

# Klantgericht werken in zorgconcerns



Marieke Dooremalen  
Studentnummer 150620  
Begeleider: Isabelle Fabbricotti  
Meelezer: Gerard Scholten  
Master Zorgmanagement  
BMG Rotterdam  
15 Juni 2007

 **BMG** instituut Beleid &  
Management Gezondheidszorg  
Master Zorgmanagement

Erasmus MC  


## Samenvatting

Zorgorganisaties gaan de laatste jaren vele fusies aan, waardoor in toenemende mate grote zorgconcerns ontstaan. In de beleidsplannen van deze concerns is te lezen dat men de klant centraal stelt en klantgericht werkt. Maar wat bedoelt men met klantgerichtheid? En hoe geeft men dit vervolgens vorm? De doelstelling van dit onderzoek is inzicht verschaffen in klantgerichtheid zodat bestuurders en managers van concerns een bewuste afweging kunnen maken met betrekking tot de concrete invulling van het klantgericht werken in hun concern. Hiertoe is de volgende vraag gesteld:

### **Hoe kan klantgerichtheid worden vormgegeven binnen zorgconcerns?**

Door middel van een kwalitatief onderzoek, met exploratief karakter, is gezocht naar antwoorden. Hiertoe zijn verschillende onderzoeksmethoden naast elkaar gehanteerd, en wel literatuuronderzoek, documentenanalyse en interviews. Het literatuuronderzoek richtte zich op het operationaliseren van de begrippen klant en klantgerichtheid. Hieruit kwam naar voren dat de klant benaderd dient te worden in drie rollen: consument, participant en partner. Ook is vanuit theoretisch oogpunt gekeken welke behoeften een klant heeft en vanuit welke perspectieven klantgerichtheid vormgegeven kan worden. Vervolgens is bij drie ketenconcerns middels documentanalyse en interviews onderzocht op welke manier zij hun klant zien en benaderen, op welke manier men probeert te voldoen aan de behoeften van de klant en hoe men klantgerichtheid vorm geeft.

De belangrijkste uitkomst is het grote verschil tussen theorie en praktijk. Waar klantgerichtheid in de theorie duidelijk beschreven wordt, heeft het in de praktijk nog weinig handen en voeten gekregen. Men heeft er in de concerns wel gedachten over en men is er mee bezig, maar een echte strategie ontbreekt. Zo hebben de concerns veel middelen in huis om klantgerichtheid vorm te geven, maar deze worden niet altijd (doel)bewust ingezet. Daarnaast rijst de vraag of de zorgvrager in de praktijk in staat en bereid is de drie rollen die de theorie veronderstelt, op zich te nemen. Zorgvragers positioneren zichzelf vooralsnog met name als patiënt en niet als consument, partner of participant. Aan de hand van deze resultaten zijn verschillende typen relaties tussen zorgvragers en zorgconcerns in een model gepresenteerd. Tenslotte kan geconcludeerd worden dat niet helder uit de resultaten naar voren is gekomen wat de invloed van concernvorming is op het vormgeven van klantgerichtheid.

## Summary

The last couple of years, a lot of mergers took place in healthcare, which led to many large health care organisations. The policy plans of these institutions show that the organisation puts the client's interest first, and that a customer-centred approach is chosen.

But what do organisations mean with customer-orientation? And what is actually done, to create this customer-orientation? The objective of this research is to provide insight into customer-orientation with which managers of large merged health care organisations can make assessments in creating a customer oriented organisation. This study centres on the question:

### **How can customer-orientation be formed in large merged health care organisations?**

To answer this question, a qualitative design was used in this study. Multiple forms of data were collected; literature, documents and interviews. With the review of literature the concepts 'customer' and 'customer-orientation' were explored. According to the theory a customer should be approached within three different roles: consumer, participant and partner. The literature review was also used to find out which needs a customer has and from which perspectives customer-orientation can be formed. Documents provided by three large, recently merged, health care organisations were analysed and interviews were held. The purpose was to examine how the organisations see and approach their customer, how they try to satisfy the needs of the customer and how the organisations form customer-orientation.

The most important outcome of this study is the large difference between theory and practice. Where customer-orientation is clearly described in theory, that is not the case in practice. There are thoughts and ideas according to customer focus, however a real strategy is missing. The organisations have many means, products and activities to form customer-orientation, yet these are not always used (consciously) for that purpose. The question also rises if customers are willing and able to act in the three roles. Customers seem to position themselves as patients rather than consumers, partners or participants. With these results several types of relationships between patients and organisations have been presented in a model. The results do not show the influence of mergers in health care on customer-orientation.

## **Inhoudsopgave**

<b>Hoofdstuk 1 Inleiding</b>	<b>5</b>
1.1 Aanleiding	5
1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen	7
1.3 Relevantie	8
1.4 Leeswijzer	9
<b>Hoofdstuk 2 Theoretisch kader</b>	<b>10</b>
2.1 Klant	10
2.2 Klantgerichtheid	11
2.3 Behoeften van de klant	12
2.4 Perspectieven van klantgerichtheid en daarbinnen te onderscheiden middelen, activiteiten en producten	13
2.4.1 Het marketingperspectief	15
2.4.2 Het kwaliteitsperspectief	16
2.4.3 Het HRM perspectief	17
2.5 Conceptueel model	18
<b>Hoofdstuk 3 Methodologie</b>	<b>19</b>
3.1 Onderzoeksdesign	19
3.2 Onderzoekspopulatie	19
3.3 Methoden van onderzoek	20
3.4 Analyse	22
3.5 Betrouwbaarheid en validiteit	22
<b>Hoofdstuk 4 Resultaten</b>	<b>23</b>
4.1 De rollen waarin de concerns de klant beschouwen	23
4.2 Het voldoen aan behoeften van zorgvragers	26
4.2.1 Wijzen waarop concerns voldoen aan de behoefte aan hulpvraagverduidelijking	27
4.2.2 Wijzen waarop concerns voldoen aan de behoefte aan informatie	28
4.2.3 Wijzen waarop concerns voldoen aan de behoefte aan keuzevrijheid en keuzemogelijkheden	28
4.2.4 Wijzen waarop concerns voldoen aan de behoefte aan continuïteit	29
4.2.5 Wijzen waarop concerns voldoen aan de behoefte aan vakbekwaamheid	29

4.2.6 Wijzen waarop concerns voldoen aan de behoefte aan bejegening	30
4.2.7 Wijzen waarop concerns voldoen aan de behoefte aan toegankelijkheid en bereikbaarheid	30
4.3 Perspectieven waar vanuit concerns klantgerichtheid vormgeven	31
4.3.1 Klantgerichtheid vanuit marketing perspectief	31
4.3.2 Klantgerichtheid vanuit kwaliteit perspectief	33
4.3.3 Klantgerichtheid vanuit HRM perspectief	34
4.3.4 Klantgerichtheid vanuit een vierde perspectief: de structuur	34
4.4 De invloed van concernvorming op klantgerichtheid	37
<b>Hoofdstuk 5 Conclusie &amp; Discussie</b>	<b>39</b>
5.1 Conclusie	39
5.2 Discussie	40
5.2.1 Reflectie op de resultaten	40
5.2.2 Reflectie op de theorie	43
5.2.3 Reflectie op de methodologie	44
<b>Hoofdstuk 6 Aanbevelingen</b>	<b>45</b>
6.1 Aanbevelingen voor de theorie	45
6.2 Aanbevelingen voor de praktijk	45
<b>Literatuurlijst</b>	<b>47</b>
<b>Bijlage 1</b>	<b>51</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>52</b>

## **Hoofdstuk 1 Inleiding**

### **1.1 Aanleiding**

De vraag naar zorg is de afgelopen decennia sterk aan verandering onderhevig geweest. Er is in tenminste drie opzichten sprake van een veranderende vraag naar zorg. De kwalitatieve verandering van de vraag komt voort uit medisch technische innovaties. Door deze innovaties is in de gezondheidszorg meer mogelijk, dan wat feitelijk wordt geleverd (Meurs & van der Grinten 2005:2). De kwantitatieve verandering van de vraag komt voort uit verschuivingen in de demografie en morbiditeit (ibid.). Mensen zijn langer ziek voordat ze dood gaan, wat een groeiende vraag van zorg met zich mee brengt. Op de derde plaats veranderen de leveringscondities van de vraag onder invloed van socio-culturele factoren en emancipatie van de patiënt (ibid.). De emancipatiebeweging in de gezondheidszorg zorgt ervoor dat het aanbod afgestemd wordt op de nieuwe patiënt. Deze patiënt wil op een klantvriendelijke basis behandeld worden, waarbij de zorgverleners worden afgerekend op de kwaliteit van de producten en diensten en op de kwaliteit van het dienstverleningsproces zelf (Linden e.a. 2001:14). Niet alleen de zorgverlener dient verantwoording af te leggen, ook moet de gezondheidszorg als publieke sector in toenemende mate verantwoording afleggen aan de individuele burger (Van der Kraan 2006:28).

Deze veranderende vraag speelt zich zowel op microniveau als op macroniveau af, in een krachtenveld waar onder andere zorgvragers, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en de overheid verschillende doelen nastreven. Allen kampen met de vraag: op welke manier kunnen we de veranderende zorgvraag het beste aanpakken? De overheid poogt sinds het advies van de commissie Dekker (1987) meer evenwichtige marktverhoudingen te creëren door versterking van de vraagzijde van de markt. De vragen en behoeften van de zorggebruiker moeten zoveel mogelijk richtinggevend zijn voor het aanbod van zorg (VWS 2001). Men poogt deze afstemming te bereiken door aan de vraagzijde meer vrijheid te creëren om wensen en behoeften na te streven en aan de aanbodzijde de ruimte te bieden beter in te spelen op deze wensen en behoeften (Van der Kraan 2006:32).

Als reactie op de verschuiving van aanbod- naar vraaggestuurde zorg, zijn zorgaanbieders zich gaan bezinnen op hun wijze van organiseren. Een strategie om afstemming tussen vraag en aanbod te bereiken en beter in te kunnen spelen op de wensen en behoeften van de klant, is samenwerken. Hiertoe zijn zorgorganisaties de laatste jaren vele horizontale en verticale samenwerkingsverbanden aangegaan (Boonekamp & Huijsman 1998:12). Bij horizontale fusies, gaat het om fusies tussen gelijksoortige organisaties bijvoorbeeld verzorgingshuizen en verzorgingshuizen. De term verticale fusies wordt gebruikt wanneer organisaties die uit dezelfde sector afkomstig zijn fuseren, bijvoorbeeld fusies tussen verzorgings-, verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties (Fabbrocotti 2006:110). Wanneer er verticale fusies hebben plaatsgevonden, spreekt men van een ketenconcern (ibid.). Opvallend hierbij

is, dat er veel gefuseerd wordt en dat andere samenwerkingsvormen in de gezondheidszorg nauwelijks van de grond lijken te komen (van der Lee 2000:31). Door de hoeveelheid aan fusies in het recente verleden, zijn in hoog tempo grote zorgconcerns ontstaan (CTG/ZAio & CTZ 2005:52). Concernvorming is een vorm van samenwerking waarbij organisaties geïntegreerd worden binnen zware juridische constructies en een gemeenschappelijk leiding en bestuur hebben (Fabbriotti 2006:13).

Concernvorming biedt organisaties vele voordelen. Zo kunnen horizontale fusies efficiëntie en marktmacht vergroten en verticale fusies efficiëntie en coördinatievoordelen opleveren (CTG/ZAio & CTZ 2005:53). Ook het vergroten van de aantrekkingskracht op personeel, door betere carrièreperspectieven wordt als voordeel genoemd (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 2003:12). Naast deze voordelen verwachten bestuurders van organisaties ook dat een concern beter kan voldoen aan de toenemende kwaliteitseisen die worden gesteld en dat het vormen van een concern de mogelijkheid biedt een breder aanbod te creëren, wat de keuzemogelijkheden voor de klant vergroot en er voor zorgt dat het aanbod beter aansluit op de behoeften en wensen van de klant.

Echter concernvorming kan de keuzevrijheid ook sterk beperken. Wanneer door fusies grote marktpartijen ontstaan kan dit leiden tot hogere maatschappelijke kosten, een lagere kwaliteit en minder concurrentie op de markt (CTG/ZAio & CTZ 2005:52).

Hoewel er veel geschreven is over motieven en verwachtingen van fusies, zijn er weinig gecontroleerde studies gedaan naar de effecten van fusies (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 2003:16). Uitkomsten van het onderzoek van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2003:16) zijn dat grotere zorginstellingen betere voorzieningen, faciliteiten en een breder aanbod hebben en dat in kleinere instellingen de klantvriendelijkheid en de samenwerking met externe partijen vaak beter is. Uit onderzoek in de Verenigde Staten blijkt dat klanten de neiging hebben een grote organisatie niet als klantvriendelijk, klantgericht en geïnteresseerd in het welzijn van de individu te zien (Olden e.a. 2002:45). Echter, deze grote organisaties hebben wel de beschikking over meer bronnen, systemen, processen en service om de klant centraal te stellen. Kleine organisaties daarentegen hebben het voordeel minder bureaucratisch, minder gecentraliseerd en flexibeler te zijn, waardoor ze klantgericht kunnen werken (ibid.:46).

Ondanks gebrek aan gedegen onderzoek naar concernvorming en de invloed hiervan op het centraal stellen van de klant, zeggen bestuurders van zorgconcerns - in navolging van de overheid - de klant centraal te stellen in de zorg. In elk jaarverslag of beleidsplan is te lezen dat er klantgericht gewerkt wordt. De vraag is niet of een zorgconcern klantgericht moet zijn, maar op welke manier een zorgconcern klantgericht moeten zijn (Den Engelsens 2006). Maar wat bedoelt men eigenlijk precies met klantgerichtheid? En op welke manier wordt de klant centraal gesteld in zorgconcerns? Deze vragen en het veelvuldig gebruikte credo dat er klantgericht gewerkt wordt, vormen de aanleiding voor dit onderzoek.

## **1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen**

Doelstelling van dit onderzoek is inzicht verschaffen in klantgerichtheid zodat bestuurders en managers van concerns een bewuste afweging kunnen maken met betrekking tot de concrete invulling van het klantgericht werken in hun concern.

Deze doelstelling resulteert in de volgende probleemstelling en onderzoeksvragen:

### **Hoe kan klantgerichtheid worden vormgegeven binnen zorgconcerns?**

1. Wat wordt in de literatuur verstaan onder klantgerichtheid?
2. Wat is in de literatuur beschreven over wijzen waarop klantgerichtheid kan worden gerealiseerd?
3. Welke middelen, activiteiten en producten kiezen concerns om klantgerichtheid te bewerkstelligen?
4. Welke mogelijkheden en beperkingen biedt concernvorming voor het realiseren van klantgerichtheid?

Bij de beantwoording van de eerste deelvraag worden verschillende begrippen en theorieën omtrent de klant belicht. Hiertoe wordt beschreven wie de klant van een zorgconcern is en welke rollen deze klant aanneemt. Vervolgens wordt een analyse gemaakt van de behoeften van de klant van het zorgconcern. Tenslotte wordt het begrip klantgerichtheid nader uiteengezet.

Bij de tweede deelvraag worden middelen om klantgerichtheid vorm te geven nader uiteengezet. Hierbij wordt literatuur gebruikt, afkomstig uit verschillende vakgebieden. Zo wordt beschreven op welke manier er in de kwaliteitskunde, marketing en human resource management omgegaan wordt met klantgerichtheid.

In de derde vraag staan de zorgconcerns centraal. In de praktijk wordt onderzocht welke middelen, activiteiten en producten door bestuurders en managers van concerns worden gekozen om klantgerichtheid vorm te geven. Bij professionals wordt nagegaan op welke manier zij klantgerichtheid vormgeven.

De vierde vraag gaat dieper in op de relatie tussen concerns en klantgerichtheid. Concernvorming is veelal een strategische keuze, waarbij bestuurders veronderstellen verschillende voordelen te behalen door de samenwerking. Een van die voordelen is dat een concern, beter in kan spelen op de wensen en behoeften van de klant. Beschreven wordt welke mogelijkheden en beperkingen concernvorming biedt, om klantgerichtheid vorm te geven of te vergroten.



### **1.3 Relevantie**

Dit onderzoek beoogt handvatten te bieden aan managers en bestuurders van zorgconcerns. Zij staan voor keuzes met betrekking tot het centraal stellen van hun klant. Verandering van aanbod naar vraaggerichte zorg, emancipatie van de patiënt tot klant en marktwerking in de zorg, zijn factoren die hierbij leidend zijn. Wanneer men zich voorneemt klantgericht te werken, heeft dit consequenties voor de strategische bedrijfsvoering. Er dienen keuzes gemaakt te worden, aangezien het niet mogelijk is tegelijkertijd de allerbeste zorg te verlenen, op een snelle, makkelijke en betrouwbare manier, volledig afgestemd op de individuele klant en dat alles tegen de scherpste prijs (Den Engelsens 2006). Wanneer er niet gekozen wordt en er geen accentverschillen worden aangebracht kan dit leiden tot wat Porter (1998:68) het stuck-in-the-middle fenomeen noemt.

In dit onderzoek worden verschillende ketenconcerns bestudeerd, met als doel inzicht te krijgen in en algemene uitspraken te doen over de wijze waarop klantgerichtheid in concerns wordt vormgegeven. Met deze studie wordt beoogd handvatten te bieden waarmee keuzes met betrekking tot klantgerichtheid bewuster kunnen worden gemaakt.

Het onderzoek vindt een wetenschappelijke relevantie in de bijdrage die geleverd wordt aan de integratie van theorieën over klantgerichtheid en concernvorming. Concernvorming in de zorg is een relatief jong begrip en een weinig onderzocht onderwerp. Wel is in Nederland onderzoek gedaan naar fusies in de gezondheidszorg. Het betreft in vele gevallen horizontale fusies. Het meeste wetenschappelijke onderzoek heeft zich voltrokken in de ziekenhuissector (Boonekamp & Huijsman 1998:12). In deze onderzoeken staat het fusieproces zelf centraal. Onderzoek omtrent de kansen en beperkingen die concernvorming met zich mee brengt, is nauwelijks uitgevoerd. In internationale onderzoeken, is concernvorming wel nader onder de loep genomen. Echter in landen als de Verenigde Staten en Engeland is sprake van andere gezondheidszorgsystemen, samenwerkingsvormen, en spelen andere organisatiestructuren, besturingsvragen, financieringsvormen en juridische aspecten een rol.

Klantgerichtheid is een veel onderzocht en beschreven fenomeen. Hoewel oorspronkelijk veelal gerelateerd aan het bedrijfsleven, zijn er over dit onderwerp recent ook onderzoeken gedaan in de publieke sector en in de gezondheidszorg. Dit onderzoek beoogt deze theorieën over klantgerichtheid expliciet te maken voor zorgconcerns en de eventuele relatie tussen concerns en klantgerichtheid inzichtelijk te maken.

## **1.4 Leeswijzer**

Na deze inleiding worden in hoofdstuk 2, theorieën over klantgerichtheid nader verkend en uitgewerkt. Deze theorieën leiden tot een conceptueel model, dat aan het eind van het hoofdstuk gepresenteerd zal worden. Hoofdstuk 3 behandelt de methodologie van het onderzoek. Hierbij wordt het onderzoeksdesign, de gebruikte methoden voor dataverzameling, de selectie van respondenten en de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek beschreven. In hoofdstuk 4 worden de resultaten gepresenteerd. Hoofdstuk 5 bevat de conclusie en discussie. Hier worden de resultaten terug gekoppeld aan de probleemstelling, de literatuur en het theoretisch kader. Ten slotte worden in hoofdstuk 6 aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek en richting bestuurders en managers van zorgconcerns.

## **Hoofdstuk 2 Theoretisch kader**

In dit hoofdstuk worden de begrippen uit de probleemstelling nader uitgewerkt. Op de eerste plaats volgt een begripsdefiniëring van de klant van een zorgconcern. Vervolgens wordt het begrip klantgerichtheid in de Nederlandse gezondheidszorg geanalyseerd. Aansluitend worden de behoeften van de klant nader uitgewerkt. Als laatste wordt klantgerichtheid vanuit verschillende perspectieven beschreven, waarbij ook de daarbinnen te onderscheiden middelen, activiteiten en producten beschreven worden.

### **2.1 Klant**

In een zorgconcern is de zorgvrager de klant. Een klant is in de strikte betekenis van het woord een (rechts)persoon die op de markt van economisch gelijken poogt op gunstige voorwaarden, het door hem gewenste product te krijgen (Philipsen in Boon 1997:23).

Zorgvragers kan men echter niet benaderen alsof ze klanten in een winkel zijn, zoals voornoemde economische definitie voorstaat. Daartoe onderscheidt de zorg zich teveel van andere markten. De klant kan de professionele kwaliteit van een dienst vaak moeilijk beoordelen. Bovendien maken factoren als onzekerheid over het tijdstip, de aard en de omvang van de behoefte aan zorg, alsmede gebrek aan duidelijke informatie over het beschikbare aanbod, dat er geen sprake is van volledige consumentensoevereiniteit (Breedveld 2003:114). Ook beperkte concurrentie, de dominante rol en marktmacht van non-profit aanbieders zorgen ervoor dat de zorgvrager zich in een andere positie bevindt dan de klant bij marktorganisaties (Raad van Volksgezondheid en zorg 2003:150).

De zorgvrager is gegeven bovenstaande niet zonder meer te benaderen als klant. Verschillende theoretici stellen in lijn hiermee dat beter naar de verschillende rollen van de zorgvrager gekeken kan worden. Deze theoretici onderscheiden ten eerste de zorgvrager in zijn rol als consument. In deze benadering krijgt de zorgvrager volledige vrijheid om op basis van zijn wensen, behoeften en middelen een keuze te maken tussen concurrerende zorgaanbieders. Bovendien is er sprake van volledige transparantie en toegankelijkheid van de markt en bestaat er een directe betaalrelatie tussen vraag en aanbod (Van der Kraan 2006:58). Hoewel bovenstaande situatie (nog) niet bereikt is, is het wel de zorgvrager in de rol van consument die beoogd wordt door de overheid. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2003:5) adviseert zorgvragers zoveel mogelijk als consument te behandelen, zoals dat in de meeste andere sectoren van de samenleving het geval is. Ook in de beleidsagenda 2007 van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006:8) is te lezen dat bij de voorbereiding op de demografische en maatschappelijke ontwikkelingen de zorgvrager als consument een centrale rol speelt.

Een tweede benadering is de zorgvrager in zijn rol als participant. In deze benadering is de zorgvrager een actief burger, die naast rechten ook plichten heeft. De aanbodzijde moet zich richting de

vraagzijde verantwoord en de zorgvrager wordt betrokken in de besluitvorming (Van der Kraan 2006:62). Ook door de overheid wordt de zorgvrager op zijn rol als participant aangesproken, door te stellen dat de verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid in belangrijke mate bij hemzelf ligt, zowel als het gaat om een gezonde manier van leven, als om snel herstel bij ziekte of het zorgvuldig omgaan met een chronische aandoening (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2006:8).

Op de derde plaats wordt de zorgvrager gezien als partner. Hierbij is met name de hulpverleningsrelatie aan de orde. Er zijn minimaal twee partijen bij de hulpverleningsrelatie betrokken die informatie delen en consensus bereiken over de gewenste behandeling (Van der Kraan 2006:67). Factoren die hierbij een rol spelen zijn: het creëren van vertrouwen, helder krijgen van de behoeften en wensen van de zorgvrager en helder communiceren. Hierbij wordt van de zorgvrager verlangd dat hij actief deelneemt aan het besluitvormingsproces (ibid.). In de beleidsagenda 2007 van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006:8) staat expliciet benoemd dat de zorgvrager zich moet ontwikkelen tot een gelijkwaardige partner in relatie tot de zorgaanbieder.

Concluderend kan gesteld worden dat de zorgvrager van een zorgconcern benaderd kan worden als klant, wanneer deze zowel aangesproken wordt in zijn rol als consument, participant en partner.

## **2.2 Klantgerichtheid**

In de literatuur is veel geschreven over manieren om klantgericht te werken in de gezondheidszorg. Adviseurs van de overheid, beleidsmaker, managers en marketeers hebben allen theorieën en adviezen over hoe klantgerichtheid vorm te geven in de gezondheidszorg. Er wordt echter voorbij gegaan aan de definiëring van het begrip.

Klantgerichtheid is een concept, dat iedereen in algemene zin herkent, maar dat in detail voor verschillende mensen een andere betekenis kan hebben (Bensing 2000:21). Hier komt bij dat het een multi-dimensionaal begrip is, dat moeilijk te operationaliseren is (ibid.). Om niet voorbij te gaan aan de veranderde positie van de zorgvrager, zal eerst het begrip patiëntgerichtheid nader worden beschreven.

Patiëntgerichte zorg wordt in de literatuur op verschillende manieren uiteengezet. Fottler e.a. (2000) hanteren een enge definitie, waarbij het woord patiënt - vertaald vanuit het engels als 'geduldige'- refereert aan een persoon die in een ondergeschikte relatie, passief en afwachtend een behandeling ondergaat. Hierbij beschikt de zorgverlener over een dusdanige hoeveelheid medisch-technische informatie over de patiënt, dat het moeilijk wordt de patiënt in zijn ondergeschikte positie, als klant te zien en behandelen (Lipson 2000:27). In deze strikte zin is patiëntgerichte zorg: technische, klinisch gerichte zorg met de nadruk op de medische wetenschap (Fottler e.a. 2000: 91).

Mede door de emancipatiebeweging in de gezondheidszorg is de positie van de patiënt als geduldig afwachtend persoon veranderd naar consument, partner en participant. Modellen voor kwaliteitsverbetering zoals patiënt 'empowerment' en patiënt partnerschap zorgen ervoor dat de patiënt een belangrijke en actieve rol krijgt in zijn eigen zorgproces en in de verbetering van kwaliteit

van zorg. Ervaringen van patiënten worden gezien als waardevol en leerzaam voor zorgverleners. De patiënt wordt meer en meer gezien als coproductant van de uitkomsten van zorg. Of een bepaalde behandeling resulteert in goede zorguitkomsten hangt namelijk in grote mate af van het gedrag van de patiënt (Grol 2000:301). Wanneer de patiënt op deze wijze beschouwd wordt, past een bredere omschrijving, zoals die van Nelson e.a. (2002:485) patiëntgerichte zorg heeft als primair doel, in alle behoeften van de patiënt te voorzien door te zorgen, luisteren, onderwijzen, tegemoet te komen aan speciale verzoeken, innoveren en leveren van doorlopende service.

Deze omschrijving raakt aan de omschrijving die Fottler e.a. (2000:91) gebruiken voor klantgerichtheid, te weten het bieden van veiligheid, zekerheid, ondersteuning en psychische en lichamelijke comfort. Wanneer men deze omschrijvingen nader beschouwd lijken patiëntgerichtheid en klantgerichtheid synoniemen van elkaar. Echter zowel bij Nelson (2002) als bij Fottler (2000), is slechts een beperkte verandering in de positie van de patiënt zichtbaar. Wat duidelijk naar voren komt is een verschuiving van de positie van de patiënt richting die van consument. Echter zoals uit voorgaande paragraaf blijkt, dient de klant ook aangesproken te worden in zijn rol als partner en participant. De eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid, de betrokkenheid bij het besluitvormingsproces, en het bereiken van consensus tussen klant en zorgverlener worden door bovengenoemde schrijvers achterwege gelaten.

Lipson (2000:27) laat in zijn begripsbepaling wel de ruimte de klant in alle drie de posities aan te spreken door te stellen dat *“klantgerichtheid inhoudt dat de klant in zijn persoonlijke, emotionele, sociale en educatieve behoeften wordt voorzien”*.

In dit onderzoek zal deze definitie derhalve gehanteerd worden.

### **2.3 Behoeften van de klant**

Om tegemoet te komen aan de behoeften van de klant is het noodzakelijk deze behoeften eerst te achterhalen. Hier heeft de consumentenbond (2002) extensief onderzoek naar gedaan. Uitkomst van dit onderzoek is dat de behoeften van de klant onder te verdelen zijn in zes soorten behoeften, te weten hulpvraagverduidelijking, informatie, keuzevrijheid en keuzemogelijkheden, continuïteit van zorg, vakbekwaamheid en bejegening (Raad van Volksgezondheid en Zorg 2003:22).

Met hulpvraagverduidelijking wordt bedoeld dat de klant en de zorgverlener beiden duidelijk krijgen wat de behoeften van de klant zijn en welke oplossingen mogelijk zijn. Met het thema informatie wordt bedoeld dat de klant begrijpelijke, objectieve informatie over de gezondheidstoestand, vooruitzichten en behandelingsmogelijkheden krijgt. Wanneer de klant over deze informatie beschikt wil hij vervolgens keuzevrijheid en keuzemogelijkheden hebben, die hij kan koppelen aan eigen omstandigheden, voorkeuren en levenswijze (ibid.:23). Wat uit deze drie behoeften duidelijk naar voren komt is zowel de rol van de klant als participant als de rol van de klant als partner, die de zorgvrager zichzelf kennelijk toedicht. De overige drie behoeften van de klant, liggen op het terrein van de klant als consument. Met continuïteit van zorg wordt bedoeld dat klanten willen dat de zorg

dusdanig georganiseerd is dat de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plaats wordt verleend. Het aspect vakbekwaamheid houdt in dat klanten erop moeten kunnen vertrouwen dat de zorg inhoudelijk goed is. Tenslotte geven klanten aan dat ze respectvol bejegend willen worden (ibid.).

Deze aspecten vertonen grote overeenkomsten met de door de zorgvrager genoemde klantenwensen in het onderzoek van het NIVEL uitgevoerd door Brouwer e.a. (2002). Zij onderzochten wat klanten wensen met betrekking tot de kwaliteit van zorgverlening. Door klanten worden bereikbaarheid en toegankelijkheid, informatie, deskundigheid en bejegening genoemd als belangrijkste dimensies van kwaliteit van zorg. Bij de dimensie bereikbaarheid en toegankelijkheid is het van belang dat de zorgverlener of organisatie (telefonisch) bereikbaar is, de klant op korte termijn terecht kan voor een afspraak, er voldoende tijd is tijdens het consult en dezelfde hulpverlener bij een vervolgspraak beschikbaar is. Informatie wil de klant graag hebben over resultaten, behandelmogelijkheden, doel, aard, pijnlijkheid en bijwerkingen van de behandeling. Hierbij is het de wens van de klant dat deze uitleg in begrijpelijke taal gegeven wordt en dat de klant hier altijd vragen over kan stellen. Deskundigheid omvat het goed op de hoogte zijn van ontwikkelingen in het vakgebied en van de situatie van de klant, en het beschikken over recente (onderzoeks)gegevens van de klant. Ook goed samenwerken met andere hulpverleners wordt als belangrijk onderdeel van deskundigheid beschouwd. Op de dimensie bejegening, wenst de klant dat de hulpverlener hem serieus neemt en met respect behandelt. Ook wil de klant zich op zijn gemak voelen en verwacht hij dat zijn gegevens vertrouwelijk behandeld worden.

In bovenstaande onderzoeken is men op voorhand op zoek gegaan naar de wensen en behoeften van de klant in de zorg. Een andere benadering is onderzoeken waarop klanten de zorgverlening achteraf beoordelen. Het meetinstrument SERVQUAL van Parasuraman, Zeithalm en Berry (1988) hanteert vijf dimensies waarop klanten zorgverlening beoordelen (Conray & Willcocks:134). De eerste dimensie is de betrouwbaarheid van de dienst. Hiermee wordt de bekwaamheid bedoeld, om een beloofde dienst uit te voeren. Op de tweede plaats beoordelen klanten de zorgverlening op tastbare aspecten, te weten de aanwezigheid van faciliteiten, materiaal en personeel. De derde dimensie waarop klanten zorgverlening beoordelen is responsiviteit; de bereidheid om klanten te helpen en snelle service te verlenen. Ook geruststelling is een belangrijke dimensie, wat afhangt van de mate waarin medewerkers vertrouwen inboezemen. Tenslotte wordt empathie als vijfde dimensie genoemd. Hieronder wordt de zorgzame individuele aandacht die de klant ontvangt, verstaan. Nadeel van het op deze manier achteraf beoordelen van de zorgverlening is dat het weliswaar informatie geeft over het verschil tussen verwachting en ervaring van de klant, maar dat de oorspronkelijke behoeften van de klant niet als uitgangspunt genomen worden. Zoals voornoemde uiteenzetting voorstaat, is het noodzakelijk wanneer men klantgerichtheid vorm wil geven door tegemoet te komen aan de behoeften van de klant, deze behoeften op de eerste plaats te kennen.

## 2.4 Perspectieven van klantgerichtheid en daarbinnen te onderscheiden middelen, activiteiten en producten

Het kennen van de behoeften van de klant alleen is niet voldoende. Hoe klantgerichtheid kan worden vorm gegeven is aandachtspunt van veel theoretici. Zij benaderen klantgerichtheid vanuit drie perspectieven, te weten: marketing, kwaliteitskunde en HRM. De theoretici behandelen vaak slechts één perspectief of een gedeelte hiervan. Vervolgens wordt niet duidelijk beschreven hoe deze perspectieven en daarbinnen te onderscheiden middelen, activiteiten en producten onderling zouden kunnen samenhangen. Voor een helder begrip is het zinvol om hierin enige ordening aan te brengen. Dit gebeurt door het onderbrengen in een tabel van dat wat in verschillende theorieën verspreid, fragmentarisch en als losstaand van elkaar wordt aangereikt (zie tabel 1). Het schematisch overzicht wordt daarna verder toegelicht.

	<b>klant als consument</b>	<b>klant als participant</b>	<b>klant als partner</b>
<b>vanuit marketing</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- belevingswereld als uitgangspunt</li> <li>- klanten onderscheid</li> <li>- productdifferentiatie</li> <li>- waarmaken wat wordt toegezegd</li> <li>- service focus</li> <li>- attractieve service omgeving</li> <li>- wachttijden management</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- klantparticipatie</li> <li>- informeren rechten en plichten</li> <li>- verantwoordelijkheid voor omgang producten en diensten</li> <li>- vergelijkende informatie toegankelijk maken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (ervaring)deskundigheid klant</li> <li>- zorgvragers &amp; patiëntenorganisaties bij afspraken betrekken</li> </ul>
<b>vanuit kwaliteit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- klachtprocedure</li> <li>- klanttevredenheidsonderzoek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- informatie geven: interactieve educatie, teleconferenties, e-mail consultatie, internet</li> <li>- verantwoordelijkheid eigen zorgproces</li> <li>- decision aids</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- behoefte assessment</li> <li>- patiënten panel</li> </ul>
	<b>generieke middelen</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- breed gedragen visie op klantgerichtheid</li> <li>- klantbehoeften (en het tegemoet komen daarin) meten en registreren</li> <li>- planmatig werken en verbeteren</li> <li>- leren van ervaringen</li> <li>- continue kwaliteitscyclus</li> <li>- prestatie-indicatoren</li> <li>- goede samenwerking (intern en extern)</li> </ul>		
<b>vanuit HRM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- medewerkers primaire proces hoofdrol</li> <li>- interne service kwaliteit faciliterend maken</li> <li>- gemotiveerde, getrainde, competente medewerkers</li> <li>- individuele verantwoordelijkheid</li> <li>- communicatietraining voor professionals</li> <li>- vergroten van medewerkertevredenheid</li> <li>- klantgerichte zorgverleners belonen</li> <li>- investeren in goede managers/leiders</li> </ul>		

**Tabel 1** Activiteiten, producten en middelen om klantgerichtheid vorm te geven

### **2.4.1 Het marketing perspectief**

Wanneer theoretici het marketing perspectief innemen wordt veel aandacht besteed aan het vormgeven van klantgerichtheid in een organisatie middels het uitgaan van en inspelen op de belevingswereld van de klant (Buurma 1996:9). Hieruit is de noodzaak af te leiden dat de organisatie verschillende soorten klanten onderscheidt. Van Duivenboden en Lips (200:38) geven aan dat, wanneer een organisatie verschillende soorten klanten onderscheidt, men zich met behulp van productdifferentiatie tot deze onderscheiden klantengroepen kan richten. Vervolgens is het van belang dat de organisatie ook waarmaakt wat er aan de klanten wordt toegezegd (ibid.). In deze beschrijving wordt de klant aangesproken in zijn rol als consument. Ook Ford en Fottler (2000) beschrijven vanuit marketingtheorie middelen om klantgerichtheid vorm te geven, waarbij de zorgvrager benaderd wordt als consument. Zo stellen zij dat een organisatie nadruk moet leggen op het bieden van service door het ontwerpen van een attractieve serviceomgeving. Hier wordt een omgeving mee bedoeld die comfort, gemak, veiligheid en entertainment biedt. Daarnaast stellen zij dat het managen van wachttijden een instrument is om klantgerichtheid vorm te geven doordat ergernis en onzekerheid veroorzaakt door het wachten, worden beperkt.

Naast de klant in zijn rol als consument, wordt de zorgvrager in verschillende marketingtheorieën ook als participant benaderd. Klantparticipatie wordt als middel genoemd, om klantgerichtheid vorm te geven binnen gezondheidszorgorganisaties (Ford en Fottler 2000). Klantparticipatie wil zeggen dat de klant meer verantwoordelijkheden met betrekking tot zijn zorgproces krijgt. In de thuiszorg kan klantparticipatie bijvoorbeeld betekenen dat de klant zelf zijn glucosewaarde meet en de dosering insuline bepaalt, waarna de verpleegkundige de medicatie toedient.

Ook Buurma (1996) plaatst de klant in de positie van participant door te stellen dat de organisatie de klant dient te informeren over zijn rechten en plichten. Een voorbeeld hiervan is het in rekening brengen van een afspraak wanneer deze niet tijdig is afgebeld. Daarnaast dient een organisatie de klant aan te spreken op het verantwoord omgaan met de producten of diensten die aan hem geleverd worden. De rol van de klant als participant is ook terug te vinden in de aanbevelingen die de Raad van Volksgezondheid doet aan de Minister (2003). Het advies betreft onder andere dat organisaties vergelijkende informatie toegankelijk maken, waardoor de klant onderbouwde keuzes kan maken.

Ook is in het advies van de Raad van Volksgezondheid en Zorg te lezen dat de klant benaderd dient te worden in zijn rol als partner. Dit komt naar voren wanneer de Raad adviseert gebruik te maken van de deskundigheid van de klant, die ervaringsdeskundige is op het gebied van zijn gezondheidsproblemen. Tenslotte adviseert de Raad zorgvragers en patiëntenverenigingen bij afspraken in de zorg te betrekken. Hoewel deze adviezen gericht zijn aan de Minister, zijn het in de praktijk de organisaties die hiermee aan de slag moeten. Organisaties en zorgverleners dienen de klant in alle drie zijn rollen te benaderen, en aan te spreken.



## **2.4.2 Het kwaliteitsperspectief**

Vanuit het perspectief kwaliteitszorg wordt veel aandacht besteed aan het centraal stellen van de klant, en klantgericht werken in de gezondheidszorg. Een model dat daarbij gehanteerd kan worden is het patiënt empowerment model van Grol (2001:2582). Hierin wordt de klant benaderd in de drie rollen die hij heeft. Op de eerste plaats dient de hulpvraag verduidelijkt te worden. Hiervoor kan een ‘behoefte assessment’ ontwikkeld en ingezet worden. Vervolgens benadrukt het model het geven van informatie en verantwoordelijkheden aan de klant met betrekking tot zijn eigen zorgproces. Belangrijke middelen voor het verstrekken van informatie zijn: interactieve educatie, teleconferenties, e-mail consultatie en informatie op internet. Wanneer de behoeften in kaart zijn gebracht en er voldoende informatie beschikbaar is dient de klant betrokken en ondersteund te worden bij het beslissingsproces. Beslissingshulpmiddelen, de zogenaamde ‘decision aids’ kunnen gebruikt worden om de klant te ondersteunen bij het maken van keuzen (Grol 2001:2582). Naast bovengenoemde middelen noemt Grol een aantal middelen die een organisatie in kan zetten, om de klant in staat te stellen zijn stem te laten horen. Voorbeelden hiervan zijn klantenpanels, klachtprocedures en klanttevredenheidsonderzoek. Hoewel niet bewezen is dat toepassing van dit model de kwaliteit van zorg verbetert, is het wel degelijk een middel om de klant centraal te stellen en klantgerichtheid vorm te geven.

Ook Booltink e.a. (2001:8) nemen kwaliteitskunde als invalshoek bij hun onderzoek naar klantgerichtheid in organisaties. Hierbij wordt de organisatie als uitgangspunt genomen, en wordt niet expliciet ingegaan op de verschillende rollen van de klant. Beschreven wordt op welke manier intern kwaliteitsbeleid bij kan dragen tot het vormgeven van een klantgerichte organisatie. Startpunt hierbij is het hanteren van een breed gedragen visie op klantgerichtheid. Deze visie brengt het maken van keuzes met zich mee, aangezien het onmogelijk is alles tegelijk te doen. Joshi & Bernard (1999) gaan hierin nog een stap verder en adviseren klantverwachtingen in de missie en visie van de organisatie te verwerken. Ook benoemen zij het invoeren van systemen om klantbehoeften te meten en registeren alsmede het meten in hoeverre hieraan tegemoet gekomen wordt. Het onderzoeken in hoeverre tegemoet gekomen wordt aan de initiële klantbehoeften, is niet hetzelfde als het meten van de klanttevredenheid. Er ligt immers een behoefteonderzoek aan ten grondslag.

Naast de breed gedragen visie en de behoefteonderzoeken noemt Booltink (2001:8) enkele aanvullende middelen. Planmatig werken, leren van ervaringen en planmatig verbeteren kunnen ook bijdragen aan een klantgerichte organisatie. Veelal wordt er een cyclisch proces gehanteerd, zoals de Plan-Do-Check-Act cyclus van Deming. Dit is een continue kwaliteitscyclus die tot hogere kwaliteit en hogere klantgerichtheid kan leiden. Een ander mogelijkheid om klantgerichtheid vorm te geven of te verbeteren, is het gebruik van prestatie-indicatoren (Booltink, 2001; Ford en Fottler 2000). Zaak is dan wel de indicatoren dusdanig op te stellen, dat ze daadwerkelijk iets zeggen over klantgerichtheid. Aandacht dient er ook te zijn voor het goed vormgeven van samenwerking binnen teams, binnen een organisatie en tussen organisaties (Booltink 2001:8).

### **2.4.3 Het HRM perspectief**

Ook theorieën vanuit een geheel ander perspectief kunnen een bijdrage leveren aan het verhogen van de klantgerichtheid binnen organisaties die actief zijn op het gebied van de gezondheidszorg. Het gaat om theorieën op het terrein van Human Resource Management (Ford en Fottler, 2000; Studer 2003) waarbij de aandacht primair uitgaat naar de medewerkers binnen een organisatie.

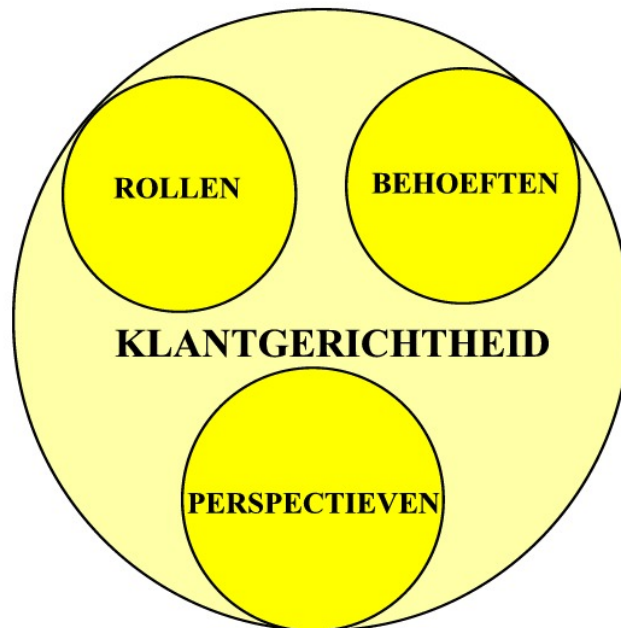
Uitgangspunt hierbij is dat organisaties in de gezondheidszorg worden gerekend tot “human service organizations”. Dit zijn organisaties die werken met, aan en voor mensen (Van Wijk 2006:2). In deze organisaties zijn de medewerkers van het primaire proces de sleutel tot service en klantgerichtheid. Dit wordt nader uitgewerkt in de ‘service profit chain’ van Heskett (1997) en in de ‘service value chain’ van van Wijk (2006). Deze modellen bouwen voort op de positieve samenhang tussen medewerkertevredenheid met de interne service kwaliteit (onder andere ondersteunende systemen als informatievoorziening en apparatuur, autonomie, training en waardering voor de medewerkers) en waardering van klanten voor de externe service kwaliteit (van Wijk 2006:45). Medewerkers van het primaire proces krijgen een hoofdrol toebedeeld, daar zij de schakel vormen tussen de organisatie en de klant. Het transactiemoment, waar het aanbod van de dienst wordt afgestemd op de vraag, is cruciaal. Tijdens de transactie moeten medewerkers over adequate interne service kwaliteit beschikken om in te kunnen spelen op behoeften van de klant, en klanten concreet van dienst te kunnen zijn. Het is de verantwoordelijkheid van de organisatie om de interne service dusdanig faciliterend te maken dat de medewerker aan de klant goede externe service en klantgerichte zorg kan bieden (ibid.).

Verschillende auteurs benadrukken het belang van gemotiveerde, getrainde en competente medewerkers (van Wijk, 2006; Studer, 2003; Ford & Fottler, 2000). Dit sluit aan bij de behoeften van de klant op het gebied van vakbekwaamheid en bejegening. Ook Grol (2001) adviseert in te spelen op de behoefte van de klant op het gebied van bejegening, en adviseert professionals een communicatietraining aan te bieden. Verschillende onderzoeken hebben een positieve samenhang tussen tevreden medewerkers en tevreden klanten aangetoond (van Wijk 2006:45). Het vergroten van medewerkertevredenheid kan dan ook als middel worden gezien (ibid.).

Opvallend is dat in de literatuur het managen van wachttijden en het bieden van naadloos aansluitende zorg slechts kort benoemd worden. Morath (2003) legt hier, naast het eerder genoemde inspelen op behoeften en verbeteren van informatie, wel de nadruk op door te stellen dat het systeem om de klant heen gebouwd moet worden in plaats van andersom. Het gaat in deze om patiëntenlogistiek, waarbij capaciteitsbeheersing en patiëntenstromen een belangrijke rol spelen bij het op elkaar afstemmen van vraag en aanbod (de Vries & Hiddema, 2001:38). Het doel echter van patiëntenlogistiek, is niet primair het klantgericht werken in een zorgorganisatie, maar veelal efficiëntie en effectiviteit. Patiëntenlogistiek valt buiten het bereik van dit onderzoek.

## **2.5 Conceptueel model**

Centraal in dit onderzoek staan de verschillende rollen en behoeften van klanten en de manier waarop klantgerichtheid wordt vormgegeven vanuit verschillende perspectieven binnen zorgconcerns. De rollen van de klant als consument, participant en partner hangen samen met de verschillende behoeften van de klant. De mate waarin en de manier waarop concerns tegemoet komen aan de behoeften van de klant aan hulpvraagverduidelijking, informatie, keuzevrijheid en keuzemogelijkheden, continuïteit van zorg, vakbekwaamheid en bejegening wordt mede bepaald door organisatorische keuzes met betrekking tot marketing, kwaliteitsbeleid, en HRM-beleid. Deze concepten vormen de bouwstenen van het theoretisch kader. Op basis van de besproken literatuur worden de verschillende rollen, behoeften en perspectieven nader gespecificeerd, gecategoriseerd en in het conceptueel model bijeengebracht. Op basis van empirisch onderzoek wordt onderzocht welke rol(len) de klanten van concerns wordt toegedicht, welke behoeften van de klant worden onderscheiden en welke perspectieven worden ingenomen om klantgerichtheid vorm te geven en te bevorderen. Tot slot wordt ingegaan op de vraag of, en zo ja in welke mate, invloed aantoonbaar is van de gerealiseerde concernvorming op (beoogde) klantgerichtheid. E.e.a. laat zich schematisch als volgt vertalen:



**Figuur 1** Conceptueel model

## **Hoofdstuk 3 Methodologie**

In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke wijze de data verzameld zijn, om te komen tot de beantwoording van de onderzoeksvragen. Op de eerste plaats wordt het onderzoeksdesign nader uitgewerkt. Daarna volgt een uitleg over de keuze van de verschillende concerns en worden de concerns die deel hebben genomen aan het onderzoek beschreven. Aansluitend wordt uiteengezet wat de methode van onderzoek is geweest. Hierbij wordt ingegaan op de verschillende documenten die gebruikt zijn en wordt toegelicht welke personen met welk doel geïnterviewd zijn. Vervolgens wordt een beschrijving gegeven van de manier waarop de data geanalyseerd zijn. Als laatste komen betrouwbaarheid, interne validiteit en generaliseerbaarheid aan de orde.

### **3.1 Onderzoeksdesign**

Voor dit onderzoek is een multiple case study gebruikt. Dit is een empirische onderzoeksstrategie die een fenomeen in zijn werkelijke context onderzoekt. Een case study vertrouwt op verschillende bronnen en gaat verder in op reeds ontwikkelde theorieën (Yin 1984:23). Dit design is gebruikt om keuzes en activiteiten met betrekking tot klantgerichtheid bij zorgconcerns in de diepte te exploreren. Er is niet veel onderzoek gedaan naar klantgerichtheid binnen zorgconcerns, en dit onderzoek is opgezet vanuit de behoefte om in de praktijk te bestuderen of er vage dan wel uitgekristalliseerde opvattingen leven over klantgerichtheid, hoe deze er dan uit zien en in welke mate deze opvattingen al zijn omgezet in praktische middelen. Daartoe is eerst in de literatuur gezocht naar relevante variabelen op grond waarvan bekeken kan worden hoe klantgerichtheid in concerns vormgegeven kan worden.

### **3.2 Onderzoekspopulatie**

Het onderzoek is uitgevoerd bij drie concerns, waarbij gedetailleerde informatie is verzameld, door gebruik van verschillende dataverzamelpcedures over een bepaalde periode. De drie onderzochte concerns zijn allen ketenconcerns. Binnen deze categorie concerns is gekozen voor een maximumvariatie. De drie organisaties hebben alle een eigen karakter, mede veroorzaakt door verschillen in oorsprong, grootte, samenstelling en focus. Door concerns met een maximumvariatie te onderzoeken kon, zoals Segers en Hutjes (1999:355) beschrijven, inzicht verkregen worden in algemeen geldende patronen enerzijds en in verschillende omstandigheden anderzijds.

De drie concerns waar het onderzoek heeft plaatsgevonden zijn: de Vitalis WoonZorg Groep, Zorggroep West en Midden Brabant en het Zorgpalet Gooi en Vecht. De Vitalis WoonZorg Groep (hierna te noemen: Vitalis) is een aanbieder die actief is in Zuid Nederland. Vitalis is als toegelaten instelling (woningstichting) actief in de sociale woningmarkt, als zorgaanbieder in de zorgmarkt en als vastgoedorganisatie in de vrije sector woningmarkt (Jaarverslag 2006). De voorzieningen tussen en binnen de diverse locaties zijn gevarieerd. Zo kent Vitalis een aantal verpleeghuizen, een aantal

woonzorgappartementen voor senioren waar, naast verpleegunits, ook extramurale zorg wordt geboden en een aantal intramurale verzorgingshuis locaties (ibid.).

Zorggroep West en Midden Brabant is ontstaan in 2005 na een fusie van Mark en Maasmond, Thebe en de Runne. Thebe is een eerstelijnsvoorziening in Midden Brabant die actief is op de gebieden thuiszorg, kraamzorg, jeugdgezondheidszorg, voeding en dieet, ledenservice, personenalarmering en particuliere thuiszorg (Jaarverslag 2005). Mark en Maasmond is in West Brabant op dezelfde gebieden actief. De Runne bestaat uit zes in Midden Brabant gelegen zorgcentra met verzorgingsplaatsen en/of verpleegplaatsen. De verschillende organisaties hebben hun eigen status met betrekking tot exploitatie en verantwoording behouden (ibid.). Daarnaast hanteren de drie organisaties de eigen merknaam. Er wordt dan ook binnen het concerns niet gesproken over de Zorggroep West en Midden Brabant, maar over Mark en Maasmond, Thebe en de Runne/Thebe. Bij de Runne/Thebe zijn medewerkers en bedrijfsonderdelen daadwerkelijk geïntegreerd. Dit onderzoek is uitgevoerd bij Thebe en de Runne/Thebe en in deze scriptie wordt conform gebruik, de naam Thebe gehanteerd.

Het Zorgpalet Gooi en Vecht (hierna te noemen: Het Zorgpalet) is de moederstichting waarbij acht woonzorgcentra (verzorgingshuizen), een christelijke Thuiszorgorganisatie en een Woningstichting Huisvesting voor senioren zijn aangesloten (Jaarverslag 2006). Alle locaties betreffen relatief autonome eenheden met eigen middelen, een eigen verantwoordelijkheid en behalve gezamenlijke ook specifieke doelen. Het Zorgpalet is tevens momenteel in fusiebespreking met een tweetal verpleeghuizen in de regio.

### **3.3 Methoden van onderzoek**

Gezien het explorerend karakter van het onderzoek, zijn verschillende kwalitatieve onderzoeksmethoden naast elkaar gehanteerd, en wel literatuuronderzoek, documentenanalyse en interviews. Het literatuuronderzoek richtte zich op het operationaliseren van het begrip klantgerichtheid. Er is vanuit verschillende theorieën, invalshoeken en professies onderzocht wat het begrip betekent en welke middelen gebruikt kunnen worden om klantgerichtheid te creëren of bevorderen. Met de resultaten van het literatuuronderzoek is vervolgens een conceptueel model ontwikkeld. Bij de vorming van dit model is, zoals Creswell (2003:33) voorstaat, gebruik gemaakt van inductieve methoden waarbij theorie en empirie elkaar aanvullen en afwisselen.

Naast literatuuronderzoek zijn documenten geanalyseerd, in concreto jaarverslagen, ondernemingsplannen, beleidsplannen, kwaliteitsdocumenten en evaluatierapporten (zie bijlage 1). Ook zijn enkele specifieke nota's met betrekking tot klantgerichtheid onderzocht.

Als derde onderzoeksmethode zijn personen op verschillende sleutelposities geïnterviewd. Klantgerichtheid speelt zich af tussen mensen en moet als abstract beleidsuitgangspunt door de vertegenwoordiger van een dienstverlenende organisatie dag in dag uit vertaald worden in concrete gedragingen richting een zorgvrager. Via interviews is achterhaald hoe onderscheiden functionarissen vanuit een dienstverlenende organisatie oordelen over (de invulling van) klantgerichtheid. Hierbij is

door middel van een aantal vooraf opgestelde open vragen, gebruik gemaakt van focussed interviews. De topics voor de interviews vloeiden voort uit het theoretisch kader (zie bijlage 2). Om de onderzoeksvraag goed te kunnen beantwoorden zijn medewerkers geïnterviewd met verschillende sleutelposities (zie tabel 2):

- Professionals: verpleegkundigen en verzorgenden die werkzaam zijn in een concern hebben dagelijks met de klant te maken. Ze hebben ideeën over klantgerichtheid en de wijze waarop dat gerealiseerd kan worden. Bovendien ervaren zij dagelijks hoe het is om in een concern te werken. Zij zijn een interessante bron van informatie geweest voor dit onderzoek.

- Raad van Bestuur en managementteam: de ontwerpers en vertalers van het strategisch beleid. Zij definiëren binnen een concern het begrip klantgerichtheid en bepalen beleidsmatig welke middelen het concern kiest om klantgericht te werken. Bovendien kunnen ze de mogelijkheden en beperkingen die concernvorming biedt voor het realiseren van klantgerichtheid helder maken. Om de organisatorische en beleidsmatige kant van dit onderzoek in het juiste perspectief te plaatsen, zijn interviews met deze personen cruciaal geweest voor het onderzoek.

- Kwaliteitsfunctionarissen. Het beleid dat door de Raad van Bestuur uitgezet wordt, vindt zijn vertaling naar de praktijk veelal via beleidsmedewerkers. Beleidsmedewerkers op het gebied van kwaliteitszorg proberen deze vertaalslag te maken door concrete plannen te ontwikkelen en door met medewerkers aan de slag te gaan. Zij weten op welke manier dit in het concern gebeurt. Zij zijn een relevante bron van informatie voor het onderzoek geweest.

- Marketingmanagers. Klantgerichtheid en het centraal stellen van de klant raakt aan het vakgebied marketing. Met name de toename van concurrentie en emancipatie van de patiënt zorgen ervoor dat zorgconcerns zich in toenemende mate bezig houden met marketing. In welke positie ziet het concern de klant en in welke rol benadert hij deze? Op welke manier wordt marketing ingezet om klantgerichtheid vorm te geven? Op dit soort vragen konden marketingmanagers een helder antwoord geven. In tabel 2 is samengevat met hoeveel naar organisatie en functie onderscheiden personen, interviews hebben plaatsgevonden.

<b>interviews</b>	<b>THEBE</b>	<b>VITALIS</b>	<b>ZORGALET</b>
Raad van Bestuur	1	1	1
Secretaris Raad van Bestuur	1		
Teamleider			1
Regio manager	1		
Locatie manager		1	
Verpleegkundigen /verzorgenden	3	3	2
Bestuursondersteuner marketing	1	1	1
Beleidsmedewerker (kwaliteit)		1	1
Manager intern adviesbureau	1		

**Tabel 2** Naar organisatie en functie onderscheiden respondenten

### **3.4 Analyse**

De analyse van de resultaten heeft plaatsgevonden in drie verschillende fasen zoals Segers & Hutjes (1999:364) voorstaan. Databewerking en datareductie, vormden de eerste fase, waarbij de geselecteerde ruwe gegevens ingedikt en geordend zijn. Hiertoe zijn de uitspraken met betrekking tot concernvorming en klantgerichtheid uit de documenten en interviews per organisatie geordend en gerubriceerd binnen het conceptueel model. De gegevens zijn op die manier bruikbaar gemaakt voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen.

In de tweede fase (de eigenlijke analyse) zijn begrippen ontwikkeld en toegepast, om verbanden tussen en conclusies over de onderzoeksdata te vinden. Het schematisch rubriceren van de uitspraken maakte onderlinge vergelijking mogelijk. In de derde fase, de interpretatie fase zijn de conclusies uit de verzamelde onderzoeksdata gekoppeld aan de theorie. In navolging van het model van Maso (ten Have 1999:9) zijn inductie en deductie beide aan bod gekomen door gebruik te maken van zowel systematische analyse als interpretatie.

### **3.5 Betrouwbaarheid en validiteit**

Bij een case study is de onderzoekssituatie in mindere mate controleerbaar (Segers & Hutjes 1999:353). Om de controleerbaarheid en hiermee de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten te vergroten is gebruik gemaakt van een apart databestand van het ruwe datamateriaal. Dit zorgt ervoor dat andere onderzoekers de gegevens direct kunnen bekijken zonder gelimiteerd te zijn aan de geschreven verslagen (Yin 1983:93). Door terug te vallen op de originele data kunnen zij de conclusies van dit onderzoek verifiëren.

Naast betrouwbaarheid, is ook validiteit een belangrijk onderwerp. Validiteit wordt gezien als een kracht van kwalitatief onderzoek (Creswell 2003:195). Om interne validiteit te waarborgen en vergroten zijn twee strategieën toegepast. Op de eerste plaats is in dit onderzoek gebruik gemaakt van triangulatie van verzamelmethode en databronnen. Hierdoor is de kans op systematische vertekening van de verkregen informatie verminderd (Segers & Hutjes 1999:352). Daarnaast is een tweede methode gebruikt om de interne validiteit te waarborgen: het presenteren van negatieve of tegengestelde informatie. Aangezien er verschillende concerns onderzocht zijn, wijzen de resultaten en conclusies niet allemaal in dezelfde richting. De interne validiteit is gewaarborgd door deze verschillen te duiden.

De externe validiteit, of generaliseerbaarheid in de statische zin is bij een case study niet aan de orde (Segers & Hutjes 1999:354). Echter, men kan wel spreken van een theoretische generaliseerbaarheid vanuit de vooronderstelling dat de uitkomsten van het onderzoek toepasbaar zijn binnen vergelijkbare concerns. Generaliseerbaarheid is in deze studie stevig verankerd doordat er meerdere concerns onderzocht zijn.

## **Hoofdstuk 4 Resultaten**

Uit de documentenanalyse en interviews komen uitspraken voort op allerlei niveaus: van uiterst concreet tot zeer abstract, van beleidsvoornemens tot concrete middelen om bepaalde doelen te realiseren. De weergave van de resultaten vindt aansluiting bij het eerder gepresenteerde conceptueel model (zie figuur 1). Bij de presentatie van de resultaten komen achtereenvolgens aan de orde: de rollen van de klant en klantgerichtheid, de behoeften van de klant en manieren en middelen om klantgerichtheid vorm te geven vanuit de perspectieven marketing, kwaliteit en HRM. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf over de invloed van concernvorming op klantgerichtheid.

### **4.1 De rollen waarin de concerns de klant beschouwen**

In paragraaf 2.1 is aangegeven dat de positie van de zorgvrager veranderd is door de emancipatiebeweging en de marktwerking in de sector. Zorgvragers zijn geen patiënten meer, maar klanten in hun rol als consument, participant en partner. Klantgerichtheid zou daarom in plaats van patiëntgerichtheid centraal horen te staan in het werken en denken in organisaties. Maar is dit ook zo in concerns? Is klantgerichtheid de norm geworden en onderscheiden medewerkers in concerns de zorgvrager in zijn rol als consument, participant en partner? Hierover handelt deze paragraaf.. Besproken wordt dat er een discrepantie is tussen woord en werkelijk en dat alles afhangt van het soort medewerker, het soort zorgvrager en de setting waar medewerkers zich bevinden. Besproken wordt tevens dat het geenszins eenvoudig is voor medewerkers om klantgericht te werken en denken.

#### **Tussen woord en geschrift**

Er blijkt een wereld van verschil schuil te gaan achter het stellen klantgericht te werken en het geven van een concrete invulling hieraan. In de drie concerns blijkt men ten eerste het woord 'klantgerichtheid' volledig geadopteerd te hebben, maar zonder hierbij aan te geven wat eronder wordt verstaan. Zo is in de documenten van alle drie de concerns de term patiënt verdwenen en vervangen door termen als 'de klant staat centraal' en 'klantgericht werken'. De lezer zoekt echter vergeefs naar een concrete invulling van dit begrip. Nergens wordt besproken wat hieronder wordt verstaan. Tijdens de interviews bleken de respondenten wel een betekenis toe te kennen aan het begrip. Deze betekenissen lopen zeer uiteen in de verschillende concerns. Zo definieert men bij het Zorgpalet klantgerichtheid in de brede zin:

“Klantgerichtheid betekent het aansluiten aan de wensen en behoeften van de klant”.  
(voorzitter van de Raad van Bestuur het Zorgpalet)

Klantgericht wordt bij Thebe omschreven als klanttevredenheid, kwaliteit en klantvriendelijkheid:

“Klantgerichtheid heeft te maken met het oordeel dat onze klant heeft over onze dienstverlening. Hierbij bestaat een onderscheid in de professionele kwaliteit en klantvriendelijkheid. Klantgerichtheid is vooral vriendelijk zijn”.



(resultaat verantwoordelijk manager Thebe Thuiszorg)

Bij Vitalis bedoelt men met klantgericht dat men er naar streeft alles wat de klant wil, ook daadwerkelijk te realiseren.

“Wij zeggen in principe ja op de vraag van de klant”. (voorzitter Raad van Bestuur Vitalis)

Deze betekenissen die men toekent aan het begrip klantgerichtheid hangen samen met de rol waarin de klant wordt gezien.

### **Rolbeleving verschilt tussen de functieniveaus**

De rollen die de respondenten aan de zorgvrager toedichten blijken functiegerelateerd. Er is een discrepantie tussen managers die de klant voornamelijk in de rol van consument en (in mindere mate) participant zien, en de professionals die de klant als patiënt of partner benaderen. Managers komen in mindere mate en vooral in andere omstandigheden met de klant in contact. Dit kan de discrepantie in het beschouwen van de klant, tussen de verschillende functieniveaus verklaren.

Bij Vitalis geeft het hoger management duidelijk aan, de klant in zijn rol als consument te willen benaderen blijkens het streven om alles wat de klant wil, ook daadwerkelijk te realiseren. Hierbij is de klant consument en beoogt men een ‘u vraagt wij draaien’ cultuur te bewerkstelligen:

“Het aanbod wat wij in de markt zetten, wordt bepaald door wat de klant wil en bij ons krijgt de klant er net als bij een normaal bedrijf een rekening voor”.

(voorzitter Raad van Bestuur Vitalis)

Ook bij Thebe ziet het hoger management de klant primair als consument:

“Wij hanteren de term klant, hiermee wordt een leverancier – klantrelatie bedoeld”.

(resultaat verantwoordelijk manager Thebe Thuiszorg)

Naast consument, wordt de klant door Vitalis in zijn rol als participant benaderd, een ontwikkeling die in documenten van Thebe en het Zorgpalet niet terug te vinden is. Vitalis stelt dat de klant in beginsel zelf verantwoordelijk en beslissingsbevoegd is voor het onderhouden van het eigen leven en dat Vitalis, de klant en de familie een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben met betrekking tot het zorgproces en de dienstverlening. Hier wordt concreet invulling aan gegeven door het schriftelijk vastleggen van afspraken zowel met de klant als met de familie. Deze benadering is vernieuwend en sluit aan bij de ontwikkelingen in de maatschappij.

Professionals benaderen in tegenstelling tot het management de zorgvrager als patiënt of partner. Dit ondanks de intentie een meer klantgerichte houding aan te nemen:

“Op onze afdeling is weinig veranderd in de benadering van de zorgvrager de afgelopen jaren.

De patiënt is niet veranderd, wel is soms de familie veeleisender”. (verzorgende het Zorgpalet)

De rol van waarin professionals zorgvragers benaderen blijkt af te hangen van de setting waarin medewerkers werken en waarin de zorgvrager verblijft.

## **De setting waarin de medewerker werkt**

Naast het functievoerskil is de werksetting (intramuraal versus extramuraal) medebepalend voor de roltoedeling aan de zorgvrager:

“Intramuraal spreken we van een patiënt of cliënt, daar heeft tot nu toe weinig verandering in rollen plaatsgevonden. Medewerkers die extramuraal werken, benaderen de klant voornamelijk in zijn rol als partner”. (kwaliteitsmedewerkers het Zorgpalet)

Bij Thebe maken geïnterviewden hetzelfde onderscheid. Dit onderscheid blijkt al lang te bestaan. Zo vertellen medewerkers die gewend zijn in een extramurale setting te werken, dat zij de zorgvrager van oudsher benaderen in zijn rol als partner. Ze ervaren wel dat deze zorgvrager mondiger is geworden, maar zien geen echte verandering in de rol van die zorgvrager. Zij verklaren dit vanuit de situatie waarin zij de zorg verlenen, namelijk in de eigen woning van die klant. Ze benadrukken grote verschillen met hun intramuraal werkende collega's, die (volgens hen) de klant nog als patiënt benaderen.

## **Het soort zorgvrager**

Tenslotte is er een derde factor in het spel bij de bepaling in welke rol de zorgverlener de zorgvrager benadert: het soort of type cliënt. Met name bij mensen met psychogeriatrische problemen – waar verandering van rol minder duidelijk merkbaar is en benadering als partner moeilijker – benaderen de verzorgenden de zorgvrager als patiënt.

“Hier is weinig veranderd de afgelopen jaren. Waarschijnlijk hebben collega's op somatische afdelingen hier meer mee te maken, omdat bewoners mondiger zijn geworden”.

(verzorgende psychogeriatricie Vitalis)

## **Problemen bij het voldoen aan klantgerichtheid**

De drie concerns proberen de medewerkers richting klantgerichtheid te duwen door mooie missies hierover te formuleren. De missies van het zorgconcern worden ook duidelijk gecommuniceerd naar de werkvloer. Bij Vitalis komt de missie duidelijk aan bij medewerkers en noemen de respondenten de missie spontaan, wanneer hen naar klantgerichtheid wordt gevraagd:

“Klantgerichtheid staat bij Vitalis hoog in het vaandel; dat wordt ook echt nagestreefd. De term is goed doorgedrongen bij de verzorgenden, hij galmt door de gangen van Vitalis”.

(verpleegkundige van het verpleegkundigenteam werkzaam in meerdere locaties van Vitalis)

Het blijkt echter geenszins eenvoudig te zijn voor medewerkers om ook daadwerkelijk klantgericht te werken. De missie blijkt ten eerste niet altijd haalbaar. Hoewel de intentie en bekendheid van de missie duidelijk zijn, blijkt tijdens de interviews dat het soms lastig is dit ook daadwerkelijk in de praktijk tot uitvoering te brengen.

“Het motto ‘wij zeggen in principe ja’ is er van bovenaf min of meer ingeramd. In de praktijk kan dit echter niet altijd.” (kwaliteitsmedewerker Vitalis)

Vervolgens speelt werkdruk de medewerkers parten. Klantgericht werken kost tijd, die medewerkers niet hebben:

“Het is vaak ‘ja, maar ... ja straks....en vooral: ja, even wachten....’. De mogelijkheden om elke vraag met ‘ja’ te beantwoorden ontbreken. Met name de werkdruk is hierbij een groot probleem.” (verzorgende psychogeriatric Vitalis)

Naast het probleem van werkdruk signaleren met name managers daarbij dat niet alle medewerkers bereid en in staat zijn van houding te veranderen. Professionals zijn gewend en opgeleid om echt voor de patiënt te zorgen. De omslag van een ‘zorgende houding’ naar een meer klantgerichte, ondernemende houding gaat niet over een nacht ijs, aldus deze managers.

Ook verpleegkundigen merken dat er een cultuurverandering nodig is:

“Verzorgenden zijn ook gehospitaliseerd!”. (wijkverpleegkundige Thebe)

#### **4.2 Het voldoen aan behoeften van zorgvragers**

De wijze waarop klantgerichtheid wordt vormgegeven hangt, zoals beschreven in paragraaf 2.3, af van de soort behoeften van klanten, waarop concerns zich richten. In de theorie werden zes soorten behoeften onderscheiden: behoefte aan hulpvraagverduidelijking, informatie, keuzevrijheid en keuzemogelijkheden, continuïteit, vakbekwaamheid en correcte bejegening. Uit de empirie blijkt echter, dat de concerns zich daarnaast richten op een andere behoefte, te weten; de behoefte aan toegankelijkheid en bereikbaarheid. Deze behoefte wordt in de theorie wel genoemd bij de wensen van klanten met betrekking tot de kwaliteit van zorgverlening, echter niet bij de behoeften van klanten in zake klantgerichtheid. Hierin vult de empirie de theorie met betrekking tot klantgerichtheid aan.

Uit een analyse van het materiaal blijkt dat alle drie de concerns zich richten op deze zeven behoeften (zie tabel 4). De plaats in het concern waar deze behoeften punt van aandacht zijn en het aantal ontwikkelde activiteiten, producten en middelen om aan de behoeften te voldoen verschillen echter. Behoeften aan informatie, keuzevrijheid en keuzemogelijkheden en toegankelijkheid en bereikbaarheid zijn voornamelijk onderwerp van aandacht op beleidsniveau. Het inspelen op de behoeften aan hulpvraagverduidelijking, continuïteit, vakbekwaamheid en correcte bejegening vindt vooral op uitvoerend niveau plaats. Er worden vooral activiteiten, producten en middelen ontwikkeld om te voldoen aan de behoeften aan informatie, keuzevrijheid- en keuzemogelijkheden en toegankelijkheid en bereikbaarheid. Voor de overige behoeften wordt minder ontwikkeld. Hoe de concerns meer specifiek aan de behoeften trachten te voldoen en het verschil hierin tussen de concerns is in onderstaande tabel te zien.

<b>behoefte aan hulpvraagverduidelijking:</b>	<b>T</b>	<b>V</b>	<b>Z</b>
één zorgbureau waar de vraag van de klant vertaald wordt naar concrete diensten		x	
vragen wat de klant wil / gewend is (door professional)	x	x	x
<b>behoefte aan informatie:</b>			
website (verbeteren)	x	x	x
virtueel consultatiebureau	x		
interactieve gezondheidslink	x		
op de website een interactief forum over zorg	x		x
Service TV		x	x
Ledenblad / klantenblad / folders	x	x	x
<b>behoefte aan keuzevrijheid en – mogelijkheden:</b>			
een breed aanbod van zorg, woon en welzijnsdiensten	x	x	x
gevarieerd woningaanbod		x	
differentiatie naar leefstijlen		x	
dagverzorging niet westerse allochtonen	x		
spreekuur in de moskee	x		
restaurantfunctie is veranderd: keuzemenu & klantgericht ontbijt			x
<b>behoefte aan continuïteit</b>			
vaste contactpersoon	x	x	x
bij toenemende zorgzwaarte blijven wonen / levensloopbestendig bouwen		x	x
<b>behoefte aan vakbekwaamheid</b>			
vakinhoudelijke scholingsmogelijkheden	x	x	x
digitalisering protocollen	x	x	x
<b>behoefte aan correcte bejegening</b>			
thema bijeenkomst / cursus communicatie en bejegening	x	x	x
<b>behoefte aan toegankelijkheid en bereikbaarheid</b>			
Één centraal loket per locatie		x	x
Een loket in de wijk	x		
24 uur per dag bereikbaar	x	x	x

Tabel 3 Wijzen waarop concerns aan behoeften voldoen

#### 4.2.1 Wijzen waarop concerns voldoen aan de behoefte aan hulpvraagverduidelijking

Het verduidelijken van de hulpvraag vindt voornamelijk op uitvoerend niveau plaats, door vragen te stellen als ‘Wat wilt u? Hoe laat komt het u uit? Wat bent u gewend?’. Professionals geven aan, zoals beschreven in paragraaf 4.1, dat hierin weinig veranderd is.

In beleidsplannen van de concerns worden nauwelijks manieren genoemd waarop de hulpvraag wordt verduidelijkt. Alleen Vitalis heeft een manier ontwikkeld en beschreven om echt aan deze behoefte te voldoen. Bij Vitalis heeft men een zorgbureau ingericht. Dit is een servicebureau waar medewerkers zitten, die de vraag van de klant vertalen naar concrete producten of diensten. Ook wordt bij Vitalis met een gestandaardiseerde intakeroute gewerkt waarbij afspraken met de klant en de familie schriftelijk worden vastgelegd. Deze afspraken worden na twee weken geëvalueerd om te controleren of de nieuwe klant krijgt wat door hem gewenst en met hem afgesproken is:

“Het gaat erom dat je zorg levert die je samen hebt afgesproken!”. (manager zorg Vitalis)

#### **4.2.2 Wijzen waarop concerns voldoen aan de behoefte aan informatie**

Concerns zijn druk doende met het inspelen op de behoefte van de klant aan informatie. Al jaren hebben ze foldermateriaal, ledenbladen en bewonerskranten. Er lijkt hierin een kentering gaande, wat blijkt uit het feit dat deze papieren informatie nauwelijks genoemd wordt in documenten en interviews. Bij alle drie de concerns worden met name moderne, innovatieve ict-applicaties genoemd om te voldoen aan de behoefte van de klant aan informatie. Thebe is van de drie onderzochte concerns, hierin het meest gevorderd. Alle drie de concerns pogen via hun (vernieuwde) websites de klant van begrijpelijke en toegankelijke informatie te voorzien. Het Zorgpalet is daarnaast bezig met het ontwikkelen van Wijk-TV, waarbij de klant via een speciaal kanaal toegang heeft tot nieuws over het Zorgpalet maar ook bijvoorbeeld tot nieuws over de kerk. Vitalis is hierin een stap verder door het ontwikkelen van Service-TV waarbij naast algemene informatie en nieuwtjes uit de zorginstelling ook interactieve functies tot de mogelijkheden behoren. Te denken valt hierbij aan persoonlijke herinneringssignalen, internettoegang, het bestellen van diensten en het maken van afspraken voor de kapper en pedicure. Ook het Zorgpalet wil in de toekomst interactieve informatie aanbieden door op de website een gezondheidsforum te openen. Dit staat echter momenteel nog in de kinderschoenen. Thebe is in de digitale interactie het verst door niet alleen informatie op een interactieve manier aan te bieden middels een gezondheidslink, een forum en een virtueel consultatiebureau, maar door daarnaast te starten met tele-nursing. Hierbij kan de klant via een webcam en de eigen televisie 24 uur per dag in contact komen met een verpleegkundige, wanneer hij dat wenst. Een kritische noot hierbij is dat tele-nursing niet primair tegemoet komt aan de behoefte van de klant aan informatie. Tele-nursing is een zeer moderne manier van aanvullende zorgverlening, ontwikkeld door de aanbodkant van de gezondheidszorg.

#### **4.2.3 Wijzen waarop concerns voldoen aan de behoefte aan keuzevrijheid en keuzemogelijkheden**

Naast het bieden van informatie is het bieden van keuzevrijheid en keuzemogelijkheden ook een hot item binnen de concerns. De onderzochte organisaties differentiëren hun producten om een zo breed mogelijk aanbod van woon- zorg- en welzijnsdiensten te bieden. De accenten legt men in elk concern elders. Vitalis kiest ervoor om de klant veel keuzevrijheid en keuzemogelijkheden te geven op het gebied van wonen. Zo biedt Vitalis gevarieerde wooneenheden aan zowel in het koop- als huursegment. Deze woningen variëren in grootte, in mate van luxe en spelen in op de verschillende leefstijlen van de klant. Het Zorgpalet daarentegen heeft momenteel weinig variatie in hun woningaanbod. Wel zijn er (ver)bouwplannen om meer variatie in de woningen en met name grotere woningen aan te bieden. Naast deze plannen biedt Het Zorgpalet klanten keuzevrijheid en keuzemogelijkheden door letterlijk een keuzemenu in het restaurant in te voeren zodat de klanten dagelijks à la carte kunnen eten. Ook kiezen klanten (intramurale bewoners) in tegenstelling tot

voorheen nu zelf op welk moment zij het ontbijt wensen te nuttigen. Voor dit klantgerichte ontbijt heeft de organisatie de Prinses Margriet prijs gewonnen.

Thebe biedt een breed aanbod in zorg- en welzijnsdiensten door naast traditionele, ook andere producten aan te bieden, zoals eettafels, ontmoetingspunten en zorgboerderijen. Ook worden nieuwe producten en specifieke activiteiten voor bepaalde groepen, zoals allochtonen ontwikkeld. Zo biedt Thebe niet-westerse allochtonen keuzemogelijkheden als dagverzorging voor Turkse, Marokkaanse, Surinaamse of Antilliaanse mensen en een spreekuur in de moskee. Ook probeert Thebe in de personeelswerving expliciet mannen en niet-westerse allochtonen te bereiken. De gedachte hierachter is dat Thebe met een gevarieerd personeelsbestand meer keuzevrijheid biedt en beter aan kan sluiten bij de belevingswereld van de klant.

Het breed aanbod van welzijnsdiensten zal in paragraaf 4.3.1 worden besproken.

#### **4.2.4 Wijzen waarop concerns voldoen aan de behoefte aan continuïteit**

Continuïteit wordt door alle drie de concerns op uitvoerend niveau geboden door klanten een vaste contactpersoon toe te wijzen. De functiebenaming en taken van deze functionaris verschillen echter per concern. Bij het Zorgpalet werken ze met het systeem van de eerst verantwoordelijke verzorgende. Zij is het vaste aanspreekpunt en de vaste verzorgende van de klant. Bij Vitalis heeft de contactpersoon dezelfde taken, maar heet deze persoon de zorgcoördinator. Bij Thebe is men een stap verder gegaan door de zorgcoördinator ook als klantmanager op te leiden en in te zetten. Dit houdt in dat de medewerker een accountmanager is en pro-actief de behoeften van de klant achterhaalt en samen met de klant kijkt naar additionele zorg- en welzijnsdiensten die het concern aan de klant te bieden heeft. Dit vraagt om een meer ondernemende houding van de medewerker. Na een pilotfase is er voor gekozen niet verder te gaan met klantmanagement, en houdt de zorgcoördinator van Thebe zich weer primair bezig met de coördinatie van de zorgverlening. Medewerkers, maar ook managers van de drie concerns vertellen dat het bieden van continuïteit door toegenomen werkdruk niet altijd mogelijk is.

Naast werken met zorgcoördinatoren, zijn Vitalis en het Zorgpalet bezig met het ontwikkelen van woningen waar de klant zijn hele leven kan blijven wonen, ongeacht eventuele toename van de zorgzwaarte. In de toekomst zal dit voor het overgrote deel van de klanten mogelijk zijn, uitzonderingen daargelaten.

#### **4.2.5 Wijzen waarop concerns voldoen aan de behoefte aan vakbekwaamheid**

Vakbekwaamheid wordt door de concerns ingevuld door het bieden van cursussen en trainingen voor de medewerkers. Deze cursussen worden voornamelijk gegeven in de vorm van in company trainingen. Zo is er in alle drie de concerns de mogelijkheid voor medewerkers om zich verder te ontwikkelen. De verzorgenden en verpleegkundigen ervaren veel ruimte en mogelijkheden, om zich te

ontplooiën en verdiepen. Ze zijn tevreden over de inhoud en de frequentie van de bijscholingen, en vertellen dat deze up to date zijn. De medewerkers krijgen dit aangeboden, maar hebben ook de mogelijkheden zelf aan te geven welke scholingen ze graag zouden volgen en op welk terrein ze zich verder willen ontwikkelen.

Een andere manier om de vakbekwaamheid hoog te houden is het ontwikkelen en bijhouden van protocollen. In alle drie de concerns is men bezig met de digitalisering hiervan. Bij Thebe is dat reeds gebeurd, bij het Zorgpalet wordt hier aan gewerkt. Een praktisch probleem ontstaat als twee instellingen die verschillende protocollen hanteren, samengaan. Er is met name verschil tussen protocollen die intramuraal en extramuraal gehanteerd worden.

#### **4.2.6 Wijzen waarop concerns voldoen aan de behoefte aan bejegening**

De drie concerns besteden weinig aandacht aan bejegening. Er worden wel cursussen en bijeenkomsten georganiseerd, maar deze bestaan al sinds lange tijd. Zo heeft het Zorgpalet medewerkers een cursus belevingsgerichte zorg aangeboden. Hierin staat de psychogeriatrische zorgvrager in het middelpunt, waarbij de communicatie extra kennis en kunde van de verzorgenden vergt. Vitalis organiseert op het gebied van bejegening speciale bijeenkomsten met als doel de intrinsieke normen en waarden van medewerkers te stroomlijnen. Ook Thebe heeft haar medewerkers verschillende cursussen aangeboden op het gebied van communicatie en bejegening. Deze cursussen zijn toegespitst op verschillende klantgroepen zoals dementerenden, psychiatrische patiënten en mensen met kanker.

#### **4.2.7 Wijzen waarop concerns voldoen aan de behoefte aan toegankelijkheid en bereikbaarheid**

Naast de zes behoeften zoals beschreven in paragraaf 2.3 geven de concerns aan in te spelen op de behoefte van de klant aan toegankelijkheid en bereikbaarheid. Bij Vitalis en het Zorgpalet is men voornemens een centraal loket per locatie in te richten, waar (potentiële) klanten met hun vragen terecht kunnen. Ook bij Thebe wil men per wijk een centraal loket inrichten, al dan niet in samenwerking met andere organisaties en hulpverleners. Naast een loket heeft Vitalis een telefonisch woonzorgbureau waar (potentiële) klanten gratis tijdens kantooruren met hun vragen terecht kunnen. Klanten die reeds in zorg zijn of in een van de appartementen van Vitalis wonen, kunnen de zorgverlener 24 uur per dag bereiken via een alarmsysteem. Ook bij het Zorgpalet is sprake van een alarmsysteem. Klanten die in de wijk wonen kunnen telefonisch 24 uur per dag contact opnemen met een zorgverlener uit de desbetreffende regio. Bij Thebe is een algemeen nummer voor de hele organisatie wat 24 uur per dag bereikbaar is. Momenteel is men bezig deze bereikbaarheid te verbeteren, aangezien er klachten gekomen zijn over lange wachttijden en hierdoor hoge gesprekskosten.

### 4.3 Perspectieven waar vanuit concerns klantgerichtheid vormgeven

Zoals blijkt uit paragraaf 2.4 kan klantgerichtheid vanuit verschillende perspectieven worden vormgegeven, te weten: marketing, kwaliteit en HRM. Uit analyse blijkt dat de concerns alle drie de perspectieven gebruiken. Het dominante perspectief dat gebruikt wordt, is marketing. Klantgerichtheid wordt in mindere mate vanuit het kwaliteitsperspectief nagestreefd en minimaal vanuit het HRM perspectief. Naast deze drie perspectieven wordt door de bestuurders een vierde perspectief aangegeven, te weten de structuur. Concerns besteden veel aandacht aan dit perspectief. In deze paragraaf wordt besproken hoe de concerns klantgerichtheid vanuit deze vier perspectieven vormgeven.

#### 4.3.1 Klantgerichtheid vanuit marketing perspectief

Marketing is een relatief jong fenomeen in de zorgconcerns. Hoewel ideeën uit de marketing altijd een plaats hebben gehad binnen de organisaties, is men er nu bewuster en actiever mee bezig. Het belang van bijvoorbeeld naamsbekendheid en het onderhouden van relaties met stakeholders wordt steeds duidelijker, zeker nu de concurrentie toeneemt:

“Marketing heeft een grotere rol gekregen als gevolg van concurrentie in de thuiszorg, dat is wennen. Voorheen kwamen klanten toch wel. Nu is klantgerichtheid en klantvriendelijkheid erg belangrijk en proberen we iets extra’s te bieden aan de klant”.

(resultaat verantwoordelijk manager Thebe Thuiszorg)

De wijzen waarop concerns marketing inzetten om klantgerichtheid vorm te geven, komen overeen (zie tabel 4). Alle organisaties zijn bezig nieuwe producten en diensten te ontwikkelen. De hoeveelheid en soort verschillen echter per concern. Daarnaast maken alle drie de concerns gebruik van marktonderzoeken naar behoeften van de klant.

<b>Marketing</b>	<b>T</b>	<b>V</b>	<b>Z</b>
aanbieden van gemaksdiensten	x	x	x
Vitaalpas		x	
lidmaatschap van organisatie	x		
differentiatie naar leefstijlen /doelgroepen	x	x	
gebruik maken van marktonderzoeken	x	x	x
continu en gestructureerd monitoren van wensen cliënten		x	

**Tabel 4** Activiteiten, producten en middelen vanuit marketingperspectief

#### Aanbieden van nieuwe producten en diensten

De concerns noemen in woord en geschrift het ontwikkelen en aanbieden van nieuwe producten en diensten. Concerns bieden voornamelijk gemaksdiensten aan en leggen hierbij hun focus meer op welzijn dan op zorg:



“We moeten minder op de zorg focussen, want die zorg moet onvoorwaardelijk gewoon goed zijn. Wij zeggen dat we klantgericht werken, maar concurrenten zeggen ook dat ze klantgericht werken, daar maak je het concern niet onderscheidend op. Focus op de omgeving, op sfeer, ambiance, beleving en welzijnsaspecten.” (bestuursondersteuner Vitalis)

Bij het Zorgpalet noemt men in dit kader concreet een klussendienst, maaltijdservice en personen alarmering. Op dit moment is dit nog in de planfase. Bij Vitalis en Thebe zijn deze diensten al geruime tijd aanwezig, en gaat men een stap verder. Zo biedt Vitalis een gevarieerd aanbod van welzijnsdiensten aan, bijvoorbeeld Vitalis vervoersmogelijkheden, Vitalis reisbureau, honden uitlaatservice en administratieve ondersteuning. Met de Vitaalpas - een innovatieve creditcard en chipknip ineen - kunnen klanten van Vitalis op korte termijn niet alleen hun kopje koffie en concert in het verzorgingshuis betalen, maar ook de zorg, de huur en zelfs spullen bij de Bijenkorf.

Bij Thebe worden welzijnsdiensten aangeboden vanuit een aparte bedrijfskolom ‘Thebe Extra’. Mensen kunnen lid worden van Thebe Extra en gebruik maken van aan-huis-diensten zoals een kapper, opticien en audicien. Ook krijgen leden kortingen op cursussen en vakanties en kunnen ze gebruik maken van de collectiviteitskorting op de zorgverzekering.

#### Behoefteonderzoek

Een ander instrument vanuit marketing perspectief is behoefteonderzoek. Momenteel gebeurt dit in alle drie de concerns door gebruik te maken van de resultaten van landelijk marktonderzoek, gericht op trends in de eigen sector. Met behulp van deze onderzoeken, bijvoorbeeld van het Sociaal Cultureel Planbureau doen de concerns kennis op over wensen ten aanzien van wonen, zorg en welzijn.

De concerns worstelen met de vraag of, en zo ja op welke manier zij zelf de wensen en behoeften van (potentiële) klanten structureel in kaart moeten brengen. Bij Vitalis heeft men recent onderzoek gedaan in de regio naar wensen van toekomstige ouderen (babyboomers) en potentiële klanten. Men is van plan dit in de nabije toekomst structureel te gaan doen, maar er leeft grote twijfel over de betrouwbaarheid en bruikbaarheid van de gegevens die hieruit zullen komen:

“Het is een dilemma, omdat potentiële klanten niet realistisch kunnen voorspellen wat hun wensen zullen zijn als ze dement worden en zorg nodig hebben. Daar komt bij dat het erg moeilijk is nu nieuwbouw neer te zetten die over 30 jaar nog steeds aan de wensen van de klant voldoet”. (voorzitter van de Raad van Bestuur Vitalis)

Bij Thebe zegt men de wensen en behoeften van (potentiële) klanten niet structureel in kaart te brengen:

“We gaan uit van bepaalde vooronderstellingen van wat klanten willen. Hier doen we geen onderzoek naar”. (resultaat verantwoordelijk manager Thebe Thuiszorg)

Dit terwijl de grootte en de variatie in het ledenbestand van 80.000 huishoudens het concern enorme mogelijkheden biedt om de leden te leren kennen en hun behoeften structureel in kaart te brengen. Momenteel wordt de leden sporadisch een enquête voorgelegd.

### 4.3.2 Klantgerichtheid vanuit kwaliteit perspectief

Vanuit het kwaliteitsperspectief wordt klantgerichtheid in alle drie de concerns vormgegeven middels klanttevredenheidsonderzoeken en cliëntenpanels /ledenraad (zie tabel 5). Deze worden hier besproken.

<b>kwaliteit</b>	<b>T</b>	<b>V</b>	<b>Z</b>
klanttevredenheidsonderzoek	x	x	x
cliëntenpanel / ledenraad	x	x	

**Tabel 5** Activiteiten, producten en middelen vanuit kwaliteitsperspectief

#### Klanttevredenheidsonderzoek

In de concerns worden klanttevredenheidsonderzoeken gedaan om klantgerichtheid vorm te geven. De frequentie is gemiddeld elke twee jaar. Wat men vervolgens doet met de uitkomsten is per concern verschillend. Zo gebruikt het Zorgpalet de resultaten om verbeterplannen op te stellen. Ook Thebe gebruikt de resultaten om te achterhalen wat de klant vindt en op welke manier de organisatie de zorg en dienstverlening kan verbeteren. Bij deze concerns krijgen de onderzoeken de hoofdrol toebedeeld in het vormgeven van klantgerichtheid. Men vertrouwt er op dat een hoge score in dit kader betekent dat klanten tevreden zijn, en men dus ook klantgericht werkt.

“De klanttevredenheidsonderzoeken zijn startpunt bij het vormgeven van klantgerichtheid”.  
(voorzitter van de Raad van Bestuur het Zorgpalet)

Vitalis voert de onderzoeken uit als verplicht onderdeel van het bronzen keurmerk. Dit keurmerk wordt verleend aan instellingen voor verpleging en verzorging en vereist onafhankelijke klantenonderzoeken. Bij Vitalis worden deze onderzoeken gezien als formaliteit:

“Klanttevredenheidsonderzoeken daar heb ik helemaal niks aan, dat vind ik volstrekt onbelangrijk in onze sector. We doen het wel, maar die uitkomsten zeggen me totaal niks. Uit landelijk onderzoek blijkt dat klanten die al in zorg zijn niet altijd even kritisch en realistisch reageren. Die cijfers worden in grote mate bepaald door de afhankelijke situatie of emotionele situatie waarin iemand verkeert.” (voorzitter van de Raad van Bestuur Vitalis)

#### Cliëntenpanel / ledenraad

Het aanstellen van een cliëntenpanel of ledenraad is het tweede middel van concerns om klantgerichtheid vorm te geven. Thebe en Vitalis hebben dit panel ingevoerd, naast de door de overheid verplichtte cliëntenraad. Bij Vitalis is het cliëntenpanel een vrijwillig adviesorgaan en denktank, bestaande uit bewoners van Vitalis complexen. Een minpunt hierbij is de geringe representativiteit: alleen bewoners van de complexen in de particuliere markt kunnen lid zijn van het cliëntenpanel van Vitalis. Intramurale bewoners of huurders die wel gebruik maken van zorg- of welzijnsdiensten van Vitalis, maken geen deel uit van dit panel.

Thebe heeft naast de klantenraad een ledenraad, waar 25 leden van ‘Thebe Extra’ deel van uit kunnen maken. Het lidmaatschap van Thebe Extra staat los van het feit of iemand zorg of diensten afneemt. Zo kan men lid worden om gebruik te maken van de welzijnsdiensten zoals beschreven in de vorige paragraaf. Het doel van de ledenraad is de zorgverlening en welzijnsdiensten zo goed mogelijk af te stemmen op de behoeften van de leden. Daarnaast heeft de ledenraad een adviserende taak richting de Raad van Bestuur van Thebe.

### 4.3.3 Klantgerichtheid vanuit HRM perspectief

Middelen vanuit het HRM- perspectief worden door de concerns momenteel nauwelijks gebruikt om de concerns klantgericht(er) te maken. Cursussen klantgerichtheid en belevingsgerichte zorg worden vanuit HRM perspectief gebruikt om klantgerichtheid vorm te geven (zie tabel 6). Over de inhoud van deze cursussen zijn de medewerkers van alle drie de concerns tevreden. De cursussen die medewerkers krijgen op het gebied van bejegening, communicatie en klantgerichtheid zijn in paragraaf 4.2.6 reeds aanbod gekomen.

HRM	T	V	Z
cursus klantgerichtheid	x	x	
cursus belevingsgerichte zorg			x

**Tabel 6** Activiteiten, producten en middelen vanuit HRM perspectief

### 4.3.4 Klantgerichtheid vanuit een vierde perspectief: de structuur

In de voorgaande paragrafen zijn drie perspectieven besproken. Uit de empirie blijkt echter, dat de concerns klantgerichtheid ook nog vormgeven vanuit een vierde perspectief: de structuur. Hierin vult de empirie de theorie aan. Concerns organiseren de zorg en dienstverlening kleinschalig en scheiden backoffice en frontoffice om de herkenbaarheid en toegankelijkheid voor klanten te vergroten. Daarnaast wordt gewerkt met zelfsturende decentrale teams om de professionals bevoegdheden en ruimte te bieden om aan de behoeften van de klant te voldoen.

#### Kleinschaligheid

Enkele jaren geleden hebben de concerns de interne structuur veranderd. Hierbij wordt de ‘voorkant’ van de organisatie kleinschalig georganiseerd en wordt frontoffice van backoffice gescheiden. Dit wordt gedaan om de herkenbaarheid en toegankelijkheid van de organisatie voor de klanten te vergroten. De voorzitter van de Raad van Bestuur van Thebe zegt hierover:

“We proberen de organisatie aan de voorkant zo kleinschalig mogelijk te organiseren, herkenbaar voor klanten en voor medewerkers. Dus in wijken en dorpen, daar moet de

organisatie herkenbaar zijn, daar moeten klanten zich kunnen identificeren met de organisatie en dat doen ze vooral met medewerkers”. (voorzitter van de Raad van Bestuur Thebe)

Ook bij Vitalis wil men de voorkant kleinschalig organiseren en maakt men duidelijk onderscheid tussen backoffice en frontoffice taken:

“Het scheiden van backoffice en frontoffice is essentieel om klantgerichtheid goed vorm te geven. Zowel in zorgverlening, het facilitair bedrijf, wonen als in welzijn maken we steeds meer het onderscheid tussen backoffice en frontoffice”. (bestuursondersteuner Vitalis)

Door deze structuurverandering, waarbij kleinschaligheid het kernwoord is, wordt de organisatie meer herkenbaar. De organisatie wordt groter door concernvorming, maar men creëert aan de voorkant een herkenbare en toegankelijke organisatie:

“ Grootschalig organiseren, kleinschalig regisseren.”  
(secretaris van de Raad van Bestuur Thebe)

Ook bij het Zorgpalet is de term ‘kleinschalig organiseren’ geland:

“Belangrijk is het kleinschaliger organiseren van zorg. Voor PG patiënten hebben we nu huizen in voorbereiding, los van de grote locaties. Voor de bewoners lijkt het alsof ze hier met zessen wonen, maar ze maken allen gebruik van bijvoorbeeld dezelfde nachtdienst”.  
(voorzitter van de Raad van Bestuur het Zorgpalet)

Hoewel kleinschaligheid ook bij het Zorgpalet op de agenda staat houdt men zich minder bezig met grote structuurveranderingen dan bij de andere twee concerns. Een reden hiervoor kan zijn dat de organisatie nog steeds uit autonome verzorgingshuizen met hun eigen naam, eigen middelen, een eigen verantwoordelijkheid en locatiespecifieke doelen bestaat. De feitelijke en/of gevoelde bureaucratische beperkingen van het grote concern, zijn hierdoor misschien wat minder aan de orde.

### Zelfsturende teams

Een tweede structuurverandering die ingezet is om klantgerichtheid vorm te geven binnen de concerns zijn de zelfsturende decentrale teams en integraal management. De concerns kiezen voor zelfsturende decentrale teams om medewerkers meer bevoegdheden, verantwoordelijkheden en ruimte te geven:

“Om klantgericht te werken moet de medewerker bevoegdheden hebben. De range van de medewerker is daartoe vergroot richting zelfsturing van medewerkers. De leidinggevende dient in een coachende rol, de medewerker te faciliteren”.  
(manager intern adviesbureau Thebe)

Ook Vitalis kiest voor zelfsturende teams met het oog op klantgerichtheid:

“De medewerker heeft ruimte en verantwoordelijkheid om de zorg- en dienstverlening zoveel mogelijk in te vullen naar gelang de wensen en behoeften van de cliënt. Hierbij zijn zo min mogelijk regels omdat deze de wensen en behoeften van de cliënt kunnen inperken”.  
(jaarverslag 2006 Vitalis)

Bij Vitalis heeft men vervolgens ook kleinere aanpassingen in de structuur aangebracht:

“Een belangrijke structuurverandering is de vaste looproute voor de medewerkers. Die looproutes zijn bepaald naar aanleiding van de wensen van de klant: er is geïnventariseerd wie op welke tijd geholpen wil worden.” (kwaliteitsmedewerker Vitalis)

Waar managers van zowel Thebe als Vitalis in woord en geschrift stellen de medewerker veel ruimte te bieden om in te spelen op wensen en behoeften van de klant, ervaren medewerkers dit niet:

“Bepaalde taken en zaken worden van bovenaf opgelegd zonder overleg. Vitalis is een gesloten circuit waar je niet doorheen komt. Er heerst geen meedenkcultuur.” (verpleegkundige Vitalis)

Ook bij Thebe is sprake van forse verschillen tussen het management en de uitvoering:

“Er is vrijheid om te handelen, maar er wordt wel steeds meer druk van bovenaf opgelegd. Er wordt weinig met ideeën gedaan en er wordt niet naar de werkvloer gekeken als er nieuwe dingen worden ingevoerd”. (wijkverpleegkundige Thebe)

Bij het Zorgpalet wordt in de beleidsplannen en interviews niet veel nadruk gelegd op klantgericht werken via zelfsturing. Opvallend is dat juist daar de medewerkers het gevoel hebben meer ruimte en bevoegdheden te krijgen:

“Uitvoerenden krijgen steeds meer verantwoordelijkheden, en moeten zelfstandiger werken. De communicatie van bovenaf is goed”. (verzorgende het Zorgpalet)

### Tot besluit

In concerns zijn verschillende producten en middelen aanwezig die weliswaar ingezet worden, maar niet met de intentie of als resultaat de klantgerichtheid vorm te geven. Een voorbeeld hiervan is het gebruik van prestatie-indicatoren. Prestatie-indicatoren kunnen opgesteld worden om aspecten van klantgerichtheid zoals continuïteit, bejegening en bereikbaarheid te meten. Dit gebeurt momenteel niet. Een tweede voorbeeld is het voeren van functioneringsgesprekken. Momenteel worden professionals niet bevestigd op hun ervaringen met, of competenties op het gebied van klantgerichtheid. En dit, terwijl het functioneringsgesprek een uitgelezen moment van afstemming is tussen manager en professional om de rol van de klant, het begrip klantgerichtheid, de verwachtingen van het management en de mogelijkheden van de professional te bespreken. Een derde voorbeeld is het klantensegmentatie-onderzoek van Thebe. Dit onderzoek is in 2003 uitgevoerd, naar aanleiding van de veranderende zorgvraag van ouderen. Uit het onderzoek is een model voortgekomen om de vraag van de klant op wijkniveau in kaart te brengen met behulp van zeven klantsegmenten. Hiermee is Thebe een innovatieve weg in geslagen. Echter het model wordt niet toegepast binnen de organisatie.

#### **4.4 De invloed van concernvorming op klantgerichtheid**

De voorgaande paragrafen hebben inzicht gegeven in de activiteiten die de concerns ontplooiën om klantgerichtheid vorm te geven. In dit onderzoek staat echter tevens de vraag centraal hoe de concernvorming hierop van invloed is. Welke mogelijkheden en beperkingen bieden concerns om klantgerichtheid vorm te geven? Hierover handelt deze paragraaf.

##### Mogelijkheden die concernvorming biedt

De organisaties hebben door concernvorming meer mogelijkheden gecreëerd om hun producten te differentiëren om zo verschillende soorten klanten te onderscheiden en in te spelen op de belevingswereld van die verschillende klanten. Doordat de organisatie groter is geworden en uit diverse organisatieonderdelen bestaat, wordt het aantal verschillende producten dat de organisatie kan bieden en daardoor het aantal keuzemogelijkheden voor de klant, groter.

“We tellen omzetten bij elkaar op van de fusiepartijen en naar mate je meer volume aan omzet hebt, heb je ook meer mogelijkheden om budgetten af te zonderen voor innovatie en het ontwikkelen van nieuwe producten”. (voorzitter van de Raad van Bestuur Thebe)

Zowel Thebe als Vitalis spelen met productdifferentiatie in op hun verschillende (potentiële) klanten.

##### Concernvorming alleen is niet genoeg

In welke mate concerns klantgerichtheid vorm geven hangt naast het gebruik van eerder genoemde middelen, ook af van de samenwerkingsbereidheid. In de drie concerns worden samenwerkingsverbanden met derden opgezet om klantgerichtheid vorm te geven. Hierbij legt men de focus op het realiseren van multidisciplinaire gezondheidscentra. Alle concerns zijn van plan samen met andere organisaties deze wijkcentra te realiseren, om op die manier één centraal loket, één duidelijk gezicht en één toegankelijke organisatie te vormen in de wijk. De klant kan hier met al zijn vragen en (gezondheids)problemen terecht. Bij Vitalis en het Zorgpalet wil men samen met anderen gezondheidscentra oprichten in de bestaande complexen van de concerns. Bij Thebe is men in tegenstelling tot de andere twee concerns, reeds gestart met een aantal multidisciplinaire wijkcentra. Bij deze centra zijn diverse organisaties betrokken zoals een woningbouwvereniging, maatschappelijk werk, een verstandelijk gehandicapten organisatie, een medisch centrum maar ook basisscholen en kinderopvang.

Het aantal partijen waar een concern mee samenwerkt, en de intensiteit van de samenwerking verschillen sterk per concern. Zo is het Zorgpalet erg gericht op samenwerking:

“Het Zorgpalet is van oorsprong meer gericht op samenwerking en minder op concurrentie”.  
(voorzitter van de Raad van Bestuur van het Zorgpalet)

Ook Thebe is gericht op samenwerken en is hierin het meest actief. Van oorsprong is Thebe een grote organisatie met een groot marktaandeel, en aanzienlijke invloed in de regio. Dit creëert mogelijkheden met verschillende andere partijen ‘de meest relevante spelers in de regio’ samen te werken.

Zo werkt Thebe onder andere samen met welzijns- en vrijwilligersorganisaties, ziekenhuizen, de geestelijke gezondheidszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Het doel van deze samenwerking is het samen met andere partijen, diensten en producten ontwikkelen voor de klant:

“Het zorgnetwerk is vanuit ketenzorg gezien een prachtig voorbeeld van wat je met elkaar kunt realiseren voor de klant.” (voorzitter van de Raad van Bestuur van Thebe)

Vitalis is meer geneigd te concurreren en richt zich minder op samenwerking. Opmerkelijk is dat het juist de voorzitter van de Raad van Bestuur van Vitalis is die zegt dat gezondheidszorgorganisaties meer moeten samenwerken:

“In het bedrijfsleven zie je het al jaren, maar in deze sector zijn we dat nog niet zo gewend en moeten we nog leren om zowel samen te werken als te concurreren.”

(voorzitter van de Raad van Bestuur van Vitalis)

### Beperkingen van concernvorming

Naast mogelijkheden biedt concernvorming ook beperkingen voor het realiseren van klantgerichtheid. Zo is de keerzijde van een grote organisatie dat de decentrale teams en verschillende locaties nauwelijks met elkaar samenwerken en niet op de hoogte zijn van elkaars ontwikkelingen. Het delen van kennis, gebeurt uitsluitend op managementniveau. Dit kan er voor zorgen dat het wiel meermalen uitgevonden wordt en dat methoden om klantgericht te werken niet met elkaar worden gecommuniceerd.

“Er wordt wel samengewerkt tussen verschillende afdelingen, maar niet tussen de verschillende huizen”. (verzorgende van het Zorgpalet)

Waar concernvorming door verticale fusie het voor de klant mogelijk zou maken zijn zorgcoördinator te behouden wanneer hij verhuist (van een extramurale situatie naar een intramurale voorziening), blijkt dat in de praktijk niet zo te gaan. De nieuwe decentrale structuur maakt het financieel en plantechisch ingewikkeld continuïteit van zorg te bieden wanneer deze zorg de organisatorische eenheden en kolommen overschrijdt. De tweede reden waarom continuïteit van zorg niet geboden wordt wanneer de klant verhuist, is dat uitruil van personeel - een van de mogelijkheden die concernvorming met zich me brengt –gewoonweg niet gebeurt. Medewerkers die intramuraal werken, willen zelden extramuraal ingezet worden en andersom geldt hetzelfde. Ze hechten veel waarde aan het eigen team, de collega's en het functiepakket.

“Als intramuraal werkende verzorgende werk ik niet in de wijk. Dat wil ik ook niet, ik heb er destijds bewust voor gekozen om op één locatie te werken”. (verzorgende van het Zorgpalet)

## **Hoofdstuk 5 Conclusie en Discussie**

In dit onderzoek is middels literatuurstudie, documentenanalyse en interviews naar antwoorden gezocht op de volgende probleemstelling: Hoe kan klantgerichtheid worden vormgegeven binnen zorgconcerns? Er is een vijftal conclusies te trekken. Deze worden hier behandeld. Vervolgens wordt een reflectie op de resultaten gegeven en worden verschillende typologieën van relaties tussen zorgvragers en zorgconcerns aan de hand van een model gepresenteerd. Aansluitend wordt op de gebruikte theorie en de methodologie gereflecteerd.

### **5.1 Conclusie**

Op de eerste plaats is er sprake van een groot verschil tussen theorie en praktijk. Klantgerichtheid is voornamelijk een theoretisch begrip dat in de praktijk nog weinig handen en voeten heeft gekregen. Zo onderscheidt de theorie drie rollen in één zorgvrager, te weten: de consument, partner en participant. In de praktijk van alledag worden deze rollen zowel door de zorgaanbieder als door de zorgvrager, niet in één persoon geïntegreerd. De zorgvrager wordt nu eens benaderd als consument of participant, dan weer als partner of patiënt.

Op de tweede plaats kan geconcludeerd worden dat alle onderzochte concerns zeggen klantgericht te (willen) werken en de klant centraal te (willen) stellen in de organisatie, maar vervolgens nauwelijks reflecteren op wat dit concreet zou kunnen en moeten betekenen. Het woord 'klantgericht' is terug te vinden in beleidsplannen en verslagen, maar nergens wordt aangegeven wie men met de klant bedoelt, wat er onder klantgerichtheid wordt verstaan en hoe de concerns dit vervolgens vorm willen geven.

Op de derde plaats is er een groot verschil in de manier waarop klantgerichtheid vorm wordt gegeven *binnen* de praktijk van de zorgconcerns. Verschillende functionarissen beschouwen en benaderen de klant in een andere hoedanigheid. Zo benaderen beleidsmakers en bestuurders de klant als consument en ontwikkelen ze activiteiten, producten en middelen die tegemoet komen aan de behoeften van de klant als consument. Zij leggen hun focus op het inspelen op behoeften aan informatie, keuzevrijheid en keuzemogelijkheden en toegankelijkheid en bereikbaarheid. In het primaire proces benaderen professionals de klant als patiënt of als partner. Want hoewel het merkbaar is dat de persoon tegenover hen de laatste jaren mondiger is geworden, geven professionals aan dat het gaat om een mondiger patiënt, niet om de klant in andere rollen. Het gevolg hiervan is dan ook dat professionals in de benadering van de zorgvrager hun focus op andere behoeften leggen dan de bestuurders en beleidsmakers. Zij spelen in op behoeften aan hulpvraagverduidelijking, continuïteit, vakbekwaamheid en correcte bejegening.

Op de vierde plaats kan geconcludeerd worden dat de concerns veel producten en middelen in huis hebben om klantgerichtheid vorm te geven, maar dat ze deze niet altijd (doel)bewust inzetten. Concerns beschikken over tal van marketing-, kwaliteits- en HRM producten en middelen waarmee klantgerichtheid vormgegeven zou kunnen worden. Met name marketinginstrumenten worden



daadwerkelijk ingezet om klantgerichtheid vorm te geven. Zo zijn alle concerns bezig nieuwe producten en diensten te ontwikkelen en maken de concerns gebruik van marktonderzoeken naar behoeften van de klant. Middelen vanuit het HRM- perspectief worden momenteel nauwelijks gebruikt om de concerns klantgericht(er) te maken.

Tenslotte kan geconcludeerd worden dat niet helder uit de resultaten naar voren is gekomen wat de invloed van concernvorming is op het vormgeven van klantgerichtheid. Een voordeel dat concernvorming biedt is de mogelijkheid om producten te differentiëren en zo verschillende soorten klanten te onderscheiden en in te spelen op de behoeften van die verschillende klanten. Echter, concernvorming alleen is niet genoeg. Zo worden er aanpassingen gedaan in de structuur van de concerns om kleinschaligheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid te verbeteren. Daarnaast is de mate van externe samenwerking van invloed op het vormgeven van klantgerichtheid.

## **5.2 Discussie**

### **5.2.1 Reflectie op de resultaten**

Wanneer men de resultaten van deze studie beschouwt, rijzen twee vragen. De eerste vraag heeft betrekking op de vraagkant van de zorg: in welke rol ziet de zorgvrager zichzelf eigenlijk en hoe wil hij benaderd worden? In deze studie zijn geen klanten als respondenten gekozen en deze studie heeft dan ook niet expliciet onderzocht, of en in welke mate de zorgvrager zichzelf in de drie rollen beschouwt. De respondenten van deze studie geven aan dat zorgvragers zich (nog) niet in verschillende rollen presenteren. In het primaire proces is weinig veranderd en professionals vertellen dat zorgvragers zichzelf voornamelijk als patiënt positioneren en niet als consument, partner of participant. De vraag rijst dan ook of de zorgvrager in staat en bereid is zichzelf in de drie verschillende rollen te positioneren, die de theorie veronderstelt.

De tweede vraag heeft betrekking op de zorgaanbieder: in welke rol ziet hij de zorgvrager en wil hij deze benaderen? Uit de resultaten blijkt dat men op beleidsniveau bij Thebe en Vitalis de zorgvrager met name in zijn rol als consument ziet en benadert. Voorbeelden hiervan zijn het aanbieden van gemaksdiensten en het differentiëren van producten. Naast de klant in zijn rol als consument, wordt deze klant – zij het in mindere mate – door Thebe en Vitalis ook benaderd als participant. Zo maakt men bij deze twee concerns sinds kort gebruik van een cliëntenpanel of ledenraad. Dit is een middel om klantparticipatie te bevorderen en klantgerichtheid vorm te geven. Ook zijn deze concerns bezig met het ontwikkelen van interactieve informatievoorziening. Hierbij staat niet alleen het eenzijdig verstrekken van informatie vanuit de aanbodkant centraal, maar kan de klant vragen stellen, advies vragen en afspraken maken, hetgeen de eigen verantwoordelijkheid ten goede komt. De zorgvrager in zijn rol als partner is met name zichtbaar op uitvoerend niveau, in de extramurale zorgverlening. Hierin heeft weinig verschuiving plaats gevonden: het is altijd al zo geweest, volgens de respondenten.

Ook in de intramurale zorgverlening heeft weinig verandering plaats gevonden, hier spreekt men dan ook traditioneel over de patiënt.

Bij het Zorgpalet is men het minst bezig de klant in zijn verschillende rollen te benaderen. Hier wordt de zorgvrager met name gezien als patiënt. Er zijn wel plannen de zorgvrager meer als consument te benaderen door het op termijn aanbieden van een aantal gemaksdiensten.

Op grond van deze vragen krijgt klantgerichtheid primair een relatie-aspect. De zorgaanbieder poogt doelbewust een bepaald type relatie (of verschillende relaties) aan te gaan met de klant. Dit streven kan men aanduiden met de term relatiebeheer. Maar relatiebeheer is niet eenzijdig: men kan een rol uiteraard alleen innemen in de context van andere rollen en spelers. Immers, zonder klant is er geen leverancier, zonder patiënt geen genezer, zonder producent geen consument. De verschillende rollen en rolverdelingen vragen om overeenstemming over wie welke rol inneemt en wat die rollen over en weer inhouden. Als in de spreekkamer van een klassieke dokter een klassieke patiënt zwijgend aanhoort wat de voorgeschreven behandeling wordt en hij laat zich dit welgevallen dan is er sprake van twee rollen die naadloos op elkaar aansluiten. Er is overeenstemming over wie wat doet en hoe beide partijen zich moeten gedragen. Dat wordt anders als één van beide partijen zichzelf een andere rol aanmeet en op grond daarvan de ander dus eveneens een ander rol toebedeelt. Dan moet er een nieuw evenwicht komen.

Het gaat in de kern om de vraag of het concern de zorgvrager in de verschillende rollen benadert en om de vraag of de individuele zorgvrager bereid en in staat is deze verschillende rollen in te nemen en een ander type relatie te vragen en creëren. Vanuit dit perspectief bezien kunnen zorgvragers en zorgverleners verschillende typen relaties aangaan.

Het begrip symmetrie kan helpen om de verschillende typen te onderscheiden (zie figuur 2). Symmetrie geeft in dit kader aan dat er sprake is van een spiegelbeeld in de relatie. Beide “partijen” (klant en aanbieder) zijn het met elkaar eens over wat voor soort relatie(s) ze met elkaar willen onderhouden. Anders gezegd: men vormt één harmonisch geheel van in elkaar passende onderdelen waarbij er geen verschil van opvatting bestaat over hoe de een en hoe de ander zich moet gedragen. De term “symmetrisch” geeft aan dat men hierin allebei precies hetzelfde doet: het accepteren en bestendigen van de eigen rol maar zeker ook die van de ander. Tegenover symmetrie staat asymmetrie hetgeen in deze context precies het tegendeel betekent: de een wil ten opzichte van de ander een andere rol(verdeling) maar dat doet of wil die ander helemaal niet.

Als zowel de zorgvrager als de hulpverlener/organisatie slechts één rol willen innemen dan is dat aan te duiden als een klassieke relatie. Hier is sprake van wanneer beide partijen de zorgvrager als patiënt beschouwen (hier te noemen ‘klassieke symmetrie’). Wanneer beide partijen de zorgvrager in zijn drie rollen beschouwen zoals de huidige theorie voorschrijft, is er sprake van een symmetrische moderne relatie (hier te noemen ‘moderne symmetrie’).

Dit is anders bij asymmetrische relaties. Als een concern door patiënten, consumenten en de overheid als het ware in de goede richting getrokken moet worden, dan kan de relatie als asymmetrisch-volgend worden getypeerd: de zorgvragers willen gedifferentieerd benaderd worden terwijl de zorgaanbieder blijft vasthouden aan de klassieke patiëntenrol. Bij een asymmetrisch-initiërende relatie is de situatie andersom: een concern tracht de zorgvrager te verleiden om mee te gaan in de drie onderscheiden rollen, terwijl de zorgvrager dit niet ambieert.

		ZORGCONCERN	
		BENADERT ZORGVRAGERS IN DRIE ROLLEN	BLIJFT DE ZORGVRAGER ALS PATIËNT BENADEREN
ZORGVRAGER	WIL IN DRIE ROLLEN BENADERD WORDEN	<i>MODERNE SYMMETRIE</i>	<i>ASYMMETRIE VOLGEND</i>
	WIL BIJ UITSLUITING DE ROL VAN PATIËNT	<i>ASYMMETRIE INITIËREND</i>	<i>KLASSIEKE SYMMETRIE</i>

**Figuur 2** Typologie van relaties tussen zorgvragers en zorgconcerns

Redenerend vanuit deze indeling is de kernvraag: zijn zorgconcerns eigenlijk wel klantgericht bezig? Het antwoord hierop is een voorzichtig ja. Klantgerichtheid staat immers op de agenda van zorgconcerns. Zo zetten zij allerlei activiteiten, producten en middelen in om klantgerichtheid vorm te geven. Echter veelal ontbreekt hierin een overkoepelende strategie.

Als het ideaal een modern symmetrische relatie is, dan zetten concerns voorzichtig de eerste stappen in die richting. Het historisch vertrekpunt hierbij is de klassieke symmetrie. Gezien de resultaten van dit onderzoek kan het relatiebeheer van het Zorgpalet meer als klassiek symmetrisch worden getypeerd en dat van Vitalis en Thebe meer als asymmetrisch initiërend: men wil wel aansluiten bij hedendaagse theoretische opvattingen over verschillende rollen maar men heeft hier nog geen strategie voor en weet nog niet goed hoe men dit theoretisch concept kan vertalen in concrete activiteiten, producten en middelen.

Hier aangekomen volgt de tweede vraag: is klantgerichtheid een legitiem argument voor concernvorming? De resultaten wijzen niet eenduidig in een en dezelfde richting. Concernvorming biedt mogelijkheden om klantgerichtheid vorm te geven. Eerder is aangegeven dat bestuurders

verwachten dat concernvorming bijdraagt aan een betere aansluiting op de behoeften en wensen van de klant. Uit de resultaten blijkt inderdaad dat concerns zich veel bezig houden met productdifferentiatie en een verscheidenheid aan producten en diensten in de markt zetten. Echter dit houdt niet in dat klantgerichtheid en ketenvoordelen voor de klanten daadwerkelijk motieven zijn voor of legitimatie zijn van concernvorming (de Vries 2000:1). De werkelijkheid is genuanceerder. Bij sommige fusies zal het realiseren van ketenzorg inderdaad een rol spelen, bij andere overheersen andere motieven (ibid.). Bestuurders besluiten veelal tot fuseren en concernvorming om een groter marktaandeel en een betere positie in de markt te verkrijgen:

“De betekenis van de fusie is voor klanten en medewerkers van de organisatie niet van groot belang geweest. Schaalvergroting is met name bedoeld voor de positie naar inkopende partijen; zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten”. (voorzitter Raad van Bestuur Thebe)

Dit citaat geeft het meest helder weer waar de schoen wringt. Concernvorming vindt plaats om de situatie op de specifieke regionale markt te verbeteren. De dominante motieven hebben dan betrekking op factoren als concurrentiepositie, invloed en de positie ten opzichte van zorgverzekeraar en zorgkantoor (de Vries 2000:1). Een tweede belangrijk motief voor concernvorming is het reduceren van bedrijfskosten, met name in de sfeer van de overhead en de ondersteunende diensten.

Bestuurders van zorgconcerns gaan vanuit de noodzaak om als organisatie te overleven strategische allianties aan met als uiteindelijke doel ..... het primaire proces te verbeteren. En in dat primaire proces moet klantgerichtheid een rol spelen. Maar klantgerichtheid op zich is geen aanleiding of doel om tot grootschalige concernvorming over te gaan. Sterker nog, alle betrokkenen moeten zich bij voorgenomen concernvorming continu de vraag stellen: waarom, waartoe en waarvoor is deze operatie nodig in het belang van de klant. Organisaties moeten er voor waken dat de belangen van de klant niet automatisch in het verlengde liggen van de overleving van een organisatie.

### **5.2.2 Reflectie op de theorie**

Hoewel er verschillende definities en perspectieven zijn van waaruit klantgerichtheid is beschreven, zijn deze niet eerder met elkaar geïntegreerd. Door de verschillende perspectieven en de hieruit voortkomende activiteiten, producten en middelen extensief te beschrijven zijn inzichten uit de theorie in samenhang gebracht.

De empirie heeft de theorie op enkele onderdelen aangevuld. Zo bleek het zinvol het aantal behoeften uit te breiden met de behoefte aan toegankelijkheid en bereikbaarheid. Alle concerns spelen hierop in. Tevens is naar voren gekomen dat er naast de drie perspectieven een additioneel perspectief gebruikt kan worden, te weten het structureringsperspectief. De structuur van de organisatie maar ook de structuur van de uitvoerend teams blijkt een manier om klantgerichtheid vorm te geven. Daarnaast is de theorie aangevuld met een eerste aanzet tot een typologie van relaties tussen zorgvragers en zorgconcerns (zie figuur 2).

Een tweede doel van dit onderzoek was het vormen en expliciet maken van de theorie voor zorgconcerns. Dit is erg moeilijk gebleken, met name omdat vergelijking met de situatie van vóór de fusies of met ‘stand alone’ organisaties geen onderdeel is geweest van deze studie.

### **5.2.3 Reflectie op de methodologie**

Het vormgeven van klantgerichtheid is onderzocht met kwalitatief onderzoek bij drie ketenconcerns. Het onderzoek betreft kwalitatieve uitspraken van personen en organisaties die nadien gerubriceerd en geanalyseerd zijn. Aan de eis van betrouwbaarheid is voldaan door het onderbrengen van al het ruwe materiaal in een apart databestand; dit materiaal is beschikbaar voor aanvullend onderzoek.

Een enkele kritische opmerking over de interne validiteit is op zijn plaats. In het onderzoek is gebruik gemaakt van triangulatie van verzamelmethoden en databronnen. Per concern is een beperkt aantal documenten gebruikt en zijn slechts 6 of 7 personen geïnterviewd, die bovendien door de organisatie naar voren geschoven zijn. Hiermee is de representativiteit een punt van zorg omdat het onduidelijk is in hoeverre de respondenten een afspiegeling zijn van het totaal aan meningen en opvattingen. Ter verbetering van de interne validiteit zouden méér interviews gehouden moeten worden met managers en professionals die at random gekozen zijn.

De generaliseerbaarheid is beperkt doordat er drie ketenconcerns onderzocht zijn. De vraag is dan ook in hoeverre de resultaten te vertalen zijn naar andere concerns. Gebleken is wel dat er overkoepelende patronen aanwezig zijn. Zo hebben alle onderzochte concerns een beperkt uitgedachte visie met betrekking tot het vormgeven van klantgerichtheid en kiezen ze veelal dezelfde focus en gelijksoortige methoden en middelen om klantgerichtheid vorm te geven. Dit komt de generaliseerbaarheid ten goede.

## Hoofdstuk 6 Aanbevelingen

De doelstelling van deze studie is inzicht verschaffen in klantgerichtheid zodat bestuurders en managers van concerns een bewuste afweging kunnen maken met betrekking tot de concrete invulling van het klantgericht werken in hun concern. Hiertoe zullen in dit hoofdstuk aanbevelingen worden gedaan voor de praktijk. Voor hiertoe wordt overgegaan, worden eerst aanbevelingen gedaan voor aanvullend onderzoek, om de fundamenten van het theoretisch kader uit te bouwen.

### 6.1 Aanbevelingen voor de theorie

Het is van belang om een van de theoretische aannamen op zijn realiteitswaarde te toetsen. Dit betreft de vooronderstelling dat zorgvragers in drie verschillende rollen benaderd willen worden. Het is denkbaar dat deze driedeling wenselijk wordt geacht door organisaties en mensen die op dat moment ver afstaan van de zorgvrager en het zorgverleningsproces. Onderzoek naar de wijze waarop klanten zichzelf zien en benaderd willen worden, is dan ook zeer aan te bevelen.

Een tweede aanbeveling is het toetsen van de theorieën in andere organisaties dan ketenconcerns. Om tot een generalistische theorie over klantgerichtheid en concernvorming te komen wordt aanbevolen andere soorten concerns te onderzoeken.

Een derde aanbeveling betreft een verdere uitzuivering van de motieven die ten grondslag liggen aan concernvorming. Vooralnog zijn er geen aanwijzingen dat concernvorming *als zodanig* een positief effect heeft op klantgerichtheid.

### 6.2 Aanbevelingen voor de praktijk

In eerste instantie is het noodzakelijk dat de bestuurders van zorgconcerns nadenken over wie hun klant is. In welke rol zien zij deze klant en wat verwachten zij van de rol waarin professionals de klant benaderen? Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat de klant door verschillende functionarissen, maar ook in verschillende settings anders wordt benaderd. Om deze discrepantie te verkleinen is het dan ook wenselijk dat er een strategische missie en visie wordt ontwikkeld die gedeeld wordt op alle niveaus binnen de organisatie. Een tweede relevante vraag is of het ideaal van een modern symmetrische relatie binnen het concern gedragen wordt door bestuurders, professionals maar zeker ook door de klanten. In dit onderzoek is immers gebleken dat de relatie in het primaire proces zich haast bij uitsluiting afspeelt binnen de rolverdeling professional-patiënt.

Vervolgens bepalen bestuurders hoe zij de wensen en behoeften van de (potentiële) klant in kaart willen brengen. Structureel behoefteonderzoek is een basisvoorwaarde om klantgericht te werken.

Hierna is de vraag aan de orde hoe het concern de klant centraal kan stellen. Dit vergt een plan van aanpak waarin activiteiten, producten en middelen uit de vier perspectieven gebruikt worden.

Naast deze basisaanpak is het wellicht verstandig te onderzoeken welke HRM-middelen daadwerkelijk een bijdrage kunnen leveren aan klantgerichtheid. Van Wijk (2006) laat met de 'service value chain' zien dat professionals een hoofdrol zouden moeten krijgen, omdat zij de schakel vormen tussen het

concern en de klant. Het is de verantwoordelijkheid van de organisatie om de interne service dusdanig faciliterend te maken dat de professional aan de klant goede externe service en klantgerichte zorg kan bieden. Het mes snijdt hierbij aan twee kanten: wanneer een concern de focus legt op HRM, komt dit naast de klantgerichtheid ook het personeelsbestand ten goede en kan op die manier het dreigende personeelstekort voor het concern beperkt worden.

## Literatuurlijst

Bensing, J.M. 2000. Bridging the gap. 'The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine'. *Patient Education and Counseling*. 39: 17-25.

Booltink, M. & M. Dingena & B. Herbrink. 2001. 'Klantgerichtheid Uw Zorg'? *ZM Magazine*. (3)14-18.

Boon, L. 1997. *Vraaggestuurde zorg*. Amstelveen.

Boonekamp, L.C.M. & R. Huijsman. 1998. *Bouwen aan een transmuraal zorgconcern*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

Breedveld, E. 2003. *De thuiszorgbranche: afbakening en historische schets*. Instituut voor sociaal-wetenschappelijk beleidsonderzoek en advies. Tilburg: Katholieke Universiteit Brabant.

Brouwer, W. & C. Leemrijse & H.J. Sixma & R.D. Friele. 2002. *Klantenwensen in de zorg*. Utrecht: NIVEL

Buurma, H. 1996. *50 Tips voor klantgericht werken in overheid en de publieke sector*. Werkboek voor medewerkers en leidinggevende. Amsterdam: Buurma BV.

Conray, T. & S. Willcocks. 1997. 'The role of expectations in the perception of health care quality: developing a conceptual model'. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 3 (10): 131-140.

Creswell, J.W. 2003. *Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Tweede editie. Thousand Oaks: Sage Publications

CTG/ZAio & CTZ . 2005. *Consultatiedocument extramurale AWBZ-zorg - Analyse en aanbevelingen voor concurrentie in de extramurale AWBZ-zorg*. CTG/ZAio & CTZ.

Duivenboden, H.van & M. Lips. 2001. *Klantgericht werken in de publieke sector*. Utrecht: Uitgeverij Lemma BV.



Engelsen, B. den. 2006. *Ruit van klantgerichtheid*. [Internet]. Zorgvisie Archief, 16-01-2007 [aangehaald op 21-01-2007]. Bereikbaar op [http://www.zorgvisiearchief.nl/web/secure/article\\_full.cfm?id=28691&start=1](http://www.zorgvisiearchief.nl/web/secure/article_full.cfm?id=28691&start=1)

Fabbricotti, I.N. 2006. *Zorgen voor zorgketens – integratie en fragmentatie in de ontwikkeling van zorgketens*. Rotterdam: Optima Grafische Communicatie.

Ford, R.C. & M.D. Fottler. 2000. 'Creatig customer-focused health care organizations.' *Health Care Management Review*. 25 (4): 18-33.

Fottler, M.D. & R.C. Ford & V. Roberts & E.W. Ford. 2000. 'Creating a healing environment: The importance of the service setting in the new consumer-oriented healthcare system.' *Journal of health care management*. 45 (2): 91-106.

Grol, R. 2000. 'Between evidence-based practice and total quality management: the implementation of cost-effective care'. *International Journal for Quality in Health Care*. 12 (4): 297-304.

Grol, R. 2001. 'Improving the quality of medical care. Building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction'. *Journal of the American Medical Association*. 286 (20): 2578-2585.

Have, P. Ten. 1999. 'Analyse procedures. Inleidende teksten over kwalitatieve onderzoeksmethoden'. In: *Reader methoden en technieken van kwalitatief gezondheidszorgonderzoek*. Rotterdam: IMBG

Joshi, M.S. & D.B. Bernard. 1999. 'Classis CQI integrated with comprehensive disease management as a model for performance improvement'. *The Joint Commission Journal on quality Improvement*. 25 (8): 383-395.

Kraan, W.G.M. van der, & O. van Rijen. 2004. *Tot de klant gericht*. Rijswijk: Quantes

Kraan, W.G.M. van der. 2006 *Vraag naar vraagsturing - een verkennend onderzoek naar de betekenis van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg*. Rotterdam: Optima Grafische Communicatie.

Lee, van der, C. 2000. *Ziekenhuisfusies, procesgang en resultaten*. Capelle aan de IJssel: Labyrint Publication

Leeuwen, S. van. 2005. Concurrentiestrategieën zorginstellingen: onderscheidend vermogen door een cliëntgerichte visie. [Internet]. Managementkennisbank 16-01-2007 [aangehaald op 25-01-2007].

Bereikbaar op

<http://www.managementkennisbank.nl/NL/zorg-verandermanagement/zorgmarketing-crm-gezondheidszorg/zorg-klanten-clienten-crm-gezondheidszorg/>

Linden, D.R.G. & P.G. Noordam & J.P. van Wamelen. 2001. *ICT-trends en de elektronische Overheid*. Den Haag: Tenhagenstam uitgevers.

Lipson, F. 2000. 'Health care's focus on the customer is in critical condition.' *The Journal for Quality and Participation*. 23 (2): 27-28.

Meurs, P. & T. van der Grinten. 2005. *Gemengd besturen – besturingsvragen en trends in de gezondheidszorg*. Den Haag: Sdu Uitgevers bv.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2006. *Beleidsagenda 2007 werken aan gezondheid*. Ministerie van VWS september 2006

Morath, J. 2003. 'Changing the healthcare culture: the consumer as part of the system of care.' *Frontiers of health services management*. 19 (4): 17-28.

Nelson, E. & P. Batalden & T. Huber & J. Mohr & M. Godfrey & L. Headrick & J. Wasson. 2002. 'Microsystems in health care: part1. Learning from high performing front-line clinical units'. *Journal on Quality Improvement*. 18 (9) : 472-493.

Olden, P.C & S.D. Roggenkamp & R.D. Luke. 2002. 'Assessment of strategic hospital alliances and their marketplace orientations'. *Health care management review*. 27 (2): 33-50

Porter, M.E. 1998. *On competition*. Elfde herziene druk. Boston: Harvard Business School Publishing. [1979]

Raad voor Volksgezondheid & Zorg. 2003. *Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg*. Rijswijk: Quantas

Raad voor Volksgezondheid & Zorg. 2003. *Van patiënt tot klant*. Rijswijk: Quantas

Segers, J. & J. Hutjes. 1999. *Methoden voor de maatschappijwetenschappen*. Assen: Van Gorkum.

Studer, Q. 2003. 'How healthcare wins with consumers who want more.' *Frontiers of health services management*. 19 (4): 3-16.

Vries, G. de. & U.F. Hiddema. 2001. *Management van patiëntenstromen*. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu van Loghum.

Wijk, K.P. van. 2006. 'De service care chain. De invloed van service en HRM op de realisering van vraaggerichte dienstverlening'. In: *Reader Human resource management*. Rotterdam: IMBG

Yin, R.K. 1984. *Case study research*. California: Sage Publications.

## **Bijlage 1 Geraadpleegde documenten**

### Thebe / de Runne Thebe

- Thebe. 2005. Beleidsplan 2005-2007. Vooruit denken, voorop lopen.
- Thebe. 2006. Jaarverslag 2005. Terugblikken, vooruit denken, voorop lopen.
- Thebe. 2006. Kaderbrief 2007.
- Thebe. 2006. Ledenwijzer Thebe Extra. 2007.
- Thebe. 2007. Informatiebrochure Zorg in Beeld april 2007.
- Thebe Consult. 2007. Samen staan voor kwaliteit.
- Thesaurus. 2005. Pannenhoef op weg naar een vitale wijk.

### De Vitalis Woon Zorg Groep

- De Vitalis Woon Zorg Groep. 2007. Jaarverslag 2006. Een kijkje in de keuken.
- De Vitalis Zorg Groep. 2002. De Vitalis competentie wijzer.
- De Vitalis Zorg Groep. 2004. Organisatieontwikkeling:coachende en ondernemende managementstijl.
- De Vitalis Zorg Groep. 2004. Ondernemingsplan De Vitalis Zorg Groep 2004-2007: ruimte en verantwoordelijkheid.
- De Vitalis Zorg Groep. 2005. Twee jaren plan 2006-2007.
- De Vitalis Zorg Groep. 2007. Evaluatie Strategische Doelstellingen 2004-2007.

### Het Zorgpalet Gooi en Vecht

- Zorgpalet Gooi en Vecht. 2005. Zorg voor de toekomst, een strategienota over de herpositionering van Zorgpalet Gooi en Vecht.
- Zorgpalet Gooi en Vecht. 2006. Jaardocument 2005.
- Zorgpalet Gooi en Vecht. 2006. Kwaliteitsbeleidsplan 2007 Zorgpalet.
- Zorgpalet Gooi en Vecht. 2007. Jaardocument 2006.

## Bijlage 2 Topic lijst

Topics die bij alle respondenten aan de orde zijn gekomen zijn de volgende:

- klantgerichtheid
- positie / rollen van de klant
- behoeften van de klant
- vormgeven van klantgerichtheid vanuit perspectieven
- invloed van concernvorming op klantgerichtheid

	<b>Startvragen Topics</b>
Klantgerichtheid	Wat verstaat u onder klantgerichtheid? Op welke manier geeft u klantgerichtheid vorm binnen uw organisatie?
Rollen	<i>De rol van de zorgvrager is door veranderende vraag, verschuiving van aanbod- naar vraagsturing en de emancipatiebeweging van de patiënt veranderd.</i> Kunt u wat vertellen in hoeverre er sprake is van een veranderde rol van uw klant? In welke rol ziet en benaderd deze organisatie de klant?
Behoeften	Kunt u vertellen of, en zo ja op welke wijze uw organisatie de wensen en behoeften van de (toekomstige) klant achterhaalt? Kunt u vertellen op welke behoeften van klanten uw organisatie zoal inspeelt?
Perspectieven	<i>Klantgerichtheid kan worden vormgegeven, vanuit verschillende perspectieven.</i> Vanuit welk perspectief tracht u klantgerichtheid vorm te geven? Welke middelen, activiteiten en producten zet u in om klantgerichtheid vorm te geven?
Invloed van concernvorming op klantgerichtheid	Kunt u wat vertellen over voordelen of beperkingen die het vormen van een groot concern heeft, voor het vormgeven van klantgerichtheid?