

De instelling van de zorgonderneming

Een kwalitatief onderzoek naar het transformatieproces van zorginstellingen naar
zorgondernemingen

Katinka van Boxtel, 291038
Masteropleiding Zorgmanagement (Zoma)
Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
Erasmus Universiteit, Rotterdam
Afstudeerbegeleiders: Martin van Ineveld
Gert Jan Fernhout
Datum: juni 2006

- Een groot leider is een man die in staat is andere mensen te laten doen wat zij niet willen maar dat toch plezierig vinden-

Harry S. Truman (1884-1972), 33^e President van de Verenigde Staten

Voorwoord

Deze scriptie is tot stand gekomen in het kader van het afstudeeronderzoek voor de Master Zorgmanagement. Gezien de dynamiek van de gezondheidszorg kan gesproken worden van een goede tijd om een onderzoek te doen. Voor mijn afstudeeronderzoek wilde ik mij graag richten op nieuwe ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Met het onderwerp ‘liberalisering van de gezondheidszorg’ ontstond deze mogelijkheid. Vanaf het begin van mijn studie heb ik interesse in strategieën van zorgorganisaties en de consequenties van gekozen strategieën op de organisatie en de mensen die er werkzaam zijn. De keuze om mij, in dit afstudeeronderzoek, te richten op de gevolgen van ondernemen voor een zorginstelling lag daarmee voor de hand.

Het onderzoek heeft mij veel opgeleverd. Niet alleen informatie in het kader van mijn scriptie maar tevens werd ik geïnspireerd en gemotiveerd door gesprekken met organisatieleiders met visie, betrokkenheid en gedrevenheid. Van elk gesprek heb ik iets mee kunnen nemen voor mijn persoonlijke visie op management in de zorg. In alle organisaties ontving ik veel medewerking en trof ik openhartige respondenten. Het heeft mij in staat gesteld om een antwoord te formuleren op de probleemstelling van mijn studie. Een woord van dank voor de respondenten in dit onderzoek is hier op zijn plaats.

Daarnaast heb ik veel geleerd van het onderzoeksproces. Bekeek ik verschillende zaken in het begin vaak eenzijdig en formuleerde ik mijn theorie te ‘stellig’, ik ben ervan overtuigd dat ik inmiddels met een kritischere blik naar onderwerpen kan kijken. Deze ontwikkeling is te danken aan de feedback van mijn scriptie begeleiders Martin van Ineveld en Gert Jan Fernhout. Hoewel ik soms moedeloos werd van alle feedback, is de scriptie er elke keer een beetje beter van geworden.

Tevens wil ik de mensen in mijn directe omgeving bedanken voor hun nimmer aflatende steun en geduld. De ruimte die ik van mijn werk heb mogen ontvangen om deze studie tot een goed eind te brengen, stel ik erg op prijs. Maar ook de ruimte en steun die ik van Ronald heb gekregen, hebben een bijdrage geleverd aan mijn prestaties.

Tot slot wil ik Jacqueline, Meike, Neelie en Jantien bedanken, van wie ik de afgelopen twee jaar heel veel heb geleerd en die ervoor zorgden dat het elke vrijdag erg gezellig was.

Samenvatting

De gezondheidszorg is volop in beweging. Een belangrijke ontwikkeling is de marktwerking in de zorg. Deze moet leiden tot een toename van de concurrentie, kostenbeheersing en meer keuzemogelijkheden van de patiënt. Om zorginstellingen de mogelijkheid te geven deze ontwikkelingen het hoofd te bieden, heeft de overheid besloten tot een aanpassing van het zorgstelsel met als doel meer vrijheid van handelen voor zorginstellingen. Daarbij is het de bedoeling dat zorginstellingen meer als onderneming gaan functioneren. Ondernemen in de zorg kent verschillende vormen. Marktgericht ondernemen richt zich met name op het private domein en de markt, gemeenschapsgericht ondernemen op innovatieve activiteiten binnen het bestaande stelsel en intern ondernemen op het ondernemend maken van de interne bedrijfsvoering.

Een verandering naar een onderneming kan gezien worden als een integrale transformatie van de organisatie. Dat houdt in dat niet enkel de strategie van de organisatie wijzigt, maar dat ook aandacht is voor elementen zoals onder andere structuur, systemen en cultuur. De vraag is in hoeverre dit door zorginstellingen als zodanig wordt ervaren en daadwerkelijk leidt tot veranderingen. Dat heeft tot de volgende probleemstelling geleid:

Hoe ontwikkelen zorginstellingen zich naar zorgondernemingen en welke stappen kunnen zij in die ontwikkeling nog zetten?

Gesteld kan worden dat de huidige inrichting van zorginstellingen veel kenmerken heeft van een professionele bureaucratie. Deze kenmerken stellen de organisatie mogelijk onvoldoende in staat om te anticiperen op datgene wat als onderneming van hen gevraagd wordt. Getracht is om aan de hand van de elementen van het 7S model, een voorstel te formuleren voor de inrichting van een zorgonderneming. Door middel van semi-structureerde interviews en een documentenanalyse is gekeken in welke mate en op welke wijze, zorginstellingen zich ontwikkelen in relatie tot dit voorstel. Om het transformatieproces te kunnen evalueren is gebruik gemaakt van het 8-fasen transformatieproces van Kotter. De resultaten van de zorginstellingen zijn gelegd naast die van een onderneming uit de energiesector. In deze sector is het liberaliseringproces een aantal jaren eerder gestart. Mogelijk kan geleerd worden van de ontwikkeling zoals men die in deze sector heeft doorgemaakt.

Alle onderzochte zorginstellingen hebben, in navolging van ontwikkelingen, ondernemen en ondernemerschap als doelstelling geformuleerd in het strategisch beleid. Dat heeft echter nog niet geleid tot aanpassing van de inrichting van de organisatie op andere elementen. Daarbij moet opgemerkt worden dat binnen één van de zorginstellingen hierin wel een ontwikkeling plaatsvindt. Het energiebedrijf is duidelijk verder. In navolging van de strategie is veel aandacht geweest voor een verandering van de structuur, belangrijke systemen en de competenties van medewerkers. Zij zien, net als eerder genoemde zorginstelling, de verandering naar een onderneming als een transformatieproces en doorlopen de verschillende fasen van dat proces in de gewenste chronologische volgorde.

Geconcludeerd kan worden dat zorginstellingen zich nog niet ontwikkeld hebben als zorgondernemingen. Zij voldoen nog niet aan de gewenste kenmerken van een zorgonderneming. Daarnaast volgen zij in het transformatieproces, met uitzondering van één, niet de beschreven 'routebeschrijving'. Gesteld kan worden dat een succesvol transformatieproces lijkt af te hangen van een leider die voldoet aan specifieke kenmerken. Daarnaast is deze leider niet alleen in staat om een visie en een strategie te ontwerpen waarin ondernemerschap herkenbaar naar voren komt, maar is hij in staat deze visie en strategie ook operationaliseren in concrete doelstellingen en activiteiten.

Summary

Public health care in The Netherlands is facing many new developments. An important one is the introduction of supply and demand principles, which should result in increased competition, reduced cost and more choice for the patient. In order to increase the possibilities to cope with these developments, the government has decided to adjust the health care system by giving health care organisations more freedom to act. The idea is that these institutions should operate more like enterprises. A health care institution can act like an entrepreneur in various ways: with the laws of supply and demand it can operate in the private domain and in the market, with public-spirited operations it can initiate innovative activities within the existing system and with internal management operations it can run the institution like a business concern.

Changing [a public institution] into an enterprise can be regarded as a complete transformation of the organisation. This implies that not only the strategy of the organisation changes, but that also due attention should be given to elements like structure, systems and attitude. The question is, however, to what extent health care institutions are aware of this and, hence, if it leads to any actual change. This study, therefore, focused on the following central theme:

How can public health care institutions develop into health care enterprises and which steps should they take in this transformation?

The present set-up of public health care organisations has many characteristics of a professional bureaucracy. Such characteristics may hamper the organisation in anticipating adequately what an enterprise requires. A proposal is formulated for setting up a health care enterprise, using the elements of the 7S model. In this study is investigated to what extent and in which way existing public health care institutions are developing in the direction of this proposal, using semi-structured interviews and document analysis. Kotter's eight-phase transformation process is used to evaluate the observed transformation. The results for the health care organisations are compared with an existing institution from the energy sector. The liberalisation in this sector has started a few years earlier, which may allow us to learn from the development in this sector.

All investigated health care institutions have formulated enterprise and entrepreneurship as goals in their strategic policy documents, following general

developments. This, however, has not resulted in actual adjustments in other elements of the set-up of most organisations; only one institution showed some development in this respect. The energy institution is clearly ahead: after formulating its strategy, much attention has been given to changing elements like structure, important systems and staff competence. They consider, like the exceptional health care organisation, developing into an enterprise as a transformation process and they go through its various phases in the proper chronological order.

It may be concluded that health care organisations have not yet developed themselves into health care enterprises. They don't live up to the characteristics that are used to describe a health care enterprise. With an exception of the earlier mentioned health care organization, they also don't follow the steps of the process of transformation, as described in chapter 6. For a public institution it is essential to create a vision of future entrepreneurship. A leader of the organization should be able to develop a vision and strategy and should also be able to anticipate this vision and strategy, in order to render the transformation process effective.

Inhoudsopgave

Voorwoord	iii
Samenvatting	iii
Summary	v
1. Zorg en ondernemen.....	1
1.1 Aanleiding	1
1.2 Doelstelling	2
1.3 Probleemstelling.....	3
1.4 Leeswijzer	4
2 Opzet van het onderzoek	5
2.1 Onderzoeksmethoden	5
2.2 Selectie van onderzoeksinstellingen.....	6
2.3 Onderzoeksinstrumenten	7
2.4 Analyse van het onderzoeksmateriaal	8
2.5 Betrouwbaarheid en validiteit	8
3 Elementen van een organisatie en ondernemen	10
3.1 Introductie	10
3.2 Het 7S model van McKinsey	10
3.3 Ondernemen	13
4 Van professionele bureaucratie naar?	16
4.1 De huidige zorginstellingen	16
4.2 Zorgondernemingen van de toekomst	19
4.3 Conclusie.....	24
5 Transformeren	25
5.1 Transformeren en modellen	25
5.2 Beweging in de status quo.....	28
5.3 Nieuwe methode van aanpak.....	31
5.4 Verankeren van de veranderingen.....	32
6.1 De kenmerken van een zorgonderneming	34
6.3 Conclusie.....	38
7. Transformeren naar een onderneming; de stand van zaken	40
7.1 Diakonessenhuis (Diak)	41
7.2 Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ)	45
7.3 Ziekenhuis Groep Twente (ZGT).....	49
7.4 Eneco	52
8. Worden zorginstellingen zorgondernemingen?	57
8.1 Interpretatie van de resultaten	57
8.2 Interpretatie van het onderzoek	64
8.3 Worden zorginstellingen zorgondernemingen?	66
8.4 Aanbevelingen.....	68
8.5 Slotwoord	68

Geraadpleegde literatuur	70
Bijlage 1 Voorbeeld vragenlijst Raad van Bestuur	74
Bijlage 2 Lijst respondenten.....	77
Bijlage 3 Overzicht gebruikte documenten t.b.v documentenanalyse	78
Bijlage 4 Projectvoorstel	79
Bijlage 5 Diakonessenhuis Utrecht	89
Bijlage 6 Jeroen Bosch Ziekenhuis	90
Bijlage 7 Ziekenhuis Groep Twente.....	91
Bijlage 8 Eneco Energie Nederland	92
Bijlage 9 Matrix resultaten kenmerken onderzoeksinstellingen	93

1. Zorg en ondernemen

1.1 Aanleiding

De gezondheidszorg is voortdurend in beweging. Reeds vanaf de jaren tachtig is er aandacht voor een wijziging van het zorgstelsel, waarin marktwerking en zorg op maat centraal staan. In 1987 zijn de pijlers van het rapport van de commissie Dekker¹ een brede basisverzekering en gereguleerde concurrentie. Ook minister Borst doet in 2001 een poging om met de nota “Vraag aan bod” een basisverzekering en gereguleerde concurrentie te introduceren in de gezondheidszorg (Boot & Knapen 2001). Op dat moment lijkt de tijd meer rijp voor begrippen als marktwerking en concurrentie. Wachlijsten, personeelstekorten, ondoelmatige organisatie en beperkte vraaggerichtheid bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars bedreigen de publieke taakuitoefening, dat wil zeggen het voorzien in een doelmatige, voor iedereen toegankelijke en kwalitatief goede gezondheidszorg.

Uiteindelijk wordt een nieuw zorgstelsel door het eerste kabinet Balkenende doorgevoerd. Belangrijke wetswijzigingen hebben onder andere als doel het decentraal neerleggen van verantwoordelijkheden om de zorg via marktprikkels beter te laten presteren (VWS 2004). Deze prikkels moeten ervoor zorgen dat zorginstellingen, in het kader van concurrentie en de slag om de patiënt, zich richten op doelmatiger handelen en het verbeteren van de kwaliteit en innovatie van zorg. Daarnaast wordt met een stelselwijziging mogelijk om als nieuwe zorgaanbieder toe te treden en wordt winstoogmerk bij zorginstellingen onder voorwaarden toegestaan (Putters & Frissen 2006). Door terugtrekking van de overheid en decentralisatie van verantwoordelijkheden hebben zorginstellingen meer vrijheid van handelen gekregen. In navolging van onder andere de energiemarkt en de telecommunicatiemarkt, doet liberalisering nu dus ook in de zorg zijn intrede.

De inrichting van het zorgstelsel hangt samen met de mogelijkheden voor ondernemerschap. Reeds een aantal jaren probeert de overheid het ondernemersgedrag van zorginstellingen, zorgverzekeraars en professionals te stimuleren, om de vraaggerichtheid van en in het zorgsysteem te vergroten. In het Regeerakkoord van 1998 werd ondernemen in de zorg uiteindelijk verankerd. Ondernemen werd daarin opgevat als ‘het ondernemen in het publieke belang, dus het nemen van risico’s, het stimuleren van innovaties, het creatief inspelen op de ontwikkelingen in de omgeving en dit alles binnen een kader van solidariteit,

¹ Rapport ‘Bereidheid tot verandering’ (1987) van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, ook wel Commissie Dekker genoemd

toegankelijkheid en gelijkheid'. In het tweede kabinet Balkenende wordt de deur meer opengezet voor commercie en winst oogmerk in de zorg (Putters & Frissen 2006).

Schumpeter (in: Putters 2001) definieert het begrip ondernemen als volgt:

“Ondernemerschap is het uitvoeren van nieuwe combinaties van producten, processen, organisaties en markten”.

Damhuis et al. (2005) concluderen dat deze definitie voor de situatie in de gezondheidszorg niet volledig is en voegen toe dat het nieuwe aanbod afgestemd moet worden op de vraag, waarbij het risico maar ook het resultaat voor de ondernemer is.

Voor zorginstellingen betekent dit dat zij zich richten op activiteiten waarmee zij zich kunnen onderscheiden, waarbij de vraag van de patiënt het uitgangspunt is. Het succes van de zorginstelling zal steeds meer worden bepaald door de vaardigheid van de organisatie om de meerderheid van de activiteiten steeds professioneler, klantvriendelijker en efficiënter te verrichten (NVZ 2005). Daardoor gaan zorginstellingen als onderneming functioneren.

Een ontwikkeling van instelling naar onderneming vraagt om meer dan alleen ondernemende activiteiten en een aanpassing van de strategie. Gesteld kan worden dat bij deze ontwikkeling gesproken kan worden van een transformatie. Oden (1999) definieert transformatie als een complete en radicale verandering van de strategie, structuur, cultuur en processen van een organisatie. Een integrale benadering van het transformatieproces lijkt daarmee een bijdrage te leveren aan de effectiviteit van dat proces.

De NVZ (2005) stelt in haar rapport 'Vernieuwd besturen' dat ziekenhuizen tot nu voornamelijk bij veranderingen hebben aangehaakt door activiteiten op te zetten voor organisatieverbetering. Deze aanpak blijkt echter onvoldoende effectief, voornamelijk omdat de omgevingsverandering op turbulente wijze gestalte krijgt. Onderzoeken (Gramser et al. 2005, Damhuis et al. 2005) geven aan dat er aandacht moet komen voor factoren als strategie, structuur, cultuur en managementstijl in het transformatieproces naar een zorgonderneming. En hoewel de strategie van de zorginstellingen zich meer lijkt te richten op ondernemerschap, verandert er nog weinig aan andere factoren in de organisatie.

1.2 Doelstelling

Het doel van deze studie is om te onderzoeken met welke kenmerken een zorgonderneming beschreven kan worden en welke activiteiten de algemene ziekenhuizen op

dit moment ondernemen om zich te ontwikkelen naar een zorgonderneming. In deze studie wordt getracht om voor verschillende factoren, de gewenste kenmerken te beschrijven voor een zorgonderneming. Hierbij wordt gebruik gemaakt van het 7S model van McKinsey. Daarnaast kan deze studie inzicht geven in de stappen die genomen kunnen worden met betrekking tot een succesvol transformatieproces. Aan de hand van het 8 fasen verandermodel van Kotter wordt deze ontwikkeling onderzocht.

Deze studie kan een bijdrage leveren aan de bestaande kennis over de ontwikkeling van zorginstellingen naar zorgondernemingen. Ondernemen en ondernemerschap is in allerlei sectoren een onderzoeksobject. Er bestaat veel literatuur over ondernemen in relatie tot structuur en cultuur van organisaties, tot managementvaardigheden en competenties van medewerkers van een organisatie. Daarentegen is er weinig literatuur die deze onderwerpen in relatie brengt met ondernemen in de zorg.

De resultaten van drie algemene ziekenhuizen worden gelegd naast de resultaten van een organisatie binnen de energiesector. De liberalisering van de energiesector is ongeveer 6 jaar geleden gestart en daarmee zijn de energiebedrijven, in tijd, verder in het transformatieproces. Ook in de energiesector ontwikkelen bedrijven zich van een nutsbedrijf naar een energieonderneming. Mogelijk kunnen de ziekenhuizen leren van de stappen die door een energiebedrijf zijn gezet in het transformatieproces op weg naar een onderneming.

Deze studie kan tevens waardevol zijn voor de organisaties waar het onderzoek is uitgevoerd en voor ziekenhuizen in het algemeen. Door middel van dit onderzoek wordt duidelijk op welke wijze er binnen de onderzochte instellingen een transformatie richting zorgonderneming plaatsvindt en of hierbij aandacht is voor relevante factoren. Op basis van een vergelijking tussen deze onderzoeksgegevens en het theoretisch kader zullen aanbevelingen kunnen worden gedaan over de te volgen stappen in het transformatieproces.

1.3 Probleemstelling

Bovenstaande heeft geleid tot de volgende probleemstelling:

Hoe ontwikkelen zorginstellingen zich naar zorgondernemingen en welke stappen kunnen zij in die ontwikkeling nog zetten?

De probleemstelling zal uitgewerkt worden aan de hand van de volgende deelvragen:

1. Wat zijn de elementen van ondernemen?

2. Welke factoren spelen een rol bij een verandering in een organisatie?
3. Hoe kan een huidige zorginstelling beschreven worden aan de hand van deze factoren?
4. Hoe kan een zorgonderneming beschreven worden aan de hand van deze factoren?
5. Welke activiteiten ondernemen de ziekenhuizen op weg naar een zorgonderneming op dit moment?
6. Welke activiteiten onderneemt het energiebedrijf op weg naar een onderneming?
7. Waarin verschilt een zorgonderneming van een onderneming in de energiesector?
8. Wat zijn de kritische succesfactoren in het veranderproces?
9. Wat zijn de kritische faalfactoren in het veranderproces?

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 zal een toelichting gegeven worden op de methodische opzet van de studie. Daarna zal in een drietal hoofdstukken een theoretisch kader geschetst worden. In hoofdstuk 3 is daarbij aandacht voor de relevante factoren die een rol spelen bij een integrale kijk op een organisatie en het begrip ondernemen. Hoofdstuk 4 beschrijft de huidige zorginstelling en de nieuwe zorgonderneming. De wijze waarop het transformatieproces tot stand kan komen, wordt beschreven in hoofdstuk 5. In hoofdstuk 6 zal op basis van de theorie een voorlopig antwoord gegeven worden op de probleemstelling. De resultaten van het empirisch onderzoek zijn samengevoegd in hoofdstuk 7. Tenslotte bevat hoofdstuk 8 de conclusie en discussie van deze studie. Tevens worden algemene aanbevelingen in dit hoofdstuk geformuleerd.

2 Opzet van het onderzoek

In dit hoofdstuk zullen de gebruikte onderzoeksmethoden en – instrumenten worden beschreven en zal de analyse van het onderzoeksmateriaal worden toegelicht.

2.1 Onderzoeksmethoden

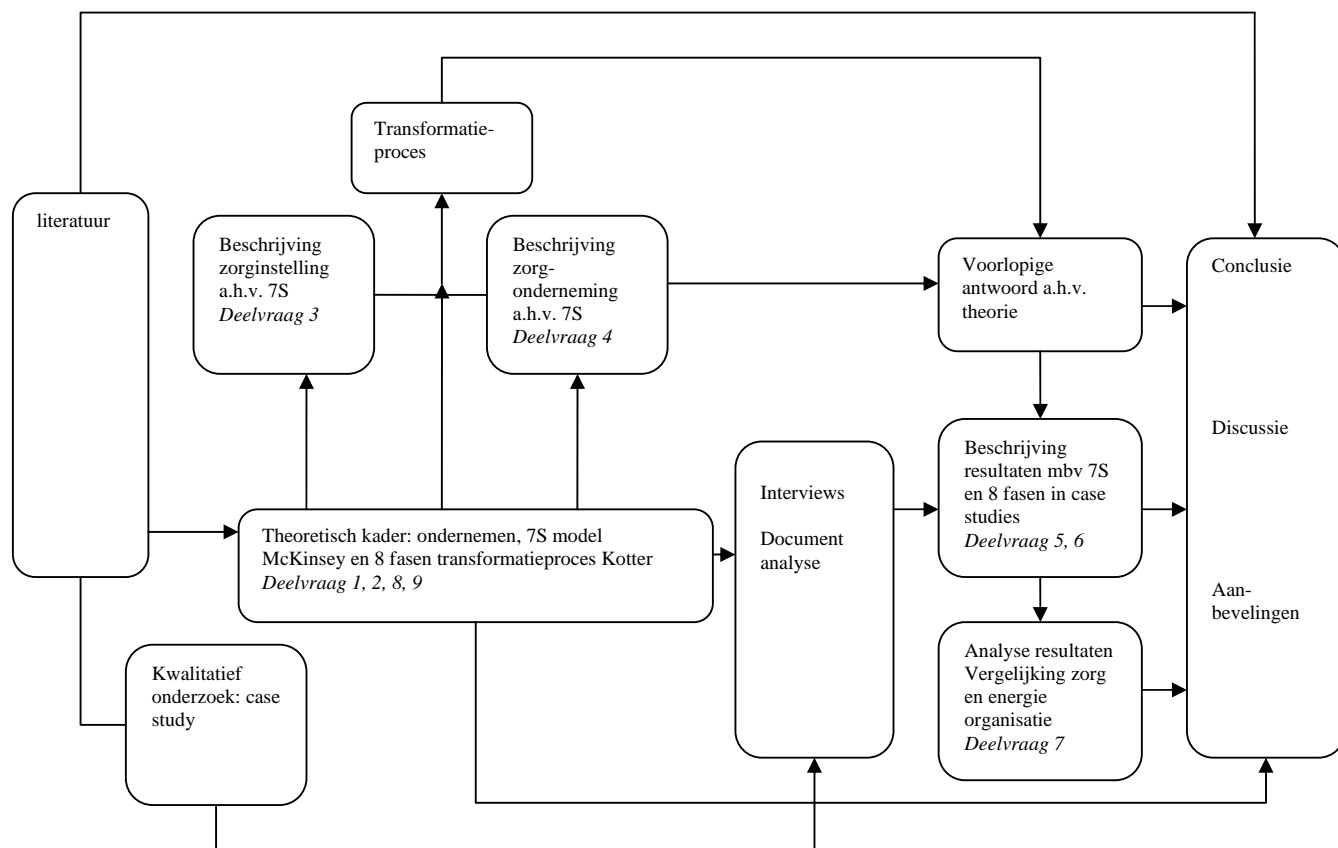
Deze studie richt zich op algemene ziekenhuizen die in het kader van liberalisering gaan functioneren als zorgondernemingen om tegemoet te kunnen komen aan het uitgangspunt van de liberalisering: meer concurrentie en klantgericht werken.

Het doel van deze studie is om te onderzoeken met welke kenmerken een zorgonderneming beschreven kan worden en welke activiteiten de algemene ziekenhuizen op dit moment ondernemen om zich te ontwikkelen naar een zorgonderneming.

Het 7S model van McKinsey geeft richting aan de beschrijving van de kenmerken van huidige zorginstellingen en toekomstige zorgondernemingen. Tevens wordt hierbij gebruik gemaakt van algemene literatuur over het onderwerp ondernemen. Het 8 fasen verandermodel van Kotter wordt gebruikt om de ontwikkeling van zorginstellingen te evalueren. Dit leidt tot een voorlopig antwoord, op de probleemstelling, vanuit de literatuur. De resultaten vanuit de interviews en de documentenanalyse worden verwerkt in vier casus beschrijvingen. Ook in deze beschrijvingen zijn het 7S model en de 8 fasen van Kotter richtinggevend. In de analyse worden de resultaten van drie algemene ziekenhuizen vergeleken met de resultaten van een energiebedrijf. Deze analyse leidt tot een conclusie op de probleemstelling van deze studie.

Deze kwalitatieve studie is in de vorm van een meervoudige gevalstudie uitgevoerd en heeft voornamelijk een explorerend karakter. Voor deze vorm is gekozen omdat, met betrekking tot ondernemen in de zorg en de consequenties daarvan voor de interne organisatie, weinig specifieke literatuur beschikbaar is. Een literatuurstudie is tevens onderdeel van het onderzoek. De literatuur is richtinggevend voor de beschrijving van de kenmerken van een zorgonderneming en de beschrijving van het transformatieproces.

Deze studie kan worden weergegeven door middel van het volgende conceptuele model:



2.2 Selectie van onderzoeksinstellingen

Deze studie is één van vijf studies met betrekking tot het onderwerp liberalisering in de gezondheidszorg. Er is door betrokken studenten gezamenlijk gekozen voor algemene ziekenhuizen omdat in deze zorginstellingen de komende jaren veel beweging wordt verwacht op het gebied van liberaliseren, ondernemen en verschillende aspecten die daarmee samenhangen.

Instellingen zijn vervolgens geselecteerd op basis van de volgende criteria:

- Van het ziekenhuis moet bekend zijn dat zij ondernemend zijn of ondernemen als onderdeel van het strategisch beleid geformuleerd hebben;
- Medestudenten moeten in staat zijn hun studie in dezelfde ziekenhuizen te laten plaatsvinden.

Daarnaast kan de bereidheid van ziekenhuizen om mee te werken en de eenvoudige toegang tot ziekenhuizen, als een voordeel gezien worden. Het gaat in deze studie om de volgende ziekenhuizen:

- ❖ Diakonessenhuis, Utrecht
- ❖ Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch
- ❖ Ziekenhuis Groep Twente, Twente

Als vergelijkende sector is in deze studie gekozen voor de energiesector. Ook in deze sector heeft, een aantal jaren eerder dan in de gezondheidszorg, de liberalisering zijn intrede gedaan en vindt een ontwikkeling plaats van nutsbedrijf naar een onderneming. De stappen die daarin gemaakt zijn, laten zich mogelijk goed vergelijken met het transformatieproces zoals dat in de gezondheidszorg plaatsvindt. Een deel van de studie richt zich daarom op het transformatieproces van Eneco Energie Nederland. De selectie van deze onderneming is met name beïnvloed door de kennis die reeds bestond over deze organisatie, de beschikbaarheid van relevante informatie en de reeds toegezegde medewerking van de Raad van Bestuur. Een korte beschrijving van de onderzoeksinstellingen is toegevoegd in bijlage 5 tot en met 8.

2.3 Onderzoeksinstrumenten

Voor het verzamelen van de onderzoeksgegevens is gebruik gemaakt van interviews en documentenanalyse. De interviews zijn semi-gestructureerd opgezet waardoor bij alle respondenten in grote lijnen dezelfde onderwerpen aan bod komen, maar ook de ruimte wordt geboden om dieper op specifieke onderwerpen in te gaan. De vragenlijst kent twee hoofdonderwerpen: de elementen van het 7S model en het 8 fasen veranderproces volgens Kotter. Bij deze hoofdpunten zijn een aantal vragen geformuleerd, toegespitst op de desbetreffende functie van de respondent. Een voorbeeld van een vragenlijst is opgenomen in bijlage 1.

Voor deze studie is gebruik gemaakt van 12 interviews. Binnen de verschillende organisaties is in eerste instantie de Raad van Bestuur benaderd met het verzoek om medewerking. Dit verzoek is gedaan door middel van een brief met een toelichting op het onderwerp. In tweede instantie zijn de verschillende respondenten benaderd door het directiesecretariaat van de verschillende instellingen, die tevens gezorgd hebben voor de planning van de interviews. De respondenten in dit onderzoek vertegenwoordigden onder andere de Raad van Bestuur, het management van de organisatie en de professionals. Voor de

ziekenhuizen betreft dat een medisch specialist. De volledige lijst respondenten is opgenomen in bijlage 2.

Documentenanalyse heeft deel uitgemaakt van deze studie omdat dit achtergrondinformatie oplevert, alsmede informatie over de beleidsvoornemens van de onderzoeksinstelling. Daarnaast heeft het gedeeltelijk als basis voor het empirisch onderzoek gediend en gedeeltelijk als aanvullende informatie bij de semi-gestructureerde interviews. Voor dit onderzoek zijn gegevens verzameld uit de volgende documenten: meerjaren beleidsplannen, jaarverslagen, internetinformatie van de verschillende organisaties, kaderbrieven van 2006 en interne nota's. Een overzicht van de gebruikte documenten is te vinden in bijlage 3.

2.4 Analyse van het onderzoeksmateriaal

De data-analyse van de interviews is in een aantal fasen tot stand gekomen. Voorafgaand aan de interviewfase is een eerste opzet van het theoretisch kader gemaakt. De interviews zijn, met uitzondering van één, opgenomen op band en verwerkt in transcripten. Daarna zijn de interviews geclusterd in groepen, behorende bij een organisatie. De interviews en documenten zijn vervolgens geanalyseerd op basis van codes. Deze codes vertegenwoordigden een factor van het 7S model of een fase in het veranderproces van Kotter. De onderzoeksbevindingen zijn uitgewerkt per factor van het 7S model en het transformatieproces dat organisaties doorgemaakt hebben. Vervolgens worden de uitkomsten vergeleken met de kenmerken van de zorgonderneming en het gewenste transformatieproces zoals beschreven in hoofdstuk 6. Tenslotte zijn deze uitkomsten geanalyseerd in relatie tot de probleemstelling en de deelvragen van deze studie.

2.5 Betrouwbaarheid en validiteit

De betrouwbaarheid van een onderzoek betreft de mate waarin de onderzoeksresultaten afhankelijk zijn van toeval (Creswell 2003). Er is getracht de betrouwbaarheid te vergroten door van elke organisatie drie respondenten te interviewen en in de interviews zoveel mogelijk gebruik te maken van een zelfde topic- en vragenlijst. Een aantal respondenten heeft de letterlijke transcripten beoordeeld op een juiste weergave van de werkelijkheid. Tevens is gebruik gemaakt van documentenanalyse. Desondanks staat,

vanwege het beperkte aantal respondenten en de diversiteit in hun functies, de betrouwbaarheid van dit onderzoek ter discussie.

De validiteit of geldigheid van het onderzoek betreft de mate waarin de verzamelde gegevens een juiste weergave zijn van de onderzoekssituatie (Creswell 2003). Een probleem dat naar voren komt in de interviews, is de vraag of hetgeen de respondent vertelt ook een representatie is van de werkelijkheid. Daarom is getracht de validiteit van het onderzoek te verhogen door het gebruik van zowel interviews als documenten uit de organisatie. Een tweede onderdeel van de validiteit betreft de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten. Vanwege de selectie voor “ondernemende” ziekenhuizen en het beperkte aantal onderzoeksinstellingen in deze studie, kunnen resultaten van deze studie niet als representatief voor ziekenhuizen gelden. De geselecteerde respondenten zijn weliswaar representatief voor deze studie maar kunnen vanwege hun positie in de instelling mogelijk niet als representatief voor de gehele instelling gelden.

3 Elementen van een organisatie en ondernemen

3.1 Introductie

De veranderingen in het zorgstelsel, de introductie van marktwerking en de invoering van de nieuwe financieringssysteem zorgen voor veranderingen in de zorgsector. De introductie van marktwerking en ondernemerschap maken onderdeel uit van de aanpassing van de sturingsmethodiek van de overheid om zorginstellingen meer verantwoording te laten dragen voor eigen handelen. Decentralisatie van financiële risico's naar uitvoerende organisaties, gecombineerd met meer handelingsvrijheid, zou zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten prikkelen om patiënten en verzekerden op de best mogelijke wijze te bedienen. Dit betekent meer doelmatig en vraaggericht handelen, meer keuzemogelijkheden creëren en responsief reageren op de behoeften van zorgvragers. De veronderstelling is dat marktwerking en ondernemerschap al deze zaken bevorderen (Putters 2001).

Gezondheidszorg en de vraag naar zorg kunnen gezien worden als één van de primaire levensbehoeften van de mens. Voor de overheid is toegankelijkheid, solidariteit en gelijkheid daarbij voorwaardelijk. Ondernemen is toegestaan, mits men deze drie uitgangspunten van de gezondheidszorg kan blijven garanderen. In tegenstelling tot een aantal jaren geleden geldt dat nu ook voor commerciële instellingen, die vanwege liberalisering en veranderde wetgeving makkelijker kunnen toetreden tot de markt (Putters & Frissen 2006).

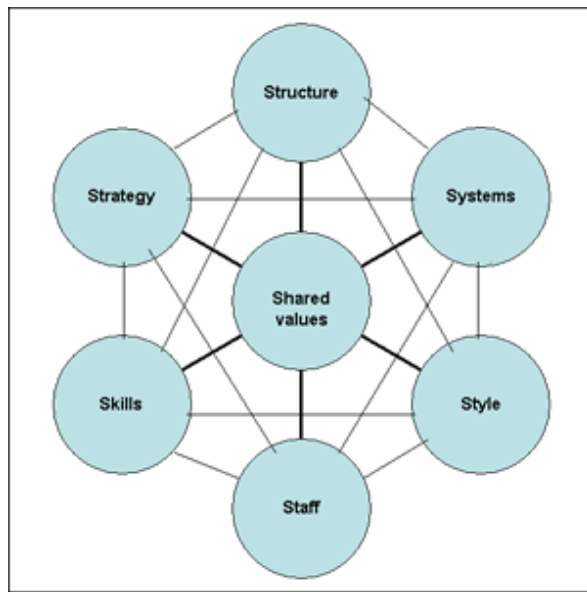
Dit heeft als gevolg dat de totale vraag tussen aanbieders kan verschuiven en de patiënt de mogelijkheid wordt geboden een keuze te maken en over te stappen naar een andere zorgaanbieder. De keuzevrijheid van de patiënten leunt sterk op de mate van concurrentie en de mate waarin de dreiging van een overstap door zorgvragers naar andere zorgaanbieders gevoeld wordt. Via prikkels voor ondernemersgedrag wordt geprobeerd deze meer competitieve verhoudingen te introduceren in de zorg (Putters 2001).

3.2 Het 7S model van McKinsey

Ondernemen en ondernemerschap komt in alle elementen van een organisatie terug. Het gaat daarbij niet alleen om vaardigheden van mensen, maar ook over de organisatiestructuur en de normen en waarden die terugkomen in de visie, missie en cultuur van de organisatie. De ontwikkeling van een zorginstelling naar een zorgonderneming kenmerkt zich door een transformatie van deze elementen.

Het 7S model van McKinsey voegt daar nog een aantal elementen aan toe en laat zien dat een transformatie invloed heeft op zeven elementen van een organisatie.

De zeven S-en in het model staan voor strategie (strategy), structuur (structure), personeel (staff), managementstijl (style), vaardigheden (skills), systemen (systems) en cultuur (shared values).



Figuur 3.1 7S model McKinsey

Strategie (**Strategy**) geeft richting aan de doelstellingen van een organisatie en de middelen, investeringen en plannen die het daarvoor nodig heeft. Het is de manier waarop een organisatie zich tot doel stelt zijn positie ten opzichte van de concurrentie te verbeteren (Kotter 1996). Structuur (**Structure**) verdeelt functies naar taken en verantwoordelijkheden en voorziet in hiërarchie, coördinatiemechanismen, overlegvormen en geeft richting aan decentralisatie (Mintzberg 1983). Met systemen (**Systems**) wordt verwezen naar primaire en ondersteunende processen, werkwijzen en alle formele en informele procedures die binnen de organisatie bestaan en die de organisatie laten functioneren. Te denken valt dan aan managementinformatiesystemen, het HRM systeem en de wijze waarop processen georganiseerd zijn binnen de organisatie. Stijl (**Style**) verwijst naar de stijl van het management. Een verandering in een organisatie stelt andere eisen aan deze stijl en aan de capaciteiten van het management. In organisaties kan het personeel (**Staff**) het verschil maken. Het is daarom belangrijk dat het personeel beschikt over de competenties die nodig zijn voor het functioneren van de organisatie. Daarnaast zijn de sleutelvaardigheden (**Skills**) waarover een organisatie beschikt van belang. Het aspect sleutelvaardigheden doet uitspraken

over waarin de organisatie en haar leden uitblinken. Deze sleutelvaardigheden kunnen zorgen voor het onderscheidend vermogen van de organisatie. In het kader van toenemende concurrentie in de gezondheidszorg, is het wellicht beter om te spreken van kerncompetenties van de organisatie. Johnson & Scholes (1999) definiëren kerncompetenties als die competenties die van kritiek belang zijn voor de organisatie en waarin de organisatie zich kan onderscheiden van andere organisaties. Kerncompetenties geven, volgens hen, de organisatie een competitief voordeel op de concurrentie en richten zich met name op de waarde van een product door de ogen van de klant. Tenslotte is er de cultuur (Shared Values) van een organisatie die aangeeft hoe een organisatie wil functioneren en wat de normen en waarden zijn (Waterman et al. 1980).

Het 7S model is ontstaan in een onderzoek naar de kenmerken van excellente ondernemingen. Peters & Waterman (1982) kwamen in hun onderzoek tot de conclusie dat zij met name de beschikking hadden over strategische en structurele methodieken. In hun optiek ontbrak het aan aandacht voor de menselijke factor in een organisatie. Zij ontwikkelden vervolgens het 7S model waarin aandacht is voor de verschillende elementen binnen een organisatie. Deze elementen hangen met elkaar samen. Dat betekent dat een verandering in één van de elementen ook een verandering teweeg brengt in de andere elementen (Bartling 2004).

Bij een verandering in de omgeving van een organisatie wordt voornamelijk aandacht besteed aan de verandering van de strategie. Vanwege de samenhang tussen de elementen, kan gesteld worden dat een verandering van de strategie ook consequenties heeft voor de andere elementen van het 7S model. Het 7S model heeft meerdere functies:

- Het is een model waarmee de cultuur van een organisatie begrepen kan worden;
- Het is een gids in de strategie ten aanzien van veranderen;
- Het is een middel waarmee initiatieven integraal en holistisch ontworpen kunnen worden;
- Het model biedt inzicht in de harde (strategie en structuur) en zachte factoren (onder andere personeel en managementstijl) van een organisatie.

In dit onderzoek geeft het model richting aan een integraal organisatieontwerp. De beperking van het model ligt onder andere in de externe omgeving van de organisatie. Het model geeft een compleet beeld van de interne organisatie maar laat het beeld van de omgeving, de markt en de klanten buiten beschouwing. Daarnaast werkt een analyse van een organisatie niet als één van de elementen wordt overgeslagen (Bartling 2004). De factoren

van het 7S model zullen in het vervolg van dit theoretisch kader richting geven aan de beschrijving van de huidige zorginstellingen en zorgondernemingen.

3.3 Ondernemen

Ondernemen is onlosmakelijk verbonden met marktwerking. Om de vraaggerichtheid te bevorderen en ondoelmatigheden in de uitvoering van de zorg tegen te gaan, vraagt de Nederlandse overheid van zorgaanbieders om zich meer ondernemend op te stellen. Andere redenen om als onderneming te gaan functioneren zijn onder andere het voortbestaan van de organisatie, het realiseren van groei en het vergroten van het onderscheidend vermogen ten opzichte van andere aanbieders met als doel concurreren (Stevenson 2001).

Damhuis et al. (2005) definiëren ondernemen als het zelfstandig en voor eigen risico creëren van een nieuwe match tussen vraag en aanbod (door productinnovatie of marktinnovatie) waarmee de ondernemer zijn beoogde resultaat behaalt. Harten en Schuring (2003) definiëren ondernemers als volgt:

‘Ondernemers zijn mensen die zelf bepalen welke producten en diensten zij aanbieden, aan wie ze die kunnen aanbieden en op welke wijze deze producten of diensten tot stand komen. Hun klanten kunnen vrij kiezen tussen aanbieders en er bestaat een directe koppeling tussen het leveren van diensten aan klanten en de geldelijke vergoeding, zodat een ondernemer aan zijn onderneming financiën of een andere vorm van zekerheid kan overhouden’.

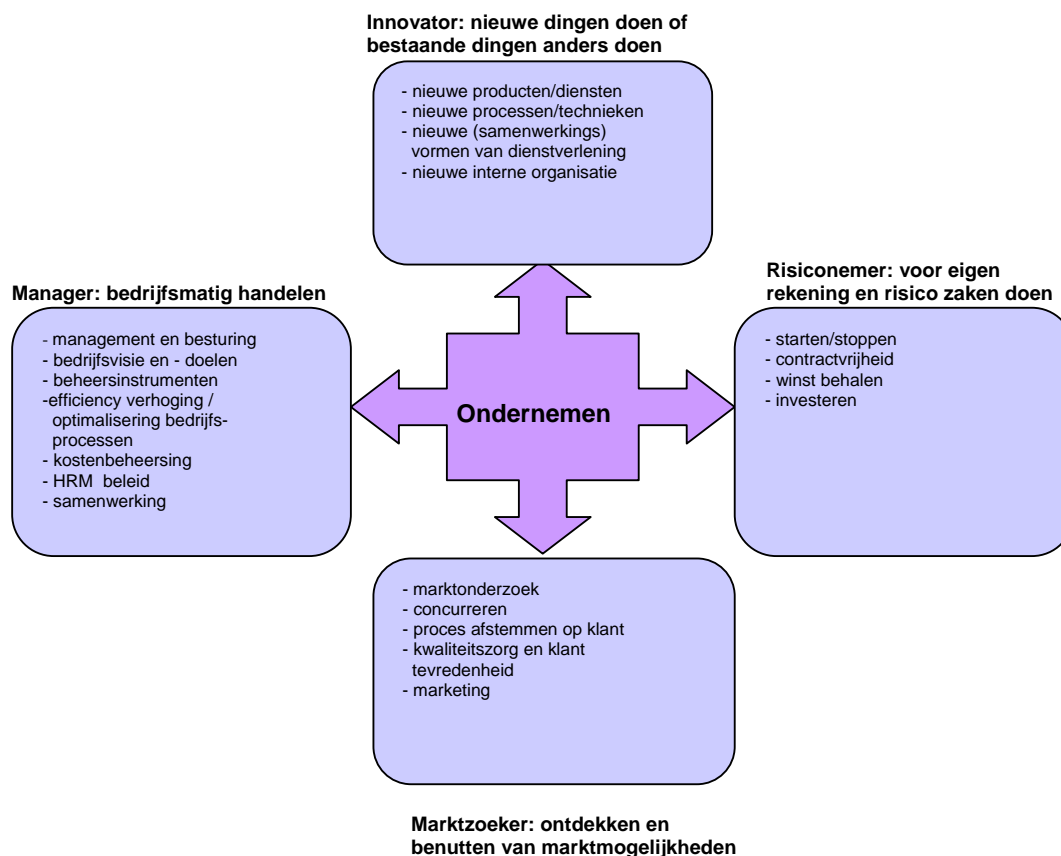
Uit de verschillende definities van ondernemen kan het volgende opgemerkt worden dat de keuze van de klant een belangrijk uitgangspunt is voor het aanbod, het innovatieve vermogen van een organisatie een belangrijke rol speelt en dat organisaties meer risico's moeten gaan dragen.

Putters (2001) beschrijft drie verschillende vormen van ondernemen in de zorg. In het marktgericht ondernemen gaat het daarbij om het ontwikkelen van innovatieve activiteiten met een ondernemersrisico richting de markt en/of het private domein. De grenzen van de zorg worden opengebroken en andere, veelal commercieel gerichte, actoren betreden de zorgsector. Deze vorm van ondernemen is volgens hem groeiend in de zorg. Gemeenschapsgericht ondernemen kenmerkt zich door de ontwikkeling van innovatieve activiteiten binnen het bestaande stelsel, waarbij voornamelijk de bestaande partijen in de zorg proberen om meer klantgericht, transparant, vernieuwend en doelmatig te werken met de

bestaande middelen. Men gebruikt principes uit het bedrijfsleven zoals meer risico dragen, innoveren en bedrijfsmatig werken om publieke doelen te realiseren. Toegankelijkheid, solidariteit en gelijkheid zijn daarbij het uitgangspunt. Het aangaan van samenwerkingsrelaties met andere organisaties, binnen de sector of daarbuiten om de kwaliteit van de dienstverlening te vergroten, is daarbij belangrijk. Tenslotte spreekt Putters van intern ondernemen. De instellingen zijn in deze variant niet gericht op de omgeving maar vooral op zichzelf. Bij intern ondernemen wordt de interne bedrijfsvoering meer ondernemend gemaakt. Putters gaat ervan uit dat één van de genoemde vormen in een organisatie dominant aanwezig is.

Ondernemen in de zorg betekent het aanbieden van producten en diensten aan een patiënt, daarbij rekening houdend met zijn vraag en constant activiteiten ontwikkelen die ervoor zorgen dat de producten en diensten voldoen aan de eisen die de patiënt, andere stakeholders en de omgeving daaraan stellen.

Op basis van klassieke economische inzichten kunnen aan ondernemers een aantal rollen worden toegedicht: de risiconemer, de innovator, de manager en de marktzoeker. Deze vier rollen en de bijbehorende ondernemende activiteiten zijn uitgewerkt in figuur 3.2.



Figuur 3.2 Rollen van ondernemers en bijbehorende aspecten van ondernemen. (Bron: Prince et al. 2005)

De manager staat voor bedrijfsmatig handelen. Dit heeft al langere tijd de aandacht van verschillende zorginstellingen, met name vanwege de nieuwe financieringsstructuur en het beleid op de kostenbeheersing door de overheid. Vooral ziekenhuizen hebben ingezet op het beheersen van de kosten en het verbeteren van de efficiency. Markt- evenals klantgerichtheid heeft nog onvoldoende aandacht gekregen in de gezondheidszorg. In het ontdekken en benutten van marktmogelijkheden is echter een duidelijke verandering waarneembaar.

Tot slot kan innoveren gezien worden als een belangrijk element van ondernemen. Putters & Frissen (2006) definiëren innoveren als:

‘Het vernieuwen van producten, diensten, processen of organisatievormen met als doel het positief beïnvloeden van maatschappelijke en economische ontwikkeling’.

Het Ministerie van VWS meldt in een rapport dat zij vindt dat zorginstellingen nog teveel kansen laten liggen voor het vernieuwen of verbeteren van de zorg (Prince et al. 2005).

Wat betreft het dragen van risico's kan gesteld worden dat het voor eigen risico en rekening zaken doen, in de ziekenhuizen nog niet echt aan de orde is geweest. Op dit moment lopen ziekenhuizen voor 10 % van hun inkomsten risico. Hierin vindt wel een ontwikkeling plaats. Het beleid van de minister is erop gericht dat ziekenhuizen zichzelf als onderneming gaan redden.

4 Van professionele bureaucratie naar.....?

Van de huidige zorginstellingen kan worden opgemerkt dat zij, in veel gevallen, beschikken over de kenmerken van een professionele bureaucratie zoals Mintzberg (1983) deze beschrijft in zijn boek 'Organisatie structuren'. In paragraaf 4.1 zullen deze kenmerken beschreven worden aan de hand van het 7S model van McKinsey. Van een aantal van deze kenmerken kan echter gesteld worden dat zij een zorginstelling onvoldoende in staat stellen om zich als zorgonderneming te ontwikkelen. Aan de hand van literatuur wordt daarom in paragraaf 4.2 getracht de kenmerken van een zorgonderneming te beschrijven. Wederom zijn de elementen van het 7S model hierbij richtinggevend.

4.1 De huidige zorginstellingen

Strategie

De zorginstelling is een organisatie ten behoeve van het algemene nut die zich ten doel stelt de ziekenhuisfuncties te optimaliseren in een vastgesteld verzorgingsgebied (Harten & Schuring 2003). De strategie van zorginstellingen kenmerkt zich vooral door aanbodgerichtheid. Kwaliteitszorg heeft met name aandacht in het kader van externe verantwoording. Doelmatigheid en efficiency zijn in het kader van kostenbeheersing en de nieuwe financieringsstructuur pas sinds kort een belangrijk onderwerp in het strategisch beleid van zorginstellingen (Damhuis et al. 2005).

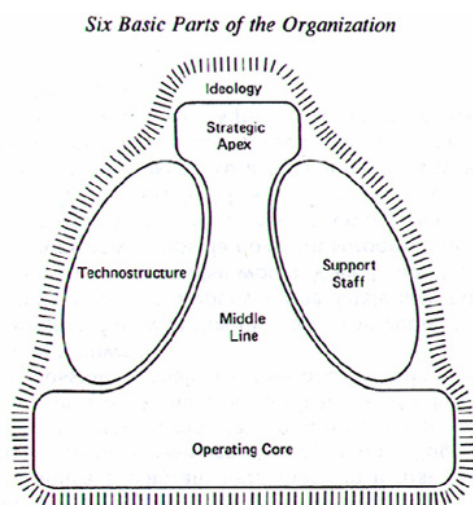
De omgeving van zorginstellingen is ingewikkeld, maar stabiel. Ingewikkeld omdat het gaat om complexe procedures die alleen in trainingsprogramma's te leren zijn, maar stabiel omdat de vaardigheden nauwkeurig omschreven kunnen worden. Omdat situationele factoren als leeftijd, omvang en het technisch systeem vaak geen rol spelen, is de omgeving daarmee de belangrijkste situationele factor die het gebruik van de professionele bureaucratie bepaalt (Mintzberg 1983).

Structuur

Het dominante besturingsconcept van zorginstellingen in de gezondheidszorg is sinds lange tijd de professionele bureaucratie. Het centrale deel van de organisatie wordt in dit concept gevormd door de uitvoerende kern die bestaat uit goed getrainde professionals die een

aanzienlijke mate van controle over hun eigen werk hebben. Professionals zijn beoefenaren van een beroep in de individuele gezondheidszorg (RVZ 2000).

Het meest voorkomende coördinatiemechanisme is de standaardisatie van vaardigheden en kennis, die de professional zich eigen maakt in de basisopleiding. Mintzberg (1983) definieert een coördinatiemechanisme als de fundamentele wijze waarop organisaties hun werkzaamheden coördineren. Dit mechanisme kan beschouwd worden als het meest basale element van een structuur. In het geval van standaardisatie van vaardigheden en kennis wil dat zeggen dat voor de uitvoering van de werkzaamheden een specifieke training of opleiding vereist is. De normen van zorginstellingen ontstaan daarmee buiten de organisatie in de onafhankelijke beroepsorganisaties. Dit heeft invloed op de systemen in de organisatie die nauwelijks hoogwaardig en in sterke mate ondersteunend zijn aan de werkzaamheden van de professional (Mintzberg 1983).



Figuur 4.1 Configuratie professionele bureaucratie

In de meeste zorginstellingen is sprake van een gedecentraliseerde structuur. Men spreekt over een gedecentraliseerde structuur als de beslissingsbevoegdheden over een groot aantal mensen verdeeld is (Mintzberg 1983).

Systemen

De systemen in zorginstellingen zijn, zoals opgemerkt, met name ondersteunend aan de professionals. Hoewel de vaardigheden en de kennis van de professionals gestandaardiseerd zijn, is het een ontwikkeling van de laatste jaren dat deze worden

vastgelegd in protocollen en procedures. Omdat de professionals in een rechtstreeks contact patiënten van dienst zijn, is er geen sprake van een hoogwaardig technisch systeem dat de werkzaamheden ondersteunt (Mintzberg 1983).

Vanwege een toenemende verantwoording over de prestaties van zorginstellingen, is er een ontwikkeling waarneembaar in het managementinformatiesysteem (Putters & Frissen 2006).

Stijl van het management

Managers in zorginstellingen hebben geen rechtstreekse zeggenschap over de professionals, maar vervullen wel een aantal rollen die hen macht binnen de structuur verschaffen. Het management richt zich onder andere op het oplossen van problemen die kunnen ontstaan tussen professionals. Vaak gaat het daarbij over de verdeling van bevoegdheden (Mintzberg 1983). Daarnaast speelt het management een rol richting extern betrokken partijen zoals zorgverzekeraars, overheid en belangenorganisaties van patiënten waarmee onderhandeld wordt over steun aan de organisatie. De stijl van het management is met name gericht op kostenbeheersing, efficiency en enigszins op beleid en kwaliteit (Pool & van Dijk 1999).

Medewerkers

In zorginstellingen zijn verschillende medewerkers werkzaam. Deze studie richt zich echter voornamelijk op professionals en medisch specialisten in het bijzonder.

De beslissingsbevoegdheid met betrekking tot het uitvoerende werk ligt bij de professionals die over een hoge mate van autonomie beschikken. Professionele autonomie is het mandaat dat de samenleving aan de beroepsgroep verleent; voor de individuele beroepsbeoefenaar gaat het om vrijheid en onafhankelijkheid in zijn beroepsmatig handelen binnen nader te specificeren grenzen; voor de beroepsgroep als geheel betekent het dat zijzelf de inhoud van het professionele werk controleert en reguleert. De grenzen van de professionele autonomie worden bepaald door de professionele standaard. Deze professionele standaard wordt door de beroepsgroep zelf ontwikkeld (RVZ 2000).

Dankzij deze autonomie kunnen professionals hun vaardigheden verbeteren, omdat ze veel ervaring opdoen met beproefde procedures en gemotiveerd zijn deze procedure goed uit te voeren. Bij de professionals is het van belang een onderscheid aan te brengen in de medisch specialisten en de andere professionals, zoals onder andere verpleegkundigen en paramedici.

In de huidige ziekenhuizen zijn medisch specialisten vaak niet in dienst van de instelling maar werkzaam in een maatschap. Vanwege de invloed die medisch specialisten

kunnen uitoefenen op de afstemming van zorgaanbod op zorgvraag, nemen zij binnen zorginstellingen een aparte positie in. Hierdoor kunnen uiteenlopende belangen ontstaan (NVZ 2005).

Kerncompetenties

De vaardigheden van zorginstellingen, in dit onderzoek, betreffen met name het bieden van intramurale, verantwoorde zorg. Dat wil zeggen zorg van een goed niveau die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend. In zorginstellingen kan gesproken worden van aanbodgerichte zorg. Zij beschikken daarvoor over goed opgeleide, deskundige professionals. Daarnaast kunnen zorginstellingen beschikken over adequaat materieel ter ondersteuning van de zorguitvoering (Dute & Hermans 2000).

Cultuur

De cultuur in zorginstellingen kenmerkt zich door het centraal stellen van het individu, waarbij vooral deskundigheid belangrijk is. De besluitvorming vindt vaak plaats op basis van consensus waarbij de kwaliteiten van de argumenten doorslaggevend zijn. De acceptatie van het management door de medisch specialisten is laag. De nadelen van de cultuur in zorginstellingen liggen in de vatbaarheid voor ideologische conflicten (inhoud tegenover organisatie), de onvoorspelbaarheid en het risico van desintegratie (Handy 1988 in: de Caluwé & Vermaak 2002). Organisaties met bureaucratische kenmerken zijn relatief ongevoelig voor impulsen zowel van buiten als van binnen en passen zich over het algemeen slecht aan veranderde omstandigheden aan (Damhuis et al. 2005).

Er is sprake van een geringe crisis gevoeligheid, met name op financieel economisch gebied (Weggeman 1992). De kennis van de professional is richtinggevend voor het gedrag waardoor aanbodsturing ontstaat in plaats van vraagsturing (Krogt & Vroom 1995).

4.2 Zorgondernemingen van de toekomst

Ondernemerschap en de daarmee samenhangende competenties zoals klantgerichtheid, initiatief, creativiteit en resultaatgerichtheid staan haaks op het besturingsconcept van de professionele bureaucratie (Damhuis et al. 2005). Ekvall (1996) geeft aan dat de professionele bureaucratie bij uitstek niet geschikt is om te innoveren en dat de kracht van de professionals aanvankelijk ligt bij het goed uitvoeren van hun vak en niet om nieuwe werkwijzen te ontwikkelen. Daarnaast verandert de omgeving van zorginstellingen van eenvoudig naar

complex, van stabiel naar dynamisch en van coëxistent naar competitief (Damhuis et al 2005, Harten & Schuring 2003). In een dynamische en complexe omgeving is decentrale beslissingsruimte en flexibiliteit nodig. Zorgondernemingen moeten snel en slagvaardig kunnen anticiperen op datgene wat de omgeving van hen vraagt (Ekvall 1996). In de professionele bureaucratie kan dat alleen door een aanpassing van de standaarden, richtlijnen en protocollen die door de verschillende beroepsgroepen zijn opgesteld. Daarmee is de professionele bureaucratie te weinig slagvaardig. Gesteld kan worden dat zorginstellingen zich dienen te ontwikkelen op de verschillende elementen van het 7S model om als zorgondernemingen te kunnen worden aangemerkt. In het vervolg van deze paragraaf is getracht om voor de verschillende elementen de gewenste kenmerken van zorgondernemingen te beschrijven.

Strategie

De omgeving van zorgondernemingen is complex en dynamisch. Er vindt een ontwikkeling plaats van aanbodgestuurde zorg naar vraaggestuurde zorg. Daarnaast neemt onder invloed van marktwerking, de concurrentie binnen de gezondheidszorg toe. Dit vraagt om ondernemerschap van zorginstellingen. Dit ondernemerschap moet herkenbaar zijn in de strategie van zorgondernemingen. Gebeurt dit niet, dan kan dat ertoe leiden dat nieuwe activiteiten niet op een goede wijze geïmplementeerd worden (Damhuis et al. 2005).

Het formuleren van een strategie in de richting van ondernemerschap is echter niet eenvoudig. Organisaties beoordelen zichzelf als ondernemend als zij risico's nemen, proactief gedrag vertonen en innovatieve activiteiten stimuleren. Het aanmoedigen van creatief gedrag bij de organisatieleden is daarbij een uitgangspunt. Maar de ontwikkelingen in de gezondheidszorg vragen ook steeds meer verantwoording van organisaties en bij een toename van de complexiteit van de organisatie is het vinden van een balans, tussen het stimuleren van innovatief gedrag en verantwoording, een vraagstuk dat de uitvoering van de strategie van ondernemingen complexer maakt (Altinay & Altinay 2004).

Volgens Peters & Waterman (1982) richt de strategie van de onderneming zich op klantgerichtheid en de eigenschappen die daarbij horen. De vraag van de patiënt is, volgens hen, het uitgangspunt voor het beleid dat gevoerd gaat worden. Daarbij staan begrippen als dienstverlening, kwaliteit, betrouwbaarheid en het opsporen van winstgevend marktsegmenten, centraal in de strategie.

Structuur

In een verandering van situationele factoren, zoals in de transformatie naar een zorgonderneming, is het van belang dat de structuur van de organisatie wordt afgestemd om effectief te kunnen blijven functioneren (Mintzberg 1983).

De implementatie van een passende organisatiestructuur wordt door verschillende auteurs gezien als een voorwaarde voor het bereiken van verschillende doelstellingen van ondernemerschap (Altinay & Altinay 2004; Harten & Schuring 2003; Damhuis et al. 2005). Covin & Slevin (1990) stellen dat ondernemingen, die in staat willen zijn op adequate wijze te reageren op de dynamische omgeving, de structuur zodanig inrichten dat zij flexibel en snel kunnen reageren op de veranderingen. Beide auteurs beoordelen structuur als een kritieke factor in het succes van een onderneming. De structuur kenmerkt zich in hun optiek door een toename van de autonomie en het beheersen van de middelen waardoor organisatieleden in staat worden gesteld initiatieven te nemen en innovatieve activiteiten te ontplooiën. Ook Peters & Waterman (1982) vinden decentralisatie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden en een maximale autonomie een belangrijk uitgangspunt. Zij vinden het wenselijk te werken met kleine eenheden of business units die de kenmerken hebben van een echte onderneming; zij maken eigen beleid, hebben resultaatverantwoordelijkheid, en er is sprake van eigen functies, producten en markten en de eenheden hebben een eigen cultuur.

De verschillende auteurs gaan er daarbij van uit dat de structuur van de organisatie van invloed zal zijn op de prestaties van de organisatie die meer succesvol en effectief zal zijn. Andersen (2002) stelt dit ter discussie. Hij geeft aan dat er nog maar weinig organisaties bestaan, die erin geslaagd zijn een organisatiestructuur te ontwerpen leidend tot concurrentie, succes en effectiviteit. Hij stelt dat structuur alleen aangeeft wie welke taken doet en wie daarbij autoriteit heeft. De organisatie kan echter op een totaal andere wijze functioneren dan de formele structuur doet vermoeden. Gedrag van de leden van de organisatie heeft volgens hem een groter effect op de prestaties dan de structuur. Simons (in: Altinay 2004) voegt daar aan toe dat het decentraliseren van bevoegdheden kan leiden tot disfunctioneel gedrag en als gevolg daarvan tot inefficiënt gebruik van de middelen van de organisatie.

In zorgondernemingen zal onderlinge aanpassing als coördinatiemechanisme meer voorkomen. Hierbij wordt het werk gecoördineerd via informele communicatie, waarbij de controle in handen is van mensen die het werk uitvoeren. Daarnaast zal, vanwege de standaardisatie van verschillende zorgtrajecten, in de toekomst meer sprake zijn van standaardisatie van het proces als coördinatiemechanisme.

Systemen

In de ontwikkeling naar een onderneming is de ontwikkeling van de systemen in de organisatie van groot belang. Het systeem moet in overeenstemming zijn met de wijze waarop in de organisatie wordt gewerkt en gedacht. Systemen hebben echter vaak een belemmerend en consoliderend effect op de organisatie. In een ondernemende omgeving zullen de systemen de organisatie in staat moeten stellen, snel en effectief te reageren op ontwikkelingen buiten de onderneming (Weggeman et al. 2005). ICT systemen gaan daarbij een grotere rol spelen. Specialisten willen hoogwaardige zorg kunnen bieden en patiënten willen nieuwe mogelijkheden toegepast zien (NVZ 2005).

De systemen moeten de onderneming en de medewerkers daarbinnen in staat stellen zich te verantwoorden over het gevoerde beleid en de prestaties van de organisatie. Dat vraagt met name om een hoogwaardig managementinformatiesysteem.

Aangezien medewerkers in de organisatie een grotere bijdrage gaan leveren aan het onderscheidend vermogen van de organisatie, is strategisch human resources management (HRM) van belang. Een goed HRM systeem is daarbij dus een voorwaarde (NVZ 2005).

Stijl van het management

Als de verantwoordelijkheid voor kosten, efficiency, kwaliteit en beleid in zorgondernemingen steeds meer decentraal bij de uitvoerenden van het primaire proces wordt gelegd, verandert de rol van de manager meer naar toezichthoudend (Prince et al 2005).

De manager richt zich meer op het faciliterend en coachend leiderschap dat erop gericht is zelfsturing te bevorderen en competenties van professionals en teams gericht in te zetten, te ontwikkelen en te benutten (Pool & van Dijk 1999). Daarnaast wordt ook van de manager verwacht dat hij functioneert als ondernemer. Hij richt zich daarbij op aspecten als het verbreden van het pakket diensten, het creëren van nieuwe inkomstenbronnen, goed werkgeverschap, het versterken van het imago en het verhogen van de flexibiliteit van de organisatie (van Harten & Schuring 2003).

Een vanzelfsprekendheid is dat volgens McCleary et al. (2006) zeker niet. Een manager is in de basis meer gericht op de beheersing van de middelen binnen de organisatie en het vertalen van de strategische doelstellingen naar operationele activiteiten. En dit zonder het nemen van risico's en het maken van fouten. Dit in tegenstelling tot de ondernemer die zich richt op creatieve en innovatieve initiatieven waar risico's aan verbonden zijn.

Toch speelt de managementstijl volgens Volberda (2005) een belangrijke rol op weg naar meer ondernemerschap. Volgens hem moeten managers de capaciteit hebben om nieuwe

ideeën te identificeren en te ondersteunen. Daarnaast moet een manager aandacht hebben voor de vragen die vanuit de markt gesteld worden en de waarde herkennen van nieuwe, externe kennis en deze toepassen binnen de eigen organisatie. Tevens spelen managers een belangrijke rol bij het creëren van een ondernemende cultuur.

Medewerkers

Professionals in zorgondernemingen gaan gedeeltelijk als ondernemers functioneren. Zij tonen zich door hun vakinhoudelijke bijdragen op hoog niveau, bezitten het vermogen om zich vakinhoudelijk voortdurend te ontwikkelen en zijn doelgericht creatief in het definiëren van problemen en het bedenken van oplossingen (Weggeman 1992). In hun ondernemend gedrag kenmerken professionals zich door competenties als samenwerken, innoveren, verbeteren, klantgerichtheid, vraaggerichtheid, kennisverbreding en creativiteit (Weggeman 1992; Harten & Schuring 2003; Damhuis et al. 2005). Daarnaast vraagt ondernemerschap van professionals dat ze kunnen omgaan met onzekerheid, risico's en verandering (McCleary et al. 2006).

De RVZ (2000) merkt in een rapport echter op dat professionals onvoldoende kennis en vaardigheden meekrijgen in hun opleiding, om volledig toegerust op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg te kunnen anticiperen. Die ontwikkelingen vragen om kennis en vaardigheden die verband houden met het functioneren in complexe en veranderende organisaties. Ondernemend gedrag van organisatieleden kan daarmee niet als vanzelfsprekendheid worden gezien.

Kerncompetenties

Zorgondernemingen zijn in staat om zorgactiviteiten steeds professioneler, klantvriendelijker en efficiënter te verrichten. Verbetering en innovatie van zorgactiviteiten zijn daarbij het uitgangspunt. De vraag van de patiënt staat daarin centraal. Daarnaast zijn zorgondernemingen in staat om te concurreren met andere zorgaanbieders. Zowel professionals als het management in zorgondernemingen beschikken over competenties om te anticiperen op de voortdurend veranderende omgeving (NVZ 2005).

Door anticiperend marktgedrag maken zorgondernemingen een keuze voor wel of geen specialisatie op bepaalde behandelingen en deskundigheden in expertisecentra. Putters & Frissen (2006) gaan er daarbij vanuit dat dit veelal voor de meer planbare zorg zal gelden.

Cultuur

De cultuur van de organisatie wordt in wezen bepaald door aangeleerde, impliciete veronderstellingen waarop mensen hun dagelijkse gedrag baseren (Schein 2000). Een verandering van de doelstellingen van een organisatie richting ondernemen vraagt dus ook om ander gedrag van organisatieleden. Dat gedrag is ontstaan in een langdurig proces en zal niet van de één op de andere dag veranderen in een cultuur die zich onder andere kenmerkt door risicovol gedrag, het creëren van mogelijkheden en kansen, doelgerichtheid, innovatief vermogen, klantgerichtheid en vraaggerichtheid (McCleary et al 2006). Voor het succes van een onderneming is daarom een lerende cultuur van belang. In deze cultuur ontwikkelen medewerkers zich continu, passend bij de ontwikkelingen in de omgeving en binnen de organisatie. Het lerend vermogen van de organisatie is van grote invloed op het innovatieve vermogen van de organisatie en de medewerkers (Ismail 2005). Innovatie kenmerkt zich door onvoorspelbaarheid, het nemen van risico's en oplossingen die nauwelijks standaard zijn. Om innovatie in de cultuur van de zorgonderneming te brengen, is het van belang dat medewerkers gestimuleerd worden te komen met creatieve oplossingen. Zij worden ondersteund worden in het nemen van risico's en kansen. Daarbij is ruimte voor het maken van fouten (O'Reilly & Tushman 1997).

De cultuur van zorgondernemingen dient zich te kenmerken door een klimaat waar medewerkers enerzijds de middelen krijgen om doelgerichte professionele uitdagingen aan te pakken en anderzijds over speelruimte te beschikken om er als ondernemer op uit te gaan. Ondernemerschap is daarbij gebaseerd op een hoge mate van overeenkomst tussen persoonlijke doelstellingen en organisatie doelen (Putters & Frissen 2006).

4.3 Conclusie

Uit paragraaf 4.1 en 4.2 kan geconcludeerd worden dat, bij de ontwikkeling van zorginstellingen naar zorgondernemingen, in alle elementen van het 7S model veranderingen zullen plaatsvinden. Van de professionele bureaucratie kan men stellen dat kennis en vaardigheden van professionals bepalend zijn voor verschillende elementen. In zorgondernemingen zal het vaker om prestaties van de organisaties gaan, omdat zij zich moeten kunnen handhaven in een competitieve omgeving. Dat vraagt om andere kenmerken zoals onder andere goede systemen om prestaties te kunnen monitoren maar ook om passende competenties van professionals. De vraag van de patiënt is het uitgangspunt voor zorgondernemingen en staat centraal bij de inrichting van de verschillende elementen.

5 Transformeren

De veranderingen in de gezondheidszorg dwingen zorgorganisaties ertoe verbeteringen en vernieuwingen door te voeren, niet alleen om te concurreren en succes te boeken, maar ook steeds vaker om te overleven. Meer risico's en meer kansen leiden tot grootschalige veranderingen in organisaties. Om risico's te vermijden en/of kansen te benutten, moeten bedrijven geduchtere concurrenten worden en zich meer ondernemend opstellen.

In de zorg speelt de professionele vorming van professionals een belangrijke rol in transformatieprojecten. Door de opleiding en door de praktijk gestuurde normen en waarden, is als het ware vastgelegd hoe de zorg moet worden aangeboden en door wie. Als dergelijke normen ter discussie komen te staan, zoals in de ontwikkeling naar een zorgonderneming, zijn langdurige veranderingsprocessen te verwachten (Harten & Schuring 2003).

In de volgende paragrafen wordt getracht de transformatie van zorginstellingen naar zorgondernemingen vorm te geven, aan de hand van een procesbeschrijving.

5.1 Transformeren en modellen

Gesteld kan worden dat verandering een constante factor wordt in het functioneren van zorginstellingen. In de literatuur wordt gesproken over twee belangrijke benaderingen van verandering: de geplande verandering en de verandering die zich voordoet. Geplande verandering kan gezien worden als een proces dat zich, via een serie van tevoren vastgestelde stappen, van de ene status-quo naar de andere ontwikkelt. De verandering die zich voordoet gaat meer uit van het begrijpen van de complexiteit van mogelijke problemen en het identificeren van mogelijke oplossingen voor deze problemen (Bamford & Daniel 2005).

Er bestaan in de literatuur verschillende modellen die een organisatie richting kunnen geven in het ontwikkelen en implementeren van een veranderproces. Hoewel deze modellen allemaal spreken van een proces, is men het niet altijd eens over de organisatiefactoren en activiteiten waaruit dat proces bestaat. In de meeste theoretische modellen is weinig aandacht voor de weging van het belang van verschillende factoren die van invloed kunnen zijn op een succesvolle implementatie van het veranderproces. Het gaat dan om factoren zoals onder andere de organisatiecultuur, historie van de organisatie en de structuur van de organisatie.

Deze factoren kunnen belemmerend werken in de voortgang van de verschillende processtappen. In een aantal modellen, zoals in het 8 fasen verandermodel van Kotter, wegen de verschillende factoren even zwaar. De vraag is echter of de verschillende procesfactoren wel in gelijke mate invloed hebben op een succesvolle implementatie (Ford & Greer 2005).

Literatuur (Ford & Greer 2005, Bamford & Daniel 2005) bevestigt dat het 8 fasen verandermodel van Kotter wereldwijd als een bruikbaar model wordt gezien om een verandering in een organisatie te evalueren. Het model van Kotter kenmerkt zich door een aantal factoren:

- Er is sprake van activiteiten die gericht zijn op het plannen of beslissen van organisatie acties die noodzakelijk zijn om verandering tot stand te brengen (geplande verandering);
- Er wordt nieuw gedrag ontwikkeld dat de oude patronen van handelen dient te vervangen;
- Er wordt gewerkt met een beloningssysteem om gedrag te bevorderen dat noodzakelijk is voor de realisatie van succesvolle verandering;
- De voortgang van de implementatie wordt gevolgd en zo nodig bijgestuurd;
- De uitkomsten van de verandering zijn vastgesteld en inzichtelijk (Ford & Greer 2005).

Wijzigingen op basis van een meer ondernemerschapgerichte besturingsfilosofie, vragen tevens om andere kenmerken van het management en de medewerkers in de organisatie. Ondersteuning door een passende structuur, cultuur en bruikbare systemen is hierbij essentieel (NVZ 2005). Veranderingen van deze aard kunnen, volgens Finlay (2000), worden beschouwd als een transformatie. Hij stelt dat bij transformaties, één of meerdere veronderstellingen in het organisatie paradigma wijzigen, met als gevolg een verandering van de cultuur van de organisatie.

Kotter richt zich met zijn model voornamelijk op het strategisch niveau van het veranderproces (Mento et al. 2002). De veranderingen in de omgeving van de zorginstellingen, vragen in eerste instantie een verandering van de strategie en de visie. Een transformatie wordt top down aangestuurd door de top van de organisatie (Johnson & Scholes 1999).

Uit voorgaande kan geconcludeerd worden dat het 8 fasen verandermodel van Kotter (1996) voldoende mogelijkheden biedt om de transformatie van zorginstelling naar zorgonderneming te onderzoeken en te evalueren. De 8 fasen in het transformatieproces verdelen zich in drie groepen. De eerste 4 fasen dragen ertoe bij dat de status-quo in beweging

komt. In fasen 5 tot en met 7 wordt vervolgens een nieuwe methode van aanpak geïntroduceerd. Tenslotte wordt, tijdens de laatste fase, de transformatie in de organisatiecultuur verankerd en zorgt men ervoor dat veranderingen beklijven. Een geslaagde transformatie, ongeacht de omvang daarvan, maakt volgens Kotter alle 8 fasen door, in de voorgestelde, chronologische volgorde. Daarnaast is het van belang dat organisaties zich realiseren dat een transformatie een langdurig proces kan zijn. In de acht fasen van het model staan de volgende doelstellingen centraal:

1. Het vestigen van het urgentiebesef
2. Een leidende coalitie vormen
3. De ontwikkelingen van een visie en strategie
4. Het communiceren van de veranderingsvisie
5. Het creëren van een breed draagvlak voor de ontwikkelingen
6. Het genereren van korte termijn successen
7. De verbeteringen consolideren en meer veranderingen tot stand brengen.
8. De veranderingen in de organisatiecultuur verankeren.

Het model is ontwikkeld met als doel om belangrijke fouten, die gemaakt kunnen worden in een veranderproces, te vermijden. Het model gaat uit van twee principes:

- Het veranderproces doorloopt een aantal fases waarvoor de tijd genomen moet worden;
- Als er kritieke fouten gemaakt worden in één van de fases heeft dat ernstige consequenties op de stand van zaken in het veranderproces.

Een beperking van het model is het gebrek aan aandacht dat wordt besteed aan de daadwerkelijk implementatie van de verschillende onderdelen van een transformatie. Het model gaat uit van een visie op een strategische verandering. Enkel een visie op de verandering kan echter een beperking geven in het succes van de verandering (Mento et al. 2002). Dat betekent dat binnen het model van Kotter op operationeel organisatieniveau ook sprake zou moeten zijn van verandertrajecten die meer de kenmerken hebben van een incrementele verandering. Het gaat daarbij om kleine stapsgewijze veranderingen die geen invloed uitoefenen op de paradigma's van de organisatie maar die zich richten op verbetering en vernieuwing (Finlay 2000).

Een tweede beperking van het model is de starheid in de volgorde van de verschillende stappen. De vraag is of de volgorde zoals Kotter deze heeft gesteld, daadwerkelijk de enige volgorde is die leidt tot een succesvolle implementatie van de transformatie. Deze kan ook beïnvloed worden door kenmerken van de organisatie zoals de historie, de cultuur en de

structuur. Tot slot kan betwijfeld worden of één model in staat zal zijn om een complex transformatieproces, zoals de ontwikkeling naar een zorgonderneming, op een volledige wijze te evalueren (Ford & Greer 2005).

Een toevoeging van andere modellen zorgt volgens Ford & Greer (2005) voor een toename van de kans op een succesvolle implementatie. Omdat er in deze studie vanuit wordt gegaan dat een verandering van de strategie van de organisatie, tevens een verandering teweegbrengt in andere elementen van een organisatie, biedt het 7S model daarin een extra mogelijkheid. Van verschillende elementen worden de kenmerken beschreven, waardoor de richting van de verandering duidelijker wordt.

In de paragrafen 5.2 tot en met 5.4 zullen beide modellen geïntegreerd worden vormgegeven.

5.2 Beweging in de status-quo

Vestigen van urgentiebesef

Organisaties moeten ervoor zorgen dat zij zich niet in een transformatieproces storten. Om de transformatie naar een zorgonderneming te realiseren, moeten alle medewerkers in een zorginstelling begrijpen dat deze verandering noodzakelijk is. Eén van de belangrijkste redenen om te gaan functioneren als een onderneming is de toename van de concurrentie van andere zorgaanbieders als gevolg van marktwerking (Harten en Schuring 2003). Het is daarom van belang dat de top van een zorgonderneming de omgeving goed in de gaten houdt en precies weet op welke gebieden de concurrentie toeneemt. De zorgonderneming kan hiervoor gebruik maken van vijf krachten model van Porter. In dit model is aandacht voor elementen als mogelijke toetreders, vervangende producten, leveranciers en de klanten. Van deze elementen wordt bekeken in welke mate deze elementen een bedreiging vormen voor de onderneming (Finlay 2000).

Het feit dat zorgondernemingen zichzelf in de toekomst financieel moeten kunnen redden, heeft grote consequenties voor de bedrijfsvoering (Putters & Frissen 2006). Over deze ontwikkelingen dienen medewerkers door het management van een zorgonderneming te worden geïnformeerd. Daarnaast dienen zij de aandacht op de mogelijke kansen van de organisatie te vestigen.

Een ander bruikbaar instrument om het urgentiebesef te verhogen is volgens Kotter (1996) het informeren van medewerkers over de klanttevredenheid en financiële prestaties.

De leidende coalitie vormen

In een snel veranderende omgeving beschikt één enkel persoon zelden over alle noodzakelijke informatie om de juiste beslissingen te nemen en tijd om anderen van de noodzaak tot transformeren te overtuigen. Alleen een team dat de juiste samenstelling heeft en voldoende vertrouwen geniet, kan in dynamische omstandigheden effectief zijn. Deze “leidende coalitie” kan sneller een grote hoeveelheid informatie verwerken en de implementatie van nieuwe benaderingen versnellen. Projecten zonder een voldoende krachtige, leidende coalitie kunnen enige tijd ogenschijnlijk succesvol zijn. Maar vroeg of laat worden deze initiatieven ondermijnd door tegenkrachten.

Kotter (1996) geeft aan dat de leidende coalitie vier belangrijke kenmerken moet bezitten:

1. Er moeten voldoende mensen in de coalitie zitten die macht hebben die verbonden is aan hun positie;
2. Er moet voldoende deskundigheid zijn waarbij verschillende gezichtspunten belangrijk zijn;
3. Er moeten mensen in de coalitie zitten die serieus genomen worden door organisatieleden;
4. Er moeten leiders in de groep zitten die in staat zijn het veranderingsproces aan te drijven.

Voor de zorgondernemingen zou dat betekenen dat niet alleen de Raad van Bestuur vertegenwoordigd dient te zijn, maar ook medisch specialisten en lijnmanagement. De medisch specialisten spelen vanwege hun invloed op de vraag en het aanbod, een belangrijke rol in het transformatieproces naar een zorgonderneming (NVZ 2005). Zij staan dicht bij de patiënt en kennen de vraag. Een vertegenwoordiging van het lijnmanagement is belangrijk omdat zij direct invloed uitoefenen op de andere professionals en medewerkers van een zorgonderneming. Zij stimuleren en faciliteren medewerkers tot ondernemend gedrag en veranderen (Pool & van Dijk 1999). In een zorgonderneming worden verantwoordelijkheden en bevoegdheden zo laag mogelijk in de organisatie weggelegd (Peters & Waterman 1982). Het is daarom wenselijk om ook een vertegenwoordiging van de werkvloer deel te laten nemen aan de leidende coalitie. Hiervoor zou een vertegenwoordiger van de Ondernemingsraad geselecteerd kunnen worden.

Een visie en strategie ontwikkelen

Het is belangrijk de richting van de transformatie te verduidelijken, omdat mensen het niet altijd eens zijn met de gekozen richting of zich afvragen of de transformatie werkelijk noodzakelijk is. Een goede visie en strategie moet mensen in staat stellen zich een beeld te vormen van de toekomst. Het geeft een duidelijke richting aan en medewerkers kunnen er zich door aangesproken voelen. De doelen dienen realistisch te zijn. Voor de strategie van een zorgonderneming kan gesteld worden dat het niet voldoende is om te spreken over ondernemen (Damhuis et al.2005). Ondernemen zal in duidelijke doelstellingen en activiteiten vertaald moeten worden zodat medewerkers zich erin herkennen en het als een uitdaging zien. De formulering van de strategie van de organisatie is daarmee het eerste element van het 7S model dat aandacht moet krijgen in de ontwikkeling naar een zorgonderneming.

Een visie kan er voor zorgen dat mensen gemotiveerd worden activiteiten uit te voeren die niet noodzakelijkerwijs in hun eigen belang zijn. Daarnaast kan een visie de mensen in de organisatie op één lijn brengen. Zonder een passende visie kan een transformatieproces gemakkelijk uitmonden in een hoeveelheid projecten die de verkeerde kant opgaan of op niets uitlopen. Zonder de visie die de besluitvorming stuurt, kan iedere keuze waarmee medewerkers te maken krijgen uitmonden in een eindeloos debat.

De veranderingsvisie communiceren

Een visie krijgt pas kracht als de medewerkers in de organisatie deze visie delen. Maar ervoor zorgen dat alle medewerkers een bepaalde visie begrijpen en aanvaarden, vraagt overtuigingskracht en goed ontwikkelde communicatieve vaardigheden van het management. Zij dienen hun medewerkers te stimuleren en te faciliteren mee te bewegen in de transformatie. Dat betekent dat er op alle niveaus binnen een zorgonderneming aandacht moet zijn voor de veranderingsvisie. In de zorgonderneming kan gebruik gemaakt worden van een interne nieuwsbrief, intranet en vergaderverslagen om belangrijke informatie met medewerkers te kunnen communiceren. Het voortdurend herhalen van informatie is daarbij noodzakelijk.

Tevens kan de leidende coalitie, door middel van de verschillende communicatievormen, het rolmodel neerzetten voor het gedrag dat van de medewerkers verwacht wordt. Als er vanuit het management geen verbale en non verbale steun is voor de transformatie die ingezet wordt, heeft dat een negatief effect op het vertrouwen dat medewerkers hebben. Het geven van het goede voorbeeld door het management wordt

daarom door Kotter ook als een belangrijke vorm van communicatie gezien. In een zorgonderneming dragen managers de visie van de organisatie uit. De ontwikkeling van een passende stijl van het management of het selecteren van management op geformuleerde capaciteiten, is daarmee het volgende element van het 7S model dat aandacht krijgt.

5.3 Nieuwe methode van aanpak

Een breed draagvlak voor de verandering creëren

Talrijke obstakels kunnen medewerkers ervan weerhouden de noodzakelijke transformatie tot stand te brengen. Deze obstakels, die de implementatie van de veranderingsvisie belemmeren, moeten zoveel mogelijk uit de weg geruimd worden om een zo breed mogelijk draagvlak te creëren en mensen het gevoel te geven dat ze een bijdrage kunnen leveren.

Om de transformatie naar een zorgonderneming succesvol te laten verlopen, is het noodzakelijk dat veel mensen daar een bijdrage aan leveren. Volgens Kotter 1996 kunnen zij daarbij belemmerd worden door een aantal elementen:

- De structuur van de organisatie;
- Gebrek aan vaardigheden bij medewerkers;
- Het feit dat de systemen niet op één lijn staan met de visie en de strategie.

Dat betekent dat in deze fase van het transformatieproces aandacht is voor elementen van het 7S model zoals structuur, medewerkers en systemen.

Medewerkers in een zorgonderneming dienen uitgedaagd te worden tot het verbeteren en vernieuwen van de zorg met de vraag van de patiënt als uitgangspunt (Weggeman 1992). Zij moeten als ondernemers gaan functioneren en hierin ondersteund worden door onder andere een passend HRM systeem dat een continue ontwikkeling van medewerkers faciliteert. Zij dienen daarbij niet belemmerd te worden door trage, inefficiënte besluitvormingsprocedures en onduidelijke structuren. Dat betekent dat er een nieuwe structuur moet ontstaan met de kenmerken zoals beschreven zal worden in hoofdstuk 6.

Korte termijn successen genereren

Een transformatieproces leiden zonder aandacht te besteden aan korte termijn successen is volgens Kotter riskant. Een ingrijpende verandering vraagt namelijk heel veel tijd. Een korte termijn succes levert het bewijs dat de offers de moeite waard zijn, het werkt motiverend voor de medewerkers die de verandering tot stand hebben gebracht, stelt de visie en de strategie opnieuw scherp en biedt tegenwicht aan tegenstanders van de verandering.

Een korte termijn succes kenmerkt zich door de zichtbaarheid, de ondubbelzinnigheid en de duidelijke relatie die er bestaat met de gewenste transformatie. In een zorgonderneming kan een afgerond verbetertraject als voorbeeld dienen. Binnen een zorgonderneming zullen mogelijk vele verbeterprojecten plaatsvinden. Het is van belang om aan de organisatie te laten zien wat de verbetering voor de zorgonderneming heeft betekend en opgeleverd. Als voorbeeld kan ook het herontwerp van een zorgproces in een gestandaardiseerd zorgpad gebruikt worden. Daarmee laat een zorgonderneming zien dat zij probeert zich te onderscheiden van andere zorgaanbieders op doelmatigheid maar ook op kwaliteit (doorstroomtijd) van het proces (Prince et al. 2005). In deze fase worden de successen in relatie gebracht met de vaardigheden van de organisatie, het zesde element van het 7S model.

Verbeteringen consolideren en meer veranderingen tot stand brengen

Totdat de transformatie is ingebed in de cultuur, zijn nieuwe benaderingen kwetsbaar en bestaat het gevaar dat men weer in de oude gewoontes vervalt. Dit transformatieproces kan voor een bedrijf drie tot tien jaar duren. Er moet dus vooral niet te vroeg gejuicht worden. Een korte termijn succes moet gebruikt worden om extra transformatieprojecten aan te pakken. Daarbij moeten er meer mensen opgeleid worden om die projecten effectief te kunnen begeleiden. Vanuit het topmanagement moet het beleid erop gericht zijn om de gezamenlijke doelstelling voor de gewenste transformatie te handhaven en de urgentieniveaus hoog te houden.

Omdat een transformatie naar een zorgonderneming veel tijd vraagt, is het van belang dat met uitzondering van cultuur, alle elementen van het 7S model aan bod zijn geweest en vanwege de dynamische omgeving blijvend aandacht krijgen. Ook in deze fase blijft commitment van alle medewerkers voor het transformatieproces essentieel. Iedere medewerker is er, in verschillende vormen, bij betrokken. Het gebruik van incentives, zoals onder andere het volgen van een opleiding, kan hiertoe een bijdrage leveren. Het management richt zich op de bedrijfsvoering en professionals hebben aandacht voor verbetering en innovatie van zorg.

5.4 Verankeren van de veranderingen

Nieuwe benaderingen in de organisatiecultuur verankeren

Nieuwe praktijken die bij een herstructurering of overname ontwikkeld worden moeten op een of andere manier in de cultuur verankerd worden. Cultuur verandert pas nadat

je met succes de handelingen van medewerkers veranderd hebt, het nieuwe gedrag een periode lang voordeel heeft opgeleverd, en medewerkers het verband zien tussen de nieuwe handelingen en de verbetering van de prestaties. Wanneer nieuwe praktijken niet te verenigen zijn met de bestaande culturen, zullen ze altijd aan terugval onderhevig zijn. Totdat nieuwe vormen van gedrag geworteld zijn in sociale normen en gedeelde waarden, zijn ze altijd aan degradatie onderhevig zodra de druk, die gepaard gaat met een transformatieproject, wegvalt (Kotter 1996).

In deze slotfase van het transformatieproces is er aandacht voor het laatste element van het 7S model. Als voorgaande fasen effectief doorlopen zijn, zou de gewenste cultuur van een zorgonderneming zich langzaam gevormd kunnen hebben. Alle medewerkers van een zorgonderneming hebben dezelfde doelstellingen en functioneren in een innovatief, creatief klimaat. Bij alle ontwikkelingen die plaatsvinden staat de patiënt centraal.

5.5 Conclusie

In voorgaande paragrafen is aan de hand van het 8 fasen model van Kotter getracht, het transformatieproces van zorginstelling naar zorgonderneming te beschrijven. Het 7S model van McKinsey is daarbij geïntegreerd in de 8 fasen. Een transformatie naar zorgonderneming is complex en zal wellicht enkele jaren in beslag nemen. Voor de zorg is de historie een belangrijke factor. Met name de invloed van professionals speelt, van oudsher, een grote rol in veranderprocessen. Daarbij lijkt het zinvol om hen vanaf het begin te laten functioneren in verbetertrajecten om gemotiveerd te blijven. Dat kan betekenen dat er in verschillende fasen tegelijk gestart dient te worden om het draagvlak zo groot mogelijk te maken en te houden.

6 De transformatie naar een zorgonderneming

In dit hoofdstuk wordt getracht om vanuit de theorie een voorlopig antwoord te formuleren op de probleemstelling van het onderzoek.

De probleemstelling luidde:

Hoe ontwikkelen zorginstellingen zich naar zorgondernemingen en welke stappen kunnen zij in die ontwikkeling nog zetten?

Voor het eerste deel van de vraag zullen in paragraaf 6.1, aan de hand van de elementen van het 7S model, een aantal kenmerken van een zorgonderneming beschreven worden. Voor de beschrijving van deze kenmerken is gebruik gemaakt van de literatuur die er over ondernemen bekend is. Getracht is om deze in relatie te brengen met de gezondheidszorg om op deze wijze zoveel mogelijk tot de 'ideale' kenmerken van een zorgonderneming te komen. Om het tweede deel van de vraag te kunnen beantwoorden, wordt het acht fasen veranderproces van Kotter uitgewerkt voor zorginstellingen. In deze procesbeschrijving zullen de stappen, die een organisatie kan maken, puntsgewijs worden weergegeven. In die 8 fasen zal ook het 7S model worden geïntegreerd. Deze uitwerking bevindt zich in paragraaf 6.2. Het doel van dit hoofdstuk is te komen tot een 'routebeschrijving' voor zorginstellingen, op weg naar een zorgonderneming.

6.1 De kenmerken van een zorgonderneming

Strategie

- De omgeving is complex en dynamisch;
- Er vindt een verschuiving plaats van maatschappelijk en/of intern ondernemerschap naar commercieel ondernemerschap;
- Klantgerichtheid is herkenbaar waarbij de vraag van patiënt als uitgangspunt voor de ontwikkeling van zorg en zorgproducten geldt;
- Dienstverlening, kwaliteit, betrouwbaarheid en het opsporen van winstgevende marktsegmenten staan centraal;
- Realiseren van een financieel resultaat, mogelijk winst is een strategische doelstelling;

- Onderscheidend vermogen in relatie tot concurrentie wordt gerealiseerd door onder andere flexibele en innovatieve medewerkers.

Structuur

- De structuur biedt de mogelijkheid om snel en flexibel in te kunnen springen op veranderingen;
- Er is sprake van maximale autonomie van organisatie-eenheden en/of medewerkers;
- Verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn gedecentraliseerd, niet alleen op inhoudelijk - maar ook op organisatieniveau;
- Er is sprake van resultaatverantwoordelijkheid van organisatie-eenheden;
- Onderlinge aanpassing en standaardisatie van processen zijn meest voorkomende coördinatiemechanismen.

Systemen

- Er zijn technologische systemen met mogelijkheden voor hoogwaardige zorg die tegemoet komen aan de vraag van patiënten;
- Zorgondernemingen beschikken over een managementinformatiesysteem dat de organisatie in staat stelt zich naar stakeholders te verantwoorden over het gevoerde beleid;
- Er is een adequaat HRM systeem dat strategisch HRM mogelijk maakt.

Stijl van het management

- De rol van de manager verandert vanwege decentralisatie van verantwoordelijkheden, het zwaartepunt zal meer liggen bij het strategisch handelen en richting geven aan de organisatie;
- Er is sprake van faciliterend en coachend leiderschap, gericht op het bevorderen van zelfsturing en gericht inzetten, benutten en ontwikkelen van competenties van medewerkers;
- De manager functioneert als ondernemer;
- De manager heeft aandacht voor de vragen die vanuit de markt gesteld worden;
- De manager richt zich op de verbreding van het pakket diensten, het creëren van nieuwe inkomstenbronnen en het versterken van het imago van een zorgonderneming;
- De manager speelt een belangrijke rol bij het realiseren van een ondernemende cultuur.

Medewerkers

- Medewerkers kenmerken zich door ondernemend gedrag;
- Zij bezitten de volgende competenties: samenwerken, innoveren, klantgerichtheid, vraaggerichtheid, kennis verbreden, creativiteit;
- Medewerkers kunnen omgaan met onzekerheid en verandering;
- Zij durven risico's te nemen;
- Het lerend vermogen van medewerkers levert een bijdrage aan het lerend vermogen van de organisatie.

Kerncompetenties

- Zorgondernemingen zijn goed in het verrichten van zorgactiviteiten op een professionele, klantvriendelijke en efficiënte manier;
- Zorgondernemingen verbeteren en innoveren continu;
- Zij kunnen concurreren met andere zorgaanbieders;
- Professionals en management leveren een bijdrage aan het onderscheidend vermogen van zorgondernemingen;
- Er wordt een keuze gemaakt voor wel of niet specialiseren en de ontwikkeling naar een expertisecentrum.

Cultuur

- Deze kenmerkt zich door onvoorspelbaarheid en risicovol gedrag;
- Doel- en resultaatgerichtheid zijn nieuwe waarden;
- Er heerst een klimaat waarin het innovatief vermogen van medewerkers in zorgondernemingen wordt gestimuleerd;
- Het klimaat is tevens klant- en vraaggericht;
- De doelstellingen van een zorgonderneming komen overeen met de doelstellingen van de medewerkers werkzaam in die zorgonderneming;
- Medewerkers worden gestimuleerd tot continu ontwikkelen en het creëren van kansen;
- Er is sprake van een lerende cultuur waardoor een lerende organisatie ontstaat;
- Het maken van fouten levert een bijdrage aan het lerend vermogen van zorgondernemingen.

6.2 Het transformatieproces op weg naar een zorgonderneming

Het vestigen van het urgentiebesef

- Uitvoeren van omgevingsanalyse en concurrentie analyse door management van zorgonderneming;
- Informeren van medewerkers over de ontwikkelingen in de gezondheidszorg, consequenties daarvan voor de organisatie en de uitkomsten van analyses;
- Informeren van medewerkers over prestaties van de interne organisatie zoals klanttevredenheid en financiële prestaties;
- Aandacht vestigen op de kansen van de organisatie.

De leidende coalitie vormen

- Stel een leidende coalitie samen met een vertegenwoordiger van de Raad van Bestuur, de Medische Staf, het lijnmanagement en de Ondernemingsraad;
- Laat de leidende coalitie gezamenlijke doelstellingen ontwikkelen.

De ontwikkeling van visie en strategie

- Ontwikkel een visie die de transformatie naar een zorgonderneming tot stand helpt te brengen;
- Formuleer de strategie met doelstellingen en activiteiten die de visie concretiseren;
- Formuleer een visie en een strategie waarin medewerkers zich kunnen herkennen.

Het communiceren van de veranderingsvisie

- Maak gebruik van verschillende communicatievormen om over de visie te communiceren;
- Beschrijf de gewenste stijl van management;
- Zorg voor passend gedrag bij de leidende coalitie en het management van de organisatie.

Het creëren van een breed draagvlak voor de veranderingen

- Ontwikkel, zo nodig, een nieuwe organisatiestructuur;
- Beschrijf de competenties van de medewerkers in een zorgonderneming en stuur op deze competenties in de organisatie;

- Pas systemen in de organisatie zodanig aan dat zij ondersteunend zijn aan de nieuwe strategie van de organisatie.

Voor deze factoren kan gebruik gemaakt worden van de kenmerken zoals beschreven in paragraaf 6.1. Op deze wijze krijgt een verandering van deze factoren meer richting.

Het genereren van korte termijn successen

- Plan zichtbare verbetertrajecten, bijvoorbeeld de verbetering van een zorgtraject;
- Laat de organisatie zien wat de verbetertrajecten opleveren in doelmatigheid en kwaliteit;
- Plan de transformatie van structuur, medewerkers en systemen, dit kan eventueel in projectvorm;
- Breng de successen in relatie met de kerncompetenties van de organisatie.

De verbeteringen consolideren en meer veranderingen tot stand brengen

- Zorg continu voor een planning van zichtbare verbetertrajecten;
- Implementeer de verbeteringen en de veranderingen;
- Beloon het personeel dat zich inzet om veranderingen tot stand te brengen.

De veranderingen verankeren in de organisatiecultuur

- Benoem de nieuwe cultuur op zijn kenmerken;
- Breng een relatie aan tussen het nieuwe gedrag en het succes van de onderneming;
- Communiceer hierover met de medewerkers in de onderneming;

6.3 Conclusie

In voorgaande twee paragrafen is getracht, om voor de ontwikkeling van zorginstellingen naar zorgondernemingen, een procesbeschrijving te maken aan de hand van concrete stappen. De chronologische volgorde die Kotter aangeeft, is daarbij gehandhaafd. Tevens is het 7S model geïntegreerd in de stappen. Zorginstellingen die zich in een transformatieproces naar zorgonderneming bevinden, kunnen deze procesbeschrijving zien als een 'routebeschrijving'. De procesbeschrijving geeft niet alleen weer op welk moment de elementen van het 7S model in het proces aan bod dienen te komen, maar ook op welke wijze de organisatie betrokken kan

en dient te worden in het proces. Daarmee biedt deze beschrijving niet alleen een visie op de transformatie maar wordt de transformatie tevens operationeel gemaakt.

Opgemerkt kan worden dat in deze routebeschrijving uit wordt gegaan van een 'ideale' situatie zoals deze in de literatuur wordt weergegeven. Factoren die van invloed zijn op een succesvolle implementatie, zijn in de procesbeschrijving buiten beschouwing gelaten omdat deze voor elke organisatie kunnen verschillen. Op deze factoren dient op een zodanige wijze geanticipeerd te worden, dat de resultaten van het transformatieproces gewaarborgd blijven.

Gesteld kan worden dat de flexibiliteit van de leider en de organisatie daarmee een belangrijke succesfactor zijn in het transformatieproces op weg naar een zorgonderneming.

7. Transformeren naar een onderneming; de stand van zaken

In paragraaf 7.1 tot en met 7.4 zullen, in de vorm van een casusbeschrijving, de resultaten van de verschillende onderzoeksinstellingen worden uitgewerkt. De volgende zorginstellingen zijn voor deze studie geselecteerd:

- Het Diakonessenhuis, Utrecht (paragraaf 7.1);
- Het Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch (paragraaf 7.2);
- Ziekenhuis Groep Twente, Almelo (paragraaf 7.3).

Deze zorginstellingen zijn geselecteerd vanwege het feit dat zij als ondernemend bekend staan of in het strategisch beleid een keuze voor ondernemerschap maken.

In deze studie wordt tevens een vergelijking gemaakt met een andere sector waarin het liberaliseringproces reeds enige tijd eerder is gestart. Gekozen is voor de energiesector omdat in deze sector zich een vergelijkend transformatieproces afspeelt, die van nutsbedrijf naar energieonderneming. Als energieonderneming is gekozen voor Eneco Energie Nederland, vanwege toegang tot informatie en de medewerking van de voorzitter van de Raad van Bestuur. De beschrijving van deze casus bevindt zich in paragraaf 7.4.

De casusbeschrijvingen zijn tot stand gekomen door de uitwerking van de semi-gestructureerde interviews en de analyse van verschillende documenten (zie bijlage 3). Van de organisaties zijn respondenten betrokken die verschillende lagen in de organisatie vertegenwoordigen. Getracht wordt voor de verschillende elementen van het 7S model en het 8-fasen transformatieproces, hun visie en inzicht weer te geven. De empirische gegevens van deze studie zullen worden gelegd naast de 'routebeschrijving' zoals ontwikkeld in hoofdstuk 6. Tevens zullen deze gegevens een bijdrage leveren aan het beantwoorden van de probleemstelling van deze studie in het volgende hoofdstuk.

In de beschrijving van de organisatie zal een afkorting voor de naam van de organisatie gebruikt worden. Voor een korte beschrijving van de organisaties met een bijbehorend organogram, wordt verwezen naar bijlage 5 tot en met 8.

7.1 Diakonessenhuis (Diak)

Het Diakonessenhuis is ontstaan uit een fusie tussen het Lorentz ziekenhuis Zeist en het Diakonessenhuis Utrecht. Vanaf 2004 heeft het Diak veel aandacht gehad voor het verbeteren van de marktpositie in het verzorgingsgebied. Het verloor vanwege de inefficiënte organisatie van het zorgproces, namelijk verdeeld over drie locaties, veel patiënten aan andere zorgaanbieders. Daarnaast nam als gevolg van marktwerking de concurrentie in de omgeving van het Diak toe. Het is voor het ziekenhuis duidelijk dat er proactief gereageerd moet worden op een veranderende omgeving.

Strategie

De strategische koers kenmerkt zich door drie bewegingen die richting geven aan de doelstellingen van de organisatie: ‘buitenste binnen’, ‘onderste boven’ en ‘achterste voren’. ‘Buitenste binnen’ verwijst naar aandacht voor de markt. In deze beweging is het van belang dat het Diak zich meer richt op de behoeften van de patiënten in de regio maar ook daarbuiten. Eén van de doelstellingen is dat met betrekking tot de zorgproducten een keuze gemaakt wordt voor concurreren, samenwerken of segmenteren². In de beweging ‘onderste boven’ richten de doelstellingen zich op het interne beleid en uitvoering. Hierin wordt duidelijk gemaakt dat niet langer het ziekenhuis daarin centraal moet worden gesteld maar de zorgprocessen die bij een patiëntenstroom horen. Het Diak stelt daarin dat deze keuze ook vertaald moet worden naar de organisatie- en managementcultuur, de structuur en de wijze waarop professionals gefaciliteerd worden. Tenslotte betekent ‘achterste voren’ dat er in de organisatie niet langer gedacht moet worden vanuit de opbrengsten (extern budget dat door zorgverzekeraars wordt uitgekeerd) maar vanuit de kosten die gerelateerd zijn aan de producten en diensten die het Diak biedt. Het Diak streeft ernaar ‘een gezonde onderneming te zijn voor zieke mensen’. Deze strategie staat niet alleen als zodanig geformuleerd in het beleid voor de komende jaren, maar kan ook door alle respondenten worden beschreven en toegelicht.

Ondernemende activiteiten worden op alle niveaus van de organisatie gestimuleerd. Op het niveau van de Raad van Bestuur wordt samenwerking gezocht met marktpartijen die als private investeerder willen optreden, bijvoorbeeld ten behoeve van nieuwbouw en verbouw. Of met een onderneming zoals Siemens, om afspraken te maken over

² Segmenteren wordt door het Diak gedefinieerd als het uitruilen van de zorg waarbij het ene ziekenhuis zich richt op de ene behandeling en het andere ziekenhuis op een andere behandeling.

leasecontracten voor medische apparatuur. Op het niveau van de professionals heeft het Diak voortdurend aandacht voor de ontwikkeling van nieuwe zorgarrangementen en biedt zij voor een aantal patiëntenstromen specialistische zorg in een behandelcentrum. Medisch specialisten krijgen de ruimte om te ondernemen. Het ziekenhuis kijkt samen met de medisch specialisten wat men daarin voor elkaar kan betekenen.

Structuur

De huidige structuur kenmerkt zich door een indeling van divisies op alle locaties: Interne, heelkunde en vrouw/kind (zie bijlage 5). De verantwoordelijkheid voor het zorgproces ligt decentraal bij de professionals. Coördinatie vindt veelal nog plaats op basis van standaardisatie van vaardigheden. Hierin is echter wel een beweging herkenbaar. Dit wordt onderschreven door de medisch directeur. Er wordt meer gewerkt met zorgpaden waarin sprake is van standaardisatie van het proces. Omdat patiëntenstromen richtinggevend worden voor de organisatie, wordt ook de bestaande structuur aangepast. Idealiter bestaan er, volgens de voorzitter van de Raad van Bestuur en de directeur zorg, in de toekomst ongeveer tien ‘ondernemingen’ binnen het Diak. Door volledige decentralisatie van inhoud en organisatie, op die manier ontstaan er laag in de organisatie zorgondernemers die de markt en de interne organisatie met elkaar kunnen verbinden. Een dergelijke ‘onderneming’ krijgt targets mee maar zal autonoom zijn in de bedrijfsvoering en besluitvorming daaromtrent. De onderneming zal aangestuurd worden door een zorgondernemer en een medisch specialist.

Systemen

De huidige systemen ondersteunen, volgens alle respondenten, de organisatie onvoldoende in de ontwikkeling zoals die gewenst is. Het ICT systeem, dat sterk verouderd was, is onlangs volledig vervangen ter ondersteuning van het werken op meerdere locaties. Dat systeem gaat bij een nieuwe structuur ook zorgen voor een goed ingericht managementinformatiesysteem. Het HRM beleid is volledig gewijzigd, maar nog niet geïmplementeerd. De bijbehorende systemen worden op dit moment daarvoor aangeschaft.

De voorzitter van de Raad van Bestuur voegt er nog aan toe dat voor de toekomst wordt geïnvesteerd in een veiligheid managementsysteem waarin alles wat met klachten, fouten en incidenten te maken heeft, inzichtelijk en meetbaar wordt gemaakt. Vanaf juli 2006 start de implementatie daarvan.

Ondanks alle ontwikkelingen, erkent het Diak echter een achterstand in de systemen van de organisatie.

Stijl van het management

In relatie tot de ontwikkelingen in de organisatie zal ook gekeken worden naar de competenties van professionals en het management. Het Diak kiest voor een nieuwe vorm van leiding geven, waarin de leiding van een patiëntenstroom bestaat uit een zorgondernemer en een medicus. Die leiding draagt de volledige verantwoordelijkheid voor hun onderneming. Zij weten wat er vanuit de markt gevraagd wordt en spelen daar op in. Daarbij worden de medewerkers nauw betrokken. Er is voortdurend aandacht voor de ontwikkeling van nieuwe producten om aan de vraag van patiënt tegemoet te komen. De huidige organisatie is echter nog niet zover. De voorzitter van de Raad van Bestuur en de directeur zorg geven aan dat een aantal managers de gevraagde capaciteiten wel in huis heeft maar een aantal nog niet. De voorzitter van de Raad van Bestuur mist daarin nog met name de capaciteit niet alleen waar te nemen wat niet klopt, maar ook de verantwoordelijkheid te nemen om er iets aan te doen. Het huidige management is vooral ondersteunend op de uitvoering van de zorg te noemen. De medisch directeur onderschrijft dit.

Kostenbeheersing en efficiency komen nog onvoldoende aan bod, hoewel hierin wel een beweging te zien is. Van het management wordt verwacht dat zij met professionals onderhandelen door gebruik te maken van managementtechnieken. De voorzitter van de Raad van Bestuur maakt, bij aanvragen van medisch specialisten voor aanschaf van medische apparatuur, onder andere gebruik van kosten baten analyses.

Medewerkers

Het ondernemerschap van de professionals richt zich, volgens de directeur zorg, in de toekomst vooral op het aanbieden van de beste zorg aan de patiënt en alles wat daarvoor noodzakelijk is. Dus innovaties, verbeteren van huidige processen en het bewaken van de kwaliteit van de zorg. Die beweging is nu ingezet. Een deel van de huidige professionals is al buitengewoon gericht op kwaliteit maar kan daarbij nog beter gefaciliteerd worden door het management. Volgens de voorzitter van de Raad van Bestuur is het belangrijk dat de professional en de patiënt weer in het hart van de organisatie gebracht worden. Hij ervaart geen belemmeringen in het meebewegen van de professionals en legt de nadruk sterk op de inhoudelijke competenties.

Kerncompetenties

Volgens de respondenten zijn de kerncompetenties van het Diak, patiëntvriendelijkheid, grote aandacht voor de patiënt, aardige en kundige professionals en

hoogstaande zorg. Zij geven allen aan dat dit bevestigd wordt door de patiënt tevredenheidsonderzoeken maar ook door de positionering op de overzichtslijst prestatie-indicatoren van bijvoorbeeld Elsevier Magazine. Het Diak bezet op dit moment, na de lijst aanvankelijk aangevoerd te hebben, de derde positie.

Het Diak heeft zich voor een aantal patiëntenstromen gespecialiseerd. Voor deze patiëntenstromen stelt het Diak zich als concurrent op. Voor andere stromen wordt samenwerking gezocht met zorgaanbieders uit de omgeving.

Cultuur

De huidige cultuur van het Diak kenmerkt zich door toewijding aan de patiëntenzorg. Gevolg is dat er minder aandacht is voor efficiëntie en kostenbeheersing.

De medische directeur beaamt dat de Medische Staf wordt betrokken bij de beleidsvorming. De autonomie van professionals leidt niet of nauwelijks tot problemen en er lijkt sprake van congruentie tussen de doelstellingen van de organisatie en de medewerkers. In de het Diak wordt een duidelijk onderscheid gemaakt tussen de competenties van de professionals en het management. In de toekomst ontwikkelt de cultuur zich naar een ondernemende cultuur met name door ondernemende medewerkers in de organisatie. De transformatie van de organisatie naar patiëntenstromen moet er toe leiden dat er meer innovatieve en creatieve initiatieven genomen worden.

Transformatieproces

Voor een groot deel van de medewerkers van het Diak is duidelijk dat de beweging naar “een gezonde onderneming voor zieke mensen”, verandering gaat vragen van de organisatie. Dit besef is mede ontstaan door het feit dat er veel gecommuniceerd wordt over ontwikkelingen. Het Diak gebruikt onder andere een communicatievorm die zij ‘zeepkistbijeenkomsten’ noemen. Deze bijeenkomsten vinden in totaal vier keer per maand plaats op verschillende locaties plaats. Alle medewerkers zijn voor deze bijeenkomsten uitgenodigd. De Raad van Bestuur, de locatiedirecties en inmiddels ook de medisch specialisten gebruiken deze vorm om over ontwikkelingen, binnen en buiten de organisatie, te communiceren. Naast andere vormen van communicatie, zoals tijdschriften en rapporten, wordt het maandelijks vertellen waar men mee bezig is gezien als de belangrijkste sleutel om de organisatie te bereiken en te motiveren. Succesvolle processen of veranderingen krijgen in deze bijeenkomsten bijzondere aandacht. Om urgentiebesef nog verder te vergroten wordt

door het management gebruik gemaakt van gegevens uit marktonderzoeken. Deze worden aan professionals voorgelegd en er wordt gesproken over de consequenties daarvan.

Door de locatiemanagers, managers van diensten, het stafbestuur en de Raad van Bestuur wordt intensief samengewerkt om de doelstellingen concreet vorm te geven. Het motto daarbij is “we doen het samen of we doen het niet” (Kaderbrief 2006).

Zoals boven vermeld wordt, beschikt het Diak over een strategie waarin aandacht is voor ondernemerschap in de organisatie. Tevens heeft men aandacht voor belemmerende factoren zoals structuur, stijl van het management en de systemen van de organisatie. Zo gaat men zich de komende periode bezig houden met de ontwikkeling van een nieuwe organisatiestructuur.

7.2 Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ)

Het JBZ is ontstaan uit een fusie tussen het Carolus Liduina Ziekenhuis en het Bosch Medicentrum. De integratie van vakgroepen, clusters en andere organisatie heeft, nog steeds, veel aandacht in het ziekenhuis. Het JBZ heeft de afgelopen jaren financiële problemen gekend waardoor er een behoorlijke bezuinigingsslag heeft plaatsgevonden. Inmiddels heeft dit geleid tot een verbetering van de financiële positie van het ziekenhuis. Het JBZ is druk bezig met de nieuwbouw die in 2009 betrokken gaat worden.

Strategie

‘Duidelijk beter’ heeft het JBZ het strategisch beleid voor de jaren 2005-2009, tot aan het betrekken van de nieuwbouw genoemd. Centraal daarin staat de ambitie om de veiligheid, logistiek en presentatie van de zorg voor de patiënten te verbeteren. Intussen wordt er continue gewerkt aan zorgverbetering in de projecten van Sneller Beter en integratie op weg naar het nieuwe ziekenhuis. Belangrijke doelstellingen zijn gericht op het imago van het ziekenhuis, het voorop stellen van het belang van de patiënt, openstaan voor nieuwe initiatieven en creativiteit. Daarnaast is het van belang dat het ziekenhuis niet opnieuw in een langdurig slechte financiële positie terechtkomt. Het JBZ wil een maatschappelijke onderneming zijn waarbij men zich met name richt op transparantie en bereikbaarheid.

Over ondernemende initiatieven die door specialisten genomen worden, is het management duidelijk: het is geen geval de bedoeling dat de medisch specialisten met de patiënten van het ziekenhuis een eigen business gaan draaien. De continuïteit van de

organisatie moet ten alle tijden nagestreefd worden. Ondernemende initiatieven moeten derhalve in eigen tijd van de medisch specialisten gerealiseerd worden, buiten het JBZ.

Structuur

In het beleidsdocument 'einde aan de zachte sector' wordt gesteld dat er binnen het JBZ tevredenheid heerst over de huidige organisatiestructuur. De vraag is of dit ook als zodanig wordt ervaren. De organisatie kent een clusterstructuur (zie bijlage 6) die dual wordt aangestuurd door een clustermanager en een medisch specialist. Er wordt door de directeur Ondersteuning Patiëntenzorg aangegeven dat de huidige situatie van een professionele bureaucratie weinig slagvaardig is. Over alles moet consensus zijn en overal wordt over overlegd. De voorzitter van de Medische Staf stelt daarbij nog dat de goed functionerende clusters de prestaties van de slecht functionerende clusters opvangen. De slecht functionerende clusters worden niet, in één of andere vorm, afgerekend op de slechte prestaties. Dat werkt vooralsnog weinig motiverend om als cluster goed te presteren en innovatief te zijn. De Raad van Bestuur ziet echter geen reden om in de nabije toekomst de structuur van de organisatie te wijzigen. De voorzitter van de Medische Staf heeft hierover een andere mening. Hij stelt dat clusters autonoom zouden moeten zijn in het beleid dat zij willen volgen en decentraal verantwoordelijk voor het beheersen van de prestaties. Slecht functioneren is, volgens hem, dan voor eigen consequentie.

Het JBZ heeft tevens een Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC) als cluster in de structuur. Men heeft een ZBC opgericht om mee te doen in de beweging die er op dat moment was. Wat men in de toekomst met dit ZBC wil doen, is vooralsnog onduidelijk. Als ondernemende activiteit kan ook nog de ontwikkeling van een diagnostisch centrum aangemerkt worden. Maar uit de gesprekken met de verschillende respondenten kan opgemerkt worden dat er een verschil van inzicht bestaat over de invulling hiervan.

Systemen

De systemen in het JBZ faciliteren de organisatie in zijn huidige vorm optimaal. Er is een adequaat managementinformatiesysteem. ICT en het HRM systeem hebben op dit moment geen aandacht in het kader van de externe ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

Stijl van het management

Het management van de clusters heeft een integrale verantwoordelijkheid voor de prestaties van hun clusters. Zij krijgen daarin weliswaar veel ruimte maar zijn niet autonoom.

Het management van de organisatie wordt met name als sturend en besturend ervaren en niet als faciliterend. In de huidige gezondheidszorg zou het management kansen moeten vinden, deze benutten en daarnaast aandacht moeten hebben voor het imago van het ziekenhuis. Daarbij moet er inzicht zijn in de markt. In tegenstelling tot de huidige situatie, zou er meer gebruik gemaakt mogen worden van managementtechnieken zoals onder andere een kosten baten analyse.

Medewerkers

De professionele autonomie speelt in het JBZ nog een grote rol. De professionals hebben het primaire proces als uitgangspunt van hun handelen. Door de positie van de professionals ontstaan in de organisatie soms tegengestelde belangen. Er vinden veel verbeterprojecten in de organisatie plaats, waar ook andere professionals een enthousiaste rol spelen. Er zijn een aantal maatschappen die goed in beweging zijn. Zo bieden bijvoorbeeld de plastisch chirurgen ook private zorg. Het management van het JBZ ervaart echter weinig ondernemerschap bij de medisch specialisten.

De visie op het ondernemerschap van medewerkers verschilt bij de respondenten. De directeur Ondersteuning Patiëntenzorg en de voorzitter van de Raad van Bestuur beoordelen de professionals, met name de medisch specialisten, als weinig ondernemend. De directeur Ondersteuning Patiëntenzorg voegt daar aan toe dat de meeste medewerkers in het ziekenhuis niet de vaardigheden bezitten om privaat te ondernemen. Hij spreekt van zo'n 10 %. De voorzitter van de Medische Staf erkent weliswaar het feit dat niet alle medisch specialisten ondernemend zijn, maar merkt daarbij op dat dit gedeeltelijk te verklaren is uit het feit dat vele vakgroepen de laatste jaren veel tijd hebben moeten steken in de integratie van de maatschappen als gevolg van de fusie.

Kerncompetenties

Als kerncompetentie van het ziekenhuis wordt, door het management, de breedte van de basis ziekenhuiszorg genoemd. Daarnaast wordt aangegeven dat er binnen het ziekenhuis veel ruimte is voor initiatieven. Het feit dat het JBZ geen gespecialiseerde producten heeft waarmee het zich onderscheidt van anderen, wordt echter door de voorzitter van de Medische Staf als een zwakte ervaren. Daarnaast heeft hij minder het gevoel dat medewerkers gestimuleerd worden tot nieuwe initiatieven.

Het ziekenhuis stelt dat het een regionaal ziekenhuis wil zijn met een uitstekende reputatie op het gebied van zorgverlening, waar het goed toeven is voor patiënten en hun naasten en de mensen die er werken (strategisch beleid 2005-2009).

Cultuur

De cultuur van het JBZ is voornamelijk nog aanbodgericht. Alle respondenten onderschrijven dit. Het gevaar van een ideologisch conflict zoals in een professionele bureaucratie kan voorkomen, lijkt in het JBZ reëel. Er lijkt een grote kloof te bestaan tussen de Medische Staf en de Raad van Bestuur. Er is geen optimale samenwerkingsrelatie waarbij voor beide partijen een belangrijke rol is weggelegd in de ontwikkeling van het ziekenhuis. Terwijl de doelstellingen van beide partijen congruent te noemen zijn. Het JBZ kan intern gericht genoemd worden. Van een innovatief klimaat lijkt geen sprake te zijn. De gewenste cultuur kenmerkt zich, volgens alle respondenten, door vraaggerichtheid, innovatief vermogen en een verantwoordelijkheidsgevoel bij alle medewerker voor de prestaties van de organisatie.

Transformatieproces

Externe prikkels zoals concurrentie en marktwerking, worden door het ziekenhuis nog nauwelijks ervaren. Het JBZ ziet zichzelf als een regionale monopolist en legt, mede daardoor, de prioriteit bij de interne processen. De medisch specialisten richten zich met name op het verbeteren van de primaire processen en hebben nog weinig aandacht voor vragen vanuit de markt. Daarin is wel een verandering waar te nemen omdat de medisch specialisten wel degelijk ervaren dat de concurrentie vanuit de omgeving toeneemt. De medisch specialisten zien, met name in de rol van de zorgverzekeraars, een bedreiging. Door de voorzitter van de Medische Staf wordt gesteld dat het JBZ zich hierin vooral nog reactief opstelt. In een document ter voorbereiding op de beleidsdagen van 2006, wordt opgemerkt dat de keuzevrijheid van de patiënt een rol gaat spelen in de toekomst en dat er meer aandacht moet zijn voor keuzes van de individuele patiënt. Er wordt echter nog geen prikkel tot aanpassing van het handelen ervaren. De activiteiten die het ziekenhuis als ondernemend kan kenmerken, zijn nog zeer beperkt. Toch spreekt het ziekenhuis in het strategisch beleid over maatschappelijk ondernemerschap en lijkt men een visie geformuleerd te hebben ten aanzien van ondernemen en de positie van de patiënt. De respondenten zijn het erover eens dat de ontwikkeling naar een zorgonderneming gezien kan worden als een transformatieproces. In tegenstelling tot de voorzitter van de Medische Staf, stelt de voorzitter van de Raad van Bestuur echter dat het JBZ nog niet zover is.

7.3 Ziekenhuis Groep Twente (ZGT)

Voor een goed begrip van deze casus is het van belang om voorafgaand inzicht te hebben in de organisatiestructuur (zie bijlage 7). Er is sprake van twee hoofdwerkmaatschappijen: stichting Ziekenhuisgroep Twente waarin de ziekenhuizen in Hengelo en Almelo ondergebracht zitten en stichting Zorgservices Twente die als doel heeft aanvullende zorg te verlenen aan cliënten en andere belanghebbenden. In deze casus zal daarom op onderdelen de situatie voor zowel ziekenhuis Twenteborg als Zorgservices bezien worden.

In 1998 zijn het Streekziekenhuis Midden-Twente en het Twenteborg ziekenhuis een bestuurlijke fusie aangegaan. Inmiddels zijn ook de zorgfaciliterende organisatieonderdelen, zoals onder andere laboratorium en apotheek, geïntegreerd. Dat geldt nog niet voor de zorgprocessen. ZGT ervaart geen prikkels van concurrentie en marktwerking. In de regio Twente hebben de ziekenhuizen traditioneel een geografisch werkgebied. Vooral nog lijkt het niet zo te zijn dat de patiënt die een keuze maakte voor een ziekenhuis, daarin op dit moment een andere overweging maakt.

Strategie

In het strategisch beleid van ZGT, dat geldt voor zowel het ziekenhuis als Zorgservices, zijn een aantal ambities waar te nemen. ZGT wil een groot algemeen ziekenhuis worden met high tech, kwalitatief hoogwaardige zorg op beide locaties. De insteek is om relevante kennis te bundelen en onder te brengen in één kenniscentrum dat geavanceerde producten en diensten biedt en de focus richt op verdere ontwikkeling. Hiervoor heeft zij, met het oog op de toekomst, een aantal medisch specialistische speerpunten opgesteld. ZGT stelt zich daarbij ten doel een opleidingsziekenhuis te zijn, dat in de eerste plaats de medewerkers zelf opleidt. Tenslotte wil ZGT ondernemen en voorop lopen waarbij vernieuwen, verbeteren en creativiteit de kernwoorden zijn. Ondernemen wordt door ZGT gedefinieerd als het zoeken naar verbeteringen en het realiseren van verandering ten gunste van de patiëntenzorg. Deze activiteiten kunnen georganiseerd worden in de reguliere zorg of in de private zorg.

Zorgservices Twente is de gezondheidsonderneming van ZGT. Zij richt zich op producten en diensten die niet behoren tot de kernactiviteiten van de ziekenhuizen maar er wel nauw mee verbonden zijn. De kennis en ervaring die binnen ZGT geneeskundig worden ingezet, kunnen via Zorgservices Twente consumentgericht benut worden. Daarbij staat maatschappelijke relevantie voorop. Er is sprake van veel commerciële activiteiten zoals

onder andere een Laserkliniek en een Travel Health Clinic. Daarnaast wordt ook reguliere gezondheidszorg geboden in onder andere het Zelfstandig Behandelcentrum. De prikkel om service te verlenen ligt daarbij niet in de marktwerking, maar is gericht op het bieden van optimale kwaliteit aan de klanten. Zorgservices bestond reeds voordat de marktwerking in de zorg een feit werd.

Structuur

ZGT kenmerkt zich als een concern dat is opgebouwd uit afzonderlijke rechtspersonen met elk een eigen werkorganisatie, financiële positie en personeel. De structuur van het ziekenhuis is opgebouwd uit functies. Alle zorgfuncties bevinden zich op beide locaties. De backoffice activiteiten van beide ziekenhuizen zijn wel geïntegreerd. Door de directeur van Services wordt gesteld dat het ziekenhuis een politieke, bureaucratische organisatie is, waarin veel mensen werkzaam zijn en waar met compromissen gestuurd wordt. Ook de afgevaardigde van de Raad van Bestuur erkent een logheid in de huidige structuur. Dat gaat, volgens beiden, ten koste van de slagvaardigheid. Coördinatie vindt, in de ziekenhuizen, vooral plaats op basis van standaardisatie van vaardigheden. Zorgservices is daarentegen verdeeld in een aantal divisies waaronder weer een aantal stichtingen en BV's vallen. Zorgservices is autonoom binnen ZGT en zelf verantwoordelijk voor de kosten en de opbrengsten. De verantwoordelijkheden zijn hier decentraal bij leidinggevendenden van de stichtingen of BV's gelegd. Coördinatie vindt enerzijds plaats op basis van standaardisatie van processen, anderzijds op basis van output. Onderlinge aanpassing vindt als coördinatiemechanisme met name plaats in projectgroepen. De constructie zoals deze op dit moment binnen ZGT bestaat, stelt Zorgservices in staat om gebruik te kunnen maken van de kennis en kunde van de medisch specialisten en de high tech voorzieningen.

Systemen

De systemen binnen ZGT hebben met name aandacht in het kader van het functioneren op twee locaties. Er wordt gesproken over een nieuw ICT systeem. Daarnaast is het noodzakelijk dat in het kader van integratie, nieuw beleid wordt gevoerd op het gebied van HRM, communicatie en financiën. Hiervoor moeten nog passende systemen ontworpen worden. Eén van de prioriteiten voor 2006 was de opzet en borging van een systeem voor de berekening van de kostprijzen.

Stijl van management

Het management van het ziekenhuis wordt, door de directeur Services en de medisch specialist, besturend en weinig ondernemend genoemd. Beiden geven aan dat de aandacht van het management voornamelijk gericht is op de interne bedrijfsvoering. Kostenbeheersing en efficiëntie zijn lange tijd niet relevant geweest binnen ZGT, zo geeft de afgevaardigde van de Raad van Bestuur aan. Met de introductie van de DBC's is duidelijk geworden dat de interne doorbelastingen niet transparant zijn. Van de managers binnen Zorgservices wordt door de directeur en de medisch specialist gesteld, dat het gezondheidsondernemers zijn die een gecalculeerd risico durven te nemen, creatief zijn en gericht op de vragen vanuit de markt.

Medewerkers

De professionals van ZGT hebben een eerste verantwoordelijkheid bij het leveren van kwalitatief hoogwaardige zorg en het realiseren van de productie. Daarbuiten is er ruimte voor ondernemende initiatieven. Het lerend vermogen van professionals is binnen ZGT van groot belang. Deze ontwikkeling wordt door de afgevaardigde van de Raad van Bestuur niet als ondernemend gezien. Hij stelt tevens dat ondernemende initiatieven beginnen bij de medisch specialisten.

Professionals worden wel gestimuleerd tot ondernemerschap maar nieuwe initiatieven worden echter voornamelijk binnen Zorgservices ontwikkeld. Er wordt wel vanuit gegaan dat initiatieven die leiden tot een verbetering van de reguliere zorg meegenomen worden in het ziekenhuis. Echter blijkt dat ook Zorgservices inmiddels reguliere zorgproducten biedt binnen het ZBC. Het gaat daarbij met name om zorg in het B-segment van de DBC's.

Kerncompetenties

ZGT beschikt over een grote bestaanszekerheid en streeft naar consolidatie van de huidige omstandigheden. Daarnaast wordt hoogwaardige specialistische zorg geboden op een aantal diagnosen. De directeur van Zorgservices ziet het leveren van producten en diensten die niet tot de reguliere zorg behoren maar wel een meerwaarde leveren, als kerncompetentie.

Cultuur

De cultuur van ZGT kan als lerende cultuur bestempeld worden. Men streeft ernaar om 'het vandaag beter te doen dan gisteren en morgen beter dan vandaag'. Binnen het ziekenhuis lijkt de zorg voornamelijk aanbodgericht hoewel er in het beleid wel wordt gesproken over een ontwikkeling naar vraaggerichtheid. De harmonisatie van de salarissen van de medisch

specialisten heeft veel rust gebracht binnen de organisatie. Er zijn duidelijke afspraken gemaakt met betrekking tot de doelstellingen van de organisatie. Daarnaast krijgen specialisten de ruimte om initiatieven te ontplooiën.

Binnen Zorgservices is er duidelijk sprake van klantgerichtheid en aandacht voor de vraag van de patiënten. De cultuur kenmerkt zich tevens door onvoorspelbaarheid. Het innovatieve vermogen van de medewerkers wordt gestimuleerd.

Transformatieproces

Binnen ZGT ziet de afgevaardigde van de Raad van Bestuur de ontwikkeling naar een gezondheidsonderneming als een transformatieproces, waarvan men zich bewust is dat dit een langdurige zaak is die in Twente vanwege de regionale cultuur wellicht nog trager zal lopen. Gesteld kan worden dat de ondernemende activiteiten voornamelijk plaatsvinden binnen Zorgservices hoewel er binnen het ziekenhuis ook allerlei verbetertrajecten opgezet zijn teneinde zorgprocessen te verbeteren. Dit wordt door ZGT echter niet als ondernemen ervaren.

De afgevaardigde van de Raad van Bestuur is ervan overtuigd dat in het transformatieproces het veranderen van de cultuur vooraf dient te gaan aan het veranderen van de structuur.

7.4 Eneco

ENECO Holding NV is in omzet en marktaandeel één van de drie grote energiebedrijven in Nederland. In totaal worden ruim 2 miljoen zakelijke en huishoudelijke klanten bediend. Met de liberalisering is de dreiging van concurrentie toegenomen. Daarnaast is het financiële resultaat belangrijker geworden.

Strategie

Het huidige strategisch beleid kent drie belangrijke pijlers. Ten eerste wil het bedrijf inzetten op integrale dienstverlening. Als tweede wil Eneco de hele voortbrengingsketen die samenhangt met de energiedistributie, in eigen hand hebben. De laatste pijler betreft kwaliteitsmanagement waarin het bedrijf zich richt op de vraag vanuit de klant en de overheid. De pijlers van het beleid zijn vertaald in speerpunten. Eneco streeft daarbij naar 'operational excellence'. Speerpunten zijn bijvoorbeeld klachtenmanagement en ketenmanagement. Eneco hecht ook veel belang aan duurzaam ondernemen waarbij onder

andere wordt ingezet op het bevorderen van het bewustzijn van klanten over het energieverbruik. Op basisscholen worden, als voorbeeld, energie educatieprogramma's gegeven. Daarnaast wordt er actief geïnvesteerd in innovaties. Zo heeft Eneco het voortouw genomen bij de ontwikkeling van een nieuwe generatie hoogrendementsketel en wordt er gewerkt met prepaid meters. Eneco vindt dat zij een verantwoordelijkheid heeft als maatschappelijke onderneming vanwege het feit dat zij een elementaire voorziening biedt aan de samenleving. Daarbij gaan zij ervan uit dat deze voorziening toegankelijk moet zijn voor iedereen in onze samenleving.

Alle respondenten verwoorden de strategie van de organisatie als hierboven en geven deze concreet vorm voor het niveau van de organisatie waarbinnen zij werkzaam zijn. De directeur van de divisie Services benoemt vanuit het strategisch beleid vier speerpunten voor zijn divisie en het Hoofd Data heeft deze speerpunten voor zijn organisatieniveau weer vertaald in concrete doelstellingen.

Structuur

Voor de liberalisering van de energiemarkt was Eneco een bureaucratische organisatie die zeven managementlagen kende. De voorzitter van de Raad van Bestuur geeft aan dat werd ingezien dat bij liberalisering en het opengaan van de markt, deze structuur niet langer passend was. Er werd gekozen voor een divisiestructuur (zie bijlage 8) om beter mee te kunnen bewegen met de ontwikkelingen in de markt en om de groei in klanten beter het hoofd te kunnen bieden. De divisiestructuur is gericht op marktgroepen en bestaat uit zelfstandige bedrijfsonderdelen die op een eigen kernactiviteit zijn gericht. Coördinatie vindt met name plaats door middel van standaardisatie van werkprocessen. De divisies hebben aanvankelijk maximale autonomie gekregen. Dat heeft ertoe geleid dat de doelstellingen van een divisie niet persé de doelstellingen van de organisatie waren. Dit had een belemmerend effect op de ketenprocessen die horizontaal binnen de organisatie bestonden. Door die ketens zijn divisies aan elkaar verbonden. Dit leidde tot een aanpassing waarin van maximale autonomie naar gelimiteerde autonomie. Het Hoofd Data bevestigt dat deze aanpassing heeft geleid tot een verbetering van processen binnen de divisie Services.

Systemen

De verandering van de strategie heeft consequenties gehad voor in het bijzonder drie systemen. Ten eerste het ICT systeem, dat meer ondersteunend moest worden voor de klantprocessen binnen de organisatie. Daarnaast moest het systeem functioneren op meerdere

locaties en tussen de verschillende divisies. De implementatie hiervan is nog niet volledig voltooid. Door de directeur van de divisie Services en Hoofd Data wordt dit herkend, hoewel beiden opmerken dat inmiddels gesproken kan worden over een duidelijke verbetering, met name voor de klant.

Ten tweede is er aandacht gekomen voor een marketing systeem gericht op de klant en zijn vragen. Onderdeel daarvan is de procedure die voor de klachtenafhandeling ontwikkeld is. Tenslotte is het HRM systeem afgestemd op de strategie van de organisatie. Uitgangspunt is sturen op competenties en persoonlijke ontwikkeling in relatie tot de doelstellingen van de organisatie. Het hoofd Data merkt daarbij op dat de fusie die heeft plaatsgevonden tussen Eneco en REMU (Regionale Energie Maatschappij Utrecht) veel heeft gevraagd van de medewerkers die in Utrecht werkzaam waren, maar dat Eneco inderdaad veel aandacht heeft voor de ontwikkeling van competenties van medewerkers.

Stijl van het management

Eneco heeft, sinds de liberalisering, een groot deel van het topmanagement van de organisatie vervangen. Omdat kostenbeheersing en winst maken een belangrijke doelstelling is binnen Eneco, bezitten de managers met name bedrijfsmatige kwaliteiten. Het management is daarnaast ondernemend, durft risico's te nemen en kan risico's goed inschatten. De stijl van leidinggeven is faciliterend en coachend te noemen. Het management heeft oog voor de doelstellingen van de organisatie en voelt zich verantwoordelijk voor de resultaten. Alle respondenten onderschrijven bovenstaande.

Inmiddels is men, volgens de voorzitter van de Raad van Bestuur, binnen Eneco tot de conclusie gekomen dat het selecteren op zuiver bedrijfsmatige aspecten, niet passend is bij de ontwikkeling die het bedrijf wil maken. Het is van belang dat een manager ook bezit over de kwaliteiten om mensen mee te bewegen.

Medewerkers

Alle respondenten stellen dat Eneco ondernemerschap ervaart als één van de belangrijkste competenties voor de rest van haar medewerkers. Ook medewerkers moeten, volgens hen, risico's durven nemen, betrokken zijn bij de organisatie en gemotiveerd zijn de doelstellingen van de organisatie te realiseren. Resultaatgerichtheid is daarbij voorwaardelijk. Het is van belang dat medewerkers over de benodigde kennis beschikken, een hoog opleidingsniveau hebben en zich voortdurend ontwikkelen. Zij worden gestimuleerd om zelf met ideeën te komen. In het informatieboekje 'De liberalisering en jouw rol' worden daar nog

klantgerichtheid, marktgerichtheid en samenwerking aan toegevoegd. Eneco vraagt van de medewerkers om mee te veranderen met de organisatie. Om mensen daarin te ondersteunen wordt mensen de gelegenheid geboden zich te ontwikkelen door middel van een opleiding. Daarnaast zijn er nieuwe medewerkers aangenomen die geselecteerd worden op de genoemde competenties.

Kerncompetenties

Eneco wil een professionele organisatie zijn met een continue aandacht voor verbetering. Klantgerichtheid en nuchterheid staan centraal waarbij het doel is ervoor te zorgen dat ‘het licht aangaat en dat er gas uit het gasfornuis komt’. Daarnaast ziet Eneco zichzelf als een sociale organisatie, met aandacht voor de medewerkers. Eneco wil zich onderscheiden als de beste energieonderneming in Nederland op basis van genoemde kerncompetenties.

Cultuur

De huidige cultuur van Eneco laat zich, volgens de voorzitter van de Raad van Bestuur, lastig beschrijven. Voornamelijk omdat deze sterk verandert op dit moment. Hij definieert de cultuur als een overgangscultuur waar in zijn totaliteit wel een verschuiving plaatsvindt in de gewenste richting maar dit kan per organisatieonderdeel verschillen. Zo is het bedrijf nog onvoldoende klantgericht hoewel het zeker klantgerichter is dan een aantal jaren geleden. Daarnaast is men nog erg intern gericht en worden er nog weinig nieuwe initiatieven ontplooid. Het is duidelijk dat veel mensen hebben moeite met de resultaatgerichtheid van het bedrijf. Beide andere respondenten benoemen dit ook als zodanig.

Transformatieproces

Alle respondenten stellen dat voor Eneco evident was dat een aantal zaken een andere visie van de organisatie vroegen. Zo werden kosten en de klant veel belangrijker. Beide punten waren geen vanzelfsprekendheid binnen de organisatie en vormden de aanleiding om nieuw strategisch beleid te formuleren. De noodzaak voor deze verandering leeft, volgens alle drie, nog altijd niet bij alle medewerkers hoewel hierin wel een beweging herkend kan worden. Er wordt frequent met de medewerkers gecommuniceerd over de veranderingen binnen de organisatie. Zo heeft de Raad van Bestuur onlangs bijeenkomsten gehouden waar alle medewerkers van de organisatie uitgenodigd waren om vragen te stellen over het beleid en de veranderingen. Doelstelling is om deze bijeenkomsten één keer per anderhalf jaar te

plannen. Daarnaast wordt er in het personeelsblad 'Eneco Breed' door de Raad van Bestuur veel geschreven over de ontwikkelingen. Ook de directeur van de divisie Services en het Hoofd Data, besteden frequent aandacht aan het communiceren over ontwikkelingen en resultaten. Het Hoofd Data belooft tevens het realiseren van doelstellingen door de medewerkers.

De voorzitter van de Raad van Bestuur ziet het voornamelijk als zijn taak om richting te geven aan de transformatie naar een onderneming. Naast het formuleren van een nieuw strategisch beleid, heeft Eneco veel geïnvesteerd in een nieuw ICT systeem ter ondersteuning van deze strategie en is een nieuwe organisatiestructuur geïmplementeerd. Daarnaast wordt actief beleid gevoerd op de competenties van medewerkers en de ontwikkeling daarvan.

7.5 Conclusie

In voorgaande paragrafen zijn de resultaten beschreven van de empirische studie naar de ontwikkeling van organisaties naar ondernemingen. Gesteld kan worden dat de empirische gegevens voldoende informatie opleveren om een antwoord te kunnen geven op deelvragen en de centrale probleemstelling van deze studie. Een globale analyse van de resultaten leert dat de drie onderzochte zorginstellingen van elkaar verschillen in de keuze voor de vorm van ondernemerschap en de wijze waarop een transformatie naar een zorgonderneming wel of niet vorm krijgt. Daarnaast kan worden opgemerkt dat Eneco in het transformatieproces, de zorginstellingen ver vooruit is. Voor verdere uitwerking van de conclusies en een beantwoording van de onderzoeksvragen, wordt verwezen naar het volgende hoofdstuk.

8. Worden zorginstellingen zorgondernemingen?

In deze studie is getracht een antwoord te geven op in hoofdstuk 1 geformuleerde deelvragen, teneinde de centrale probleemstelling te kunnen beantwoorden.

In hoofdstuk 6 is aan de hand van de theorie een voorlopige conclusie getrokken over de kenmerken van een zorgonderneming en via welke stappen zorginstellingen zich in die richting kunnen ontwikkelen. In dit hoofdstuk worden de resultaten, zoals beschreven in hoofdstuk 7, naast deze voorlopige conclusie gelegd en zal een antwoord worden geformuleerd op de centrale probleemstelling van deze studie.

8.1 Interpretatie van de resultaten

De onderzoeksorganisaties op weg naar een onderneming?

Ondernemerschap is volgens Damhuis et al. (2005) vervlochten met het hele wezen van de organisatie. Het gaat, volgens hen, daarbij niet alleen om competenties van mensen maar ook over structuren, systemen en cultuur. De vraag is in hoeverre ondernemerschap voor de onderzochte zorginstellingen daadwerkelijk vervlochten is met de gehele organisatie en of zij daarmee voldoen aan de kenmerken zoals in het voorgaande hoofdstuk is beschreven.

De resultaten van de verschillende instellingen zijn geanalyseerd op basis van de gewenste kenmerken van zorgondernemingen. Deze analysegegevens zijn verwerkt in figuur 8.1 (zie tevens bijlage 9). Voor ZGT wordt de situatie beoordeeld voor het ziekenhuis om in een latere fase een vergelijking te kunnen maken met de andere ziekenhuizen. In de uitwerking zullen de resultaten van Zorgservices Twente, indien van belang, wel worden toegelicht.

De gegevens voor de verschillende instellingen kunnen worden geïnterpreteerd aan de hand van de volgende uitleg:

++	:	kenmerk is aanwezig in de organisatie
+	:	kenmerk is in ontwikkeling
-	:	kenmerk heeft aandacht maar nog niet in ontwikkeling
-/-	:	kenmerk is geen aandachtspunt in de organisatie

	Diak	JBZ	ZGT	Eneco
Strategie				
Beoordeling omgeving	++	-	-	++
Commercieel ondernemen	+	-/-	-/-	+
Maatschappelijk ondernemen	++	-	-	+
Intern ondernemen	+	-	-	++
Patiënt als uitgangspunt voor zorgproducten	++	+	+	++
Dienstverlening en kwaliteit	++	+	+	++
Realiseren van financieel resultaat	+	+	-	++
Opsporen van winstgevende marktsegmenten	+	-	-	++
Structuur				
Inspelen op veranderingen	++	-	-	++
Maximale autonomie	+	-	-	++
Decentralisatie op inhoud en organisatie	+	-	-	++
Resultaatverantwoordelijkheid van eenheden	+	-	-	++
Onderlinge aanpassing	-	-/-	-/-	-/-
Standaardisatie van processen	+	-	-	+
Systemen				
Aandacht voor technologische systemen	+	-	+	++
Hoogwaardig managementinformatiesysteem	-	+	-	+
HRM systeem	+	-/-	-/-	++
Aandacht voor procedures en protocollen	+	+	+	+
Medewerkers				
Ondernemend gedrag	+	-	-	++
Bezitten passende competenties	+	-	-	+
Omgaan met onzekerheid /verandering	-	-/-	-/-	++
Durven risico's te nemen	-	-/-	-/-	++
Hebben een lerend vermogen	+	+	+	+
Stijl van het management				
Rol verandert naar toezichthoudend	+	-/-	-/-	+
Faciliteren en coachen	+	-	-	+
Ondernemer	+	-	-	+
Aandacht voor markt	++	-	-	++
Vernieuwen, verbreden en versterken	+	-	-	++
Realiseren van ondernemende cultuur	-	-/-	-/-	-
Vaardigheden				
Zorg op professionele, klantvriendelijke en efficiënte wijze	++	+	+	++
Continu verbeteren en innoveren	+	-	-	++
Concurreren	+	-/-	-/-	++
Professionals en management leveren bijdrage aan onderscheidend vermogen	+	-	-	++
Specialiseren	+	-	+	-/-
Cultuur				
Onvoorspelbaarheid, risicovol gedrag	+	-/-	-/-	+
resultaatgericht	+	+	+	++
Innovatief klimaat	+	-	-	++
Vraaggericht	+	-	+	++
Congruentie doelstellingen medewerkers en organisatie	+	-	-	+
Continu ontwikkelen	+	-	-	+
Lerende cultuur	-	-/-	-	-
Fouten mogen maken	-	-/-	-	-

Figuur 8.1 Matrix overzicht kenmerken onderzoekinstellingen

In figuur 8.1 wordt duidelijk dat op het onderdeel strategie, de onderzochte ziekenhuizen in beweging zijn. In navolging van Gramser et al. (2005) kan daarbij gesteld worden dat het JBZ en de stichting ziekenhuizen van ZGT nog niet komen tot de introductie van zichtbare nieuwe activiteiten die niet in het verlengde liggen van de ziekenhuiszorg.

De SER (2005) bevestigt in haar rapport ‘Ondernemerschap voor de publieke zaak’ dat er weliswaar ondernemende initiatieven ontplooid worden maar dat daarbij gesteld kan worden dat organisaties binnen de gezondheidszorg de druk om zich ondernemender te gedragen vooralsnog niet vertalen in een commerciële opstelling met winststreven. Men lijkt zich meer actief te richten op het ontwikkelen van een meer bedrijfsgericht aanpak. Voor ZGT vormt Zorgservices Twente daarop wel een uitzondering. Hierin worden wel degelijk commerciële initiatieven ontwikkeld zoals onder andere een Laserkliniek, een Arbeidsmedisch centrum en preventieve zorgpakketten. Ook het Diak is gestart met de ontwikkeling van activiteiten buiten het verlengde van de ziekenhuiszorg. Een voorbeeld daarvan is de samenwerking met een bouwonderneming met betrekking tot het ziekenhuisterrein. Met deze bouwonderneming worden afspraken gemaakt ten aanzien van de exploitatie van het terrein waarvan het Diak de eigenaar is. De opbrengsten van dit initiatief worden beschikbaar gesteld voor verbetering en/of vernieuwing van patiëntenzorg.

Gesteld kan worden dat in de zorginstellingen sprake is van verschillende vormen van ondernemerschap (zie figuur 8.1). Het ondernemerschap van de zorginstellingen lijkt afhankelijk te zijn van verschillende aspecten. Ten eerste lijkt ondernemerschap samen te hangen met de visie en leiderschap. Kotter (1996) stelt dat leiderschap de drijvende kracht is achter een succesvol transformatieproces. In zowel het Diak als Zorgservices Twente is sprake van een inspirerend leider die visie heeft op ondernemerschap en deze concreet weet te vertalen in activiteiten voor de organisatie. Zij anticiperen op veranderingen maar initiëren deze ook zelf voor de organisatie.

Daarnaast speelt de relatie tussen het ziekenhuis en de medisch specialisten een rol bij ondernemerschap. In de huidige professionele bureaucratieën wordt vaak veelvuldig en gedetailleerd onderhandeld met betrokken medisch specialisten. Gesteld kan worden dat dit een remmend effect heeft op de slagvaardigheid en het innovatieve vermogen van de organisatie. In het JBZ is dit duidelijk zichtbaar. Putters (2002) stelt echter dat bij medisch specialisten de drang tot innovatie van nature groot is. De kans tot verdere specialisatie op medische deelgebieden, tot het uitvoeren van hoogwaardig onderzoek en het verder brengen van de medische wetenschap, wijzen volgens hem op een enorm potentieel voor ondernemerschap. In het Diak en ZGT weet men daar goed op in te spelen. In het Diak

worden initiatieven van medisch specialisten aangemoedigd en wordt van elk initiatief bekeken of het Diak hierin zelf een rol kan spelen. In ZGT ligt de eerste prioriteit weliswaar bij het realiseren van de productie maar mogen de medisch specialisten daarnaast ondernemende initiatieven opstarten, zolang dat maar binnen Zorgservices Twente gebeurt.

Wat betreft de andere elementen van het 7S model kan gesteld worden dat voornamelijk het Diak op verschillende van deze elementen in beweging lijkt te zijn. Voor ZGT geldt dat met name voor Zorgservices Twente. Hierbij dient opgemerkt te worden dat het in dat geval, met uitzondering van het ZBC, gaat om commerciële activiteiten. De zorgproducten laten zich in deze stichting niet direct vergelijken met reguliere ziekenhuiszorg maar kunnen als een verlengde hiervan worden gezien. Het JBZ en ZGT erkennen dat verschillende kenmerken in de huidige organisatie als belemmerend voor ondernemerschap aangemerkt kunnen worden. Van een wijziging van bijvoorbeeld de structuur, in de nabije toekomst, is geen sprake. Gramser et al. (2005) voeren hiervoor als reden aan dat de bedrijfsvoering van ziekenhuizen in veel gevallen onvoldoende op orde is om zich in een meer geliberaliseerde context als zorgonderneming overeind te houden. Het gaat dan onder andere om zaken als een betere planning van patiëntenzorg, de toepassing van de nieuwe financieringssystematiek en kosten baten analyses. Ook Putters & Frissen (2006) bevestigen in hun rapport 'Zorg om vernieuwing', dat veel instellingen zeggen ondernemend te zijn maar vooral een sterk beheersmatig gedrag laten zien. Voor zowel JBZ en ZGT lijkt dit op te gaan. Als reden hiervoor geven beide organisaties aan dat zij, vanwege hun positie in de regio, hiertoe geen prikkel ervaren. De activiteiten richten zich op de interne processen van de organisatie. Hoewel ZGT zich, vanwege Zorgservices Twente, als gezondheidsonderneming ziet. In de reguliere ziekenhuiszorg lijkt ondernemerschap echter geen issue, hetgeen ook bevestigd wordt door de respondenten. Daarin kan opgemerkt worden dat men in Zorgservices Twente ondernemen met name als marktgericht ondernemen definieert. Terwijl de activiteiten binnen JBZ en ZGT voornamelijk als gemeenschapsgericht en intern ondernemen kunnen worden gedefinieerd. In het Diak wordt dit onderscheid wel gemaakt.

Als we de situatie in de ziekenhuizen vergelijken met het energiebedrijf, valt op dat Eneco op verschillende elementen van het 7S model reeds een ontwikkeling heeft doorgemaakt. Met name op het gebied van de structuur heeft Eneco zich ontwikkeld. In tegenstelling tot de ziekenhuizen, heeft Eneco de structuur van de organisatie aangepast en wordt voldaan aan kenmerken als autonomie, resultaatverantwoordelijkheid en decentralisatie. Deze resultaten worden beïnvloed door verschillende factoren. Ten eerste is het liberaliseringproces in de energiesector al gestart in 2000. Daarmee loopt de sector een

aantal jaren voor op de gezondheidszorg. Ten tweede is de liberalisering in twee fasen ingevoerd. In de eerste fase is de zakelijke markt vrijgekomen. In de tweede fase werd in 2004 de consumentenmarkt geliberaliseerd. Eneco erkent dat het de consequenties van de liberalisering in de eerste fase onderschat heeft, met als gevolg dat er veel problemen ontstonden zoals zeer ontevreden klanten. Daarop heeft men, bij het vrijkomen van de consumentenmarkt, geanticipeerd. Ervan uitgaande dat de liberalisering van de zorg pas is geëffectueerd sinds 2005, kan gesteld worden dat het Diak vooruitstrevend is in zijn transformatieproces. Het management van het Diak weet gebruik te maken van de fusieperikelen van de laatste jaren en de financiële situatie van het ziekenhuis, om het urgentiebesef van de medewerkers te vergroten.

De vraag is of de vergelijking tussen de energiesector en de gezondheidszorg wel gemaakt kan worden. De zorg onderscheidt zich immers op een aantal punten van de meeste andere markten. De gezondheidszorg onderscheidt zich van de energiesector onder andere door het feit dat de transactie plaatsvindt in aanwezigheid van de patiënt. Deze bevindt zich, vanwege ongelijkheid in kennisniveau, in een min of meer afhankelijke positie ten opzichte van de zorgverlener. Tevens speelt professionele autonomie een belangrijke rol in de gezondheidszorg. Normen en richtlijnen worden door een beroepsgroep vastgesteld en zijn daarmee moeilijk te beïnvloeden. In de energiesector worden de normen vastgesteld door de toezichthouder, de Directie Toezicht Energie³ (DTe). Ook hebben zorginstellingen een maatschappelijke verantwoordelijkheid ten aanzien van de toegankelijkheid, solidariteit, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg. Deze is zelfs Grondwettelijk verankerd. Daarmee zijn de grenzen voor ondernemen voor zorginstellingen vastgesteld (Putters & Frissen 2006). Hoewel dit voor de energiesector niet in dezelfde mate geldt, voelt Eneco deze maatschappelijke rol wel. Ook bij de levering van nutsvoorzieningen zoals water en stroom is er van oudsher een publiek belang: alle burgers moeten er tegen redelijke voorwaarden van kunnen genieten. Daarnaast voelt Eneco een verantwoordelijkheid ten aanzien van het milieu. Er is in haar optiek sprake van maatschappelijk, duurzaam ondernemen (Enecobreed december 2005). Tenslotte hebben energiebedrijven door de liberalisering van de energiesector een winstoogmerk gekregen. In de gezondheidszorg is winst maken nog maar beperkt mogelijk, hoewel de minister hierin wel ruimte wil scheppen de komende jaren. De noodzaak om te transformeren naar een zorgonderneming lijkt daarmee voor veel instellingen nog niet aanwezig te zijn (Gramser et al. 2005).

³ DTe is een directie van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMA) en is belast met de uitwerking en het toezicht op de naleving van de Electriciteitswet 1998 en de Gaswet.

Op de juiste wijze op weg?

Volgens Kotter (1996) is het succes van een transformatieproces afhankelijk van twee belangrijke zaken. Ten eerste doorloopt een transformatieproces een aantal fasen met bijbehorende activiteiten. En ten tweede is een transformatieproces alleen succesvol als alle fasen in een chronologische volgorde doorlopen worden. Een organisatie kan zich, volgens Kotter, in meerdere fasen tegelijk bevinden omdat zij zich tegelijkertijd met verschillende activiteiten bezig kunnen houden. Zo is het van belang dat een organisatie weliswaar over de veranderingsvisie communiceert in fase 4, maar zal dit een onderwerp zijn dat blijvend de aandacht dient te hebben van de zorgonderneming, ook als men zich inmiddels in een volgende fase bevindt. In figuur 8.2 wordt getracht, aan de hand van de ‘routebeschrijving’ zoals beschreven in hoofdstuk 6, duidelijk te maken waar de onderzoeksorganisaties zich in het transformatieproces bevinden.

De gegevens voor de verschillende instellingen kunnen worden geïnterpreteerd aan de hand van de volgende uitleg:

- ++ : organisatie heeft deze fase doorlopen, activiteiten hebben plaatsgevonden
- + : organisatie bevindt zich nog in deze fase, er vinden nog activiteiten plaats
- : organisatie heeft deze fase (nog) niet doorlopen
- 0 : in deze fase hebben geen activiteiten plaatsgevonden

	Diak	JBZ	ZGT	Eneco
1. Het vestigen van het urgentiebesef in zorginstellingen.	++	0	0	++
2. De leidende coalitie vormen.	++	0	0	+
3. De ontwikkelingen van een visie en strategie.	++	++	++	++
4. Het communiceren van de veranderingsvisie.	++	+	+	++
5. Het creëren van een breed draagvlak voor de ontwikkelingen.	+	-	-	++
6. Het genereren van korte termijn successen.	+	-	-	++
7. De verbeteringen consolideren en meer veranderingen tot stand brengen.	+	-	-	+
8. De veranderingen in de organisatiecultuur verankeren.	-	-	-	+

Figuur 8.2 Tabel overzicht stand van zaken in acht fasen transformatieproces

Uit de figuur 8.2 kan geconcludeerd worden dat Eneco in het transformatieproces op weg naar een onderneming verder is dan de ziekenhuizen. Eneco heeft verschillende stappen doorlopen en is inmiddels aanbeland in fase 6. Zoals aangegeven is paragraaf 8.1 wordt dit mogelijk mede veroorzaakt door het feit dat het liberaliseringproces in de energiesector al gestart is in het jaar 2000.

De vergelijking tussen de ziekenhuizen leert dat zij weliswaar in beweging zijn, maar vooralsnog met name voortbewegen op vertrouwde paden. Het Diak vormt daarop een uitzondering. Het ziekenhuis bevindt zich inmiddels in fase 5. Belemmerende elementen zoals structuur, systemen en de competenties van de medewerkers zijn onderwerp van ontwikkeling, met als doel een optimale ondersteuning te bieden aan de strategie van de organisatie. Daarnaast ontwikkelt men zich richting fase 6 vanwege het feit dat aandacht wordt besteed aan succesvolle projecten binnen de organisatie. Deze successen worden gebruikt om medewerkers betrokken te houden en het draagvlak te vergroten.

Het JBZ en ZGT worden weliswaar in fase 3 gepositioneerd maar hebben de activiteiten, behorende in fase 1 en 2, overgeslagen. In beide organisaties lijkt nauwelijks sprake van een urgentiebesef om te veranderen. Beide organisaties ervaren weinig toename in de concurrentie. De focus voor ondernemerschap in de strategie van het JBZ lijkt met name voort te komen uit problemen met de interne bedrijfsvoering. In ZGT was er al sprake van ondernemende activiteiten voordat marktwerking geïntroduceerd werd in de gezondheidszorg. Opvallend is dat dit er niet toe heeft geleid dat ZGT verder is het transformatieproces. Wellicht wordt dit veroorzaakt door het feit dat de ondernemende activiteiten voornamelijk plaatsvinden binnen Zorgservices Twente en een commercieel karakter hebben. Over intern en maatschappelijk ondernemen, hoewel de doelstellingen zoals geformuleerd in het strategisch beleid hieraan wel lijken te refereren, wordt niet gesproken. Daarmee lijkt de definiëring van ondernemen ook van belang. In alle onderzoeksinstellingen maakt men een andere keuze voor de vorm van ondernemen.

Van zowel Eneco als het Diak kan gezegd worden dat zij de fasen ook in de juiste volgorde doorlopen. Bij Eneco dient daarbij wel opgemerkt te worden dat er in fase 2 niet direct aandacht was voor een leidende coalitie. De voorzitter van de Raad van Bestuur ziet het als zijn verantwoordelijkheid om richting te geven aan de transformatie. Mogelijk is dat één van de redenen waarom de transformatie in de organisatie traag verloopt. In een organisatie met ruim 5000 medewerkers en een sterk dynamische omgeving, is het voor de Raad van Bestuur alleen nauwelijks mogelijk om vorm te geven aan een transformatie van deze orde. Daarnaast stelt Kotter (1996) dat een transformatie een langdurig proces is.

8.2 Interpretatie van het onderzoek

Het doel van deze studie was om te onderzoeken waardoor zorgondernemingen zich kenmerken en welke stappen de algemene ziekenhuizen op dit moment zetten om zich te ontwikkelen naar een zorgonderneming. Hiervoor is gebruik gemaakt van het 7S model van McKinsey. Hoewel het model een compleet beeld geeft van de interne organisatie, is een belangrijke beperking van het model het feit dat er geen aandacht is voor de omgeving. Dit is een beperkende factor geweest in deze studie. De positie van de stakeholders (zoals patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars) spelen, in de keuze voor wel of niet transformeren, mag niet worden onderschat. Op het moment dat duidelijk wordt dat het JBZ de interne processen onvoldoende op orde heeft, waardoor de financiële prestaties onder druk komen te staan, moet hierover aan verschillende stakeholders verantwoording worden afgelegd. Aangezien deze invloed hebben op het voortbestaan van de organisatie, is het alleen maar logisch dat een zorginstelling zich richt op de doelstellingen die voor deze stakeholders van belang zijn. Ook de dreiging (of het ontbreken) van mogelijke toetreders in de omgeving van zorginstellingen kan er voor zorgen dat de prioriteit van een organisatie niet komt te liggen bij ondernemen, maar bij het op orde krijgen van de bedrijfsvoering. In de beoordeling van de ontwikkeling van zorginstellingen naar zorgondernemingen geeft een analyse van de externe omgeving, inzicht in de prioriteiten van de organisatie. De resultaten van deze analyse kunnen dan in relatie gebracht worden met de ontwikkeling van de interne organisatie waardoor mogelijk een vollediger beeld kan ontstaan van de visie op ondernemerschap in zorginstellingen.

Het 8-fasen transformatieproces van Kotter heeft deze studie met name een strategische focus gegeven. Omdat deze studie niet gericht was op het daadwerkelijke implementatieproces van de verandering maar op de uitgangspunten voor de verandering, kan gesteld worden dat het transformatieproces van Kotter, geïntegreerd met het 7S model van McKinsey, voldoende informatie biedt.

De theorie van deze studie is gebaseerd op onder andere kennis uit de economie, bestuurskunde en organisatiewetenschappen. De gebruikte modellen zijn niet specifiek ontwikkeld voor de gezondheidszorg, en voor zover nu bekend, nog niet eerder toegepast op ondernemen in de zorg. Omdat de gezondheidszorg nog volop in ontwikkeling is en onduidelijk is waar de zorg uiteindelijk ten aanzien van ondernemen zal uitkomen, is uitgegaan van een situatie waarin ondernemerschap in zorgorganisaties leidt tot het onderscheidend vermogen van deze organisatie. De onzekerheid ten aanzien van de toekomst

is van invloed op de ontwikkelingen zoals deze nu plaatsvinden. Deze uitgangssituatie is richtinggevend geweest voor een focus in de ongelooflijke hoeveelheid informatie over het onderwerp ondernemen en alles wat daarmee samenhangt. De uitwerking van de kenmerken van een zorgonderneming en de beschrijving van de acht fasen in het transformatieproces op weg naar een zorgonderneming is daarmee mogelijk onvolledig.

Het gebruik van semi-gestructureerde interviews biedt de mogelijkheid om dieper op onderwerpen in te gaan. Dat leverde in veel gevallen diepgang op in de gesprekken, die zich vooral kenmerkten door enthousiasme, gedrevenheid en een coöperatieve houding van de respondenten. In een enkel geval dreigde een interview daarmee een verkeerde richting op te gaan en onvoldoende relevante informatie op te leveren. Tevens vonden een aantal interviews plaats in aanwezigheid van een medestudent. Hoewel ook dat meestal tot inspirerende gesprekken leidde, die veel informatie opleverden, was daarmee niet alle informatie relevant voor deze studie. Het aanbrengen van een focus is in een gezamenlijk interview ook lastiger. Omdat er van één instelling verschillende mensen geïnterviewd werden, heeft het voorgaande in deze studie niet tot problemen geleid met betrekking tot de uitwerking van de resultaten. Van de resultaten uit interviews en organisatiedocumenten kan gesteld worden dat zij representatief zijn voor het strategische en tactische niveau van de organisatie. De interviews waren, met uitzondering van Eneco, zoveel mogelijk op één dag en achter elkaar gepland. De interviews bij Eneco vonden daarentegen plaats op verschillende locaties. De respondenten bij Eneco wisten van elkaar niet wie er bij het onderzoek betrokken was. Alle respondenten toonden zich zeer openhartig in de interviews, ook ten aanzien van de zwakke punten van de organisatie. Om de resultaten te kunnen generaliseren naar de interne organisatie, is het wenselijk om meerdere respondenten in de organisatie te interviewen. Inzicht in de visie van de verpleegkundigen maar ook van ondersteunende diensten had een completer beeld gegeven met name op onderwerpen zoals de competenties van professionals en de leidinggevende stijl van het management. Ondersteunende functies hebben wellicht ook nog weer een andere visie dan professionals. Daarnaast is het voor generalisatie van conclusies naar andere zorginstellingen, wenselijk dat meerdere zorginstellingen deel uit maken van dit onderzoek. Hoewel daar tegenin te brengen is dat de onderzoeksinstellingen wel van elkaar verschillen. Zo kan in elke instelling een andere dominante vorm van ondernemerschap herkend worden. Daarnaast bevinden de instellingen zich in verschillende regio's van Nederland en is de dynamiek van de omgeving wisselend.

De keuze voor een energiebedrijf om als organisatie te kunnen vergelijken was niet direct voor de hand liggend. Omdat de ontwikkelingen van Eneco al enige tijd werden

gevolgd en daarin duidelijk was dat er een ontwikkeling plaatsvond die vergelijkbaar leek met de gezondheidszorg, is toch voor die sector gekozen. Na de gesprekken met alle respondenten, kan geconstateerd worden dat er meer overeenkomsten tussen beide sectoren zijn, dan men op het eerste gezicht zou verwachten. Zo is in beide gevallen sprake van een gereguleerde markt, staan ketenprocessen in beide sectoren centraal en was in beide sectoren, voor de liberalisering, geen sprake van het realiseren van winst. Daarmee is het wellicht mogelijk dat de zorgsector leert van de fouten die er in de energiesector gemaakt zijn.

8.3 Worden zorginstellingen zorgondernemingen?

De centrale probleemstelling van deze studie luidde:

Hoe ontwikkelen zorginstellingen zich naar zorgondernemingen en welke stappen kunnen zij in die ontwikkeling nog zetten?

Om deze vraag op adequate wijze te kunnen beantwoorden, was het noodzakelijk om de kenmerken van zorgondernemingen te beschrijven. De literatuur bood hierin, hoewel vaak niet specifiek voor de zorg, voldoende mogelijkheden. Uit de literatuur zijn die kenmerken geselecteerd die door verschillende auteurs als specifiek voor ondernemen en ondernemerschap worden aangemerkt. Daarmee bestaat wel de kans dat de beschrijving van de kenmerken niet geheel volledig is. Gesteld kan echter worden dat de beschreven kenmerken voor zorgondernemingen in de literatuur frequent als kenmerken van ondernemen naar voren kwamen. Het transformatieproces van Kotter bood, vanwege de activiteiten in de verschillende fasen, de mogelijkheid om de elementen van het 7S model met genoemde kenmerken te integreren tot een procesbeschrijving. Deze 'routebeschrijving' bood de mogelijkheid de empirische gegevens helder en duidelijk te analyseren. Ook voor de procesbeschrijving geldt, dat is uitgegaan van een ideaal proces. In interviews is echter gebleken dat vele andere factoren invloed uitoefenen op het beschreven proces. Het transformatieproces van Eneco echter in overweging nemende, kan toch gesteld worden dat de 'routebeschrijving' zoals opgesteld in paragraaf 6.2, een compleet beeld geeft en een organisatie in staat stelt om een transformatieproces efficiënt en effectief te doorlopen.

Op de vraag hoe zorginstellingen zich ontwikkelen naar zorgondernemingen kan als antwoord worden gegeven dat zorginstellingen weliswaar in beweging zijn, maar zich nog niet hebben ontwikkeld als zorgondernemingen. Geen van de onderzochte zorginstellingen

voldoet aan de gewenste kenmerken van een zorgonderneming. Hoewel verschillende zorginstellingen wel beschikken over een visie en strategie gericht op ondernemerschap, wordt deze zelden geoperationaliseerd in doelstellingen en activiteiten gericht op een verandering van onder andere structuur, kerncompetenties en stijl van het management. Daarnaast kan opgemerkt worden dat in weinig zorginstellingen de ontwikkeling naar ondernemerschap als een transformatie van de organisatie is ingezet. Er is in deze instellingen dan ook geen sprake van een transformatieproces dat zich kenmerkt door verschillende stappen.

Als antwoord op het tweede deel van de probleemstelling kan gesteld worden dat de stappen die zorginstellingen in het transformatieproces nog dienen te zetten, ten eerste afhangen van de fase waarin zij zich bevinden, maar daarnaast ook bepaald worden door de keuze die een organisatie maakt om de ontwikkeling naar een zorgonderneming als transformatieproces in te zetten. Een zorginstelling die kiest voor het verbeteren van interne processen, is minder geneigd verschillende elementen van de organisatie te veranderen.

Opgemerkt kan worden dat in ziekenhuizen waar sprake is van een ingezette transformatie, overeenkomend met de 'routebeschrijving', de leider van de organisatie een grote rol speelt. Deze leiders beschikken niet alleen over een visie, maar weten deze te vertalen in concrete activiteiten, hierover op transparante wijze te communiceren en de medewerkers van de organisatie te inspireren om mee te bewegen. De volgende eigenschappen, die Finlay (2000) toekent aan een transformationeel leider, lijken van toepassing op de genoemde leiders:

- flexibiliteit om effectief op veranderingen in te kunnen spelen;
- concretiseren van ondernemerschap in doelstellingen en activiteiten voor de organisatie.
- aandacht hebben voor mogelijke weerstand bij veranderingen en hierop anticiperen;
- communicatievaardigheden om alle betrokken partijen te informeren maar ook te enthousiasmeren;
- gedrevenheid, motivatie en enthousiasme voor veranderingen;
- creëren van commitment voor de veranderingen in de totale organisatie;
- medewerkers/professionals inspireren met veranderingen mee te bewegen.

Hoewel in zorginstellingen én in zorgondernemingen incrementele veranderingen (zoals verbeterprojecten) bottom up plaatsvinden, heeft een transformatieproces, volgens Finlay, een leider nodig die top down de transformatie kan inzetten.

8.4 Aanbevelingen

Voor verder onderzoek

Zoals aangegeven in paragraaf 8.2 is met name aandacht geweest voor de inrichting van de interne organisatie. Een analyse van de interne en externe organisatie is daarbij buiten beschouwing gebleven. Een nadere analyse op de relatie tussen de omgevingsfactoren, de sterktes en zwaktes van de organisatie en de keuze voor de vorm van ondernemerschap biedt daarmee een mogelijkheid voor verder onderzoek.

Deze studie heeft met name aandacht gehad voor de visie op de inrichting van de zorgonderneming vanuit het strategisch en operationeel niveau van de organisatie. Een studie naar de daadwerkelijke implementatie hiervan op operationeel niveau zou wellicht nog een vollediger beeld geven van de stand van zaken in zorginstellingen op dit moment. Het is mogelijk dat onder andere verpleegkundigen en ondersteunend personeel een ander beeld hebben op de verschillende elementen en de implementatie daarvan.

Voor zorginstellingen

Zorginstellingen dienen zich bewust te zijn van ontwikkelingen/veranderingen in de omgeving van de organisatie. Op deze ontwikkelingen dient de organisatie pro-actief te anticiperen door de aanpassing van het strategisch beleid. Tevens kan bekeken worden of sprake is van een transformationele verandering. In dat geval zullen ook andere organisatie elementen wijzigen. De wijziging van deze elementen vraagt om visie van een organisatieleider en de vaardigheden om deze visie te operationaliseren in doelstellingen en activiteiten.

Concreet kunnen de volgende stappen geadviseerd worden:

1. Zorg dat de organisatie kan beschikken over een gedreven, enthousiaste leider met een visie op ondernemen in de zorg en competenties zoals boven beschreven;
2. Formuleer een strategie die bij deze visie hoort;
3. Operationaliseer de strategie in doelstellingen en activiteiten voor de organisatie volgens het beschreven transformatieproces op weg naar een zorgonderneming.

8.5 Slotwoord

Met deze studie is duidelijk geworden dat zorginstellingen zich in een overgangsfase bevinden, waarbij het weliswaar voor iedere instelling duidelijk is welke richting ingeslagen

kan worden op weg naar ondernemerschap, maar de operationalisatie van deze visie en bijbehorende strategie nog nauwelijks tot stand is gekomen. Het lijkt af te hangen van gedreven, inspirerende organisatieleiders met een duidelijk visie en specifieke capaciteiten. En als een zorginstelling niet over een leider met deze capaciteiten kan beschikken, is het maar de vraag of deze zorginstellingen uiteindelijk zorgondernemingen worden.

Geraadpleegde literatuur

1. Altinay, L. & M. Altinay. 2004. The influence of organizational structure on entrepreneurial orientation and expansion performance. In: *International Journal of Contemporary Hospitality Management*. Bradford 2004. Volume 16(6):334-344.
2. Andersen, J.A. 2002. Organizational design: two lessons to learn before reorganizing. In: *International Journal of Organization Theory and Behaviour*. Jaargang 5 (3):343-358.
3. Bamford, D. & S. Daniel. 2005. A Case Study of Change Management Effectiveness within the NHS. In: *Journal of Change Management*. Volume 5(4):391-406.
4. Bartling, J.H. 2004. *Het 7S model als evaluatie instrument*. Bereikbaar op : www.roc-i-partners.nl.
5. Boot, J.M. & M.H.J.M. Knapen. 2001. *Handboek Nederlandse gezondheidszorg*. Schiedam : Het Spectrum BV.
6. Caluwé, de L, & H. Vermaak. 1999. *Leren Veranderen; een handboek voor de veranderkundige*. Alphen aan de Rijn: Samson.
7. Creswell, J.W. 2003 *Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. 2nd Edition. London: Sage Publications.
8. Covin, J. & D. Slevin. 1990. New venture strategic posture, structure and performance: an industry life cycle analysis. *Journal of Business Venturing*. Volume 5(2):123-135.
9. Damhuis, G., P. Elshout, H. Huijsmans, P. Overduin, K. Verschure & G. de Vries. 2005. *Als de markt binnenkomt; effecten van marktwerking in de zorg*. 's-Hertogenbosch: Imprinta Publishing Projects.
10. Dute, J.C.J. & H.E.G.M. Hermans. 2000. *Regulering van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
11. Ekvall, G. 1996. 'Organizational Climate for Creativity and Innovation'. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 5 (1):105-123.
12. Finlay, P. 2000. *Strategic Management; An Introduction to Business and Corporate Strategy*. Londen: Prentice Hall.

13. Ford, M.W. & B.M. Greer. 2005. Implementing Planned Change: an Empirical Comparison of Theoretical Perspectives. In: *Mid-American Journal of Business*. Volume 20(2):59-70.
14. Gastelaars, M. 1997. *Human Service in veelvoud: een typologie van dienstverlenende organisaties*. Hoofdstuk 1. Utrecht: SWP
15. Gramser, H., A. van Ballegoyen, P van Welius & S. de Waal. 2005. *Zijn de Nederlandse ziekenhuizen klaar voor de liberalisering?; de stand van zaken*. Center on Strategies For Public And Civil Entrepreneurs. Utrecht. [Internet] Bereikbaar op: www.public-space.com
16. Harten, van W. & R. Schuring. 2003. *Ondernemers in de zorg*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
17. Have, ten P. 1999. *Inleidende teksten met suggesties en overwegingen over kwalitatieve onderzoeksmethoden*. [Internet] Bereikbaar op: <http://www.fmg.uva.nl/emca/KwalMeth.htm>.
18. Heuvel, van den J. 2004. *De zorg is geen markt; zorgen om zorg*. [Internet] Bereikbaar op: www.zorggeenmarkt.nl.
19. Horner, M. 1997. Leadership theory: past, present and future. In: *Team Performance Management*. 3(4);270-287.
20. Ireland, R., R. Duane & M. Hitt. 2001. 'Integrating entrepreneurship and strategic management actions to create firm wealth'. In: *Academy of Management Executive*. 15 (1);49-64.
21. Ismail, M. 2005. 'Creative climate and learning organization factors: their contribution towards innovation'. *Leadership & Organization Development Journal*. 26(8):639-654.
22. Johnson, G. & K. Scholes. 1999. *Exploring Corporate Strategy*. Harlow: Prentice Hall Europe.
23. Krogt, van der T.P.W. & C.W. Vroom. 1995. *Organisatie is beweging*. Utrecht: Uitgeverij Lemma BV.
24. Kornaat, F. 2006. *Zo doen we dat bij Eneco*. Onderzoeksverslag in het kader van de Strategische Leidinggevende Leergang Politie academie.
25. Kotter, J.P. 1996. *Leading Change*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.
26. Kotter, J.P. 1995. Leading Change: Why Transformation Efforts Fail. *Harvard Business Review*. March-April: 59-67.

27. McCleary, K.J., P.A. Rivers & E.S. Schneller. 2006. A diagnostic approach to understanding entrepreneurship in health care. *Journal of Health & Human Services Administration*. Volume 28(4):550-577.
28. Mento, A.J, R.M. Jones & W. Dirndorfer. 2002. A change management process: Grounded in both theory and practice. *Journal of Change Management*. Vol. 3(1):45-59.
29. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2001. *Vraag aan bod*. Den Haag. [Internet] Bereikbaar op: www.minvws.nl.
30. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2004. *Curatieve zorg*. Kamerstukken vergaderjaar 2004-2004, 23619, nr.21. [Internet] Bereikbaar op: www.minvws.nl.
31. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2005. *De liberalisering van electieve zorg*. Den Haag. Bereikbaar op: www.minvws.nl
32. Mintzberg, H. 1983. *Organisatiestructuren*. Eerste druk, zestiende oplage. Englewood Cliffs, USA: Prentice Hall, Inc.
33. Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. 2005. *Vernieuwd besturen*. [Internet] Bereikbaar op: www.nvz-ziekenhuizen.nl.
34. Oden, H.W. 1999. *Transforming the organization, A Social-Technical Approach*. London: Quorum Books.
35. O'Reilly, C.A. & M.L. Tushman. 1997. Using culture for strategic advantage: promoting innovation through social control. In M.L. Tushman & P. Anderson. *Managing strategic innovation and change. A collection of readings*. New York: Oxford University Press. Hoofdstuk 14: 200 – 216.
36. Peters, T. & R. Waterman. 2006. *Excellente organisaties; kenmerken van succesvol management*. Dertiende druk. Amsterdam/Antwerpen: Business Contact. 1982.
37. Pool, J & J.K. van Dijk. 1999. *Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg; nieuwe vormen van organiseren en leidinggeven*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
38. Prince, Y.M, A. Bruins & P.Th. van der Zeijden. 2005. *Ondernemen in de zorg*. Zoetermeer: EIM B.V.
39. Putters, K. 2001. *Geboeid ondernemen, een studie naar het management in de Nederlandse Ziekenhuiszorg*. Assen: Koninklijke van Gorcum.

40. Putters, K. & P.H.A. Frissen. 2006. *Zorg om vernieuwing*. [internet] Bereikbaar op: www.TNS-Nipo.nl.
41. RVZ. 1996. *Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming*. [Internet] Bereikbaar op: www.rvz.nl.
42. RVZ. 1998. *Maatschappelijk ondernemen in de zorg*. [Internet] K. Putters, [28 december 2005]. Bereikbaar op: www.rvz.nl.
43. RVZ. 2000. *Professionals in de gezondheidszorg*. [Internet] Bereikbaar op: www.rvz.nl.
44. Schein, E. 2000. *De bedrijfscultuur als ziel van de onderneming: zin en onzin over cultuurveranderingen*. Schiedam: Scriptum.
45. Sociaal Economische Raad (SER). 2005. *Ondernemerschap voor de publieke zaak; specifieke aandachtspunten voor sectoren van publieke dienstverlening*. Hoofdstuk 6: 136-151. [Internet] Bereikbaar op: www.SER.nl/downloads.
46. Segers, J. & J. Hutjes. 1999. De gevalstudie. In: *Segers, J. Methoden voor Maatschappijwetenschappen*. Hoofdstuk 11:339-366. Assen: van Gorcum.
47. Stevenson, H.H & D.E. Gumpert. 2001. 'The heart of entrepreneurship'. *Harvard Business Review*. Pag: 85-94.
48. Swedberg, R. 2000. *Entrepreneurship; The Social Science View*. New York: Oxford University Press Inc.
49. Volberda, H.W. & F.A.J. van den Bosch. 2005. Why management matters most. *European Business Forum*. Issue 22:37-40.
50. Volberda, H.W. & F.A.J. van de Bosch. 2005. *Rethinking Innovation: Management and Organization Matter Most*. Erasmus Strategic Renewal Center. [Internet] Bereikbaar op: www.strategyaterasmus.nl.
51. Waterman, R.H., J. Peters & J.R. Phillips. 1980. Structure is not organization. *Business Horizons*. June:14-26.
52. Waterman, R.H. 1988. *Vernieuwing als strategie*. Utrecht:Uitgeverij L.J. Veen B.V.
53. Weggeman, M. 2004. *Leidinggeven aan professionals; het verzilveren van creativiteit*. Eerste druk. Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappen. [1992]
54. Weggeman, M., G. Wijnen & R. Kor. 2005. *Ondernemen binnen de onderneming*. Vijfde druk. Deventer: Kluwer. [1985]

Bijlage 1 Voorbeeld vragenlijst Raad van Bestuur

De volgende vragenlijst is gebruikt voor het interview met de Raad van Bestuur van Eneco Energie. Naar aanleiding van documenten zijn een aantal specifieke vragen aan de lijst toegevoegd.

Algemeen

- Hoe heeft u zich voorbereid op de liberalisering in de energiesector?
- Welke veranderingen heeft de liberalisering teweeg gebracht voor Eneco Energie?

Strategie

- Is uw visie op de wijze waarop de organisatie moet functioneren gewijzigd door de liberalisering?
- Op welke wijze is de strategie van uw organisatie gewijzigd na de liberalisering?
- Wat zijn de belangrijkste punten in de strategie van uw instelling?
- Uw strategie kan worden gekenmerkt door 15 speerpunten. Wat zijn daarvan de belangrijkste in uw optiek?

Structuur

- Welke gevolgen heeft een verandering van de strategie en de visie voor de structuur van uw organisatie gehad?
- Is deze structuur onlangs veranderd of was dit al een bestaande structuur?
- Op welke wijze is de structuur veranderd?
- Er is nu sprake van een divisiestructuur bij Eneco. In hoeverre is deze structuur effectief?

Systemen

- Op welke wijze vindt er een ontwikkeling plaats in de systemen en procedures binnen uw instelling n.a.v. liberalisering?
- Welke rol spelen de systemen in het functioneren van de organisatie?
- Wat is voor u het belang van een goed HRM systeem? Is dat systeem ook veranderd na liberalisering?

Stijl van management

- Welke kwaliteiten en vaardigheden moet het management bezitten volgens u?
- Zijn deze veranderd met de intrede van liberalisering?
- Wat zijn de belangrijkste taken en aandachtsgebieden van het management op dit moment?

Medewerkers

- Wat is de positie van de medewerkers / professionals in uw instelling?
- Welke competenties en vaardigheden moeten de medewerkers bezitten zodat u als onderneming kan functioneren?
- Moet daar op dit moment nog iets in veranderen?
- Innoveren is ook in uw beleid een kernbegrip. Wat vraagt dat van de mensen in uw organisatie?
- Voert de organisatie beleid op deze competenties? Bijvoorbeeld in de werving en selectie?

Kerncompetenties

- Wat zijn de kerncompetenties van uw instelling?
- Welke competenties zouden nog verder ontwikkeld kunnen worden?

Cultuur

- Welke invloed hebben de ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg maar ook binnen uw instelling op de cultuur van uw organisatie?
- Hoe zou u de huidige cultuur in uw instelling definiëren?
- Welke verandering moet daarin nog plaatsvinden?

Transformatieproces

- Welke noodzaak ziet u in de verandering van de organisatie om op een adequate wijze te kunnen anticiperen op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg?
- Ervaren de andere medewerkers in uw organisatie die noodzaak ook?
- Op welke wijze uit zich dat in uw organisatie?

- Wat doet u om het besef van urgentie te stimuleren?
- Wie initieert en geeft leiding aan die verandering?
- Wie zijn er verder nog meer bij betrokken?
- Welke vormen van communicatie kiest u om te communiceren over de veranderingen die in de organisatie plaatsvinden?
- Welk belang hecht u aan communicatie?
- Zijn de medewerkers in uw instelling voldoende geïnformeerd over veranderingen en ontwikkelingen?

Tot slot

- Welke activiteiten zijn er in uw organisatie ontwikkeld die u definieert als ondernemend?
- Hoe succesvol zijn deze activiteiten? Voert u beleid op ondernemende activiteiten?
- U spreekt in verschillende stukken die u schrijft over maatschappelijk ondernemen. Kan u dat voor mij beschrijven?
- Definitie maatschappelijk ondernemen: ondernemen in het publieke belang, dus het nemen van risico's, het stimuleren van innovatie, het creatief inspelen op ontwikkelingen in de omgeving en dit alles binnen een kader van publieke normen rond toegankelijkheid, solidariteit en gelijkheid. Hoe geldt dat voor uw organisatie?

Bijlage 2 Lijst respondenten

Voor deze studie zijn de volgende respondenten geïnterviewd:

Diakonessenhuis Utrecht

- voorzitter Raad van Bestuur
- directeur zorg
- medisch directeur

Jeroen Bosch Ziekenhuis

- voorzitter Raad van bestuur
- directeur Ondersteuning Patiëntenzorg
- voorzitter Vereniging Medische Staf

Ziekenhuis Groep Twente

- lid Raad van Bestuur
- directeur Zorgservices
- radioloog

Eneco Energie

- voorzitter Raad van Bestuur
- directeur Services
- Hoofd Data

Bijlage 3 Overzicht gebruikte documenten t.b.v. documentenanalyse

Documenten Diakonessenhuis

- bedrijfsplan Diakonessenhuis 2004-2007, bespreekversie Ministerie van VWS, september 2004
- Kaderbrief 2006, Raad van Bestuur, juli 2005
- Plan Vitaal Zeist

Documenten Jeroen Bosch Ziekenhuis

- ‘Duidelijk beter’, strategisch beleid JBZ 2005-2009
- ‘Einde aan de zachte sector, document ter voorbereiding van de beleidsdagen 11 en 12 mei 2006
- Kaderbrief 2006
- Beleidskader 2006: duidelijk beter
- Jaarverslag 2004

Documenten Ziekenhuis Groep Twente

- Ambitie in zorg, meerjarenbeleidplan Ziekenhuis Groep Twente 2004-2007
- Zorgservices Twente, realisatie begroting 2005
- Ziekenhuis Groep Twente op weg naar een gezondheidsonderneming, powerpoint presentatie 2006
- Multi Care Center, strategische ambitie voor integratie van zorg in de maatschappij, december 2005

Eneco Energie Nederland

- Eneco Breed Special ‘Samen doen we dat’, naar aanleiding van bijeenkomsten van Raad van Bestuur met de medewerkers
- Jaarverslag 2005
- De liberalisering en jouw rol, boekje voor de medewerkers, 2004
- Strategisch beleid, geformuleerd op de website www.eneco.nl
- Balanced Score Card overzicht doelstellingen divisie Services voor 2006

Bijlage 4 Projectvoorstel

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	79
1. Inleiding	79
2. Doel en probleemstelling.....	80
2.1 Probleemstelling.....	81
2.2 Subvragen.....	81
3. Theoretisch kader	81
4. Onderzoeksopzet.....	83
4.1 Deelnemers.....	83
4.2 Respondenten	84
4.3 Onderzoeksdesign	84
4.4 Analyse van documenten en interviews	85
5. Verwachte resultaat	85
6. Tijdsplanning.....	86

1. Inleiding

De groeiende vraag naar en het beperkte aanbod van gezondheidszorg sluiten niet goed op elkaar aan. Wachtlijsten, personeelstekorten, een ondoelmatige organisatie en beperkte vraaggerichtheid bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars bedreigen de publieke taakuitoefening, dat wil zeggen het voorzien in een doelmatige, voor iedereen toegankelijke en kwalitatief goede gezondheidszorg.

Om aan de doelstellingen van de gezondheidszorg te kunnen blijven voldoen was een verandering van het huidige zorgsysteem noodzakelijk. De overheid heeft gekozen voor een systeem waar de vraag van de patiënt het uitgangspunt is.

Om daar aan te kunnen voldoen is marktwerking geïntroduceerd in de gezondheidszorg. De marktwerking moet zorginstellingen prikkelen om, in het kader van concurrentie, doelmatiger te handelen en een betere kwaliteit en innovatie van de zorg te bewerkstelligen. Om deze ruimte optimaal in te kunnen vullen is het noodzakelijk dat de overheid terugtreedt en de zorginstellingen meer vrijheid van handelen geeft. Deze vrijheid van handelen kan het beste worden gerealiseerd door ziekenhuizen als onderneming te laten functioneren (RVZ 1996). In navolging van onder andere de energiemarkt en de telecommunicatiemarkt doet nu liberalisering ook in de zorg zijn intrede.

De terugtrekking van de overheid heeft consequenties voor de toetredingsmogelijkheden van nieuwe zorgondernemingen. Zo ontwikkelen zich bijvoorbeeld steeds meer zelfstandige behandelcentra. Dit heeft niet alleen een positieve invloed op de toegankelijkheid van de zorg, het aanbod neemt immers toe, maar ook op de doelmatigheid van andere zorgaanbieders. Zij zijn gedwongen om zich meer te richten op de efficiëntie van hun processen maar ook op de kwaliteit van zorg om de concurrentie met andere zorgaanbieders aan te kunnen. Door de vrijheid van handelen die zij gekregen hebben, kunnen zorginstellingen zich richten op activiteiten waarmee zij zich kunnen onderscheiden gericht op de vraagstelling van de patiënt. Daarmee gaan de zorginstellingen als ondernemingen functioneren.

Ondernemen kan gedefinieerd worden als het zelfstandig en voor eigen risico creëren van een nieuwe

match tussen vraag en aanbod (door productinnovatie of marktinnovatie) waarmee de ondernemer zijn beoogde resultaat behaalt (Damhuis et al.). Schumpeter (1943 in: Putters 2001) koppelt aan ondernemen het begrip innovatie en definieert het begrip ondernemen als volgt: “ondernemerschap is het uitvoeren van nieuwe combinaties van producten, processen, organisaties en markten. Deze verandering naar meer marktgericht en ondernemend denken, vraagt om een andere organisatie van zorginstellingen. Het ondernemen van activiteiten is niet genoeg om als zorgonderneming te kunnen functioneren. De ontwikkeling naar een zorgonderneming vraagt om een vertaling van deze gewenste beweging in de strategie, doelstellingen, systemen, cultuur, structuur, managementstijl en het personeel van de organisatie.

Ziekenhuizen lijken vooralsnog verder te gaan op vertrouwde paden en ontwikkelen ondernemende activiteiten vooral gericht op nieuwe onderzoek - en behandelmethoden (SPACE 2005). Van een ontwikkeling van de verschillende organisatie elementen in de richting van een zorgonderneming lijkt niet echt sprake.

2. Doel en probleemstelling

Dit onderzoek richt zich op algemene ziekenhuizen die in het kader van liberalisering meer moeten gaan functioneren als zorgondernemingen om tegemoet te kunnen komen aan het uitgangspunt van de liberalisering: meer concurrentie en klantgericht werken. Daarnaast zou de marktwerking bij moeten dragen aan een betere kwaliteit van zorg, innovatie van de zorg en doelmatigheid. Het doel van dit onderzoek is om te onderzoeken op welke wijze een zorgonderneming beschreven kan worden en welke activiteiten de algemene ziekenhuizen op dit moment ondernemen om zich te ontwikkelen naar een zorgonderneming. Hierbij zal gebruik gemaakt worden van het 7-S model van McKinsey om een organisatie te beschrijven en het 8 fasen verandermodel van Kotter om de ontwikkeling te onderzoeken. De resultaten van drie algemene ziekenhuizen zullen gelegd worden naast de resultaten van een organisatie binnen de energiesector. De liberalisering in de energiesector heeft twee jaar geleden plaatsgevonden en daarmee zijn de energiebedrijven iets verder in het transformatieproces. Oden (1999: IV) definieert transformatie als een complete en radicale verandering van de strategie, structuur, cultuur en processen van een organisatie.

Mogelijk kunnen de ziekenhuizen leren van de stappen die door Eneco Energie gezet zijn in het transformatieproces op weg naar een onderneming. Op grond van de empirische gegevens die verzameld worden in interviews zullen aanbevelingen gedaan worden naar de drie ziekenhuizen.

2.1 Probleemstelling

Hoe ontwikkelen zorginstellingen zich naar zorgondernemingen en welke stappen kunnen zij in die ontwikkeling nog zetten?

2.2 Subvragen

- Wat zijn de elementen van ondernemen?
- Welke factoren spelen een rol bij een verandering in een organisatie?
- Hoe kan een huidige zorginstelling beschreven worden aan de hand van deze factoren?
- Hoe kan een zorgonderneming beschreven worden aan de hand van deze factoren?
- Welke activiteiten ondernemen de ziekenhuizen op weg naar een zorgonderneming op dit moment?
- Welke activiteiten onderneemt het energiebedrijf op weg naar een onderneming?
- Waarin verschilt een zorgonderneming van een onderneming in de energiesector?
- Wat zijn de kritische succesfactoren in het veranderproces?
- Wat zijn de kritische faalfactoren in het veranderproces?

3. Theoretisch kader

Het theoretische kader van het onderzoek richt zich op de beschrijving van een zorginstelling in de huidige situatie en de beschrijving van de zorgonderneming. Deze beschrijving zal worden gedaan aan de hand van de 7 factoren uit het model van McKinsey, te weten strategie, structuur, systemen, stijl van leidinggeven, personeel, vaardigheden en cultuur.

Peters & Waterman (1992) geven aan dat effectiviteit in een organisatie ontstaat door de interactie tussen deze zeven factoren, het zogenaamde 7-S model. Zij spreken van een nieuwe kijk op de organisatie.

Strategie (**S**trategy) geeft richting aan de doelstellingen van een organisatie en de middelen, investeringen en plannen die het daarvoor nodig heeft. Het is de manier waarop een organisatie zich tot doel stelt zijn positie ten opzichte van de concurrent te verbeteren. Structuur (**S**tructure) verdeelt functies naar taken en verantwoordelijkheden en voorziet in hiërarchie, coördinatiemechanismen, overlegvormen, geeft richting aan decentralisatie, etc.

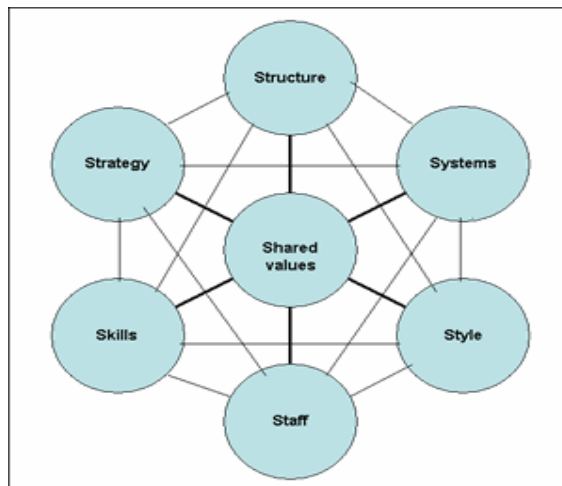
Met systemen (**S**ystems) wordt verwezen naar primaire en ondersteunende processen, werkwijzen en alle formele en informele procedures die binnen de organisatie bestaan en die de organisatie laten functioneren. Te denken valt dan aan managementinformatiesystemen, HRM systeem en de wijze waarop processen georganiseerd zijn binnen de organisatie.

Waterman geeft aan dat bij veranderingen de stijl (**S**tyle) van de managers belangrijker is dan aangenomen wordt.

In organisaties kan het personeel (**Staff**) het verschil maken. Het is daarom belangrijk dat er een goed HRM beleid ontworpen wordt passend bij de strategie van de organisatie. Het gaat bijvoorbeeld om belonen, werving en selectie, motiveren en behouden van personeel. Tevens zijn de vaardigheden (**Skills**) waarover een organisatie beschikt van belang. Deze vaardigheden kunnen de organisatie een onderscheidende rol geven ten opzichte van concurrenten. Het gaat dan om sterke, zwakke en competitieve punten van de sleutelfiguren en de organisatie als geheel.

Tenslotte is er de cultuur (**Shared Values**) van een organisatie die aangeeft hoe een organisatie wil functioneren en wat de normen en waarden zijn.

Deze factoren zullen richtinggevend zijn bij de beschrijving van de huidige zorginstelling en de zorgonderneming. Voor de zorgonderneming zullen elementen die een rol spelen bij ondernemen in relatie gebracht worden met deze factoren.



Figuur 1. 7-S model McKinsey

In de analyse van de empirische gegevens zal het verandermodel van Kotter (1996) gebruikt worden. Het model kenmerkt zich door 8 fases die doorlopen moeten worden in het proces op weg naar verandering van de organisatie:

1. realiseren van een gevoel van noodzaak
2. het vormen van een machtige coalitie
3. formuleren van een visie
4. communiceren van de visie
5. anderen in de gelegenheid brengen om volgens de visie te werken
6. plannen en creëren van prestaties op korte termijn
7. consolideren van verbeteringen en inzetten van meer verandering
8. nieuwe werkwijze implementeren

Bij elke fase horen activiteiten die kritische succesfactoren zijn voor de ontwikkeling van de organisatie. Naast deze succesfactoren benoemd Kotter bij elke fase ook kritische faalfactoren. Als belangrijke succesfactoren voor het totale veranderingsproces ziet hij de rol van leiderschap binnen een organisatie en de volgorde van de fasen in het proces. Hij gaat ervan uit dat een verandering niet op een adequate wijze zal standhouden als niet alle fasen in het veranderingsproces met bijbehorende stappen worden doorlopen. Iedere organisatie moet er daarbij vanuit gaan dat een transformatieproces tussen de zeven en tien jaar in beslag neemt.

In de analyse zal tevens een vergelijking gemaakt worden tussen de gezondheidszorg organisaties en Eneco Energie. Voor deze vergelijking zal naast de factoren van het 7-S model gebruik gemaakt worden van de parameters voor het ontwerpen van een organisatiestructuur zoals Mintzberg (1983) deze beschrijft. Het gaat bijvoorbeeld om de beschrijving van de omgeving, het product en de uitvoerende kern.

In het onderzoek zal de volgende hoofdstukindeling gebruikt worden:

1. Inleiding
2. Theoretisch kader
3. Methodiek
4. Resultaten gevalstudie; beschrijving stand van zaken per organisatie
5. Analyse van resultaten; hoe verloopt veranderproces?
6. Conclusie en discussie
7. Aanbevelingen

4. Onderzoeksopzet.

4.1 Deelnemers.

Het onderzoek richt zich op de liberalisering in het tweede compartiment, specifiek gericht op topklinische ziekenhuizen. Benaderd worden:

- Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch
- Mesos, Nieuwegein
- Reinier de Graaff, Delft

Als scriptiegroep hebben wij ziekenhuizen geselecteerd waar wij allemaal een deel van ons onderzoek kunnen laten plaatsvinden. Selectiecriteria voor dit onderzoek was dat de ziekenhuizen in meer of mindere mate ondernemende activiteiten laten zien. Daarnaast moesten de ziekenhuizen ook in de selectiecriteria van de andere groepsleden vallen. Daarmee zijn deze ziekenhuizen voor dit onderzoek overgebleven.

Als vergelijkende sector is gekozen voor de energiesector. Een deel van het onderzoek zal zich daarom richten op het veranderproces van Eneco Energie Rotterdam na liberalisering van de energiemarkt.

Van deze onderneming is bekend dat zij binnen de organisatie allerlei veranderingen hebben doorgevoerd om adequaat te kunnen inspelen op de liberalisering.

4.2 Respondenten

Binnen de genoemde organisaties zullen verschillende functionarissen benaderd worden om aan het onderzoek mee te werken.

In het proces op weg naar een onderneming is het van belang om de zeven factoren, zoals aangegeven zoals in het 7-S model van McKinsey, te analyseren. Factoren als strategie en structuur zullen vooral de verantwoordelijkheid zijn van de Raad van Bestuur. Systemen, stijl van leidinggeven, personeel, vaardigheden zijn de aandachtsgebieden van het management van de organisatie. Deze aandachtsgebieden raken echter altijd aan de werkprocessen van de professionals in de organisatie en stelt ook aan hen andere eisen. Daarbij is de verandering van de cultuur van de organisatie iets dat iedereen in de organisatie aangaat. Daarmee is het van belang dat verschillende lagen die betrokken zijn bij de factoren van het 7-S model en het veranderproces als respondent geselecteerd worden voor dit onderzoek. Daarom zullen er interviews plaatsvinden met een afgevaardigde van de Raad van Bestuur, het management en de medewerkers. Dit geldt zowel voor de ziekenhuizen als Eneco Energie Rotterdam.

4.3 Onderzoeksdesign

Dit onderzoek is een kwalitatief onderzoek in de vorm van een meervoudige gevalstudie.

De literatuurstudie neemt een belangrijk deel in van het onderzoek. De literatuur is richtinggevend voor het theoretisch kader. Daarnaast zal in de analyse van de empirische gegevens gebruik gemaakt worden van literatuur.

Van de belangrijkste literatuur zullen korte samenvattingen worden gemaakt. Deze samenvattingen zullen worden geordend op basis van onderwerp.

Via de methode van de meervoudige gevalstudie zal van drie ziekenhuizen en een energiebedrijf beschreven worden hoe zij zich ontwikkelen naar een (zorg)onderneming en welke stappen zij in dat proces nog kunnen zetten.

Hierbij wordt gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews. Het theoretisch kader is richtinggevend voor de topiclijst en de bijbehorende interviewvragen. De empirische gegevens moeten, door middel van de informatie uit de interviews, in relatie gebracht kunnen worden tot de factoren van het 7-S model. De topics voor de interviewvragen zijn kenmerken van ondernemerschap, strategie, visie, missie en doelstellingen van de organisatie, elementen van organisatiestructuur zoals coördinatiemechanismen en hiërarchische lijnen, cultuurelementen, organisatiesystemen en procedures zoals HRM systeem, stijl en rol van management, werken met professionals, vaardigheden van de organisatie, faalfactoren van het veranderproces en succesfactoren van het veranderproces. Bij elke

topic zullen vragen geformuleerd worden die informatie opleveren over de activiteiten en de stappen die de onderzochte organisaties ondernemen op weg naar een zorgonderneming. Daarnaast zullen er ook vragen geformuleerd worden die informatie geven over het veranderproces dat de organisatie doorloopt.

De interviews worden uitgevoerd in de werkomgeving van de deelnemers en zullen maximaal 90 minuten duren. Er zullen in totaal 12 interviews plaatsvinden.

Naast semi-gestructureerde interviews zal er een analyse van relevante documenten plaatsvinden. Het gaat hier om documenten zoals jaarplannen, jaarverslagen, organogrammen, brochures en strategische - en medische meerjaren beleidsplannen. Het theoretisch kader is richtinggevend voor de selectie van de documenten. In deze documenten zullen de factoren van het 7-S model uitgangspunt vormen in het verzamelen van relevante, voor het onderzoek bruikbare informatie.

4.4 Analyse van documenten en interviews

De interviews worden opgenomen met behulp van opname apparatuur. Elk interview wordt letterlijk uitgewerkt door de onderzoeker.

Elk document en uitgeschreven interview wordt geanalyseerd aan de hand van codes. Deze codes zijn bepaald door de factoren die een rol spelen bij het veranderen van een organisatie. De codes krijgen een nummer en relevante informatie bij een code zal genummerd worden. Voor elke organisatie zal bij elke code vervolgens de bijbehorende informatie geselecteerd worden.

Deze zelfde werkwijze zal gebruikt worden in de analyse van de documenten.

Voor de analyse van de organisatie zullen codes toegevoegd worden die zich richten op de kritische succes- en faalfactoren van een veranderingsproces. Deze stappen zullen gecodeerd worden met letters. Op basis van de beschrijving en analyse van de organisaties zullen voor iedere organisatie aanbevelingen geformuleerd worden.

5. Verwachte resultaat

Veel ziekenhuizen lijken op de een of andere manier nieuwe activiteiten te ontplooiën in de richting van ondernemerschap. Bijna alle instellingen zijn, vanwege overheidsbeleid en onderlinge concurrentie, begonnen met intern ondernemerschap. De activiteiten die ondernomen worden richten zich vooral op nieuwe behandel- en onderzoeksmethoden.

In toenemende mate richten instellingen zich echter ook op het externe ondernemerschap.

Voorbeelden hiervan zijn de poliklinische apotheken en de zogenaamde Zotels (Harten & Schuring 2003).

Onderzoeken (SPACE 2005, Damhuis et al. 2005) doen echter vermoeden dat op weg naar ondernemerschap weinig aandacht is voor een integrale benadering van verandering die zich richt op

factoren als cultuur, structuur, strategie, managementstijl, personeel en processen. Ziekenhuizen lijken op de ingeslagen weg verder te gaan terwijl ondernemerschap een ontwikkeling van een organisatie vraagt gericht op deze factoren. De introductie van liberalisering vereist aanpassingen in de organisatie en bedrijfsvoering van de ziekenhuizen. In de vergelijking met het verandermodel van Kotter lijken organisaties zich onvoldoende te richten op zowel de kritische succes- als de kritische faalfactoren. Er wordt nog weinig noodzaak tot ingrijpende veranderingen ervaren. Onderliggend probleem hierbij is dat de omvang van het deel van de ziekenhuiszorg dat is vrijgegeven, beperkt is. De 10 % van de markt die is vrijgegeven, zorgt er voor dat de instellingen weinig in beweging komen (SPACE, 2005). Volgens de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport kan 95 % van electieve zorg⁴ geliberaliseerd kan worden. Liberalisering moet meer gaan plaatsvinden door het vergroten van het deel van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) waarvoor zorgaanbieders en verzekeraars vrij over prijzen mogen onderhandelen (het zogenaamde B segment), het opheffen van toetredingsbelemmeringen voor aanbieders van DBC's in het B segment en het toestaan van uitkeerbare winst aan ziekenhuizen, Zelfstandige Behandel Centra's (ZBC's) en GGZ-instellingen. Er is dus wel degelijk een noodzaak voor ziekenhuizen om aandacht te hebben voor de ontwikkeling naar een zorgonderneming.

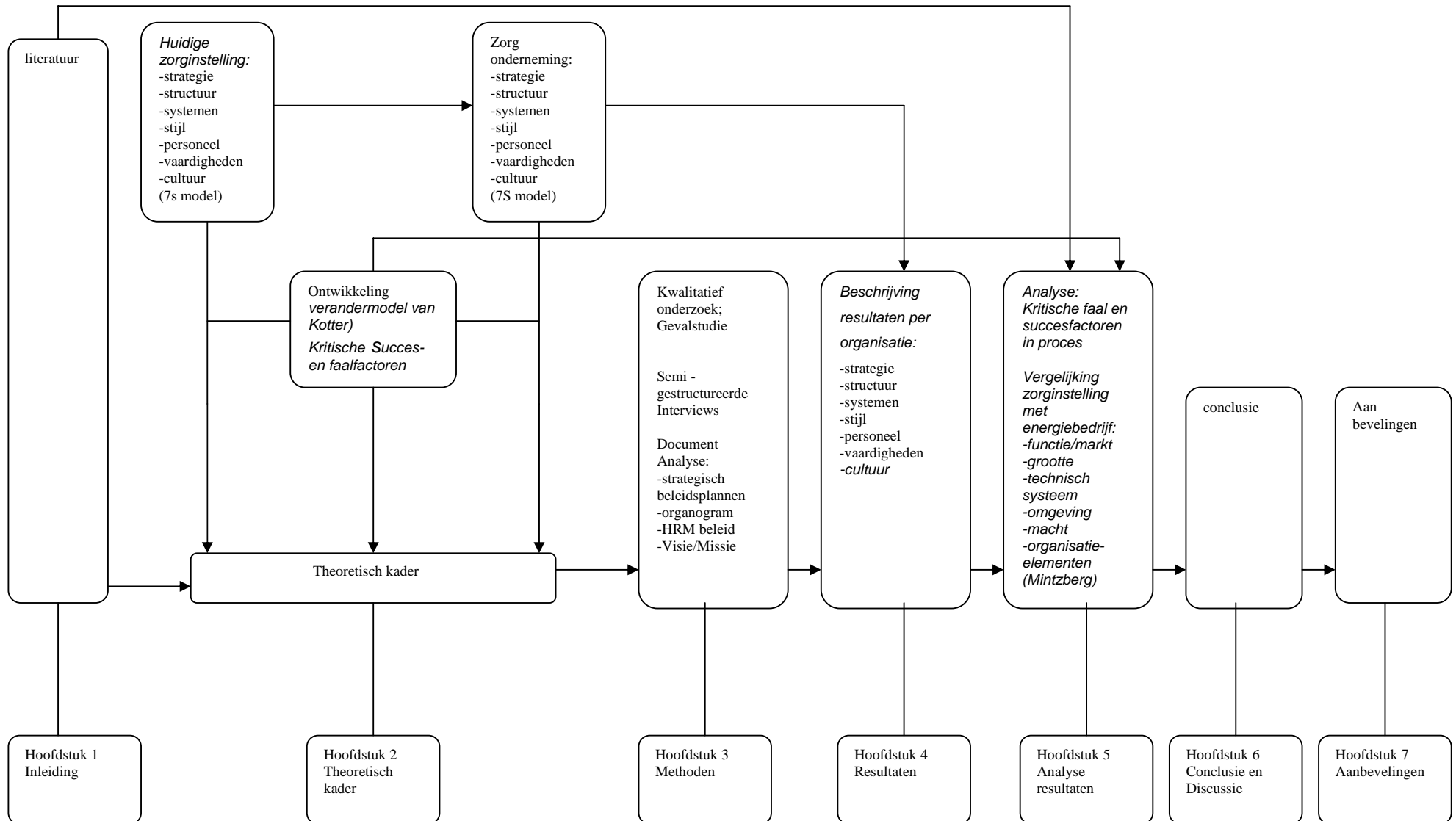
De liberalisering in de energiewereld is een aantal jaren geleden ingevoerd. Globale analyse van documenten doet vermoeden dat er binnen Eneco Energie Rotterdam aandacht is voor fasen in het veranderproces en verschillende factoren in deze verandering op weg naar een meer ondernemende organisatie.

6. Tijdsplanning

Activiteiten	Startdatum	Einddatum
Eerste bijeenkomst		
Uitwerken grote lijn		
Bedenken theoretisch concept	23.12.05	04.01.06
Uitwerken theoretische map	04.01.06	08.01.06
Verzamelen literatuur	23.12.05	Februari 06
Inleveren eerste concept projectvoorstel	09.01.06	16.01.06
Bespreken projectvoorstel	20.01.06	
Opzetten onderzoeksmodel	21.01.06	
Verwerken opmerkingen projectvoorstel	22.01.06	25.01.06
Toesturen voorstel aan meelezers omgeving	19.01.06	
Verzamelen documenten	24.02.06	April 06
Inleveren definitief projectvoorstel	17.02.06	
Schrijven van de inleiding	03.02.06	17.02.06

⁴ Electieve zorg is curatieve zorg (diagnostiek, behandeling en/of nabehandeling) waarvan het, in tegenstelling tot acute zorg, medisch aanvaardbaar is dat deze enkele dagen tot weken kan worden uitgesteld

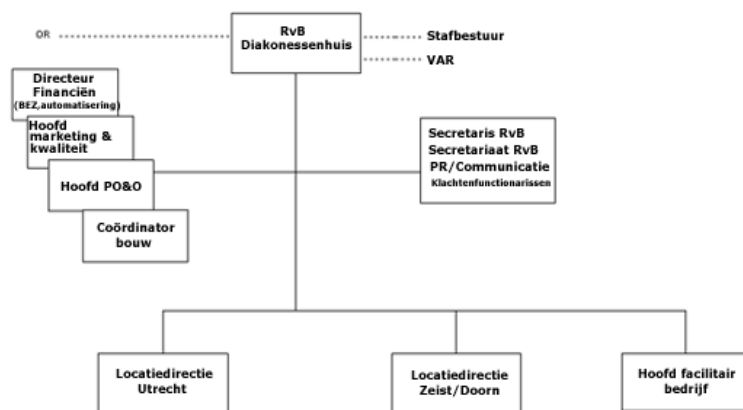
Uitwerken literatuur, samenvattingen maken	13.01.06	Maart 06
Opstellen topic lijst	20.02.06	
Opstellen interview vragen	20.02.06	
Benaderingen onderzoeksinstellingen + afspraken	Begin febr. 06	
Afnemen van interviews	.03.06	20.04.06
Uitwerken van interviews	01.03.06	20.04.06
Analyse documenten	30.03.06	15.04.06
Inleveren inleiding en theoretisch kader	31.03.06	
Bespreken inleidende hoofdstukken	07.04.06	
Verwerken output	10.04.06	14.04.06
Analyse interviews	01.04.06	05.05.06
Schrijven hoofdstuk methoden van onderzoek	20.04.06	27.04.06
Schrijven hoofdstuk resultaten	27.04.06	09.05.06
Vergelijken theorie en empirische gegevens	10.05.06	12.05.06
Inleveren methoden van onderzoek en resultaten	19.05.06	
Formuleren van aanbevelingen	20.05.06	28.05.06
Beschrijven discussie en conclusie	20.05.06	28.05.06
Schrijven voorwoord en samenvatting	28.05.06	30.05.06
Inleveren gehele scriptie bij begeleider	02.06.06	
Verwerken eventuele opmerkingen	05.06.06	12.06.06
Inbinden scriptie	12.06.06	14.06.06
Inleveren scriptie in vijfvoud	16.06.06	



Bijlage 5 Diakonessenhuis Utrecht

Het Diakonessenhuis bestaat uit drie locaties: Utrecht, Zeist en Doorn. Elke locatie heeft zijn specifieke kenmerken, zo is locatie Utrecht een ziekenhuis in de directe omgeving van het centrum. Het heeft vrijwel alle specialismen en een omvangrijke polikliniek. De locatie Zeist is wat kleiner en gevestigd in een bosrijke omgeving. Alle specialismen houden ook spreekuur in de buitenpolikliniek in Doorn. Op de locaties Utrecht en Zeist is een Spoedeisende Hulp gevestigd. Hier kunnen mensen terecht voor behandelingen die zonder uitstel medisch of verpleegkundig ingrijpen vereisen.

Het organogram van het Diakonessenhuis ziet er als volgt uit:

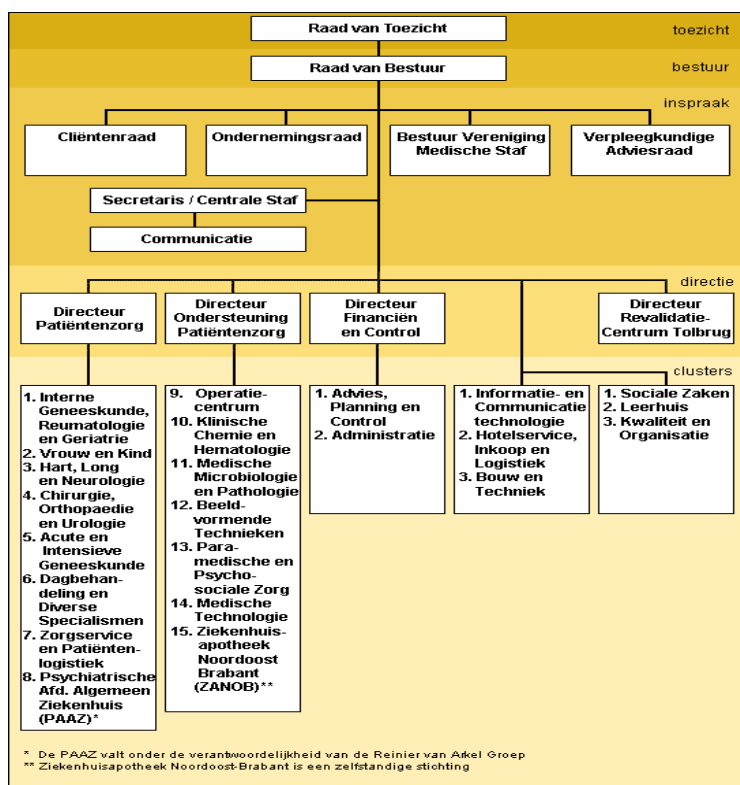


Kengetallen 2004	
Aantal erkende bedden	627
Aantal eerste polikliniekbezoeken	135.785
Aantal herhalingsbezoeken	204.549
Aantal dagbehandelingen	20.395
Aantal opnamen	20.704
Aantal verpleegdagen	132.368
Gemiddelde verpleegduur	6,4
Adherentie	Polikliniek: 228.864 Kliniek: 228.564
Aantal fte's	1582
Aantal personeelsleden	2417
Aantal medisch specialisten	130

Bijlage 6 Jeroen Bosch Ziekenhuis

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis is ontstaan op 1 januari 2002 uit een fusie tussen het Carolus-Liduina Ziekenhuis en het Bosch Medicentrum. Deze 2 ziekenhuizen zijn op hun beurt ook weer ontstaan uit fusies. Het Carolus-Liduina Ziekenhuis kwam in 1987 voort uit een fusie tussen het Carolus Ziekenhuis in 's-Hertogenbosch en het Liduina Ziekenhuis in Boxtel. Het Bosch Medicentrum is in 1990 gevormd door de fusie tussen het Groot Ziekengasthuis en het Willem-Alexander Ziekenhuis. In 1995 neemt het Bosch Medicentrum het Groote Bommelsche Gasthuis over en vestigt er een buitenpolikliniek.

Het organogram van het Jeroen Bosch Ziekenhuis ziet er als volgt uit:



Kengetallen 2004

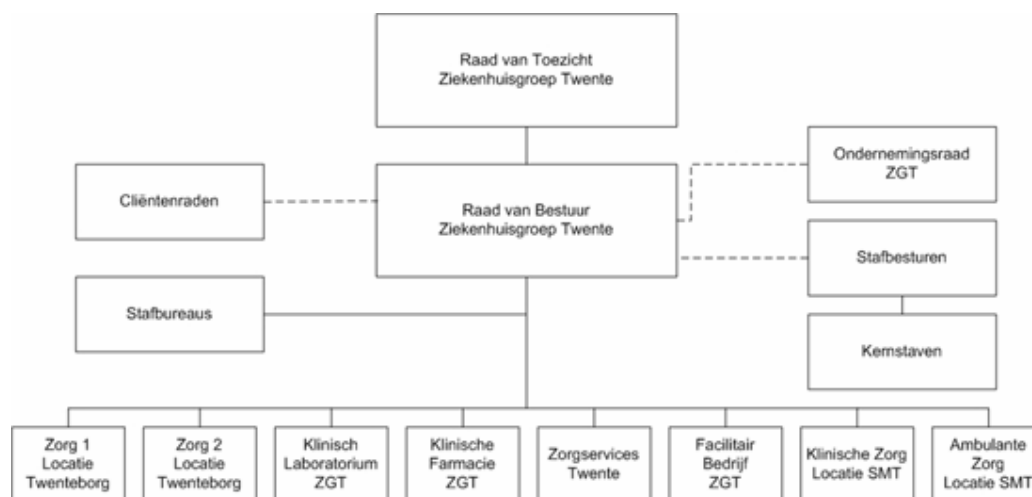
Aantal erkende bedden	1.120
Opnamen	30.185
Verpleegdagen	205.308
Bezettingspercentage	50.1%
Dagverpleging	24.462
Totaal polikliniekbezoeken	548.044

Bijlage 7 Ziekenhuis Groep Twente

De Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) is een algemeen ziekenhuis. Wij leveren vanuit twee locaties hoogwaardige medisch-specialistische behandeling en diagnostiek. Dit in een verzorgingsgebied met circa 300.000 inwoners.

De Ziekenhuisgroep Twente is in 1998 ontstaan uit een fusie tussen Twenteborg Ziekenhuis in Almelo en Streekziekenhuis Midden-Twente in Hengelo. Beide ziekenhuizen vervullen een streekfunctie en maken deel uit van samenwerkingsverbanden met de eerstelijnszorg (zorg door de huisartsen) thuiszorgorganisaties en verpleeghuizen. Ook Zorgservices Twente in Hengelo behoort tot de Ziekenhuisgroep Twente.

Het organogram van ZGT ziet er als volgt uit:



Kengetallen 2004:

Opnamen klinisch	32076
Dagopnamen	22333
1e polikliniek bezoeken	176614
Gemiddelde Verpleegduur klinisch	6,45
Verpleegdagen	206774
Omzet 2004	€189 miljoen
Aantal personeelsleden ZGT	3439
Aantal erkende bedden	1045
Aantal medisch specialisten ZGT	185

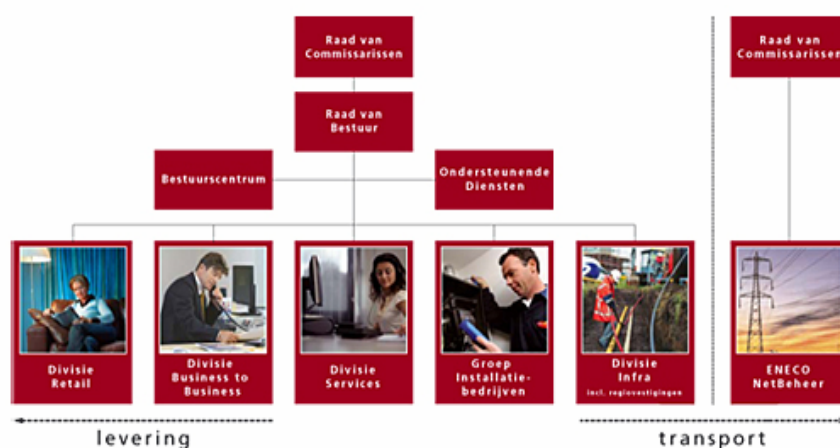
Bijlage 8 Eneco Energie Nederland

Ongeveer 4 miljoen Nederlanders maken gebruik van de energie die ENECO levert. Grote bedrijven, midden- en kleinbedrijven en veel huishoudens vertrouwen op hun diensten.

ENECO Energie wil ervoor zorgen dat de klant zonder veel moeite energie kan gebruiken.

ENECO Energie telt momenteel circa 4700 medewerkers. Het hoofdkantoor en de divisies zijn gevestigd in Rotterdam, in het land zijn diverse vestigingen. De aandelen van ENECO Energie zijn in handen van 64 Nederlandse gemeenten.

Organogram Eneco:



Kerncijfers (bedragen in miljoenen euro's)

	2005*	2004*	2003	2002	2001
Resultaten					
Omzet energie en overige bedrijfsopbrengsten	3.692	3.544	3.577	2.199	2.243
Brutomarge energie	1.070	959	913	639	625
Bedrijfsresultaat voor afschrijvingen (EBITDA)	723	603	528	379	369
Bedrijfsresultaat (EBIT)	513	396	277	222	217
Nettoresultaat	302	218	185	157	202
Bruto kasstroom uit operationele activiteiten	694	557	437	314	354

Bijlage 9 Matrix resultaten kenmerken onderzoekinstellingen

Na analyse van de casusbeschrijvingen kunnen voor de verschillende zorginstellingen de volgende kenmerken in een matrix worden verwerkt.

Voor ZGT wordt de situatie beoordeeld voor het ziekenhuis om in een latere fase een vergelijking te kunnen maken met de andere ziekenhuizen.

De gegevens voor de verschillende instellingen kunnen worden geïnterpreteerd aan de hand van de volgende uitleg:

- ++ : kenmerk is aanwezig in de organisatie
- + : kenmerk is in ontwikkeling
- : kenmerk heeft aandacht maar nog niet in ontwikkeling
- /- : kenmerk is geen aandachtspunt in de organisatie

	Diak	JBZ	ZGT	Eneco
Strategie				
Beoordeling omgeving	++	-	-	++
Commercieel ondernemen	+	-/-	-/-	+
Maatschappelijk ondernemen	++	-	-	+
Intern ondernemen	+	-	-	++
Patiënt als uitgangspunt voor zorgproducten	++	+	+	++
Dienstverlening en kwaliteit	++	+	+	++
Realiseren van financieel resultaat	+	+	-	++
Opsporen van winstgevend marktsegmenten	+	-	-	++
Structuur				
Inspelen op veranderingen	++	-	-	++
Maximale autonomie	+	-	-	++
Decentralisatie op inhoud en organisatie	+	-	-	++
Resultaatverantwoordelijkheid van eenheden	+	-	-	++
Onderlinge aanpassing	-	-/-	-/-	-/-
Standaardisatie van processen	+	-	-	+
Systemen				
Aandacht voor technologische systemen	+	-	+	++
Hoogwaardig managementinformatiesysteem	-	+	-	+
HRM systeem	+	-/-	-/-	++
Aandacht voor procedures en protocollen	+	+	+	+
Medewerkers				
Ondernemend gedrag	+	-	-	++
Bezitten passende competenties	+	-	-	+
Omgaan met onzekerheid /verandering	-	-/-	-/-	++
Durven risico's te nemen	-	-/-	-/-	++
Hebben een lerend vermogen	+	+	+	+
Stijl van het management				
Rol verandert naar toezichhoudend	+	-/-	-/-	+
Faciliteren en coachen	+	-	-	+
Ondernemer	+	-	-	+
Aandacht voor markt	++	-	-	++

Vernieuwen, verbreden en versterken	+	-	-	++
Realiseren van ondernemende cultuur	-	-/-	-/-	-
Vaardigheden				
Zorg op professionele, klantvriendelijke en efficiënte wijze	++	+	+	++
Continu verbeteren en innoveren	+	-	-	++
Concurreren	+	-/-	-/-	++
Professionals en management leveren bijdrage aan onderscheidend vermogen	+	-	-	++
Specialiseren	+	-	+	-/-
Cultuur				
Onvoorspelbaarheid, risicovol gedrag	+	-/-	-/-	+
resultaatgericht	+	+	+	++
Innovatief klimaat	+	-	-	++
Vraaggericht	+	-	+	++
Congruentie doelstellingen medewerkers en organisatie	+	-	-	+
Continu ontwikkelen	+	-	-	+
Lerende cultuur	-	-/-	-	-
Fouten mogen maken	-	-/-	-	-