

Zorg om communicatie

Een onderzoek naar hoe zorginstellingen zich – met het oog op de veranderende marktsituatie – voorbereiden op de toekomst en de consequenties hiervan voor hun huidige communicatiebeleid

Afstudeerscriptie voor de masteropleiding

Communication Studies

Universiteit Twente, Enschede

22 juni 2007



Universiteit Twente
de ondernemende universiteit

Auteur

I.A.M.B. van der Wijst

Afstudeercommissie

Prof. dr. E.R. Seydel

Drs. O. Peters

In opdracht van

HDtt Communicatieadvies, Nijmegen

HDtt
COMMUNICATIEADVIES

SAMENVATTING

Aanleiding en doel

De Nederlandse gezondheidszorg maakt de laatste jaren belangrijke ontwikkelingen door. Vooral het overheidsbeleid is hiervoor verantwoordelijk, maar ook andere factoren spelen een rol, zoals ontwikkelingen in de medische wetenschap en technologie en maatschappelijke ontwikkelingen als individualisering en emancipatie van patiënten. Recentelijk hebben belangrijke veranderingen plaatsgevonden in het Nederlandse zorgstelsel waarmee de overgang van overheidsregulering naar gereguleerde marktwerking is gerealiseerd.

Al deze ontwikkelingen leiden ertoe dat gezondheidszorginstellingen worden geconfronteerd met ingrijpende veranderingen. Nu de zorgconsument als gevolg van gereguleerde marktwerking meer keuzevrijheid heeft, zal hij op zoek gaan naar een ziekenhuis waar de kwaliteit van zorg beter is of de service nauwer aansluit op zijn wensen en behoeften. Het doel van deze studie is om te onderzoeken of en in hoeverre zorginstellingen zich – met het oog op de veranderende marktsituatie – voorbereiden op de toekomst en wat de consequenties hiervan zijn voor hun huidige communicatiebeleid. Daarbij wordt ook gekeken naar de benodigde competenties van zorginstellingen om met hun communicatiebeleid in te spelen op de veranderende marktsituatie.

Methode

Aan dit onderzoek hebben acht zorginstellingen meegewerkt. De gebruikte methode is het face-to-face interview. De geïnterviewden zijn personen die binnen de zorginstellingen verantwoordelijk zijn voor het communicatiebeleid. De gehanteerde vragenlijst bevat vragen die voortkomen uit een synthese van verschillende theorieën: organisationele communicatie, veranderingsmanagement, kwaliteitsmanagement en zorgmarketing.

Conclusies en aanbevelingen

Op grond van de resultaten van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat zorginstellingen een belangrijke eerste stap hebben genomen voor het verstevigen van hun marktpositie door het aangaan van fusies en samenwerkingsverbanden, maar dat hierbij het ontwikkelen en uitdragen van een lange termijn visie en strategie ernstig achterwege is gebleven. Omdat de meeste zorginstellingen door deze organisatorische omstandigheden nog te veel intern gericht zijn, hebben zij vooralsnog nauwelijks aanpassingen aangebracht in hun communicatiebeleid. Het besef van de noodzaak van herziening van het communicatiebeleid waarin meer aandacht is voor externe communicatie, is wel aanwezig.

Het is van belang dat zorginstellingen hun lange termijn visie en strategie formuleren, zodat op basis hiervan het communicatiebeleid ontwikkeld kan worden. De communicatieafdeling heeft in veranderende omstandigheden belangrijke taken te vervullen. Hiervoor is het noodzakelijk dat zorginstellingen verbeteringen doorvoeren in de huidige organisatie van de communicatieafdeling. Zorginstellingen dienen meer te investeren in communicatieafdelingen, door het aantal communicatiefunctionarissen uit te breiden en deskundigheidsbevordering te stimuleren zodat deze beroepsbeoefenaren ook taken op een hoger, strategisch niveau kunnen uitvoeren. Door de communicatieafdeling een centrale plaats te geven in het beleid van de organisatie, kan communicatie onderdeel uitmaken van managementbesluitvormingsprocessen. Hierdoor kan op elk niveau, in al het handelen van de organisatie, de gewenste reputatie van de zorginstelling het uitgangspunt zijn. Deze verbeteringen zullen uiteindelijk in belangrijke mate bijdragen aan het verstevigen van de marktpositie van zorginstellingen.

SUMMARY

Introduction and objective

Dutch healthcare has been undergoing significant developments during the past few years. Government policy is especially responsible for these changes, but other factors such as developments in medical science and technology, and social developments such as individualisation and emancipation of patients also play a role. Recently, important changes have taken place in the Dutch social services system resulting in the transition of government regulation to regulated market operation.

All these developments mean that healthcare institutions are confronted with radical changes. Now that the consumer has more freedom of choice as a result of the regulated market operation, he will seek a hospital where the quality of care is better organised or where the service more closely matches his wishes and requirements. The objective of this study is to investigate whether, and to what extent, in regard to the changing market situation, care institutions are preparing themselves for the future, and what the consequences are for their current communication policy.

Furthermore, the competences necessary for care institutions are also looked at, to be able to respond to the changing market situation.

Method

Eight care institutions participated in this investigation. The method used was face-to-face interviews. Those interviewed are people responsible for communication policy within the care institutions. The questionnaire used includes questions originating from a synthesis of various theories: organisational communication, management of change, quality management and care marketing.

Conclusions and recommendations

Based on the results of this investigation, it can be concluded that care institutions have taken an important first step towards strengthening their market position by entering into mergers and joint ventures, but that the development and propagation of a long-term vision and strategy has been severely neglected. As the majority of care institutions are still too inwardly focussed – due to these organisational circumstances – they have as yet hardly made any alterations to their communication policy. The realization of the necessity for revising the communication policy to include more attention to external communication does however exist.

It is important that care institutions formulate their long-term vision and strategy so that the communication policy can be developed around it. The communication department has an important role to play during changing circumstances. For this, it is necessary that care institutions implement improvements in the current organisation of the communication department. Care institutions must invest more in communication departments by increasing the number of communication staff and by stimulating furtherance in expertise so that those at work in this profession can also carry out tasks at a higher, strategic level. By giving the communication department a central place in the organisation's policy, communication can be part of the management decision process. As a result, the desired reputation of the care institution can be the starting point at all levels and in all the organisation's dealings. These improvements will finally contribute significantly to strengthening the market position of care institutions.

Inhoudsopgave

Voorwoord	VII
1 Inleiding	1
1.1 Inleiding	1
1.2 Onderzoeksvraag	2
1.3 HDtt Communicatieadvies	2
1.4 Opbouw	3
2 Gezondheidszorg in Nederland	4
2.1 Inleiding	4
2.2 De zorgsector	4
2.2.1 <i>Het algemene ziekenhuis</i>	4
2.2.2 <i>Thuiszorginstellingen</i>	5
2.2.3 <i>Instellingen voor geestelijke gezondheidszorg</i>	5
2.2.4 <i>Instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg</i>	5
2.2.5 <i>Samenwerkingsverbanden</i>	6
2.3 Van overheidsregulering naar gereguleerde marktwerking	6
2.3.1 <i>Hervorming van de Nederlandse gezondheidszorg</i>	7
2.3.2 <i>Marktwerking</i>	7
2.3.3 <i>De veranderende rol van zorgvragers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars</i>	9
2.4 Nieuwe wetgeving	9
2.4.1 <i>Zorgverzekeringswet</i>	10
2.4.2 <i>Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten</i>	10
2.4.3 <i>Wet maatschappelijke ondersteuning</i>	10
2.4.4 <i>Wet marktordening gezondheidszorg</i>	11
2.4.5 <i>Diagnosebehandelingcombinaties</i>	11
2.5 Andere ontwikkelingen	12
2.6 Afsluiting	12
3 Het communicatiebeleid van zorginstellingen	14
3.1 Inleiding	14
3.2 Communicatiemanagement	14
3.3 Communicatiebeleid	15
3.3.1 <i>Profilering en positionering</i>	16
3.4 Functie en taken van de communicatieafdeling	16
3.4.1 <i>Doelgroepen</i>	17
3.5 Competenties	18
3.6 Afsluiting	19

4	Theoretisch kader	20
4.1	Inleiding	20
4.2	TOCOM-model	20
	4.2.1 <i>Cultuur</i>	22
4.3	Veranderingsmanagement	22
4.4	Kwaliteitsmanagement	24
	4.4.1 <i>Integrale kwaliteit</i>	25
4.5	Zorgmarketing	26
4.6	Synthese	28
5	Onderzoekopzet	31
5.1	Inleiding	31
5.2	Data	31
5.3	Onderzoekseenheden	31
	5.3.1 <i>Het benaderen van zorginstellingen</i>	31
	5.3.2 <i>Deelgenomen instellingen</i>	32
5.4	Methode	33
	5.4.1 <i>Meetinstrument</i>	34
	5.4.2 <i>Werkwijze</i>	34
	5.4.3 <i>Objectiviteit</i>	35
5.5	Afsluiting	35
6	Resultaten	37
6.1	Inleiding	37
6.2	Veranderingen door invoering geregleerde marktwerking	37
	6.2.1 <i>Onderscheiden ten opzichte van de concurrentie (missie)</i>	38
	6.2.2 <i>Toekomstverwachtingen (visie)</i>	38
	6.2.3 <i>Strategie</i>	39
6.3	Inspelen op de veranderende marktsituatie	39
	6.3.1 <i>Urgentiebesef</i>	40
	6.3.2 <i>Leiding</i>	41
	6.3.3 <i>Veranderingsvisie en strategieën</i>	41
	6.3.4 <i>Kwaliteit</i>	41
	6.3.5 <i>Zorgmarketing</i>	41
6.4	Communicatie in de organisatie	42
	6.4.1 <i>Communicatie van nieuwe visie en strategieën</i>	43
	6.4.2 <i>Gevolgen voor communicatievisie en communicatiebeleid</i>	43
	6.4.3 <i>Cultuur, middelen en competenties</i>	44
	6.4.4 <i>Draagvlak voor actie</i>	45
	6.4.5 <i>Kortetermijnsuccessen</i>	45
6.5	Verbeteringen in communicatie	46
	6.5.1 <i>Verankering in de organisatiecultuur</i>	46
6.6	Afsluiting	46

7	Conclusies en aanbevelingen	48
7.1	Inleiding	48
7.2	Conclusies	48
7.2.1	<i>Voorbereidingen op de toekomst en consequenties voor het communicatiebeleid</i>	48
7.2.2	<i>Aanpassing van het communicatiebeleid</i>	49
7.2.3	<i>Competenties</i>	50
7.2.4	<i>Kwaliteit</i>	52
7.3	Aanbevelingen	53
7.3.1	<i>Investeren in communicatieafdelingen</i>	53
7.3.2	<i>Deskundigheidsbevordering</i>	53
7.3.3	<i>Herzien van de plaats van de communicatieafdeling</i>	55
7.4	Discussie	55
7.4.1	<i>Reflectie op de theoretische synthese</i>	55
7.4.2	<i>Beperkingen van het onderzoek</i>	56
7.4.3	<i>Suggesties voor vervolgonderzoek</i>	57
7.4.4	<i>Relevantie onderzoek voor andere organisaties</i>	58
	Referenties	59
	Bijlage	
	Vragenlijst interview	62

VOORWOORD

Met deze afstudeerscriptie sluit ik na bijna twee jaar mijn masteropleiding Communication Studies (Toegepaste Communicatiewetenschap) af. In september 2005 ben ik, na het behalen van mijn bachelordiploma Communicatiewetenschap aan de Radboud Universiteit Nijmegen, overgestapt naar de Universiteit Twente. Dit was niet de gemakkelijkste weg naar het masterdiploma, maar ik ben zeer tevreden over deze overstap en het heeft mijn verwachtingen meer dan waargemaakt.

Bij HDtt Communicatieadvies kreeg ik de mogelijkheid om een afstudeeronderzoek uit te voeren naar de marktwerking in de gezondheidszorg. Een actueel onderwerp dat mij zeer aansprak en waarbij mijn twee studies, HBO-Verpleegkunde en Communicatiewetenschap, samenkomen. In september 2006 startte ik mijn afstudeerstage bij HDtt, die ik nog vier maanden combineerde met parttime werk als verpleegkundige. Per 1 december ging ik naast mijn stage 16 uur per week werken bij HDtt als junior adviseur, voor mij een mooie kans om het vak van communicatieadviseur te ontdekken. Dit beviel van twee kanten goed waardoor mijn contract werd verlengd en ik inmiddels vier dagen per week werkzaam ben bij HDtt.

In september 2002 ben ik begonnen aan mijn tweede studie, nadat ik anderhalf jaar had gewerkt als verpleegkundige. Het begon weer te 'kriebelen' om in de boeken te duiken, niet precies wetende wat ik zou kunnen verwachten van deze universitaire studie. Ik vond het heerlijk om weer student te zijn en ik heb genoten van de vrijheid, met als keerzijde dat studeren niet op vrijdagmiddag ophield. Vooral daarom ben ik blij dat de studie nu ten einde komt, zodat ik eindelijk weer meer tijd kan maken voor iedereen die ik in de afgelopen jaren voor mijn gevoel wel (meer dan) eens tekort heb gedaan.

Deze scriptie is mede dankzij andere personen geworden tot wat het is. De mensen van HDtt ben ik erg dankbaar voor de kans die ze mij hebben gegeven, de interesse die zij toonden voor het proces van afstuderen en voor de gezelligheid en collegialiteit die ik vanaf het begin heb ervaren. Zonder medewerking van de geïnterviewden – communicatiefunctionarissen van zorginstellingen – was dit onderzoek niet mogelijk geweest. De gesprekken met professor Seydel als scriptiebegeleider vanuit Universiteit Twente waren erg prettig en inspirerend. Vol nieuwe inzichten en goede moed vertrok ik na elk gesprek weer richting het zuiden. Veel vriendinnen en vrienden zijn altijd belangstellend en geduldig geweest, niet alleen in de afgelopen maanden maar gedurende de hele studieperiode. Bedankt voor de bemoedigende woorden! In het bijzonder Femke, die me altijd met raad en daad heeft bijgestaan. Zonder de onvoorwaardelijke steun van mijn ouders zou ik nooit zover zijn gekomen. En Ron, niet alleen voor mij was deze studie soms zwaar; ik heb respect voor jouw geduld. Een nieuwe tijd breekt aan...

Gennep, juni 2007
Ilse van der Wijst

HOOFDSTUK 1 INLEIDING

1.1 Inleiding

De Nederlandse gezondheidszorg maakt de laatste jaren belangrijke ontwikkelingen door. Vooral het overheidsbeleid is hiervoor verantwoordelijk, maar ook andere factoren spelen een rol, zoals ontwikkelingen in de medische wetenschap en technologie, maatschappelijke ontwikkelingen als individualisering en emancipatie van patiënten en een demografische factor als vergrijzing (Van Erp, 1998, p. 11). Het tweede kabinet-Balkenende heeft recentelijk, conform de hervormingsagenda 2005, belangrijke stappen gezet wat betreft vernieuwing van het zorgstelsel. De kern hiervan ligt in het opnieuw leggen van verantwoordelijkheden van rijksoverheid naar burgers, verzekeraars, zorgaanbieders en lagere overheden (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], 2004).

Eind jaren zestig en begin jaren zeventig van de vorige eeuw was er sprake van een enorme kostengroei, waardoor hervormingen in de gezondheidszorg noodzakelijk waren. Dit hervormingsproces werd gekenmerkt door twee belangrijke momenten (Van Erp, 1998, p. 11). In 1974 verscheen de Structuurnota Gezondheidszorg die een eerste stap betekende in een proces om de kostengroei in de gezondheidszorg te beheersen en af te vlakken. Ruim tien jaar later, in 1986, introduceerde de commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (de zogenaamde commissie-Dekker) het begrip marktwerking binnen de gezondheidszorg. Sindsdien wordt het beleid van de overheid in belangrijke mate gekenmerkt door de invoering van maatregelen die uiteindelijk moeten resulteren in gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg (Van Erp, 1998, p. 11).

De overgang van overheidsregulering naar gereguleerde marktwerking, naast andere ontwikkelingen als vergrijzing, duurdere medische technologie en dergelijke, leidt ertoe dat gezondheidszorginstellingen geconfronteerd worden met ingrijpende veranderingen. Hun omgeving toont nieuwe behoeften, wensen en verwachtingen waaraan gezondheidszorgorganisaties tegemoet moeten komen om een effectieve functie vervulling te realiseren (Van Erp, 1998, p. 12).

Marktwerking betekent dat de beslissingen over produceren, consumeren en verdelen van goederen en diensten worden genomen door de individuele producenten, consumenten en bezitters van de productiemiddelen (Vels & Boere, 2005, p. 15). Daarbij spelen prijs en kwaliteit een belangrijke rol in het concurrentieproces. De consument is zowel vrager, beslisser als betaler. De gezondheidszorgmarkt zit echter complexer in elkaar. De patiënt is zorgvrager en premiebetaler, de verzekeraar is de betaler en de arts is zowel de bepaler van de zorg als de verkopende partij in de zin van behandelaar. De markt van de gezondheidszorg kan dan ook omschreven worden als het speelveld waar de zorgvraag en het zorgaanbod op elkaar afgestemd worden (Oyen & De Schuyteneer, 2002, p. 40). Deze nieuwe, gecompliceerde gezondheidszorgmarkt heeft voor alle partijen grote veranderingen tot gevolg. Zowel zorgvragers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars krijgen in dit speelveld door de overheid nieuwe rollen toebedeeld.

Zorginstellingen krijgen de laatste jaren steeds meer te maken met kwaliteit. De *Kwaliteitswet Zorginstellingen* heeft als uitgangspunt dat de kwaliteit van de zorg in een instelling in hoge mate bepaald wordt door de wijze waarop de zorgverlening in organisatorisch verband is gestructureerd en functioneert (Boot & Knapen, 2005, p. 246). Instellingen dienen met kwaliteitsmanagement een 'outside in'-benadering te kiezen; de patiënt wordt primair gesteld. Kwaliteitsmanagement wordt vanuit deze benadering een manier om de klant beter te bedienen, om de werkprocessen te

optimaliseren, om de zorg te verbeteren en om wachtlijsten te verkorten (Korsten & Soeters, 1999, p. 2).

1.2 Onderzoeksvraag

Nu de zorgconsument als gevolg van gereguleerde marktwerking meer keuzevrijheid heeft, zal hij op zoek gaan naar een ziekenhuis waar de kwaliteit van zorg beter is of de service nauwer aansluit op zijn wensen en behoeften. Mensen worden steeds mondiger, zijn mobieler en gaan actief op zoek naar informatie. Deze ontwikkelingen zullen tot gevolg hebben dat zorginstellingen zich beter moeten gaan positioneren en profileren om een sterke marktpositie te veroveren. De vraag is of en in hoeverre zorginstellingen zullen gaan inspelen op deze ontwikkelingen en wat de gevolgen hiervan zijn voor hun communicatiebeleid. De *hoofdvraag* van dit onderzoek luidt dan ook als volgt:

In hoeverre bereiden zorginstellingen zich – met het oog op de veranderende marktsituatie in de gezondheidszorg – voor op de toekomst en wat zijn de consequenties hiervan voor hun huidige communicatiebeleid?

De ommezwaai naar gereguleerde marktwerking heeft als gevolg dat zorginstellingen zich een andere manier van denken zullen moeten aanmeten. Zij zullen bedrijfsmatiger moeten gaan functioneren en dienen openheid te geven over hun aanbod in de richting van zorgverzekeraars en zorgconsumenten (Van Erp, 1998, p.17). Zoals uit de hoofdvraag blijkt, zal deze openheid consequenties hebben voor het communicatiebeleid van zorginstellingen. Het takenpakket van de communicatieafdeling zal er anders uit gaan zien. Zo zal er mogelijk meer in marketingtermen gedacht moeten gaan worden. De vraag is in hoeverre de veranderende marktsituatie om aanpassing van het communicatiebeleid vraagt en in hoeverre communicatieafdelingen van zorginstellingen hier toe in staat zijn. De *eerste* en *tweede deelvraag* bij dit onderzoek zijn:

In hoeverre vraagt de veranderende marktsituatie in de gezondheidszorg om een aanpassing van het communicatiebeleid van zorginstellingen?

In hoeverre beschikken zorginstellingen over de benodigde competenties om met hun communicatiebeleid in te spelen op de veranderende marktsituatie in de gezondheidszorg?

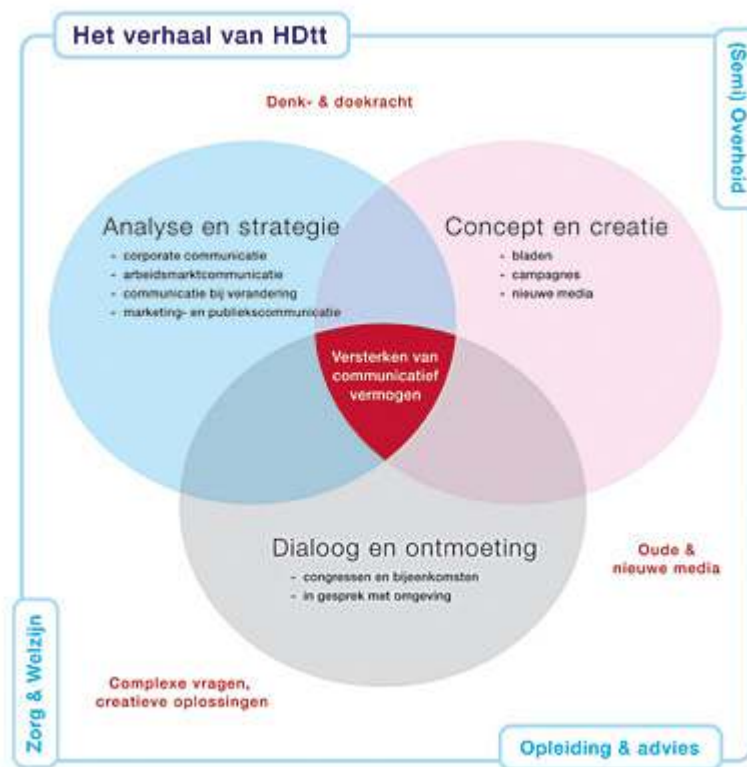
Het kwaliteitsdenken, en daarmee het denken in termen van klantgerichtheid en proceskwaliteit, zal zich ongetwijfeld de komende jaren voortzetten. Het is dan ook te verwachten dat de voorbereidingen van zorginstellingen op de toekomst aan kwaliteit gerelateerd zullen zijn. Hieruit komt de *derde deelvraag* voort:

In welk opzicht relateren zorginstellingen hun voorbereidingen op de toekomst aan kwaliteit?

1.3 HDtt Communicatieadvies

Dit afstudeeronderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van HDtt Communicatieadvies. HDtt is een communicatieadviesbureau in Nijmegen dat zich bezighoudt met de advisering en uitvoering van interne en externe communicatie. HDtt heeft haar specialismen verdeeld over drie pijlers: analyse & strategie, concept & creatie en ontmoeting & dialoog (zie figuur 1.1). HDtt omschrijft zichzelf als een maatschappelijk betrokken bureau en is sterk vertegenwoordigd in de sectoren zorg en

welzijn, opleiding en advies en (semi)overheid. Met het oog op de werkzaamheden in de sector zorg en welzijn, heeft HDtt belang bij het verkrijgen van inzicht in hoe zorginstellingen zich, in deze tijd van de veranderende marktsituatie in de gezondheidszorg, voorbereiden op de toekomst.



Figuur 1.1

Het verhaal van HDtt.

1.4 Opbouw

De opbouw van dit onderzoeksverslag is als volgt. Nadat in dit eerste hoofdstuk de onderzoeksvragen zijn geformuleerd, zal in hoofdstuk twee de Nederlandse gezondheidszorg uiteengezet worden. Hierbij komt de nieuwe gezondheidszorgmarkt uitvoerig aan bod. In hoofdstuk drie wordt een beeld geschetst van het communicatiebeleid van zorginstellingen en de functie en taken van de communicatieafdeling binnen zorginstellingen. Het theoretisch kader bij dit onderzoek wordt in hoofdstuk vier uiteengezet. In dit hoofdstuk komen achtereenvolgens aan bod: het TOCOM-model (een model van organisationele communicatie), veranderingsmanagement, kwaliteitsmanagement en zorgmarketing. In hoofdstuk vijf wordt de onderzoeksopzet besproken, waarna de analyse en resultaten in hoofdstuk zes aan bod komen. In hoofdstuk zeven, ten slotte, zullen de conclusies worden weergegeven in de vorm van het beantwoorden van de onderzoeksvragen, zullen aanbevelingen gedaan worden voor de praktijk en worden kritische kanttekeningen geplaatst bij dit onderzoek.

HOOFDSTUK 2 GEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND

2.1 Inleiding

2006 was een jaar waarin de Nederlandse gezondheidszorg grote veranderingen doormaakte: verschuivende verantwoordelijkheden en nieuwe wetgeving om de zorg doelmatiger te maken. In dit hoofdstuk wordt besproken hoe men van overheidsregulering – ruim dertig jaar nadat men voor het eerst beseftte dat de kosten van de gezondheidszorg onbetaalbaar dreigden te worden – overging naar een stelsel van gereguleerde marktwerking. Daarna komt de nieuwe wetgeving aan bod en worden andere ontwikkelingen in Nederland besproken die ook van invloed zijn op de gezondheidszorg. Maar allereerst wordt de Nederlandse zorgsector, beperkt tot de onderzoekseenheden van dit onderzoek, beschreven.

2.2 De zorgsector

De Nederlandse gezondheidszorg biedt vele voorzieningen voor diverse zorgvragen. Deze voorzieningen kunnen op meerdere manieren worden gecategoriseerd. Zo zijn er de begrippen *care* en *cure*. Onder de care-sector wordt verstaan: het verpleeghuis, het verzorgingshuis, de thuiszorg, de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg. Tot de cure-sector wordt gerekend: het ziekenhuis, de huisarts en de revalidatie. In de praktijk van de zorgverlening lopen de functies c.q. doelen van care en cure echter door elkaar (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg [RVZ], 2001). Onderscheidingen naar de plaats waar de zorg wordt gegeven zijn bijvoorbeeld *intramuraal/ extramuraal* en *klinisch/poliklinisch* (Boot & Knapen, 2005, p. 63). Intramurale zorg wordt geboden in of vanuit een instelling, bij extramurale zorg blijven zorgvragers in hun eigen omgeving. Ook kennen we de indeling in *eerstelijns-* en *tweedelijnsgezondheidszorg*. Eerstelijnsgezondheidszorg omvat voorzieningen die vrij toegankelijk zijn en zich veelal in de eigen woonomgeving bevinden, zoals huisarts, tandarts, apotheker, verloskundige, maatschappelijk werk en thuiszorg (Boot & Knapen, p. 67-68; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM], 2006a). Onder de tweedelijnsgezondheidszorg wordt verstaan de zorg van ziekenhuizen, verpleeghuizen, geestelijke gezondheidszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg (Boot & Knapen, p. 67-68). Doordat steeds meer instellingen fuseren, is er sprake van vervaging van deze scheidslijnen van zorgvoorzieningen.

2.2.1 Het algemene ziekenhuis

Het algemene ziekenhuis is een geneeskundig centrum dat bestaat uit voorzieningen ten behoeve van onderzoek, behandeling en verpleging, van deskundig personeel en van deskundige medische staven (Boot & Knapen, 2005, p. 120). De hoofdfuncties van een ziekenhuis zijn diagnose, therapie, verpleging en isolering. Een opname, gepland of acuut, verloopt meestal via de polikliniek of de eerste hulp van een ziekenhuis, waarnaar de patiënt normaal gesproken door de huisarts of soms door een collega-instelling is verwezen. In het algemeen blijven patiënten veel korter in ziekenhuizen dan in andere intramurale instellingen. De gemiddelde verpleegduur is de laatste decennia fors afgenomen: van 17 dagen in 1970 naar 8 dagen in 2001. Het accent in ziekenhuizen ligt op het grote aantal verschillende verrichtingen en op de productie. Het productieproces in algemene ziekenhuizen is technischer, dynamischer en complexer dan in andere instellingen van intramurale zorg en mede daarom is het verblijf in een ziekenhuis kostbaarder (Boot & Knapen, p. 120-121).

2.2.2 Thuiszorginstellingen

Thuiszorg is erop gericht om de hulpvrager ondersteuning te bieden in de thuissituatie. Thuiszorg omvat zowel kortdurende als langdurende verpleging en verzorging (RIVM, 2006b). Tegenwoordig zijn veel thuiszorginstellingen geïntegreerd en bieden een combinatie van diverse vormen van dienstverlening: (gespecialiseerde) verpleging en verzorging, kraamzorg, jeugdgezondheidszorg, huishoudelijke verzorging, uitleen verpleeg- en hulpmiddelen, voeding- en dieetadvies en servicediensten. Daarnaast zijn er organisaties die (nog) niet gefuseerd zijn en één bepaalde vorm van zorg bieden. Jaarlijks krijgen 600.000 mensen thuiszorg in de vorm van verpleging en/of persoonlijke en huishoudelijke verzorging. De vraag naar thuiszorg neemt steeds meer toe, onder andere doordat steeds meer ouderen graag zelfstandig willen blijven wonen en doordat mensen steeds korter in het ziekenhuis liggen (ActiZ, n.d.).

2.2.3 Instellingen voor geestelijke gezondheidszorg

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) biedt behandeling, zorg en begeleiding aan mensen met psychische stoornissen en ernstige psychosociale problemen (Boot & Knapen, 2005, p. 143; RIVM, 2006). De GGZ wordt gekenmerkt door toepassing van zowel het medische als het sociale model. Multidisciplinaire teams van psychiaters, psychotherapeuten, psychologen, gerontologen, pedagogen en maatschappelijk werkers zijn verantwoordelijk voor diagnostiek en behandelplannen. De zorgverlening kan, afhankelijk van de intensiteit van de zorg, intramuraal, extramuraal of semimuraal (tussenvoorziening, zoals beschermd wonen en deeltijdbehandeling) plaatsvinden. Ook in deze sector zijn de afgelopen jaren veel instellingen gefuseerd, waardoor grote, geïntegreerde GGZ-instellingen zijn ontstaan. In 2002 waren ruim 556.000 personen ingeschreven bij de algemene geestelijke gezondheidszorg (Boot & Knapen, p. 143-144).

2.2.4 Instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg

De verstandelijk gehandicaptenzorg omvat diverse intramurale, semimurale en extramurale voorzieningen. Intramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten biedt naast een woonfunctie ook verzorging, begeleiding verpleging, diagnostiek en behandeling voor bewoners, zowel voor kortdurend als langer verblijf. Ook dagactiviteiten, zoals werk en ontspanning, horen hierbij (Boot & Knapen, 2005, p. 166-168). Kenmerkend voor de periode eind vorige eeuw, begin deze eeuw is de concentratie van voorzieningen. Intramurale instellingen fuseerden onderling, met semimurale instellingen en soms ook met Sociaal Pedagogische Diensten (SPD'en), waardoor het aantal stichtingen van 1999 tot 2002 verminderde van 231 naar 186, een afname van bijna 20%. Deze schaalvergroting op organisatieniveau gaat gepaard met schaalverkleining op zorgniveau. Het aantal kleinschalige locaties (tot 12 plaatsen) in instellingsverband steeg van 1999 tot 2002 met zo'n 300, waarvan de locaties met zes of minder bewoners het hardst stegen (Boot & Knapen, p. 171). Per 1 januari 2004 zijn de SPD'en de nieuwe naam MEE gaan voeren. Aanleiding hiervoor was de herpositionering van de SPD'en, welke moesten gaan voorzien in laagdrempelige cliëntondersteuning voor alle mensen met een handicap, functiebeperking of chronische ziekte (Boot & Knapen, p. 175).

2.2.5 Samenwerkingsverbanden

Steeds meer zorginstellingen werken samen met andere zorgaanbieders in de regio. Het doel van zo'n samenwerkingsverband is te komen tot een samenhangend, integraal aanbod voor specifieke patiëntencategorieën (RVZ, 1998, p. 81). De samenwerking varieert van het samen uitvoeren van activiteiten tot het samengaan in de vorm van een fusie. Er wordt vaak over 'zorgketens' gesproken, met name als het gaat om samenwerking die gericht is op het aaneenschakelen van verschillende (zorg)voorzieningen (McCardle-Keurentjes, 2001, p. 21). Bij ketenzorg staat volgens Schellekens en Van Everdingen (2001, p. 29) de gestructureerde samenwerking van verschillende typen beroepsbeoefenaren en instellingen rond de behandeling van een bepaalde patiëntencategorie centraal. "Ketenzorg is een samenhangend geheel van doelgerichte en planmatige activiteiten en/of maatregelen gericht op een specifieke patiëntencategorie, in de tijd gefaseerd" (RVZ, 1998, p. 81).

Vanuit overeenkomende inhoudelijke overwegingen, maar ook vanuit strategische overwegingen ontstaan er volgens Schellekens en Van Everdingen (2001, p. 29) transmurale ketens van zorginstellingen waarin ziekenhuizen samenwerken met andere voorzieningen, bijvoorbeeld verpleeg- en verzorgingshuizen en/of thuiszorg. Hierbij kunnen ook andere partijen dan zorgorganisaties betrokken zijn, zoals welzijnsinstellingen, woningcorporaties, lokale overheden en verzekeraars (McCardle-Keurentjes). De samenwerking richt zich ook op een breder terrein dan alleen de gezondheidszorg met het oog op samenhang tussen zorg, dienstverlening, wonen en welzijn. Daarbij zoeken zorgaanbieders naar wegen om mensen zorg op maat te bieden; "de samenwerking staat dan in het licht van de vorming van een keten van integrale zorg, een zorgcontinuüm waar mensen gebruik van kunnen maken". (McCardle-Keurentjes, 2001, p. 21)

Vanuit een meer vraaggericht perspectief verandert de zorg van specialismengericht naar patiëntgericht. Strategische samenwerking in de zorgketen kan het makkelijker maken om zorginitiatieven te ontwikkelen die aansluiten bij behoeften van patiënten. Naast zorginhoudelijke motieven kunnen samenwerkingsverbanden een bijdrage leveren aan versterking van de marktpositie ten opzichte van verzekeraars, beleidsmakers en belangenorganisaties (Janssen Duyghuysen, 2005).

2.3 Van overheidsregulering naar gereguleerde marktwerking

Lange wachtlijsten en hoge kosten waren kenmerkend geworden voor hoe ondoelmatig de Nederlandse gezondheidszorg was. Factoren als duurdere medische technologie, vergrijzing en behoefte aan uitbreiding van het zorgpakket leidden ertoe dat de kosten van de gezondheidszorg hoog opliepen (VWS, 2006a). Daarnaast betekende de verhouding tussen overheid en burger in de Nederlandse verzorgingsstaat een overschatting van de positie van de overheid en een onderschatting van die van de burger (Boot & Knapen, 2005, p. 212). De samenleving was overgereguleerd en bureaucratisch geworden en leidde tot passiviteit van de burgers. Het was dan ook noodzakelijk om het zorgstelsel grondig te herzien. Ten eerste moest de sturing van de zorg veranderen door de verdeling van verantwoordelijkheden aan te passen en de daarbij behorende instrumenten te herzien. Daarnaast was aanpassing van het verzekeringsstelsel noodzakelijk (VWS, 2006a). In 1974 en 1986 werden belangrijke politieke stappen hiertoe gezet.

2.3.1 *Hervorming van de Nederlandse gezondheidszorg*

Vanaf het begin van de twintigste eeuw tot eind jaren '60 was het overheidsbeleid primair gericht op het waarborgen van een voor iedere burger toegankelijke gezondheidszorg, wat werd bereikt via de opbouw van een stelsel van sociale ziektekostenverzekeringen. In de jaren '60 werd de Ziekenfondswet (ZFW) ingesteld en later werd hier de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) aan toegevoegd. Met de komst van deze wetten waren er voor de burgers geen financiële belemmeringen meer om van de beschikbare zorgvoorzieningen gebruik te maken. Niet alleen aan de burgerzijde viel de prikkel voor kostenbewustzijn weg, maar ook voor de ziekenfondsen en de uitvoeringsorganen van de AWBZ, omdat zij de zorgkosten van hun verzekerden volledig vergoed kregen uit een gemeenschappelijke kas die gevuld werd met inkomensafhankelijke premies. Alleen bij de particulier verzekerden, met een eigen risico, was sprake van doelmatig gebruik van zorgvoorzieningen. Niet alleen aan de vraagzijde, maar ook aan de aanbodzijde ontbraken prikkels voor een doelmatig gebruik van zorg. Ziekenhuizen en andere zorginstellingen werden namelijk betaald per verpleegdag en medisch specialisten en de meeste andere zorgverleners werden betaald per verrichting. Hoe meer zorg werd verleend, des te hoger de omzet van de instelling en het inkomen van de zorgverlener (Schut, 2003, p. 7-8).

De combinatie van het ontbreken van prikkels voor een doelmatig gebruik van voorzieningen bij patiënten en verzekeraars, de aanwezigheid van productieprikkels bij de zorgaanbieders en een snelle medisch technische ontwikkeling, leidden in de jaren '60 en '70 tot een enorme groei van de gezondheidszorg, waardoor de zorguitgaven explosief groeiden. Er was tussen 1960 en 1980 zelfs sprake van een verdubbeling van de zorguitgaven (Schut, 2003, p. 8). De kostenontwikkeling was een belangrijke reden voor het uitbrengen van de Structuurnota Gezondheidszorg in 1974, maar inhoudelijk ging de nota vooral over herstructurering van de gezondheidszorg. De nota bood perspectief op een doelmatiger en evenwichtiger voorzieningenbeleid (Boot & Knapen, 2005, p. 208). De jaren '80 stonden vervolgens in het teken van kostenbeheersing (Vels & Boere, 2005, p. 13).

In 1986 werden de begrippen marktwerking en concurrentie voor het eerst binnen de gezondheidszorg geïntroduceerd door de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, de zogenaamde commissie-Dekker. Omdat kwaliteit van zorg hierbij expliciet bewaakt moet worden, adviseerde de commissie ook een nieuwe opzet van kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg. (Schellekens & Van Everdingen, 2001, p. 20). De commissie-Dekker stelde dat niet overheidsplanning, maar marktprincipes de dynamiek van de gezondheidszorg moesten bepalen. Zowel vanuit de zorginstellingen als vanuit politieke partijen werd marktwerking als een alternatief sturingsmechanisme naar voren geschoven (Boot & Knapen, 2005, p. 193).

2.3.2 *Marktwerking*

Marktwerking beoogt het bevorderen van het doelmatig handelen van de verschillende actoren in de gezondheidszorg: de aanbieders van zorg, de verzekeraars en de gebruikers (Boot & Knapen, 2005, p. 193). De essentie van marktwerking is het stimuleren en belonen van zuinig en doeltreffend gedrag van betrokkenen in de gezondheidszorg. Concurrentie speelt hierbij volgens Boot en Knapen een belangrijke rol, niet alleen tussen verzekeraars, maar ook tussen zorgaanbieders onderling om de gunst van de consument. Deze concurrentie moet ertoe leiden dat zuinig, kostenefficiënt gedrag van verzekerden, verzekeraars en hulpverleners wordt beloond en inefficiënt gedrag wordt afgestraft. Versterking van de marktwerking betekent dus het nemen van maatregelen die enerzijds de concurrentie in de gezondheidszorg bevorderen, anderzijds

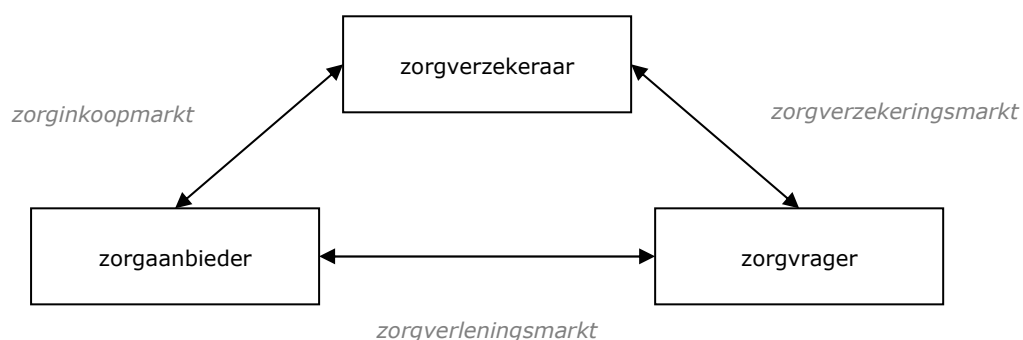
maatregelen in de vorm van financiële prikkels om het gedrag van betrokkenen in de gezondheidszorg, de marktpartijen, te beïnvloeden (Boot & Knapen, p. 193). Voor het welslagen van de stelselherziening is het essentieel dat de marktwerking wordt versterkt (De Nederlandsche Bank [DNB], 2004, p. 48). Voldoende concurrentie op de zorgmarkt moet er voor zorgen dat de doelmatigheidswinsten, in de vorm van een lagere premie en een hogere zorgkwaliteit, aan verzekerden ten goede komen (DNB). Van marktwerking wordt verwacht dat er betere prestaties geleverd worden, omdat partijen daartoe verantwoordelijkheden krijgen en gestimuleerd worden (Boot & Knapen, p. 265).

In de gezondheidszorg is echter geen sprake van volkomen concurrentie. De overheid moet waken over de principes van solidariteit en rechtvaardigheid in de gezondheidszorg. Specifiek betreft dit de toegankelijkheid en het kwaliteitsniveau van de zorg. Om deze reden spreekt men van gereguleerde marktwerking. De overheid moet voorwaarden scheppen voor de werking van een gezondheidszorgsysteem volgens de principes van doelmatigheid en efficiency. Dat systeem moet zorg bieden aan iedereen die daarop een beroep moet doen, in de omvang en de kwaliteit waaraan zij behoefte hebben (Boot & Knapen, 2005, p. 196).

In tegenstelling tot economische markten waar de consument zowel vrager, beslisser als betaler is, zit de gezondheidszorgmarkt complex in elkaar. De patiënt is zorgvrager, de verzekeraar is de betaler en de arts is zowel de bepaler van de zorg als de verkopende partij in de zin van behandelaar. Oyen en De Schuyteneer (2002, p. 40) omschrijven de markt dan ook als het speelveld waar de zorgvraag en het zorgaanbod op elkaar afgestemd moeten worden. Er kunnen nu, gegeven de terugtrekkende overheid, drie markten worden onderscheiden (Boot & Knapen, 2005, p. 276-277):

1. de zorgverleningsmarkt (relatie zorgaanbieder-zorgvrager);
2. de zorgverzekeringsmarkt (relatie zorgvrager-zorgverzekeraar);
3. de zorginkoopmarkt (relatie zorgverzekeraar-zorgaanbieder).

De gezondheidszorgmarkt wordt in figuur 2.1 schematisch weergegeven (Boot & Knapen, p. 277).



Figuur 2.1

Markten in de gezondheidszorg.

De driehoeksverhouding van zorgvragers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars wordt gestructureerd volgens het beginsel van gereguleerde concurrentie (Boot & Knapen, 2005, p. 276). De overheid is binnen deze driehoek een vierde partij die verantwoordelijk is voor de werking van het zorgstelsel als geheel. De overheid waakt over de publieke belangen: noodzakelijke zorg dient voor alle Nederlandse burgers kwalitatief goed en toegankelijk te zijn binnen een beheerste

kostenontwikkeling (Boot & Knapen, p. 276). Hoe deze relaties zich binnen de gezondheidszorgmarkt verhouden, wordt in de volgende subparagraaf besproken.

2.3.3 De veranderende rol van zorgvragers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars

Met alle recente wijzigingen in de gezondheidszorg, verandert ook de rol van zorgvragers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De nieuwe zorgverzekering (zie ook paragraaf 2.4.1) geeft burgers keuzevrijheid, zoals vrije keuze voor een zorgverzekeraar, de hoogte van de nominale premie en het soort polis (VWS, 2006e). Marktwerving heeft ook invloed op de informatievoorziening. Aan de vraagzijde betekent dit de mogelijkheid voor patiënten om een goed overzicht te hebben over de kwaliteit van de behandelingen en de beschikbaarheid van informatie over wachtlijsten (Bomhoff, 2002, p. 8). Patiënten krijgen zo meer macht. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is de website KiesBeter.nl ontwikkeld. Deze website geeft informatie over medicijnkosten, patiëntenbelangen, zorginstellingen en zorgverzekeringen. Ook kunnen burgers op deze website gegevens over de kwaliteit van zorg van instellingen vinden. Door zich op deze manier goed te informeren kunnen patiënten de zorgverlener kiezen die de beste zorg biedt voor hun ziekte.

Zorgaanbieders willen natuurlijk dat patiënten voor hen kiezen om zich te laten behandelen. Om deze keuze te sturen geven zorginstellingen meer openheid over hun prestaties. De omvang, kwaliteit en kosten van de aangeboden zorg wordt zichtbaar gemaakt (Boot & Knapen, 2005, p. 265). Het is dan ook de verwachting dat zorgverleners meer prestatiegericht gaan werken, waardoor er concurrentie tussen zorginstellingen zal gaan plaatsvinden. Zorginstellingen krijgen meer mogelijkheden om zich van elkaar te onderscheiden en zorg op maat te leveren. Het nieuwe zorgstelsel heeft tot gevolg dat verzekeraars hogere eisen kunnen stellen aan contracten met zorgaanbieders, zowel aan de kwaliteit van zorg als aan de kosten (VWS, 2006e).

De verzekeraars onderhandelen met zorgaanbieders over de prijs, inhoud en organisatie van de zorg. Zij hebben een wettelijke zorgplicht voor hun verzekerden. Met de nieuwe Zorgverzekeringswet (zie ook paragraaf 2.4.1) is de positie van zorgverzekeraars tegenover de zorgaanbieders versterkt. Zorgverzekeraars kunnen met de beste zorgaanbieders in zee gaan en ze kunnen ook eisen stellen aan de zorgverlening. Zorgverzekeraars dragen nu meer verantwoordelijkheid om de wensen van zorgvragers en wensen van zorgaanbieders op elkaar af te stemmen (VWS, 2006c). De wettelijke zorgplicht en de keuzevrijheid bij de zorgvragers voor een zorgverzekeraar vormen belangrijke prikkels voor goede dienstverlening en doelmatige zorginkoop, en hierdoor zal de concurrentie tussen zorgverzekeraars toenemen (VWS, 2006e).

2.4 Nieuwe wetgeving

In 2006 zijn enkele belangrijke nieuwe wetten voor het zorgstelsel in werking getreden en bestaande wetten zijn gewijzigd. In deze paragraaf worden de belangrijkste wetten in de context van dit onderzoek besproken.

2.4.1 Zorgverzekeringswet

Sinds 1 januari 2006 heeft Nederland een nieuw verzekeringsstelsel voor ziektekosten. Het verzekeringsstelsel is geregeld in de Zorgverzekeringswet. De kernelementen van deze wet zijn (VWS, 2006e):

- een nieuwe standaardverzekering voor iedereen;
- burgers kunnen elk jaar van verzekering veranderen;
- verzekeraars concurreren om de gunst van de verzekerde;
- cliënten en verzekeraars prikkelen aanbieders tot betere kwaliteit;
- compensatie voor mensen met lage inkomens (zorgtoeslag).

Het onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere verzekeringen is hiermee komen te vervallen. Verzekeraars moeten iedereen voor het standaardpakket accepteren en mogen geen onderscheid maken op gezondheidstoestand van mensen of leeftijd. Daarnaast kan een aanvullende verzekering worden afgesloten voor ziektekosten die buiten het standaardpakket vallen. Concurrentie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders wordt met deze nieuwe wet gestimuleerd (VWS, 2005).

2.4.2 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), een volksverzekering, is van oorsprong een verzekering voor niet of nauwelijks verzekerbare ziekterisico's die buiten de zorgverzekeringen vallen (Boot & Knapen, 2005, p. 191). De 'oude' AWBZ bevatte inmiddels zoveel specifieke regelingen, dat daaruit duidelijk werd dat het algemene AWBZ-verstrekkingspakket niet meer aansloot op de huidige zorgvraag van de cliënt. Modernisering van deze wet was dan ook noodzakelijk om de cliënt met zijn zorgvraag weer centraal te stellen en zorg op maat te leveren (Boot & Knapen, p. 248). Vraagsturing is het uitgangspunt, dat wil zeggen dat de verzekerde zelf kan kiezen hoe de zorg wordt ingevuld en of hij dit zelf regelt of dat hij dit door het zorgkantoor wil laten regelen. Voor de levering van de zorg worden individuele budgetten vastgesteld (Boot & Knapen, p. 250). Na invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning in 2007 (zie paragraaf 2.4.3), omvat de zorg die wordt bekostigd uit de AWBZ de langdurige zorg voor chronisch zieken, gehandicapten, chronisch psychiatrische patiënten en ouderen (VWS, 2005). De AWBZ komt dan pas in beeld als professionele zorg en verpleging vereist zijn (Boot & Knapen, p. 271). De nieuwe AWBZ stimuleert marktwerking op de zorgmarkt, want er komen meer zorgaanbieders die naar de gunst van de cliënt dingen en diverse producten in de markt zetten. Naar verwachting heeft dit meer concurrentie en keuze tot gevolg (VWS, 2005).

2.4.3 Wet maatschappelijke ondersteuning

Op 1 januari 2007 is de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) ingevoerd. Met het invoeren van de Wmo wordt een strikt onderscheid gemaakt tussen 'zorg' en 'ondersteuning'. Zorg valt alleen nog onder de AWBZ en de Wmo regelt vormen van maatschappelijke ondersteuning die het mensen mogelijk maakt om zo lang mogelijk zelfstandig te functioneren (VWS, 2005). In de Wmo zijn enkele bestaande wetten samengevoegd: de Welzijnswet, de Wet voorzieningen gehandicapten, een aantal subsidieregelingen en de huishoudelijke verzorging uit de AWBZ (VWS, n.d.). Het doel van de Wmo is dat iedereen kan meedoen in de maatschappij. Gemeenten worden met de Wmo verantwoordelijk voor maatschappelijke ondersteuning, waarbij elke gemeente eigen accenten in de uitvoering van de wet kan leggen (VWS, n.d.). Er komt één loket, met minder regels, meer samenhang en meer initiatief bij gemeenten. Maatschappelijke ondersteuning omvat

activiteiten die het mensen mogelijk maken om mee te doen in de samenleving. Dat kan volgens VWS bijvoorbeeld met vrijwilligerswerk en mantelzorg, maar ook met goede informatie en advies, opvoedingsondersteuning en huishoudelijke hulp. De Wmo zal naar verwachting leiden tot betere samenwerking en afstemming in de zorg thuis: de professionele zorg thuis, maar ook de intramurale zorg, de zelfzorg, mantelzorg en het vrijwilligerswerk (Boot & Knapen, 2005, p. 117). De Wmo heeft grote gevolgen voor thuiszorginstellingen. Via aanbestedingsprocedures bepalen gemeenten welke instellingen de zorg- en welzijnsdiensten mogen gaan leveren. De vakbond ABVAKABO FNV (2006) stelt dat gemeenten in het eisenpakket bij de aanbesteding kwaliteitseisen zouden moeten stellen, zodat er niet alleen op prijs wordt geconcentreerd.

2.4.4 Wet marktordening gezondheidszorg

De invoering van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) – op 1 oktober 2006 – is een van de laatste veranderingen binnen het zorgstelsel. De Wmg regelt het toezicht op alle zorgmarkten (zorgverlening, zorgverzekering en zorginkoop). In deze wet zijn de taken en bevoegdheden van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgelegd. De NZa neemt alle taken over van het College tarieven gezondheidszorg (CTG) en het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ). De NZa stelt de tarieven vast van behandelingen in situaties die nog niet aan de vrije markt kunnen worden overgelaten. De NZa houdt toezicht op juiste uitvoering van de Zorgverzekeringswet door zorgverzekeraars. Ook zorgt ze ervoor dat de AWBZ goed wordt uitgevoerd. Het doel van de Wmg is meer concurrentie in de zorg waarbij volgens het ministerie van VWS (2006d) het belang van de consument voorop staat. Nieuwe taken van de NZa zijn dan ook ervoor zorgen dat informatie van zorgaanbieders en zorgverzekeraars duidelijk en toegankelijk is voor consumenten, en het stimuleren van marktwerking (VWS, 2006d).

2.4.5 Diagnosebehandelingcombinaties

Om kosten van medische behandelingen transparanter te maken, is een systeem van diagnosebehandelingcombinaties (DBC's) ingesteld. Een behandeling wordt niet meer geregistreerd per aparte verrichting, maar als één administratieve code die de diagnose en behandeling weergeeft: de DBC-code (VWS, 2006b). Transparantie maakt voor de zorginstellingen een betere bedrijfsvoering mogelijk en verbetert de positie van de zorgverzekeraar als doelmatige zorginkoper (DBC Informatie Systeem [DIS], n.d.). Zorginstellingen geven met dit systeem meer inzicht in de kosten van een behandeling. Voor verzekeraars wordt het zo makkelijker om te onderhandelen met zorginstellingen, waardoor zij nog betere afspraken kunnen maken over prijs en kwaliteit van zorg. Met één uitgebreide basisregistratie zullen DBC's uiteindelijk leiden tot een afname van de administratieve lasten (VWS, 2006b). Transparantie van het zorgaanbod en gereguleerde marktwerking moeten leiden tot een betere aansluiting op de vraag naar zorg (DIS, n.d.).

Ziekenhuizen werken sinds 1 januari 2005 met het nieuwe bekostigingssysteem. DBC's zijn niet voor alle behandelingen mogelijk; standaardbehandelingen waarvoor DBC's zijn vastgesteld zijn bijvoorbeeld liesbreukoperaties, heupoperaties, dotterbehandelingen en diabeteszorg (Vels & Boere, 2005, p. 24). GGZ-aanbieders zijn sinds 1 januari 2006 verplicht om hun productie te registreren in DBC's. Wanneer in 2008 onderdelen van de GGZ uit de AWBZ worden overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet, krijgen deze onderdelen uiteindelijk ook de DBC's als bekostigingssysteem (VWS, 2006b). In categorale instellingen, zoals revalidatie-instellingen, astmacentra en dialysecentra, werd DBC-registratie in 2006 gefaseerd ingevoerd. Vanaf 1 januari

2007 declareren deze instellingen ook op basis van DBC's; revalidatie-instellingen uitgezonderd, die volgen een jaar later (VWS, 2006b).

2.5 Andere ontwikkelingen

Er zijn nog diverse andere ontwikkelingen te noemen die hebben bijgedragen aan de stijgende kosten van de gezondheidszorg en de noodzaak tot hervorming van de Nederlandse gezondheidszorg. Enkele zijn al kort aan bod gekomen en in deze paragraaf worden ze expliciet besproken.

Naarmate mensen ouder worden, neemt hun zorggebruik toe. De vergrijzing van Nederland heeft grote invloed op de vraag naar zorg (Boot & Knapen, 2005, p. 29). Er is zelfs sprake van dubbele vergrijzing. Het aandeel van ouderen (65-plus) neemt toe, maar binnen deze groep groeit ook het aantal mensen ouder dan 80 jaar. Oorzaken hiervan zijn volgens Boot & Knapen de stijging van de levensverwachting en de groei van de totale bevolking. In de afgelopen dertig jaar is de levensverwachting in Nederland met vier jaar toegenomen (Bomhoff, 2002, p. 12). Dit is een gevolg van de ontwikkeling van medische wetenschap en technologieën, die hogere kosten met zich meebrengen, maar ook hogere opbrengsten opleveren vanwege toegenomen overlevingskansen. We leven in een welvaartsamenleving waarin we steeds meer te besteden hebben en waarin we steeds hogere eisen stellen. Dit geldt ook voor de gezondheidszorg, bijvoorbeeld de behoefte aan betere dekking van verzekeringen (Bomhoff) c.q. uitbreiding van het zorgpakket. Daarnaast is er sprake van een kostenstijging in de medische sector, deels als gevolg van bureaucratie – zo groeit volgens Bomhoff het aantal managers in ziekenhuizen en bij verzekeraars sneller dan het aantal verpleegkundigen – maar ook doordat professionals steeds duurder worden.

Er is ook sprake van ontwikkelingen in onze samenleving die niet specifiek gelden voor de gezondheidszorg, maar daar wel op van invloed zijn. Vanwege de individualisering kunnen mensen minder vaak terugvallen op familie of anderen in hun omgeving, waardoor zij vaker een beroep zullen doen op zorg. Dan is er de beschikbaarheid van informatie, door de opkomst van nieuwe media als internet, die ertoe leidt dat mensen beter geïnformeerd zijn. Medische kennis is volgens Schellekens en Van Everdingen (2001, p. 76) niet meer exclusief het (intellectuele) eigendom van artsen. Voordat iemand een arts bezoekt, informeert diegene zich vaak over mogelijke oorzaken en oplossingen van zijn of haar gezondheidsprobleem. Er is dan ook veel veranderd in de relatie tussen arts en patiënt en Schellekens en Van Everdingen stellen dat dit de komende jaren nog zal doorgaan. De algemene tendens is dat patiënten zich zakelijker opstellen, kritischer nadenken over de eigen gezondheid en de mogelijkheden die de gezondheidszorg hun biedt. We gaan niet meer uit van wat de arts ons aanbiedt, maar onze zorgvraag staat centraal. Als blijkt dat we voor de beste behandeling naar een groter ziekenhuis moeten gaan, soms wel tachtig kilometer verderop, dan zijn velen daartoe bereid, wegens onze toegenomen mobiliteit. Schellekens en Van Everdingen stellen dat de patiënt in de zorg een duidelijk herkenbaar gezicht heeft gekregen met eigen belangen en eigen invloed via patiëntenorganisaties en cliëntenraden.

2.6 Afsluiting

Al de zojuist genoemde ontwikkelingen hebben ertoe bijgedragen dat de kosten van de gezondheidszorg in Nederland hoog opliepen. Het was dan ook noodzakelijk om het zorg- en verzekeringsstelsel grondig te herzien. Vanuit de behoefte aan beter betaalbare en meer

vraaggestuurde zorg, lijkt marktwerking hiervoor dan ook de beste oplossing. Het is echter voor zorgconsumenten moeilijk te overzien wat deze ontwikkelingen concreet voor hen betekenen. Ook voor de zorginstellingen zelf en hun personeel betekent het verloop en de uitkomst van de overgang naar gereuleerde marktwerking veel onzekerheid. Hier lijkt een belangrijke taak te zijn weggelegd voor de zorginstellingen zelf, in het bijzonder voor de communicatieafdeling. Dit wordt in het volgende hoofdstuk besproken.

HOOFDSTUK 3 HET COMMUNICATIEBELEID VAN ZORGINSTELLINGEN

3.1 Inleiding

Uit het vorige hoofdstuk is gebleken hoe omvangrijk de Nederlandse gezondheidszorg is en hoe complex het stelsel, met allerlei wetten en regelgevingen, in elkaar zit. De zorgbiedende en zorgvragende omstandigheden en de vaak afhankelijke positie van zorgvragers maken communicatie van wezenlijk belang. Ook wordt het voor zorginstellingen steeds belangrijker om hun positie in de markt te bepalen en deze uit te dragen naar alle doelgroepen. Dit hoofdstuk gaat over communicatiemanagement, waarbij specifiek wordt ingegaan op het communicatiebeleid in paragraaf 3.3, de functie en taken van de communicatieafdeling in paragraaf 3.4 en de competenties van communicatieprofessionals in paragraaf 3.5.

3.2 Communicatiemanagement

Door middel van communicatie staat de organisatie in verbinding met haar omgeving en haar medewerkers. Met behulp van communicatie onderhoudt de organisatie de betrekkingen met haar strategische doelgroepen; de organisatie is afhankelijk van het oordeel en de medewerking van deze doelgroepen (Bos & Mastenbroek, 1998, p. 42). Wanneer communicatie goed georganiseerd is, wordt de organisatie volgens Bos en Mastenbroek voorzien van open kanalen waarmee ze gegevens uit haar omgeving kan opvangen die voor haar ontwikkeling en voortbestaan van belang zijn.

De laatste jaren is er steeds meer behoefte aan communicatiemanagement (Van Ruler, 2005, p. 20). Van Ruler verstaat onder communicatiemanagement het nadenken over hoe communicatie verloopt, wat de intenties, strategieën, middelen en effecten zijn, en wat eraan kan worden verbeterd. Managers willen volgens Van Ruler de communicatie niet meer aan het toeval overlaten, ze willen erover nadenken hoe zij hun communicatie kunnen managen, en daarvoor beleid ontwikkelen en strategieën kiezen. Olsthoorn (1997, p. 109) stelt dat communicatiemanagement moet vertrekken vanuit strategisch beleid gebaseerd op continu onderzoek en dat communicatiemanagement nadrukkelijk onderdeel moet uitmaken van management-besluitvormingsprocessen (dominante coalitie). Volgens Schoemaker en Vos (1993, p. 14) omvat communicatiemanagement het analyseren, plannen, uitvoeren en evalueren van activiteiten die noodzakelijk zijn voor het verwezenlijken van het communicatiebeleid.

Van Ruler deed uitgebreid onderzoek naar de professionalisering van communicatiemanagement. Zij stelt dat zowel in profit, non-profit, als in overheidsorganisaties steeds vaker functionarissen te vinden zijn op het gebied van de interne en externe organisatie, die Van Ruler (2003, p. 4) samenvat onder de noemer communicatiemanagement. Hieronder verstaat zij:

De specialistische functie in of ten behoeve van een publieke of private organisatie, die is gericht op de sturing van communicatie- en informatieprocessen in de context van organisatie, binnen een bepaald organisationeel beleidskader en vanuit de optiek van het functioneren van de organisatie. (Van Ruler, 2003, p. 4)

Het vakgebied ontwikkelt zich volgens Van Ruler (p. 6) van een ambachtelijk, uitvoerend gebied richting een adviesfunctie over aspecten van strategieontwikkeling in de organisatie. Van Ruler signaleert hier een vooruitgang van communicatiemanagement naar een hoger, strategisch niveau ten opzichte van haar onderzoek een aantal jaren daarvoor. Daarin concludeerde Van Ruler (1996)

dat veel communicatiefunctionarissen hun werk vooral als praktische aangelegenheid invullen, omdat zij niet over voldoende kennis, vaardigheden en werkvisie beschikken om het werk anders in te vullen. Hun rol bij het strategische beleid noemt zij in dat onderzoek beperkt. Volgens Lebbing (2002, p. 4) laat een van de trends in het vak zien dat beroepsbeoefenaren steeds vaker worden ingeschakeld om ondersteuning te geven op het gebied van de communicatie in veranderingsprocessen. Onderzoek van Van Ruler (2003) toont op z'n minst aan dat niet duidelijk is wat er wel en niet binnen het takenpakket van communicatiemanagement valt. Wel is er volgens Van Ruler (2003, p. 9) een duidelijke ontwikkeling te zien in het denken over het takenpakket van de professional in het communicatiemanagement, die gekenmerkt wordt door een verbreding. Het onderzoek van Van Ruler richt zich op zowel profit, non-profit als overheidsorganisaties, maar er is nauwelijks onderzoeksliteratuur beschikbaar die specifiek gaat over communicatiemanagement in zorginstellingen. In dit onderzoek wordt dan ook gepoogd om onderzoeksliteratuur over communicatiemanagement in zijn algemeenheid, toe te passen op communicatiemanagement in zorginstellingen.

3.3 Communicatiebeleid

Het communicatiebeleid is een systematische aanpak van de activiteiten op het gebied van de interne en externe communicatie (Schoemaker & Vos, 1989, p. 26). Het ontwerpen van communicatiebeleid is een proces dat gebaseerd is op analyse van de huidige communicatie en op het in kaart brengen van de (route naar de) gewenste situatie. Het TOCOM-model, een model voor organisationele communicatie (zie paragraaf 4.2) biedt daarvoor een kader. Dit model maakt de beleidsmaker bewust van de samenhang tussen organisatie- en communicatie-elementen zowel ten opzichte van elkaar als ten opzichte van de omgeving (Van Gemert & Woudstra, 2002, p. 55-56). Communicatiebeleid wordt vrijwel altijd beschreven in een plan. Van Gemert en Woudstra geven een opsomming van de elementen waaruit een communicatiebeleidsplan kan bestaan:

- doel en legitimatie van het communicatiebeleidsplan;
- missie en doelen van de organisatie;
- onderbouwing door middel van een schets van ontwikkelingen, trends en invloeden, gebaseerd op de gemaakte analyse;
- visie op communicatie;
- communicatiedoelen en doelgroepen;
- communicatiemiddelenmix en -technologie;
- implementatie en evaluatie;
- budget.

Voor de beleidsontwerper speelt communicatie op twee manieren een belangrijke rol (Van de Peppel, 2002, p. 180). Communicatie kan een onderdeel vormen van de *inhoud* van het beleid, bijvoorbeeld door mensen ergens van op de hoogte brengen, als middel om beleidsdoelen te bereiken. Daarnaast is communicatie een belangrijk aspect van elk beleidsproces (Van de Peppel, p. 181). Tijdens de vorming van beleid wordt er volgens Van de Peppel veel gecommuniceerd over de vraag wat de doelen en middelen van het beleid moeten worden. Tijdens de *uitvoering* van het beleid is communicatie een manier om afstemmingsproblemen op te lossen en om informatie te krijgen over de voortgang en effectiviteit van het beleid.

3.3.1 *Profilering en positionering*

Het is in de veranderende marktsituatie van belang dat zorginstellingen zich weten te profileren. Wanneer een organisatie aan haar *profilering* werkt, krijgt zij een duidelijker gezicht voor de diverse publieksgroepen (Schoemaker & Vos, 1989, p. 29). In een concurrerende gezondheidsmarkt is het van belang dat zorginstellingen zich onderscheiden op basis van hun dienstverlenende kwaliteiten. Door zich sterker te profileren naar de markt zullen zorginstellingen beter in staat zijn om klanten te trekken. Hierdoor neemt de behoefte aan communicatie toe. Zorginstellingen kunnen hun product volgens Schoemaker en Vos een gezicht geven door zich bijvoorbeeld op een specifieke manier te presenteren of door een servicegerichte aanpak die afwijkt van concurrerende organisaties. Het management moet ervoor zorgen dat de organisatie optimaal inhoud geeft aan de doelstellingen die zij zich heeft gesteld. Door de organisatie te profileren kan zij bewust een bepaalde plaats in proberen te nemen tussen anderen, dit betreft de *positionering* (Schoemaker & Vos). Een goed doordachte en goed gecommuniceerde positionering leidt tot een gemotiveerde keuze van een zorgconsument voor een bepaalde zorgverlener (Van het Schip, 2006a, p. 3). Het imago en de reputatie, als resultaten van een onderscheidende positionering, vormen de basis voor deze gemotiveerde keuze. Positionering is echter geen statisch gegeven (Schoemaker & Vos, p. 31). Er kan veel in de omgeving veranderen en de organisatie moet de ontwikkelingen volgens Schoemaker en Vos vanuit haar eigen perspectief volgen. Zoeken naar nieuwe zorginitiatieven en blijven innoveren zijn onvermijdelijk om concurrentievoordeel te behouden (Van het Schip, 2006b, p. 1). Zorginstellingen zullen moeten blijven investeren in de vernieuwing van de middelen die de bron vormen van hun concurrentievoordeel of in het vinden van nieuwe combinaties.

In het vorige hoofdstuk zijn belangrijke, recente veranderingen voor zorginstellingen besproken, zoals de nieuwe gezondheidszorgmarkt, nieuwe wetgeving en steeds kritischer wordende consumenten. Ook veranderingen ten aanzien van concurrerende organisaties kunnen volgens Schoemaker en Vos consequenties hebben voor de mogelijkheden van de organisatie. De organisatie moet trends signaleren en meegroeien met de omgeving. Niet alleen de omgeving verandert, maar ook de organisatie moet blijven veranderen (Schoemaker & Vos, p. 32). Van belang is dat de communicatieafdeling over voldoende competenties beschikt om in te spelen op de nieuwe marktsituatie in de gezondheidszorg.

3.4 **Functie en taken van de communicatieafdeling**

De communicatieafdeling staat systematisch in contact met de (voortdurend veranderende) omgeving (Schroevers, 2004, p. 17). Het is dan ook van belang dat er regelmatig nauwgezette afstemming plaatsvindt tussen de strategische doelstellingen van de organisatie en haar interne en externe communicatie. Communicatie dient weloverwogen te worden vormgegeven om vooraf vastgestelde doelen te kunnen behalen (De Joode, 2001, p. 31). Hierbij worden volgens De Joode drie niveaus onderscheiden:

- *Beleidsniveau*: De filosofie – een antwoord op de vraag ‘waarom is onze organisatie er?’ – geeft aan wat de instelling beweegt. De doelstelling geeft weer welke doelen en subdoelen de organisatie zich heeft gesteld: wat gaan we doen en wat willen we? Daarbij schetst het beleid de strategie die de organisatie daarbij wil volgen (welke doelgroepen, groepen van mensen en individuen moeten worden bereikt).
- *Organisatieniveau*: Wie houdt zich met welke vorm van communicatie bezig, waar en over welke periode en tegen welke kosten.

- *Uitvoeringsniveau*: Welke middelen worden ingezet (bijvoorbeeld folders, brochures, website etc.).

Het takenpakket van een communicatieafdeling van elk soort organisatie loopt uiteen van adviserende, onderzoekende en strategische taken, tot uitvoerende en informerende taken (Schroevers, p. 17-19). Onder *adviserende taken* wordt verstaan het adviseren van management en afdelingen over de consequenties van beleid op het communicatieve vlak. *Onderzoekende taken* richten zich op het in kaart brengen van de doelgroepen, het imago, de missie, de corporate identity, de maatschappelijke trends binnen het werkgebied, een omgevingsanalyse en de publieke opinie. Ook relatieonderzoek en onderhouden van basisdocumentatie worden hiertoe gerekend. *Strategische taken* omvatten het uitwerken van een communicatiestrategie gebaseerd op de beleidsdoelstellingen, het sturen van de beeldvorming bij interne en externe doelgroepen, het signaleren van externe (onjuiste) berichtgeving en daarop reageren, en het top- en lijnmanagement adviseren over de inbreng van communicatie op de beleidsdoelstellingen. *Uitvoerende taken* richten zich op het coördineren van de huisstijl, het leveren van redactionele taken aan diverse communicatieve uitingen en het onderhouden van cliëntenrelaties zoals het geven van voorlichting. *Externe informerende taken* richten zich op het informeren van de pers. *Interne informerende taken* betreffen het op de hoogte houden en informeren van medewerkers over hun bijdrage aan de beoogde doelstellingen.

Communicatie speelt in meerdere opzichten een belangrijke rol in het vertalen van het organisatiebeleid naar de diverse interne en externe doelgroepen toe. Communicatie moet een plaats hebben in het organisatiebeleid om communicatietaken op organisatieniveau te kunnen uitvoeren, in lijn met de organisatiebrede strategie. Communicatie als managementinstrument kan richting geven aan veranderingsprocessen in organisaties. Dit is van essentieel belang zodat medewerkers op de hoogte zijn van veranderingsprocessen, zij zich meer betrokken voelen bij de organisatie en meer gemotiveerd zijn om een bijdrage te leveren aan het veranderingsproces. En communicatieafdelingen moeten met de diverse doelgroepen communiceren over het beleid om als instelling transparantie te bieden in de werkzaamheden. Vanuit deze opzichten bezien behoort communicatie op strategisch niveau georganiseerd te zijn.

3.4.1 Doelgroepen

Een van de belangrijkste vertrekpunten voor organisationele communicatie is: wie zijn de doelgroepen (De Joode, 2001, p. 31). Voor wie doen we dit, en met wie hebben we rekening te houden om het voortbestaan van de instelling te kunnen garanderen? Een zorginstelling heeft veel doelgroepen, zoals (familie van) patiënten, (familie van) medewerkers, toeleveranciers, verwijzers, omwonenden, vrijwilligers, regelgevende instellingen, zorgverzekeraars, overheid, vakbonden, inspectie en pers (De Joode). Voor al deze doelgroepen moet beoordeeld worden waarom deze doelgroep van belang is voor de organisatie, wat de doelgroep weet van de organisatie, welke interesse kan de doelgroep in de organisatie hebben, welke middelen ingezet gaan worden voor de communicatie met de doelgroep, wie verzorgt wanneer deze communicatie, wat zijn de kosten en hoe worden de resultaten gemeten en hoe gaan we als organisatie verder? (De Joode, p. 32). De antwoorden op deze vragen worden in een communicatiebeleid verwerkt welke wordt voorzien van een planning.

Gezien de veelzijdigheid van de doelgroepen van een zorginstelling, is het van belang om voor de uitvoering van communicatie met de doelgroepen duidelijke lijnen uit te zetten ten aanzien van wie met welke doelgroep waarover communiceert. Vaak is patiëntenvoorlichting een onderdeel van

de (staf)afdeling communicatie. Interne communicatie wordt vaak (deels) verzorgd door de personeelsafdeling (P&O), al dan niet in samenwerking met de afdeling communicatie. De afdeling communicatie is verantwoordelijk voor het onderhouden van contacten met de pers.

3.5 Competenties

Zoals in de vorige paragraaf is besproken, dient communicatie weloverwogen te worden vormgegeven om vooraf vastgestelde doelen te kunnen behalen. In de veranderende marktsituatie is het van belang dat communicatiefunctionarissen zulke veranderingen signaleren en in staat zijn om hierop in te spelen. Competenties hebben betrekking op iemands vaardigheden en bevoegdheden, waarbij overzicht een rol speelt (Hetebrij, 2002, p. 301-305). Competenties vragen volgens Hetebrij de combinatie van overzicht en vaardigheden. Alleen overzicht kan iemand duidelijk maken welke verantwoordelijkheden hij op zich neemt als hij een vaardigheid uitoefent. Competentie betreft het vermogen om bij de toepassing van de eigen vaardigheden een goede afstemming te bereiken met het handelen van anderen in het kader van het sociale geheel waarvan ze deel uitmaken (Hetebrij). Voor communicatieprofessionals gaat het in hun taakuitvoering om een afstemming met het handelen van interne en externe doelgroepen, in de lijn van het organisatiebeleid.

Van Ruler (2003, p. 9) onderscheidt in haar onderzoek naar communicatiemanagement diverse modellen binnen het vakgebied. Ze deelt de ontwikkeling van het vakgebied in vier modellen in, te weten het informatiemodel, het overredingsmodel, het intermediair model en het reflectief model. De rol van de communicatiefunctionaris als beschreven in het *informatiemodel*, is het meest van toepassing op het geven van patiëntenvoorlichting en het zorgdragen voor uitvoerende taken van de communicatieafdeling. De kerncompetentie ligt in de productie van communicatiemiddelen waarmee de gewenste informatie aan de juiste categorieën personen wordt verschaft (Van Ruler, p. 17). De communicatiefunctionaris is volgens het informatiemodel ervoor verantwoordelijk dat de juiste personen worden voorgelicht. De rol van de communicatiefunctionaris gezien vanuit het *overredingsmodel* is, naast een uitvoerende functie, het meest van toepassing op een communicatieafdeling in een zorginstelling. Volgens het overredingsmodel wordt de professional niet alleen geacht zorg te dragen voor de verspreiding van plannen en besluiten van de organisatie maar ook voor de realisatie van een bepaald doel daarmee. Volgens Van Ruler (p. 17) liggen de specifieke vaardigheden van de communicatiefunctionaris binnen dit model op het vlak van het (laten) doen van doelgroeponderzoek, het ontwikkelen van een onderbouwd plan en het kiezen van de juiste middelen. Kennis van imago-onderzoek, doelgroepsegmentatie, actievoorbereidend en evaluerend onderzoek en planningssystematiek zijn de belangrijkste kerncompetenties in dit model. De communicatiefunctionaris is in dit model verantwoordelijk voor het creëren van een positieve uitgangspositie voor de organisatie. Wanneer het gaat om grote veranderingsprocessen, zoals de invoering van gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg, zal de rol van de communicatiefunctionaris als in het *intermediair model* het meest van toepassing zijn. Dit model onderscheidt zich van het vorige model omdat de functionaris in het intermediair model, naast zijn uitvoerende en planningstaak, ook geacht wordt zorg te dragen voor een goede interactie tussen de medewerkers van de organisatie intern en tussen organisatie en publieksgroepen ten behoeve van de ontwikkeling van goede strategische keuzes en beleid (Van Ruler, p. 18). De kerncompetentie is volgens Van Ruler het bij elkaar brengen en houden van partijen door hen met elkaar in gesprek te brengen en zo mogelijk op één lijn te brengen. De functionaris als intermediair doet dit door de dialoog op gang te brengen en te onderhandelen met alle partijen over acceptabele beleidskeuzes. Van de communicatiefunctionaris als intermediair wordt volgens Van Ruler een rol als 'kritische sparringpartner' vereist. Volgens Grunig (in Van Ruler) moet de

communicatiefunctionaris om die reden onderdeel zijn van de dominante coalitie, bij voorkeur op een hoge stafpositie. In dit opzicht lijkt de benaming 'communicatiemanager' hier dan ook het meest van toepassing. De vaardigheden van de communicatiefunctionaris liggen in dit model met name op het vlak van het kunnen vinden van en onderhandelen over acceptabele oplossingen voor problemen.

3.6 Afsluiting

De taakuitvoering van communicatieprofessionals bestrijkt volgens Van Ruler een steeds breder terrein. Er worden dan ook steeds meer eisen gesteld aan het functioneren van communicatieprofessionals. Gezien de veranderende markt waar zorginstellingen zich in bevinden, zou het verstandig zijn om de communicatieprofessional zo vroeg mogelijk in dit veranderingsproces te betrekken. Voor het ontwikkelen van een communicatiebeleidsplan zijn die competenties van een communicatieprofessional vereist zoals door Van Ruler beschreven in het overredingsmodel en met name het intermediair model. Communicatieprofessionals die aan de beschreven competenties bij deze modellen voldoen, zijn in staat om de samenhang tussen organisatie- en communicatie-elementen zowel ten opzichte van elkaar als ten opzichte van de omgeving in kaart te brengen, waarvoor het TOCOM-model een kader biedt. Uit de bestudeerde literatuur blijkt dat er mogelijk sprake is van een trend dat communicatieprofessionals steeds vaker worden ingeschakeld om ondersteuning te geven op het gebied van de communicatie in veranderingsprocessen. In deze studie wordt onderzocht of en in welke mate dit geldt voor zorginstellingen met het oog op de invoering van gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg.

HOOFDSTUK 4 THEORETISCH KADER

4.1 Inleiding

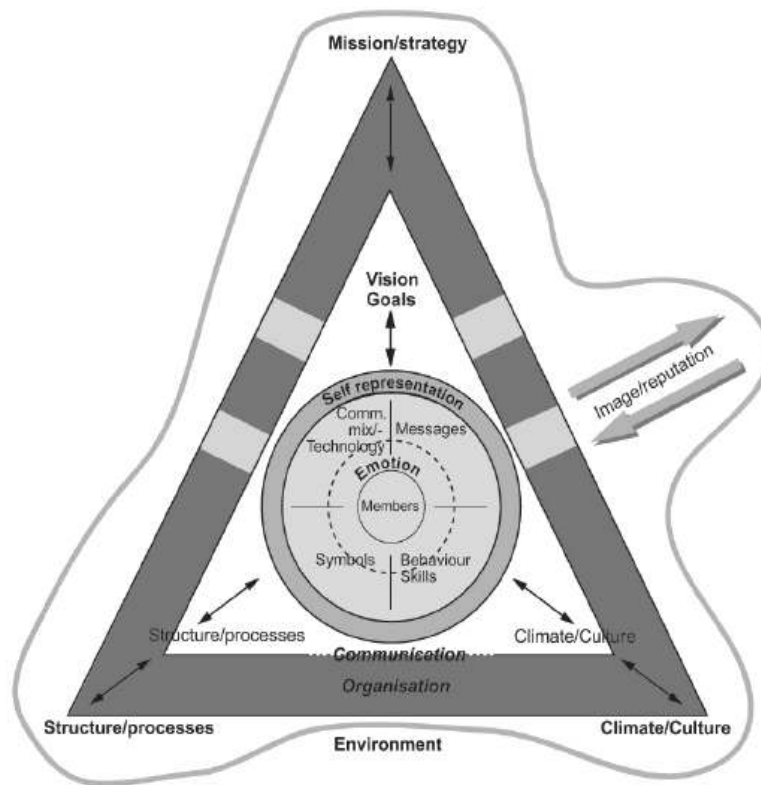
In dit hoofdstuk worden de theorieën, die als uitgangspunt dienen bij dit onderzoek, uiteengezet. Ten eerste het TOCOM-model, een model voor organisationele communicatie dat gebruikt kan worden om communicatie in, van en tussen organisaties te begrijpen. Daarna komt in paragraaf 4.3 veranderingsmanagement aan bod, gebaseerd op de theorie van John Kotter. Kotter heeft een acht-fasenplan opgesteld voor succesvolle verandering binnen organisaties. In paragraaf 4.4 wordt kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg besproken. Paragraaf 4.5 gaat over marketing voor de gezondheidszorg, ofwel zorgmarketing, een in opkomst zijnde ontwikkeling nu zorginstellingen zich beter moeten gaan profileren om een sterke marktpositie te veroveren. In paragraaf 4.6, ten slotte, worden deze theorieën samengevoegd tot een geheel, de synthese.

4.2 TOCOM-model

TOCOM is een afkorting van Twente Organizational Communication Model. Het model is ontwikkeld door Van Gemert en Woudstra, beide verbonden aan de opleiding Toegepaste Communicatiewetenschap, Universiteit Twente. Het model heeft tot doel een referentiekader te bieden voor de analyse van strategie- en cultuurveranderingen (vernieuwingsprocessen) en voor structuur- en systeemveranderingen (verbeteringsprocessen) (Van Gemert & Woudstra, 2002, p. 48). Van Gemert & Woudstra benoemen de volgende kenmerken van het model:

- Het model geeft een holistische kijk op communicatie in en van organisaties.
- Het is een open systeemmodel. In dit geval heeft dat drie consequenties. Ten eerste dat de grenzen van de organisatie naar beide zijden informatie doorlaten (gevisualiseerd door de onderbrekingen in de driehoeken, zie figuur 4.1). Ten tweede dat de organisatie voor het voortbestaan afhankelijk is van die informatie-uitwisseling waarbij externe communicatieprocessen voor een groot deel de interne communicatieprocessen bepalen. Ten derde dat inkomende en uitgaande informatie bewerkingen ondergaat (*throughput*) die gemanaged moeten worden.
- Het model is zowel toepasbaar voor de organisatie in zijn geheel als voor verschillende onderdelen daarvan: projectgroepen, afdelingen, business units, hoofd- en nevenvestigingen.
- Communicatie is een managementinstrument, dat wil zeggen dat communicatie tot op zekere hoogte te sturen en te beheersen is. Voorwaarde voor goed management is dat er beleidsuitgangspunten zijn die als referentiepunt kunnen dienen; in dit geval vereist dat een communicatievisie, afgeleid van de missie van de organisatie. In het model komt dat tot uiting aan de top van de driehoeken (zie figuur 4.1). Echter, niet alle communicatie is te managen, want veel communicatieprocessen vinden spontaan plaats.
- Het model bevat het kader voor het ontwerpen van communicatiebeleid waarbij analyse de eerste stap is.

Het TOCOM-model wordt in dit onderzoek niet als onderzoeksmodel gehanteerd maar als een kapstok voor bij de analyse. De diverse aspecten waaruit het model bestaat – zoals missie, cultuur, communicatiemiddelen – zullen worden opgenomen in het meetinstrument. In figuur 4.1 wordt het TOCOM-model schematisch weergegeven (Van Gemert & Woudstra, 2005, p. 12). Het gebied tussen de organisationele driehoek en de gebogen lijn geeft de omgeving weer. De gebogen lijn duidt aan dat een organisatie zichzelf kan uitbreiden (zowel kwantitatief als kwalitatief) door middel van haar netwerk van contacten (Van Gemert & Woudstra, p. 55).



Figuur 4.1

Twente Organizational Communication (TOCOM) model.

Vernieuwingsprocessen kenmerken zich volgens Van Gemert en Woudstra (2002, p. 56) door complexiteit. Een probleem is complexer naarmate meer veranderingen in de communicatie- en organisatiecultuur noodzakelijk zijn. De veranderende marktsituatie in de gezondheidszorg vraagt om aanpassingen in de organisatie en communicatie van zorginstellingen, passend bij deze nieuwe situatie. Zorginstellingen moeten anders gaan denken, ze moeten concurreren, zich beter profileren en transparanter gaan werken. Er zal een transformatie plaatsvinden naar een markt- en cliëntgerichte organisatie die vanuit de top van de organisatie geregisseerd dient te worden (Van Leeuwen, 2006). Dit proces kan dan ook als een vernieuwingsproces beschouwd worden.

Met behulp van het TOCOM-model en de daaraan verwante Communicatiekundige Probleem Aanpak (CPA) kan op een systematische wijze inzicht verworven worden in de communicatieproblematiek en de oplossingsrichting daarvan (Van Gemert & Woudstra, 2002, p. 56). De fase van probleembeschrijving start met een oriëntatie op de aard en omvang van de problematiek. Het probleem dient te worden geanalyseerd en gelokaliseerd (bij welke elementen uit het TOCOM-model liggen de zwaartepunten van het probleem) en ten tweede worden de condities bepaald voor mogelijke oplossingen. Informatie over de organisatie en de omgeving kan naast gesprekken met de verantwoordelijken in de organisatie, verkregen worden uit documenten als organogrammen, jaarverslagen, websites, mission statements, afdelingsbeleidsplannen, kwaliteitshandboeken, eerdere communicatiebeleidsplannen en rapporten over organisatie- en communicatieonderzoek. Deze informatiebronnen geven volgens Van Gemert & Woudstra (p. 57) inzicht in de koers, de lange termijn visie, die de organisatie wil varen en de argumenten waarop die koers gebaseerd is. Ook kan op basis hiervan verkend worden welke visie de organisatie heeft op de communicatie en hoe die visie tot stand gekomen is. Essentieel is of de organisatie haar doelen beschreven heeft in de vorm van een mission statement of een strategisch plan of daar

alsnog toe in staat is, omdat er volgens Van Gemert en Woudstra (p. 58) anders geen referentiepunten zijn voor beoordeling van communicatieprocessen.

Aan de hand van deze probleemanalyse wordt inzicht verkregen in waar het probleem ligt, op welke niveaus het probleem speelt, hoe complex het probleem is, waarom het probleem juist nu opgelost moet worden, of er al iets aan gedaan is en welke randvoorwaarden er gelden (Van Gemert & Woudstra, 2002, p. 58). In het kader van dit onderzoek wordt in het bijzonder gekeken naar wat de consequenties zijn van de transformatie naar een markt- en cliëntgerichte organisatie voor het communicatiebeleid van zorginstellingen. Zoals in hoofdstuk 3 aan bod is gekomen, is het van belang om hierbij te kijken naar in hoeverre communicatieafdelingen van zorginstellingen over voldoende competenties beschikken om in te spelen op de veranderende marktsituatie en of er op deze afdelingen voldoende middelen beschikbaar zijn voor veranderingen in (de uitvoering van) het communicatiebeleid.

4.2.1 Cultuur

Een belangrijk aspect van elke organisatie is de organisatiecultuur. Op basis van diverse definities concludeert Olsthoorn dat het begrip cultuur omschreven kan worden als:

Een door de leden van een samenleving of groep individuen gemeenschappelijk aanvaard en gedeeld patroon of stelsel van waarden en normen, symbolen, denkbeelden, meningen, geloof, gewoonten, gedragingen én communicatiepatronen dat mensen aanleren, aannemen en veranderen als gevolg van interne en externe omgevingsinvloeden en dat zich laat onderscheiden van andere groepen. (Olsthoorn, 1997, p. 20)

Volgens Olsthoorn (1997, p. 12) worden de (on)mogelijkheden voor communicatiebeleidsontwikkeling door cultuur beïnvloed. Andersom stelt hij dat het voeren van een bepaald soort communicatiebeleid invloed kan hebben op het functioneren van de aanwezige cultuur. Er is volgens Olsthoorn (p. 13) dan ook sprake van een veronderstelde wederzijdse beïnvloeding tussen de cultuur van een organisatie en de manier waarop de in- en externe communicatie worden georganiseerd en uitgevoerd. De wijze van organisatie en uitvoering van de interne en externe communicatie is volgens Olsthoorn vooral afhankelijk van de cultuur en de organisatiestructuur waarin de (communicatie)manager functioneert. Met organisatiestructuur wordt de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in organisaties bedoeld (Van Osch & Van Doorn, 2006, p. 139). Een communicatiemanager is in zijn functioneren dus in grote mate afhankelijk van de cultuur van de organisatie en de positie die hij heeft in de organisatie.

4.3 Veranderingsmanagement

De veranderende marktsituatie heeft tot gevolg dat zorginstellingen zich moeten aanpassen aan deze nieuwe situatie, waarin ze met verschillende marktpartijen te maken krijgen. Dit betekent dat er intern, binnen de organisatie van zorginstellingen, ook veranderingen zullen gaan plaatsvinden. John Kotter beschrijft in zijn boek 'Leiderschap bij verandering' hoe een succesvolle verandering eruit zou moeten zien aan de hand van acht fasen. Deze fasen luiden als volgt (Kotter, 1997, p. 33):

1. Urgentiebesef vestigen
2. De leidende coalitie vormen
3. Een visie en strategie ontwikkelen

4. De veranderingsvisie communiceren
5. Door 'empowerment' een breed draagvlak voor actie creëren
6. Kortetermijnsuccessen genereren
7. Verbeteringen consolideren en meer verandering tot stand brengen
8. Nieuwe benaderingen in de organisatiecultuur verankeren

Urgentiebesef vestigen (fase 1) dient volgens Kotter te gebeuren op basis van markt- en concurrentieonderzoek en het vaststellen van (potentiële) crises en belangrijke kansen en deze te bespreken. De leidende coalitie (fase 2) moet bestaan uit een groep die genoeg macht heeft om leiding te geven aan de verandering en als een team kan samenwerken. De te creëren visie (fase 3) moet richting geven aan de veranderingsoperatie en er moeten strategieën ontwikkeld worden om die visie te realiseren. Voor het communiceren van de veranderingsvisie (fase 4) dienen alle mogelijke middelen gebruikt te worden om voortdurend de nieuwe visie en strategieën te communiceren. De leidende coalitie dient hierbij als rolmodel voor het gedrag dat van medewerkers verwacht wordt. Een breed draagvlak voor actie creëren (fase 5) kan volgens Kotter gebeuren door obstakels uit de weg te ruimen, het veranderen van systemen of structuren die de veranderingsvisie ondermijnen en door het nemen van risico's en onconventionele ideeën, activiteiten en daden aan te moedigen. Kortetermijnsuccessen (fase 6) leiden ertoe dat mensen effectiever met de actuele realiteit omgaan. Deze successen kunnen behaald worden door zichtbare verbeteringen in de prestaties of duidelijke successen te plannen. In fase 7 dient de toegenomen geloofwaardigheid die de kortetermijnsuccessen hebben opgeleverd, gebruikt te worden om alle systemen, structuren en beleidsregels die niet op elkaar en op de transformatievisie aansluiten, te veranderen. Ook het proces versterken met nieuwe projecten, thema's en medewerkers, is hierbij van belang. Ten slotte dienen de nieuwe benaderingen in de organisatiecultuur verankerd te worden (fase 8), door duidelijk te maken wat de relatie is tussen het nieuwe gedrag en het succes van de organisatie, en de ontwikkeling van leiderschap en de opvolging veiligstellen. Hierdoor kan volgens Kotter de organisatie betere prestaties leveren door klant- en productiviteitgericht gedrag, meer en beter leiderschap en effectiever management. Samenvattend kan gesteld worden dat fase 1 tot en met fase 4 ervoor zorgen dat de verstarde status-quo waar de organisatie in verkeert, in beweging komt. Fase 5 tot en met fase 7 bieden een methode van aanpak. Fase 8 dient om ervoor te zorgen dat de veranderingen niet van tijdelijke aard zijn.

Kotter noemt ook nog enkele implicaties voor de 21^e eeuw. Volgens hem hebben succesvolle organisaties behoefte aan het ontwikkelen van leiderschap in plaats van management (1997, p. 197). Leiders zijn volgens Kotter mensen die visies en strategieën kunnen opstellen en communiceren. Hiervoor zijn volgens hem plattere en slankere structuren nodig. Gedelegeerd management – een slanke en platte hiërarchie – maakt manoeuvreren volgens Kotter eenvoudiger binnen de organisatie. Daarnaast maakt een adaptieve organisatiecultuur concurrentie en winst mogelijk en kunnen organisaties een voorsprong behalen door concurrentievermogen te creëren.

Termen als concurrentie en winst zijn nieuw voor instellingen in de gezondheidszorg. Vooralsnog vinden er achter de schermen wel voorbereidingen plaats voor nieuwe strategieën, maar een voorzichtige houding is volgens De Waal (2006, p. 44) typerend voor de aanpak van ziekenhuizen op dit moment. Toch zullen zorginstellingen zich steeds meer moeten gaan onderscheiden. Een markt- en cliëntgerichte organisatie weet zich te profileren, onder meer op basis van informatie over de kwaliteit van de behandeling en zorg die zij levert. Sinds enkele jaren neemt de belangstelling voor kwaliteit in de gezondheidszorg steeds meer toe. Hierover gaat de volgende paragraaf.

4.4 Kwaliteitsmanagement

Kwaliteitsdenken is in de non-profitsector pas in de jaren '90 van de vorige eeuw op gang gekomen. In het bedrijfsleven is kwaliteitsmanagement al eerder wereldwijd ingebed. Volgens Korsten en Soeters (1999) is dit het gevolg van de relatief geringe marktwerking in het domein van non-profitinstellingen, omdat de meeste zorgaanbieders binnen een bepaald veld of geografisch gebied monopolist zijn. Daardoor was er voorheen nauwelijks sprake van concurrentie en marktpressie. Mensen vertrouwden meestal maar op het zelfevaluerend en kwaliteitsbewakend vermogen van de professionals en professionele beroepsverenigingen in de publieke sector, maar nu ziet men sinds enkele jaren steeds meer de voordelen van concurrentie en vraagsturing (Korsten & Soeters). Kwaliteitsmanagement wordt onvermijdelijk. Instellingen dienen volgens Korsten en Soeters een 'outside in'-benadering te kiezen waarbij de patiënt of cliënt primair wordt gesteld. Volgens Walburg (1999) raken steeds meer organisaties ervan overtuigd dat ze, teneinde in de toekomst bestaansrecht te hebben, zich bewust moeten zijn van de (eisen en wensen van de) klant. Kwaliteitsmanagement wordt volgens Korsten en Soeters zo ook een manier om de klant beter te bedienen, om de werkprocessen te optimaliseren, om zorg te verbeteren en om wachttijsten te verkorten.

Schellekens en Van Everdingen (2001, p. 20) stellen dat bij marktwerking en concurrentie kwaliteit van zorg expliciet bewaakt moet worden. Van Zoest (2002, p. 41) noemt drie verschillende functies van kwaliteitszorg: kwaliteitsplanning, kwaliteitscontrole en kwaliteitsverbetering. Hij stelt dat kwaliteitszorg geen modegril is, maar een bewuste strategie van de organisatie om haar plaats in de markt te versterken, die niet langer in het beleid van de organisatie mag ontbreken. Voor de non-profitsector zal kwaliteitszorg de komende jaren een steeds belangrijker management-instrument gaan worden. Het is nodig om werk te maken van kwaliteitszorg om de toekomstige positie van de organisatie beter te kunnen waarborgen. Van Zoest (p. 12) geeft met enkele punten de noodzaak voor een kwaliteitszorgplan aan:

- de concurrentie tussen organisaties zal de komende jaren verder toenemen;
- de klant is mondiger geworden;
- de overheid stelt eisen aan een systeem van kwaliteitszorg;
- het belang van efficiënt en effectief werken neemt toe;
- met minder middelen moet je toch kwalitatief goede diensten verlenen;
- in de toekomst moet je de beste zijn;
- alleen instellingen met een kwaliteitszorgplan hebben een overlevingsperspectief.

Ook cliënten hebben steeds meer actieve belangstelling voor kwaliteit van zorg (Walburg, 1999). Op het niveau van instellingen nemen cliënten deel aan patiëntenraden van instellingen, nemen zitting in kwaliteitsstuurgroepen of worden anderszins door het management betrokken bij het kwaliteitsbeleid. Landelijk is een Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) gevormd, een overkoepelingsorgaan van patiëntenverenigingen (De Joode, 2001, p. 53). Zulke vormen van patiëntenparticipatie, waarbij veranderingen in samenspraak met de doelgroep worden gerealiseerd, leiden tot betere resultaten wat betreft gezondheidsbevordering (Schellekens & Van Everdingen, 2001, p. 75-76).

Kwaliteit betekent het verrichten van activiteiten in een organisatie die waarde toevoegen (Wentink, in Korsten & Soeters, 1999). Bij kwaliteitsmanagement zijn *processen* de objecten van verbetering en vernieuwing, waarbij de gerichtheid op mensen centraal staat.

Kwaliteitsmanagement raakt bij non-profitorganisaties het hart van de organisatie en processen daarbinnen, want het gaat om de werkprocessen. Kwaliteitsdenken is vooral een kwestie van cultuur en cultuurverandering (Korsten & Soeters). Het instellingsbreed toepassen van

kwaliteitsmanagement houdt in dat iedereen een gedragsverandering moet ondergaan en daarvoor moeten medewerkers gemotiveerd worden. Essentieel bij kwaliteitsmanagement zijn volgens Korsten en Soeters oog voor visie, cliëntgerichtheid en coachend leiderschap.

Kwaliteitsmanagement dient verankerd te zijn in het beleid van de organisatie (Wentink, 1999). De leiding in de organisatie moet een visie hebben over de situatie waarin de organisatie de komende jaren moet verkeren, die wordt uitgewerkt in een strategie van jaarlijkse verbeterpunten. Zij worden door het management voor elk niveau van de organisatie vertaald in specifieke en gedetailleerde concrete doelen en acties. Er is sprake van culturele transformatie die gepaard gaat met een herdefiniëring van de rollen van leiders en managers (Wentink). Werken aan kwaliteitsverbetering betekent bijna altijd bezig zijn met veranderingsprocessen. Het is dan ook van belang dat de leiding een houding heeft waarin zij bereid is om veranderingsprocessen te stimuleren, door zo veel mogelijk medewerkers in dit proces te betrekken. Ook dient de leiding de nodige middelen te reserveren om veranderingen met succes te kunnen invoeren (Van Zoest, 2002, p. 123). Er zijn organisaties die een kwaliteitsfunctionaris of kwaliteitsadviseur aanstellen, die kwaliteitsplannen vormgeven en invulling geven aan het proces van kwaliteitszorg (Wentink; Van Zoest, p. 104). Als gevolg van kwaliteitszorg wordt de organisatie duidelijker object van verandering. Er is volgens Wentink sprake van kortere communicatielijnen waarbij de mogelijkheden tot directe sturing sterk zijn verbeterd. Organisaties met een monopoliepositie houden zich bezig met kwaliteitszorg vanuit de overtuiging dat kwaliteitsverbetering enerzijds leidt tot een betere organisatie. Anderzijds is kwaliteitszorg een middel om de organisatie voor te bereiden op de toekomstige concurrentie (Wentink).

4.4.1 Integrale kwaliteit

In zorgorganisaties waar veel kwaliteitsprojecten lopen, ontwikkelt het kwaliteitsbeleid zich vaak in de richting van integrale kwaliteit. Dit betekent dat kwaliteitszorg betrekking heeft op alle facetten van de organisatie (Van Zoest, 2002, p. 39). Integraal kwaliteitsmanagement "is het geheel aan besturingsactiviteiten dat is gericht op het systematisch en gestructureerd meten, verbeteren, herontwerpen en borgen van de kwaliteit van het zorgproces" (Schellekens & Van Everdingen, 2001, p. 27). Geïnspireerd leiderschap is hierbij volgens Schellekens en Van Everdingen onmisbaar. Invoering van een instellingsbreed kwaliteitssysteem, zoals integraal kwaliteitsmanagement, kan niet worden gedelegeerd, het is in wezen niets anders dan veranderingsmanagement (Schellekens & Van Everdingen, p. 70). Het kan gaan om de relaties met de patiënt, het proces van dienstverlening, de dienstverlening zelf, het management, de medewerkers, het beleid en de missie van de organisatie, de wijze waarop de middelen worden besteed en de resultaten die de instelling behaalt (Van Zoest, p. 40). Het invoeren van een systeem van integrale kwaliteit houdt een gestructureerd proces in om al het personeel te betrekken in het voorbereiden en uitvoeren van een voortdurende stroom verbeteringen om de best mogelijke zorg te bieden (Walburg, 1999). Het kwaliteitsmodel van het Instituut Nederlandse Kwaliteit (INK) biedt daartoe een conceptueel houvast (zie figuur 4.2). Dit model wordt inmiddels door het management van honderden bedrijven, instellingen en overheidsorganisaties in Nederland gebruikt (INK, n.d.). Het INK-model maakt duidelijk dat om goede resultaten te halen de processen op orde moeten zijn en dat het management, de bedrijfsstrategie, het personeelsbeleid en de inzet van middelen essentieel zijn om excellente kwaliteit van zorg te realiseren.



Figuur 4.2

INK-managementmodel (INK, n.d.).

Het INK-managementmodel heeft negen aandachtsgebieden: vijf organisatiegebieden en vier resultaatgebieden, die de variatie in de bedrijfsvoering van organisaties samenvatten. In essentie is het INK-model een organisatieontwikkelingsmodel. Dit betekent dat er voldoende aanleiding moet zijn om te veranderen en dat het speelveld en de spelregels van de organisaties niet voortdurend gewijzigd worden (INK, n.d.). Het centrale aandachtsgebied in het INK-model is *processen*, voor een ziekenhuis worden hiermee het primaire proces, de behandeling en de zorg bedoeld (Schellekens & Van Everdingen, 2001, p. 42). Dit aandachtsgebied heeft volgens Schellekens en Van Everdingen drie deelgebieden. Het moet duidelijk zijn hoe het ziekenhuis vanuit strategie en beleid het zorgproces heeft ontworpen, hoe het zorgproces beheerst wordt en hoe de zorg indien nodig verbeterd wordt. Het zijn vooral de grotere organisaties die het model gebruiken als besturingsinstrument om overzicht te krijgen en te behouden van de relevante ontwikkelingen in en buiten hun organisatie. Maar ook voor een kleinere organisatie kan het volgens het INK heel praktisch zijn om bijvoorbeeld het jaarplan in te richten conform het INK-managementmodel en daar de nodige verbeteracties aan te verbinden.

Een andere vorm van kwaliteitsmanagement is ISO-certificering (International Organization for Standardization). De ISO-9000 serie bestaat uit een aantal normen en richtlijnen voor kwaliteitsmanagementsystemen. Het bezit van zo'n certificaat kan de concurrentiepositie versterken en draagt bij aan het beter beheersbaar maken van de productieprocessen, met betere kwaliteit en goedkopere productie tot gevolg (Kamer van Koophandel, 2002). Uit een onderzoek van het INK is de invloed van ISO-9000 duidelijk merkbaar. Enerzijds is een certificaat een marketinginstrument, anderzijds is het een middel om kwaliteitszorg te structureren en te formaliseren (Wentink, 1999).

4.5 Zorgmarketing

Iedere organisatie creëert verwachtingen en percepties, die in sterke mate de resultaten beïnvloeden. Dat is zo in het bedrijfsleven en dit geldt even goed voor non-profitorganisaties. Marketing is een discipline die omgaat met behoeften, verwachtingen en percepties en dat met het oog op het bereiken van uitstekende resultaten (Oyen & De Schuyteneer, 2002, p. 11). Van

Lienden en Van der Poel (2005, p. 62) omschrijven marketing als “alle activiteiten die erop gericht zijn om de wensen en behoeften van de klant centraal te stellen in het proces van bedrijfsvoering.” Zorgmarketing gaat dus om het vormgeven van vraagsturing in de gezondheidszorg. Met alle veranderingen in de zorg, waarbij steeds vaker de woorden prestatie, kwaliteit, onderscheid, concurrentie, profilering, en dergelijke naar voren komen, is het bijna niet meer dan logisch dat marketing haar intrede doet in de gezondheidszorg.

Het woord ‘marketing’ is in de gezondheidszorg zonder twijfel een beladen woord. Het wordt geassocieerd met commercie en winst maken, maar in relatie tot de gezondheidszorg zijn principes van marketing toch goed toepasbaar, wanneer men uitgaat van het bereiken van goede resultaten. Wil marketing tot een succesvol instellingsbeleid bijdragen, dan is het nodig om te beginnen op strategisch niveau en met de volledige steun en inzet van de directie (Oyen & De Schuyteneer, 2002, p. 14). Een goede aanpak zou er volgens Oyen en De Schuteneer bijvoorbeeld uit kunnen bestaan dat er op directieniveau een team wordt gevormd dat de opdracht heeft een (nieuwe) opdracht (missie) voor het ziekenhuis te formuleren en een strategisch plan voor een vernieuwd en toekomstgericht ziekenhuisbeleid op te stellen.

Van Kooij (1994) onderzocht de verhouding tussen marketing en kwaliteit, in relatie tot de gezondheidszorg. Marketing (communicatie) betreft volgens de auteur vooral het creëren van beelden van producten en diensten. Kwaliteit duidt volgens van Kooij op het verdienen van een imago. Wanneer je het goed doet, dan wordt kwaliteit herkend en verkrijgt je een goed imago. Marketing is vooral extern gericht, de markt op, en wordt geassocieerd met snelheid, actiegerichtheid. Kwaliteit is volgens Van Kooij een meer introvert begrip, gericht op interne processen en duidt meer op procesgerichtheid en procedureafspraken (bijvoorbeeld kwaliteitsmanagementsystemen). Al in 1994 concludeerde Van Kooij dat de communicatie rond marketing meer van buiten naar binnen zou moeten zijn, door de markt naar binnen te brengen en de medewerkers marketinggericht te maken. Kwaliteit zou volgens Van Kooij meer van binnen naar buiten moeten bewegen.

Volgens Labrujere en Moeke (2005, p. 16) gaat zorgmarketing er van uit dat succes op een markt alleen kan worden bereikt door de klant als uitgangspunt te nemen. Ook voor (zorg)marketing is het van belang dat een richtinggevend kader, bestaande uit een visie en missie, wordt ontworpen. Een visie die een goed uitgangspunt vormt voor zorgmarketing geeft niet alleen een beeld over hoe de zorgverlening er uit moet zien, maar ook een beeld over de marktpositie (Labrujere en Moeke, p. 37). Vaak geeft de visie van zorginstellingen een zorgvisie weer en minder vaak een visie op de marktpositie. Labrujere en Moeke (p. 37-38) stellen dat een goede missie aanknopingspunten biedt voor marketing om de strategie te kunnen bepalen. Om een goede missie te omschrijven moet de markt, de doelgroep en het eigen aanbod waarmee de markt bediend wordt, bekend zijn (Van Lienden & Van der Poel, 2005, p. 79). Ook moet volgens Van Lienden & Van der Poel duidelijk zijn in welke mate de onderneming zich onderscheidt van de concurrentie. Het is volgens Labrujere en Moeke (p. 43) noodzakelijk de klantgroepen te definiëren en de expertise die de zorginstelling in kan zetten om de behoeften van deze klantgroepen in te vullen. Een analyse op organisatieniveau geeft inzicht in de strategische positie van de organisatie (Labrujere en Moeke, p. 51-52). Uitkomsten van zo’n analyse kunnen worden samengevat in een marketingplan (Van Lienden & Van der Poel, p. 61), dat antwoord geeft op vragen als:

- Wie zijn mijn klanten?
- Hoe kan ik mijn klanten het beste van dienst zijn?
- Hoe kan ik ervoor zorgen dat mensen klant bij mij worden én blijven?
- Welke producten of diensten wil ik aanbieden?

- Welke concurrentie kan ik als ondernemer verwachten en hoe kan ik daar het beste mee omgaan?
- Waarom zouden klanten naar mij toegaan en niet naar mijn concurrent?

Een bekend marketing-hulpmiddel is de SWOT-analyse, om zowel de externe omgeving en de interne organisatie in relatie tot elkaar te analyseren. SWOT staat voor de *strengths*, *weaknesses*, *opportunities* en *threats* (Labrujere en Moeke, 2005, p. 52; Van Lienden & Van der Poel, 2005, p. 74). In een SWOT-analyse worden op een systematische manier de sterke en zwakke kanten van de organisatie vergeleken met de marktkansen en -bedreigingen. Door deze analyse goed uit te voeren wordt helder waar het 'centrale probleem' van de organisatie ligt; wat de organisatie het meest in de weg zit om de gewenste doelstellingen te bereiken (Van Lienden & Van der Poel, p. 75). Een ander bekend model is het *vijfkrachtenmodel* van Porter, een concurrentieanalysemodel dat inzicht biedt in de verschillende krachtenvelden van een organisatie en een bijdrage levert aan het bepalen van de uiteindelijke concurrentiestrategie (Van Lienden & Van der Poel, p. 72). Aan de hand van dit model wordt de bedrijfstak geanalyseerd op basis van de volgende factoren:

- de bestaande ondernemingen of bedrijfstakconcurrenten;
- de dreiging van nieuwe toetreders tot de markt;
- de dreiging van substituten (vervangende producten, zoals alternatieve geneeswijzen of medicijnen);
- de kracht (onderhandelingspositie) van klanten en zorgverzekeraars;
- de kracht (onderhandelingspositie) van leveranciers (bijvoorbeeld de doorverwijzende huisarts, of leveranciers van producten en materialen).

Vergelijking aan de hand van een concurrentieanalyse kan helpen bij het maken van keuzes in de positionering (Van Lienden & Van der Poel, 2005, p. 69). De kern van het formuleren van een concurrentiestrategie ligt in het positioneren van de organisatie in de bedrijfstak (Lasance, 2006, p. 18). Positionering wordt volgens Van Lienden en Van der Poel (p. 81) bepaald door drie elementen: de waarden van het aanbod, in de beleving van de (potentiële) klant, ten opzichte van de concurrent.

Traditioneel zijn organisaties in de gezondheidszorg non-profitorganisaties die niet naar winst mochten streven. Concurrentie werd bewust uitgesloten door afspraken en wettelijke regelingen (Van Lienden & Van der Poel, 2005, p. 63). Het is dan ook begrijpelijk dat zorginstellingen huiverig zijn om marketingtechnieken toe te passen; het invoeren van marketing binnen een zorginstelling is een veranderingsproces op zich (Van Leeuwen, 2006). Toch blijkt uit deze uiteenzetting dat marketing een goede manier kan zijn om de strategische positie van de organisatie te bepalen.

4.6 Synthese

In de voorgaande paragrafen zijn veelvuldig dezelfde termen aan bod gekomen, wat duidt op hoe dicht de theorieën bij elkaar liggen. Door deze theorieën samen te voegen tot een geheel, kunnen ze dienen als solide basis voor het uit te voeren onderzoek.

Zorginstellingen bevinden zich in een veranderende omgeving. Concurrentie, marktwerking en vraagsturing vragen om een bewuste strategie van de organisatie om haar plaats in de markt te versterken. De communicatieafdeling neemt een belangrijke plaats in bij de uitvoering van deze nieuwe strategie. Het TOCOM-model biedt houvast voor het uitvoeren van een probleemanalyse om te beoordelen bij welke elementen van de organisatie het probleem ligt, en voor het bepalen van de condities voor mogelijke oplossingen. Hiermee wordt inzicht verkregen in de lange termijn

visie van de organisatie en welke visie de organisatie heeft op communicatie. Het communicatiebeleid komt voort uit de analyse van de huidige communicatie en het in kaart brengen van de (route naar de) gewenste situatie. Kwaliteitsmanagement is van belang om de toekomstige positie van de organisatie beter te kunnen waarborgen. Oog voor visie, cliëntgerichtheid en coachend leiderschap zijn essentieel. Uit de besproken theorieën komt naar voren dat het invoeren van kwaliteitsmanagement sterk samenhangt met veranderingsmanagement, want kwaliteitsdenken is vooral een kwestie van cultuurverandering. Een geschikte methode voor het invoeren van kwaliteitsmanagement zou dan ook kunnen zijn om kwaliteitsmanagement te koppelen aan veranderingsmanagement. Bij kwaliteit en verandering zijn deskundigheid, leiderschap en communicatie van groot belang. Het gaat hierbij om de verhouding tussen de lange termijn visie, de markt en de interne organisatie. Kwaliteitsmanagement is ook een middel ter voorbereiding op de toekomstige concurrentie, want de organisatie moet zich bewust zijn van de klant. Op dit punt komen kwaliteitsmanagement, veranderingsmanagement en marketing bijeen. Marketing dient op strategisch niveau door leidinggevendenden te worden ingevoerd. Marketinghulpmiddelen zoals de SWOT-analyse en het vijfkrachtenmodel zouden mogelijk geïntegreerd kunnen worden in de eerste fase van veranderingsmanagement, die begint met markt- en concurrentieonderzoek en het vaststellen van (potentiële) crises en kansen. In het geheel is het van belang dat de organisatie haar missie en visie helder omschrijft – en deze naar haar medewerkers communiceert – om richting te geven aan de lange termijn visie. De communicatievisie kan worden afgeleid van de missie van de organisatie. Op basis van de missie, visie en de visie op communicatie van de organisatie, kan het communicatiebeleidsplan ontwikkeld worden.

De in deze paragraaf samengevoegde theorieën worden schematisch samengevoegd in een matrix, die op de volgende pagina staat weergegeven. Op de horizontale as zijn de elementen van de Communicatiekundige Probleemaanpak (CPA) geplaatst, verwant aan het TOCOM-model, en de elementen van veranderingsmanagement. Op de verticale as staan de elementen van het TOCOM-model, kwaliteit en zorgmarketing. Aan de hand van deze matrix zal het onderzoeksmateriaal ontwikkeld worden.

	Missie/ strategie	Visie	Structuur/ processen	Cultuur	Kwaliteit	Zorgmarketing	Communicatie- beleid	Middelen	Competenties
Probleem (aard en omvang)									
Oorzaken									
Oplossingen									
Urgentiebesef vestigen									
Leidende coalitie vormen									
Visie en strategie ontwikkelen									
Veranderingsvisie communiceren									
Draagvlak creëren mbv empowerment									
Kortetermijnsuccessen genereren									
Verbeteringen consolideren, meer verandering tot stand brengen									
Verankering in organisatiecultuur									

Figuur 4.3

Matrix synthese theoretische concepten.

HOOFDSTUK 5 ONDERZOEKSOPZET

5.1 Inleiding

In de vorige hoofdstukken is besproken welke grote veranderingen de gezondheidszorg ondergaat. In hoofdstuk 4 zijn de theoretische elementen behandeld die kunnen samenhangen met deze grote veranderingen. In dit hoofdstuk worden de uitgangspunten voor het kwalitatief onderzoek naar de voorbereidingen van zorginstellingen op de toekomst, uiteengezet. Als eerste komen de principes van kwalitatief onderzoek aan bod. In paragraaf 5.3 worden de onderzoekseenheden besproken. Daarna komt in paragraaf 5.4 de gebruikte methode bij dit onderzoek aan bod.

5.2 Principes van kwalitatief onderzoek

Kwalitatief onderzoek is een vorm van empirisch onderzoek die zich laat typeren aan de hand van de manier van informatie verzamelen, het soort analyse, de onderzoeksopzet, het onderwerp van onderzoek en de rol van de onderzoeker (Maso & Smaling, 1998, p. 9). In een kwalitatief onderzoek probeert de onderzoeker de gegevens te duiden en op elkaar te betrekken om ze vervolgens te verwerken tot conclusies (Verschuren & Doorewaard, 2000, p. 117). De analyse werkt met de alledaagse, natuurlijke taal. Hiermee wordt bedoeld dat de gegevens niet worden vertaald in een kunstmatige, numerieke taal. Dit maakt het voor kwalitatieve onderzoekers mogelijk om zo dicht mogelijk bij de gewone sociale en persoonlijke werkelijkheid te blijven (Maso & Smaling). De aanpak van dit onderzoek vertoont sterke overeenkomsten met die van de gefundeerde theoriebenadering (Verschuren & Doorewaard, 2000, p. 151). Kenmerkend voor deze benadering is dat voortdurend de verschillende zaken die in de werkelijkheid worden waargenomen, met elkaar en met theoretische uitgangspunten worden vergeleken, om te zien vanuit welke gedachte de overeenkomsten en verschillen zijn te duiden of te verklaren. Dit onderzoek gaat nog een stapje verder door ook de praktijk erbij te betrekken.

5.3 Onderzoekseenheden

De onderzoekseenheden bestaan in deze studie uit acht zorginstellingen. Om zorginstellingen uit dezelfde sector met elkaar te kunnen vergelijken, en om vergelijkingen te kunnen maken tussen zorginstellingen uit verschillende sectoren, is gekozen om in dit onderzoek twee ziekenhuizen, twee instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg en twee instellingen voor geestelijke gezondheidszorg te betrekken. Deze zijn geselecteerd door in de regio zuidoost Nederland willekeurig zorginstellingen telefonisch te benaderen. De keuze voor deze manier van willekeurige selectie is gemaakt vanuit de overweging dat het lastig zal zijn om selectief acht instellingen bereid te vinden om mee te werken aan het onderzoek. Daarbij, welke selectiecriteria hanteer je dan bij het selecteren van zorginstellingen? Overigens heeft elke zorginstelling in Nederland te maken met de veranderende marktsituatie, al zullen de gevolgen voor elke instelling verschillend zijn. In dit kader is elke instelling dan ook geschikt om mee te werken aan het onderzoek.

5.3.1 *Het benaderen van zorginstellingen*

Medio november 2006 zijn zorginstellingen telefonisch benaderd met de vraag om mee te werken aan het onderzoek. Van tevoren werd op websites van te benaderen zorginstellingen gezocht naar

algemene informatie over de organisatie, naar het organogram om inzicht te krijgen in de organisatiestructuur en werd gekeken of er een beleidsplan voor de komende jaren beschikbaar was. Bij het eerste contact met de zorginstelling, veelal was dit de receptie, werd verzocht doorverbonden te worden met een communicatiemedewerker of kwaliteitsfunctionaris. In twee gevallen werden de potentiële geïnterviewden rechtstreeks benaderd wegens tussenkomst van een informant. In twee andere gevallen werd bij de receptie gevraagd naar een specifieke persoon, vanwege de informantenrol van de onderzoeker zelf. Na doorverbonden te zijn, werd mensen verteld dat zij werden benaderd in het kader van een afstudeeronderzoek voor de masteropleiding Communication Studies. Hierbij werd het doel van het onderzoek als volgt uitgelegd: achterhalen hoe zorginstellingen zich voorbereiden op de toekomst, met het oog op de veranderende marktsituatie, en inventariseren wat de gevolgen hiervan zijn voor het communicatiebeleid van zorginstellingen. Verteld werd dat het om een interview van circa een uur zou gaan met, bij voorkeur, een verantwoordelijke voor het communicatiebeleid, en dat dit op de locatie van de betreffende zorginstelling zou plaatsvinden. Vervolgens werd de vraag gesteld of men bereid zou zijn om aan dit onderzoek mee te werken. Indien op de website geen beleidsplan gevonden werd, werd gevraagd of dit per e-mail toegezonden kon worden. In gevallen waarbij direct met de verantwoordelijke voor het communicatiebeleid werd gesproken, kon meteen een afspraak worden ingepland. In andere gevallen moest eerst met leidinggevenden worden overlegd. Elke potentiële deelnemer aan het onderzoek kreeg na het telefoongesprek een e-mail waarin het gesprek werd samengevat en eventuele afspraken bevestigd.

Om per sector twee instellingen bereid te vinden om mee te werken, werd bij maximaal drie instellingen per sector tegelijkertijd een verzoek om medewerking ingediend. Er werden twee instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg en twee instellingen voor geestelijke gezondheidszorg benaderd, die allen direct bereid waren om mee te werken. Vijf ziekenhuizen waren niet bereid om mee te werken. De redenen die hiervoor genoemd werden, luiden: "geen tijd", "we zijn er nog maar net mee bezig" en "we zitten er nog middenin waardoor dit niet het juiste moment is om aan dergelijk onderzoek mee te doen". Ook waren er drie thuiszorgorganisaties die niet bereid waren om mee te werken. Redenen hiervoor waren: "er bestaan momenteel te veel verschillende visies binnen de organisatie", "geen tijd" en "we zitten midden in een fusie en moeten de gezamenlijke visie op de toekomst nog gaan formuleren, waardoor het nog te vroeg is om op je vragen in te gaan". Afspraken voor interviews werden gepland tussen eind november en half december 2006.

5.3.2 *Deelgenomen instellingen*

De acht instellingen die hebben meegewerkt aan het onderzoek worden hieronder kort omschreven, inclusief de functie van de geïnterviewden. Er is besloten om de instellingen niet bij naam te noemen, uit respect voor de openhartigheid van de geïnterviewden, over soms gevoelige kwesties. De volgorde waarin de instellingen genoemd worden is gelijk aan de chronologische volgorde van de periode waarin de interviews zijn afgenomen.

Instelling I: geestelijke gezondheidszorg

Instelling met ongeveer 900 klinische behandelpaatsen (intramuraal), dagbehandeling (semimuraal) en ambulante voorzieningen (extramuraal) in een regionaal gebied, gericht op jongvolwassenen, volwassenen en ouderen, ook preventie en voorlichting.

Geïnterviewde: Hoofd Bureau Communicatie.

Instelling II: thuiszorg

Instelling die huishoudelijke ondersteuning, verpleging en verzorging en ondersteunende diensten aanbiedt in een regionaal gebied.

Geïnterviewde: Communicatieadviseur bestuursbureau.

Instelling III: geestelijke gezondheidszorg

Instelling met ongeveer 300 klinische behandelplaatsen (intramuraal), dagbehandeling (semimuraal) en ambulante voorzieningen (extramuraal) in een regionaal gebied, gericht op kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen.

Geïnterviewde: Staffunctionaris Communicatie.

Instelling IV: ziekenhuis

Universitair Medisch Centrum voor academische geneeskunde en gezondheidszorg (ook basis ziekenhuiszorg) met ongeveer 950 klinische behandelplaatsen.

Geïnterviewde: Directeur Staf Concerncommunicatie.

Instelling V: ziekenhuis

Algemeen ziekenhuis met ongeveer 560 klinische behandelplaatsen, verdeeld over twee locaties in een regionaal gebied.

Geïnterviewde: Hoofd Communicatie en Patiëntenvoorlichting.

Instelling VI: verstandelijk gehandicaptenzorg

Instelling met voorzieningen op het gebied van wonen, werken en leren in een regionaal gebied.

Geïnterviewde: Manager Kwaliteit, Zorgloket en PR & Communicatie.

Instelling VII: thuiszorg

Instelling die huishoudelijke ondersteuning, begeleiding, verpleging en verzorging aanbiedt in een regionaal gebied.

Geïnterviewde: Beleidsmedewerker Communicatie.

Instelling VIII: verstandelijk gehandicaptenzorg

Instelling die hulp- en dienstverlening biedt aan mensen met een verstandelijke beperking in een groot regionaal gebied.

Geïnterviewde: Secretaris van de Raad van Bestuur.

5.4 Methode

De gekozen methode van dataverzameling voor dit onderzoek is het face-to-face interview. Een interview kan volgens Verschuren en Doorewaard (2000, p. 129) worden gekarakteriseerd door een geringe mate van voorstructurering en een open wijze van vraagstelling. Bij een interview ligt van tevoren niet precies en uniform vast wat gevraagd wordt, hoe gevraagd wordt en wat de volgorde van de vragen is. In de meest vrije vorm heeft de interviewer slechts een lijstje met onderwerpen in zijn hoofd. Tijdens het gesprek is het mogelijk om de ondervraagde om toelichting te vragen of om nieuwe of aanvullende vragen te formuleren. De open wijze van vraagstelling betekent dat de ondervraagde vrij is in het geven van antwoorden (Verschuren & Doorewaard).

Naast het interview is gebruikgemaakt van beleidsplannen en, indien beschikbaar, communicatiebeleidsplannen van de onderzochte zorginstellingen. Deze documenten werden gebruikt om voorafgaand aan het interview over informatie over de organisatie te beschikken,

zoals organisatiestructuur, toekomstvisie en strategieën. Daarnaast konden deze documenten als aanvulling op de interviews dienen wanneer er tijdens het gesprek te weinig tijd was om op bepaalde punten dieper in te gaan of wanneer iets bij de uitwerking van het interview niet helemaal duidelijk was.

De respondenten kregen na het plannen van de afspraak een e-mail toegestuurd met daarin kort vermeld het doel van het onderzoek, belangrijke punten die in het interview aan bod zouden komen, de datum en tijd van het interview en contactgegevens van de onderzoeker. Indien op de website van de betreffende zorginstelling geen beleidsplan gevonden werd, werd in de e-mail gevraagd of dit uiterlijk een dag voor het interview per e-mail toegezonden kon worden. Enkele dagen voor het interview kregen de respondenten een e-mail ter herinnering, met nogmaals kort vermeld het doel van het onderzoek, de belangrijkste punten die tijdens het interview aan bod zouden komen en de datum en tijd van het interview.

5.4.1 Meetinstrument

Het theoretische kader (hoofdstuk 4) diende als basis bij het ontwikkelen van het meetinstrument, de vragenlijst voor de interviews. In paragraaf 4.6, de synthese, zijn de theorieën samengevoegd tot een geheel. Vervolgens zijn de belangrijkste theoretische begrippen uit de synthese overzichtelijk in een matrix geplaatst (zie figuur 4.3). Door deze begrippen tegen elkaar af te zetten, werden de vragen voor de interviews geconstrueerd. Tenslotte werden de diverse vragen in vier segmenten verdeeld. Elk segment begint met een algemene hoofdvraag en hieraan zijn diverse deelvragen gekoppeld met aspecten die voortkomen uit de theorie. De hoofdvragen bij de segmenten luiden als volgt:

1. Wat verandert er volgens u door de invoering van gereguleerde marktwerking?
2. Hoe denkt u als organisatie in te kunnen spelen op de veranderende marktsituatie?
3. Hoe wordt communicatie in uw organisatie vorm gegeven?
4. Op welke wijze zou de communicatie over de veranderende marktsituatie in uw organisatie (intern, extern en patiëntenvoorlichting) verbeterd kunnen worden?

Op deze manier is de semi-gestructureerde vragenlijst tot stand gekomen (zie bijlage). De onderwerpen voor de interviews werden in deze vragenlijst vastgelegd. De vragen en de volgorde ervan liggen niet exact vast; afhankelijk van de antwoorden van de geïnterviewden, werd deze vragenlijst flexibel gehanteerd. Voordeel hiervan is dat de vragen toegelicht of anders geformuleerd kunnen worden en dat de mogelijkheid van doorvragen behouden blijft.

5.4.2 Werkwijze

Voorafgaand aan het afnemen van de interviews, is een eenmalige *pretest* uitgevoerd om de vragen op duidelijkheid te testen. De gekozen proefpersoon is hoofdverpleegkundige van een polikliniek in een groot ziekenhuis. Deze proefpersoon kreeg dezelfde vooraf-informatie als de geïnterviewden. De proefpersoon kreeg daarbij nog uitgelegd dat het in deze pretest niet zozeer om de inhoud van de antwoorden zou gaan, maar vooral om de duidelijkheid van de vragen. Na evaluatie van de pretest zijn enkele vragen aangescherpt en zijn de segmenten voorzien van een korte inleiding. Uit de pretest is gebleken dat met de interviewvragen de gewenste informatie verkregen kan worden.

Van alle interviews zijn geluidsopnamen gemaakt met een digitale voicerecorder. Daarnaast zijn tijdens de interviews schriftelijke aantekeningen gemaakt, die ter ondersteuning dienden bij het uitwerken van de interviews of voor het geval de geluidsopname van onvoldoende kwaliteit zou zijn. Zes interviews zijn woordelijk uitgetypt tot een transcript, bij twee interviews was dit helaas niet mogelijk en kon alleen een samenvatting van het gesprek worden gemaakt. Uit respect voor de openhartigheid van de geïnterviewden, over soms gevoelige kwesties, worden de transcripten niet openbaar gemaakt.

De transcripten zijn geanalyseerd door deze gedetailleerd te bestuderen en in de kantlijn opmerkingen, trefwoorden en codes te plaatsen. Daarna is van elk interview per segment een samenvatting gemaakt. Elk interview wordt op deze wijze gereduceerd tot de informatie die de onderzoeker gebruikt voor de daadwerkelijke analyse. Door alle samenvattingen, geordend per segment, uit te printen en naast elkaar te leggen, kan van alle interviews samen een ordenende en interpreterende samenvatting per segment gemaakt worden. Deze samenvattingen dienen vervolgens als de belangrijkste basis voor een eindbeschouwing waarin de onderzoeksvraag genuanceerd en gedifferentieerd wordt.

5.4.3 *Objectiviteit*

“Onderzoek is mensenwerk”, aldus Swanborn (1994, p. 29). Toch dient zoveel mogelijk gestreefd te worden naar methodologische objectiviteit. Er kunnen diverse maatregelen genomen worden om de betrouwbaarheid en validiteit van de onderzoeksresultaten, onderzoeksopzet en onderzoeksmethode te verhogen (Maso & Smaling, 1998, p. 67).

Betrouwbaarheid is afwezigheid van toevallige of onsystematische vertekeningen van het object van studie (Maso & Smaling, 1998, p. 68). Aangezien dit onderzoek in zijn geheel wordt uitgevoerd door één onderzoeker en deze onderzoeker getraind en ervaren is in het afnemen van interviews, is de interne betrouwbaarheid zo optimaal mogelijk gewaarborgd. Ook aan de intersubjectieve navolgbaarheid, als aspect van externe betrouwbaarheid, is zo goed mogelijk voldaan. Dit houdt in dat het onderzoek op zodanige wijze is uitgevoerd, allerlei materiaal en aantekeningen zijn bewaard en dat het onderzoek zo is gerapporteerd dat andere onderzoekers de gang van het onderzoek kunnen nagaan en hun eigen oordeel kunnen vormen.

Validiteit betekent de afwezigheid van systematische vertekeningen (Maso & Smaling, 1998, p. 68). Maatregelen die zijn genomen om in dit onderzoek de interne validiteit te verhogen, zijn: het gebruik van theoretische begrippen (theoretische triangulatie), het maken van geluidsopnames en aantekeningen tijdens de interviews, gebruik maken van beleidsdocumenten van de onderzoekseenheden en het laten controleren van de uitgewerkte interviewers door de geïnterviewden. Externe validiteit verwijst naar de generaliseerbaarheid van de onderzoeksconclusies naar andere personen, fenomenen, situaties en tijdstippen dan die van het onderzoek (Maso & Smaling, p. 73). Omdat de onderzoekseenheden, de acht zorginstellingen, in dit onderzoek willekeurig zijn geselecteerd, is het aannemelijk dat de kenmerken die zich bij deze instellingen voordoen, ook gelden voor andere, niet-onderzochte zorginstellingen.

5.5 **Afsluiting**

In dit hoofdstuk is de gebruikte onderzoekstechniek, het interview, besproken, evenals de selectie van de onderzoekseenheden. De onderzoekseenheden zijn acht zorginstellingen, verdeeld over vier

sectoren. De semi-gestructureerde vragenlijst als leidraad voor de interviews, is voortgekomen uit de belangrijkste begrippen in het theoretische kader. De uitwerking van de interviews en de geordende samenvattingen hiervan dienen als basis voor het bespreken van de resultaten in het volgende hoofdstuk.

HOOFDSTUK 6 RESULTATEN

6.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is de onderzoeksopzet besproken. Het gehanteerde meetinstrument is opgebouwd uit segmenten waaraan de belangrijkste begrippen uit de theorie zijn gekoppeld. In dit hoofdstuk worden de resultaten die voortkomen uit het verzamelde materiaal, per segment besproken. De resultaten worden geïllustreerd met citaten uit de afgenomen interviews.

6.2 Veranderingen door invoering geregleerde marktwerking

De eerste vraag in elk interview luidde: *Wat verandert er volgens u door de invoering van geregleerde marktwerking?* In bijna alle gesprekken wordt concurrentie met andere zorginstellingen genoemd. Met name thuiszorginstellingen hebben te maken gekregen met een toename van medeaanbieders op de markt, daar waar ze eerst vrijwel monopolist waren in een bepaald gebied. Zo zei een geïnterviewde van een thuiszorginstelling:

En het grootste deel van wat wij leveren is huishoudelijke verzorging, en verpleging en verzorging, maar dan met name toch huishoudelijke verzorging, dat is het gedeelte dat nu binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning gaat vallen en waar we dus in één keer een heleboel medeaanbieders krijgen, dus dat is zeker een hele grote verandering en je ziet dat de grenzen van een werkgebied bestaan gewoon niet meer.

Toenemende concurrentie heeft voor zorginstellingen diverse gevolgen. In de gesprekken wordt vaak genoemd dat zorginstellingen zich anders moeten gaan oriënteren op de markt. De zorgvraag van de patiënt komt centraal te staan, zijn keuzemogelijkheden nemen toe en zorginstellingen realiseren zich dat ze de klant actiever moeten gaan benaderen. Een geïnterviewde van een ziekenhuis verwoordde dit als volgt:

Wat je wel ziet denk ik is dat de omslag heel erg gelegd wordt van denken uit de organisatie naar denken vanuit de patiënt, heel erg gericht op wat willen patiënten nou, op grond waarvan maken ze keuzes en hoe kunnen we ervoor zorgen, dat is voor ons heel erg belangrijk, dat de patiënten die wij nu hebben, dat die bij ons blijven, dat onze klanten blijven, dat ze niet weglopen naar andere ziekenhuizen.

Hierbij is profilering naar alle externe stakeholders van belang en ook een efficiënte inrichting van de organisatie. Een geïnterviewde van een thuiszorginstelling legde de gevolgen van concurrentie als volgt uit:

Meer concurrentie leidt dus ook weer tot een heleboel andere dingen, dus dat je meer bewustere keuzes moet maken in je strategie, qua organisatie en strategie maar dat betekent ook qua profilering.

Dit betekent voor veel zorginstellingen dat ze keuzes moeten maken wat betreft hun zorgaanbod en hun strategie moeten bepalen, of zoals een geïnterviewde van een ggz-instelling het verwoordde:

Het gaat heel langzaam bij een instelling zoals de onze, die hebben van oudsher de neiging om meer naar binnen te kijken naar zichzelf van dit is ons aanbod maar daar reddden we het niet meer mee dus we zullen ook gewoon meer moeten kijken van wat is de behoefte en keuzes maken vooral ook, er zijn een aantal dingen waar afdelingen goed in zijn, laten we dat verder uitbouwen en specialiseren.

Ondanks alle veranderingen die signaleerd worden, zijn veel zorginstellingen van mening dat de gevolgen van marktwerking nog meevallen. Vanuit hun van oudsher vaak monopolistische positie zijn zorginstellingen nog overwegend intern gericht en is een organisatieverandering als gevolg van de invoering van gereguleerde marktwerking nog niet of nauwelijks aan de orde. Dit heeft ook te maken met recente fusies of andere samenwerkingsverbanden van zorginstellingen en met problemen waar zorginstellingen mee te maken hebben gehad die alle aandacht opeisten. Daarnaast geven enkele geïnterviewden aan dat de besluitvorming in de organisatie vaak traag verloopt. Voor de meeste zorginstellingen geldt dan ook dat zij vooral oriënterend bezig zijn in hun voorbereidingen op de toekomst.

6.2.1 Onderscheiden ten opzichte van de concurrentie (missie)

Na het bespreken van de veranderende omstandigheden waar zorginstellingen mee te maken hebben als gevolg van marktwerking, werd de vraag gesteld: *Wat onderscheidt uw organisatie van uw concurrenten (wat is jullie missie)?* In bijna elk gesprek werd geantwoord dat de zorginstelling voorziet in een compleet pakket met voorzieningen of dat zij als enige zorginstelling in de regio specialistische voorzieningen aanbieden. Andere punten die werden genoemd zijn schaalgrootte, zoeken naar nieuwe producten en in samenwerkingsverbanden kennis delen met andere instellingen. Een thuiszorginstelling had enkele maanden ervoor een groot organisatieveranderingstraject doorgemaakt met als doel “de grootste blijven door dezelfde kwaliteit of verantwoorde kwaliteit te leveren tegen een zo laag mogelijke prijs, dus resultaatgericht werken, heel efficiënt werken” en “dat ook de organisatie van aanbodgericht vanouds meer moet veranderen naar vraaggericht”.

6.2.2 Toekomstverwachtingen (visie)

De volgende vraag in het interview luidde: *Welke verwachtingen heeft uw organisatie van de toekomst (wat is jullie visie)?* Voor de thuiszorginstellingen was het lastig een antwoord te geven op deze vraag. Dit heeft te maken met de periode waarin de interviews werden afgenomen. In het kader van het nieuwe aanbestedingsbeleid hadden zij nog maar kort geleden te horen gekregen in welk gebied zij huishoudelijke verzorging mogen gaan verlenen. Daarnaast brengt de invoering van de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning diverse onzekerheden voor de toekomst met zich mee. Een geïnterviewde van een thuiszorginstelling sprak de verwachting uit dat meer concurrentie de toekomst nog moeilijker zal maken, dat instellingen nog veel meer zullen worden afgerekend op hun resultaten. In meerdere gesprekken werd genoemd dat de vraag van de klant centraal moet komen te staan. De overige antwoorden waren zeer divers, zo verwacht een ggz-instelling – die binnen dit onderzoek als koploper aangemerkt kan worden – de zorgverlening in de toekomst nog meer te gaan ambulantisieren en zorginitiatieven te gaan ontwikkelen op het gebied van internettoepassingen en preventieve activiteiten gericht op jongeren. De andere ggz-instelling wil de specialistische voorzieningen met een toegevoegde waarde in de richting van de markt gaan profileren.

Een instelling voor verstandelijk gehandicapten verwacht dat een sterkere positionering het meeste winst zal opleveren, maar de organisatiestructuur verhindert dit vooralsnog:

We moeten uitgaan van de vraag van de klant en welke aspecten met winst samenhangen, maar als organisatie zijn we hier nog niet aan toe, onze organisatie is nog te intern gericht.

6.2.3 Strategie

Vervolgens werd gevraagd naar de wijze waarop zorginstellingen de gestelde doelen willen gaan behalen: *Hoe ziet de strategie van uw organisatie eruit om haar doelen te verwezenlijken?* Op een thuiszorginstelling na, werd samenwerking met andere instellingen door alle geïnterviewden genoemd. Middels samenwerking wil men kennisdeling en –ontwikkeling bevorderen, nieuwe producten en diensten ontwikkelen en elkaar ondersteunen, ook als het gaat om communicatie. In de gesprekken met ziekenhuizen werd ook opgemerkt dat samenwerking en concurrentie dichtbij elkaar zitten. Het ene ziekenhuis is van mening dat in het geval van concurrentie de samenwerking enigszins verstoord kan raken: “want met marktwerking komt natuurlijk ook de concurrentie en dat is voor samenwerking vaak niet de meest optimale relatie als je concurrenten bent van elkaar”; dit ziekenhuis zocht contact met een ziekenhuis ruim honderd kilometer verderop om te zien hoe daar een nieuwe dialyseafdeling was opgestart. Het andere ziekenhuis zegt meer te gaan concurreren met andere ziekenhuizen maar verwacht ook oplossingen te zullen vinden voor dat soort marktspanningen omdat samenwerking volgens hen voor elke branche het beste antwoord is op concurrentie.

6.3 Inspelen op de veranderende marktsituatie

Het tweede segment van het interview begon met de vraag: *Hoe denkt u als organisatie in te kunnen spelen op de veranderende marktsituatie, wat zijn hierbij voor uw organisatie bevorderende factoren (oplossingen, wat is de kracht van de organisatie, wat helpt jullie daarbij)?* De antwoorden waren zeer divers. Een ggz-instelling zegt meer ondernemerszin in de organisatie op gang te gaan brengen om meer vraaggericht te kunnen gaan werken. De thuiszorginstelling die een groot organisatieveranderingstraject achter de rug heeft hoopt hiermee de kwaliteiten van managers en leidinggevenden meer te ontwikkelen en processen en producten te centraliseren. Een ziekenhuis noemt als bevorderende factoren de geplande nieuwbouw van het ziekenhuis over een aantal jaren en het aannemen van nieuwe mensen op belangrijke posities die bedrijfsmatig denken. Een aantal keer wordt als bevorderende factor genoemd de medewerkers en specialistische kennis en expertise. Volgens een ggz-instelling heeft het zoeken naar samenwerking ook voor de medewerkers voordelen:

We zoeken naar samenwerking en het belangrijkste is dat de cliënten daar beter van worden in de zin van als wij samenwerking zoeken dan mogen cliënten er vanuit gaan dat de hulpverlening verbetert en ook het effect van zorg en behandelingen gaan verbeteren en voor medewerkers betekent dit dat ook het werk interessanter en uitdagender wordt door nieuwe impulsen binnen te laten.

Aansluitend werd gevraagd naar met welke hindernissen de instellingen te maken hebben om in te kunnen spelen op de veranderende marktsituatie: *Wat zijn hierbij voor uw organisatie belemmerende factoren?* Hier wordt vooral de organisatiestructuur genoemd. Zorginstellingen zijn van oudsher aanbodgerichte organisaties die niet gewend zijn om in te spelen op externe ontwikkelingen. Ook is hun organisatiestructuur hier niet op ingericht, dit heeft in belangrijke mate te maken met de veelal monopolistische positie van zorginstellingen. Een van de ziekenhuizen zegt veel last te hebben van veel dingen die al jaren op dezelfde manier verlopen:

Ik denk dat ook een belemmerende factor is maar daar loopt denk ik iedereen in de zorg tegenaan dat is dat het al jaren en jaren op dezelfde manier gebeurt en er is niets zo moeilijk als een cultuurverandering doorvoeren. Dat roept ontzettend veel weerstand op binnen een organisatie, dus het feit dat al die jaren niets eigenlijk niet echt iets essentieel veranderd is in die zorg werkt heel erg tegen en dat is niet alleen bij ons zo, ik denk dat dat in de hele zorg zo is.

Door recente fusies of andere samenwerkingsverbanden zijn veel zorginstellingen, en daarmee hun beleidsplannen en strategie voor de toekomst, nog in ontwikkeling. Een ggz-instelling zegt dat de samenwerkingsverbanden met andere instellingen soms ook belemmerend kunnen werken, omdat elke instelling op een eigen manier werkt:

Wat toch nog wel belemmerend werkt als je kijkt naar de samenwerking is de verschillende culturen van die instellingen, ik heb het idee dat dat wel steeds minder wordt want iedereen beseft dat we het samen moeten doen maar er zijn grote verschillen ook hoe je een cliënt benadert, hoe je met dingen omgaat.

Een ziekenhuis zegt dat het ziekenhuis beter georganiseerd moet worden rondom de klant en dat medewerkers beter moeten gaan samenwerken vanuit het perspectief van de klant, want deze processen verlopen nu nog niet goed. Een ggz-instelling zegt last te hebben van bureaucratie (buiten de organisatie) en productieafspraken als het gaat om het ontwikkelen van zorginitiatieven, dit maakt het deze organisatie lastig om nieuwe producten te ontwikkelen:

Ja, weet je wat het lastige is en dat staat een beetje haaks op de ontwikkelingen als vrije markt denken, wij zitten in de structuur waarin wij als zorginstelling in deze fase van het jaar productieafspraken maken met onze financiers. Die leggen we vast en die worden we geacht uit te voeren. Dat doen we natuurlijk ook, alleen perk je je daarmee al in, want je maakt afspraken met de financier over wat je het komend jaar gaat presteren, daar krijg je een bepaald budget voor, als je gepresteerd hebt reken je dat af, je krijgt het geld keurig op je rekening gestort en dan moet het huishoudboekje in evenwicht zijn. Dat biedt relatief weinig ruimte om in dat nieuwe jaar of in dat aanstaande jaar zeg maar nieuwe dingen te gaan ondernemen. Er kunnen zich best ontwikkelingen voordoen die wij nu nog niet kunnen voorzien, waarvan we medio volgend jaar zeggen eigenlijk zouden we daar een zorgaanbod op moeten ontwikkelen.

6.3.1 Urgentiebesef

Vervolgens kwam de vraag aan de orde: *Op welke manier is binnen uw organisatie urgentiebesef tot stand gekomen (nut en noodzaak van verandering)?* Uit de helft van de gesprekken blijkt dat het besef er nog maar nauwelijks is en dit hangt samen met het gegeven dat veel zorginstellingen door recente fusies of andere samenwerkingsverbanden nog in ontwikkeling zijn. Voor een verstandelijk gehandicapteninstelling geldt dat het fusieproces de meningsvorming heeft versterkt in wat beoogd wordt met marktwerking, maar verder is men er nog niet concreet mee bezig. Bij een thuiszorginstelling heeft een nieuwe bestuurder de voorzet gegeven voor een nieuwe koers en daarmee het organisatieveranderingstraject in gang gezet. De andere thuiszorginstelling zegt dat het besef er nog niet echt was en dat dit mede te maken had met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning, deze is vaak uitgesteld en er was nog veel over onbekend. Uit het gesprek met een ziekenhuis blijkt dat er al een aantal jaren gesproken werd over marktwerking maar zonder voldoende urgentie. Nadat er in het recente verleden een aantal ernstige problemen aan het licht kwamen, realiseerde men zich dat het ziekenhuis onvoldoende patiëntgericht was, maar eerder werd de noodzaak onvoldoende ingezien. In het andere ziekenhuis is het urgentiebesef op gang gekomen door de enorme bezuinigingen waardoor efficiënter en bedrijfsmatiger gewerkt moet gaan worden en dit is "een houding die er al was maar die nu wel heel erg versterkt wordt door de recente ontwikkelingen in de gezondheidszorg, je moet wel." In één zorginstelling, een ggz-instelling, is het urgentiebesef al langere tijd aanwezig. Het besef van noodzaak tot verandering wordt onder meer gevoed door contacten met brancheorganisaties, het volgen van ontwikkelingen in de media en goed te luisteren naar alle stakeholders.

6.3.2 Leiding

De volgende vraag was: *Door wie wordt leiding gegeven aan de verandering?* In de zorginstellingen waar sprake is van een veranderingsproces wordt dit ingegeven door de raad van bestuur, gevolgd door het management. Omdat in de meeste instellingen het urgentiebesef nog maar matig aanwezig is, kan ook nog niet echt worden gesproken van een leidende coalitie. Maar gewoonlijk is het binnen zorginstellingen de raad van bestuur die de koers uitzet waarbij het strategisch beleidsplan de leidraad is. In een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg waar nog geen sprake is van een verandering, komt de druk met name vanaf de middenlaag van de organisatie, volgens de communicatiemanager zijn bestuur en directie conservatief en afhoudend. In veel instellingen wordt gedelegeerd naar management en worden er werkgroepjes gevormd.

6.3.3 Veranderingsvisie en strategieën

De vervolgvraag op wie leiding geeft luidde: *Heeft de leiding een veranderingsvisie en strategieën ter realisering hiervan ontwikkeld?* Bij vijf van de acht onderzochte instellingen zijn de veranderingsvisie en strategieën nog in ontwikkeling, er wordt wel over gesproken maar het is nog erg abstract. In de bestaande strategisch meerjarenbeleidsplannen hebben marktwerking en concurrentie bij een meerderheid van de onderzochte instellingen nog geen plaats gekregen. In de ggz-instelling waar het urgentiebesef al langere tijd aanwezig is, zijn de veranderingsvisie en strategieën geformuleerd in het strategisch beleidsplan. In de thuiszorginstelling waar reeds een organisatieveranderingstraject heeft plaatsgevonden, zijn voorafgaand hieraan de nieuwe visie en strategieën ontwikkeld. In een ziekenhuis is 2007 aangewezen als het jaar van cultuurverandering, waarvoor een speciale projectgroep is opgericht.

6.3.4 Kwaliteit

Uit de vraag *Wat is de rol van kwaliteit in deze veranderingsvisie?* blijkt dat elke instelling bezig is met kwaliteit, zoals HKZ-certificering (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector), accreditatie en Sneller Beter¹. Instellingen zeggen veel aandacht te hebben voor kwaliteit, ook in het kader van professionalisering en deskundigheidsbevordering. Voor de thuiszorginstellingen hing certificering ook samen met de aanbestedingen in het kader van de Wmo en dit wordt door een van hen als volgt verwoord:

Het is in feite om überhaupt straks nog afspraken te kunnen maken en nu in de Wmo-aanbestedingen die we allemaal gegund hebben gekregen was dat ook iets waarop gelet werd en dan werd er gekeken dat als je per 1 januari kunt beschikken over een goed werkend kwaliteitssysteem, in ons geval het HKZ-certificaat dan levert je dat extra punten op, zoiets is daar, op die manier is daarnaar gekeken dus je moet dat gewoon hebben.

6.3.5 Zorgmarketing

Vervolgens kwam de vraag: *Hebben aspecten van zorgmarketing ook een plaats gekregen in deze veranderingsvisie?* Hieruit blijkt dat tot nu toe nog maar een instelling marketingtechnieken toepast en dit betreft dan ook weer de ggz-instelling waar het urgentiebesef al langere tijd aanwezig is. Er is een marketingbeleid en er wordt bewust nagedacht over beeldvorming en hoe deze in de

¹ Het programma Sneller Beter is in 2003 gestart om een verbetering van transparantie, doelmatigheid en kwaliteit in de curatieve zorg te stimuleren (www.snellerbeter.nl).

gewenste richting omgebogen kan worden en welke activiteiten hiervoor nodig zijn. Met het opstarten van een nieuw centrum in een andere regio is een *unique selling point* vastgesteld en deze boodschap is middels reclame onder de aandacht gebracht met het gewenste resultaat als gevolg:

Onze naamsbekendheid was heel erg groot, we hebben toen ook nagedacht over, wat moet ons unique selling point nou worden voor dat centrum daar, los van de inhoudelijke boodschap die je daaraan kunt verbinden. Wij zijn toen de markt opgegaan met de boodschap: als de cliënt zich bij ons meldt, dan wordt ie binnen vierentwintig uur in behandeling genomen. We hebben geen wachtlijsten en je kunt altijd bij ons terecht. En dat bleek eigenlijk een hele goede formule te zijn, want door die boodschap uit te zenden en het ook waar te maken, gingen cliënten zelf bij de huisarts aangeven van wij willen daar naartoe, want daar word je snel geholpen, daar hoef je niet op een wachtlijst en voor ons is dat een hele goede stap gebleken.

In een ziekenhuis is sinds enkele maanden een commissie marketing bezig met het ontwikkelen van een marketingbeleid maar dit verkeert nog in een beginstadium. Andere instellingen blijken wat betreft zorgmarketing voorzichtig oriënterend bezig te zijn, men is nog aan het ontdekken wat marketing voor de instelling kan betekenen. Zo hebben enkele instellingen bijeenkomsten gehad voor managers waarbij aandacht was voor marketing, maar zijn er nog geen concrete stappen gezet.

6.4 Communicatie in de organisatie

Het derde segment van het interview begon met de vraag: *Hoe wordt communicatie in uw organisatie vorm gegeven?* en werd zo nodig gevolgd door de vraag: *Wie is in uw organisatie verantwoordelijk voor welke taken c.q. doelgroepen? (intern, extern, patiëntenvoorlichting)?*

Communicatie blijkt in de onderzochte zorginstellingen heel divers georganiseerd. Twee zorginstellingen hebben maar één communicatiemedewerker, te weten een thuiszorginstelling en een ggz-instelling. Beide medewerkers geven aan dat zij dit als een groot knelpunt ervaren. De communicatiebeleidsmedewerker van de thuiszorginstelling heeft een breed takenpakket:

Eigenlijk alles dus ook van ontwikkelen van communicatiebeleid tot het, de perscontacten, ja de interne communicatie, externe communicatie, de communicatie naar cliënten dus de ondersteunende middelen daarin, ja eigenlijk het coördineren van die activiteiten maar ook het uitvoeren daarvan, zorgen dat ze ook worden uitgevoerd, eigenlijk alles en eigenlijk is dat gewoon niet te doen, eigenlijk is dat veel te veel wil je dat goed doen.

De enige communicatiemedewerker van de ggz-instelling, staffunctionaris communicatie, werkt bovendien parttime en geeft aan dat ze daardoor onvoldoende op de hoogte is van alle ontwikkelingen en visies binnen de organisatie. Haar verantwoordelijkheden liggen hoofdzakelijk bij de productie van de communicatiemiddelen en zij adviseert de directie en de Raad van Bestuur hierover.

Een thuiszorginstelling heeft twee communicatiemedewerkers en de overige instellingen hebben drie of meer communicatiemedewerkers. De ziekenhuizen hebben de grootste communicatieafdelingen. Alle communicatieafdelingen zijn centraal georganiseerd onder de Raad van Bestuur, al dan niet deel uitmakend van de concernstaf. De communicatieafdelingen van de ziekenhuizen hebben ook een afdeling patiëntenvoorlichting, dit is een aparte afdeling die organisatorisch wel tot de communicatieafdeling behoort. In een van de twee ziekenhuizen is er ook een patiëntenservicebureau, dit is een servicebalie van het ziekenhuis. De meeste communicatieafdelingen hebben hun werkzaamheden naar soort communicatiemiddel verdeeld

over de medewerkers. Een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg heeft een verdeling naar regio of organisatieonderdeel.

De doelgroepen van communicatieafdelingen zijn verdeeld over interne en externe doelgroepen. Voor sommige zorginstellingen horen cliënten bij de interne doelgroep, maar bij de meeste zorginstellingen rekent men deze groep tot externe doelgroep. Interne doelgroepen zijn over het algemeen medewerkers en medisch specialisten, de externe doelgroepen zijn omvangrijk, zoals (potentiële) patiënten/cliënten en hun naasten, verwijzers, zorgkantoren, zorgverzekeraars, collega-instellingen en media. Een ziekenhuis rekent zelfs iedereen die in het verzorgingsgebied woont tot haar externe doelgroepen.

6.4.1 *Communicatie van nieuwe visie en strategieën*

Vervolgens kregen de geïnterviewden de vraag voorgelegd *Hoe en met welke middelen zijn de nieuwe visie en strategieën gecommuniceerd?* Bij sommige instellingen is nog niet concreet sprake van een nieuwe visie en strategieën, in dat geval werd gevraagd naar hoe men zoiets dacht te zullen gaan communiceren als het wel aan de orde zou zijn. In de meeste gevallen gebeurt dit middels het strategisch meerjarenbeleidsplan. Men is zich er echter van bewust dat dit niet door iedereen gelezen wordt. In drie instellingen, twee ggz-instellingen en een thuiszorginstelling, is de Raad van Bestuur in gesprek gegaan met medewerkers op de afdelingen om de nieuwe visie toe te lichten. Het management en projectgroepen spelen hierbij in enkele gevallen ook een belangrijke rol. Deze thuiszorginstelling hield zelfs grote bijeenkomsten in een schouwburg:

Dat werden grote schouwburgbijeenkomsten want we hebben 1400 medewerkers waarvan 1250 uitvoerenden en dat is heel lastig om die allemaal bij elkaar te krijgen maar dat hebben we toch een paar keer gedaan, we hebben dus bijvoorbeeld zo'n bijeenkomst in de schouwburg gehad en daar alle mensen uit de stuurgroepen ook een rol in laten vervullen van de verschillende veranderprogramma's die er waren om mensen om daar toelichting over te geven en ja het is toch wel zo met zo'n grote groep is het heel moeilijk om interactie te krijgen tussen mensen maar dat hebben we wel geprobeerd ook door steeds in dat geval heel concreet bij die bijeenkomsten om bijvoorbeeld in de pauze dan hadden we overal van die bussen staan en dan briefjes voor mensen die dan een vraag hadden die konden dat invullen en dan gingen we naderhand of in de bijeenkomst zelf of later zorgden we ervoor dat er op al die vragen een antwoord kwam.

Een ziekenhuis heeft een populaire versie van het beleidskader gemaakt, bestaande uit enkele pagina's, die voor iedereen begrijpelijk is, maar geeft aan dat de communicatie over de nieuwe visie voor die tijd niet goed werd gecommuniceerd vanwege organisatorische problemen. Enkele geïnterviewden geven aan dat intranet hierbij ook een belangrijke rol speelt, omdat men hierop ook het beleidsplan kan lezen. Een thuiszorginstelling voor wie de veranderingsvisie moeilijk te bepalen was vanwege de onzekerheden door de invoering van de Wmo, zegt dat de nieuwe visie niet echt gecommuniceerd is maar dat deze langzaam de organisatie is doorgesijpeld.

6.4.2 *Gevolgen voor communicatievisie en communicatiebeleid*

Vervolgens werd de vraag gesteld: *Welke gevolgen hebben de veranderingen voor de communicatievisie en het communicatiebeleid van uw organisatie?* Twee geïnterviewden zeggen letterlijk dat het huidige communicatiebeleid verouderd is. Dit geldt ook voor een ziekenhuis, dat wel al bezig is met zorginitiatieven:

Nou er ligt op dit moment een ontzettend verouderd communicatiebeleidsplan, eigenlijk is er gewoon geen goed communicatiebeleidsplan, de afdeling communicatie heeft de afgelopen jaren heel erg op

z'n gat gelegen zeg maar. (...) Dat is dus iets waar ik nu mee bezig ben, ja dat is heel groot, we moeten meer dan ooit naar buiten, het ziekenhuis is altijd een hele intern gerichte organisatie geweest, ze waren gewoon altijd heel erg bezig met zichzelf en dat is wat ik daar straks ook zei, je kan het beste ziekenhuis van Nederland zijn en alles helemaal geweldig doen maar als niemand dat weet, dan komen ze dus nog niet.

De ggz-instelling die binnen dit onderzoek als 'koploper' aangemerkt kan worden, heeft haar communicatievisie en communicatiebeleid reeds herzien. De vijf andere geïnterviewden geven aan dat het communicatiebeleid in de nabije toekomst zal worden aangepast. In het nieuwe communicatiebeleidsplan willen de meeste instellingen meer aandacht schenken aan externe communicatie, waaronder profilering en positionering. Ook wordt in een aantal gesprekken genoemd dat de integrale samenhang tussen de verschillende communicatie-uitingen versterkt dient te worden. Drie instellingen hebben recentelijk te maken gehad met een fusie waardoor meerdere ontwikkelingen door elkaar heen lopen, zoals deze instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg:

Omdat we tegelijkertijd ook met het fusieproces te maken hebben, dat zijn twee ontwikkelingen die als het ware ook door elkaar heen lopen en er is in feite een nieuwe situatie ontstaan maar die ook ingekleurd is door de nieuwe situatie die zich in onze omgeving voordoet, de maatschappelijke situatie, dat speelveld is veranderd. Daar moeten we zeker op inspelen.

De thuiszorginstelling die reeds een organisatieveranderingstraject heeft doorlopen heeft hiervoor toentertijd een apart communicatieplan ontwikkeld. De enige (ggz-)instelling die al langere tijd bewust inspeelt op veranderingen in de gezondheidszorg, en waar marketingbeleid ook deel uitmaakt van het communicatiebeleid, zegt naar buiten toe veel opener en initiatiefrijker te zijn geworden, men treedt actief met berichtgeving naar buiten. Ook naar de medewerkers toe is er openheid:

En naar binnen toe in de organisatie hebben wij gewoon voor iedereen heel helder uiteen kunnen zetten welke communicatiemiddelen wij allemaal inzetten of in kunnen zetten en op wat voor manier mensen daar gebruik van kunnen maken. Dat geeft ook heel veel helderheid en duidelijkheid over wat wij als bureau doen en op welke manier wij met communicatie omgaan en hoe wij de middelen die je daarvoor kunt gebruiken, hoe wij die inzetten.

6.4.3 Cultuur, middelen en competenties

De volgende vraag in het interview luidde: *Is uw instelling voldoende in staat om zich hieraan aan te passen, wat betreft cultuur, middelen en competenties?* Hiermee wordt bedoeld het aanpassen aan de veranderingen en de nieuwe communicatievisie en het communicatiebeleid. In alle gevallen wordt aangegeven dat de cultuurverandering een probleem is. Mensen in de organisatie hebben ondersteuning nodig, moeten meer betrokken worden bij de ontwikkelingen en de organisatie is nog teveel intern gericht.

Over de communicatiemiddelen wordt gezegd dat deze in voldoende mate beschikbaar zijn, een enkele geïnterviewden geeft zelfs aan dat er teveel communicatiemiddelen zijn en dat de grote papierstroom teruggebracht dient te worden. In de helft van de gesprekken wordt aangegeven dat met name de website maar ook andere communicatiemiddelen vernieuwd dienen te worden. Hier lijkt een gebrek aan financiële middelen een rol te spelen. Ook zijn enkele geïnterviewden van mening dat de diverse communicatiemiddelen nog beter benut kunnen worden en dat de samenhang tussen deze middelen geoptimaliseerd dient te worden.

Drie geïnterviewden geven aan dat er op de communicatieafdeling niet voldoende competenties aanwezig zijn die nodig zijn voor het veranderingsproces. Er is in deze gevallen wel sprake van

veranderingsbereidheid en mensen worden gestimuleerd om hun competenties te versterken. Vier instellingen geven aan extra personeel nodig te hebben, met name de twee instellingen die elk maar één communicatiemedewerker hebben. Ook geven enkele instellingen aan behoefte te hebben aan meer kennis over marketing. Vijf instellingen maken gebruik van externe professionals ter ondersteuning van de communicatieafdeling.

6.4.4 Draagvlak voor actie

De volgende vraag luidde: *Heeft de leiding op bepaalde wijze (empowerment) een draagvlak voor actie gecreëerd?* In veel instellingen blijkt men, vaak multidisciplinaire, projectgroepen of werkgroepjes te vormen zodra er een veranderingsproces plaats gaat vinden. Een geïnterviewde van een ggz-instelling beantwoordde deze vraag met:

Dat is interessant dat je dat zegt, omdat wij toch de ervaring hebben dat het creëren van draagvlak van bovenaf vaak niet werkt, dus wat we eigenlijk toch vooral proberen te doen is samen met leidinggevendenden het draagvlak van binnenuit of van onderaf zo sterk mogelijk te maken door bekend te zijn bij afdelingen, bekend te zijn wat wij op het gebied van communicatie voor afdelingen of voor eenheden kunnen betekenen.

Een geïnterviewde van een ziekenhuis antwoordde ongeveer hetzelfde door aan te geven dat zij in elk onderdeel van het communicatiebeleid proberen in contact te blijven met de mensen om wie het gaat. Een geïnterviewde van een ggz-instelling vertelde dat alle mogelijke communicatiemiddelen worden ingezet om draagvlak te creëren en dat men daarbij ook incentives gebruikt om het leuker te maken. Een verstandelijk gehandicapteninstelling zegt draagvlak te creëren door vooral goed voor medewerkers te zijn. De Raad van Bestuur heeft bijeenkomsten gehouden om af te tasten of zij het gevoel in de organisatie goed te pakken heeft en om de nieuwe toekomstvisie bij medewerkers te peilen.

6.4.5 Kortetermijnsuccessen

De laatste vraag van dit segment luidde: *Maakt uw organisatie in dit veranderingsproces gebruik van kortetermijnsuccessen?* Bijna alle geïnterviewden spreken niet over successen maar over resultaten. Een ggz-instelling zegt bewust te hebben gekeken naar wat op korte termijn het meeste resultaat kan opleveren:

Ja, door daar gewoon heel slim over na te denken en in die term ook heel resultaatgericht te gaan denken en werken. Toen wij onze communicatievisie geschreven hadden en een aantal middelen daarin beschreven hadden die we voor de organisatie ten dienste konden stellen, hebben wij als bureau communicatie samen met de raad van bestuur goed nagedacht over wat zullen we nou als eerste doen waar we in verhouding zo weinig mogelijk werk maar zoveel mogelijk resultaat mee gaan oogsten.

Een aantal instellingen geeft aan dat in de jaarplannen een concrete vertaling van de meerjarenbeleidscyclus staat omschreven, een overzicht van (vaak organisatiebrede) resultaten die men dat jaar wil behalen. Wanneer het gaat om een veranderingsproces is men in veel gevallen op de lange termijn gefocust. Een geïnterviewde van een ziekenhuis:

Nou die cultuurverandering is wel een echte lange termijn visie hoor, ik geloof niet dat er hele korte termijn doelen zijn geformuleerd, maar Sneller Beter heeft dat natuurlijk wel, er zijn steeds tussentijdse evaluaties, er wordt aangegeven wat zijn de resultaten, dat wordt heel vaak even kortgesloten en ook teruggekoppeld, we hebben nu bijvoorbeeld een boekje gemaakt met Sneller Beter resultaten, we hebben een presentatiewand met posters, wat zijn, wat willen we en hoe doen we het en waar staan we nu, zodat mensen heel snel worden geïnformeerd van dit zijn de resultaten die

we hebben behaald. Ook daarin is Sneller Beter een hele goede leerschool om tussentijds even snel aan te geven van oké, dit is er allemaal gelukt en dat is heel leuk want succes haal je door succes, als dingen goed gaan dan motiveer je om door te gaan, als het allemaal mislukt dan heb je niet zoveel zin meer en Sneller Beter werkt heel goed.

6.5 Verbeteringen in communicatie

Het laatste segment richtte zich op de noodzaak tot verandering van de communicatie: *Op welke wijze zou de communicatie over de veranderende marktsituatie in uw organisatie (intern, extern en patiëntenvoorlichting) verbeterd kunnen worden?* Hiermee wordt bedoeld het wijzigen van systemen, structuren of beleidsregels, of het proces versterken met nieuwe projecten, thema's of medewerkers. Er wordt een scala aan te verbeteren punten genoemd, een overzicht:

- meer communiceren met onze eigen cliënten;
- meer structuur geven aan communicatie met stakeholders (professionalisering);
- communicatiebesef bij leidinggevendenden verbeteren;
- website verbeteren;
- betere samenwerking tussen communicatieafdeling en patiëntenvoorlichting;
- constante, niet-structurele verbeteringen;
- medewerkers meer betrekken;
- meer extern oriënteren, marktonderzoek;
- kennis en informatie delen met communicatiefunctionarissen van collega-instellingen;
- samenhang tussen onderdelen communicatiebeleid verbeteren;
- afspraken maken over marktdenken;
- behoefte aan (tijdelijk) extra communicatiemedewerker.

6.5.1 Verankering in de organisatiecultuur

Aansluitend werd de vraag gesteld: *Op welke manier worden de nieuwe benaderingen in de organisatiecultuur verankerd?*, bijvoorbeeld door de relatie tussen het nieuwe gedrag en het succes van de organisatie duidelijk te maken. Aangezien in de meeste zorginstellingen nog maar nauwelijks sprake is van een veranderingsproces ten gevolge van de invoering van gereguleerde marktwerking, is het nog een beetje gissen op welke manier men nieuwe benaderingen zou gaan verankeren. Men is zich bewust van de noodzaak om een andere manier van denken op gang te brengen en deze vast te houden door deze in elk geval in het beleidskader op te nemen. Een meerderheid van zorginstellingen benadrukt expliciet dat het betrekken van medewerkers bij veranderingsprocessen van groot belang is.

6.6 Afsluiting

In dit hoofdstuk zijn de belangrijkste resultaten voortkomend uit de interviews met zorginstellingen besproken. Op grond van deze interviews kan gesteld worden dat in de meeste zorginstellingen de invoering van gereguleerde marktwerking nog niet heeft geleid tot een ingrijpend veranderingsproces. Zorginstellingen lijken nog zoekende naar wat de betekenis hiervan zal zijn voor hun organisatie. Vanwege veranderende organisatievormen zoals fusies en andere samenwerkingsverbanden is communicatie in zorginstellingen vooral een interne aangelegenheid. Communicatiebeleidsplannen zijn in veel gevallen verouderd, maar men is zich ervan bewust dat profilering en positionering van belang zijn voor de toekomst. Er lijken zich geen specifieke

overeenkomsten of verschillen voor te doen binnen of tussen de onderzochte sectoren. In het volgende hoofdstuk zullen de conclusies naar aanleiding van deze resultaten geformuleerd worden.

HOOFDSTUK 7 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden, op basis van de voorgaande resultaten, conclusies gepresenteerd om een antwoord te formuleren op de onderzoeksvragen. Op diverse punten vindt hier een terugkoppeling naar de theorie plaats. Vervolgens worden aanbevelingen gedaan voor zorginstellingen om zich effectief voor te bereiden op de veranderende marktsituatie. In de laatste paragraaf worden kritische kanttekeningen bij dit onderzoek geplaatst.

7.2 Conclusies

In de volgende subparagrafen wordt een antwoord gegeven op de in hoofdstuk 1 geformuleerde hoofdvraag en deelvragen bij dit onderzoek.

7.2.1 Voorbereidingen op de toekomst en consequenties voor het communicatiebeleid

Met de invoering van gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg nemen de keuzemogelijkheden van de zorgconsument toe en zal hij op zoek gaan naar een zorginstelling waar kwalitatief de beste zorg geleverd wordt die hij nodig heeft of waar de service nauwer aansluit op zijn wensen en behoeften. Vooruitlopend op deze ontwikkeling is de vraag interessant of zorginstellingen hierop anticiperen om hun marktpositie te versterken. De centrale onderzoeksvraag in dit onderzoek luidde:

In hoeverre bereiden zorginstellingen zich – met het oog op de veranderende marktsituatie in de gezondheidszorg – voor op de toekomst en wat zijn de consequenties hiervan voor hun huidige communicatiebeleid?

Uit de afgenomen interviews bij diverse communicatiefunctionarissen van zorginstellingen kan geconcludeerd worden dat in de meeste zorginstellingen de invoering van gereguleerde marktwerking nog niet heeft geleid tot een ingrijpend veranderingsproces. Zorginstellingen zijn veelal nog intern- en aanbodgerichte organisaties die gewend zijn dat patiënten als vanzelf naar hen toe komen. Het zit niet in de cultuur van zorginstellingen om zich aan te passen aan de omgeving. Maar nu zorgconsumenten meer keuzemogelijkheden krijgen, zullen zorginstellingen moeten kiezen voor een duidelijke positionering en profilering. Door positionering en profilering kunnen zorginstellingen laten zien wat hun organisatie anders maakt en neemt de zorginstelling een eigen plaats in de markt in. De instelling krijgt een duidelijker gezicht voor de diverse publieksgroepen en patiënten kunnen hierdoor een gemotiveerde keuze maken voor een bepaalde zorgverlener. Maar positionering betekent ook dat zorginstellingen zich voortdurend moeten aanpassen aan de veranderende omgeving. Positionering is niet iets eenmaligs, zoals in paragraaf 3.3.1 is besproken, het is geen statisch gegeven, maar men moet blijven innoveren en investeren in vernieuwing. Het ontbreekt in veel van de onderzochte instellingen aan urgentiebesef en dit wordt dan ook niet als zodanig uitgedragen door de leiding (raad van bestuur) van zorginstellingen. Het besef bij deze instellingen dat zij zullen moeten ombuigen naar meer extern-, vraaggerichte organisaties is wel in bepaalde mate aanwezig, maar diverse organisatorische omstandigheden lijken dit te verhinderen. Door fusies en andere samenwerkingsverbanden is de aandacht lange tijd

gevestigd op het smeden van overeenkomsten en het bij elkaar houden van de organisatie(onderdelen). Hiermee lijkt het eerste deel van de hoofdvraag negatief beantwoord.

Maar fusies en samenwerkingsverbanden hebben doorgaans als doel de marktpositie te verstevigen, het is een strategische keuze om beter te kunnen aansluiten bij de klantvraag en om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te verbeteren (zie paragraaf 2.2.5). Uit de interviews is gebleken dat veel zorginstellingen kiezen voor samenwerkingsverbanden om kennisdeling en kennisontwikkeling te bevorderen en om nieuwe producten en diensten te kunnen gaan ontwikkelen. Maar het ontbreekt aan een lange termijn visie en strategie waarin concurrentie en positionering centraal staan, in veel gevallen zijn meerjarenbeleidsplannen verouderd en spreekt men hierin nog niet over concurrentie en positionering. Om een succesvolle verandering tot stand te brengen is een veranderingsvisie nodig die richting geeft aan de veranderingsoperatie en moeten er strategieën ontwikkeld worden om die visie te realiseren. Zoals uit de theorie van veranderingsmanagement (paragraaf 4.3) is gebleken, dient deze visie door de leiding te worden uitgedragen en gecommuniceerd, om zodoende draagvlak te creëren in de organisatie. Zonder lange termijn visie en strategie die aansluiten bij de veranderende omgeving waarin zorginstellingen zich bevinden, en die door de leiding worden uitgedragen en voortdurend worden gecommuniceerd met de leden van de organisatie, kan geen ingrijpende verandering tot stand worden gebracht. Als antwoord op het eerste deel van de hoofdvraag kan gesteld worden dat de meeste zorginstellingen in dit onderzoek met fusies en samenwerkingsverbanden een belangrijke eerste stap hebben genomen voor het verstevigen van hun toekomstige marktpositie, maar dat hierbij het concreet ontwikkelen en uitdragen van een lange termijn visie en het kiezen voor een duidelijke positionering en profilering, met het oog op de veranderende marktsituatie, ernstig achterwege is gebleven.

Hiermee komen we dichtbij het tweede deel van de hoofdvraag van het onderzoek, de consequenties voor het huidige communicatiebeleid. Veel instellingen hebben te maken met een verouderd communicatiebeleid dat nog sterk gericht is op interne communicatie. Uit het onderzoek komt naar voren dat instellingen zich wel realiseren dat ze meer dan ooit 'naar buiten' moeten treden, opener moeten worden. Externe communicatie zal in het nieuw te formuleren communicatiebeleid een belangrijke plaats gaan innemen. Communicatie was voorheen vooral een interne aangelegenheid. Men is zich wel bewust van de noodzaak van een nieuw communicatiebeleid waarin meer aandacht moet zijn voor externe communicatie en waarin ook de samenhang tussen de verschillende communicatieonderdelen versterkt wordt. Communicatie is immers een bepalende factor om als – publieke – zorginstelling in contact te staan met de buitenwereld en communicatie is in verschillende opzichten van essentieel belang voor elke organisatie en dus ook voor zorginstellingen (zie paragraaf 7.2.2). Als antwoord op het tweede deel van de hoofdvraag kan gesteld worden dat zorginstellingen vooralsnog nauwelijks aanpassingen in hun communicatiebeleid hebben aangebracht omdat zij nog te veel intern gericht zijn. Zij beseffen echter wel dat herziening van het communicatiebeleid, met name de externe communicatie, met het oog op de veranderende marktsituatie noodzakelijk is. Bij het beantwoorden van de eerste deelvraag in de volgende subparagraaf wordt hier dieper op ingegaan.

7.2.2 Aanpassing van het communicatiebeleid

De eerste deelvraag bij dit onderzoek luidde:

In hoeverre vraagt de veranderende marktsituatie in de gezondheidszorg om een aanpassing van het communicatiebeleid van zorginstellingen?

In veranderende omstandigheden is het van groot belang dat communicatie goed georganiseerd is. Communicatie als managementinstrument geeft richting aan het veranderingsproces en communicatie dient om de instelling te profileren naar alle (potentiële) belanghebbenden toe. Door te communiceren met de buitenwereld biedt de instelling transparantie in haar bezigheden. Uit het onderzoek is gebleken dat het veel zorginstellingen ontbreekt aan een goed doordachte, marktgeoriënteerde lange termijn visie en in veel gevallen is het communicatiebeleid verouderd. Zoals in de theorie van het TOCOM-model (paragraaf 4.2) is besproken, vormen de beleidsuitgangspunten van organisaties de basis voor de communicatievisie. Communicatiebeleid komt voort uit het organisatiebeleid en loopt hier parallel aan. Het beschrijven van organisatiedoelen in een strategisch plan dient als referentiepunt voor de beoordeling van communicatieprocessen. Zolang de organisatie haar visie op de toekomst niet heeft geformuleerd, kan ook de visie op communicatie niet worden verkend. De communicatieafdeling van een zorginstelling dient, om haar communicatiebeleid te kunnen formuleren, eerst haar visie op communicatie vast te stellen en hierbij de markt te bewaken met het oog op marktwerking en veranderende wetgeving. Zorginstellingen moeten kiezen voor een heldere positionering waarmee zij zich onderscheiden van de concurrentie en zodoende een eigen plaats in de markt innemen. Het communicatiebeleid moet als leidraad dienen om op lange termijn de gewenste positionering te bereiken. Hiervoor is aanpassing nodig in het organisatiebrede strategisch beleid en logischerwijs ook in het communicatiebeleid omdat dat hier parallel aan loopt. Deze nodige aanpassingen wijzen op de complexiteit van de situatie waarin zorginstellingen verkeren. Als antwoord op de eerste deelvraag kan dan ook geconcludeerd worden dat de veranderende marktsituatie om een aanpassing vraagt van het communicatiebeleid van zorginstellingen.

7.2.3 Competenties

De tweede deelvraag ging in op de competenties van communicatieafdelingen van zorginstellingen:

In hoeverre beschikken zorginstellingen over de benodigde competenties om met hun communicatiebeleid in te spelen op de veranderende marktsituatie in de gezondheidszorg?

Met name in veranderende omstandigheden heeft de communicatieafdeling belangrijke taken te vervullen. Zij dient de markt te bewaken door ontwikkelingen rondom marktwerking nauw te volgen. Tegelijkertijd, en hiermee in samenhang, is het een taak van de communicatieafdeling om de visie op communicatie te bepalen en het communicatiebeleid te ontwikkelen en dit beleid uit te voeren. Vanwege de veranderende marktsituatie hebben communicatieafdelingen van zorginstellingen ook met steeds meer doelgroepen te maken. Naast diverse externe doelgroepen is communiceren met interne doelgroepen over het organisatiebeleid ook een belangrijke taak van de communicatieafdeling. Al deze ontwikkelingen vragen om voldoende competenties en menskracht om de communicatietaken te vervullen. In de interviews is gevraagd naar in hoeverre zorginstellingen en in het bijzonder hun communicatieafdelingen in staat zijn om zich aan deze ontwikkelingen aan te passen wat betreft de competenties van medewerkers. Competenties hebben betrekking op iemands vaardigheden en bevoegdheden, waarbij overzicht een rol speelt (paragraaf 3.5). Uit dit onderzoek blijkt dat er wat betreft de communicatie in zorginstellingen in twee opzichten sprake is van een capaciteitsprobleem.

Opvallend is hoe onderbemenst de communicatieafdeling van sommige zorginstellingen is. De ziekenhuizen vormen hierop een uitzondering met meer dan tien communicatiemedewerkers (niet overeenkomend met fte's). In een paar van de onderzochte zorginstellingen zijn er slechts een of twee communicatiemedewerkers, de overige instellingen hebben gemiddeld vier medewerkers,

waardoor het capaciteitsprobleem in de eerste plaats kwantitatief van aard is. De krap bezette communicatieafdelingen zijn vaak overbelast met uitvoerende taken zoals het schrijven van nieuwsbrieven en het verzorgen van patiëntenfolders, waardoor zij niet aan andere taken, zoals bijvoorbeeld het doen van onderzoek, toekomen. Tijdens het benaderen van zorginstellingen voor dit onderzoek, bleek zelfs dat sommige zorginstellingen niet eens een communicatieafdeling hebben. In die gevallen deed iemand in de top van de organisatie de communicatie 'erbij'.

Het capaciteitsprobleem van communicatieafdelingen van zorginstellingen is ook een kwalitatief probleem. Enkele deelnemers aan het onderzoek hebben aangegeven dat er niet voldoende competenties aanwezig zijn die nodig zijn voor het op communicatievlak uiting geven aan het veranderingsproces. Het is onduidelijk of dit ook geldt voor de geïnterviewden die dit niet als zodanig hebben benoemd, mogelijk hebben communicatiefunctionarissen onvoldoende zicht op wat het veranderingsproces in het kader van marktwerking voor hun afdeling kan gaan betekenen. Dit is mogelijk te wijten aan het feit dat het urgentiebesef in zorginstellingen nog maar nauwelijks op gang is gekomen.

Volgens Olsthoorn (1997, p. 226), die onderzoek deed naar de relatie tussen bedrijfscultuur en communicatiebeleid, ligt het aan de (positie van de) communicatiemanager. Hij stelt dat communicatiemanagers weinig oog hebben voor bedrijfskundige en cultuurtransformatieprocessen. Volgens Olsthoorn neemt deze beroepsgroep over het algemeen niet of nauwelijks waar hoe de interne en externe omgeving elke dag verandert, men anticipeert niet maar loopt achter de feiten aan door reactief te constateren wat heeft plaatsgevonden. Het is echter niet geheel duidelijk wat Olsthoorn onder een communicatiemanager verstaat. Wel benoemt hij dat specifieke kennis van en inzicht in de bedrijfscultuur en de daarmee samenhangende sociale processen van communicatie, met name van invloed zijn op de wijze van het al dan niet professioneel bedrijven van communicatiemanagement (Olsthoorn, p. 111). In zorginstellingen ziet men echter zelden communicatiefunctionarissen met als functieomschrijving 'communicatiemanager', dat blijkt ook uit dit onderzoek (zie paragraaf 5.3.2). In de meeste gevallen bestaat de communicatieafdeling uit een of enkele medewerkers en een hoofd dat verantwoording aflegt aan de top van de organisatie.

Olsthoorn (p. 226) stelt dat communicatiemanagers te weinig beschikken over het vermogen – de competentie – om bij het uitvoeren van hun taken een goede afstemming te bereiken met het handelen van anderen en dan met name de top binnen de organisatie. Dit is volgens Olsthoorn een belangrijke reden waarom de communicatiemanager niet tot de dominante coalitie, die verantwoordelijk is voor managementbesluitvormingsprocessen, van de organisatie behoort. Dit ligt in de lijn met conclusies van Van Ruler (1996) uit een onderzoek naar de visie van communicatiemanagers op de inhoud van hun beroep. Hierin stelt Van Ruler dat veel communicatiefunctionarissen hun werk vooral als praktische aangelegenheid invullen, omdat zij niet over voldoende kennis, vaardigheden en werkvisie beschikken om het werk anders in te vullen. Hun rol bij het strategische beleid is beperkt. Een belangrijke factor is hierbij volgens Van Ruler dat communicatiefunctionarissen in haar onderzoek oudere functionarissen zijn die geen specifieke communicatieopleiding hebben genoten. De hier aangehaalde onderzoeken van Olsthoorn en Van Ruler hebben een decennium geleden plaatsgevonden, maar het lijkt erop dat in het beroep van communicatiefunctionarissen nog te weinig verschuiving heeft plaatsgevonden in de richting van een hoger, strategisch niveau. Dit is echter wel van belang om in te kunnen spelen op de veranderende marktsituatie die hogere eisen stelt aan communicatieafdelingen. In haar onderzoek naar communicatiemanagement, een aantal jaren later, concludeert Van Ruler (2003, p. 6) dat het vakgebied zich ontwikkelt van een ambachtelijk, uitvoerend gebied richting een adviesfunctie over aspecten van strategieontwikkeling in de organisatie.

Toch blijkt uit dit onderzoek naar marktwerking in de gezondheidszorg en de consequenties voor het communicatiebeleid, dat de rol die de communicatiefunctionaris in zorginstellingen vervult, voornamelijk nog een plaats inneemt tussen het informatiemodel (uitvoerend) en het overredingsmodel (doelgroepsegmentatie, doelgericht plannen) (zie paragraaf 3.5). Een positie zoals omschreven in het intermediair model is echter gewenst, waarbij de communicatiefunctionaris op managementniveau werkzaam is. Dit betekent dat de communicatiefunctionaris een goede interactie onderhoudt tussen de medewerkers van de organisatie intern en tussen organisatie en publieksgroepen, ten behoeve van de ontwikkeling van goede strategische keuzes en beleid (Van Ruler, 2003, p. 18). Als antwoord op de tweede deelvraag kan dan ook geconcludeerd worden dat zorginstellingen over het algemeen nog onvoldoende in staat lijken om met hun communicatiebeleid in te spelen op de veranderende marktsituatie, vanwege krap bezette communicatieafdelingen met communicatiemedewerkers die over onvoldoende capaciteiten en mogelijkheden beschikken om hun werk op strategisch niveau uit te voeren.

7.2.4 Kwaliteit

De derde en laatste deelvraag bij dit onderzoek luidde:

In welk opzicht relateren zorginstellingen hun voorbereidingen op de toekomst aan kwaliteit?

In paragraaf 4.4 is besproken dat kwaliteitszorg een bewuste strategie van een organisatie kan zijn om haar plaats in de markt te versterken en dat is essentieel bij marktwerking en concurrentie. Kwaliteitsmanagement richt zich op de werkprocessen die verbeterd en vernieuwd moeten worden. Kwaliteitsmanagement dient onderdeel te zijn van het beleid van de organisatie. De leiding moet een visie hebben over de situatie waarin de organisatie de komende jaren moet verkeren, die wordt uitgewerkt in een strategie van jaarlijkse verbeterpunten. Uit de interviews is gebleken dat het bij veel instellingen ontbreekt aan een lange termijn visie en strategie waarin marktwerking en concurrentie centraal staan en dat er in dat opzicht nog maar nauwelijks een verandering tot stand is gebracht.

Uit de literatuur komt naar voren dat kwaliteitsdenken vooral een kwestie is van cultuur en cultuurverandering. Werken aan kwaliteitsverbetering betekent bijna altijd bezig zijn met veranderingsprocessen. Kwaliteitsmanagement is dan ook iets dat in belangrijke mate gerelateerd zou kunnen en moeten worden aan de veranderingsvisie voor de toekomst. In het verbeteren van de werkprocessen zal cliëntgerichtheid met het oog op vraaggestuurde zorg voor veel zorginstellingen het uitgangspunt zijn. De leiding heeft als taak om de veranderingsvisie te ontwikkelen en uit te dragen, om al het personeel te betrekken in het voorbereiden en uitvoeren van een voortdurende stroom verbeteringen om de best mogelijke zorg te bieden.

Uit dit onderzoek blijkt dat instellingen in bepaalde mate bezig zijn met kwaliteit zoals certificering. Men lijkt zich bewust van het belang van kwaliteitszorg voor de toekomst, waarin transparantie en openheid steeds belangrijker worden, maar het wordt nog niet concreet gerelateerd aan een veranderingsvisie. Uit de theoretische synthese blijkt dat veranderingsmanagement en kwaliteitsmanagement prima hand in hand kunnen gaan, in beide gevallen nemen deskundigheid, leiderschap, communicatie en cultuur een belangrijke plaats in. Zorginstellingen moeten ervoor zorgen dat de zorg inhoudelijk goed is, dat de interne organisatie van alle activiteiten goed is en dat de instelling hierover communiceert met haar doelgroepen: *be good and tell it*. Op basis van dit onderzoek kan gesteld worden dat nog maar weinig instellingen bezig zijn met

veranderingsprocessen met het oog op de toekomst. Voorbereidingen van zorginstellingen op de toekomst lijken over het algemeen nog maar weinig concreet gericht op marktwerking en concurrentie en in dat opzicht worden voorbereidingen op de toekomst binnen de uitkomsten van dit onderzoek niet specifiek gerelateerd aan kwaliteit.

7.3 Aanbevelingen

Uit dit onderzoek is gebleken dat veel zorginstellingen van oudsher intern- en aanbodgerichte organisaties zijn die nog niet gewend zijn om zich naar buiten toe te positioneren en profileren. Door de invoering van gereguleerde marktwerking zullen zorginstellingen steeds meer te maken krijgen met concurrentie, waardoor het van belang wordt dat zij hun marktpositie gaan versterken. Zorginstellingen kunnen door positionering en profilering een plaats in de *top of mind* van potentiële zorgconsumenten verwerven en dienen deze plaats te behouden. Echter in dit onderzoek is gebleken dat het urgentiebesef nog maar in geringe mate aanwezig is. Veranderende organisatievormen hebben ervoor gezorgd dat communicatie lange tijd vooral een interne aangelegenheid was. Zorginstellingen zijn zich wel bewust van het belang van cliëntgerichtheid en openheid naar alle doelgroepen toe, maar de leiding heeft nog maar weinig concreet een lange termijn visie en strategie ontwikkeld en uitgedragen waarin wordt uitgegaan van marktwerking en concurrentie. Dit is dan ook een belangrijk punt met het oog op de toekomst. De raad van bestuur dient een veranderingsvisie en strategie te ontwikkelen en vervolgens dient op basis hiervan het communicatiebeleid te worden geformuleerd. Bij het formuleren en uitvoeren van het communicatiebeleid, zijn voor de communicatieafdelingen van zorginstellingen belangrijke taken weggelegd. Om deze taken te kunnen vervullen, is in meerdere opzichten verbetering nodig in de organisatie van de communicatieafdeling. Deze verbeteringen zullen uiteindelijk in belangrijke mate bijdragen aan het verstevigen van de marktpositie van zorginstellingen.

7.3.1 Investeren in communicatieafdelingen

Het is van belang dat zorginstellingen in verschillende opzichten meer gaan investeren in hun communicatieafdelingen. Juist in veranderende omstandigheden heeft de communicatieafdeling belangrijke taken te vervullen. Communicatie kan met name in zulke tijden sturing geven aan het veranderingsproces, door alle leden van de organisatie bewust te maken van de noodzaak van verandering en hierover informatie te verstrekken, waardoor draagvlak voor de verandering gecreëerd kan worden. Het veranderingsproces raakt immers in belangrijke mate de cultuur van de organisatie. Om niet alleen op uitvoerend niveau, maar vooral ook op strategisch niveau te kunnen functioneren en zowel haar interne en externe doelgroepen te kunnen bedienen, is ten eerste behoefte aan het uitbreiden van het aantal communicatiefunctionarissen.

7.3.2 Deskundigheidsbevordering

Wegens de veranderende marktsituatie in de gezondheidszorg worden steeds hogere eisen gesteld aan het functioneren en profileren van zorginstellingen en dus ook aan communicatiefunctionarissen. Zorginstellingen hebben, zowel in kwantiteit als in diversiteit, met steeds meer doelgroepen te maken. Communicatie is voor zorginstellingen van essentieel belang om haar werkzaamheden transparant te maken. Communicatie is niet simpelweg middelenmanagement, zoals het schrijven van een nieuwsbrief of het uitgeven van patiëntenfolders. Uit het onderzoek is gebleken dat communicatiefunctionarissen vooral uitvoerende taken hebben, maar er is ook

behoefte aan communicatiemanagement. Communicatiemanagement gaat om het leveren van een bijdrage aan het behalen van de organisatiedoelstellingen.

Wegens de hogere eisen die gesteld worden aan communicatieafdelingen, is het van belang dat er meer aandacht besteed wordt aan strategische communicatie. Communicatiefunctionarissen zullen zich meer met beleid moeten gaan bezighouden, om communicatie in drie opzichten centraal te stellen in de organisatie:

- Communicatie in het organisatiebeleid; om communicatietaken op organisatieniveau te kunnen uitvoeren.
- Communicatie als beleids- cq. managementinstrument; om richting te geven aan veranderingsprocessen.
- Communicatie over het beleid; om openheid en transparantie over de instelling te bieden naar de diverse interne en externe doelgroepen toe.

De communicatieafdeling dient hiertoe haar taken (deels) op een hoger, strategisch niveau te kunnen uitvoeren. Communicatiefunctionarissen in zorginstellingen behoren ook mogelijkheden te krijgen om de markt te bewaken, onderzoek te verrichten en een visie te ontwikkelen op communicatie in de lijn van de organisatie. Het takenpakket van communicatiefunctionarissen dient aldus te worden uitgebreid met adviserende, onderzoekende en strategische taken. Hiervoor is deskundigheidsbevordering nodig, met name meer inzicht in organisatiekunde en algemene managementvaardigheden. Bij het uitbreiden van het takenpakket dient ook overwogen te worden wie welke taken voor zijn rekening neemt. Door verschillende taken te verdelen kan elke functionaris een expertise ontwikkelen. Zo kan men ervoor kiezen om elke communicatiefunctionaris een aandachtsgebied toe te wijzen, zoals website, interne c.q. externe communicatie, promotiemateriaal, marketingbeleid, arbeidsmarktcommunicatie, huisstijl, nieuwsbrief enzovoort.

Door communicatiefunctionarissen meer bij het organisatiebeleid te betrekken, kunnen zij een belangrijke rol gaan spelen in het veranderingsproces naar een meer marktgerichte organisatie. De beleidsuitgangspunten van de zorginstelling vormen de basis voor de communicatievisie en het communicatiebeleid. Om de communicatievisie met het oog op de veranderende marktsituatie te kunnen vaststellen, moeten de visie en strategie van de zorginstelling zorgvuldig geformuleerd zijn, want dit is het uitgangspunt voor communicatie. Pas dan kan een goed doordacht communicatiebeleid ontwikkeld worden. Echter veel communicatiefunctionarissen kunnen niet bepleiten dat de organisatie op korte termijn haar visie op de toekomst, met het oog op marktwerking en concurrentie, formuleert. Dit heeft te maken met hun positie en beperkte capaciteiten.

Het is aan te bevelen dat communicatiefunctionarissen, met hun beperkte mogelijkheden, een inschatting gaan maken van hoe zij met beperkte middelen de meeste vooruitgang naar een meer marktgerichte organisatie kunnen boeken. Deze inschatting kan bijvoorbeeld gemaakt worden aan de hand van een Pareto-analyse (Van Zoest, 2002, p. 122). Hiermee gaat men binnen de organisatie op zoek naar enkele belangrijke factoren die een grote invloed hebben op het (voort)bestaan van het gestelde probleem, waardoor met 20 procent van de oorzaken ongeveer 80 procent van het probleem opgelost kan worden.

Hulpmiddelen die door communicatiefunctionarissen gebruikt kunnen worden om de positie van de organisatie te analyseren, zijn bijvoorbeeld de SWOT-analyse en het vijfkrachtenmodel van Porter. (zoals besproken in paragraaf 4.5). De uitkomsten van zulke analyses kunnen er ook toe dienen

om urgentiebesef bij de leiding van de organisatie tot stand te brengen. Voor de positionering kan ook gebruik gemaakt worden van de spinnenwebmethode van Bernstein. Hiermee kan aan de hand van acht eigenschappen de gewenste identiteit van de instelling bepaald worden. De uitkomsten van zulke analyses – ontwikkelingen, trends en invloeden – vormen belangrijke input voor het communicatiebeleid.

7.3.3 Herzien van de plaats van de communicatieafdeling

Communicatie heeft in veel zorginstellingen nog niet de plaats die het zou moeten hebben. Het is dan ook aan te bevelen dat zorginstellingen, juist nu in de veranderende marktsituatie, de plaats van de communicatieafdeling binnen de organisatiestructuur gaan herzien.

Communicatie(management) dient in zorginstellingen onderdeel te gaan uitmaken van managementbesluitvormingsprocessen. Door communicatie effectief te organiseren leidt dit tot een bedrijfseconomische meerwaarde, een toename in marktwaarde tot zelfs 30 procent (Watson Wyatt, 2003, p. 3). Door communicatie nauw bij het organisatiebeleid te betrekken, kan de communicatieafdeling een belangrijke rol spelen in het veranderingsproces, door hierover te communiceren met interne en externe doelgroepen. Communicatie dient een centrale plaats te krijgen in het beleid van de organisatie, zodat op elk niveau, in al het handelen van de organisatie, de gewenste reputatie van de organisatie het uitgangspunt is.

7.4 Discussie

In deze laatste paragraaf zullen de reflectie op de theoretische synthese, de beperkingen van dit onderzoek, de suggesties voor vervolgonderzoek en de relevantie van dit onderzoek voor andere organisaties worden besproken.

7.4.1 Reflectie op de theoretische synthese

In hoofdstuk 4 zijn verschillende theorieën geïntegreerd tot een geheel, de theoretische synthese. Het TOCOM-model is een model voor organisationele communicatie dat als referentiekader kan dienen om strategie- en cultuurveranderingen in organisaties te analyseren. De theorie van Kotter over veranderingsmanagement biedt inzicht in hoe een succesvolle verandering eruit zou moeten zien aan de hand van acht fasen. Kwaliteitsmanagement gaat over het verbeteren en vernieuwen van werkprocessen, met als aandachtsgebied het strategisch en beleidsmatig ontwerp van het zorgproces en beheersing en zo nodig verbetering van het zorgproces. Zorgmarketing gaat om het vormgeven van vraagsturing, waarbij men uitgaat van behoeften, verwachtingen en percepties met het oog op het bereiken van uitstekende resultaten. Bij het uiteenzetten van deze theorieën werden raakvlakken tussen deze theorieën gevonden, waardoor het vormen van een synthese als basis voor het meetinstrument (de vragenlijst) een logische keuze was. Deze synthese heeft ertoe geleid dat een compleet beeld werd verkregen van de plaats van de onderzochte zorginstellingen in de huidige markt.

Het TOCOM-model is een soort kapstokmodel dat met afzonderlijk bekeken elementen – zoals missie, visie, vaardigheden – als het ware een dwarsdoorsnede van de organisatie toont. Echter uit dit onderzoek blijkt dat men in de praktijk veel meer op processen is gericht. Met andere woorden, veranderingen verlopen in zorginstellingen heel geleidelijk. De wisselwerking tussen de organisatie en haar omgeving, waarmee het TOCOM-model uitgaat van de organisatie als een open systeem,

blijkt in de meeste onderzochte zorginstellingen maar in beperkte mate te bestaan omdat zij nog erg intern gericht zijn.

Vanuit de integratie van verschillende theoretische invalshoeken heeft dit onderzoek plaatsgevonden. Theoretisch gezien toont organisationele communicatie veel overeenkomsten met algemene bedrijfskundige processen, zoals veranderingsmanagement en kwaliteitsmanagement. Vanuit dat opzicht zou het aannemelijk zijn dat communicatie deel uitmaakt van de bedrijfsvoering van de organisatie en dus een plaats zouden hebben in de top van de organisatie. Op basis van de resultaten is echter geconcludeerd dat zorginstellingen organisationele communicatie, veranderingsmanagement en kwaliteitsmanagement niet integraal benaderen. De synthese die theoretisch zeer logisch lijkt, kon op basis van dit onderzoek in de praktijk niet worden aangetoond. Voor de toekomst is het van belang dat zorginstellingen beter gaan communiceren. In veel instellingen heerst nog de opvatting dat patiënten als vanzelf naar hen toekomen. De communicatieafdeling heeft een belangrijke taak als zender van de boodschap van de organisatie, maar ook als ontvanger. De communicatieafdeling moet als bewustmaker en ondersteuner van het veranderingsproces niet alleen top-down, maar ook bottom-up bewegen. Door zorg te dragen voor een goede interactie tussen de organisatieleden intern, en tussen de organisatie en externe doelgroepen, kan de organisatie functioneren als een open systeem, zoals het TOCOM-model voorstaat.

7.4.2 Beperkingen van het onderzoek

Marktwerving in de gezondheidszorg is een nieuwe ontwikkeling in Nederland. Al verscheidene jaren werd erover gesproken en in 2006 zijn belangrijke wetswijzigingen doorgevoerd voor vernieuwing van het zorgstelsel. Het was een jaar van vele nieuwsberichten over de ontwikkelingen in de gezondheidszorg en de gevolgen hiervan voor alle spelers in het speelveld. Het onderwerp van deze studie was gedurende het onderzoek dan ook erg actueel. Dit kan bij het benaderen van zorginstellingen voor medewerking aan het onderzoek zowel positief als negatief hebben gewerkt. Positief in de zin dat het iets is wat speelt en waar men graag aan wil meewerken, negatief in de zin dat veel instellingen er middenin zitten en daarom niet bereid zijn om hieraan mee te werken. Zo waren er acht instellingen niet bereid tot een interview (zie paragraaf 5.3.1), omdat zij in de meeste gevallen op dat moment bezig waren met het ontwikkelen en formuleren van hun toekomstvisie. De meerderheid van de instellingen die wel aan dit onderzoek hebben meegewerkt, was hier nog niet concreet mee bezig. Mogelijk was een reden voor hen om mee te werken, dat zij door deelname meer te weten zouden komen over het onderwerp.

Veel voorkomende beperkingen bij wetenschappelijk onderzoek zijn de tijd en mogelijkheden die de onderzoeker ter beschikking heeft. Ook hier speelde dat een rol bij de ontwikkeling van de onderzoeksopzet. De keuze voor acht zorginstellingen verdeeld over vier sectoren is gemaakt om zorginstellingen uit dezelfde sector met elkaar te kunnen vergelijken en om vergelijkingen te kunnen maken tussen zorginstellingen uit verschillende sectoren. Echter, vanwege de organisatiespecifieke omstandigheden waarin de zorginstellingen verkeerden, konden instellings- en sectorspecifieke vergelijkingen niet worden gemaakt.

In de periode van afronding van dit onderzoek, werden uitkomsten van het rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over keuzeondersteuning voor zorgconsumenten bekend (Rosenberg, 2007, 15 mei; NZa, 2007). Onder keuzeondersteuning verstaat de NZa dat consumenten door zorgverzekeraars worden gestimuleerd voor zorgaanbieders te kiezen die de verzekeraars, als kritische zorginkopers namens de consument, hebben geselecteerd. In het

rapport concludeert de NZa dat marktwerking in de zorg nog maar nauwelijks op gang is gekomen, omdat de polissen van zorgverzekeraars inhoudelijk en in prijs amper van elkaar verschillen. Keuzeondersteuning komt volgens de NZa (p. 8-9) om vijf redenen onvoldoende van de grond:

- onduidelijkheid over hoogte restitutievergoeding;
- onvoldoende zorgaanbod (schaarste op deelsekten);
- onvoldoende transparantie (informatie over gecontracteerde zorgaanbieders);
- onvoldoende inkoopmogelijkheden (vaste budgetten, kwaliteit moeilijk meetbaar);
- huisarts houdt geen rekening met inkoopbeleid van de zorgverzekeraar (doorverwijzen binnen lokaal netwerk).

De algemene conclusie uit het rapport van de NZa, dat marktwerking nog maar nauwelijks op gang is gekomen, kan een mogelijke verklaring zijn van het feit dat in veel zorginstellingen het urgentiebesef nog amper aanwezig is. De constatering van de NZa dat er onvoldoende transparantie is als het gaat om informatie over zorgaanbieders, is een conclusie die aansluit bij dit onderzoek naar de voorbereidingen van zorginstellingen op de veranderende marktsituatie. Dit is een punt waar zorginstellingen, als spelers in de markt, meer aandacht aan dienen te schenken. Een belangrijke rol is hierbij weggelegd voor communicatieafdelingen.

Tijdens de interviews bleek dat sommige communicatiefunctionarissen in zorginstellingen onvoldoende op de hoogte zijn van de ontwikkelingen binnen hun organisatie en het strategisch organisatiebeleid. Hierdoor bestaat de mogelijkheid dat de informatie die zij hebben gegeven niet volledig is. Dit werd door enkelen van hen benadrukt. Deze uitkomst is beperkend te noemen als het gaat om volledigheid, maar interessant als het gaat om de positie en competenties van de communicatiefunctionaris in zorginstellingen. In de volgende subparagraaf wordt hier verder op ingegaan.

7.4.3 Suggesties voor vervolgonderzoek

Een belangrijke conclusie voortkomend uit dit onderzoek is dat communicatiefunctionarissen onvoldoende betrokken zijn bij het strategisch organisatiebeleid. Hierdoor zijn zij niet altijd op de hoogte van het organisatiebeleid. Dit heeft in belangrijke mate te maken met hun positie, maar ook competenties lijken hier een rol te spelen. Op dit punt is in dit onderzoek, wegens de vele elementen die aan bod zijn gekomen, niet uitgebreid op ingegaan. Enkele geïnterviewden gaven aan onvoldoende op de hoogte te zijn van het organisatiebeleid, waardoor het voor hen lastig was om vragen over organisatiebeleid en organisatieverandering te beantwoorden. Voor vervolgonderzoek zou het interessant zijn om de organisatiestructuur meer in het onderzoek te betrekken. Met name meer aandacht voor de plaats van de communicatieafdeling in de organisatie, is gewenst. Daarnaast zouden de benodigde competenties van communicatiefunctionarissen in zorginstellingen verder uitgediept dienen te worden.

Het organisatiebeleid vormt de basis van het communicatiebeleid en deze informatie is van belang om de werkwijze van de communicatieafdeling te begrijpen. Om een meer compleet beeld te schetsen van het communicatiebeleid in relatie tot het organisatiebeleid, is aan te raden om bij vervolgonderzoek het organisatiebeleid uitgebreider als onderwerp van onderzoek op te nemen. Dit kan bijvoorbeeld door aanvullend interviews te houden met personen hoger in de organisatie, zoals een lid van de raad van bestuur of een functionaris die daar dichtbij staat. Een andere mogelijkheid is, aanvullend aan de interviews met communicatiefunctionarissen, een inhoudsanalyse van

organisatiebrede beleidsdocumenten. Hier was binnen het tijdsbestek van deze onderzoeksoopdracht helaas geen gelegenheid toe.

7.4.4 Relevantie onderzoek voor andere organisaties

Daar alle zorginstellingen in Nederland met dezelfde problematiek te maken hebben wat betreft de invoering van gereguleerde marktwerking, kan gesteld worden dat de uitkomsten van dit onderzoek generaliseerbaar zijn naar andere zorginstellingen in Nederland. De instellingen die hebben meegewerkt aan dit onderzoek zijn immers willekeurig geselecteerd. Echter, zoals opgemerkt in paragraaf 7.4.1, is het mogelijk dat instellingen die nog niet concreet een veranderingsvisie met het oog op de toekomst hebben geformuleerd, meer bereid zijn geweest om mee te werken aan dit onderzoek om hiervan iets te kunnen leren. Maar elke instelling heeft met organisatiespecifieke problematiek te kampen, waardoor delen uit het onderzoek in meer of mindere mate relevant zullen zijn voor andere instellingen.

REFERENTIES

- ABVAKABO FNV (2006). *Nieuws: WMO eist eerste slachtoffers*. Retrieved October 23, 2006, from http://www.abvakabofnv.nl/nieuws/bericht/wmo_eist_eerste_slachtoffers/
- ActiZ (n.d.). *Welke diensten biedt de thuiszorg?* Retrieved September 29, 2006, from <http://www.thuiszorg.nl/index.php?item=5>
- Bomhoff, E.J. (2002). *Meer markt in de gezondheidszorg. Mogelijkheden en beperkingen*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Boot, J.M. & Knapen, M.H.J.M. (2005). *De Nederlandse gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bos, M. & Mastenbroek, J. (1998). *Communicatie in organisaties. Cultuur, stijl en leidinggeven*. Alphen aan den Rijn: Samsom.
- DBC Informatie Systeem (n.d.). *Over DBC's, Waarom DBC's?* Retrieved October 25, 2006, from <http://www.dbconderhoud.nl/informatie/waarom>
- De Nederlandsche Bank (2004). *Kwartaalbericht DNB September 2004: De gevolgen van het nieuwe stelsel van gezondheidszorg*. Retrieved October 31, 2006, from http://www.dnb.nl/dnb/bin/doc/KBsep04WEB_tcm12-46410.pdf
- Erp, L.G. van (1998). *Zorg voor de markt. Marketing voor gezondheidsorganisaties*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Gemert, L. van & Woudstra, E. (2005). *Become a communication expert*. Enschede: Toegepaste CommunicatieWetenschap, Universiteit Twente.
- Gemert, L. van & Woudstra, E. (2002). Het ontwerpen van communicatiebeleid. In P.J. Schellens, R. Klaassen & S. de Vries (Eds.), *Communicatiekundig ontwerpen: methoden, perspectieven, toepassingen* (pp. 46-67). Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Hetebrij, M. (2002). *Communicatief management: Tussen macht en communicatie*. Alphen aan de Rijn: Samsom.
- INK (n.d.). *Het INK-managementmodel*. Retrieved October 12, 2006, from <http://www.ink.nl/public/?dirID=20>
- Janssen Duyghuysen, R. (2005). *Gezondheidszorg: samen sterker in de ketenzorg* [Electronic version]. Amsterdam: Management Kennisbank.
- Jooode, D. de (2001). *Communicatie in de gezondheidszorg*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Kamer van Koophandel (2002). *Gecertificeerde kwaliteit: ISO-9000-serie*. Retrieved October 12, 2006, from <http://assets.kvk.nl/assets/Landelijk/productassets/Gecertificeerde%20kwaliteit%20ISO9000-serie.pdf>
- Kooij, C.R. van (1994). Marketing en kwaliteit, is er een relatie? *Gezondheidszorg & Management*, 4, 33-35.
- Korsten, A.F.A. & Soeters, J.M.L.M. (1999). Kwaliteitszorg in de non-profitsector. *Bestuurskunde*, 8 (6), 232-244.
- Labrujere, H.O. & Moeke, J.E. (2005). *Zorgmarketing. Het toepassen van marketing in een gereguleerde markt*. Ommen: MAO/MTD Groep BV.
- Lasance, A. (2006). Toekomstgerichte analyses over samenwerking, leveranciers en eigen aanbod. *Zorg en ondernemen*, 7, 16-19.
- Lebbing, T. (2002). Onzekerder dan ooit? Communicatiemens: nog meer manusje van alles. *Dialoog*, 7, 4-6.
- Leeuwen, S. van (2006). Zorgmarketing in vogelvlucht, een voorsprong op de concurrentie. *Zorg en ondernemen*, 6, 24-25.
- Lienden, H. van & Poel, M. van der (2005). *Ondernemen in de zorg. Een competentiegerichte benadering*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

- McCardle-Keurentjes, M. (2001). *De manager geketend? Een onderzoek naar de strategische rolvulling van hogere kaderfunctionarissen in de zorg*. Nijmegen: Stichting UOBN.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2005). *Brancherapporten VWS, De VWS-sectoren*. Retrieved October 20, 2006, from http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_document/o3661n202.html
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006a). *De Nieuwe Zorgverzekering, De Nieuwe Wet, Breder perspectief*. Retrieved August 28, 2006, from <http://www.denieuwezorgverzekering.nl/Zorgverzekering/nieuwewet/Breder+perspectief.htm>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006b). *Dossiers, Diagnosebehandelingcombinaties (DBC)*. Retrieved October 25, 2006, from <http://www.minvws.nl/dossiers/dbc/default.asp>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006c). *Dossiers, Veranderingen in de zorg 2006*. Retrieved, October 4, 2006, from <http://www.minvws.nl/dossiers/veranderingen-in-de-zorg-2006/default.asp>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006d). *Dossiers, Wet marktordening gezondheidszorg*. Retrieved, October 20, 2006, from <http://www.minvws.nl/dossiers/wet-marktordening-gezondheidszorg/default.asp>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006e). *Dossiers, Zorgverzekering*. Retrieved August 28, 2006, from <http://www.minvws.nl/dossiers/zorgverzekering/default.asp>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2004). *Fundamenten gelegd voor hervormingsagenda zorg*. Retrieved September 8, 2006 from <http://www.minvws.nl/persberichten/staf/prinsjesdag-2004.asp>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (n.d.). *Invoering Wmo, Algemeen*. Retrieved October 16, 2006 from <http://www.invoeringwmo.nl/WMO/nl-NL/Algemeen/>
- Nederlandse Zorgautoriteit (2007). *Richting geven aan keuzes. Kunnen verzekeraars consumenten stimuleren naar gecontracteerde zorgaanbieders te gaan?* [Electronic version]. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Olsthoorn, A.C.J.M. (1997). *Cultuur en communicatie: Een verkenning naar de samenhang tussen bedrijfscultuur en communicatiebeleid*. Houten: Bohn Stafleu Ban Loghum.
- Osch, D. van & Doorn, A. van (2006). *Communicatiekunde. Inleiding tot het beroep van communicatiekundige*. Amsterdam: Boom Onderwijs.
- Oyen, F.G.P.H. & De Schuyteneer, G.F.A. (2002). *Marketing voor de zorg. Een praktische handleiding: het marketingconcept als hulpmiddel voor strategieontwikkeling*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Peppel, R. van de (2002). Overheidsbeleid en communicatie. In P.J. Schellens, R. Klaassen & S. de Vries (Eds.), *Communicatiekundig ontwerpen: methoden, perspectieven, toepassingen* (pp. 180-196). Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2001). *Care en cure* [Electronic version]. Den Haag: RVZ.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (1998). *Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief* [Electronic version]. Zoetermeer. Den Haag: RVZ.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2006a). *Nationale Atlas Volksgezondheid, Zorg*. Retrieved September 29, 2006, from http://www.rivm.nl/vtv/object_class/atl_zorg.html
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2006b). *Zorgbalans, Kosten*. Retrieved September 29, 2006, from http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o4460n26728.html
- Rosenberg, E. (2007, 15 mei). *Concurrentie in de zorg blijft nog uit*. Retrieved May 17, 2007, from http://www.nrc.nl/binnenland/article710905.ece/Concurrentie_in_de_zorg_blijft_nog_uit
- Ruler, B. van (1996). *Communicatiemanagement in Nederland: Een verkenning naar de visie van communicatiemanagers op de visie van hun beroep*. Proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen. Houten: Bohn Stafleu Ban Loghum.

- Ruler, B. van (2003). *Communicatiemanagement: van kwantiteit naar kwaliteit. Over professionalisering van het management van organisationele communicatie*. Enschede: Universiteit Twente.
- Ruler, B. van (2005). Perspectieven op communicatiemanagement. In B. van Ruler, W. Elving, B. van den Hooff, E. Smit & P. Verhoeven (Eds.), *Communicatiemanagement in communicatiewetenschappelijk perspectief* (pp. 18-32). Amsterdam: Boom.
- Schellekens, W.M.L.C.M. & Everdingen, J.J.E van (2001). *Kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schip, F.C.H. (2006a). *Positionering biedt zorgsector een positief perspectief*. Retrieved May 5, 2007, from <http://www.businessissues.nl/index.asp?ContentID=3048>.
- Schip, F.C.H. (2006b). *Waarom een sterke positionering uw concurrentiekracht versterkt*. Retrieved May 5, 2007, from <http://www.businessissues.nl/index.asp?ContentID=3030>
- Schnabel, P. (1996). Een drukte van belangen. Op weg naar nieuwe vormen van communicatie tussen aanbieders, vragers en verzekeraars. In L. Boon (Ed.), *Zorgen en communiceren. Dilemma's en nieuwe opties voor thuiszorg, verpleeghuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, verstandelijke gehandicaptenzorg, communicatie bij veranderingen* (pp. 7-12). Amstelveen: Stichting Sympoz, Platform voor Ontwikkelingen in de Gezondheidszorg.
- Schoemaker, H. & Vos, M.F. (1993). *Communicatiemanagement voor organisaties: structuur, methodiek en onderzoek*. Utrecht: Lemma.
- Schoemaker, H. & Vos, M.F. (1989). *Kijk op het imago: voor non-profit organisaties die een goede relatie met het publiek willen onderhouden*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Schroevers, S. (2004). *De communicatieafdeling en de keuze van communicatiemiddelen*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Swanborn, P.G. (1994). *Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. Meppel: Boom.
- Vels, F.E. & Boere, M. (2005). *Zorg voor een merk. Merkenbeleid in zorginstellingen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Waal, S. de (2006). Afwachten is de beste strategie. *Zorgvisie*, 10, 44-47.
- Walburg, J.A. (1999). Kwaliteit en gezondheidszorg. *Bestuurskunde*, 8 (6), 268-280.
- Watson Wyatt (2003). *Connecting organizational communication to financial performance*. Washington: Watson Wyatt Worldwide.
- Wentink, T. (1999). Leren van kwaliteitsmanagement. *Bestuurskunde*, 8 (6), 245-257.
- Zoest, C. van (2002). *Kwaliteitszorg voor non-profitorganisaties. Met succes overleven in een concurrerende markt*. Soest: Uitgeverij Nelissen.

Vragenlijst Interview

Inleiding

- toestemming recorder
- naam en studie
- doel onderzoek
- functie geïnterviewde

1. *De gezondheidszorg is volop in beweging. De invoering van gereguleerde marktwerking heeft voor elke zorginstelling ingrijpende gevolgen.*

Wat verandert er volgens u door de invoering van gereguleerde marktwerking?

Hoe schat u de gevolgen hiervan in voor uw organisatie (probleem)?

- Wat zijn hiervan de belangrijkste oorzaken?
- Wat onderscheidt uw organisatie van uw concurrenten? (missie, "wie zijn we?" en "wat doen we?")
- Welke verwachtingen heeft uw organisatie van de toekomst? (visie)
- Hoe ziet de strategie van uw organisatie eruit om haar doelen te verwezenlijken?

2. **Hoe denkt u als organisatie in te kunnen spelen op de veranderende marktsituatie (oplossingen)? Wat zijn hierbij voor uw organisatie *bevorderende factoren*?**

En wat zijn hierbij voor uw organisatie *belemmerende factoren*?

- Op welke manier is binnen uw organisatie urgentiebesef tot stand gekomen? (nut en noodzaak van verandering, markt- en concurrentieonderzoek, kansen en crises)
- Door wie wordt leiding gegeven aan de verandering?
- Heeft de leiding een veranderingsvisie en strategieën ter realisering hiervan ontwikkeld? (bv. beter profileren)
- Wat is de rol van kwaliteit in deze veranderingsvisie?
- Hebben aspecten van (zorg)marketing ook een plaats gekregen in deze veranderingsvisie?

3. *Elke publieke organisatie staat voortdurend in contact met haar doelgroepen, zowel intern als extern. Het is dan ook van belang dat communicatie goed georganiseerd is. Een communicatie-beleid geeft richting aan de activiteiten op het gebied van interne en externe communicatie.*

Hoe wordt communicatie in uw organisatie vorm gegeven?

Wie is in uw organisatie *verantwoordelijk* voor welke taken c.q. doelgroepen? (intern, extern, patiëntenvoorlichting)?

- Hoe en met welke middelen zijn de nieuwe visie en strategieën gecommuniceerd?
- Welke gevolgen hebben de veranderingen voor de communicatievisie en het communicatiebeleid van uw organisatie?
- Is uw instelling voldoende in staat om zich hieraan aan te passen? (cultuur, middelen, competenties)

- Heeft de leiding op bepaalde wijze (empowerment) een draagvlak voor actie gecreëerd? (aanmoedigen van het nemen van risico's en onconventionele ideeën en activiteiten, obstakels uit de weg ruimen, systemen en structuren veranderen)
- Maakt uw organisatie in dit veranderingsproces gebruik van kortetermijsuccessen? (plannen van zichtbare veranderingen)

4. *Kijkend naar de wijze waarop de communicatie in uw organisatie momenteel is georganiseerd, zullen er mogelijk aanpassingen plaats moeten vinden om de communicatie over de veranderende marktsituatie naar de diverse doelgroepen te verbeteren.*

Op welke wijze zou de *communicatie* over de veranderende marktsituatie in uw organisatie (intern, extern en patiëntenvoorlichting) verbeterd kunnen worden? (evt. door het samenvoegen van gescheiden taken?)

- Worden er in het veranderingsproces verbeteringen doorgevoerd, bijvoorbeeld door:
 - systemen, structuren of beleidsregels, die niet op elkaar aansluiten, te wijzigen?
 - het proces te versterken met nieuwe projecten, thema's, medewerkers?
- Op welke manier worden de nieuwe benaderingen in de organisatiecultuur verankerd?
 - bv. door relatie tussen nieuwe gedrag en succes van de organisatie duidelijk te maken
 - of door de ontwikkeling van leiderschap en de opvolging veilig te stellen

5. Ten slotte, heeft u nog aanvullingen naar aanleiding van dit gesprek?

Afsluiting

- Dank voor uw medewerking
- Inzien van uitwerking interview, geen reactie betekent akkoord
- Terugkoppeling uitkomsten onderzoek