

**De bijdrage van strategische
analyse aan strategievorming
in de gezondheidszorg**

De bijdrage van strategische analyse aan strategievorming in de gezondheidszorg

The contribution of strategic analysis to strategy making in health care

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor aan de Erasmus Universiteit
Rotterdam op gezag van de Rector Magnificus

Prof.dr.ir. J.H. van Bommel

en volgens besluit van het College voor Promoties
De openbare verdediging zal plaatsvinden op
vrijdag 7 december 2001 om 13:30 uur

door

Belinda Kramer
geboren te Hilversum



PROMOTIECOMMISSIE

Promotoren: Prof.dr. T.E.D. van der Grinten
Prof.dr. R. Huijsman

Overige leden: Prof.dr.ing. F.A.J. van den Bosch
Prof.dr. P.L. Meurs
Prof.dr. A.A. de Roo

Deze uitgave is mede tot stand gekomen door financiële steun van Reinoud Adviesgroep.

© 2001 Belinda Kramer, Wesepe
ISBN 90-77017-06-2

Vormgeving en druk: Optima Grafische Communicatie, Rotterdam



"Is u weleens iets ter ore gekomen van het labyrint van Creta?" - "Ik heb er weleens iets van gehoord, zei ik".- "Het was een wereldwonder" verklaarde hij "een gebouw, dat uit zovele kamers, kleine ruimten en gangen bestond, dat hij, die zich zonder gids daarin waagde, steeds her- en derwaarts ging en dwaalde, doch nooit een uitgang vond.- Maar dat betekent nog niets bij de wijze, waarop de doolhof der wereld, vooral in deze tijden, is ingericht. Ik raad u - geloof mij als man van ervaring - verstout u niet alleen daar binnen te gaan".

J.A. Comenius, "Het labyrint der Wereld, en het paradijs des harten" 1926;14
(oorspronkelijke druk: 1623)

Fragment waarin de pelgrim zijn gids "Overalbij" ontmoet om door de wereld te zwerven.



Voorwoord

Een aantal jaren geleden hadden mensen een vraag. Deze vraag werd mijn vraag en ik ging op zoek naar het antwoord. Het leek voor mij een doolhof waarin ik een route moest vinden die leidde tot een eindpunt. Dat eindpunt moest een proefschrift zijn met het antwoord op de vraag hoe mensen in een organisatie zich een weg banen naar de toekomst; of ze bij hun zoektocht gebruik maken van de wetenschap en wat hen dat oplevert. In de wetenschap hebben mensen een antwoord op de vraag hoe je moet zoeken naar de juiste route door het doolhof dat 'de toekomst' heet: je moet berekenen en analyseren. Er zijn er echter ook die zeggen: 'ga gewoon maar proberen, je komt vanzelf ergens uit' of 'gebruik je intuïtie'. Management goeroes leggen graag uit hoe dat werkt. Velen hebben het antwoord: als je het zo doet, doe je het goed en zal je de weg zeker vinden.

De één volgt de wetenschap, de ander zijn intuïtie en weer een ander volgt zijn voorgangers. Ieder kiest wat het best bij hem of haar past. Voor de één is dat het wetenschappelijk instrumentarium, voor de ander is dat intuïtie. Door het onderzoek kwam ik tot de conclusie dat het wetenschappelijk instrumentarium zeker zijn diensten kan bewijzen aan iemand die op zoek is naar een goede route, naar vertrouwen in de route die hij loopt en naar het vertrouwen van anderen over de juistheid van de route. De toekomst moet je echter niet alleen, zonder gids ingaan, maar met iets dat je kan leiden. Dat kan de wetenschap zijn, maar ook intuïtie.

In mijn zoektocht had ik twee begeleiders. Ze waren van onschatbare waarde. Ze leerden me te zoeken. Robbert deed dit door me steeds te laten twijfelen aan mijn gekozen route. Waarom neem je geen andere weg? Tom bleef zeggen dat ik vooral moest blijven voortgaan: gewoon doorgaan, ook met een omweg kom je er wel. Beide krachten hielden mij gaande. Robbert en Tom bedankt daarvoor.

Mijn bewondering gaat uit naar alle directeuren in de zorg. Zij nemen naast zichzelf zelfs een hele organisatie mee op weg door het doolhof. Vele directeuren hebben mij een blik gegund in de wijze waarop ze dit, samen met hun medewerkers, doen. Mijn dank gaat uit naar al die directeuren en hun medewerkers.

Verder wil ik iedereen bedanken die ieder op eigen wijze heeft meegeholpen: Anneriëtte, Anette, Cara, Ferdi, Daniëlle, Geert, Isabelle, Marianne, Marijke, Paul, Peter, Riëtte en Wim.



Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1. Inleiding tot het onderzoek

1.1	Inleiding	16
1.2	Methoden	17
1.2.1	Theorie (Deel 1)	17
1.2.2	Empirie (Deel 2)	19
1.2.3	Conclusie (Deel 3)	20
1.3	Opbouw hoofdstukken	21

DEEL 1: De Theorie

Hoofdstuk 2. Strategievorming in theorie

2.1	Inleiding	26
2.2	Strategievorming	26
2.3	Mintzberg's scholen	27
2.3.1	De ontwerpschool	27
2.3.2	De planningsschool	28
2.3.3	De positioneringsschool	28
2.3.4	Kritiek op de voorschrijvende scholen (klassieke school)	29
2.3.5	De ondernemersschool	29
2.3.6	De cognitieve school	30
2.3.7	De leerschool	31
2.3.8	De politieke school	31
2.3.9	De culturele school	32
2.3.10	De omgevingschool	33
2.3.11	De configuratieschool	33
2.4	Strategievorming in de gezondheidszorg	34
2.5	Rol van de manager	35
2.6	Conclusie	36

Hoofdstuk 3. Strategische analyse, een fase van strategisch management

3.1	Inleiding	40
3.2	Strategisch management	40
3.3	Definities van strategische analyse	42
3.4	De strategische analysetechnieken	44
3.5	Strategische management en strategische analyse in de gezondheidszorg	48
3.6	Toepassing van analyse in de praktijk	49
3.7	Conclusie	51



Hoofdstuk 4. Pilotonderzoek 'bijdrage strategische analyse aan strategievormingsproces'

4.1	Inleiding	54
4.2	Methoden	54
4.2.1	De vragen	54
4.2.2	Respondenten	55
4.3	Resultaten	56
4.3.1	De directeur	56
4.3.2	De organisatie	56
4.3.3	De omgeving	58
4.3.4	Het strategievormingsproces	59
4.3.5	Strategische analyse	61
4.3.6	De bijdrage van strategische analyse	62
4.3.7	De bijdrage van aspecten van strategievorming	64
4.4	Conclusie	68

Hoofdstuk 5. Hoogleraren over strategische analyse

5.1	Inleiding	72
5.2	Methode	72
5.2.1	De vragen	72
5.2.2	Respondenten	73
5.3	Resultaten	74
5.3.1	Mechanistische visie	74
5.3.2	Strategievorming en de relatie met strategische analyse in de praktijk	75
5.3.3	Strategische analyse	75
5.3.4	Strategische analyse in de gezondheidszorg	76
5.3.5	Functies van strategische analyse	78
5.4	Conclusie	79

Hoofdstuk 6. Conceptueel model

6.1	Inleiding	82
6.2	Strategievorming in de zorg	82
6.3	Strategische analyse in de zorg	83
6.4	Functies van strategische analyse	85
6.5	Koppeling functies aan strategievormingsproces	86
6.6	Andere zaken, die een rol spelen in het strategievormingsproces	87
6.7	Conceptueel model	88
6.8	Het vervolg van dit onderzoek	90



Deel 2: De empirie

Hoofdstuk 7. Interviews thuiszorgorganisaties

7.1	Inleiding	96
7.2	Methoden.....	96
7.2.1	Procedure.....	96
7.2.2	Vragen	97
7.3	Resultaten	97
7.3.1	Wat is strategievorming en doet u eraan?	97
7.3.2	Op welke manier vindt het plaats en naar aanleiding van wat?	98
7.3.3	Welke activiteiten doet men in het kader van strategiebepaling?	101
7.3.4	Wie bedenkt de strategie, hoe komt het tot stand en welke factoren spelen een rol? ...	103
7.3.5	Toetsen van het 'strategie-idee'	104
7.3.6	Mensen winnen en overtuigen	105
7.3.7	Hoe verloopt de implementatie?	107
7.3.8	Overige functies van strategische analyse	108
7.3.9	Is er ondersteuning van organisatie-adviseurs?	108
7.3.10	Evaluatie van de strategische analyse	108
7.4	Conclusie	109

Hoofdstuk 8. Enquête 'strategische analyse' bij thuiszorg, ziekenhuizen, verpleeghuizen

8.1	Inleiding	116
8.2	Onderzoekspopulatie.....	116
8.3	Methoden.....	117
8.3.1	De procedure.....	117
8.3.2	De vragen	118
8.3.3	Statistische analyses.....	121
8.4	Resultaten	121
8.4.1	Overzicht organisatiekenmerk: strategisch vraagstuk	121
8.4.2	Overzicht respondentkenmerken; opleiding en aantal jaren werkzaam in de sector	123
8.4.3	Overzicht strategische analyse	123
8.4.4	Overzicht gebruik van interne en externe ondersteuning	126
8.4.5	De functies van strategische analyse	127
8.4.6	Kenmerken van invloed op het voorkomen van strategische analyse	129
8.5.	Conclusie	132



Hoofdstuk 9. Interviews ziekenhuisdirecteuren

9.1	Inleiding	138
9.2	Methode	138
9.2.1	Respondenten	138
9.3	Resultaten	140
9.3.1	Wat is strategievorming en doet u eraan?	140
9.3.2	Op welke manier vindt het plaats en naar aanleiding van wat?	140
9.3.3	Activiteiten in het kader van strategiebepaling.	141
9.3.4	Fasering	143
9.3.5	Strategie-idee	144
9.3.6	Zaken van invloed op de totstandkoming van een strategie-idee.	144
9.3.7	Bijdrage strategische analyse aan eerste fase	146
9.3.8	Toetsen en verder uitwerken strategie-idee.	146
9.3.9	Strategische analyse ter toetsing.	147
9.3.10	Mensen winnen voor de strategie.	148
9.3.11	Strategische analyse om mensen te winnen voor de strategie	149
9.3.12	Implementatie en strategische analyse.	150
9.3.13	Overzicht van de verschillen tussen enquête en interviews met betrekking tot de functies	152
9.3.14	Rol van de adviseur)	154
9.3.15	Opinie over de strategische analyse.	154
9.4	Conclusie	154

Hoofdstuk 10. Casusonderzoek bij twee thuiszorgorganisaties en een ziekenhuis

10.1	Inleiding	160
10.2	Methode	160
10.2.1	Selectie casussen	160
10.2.2	Onderzoeksactiviteiten	161
10.3	De casussen	162
10.4	Resultaten	163
10.4.1	Strategie-idee	163
10.4.2	Toetsing	167
10.4.3	Mensen winnen	169
10.4.4	Implementatie	173
10.5	Conclusie	176



Deel 3. Eindconclusie en Discussie

Hoofdstuk 11. Eindconclusie

11.1	Inleiding	184
11.2	Strategievorming als top-down proces	184
11.3	Het belang van timing	185
11.4	Het belang van de volgorde	186
11.5	Toetsing van de afzonderlijke fases en bijbehorende functies	186
11.5.1	Eerste fase	186
11.5.2	Strategische analyse in eerste fase met kaderfunctie	190
11.5.3	Tweede fase	191
11.5.4	Strategische analyse met informatiefunctie ter toetsing	192
11.5.5	Derde fase	192
11.5.6	Politieke functie van strategische analyse ter overtuiging	195
11.5.7	Vierde fase	195
11.5.8	Communicatiefunctie van de strategische analyse	197
11.5.9	Extra functie van strategische analyse	198
11.5.10	Evaluatiefase	199
11.6	Confrontatie van verschillende methoden van onderzoek	199
11.6.1	Vergelijking op individueel niveau	199
11.6.2	Vergelijking op steekproefniveau	200
11.7	Conclusie conceptueel model	202

Hoofdstuk 12. Reflectie op de bijdrage van strategische analyse aan strategievorming in de gezondheidszorg

12.1	Inleiding	206
12.2	Strategievorming in de gezondheidszorg; omgaan met veel stakeholders	207
12.3	De positieve rol van strategische analyse in het strategievormingsproces	207
12.4	Waarom directeuren strategische analyse toch nog niet massaal toepassen	208
12.4.1	Assumpties van strategische analyse spreken zorgverleners en externen niet aan	208
12.4.2	Strategische analyse nog gehuld in onbekendheid	209
12.5	Hoe is te realiseren dat strategische analyse nog meer kan worden toegepast? ..	209
12.6	Conclusie	210

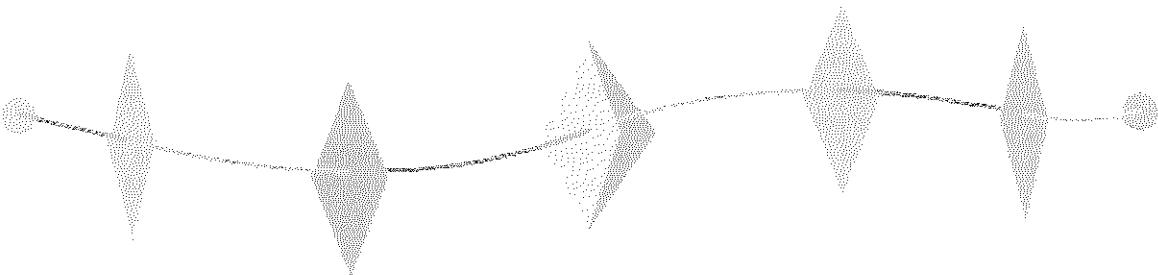


Literatuur	213
The contribution of strategic analysis tot the strategy making process in health care...	219
Bijlage 1. Toepassing strategische analyse in de gezondheidszorg.....	224
Bijlage 2. Strategische analyse technieken.....	230
Bijlage 3. Gevolgde zoekstrategie	249
Bijlage 4. Topicijst.....	251
Bijlage 5. Overzicht formele strategievormingsproces per instelling.....	252
Bijlage 6. Uitwerking strategieproces in fases per thuiszorgrespondent	257
Bijlage 7. Vragen voor de telefonisch enquête over strategische analyse in de thuiszorg...	260
Bijlage 8: Strategisch proces in fases per ziekenhuis.....	264
Bijlage 9: Casusbeschrijving: Thuiszorg Centraal Twente	266
Bijlage 10. Casusbeschrijving: Zorg en Welzijn groep	286
Bijlage 11: Casusbeschrijving: Sint Franciscus Gasthuis	302
Curriculum Vitae	319



HOOFDSTUK **1**

Inleiding tot het onderzoek



1.1 Inleiding

Jaarlijks verschijnen vele publicaties over strategievorming. In deze publicaties kunnen de meest uiteenlopende onderwerpen het netvlies passeren: sterke verhalen over visies en idealen, ingewikkelde rekenmethodes en analyses, complexe systeemmodellen en politieke verwickelingen in en buiten de organisatie. Het gemeenschappelijk element 'strategievorming' uit zich in een gerichtheid op de lange termijn koers van de organisatie op onderwerpen in de organisatie en haar omgeving die impact hebben op de gehele organisatie. Velen schrijven voor hoe om te gaan met markten, producten, concurrenten, belanghebbenden en medewerkers. Enkelen beschrijven welke activiteiten men ontplooit in de dagelijkse praktijk van de strategievorming. Meestal richt de literatuur zich op processen in commerciële bedrijven.

Omdat er veel gepubliceerd wordt over strategievorming, is het bijna gebruikelijk om verontschuldiging aan te bieden voor het laten verschijnen van een nieuwe publicatie over dit onderwerp. In dit geval is eenvoudig aan te tonen waarom aan het hier beschreven onderzoek behoefte zal bestaan. Het richt zich namelijk op de wijze waarop strategieën ontstaan of worden vorm gegeven in de gezondheidszorg en daar is nog maar weinig over geschreven.

Dit is niet terecht, kijkend naar de ontwikkelingen in de gezondheidszorg van de laatste jaren op het terrein van strategievorming. De voorwaarden waaronder instellingen in de gezondheidszorg moeten functioneren zijn de laatste tien jaar drastisch veranderd. Was de gezondheidszorg in de jaren '70 en voor een deel in de jaren '80 nog sterk gereguleerd door de overheid, de (werkelijke of vermeende) teruggang van de overheid in de jaren '90 levert meer (veronderstelde) beleidsruimte op en vrijheid voor het management van zorgorganisaties om een eigen koers te bepalen (De Roo, 1993; Meurs, 1997). Tegelijkertijd dwingen de door diezelfde overheid geïntroduceerde marktgerichte elementen elke organisatie tot positiebepaling ten opzichte van andere zorgverleners (concurrenten). Gevoegd bij de eisen van efficiency van de overheid en de druk van steeds mondiger wordende patiënten wordt de managementopgave in de gezondheidszorg steeds wezenlijker (Moen en Nievaard, 1997). Deze veranderingen maken het voor het management van zorgorganisaties noodzakelijk om te investeren in strategievorming in de vorm van strategisch management. Strategisch management geeft namelijk richtlijnen voor strategievorming en de implementatie van de strategie.

In strategisch management zijn drie hoofdfases te onderscheiden: de strategische analyse, de strategische keuze en de strategische implementatie (Johnson & Scholes, 1997). In de strategische analysefase probeert men een beeld van de strategische positie van de organisatie te krijgen met de bedoeling strategische opties te formuleren. In de strategische keuzefase formuleert men de opties en kiest men er één. Tijdens de implementatiefase implementeert men de gekozen optie.

De auteurs die over strategische analyse schrijven, bevelen organisaties aan om diverse strategische analysetechnieken toe te passen. De technieken zijn bedoeld als handvatten bij het op een systematische wijze in kaart brengen van de omgeving van de organisatie en de organisatie zelf, door hantering van bepaalde procedures.



De strategische analysetechnieken zijn echter voor een groot deel ontwikkeld voor (profit) bedrijven. Dat betekent dat de technieken veelal uitgaan van concurreren, winst maken en marktaandeel vergroten. Dit is echter niet altijd op de gezondheidszorg van toepassing. Toch past men de technieken ook toe in de zorg (zie bijlage 1). Opmerkelijk dus, omdat de technieken niet voor deze sector zijn ontworpen, maar ook verklaarbaar. Omdat er geen lange traditie bestaat met betrekking tot strategie bepalen in de zorgsector, is men genoodzaakt allerlei inzichten en methoden uit de profitsector te hanteren in de zorgsector.

De frequentie en wijze van het gebruik en de precieze rol van strategische analysetechnieken in de gezondheidszorg is echter nog onduidelijk. De interesse in dit onderzoek gaat met name uit naar de vraag in hoeverre organisaties in de gezondheidszorg strategische analyse doen in het kader van strategievorming en wat deze analyses, die toch voor de profitsector ontwikkeld zijn, bijdragen aan het strategievormingsproces in de zorgsector.

Het begrip ‘strategievormingsproces’ wordt hier gebruikt om te benadrukken dat strategievorming in een organisatie niet iets statisch is, maar zich door de tijd heen ontwikkelt en verschillende stadia kent (‘fases’).

Dit onderzoek richt zich op zorgaanbieders die directe patiëntenzorg leveren: ziekenhuizen, thuiszorgorganisaties en verpleeghuizen, vanuit de verwachting dat strategievorming hier veel voorkomt.

De vraagstelling in dit proefschrift luidt:

Wat is de bijdrage van strategische analyse aan het strategievormingsproces in de gezondheidszorg?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden dienen eerst twee andere vragen, die hier direct uit volgen, een antwoord te krijgen, namelijk;

- 1 A. Wat is strategievorming in het algemeen?
- 1 B. Hoe verloopt het strategievormingsproces in de zorg?

- 2 A. Wat is strategische analyse in het algemeen?
- 2 B. Wat betekent strategische analyse voor de gezondheidszorg?

Deze vragen zijn een leidraad voor dit onderzoek. In de nu volgende uiteenzetting zal de gevolgde onderzoeksprocedure aan de orde komen.

1.2 Methoden

1.2.1 THEORIE (DEEL 1)

Eerst zijn bovenstaande deelvragen en de probleemstelling beantwoord op basis van literatuur over deze onderwerpen. In het literatuuronderzoek zijn twee fases te



onderscheiden:

- Een eerste fase waarin de literatuur over strategievorming en strategische analyse in de breedte werd bestudeerd; zowel literatuur over de wijze waarop strategievorming kan verlopen als over de ontwikkeling van het vakgebied ‘strategisch management’. Tevens zijn diverse bestaande strategische analysetechnieken in kaart gebracht;
- Een tweede fase waarin is toegewerkt naar detaillering van de aspecten die vooral een rol spelen in strategievorming in de gezondheidszorg (met behulp van een pilotonderzoek).

De resultaten van het literatuuronderzoek zijn te vinden in hoofdstuk 2 en hoofdstuk 3. Hoofdstuk 2 beschrijft strategievorming in het algemeen en in de gezondheidszorg met behulp van de indeling van Mintzberg (1994 en 1999). Redenen hiervoor zijn dat het een behoorlijk complete indeling is en dat Mintzberg als één van de weinigen enkele uitspraken doet over de wijze waarop strategievorming in de gezondheidszorg plaatsvindt. De kennis die Mintzberg aanreikt over de vraag hoe naar strategievorming gekeken kan worden en wordt, was input voor de vormgeving van het pilotonderzoek.

Hoofdstuk 3 behandelt de strategische analyse. Een begrip dat ook eerst helder moest zijn om empirisch onderzoek ernaar te kunnen doen. De term ‘strategische analyse’ leverde na literatuurstudie toch nog twee onduidelijkheden op, namelijk:

- Vele auteurs presenteren voornamelijk strategische analysetechnieken in het kader van de strategische analyse. Strategische analysetechnieken zijn methoden van analyse gebaseerd op het volgen van een systematiek en procedure. De auteurs vermelden echter ook dat strategische analyse meer is dan alleen het toepassen van een aantal technieken (Viljoen, 1995). Dit riep de vraag op in hoeverre niet systematische en niet-rationele activiteiten dan ook een rol kunnen spelen in de strategische analyse.
- Er is geen onderzoek dat de betekenis van strategische analyse voor de gezondheidszorg bekijkt. Er zijn auteurs zoals Duncan (1995) die vermelden dat strategische analysetechnieken ook in de gezondheidszorg goed een rol zouden kunnen spelen. Mintzberg (1994) zegt echter dat strategische analyse niet erg goed toepasbaar is in de gezondheidszorg.

Op basis van de beschikbare literatuur bleek het niet eenvoudig iets te zeggen over de bijdrage van strategische analyse aan het strategievormingsproces in de gezondheidszorg. Daarom is een pilotonderzoek gedaan om te inventariseren bij directeuren van gezondheidszorginstellingen wat zij over hun organisatie kunnen zeggen met betrekking tot de deelvragen 1B en 2B:

1B. Hoe verloopt het strategievormingsproces in de gezondheidszorg?

2B. Wat betekent strategische analyse voor de gezondheidszorg?

Tevens was de probleemstelling: “wat is de bijdrage van strategische analyse aan het strategievormingsproces” een centrale vraag in het pilotonderzoek. Er kwamen hieruit veel aanwijzingen over het verloop van de strategievorming en de rol van strategische analyse.



Zo bleek dat het strategievormingsproces vanuit het perspectief van de directeur niet de in de strategisch managementliteratuur gebruikelijke volgorde opleverde; eerst strategische analyse, dan het formuleren van strategische opties, de keuze en vervolgens de implementatie. Tevens bleken een aantal directeurs strategische analyse direct te duiden in termen van strategische analysetechnieken. Deze technieken bleken vervolgens bij toepassing verschillende functies in het strategievormingsproces te hebben, bijvoorbeeld om te overtuigen of om een strategie-idee te toetsen. Verschillende technieken leken daarbij met name een bepaalde bijdrage te hebben en voor een bepaalde functie gebruikt te worden. Daarom zijn twee vragen aan het onderzoeksproces toegevoegd:

- 3 A. Heeft strategische analyse functies in de *gezondheidszorg* en zo ja welke?
- 3 B. Zijn er technieken die een bepaalde functie vervullen?

De vraag wat strategische analyse nu precies is, stond echter op dat moment nog open. Is het terecht dat veel directeurs bij strategische analyse direct denken aan strategische analysetechnieken? Om hier antwoord op te krijgen is besloten hoogleraren met een leerstoel op het gebied van 'strategie' te bevragen (hoofdstuk 5). Tevens is vraag 3A aan hen voorgelegd.

Het literatuuronderzoek, het pilotonderzoek bij directeurs en de interviewronde langs hoogleraren resulteerden in een conceptueel model dat betrekking heeft op de rol van strategische analysetechnieken in het strategievormingsproces in de gezondheidszorg. Het model beschrijft hoe strategievorming verloopt in de zorg en welke rol de strategische analyse daarin vervult voor de strateeg. Het model voorziet daarmee in een leemte in de literatuur. Dit conceptueel model diende tevens als leidraad voor het verdere onderzoek waarbij toetsing en verfijning van dit model centraal stond.

1.2.2 EMPIRIE (DEEL 2)

Om de conclusies zoals verwoord in het conceptueel model verder te toetsen en mogelijk uit te werken met betrekking tot het verloop van het strategievormingsproces in de zorg (vraag 1B) en de functies van strategische analyse (eventueel gekoppeld aan bepaalde technieken) (vraag 3A en 3B) is een sector uitgekozen om verder te bestuderen. Er is voor de thuiszorg gekozen, omdat vermoed werd, dat daar veel strategische analyse voorkomt, door het feit dat deze sector is geconfronteerd met marktwerkingstimulerende maatregelen van de overheid. In hoofdstuk 7 worden de interviews met thuiszorgdirecteurs beschreven.

Een uitkomst van de interviews was dat er niet zoveel strategische analyse werd gevonden als verwacht. Toen is besloten het onderzoek breder te trekken met een enquête onder thuiszorg-, ziekenhuis en verpleeghuisorganisaties (hoofdstuk 8). Uit de enquête bleek dat ziekenhuizen het meest aan strategische analyse deden. Om die reden zijn ook ziekenhuisdirecteurs geïnterviewd (hoofdstuk 9). Bijkomend voordeel was dat eventuele sectorverschillen op deze manier ook aan het licht konden komen.



Omdat iedere onderzoeksmethode zijn mogelijkheden en beperkingen kent, is naast de enquête en de interviews ook casusonderzoek gedaan in beide sectoren. Twee thuiszorgorganisaties en één ziekenhuis zijn bestudeerd (hoofdstuk 10).

1.2.3 CONCLUSIE (DEEL 3)

In deel 3 staan de conclusies. In hoofdstuk 11 worden de resultaten uit de diverse onderzoeken naast elkaar gelegd, qua methoden en qua uitkomsten, waaruit kleine aanpassingen volgen op het conceptueel model. Ook komen sectorverschillen aan bod. Het conceptueel model bleek tijdens het empirisch onderzoek een handvat te zijn om de vele op het eerste gezicht soms onverklaarbare zaken die zich in het kader van strategievorming afspelen te plaatsen en inzichtelijk te maken. In hoofdstuk 12 wordt dieper ingegaan op de vraag of de bijdrage van strategische analyse in de gezondheidszorg groter moet en kan worden.

Tabel 1.1 biedt een overzicht van de gehanteerde onderzoeksmethoden per deelvraag. De onderzoeksactiviteiten zijn genummerd in volgorde waarin ze zijn uitgevoerd.

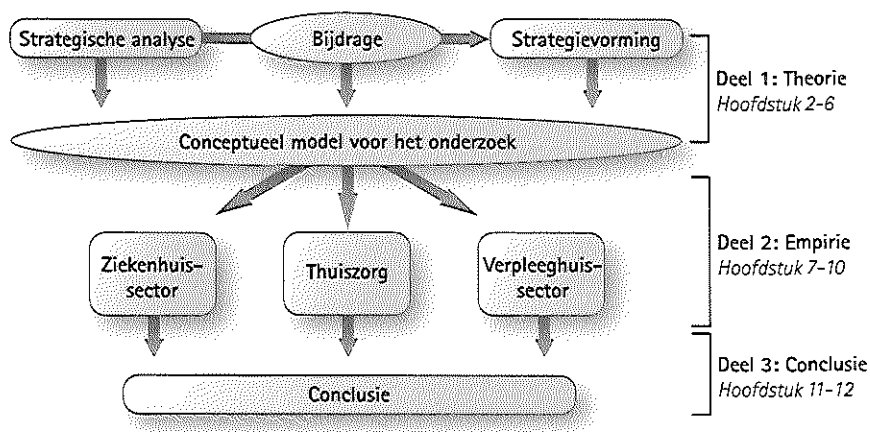
TABEL 1.1 OVERZICHT ONDERZOEKSMETHODEN PER DEELVRAAG

	Algemeen (A)	Gezondheidszorg (B)	Specifiek in		
			Thuiszorg	Ziekenhuizen	Verpleeghuizen
Wat is strategie vorming?	<ul style="list-style-type: none"> Literatuurstudie 	<ul style="list-style-type: none"> Pilot interviews Interviews hoogleraren 	<ul style="list-style-type: none"> Interviews directeuren Casusonderzoek 	<ul style="list-style-type: none"> Interviews directeuren Casusonderzoek 	
Wat is strategische analyse?	<ul style="list-style-type: none"> Literatuurstudie Interviews hoogleraren 	<ul style="list-style-type: none"> Literatuurstudie Pilot-interviews Interviews hoogleraren 	<ul style="list-style-type: none"> Interviews directeuren Enquête 	<ul style="list-style-type: none"> Enquête Interviews directeuren 	<ul style="list-style-type: none"> Enquête
Wat zijn de functies van strategische analyse?	<ul style="list-style-type: none"> Literatuurstudie 	<ul style="list-style-type: none"> Pilot-interviews Interviews hoogleraren Panelonderzoek 	<ul style="list-style-type: none"> Interviews directeuren Enquête Casusonderzoek 	<ul style="list-style-type: none"> Enquête Interviews Casusonderzoek 	<ul style="list-style-type: none"> Enquête



1.3 Opbouw hoofdstukken

De structuur van de hoofdstukken ziet er als volgt uit (figuur 1.1):



Figuur 1.1 Structuur van de hoofdstukken

Deel 1 bevat de resultaten uit het literatuur- en pilotonderzoek en de interviewronde langs hoogleraren. De conclusies uit deze onderzoeken resulteren in hoofdstuk 6 in het conceptueel model. Deel 2 beschrijft het empirisch onderzoek in de thuiszorg, de ziekenhuis- en verpleeghuissector. De thuiszorgorganisatie en de ziekenhuizen zijn object van studie in interviews, een enquête en casusonderzoek. De verpleeghuissector komt alleen in de enquête naar voren. Dat de verpleeghuissector alleen is geënquêteerd en dat de volgorde van de soorten onderzoek bij thuiszorgorganisaties en ziekenhuizen verschillend is, komt omdat lang is gezocht naar de voorlopers op het gebied van strategische analyse. Eerst werd verwacht dat de thuiszorgorganisaties dit waren. Dit is getoetst met een enquête.

Daaruit bleek dat vooral ziekenhuizen het meest aan strategische analyse deden en dat thuiszorg vooral de grootste diversiteit aan technieken hanteerde. Toen zijn ziekenhuizen ook meegenomen in het onderzoekstraject. De verpleeghuizen zijn toen niet verder bestudeerd. In deel 3 staan de conclusies met betrekking tot het conceptueel model en wordt de mogelijke bijdrage van strategische analyse aan strategievorming in de gezondheidszorg nader geanalyseerd.

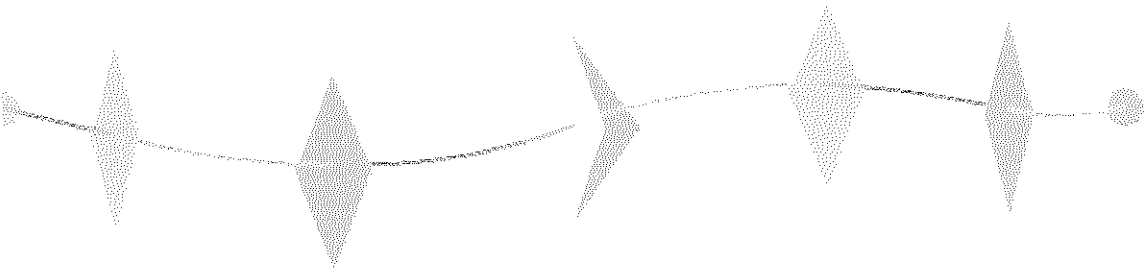
DEEL **1**

De Theorie

Dit deel van het proefschrift werkt toe naar een conceptueel model dat als leidraad dient voor het empirisch onderzoek in deze studie. Het conceptueel model is tot stand gekomen op basis van een literatuurstudie, een pilotonderzoek en interviews met hoogleraren.

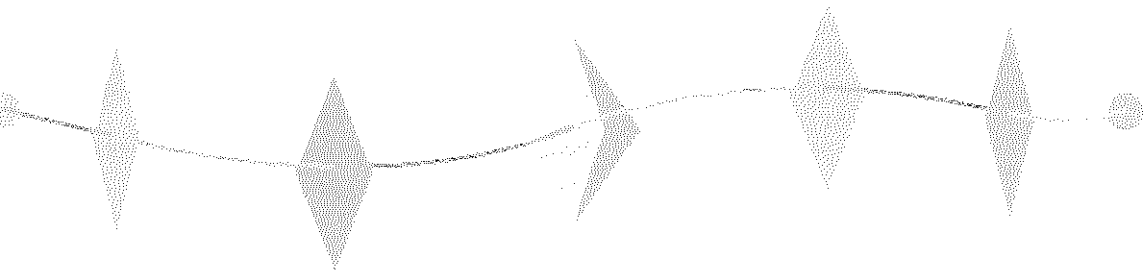
In het literatuuronderzoek zijn twee fases te onderscheiden. De eerste fase bestond uit een bestudering van de literatuur over strategievorming en strategische analyse in de breedte om daaruit voldoende elementen te selecteren die bruikbaar konden zijn bij de opzet en uitvoering van het pilotonderzoek. In de tweede fase is toegewerkt naar detaillering van de aspecten die vooral een rol spelen in de gezondheidszorg, mede nadat uit het pilotonderzoek duidelijk werd welke aspecten dit zijn. Het pilotonderzoek gaf meer aanwijzingen over het verloop van het strategievormingsproces en de bijdrage van strategische analyse hierin. De inzichten uit het pilotonderzoek zijn vervolgens verder getoetst aan literatuur en deels aan interviews met hoogleraren. De hier beschreven literatuurstudie heeft niet tot doel een uitputtend overzicht van literatuur die is verschenen op het terrein van strategievorming en strategisch management, maar vermeldt alleen die elementen die voor het verdere onderzoek bruikbaar bleken.

De drie deelonderzoeken resulteerden vervolgens in de conclusie in het conceptueel model.



HOOFDSTUK **2**

Strategievorming in theorie



2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk biedt een overzicht van de literatuur over strategievorming met behulp van de indeling die Mintzberg voor het eerst in 1994 onderscheidde (ook in zijn latere werk van 1999 hanteert hij deze indeling). Er is een veelheid aan literatuur op het gebied van strategievorming; Mintzberg is er echter in geslaagd daar een heldere indeling van te maken. Deze overzichtelijke indeling zal in dit onderzoek gebruikt worden om het empirisch onderzoek mee vorm te geven. Van de elementen die Mintzberg in zijn indeling noemt zal tijdens het onderzoek worden nagegaan in hoeverre, en op welke manier ze in de gezondheidszorgorganisaties in Nederland een rol spelen.

Eerst zal kort het begrip strategievorming worden toegelicht, waarna de indeling in de vorm van zienswijzen op strategievorming worden behandeld zoals Mintzberg deze onderscheidt. Vervolgens komt aan de orde op welke wijze Mintzberg, maar ook andere auteurs het verloop van strategievorming in de zorg zien. Ook de rol die de manager in de zorg heeft in dit proces is onderwerp van studie. Uit deze literatuurstudie volgen een aantal aspecten die van betekenis zijn in het strategievormingsproces in de gezondheidszorg. In dit onderzoek (te beginnen met een pilotonderzoek weergegeven in hoofdstuk 4) zullen deze aspecten verder onderwerp van studie zijn in de empirie.

2.2 Strategievorming

Het begrip ‘strategie’ komt van het Griekse woord ‘strategos’. Eigenlijk betekent dit ‘de kunst van het oorlogvoeren’. Het theoretisch begrippenapparaat van strategievorming in organisaties is sterk verweven met termen die eigen zijn aan oorlogvoeren. Het spreekt bijvoorbeeld over winnaars en verliezers, elkaar ‘dood’ concurreren, expansie en ‘the survival of the fittest’. Ogilvie (1990) laat zien wat de impact is van het hanteren van dit begrippenapparaat voor strategievorming in organisaties.

Het woord ‘strategie’ komt in verschillende contexten voor, maar voor de organisatie gebruikt men het om:

- De langere termijn ontwikkelingsrichting van een organisatie aan te duiden;
- Zaken die gevolgen hebben voor het functioneren van de hele organisatie te benoemen.

Mintzberg (1978) ziet strategievorming als een neutraal begrip in tegenstelling tot begrippen als ‘strategieformulering’, ‘strategiebepaling’ of ‘strategisch management’. Daarin ligt namelijk een vooronderstelling dat strategieën geformuleerd, bepaald of aangestuurd zouden (moeten) worden. Mintzberg houdt met de term ‘strategievorming’ de mogelijkheid ook open voor strategieën, die “spontaan oprijzen uit een patroon van gebeurtenissen” (Mintzberg, 1994).

De begrippen als ‘strategieformulering’ en ‘strategiebepaling’ komen uit literatuur die vooral aanbeveelt hoe strategievorming dient te verlopen. Er is echter ook veel literatuur die zich bezig houdt met de vraag hoe deze processen in werkelijkheid verlopen. Afhankelijk van de tijd waarin de auteurs verkeerden, de cultuur waartoe



zij behoorden, de sector waarnaar zij keken en de maatschappelijke ontwikkelingen in hun land, verschillen de ideeën over strategievorming. Vooral auteurs uit de Verenigde Staten hadden zeer veel invloed op het denken over strategie en hebben dat nog steeds.

Er zijn veel auteurs die een overzicht geven van de verschillende zienswijzen op strategievorming (zie Whittington, 1993; de Wit en Meijer, 1994; Duncan, 1995; Johnson en Scholes, 1997). Mintzberg geeft echter het meest volledige overzicht en daarom zal dit uitgangspunt zijn.

2.3 Mintzberg's scholen

Mintzberg noemt de verschillende mogelijke denkrichtingen in de strategievormingsliteratuur 'scholen' en onderscheidt hierbinnen *beschrijvende* en *voorschrijvende* scholen. *Voorschrijvende* scholen geven aan hoe een strategievormingsproces dient te verlopen en *beschrijvende* scholen richten zich op de wijze waarop strategievorming in de praktijk verloopt. Mintzberg onderscheidt 10 scholen: 3 voorschrijvende scholen, 6 beschrijvende scholen en een school, die de inzichten uit andere scholen combineert. Een aantal van deze scholen is ook van toepassing op de gezondheidszorg. Hieronder komen de scholen één voor één aan bod.

2.3.1 DE ONTWERPSCHOOL

De eerste (voorschrijvende) school is de ontwerpschool. Deze school begint volgens Mintzberg in 1957 met Selznick als belangrijke auteur en is voortgezet door bijvoorbeeld Chandler (1962) en Andrews (1971). Selznick richtte zich op de wijze waarop een organisatie onderscheidend vermogen ten opzichte van anderen moet kunnen verwerven. Andrews keek vooral naar hoe besluitvormingsprocessen zouden moeten verlopen en richtte zich daarbij op de rol van de manager voor de formulering van de strategie met behulp van analyse en voor de implementatie. Chandler heeft zich gebogen over de relatie tussen de structuur van de organisatie en de strategie. De structuur volgt op de strategie en wordt er zijn inziens door bepaald.

Het uitgangspunt bij bovengenoemde auteurs is dat de leider van de organisatie de strategie formuleert met behulp van veel informatie en analyses. Sterke en zwakke punten van de organisatie worden geformuleerd, evenals kansen en bedreigingen in de omgeving. Dit is uitgewerkt in een zeer bekende methode: de SWOT-analyse, waarbij de afkorting staat voor de begrippen: Strengths, Weaknesses, Opportunities en Threats (zie bijlage 2 voor een uitleg van de techniek). Op basis van deze analyse formuleert de leider een strategie. De leider regelt het hele strategievormingsproces en is verantwoordelijk voor de uitkomst. Hij werkt niet met gedetailleerde plannen; er is sprake van een eenvoudige strategie.

Deze manier van werken is dan ook het meest geschikt voor een organisatie die Mintzberg (1979) de machinebureaucratie noemt, met een duidelijke structuur en een niet al te complexe omgeving. Kritiek richt zich op het feit dat auteurs binnen deze school de rol van andere invloeden verwaarlozen en dat de context achterhaald zou zijn. Ook



is de kritiek dat het expliciteren van de strategie juist leidt tot starheid. Met andere woorden: als de strategie wat vager geformuleerd is, kan men creatiever zijn.

2.3.2 DE PLANNINGSSCHOOL

Ongeveer tegelijkertijd, namelijk in 1965, schreef Ansoff een boek dat Mintzberg (1994 en 1999) als het begin van de planningsschool aanwijst. In deze benadering bedenkt de directeur nog steeds de strategie, maar hij houdt zich meer bezig met het goedkeuren van plannen over hoe de strategie eruit dient te zien en dient te worden uitgevoerd. Planners, zoals de staffunctionarissen doen het meeste werk. De planningsschool onderscheidt verschillende fases in het proces waarbij het uitwerken van diverse deelplannen centraal staat evenals het gebruik van controlelijsten. De planningsschool hamert steeds op het zoveel mogelijk gebruik maken van plannen, procedures en kwantificeerbare doelen. Staffunctionarissen gebruiken diverse technieken om het strategievormingsproces te ondersteunen. De planningsschool ziet de organisatie als een machine die goed te sturen is.

De organisatie en de omgeving dienen voorspelbaar te zijn om zulke gedetailleerde strategieën te kunnen formuleren. Deze manier van strategie bepalen is het beste toepasbaar in een machinebureaucratie met een betrekkelijk eenvoudige en stabiele context, of op z'n minst een voorspelbare context.

De kritiek op deze school, met name van Mintzberg, is vernietigend: planning zou inflexibel maken, creativiteit doodslaan door scheiding tussen denken en handelen en betrokkenheid verwaarlozen. Hij geeft aan dat vooral analisten in een organisatie zich van deze denkwijze zouden kunnen bedienen.

2.3.3 DE POSITIONERINGSSCHOOL

De positioneringsschool begint met het boek 'Competitive Strategy' van Porter (1980) en bouwt voort op werk uit de economische sector. De aandacht is dan ook gericht op economische principes, zoals concurrentie, en vooral het kwantificeerbare aspect daarvan. De school besteedt haar tijd aan het ontwerpen van specifieke strategieën die organisaties moeten volgen afhankelijk van de context waarin ze zich bevinden. Voor iedere organisatie schrijft ze een eigen, unieke strategie voor uit een (beperkte) keur aan mogelijke strategieën. Welke strategie de organisatie moet volgen ontdekt men door het doen van concurrentie- en bedrijfstakanalyses, zoals Porter's vijfkrachtenmodel of de portfolioanalyse van de Boston Consulting Group (zie bijlage 2 voor uitleg van de technieken). Nog steeds is de president-directeur strateeg, de planner een analist. De analist selecteert de strategie.

De kritiek op de positioneringsschool, heeft dezelfde basis als die op de ontwerpsschool en de planningsschool van toepassing is:

"De oriëntatie is te beperkt op het economische kwantificeerbare aspect met verwaarlozing van het sociale, politieke en zelfs niet-kwantificeerbare economische aspect" (Mintzberg, 1994:39).

Kwantificerende analyses kunnen vooral een goede bijdrage aan strategievorming leveren als er sprake is van omstandigheden die voldoende eenvoudig en stabiel zijn volgens Mintzberg; en dat is opnieuw bij de machinebureaucratie het geval.



2.3.4 KRITIEK OP DE VOORSCHRIJVENDE SCHOLEN (KLASSIEKE SCHOOL)

De drie zojuist besproken benaderingen gaan uit van het actief bepalen van de strategie. Ze schrijven voor hoe organisaties dat moeten doen en reiken daarbij allerlei technieken aan, die strategen of staffunctionarissen kunnen toepassen. Niet alleen Mintzberg (1994) maar ook anderen geven kritiek op deze wijze van kijken naar strategievorming.

De voorschrijvende scholen komen samen ook wel onder de noemer 'de klassieke school' (Haselhoff, 1995) voor met onder andere Ansoff (1965), Andrews (1971) en Porter (1980) als belangrijke auteurs. Deze voorschrijvende benadering kent nog steeds een grote aanhang, maar ook veel critici. De belangrijkste door auteurs Haselhoff (1995), Johnson en Scholes (1997) en Bahlmann (1988) geformuleerde kritiepunten zijn:

1. De context waar de scholen om vragen is niet meer van deze tijd zijn. Er zijn vrijwel geen organisaties meer, die niet complex zijn en in een niet al te complexe omgeving verkeren, waarin de toekomst voorspelbaar is. Doordat de meeste organisaties niet meer in een stabiele situatie verkeren is de klassieke benadering niet meer van toepassing.
2. (Strategische) plannen leveren niets op, verdwijnen vooral in de la of zijn alweer achterhaald op het moment dat men ze uitvoert. Door te plannen kan men juist niet actief inspelen op ontwikkelingen en is men inflexibel. Strategische zaken zijn zo onvoorspelbaar dat er geen langlopende gedetailleerde plannen voor te bedenken zijn.
3. De scholen hebben geen oog hebben voor andere aspecten, die meespelen bij een strategievormingsproces zoals intuïtie, menselijke vaardigheden en relaties, en politieke of culturele aspecten. De benaderingen zeggen niets over de manier waarop men hiermee moet omgaan of wat hun invloed is.
4. De grote nadruk op rationalisering in de wetenschap, waarbij men ervan uitgaat dat de werkelijkheid objectief is waar te nemen en in wetten te vangen, is een vernauwing van het menszijn en te beperkt om de hele werkelijkheid te verklaren (Bahlmann, 1988). De strijd tussen positivisten met een groot geloof in rationaliteit en anderen die ofwel aandacht voor andere aspecten willen vragen ofwel deze wetenschapsopvatting afwijzen, vecht men ook in de management-literatuur uit.

Als antwoord op de tekortkomingen van de klassieke school is aandacht gekomen voor de manier waarop strategievormingsprocessen in de praktijk verlopen. Dit zijn de beschrijvende scholen in Mintzberg's terminologie. Deze scholen beschrijven ieder een bepaald aspect van het verloop van strategievorming in de praktijk. De configuratieschool neemt alle genoemde scholen samen en geeft aan dat bepaalde aspecten meer of minder meespelen afhankelijk van de specifieke situatie en context waarin de organisatie verkeert.

2.3.5 DE ONDERNEMERSSCHOOL

De ondernemersschool concentreert zich volgens Mintzberg op de manier waarop het strategievormingsproces zich in het hoofd van de leider voltrekt. Deze school



legt de nadruk op intuïtie, oordeelsvermogen, wijsheid, ervaring en inzicht. Het gaat daarbij vooral om de visie van één leider. De ondernemersschool ontleent haar drijfveer volgens Mintzberg onder andere aan de econoom Shumpeter. Shumpeter stelde in zijn theorie over 'creatieve destructie' dat economische groei optreedt wanneer ondernemers nieuwe kleine bedrijven oprichten en met innovaties de bestaande markt opgaan. Een ondernemer is in staat in te spelen op verandering. Shumpeter vestigde op deze manier de aandacht op de ondernemer. Daarna is de aandacht op de ondernemer vooral vanuit de managementhoek gekomen. Er is bestudeerd hoe een ondernemer is (als persoonlijkheid) en wat hij doet. Het is iemand met een (impliciete) visie en lef. Hij is de verpersoonlijking van die visie. Kritiek op deze school bestaat uit het feit dat bij deze school inzicht ontbreekt in het functioneren van de leider en de menselijke cognitie. Dit laatste blijft een 'zwarte doos' (black box). Deze benadering richt zich vooral op en is ook het meest geschikt voor organisaties in de opstartfase en voor organisaties in een situatie waarin een (strategische) ommekeer moet plaatsvinden. Een voorwaarde voor deze school is in ieder geval dat de context waarin de organisatie zich bevindt eenvoudig genoeg is, zodat één brein deze kan begrijpen.

2.3.6 DE COGNITIEVE OF KENNISVERWERVINGSSCHOOL

De cognitieve school (in later werk van 1999 kennisverwervingsschool genoemd) wil nagaan hoe het brein informatie gebruikt om strategieën te ontwikkelen. Het verdiept zich in de hersenen van de leider; hoe hij denkt en waarom hij dingen doet. Er zijn twee stromingen te ontdekken: één waarin men uitgaat van het bestaan van objectieve informatie, en één waarin men uitgaat van het feit dat informatie subjectief is. Bij de eerste stroming gaat men er wel vanuit dat de manager nooit alle informatie kan opnemen die hem door zijn omgeving wordt aangereikt. Het is daarom voor een strateeg maar beperkt mogelijk om rationele beslissingen te nemen. Simon (1957) spreekt in dit verband van 'bounded rationality': de beperkte rationaliteit die een strateeg of manager tot zijn beschikking heeft.

De tweede stroming ziet strategie als interpretatie van de wereld door in dit geval de strateeg. Hij percipieert de wereld op een bepaalde manier. Er is geen objectieve werkelijkheid; de strateeg interpreteert hetgeen hij waarneemt, door het in een kader te plaatsen. De gedachte is dat hij op zoveel mogelijk verschillende manieren naar de wereld moet kunnen kijken zodat hij niet de gevangene van één bepaalde zienswijze wordt.

Kritiek op deze school is dat ze (nog) geen antwoord heeft op de vraag hoe concepten of kaders in het brein van een individu tot stand komen om maar te zwijgen over hoe dit bij een groep individuen tot stand komt. Doordat dit onbekend blijft kan de school geen aanbevelingen doen voor strategisch management. Deze school vestigt de aandacht op de fase waarin de oorspronkelijke conceptie van de strategie plaatsvindt, of op een periode van herconciëring.



2.3.7 DE LEERSCHOOL

De leerschool gaat ervan uit dat de medewerkers in organisaties al doende leren. Er zijn twee mogelijke manieren waarop een strategie ontstaat binnen deze school. Eén benadering is die van Quinn (1980) en luistert naar de naam "logical incrementalism". Quinn beweert dat leiders een strategie hebben achter de stapsgewijze handelingen die zij verrichten. In het hoofd van de strateeg is al bekend waar de organisatie naar toe moet en de strateeg manoeuvreert op tactische, bijna politieke wijze door een complexe organisatie om zijn visie realiteit te laten worden. Als die visie niet bestaat bij de leider, maar er wel steeds kleine stapjes in een bepaalde richting worden genomen, die achteraf als het op weg zijn naar een strategie kunnen worden betiteld, dan is er sprake van incrementalisme (Lindblom, 1959). Beide visies vallen onder deze school. Mintzberg (1999) gaat uitgebreid in op deze school met als devies dat een organisatie moet leren en ook ingesteld moet zijn op leren bij het strategisch managementproces.

Kritiek op deze school richt zich op het gevaar niet bij een duidelijke strategie uit te komen. Mintzberg kan echter verder weinig kritiek noemen. Deze school is vooral geschikt voor een complexe context. De leerschoolbenadering zou volgens Mintzberg het meest kunnen voorkomen in organisaties, die hij beschrijft als adhocatieën of professionele bureaucratieën. Ook organisaties die een periode van drastische en nooit eerder voorgekomen veranderingen doormaken zijn onderwerp van deze school.

2.3.8 DE POLITIEKE SCHOOL

De basisvoorstelling van de politieke school is het fundamenteel politieke karakter van een strategievormingsproces. Mintzberg (1994) gebruikt de term 'politiek' synoniem met het gebruik van macht op andere dan zuiver economische wijze. Binnen deze school spelen doorgaans op eigenbelang gebaseerde doelstellingen een rol. Dit leidt vaak tot conflicten. Er is daarbij vaak geen sprake van een dominante hoofdpersoon, maar van een aantal wedijverende personen.

De literatuur van de politieke school, die uit strategisch management is voortgekomen, is gering. Verwante literatuur van de politieke wetenschappen over beleidsvorming is volgens Mintzberg van weinig nut voor strategisch management, ofwel omdat ze zich bezighoudt met bepaalde soorten politiek, of omdat ze verzandt in gedebatteer over abstracte nuances van het proces.

Er zijn twee aandachtspunten binnen deze school volgens Mintzberg:

- De *micropolitieke* benadering, waarbij het gaat om politiek binnen de instelling. Zaken als overtuiging, onderhandeling en soms directe confrontatie tussen deelbelangen en schuivende coalities spelen hier een rol. Pettigrew (1977) en Macmillan (1978) vestigden hier onder andere de aandacht op;
- De *macropolitieke* benadering, waarbij het gaat om politiek tussen organisaties, oftewel tussen de organisatie en haar omgeving.

De politieke school zegt dat macht en politiek bepalend zijn voor de strategievorming. In een politiek strategievormingsproces ontstaat de strategie geleidelijk in een wisselwerking van overtuiging, onderhandeling en directe confrontatie tussen



de belanghebbenden en coalities zonder dat er één voor langere tijd dominant is. Binnen de macropolitiek speelt samenwerken en het sluiten van allianties tussen organisaties een rol.

De publicaties over de ‘analyses van belanghebbenden’ (Freeman, 1984) wil Mintzberg niet onder de politieke school scharen, omdat hij het analyseren van wie de macht heeft, ziet als vergeefse pogingen om processen, die van huis uit politiek zijn, in de greep te brengen van modellen uit de planningsschool.

Kritiek op deze school is dat ze kan overdrijven; strategievorming is niet uitsluitend politiek. Mintzberg (1999) is zelf niet enthousiast over vermenging van politiek met strategievorming, maar moet erkennen dat macht en politiek altijd een rol spelen.

Politieke aspecten spelen vooral een rol in perioden van ingrijpende veranderingen, waarin zich machtsverschuivingen en conflicten beginnen voor te doen. Dit is met name het geval bij grote, volwassen organisaties (gesloten systemen van het type machinebureaucratie en gedivisionariseerde vormen), maar ook in complexe organisaties van deskundigen (professionele bureaucratieën ook wel beroepsorganisaties genoemd en adhocratieën).

2.3.9 DE CULTURELE SCHOOL

In de jaren tachtig werd cultuur een belangrijk onderwerp in de managementliteratuur, als reactie op het enorme succes van Japan in de concurrentiestrijd met het Amerikaanse bedrijfsleven, daarvoor was het vooral in Zweden een bekend concept in de organisatiekunde. Halverwege de jaren '80 verscheen literatuur uit Engeland van Pettigrew (1985) en Feldman (1986). Beide auteurs richtten zich vooral op cultuur als obstakel voor strategische verandering. Later laat Barney (1986) zien dat het juist een concurrentievoordeel kan bieden. Een bepaalde organisatiecultuur maakt de organisatie uniek voor de markt.

Peters en Waterman (1982) richtten zich met hun boek “In search of excellence”, ook op de cultuur van een organisatie, maar zelf spreken ze daar niet over. Ze hebben het over (onder andere) de ‘essentiële waarden’ in een organisatie, die afgestemd moeten zijn op de strategie, wil een organisatie kunnen excelleren. Johnson en Scholes (1997) definiëren cultuur in organisaties als vooronderstellingen die de organisatieleden hebben, die ze voor vanzelfsprekend houden. Ze blijven veelal impliciet.

De basisveronderstelling van de culturele school is volgens Mintzberg (1999) dat strategievorming in essentie een proces van collectief gedrag is, gebaseerd op de overtuigingen die de leden van een organisatie gezamenlijk delen. Individuen in de organisatie verwerven de overtuigingen van de organisatieleden door middel van een aanpassingsproces in het sociale verkeer binnen de organisatie.

De culturele school lijdt aan conceptuele vaagheid, vindt Mintzberg. Ook kan ze noodzakelijke veranderingen tegenhouden vanwege een nadruk op traditie en consensus. De culturele school is echter wel van beschrijvende aard en zegt niet dat een cultuur per definitie goed is. Het is er gewoon.



De culturele school is vooral van toepassing op wat Mintzberg organisaties van het 'zendingstype' noemt. Deze organisaties hebben een sterke ideologie. Ook voor grote gevestigde machinebureaucratieën is deze school geschikt omdat machinebureaucratieën sterk bestaande procedures in stand houden. De school is vooral van toepassing in periodes waar versterking van de cultuur nodig is, of als men tegenstand biedt in de organisatie aan een nieuwe strategie.

2.3.10 DE OMGEVINGSSCHOOL

De één na laatste school is de omgevingschool. Deze school richt haar aandacht volledig op de omgeving (skrachten) van de organisatie bij het strategievormingsproces. Ze bevat twee groepen auteurs:

1. De eerste groep bestaat uit contingentietheoretici. Zij zien de omgeving als een dominante factor voor de organisatie bij het bepalen van de strategie. De omgeving is complex, dynamisch, vijandig en divers. Ook concentreren de contingentietheoretici zich op relatie tussen aspecten van de omgeving en specifieke kenmerken van de organisatie.
2. De tweede groep binnen deze school zijn de populatie-ecologen, die organisaties volledig gedomineerd zien door de omgeving. De omstandigheden dwingen organisaties tot een bepaalde strategie en zich niet aan de omgeving aanpassen leidt tot weggeselecteerd worden ('survival of the fittest'). Hannan en Freeman (1977) publiceerden een beroemd artikel in dit kader. Ook Aldrich (1979) is bekend op dit onderwerp.

Hoe meer men ervan uitgaat dat een organisatie gedomineerd wordt door de omgeving, hoe minder strategische vrijheid er voor een organisatie overblijft. Van een strateeg of van enig intern strategievormingsproces is dan binnen deze benadering geen sprake meer. Mintzberg vindt dat een onjuiste voorstelling van zaken. Mintzberg doet bij deze school weinig uitspraak over een context. Hij vermeldt dat het in bepaalde periodes van een organisatie een rol speelt. Hij noemt hier de fase van volwassenheid. Verder verwacht hij dat de omgevingschool vooral geldt voor bureaucratische organisaties wat betreft de populatie-ecologische benadering en tot op zekere hoogte bij elke organisatie als het gaat om de zienswijze van de contingentietheoretici.

2.3.11 DE CONFIGURATIESCHOOL

Binnen de configuratieschool is het mogelijk dat elke vorm van strategievorming vóórkomt afhankelijk van de tijd en de specifieke context waarin de organisatie verkeert. Het proces kan dan bestaan uit:

"...conceptueel ontwerpen, formele planning, systematische analyse of intuïtieve visie; het kan bestaan uit individuele cognitie en/of uit collectief leren of uit politiek; het kan zijn energie ontleenen aan persoonlijk leiderschap, aan een organisatiecultuur of aan de externe omgeving; en de eruit voortvloeiende strategieën kunnen de vorm hebben van plannen of patronen, manoeuvres, posities of zienswijzen" (Mintzberg, 1994:102)."



Een organisatie kan een bepaalde toestand aannemen (een configuratie) en door verandering in een andere toestand (configuratie) komen. Strategievorming brengt die verandering op gang. Zowel de configuraties als de perioden van verandering zijn onderwerp van onderzoek (geweest). Het meeste onderzoek binnen deze school heeft plaatsgevonden aan de managementfaculteit van de McGill universiteit.

Kritiek op deze school komt van Donalson (1996). Hij vindt de indeling van organisaties in 7 configuraties te zwart-wit. Het komt niet overeen met de werkelijkheid. Mintzberg (1999) weert deze kritiek af met de opmerking “alle theorieën zijn fout: de realiteit is altijd complexer”.

2.4 Strategievorming in de gezondheidszorg

Er blijken vele manieren te zijn waarop naar strategievormingsprocessen kan worden gekeken. Mintzberg heeft de zienswijzen zeer volledig in kaart gebracht. Weinig onderzoek richt zich echter op de specifieke manier waarop strategievorming in de gezondheidszorg verloopt (zie bijlage 3). De meeste literatuur die zich richt op de gezondheidszorg is voorschrijvend (zie § 3.5.) en dus niet beschrijvend. Mintzberg (1994) zegt zelf wel iets over de wijze waarop strategievorming in de zorg verloopt. Hij concludeert dat de politieke school en de leerschool voornamelijk van toepassing zijn op de gezondheidszorg (en de omgevingschool als het gaat om de contingentie-theoretische visie). Deze scholen richten zich namelijk op de professionele bureaucratieën, waartoe de gezondheidszorgorganisaties behoren. Het schaarse internationale onderzoek bevestigt Mintzberg's conclusie. Zo concludeert Files (1988) bijvoorbeeld dat ziekenhuizen in Amerika weinig expliciet en systematisch aan strategievorming doen, wat wijst op een benadering die de leerschool aanhangt. Montague (1995) beschrijft het proces rond strategiebepaling in een ziekenhuis. Uit dit onderzoek blijkt het politieke karakter van de dit proces.

Veel van deze literatuur over strategievorming van de zorg is echter gedateerd. De ontwikkelingen in de zorg gaan zodanig snel dat literatuur van voor 1985 niet erg actueel meer is. Daarbij komt dat internationale literatuur niet van toepassing hoeft te zijn op de Nederlandse situatie. Het onderzoek richt zich tevens vooral op de ziekenhuissector.

Er is wel wat Nederlands onderzoek dat bevestigt dat de benaderingen van de leerschool en politieke school van toepassing zijn op de Nederlandse ziekenhuissector. Postma (1989) concludeert dat strategische problemen in ziekenhuizen op een weinig systematische manier worden benaderd. Pool (1990) bestudeerde de besluitvorming in ziekenhuizen en zette dit af tegen de metaalindustrie en de verzekeringssector. Conclusies voor de ziekenhuizen zijn:

- Ziekenhuizen hebben een besluitvorming die minder gecentraliseerd verloopt en minder formeel is ten opzichte van andere sectoren. Ze gebruiken meer informatie en er vinden meer persoonlijke confrontaties plaats (vooral in vergelijking met de metaalindustrie);
- De besluitvorming duurt in ziekenhuizen gemiddeld meer dan twee keer zo lang als in de andere twee sectoren;



- Er is in de ziekenhuizen meer sprake van vertragingen en blokkades, vooral omdat men daar afwachtend is op externe ontwikkelingen en omdat er meer interne en externe onderhandelingen nodig zijn;
- De waardering achteraf van de genomen besluiten en de manier waarop de besluitvorming is verlopen in de ziekenhuizen is vergelijkbaar met de andere sectoren (Pool, 1990).

Pool (1990) concludeert dan ook, dat in de ziekenhuizen meer besluitvormingsprocessen verlopen volgens het politieke- of arenamodel en via het open-eindmodel (zoals door Koopman en Pool in 1992 gedefinieerd). In het arenamodel staan de uiteenlopende belangen en de onderlinge machtsverhoudingen centraal. De besluitvorming heeft hier een incrementeel of onderhandelingskarakter. In het open-eindmodel loopt de besluitvorming nog veel grilliger en onvoorspelbaarder en is er meer sprake van een haast toevallig verloop. Bij Pool (1990) zijn dus duidelijk elementen van de leerschool en de politieke school te herkennen in de besluitvorming. Besluitvorming is weliswaar een onderdeel van het totale strategievormingsproces, maar wat voor de besluitvorming geldt zou ook voor het strategievormingsproces in zijn geheel kunnen gelden.

Al met al is er dus weinig internationaal en nationaal onderzoek dat zich bezighoudt met hoe strategievorming verloopt in de gezondheidszorg. Vele auteurs bevelen wel aan dat de zorg aan strategievorming moet doen en hoe dat zou moeten. Een aantal Engelse en Amerikaanse auteurs die dat doen zijn: Buller en Timpson, (1986) Duncan, Ginter, Swayne (1995) en Johnson en Scholes (1997). Voor de Nederlandse zorgorganisaties raden onder andere Edelman Bos (1987), De Gooijer (1988) en Van Montfort (1989) dit aan.

2.5 Rol van de manager

De specifieke context van de gezondheidszorg, waar strategievorming politiek en incrementeel verloopt, stelt ook specifieke eisen aan de manager van het strategievormingsproces. Binnen de scholen geeft men niet duidelijk aan hoe de strategisch manager of de 'strateeg' te werk gaat in de zorg. Bij de leerschool kan er sprake zijn van een strateeg, maar deze kan ook ontbreken. Bij de politieke school is er niet echt sprake van één strateeg, maar meer van verschillende wedijverende personen.

Er is wel onderzoek gedaan naar de rol van de manager in de zorg in het algemeen. Shortell en Kaluzny (1988) onderzochten in hun boek de rol van de manager in de gezondheidszorg in Amerika. Zij ontdekten weliswaar grote verschillen tussen zorgorganisaties onderling, voor alle zorgorganisaties geldt echter dat de manager met vele 'stakeholders' te maken heeft. Stakeholders zijn dan bijvoorbeeld overheden, verzekeraars, belangengroeperingen van bijvoorbeeld patiënten, maar ook interne ondernemingsraden, raden van toezicht en 'last but not least' de professionals in de organisatie. Deze groepen kunnen allen een belang hebben bij de eventuele strategie die een zorgorganisatie wil voeren. Het is te verwachten dat deze belanghebbenden zullen proberen invloed uit te oefenen op het beleid van de organisatie of het strate-



gievormingsproces (ieder op een andere wijze, op een ander moment of in een andere mate). De manager wordt daardoor geconfronteerd met zeer uiteenlopende werkelijkheden. De mate waarin hij hier goed mee kan omgaan, hangt af van zijn 'perceptuele schema's', dus de manier waarop hij zelf naar de werkelijkheid kijkt. Hij moet in staat zijn de verschillende werkelijkheden te integreren.

Ook concluderen Shortell en Kaluzny (1988) dat de manager goede onderhandelingsvaardigheden en communicatievaardigheden moet hebben, niet alleen om intern de diverse professionals te kunnen sturen, te motiveren en bij elkaar te brengen, maar ook om te kunnen omgaan met de politieke omgeving bestaande uit overheden, verzekeraars, concurrenten of collega's en maatschappelijke groeperingen. Politiek manoeuvreren, onderhandelen en netwerken bouwen zijn hierbij noodzakelijke activiteiten.

Een manager in de zorg heeft tevens leiderschapskwaliteiten nodig om de normen en waarden binnen de organisatie te kunnen expliciteren en vervolgens te communiceren, zowel intern als extern.

Nederlandse auteurs vinden dat bovengenoemde kwaliteiten en vaardigheden ook voor een manager in de Nederlandse gezondheidszorg belangrijk zijn. Ook in de Nederlandse gezondheidszorg wordt de omgeving steeds ingewikkelder, de dynamiek van de interne organisatie steeds groter en daardoor de managementopgave steeds complexer en zwaarder (Moen & Nievaard, 1997). Waar vroeger de manager nog via machts-dwang strategieën zijn wil op kon leggen, verkeert hij steeds meer in een onderhandelingsarena waar vaardigheden als communiceren, onderhandelen, motiveren van anderen en regisseren belangrijk zijn om goed met de verschillende stakeholders te kunnen omgaan (Moen & Nievaard, 1997).

Meurs (1997) bespreekt de kwaliteiten en vaardigheden die een directeur (vaak de 'strateeg') moet bezitten. Hij moet kunnen omgaan met de complexiteit en meervoudigheid van de onderlinge relaties die in de zorg bestaan. Hij moet daartoe onder andere een 'methodische oriëntatie' hebben, wat betekent dat hij in staat moet zijn te vertellen waar hij voor staat (vanuit een eigen oriëntatiepunt), waarbij hij vooral ook aandacht heeft voor de verhalen van anderen. Vervolgens moet hij vertrouwen krijgen, ook al is moeilijk aan te geven hoe hij dat precies verwerft, en moet hij zich meervoudig kunnen verantwoorden.

Duidelijk blijkt dat er hoge persoonlijke en communicatieve eisen aan de manager en zeker aan de strateeg in de zorg worden gesteld. Onduidelijk blijft hoe een strateeg in de dagelijkse strategievorming daadwerkelijk omgaat met de eisen die de zorgsector aan hem stelt.

2.6 Conclusie

STRATEGIEVORMING

Er zijn vele manieren waarop naar strategievorming kan worden gekeken. Wat de manieren van kijken gemeen hebben, is dat ze zich richten op de lange termijn situatie van een organisatie, en op zaken die de gehele organisatie direct of indirect betreffen. Mintzberg geeft een uitgebreid overzicht van de mogelijke ziens-



wijzen op strategievorming door tien 'scholen' te beschrijven. De eerste drie scholen: de ontwerpschool, de planningsschool en de positioneringsschool hebben een belangrijke invloed op de manier waarop strategievorming werd en nog wordt benaderd. De voorschrijvende scholen noemt men samen ook wel de 'klassieke school' (omdat zij de langst bestaande benadering vertegenwoordigen). Binnen deze voorschrijvende scholen is een grote rol voor analyse en analysetechnieken weggelegd. Deze scholen richten zich vooral op machinebureaucratieën.

Deze scholen kennen echter ook veel kritiek. Zij zouden niet meer van deze tijd zijn, omdat de weinig complexe organisaties die zij vereisen, nauwelijks meer bestaan. Ook hebben ze geen aandacht voor andere aspecten die naast de analyse in strategievorming een rol spelen, zoals intuïtie, menselijke vaardigheden en relaties, politiek en cultuur. Als reactie op deze scholen zijn dan ook andere scholen ontstaan, die wel aandacht besteden aan deze factoren.

Mintzberg geeft aan dat de benadering van de voorschrijvende scholen, waarbij het gaat om planning en analyse in ieder geval niet geschikt is voor de gezondheidszorg. In de zorg verlopen processen politiek, zoals in de politieke school en incrementeel zoals in de leerschool. Bij beide scholen komt geen analyse kijken. Zelfs een poging om de politieke aspecten in analysemodellen op te nemen ziet Mintzberg als een verkapte vorm van de planningsschool. Dit zou betekenen dat strategische analyse geen bijdrage in rationele zin zal leveren aan het strategievormingsproces in de gezondheidszorg.

Divers internationaal en ook nationaal onderzoek bevestigt de conclusie van Mintzberg dat met name de politieke school en de leerschool van toepassing zijn op de zorgcontext. Het gaat dan helaas wel om beperkt, vaak gedateerd onderzoek meestal gericht op de ziekenhuissector. Aangezien de context waarin de zorg zich bevindt een sterk veranderende situatie is, zowel nationaal als internationaal, is literatuur al snel verouderd. Tevens kunnen bepaalde zaken voor de specifieke Nederlandse context verschillen van de internationale. Ook kunnen er binnen de Nederlandse gezondheidszorg per soort zorgorganisatie (ziekenhuis of verpleeghuis) verschillen optreden. Conclusies voor ziekenhuizen hoeven niet te gelden voor bijvoorbeeld thuiszorgorganisaties. Daarom is op basis van de beschikbare literatuur niet meteen de conclusie te trekken dat strategische analyse geen rol vervult in strategievorming in de zorg. Strategievorming in de zorg en de bijdrage van strategische analyse hierin dienen dan ook verder onderwerp van studie te zijn. Daarbij moeten niet alleen elementen uit de politieke en de leerschool meegenomen worden maar ook die van de andere scholen.

Tevens is het van belang om de rol van de strateeg in het strategievormingsproces te achterhalen. De verschillende scholen die op de gezondheidszorg van toepassing hebben hier een verschillend perspectief op. De politieke school gaat niet uit van het bestaan van één strateeg. Bij de leerschool kan sprake zijn van een strateeg die manoeuvreert in een bepaalde richting, maar kan een strateeg ook ontbreken. Daar waar men strategische analysetechnieken toepast (in de voorschrijvende scholen) wordt wel van één strateeg gesproken. Dit onderzoek dat zich richt op de bijdrage van strategische analyse zou zich dus ook in eerste instantie op één



strateeg moeten richten. In hoeverre er in de gezondheidszorg één strateeg is aan te wijzen in strategievorming is nog geen onderwerp van studie geweest.

DE STRATEEG

Er is weinig bekend over 'de strateeg' maar er is wel iets bekend over hoe managers dienen te functioneren in de zorg. Op basis van onderzoek is vast te stellen dat de politieke en incrementele wijze waarop op beleidsprocessen verlopen specifieke eisen aan een manager in de zorg stelt. Hij heeft met veel stakeholders te maken. Daardoor moet hij niet alleen zowel intern als extern politiek kunnen manoeuvreren en goed kunnen netwerken, maar moet hij ook met de verschillende werkelijkheden van de stakeholders kunnen omgaan. Dit betekent dat zijn eigen perceptie deze verschillende werkelijkheden moet kunnen verenigen.

Om vervolgens de stakeholders en hun belangen en percepties bij elkaar te kunnen brengen moet hij in staat zijn met alle stakeholders te communiceren en hen ook kunnen motiveren. Al deze vaardigheden en kwaliteiten heeft hij nodig om goed te kunnen omgaan met de complexiteit van de zorgorganisatie. Ook voor de Nederlandse situatie erkennen auteurs het belang van deze vaardigheden en kwaliteiten van de manager.

De Nederlandse context lijkt daarbij niet heel erg anders dan de Amerikaanse te zijn. De vaardigheden en kwaliteiten van de manager zal de strateeg ook moeten hebben.

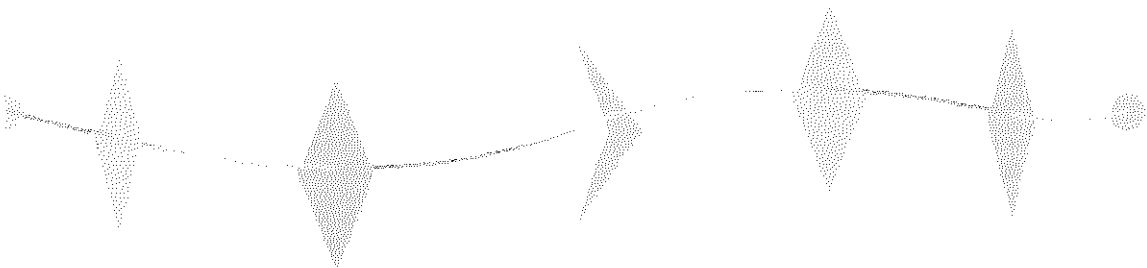
In dit onderzoek naar de bijdrage van strategische analyse aan het strategievormingsproces zijn de vaardigheden en kwaliteiten van de strateeg en de aspecten die genoemd worden in de scholen (bijvoorbeeld politieke en culturele aspecten) object van studie. Van deze aspecten kan worden vastgesteld in welke mate ze bij strategievorming in de zorg een rol spelen en op welke wijze. Hiermee zal een begin gemaakt worden in een pilotonderzoek (hoofdstuk 4).

Voor het zover is moet echter helder zijn wat strategische analyse precies is. In het volgende hoofdstuk zal dit worden beschreven op basis van literatuurstudie.



HOOFDSTUK 3

**Strategische analyse,
een fase van
strategisch management**

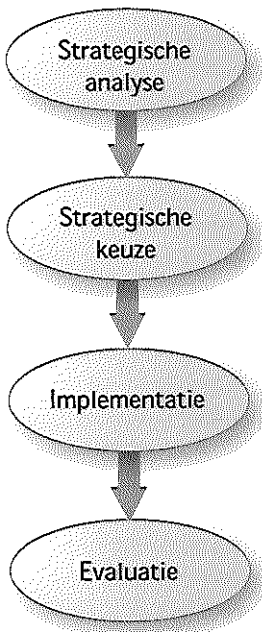


3.1 Inleiding

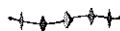
De term strategische analyse brengen auteurs meestal in verband met strategisch management. Daarom zal hier eerst worden beschreven wat strategisch management inhoudt, middels een korte beschrijving van de ontstaansgeschiedenis van dit vakgebied. Daarna passeren de strategische analyse en de strategische analyse technieken de revue. Vervolgens komen de toepasbaarheid van strategisch management en strategische analysetechnieken in de zorg aan de orde. Ook zaken als intuïtie die een rol spelen bij toepassing van strategische analyse in de praktijk komen in beeld. Als laatste volgt de conclusie.

3.2 Strategisch management

De meeste auteurs leggen strategisch management theoretisch uiteen in drie fases. In de eerste fase, de strategische analysefase, is het de bedoeling de omgeving en de interne organisatie en de relatie daartussen in kaart te brengen. Ook gangbare termen voor deze fase zijn: strategy analysis (bijv. Wit & Meyer, 1994) of situational analysis (in Duncan, Ginter, Swayne, 1995). In een tweede fase dient men strategische opties te genereren op basis van de strategische analyse, waarna een keuze wordt gemaakt voor een strategie. Dit is de strategische keuze-fase. Daarna dient men de strategie te implementeren (implementatiefase). Soms voegen auteurs hier nog een vierde fase aan toe: de evaluatie van de geïmplementeerde strategie (zie figuur 3.1.).



Figuur 3.1 Fasering strategisch management



Verskillende auteurs bevelen aan deze fasering niet al te strikt te handhaven (Viljoen, 1995; Johnson en Scholes, 1997 en Mintzberg in: Mintzberg en Quinn, 1991). De fases kunnen volgens deze auteurs ook gelijktijdig plaatsvinden, van volgorde wisselen en herhaalde malen in eenzelfde proces aan de orde komen. Ansoff (1965) wordt als de grondlegger van strategisch management beschouwd (Bahlmann, 1988; Haselhoff, 1995). Ansoff bezigt echter in zijn begintijd niet de term strategisch management, maar strategische planning, waarin zoals het woord al zegt de planning van de strategie centraal staat en niet het managen. Ansoff en McDonnell (1990:XV) definiëren later strategisch management als:

“a systematic approach to a major and increasingly important responsibility of general management: to position and relate the firm to its environment in a way which will assure its continued success and make it secure from surprises.”

Hierin komen als centrale elementen het systematische karakter van de strategiebepaling, de verantwoordelijkheid van het management voor de strategie en de relatie van de organisatie met de omgeving aan de orde. Dat auteurs Ansoff (1965) als grondlegger voor het strategisch management beschouwen, geeft aan hoe groot de verwevenheid is van strategisch management met de strategische planningsliteratuur (of de planningschool in termen van de scholen van Mintzberg (1994)). Ook Harrison en Taylor (1991) zien duidelijk een ontwikkeling van strategisch management vanuit de planningsliteratuur. Zij onderscheiden drie fases, verbonden aan de maatschappelijke ontwikkelingen in die tijd:

- ‘Long range planning’ in de jaren vijftig en zestig. Ontstaan in een tijd van relatieve stabiliteit, waarbij lange termijn voorspellingen gedaan werden op basis van simpele extrapolaties van historische trends.
- Strategische planning in de jaren zeventig: In deze tijd kwam er enige onzekerheid op, belichaamd in de oliecrisis van ’73 - ’74, met als reactie hierop een toename van analyse met betrekking tot de toekomst met veel strategische planningsconcepten en technieken.
- Strategisch management in de tachtiger jaren: Een nog grotere onzekerheid met betrekking tot de omgeving zorgde voor een grotere nadruk op de omgeving met technieken die daar op gericht zijn (Genus, 1995).

Snow (1986) en Mockler (in: Hussey, 1995) vermelden dat strategisch management werd gebruikt toen meer nadruk op de implementatie van strategie kwam. Vaak bleek een gedegen strategische planning in de praktijk niet synoniem te zijn voor een succesvolle implementatie. Vooral het managen van de strategie verdiende aandacht (om een goede implementatie te garanderen) en dit moest in de strategisch managementliteratuur tot uitdrukking komen. Ondanks het feit dat men in de literatuur probeert met strategisch management de tekortkomingen van een al te planningsgerichte benadering op te vangen door aandacht te hebben voor het managen van de strategie, zijn de uitgangspunten van de klassieke benadering gewoon gehandhaafd (Batelaan 1993; Stacey, 1996). Batelaan (1993:77) formuleert dit als volgt:



“Many authors in the field of strategic management use the basic ideas of the rational model and apply them to strategy formulation processes in business organisations”.

Strategisch management gaat nog steeds erg uit van planmatigheid en rationaliteit. Het gevolg is dan ook dat veel van de kritiek, die van toepassing is op de klassieke school, ook wordt geuit aan het adres van strategisch management en de strategische analyse als onderdeel daarvan.

Mockler (in: Hussey 1995:4) haalt echter ook het probleem aan dat strategisch management hoe langer hoe meer een paraplu is voor een *“eclectic collection of essays involving all areas of business management”*. Dit maakt het moeilijk om het vakgebied scherp te definiëren.

3.3 Definities van strategische analyse

Vele auteurs hebben beschreven wat strategische analyse is en welke activiteiten daarbinnen plaatsvinden. Er zijn verschillen en overeenkomsten tussen auteurs te vinden.

Viljoen (1995) vermeldt dat het bij strategische analyse gaat om ‘het verzamelen en gebruiken van informatie’ teneinde de strategische positie van de organisatie veilig te stellen. Strategische analyse is dan de noodzakelijke ‘understanding phase’. Volgens Quinn, Mintzberg en James (1988) geeft strategische analyse managers de mogelijkheid al de ‘major forces at play’ in hun domein te zien: zowel de kansen als bedreigingen binnen én buiten de organisatie. Johnson en Scholes (1997) vermelden dat strategische analyse inzicht dient te geven in de strategische positie van de organisatie; dat wil zeggen in de centrale factoren, die invloed uitoefenen op de huidige en toekomstige situatie van de organisatie. Ook Asch en Bowman (1989) leggen de nadruk op het begrijpen van zowel de huidige situatie als de toekomst van de organisatie.

De term strategische analyse brengen de meeste auteurs dus in verband met het verzamelen en gebruiken van informatie over strategische zaken (dat wil zeggen lange termijn of toekomstige zaken die de gehele organisatie betreffen) in de organisatie en haar omgeving. De bedoeling van het analyseren van deze informatie is inzicht verkrijgen in de strategische positie van de organisatie. Op basis hiervan dient men dan strategische opties te formuleren. Het formuleren van opties hoort niet meer bij de strategische analysefase. Hierover zijn alle auteurs het eens.

Er zijn echter ook auteurs die onder de strategische analyse meer verstaan dan bovengenoemde activiteiten. Onder andere Duncan (1995) en Houthoofd (1996) bevelen aan om tijdens de strategische analyse ook de missie van de organisatie te evalueren en/of te ontwikkelen. Het gaat bij hen dus niet alleen om het in kaart brengen van de strategische positie van de organisatie in zijn omgeving. De vraag wat nu precies ‘strategische analyse’ is wordt er daarmee niet helderder op.

Het wordt echter nog complexer. De term strategische analyse wordt dan wel vooral in de strategisch managementliteratuur gebruikt; het in kaart brengen van de organisatie en de omgeving wordt ook aanbevolen in literatuur over strategi-

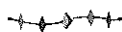


sche besluitvorming (zie Gore, 1992), veranderingsmanagement (Duren en van Manen, 1995), beleidsanalyse (zie Dunn, 1981) en marketing en organisatiediagnose (Cozijnsen en Vrakking, 1992). De term strategische analyse zelf wordt dan weliswaar niet gehanteerd, maar de activiteiten zijn vaak vergelijkbaar.

Een volgend probleem doet zich voor rond de vraag in hoeverre strategische analyse een rationeel proces is. Een kenmerk van de strategische analyse blijkt te zijn dat het te maken heeft met rationaliteit. Dit is logisch omdat, zoals Simon (1957) ook beweert, besluitvormers streven naar rationaliteit. Willekeurig gedrag van organisatieleden vindt men niet verantwoord (Lebelle, 1986). Onderzoek van March en Simon (1958) toonde echter aan dat een volledig rationeel verlopend strategievormingsproces uit hoofde van de manager niet mogelijk is. Zij gaan uit van de 'bounded rationality', de beperkte rationaliteit van de manager. Omdat rationaliteit enerzijds beperkt mogelijk is maar anderzijds binnen het strategievormingsproces toch moet worden gewaarborgd is een manier om van managers rationele wezens te maken gelegen in het vergroten van de rationaliteit van de organisatorische systemen en processen (Lebelle, 1986).

March en Simon (1993) noemen dit 'procedurele rationaliteit', waarbij het gaat om het volgen van een rationele besluitvormings*procedure*. Strategisch management biedt die rationele procedures in de vorm van strategische analysetechnieken. De strategische analysetechnieken of methoden schrijven voor hoe een strateeg of de staf informatie uit de organisatie, de omgeving en de afstemming daartussen, moet verzamelen, analyseren en gebruiken voor het maken van een keuze voor een strategie. Johnson en Scholes (1997) bevelen strategische analysetechnieken aan om de neiging van mensen om de complexe werkelijkheid te simplificeren tegen te gaan (deze neiging tonen Tversky en Kahneman in 1974 goed aan).

De mate waarin rationaliteit een rol moet spelen ten opzichte van emoties, gevoelens, intuïtie of inspiratie is echter een bron van veel discussie; niet alleen in wetenschapsfilosofische zin, maar ook in de praktijk van het management. Men wijst veel op de beperktheid van rationaliteit in de managementpraktijk ten faveure van intuïtie (zie Mintzberg, 1989). Intuïtie zou veel meer aandacht moeten krijgen volgens diverse auteurs (Ornstein, 1972; Shrivastva, 1983; Mintzberg, 1989; Isenberg, 1987). Ohmae (1983) laat daarbij zien dat men analyse vrijwel alleen gebruikt om creatieve ideeën te toetsen en dat intuïtie veel meer bijdraagt aan het komen tot een strategie. Ook vragen auteurs aandacht voor de rol van gevoelens (Viljoen, 1995) en inspiratie (Hawley, 1997). De rol van strategische analyse en strategische analysetechnieken is dus verbonden met een tegenstelling in de literatuur tussen auteurs die rationaliteit een belangrijke rol toeschrijven en auteurs, die vooral aandacht vragen voor niet rationele zaken in het managementproces. Het is dus noodzakelijk om in dit onderzoek precies te definiëren in hoeverre strategische analyse een rationeel dan wel een intuïtief proces is.



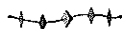
3.4 De strategische analysetechnieken

Veel auteurs vallen in het kader van de strategische analyse meteen met de deur in huis door een heleboel analysetechnieken te presenteren (zie bijvoorbeeld Hofer en Schendel, 1978; Grant, 1995; Hunger en Wheelen, 1997). Er zijn heel veel onderwerpen, die men in kaart kan brengen om een beeld te krijgen van de strategische positie van de organisatie. Er zijn echter nog meer technieken om deze onderwerpen te analyseren.

De Jong en Waalewijn (1994) onderscheiden bij een eerste inventarisatie 84 technieken. Het is om twee redenen echter moeilijk aan te geven welke technieken wel en welke niet onder de strategische analysetechnieken zijn te scharen:

1. Diverse technieken die auteurs noemen in het kader van de strategische analyse, komen ook onder een andere noemer voor. Daar waar het niet de bedoeling is om inzicht te krijgen in de strategische positie, maar bijvoorbeeld in het aanwezige beleidsprobleem zoals bij de beleidsanalyse, beveelt men technieken aan, die ook in de strategische analysefase worden aanbevolen. Zo bespreekt Duncan (1995) in het kader van de 'situational analysis' de analysetechnieken: delphimethode, brainstorming en dialectic inquiry, die Dunn (1981) noemt in het kader van de probleemformulering in de beleidsanalyse. Vrakking (1990) noemt diverse technieken bij innovatiemanagement en bij organisatiediagnose die auteurs ook bij de strategische analyse noemen. Er is dus niet echt sprake van specifieke strategische analysetechnieken, maar van algemene technieken die men voor verschillende doelen kan gebruiken.
2. Er is geen eenduidigheid over welke technieken voor welke 'fase' van het strategisch management gereserveerd zijn. Sommige auteurs schrijven technieken voor bij de analysefase, die andere auteurs bijvoorbeeld voor de keuzefase of de evaluatiefase voorschrijven en omgekeerd. Zo kan men door toepassing van technieken, die de literatuur aanbeveelt voor de strategische analysefase ook de verschillende strategische opties evalueren tijdens de strategische keuzefase. Het komt ook vaker voor dat men het geïmplementeerde beleid evalueert door toepassing van deze technieken. Dat maakt dat dezelfde techniek de ene keer een strategische analysetechniek is, de andere keer een strategische keuzetechniek of een evaluatietechniek van geïmplementeerd beleid. Diverse technieken geven naast een handleiding om te analyseren ook ideeën voor de al dan niet te volgen strategie op basis van de verkregen informatie. Het feit dat verschillende technieken in verschillende fases voorkomen heeft volgens Joyce en Woods (1996) te maken met de verschillende doeleinden, die analysetechnieken hebben. Het hangt ervan af hoe men de technieken toepast, of ze informatie opleveren, die geschikt is om een keuze te maken of om te evalueren. Ambrosini (1998) lost dit probleem op door haar boek 'technieken voor strategische analyse en evaluatie' te noemen.

Viljoen (1995) waarschuwt ervoor om de strategische analysefase alleen maar als een hoop technieken bij elkaar te zien. Een beeld verkrijgen van de organisatie



en haar omgeving is een doelstelling, die meer omvat dan het toepassen van een aantal technieken alleen. De technieken kunnen daarin zelfs beperkend zijn, zoals Joyce en Woods (1996) vermelden, omdat er veel impliciete aannames achter de analysetechnieken zitten. Deze aannames kunnen heel waardevol zijn, maar zijn tegelijkertijd beperkend: *"the assumptions are also the essence of their limitations"* (Joyce en Woods, 1996;78).

De meningen verschillen dus over de mate waarin de strategische analysefase volgens vaststaande procedures dient te verlopen en in hoeverre dat gewenst is. Het is daarbij echter niet duidelijk welke activiteiten dan naast de toepassing van de strategische analysetechnieken nog kunnen worden uitgevoerd, en wanneer er niet meer gesproken kan worden van een strategische analyseactiviteit.

De meeste auteurs delen strategische analysetechnieken in naar interne- en externe analysetechnieken. De ene auteur doet dat echter iets anders dan de andere. De classificatie naar interne en externe techniek is niet altijd even vanzelfsprekend, omdat men de technieken op verschillende manieren kan toepassen. Afhankelijk van hoe men ze toepast kunnen ze in het ene geval meer gericht zijn op de organisatie en in het andere geval op de omgeving. Een voorbeeld hiervan is de waardeketenanalyse. Deze techniek probeert het interne productieproces zodanig in kaart te brengen, dat de organisatie en haar medewerkers duidelijk voor ogen krijgen op welke plek een bepaalde activiteit waarde toevoegt aan het product. Het is dus in eerste instantie een intern gerichte techniek. Breidt men echter het productieproces uit met de fase vóór het productieproces (de aanlevering van grondstoffen bijvoorbeeld) en de náfase (de distributie van de producten) dan wordt het ook een externe techniek.

De classificatie van wat een interne en wat een externe techniek is in dit onderzoek gebaseerd op de assumptie waarop de techniek is gestoeld. De techniek kan uitgaan van de 'fit approach' of de 'stretch view' zoals onderscheiden door Johnson en Scholes (1997).

De 'fit approach' legt de nadruk op de omgeving en de aanpassing van de organisatie daaraan, de 'stretch view' kijkt met name naar de eigen capaciteiten van de organisatie en probeert daar een markt voor te vinden. De technieken zijn vervolgens weer onder te verdelen naar de verschillende onderwerpen van analyse.

Onderwerpen van externe analyse zijn:

- De macro-omgeving: dat is de omgeving die niet of nauwelijks door de individuele organisatie te beïnvloeden is. Bijvoorbeeld de politieke, economische, sociaal-culturele en technologische factoren, maar ook demografische en ecologische factoren. Daarbij kan men kijken naar eventuele toekomstverwachtingen met betrekking tot deze factoren;
- De externe stakeholders: dat zijn individuen of groepen die belang hebben bij de strategie van de organisatie. Dit kan het netwerk zijn, maatschappelijke groeperingen of aandeelhouders;
- De markt (klanten);
- De concurrentie.



Onderwerpen van interne analyse zijn:

- De beschikbare middelen: financiële middelen, productiemiddelen, gebouwen en personeel maar ook ‘goodwill’;
- De competenties die de organisatie heeft, meestal in vergelijking met concurrenten;
- De producten;
- De politieke situatie of machtsverhoudingen in de organisatie;
- De cultuur van de organisatie;
- De structuur van de organisatie.

Om een beeld te krijgen van de organisatie en haar omgeving om op basis daarvan strategische opties te formuleren, is het goed de informatie over de interne en externe organisatie zoveel mogelijk te combineren. Een aantal onderwerpen combineren auteurs vaak in dit kader:

- de sterkten en zwakten van de organisatie en de kansen en bedreigingen in de omgeving;
- de producten van de organisatie en de aard van de markt, waarin ze zich bevinden.

Bij ieder onderwerp zijn verschillende analyses te plaatsen. Een uitputtend overzicht van alle technieken is alleen al vanwege het aantal niet mogelijk. Er zijn echter technieken, die meer bekendheid genieten dan andere. In tabel 3.1 zijn alleen de bekende strategische analysetechnieken weergegeven.

Externe technieken die veel bekendheid genieten zijn bijvoorbeeld:

- De PEST analyse: deze analyse schrijft voor de politieke, economische, sociale en technologische aspecten in de macro omgeving in kaart te brengen.
- De scenario-analyse: deze analyse schrijft voor, een aantal toekomstverwachtingen samen te stellen al dan niet ondersteund door kwantitatieve extrapolaties.
- De stakeholderanalyse: hiermee kan men analyseren, wie de belanghebbenden zijn bij de strategie van de organisatie, wat hun interesse is in de strategie en wat hun macht is om invloed uit te oefenen op de strategievorming.
- Marktanalyses: er bestaan verschillende marktanalyses. Bij de marktsegmentatie analyse dient men de markt in diverse segmenten in te delen, variërend naar klantkenmerken zoals leeftijd, woonplaats en inkomen.
- Het vijf krachten model van Porter: dit is een veel voorkomende techniek in de literatuur die nuttig is bij het analyseren van de concurrentiepositie van de bedrijfstak en van de brancheorganisaties onderling.

Interne technieken zijn bijvoorbeeld:

- De waardeketenanalyse: dit is een techniek waarmee men verschillende waardedoelvoegende handelingen, die een product ondergaat, in kaart brengt. Dit leidt tot inzicht in de wijze waarop deze handelingen beter op elkaar kunnen worden afgestemd, wat weer leidt tot een efficiënter productieproces.



TABEL 3.1 DE ONDERWERPEN VAN DE STRATEGISCHE ANALYSETECHNIKEN EN DE BIJBEHORENDE TECHNIKEN*

	Onderwerpen	Analysetechnieken
Externe analyse	Macro-omgeving Stakeholders Markten/cliënten Concurrentie	PEST-analyse, scenario-analyse Stakeholderanalyse, netwerkanalyse Marktsegmentatie-analyse behoefte-analyse Porter's vijf krachtenmodel, strategische groepanalyse
Interne analyse	Middelen Competenties Producten Interne politieke verhoudingen Cultuur Structuur	Middelenanalyse, waardeketenanalyse Analyse van kerncompetenties, kritieke succesfactoren analyse, benchmarking Productlevencyclus Stakeholderanalyse Culturele web 7S-model
Relatie	Sterkten, zwakten versus kansen, bedreigingen Producten/markten	SWOT-analyse Portfolioanalyses

* Een gedetailleerdere beschrijving van de meest voorkomende strategische analysetechnieken is opgenomen in bijlage 2.

- **Benchmarking:** een techniek die men op verschillende manieren toepast. Belangrijk uitgangspunt is echter de eigen organisatie met andere organisaties te vergelijken om daarvan te leren en om de prestaties van bepaalde organisaties als maatstaf (benchmark) te nemen.
- **De culturele webanalyse:** met deze analyse kan men waarden en aannames binnen de organisatie identificeren.
- **Het 7S model:** een model van McKinsey, waarbij men diverse elementen van de organisatie in kaart brengt, zoals de systemen, de structuur en de stijl van leidinggeven, om te ze te kunnen afstemmen op de te voeren strategie.

Wat betreft de technieken die interne en externe zaken combineren zijn twee al eerder genoemde technieken zeer bekend:

- **de SWOT-analyse:** dit is een veel voorkomende techniek. Hierbij is het de bedoeling sterkten en zwakten van de organisatie te confronteren met kansen en bedreigingen in de omgeving, om op basis daarvan te ontdekken welke punten echt sterk en zwak zijn in het licht van de omgevings situatie en welke zwakke punten men moet versterken of welke sterke punten men moet uitbuiten, om optimaal te kunnen inspelen op de omgeving.



- Portfolio-analyses: er zijn diverse soorten portfolio-analyses. Wat ze alle gemeen hebben is het uitgangspunt dat de organisatie een zo evenwichtig mogelijk pakket aan producten moet produceren en verkopen, zodat er sprake is van risicospreiding.

Het is bij strategische analyse niet de bedoeling om alle bekende technieken toe te passen. Afhankelijk van de situatie waarin de organisatie verkeert, kan men een keuze voor bepaalde technieken maken.

3.5 Strategische management en strategische analyse in de gezondheidszorg

Snow (1986) vermeldt dat strategisch management voornamelijk gericht is op het bedrijfsleven. Dit betekent dat strategisch management en strategische analyse niet automatisch toe te passen zijn in de gezondheidszorg. Diverse auteurs hebben echter pogingen gedaan om te laten zien dat het wel nuttig is om dat te doen. Bryson (1988) gaat bijvoorbeeld in op strategisch management in not-for-profit organisaties. Hij gebruikt daarbij de inzichten uit strategisch management en past deze toe op de gezondheidszorg. Peters (1985), Simyar en Lloyd-Jones (1988), Johnson en Scholes (1997) en Duncan, Ginter en Swayne (1995) bevelen ook de concepten van strategisch management aan en tonen toepassingen van strategische analysetechnieken in de gezondheidszorg. Deze auteurs zien strategisch management niet alleen als een noodzaak voor profit organisaties, maar ook voor de gezondheidszorg.

Bovengenoemde auteurs erkennen wel dat men bij toepassing van de analysetechnieken in de gezondheidszorg rekening moet houden met de specifieke situatie, waarin de gezondheidszorg verkeert. De vooronderstellingen die meestal aan de technieken vooraf gaan, zoals het gericht zijn op een concurrerende omgeving, het moeten behalen van concurrentievoordeel en winstbejag zijn niet altijd van toepassing op de gezondheidszorg.

Omdat er geen lange traditie bestaat met strategiebepaling in de zorgsector, is men toch genooddaakt allerlei inzichten en methoden uit de profit sector te hanteren. Enkele auteurs bevelen dan ook aan de technieken wat aan te passen. Zo bevelen Johnson en Scholes (1997) aan de Porter analyse in de gezondheidszorg te gebruiken om goede samenwerkingspartners in beeld te krijgen. Ook bevelen zij aan als 'leveranciers van grondstoffen' ook personeel (als leverancier van zorg) te zien. De kracht van leveranciers zien zij dan als de macht van personeel en vakbonden. Bij de macht van aanbieders gaat het vooral om de verzekeraar.

Er zijn echter ook een aantal analyses die men zonder aanpassingen kan toepassen, zoals bijvoorbeeld de PEST analyse, stakeholderanalyse en SWOT analyse. Deze analyses brengen zaken in beeld die voor de zorg heel relevant zijn.

In 1983 stelde Greve dat een sterk rationele benadering in de gezondheidszorg weinig verkieslijk is. Hij gaf daarvoor de volgende redenen:



- De meeste instellingen beschikken niet over een apparaat om doorwrochte analyses uit te voeren,
- In vergelijking met het bedrijfsleven verkeert de gezondheidszorg in een betrekkelijk stabiele fase: een benadering over de gehele lijn vraagt grote inspanning met een rendement in de vorm van strategische besturing van slechts enkele aspecten.
- De gezondheidszorg is vrij ambachtelijk van aard. Hierbij past een interactieve procesbenadering beter dan een rationeel afstandelijke.

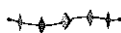
Deze aandachtspunten gelden nog steeds, maar waarschijnlijk in mindere mate dan destijds. Er zullen nog steeds organisaties zijn die niet beschikken over een staf die dit soort analyses kan toepassen. Het zullen er echter minder zijn dan in 1983.

De gezondheidszorg is sinds 1983 in een meer turbulente situatie terechtgekomen, doordat de overheid in de afgelopen jaren heeft geprobeerd om marktwerking in de zorg te brengen (vanaf het rapport Dekker in 1986). Dus van een stabiele situatie is niet meer te spreken. Het is niet duidelijk in hoeverre de cultuur van de gezondheidszorg aansluit bij het hanteren van rationele procedures in de strategievorming.

3.6 Toepassing van analyse in de praktijk

Er is weinig literatuur over de toepassing van de strategische analyse in het strategievormingsproces. Alleen Johnson en Scholes (1997) geven aan in welke richting ze de bijdrage van strategische analysetechnieken verwachten. Ze bevelen toepassing van strategische analysetechnieken aan omdat deze technieken een hanteerbare structuur bieden bij het in kaart brengen van de organisatie en de omgeving. Wel is de bijdrage van analyse in het overheidsbeleid door Brewer (1981) onderzocht en door Langley (1989) in onder andere een ziekenhuis. Deze onderzoekers laten zien dat de bijdrage van analyse niet alleen formeel is, maar dat het ook allerlei sociale functies kan hebben. Brewer (1981) vermeldt dat analyse drie dimensies kent:

- Een wetenschappelijke dimensie, waarin berekenen en voorspellen centraal staan;
- Een analytische dimensie, waarin het er om gaat de contouren van een probleem vast te stellen en het probleem in delen uiteen te leggen;
- Een politieke dimensie waarin men analyse gebruikt voor manipulatie; om mensen te overtuigen en te beïnvloeden met zeer selectief gepresenteerde informatie. Binnen deze politieke dimensie zijn de doelen van analyse volgens Brewer (1981) enerzijds het aan het werk houden van de staf, tijd winnen als dat politiek opportuun is, maar anderzijds ook allerlei symbolische acties. Symbolische acties zijn acties, die de schijn van objectiviteit of wetenschappelijkheid wekken en mensen het idee geven dat ze mogen meedenken terwijl de strategie in werkelijkheid niets met hun inbreng doet. Brewer vervat onder deze dimensie ook het wekken van de schijn dat medewerkers bij een bepaald onderwerp betrokken zijn of het pretenderen dat het management alles onder controle heeft.



Langley (1989) deed onderzoek bij onder andere een ziekenhuis. Zij onderzocht de rol van formele analyse. Dit is voor haar 'een systematische studie over een bepaald onderwerp'. In tegenstelling tot Mintzberg's (1994) bewering, dat formele analyses in strikte zin bij weinig politieke organisaties horen, concludeert zij, dat er een nauwe verwevenheid is tussen formele analyses en sociale interactie. Langley (1989) classificeert formele analyse in vier categorieën, te weten: 'informatie', 'communicatie', 'sturing en beheersing' en 'analyse voor symbolische doeleinden'. Onder de categorie 'informatie' vallen zeer uiteenlopende aspecten van analyse. Een eerste aspect is 'het met een open houding zoeken naar informatie'. Van dit aspect zegt Langley (1989) dat strategen (directeuren) het vaak noemen, maar het ook gelegitimeerd is om dat te zeggen en het daarom als bijdrage wordt overschat. Andere aspecten binnen het 'met een open houding zoeken naar informatie' zijn; een al bestaand idee toetsen of proberen te bevestigen, het verifiëren van de beweringen van anderen en het achterhalen van de opinie van anderen.

Onder de categorie 'communicatie' plaatst Langley (1989) het overtuigen van anderen voor het eigen idee, door directe overtuiging, of door informatie aan te leveren ten faveure van het eigen idee, of onderbouwing door een derde informatie te laten leveren. Als iemand met formele analyse zijn eigen positie duidelijk wil maken, plaatst Langley dit ook onder de categorie 'communicatie'. De categorie 'communicatie' komt gedeeltelijk overeen met Brewer's (1981) politieke functie. Langley (1989) concludeert dat 'communicatie' vooral bij het ziekenhuis een dominantie functie was, omdat door middel hiervan professionals, die vaak niet in loondienst zaten en dus niet te dwingen waren tot iets, toch te winnen waren voor bepaald gewenst beleid.

Onder 'sturing en beheersing' verstaat Langley het vragen van aandacht voor een bepaald probleem om mensen te dwingen actie te ondernemen, desnoods ondersteund door mensen van buiten. Als men formele analyse om symbolische redenen gebruikt, kan het symbool staan voor 'actiebereidheid', 'rationaliteit' en 'betrokkenheid bij een bepaald onderwerp'. Ook het imponeren van anderen, het winnen van tijd of gewoon een analyse doen uit routine, vallen onder deze categorie. Bij het ziekenhuis kwam dit verhoudingsgewijs weinig voor.

Langley (1989) geeft aan dat er vele manieren van classificeren zijn, waar die van haar er één van is. Ook zijn er onderzoeken die de rol van informatie als onderwerp van studie hebben. Feldman en March (1981) tonen het gebruik van informatie in organisaties aan voor symbolische doeleinden. Het zoeken van veel informatie kan symbool staan voor een legitiem en goede (=rationele) besluitvormingsprocedure, of kan symbool staan voor een goed geleide organisatie. Whittington (1993) vermeldt hierbij, dat het moeten onderbouwen van keuzes met analyses nodig is, omdat dat de heersende norm is in de westerse cultuur. Weick (1979) geeft aan dat mensen de neiging hebben om hun handelen achteraf te rationaliseren.



3.7 Conclusie

DEFINITIE STRATEGISCHE ANALYSE

In de literatuur is strategische analyse meestal een fase van strategisch management. Strategisch management hanteert voor een groot gedeelte de uitgangspunten van de klassieke school. Deze benadering kent veel kritiek vanwege haar nadruk op rationaliteit. De gewenstheid van rationaliteit in het managementproces en de mate waarin men denkt dat rationaliteit een bijdrage kan hebben, is onderwerp van discussie, zowel in filosofische als praktische zin. De kritiek die wordt geuit aan het adres van strategisch management, geldt dus ook voor de strategische analyse, omdat zij een onderdeel is van strategisch management.

Voor het uitvoeren van de strategische analyse biedt men vele technieken aan, die tot doel hebben de rationaliteit te vergroten, in een proces waar men slechts beperkt rationeel kan handelen. Strategische analyse zou echter meer zijn dan het toepassen van een aantal strategische analysetechnieken. Het gaat vooral om het verkrijgen van een beeld van de strategische positie van de organisatie. In hoeverre niet systematische, of niet rationele activiteiten ook een rol spelen in de strategische analyse is niet duidelijk.

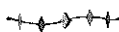
TECHNIEKEN

Wanneer specifiekere gekeken wordt naar de technieken, dan blijkt dat het niet makkelijk is exclusief voor de strategische analyse voorbehouden technieken te noemen. Sommige technieken passeren ook de revue bij andere vakgebieden en de technieken switchen soms per auteur van fase. Een verklaring hiervoor is dat men de technieken op verschillende manieren kan uitvoeren en daardoor kunnen ze de ene keer een bijdrage hebben in het maken van een keuze voor een strategie, en een andere keer om reeds geïmplementeerd beleid te evalueren.

STRATEGISCHE ANALYSE IN DE GEZONDHEIDSZORG

Het blijkt dat de meeste analysetechnieken uitgangspunten van de profitsector hanteren, waarin het behalen van concurrentievoordeel en winst maken centraal staan. Voor een deel kan deze wijze van kijken geschikt zijn voor de gezondheidszorg, maar voor een deel ook niet. Dat men analysetechnieken in de zorg toepast kan ook te maken hebben met het feit dat de zorg nog geen lange traditie kent op het gebied van strategievorming. Analysetechnieken die specifiek op de gezondheidszorg zijn toegesneden zijn er nauwelijks. Daarom maakt men gebruik van de analysetechnieken die ontworpen zijn voor het bedrijfsleven en haar specifieke, op winst gerichte context.

Wel zijn de technieken aanpasbaar en zijn er een aantal technieken te noemen, die geschikt zijn voor de zorg, zoals de SWOT-analyse. Diverse auteurs bevelen dan ook aan strategisch management met bijbehorende analysetechnieken toe te passen in gezondheidszorgorganisaties.



BIJDRAGE STRATEGISCHE ANALYSE

Er is geen onderzoek gedaan naar de rol van strategische analyse bij toepassing in het strategievormingsproces in de zorg. Wel is er literatuur over de rol van analysemateriaal in de beleidsanalyse en van formele analyse in de strategische planning. Formele analyse blijkt ook los van procedurele rationaliteit te kunnen worden gezien en kan dan in zijn sociale context worden bekeken. Wanneer dat gebeurt, is het mogelijk aan analyse meer functies toe te schrijven dan alleen een rationele.

Aan beleidsanalyse worden drie dimensies toegeschreven: een wetenschappelijke dimensie, een analytische dimensie en een politieke dimensie. Formele analyse wordt in vier categorieën ingedeeld: de informatiecategorie, de communicatiecategorie, de categorie 'sturing en beheersing' en de categorie met 'analyse voor symbolische doeleinden'. De communicatiecategorie van formele analyse en de politieke dimensie van beleidsanalyse liggen dicht bij elkaar. Het gaat daarbij om het overtuigen van anderen ten gunste van een bepaald besluit. Het is een belangrijke functie voor het ziekenhuis. De categorie met formele analyse voor symbolische doeleinden komt voor een deel overeen met de politieke dimensie van de beleidsanalyse.

De strategische analyse zelf wordt aanbevolen omdat ze een hanteerbare structuur biedt bij het in kaart brengen van de organisatie en de omgeving.

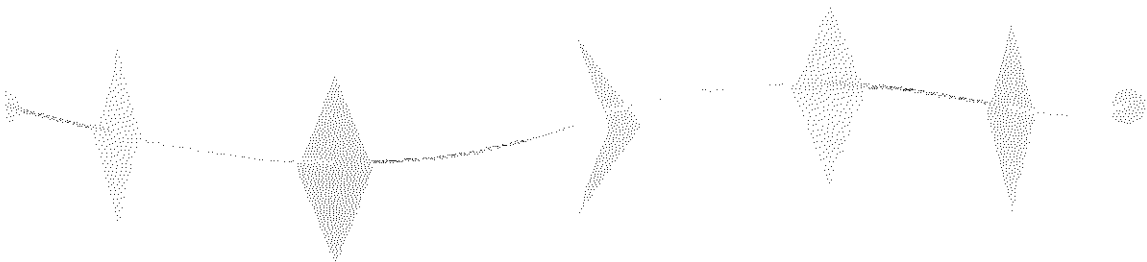
BETEKENIS VOOR VERVOLG VAN DIT ONDERZOEK

Al met al is er weinig bekend over en wordt er ook getwijfeld, zoals blijkt in hoofdstuk 2, aan de zinvolheid en mogelijkheden van toepassing van strategische analyse in de gezondheidszorg. Om meer te weten te komen over de eventuele bijdrage van strategische analyse aan het strategievormingsproces in de zorg is een pilotonderzoek gedaan. De resultaten van het pilotonderzoek komen in het volgende hoofdstuk aan de orde.



HOOFDSTUK **4**

Pilotonderzoek 'bijdrage strategische analyse aan strategievormingsproces'



4.1 Inleiding

Met behulp van de inzichten uit de literatuur die op het moment van onderzoek bij de onderzoeker bekend waren, is in 1997 een pilotonderzoek gedaan. Het pilotonderzoek is uitgevoerd om een beeld te krijgen van centrale elementen in het strategievormingsproces in de zorg en de bijdrage die strategische analyse heeft of kan hebben aan dit proces. Doelstelling was te achterhalen:

- Hoe strategievormingsprocessen precies in de zorg verlopen (vraag 2A);
- Wat strategische analyse is in de zorg (en welke activiteiten men wel en niet tot de strategische analyse kan rekenen) (vraag 2B);
- Wat de bijdrage van strategische analyse is aan het strategievormingsproces in de zorg (de probleemstelling).

Er werd gehoopt met dit pilotonderzoek meer aanwijzingen te krijgen, die richtinggevend konden zijn voor verder onderzoek. Zowel richtinggevend voor verder literatuuronderzoek als voor ander empirisch onderzoek. Achtereenvolgens zal worden behandeld welke overwegingen uit de literatuur tot welke vragen hebben geleid, hoe tot welke respondenten is gekomen en wat de resultaten zijn. Daarna volgt de conclusie.

4.2 Methoden

4.2.1 DE VRAGEN

De vraagstelling ‘wat is de bijdrage van strategische analyse aan het strategievormingsproces in de gezondheidszorg’ stond in zijn geheel centraal staan in dit pilotonderzoek. Om een structuur te hebben, op basis waarvan de vragen konden worden bedacht en antwoorden konden worden geplaatst, is uitgegaan van de veronderstelling dat het de directeur is, die bepaalt welke strategische analyse hij toepast of laat toepassen. Vervolgens is ervan uitgegaan dat hij zich bij de keuze van het object van analyse laat leiden door op wat zich op dat moment als belangrijke strategische zaken in de organisatie en de omgeving aandienen. Daarom zijn de variabelen “directeur”, “omgeving”, en “organisatie” geoperationaliseerd. Daarbij is gebruik gemaakt van de elementen van de diverse scholen van Mintzberg (1994):

OMGEVING

De belangrijkheid van de omgeving komt in de omgevingschool tot uiting en de externe politieke situatie is onderwerp van studie in de politieke school. Daarom is aan de respondenten gevraagd de omgeving te schetsen en is vooral ingegaan op de externe politieke situatie.

ORGANISATIE

De politieke school legt de nadruk op de interne politieke zaken, die in de organisatie hun bijdrage hebben. De culturele school richt de aandacht op de culturele aspecten en vanuit de configuratieschool is de soort organisatie en de situatie

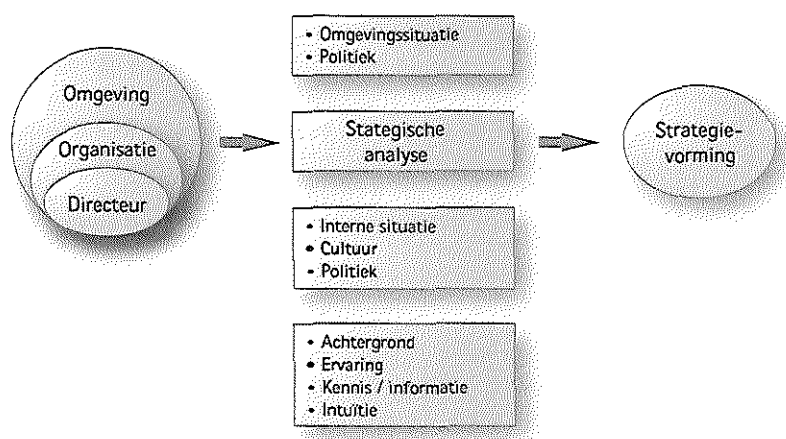


waarin het verkeert een belangrijk punt. Daarom is in de vragenlijst gevraagd naar de situatie waarin de organisatie verkeert (wat voor een type organisatie het is, is bekend) en is geprobeerd meer te weten te komen over de interne politieke situatie en de cultuur, vooral met betrekking tot veranderingen.

DIRECTEUR

Er werd vanuit gegaan dat degene die het strategievormingsproces stuurt of beïnvloedt (dus de strateeg is) meestal de directeur is. Vanuit de ondernemersschool is bekend, dat hij zich laat leiden door intuïtie en ervaring. Vanuit de cognitieve school is er aandacht voor de perceptie van de directeur en de rol van kennis en informatie. Daarom zijn dit de centrale elementen waar vooral de aandacht op gericht is geweest tijdens het pilotonderzoek. Ook is er ruimte open gehouden voor andere factoren van invloed.

Dit is modelmatig als volgt weer te geven (zie figuur 4.1.):



Figuur 4.1 Onderzoekselementen

Met dit model als uitgangspunt, zijn over de diverse onderscheiden variabelen (organisatie, omgeving en directeur) vragen gesteld. Soms zijn bepaalde onderwerpen (door de respondent aangegeven) uitvoeriger behandeld dan op basis van het interviewschema te verwachten zou zijn. Dit is gedaan omdat nog te weinig een idee bestond of de gekozen leidraad wel bruikbaar en uitputtend genoeg was. Zie bijlage 4 voor de vragen.

4.2.2 RESPONDENTEN

De respondenten zijn in eerste instantie gekozen op basis van het adressenboek van de Vereniging voor Strategische Beleidsvorming, in de vooronderstelling dat deze leden ook in de praktijk met strategische beleidsvorming te maken hebben.



Op basis van de sneeuwbalmethode is verder gezocht naar organisaties die aan strategievorming doen vooral met behulp van strategische analyse. In totaal zijn negen respondenten geïnterviewd: acht directeuren en een hoofd medische staf, tevens een hoofd medisch beleidsplan (de directeur daar op dat moment was een interim). Het gaat om de volgende respondenten: één directeur van een academisch ziekenhuis, twee directeuren van twee (verschillende) algemene ziekenhuizen, een hoofd medische staf van een algemeen ziekenhuis, een verpleeghuisdirecteur, een directeur van een psychiatrisch ziekenhuis, een directeur van een eerstelijnsvoorziening, en twee directeuren van twee (verschillende) thuiszorgorganisaties.

4.3 Resultaten

Over de omgeving, de organisatie, de directeur zelf, de strategische analyse en het strategievormingsproces werden verschillende uitspraken gedaan door de respondenten. Deze uitspraken zijn letterlijk weergegeven of samengevat en gerubriceerd per aspect, zoals onderscheiden in figuur 4.1. Deze aspecten komen echter allemaal bij elkaar in het strategievormingsproces. De rubricering dient dan ook als verduidelijking. Het is niet de bedoeling te suggereren dat de onderscheiden factoren geheel op zichzelf staan of geïsoleerd naast elkaar bestaan.

Als eerste is geprobeerd de omgeving en de organisatie in kaart te brengen en de manier waarop het strategievormingsproces is verlopen. De definities die men voor strategische analyse hanteert worden weergegeven. Ook wordt de bijdrage van strategische analyse en andere factoren aan het tot stand komen van een strategie vastgesteld.

4.3.1 DE DIRECTEUR

De meeste respondenten waren al lange tijd werkzaam in de gezondheidszorg. De twee thuiszorgdirecteuren hebben een specifieke opleiding voor management in de gezondheidszorg genoten. Twee directeuren van algemene ziekenhuizen, de directeur van het academisch ziekenhuis en het hoofd medische staf waren arts. Van de directeuren van het verpleeghuis, de eerstelijnsvoorziening en het psychiatrisch ziekenhuis, is de achtergrond niet bekend.

4.3.2 DE ORGANISATIE

Er zijn twee thuiszorgorganisaties van verschillende grootte, drie algemene ziekenhuizen met een verschillende grootte, een academisch ziekenhuis, een eerstelijnsvoorziening, een verpleeghuis en een psychiatrisch ziekenhuis (kengetallen zijn te vinden in tabel 4.1)

De thuiszorgorganisaties, de drie algemene ziekenhuizen en de eerstelijnsvoorziening zijn allen fusie-organisaties. Bij allemaal gaat het om een horizontale fusie. Ook het psychiatrisch ziekenhuis is een fusie aangegaan, maar dan met twee RIAGG's (verticale fusie). Voor de drie algemene ziekenhuizen en de eerstelijnsvoorziening waren op het moment van interviewen financiële problemen en al



Tabel 4.1 Kengetallen organisaties

	Peildatum	Opnames/ Budget	FTE's/ Adhaerentie	cliënten*	Medewerkers*
Thuiszorg (1)	1996	25 miljoen	100.000	10.000*	400
Thuiszorg (2)	1996	36 miljoen	Niet bekend	Niet bekend	855
Algemeen ziekenhuis (1)	1994	116 miljoen	Niet bekend	14.343	990
Algemeen ziekenhuis (2)	1996	162 miljoen	205.000	20.000	1.400
Algemeen ziekenhuis (3)	1994	141 miljoen	230.000	16.800	1.192*
Academisch ziekenhuis	1996	400 miljoen	Niet bekend	22.000	2.338
Eerstelijns- voorziening	1995	Niet bekend	100.000	1200 (thuiszorg)*	159*
Verpleeghuis	1996	Niet bekend	Niet bekend	220	Niet bekend
Psychiatrisch ziekenhuis	1995	97 miljoen	Niet bekend	794	1.141*

* Een sterretje in vijfde kolom betekent dat niet het aantal opnames, maar het aantal cliënten is genoteerd. Een sterretje in de zesde kolom betekent dat niet het aantal fte (full-time eenheden) maar het aantal medewerkers is geteld.

dan niet daarmee samenhangende reorganisaties belangrijk en voor één algemeen ziekenhuis (2) was ook de aankomende nieuwbouw een belangrijk strategisch item. Een thuiszorgorganisatie was nog bezig met de uitvoering van de fusie. Het academisch ziekenhuis, een thuiszorgorganisatie en het verpleeghuis ervoeren geen specifieke interne knelpunten.

CULTUUR

Drie respondenten (van algemene ziekenhuizen (2,3) en het psychiatrisch ziekenhuis) karakteriseren de cultuur als intern gericht. Het academisch ziekenhuis en een thuiszorgorganisatie (2) zijn onderverdeeld in resultaat verantwoordelijke eenheden. Hierdoor moet men wel strategisch denken zeggen de respondenten. De genoemde thuiszorgorganisatie heeft 'deels wel, deels niet' een cultuur gericht op veranderingen, maar de directeur signaleert wel veranderingsmoedigheid. De andere thuiszorgorganisatie (1) heeft door de fusie nog niet een door de directeuren nader te karakteriseren cultuur. Wel was er in het verleden sprake van weerstand tegen veranderingen. De directeur van het verpleeghuis vermeldt zelf voor een cultuurverandering in de richting van veranderingsbereidheid te hebben gezorgd. De directeur van het psychiatrisch ziekenhuis geeft aan dat cultuurverandering moeilijker is bij medewerkers naarmate mensen hoger zijn opgeleid. De psychiaters zijn moeilijk tot verandering te bewegen, de verpleegkundigen gaan eerder mee en hebben dan meer een overlevingsstrategie. Alleen de eerstelijnsvoorziening gaf



aan echt een veranderingsgezinde cultuur te hebben.

Er is enige ontevredenheid over de mate waarin medewerkers strategisch kunnen of willen denken. De directeur van het academisch ziekenhuis geeft aan dat lager, maar ook hoger opgeleid personeel vaak niet strategisch wil, of kan meedenken. Een algemeen ziekenhuisdirecteur (1) vindt dat hij specialisten niet moet betrekken bij het strategievormingsproces, en zegt dat de specialisten dat ook niet willen, tenzij het henzelf direct aangaat. Tevens geeft hij aan dat veel medewerkers niet strategisch kunnen denken.

MICRO POLITIEK

Het hoofd medische staf noemt het ziekenhuis een politieke organisatie. Een directeur van een algemeen ziekenhuis (1) vertelt dat intern beïnvloeding plaatsvindt tijdens een strategievormingsproces. Een directeur van thuiszorg (1) meldt dat men in de thuiszorg veel minder politieke spelletjes speelt dan in ziekenhuizen omdat je met minder professionals te maken hebt..

“Daar (in ziekenhuizen) heb je veel meer en dat hoor ik ook van vrienden, dat er zodanige politieke spelletjes gespeeld worden, dat je als directeur of raad van bestuur hooguit kan proberen alles een beetje in de kanalen te gieten in de richting die je goed acht.”

De directeur van een eerstelijnsvoorziening meldt dat belangen van onderdelen van de organisatie niet altijd gelijk lopen en er daarom weleens politiek geharrewar optreedt.

De directeur van het psychiatrisch ziekenhuis geeft de beladen sfeer aan, die soms tussen de professionals ontstaat. De professionals staan onderling vaak niet open voor elkaars standpunt en daardoor gaan professionals bijna met elkaar ‘op de vuist’ als er strategische zaken aan de orde zijn. De directeur van het academisch ziekenhuis gaat niet in op de interne politieke situatie. De directeur van het verpleeghuis maakt geen melding van een interne politieke situatie. De respondenten zijn niet geneigd om uitgebreid op de interne politieke situatie in te gaan.

4.3.3 DE OMGEVING

OMGEVINGSSITUATIE

Voor de twee thuiszorgorganisaties was een belangrijke ontwikkeling de compartimentering en één van deze thuiszorgorganisaties noemde daarbij nog de modernisering van de ouderenzorg en de daaruit voortvloeiende samenwerkingen of fusies. Transmuralisering was voor twee algemene ziekenhuizen (1, 2) een belangrijk thema. Het academisch ziekenhuis noemde wetswijzigingen als een belangrijke ontwikkeling. De verpleeghuisdirecteur noemt de situatie, dat er geen tariefdifferentiatie is in de verpleeghuissector. De directeur van de eerstelijnsvoorziening vond de introductie van het marktdenken een zeer belangrijke ontwikkeling in de omgeving. De directeur van het psychiatrisch ziekenhuis noemde geen specifieke ontwikkeling.



MACRO POLITIEK

Het academische ziekenhuis geeft expliciet aan dat de politieke context zeer belangrijk is. Dit houdt in: het onderhouden van veel contacten en lobbyen, evenals het vergaren van informatie over de politiek, zoals partijprogramma's. Strategisch doet men dat, wat de politiek interessant vindt.

Een thuiszorgorganisatie (1) gaat politiek om met de omgeving. Er is sprake van onderhandeling en het uitoefenen van psychische druk:

"Als ik met mijn collega ben, dan spreken we ook af van tevoren, wie de 'good guy' en wie de 'bad guy' is. Eentje gaat drukken en eentje gaat masseren, of probeert elke keer de druk wat weg te nemen van de onderhandelingspartner."

Ook proberen de directeuren op hoog niveau invloed te krijgen op andere organisaties en proberen ze informeel contacten te leggen over de hoofden van collega-directeuren heen.

Naast het onderhandelen met andere organisaties, wat ook de verpleeghuisdirecteur meldt, speelt onderhandelen met verzekeraars en de overheid een belangrijke rol (verpleeghuisdirecteur en een algemeen ziekenhuisdirecteur, 2). De directeur van het psychiatrisch ziekenhuis en van de eerstelijnsvoorziening gaven zelf niet spontaan aan bepaalde externe politieke activiteiten te ontplooiën.

4.3.4 HET STRATEGIEVORMINGSPROCES

BELEIDSCYCLUS, EN/OF STRATEGISCH BELEIDSPLAN

Alleen de directeuren van een thuiszorgorganisatie en een algemeen ziekenhuis (1) maken geen melding van het hanteren van een beleidscyclus. Bij het psychiatrisch ziekenhuis zit er een systeem van voortdurende strategische beleidsvorming aan te komen, maar dat is er nog niet.

Alle organisaties behalve het psychiatrisch ziekenhuis hebben strategische plannen (meerjarenplannen), jaarplannen en werkplannen. Meestal is het strategievormingsproces in meer of mindere mate een 'top-down' proces. De directeur van het verpleeghuis schreef het strategische beleidsplan zelf, de directeuren van drie algemene ziekenhuizen bedenken de strategie vanuit de top en laten hem door de diverse lagere niveaus uitwerken. Bij de eerstelijnsvoorziening zegt de directeur van een 'top-down' steeds meer tot een 'bottom-up' proces te komen, in die zin dat men lagere niveaus steeds meer bij het vormgeven van het strategisch beleid betreft.

FASES IN HET PROCES

In het algemeen is uit de interviews een soort fasering van het strategievormingsproces te destilleren. Het strategievormingsproces lijkt vaak te beginnen met een visie of een concreet idee voor een strategie, zoals het willen fuseren of het willen aanbieden van een nieuw product. Dit idee ontstaat door strategische analyse en informatie.

Ook andere zaken spelen hierbij een rol (deze zaken komen verderop in dit hoofdstuk nader aan de orde). Dit 'strategie-idee' toetsen directeuren door gesprekken met anderen en door strategische analyse, om te achterhalen of het wel een goed



idee is. Als het idee deze toetsfase doorstaat, en eventueel wat aangepast is, gaat men proberen er draagvlak voor te krijgen. Daarna communiceert men het idee door de organisatie. Dan legt men uit wat precies de bedoeling is.

De directeur van een algemeen ziekenhuis (2) beschrijft de ideefase en de toetsfase als volgt:

“Je moet een visie ontwikkelen van welke kant je op wilt met de organisatie (...) maar die zul je op zijn minst tegen je externe omgeving moeten houden, (om te toetsen) of dat wel de juiste visie op het geheel is. Nou gaat dat altijd minder direct, dan ik nu zo aangeef (...). Die visie ontwikkel je voort. Vervolgens probeer je te objectiveren of dat wat je wilt ook haalbaar is en dan kom je bij die cijfers en informatie.”

Daarna speelt communicatie van het idee een rol volgens deze directeur.

Een respondent van een eerstelijnsvoorziening ziet het komen tot een strategie als een dialectisch proces; de analyse is er niet eerst, maar de doelstelling ook niet. De analyse beïnvloedt de doelstelling en de doelstelling de analyse.

Een thuiszorgdirecteur (2) vermeldt dat onderbouwing naar anderen toe erg goed met behulp van analyse kan plaatsvinden, wanneer hij een idee voor een strategie heeft op basis van intuïtie. Hij gaat pas rationaliseren, als hij zijn idee moet onderbouwen. Anderen vragen daar dan ook om. Hij ervaart zelf echter dat de intuïtie eerst komt en daarna de analyse. Ook een andere thuiszorgdirecteur beweert, dat er eerst een idee is voor een strategie. Daarna probeert hij dat met analyse te bevestigen. Tenslotte probeert hij mensen te winnen voor het idee. Hij zegt:

“De eerlijkheid gebiedt wel om te zeggen dat de directie toch wel redelijk weet waar het naartoe moet. En een SWOT analyse gebruik je dan ook wel op een strategiedag om daar te komen waar je naartoe wilt.” ... “Het is misschien ook wel eens een argument om je eigen gelijk te bevestigen. Maar je bent er constant mee bezig en de waarde van zo’n dag is in ieder geval dat je nog eens een keer bevestigt, nog eens een keer beargumenteert waarom je die kant op moet.”

Verder geeft hij aan dat een bestuur niet altijd ‘meewil’ en dat hij dan moet overtuigen. Een directeur van een algemeen ziekenhuis (1) zegt eerst een idee te hebben voor een strategie en daar dan over te praten met mensen om het te toetsen. Hij zegt:

“Als ik een idee heb, ga ik eerst wat mensen bevragen, dan blijkt het een goed idee te zijn” “Vervolgens ga je pas strategische analyse doen, om erachter te komen of je idee ook wel klopt”.

Hij doet wel al een soort SWOT-analyse in zijn hoofd, maar voert dat later in de praktijk uit, waarbij hij vervolgens een sturende rol kan hebben met betrekking tot de uitkomst van die SWOT-analyse. Daarmee kan hij zijn managementteam en later de hele organisatie overtuigen. Het gaat er dan om draagvlak te krijgen of het draagvlak verder te vergroten. Hierbij is het van belang dat de directeur binnen de directie draagvlak krijgt (hij probeert de directie te overtuigen). Daarna moet er draagvlak bij andere medewerkers worden verkregen. Het verkrijgen van draagvlak is voor de directeur van het psychiatisch ziekenhuis een proces dat wel een paar jaar in beslag kan nemen. Tussentijds informeren directeuren medewerkers en externen.



TABEL 4.2 TOEGEPASTE TECHNIKEN

	SWOT	Vijf Krachten	Markt Analyse	PEST	Trend Analyse	Klant- Analyse	Demo- grafie	Overig
Thuiszorg (1)	×					×		Stakeholderanalyse, benchmarking ¹
Thuiszorg (2)	×	×						Gap analyse, 7S model
Algemeen ziekenhuis (1)	×						×	Kneipuntenanalyse, brainstorm
Algemeen ziekenhuis (2)			×		×			
Algemeen ziekenhuis (3)	×		×	×	×			Scenario analyse
Academisch ziekenhuis	×				×			
Eerstelijnsvoorziening				×				Brainstrom
Verpleeghuis	×	×				×	×	
Psychiatrisch ziekenhuis	×							

¹ Deze organisatie is proeforganisatie in het voortraject van het door de overheid geïnitieerde benchmark-onderzoek

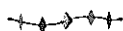
4.3.5 STRATEGISCHE ANALYSE

DEFINIËRING

Vier respondenten brengen strategische analyse direct in verband met technieken. De verpleeghuisdirecteur gaat direct in op het vijf krachtenmodel van Porter. Het hoofd medische staf van een algemeen ziekenhuis begint direct over de instrumenten en technieken in het kader van strategische analyse. Een thuiszorgdirecteur (2) noemt strategische analysemodellen. De directeur van het psychiatrisch ziekenhuis noemt de SWOT-analyse.

Twee directeuren, van de eerstelijnsvoorziening en van een algemeen ziekenhuis (1), wijzen op de systematische wijze van informatievergaring. De directeur van de eerstelijnsvoorziening zegt naar de politiek maatschappelijke ontwikkelingen te kijken, naar de markt en naar de collega's. De algemeen ziekenhuisdirecteur (1) noemt, in het kader van de strategische analyse, het analyseren van de positie in de regio.

Een thuiszorgdirecteur (1) wijst op een tweeledig karakter van strategische analyse. Hij rekent zowel het continue proces van denken over strategie tot de strategische analyse als de momenten waarop hij er wat systematischer mee omgaat op speciale studiedagen.



SYSTEMATISCHE STRATEGISCHE ANALYSE EN STRATEGISCHE ANALYSETECHNIKEN

Respondenten passen vele technieken toe in het kader van de strategische analyse. Tabel 4.2 geeft een schematisch overzicht. Veel organisaties doen een SWOT-analyse. De trendanalyse lijkt vooral iets voor ziekenhuizen te zijn.

De ervaring van een thuiszorgdirecteur (1) is, dat in zijn sector strategische analyse veel voorkomt. Als reden hiervoor noemt hij dat de thuiszorg nu in een turbulente situatie verkeert, omdat ze als proeftuin voor marktwerking in de zorg is gebruikt door de overheid. Bedrijfsmatig werken werd hier daarom noodzakelijk, en zo kwam er aandacht voor principes en methoden die in het bedrijfsleven opgeld doen. Ook werden die mensen in deze sector aangenomen, die deze manier van werken aantrekt en hierin zijn opgeleid. De cultuur is volgens de thuiszorgdirecteur een 'snelle-jongenscultuur' aan het worden. De directeur van een eerstelijnsvoorziening zegt, dat in de thuiszorg veel meer gebeurt dan in bijvoorbeeld de huisartsenzorg.

4.3.6 DE BIJDRAGE VAN STRATEGISCHE ANALYSE

Strategische analyse kan verschillende bijdragen hebben aan strategievorming. Om van de verschillende bijdragen van strategische analyse gebruik te kunnen maken passen respondenten de strategische analysetechnieken toe. De bijdragen zullen hier per respondent aan de orde komen:

- De verpleeghuisdirecteur gebruikt Porter's vijf krachtenmodel als denkmodel. Door dit model toe te passen komt hij op andere uitkomsten, waarmee hij zijn voordeel kan doen. Het draagt ook bij in het verhelderen van zaken.
- De directeur van de eerstelijnsvoorziening zegt een brainstorm graag te doen, om daarmee mensen te betrekken bij het strategievormingsproces. Informatie over de overheid, de omgeving en andere sectoren gebruikt hij om te onderbouwen en te overtuigen en daarmee bepaalde veranderingen door te drukken. Hier heeft de strategische analyse (brainstorm) vooral de functie van overtuigen.
- Een thuiszorgdirecteur (2) zegt een soort "gap-analyse" te gebruiken als denkmodel, als een kader om dingen in te vervatten. Het vijf krachtenmodel van Porter gebruikt hij ook in dit kader, als breder analysemodel om het bedrijf mee te positioneren en wat verder te kijken. Ook geeft het hem meer grip op de realiteit. Verder heeft het een functie in het toetsen. Het wijst op blinde vlekken, maar ook in de onderbouwing doet het dienst. Hij past de technieken groepsgewijs toe, zodat mensen kunnen meedenken. Ook hebben analysemodellen voor hem een rol in '*het informeren van anderen*' of om '*wat dieper op de dingen in te gaan*'.
- Het hoofd medische staf van een algemeen ziekenhuis geeft aan dat, als hij gegevens bijeen weet te brengen en gestructureerd aanbiedt, hij daarmee het strategisch denken stimuleert. Hier heeft het de functie van denkmodel. Ook geeft hij aan dat het een methode is om een idee te toetsen, maar ook om een gevoel bevestigd te krijgen.



- Tevens zegt hij dat iedereen enthousiast participeert in de strategische analyse. Het heeft een rol in het motiveren van medewerkers.

- Een directeur van een thuiszorgorganisatie (1) noemt een aantal functies. Het toetsende element komt aan de orde in de uitspraak:

“Verder geeft het doen ervan een gevoel van bevestiging voor jezelf en aanscherping(van je ideeën). Daarom denk ik dat je die technieken gaat gebruiken, anders doe je dat niet. Je doet het ook om te zoeken naar: zitten er dingen in je redenering die eigenlijk niet goed zijn.”

Eventueel scherpt men het idee wat aan en naarmate men zelf meer overtuigd raakt van de juistheid van het idee, kan men ook anderen winnen voor het idee.

De directeur zegt:

“En dan zullen we wel weer die bekende technieken als sterkte en zwakte-analyse en dergelijke hanteren, omdat het toch belangrijke technieken zijn, om bij iedereen de neuzen dezelfde kant op te krijgen.” “Verder scherp je je strategische keuze aan op basis van strategische analyse en helpt het je, je intuïtie te verwoorden naar anderen toe”.

Hij noemt de mogelijkheid tot overtuiging en beïnvloeding die de strategische analysetechniek biedt en geeft aan dat de SWOT-analyse daarin een rol kan spelen. Ook spelen analysetechnieken een rol in de onderhandeling. Men gebruikt ze om elkaar af te tasten voor de onderhandelingen beginnen, omdat het een weinig beladen iets is.

- Een algemeen ziekenhuisdirecteur (1) vermeldt ook de overtuigende en beïnvloedende mogelijkheid van de strategische analyse. Hij zegt:

“je probeert door middel van strategische analyse mensen te sturen en te winnen voor je visie. Je kunt ze zo beïnvloeden”.

Hij zegt vooral interne medewerkers te winnen, maar soms moet hij ook extern winnen. Hij gebruikt de strategische analyse dan ter onderbouwing. Tevens geeft hij aan dat het de schijn van objectiviteit heeft, waarmee hij mensen wint.

- De directeur van de eerstelijnsvoorziening verklaart de strategische analyse te kunnen gebruiken om mensen te winnen voor de strategie. Een extern adviseur is daarbij nog als extra middel in te zetten:

“Soms gebruik je strategische analyse ter onderbouwing. Dan geef je aan: jullie kunnen hoog en laag springen, de ontwikkelingen gaan die kant op, dus we moeten dat gewoon doen. Dan gebruik je het als management om veranderingen door te drukken, zoals je soms een externe adviseur binnenhaalt om bepaalde veranderingen door te drukken. Je kunt strategische analyse gebruiken om bepaalde veranderingsprocessen te versnellen”. “En dan kun je wel tegen je medewerkers roepen: de beleidsanalyse zegt dat er veel marktwerking gaat komen, maar dan roepen ze: hoezo marktwerking, er is hier helemaal geen markt. Het heeft heel veel energie gekost om dat duidelijk te maken en dat is een kwestie van veel praten en overtuigen en dan gebruik je die analyses ook om te laten zien wat er gebeurt in andere sectoren, om mensen duidelijk te maken dat er toch een soort mentaliteitsverandering zou moeten komen.”



De directeur van de eerstelijnsvoorziening noemt ook de mogelijkheid om iedereen te betrekken bij het strategievormingsproces en hij heeft het dan voornamelijk over de brainstormtechniek.

- De directeur van het psychiatrisch ziekenhuis geeft aan dat hij strategische analyse (samen met medewerkers) uitvoert vanuit de behoefte aan zelfbevestiging. Een klimaat van ‘we doen het goed’ stimuleert. Hierbij komt het motiverende aspect van het doen van strategische analyse naar boven. Een SWOT-analyse noemt hij een hulpmiddel bij het voeren van een dergelijk discussie.

4.3.7 DE BIJDRAGE VAN ASPECTEN VAN STRATEGIEVORMING

Een aantal aspecten vinden de respondenten zelf belangrijke aspecten in het strategievormingsproces. Voor een deel zijn dit aspecten die reeds zijn onderscheiden op basis van de literatuurstudie (zoals weergegeven in figuur 4.1), voor een deel zijn het nieuwe aspecten. Deze aspecten komen hieronder aan de orde:

INTUÏTIE

Een thuiszorgdirecteur (2) wijst op de belangrijke rol van intuïtie. Hij vindt dat zelf een zeer belangrijke rol spelen. Ook vermeldt hij dat ervaring en kennis (literatuur) een rol spelen en dat alles samen komt tot een gevoel van: dit is een goede richting en dat niet. Hij zegt:

“Je draait lang mee in de gezondheidszorg. Je hebt oog voor allerlei signalen. Je houdt je literatuur, voor zover dat maar mogelijk is, wat bij. En dat komt allemaal in dat vat, wat je dan zelf bent. Dat komt er dan in en dat borrelt op één of ander manier voor een deel chemisch uitlegbaar, deels absoluut niet chemisch uitlegbaar. Je weet daardoor als zich iets voordoet: dat moet je absoluut niet doen, of ga die weg maar in, want dat weet ik gewoon, die is vruchtbaar, en die weg nooit aan beginnen want je weet dat je doodloopt”.

De andere thuiszorgdirecteur noemt ook de belangrijke rol van intuïtie en geeft aan hoe dat samen met informatie, die je dagelijks opneemt een instrument wordt waarmee hij bepaalt of hij wel of niet goed zit. Hij zegt:

“Voor mij is intuïtie een veel belangrijker managementinstrument. Het is zoeken, het is voelen, zit het wel goed of niet goed: het pluis, niet-pluis gevoel. Daar doe je ook veel mee.” “Je bent met dingen bezig, je leest, herkaut, en droomt er nog eens over in je slaap. En soms vallen dingen dan samen, dat je denkt: dit is logisch, hier sta ik voor, dit klopt.”

Het hoofd beleid van een algemeen ziekenhuis laat zich ook leiden door intuïtie en geeft aan dat hij analyse gebruikt ter bevestiging daarvan.

KENNIS EN ERVARING

Ook kennis en ervaring zijn belangrijk zoals een thuiszorgdirecteur (2) dat al heeft aangegeven bij de rol van intuïtie. Een andere thuiszorgdirecteur (1) zegt hierover:

“Visie ontwikkel je gaandeweg je leven. Voor een deel heeft het er ook mee te maken wat je in eerste instantie gedaan hebt”. “Kennis en ervaring en soms



ook de waan van de dag.” “Waar zijn anderen succesvol in en niet succesvol in. Dat weet je op een gegeven moment. Dat groeit gewoon in de tijd.”

Ook de verpleeghuisdirecteur geeft de belangrijkheid van ervaring aan. Hij weet inmiddels waar hij naartoe wil in de organisatie, na die achttien jaar dat hij in het vak zit. Een algemeen ziekenhuisdirecteur (2) en de directeur van de eerstelijnsvoorziening vermelden de rol van kennis uit de organisatie, uit literatuur en allerlei tijdschriften. Ook noemt deze laatste dat hij veel kennis uit zijn netwerk opdoet, omdat hij daar veel informatie krijgt.

Informatie die belangrijk is in het strategievormingsproces, om kennis mee op te doen, komt uit:

- Overheidsplannen (ziekenhuisdirecteur 1, thuiszorgdirecteur 1, directeur eerstelijnsvoorziening).
- Management informatie pakketten (academisch ziekenhuisdirecteur)
- Financiën (thuiszorgdirecteur 1)
- Informatie over patiëntenstromen (thuiszorgdirecteur 1, directeur eerstelijnsvoorziening)
- Demografische gegevens (verpleeghuisdirecteur)

HET NETWERK

Het netwerk speelt naast intuïtie, kennis en ervaring ook een belangrijke rol om tot een idee voor een strategie te komen. Een thuiszorgdirecteur (2) zegt in allerlei netwerken te zitten waar hij zijn ogen en oren goed openhoudt. Een algemeen ziekenhuisdirecteur (1) geeft ook aan dat het netwerk van invloed is op zijn eigen visie. Deze ontwikkelt hij mede op basis van wat hij oppikt uit het netwerk.

Ook de directeur van de eerstelijnsvoorziening vertelt over de belangrijkheid van het netwerk:

“En daarnaast maak ik deel uit van allerlei bestuurlijke gremia zowel lokaal als landelijk. In die zin speelt het dan ook wel enige rol, want je brengt ideeën die je daar opdoet in, in het eigen beleidsproces.”

PERCEPTIE

De term perceptie noemen respondenten niet als zodanig. Toch kijken de verschillende directeurs ieder op hun eigen wijze naar de organisatie en de omgeving. Een ziekenhuisdirecteur (1) en het hoofd medische staf geven aan dat, bij het komen tot een visie of strategie-idee, persoonlijke inzichten een rol spelen. Deze persoonlijke inzichten zijn onder het begrip ‘perceptie’ te plaatsen.

GESPREKKEN MET ANDEREN

Directeurs halen ook veel uit mondelinge informatie. Zij spreken veel met mensen binnen en buiten de organisatie, zoals blijkt uit het verhaal van de verpleeghuisdirecteur of directeur van het psychiatrisch ziekenhuis. Een ziekenhuisdirecteur (1) geeft expliciet aan veel met mensen te praten, wanneer hij moet toetsen of zijn strategie-idee wel zal aanslaan.



PERSOONLIJKE RELATIE

De persoonlijke relatie met anderen speelt een belangrijke rol. Een thuiszorgdirecteur (1) zegt:

“Er is nog een belangrijk element van invloed op de strategievorming en dat is het persoonlijke element; kun je met elkaar overweg.” “Als we niet met iemand overweg kunnen, fuseren we niet met diegene.” “...je strategie is altijd weer rond de persoon gesmeed.”

Het gaat hier om een concrete strategie, die uiteindelijk wel of niet doorgaat, omdat in dit geval externen niet voor het idee geworven konden worden, omdat de persoonlijke relatie niet goed was.

Een andere directeur van een thuiszorgorganisatie (2) zei:

“Maar het blijven analysemodellen met hun beperkingen daarin. Ik bedoel als ik morgen ruzie maak met de algemeen directeur, is de strategische impact daarvan groot. Daar heb je helemaal geen analyse voor nodig. Dus een deel van de strategie maak je veel meer met mensen: met de mens die je zelf bent en waar je voor staat en met de mensen die je om je heen hebt, of om je heen vergaart. In die relatiesfeer gebeurt veel meer dan op grond van analytische modellen”.

POSITIE

Ten eerste is belangrijk wat de positie van iemand in een organisatie is. Een algemeen ziekenhuisdirecteur (1) zegt:

“Het maakt uit wie met een idee komt; wat zijn functie is, hoe hij het brengt. Voor iemand met weinig invloed is het niet makkelijk een idee erdoor te krijgen”.

Een thuiszorg directeur (1) vermeldt ook dat belangrijk is wie de persoon is die mensen probeert te winnen en dat tevens zijn relatie tot de organisatie belangrijk is. Hij zegt:

“En daarbij spelen de positie van de directeur een rol, de houding en de macht van zo’n directeur in de organisatie en de macht die hij durft te ontplooiën.”.

ONDERHANDELING

Bijna alle respondenten vermelden dat ze onderhandelen om mensen te winnen voor een strategie. Zowel intern om mensen te bewegen een bepaalde strategie te volgen, maar ook extern om ze te winnen voor een fusie of samenwerking. Respondenten noemen ook de overheid een paar keer als partij waarmee men moet onderhandelen om bepaalde zaken voor elkaar te krijgen.

OVERTUIGINGSKRACHT (CHARISMA)

Bij het mensen winnen voor een bepaalde strategie gaat het er ook om overtuigingskracht te hebben. Een directeur van de thuiszorg (1) zegt dat het doorslaggevend is. Hij zegt dat als volgt:

“Hebben ze vertrouwen in je, heb je voldoende credits opgebouwd bij je besturen in het verleden, heb je voldoende persoonlijke charisma, overtui-



gingskracht, zodat je kunt aangeven dat datgene wat je wilt, ook belangrijk is en dat je dat goed vertaalt naar iedereen.” “Er spelen ook puur emotionele zaken mee”.

COMMUNICATIE

Ook de communicatie noemen bijna alle respondenten als een belangrijk onderdeel van het strategievormingsproces. Respondenten verstaan hieronder 'uitleg geven' over bijvoorbeeld de ontwikkelingen in het strategievormingsproces. Communicatie is natuurlijk meer dan 'uitleg geven' maar directeuren gebruiken het veelal als synoniem. Het hoofd medische staf geeft aan, dat communicatie heel belangrijk is bij professionele organisaties. Hij zegt:

“Strategische beleidsontwikkeling in professionele organisaties moet je praktisch benaderen en het is een interactief proces, het vergt veel overleg en communicatie”.

Tegelijkertijd is de communicatie ook één van de moeilijkste aspecten om goed te doen; zo vermeldt een thuiszorgdirecteur (2). Vaak zetten directeuren er een apart communicatietraject voor op. Door de communicatie houdt men ook een vinger aan de pols tijdens de implementatie. Het hoofd medische staf geeft aan door de communicatie mensen aan de hand mee te kunnen nemen door het proces heen.

MENSEN ERBIJ BETREKKEN

Een aantal directeuren vermelden, dat het belangrijk is om mensen te betrekken bij het strategievormingsproces. Hierdoor komen alle neuzen één kant op te staan en weet iedereen wat de bedoeling is. Dit komt vooral de implementatie van de strategie ten goede. De directeur van het psychiatrisch ziekenhuis verwacht dat het betrekken van mensen bij het proces in de toekomst alleen maar belangrijker wordt.

OVERIG: DE ROL VAN EEN ADVISEUR

Een aantal organisaties vragen ondersteuning van een adviseur voor een aantal zaken, bijvoorbeeld:

- Voor het doen van analyses zoals bij een thuiszorg (2);
- Voor het leiden van een strategiedag, zoals bij een andere thuiszorg (1);
- Om mee te praten over de nieuw te volgen strategie, zoals bij een algemeen ziekenhuis (2);
- Voor het leiden van een strategievormingsproces door een interim directeur, zoals bij een ander algemeen ziekenhuis (3);
- Voor het leveren van onderbouwing voor de juistheid van de strategie, om het proces te versnellen zoals bij de eerstelijnsvoorziening.

De verpleeghuisdirecteur zou wel gebruik willen maken van een adviseur, maar zegt daar geen geld voor te hebben.



4.4 Conclusie

DE ORGANISATIE, DE OMGEVING EN DE DIRECTEUR

De omgeving, in de vorm van overheid, verzekeraars, concurrenten of collega-instellingen zijn belangrijk voor de directeur om rekening mee te houden bij het bepalen van een strategie. Met name thuiszorgorganisaties ervaren een turbulente omgevingssituatie. Politiek speelt daarbij zowel binnen als buiten de organisatie een belangrijke rol. Landelijk moet men soms bij de overheid lobbyen, regionaal gaat men politiek om met andere zorgaanbieders en met verzekeraars. In de organisatie bedrijven managers politiek om bepaalde strategieën erdoor te krijgen bij andere managers of bij de professionals. Dit is nodig, zo ervaren respondenten, omdat de cultuur vaak niet veranderingsgezind is of omdat medewerkers niet altijd strategisch kunnen of willen denken. Politieke druk is dan een middel om de gewenste verandering tot stand te brengen.

STRATEGIEVORMING

Het strategievormingsproces levert in de praktijk en vanuit het perspectief van de directeur die strategische analyse inzet, niet de in de strategisch managementliteratuur gebruikelijke volgorde op: eerst strategische analyse, vervolgens de keuze en tenslotte de implementatie. Veel directeurs geven aan eerst een idee voor een strategie te hebben, vervolgens te toetsen of het wel een goed idee is en het eventueel verder aan te scherpen. Hierna dient men dan anderen voor het strategie-idee te winnen. Dit kunnen mensen van binnen of buiten de organisatie zijn en ook van verschillende niveaus binnen de organisatie. Meestal begint men eerst mensen te winnen binnen de directie en daarna binnen de gehele organisatie. Is er voldoende draagvlak voor de strategie, dan kan men tot implementatie overgaan. De directeur heeft in dit proces een belangrijke rol. Soms laat hij zich hierin ondersteunen door een extern adviseur.

EEN DEFINITIE VAN STRATEGISCHE ANALYSE

Vrijwel alle respondenten associeerden strategische analyse met strategische analysetechnieken; een enkeling met het voortdurend goed om zich heen kijken, of met doelstellingen formuleren. Het meest ging men uit van het toepassen van een bepaalde systematiek, zoals het formuleren van sterkten, zwakten, kansen en bedreigingen en van rationaliteit.

DE BIJDRAGE VAN STRATEGISCHE ANALYSE AAN STRATEGIEVORMING

De bijdragen van strategische analyse technieken verschillen per respondent. Ze hebben in deze bijdrage verschillende functies voor de respondent. De functies die strategische analyse technieken hebben voor de respondenten zijn:

- Denkmodel/denkkader (tweemaal);
- Toetsen van een gewenste strategie (driemaal);
- Blinde vlekken achterhalen (éénmaal);
- Een gevoel bevestigd krijgen/ bevestiging voor jezelf (tweemaal);
- Aanscherping idee (éénmaal);



- Onderbouwing (driemaal);
- Overtuigen (driemaal);
- Mensen winnen (tweemaal);
- Beïnvloeden (tweemaal);
- Elkaar aftasten voor de onderhandelingen beginnen (éénmaal);
- Mensen betrekken (driemaal);
- Motiveren (tweemaal);
- Informeren van anderen (éénmaal);
- Neuzen één kant op (éénmaal).

RELATIE TECHNIEK EN BIJDRAGE

Een aantal keer noemden respondenten bepaalde technieken in relatie tot een specifieke bijdrage. Zo noemt men de Porteranalyse en een "Gap"-analyse als denkmodel. Respondenten noemden geen specifieke analyses waarmee men het idee kon toetsen of verder uitwerken. Demografische analyses en klanten- en concurrentie analyses lijken daarbij echter vooral van pas te komen om bijvoorbeeld te toetsen of er echt wel behoefte is aan een bepaalde dienst die men wil aanbieden. Ter overtuiging blijken SWOT-analyses of brainstormsessies (met name de procesmatige aspecten van strategische analysetechnieken) een rol te hebben. Ook bewerkstelligen ze dat de neuzen één kant op gaan staan.

BIJDRAGE VAN 'OVERIGE' ASPECTEN

Verschillende elementen spelen naast strategische analyse een rol in de verschillende fases. In de eerste fase is dit vooral kennis, ervaring, intuïtie en het netwerk. Het begrip 'perceptie', zoals de cognitieschool dit hanteert, noemen directeuren niet. Twee directeuren vertelden wel dat persoonlijke inzichten een rol speelden bij het komen tot een idee voor een strategie. Voorlopig wordt dit fenomeen met het begrip 'perceptie' aangeduid.

Bij het toetsen van het idee zijn gesprekken met anderen, naast strategische analysemateriaal, als een belangrijk element genoemd. Voor het winnen van mensen voor de strategie zijn zaken van belang als overtuigingskracht, waarbij charisma maar ook vertrouwen belangrijke elementen zijn. Verder moet men ideeën goed kunnen onderbouwen. De persoonlijke relatie met de mensen die overtuigd moeten worden, moet goed zijn en de positie die iemand als directeur bekleedt in de organisatie is ook van belang. Men moet ook kunnen onderhandelen om anderen te winnen voor de strategie.

Bij de implementatie werd de communicatie als belangrijk element genoemd. Hieronder verstaan respondenten dat medewerkers uitgelegd moeten krijgen, wat de strategie is. Hierbij is het ook belangrijk mensen te betrekken bij het strategievormingsproces. Door te communiceren kan de directeur gedurende de implementatie een vinger aan de pols houden.



HET VERVOLG VAN DIT ONDERZOEK

Er spelen veel aspecten een rol in het strategievormingsproces (zoals ‘intuïtie’ of ‘communicatie’). Per interview was er niet genoeg tijd om op al die aspecten diep in te gaan. In het verdere onderzoek zal hier meer gelegenheid voor zijn en zullen de aspecten verder worden uitgewerkt. Doordat er organisaties uit verschillende sectoren onder de loep zijn genomen, zijn eventuele verschillen tussen sectoren niet belicht. Zo kan er een verschil zijn tussen bijvoorbeeld ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties in de mate waarin ze strategische analyse toepassen. Ook kan de belangrijkheid van bepaalde functies per sector anders zijn, of de rol van de directeur in het strategievormingsproces. Respondenten zeggen dat de thuiszorg zich in een turbulente omgeving bevindt en dat daardoor meer aandacht is gekomen in deze sector voor analysetechnieken.

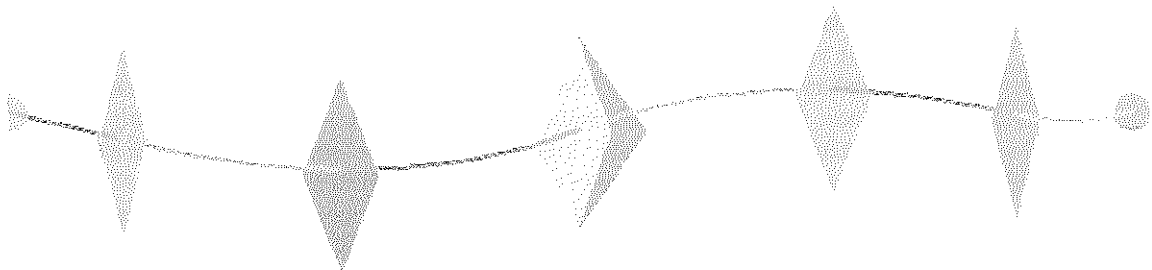
Directeuren, die deze manier van werken hebben, worden tot deze sector aange trokken. Als dit inderdaad zo is, is de thuiszorgsector interessant als object van onderzoek.

Omdat nog niet helemaal vast is komen te staan wat onder strategische analyse in de gezondheidszorg dient te worden verstaan is eerst een interviewronde langs hoogleraren gemaakt. De interviewronde is beschreven in hoofdstuk 5. De respondenten zien strategische analyse veelal synoniem voor het toepassen van strategische analysetechnieken of voor het hanteren van een bepaalde systematiek in de analyse. De vraag staat nog steeds open in hoeverre dit terecht is. Hoogleraren kunnen antwoord geven op deze vraag. Tevens biedt de interviewronde de mogelijkheid om te achterhalen in hoeverre de hoogleraren de functies van strategische analyse verenigbaar vinden met de definitie van strategische analyse.



HOOFDSTUK 5

**Hoogleraren
over strategische analyse**



5.1 Inleiding

Na literatuurstudie en het pilotonderzoek bestond nog een aantal onduidelijkheden rond de strategische analyse. De vraag wat strategische analyse is, is in 1998 aan hoogleraren gesteld, die deskundig zijn op het gebied van strategievorming. Een goede definitie van strategische analyse is nodig om te kunnen bepalen welke activiteiten in het empirisch onderzoek moeten worden onderzocht in het kader van de strategische analyse.

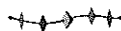
Een tweede belangrijke vraag in dit onderzoek was: “In hoeverre kan de strategische analyse verschillende functies hebben?”. Ook is gevraagd of de hoogleraren nog verdere aanvullingen hadden in die richting. Ten derde was het de bedoeling te achterhalen, of strategische analyse voor de gezondheidszorg dezelfde betekenis heeft als voor de profitsector. Eerst komen de gestelde vragen aan bod en vervolgens de keuze van de respondenten. Daarna volgen de resultaten en de conclusie.

5.2 Methode

5.2.1 DE VRAGEN

De eerste hoofdvraag “Wat is strategische analyse?” is in een aantal deelvragen geformuleerd om indien nodig door te kunnen vragen op de eerste hoofdvraag. De deelvragen zijn geformuleerd naar aanleiding van tegenstellingen of onduidelijkheden die in de literatuur gevonden werden. Bij beantwoording van de deelvragen zou zicht moeten komen op een heldere definitie van strategische analyse. Achtereenvolgens zullen hier de aspecten uit de literatuur aan de orde komen die aanleiding gaven tot de desbetreffende deelvraag:

- De eerste deelvraag was “Waar komt strategische analyse theoretisch voor?” Uit het literatuuronderzoek blijkt dat de term strategische analyse vrijwel alleen in strategisch managementliteratuur voorkomt. Het in kaart brengen van de organisatie en de omgeving (wat tijdens de strategische analyse wordt gedaan) wordt echter ook aanbevolen in literatuur over strategische besluitvorming (zie Gore, 1992), beleidsanalyse (zie Dunn, 1981), marketing en organisatiediagnostiek (Cozijnsen en Vrakking, 1992).
- De tweede deelvraag was: “Welke activiteiten kunnen tot de strategische analyse worden gerekend?” In de literatuur zijn in dit kader uiteenlopende activiteiten te vinden. Het gaat meestal om het vergaren van interne- en externe informatie om een beeld te krijgen van de strategische positie, waarin de organisatie verkeert. Sommige auteurs schrijven voor om in deze fase de missie te bedenken (bijv. Houthoofd, 1996). De meeste auteurs dragen diverse technieken aan, waarmee men informatie over diverse aspecten van de omgeving en de organisatie kan verkrijgen. Viljoen (1995) waarschuwt echter voor het zien van strategische analyse als een verzameling technieken.
- De derde deelvraag was: “Welke technieken behoren wel en niet tot de strategische analyse?” Sommige auteurs schrijven namelijk technieken voor bij de



analysefase die andere auteurs bijvoorbeeld voor de evaluatiefase voorschrijven en omgekeerd. Aan de andere kant lijken er ook geen specifieke strategische analysetechnieken te zijn.

- De vierde deelvraag was: “Dient men bij de uitvoering van de strategische analyse aan bepaalde voorwaarden te voldoen?”. Als een manager een informeel gesprek op de gang voert, hoeft hij bijvoorbeeld niet met strategische analyse bezig te zijn. Of het op een zeer onzorgvuldige wijze toepassen van een techniek nog strategische analyse is, valt ook te bediscussiëren. Het gaat hierbij om de mate waarin de activiteit een bepaalde kwaliteit moet hebben.
- De vijfde deelvraag was: “Wat is de doelstelling die men met de strategische analyse beoogt?”. Is dat het vergroten van de procedurele rationaliteit zoals March en Simon (1993) dit noemen of is dit niet het geval?

De tweede hoofdvraag waarop antwoord verkregen moest worden was de vraag in hoeverre strategische analyse diverse functies kan hebben. Om informatie hierover te krijgen is de respondent geconfronteerd met bevindingen van de onderzoeker die in een artikel¹ uiteen zijn gezet.

Brewer (1981) en Langley (1989) behandelen verschillende functies die de toepassing van formele analyse kan hebben.

Zo kan een strateeg de analyse toepassen om informatie te verkrijgen, maar kan de toepassing ook politieke, sociale of symbolische functies hebben. Deze functies zouden ook voor de strategische analyse kunnen gelden.

Aan de andere kant zouden de functies kunnen conflicteren met de doelstelling van strategische analyse: ‘het vergroten van rationaliteit’. Een deelvraag hierbij was dan ook of het toekennen van functies aan strategische analyse conflicteert met de uitgangspunten van rationaliteit. Was het antwoord hierop ontkennend dan is aan de hoogleraren gevraagd of ze nog aanvullingen hadden op de in het pilotonderzoek gevonden functies.

De derde hoofdvraag was in hoeverre strategische analyse iets anders voor de zorg kan betekenen in vergelijking met bijvoorbeeld de profit sector. Aanleiding hiertoe is dat Greve in 1983 beweerde dat een sterk rationele benadering in de gezondheidszorg weinig verkieslijk is. Bij deze hoofdvraag zijn geen deelvragen geformuleerd.

5.2.2 RESPONDENTEN

Er is gekozen voor hoogleraren met deskundigheid op het gebied van strategievorming, omdat zij goed vertrouwd zijn met de theorie op hun vakgebied en inzicht hebben in de praktijk. Omdat de theoretische insteek het belangrijkste is, is gekozen voor hoogleraren die veel met theorie in aanraking komen en voor het grootste deel van de tijd verbonden zijn aan de universiteit. Zowel hoogleraren uit de zorg als daarbuiten zijn geïnterviewd. Het gevolg hiervan was wel, dat sommige hoogleraren met name strategische analyse in het algemeen bespraken en anderen vooral de stra-

¹Kramer, B., Huijsman, R., Grinten, T.E.D. van der, Strategische analyse in de gezondheidszorg. In *Gezondheidszorg & Management*, nummer 1/2, 1997.



tegische analyse in de gezondheidszorg. Aan deskundigen en de hoogleraren zelf is gevraagd wie nog meer geïnterviewd zou moeten worden om meer over strategische analyse te weten te komen. Op basis daarvan is een aantal hoogleraren uitgekozen als respondent. Op één hoogleraar na wilde iedereen ($N=8$) die benaderd is meewerken. Er zijn zeven hoogleraren en één buitengewoon hoogleraar bevestigd. De meeste hoogleraren zijn eerst per brief benaderd met de vraag naar de bereidheid om mee te werken aan een interview. In de brief werden de hoofdonderwerpen beschreven, die aan de orde zouden komen in het interview en het artikel. De interviewresultaten zijn vervolgens aan de hoogleraren ter goedkeuring voorgelegd.

5.3 Resultaten

Het bleek om een aantal redenen moeilijk om de respondenten gedetailleerde uitspraken over strategische analyse te onttrekken:

- Strategische analyse associëren de respondenten gauw met een mechanistische visie en een geloof in planning. Het interview concentreerde zich dan rond het ageren op deze visie.
- Een aantal hoogleraren plaatst grote vraagtekens bij het isoleren van de term strategische analyse als apart onderdeel van het strategievormingsproces in onderzoeksmatige zin. Veel aandacht ging in het interview daarom uit naar hoe strategievormingsprocessen verlopen en hoe dit onderzoekbaar is.
- Een aantal hoogleraren zegt weinig te kunnen zeggen. De term nodigt niet uit om lang over door te praten.

Eerst zal hier worden ingegaan op de mechanistische visie, vervolgens op strategievorming in het algemeen en de gevolgen voor onderzoek. Daarna komt de term strategische analyse aan de orde, en haar betekenis voor de gezondheidszorg. Als laatste worden de functies van de strategische analyse behandeld.

5.3.1 MECHANISTISCHE VISIE

Strategische analyse roept bij vijf respondenten associaties op met theorieën die zich richten op een mechanistische visie/paradigma en/of de planningsschool (naar de typologie van Mintzberg, 1994). Binnen het mechanistische verklaringsmodel wil men verschijnselen vangen in objectieve en meetbare gegevens. Binnen de planningsschool is strategische analyse een onderdeel van een heel strak gepland analytisch proces. De betreffende respondenten associëren het met een tijd waarin op een bepaalde manier tegen wetenschap werd aangekeken, een filosofische benadering, maar ook een maatschappelijke overtuiging die sterk is afgestemd op het machinemodel van de organisatie en die ook sterk is afgestemd op het positivisme. Een visie die bij het verleden hoort, zoals een respondent aangeeft bij de jaren '70. Een tijd waarin men dacht dat, als er maar voldoende technieken zouden worden toegepast, de besluitvorming vanzelf overbodig zou worden.

Vier respondenten die strategische analyse met de mechanistische visie associëren waarschuwen voor het doen van onderzoek met deze bril op. Het suggereert het bestaan van één werkelijkheid. De objectieve werkelijkheid bestaat niet; het is



een werkelijkheid die men creëert. Twee respondenten bevelen dan ook aan een meer beschrijvende wetenschapsuitoefening te hanteren. Twee respondenten bevelen aan meer naar de context te kijken waarin een fenomeen zich voordoet.

- 5.3.2 STRATEGIEVORMING EN DE RELATIE MET STRATEGISCHE ANALYSE IN DE PRAKTIJK
De mechanistische visie heeft weinig met de werkelijkheid te maken, en al helemaal niet met de gezondheidszorg, vinden alle respondenten. Strategievorming is niet zo planmatig als men in de mechanistische visie voorstelt. Het is meer een incrementeel proces zoals Quinn dat heeft verwoord vinden twee respondenten of zoals verwoord in een model van Johnson en Scholes uit 1988. Een respondent noemt de mogelijkheid van een ‘emergent approach’ zoals Mintzberg dat verwoordt; managers en strategen zijn gewoon pragmatisch, zeker in de gezondheidszorg. Deze respondent ziet ook nog een meer chaotische manier, waarop een strategievormingsproces kan verlopen. Een andere respondent noemt ook deze chaotische manier, waarop het strategievormingsproces verloopt en verwijst naar het artikel van Mintzberg: *‘the structure of unstructured decisions processes’* Strategische analyse verhoudt zich dan tot het strategievormingsproces, niet als een aparte fase, maar als instrument verweven met het proces. Twee respondenten geven in het licht van het voorgaande dan ook aan het niet verstandig te vinden strategische analyse los te koppelen van het strategievormingsproces. Dat komt niet overeen met de praktijk.

- 5.3.3 STRATEGISCHE ANALYSE
Er zijn twee hoogleraren, die weinig over strategische analyse in het algemeen en als apart element in de strategievorming kunnen zeggen. Een respondent zegt dat het meer is wat Ackoff noemt “de corporate rain dance²”. De meningen variëren over wat strategische analyse is. Alle respondenten vinden dat strategische analyse plaatsvindt in het kader van een strategisch vraagstuk of probleem, of een periodieke doorlichting. Kenmerkend voor strategische analyse is volgens vier respondenten, die het associëren met een mechanistische visie, dat het systematisch gebeurt en dat men objectief en rationeel probeert te zijn. Een respondent die deze mechanistische visie niet expliciet noemt, definieert strategische analyse ook als een systematische activiteit. Twee respondenten vinden dat men objectief moet blijven, maar laten ook ruimte voor subjectieve of meer niet-rationele zaken, die tijdens de analyse naar voren kunnen komen. Een respondent zegt dat het ook één van de moderne trends in strategie is, dat er ruimte is voor creativiteit en intuïtie. Hij onderscheidt dan kwantitatieve analyses (over marktontwikkelingen, bevolkingsgroei, trends in ziekte) en kwalitatieve analyses waar ruimte is voor die creativiteit en intuïtie. Dit laatste

² Een beroemde uitspraak van Ackoff (1981:IX) is: “A good deal of the corporate planning I have observed is like a ritual rain dance: it has no effect on the weather that follows, but those who engage in it think it does. Moreover, it seems to me that much of the advice and instruction related to corporate planning is directed at improving the dancing; not the weather.”



gebeurt bij methodes als de delphimethode, of enquêtes over wat de gevoelens en verwachtingen zijn met betrekking tot toekomstige ontwikkelingen en verwachtingen. De andere respondent zegt dat het ook mogelijk is analytisch te praten over subjectiviteiten.

Twee respondenten definiëren strategische analyse activiteiten veel ruimer. Het gaat om het verkrijgen van een compleet beeld van de organisatie en de omgeving, en daar komt van alles bij kijken. Een respondent zegt dat hij van strategische analyse spreekt op het moment dat de functie, of activiteit van “het strategisch uitpluizen” aanwezig is. Maar ook daar waar de strateeg bezig is met zijn omgeving in kaart te brengen en zich daarvan een beeld probeert te vormen, al of niet erg systematisch, spreekt hij van strategische analyse. Samenvattend gaat het dan om *‘momenten van beeldvorming in een strategisch proces’*.

Een andere respondent noemt strategische analyse: “die momenten waarop op één of andere manier reflectie en besluitvorming plaatsvindt over wat de koers zou kunnen zijn”. Hij noemt het ‘momenten van reflectie’. Deze momenten kunnen op elk moment van de dag plaatsvinden. Het hoeft geenszins een geformaliseerde reflectie te zijn.

Drie respondenten vinden dat men zowel de organisatie als de omgeving moet analyseren. De nadruk ligt volgens één van hen bij de omgevingsanalyse. Men kan veel soorten onderwerpen analyseren in het kader van de strategische analyse. Een respondent noemt: analyses die primair met de missie te maken hebben, analyses met betrekking tot het soort producten of diensten die een organisatie levert en daarmee samenhangende producten en de analyses met betrekking tot de know-how, de technologie en infrastructuur die nodig is om die producten te leveren. Ook noemt hij analyses van de eigenschappen van klanten en concurrenten en de redenen, waarom zij al dan niet zouden afnemen.

Voor vervolgonderzoek dient duidelijk te zijn wat strategische analyse wel en niet is. Dan is duidelijk welke activiteiten in de gezondheidszorg bestudeerd dienen te worden in dit kader.

5.3.4 STRATEGISCHE ANALYSE IN DE GEZONDHEIDSZORG

Op de vraag, of strategische analyse iets anders betekent voor de gezondheidszorg dan voor het bedrijfsleven antwoorden de respondenten verschillend. Eén respondent vindt dat de gezondheidszorg met betrekking tot dergelijke analyses niet wezenlijk verschilt van andere sectoren. Drie respondenten vinden dat niet alle technieken toepasbaar zijn in de zorg, maar wel een groot aantal.

Een respondent zegt, dat er een aantal overeenkomsten is tussen de gezondheidszorg en het bedrijfsleven waardoor men in de zorg wel een analyse van de missie kan maken, of kan analyseren welke producten men wil gaan leveren en wat van nieuwe producten de klanten en eventuele concurrenten zijn. Deze zaken zijn voor de zorg hetzelfde als voor de marktsector.

Maar er zijn ook verschillen tussen beide sectoren. Zo is de assumptie van concurreren, die aan dit soort technieken ten grondslag ligt, maar beperkt toepasbaar in de zorg volgens een respondent. Hij ziet echter nog genoeg andere strategi-



sche analysetechnieken die dan overblijven. Hij noemt analyses op het terrein van: technologieën, de overheid, doelgroepen en demografische ontwikkelingen maar ook verwachtingen van stakeholders, het vaststellen van de missie, analyseren van waarden en klantwensen. Een andere respondent vindt de stakeholderanalyse ook een voorbeeld van een techniek die geschikt is voor de gezondheidszorg.

Twee respondenten vinden daarentegen strategische analyse helemaal niet, of voor een groot gedeelte niet geschikt voor de gezondheidszorg. Strategische analysetheorieën komen uit een omgeving komen, die gericht is op markten, producten en diensten. De gezondheidszorgorganisatie bevindt zich echter niet in een marktomgeving, maar veel meer in een capaciteits- en taakomgeving. Men moet deze werelden niet met elkaar verwarren vindt een respondent, omdat het heel verschillende werelden zijn. Zo ziet hij de technieken niet toepasbaar op problemen die spelen rond veroudering, die zich afspelen op de intensive care afdeling of rond de rol van een verpleegkundige. Een analyse als van Porter (1980) kan een soort checklist zijn, maar leidt niet tot een fundamentele strategische positionering omdat een zorginstelling die vrijheid niet heeft.

Nog een andere respondent vindt het vijfkrachtenmodel van Porter (1980) volstrekt ongeschikt voor de gezondheidszorg, omdat men daarmee het kernprobleem van zorginstellingen overboord gooit. Zulke instellingen verkeren in een schizofrene omgeving en het omgaan met die schizofrenie van de omgeving is één van de meest ingewikkelde strategische dilemma's. Dat is een onderwerp waar Porter niet op ingaat. Deze respondent vindt de analysemodellen en marketingtheorieën maar onbeholpen dingen, tegen de achtergrond van waar het in de gezondheidszorg strategisch gezien om gaat.

Als reactie op de vraag, waarom de zorg dan toch strategische analysetechnieken toepast, zeggen vijf respondenten dat men in de gezondheidszorg teveel kijkt naar het bedrijfsleven en dat men die concepten snel klakkeloos overneemt. Een respondent vindt dat de gezondheidszorg 25 jaar achterloopt op dat soort processen. Het komt uit een wereld waarin men denkt dat alles wat uit het bedrijfsleven komt goed is en alles wat bij de overheid en de semi-overheid gebeurt slecht is.

Een andere respondent zegt dat men eerst naar het leger keek, omdat men daar van een winnaar en een verliezer spreekt. Dat doet men in het bedrijfsleven ook, zegt hij, omdat dat duidelijkheid geeft voor iedereen. Maar niet alleen ziekenhuizen, ook de politici kijken naar het bedrijfsleven. Heel veel termen en ideeën uit de marktsector vertaalt men naar de andere sectoren. Hij vindt dat men de nadruk moet leggen op vertalen en niet op kopiëren

Een derde respondent vindt het prima dat er van allerlei concepten uit het bedrijfsleven worden overgeplaat naar de zorg, maar zegt dat men wel in de gaten moet houden in welke mate die bruikbaar zijn, gezien de hele specifieke managementvraagstukken waar zorginstellingen voor staan.

Een vierde respondent zegt dat men allemaal naïeve ideeën geïmporteerd heeft in de zorg en dat men daar nu tegenaan loopt. Men is veelvuldig gaan schaalvergro-

ten en men heeft zich niet afgevraagd of dat goed is in de situatie waar men in zit, omdat in de bedrijfskundeboekjes staat dat dat goed is. Hij vergelijkt het met mensen leren rekenen. Men rekent wel maar de sommen kloppen niet, omdat het op een verkeerde manier gebeurt.

Een vijfde respondent geeft een andere verklaring voor het feit dat men strategische analyse toepast in de zorg. Hij zegt dat het voor een sector, waar altijd ruzie is en waar men altijd probeert door eindeloze interactieprocessen tot een soort modus te komen, het een verademing is, als er iemand komt die zegt: “ja maar jullie hebben ook geen business plan, jullie weten niet waar jullie patiënten vandaan komen, wat de markt is”. Dan is men onder de indruk van het bedrijfsleven, dat dit soort dingen wel weet en waar het heel positief werkt. Dan wil men dit ook. Dat is de ‘me too’ benadering.

5.3.5 FUNCTIES VAN STRATEGISCHE ANALYSE

Op de vraag, of de respondenten zich kunnen vinden in het feit, dat strategische analyse verschillende functies kan vervullen, antwoorden alle respondenten bevestigend. De functies die men dan onderscheidt, betreffen vooral het politieke en sociale gebruik van de informatie uit die analyses.

Een voorbeeld van het politieke gebruik van analyse is, dat mensen analyses maken, niet omdat ze er zelf in geloven, maar omdat ze denken dat andere mensen erin geloven. Dan is een analyse *een argument* in een debat, volgens een respondent.

Een andere respondent zegt dat een directeur tijdens een stakeholderanalyse wel eens zegt dat een bepaalde externe stakeholder iets wil, terwijl de directeur dat vooral zelf belangrijk vindt. Ook geeft deze respondent aan dat een directeur een analysetechniek vaak toepast om iemand te *overtuigen*. Soms wordt daar ook een organisatieadviseur voor ingehuurd. Die doet dan ook veel technieken, waarmee achteraf wordt uitgelegd, dat een bepaalde maatregel die men toch al wilde nemen, de juiste is.

Ook een andere respondent zegt dat overtuigen een belangrijke rol speelt, omdat wij een cultuur hebben waar rationaliteit hoog in het vaandel staat en dat betekent, dat wij alles wat we moeten doen ook moeten onderbouwen. Hij verwijst naar het verhaal van Mintzberg (1989) over het gedrag van managers. Daarin vermeldt Mintzberg dat managers informatie alleen gebruiken als ze het goed uitkomt. Het zijn verhalenvertellers en actiegerichte figuren. Af en toe moeten ze hun verhaal en hun wensen *verkopen* en daar trekken ze informatie voor uit de bus. Men moet met elkaar een verhaal maken, want als men naar de achterban terug moet, moet men iets kunnen verkopen of *motiveren*.

Een andere respondent noemt naast dingen als *beïnvloeden*, *overtuigen* ook *het in gang zetten van iets*. Hij zegt, dat het gaat om het beïnvloeden van “de mental data base” van mensen; als de directeur iets vindt, maar zijn topmanagement is daar nog niet helemaal van overtuigd, dan kan het heel nuttig zijn om ze een paar analyseplaatjes voor te houden van ‘hoe doet de organisatie het’ en ‘hoe doen de concurrenten het’. De respondent zegt dat de directeur de strategische analyse in



dat geval toepast om een ‘*bewustzijnscreatie*’ te veroorzaken of als *shocktherapie*. Op deze manier zet men een proces in gang.

Een andere ‘sociale functie’ is, naast het in gang zetten van dingen, ook het creëren van draagvlak volgens een respondent. Deze respondent geeft aan dat draagvlak creëren tot de normale functies van strategische analyse hoort. Strategische analyse met als doel te manipuleren vindt hij geen normaal gebruik ervan. Respondenten zijn geneigd een waardeoordeel over de verschillende functies te geven. Ze gaan in op het pure eigenbelang dat directeuren nastreven. Twee respondenten relativiseren dat een beetje. Eén respondent zegt, dat men wel eens een leugentje om bestwil moet gebruiken. De ander zegt dat men niet negatief moet zijn over de manier waarop men deze technieken gebruikt. Het hoort erbij en het gebeurt overal.

5.4 Conclusie

“WAT IS STRATEGISCHE ANALYSE?”

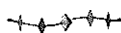
Respondenten plaatsen strategische analyse in een kader van strategiebepaling, strategie-ontwikkeling of periodieke doorlichting. Wat strategische analyse onderscheidt van de gewone organisatiediagnose of de beleidsanalyse is haar strategische karakter. Het gaat om die informatie, die strategisch van aard is en die men analyseert omdat men strategische beslissingen of keuzes wil maken.

De term ‘strategische analyse’ brengen de respondenten theoretisch vaak in verband met een mechanistische visie. Deze visie wekt tevens weerstand op bij de hoogleraren. Ze uiten soortgelijke kritiek over de strategische analyse, als de literatuur over de ‘klassieke school’. Het is een benadering die niet aansluit op het werkelijke verloop van strategievormingsprocessen.

Wat betreft de definitie van strategische analyse doet zich een tweedeling voor. Een aantal hoogleraren hanteert een systematische insteek, zoals in de literatuur gebruikelijk. Een aantal anderen definieert strategische analyse meer vanuit de praktijk en komt dan met een definitie als ‘momenten van beeldvorming’, of ‘momenten van reflectie op de strategische positie’, waarbij men geen systematiek vereist. Deze respondenten rekken de definitie van strategische analyse daarmee meer op dan op basis van de literatuur is te verwachten. Deze tweedeling in definiëring heeft ook gevolgen voor de activiteiten die men tot de strategische analyse rekent. Per respondent is er een verschil in de mate, waarin men vindt, dat systematiek is vereist. De meeste respondenten vinden wel dat strategische analyse meer is dan een verzameling technieken.

KAN DE STRATEGISCHE ANALYSE FUNCTIES VERVULLEN?

De tweede hoofdvraag is geformuleerd om te toetsen, hoe de hoogleraren over de verschillende functies van strategische analyse denken en te achterhalen in hoeverre zij aanvullingen hebben op de reeds onderscheiden functies. Alle respondenten zien verschillende functies van strategische analyse in het strategievormingsproces. Hierbij leggen ze de nadruk op het politieke en sociale gebruik en eventueel



eel misbruik van strategische informatie. Ter aanvulling noemen ze: analyse als argument in een debat, analyse als middel tot overtuigen, een middel ter verkrijging van draagvlak of om onderbouwing achteraf te geven, maar ook ter motivatie en voor het creëren van strategisch bewustzijn. De hoogleraren zien zeker ruimte voor het definiëren van verschillende functies van de strategische analyse.

STRATEGISCHE ANALYSE IN DE GEZONDHEIDSZORG EEN ANDERE BETEKENIS?

De meningen waren verdeeld in hoeverre strategische analyse voor de gezondheidszorg iets anders betekent dan voor de profitsector. Sommige hoogleraren zien een grote bijdrage, sommige een gedeeltelijke en anderen zien vrijwel geen bijdrage voor strategische analyse aan het strategievormingsproces in de gezondheidszorg. Ruim de helft van de respondenten is sceptisch over de manier waarop men strategische analysetechnieken in de zorg toepast (en kan toepassen).

GEVOLGEN VOOR VERDER ONDERZOEK

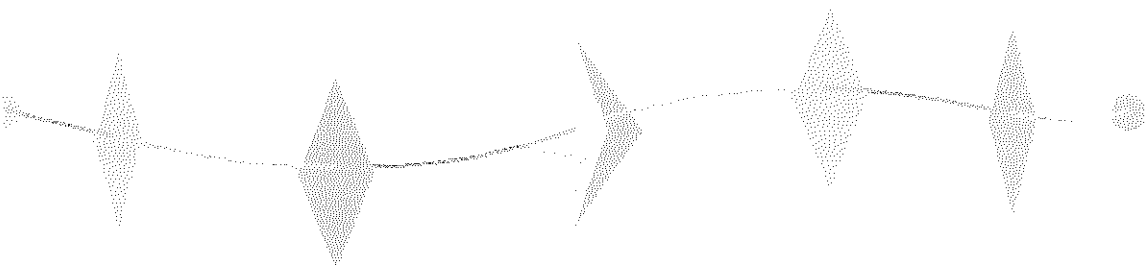
De hoogleraren geven geen eenduidige mening over de definitie van strategische analyse, de activiteiten die hieronder kunnen plaatsvinden en de mate waarin systematiek is vereist. Tevens zijn de meningen verschillend over wat strategische analyse voor de gezondheidszorg betekent. Dit biedt de ruimte, om in het vervolgonderzoek, te kiezen welke activiteiten worden bestudeerd in het kader van de strategische analyse. In het nu volgende hoofdstuk zullen de conclusies van het literatuuronderzoek, het pilotonderzoek en de interviewronde langs hoogleraren samen tot een conceptueel model leiden, dat dient als kader voor verder onderzoek. Daarbij wordt ook de te hanteren definitie van strategische analyse geformuleerd.

Bij de hoogleraren bestaat weerzin tegen het in onderzoeksmatige zin onderscheiden van strategische analyse als een aparte fase in het strategievormingsproces. Het onderzoek dient rekening te houden met het feit dat het strategievormingsproces en de strategische analyse nauw verweven zijn. Het doen van casusonderzoek kan in deze behoefte voorzien. In het vervolg van dit onderzoek zal casusonderzoek daarom een aanzienlijke rol spelen.



HOOFDSTUK 6

Conceptueel model



6.1 Inleiding

Op basis van de resultaten uit voorgaand literatuuronderzoek en interviews met hoogleraren en directeuren, is een conceptueel model ontwikkeld. Dit model geeft een globaal antwoord op de probleemstelling van dit onderzoek: 'wat is de bijdrage van strategische analyse aan het strategievormingsproces in de zorg?'. Hiermee wordt het eerste deel van dit proefschrift afgerond. Het conceptueel model dient echter te worden getoetst en verder te worden uitgewerkt aan de hand van de empirie. Dit gebeurt in deel 2.

Eerst zal hier het conceptueel model worden uitgelegd. Daartoe zullen kort de resultaten uit voorgaand onderzoek, met betrekking tot strategievorming en strategische analyse in de zorg, aan de orde komen. De functies van de strategische analyse worden behandeld, evenals de bijdrage van belangrijke elementen die naast de strategische analyse een rol spelen om tot een strategie in de zorg te komen. Als laatste wordt besproken wat dit alles betekent voor het empirisch onderzoek.

6.2 Strategievorming in de zorg

Zoals uit het literatuuronderzoek bleek, bestaat er veel theorie over de manier waarop strategievormingsprocessen dienen te verlopen en in praktijk kunnen verlopen. Mintzberg (1994) geeft het meest volledig overzicht van de bestaande theorie en geeft daarbij aan welke benaderingen volgens hem meer van toepassing zijn voor de gezondheidszorg. Dit zouden met name de politieke school en de leerschool zijn. Het weinige nationale en internationale onderzoek op dit gebied, bevestigt het feit dat strategievormingsprocessen in de zorg politiek verlopen, of incrementeel, zoals in de leerschool. In Nederland toont onderzoek van Postma (1989) en Pool (1990) dat aan.

Uit het pilotonderzoek blijkt dat er in de gezondheidszorg inderdaad een rol voor politiek gedrag tijdens de strategievorming is weggelegd. Een strateeg kan pas een strategie implementeren als weerstanden bij medewerkers zijn weggenomen. Over het algemeen is er veel weerstand bij medewerkers omdat, zoals veel directeuren ervaren, de cultuur in de zorgorganisatie niet erg veranderingsgezind is. De directeur kan door gebruikmaking van onderhandelingsvaardigheden en overtuigingskracht weerstand wegnemen en draagvlak creëren voor de strategie. De directeur moet niet alleen interne medewerkers maar ook externe belanghebbenden overtuigen, omdat ook zij de strategie kunnen blokkeren. Daarom gaat een directeur ook met de omgeving, zowel regionaal als nationaal, op een politieke manier om.

In de resultaten van het pilotonderzoek zijn ook elementen van de leerschool te ontdekken. Bijvoorbeeld waar het gaat om de visionaire directeur die van tevoren al weet in welke richting hij wil gaan en daar op allerlei manieren naartoe probeert te manoeuvreren. De rol van de directeur lijkt belangrijk te zijn in het strategievormingsproces en er lijkt niet vaak sprake te zijn van meerdere, wedijverende strategieën zoals in de politieke school gebruikelijk is.

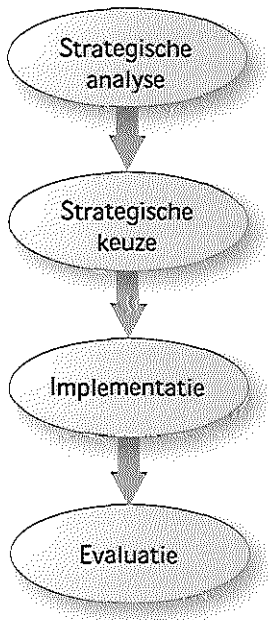
Bij een aantal organisaties zijn echte ondernemersschool-achtige elementen en kwaliteiten van directeuren te ontdekken. Het is iemand met een visie, met intuï-



tie, ervaring en inzicht. In dit onderzoek moet deze vooronderstelling echter nog nader worden onderzocht en dan vooral ook wat betreft verschillen die per soort zorgorganisatie kunnen optreden.

De literatuur hanteert een bepaalde fasering van strategisch management die in dit onderzoek niet werd teruggevonden. In plaats van dat men eerst strategische analyse toepast, vervolgens een strategie kiest en deze implementeert, zeggen veel respondenten eerst een idee voor een strategie te hebben, bijvoorbeeld op basis van intuïtie of ervaring, en vervolgens te toetsen of het wel een goed idee is of het verder aan te scherpen, vaak met behulp van strategische analyse. Strategische analyse gebruikt men meer om creatieve ideeën te toetsen. Intuïtie draagt bij aan het komen tot een strategie-idee. Dit laatste is iets wat Ohmae (1983) bevestigt.

Uit het pilotonderzoek blijkt vervolgens dat de directeuren nadat ze het strategie-idee hebben getoetst (en het de toets heeft doorstaan) anderen voor het strategie-idee gaan winnen. Dit kunnen mensen binnen of buiten de organisatie zijn. Het winnen van mensen gaat vaak gepaard met politiek gedrag. Als de directeur de meeste mensen voor het idee heeft geworven, kan hij pas tot implementatie overgaan. Grafisch kan dit proces als volgt worden weergegeven (zie figuur 6.1.):



Figuur 6.1 Fasering strategievormingsproces

6.3 Strategische analyse in de zorg

Het hanteren van de term strategische analyse (om daarmee in één woord de analyses zoals een sterke zwakte analyse te benoemen) leverde de nodige problemen op:

1. Strategische analyse komt als term alleen voor binnen strategisch management. Strategisch management wordt in verband gebracht met de klassieke benade-



- ring. Deze benadering kent veel kritiek. Daarom krijgt de strategische analyse als onderdeel van strategisch management ook deze kritiek te verduren. De helft van de hoogleraren uit kritiek aan het adres van de strategische analyse, omdat ze het in verband brengen met de klassieke benadering (dit noemen ze de ‘de mechanistische visie’ of ‘de planningsschool’). De hoogleraren vinden dat deze benadering niet overeenkomt met hoe de werkelijkheid in elkaar zit.
2. De klassieke benadering kent niet alleen veel kritiek, maar wordt door Mintzberg (1994) ook ongeschikt geacht voor de gezondheidszorg. Hij vermeldt dat strategische analyse geen belangrijke rol in de zorg kan spelen omdat in deze sector processen volgens de politieke school dan wel de leerschool verlopen, waarin geen plaats is voor rationele procedures. Door een aantal hoogleraren wordt de rol van strategische analyse ook beperkt geacht voor de zorg.
 3. In de literatuur over de strategische analyse presenteert men vele technieken, vaak zonder (eerst) een definitie van strategische analyse te geven. Tegelijkertijd zeggen auteurs dat strategische analyse meer is dan het toepassen van technieken (Viljoen, 1995). De bedoeling van de strategische analyse is een beeld te verkrijgen van de strategische positie van de organisatie in zijn omgeving (Johnson en Scholes, 1997). Welke activiteiten men in dit kader allemaal kan ontplooiën is onduidelijk. Hoogleraren reageren verdeeld op de vraag wat strategische analyse is. Sommigen definiëren het als een zeer systematische activiteit volgens vaste procedures uiteengelegd, maar anderen rekken de definitie veel meer op dan zelfs op basis van de literatuur is te verwachten. Het wordt dan gedefinieerd als momenten van beeldvorming over, of momenten van reflectie op de strategische positie, waarbij geen systematiek wordt vereist.
 4. De meeste geïnterviewde directeuren in de zorg vermelden in het kader van de strategische analyse echter wel direct verschillende analysetechnieken of een bepaalde systematiek.

Er is uiteindelijk in dit onderzoek voor een definitie gekozen die in de empirie onderzoekbaar is en goed aansluit bij de manier waarop strategische analyse wordt gedefinieerd door directeuren in het pilotonderzoek. Er zal van strategische analyse worden gesproken als een persoon of een aantal personen door middel van vooraf vastgestelde procedures een systematische analyse doen of één of meer technieken toepassen in het kader van een strategie (dat wil zeggen, een verandering gericht op de lange termijn met gevolgen voor de gehele organisatie). Het hoeft geen analyse of techniek te zijn die reeds in de literatuur bekend is, maar er dient wel sprake te zijn van een vergelijkbare mate van systematiek. Hier houdt de definitie echter nog niet op. De sociale context waarin strategische analyse plaatsvindt is in deze definitie een onderdeel van de strategische analyse. De doelen die een individu ermee heeft of de uitwerking die de toepassing ervan heeft op anderen zijn object van studie in dit onderzoek. Strategische analyse is daarmee in dit onderzoek meer dan een aantal technieken bij elkaar. Het is ook een sociaal proces. In de volgende paragraaf wordt dit toegelicht.



6.4 Functies van strategische analyse

De bijdrage van strategische analyse blijkt voor de strateeg te bestaan uit het feit dat deze verschillende functies kan hebben in strategievorming. Niet alleen aan het begin van een strategievormingsproces zoals de literatuur voorschrijft, maar ook later. Men kan de vraag stellen of er dan nog wel sprake is van strategische analyse in de eigenlijke zin van het woord. Het gaat bij de functies niet meer om het oorspronkelijke doel om de strategische positie van de organisatie in beeld te brengen bij aanvang van het strategievormingsproces. De vraag is of het onderscheiden van functies nog te verenigen is met de definitie van strategische analyse. Langley (1989) vindt het mogelijk om in haar geval de formele analyse, in zijn sociale context te bekijken. Dit betekent voor haar dat analyse niet alleen daar te vinden is waar alleen sprake is van rationaliteit, maar ook in andere contexten. Ook hebben de meeste hoogleraren geen probleem met het bekijken van de strategische analyse in de context van de praktijk waarin ze functies vervult. Door de strategische analyse functies toe te kennen wordt de schijnbare tegenstrijdigheid tussen Mintzberg's (1994) bewering (ondersteund door hoogleraren) dat strategische analyse geen rol vervult of kan vervullen in de zorg en de directeurs in de zorg die strategische analyse doen opgeheven. Directeurs passen strategische analyse toe omdat het meer oplevert dan alleen analysemateriaal.

In dit onderzoek zal de strategische analyse in termen van functies nader worden bestudeerd. Er werden verschillende functies genoemd die strategische analyse kan hebben in de praktijk. Het kan fungeren als denkmodel, ter bevestiging voor hetgeen men reeds dacht, of ter onderbouwing. Het onderzoek van Langley (1989) naar formele analyse ondersteunt de aanname dat strategische analyse verschillende functies kan hebben. Zij classificeert formele analyse in vier categorieën te weten: informatie, communicatie, sturing en beheersing en analyse voor symbolische doeleinden. Ook Brewer (1981) heeft bij overheidsorganisaties drie dimensies gevonden van analyse. Hij noemt een wetenschappelijke dimensie, een analytische en een politieke dimensie. De hoogleraren erkennen de mogelijkheid dat strategische analyse diverse functies vervult. Zij noemen dan vooral aspecten die met overtuigen te maken hebben. Brewer (1981) noemt dit de politieke functie, waarbinnen de meeste aspecten van Langley (1989) bij de communicatiefunctie en de symbolische functie zijn terug te vinden. Langley (1989) concludeert dat de communicatiefunctie belangrijk was in het door haar onderzochte ziekenhuis. Strategische analyse biedt echter meer dan de formele analyse. Ze bevat analyse-technieken die structuur geven waar Johnson en Scholes (1997) het onder andere voor aanbevelen en die de mogelijkheid bieden om groepsgewijs de analyse op te pakken. Hierdoor heeft strategische analyse nog een extra component die bij de formele analyse ontbreekt.

De functies die in het pilotonderzoek aan de orde kwamen zijn, met in het achterhoofd de noties van Johnson en Scholes (1997), Brewer (1981), en Langley (1989), in vier hoofdfuncties in te delen. De functies zijn:



- **KADERFUNCTIE:** Binnen deze functie fungeert de strategische analysetechniek als een denkmodel. Door te denken in termen van een techniek, zoals het vijf krachten model van Porter, kan men tot andere ideeën voor een strategie komen (meer in termen van concurrentie), dan wanneer men dit niet zou toepassen. De uitspraak van Johnson en Scholes (1997) dat de technieken een structuur kunnen bieden om naar de werkelijkheid te kijken ondersteunt het bestaan van deze functie. Lenz en Lyles (1991;62) geven aan dat *“a particular analytical model used becomes a ‘filter’ that frames managerial thinking”*
- **INFORMATIEFUNCTIE:** De strategische analyse heeft een informatiefunctie, dat wil zeggen dat een strateeg het gebruikt om echt objectieve informatie te verkrijgen. Van deze functie maakt een strateeg vooral gebruik als hij een idee voor een strategie wil toetsen op haalbaarheid, of als hij op zoek is naar bevestiging voor de juistheid van een bij hem reeds bestaand strategie-idee. Langley (1989) onderscheidt binnen haar ‘informatiecategorie’, de toepassing van analyse om een bestaand idee te toetsen.
- **POLITIEKE FUNCTIE:** De strategische analyse kan een functie hebben in het mensen winnen voor de strategie door anderen ermee te overtuigen, of zelfs te beïnvloeden ten gunste van een bepaalde strategie. Deze functie is bij Brewer (1981) terug te vinden in zijn ‘politieke dimensie’ en bij Langley (1989) voor een gedeelte binnen de ‘symbolische categorie’ en de categorie ‘communicatie’.
- **COMMUNICATIEFUNCTIE:** In de communicatiefunctie staat het gebruik van strategische analyse centraal om mensen te informeren en de strategie uit te leggen. Ook valt hieronder ‘het betrekken van mensen bij het doen van de strategische analyse’, om daarmee te bewerkstelligen, dat men weet wat de bedoeling is en dat men gemotiveerd raakt om de strategie ten uitvoer te brengen. Langley (1989) noemt aspecten van deze functie binnen haar ‘communicatiecategorie’.

6.5 Koppeling functies aan strategievormingsproces

De functies spelen elk een bepalende rol in een andere fase van de strategievorming. In de eerste fase, waarin een strateeg tot een idee voor een strategie komt, gebruikt hij de strategische analysetechniek als een kader om naar de situatie te kijken. In de tweede fase zoekt hij naar objectieve informatie, om daarmee te toetsen of een bepaald strategie-idee dat hij heeft ook echt een goede, haalbare strategie is. Het kan ook zijn dat hij vooral naar bevestiging van de eigen ideeën zoekt. In de derde fase speelt de politieke functie van de strategische analyse een rol, wanneer de strateeg mensen gaat winnen voor een bepaalde gewenste strategie. De communicatiefunctie komt het meest in de implementatiefase van pas. Enerzijds weet de strateeg door het presenteren van de resultaten uit de analyse of door het betrekken van mensen bij het analyseproces de strategie uit te leggen aan betrokkenen. Anderzijds motiveert hij medewerkers voor het uitvoeren van de strategie, door ze te betrekken bij het analyseproces.



De functies zijn echter niet aan een bepaald tijdstip gebonden. Strategische analyse kan een strateeg bijvoorbeeld al tijdens de overtuigingsfase toepassen, om ermee te overtuigen maar ook anderen van uitleg te voorzien, zodat de communicatiefunctie al (voor een deel) vervuld is als de implementatie fase aanbreekt.

6.6 Andere zaken, die een rol spelen in het strategievormingsproces

Verschillende elementen spelen, naast strategische analyse, een rol in de verschillende fases van de strategievorming. Omdat de rol van de directeur centraal stond in het pilotonderzoek (vanuit de vooronderstelling dat hij de strategische analyse inzet) kreeg de wijze waarop een strategie ontstaat in het hoofd van de directeur veel aandacht. Daardoor komen zaken aan het licht die in de cognitieve school en ondernemersschool spelen. Het gaat dan om begrippen als kennis, ervaring en intuïtie.

Weggeman (1997) gaat in op de definiëring van begrippen als 'kennis' en 'ervaring'. Kennis definieert hij als 'een persoonlijk vermogen dat iemand in staat stelt een bepaalde taak uit te (gaan) voeren'. Ervaring is volgens hem 'door ondervinding of waarneming verkregen kennis'. Weggeman ziet kennis als het product van de informatie, de ervaring, de vaardigheid en attitude waarover iemand op een bepaald moment beschikt. De laatste drie genoemd begrippen ervaring, vaardigheid en attitude (EVA) noemt hij impliciete of stilzwijgende kennis.

In dit onderzoek wordt (voorlopig, zolang empirisch onderzoek geen reden tot bijstelling geeft) met 'kennis' expliciete kennis bedoeld te verkrijgen uit informatie, en wordt met ervaring 'impliciete kennis' bedoeld. Impliciete kennis is te verkrijgen door te imiteren en door socialisatieprocessen (Weggeman, 1997).

Intuïtie is een begrip dat veel wordt gedefinieerd met behulp van het woordenboek (Webster's Unabridged Library). Het wordt daarin omschreven als 'het direct weten of kennen van iets zonder het bewust gebruik van logisch redeneren'. In dit onderzoek komt intuïtie in het strategievormingsproces naar voren als: 'een gevoel waar het naartoe moet met de organisatie'.

Ook het netwerk speelt een belangrijke rol in deze eerste fase om te komen tot een strategie-idee. Vaak bedoelt de directeur met het netwerk een gremium op basis waarvan hij op een strategie-idee komt. Het is nog niet duidelijk uit welke personen of organisaties het netwerk bestaat. Shortell en Kaluzny (1988) vermelden dat een directeur in de zorg inderdaad in staat moet zijn in netwerken te participeren. Ook van der Grinten (1997) en Meurs (1997) bevestigen dit voor de Nederlandse situatie.

De respondenten noemen het begrip perceptie niet, maar twee respondenten zeiden wel dat persoonlijke inzichten een rol speelden bij het komen tot een idee voor een strategie. Voorlopig wordt dit fenomeen met het begrip 'perceptie' aangeduid. Onder perceptie zal hier worden verstaan, in navolging van Klijn, Koppenjan



en Termeer (1993): ‘definities of beelden van de werkelijkheid’ die (in dit geval) een strateeg heeft.

In de tweede fase, de toetsfase, praat de strateeg veel met mensen intern en extern om te toetsen of zijn idee ook echt wel een goed idee is. Daarnaast maakt hij daarvoor gebruik van strategische analysematerial. Eventueel stelt hij zijn idee nog wat bij.

In de derde fase, als het strategie-idee de toetsfase heeft doorstaan, probeert de strateeg mensen te winnen voor zijn idee. Voor het winnen van mensen voor de strategie zijn zaken van belang als overtuigingskracht, met ‘charisma’ als een belangrijk element.

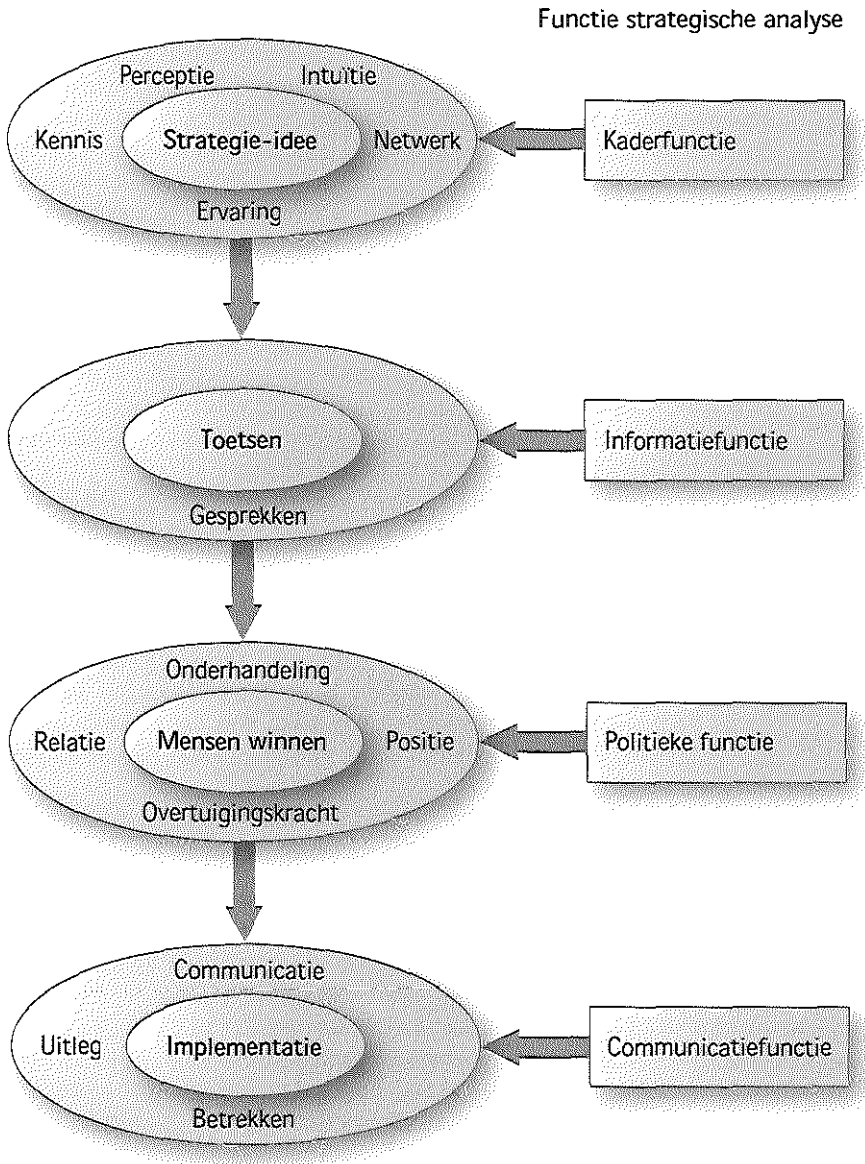
De persoonlijke relatie die een strateeg heeft met de mensen die hij moet overtuigen, moet goed zijn om ze mee te kunnen krijgen. Meurs (1997) vermeldt dat een directeur (vaak de strateeg) in de zorg vertrouwen moet genieten. Tevens is de positie die iemand bekleedt in de organisatie, van belang voor de mate waarin mensen te overtuigen zijn. Als ‘de directeur’ iets wil heeft dit meer overtuigingskracht dan wanneer een lagere manager dit wil. De directeur heeft hierin voordeel van zijn positie. Verder zijn er aanwijzingen dat een strateeg moet kunnen onderhandelen met interne medewerkers, maar ook met externen. Shortell en Kaluzny (1988) concluderen voor de Amerikaanse situatie zoals Moen en Nievaart (1997) voor de Nederlandse, dat een manager in de zorg moet kunnen onderhandelen en dat zijn persoonlijkheid geschikt moet zijn om mensen te kunnen motiveren. Wat voor de manager geldt zal waarschijnlijk ook voor de strateeg gelden.

De respondenten noemen ‘de communicatie’ als een belangrijk aspect van de implementatie. Het gaat hier vooral om het geven van uitleg aan medewerkers over wat de strategie is. Hierbij is het ook belangrijk mensen te betrekken bij het strategievormingsproces. Shortell en Kaluzny (1988) concluderen voor de Amerikaanse situatie zoals Meurs (1997) voor de Nederlandse, dat een manager in de zorg goed moet kunnen communiceren om de verschillende medewerkers bij elkaar te kunnen brengen. Ook hier geldt waarschijnlijk dat wat voor de manager geldt, ook voor de strateeg geldt.

6.7 Conceptueel model

Bovenstaande conclusies zijn grafisch als volgt weer te geven in een conceptueel model (zie figuur 6.2). Centraal element hierin is de bijdrage (functies) van strategische analyse. Daarom zijn de functies grafisch apart weergegeven. Ze zijn echter onderdeel van het strategievormingsproces dat uit vier fases bestaat. Per fase zijn de aspecten (rondom) weergegeven die (naast de strategische analyse) ook hun bijdrage hebben aan het strategievormingsproces.





Figuur 6.2 Conceptueel model



6.8 Het vervolg van dit onderzoek

In het tweede empirische deel van dit onderzoek bestaat de mogelijkheid dieper op de strategievorming en de bijdrage van strategische analyse in te gaan. Het conceptuele model fungeert daarbij als leidraad. Er wordt getoetst in hoeverre het conceptuele model geldt, moet worden aangepast of moet worden verworpen. Verder wordt duidelijk in welke mate het conceptuele model geldt voor bepaalde sectoren in de zorg. In het pilotonderzoek zijn er allerlei soorten organisaties onder de loep genomen. Eventuele sectorverschillen waren hier niet uit op te maken. Misschien is er verschil per sector in de mate waarin bepaalde functies belangrijk zijn, of de mate waarin de directeur een dominante rol speelt.

Tevens biedt het empirisch onderzoek de mogelijkheid de onderscheiden aspecten in het conceptuele model, zoals de rol van het netwerk, of de rol van intuïtie, verder uit te werken en te concretiseren. Ook het relatieve belang van de factoren ten opzichte van elkaar kan worden bestudeerd, evenals de precieze opeenvolging van de onderscheiden fases in de strategievorming.

Er is eerst één sector uitgekozen ter verdere bestudering. Dit is de thuiszorg, vanuit de verwachting dat door de introductie van marktwerking in deze sector strategiebepaling noodzakelijk is.

Op basis van de resultaten van de interviews met thuiszorgdirecteuren kwam onzekerheid over de vraag of de thuiszorg nu wel de sector met de meest strategische analyse was. Er is toen een enquête gedaan bij thuiszorg, ziekenhuizen en verpleeghuizen. Op basis van de enquête is de ziekenhuissector gekozen om net als de thuiszorg nader te bestuderen. De reden was dat ziekenhuizen weliswaar niet veel verschillende technieken doen, maar wel vaker dan de thuiszorg- en de verpleeghuissector.

Casusonderzoek in beide sectoren bood vooral de mogelijkheid om tot een nadere uitwerking van de onderscheiden aspecten in het conceptuele model te komen. Het strategievormingsproces en de toepassing van strategische analyse konden voor een deel met casusonderzoek worden bestudeerd.

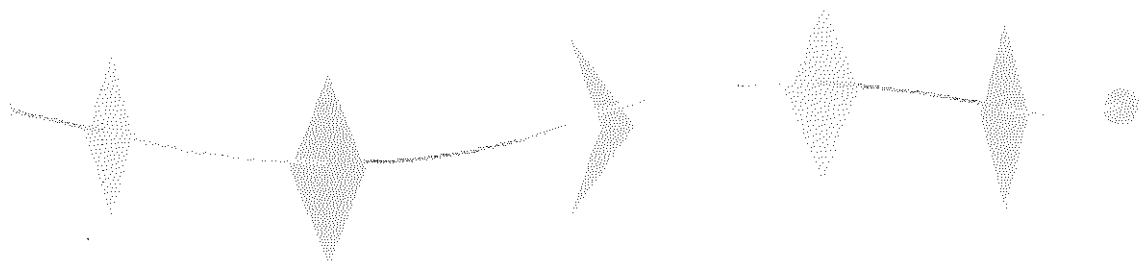


DEEL 2

De empirie

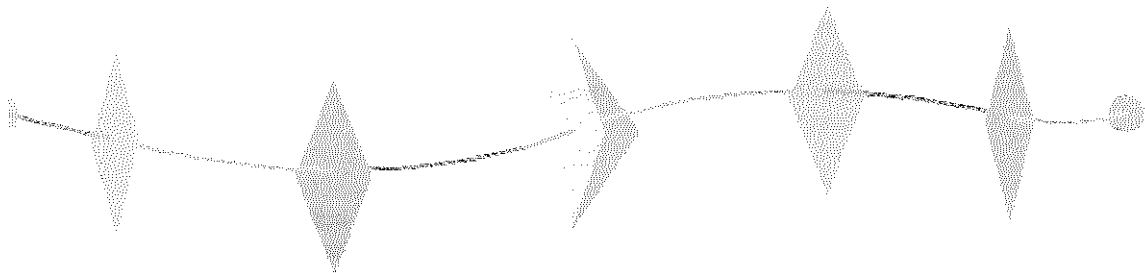
In dit deel wordt de empirie onderzocht om het conceptueel model te toetsen en waar nodig aan te passen, of verder uit te werken. Daartoe is begonnen met het interviewen van directeuren in de thuiszorg omdat in deze sector op basis van voorgaand pilotonderzoek veel strategische analyse werd verwacht. Er is geprobeerd respondenten zo veel mogelijk vrij te laten praten over strategievorming en ze niet te beïnvloeden om in lijn met het conceptueel model te antwoorden.

Uit de interviews met thuiszorgdirecteuren bleek dat strategische analyse toch niet zo'n grote rol speelde als verwacht. Daarom is een enquête uitgezet om vast te stellen in welke mate strategische analyse voorkomt in de zorg en welke sector het meest aan strategische analyse doet. Er zijn drie sectoren bevraagd. Toen bleek dat in ziekenhuizen veel strategische analyse plaatsvond is ook deze sector op dezelfde wijze als de thuiszorg, namelijk met interviews, bestudeerd. Na de interviews is casusonderzoek gedaan bij twee thuiszorgorganisaties en een ziekenhuis om gedetailleerd het verloop van de strategievorming en de bijdrage van strategische analyse te kunnen bestuderen. Met de casussen wordt deel 2 van dit proefschrift afgesloten. In deel 3 worden conclusies getrokken met betrekking tot dit empirische deel.



HOOFDSTUK **7**

Interviews thuiszorgorganisaties



7.1 Inleiding

Het conceptueel model zal in dit hoofdstuk worden getoetst aan de empirie en verder worden uitgewerkt met empirische voorbeelden. Vraagstellingen zijn:

1. Hoe verloopt het strategievormingsproces? (Vraag 1B)
2. Wat is de bijdrage van strategische analyse hierin? (Vraag 3A)
3. Zijn er bepaalde technieken met een bepaalde functie? (Vraag 3B)

Doel van de interviewronde is na te gaan in hoeverre het conceptueel model bruikbaar is voor de beschrijving van het strategievormingsproces in de thuiszorg. Misschien moet het conceptueel model daartoe worden aangevuld, bijgesteld of uitgebreid.

De toetsing en uitwerking van het conceptueel zou in die sector moeten plaatsvinden waar strategische analyse veel voorkomt. De thuiszorgsector is daartoe uitgekozen, omdat uit het pilotonderzoek bleek dat thuiszorgdirecteuren in ieder geval veel strategische analysetechnieken toepassen. Reden hiervoor is dat de thuiszorg in een turbulente situatie heeft verkeerd, omdat ze als proeftuin voor marktwerking in de zorg heeft gefungeerd. Bedrijfsmatig werken werd hierdoor noodzakelijk en er kwam aandacht voor principes en methoden die het bedrijfsleven hanteert. Ook gingen dié mensen in deze sector werken, die deze manier van werken aantrekt.

Achtereenvolgens zullen de vragen worden behandeld en de procedure ter verkrijging van de respondenten. Vervolgens zullen de resultaten en de conclusie worden gepresenteerd.

7.2 Methoden

7.2.1 PROCEDURE

Aan alle thuiszorginstellingen (117) is een brief gestuurd met de vraag of ze wilden meewerken aan onderzoek naar de bijdrage van strategische analyse aan het strategievormingsproces. Gevraagd is of ze strategische stukken wilden sturen en in een latere fase zouden willen meedoen aan een interview. Alle instellingen zijn vervolgens gebeld voor een reactie op de brief. Uiteindelijk hebben 26 instellingen strategisch materiaal opgestuurd. Op basis van dit materiaal is een groep respondenten samengesteld die een beeld zou kunnen geven van zo veel mogelijk verschillende:

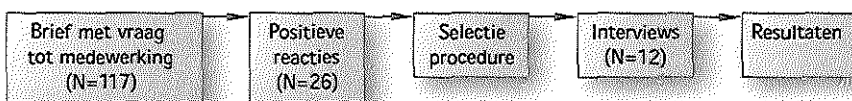
- Strategische analysetechnieken;
- Toepassers en mensen die opdracht geven daartoe (een directeur, ad-interim, of andere medewerker);
- Uitvoerders (directeur, stafmedewerker, adviseur);
- Omvang van organisaties;
- Regio's;
- Strategische problemen.

Op basis hiervan zijn 12 organisaties uitgekozen. Meer organisaties voldeden niet aan de voorwaarden. Twee hoofden beleid (van twee organisaties) deden veel stra-



tegische analyse in de organisatie. Daarom wilden de directeuren dat het interview bij hen werd afgenomen. Eén van de geselecteerde organisaties had een interim directeur. Helaas kon deze persoon op het laatste moment niet meewerken en is ook hier met het hoofd beleid gesproken. Er zijn dus negen directeuren en drie hoofden beleid geïnterviewd.

Figuur 7.1 geeft een overzicht van de onderzoeksprocedure.



Figuur 7.1

Tabel 7.1 geeft een overzicht van de kenmerken van de geïnterviewde organisaties op basis van de stukken, aangevuld met kennis uit de interviews. Hieruit blijkt dat organisaties uit alle delen van het land zijn geïnterviewd; zowel grote als kleine organisaties. De organisaties hebben te maken met verschillende vraagstukken en de respondenten hebben een verschillende achtergrond.

7.2.2 VRAGEN

Op basis van de geleverde stukken bestond per instelling al een beeld van het formele verloop van het strategievormingsproces in de organisatie. Het interview concentreerde zich dan ook vooral op de beleving van de respondent. De vragen zijn algemeen geformuleerd, gebaseerd op theoretische concepten uit de literatuur, zodat de respondent niet werd beïnvloed volgens het conceptueel model te denken. De vragen met de doelstellingen staan in tabel 7.2.

7.3 Resultaten

7.3.1 WAT IS STRATEGIEVORMING EN DOET U ERAAN?

Alle respondenten zeggen aan strategievorming te doen. Het is nodig omdat men anders bij *'de waan van de dag'* blijft (4,8) en men dan steeds *'achter de feiten aanloopt'* (6). Alle respondenten zijn van mening bezig te zijn met strategie 'bepalen', dat wil zeggen; actief inspelen op strategische zaken. Eén van deze organisaties is daar pas net mee begonnen en was tot een jaar geleden reactief (11).

Op de vraag wat strategievorming is, noemen respondenten een aantal centrale aspecten, te weten:

- Het kijken naar de omgeving en de organisatie (1,2,3,4,8,9,12);
- Langere termijn denken (3,4,6,8,12);
- Anticiperen op de verwachtingen die er zijn voor de toekomst of koers bepalen voor de toekomst (2,3,6,8,9,11);
- Positie bepalen in de markt met betrekking tot cliënten, producten en concurrenten (4,6,8,10).



TABEL 7.1 KENMERKEN VAN DE GEÏNTERVIEWDE THUISZORGORGANISATIES

	Locatie	Grootte ¹	Mate van strategische analyse ²	Huidig strategisch vraagstuk	Functie en achtergrond respondent
1	Noorden	Groot	Veel	Horizontale fusie, Nieuwe pnc's	Directeur, bedrijfskundige
2	Westen	Gemiddeld	Veel	Verticale fusie	Hoofd beleid, bedrijfskundige
3	Westen	Gemiddeld	Gem./veel	Reorganisatie	Directeur, socioloog
4	Zuiden	Gemiddeld	Gem./veel	Reorganisatie	Nb
5	Westen	Gemiddeld	Veel	Positie bepalen, horizontaal fuseren	Directeur, bedrijfskundige
6	Noorden	Groot	Veel	Reorganisatie, nieuwe pnc's	Hoofd beleid, sociale wetenschapper
7	Zuiden	Gemiddeld	Weinig	Positiebepaling of fusie	Directeur, bestuurskundige
8	Westen	Klein	Veel	Nieuwe pnc's	Directeur, theoloog
9	Oosten	Klein	Veel	Nieuwe pnc's	Directeur, bedrijfskundige
10	Westen	Groot	Weinig	Verticale fusie	Directeur, medicus
11	Westen, grote stad	Klein	Weinig	Reorganisatie	Hoofd beleid, Verpleegkundige
12	Westen	Klein	Gem./veel	Net gefuseerd	Directeur, sociale wetenschapper

¹ Grootte: budget < 25 miljoen = klein, budget > 50 miljoen = groot, alles daartussen is gemiddeld

² Mate van analyse: weinig = 1 techniek, gem. = 2 technieken, gem./veel = 3 technieken, veel = meer dan 3

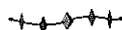
Een belangrijk element is dus de toekomstgerichtheid en het analyseren van de organisatie en de omgeving om vervolgens een eigen koers te kunnen bepalen.

7.3.2 OP WELKE MANIER VINDT HET PLAATS EN NAAR AANLEIDING VAN WAT?

De meningen over hoe strategievorming plaatsvindt zijn verdeeld. Sommige respondenten antwoorden dat het een continu proces is (1,9,10,12). Anderen (7,8) zeggen dat ze zich eens in de zoveel jaar bezinnen op de strategie. Als dit niet gebeurt zegt men niet strategisch maar ad-hoc te reageren. Eén respondent noemt de beide mogelijkheden, dat het zowel continu als periodiek plaatsvindt (3). Hij zegt:

“Als het gaat om periodieke bezinning dan doen we dat systematischer. Dan hebben we een SWOT-analyse en dan kijken we gewoon hoe de stand van zaken er wat breder voor staat. Maar in het continue proces is het voor een heel groot gedeelte op basis van intuïtie.”

De aanleiding om tot strategiebepaling over te gaan kan formeel, inhoudelijk of allebei zijn.



TABEL 7.2 VRAGEN EN DOELSTELLINGEN

Vraag	Doelstelling	Deelvragen/toelichting
Wat is strategievorming voor u en doet u eraan?	Achterhalen wat directeuren onder strategievorming verstaan en of dit actief plaatsvindt, reactief, bewust of onbewust.	<ul style="list-style-type: none"> • Is het een bewust proces (intended; Mintzberg, 1987) of onbewust proces (unintended) of "emergent", zonder intenties van tevoren (Mintzberg, 1987)?
Op welke manier vindt het plaats en naar aanleiding van wat?	Inzicht krijgen in het procesverloop vanuit het perspectief van de directeur.	<ul style="list-style-type: none"> • Wordt de strategie uitgewerkt in deelplannen en actieplannen (synoptisch), of globaal omschreven? • Manoeuvreert de strateeg met kleine stapjes in de gewenste richting (incrementeel; Quinn, 1978)? Heeft men daarbij een visie of niet? • Bepaalt men een strategie aan de hand van een permanente beleidscyclus, bepaalde geïnstitutionaliseerde strategiebesprekingen, een gevoelde crisis, concrete probleemsituatie of door 'pressure'?
Welke activiteiten doet een organisatie in het kader van de strategiebepaling?	Dieper in kunnen gaan op de wijze waarop het strategievormings-proces wordt vormgegeven en de rol van strategische analyse daarin.	<ul style="list-style-type: none"> • Wie voert een eventuele strategische analyse uit, (staf, externe ondersteuning), waarom en op welke manier? • Wat draagt het dan bij? • Met welke analysetechnieken, op welke manier, waarom en op welk moment?
Wie bedenken meestal de strategieën?	Achterhalen in hoeverre de directeur of andere personen een dominante rol spelen.	<ul style="list-style-type: none"> • De directeur kan een belangrijke invloed hebben maar ook bijvoorbeeld de staf of een organisatie-adviseur.



Vraag	Doelstelling	Deelvragen/toelichting
(Op welke manier) komt een strategie tot stand en welke factoren spelen daarin een rol?	Inzicht krijgen in het keuzeproces. Kiest men wel en op welke manier?	<ul style="list-style-type: none"> • Werkt men strategische opties helemaal uit op basis van criteria (technical rationality, zie Stacey, 1996) of bestaat er meestal al een idee waar men naar toe wil? • Is het komen tot een keuze voor een strategie een politiek of rationeel proces (zie Mintzberg 1997)? Gaat het om consensus, of is het gewoon een beslissing van de directeur (of anderen)?
Hoe verloopt de implementatie?	Achterhalen welke activiteiten men ontplooit tijdens de implementatie.	<ul style="list-style-type: none"> • Formeert men bijvoorbeeld werkgroepen op onderdelen? • Verwacht de strateeg van het uitvoerend niveau dat zij de strategie ten uitvoer brengt?
Vraagt u bij strategie-vorming ondersteuning van organisatie-adviseurs?	Achterhalen in hoeverre kennis bij de eigen organisatie aanwezig is.	
Wat is in evaluatieve zin de bijdrage van strategische analyse?		<ul style="list-style-type: none"> • Wat werkt er wel of niet? • Zou u het uw collega's aanraden? • Kan het zonder?

- **FORMELE AANLEIDING:**
Volgens vier respondenten. (1,2,6,9) gaat men formeel tot strategievorming over, als de tijd daarvoor is aangebroken in de planningscyclus. Men kan eventueel ad-hoc een strategiebespreking inlasten buiten dit proces om (1,2,6), maar meestal vinden strategiebesprekingen plaats op gezette tijden. Eén respondent (8) doet strategisch beleid aan de hand van een concreet strategisch probleem omdat hij dan aan de medewerkers duidelijk kan maken dat het echt noodzakelijk is om de strategie te veranderen.
- **INHOUDELIJKE AANLEIDING:**
De aanleiding om een strategische positie te bepalen is heel vaak het beleid van de overheid. Dit is een belangrijke omgevingsinvloed die er toe aanzet om tot strategie bepaling over te gaan (3,8,9,10,11). Het overheidsbeleid is voor



sommige directeuren heel dwingend en men lijkt er op basis van de uitspraken nogal reactief op in te spelen. Een hoofd beleid (6) ervaart de plannen van de overheid als: "gij zult fuseren" en een directeur (10) zegt dat men in het bedrijfsleven veel meer vrijheid van handelen heeft en zelf meer invloed kan uitoefenen op de omgeving:

"Kijk als de overheid zegt: jullie moeten allemaal naar links gaan ja dan kan je wel een hele tijd blijven tegenstribbelen maar na vijf jaar gaat iedereen naar links."

Hij geeft hierbij het voorbeeld van de maatregel dat men het gehele pakket thuiszorg moet kunnen bieden (sinds 1 januari 1997). Een andere directeur (9) zegt dat "het vijf krachten model van Porter" niet echt van toepassing is op de zorg, omdat de overheid heel sterk richting geeft aan de inhoud en financiering van de zorg. Een directeur (8) zegt tot strategische beleid te zijn overgegaan omdat eigenlijk al was besloten dat men zou fuseren:

"Je staat voor een fusie en je vraagt je af, waarom doen we het eigenlijk?"

Uit deze uitspraak blijkt de fusie te zijn opgedrongen.

Verder zijn ontwikkelingen in de regio een aanleiding (3,4,5). Een respondent (5) vermeldt daarbij nog dat het netwerk van thuiszorgorganisaties onderling heel dwingend is. Binnen dit netwerk gelden regels over wat wel en niet kan. Daardoor doet men elkaar na. Gaat de één fuseren dan doet de ander dat ook. Een uitspraak van een andere directeur (10) wijst ook in deze richting. Hij zegt:

"Ik denk niet echt dat ik het zelf heb bedacht, want het is altijd weer verbazend dat dingen waarvan je eerst denkt dat je ze zelf hebt bedacht vervolgens overal blijken te worden gedacht."

Deze respondent (10) vult aan dat men strategiebepaling soms ook in gang zet om machtsredenen.

7.3.3 WELKE ACTIVITEITEN DOET MEN IN HET KADER VAN STRATEGIEBEPALING?

Negen organisaties (1,2,3,4,6,8,9,10,12) vermelden in het kader van strategiebepaling een beleids- of planningscyclus te doorlopen. Bij iedere organisatie verloopt dit formele proces verschillend. Soms verschillen de mondeling toegelichte zaken ook van de procedure zoals weergegeven in de stukken. In bijlage 5 staat het stappenplan weergegeven per respondent zoals op te maken uit de strategische stukken en de informatie uit de interviews. Centraal in de planningscyclus staat het schrijven van een (strategisch) beleidsplan (jaarlijks) of een meerjarenplan (voor nog langere termijn). In jaarplannen stelt men het strategische beleidsplan of meerjarenplan steeds bij. In een strategisch beleidsplan geeft men iets van de analyse weer en werkt men de keuze voor de strategie uit. Om tot dit plan te komen ontplooit men een aantal activiteiten dat hieronder aan de orde komt.

Op basis van het opgestuurde materiaal blijkt dat soms formeel de eerste stap bestaat uit het doen van een interne- en een externe analyse (3,8), soms uit het formuleren van een missie waarna een interne en externe analyse plaatsvindt (2,4,6), en soms uit het doen van een interne analyse waarna men de missie bepaalt (2,11). Een directeur had geen plannen opgestuurd waaruit dit kon blijken.



TABEL 7.3 TOEGEPASTE STRATEGISCHE ANALYSETECHNIKEN PER ORGANISATIE

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SWOT	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Concurrentie		x			x	x		x				
Ansoff (PMC)				+		x		x	x			
Porter	x			x	x							
Portfolio		x	x					x				
Cultuuranalyse	x	x										x
Klanttevredenheidsoz.						x			x			x
Stakeholder	x		+					x				
PEST	+				x							
7S-model					x	x						
Marktanalyse					x	x						
Netwerk		x										
Trendanalyse								x				
DIVO					x							
Productlevencyclus									x			
Imago onderzoek				x								

x = uit interviews

+ = uit schriftelijk materiaal

De mate waarin directeuren technieken doen tijdens de interne en externe analyse verschilt, evenals de mate waarin dit systematisch gebeurt (voorzover het mogelijk is dit te achterhalen). Iedereen formuleert wel sterkten, zwakten, kansen en bedreigingen, maar niet iedereen zet de factoren tegen elkaar af en trekt er conclusies uit. Ook de organisaties die geen planningscyclus (5,11) doorlopen doen in het kader van de strategievorming wel eens een analyse (zie tabel 7.3). Uit deze tabel blijkt dat iedereen een SWOT-analyse doet. Soms is het de enige techniek die men doet. Andere analysetechnieken komen minder frequent voor, zoals bijvoorbeeld de netwerkanalyse of een trendanalyse. Als men deze technieken doet, past men ze toe in combinatie met andere technieken.

Uit de interviews blijkt dat verschillende niveaus van de organisatie de strategische analyse toepassen:

- De directie zelf (3,7,9,10);
- De directie samen met hoofd beleid (2,11);
- De divisies zelf (4,6,8);
- Een apart staffbureau (1,12);
- Zowel directie en divisies, waarbij de directies hun resultaten tegen die van de medewerkers afzet (4).

Na de analyse brengen directeuren ofwel strategische opties in beeld waaruit ze een strategie kiezen, (1,3,12) of ze bepalen doelstellingen (2,4,6). Dan schrijven ze een plan en werken de lagere niveaus de plannen uit in uitvoeringsplannen



of werkplannen. Elk jaar vindt evaluatie van het geïmplementeerde beleid plaats, waarna de cyclus weer van voren af aan begint. Zes directeuren (1,2,3,4,9,10) ervaren strategievorming als een top-down proces. Een aantal directeuren (4,6,10) zegt er wel meer een “bottom-up” proces van te willen maken. Naast de formele procedure vindt ook wel eens ad-hoc een strategiebepredking plaats en volgens sommige directeuren, die strategievorming als een continu proces ervaren, komt in elk managementoverleg wel een strategisch vraagstuk aan de orde.

7.3.4 WIE BEDENKT DE STRATEGIE, HOE KOMT HET TOT STAND EN WELKE FACTOREN SPELEN EEN ROL?

De directie of directeur bedenkt de strategie, of is daarin in ieder geval de hoofdpersoon, zo ervaren alle respondenten. Het is niet duidelijk hoe dit precies bij een meerhoofdige directie gaat; of er dan alsnog een hoofdpersoon is, of dat men dan samen één actor is. Respondenten geven wel vaak aan dat ze binnen een meerhoofdige directie naar consensus toewerken. Deze consensus kan op basis van een stevige discussie tot stand komen (1,4) of direct aanwezig zijn (8,9). Wanneer directies discussies voeren, waarbij ook overtuigen een rol speelt, passen ze soms ook strategische analyse toe.

Al begint het formele planningsproces met een analyse, zeven directeuren (1,2,3,4,8,10,12) en drie hoofden beleid (2,6,11) ervaren echter in de praktijk, dat men al weet welke strategie men wil volgen voordat men tot strategische analyse overgaat. Het strategie-idee kan heel concreet zijn, zoals bijvoorbeeld de wens tot het fuseren met een bepaalde instelling, of meer globaal een idee waar men naar toe wil met de organisatie; bijvoorbeeld naar een ouderenzorgketen (5).

Belangrijke factoren op basis waarvan een idee tot stand komt, zijn:

- INTUÏTIE:

Drie directeuren en een hoofd beleid (1,3,6,7) vinden intuïtie een belangrijke factor. Op basis van intuïtie weet men welke kant men wel en niet moet opgaan met de strategie. Een directeur (6) zegt:

“Je moet een gevoel hebben van; ‘we moeten die kant op’. Dat gevoel is er al voor de analyse”

Een directeur (12) spreekt van instinct. Het hoofd beleid (6) staat wat ambigu tegenover de ‘intuïtie’ van de directie en zegt:

“De Raad van Bestuur gaat natuurlijk ook brainstormen over het strategisch kader voor de komende jaren en die komen zelf ook met voorstellen. En wat je wel ziet is, dat ze doelstellingen naar voren brengen die meer intuïtief ingegeven zijn door samenwerking met andere organisatie. Deze doelstellingen verhouden zich soms niet goed met doelstellingen die meer uit de markt komen.”

- NETWERK:

Vijf directeuren (1,3,4,10,12) en een hoofd beleid (6) dichtten het netwerk ook een belangrijke rol toe. Hieruit komt input op basis waarvan men tot een strategie-idee komt. Door met mensen te praten en te horen welke strategie zij volgen, komt men zelf ook op ideeën.



- **KENNIS:**
Zes directeuren (2,3,4,10,11,12) noemen 'kennis' als een belangrijke factor. Dagelijks doet men die kennis op door het lezen van allerlei informatie in kranten, tijdschriften en nota's.
- **ERVARING:**
Vier directeuren (1,4,10,12) zeggen dat eerder opgedane ervaringen een belangrijke rol spelen. Als men al enige tijd in de zorg werkzaam is, weet men al wel wat er in die wereld speelt. Eén directeur (12) heeft in een eerdere functie bij een andere organisatie een soortgelijke strategie uitgevoerd als hij nu binnen de huidige organisatie vormgeeft.
- **PERSOONLIJKHEID:**
Twee directeuren (8,12) vermelden dat het ook met persoonlijkheid te maken heeft welke strategie men bedenkt.

Strategische analyse biedt directeuren (1,2,4,9) vooral een denkkader of manier van kijken naar de organisatie en de omgeving bij het komen tot een visie of concreet idee voor een strategie. Die functie speelt vooral in deze fase een rol. Eén directeur hanteert hiervoor een eigen model. Dit model is gebaseerd op een combinatie van de SWOT-analyse, de productlevenscyclus en de product/markt analyse (9). Eén directeur (1) zegt dat het denken in termen van Porter nieuwe gezichtspunten oplevert. Eén directeur (4) gebruikt de SWOT-analyse als denkkader. Een hoofd beleid zegt niet één bepaalde techniek hiervoor te gebruiken (2). Twee directeuren (5,8) zeggen niet zelf strategische analyse als denkmodel te gebruiken. Deze directeuren redeneren echter wel vanuit een ketenbenadering. Deze wijze van denken komt overeen (zoals één van hen aangeeft) met het denken dat ten grondslag ligt aan de waardeketenanalyse.

Twee directeuren (9,5) zeiden soms eerst een idee te hebben en soms eerst analyse te doen om op basis daarvan tot een idee te komen. In het laatste geval heeft de strategische analyse een informatiefunctie. Het gaat dan volgens één directeur (9) vooral om financiële analyses en marktanalyses, de andere directeur (5) noemt de SWOT en de PEST-analyse. Toen hij de organisatie betrad gebruikte hij een veelheid aan strategische analysetechnieken met de informatiefunctie. Dit geldt ook voor een andere directeur (7).

Deze directeur zei éénmalig de informatiefunctie van de strategische analyse te hebben gebruikt bij het bedenken van de strategie. Dit was toen hij nieuw de organisatie binnenkwam. Hij noemt dat het maken van een 'quick scan', en daarvoor gebruikte hij de SWOT-analyse.

7.3.5 TOETSEN VAN HET 'STRATEGIE-IDEE'

Omdat directeuren vaak al een idee hebben van waar ze naartoe willen, is er niet echt sprake van een keuzeprocess. Eén directeur (1) maakt melding van het kiezen voor een strategie, maar blijkt ook van tevoren al wel te weten waar het naartoe moet. Als de directeur een globaal strategie-idee heeft, gaat zijn aandacht vooral uit naar de vraag of het strategie-idee haalbaar is (8,9). Hij evalueert dan één strate-



gie en niet verschillende zoals bijvoorbeeld Johnson & Scholes (1997) aanbevelen. Het strategie-idee toetst men (1,2,3,4,5,8,9,11) en werkt men eventueel verder uit (1,2,5) door toepassing van strategische analyses.

Een directeur zegt hierover (1):

“Maar ik denk dat het begint met dat we best wisten wat we wilden, dat we analyses vooral gebruikt hebben om ten eerste wat concreter te worden, van wat betekent dat nou en verder om ideeën gewoon te toetsen van willen we dat nou echt, past dat idee bij onze organisatie en de situatie waarin we zitten.”

Een andere directeur (3) zegt in dit kader:

“Maar ik denk dat het zo is, dat je altijd ideeën hebt, dat je probeert daar wat los van te komen en dat je ze wilt toetsen. Dus je stelt ze ter discussie op deze methodische manier, maar je kunt niet met nul beginnen; we lopen hier al jarenlang rond.”

Eén directeur (3) zoekt naar bevestiging voor de gewenste strategie met behulp van strategische analyse. Voor de uitvoering van de analyse maakt hij gebruik van de staf. Hij zegt:

“Er wordt (tegen de staf) gezegd: ‘we hebben het idee dat we die kant op moeten, kijk eens goed in je analyses of we daar bevestiging voor vinden of juist helemaal niet’.”

Als de analyses iets anders uitwijzen dan het idee, past men het idee aan (1,3). Een directeur (1) zegt het weleens moeilijk te vinden om als hij al een idee in zijn hoofd heeft, dit toch bij te stellen op basis van wat de analyses uitwijzen. Ook dient de strategische analyse in dit kader om blinde vlekken op te sporen (4). De toetsfase kan dan resulteren in een scherper geformuleerd idee (3,4).

Respondenten passen verschillende technieken toe ter toetsing. Drie respondenten geven aan dat de SWOT-analyse een toetsfunctie heeft (3,4,11). Verder doet men een marktverkenning of omgevingsverkenning (5) om te toetsen, maar ook een portfolio-analyse (3), een Porteranalyse (1,4), een product-markt analyse (8) en een SWOT-analyse (8,9).

Eén directeur (8) vertelt wel eens een onderdeel van de strategie kleinschalig uit te zetten als experiment, om te toetsen of hij haalbaar is.

7.3.6 MENSEN WINNEN EN OVERTUIGEN

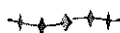
Als men uiteindelijk vindt dat het idee een goed idee is, gaat men anderen daarvoor winnen zeggen acht respondenten (1,2,3,4,5,6,7,10) expliciet. Een directeur (3) zegt:

“Ja en als we het zaakje vastgesteld hebben dan gaan we het verkopen zeg ik dan maar en dan krijgen ze (het middenkader) het verhaaltje nog eens te horen en dan mogen ze vragen stellen.”

Er lijkt tijdens interviews echter niemand te zijn die echt ontkomt aan het overtuigen van anderen. Degenen die een directeur wel eens overtuigt zijn:

- ANDERE DIRECTIELEDEN BIJ EEN MEERHOOFDIGE DIRECTIE:

Vier directeuren (1,4,5,9) vermelden dat ze collega's binnen de directie wel



eens overtuigen. Eén directeur (5) noemt het “onderhandelen” en een ander (1) “handjeklap”. De directeuren zijn niet erg uitvoerig over hoe dat gaat. Eén directeur (1) zegt dat er dan pittige discussies plaatsvinden, en dat er soms politiek gedrag plaatsvindt, maar hij ziet dat wel als een soort spel.

- **ANDERE MEDEWERKERS OP MANAGEMENT NIVEAU:**
Een hoofd beleid (6) en een directeur (4) spreken van een overtuigingsspel of onderhandeling tussen directie en managementteam. Strategische analyse passen directeuren ook toe om andere managementleden te overtuigen of mee te krijgen (1,4,5).
- **DE GEHELE ORGANISATIE:**
Het mensen meekrijgen in de gehele organisatie noemt men ook het verkrijgen van draagvlak (3,5,10,12). Drie directeuren (3,7,10) schetsen de ontwikkelingen in de omgeving van de organisatie en de gevolgen voor de organisatie (3,7,10) om anderen te winnen voor een bepaalde strategie. Eén daarvan (3) schetst ook een ‘worst-case’ scenario om te overtuigen dat verandering noodzakelijk is.
- **EXTERNE PARTIJEN:**
Bij intensieve samenwerking of fusie wint men externe partijen voor de samenwerking (2,5,10). Een belangrijk onderdeel hiervan is het naar buiten toe uitdragen van een visie (5,10) en het gezamenlijk toepassen van een strategische analyse (2).

Een belangrijk aspect in de overtuigingsfase is de manier waarop de directeur het verhaal brengt (5,10,12). Hij moet motiveren en enthousiast kunnen vertellen (5,10). Soms onderhandelen directeuren om de strategie erdoor te krijgen (1,4,5,6). Vier directeuren (5,6,7,12) vinden de persoonlijke relatie (vooral bij fusie of samenwerking) heel belangrijk. Het gaat er dan vooral om ‘*dat je vertrouwen geniet*’ (5,6).

Strategische analyse speelt een belangrijke rol in het winnen van mensen voor de strategie. Zes directeuren (1,3,4,5,7,10) en twee hoofden beleid (2,6) zeggen dat strategische analyse gebruikt wordt om anderen te overtuigen. Een hoofd beleid (2) vermeldt dat het meekrijgen van mensen vooral werkt, als deze mensen ook mee kunnen denken over de strategie. Daartoe doet hij samen met externe partijen (andere zorgaanbieders), die hij wil overtuigen, een PEST analyse. Eén directeur (5) vindt de SWOT-analyse een geschikte techniek om intern draagvlak mee te verkrijgen. Hij gebruikt het 7S-model als onderhandelingsmodel om met zijn managementteamleden op één lijn te komen. Eén directeur (1) zegt een SWOT-analyse te gebruiken om andere managementteamleden te overtuigen.

Drie respondenten (3,5,6) zeggen dat het materiaal uit de strategische analyse fungeert ter onderbouwing van het idee. Een hoofd beleid (6) zegt dat daartoe een veelheid aan strategische analyses wordt toegepast. Eén directeur (3) gebruikt de portfolioanalyse en één directeur (5) zegt vooral te onderbouwen met cijfermatige analyses.

Eén directeur (10) heeft een adviseur ingeschakeld om een analyse te laten maken waarmee hij anderen kan overtuigen. Hij zegt:



“We hebben een prachtig verhaal geschreven (...) en we hebben een uitgebreide analyse laten maken (door een extern adviseur), die voor driekwart heeft overgeschreven wat we zeiden en voor een kwart een heel mooi verhaal erbij heeft gemaakt. Dat gebruiken we om de interne organisatie en externen te overtuigen van het nut van een bepaalde ontwikkeling.”

7.3.7 HOE VERLOOPT DE IMPLEMENTATIE?

De respondenten behandelen de implementatiefase niet uitgebreid. Ze ervaren het als een vanzelfsprekendheid dat als de plannen vastliggen ze dus tot implementatie kunnen overgaan. Men formeert soms werkgroepen op onderdelen van de strategie die voor een goede implementatie moeten zorgdragen.

In de fases voorafgaand aan de implementatiefase dient aan verschillende aspecten aandacht te zijn besteed, wil de implementatie goed kunnen verlopen. Het is bijvoorbeeld cruciaal dat er genoeg draagvlak is. Belangrijke aspecten, die al aan de orde gekomen kunnen zijn tijdens het proces, maar vooral in deze fase hun bijdrage hebben, zijn:

- Mensen betrekken bij het proces (3,4,6,8,11);
- Goed informeren/communiceren (2,4,6,10,11,12);
- Motiveren (5,6,10,11,12).

Door goed te communiceren (zowel intern als extern en zowel mondeling als schriftelijk) ontstaat duidelijkheid en richt de directeur de neuzen één kant op (2,6). Het gaat dan vooral om het geven van uitleg. Om betrokkenheid te bewerkstelligen, medewerkers goed te kunnen informeren, maar ook te motiveren, is het ook belangrijk mensen te betrekken bij het doen van de strategische analyse zeggen zes respondenten (3,4,6,8,9,11).

Eén directeur (4) zegt dat strategische analyse een beeld kan geven van wat er allemaal al is gedaan. Dat heeft ook een psychologisch effect naar buiten toe en is motiverend voor de medewerkers; zo van *“kijk eens wat we hebben gedaan!”*.

De strategische analyse hoeft niet pas in deze fase voor te komen, maar kan wel vooral een functie hebben in deze fase. Volgens drie respondenten (3,4,11) leent een SWOT-analyse zich het best voor het betrekken van mensen bij het proces, maar ook voor het geven van uitleg. De strategische analyse heeft dan voor de implementatiefase voornamelijk een communicatiefunctie. Ook communiceert men met externe partijen (bijvoorbeeld de verzekeraar) door de resultaten uit de strategische analyse te presenteren (3).

Naarmate men lager in de organisatie komt, moet de communicatie wel steeds meer een praktische insteek hebben. *“Dan moet je niet met hele abstracte en theoretische verhalen komen”* zegt een directeur (3). Hij zegt ook dat het moeilijk is om alle medewerkers te bereiken. Het zijn er teveel om ze allemaal langs te gaan. Hij organiseert daarom grote sessies, maar hij verstrekt ook veel schriftelijke informatie.

Omdat veel organisaties een fusiestrategie volgen is een onderdeel van de implementatie: het creëren van de gewenste cultuur. Dit pakt men dan als een nieuw probleem aan, waarbij men een cultuuranalyse doet (1,2,12). Bijlage 6 geeft een



overzicht van het verloop van het strategievormingsproces met de rol van strategische analyse en andere aspecten.

7.3.8 OVERIGE FUNCTIES VAN STRATEGISCHE ANALYSE

Naast bovenstaande functies zijn nog andere functies van strategische analyse genoemd. Dit zijn:

- STRATEGISCH BEWUSTZIJN:

Vijf respondenten (2,4,6,8,12) doen strategische analyse omdat het strategisch bewustzijn creëert in de organisatie. Dit veroorzaakt een grotere veranderingsgerichtheid waardoor de strategiebepaling (zeker in de toekomst) gemakkelijker kan verlopen.

- KADER VOOR MEDEWERKERS:

Strategische analyse biedt niet alleen een kader voor de directeur, maar ook voor medewerkers volgens vier respondenten (1,6,7,8). Eén respondent (4) geeft aan dat het doen van strategische analyse richtinggevend is voor de energie van de organisatie.

Eén directeur (1) gebruikt Porter's vijf krachtenmodel als kader voor de organisatie, één directeur noemt de SWOT (7), en een hoofd beleid (6) vermeldt dat de organisatie het 7S model hiervoor gebruikt. Deze functie ligt dicht aan tegen de voorgaande. Ook deze functie veroorzaakt een meer veranderingsgezinde cultuur, wat strategievorming in de toekomst vergemakkelijkt.

- CONTROLEFUNCTIE:

Eén respondent (6) gebruikt het 7S model als een soort checklist tijdens de implementatie. Door te achterhalen hoe ver men is met de implementatie van de strategie kan de respondent tijdig bijsturen als dat nodig mocht zijn.

7.3.9 IS ER ONDERSTEUNING VAN ORGANISATIE-ADVISEURS?

Acht organisaties (2,3,6,7,8,10,11,12) vragen externe ondersteuning in het strategievormingsproces om diverse redenen, te weten:

- Als interim directeur (11);
- Ter ondersteuning en begeleiding van het strategievormingsproces, om modellen aan te dragen en daarmee structuur aan te brengen (vaak bij fusie) (2,3,10,12);
- Als klankbord voor eigen ideeën (3);
- Om te ondersteunen bij de implementatie (8,12);
- Voor het doen van een specifieke analyse (6,7).

Op basis van de genoemde redenen is het aannemelijk dat externe adviseurs een belangrijke rol hebben in het aandragen van verschillende strategische analyse-technieken. Echter tijdens het interview ging men hier niet uitgebreid op in.

7.3.10 EVALUATIE VAN DE STRATEGISCHE ANALYSE

Directeuren die niet veel aan strategische analyse doen, dichten strategische analyse vanzelfsprekend ook niet zo'n belangrijke rol toe. Eén van de directeuren (10), die strategische analyse niet veel toepast is wel benieuwd wat het allemaal zou



kunnen bijdragen aan de strategievorming. Twee directeuren (1,4) die het veel toepassen, vragen zich wel eens af wat het allemaal bijdraagt, maar willen er voorlopig nog mee doorgaan.

Van de twee directeuren (6,8) die strategische analyse veel toepassen vindt één (6) het heel belangrijk, omdat het anders bij intuïtie blijft, en de ander (8) dat hij zichzelf gewoon die discipline op moet leggen. Het moet echter ook iets zijn dat bij de persoon past volgens één directeur (9).

Twee directeuren (5,9) vinden dat de Porter analyse niet goed is toe te passen in de zorg, omdat de zorg geen vrije markt kent. Eén directeur (3) zegt voorlopig nog niet terug te willen, maar vraagt zich wel af wat strategische analyse hem oplevert, of nog gaat opleveren ten opzichte van iemand die *“nog steeds op z'n jan boerenfluitjes bezig is”*.

7.4 Conclusie

De vragen die centraal stonden in dit onderzoek over het verloop van het strategievormingsproces in de zorg (vraag 1B) en de functies van strategische analyse, eventueel gekoppeld aan bepaalde technieken (vraag 3A en 3B) zullen hier worden geplaatst in het licht van het conceptueel model. Eerst wordt ingegaan op het verloop van het strategievormingsproces en vervolgens op de rol van strategische analyse.

HET VERLOOP VAN HET STRATEGIEVORMINGSPROCES IN DE ZORG

Directeuren ervaren een proactieve rol in de strategievorming te spelen. Men denkt toekomstgericht, probeert positie te bepalen ten opzichte van concurrenten of collega's en analyseert in dit kader de organisatie en de omgeving. Men ervaart dus niet door een toevallige samenloop van omstandigheden ergens uit te komen en ook niet dat de strategie van iemand anders komt dan van zichzelf. Wel zegt men dat de wensen van de overheid een belangrijke rol spelen, maar ook de strategische gedragingen van collega's. Hieruit blijkt soms toch wat reactief gedrag. Men doet wat de overheid wil, vraagt zich pas als er een fusie voor de deur staat of men dat eigenlijk wel wil, zoals een directeur vermeldde, of men doet elkaar na. Opvallend is dat veel respondenten met dezelfde strategieën bezig zijn. Daar kunnen diverse verklaringen voor zijn. Er kunnen maar een beperkt aantal succesvolle strategieën zijn, maar het kan ook zijn dat men beperkt is in het bedenken van een strategie doordat, zoals men zelf aangeeft, de overheid of het netwerk domineert.

Veel respondenten hanteren formeel een beleidscyclus om tot een strategie te komen. In dit kader formuleren ze missies, doen ze strategische analyse en maken ze keuzes. Hier loopt de dagelijkse praktijk echter doorheen. Een strategie begint namelijk niet op de dag dat de beleidscyclus op gang komt, maar voor de meeste directeuren met een strategie-idee. Ze weten vaak al waar ze naartoe willen of hebben een concreet idee voor een strategie voordat ze aan de eerste fase van het formele proces: 'de strategische analyse' beginnen. De directeur (of directie)



speelt in de meeste gevallen de belangrijkste rol tijdens de ideevorming. De meeste respondenten ervaren het strategievormingsproces dan ook als een top-down proces. Drie directeuren geven aan ook op een idee te komen op basis van de strategische analyse, maar voor twee van hen gold dat vooral omdat zij nieuw in de organisatie binnenkwamen.

De thuiszorgdirecteuren noemen de aspecten: kennis, ervaring, netwerk en intuïtie, zoals onderscheiden in het conceptueel model wel, in tegenstelling tot het begrip 'perceptie'. Ook noemen ze 'de persoonlijkheid' tweemaal als factor van invloed. Hiermee bedoelen ze, dat ze op basis van persoonlijke interesse tot bepaalde strategieën komen. Kennis noemen ze het meest als factor van invloed, vervolgens het netwerk, dan ervaring en intuïtie en als laatste de persoonlijkheid (zie figuur 7.1.). De in het figuur weergegeven cijfers staan voor de respondenten die zelf het betreffende begrip hebben genoemd.

Men toetst vervolgens het strategie-idee en gaat niet, zoals de strategisch managementliteratuur vaak voorschrijft, een aantal strategische opties evalueren. Strategische analyse heeft een belangrijke toetsende rol. Directeuren geven niet expliciet aan veel te praten met mensen ter toetsing, zoals in het conceptueel model is opgenomen. Eén directeur doet een kleinschalig experiment met de strategie om de haalbaarheid te toetsen. Dit is een nieuw element in het strategievormingsproces tot nu toe.

Heeft de strategie de toets doorstaan dan gaan directeuren anderen winnen voor het strategie-idee. Het winnen van medewerkers kan op vier niveaus plaatsvinden. Bij een meerhoofdige directie kan men onderling elkaar proberen te winnen voor een strategie-idee, de directie kan het managementteam overtuigen, de medewerkers, maar ook externen. De verschillende aspecten die hierbij een rol spelen, zijn: overtuigingskracht, de persoonlijke relatie en onderhandeling. Bij overtuigingskracht is het belangrijk hoe de directeur het verhaal brengt en dat hij enthousiasmeert. Bij de persoonlijke relatie gaat het er vooral om dat de directeur vertrouwen geniet bij degenen die hij wint voor de strategie. Directeuren maken geen melding van het feit dat de positie die iemand bekleedt in de organisatie meespeelt hierin. Nadat mensen gewonnen zijn voor een strategie kan men deze implementeren. Communiceren, motiveren en het betrekken van medewerkers bij de strategie noemen de respondenten als centrale elementen.

De fasering dient niet al te strikt gehanteerd te worden. Zo zijn bepaalde aspecten, vooral voor het goed verlopen van de implementatie zodanig belangrijk, dat directeuren hier al in een eerdere fase aandacht aan besteden. Dit geldt bijvoorbeeld voor het betrekken van medewerkers bij het proces. Dit komt vooral de implementatie ten goede, maar het gebeurt soms al in de toetsfase en vooral in de overtuigingsfase.

STRATEGISCHE ANALYSE GECONFRONTEERD MET HET MODEL

Strategische analyse heeft verschillende functies. In elke fase apart is vooral één bepaalde functie (denkkaderfunctie, informatiefunctie, politieke functie, communicatiefunctie) aan de orde (zie figuur 7.1.).



Een uitzondering is de informatiefunctie, die bij directeuren die nieuw in de organisatie kwamen, niet alleen in de toetsfase een belangrijke rol bleek te spelen maar ook in de eerste fase, waarin men tot een strategie-idee komt. Toen de directeuren de organisatie binnenkwamen voerden zij een 'quick scan' uit.

Naast de functies, zoals onderscheiden in het conceptueel model, noemden respondenten nog een aantal andere functies. Een functie die zij vaak noemden, is: het creëren van strategisch bewustzijn in de organisatie. Deze functie zal in dit verdere onderzoek nog preciezer worden onderzocht (in hoofdstuk 8 en verder).

Een andere functie die ze noemden is: de controlefunctie. Deze functie speelt een rol in de implementatie. Door te controleren hoe ver men met de implementatie is, kan men de koers eventueel bijstellen, mocht men van koers afwijken. Door de stand van zaken bekend te maken aan anderen houdt men ook de gang in het proces. De controlefunctie kan als onderdeel van de communicatiefunctie worden gezien.

Het is moeilijk te achterhalen of er technieken zijn die met name een bepaalde functie vervullen, omdat er maar twaalf mensen geïnterviewd zijn. Tijdens de interviews bleken verschillende respondenten verschillende analysetechnieken als bijvoorbeeld denkmodel of overtuigingsmiddel te gebruiken.

In figuur 7.2 is het conceptueel model compleet ingevuld voor de thuiszorg. De nummers geven aan welke respondent expliciet de betreffende term heeft genoemd. Zo heeft respondent 1 aangegeven dat in de eerste fase het netwerk, ervaring en intuïtie een belangrijke rol spelen en dat hij strategische analyse in deze fase met de kaderfunctie toepast. In fase 2 gebruikt hij de strategische analyse ter toetsing. In fase 3 speelt onderhandeling voor hem vooral een rol en gebruikt hij strategische analyse ter overtuiging. Over de implementatiefase heeft hij geen zaken genoemd.

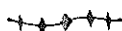
HET VERVOLG VAN DIT ONDERZOEK

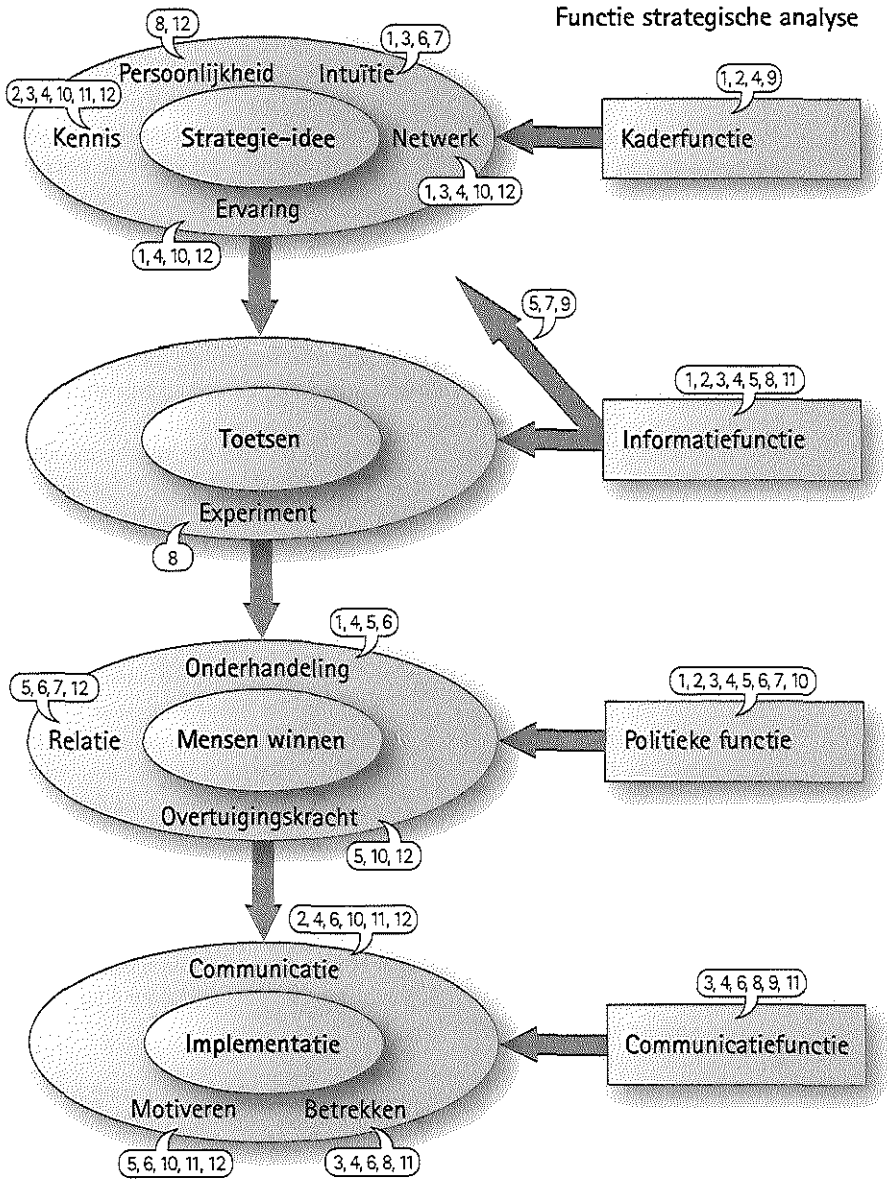
De interviewronde gaf vooral antwoord op de vraag in hoeverre het model toepasbaar is in de thuiszorg. Er zijn echter nog meer vragen te beantwoorden. De nog openstaande vragen kunnen worden beantwoord door toepassing van een tweetal onderzoeksmethoden:

- CASUSONDERZOEK

Tijdens de interviews kon niet uitgebreid ingegaan worden op het strategievormingsproces en de bijdrage van strategische analyse. Veel onderwerpen moesten in een toch relatief korte tijd de revue passeren. Tijdens de interviews werden aan de respondent niet al te specifieke vragen gesteld om de eerste doelstelling: 'het toetsen van het model' te kunnen realiseren. Daardoor konden zaken die de respondenten niet noemden ook niet verder uitgewerkt en toegelicht worden. Ook is nog niet in beeld gebracht in hoeverre men daadwerkelijk doet wat men zegt.

Casusonderzoek biedt de mogelijkheid om het precieze verloop van het strategievormingsproces en de bijdrage van de verschillende aspecten die hierin een





Figuur 7.2 Samenvattend schema



rol spelen beter in kaart te brengen. Casusonderzoek geeft ook een beeld van wat men werkelijk doet en niet wat men zegt te doen. Dit biedt de gelegenheid te achterhalen in hoeverre er bijvoorbeeld sprake is van een systematische uitwerking van de strategische analyse. Verdere vragen waarop casusonderzoek antwoord kan geven zijn: “Hoe verloopt de fasering in het kader van een meerhoofdige directie?” of “Hoe verloopt de implementatiefase?”. Ook blijft onbeantwoord welke aspecten vooral belangrijk zijn (zoals bijvoorbeeld intuïtie) of hoe belangrijk de strategische analyse is ten opzichte van deze aspecten. Deze laatste vraag komt voort uit de constatering in deze interviewronde dat slechts enkele respondenten strategische analyse een belangrijke rol toedichten. Het casusonderzoek komt in hoofdstuk 10 aan de orde.

- ENQUÊTE

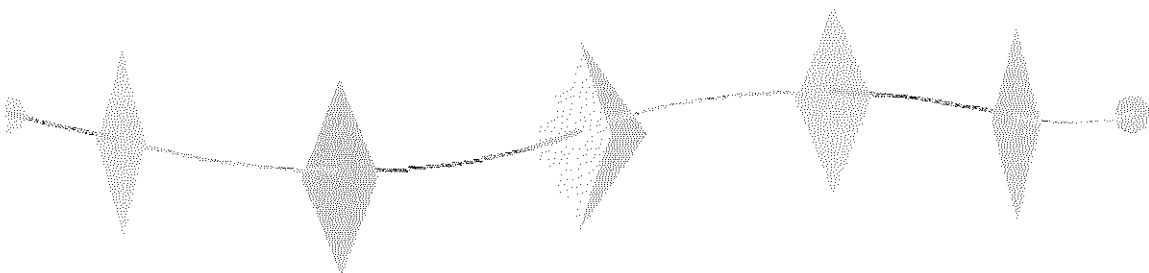
Naar aanleiding van de interviews ontstond een nieuwe vraag. Tijdens het selecteren van respondenten zijn vooral organisaties benaderd die strategische analyse deden (om de bijdrage van strategische analyse te kunnen vaststellen). Het bleek echter niet eenvoudig om organisaties te vinden, die strategische analyse veel toepasten. Dat deed de vraag reizen of de thuiszorg nu daadwerkelijk een voorloper was op het gebied van strategische analyse. Om te achterhalen in welke mate strategische analyse voorkomt in andere sectoren is een enquête uitgevoerd.

Een enquête zou verder inzicht kunnen geven in de nog overgebleven vraag in hoeverre er nog andere functies van strategische analyse zijn, zoals ‘het creëren van strategisch bewustzijn in de organisatie’ en of bepaalde technieken bepaalde functies hebben. Een enquête zou op andere vragen antwoord kunnen geven. Bijvoorbeeld op de vraag in hoeverre zorgorganisaties daadwerkelijk verschillende strategieën volgen en in welke mate er sectorverschillen zijn. In het volgende hoofdstuk zullen de vragen die aan de basis stonden van de enquête verder worden besproken en worden de resultaten weergegeven.



HOOFDSTUK

Enquête ‘strategische analyse’ bij thuiszorg, ziekenhuizen, verpleeghuizen



8.1 Inleiding

De enquête moest een beeld geven van de mate waarin strategische analyse een rol speelt in de thuiszorg, ziekenhuizen en verpleeghuizen. Van deze sectoren werd verwacht dat zij voorlopers zouden kunnen zijn op het gebied van strategische analyse. Ziekenhuizen en verpleeghuizen zouden veel aan strategische analyse kunnen doen, omdat zij tot de grotere instellingen behoren en daardoor stafpersoneel hebben die zich met dit soort zaken kunnen bezighouden. Tevens zijn ziekenhuizen al vroeg met de budgettering geconfronteerd waardoor ze zich moesten bezinnen op hun positie. Verpleeghuizen zijn steeds meer bezig zichzelf te positioneren als de eerst aangewezen 'achterdeur' voor het ziekenhuis. Zij zijn de schakel tussen 'cure' en 'care'. Als in deze sectoren de strategische analyse al weinig zou worden toegepast, zo was het idee, dan zou het in de hele sector waarschijnlijk een marginale rol spelen.

Niet alleen is achterhaald in hoeverre strategische analyse voorkomt, maar ook of het, als het wordt toegepast, iets bijdraagt in termen van functies. Tevens is beperkt geprobeerd verschillen tussen sectoren te achterhalen en de redenen voor die verschillen vast te stellen.

Allereerst zal nu worden behandeld hoe de organisaties zijn benaderd en wat de respons was. Vervolgens komt bij de methode aan de orde welke vragen er centraal stonden in dit onderzoek en welke enquêtevragen hieruit volgden. Daarna worden de resultaten gepresenteerd. Eerst wordt een overzicht van frequenties gegeven, waarna de uitgevoerde berekeningen aan bod komen. Als laatste volgt een conclusie.

8.2 Onderzoekspopulatie

Alle directeurs van thuiszorgorganisaties, ziekenhuizen en verpleeghuizen zijn per brief benaderd met de vraag of ze bereid waren mee te werken aan een korte telefonische enquête. Bij een twee- of meerhoofdige directie (meestal bij ziekenhuizen) is die persoon benaderd, van wie op basis van zijn specialisme werd verwacht, dat hij het meest thuis zou zijn in de strategische analyse. Van elke sector zijn alle organisaties benaderd zoals weergegeven in het Jaaroverzicht Zorg [10]. Van de 108 thuiszorgorganisaties was er één onbereikbaar, waren er inmiddels tien gefuseerd en tweeëntwintig niet bereid om mee te werken. Tien thuiszorgdirecteuren wilden wel meewerken als de vragenlijst opgestuurd zou worden. Dit is gedaan, maar na analyse bleken de respondenten de antwoordcategorieën schriftelijk anders in te vullen dan mondeling. Daarom zijn de schriftelijk ingevulde vragenlijsten uit het onderzoek verwijderd. Er zijn uiteindelijk 63 organisaties in het onderzoek meegenomen. De respons is dan 65% (63 van de 97).

Er zijn 113 ziekenhuizen benaderd. Eén organisatie was onbereikbaar, drie ziekenhuizen waren inmiddels gefuseerd, zeven directeuren hadden de vragenlijst schriftelijk ingevuld en veertig organisaties wilden niet meewerken. Er zijn uiteindelijk 62 organisaties in het onderzoek meegenomen, wat een respons is van 57% (62 van de 109).



Van de 290 verpleeghuizen bleken er vijf onbereikbaar, vijftien gefuseerd, en één gesloten. 107 organisaties waren niet bereid om mee te werken. Tien directeuren hadden de vragenlijst schriftelijk ingevuld. De overige 152 organisaties werkten wel mee en dit levert dan een respons op van 57% (152 van 269). De thuiszorgorganisaties waren dus relatief het meest bereid om mee te werken.

De redenen waarom men niet wilde meewerken waren meestal dat men het te druk had (vanwege bijvoorbeeld een fusie). In minder dan 5% van de gevallen ontbrak er een geschikte respondent of bleek deze te moeilijk te bereiken te zijn.

Voor ziekenhuizen en verpleeghuizen is de totale groep vergeleken met de onderzoeksgroep op het aantal bedden (gegevens van het NZI, 1998). De onderzoeksgroep vertoonde geen significant verschil met de totale groep wat betreft het aantal bedden. Voor de thuiszorg is deze vergelijking niet gemaakt, omdat de grootte van deze organisaties niet op deze manier wordt vastgelegd (geen sprake van bedden). Er is tevens geen opvallend verschil in geografische spreiding tussen de onderzochte groep en de totale groep gevonden.

8.3 Methoden

8.3.1 DE PROCEDURE

Er is door vier student-assistenten telefonisch gevraagd of de respondent tot medewerking bereid was, en zo ja, op welk moment. Meestal werd er een afspraak gemaakt voor een dag en tijd, waarop de enquêtrice de enquête kon afnemen. In een enkel geval is, als de directeur niet bereid was, een andere (meestal staf) medewerker geënquêteerd (in minder dan 10% van de gevallen). Veel thuiszorgorganisaties die reeds geïnterviewd waren wilden niet aan de enquête meewerken omdat daarin de meeste informatie reeds gegeven was. Zij bevolen aan, de reeds gegeven informatie in te vullen in de enquête. Dit is gedaan voor zover de interviewresultaten zich leenden voor het beantwoorden van de enquêtevragen.

Getoetst is of de ingevulde enquêtes verschilden van de mondeling afgenomen enquêtes voor wat betreft het doen van strategische analyse en voor het aantal gedane analyses. Er waren geen significante verschillen.

Er is een vragenlijst met gesloten en open antwoorden gebruikt. Vier student-assistenten en de onderzoeker zelf hebben geënquêteerd. Er is geprobeerd zoveel mogelijk dezelfde persoon dezelfde sector te laten enquêteren. De enquêteurs waren ingelezen in het onderwerp.

De antwoordcategorieën waren vermeld op de enquête om het voor de enquêteur zo gemakkelijk mogelijk te maken om in te vullen. De antwoordcategorieën zijn niet opgenoemd. Bij een aantal respondenten waren de antwoordcategorieën bekend (bij 10 verpleeghuizen (6%), 10 thuiszorgorganisaties (14%) en 7 ziekenhuizen (10%)). Een aantal maal omdat de respondenten die niet mondeling wilden meewerken de enquête zelf hebben ingevuld. In een enkel geval omdat de enquêtrice de antwoordcategorieën oplas. Het bleek echter dat men dan meer antwoorden ging aankruisen of opnoemen als de antwoordcategorieën bekend waren.



Vooral het aantal vraagstukken en het aantal strategische analyses namen dan toe, maar ook het aantal keer dat men strategische analyse zei te doen. Deze enquêtes zijn uiteindelijk verwijderd uit het onderzoek, omdat zij systematische verschillen met de hoofdgroep uit het onderzoek vertoonden die vooral zijn toe te schrijven aan het verschil in ondervragingstechniek.

8.3.2 DE VRAGEN

Er stonden zeven deelvragen centraal in deze enquête (zie tabel 8.1). Deze vragen hebben geleid tot dertien enquêtevragen. De enquête is opgedeeld in twee delen. In het eerste deel werd naar ‘achtergrondinformatie’ gevraagd over de organisatie en de respondent en in deel 2 werd inhoudelijk op de strategische analyse ingegaan.

DE DEELVRAGEN:

De vele deelvragen die gedurende het onderzoek ontstonden, zijn in deze enquête gesteld. De eerste vraag gaat in op wat de directeuren zelf onder strategische analyse verstaan, omdat de literatuur, hoogleraren en directeuren in het pilotonderzoek verschillende definities hanteren. Vraag twee is de centrale vraag in dit onderzoek. Er is tot nu toe geen inzicht in de mate waarin strategische analyse een rol speelt in de zorgsector. Een aantal hoogleraren schatte de rol van strategische analyse in de zorg heel klein.

De thuiszorginterviews laten een grote rol zien maar waren zodanig geselecteerd, dat vooral respondenten die veel aan strategische analyse deden in de steekproef zaten. Hierdoor werd geen werkelijk beeld van het voorkomen van strategische analyse verkregen.

Vraag drie werd gesteld om te achterhalen in hoeverre de kennis van strategische analyse bij de directeur, de staf of een externe ligt. Het uitgangspunt in de pilot is geweest dat het initiatief tot het toepassen van de strategische analyse bij de directeur ligt, maar hij hoeft niet degene met de kennis te zijn.

Vraag vier is geformuleerd om te achterhalen in hoeverre men de functies, zoals onderscheiden in het conceptueel model, bewust toepast, dan wel bij navraag herkent. Vraag vijf is geformuleerd om te achterhalen of het aantal tot nu toe onderscheiden functies voldoende is.

Uit het pilotonderzoek leken bepaalde technieken met name een bepaalde functie te hebben. Op basis van de interviews met thuiszorgdirecteuren kwam hierover geen duidelijkheid. Daarom werd geprobeerd dit door middel van de enquête te achterhalen (vraag zes).

Vraag zeven is gesteld om van de gelegenheid gebruik te maken te kunnen onderzoeken welke kenmerken van organisaties, de omgeving of de directeur van invloed zijn op het voorkomen van strategische analyse. Dit zou het voorkomen van (bepaalde soorten) strategische vraagstukken kunnen zijn, de grootte van de organisatie, de soort sector, de opleiding van de directeur en aantal jaren dat hij werkzaam is in de sector. Antwoord op de vraag over het soort strategische vraagstukken geeft tevens inzicht in de mate waarin strategieën per sector en even-



TABEL 8.1 DEELVRAGEN EN ENQUÊTEVRAGEN

Deelvragen ↓	Enquêtevragen →	Deel 1: 'Achtergrond- informatie'	Deel 2: 'Inhoudelijke vragen'
1. Wat verstaat de respondent onder strategische analyse?			1
2. In hoeverre speelt strategische analyse een rol in de drie sectoren?			2
3. Wie doet de strategische analyse?			3, 4
4. In hoeverre hanteert men de functies van strategische analyse bewust of onbewust?			5, 6
5. Zijn er nog andere functies dan de reeds onderscheiden functies?			7
6. Zijn er bepaalde technieken die met name een bepaalde functie vervullen?			6
7. Zijn er kenmerken van de organisatie of respondent van invloed op het voorkomen van strategische analyse (technieken), het noemen of herkennen van functies en de volgorde van belangrijkheid hier in?		1, 2, 3, 4, 5	8

tueel tussen sectoren verschillen. Uit de interviewronde met thuiszorgdirecteuren bleken immers veel directeuren dezelfde strategie te volgen.

De verwachting was dat grote organisaties meer aan strategische analyse doen dan kleine omdat grote organisaties met meer complexere strategieën te maken hebben. Het aantal toegepaste technieken zou zelfs kunnen oplopen, naarmate de organisatie groter is. Ook zou opleiding van invloed kunnen zijn. Mensen met een bedrijfskunde-opleiding zouden, doordat zij tijdens hun opleiding kennis maken met strategische analyse, het meer kunnen toepassen dan mensen met een geneeskunde-opleiding. Tevens kan de tijd die men werkzaam is in de sector, van invloed zijn.

Wanneer men lang in de sector werkzaam is, is de kans minder groot dat men strategische analyse doet. Men voelt misschien niet de noodzaak, omdat men uit ervaring al veel weet, of men heeft lange tijd geleden kennis gemaakt met de technieken. Wanneer men bijvoorbeeld net uit het bedrijfsleven komt, is men waarschijnlijk meer met technieken geconfronteerd. Van een uitzondering op deze vooronderstelling is echter sprake als de directeur tijdens zijn functie nog een managementopleiding heeft gevolgd.

De onderscheiden onafhankelijke factoren zijn om drie redenen beperkt:

- Het was niet het hoofddoel dat met de enquête werd beoogd;
- Het was niet de bedoeling veel vragen te stellen omdat een korte enquête meer respons geeft dan een lange. Kenmerken die verschillende vragen ter operatio-



nalisering nodig hadden, zijn dan ook vermeden, zoals bijvoorbeeld turbulentie in de omgeving of de persoonlijkheid van de directeur;

De literatuur geeft weinig aanwijzingen over een mogelijke invloed van bepaalde organisatie-, omgevingskenmerken en kenmerken van de directeur op het toepassen van strategische analyse. Omdat dit ook niet het centrale onderwerp is in het grote onderzoek, is hier in de voorgaande deelonderzoeken weinig aandacht aan besteed. De kenmerken zijn dan ook op basis van redentatie onderscheiden. De kenmerken, waar maar een beperkte redentatie voor bestond, zijn niet meegenomen. Zo is de invloed van de geografische ligging (provincie, stad of platteland, aanwezigheid van een universiteit) niet meegenomen, omdat niet goed kon worden beredeneerd welke invloed daarvan uitgaat en welke indeling dan gehanteerd zou moeten worden.

DE ENQUÊTEVRAGEN:

In bijlage 7 is de vragenlijst van de thuiszorg opgenomen. De enquêtes voor ziekenhuizen en verpleeghuizen zijn hetzelfde op één onderwerp na. Bij vraag 1 wordt bij thuiszorg gevraagd naar het aantal cliënten; bij ziekenhuizen en verpleeghuizen gaat het in deze vraag om het aantal opnamen. In de vragenlijst werd naar twee kenmerken van de organisatie gevraagd; de grootte en het strategisch vraagstuk (sector was al bekend). De grootte werd uitgedrukt in de parameters aantal fte's (fulltime eenheden), omvang van het budget, aantal cliënten bij thuiszorg of aantal opnamen bij ziekenhuizen en verpleeghuizen en als laatste de adherentie. Ook werd gevraagd naar of men met een strategisch vraagstuk te maken had, en zo ja, met welke in het verleden en nu.

Drie vragen hadden betrekking op de respondent, namelijk: wat is zijn functie, zijn achtergrond en sinds wanneer werkt hij in de zorgsector. De respondent moest iemand zijn die bepaalt welke strategische analyses de organisatie inzet. Dit bepaalt meestal de directeur. Daarom is zoveel mogelijk geprobeerd de directeur te bevragen. Daar waar dit niet is gelukt, moet dit bekend zijn; vandaar de vraag naar de functie.

Bij de opleiding is alleen die opleiding opgenomen, waarin de kans het grootst is dat er kennis is gemaakt met strategische analysetechnieken. Vervolgens werd gevraagd wat strategische analyse voor de respondent inhield. Dit was een open vraag. Daarna is gevraagd of men wel eens systematische analyses of strategische analysetechnieken toepast en zo ja, welke dan.

Systematische analyses en strategische analysetechnieken worden hier als twee termen voor hetzelfde bedoeld. Ook is gevraagd of men eventueel intern en/of extern ondersteuning krijgt bij het doen van strategische analyse.

Vervolgens werd met een open vraag nagegaan welke bijdrage het toepassen van strategische analyses voor de respondent heeft aan strategievorming. Het spontaan door een respondent noemen van een functie zou betekenen, dat deze respondent de functie bewust gebruikt. Daarna is gevraagd of men respectievelijk de kaderfunctie, toetsfunctie (informatiefunctie), overtuigings- (politieke) en communicatiefunctie herkende of eventuele andere functies. Indien hier het antwoord ja op



was is gevraagd of men een volgorde van belangrijkheid kon aangeven in de functies. Men noemt de functie misschien niet direct, maar kan, na bewustmaking de functie wel herkennen.

Steeds werd per functie gevraagd of er een techniek was die vooral die functie vervulde, in de hoop te kunnen vaststellen, dat bepaalde technieken vooral bepaalde functies vervullen. Hierna is gevraagd of men zelf alsnog een andere functie wilde toevoegen (voor zover niet al bij de vraag naar de bijdrage genoemd) om te achterhalen hoe uitputtend de reeks van reeds onderscheiden functies is. Als laatste is gevraagd een volgorde van belangrijkheid tussen de functies aan te geven, ook om verschillen per sector te ontdekken.

8.3.3 STATISTISCHE ANALYSES

Om antwoord te kunnen geven op de laatste hoofdvraag, dienen berekeningen plaats te vinden. De odds-ratio is berekend met een betrouwbaarheidsinterval van 95%, de t-toets en Pearson's correlatie, afhankelijk van de aard van de onderzochte variabelen.

8.4 Resultaten

8.4.1 OVERZICHT ORGANISATIEKENMERK: STRATEGISCH VRAAGSTUK

Alle organisaties (op twee verpleeghuizen na) gaven aan dat ze met één of meer strategische vraagstukken van doen hebben. Vervolgens is gevraagd naar het soort vraagstukken, dat heeft gespeeld en nu speelt. Het gaat daarbij om de door de respondent genoemde belangrijkste vraagstukken. Als bepaalde vraagstukken in meer dan 5% van de gevallen werden genoemd zijn ze bijgevoegd (zie tabel 8.2). Bij de drie sectoren zijn dat 'samenwerking' en 'marktwerking'. Bij verpleeghuizen en ziekenhuizen is het strategisch vraagstuk 'nieuwbouw/renovatie' toegevoegd en alleen bij ziekenhuizen nog 'transmurale zorg'.

Wanneer een vraagstuk door 5% of minder van de respondenten genoemd werd, is het niet genoteerd en bij 'anders' terechtgekomen. Daar kan soms meer dan één ander vraagstuk per instelling ondergebracht zijn.

De drie sectoren noemen samenwerking het meest als een vraagstuk van 'dit moment'. Er zijn weinig verschillende vraagstukken in de thuiszorg. De categorie 'anders' herbergt maar 21% van de op dit moment aanwezige vraagstukken. Bij ziekenhuizen en met name verpleeghuizen zijn er minder vraagstukken veel voorkomend dan bij de thuiszorg.

Onder de categorie 'anders' bevindt zich bij beide sectoren de helft of meer van de vraagstukken. Bij ziekenhuizen en verpleeghuizen spelen dus meer verschillende soorten vraagstukken. Het blijkt wel dat er uiteenlopende vraagstukken spelen bij alle drie de soorten organisaties. Het is dus niet te constateren dat iedereen met dezelfde vraagstukken bezig is (en dat de organisaties geen strategische vrijheid zouden hebben).

TABEL 8.2 STRATEGISCHE VRAAGSTUKKEN AFGELOPEN TWEE JAAR EN NU

	Thuiszorg N=63		Ziekenhuizen N=62		Verpleeghuizen N=152	
	Afgelopen 2 jaar (%)	Nu (%)	Afgelopen 2 jaar (%)	Nu (%)	Afgelopen 2 jaar (%)	Nu (%)
Samenwerking	20 (32)	23 (37)	28 (46)	30 (49)	61 (41)	59 (40)
Fusie	22 (35)	17 (27)	9 (15)	11 (18)	42 (28)	25 (17)
Nieuw product/markt	9 (14)	13 (21)	*	*	16 (11)	13 (9)
Reorganisatie	13 (21)	7 (11)	8 (13)	8 (13)	*	*
Bezuiniging	6 (10)	*	*	*		*
Marktwerving	9 (14)	7 (11)	6 (10)	*	9 (6)	9 (6)
Nieuwbouw	*	*	*	6 (10)	23 (15)	20 (13)
Transmurale zorg	*	*	4 (7)	5 (8)	*	*
Anders	10 (16)	14 (21)	31 (51)	32 (52)	98 (66)	87 (58)

* in 5% of minder van de gevallen

TABEL 8.3 ACHTERGROND DIRECTEUREN EN RAAD VAN BESTUURSLEDEN

	Thuiszorg N=58 (%)	Ziekenhuizen N=52 (%)	Verpleeghuizen N=141 (%)
Bedrijfskunde of (bedrijfs-) economie	19	46	36
Management	17	*	9
Onderwijskunde	13	-	-
Sociologie	13	*	10
Sociale academie	8	-	*
Geneeskunde	-	31	23
Technische opleiding	6	6	*
Verpleegkunde	7	-	*
Overig	17	17	22
Onbekend	5	-	1

* In 5% of minder van de gevallen voorkomend



8.4.2 OVERZICHT RESPONDENTKENMERKEN; OPLEIDING EN AANTAL JAREN WERKZAAM IN DE SECTOR

In tabel 8.3 is de opleiding van de directie of raad van bestuurslid gepresenteerd. Het is echter niet altijd deze persoon geweest, die antwoord heeft gegeven. De opleiding van deze stafmedewerkers en personen met een andere functie zijn niet meegenomen in het overzicht. Tabel 8.3. geeft een overzicht van de opleiding van directie en raad van bestuursleden, die hebben meegewerkt. Opleidingen die in minder dan 5% van de gevallen voorkomt zijn in de categorie 'overig' opgenomen. In de thuiszorg zijn vrijwel geen directeuren met een medische achtergrond en minder bedrijfskundigen of (bedrijfs)economen te vinden dan in de andere sectoren. Bij de achtergrond van de respondenten moet er rekening mee gehouden worden dat ziekenhuizen meestal een meerhoofdige directie hebben en dat de vragen meestal gesteld zijn aan die directeur, die daar het meest van wist. Dat was meestal de directeur met een bedrijfskunde opleiding en minder vaak een directeur met een medische achtergrond.

Het aantal jaren dat men in de sector werkt, is hoog te noemen. Gemiddeld zijn de directeuren en Raad van Bestuursleden in de thuiszorg sinds 1984, in ziekenhuizen sinds 1980 en in verpleeghuizen sinds 1982 werkzaam in de zorgsector. In de thuiszorg is 13% van de directie of Raad van Bestuursleden vijf jaar of korter werkzaam, in ziekenhuizen 8% en in verpleeghuizen 11%.

8.4.3 OVERZICHT STRATEGISCHE ANALYSE

Op de vraag wat strategische analyse is, kan 55 (87%) van de thuiszorgrespondenten antwoord geven, 60 (97%) van de ziekenhuisrespondenten en 138 (91%) van de verpleeghuisrespondenten. Men brengt strategische analyse vaak in verband met het analyseren van de omgeving en de organisatie. Daarbij kijkt men naar de langere termijn (vijf tot tien jaar). Sommige respondenten noemen de SWOT-analyse expliciet als (een onderdeel van) de strategische analyse. Een aantal respondenten noemt 'zich positioneren in het veld' en een aantal rekent het 'formuleren van een visie' tot de strategische analyse. Ook het 'koers bepalen', 'doelstellingen bepalen' en 'beleid maken' noemen respondenten diverse malen. In tabel 8.4 zijn de factoren met de aantallen te vinden, voor zover ze in meer dan 5% van de gevallen werden genoemd. De respondenten deden soms meer dan één uitspraak.

Een hoofdkenmerk van de strategische analyse is het analyseren van de omgeving en de organisatie. Ruim de helft van alle respondenten noemt dit kenmerk. Er blijken wat dit betreft niet veel verschillen per sector te bestaan. Men gaat nauwelijks in op de proceskant; het al dan niet hanteren van een systematiek, behalve daar waar men de SWOT-analyse als synoniem voor de strategische analyse noemt. Dit is opmerkelijk omdat tot nu toe is aangenomen dat directeuren 'systematiek' een belangrijk kenmerk van de strategische analyse vinden. Men gaat echter pas in op de systematiek bij de vraag over de bijdrage die strategische analyse levert (zie §8.4.5).

Vervolgens is gevraagd of men wel eens systematische analyses en/of strategische analysetechnieken toepast. Systematische analyses en strategische analysetechnieken worden hier als twee termen voor hetzelfde bedoeld. Als men 'nee'



TABEL 8.4 INHOUD STRATEGISCHE ANALYSE VOOR DE RESPONDENT

	Thuiszorg N=55	Ziekenhuizen N=60	Verpleeghuizen N=138
Het analyseren van de omgeving	31 (56)**	33 (55)	85 (62)
Het analyseren van de organisatie	31 (56)	35 (58)	61 (44)
Toekomst/lange termijn planning	9 (16)	26 (43)	40 (29)
De SWOT-analyse	6 (11)	13 (22)	11 (8)
Positioneren t.o.v. anderen	7 (13)	14 (23)	14 (10)
Visie formuleren	4 (7)	5 (8)	*
Koers bepalen	4 (7)	*	10 (7)
Beleid maken	*	5 (8)	*
Organisatie afstemmen op omgeving	5 (9)	*	10 (7)
Anders	6 (11)	*	*

* in 5% of minder van de gevallen voorkomend;

**in procenten

TABEL 8.5 VOORKOMEN VAN STRATEGISCHE ANALYSES PER SECTOR

	Thuiszorg N=63 %	Ziekenhuizen N=62 %	Verpleeghuizen N=152 %
Ja	60	82	74
Nee	40	18	26

Hoofdeffect sector: $\chi^2 = 7.68$; $p = 0.02$

Ziekenhuis/verpleeghuis: OR = 1.7; 95% b.i. = 0.8 - 3.6

Verpleeghuis/thuiszorg: OR = 1.8; 95% b.i. = 1.0 - 3.4

Ziekenhuis/thuiszorg: OR = 3.1; 95% b.i. = 1.3 - 6.9

antwoordde op deze vraag is ter controle gevraagd of men wel eens een SWOT-analyse toepaste. Deze techniek gebruikt men vaak, maar men realiseert zich vaak niet, dat dit een strategische analyse techniek is. Als ook op deze vraag ontkenkend werd geantwoord, is de enquête beëindigd. Werd 'ja' gezegd dan werd bij de oorspronkelijke vraag 'weet niet' gecodeerd. Het totaal van antwoord 'ja' en 'weet niet' levert dan ook het werkelijke aantal organisaties op, dat aan strategische analyse doet (zie tabel 8.5).

Het aantal keren dat "weet niet" is genoteerd is hoger bij ziekenhuizen en verpleeghuizen dan bij de thuiszorg. Van de thuiszorgorganisaties weet 3% niet dat ze strategische analyse doen, van de ziekenhuizen 23% en van de verpleeghuizen 18%. Ziekenhuizen en verpleeghuizen doen meer aan strategische analyse dan de thuiszorg. Alle sectoren samen doen in 72% van de gevallen strategische analyses. Strategische analyse speelt dus in kwantiteit een wezenlijke rol in de drie sectoren.

In tabel 8.5 is een verschil te zien per sector met betrekking tot het voorkomen van



TABEL 8.6 VERSCHILLENDE TOEGEPASTE ANALYSETECHNIKEN PER SECTOR

	Thuiszorg N=38 (%)	Ziekenhuizen N=51 (%)	Verpleeghuizen N=112 (%)
SWOT-analyse	92	89	79
(Product)Marktanalyse	45	41	33
Concurrentie-analyse	32	18	9
Porter/vijf krachten analyse	24	*	*
Netwerk analyse	21	14	7
Demografische analyse	8	14	20
PEST/omgevingsanalyse	13	27	17
7S-model	*	-	*
Stakeholderanalyse	11	*	*
Andere analyse	26	20	41

* In 5% of minder van de gevallen voorkomend

strategische analyse. De nulhypothese, dat deze variabelen identiek verdeeld zijn in de drie sectoren blijkt te worden verworpen ($\chi^2=7,68$ $p=0,02$). De kans dat ziekenhuizen strategische analyse doen is ruim drie keer zo groot als dat thuiszorgorganisaties strategische analyse doen. De 95% betrouwbaarheidsinterval bevat niet de waarde 1, dus er is een significant verschil tussen ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties (odds-ratio= 3,1; 95% b.i. = 1,3; 6,9).

De kans dat ziekenhuizen aan strategische analyse doen is bijna twee keer zo groot als de kans dat verpleeghuizen strategische analyse doen. Dit is echter niet significant (odds-ratio = 1,7; 95% b.i. = 0,8; 3,6).

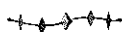
Ook is de kans dat verpleeghuizen aan strategische analyse doen bijna twee keer zo groot als dat thuiszorgorganisaties het doen, maar ook dit is niet significant (odds-ratio = 1,8; 95% b.i. = 1,0; 3,4).

Aan de respondenten is tevens gevraagd welke soort technieken en systematische analyses ze doen. Op basis van de gegeven antwoorden is de omgevingsanalyse of PEST-analyse nog toegevoegd. Alleen die technieken zijn hieronder weergegeven, die vaker dan in 5% van de gevallen zijn genoemd (zie tabel 8.6). De rest is gevoegd onder "andere analyse" en bevat naast deze technieken ook analyses als de culturele webanalyse, een zelf ontworpen analyse, of een financiële analyse.

De SWOT-analyse komt veel voor. Opvallend is het feit dat thuiszorgdirecteuren de Porteranalyse en de stakeholderanalyse een aantal maal toepassen en de directeuren van de andere twee sectoren vrijwel niet.

Ook is geteld hoeveel verschillende analyses er per instelling zijn gedaan. Bij 'andere analyse' kan namelijk meer dan één analyse zijn genoemd. Tabel 8.7 geeft inzicht in de diversiteit van de gehanteerde technieken.

Gemiddeld passen thuiszorgorganisaties drie verschillende technieken toe en ziekenhuizen en verpleeghuizen twee. De thuiszorg past dus meer verschillende technieken toe, dan de andere sectoren. Er zijn maar weinig organisaties van



elke sector die vijf of meer analyses doen, uitgezonderd de thuiszorg. Kortom de meeste ziekenhuizen doen strategische analyse, maar de thuiszorg past de grootste diversiteit aan technieken toe, als ze strategische analyse toepast.

8.4.4 OVERZICHT GEBRUIK VAN INTERNE EN EXTERNE ONDERSTEUNING

De directeur doet de analyses, of laat zich intern of extern ondersteunen. Bijna de helft van alle respondenten (ook per sector) vraagt interne ondersteuning. De externe ondersteuning is nog veel groter. Ziekenhuizen hebben de meeste externe ondersteuning (tabel 8.8). Minder dan 15% van de respondenten heeft geen ondersteuning. Er is ook gevraagd naar het aantal stafmedewerkers. Dat levert de verdeling op, zoals weergegeven in tabel 8.9.

TABEL 8.7 AANTAL VERSCHILLENDE ANALYSETECHNIKEN

	Thuiszorg* (%)	Ziekenhuizen (%)	Verpleeghuizen (%)
1 analyse	29	31	46
2 analyses	24	29	23
3 analyses	18	26	19
4 analyses	16	10	5
5 analyses	8	4	3
6 analyses	3	-	3
7 analyses	3	-	-
Missing	-	-	1
Gemiddelde	3	2	2

* Totaal is meer dan 100 % door afrondingen naar gehele getallen

TABEL 8.8 ONDERSTEUNING INTERN EN EXTERN

	Thuiszorg* (%)	Ziekenhuizen (%)	Verpleeghuizen (%)
Intern	50	41	47
Extern	76	82	65
Geen	10	15	11

TABEL 8.9 AANTAL STAFMEDEWERKERS

	Thuiszorg* (%)	Ziekenhuizen (%)	Verpleeghuizen (%)
1	22	26	58
2	28	37	15
3	11	11	12
4	17	11	4
Meer	22	16	12

* Totaal is meer dan 100 % door afrondingen naar gehele getallen



Directeuren hebben voornamelijk één of twee stafmedewerkers ter ondersteuning, dus geen grote afdelingen. Per sector zijn er geen duidelijke verschillen te zien.

8.4.5 DE FUNCTIES VAN STRATEGISCHE ANALYSE

Eerst werd aan de respondent gevraagd aan te geven wat strategische analyses bijdragen aan het strategievormingsproces. Een aantal malen noemde hij kenmerken van de strategische analyse, bijvoorbeeld; het geeft 'inzicht', 'informatie', is 'rationeel' en 'systematisch'. Hier noemen respondenten dus wel vaker het systematische en rationele karakter van de strategische analyse, in tegenstelling tot bij de vraag wat strategische analyse is. Men noemde soms meer dan één functie.

Van de 38 thuiszorgdirecteuren noemden 35 (92%) spontaan een functie. Van de ziekenhuisdirecteuren (51) waren dit er 42 (82%) en van de verpleeghuisdirecteuren (116) waren dit er 108 (93%). Per sector is deze vraag uitgewerkt in tabel 8.10. Er zijn diverse verschillen per sector. Ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties noemen de politieke functie het meest spontaan, de verpleeghuizen de toetsfunctie. Onder 'overig' wordt de bijdrage in het maken van een strategische keuze genoemd, of in het bijstellen van beleid. Dit komt overeen met de strategisch managementliteratuur, die een aantal technieken ook voor de evaluatie van strategische opties of reeds geïmplementeerd beleid aanbeveelt. Verder staat bij 'overig' de functie die strategische analyse heeft in combinatie met een adviseur (spiegel-functie, vreemde ogen dwingen). Ook valt hieronder de uitspraak dat strategische analyse noodzakelijk is, of dat men het gebruikt ter reflectie.

Vervolgens blijkt bijna driekwart van de respondenten de functies te herkennen (zie tabel 8.11).

Uit dit overzicht zijn niet dezelfde verschillen te constateren als uit tabel 8.10. Respondenten herkennen de kaderfunctie en de communicatiefunctie per sector het meest. De herkenning van de politieke functie, die ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties spontaan wel veel noemden, is nu wat minder.

Er is ook gevraagd of bepaalde technieken een bepaalde functie hebben. Er zijn maar weinig respondenten die een bepaalde techniek een bepaalde functie toekennen, zoals blijkt uit tabel 8.12. De thuiszorgdirecteuren doen dit meer dan de ziekenhuis- en verpleeghuisdirecteuren.

Het blijkt dat als men wel een bepaalde techniek (meestal meerdere technieken samen) kan noemen met een bepaalde functie, het steeds om heel verschillende technieken gaat.

Uiteindelijk is gevraagd, of men zelf nog andere functies (naast de eerder genoemde) naar aanleiding hiervan, wilde toevoegen. Er zijn maar weinig nieuwe aanvullingen op de functies gedaan (33 in totaal).

De meeste van deze functies zijn in te delen naar de onderscheiden functies. Het is dus op basis hiervan niet noodzakelijk om aan het aantal reeds onderscheiden functies een functie toe te voegen.

Van de 115 verpleeghuisdirecteuren zeiden er 91 (79%) de functies in een volgorde van belangrijkheid te kunnen plaatsen. Van de 35 thuiszorgdirecteuren konden 21 (60%) directeuren dit, en van 47 ziekenhuisdirecteuren 32 (68%). Respondenten



TABEL 8.10 SPONTAAN GENOEMDE FUNCTIES VAN STRATEGISCHE ANALYSE PER SECTOR

	Thuiszorg N=35 (%)	Ziekenhuizen N=41 (%)	Verpleeghuizen N=108 (%)
Kenmerk strategische analyse	19 (54)	25 (61)	43 (40)
Kaderfunctie ¹	5 (14)	10 (24)	9 (8)
Toetsfunctie	5 (14)	5 (12)	18 (17)
Politieke functie	10 (29)	12 (29)	13 (12)
Communicatiefunctie	7 (20)	5 (12)	2 (2)
Overig	12 (35)	8 (20)	28 (26)

TABEL 8.11 HERKENDE FUNCTIES VAN STRATEGISCHE ANALYSE PER SECTOR

	Thuiszorg N=38 (%)	Ziekenhuizen N=50 (%)	Verpleeghuizen N=112 (%)
Kaderfunctie herkend	82	88	96
Toetsfunctie herkend	66	74	84
Politieke functie herkend	74	78	85
Communicatiefunctie herkend	95	86	96

* 1 missing value

TABEL 8.12 TECHNIEKEN MET EEN FUNCTIE

	Thuiszorg (%)	Ziekenhuizen (%)	Verpleeghuizen (%)
Techniek met kaderfunctie	14 (45)	12 (27)	25 (23)
Techniek met toetsfunctie	10 (38)	7 (19)	18 (19)
Techniek met politieke functie	10 (36)	9 (23)	17 (17)
Techniek met communicatiefunctie	8 (22)	7 (16)	10 (91)

* In procenten

¹ Wat betreft de kaderfunctie moet hier worden opgemerkt dat het ook de functie 'het creëert strategisch bewustzijn' herbergt. Hier is voor gekozen omdat de directeuren meestal zeiden dat het toepassen van strategische analyse bij henzelf een strategisch bewustzijn bewerkstelligt. Denken vanuit een model, bijvoorbeeld het vijf krachten model, leidt tot bewustwording van de verschillende elementen, die bij strategievorming een rol spelen en fungeert op die manier als een kader. Wanneer een directeur echter probeert het strategisch bewustzijn bij anderen te stimuleren, met als doel het proces te vergemakkelijken, is er geen sprake van de kaderfunctie zoals in dit onderzoek bedoeld en is de uitspraak bij 'overig' ondergebracht.



TABEL 8.13 BELANGRIJKSTE FUNCTIES BIJ ALLE ORGANISATIES SAMEN, N=144

	Kader	Toetsen	Overtuigen	Communiceren	Andere functie
1 ^{ste} plaats	71	24	28	46	14
2 ^{de} plaats	22	29	37	43	5
3 ^{de} plaats	12	29	21	20	2
4 ^{de} plaats	13	25	26	10	2
5 ^{de} plaats	2	1	1	4	1

konden vaak alleen aangeven welke functie ze het belangrijkste vonden. Er waren ook respondenten die twee functies op bijvoorbeeld nummer één zette. Een inventarisatie voor alle sectoren samen geeft het volgende overzicht (zie tabel 8.13):

De kaderfunctie plaatst men het meest op de eerste plaats, gevolgd door de communicatiefunctie. De communicatiefunctie komt ook het vaakst op de tweede plaats. Per sector staat ook de kaderfunctie op de eerste of tweede plaats afgewisseld met de communicatiefunctie. Er zijn dus geen grote verschillen per sector.

8.4.6 KENMERKEN VAN INVLOED OP HET VOORKOMEN VAN STRATEGISCHE ANALYSE

Van sommige kenmerken van de organisatie en de respondent is berekend in hoeverre ze van invloed zijn op het voorkomen van strategische analyse. Niet alle afhankelijke variabelen en onafhankelijke variabelen zijn met elkaar in verband gebracht. Dit is alleen gedaan als dit interessant en mogelijk was. Zo is bijvoorbeeld niet nagegaan of er een relatie is tussen het hebben van ondersteuning en het voorkomen van strategische analyse. Dit was niet mogelijk omdat aan respondenten die strategische analyse doen is gevraagd, of ze *ondersteuning* hebben in de vorm van stafmedewerkers of externen. Daarmee is dus niet na te gaan of er een relatie is tussen ondersteuning en het voorkomen van strategische analyse (of de andere afhankelijke variabelen). Omdat alleen gevraagd is naar de diversiteit aan vraagstukken op een bepaald moment, terwijl het bij het doen van strategische analyse of de diversiteit aan toegepaste analysetechnieken niet over ditzelfde moment gaat, is ook met deze parameters niet gerekend.

ORGANISATIEKENMERKEN (SECTOR, GROOTTE) EN HET VOORKOMEN VAN STRATEGISCHE ANALYSE: Om *grootte* in een kruistabel² te kunnen gebruiken dient deze variabele te worden gehercodeerd. Er is voor *fte* gekozen omdat dit waarschijnlijk het meest zegt over

² Voor de kruistabel dienden organisaties op *fte* ingedeeld te worden in groepen. Deze verdeling van 'klein', 'gemiddeld' en 'groot' is gebaseerd op een overzicht van de totale verdeling en is zodanig vastgesteld dat de groepen vrijwel gelijk zijn. Thuiszorgorganisaties met minder dan 270 *fte* zijn als klein gedefinieerd (20 maal), met meer of precies 700 *fte* als groot (21 maal); alles daartussen als gemiddeld (21 maal). Ziekenhuizen met minder dan 300 *fte* zijn als klein gecodeerd (19 maal), met meer dan 1200 als groot (19 maal) en alles daar tussenin als gemiddeld (20 maal). Bij de verpleeghuizen zijn organisaties minder of precies 200 *fte* als klein gecodeerd (49 maal), meer dan 330 *fte* als groot (49 maal) en alles daartussenin als gemiddeld (50 maal). Bij verpleeghuizen moet er rekening mee gehouden worden, dat organisaties vaak veel groter zijn, omdat er velen gefuseerd zijn met één of meer verzorgingshuizen. Er is steeds genoteerd hoe groot het verpleeghuis was en er is geprobeerd de directeur alleen antwoord te laten geven voor het verpleeghuis. Voor alle sectoren samen geldt dat kleine organisaties minder dan 250 *fte* hebben (90 maal), grote organisaties (86 maal) meer dan 550 en gemiddelde alles wat daartussen zit (94 maal).



TABEL 8.14 SECTOREN INGEDEELD NAAR GROOTTE EN DE MATE WAARIN ZE STRATEGISCHE ANALYSE DOEN

		Doet strategische analyse	Doet geen strategische analyse
Thuiszorg	N=62*	N=38	N=24*
Klein	N=20	11	9
Gemiddeld	N=21	12	9
Groot	N=21	15	6
Hoofdeffect grootte: $\chi^2=2,90$; $p=0,40$			
Ziekenhuizen	N=59**	N=48**	N=11
Klein	N=20	15	5
Gemiddeld	N=18	15	3
Groot	N=21	18	3
Hoofdeffect grootte: $\chi^2=$ niet berekend door klein aantal waarnemingen			
Verpleeghuizen	N=149**	N=109**	N=40
Klein	N=47	29	18
Gemiddeld	N=50	38	12
Groot	N=52	42	10
Hoofdeffect grootte: $\chi^2= 4,88$; $p=0,09$			
Totaal	N=269***	N=194*	N=75
Klein	N=100	64	36
Gemiddeld	N=87	66	21
Groot	N=82	64	18
Hoofdeffect grootte: $\chi^2=5,23$; $p=0,07$			

Interactie grootte/sector: $\chi^2=87,8$, $p<0,001$

* 1 missing,

** 3 missing

*** 2 missing

grootte. Budget zou dat ook kunnen doen, maar is zelf weer een samengestelde parameter. De adherentie zegt niet altijd iets over grootte, omdat een klein ziekenhuis soms een adherentie uit het hele land kan hebben voor een bepaald specialisme. Op het aantal opnamen of cliënten zijn de sectoren niet te vergelijken. Voor alle sectoren samen (en voor verpleeghuizen en thuiszorg afzonderlijk) correleert het aantal fte's het hoogst met het budget en de adherentie. Bij thuiszorgorganisaties en verpleeghuizen komt daar het aantal cliënten respectievelijk het aantal opnamen nog bij. Bij ziekenhuizen correleert budget het hoogst. Met andere woorden,



TABEL 8.15 VOORKOMEN STRATEGISCHE ANALYSE EN OPLEIDING DIRECTEUR/RvB, N=245

	Wel analyse		Geen analyse	
		(%)		(%)
Bedrijfskundig/economisch Management	62	(73)*	23	(27)
Onderwijs	15	(65)	8	(35)
Sociologisch	4	(57)	3	(43)
Sociale academie	15	(68)	7	(32)
Technisch	3	(60)	2	(40)
Medisch	6	(86)	1	(14)
Verpleegkundig	38	(79)	10	(21)
Anders	8	(89)	1	(11)
	29	(74)	10	(26)

* in procenten van totaal

naarmate het aantal fte's toeneemt, neemt ook het budget en de adherentie significant toe. Daarom is verder gewerkt met 'aantal fte's' als parameter voor grootte.

Tabel 8.14 geeft een overzicht van het aantal organisaties dat strategische analyse doet, ingedeeld naar grootte van de organisatie.

De nulhypothese dat deze variabelen identiek verdeeld zijn wordt niet verworpen voor de thuiszorg ($\chi^2=2,90$; $p=0,40$), de ziekenhuizen (niet berekend vanwege te kleine verwachte waarden) en de verpleeghuizen ($\chi^2=4,88$; $p=0,09$), ook niet bij het samennemen van alle sectoren ($\chi^2=5,23$; $p=0,07$).

De hypothese dat het doen van strategische analyse samenhangt met de grootte van de organisatie (wat in een oogopslag naar de tabel kijkend het geval lijkt) wordt dus niet bevestigd. Wel blijkt de nulhypothese dat grootte en sector identiek verdeeld zijn te worden verworpen ($\chi^2=87,8$; $p<0,0001$). Bij de t-toets blijken de gemiddelden van het aantal fte's per sector onderling significant te verschillen ($p<0,01$). Verpleeghuizen hebben gemiddeld het minste aantal fte's ($\mu=323$), ziekenhuizen het meeste ($\mu=1228$) en thuiszorg ($\mu=662$) zit daar tussenin. De variabelen sector en grootte hangen dus onderling ook samen.

RESPONDENTKENMERKEN (OPLEIDING EN AANTAL JAREN IN DE SECTOR) EN HET VOORKOMEN VAN STRATEGISCHE ANALYSE:

Het is moeilijk te bepalen of de opleiding van de respondent van invloed is op het wel of niet doen van strategische analyse. Het kan niet berekend worden bij de sectoren afzonderlijk omdat de afzonderlijke cellen te weinig waarnemingen hebben. Bij ziekenhuizen zijn vaak meerdere directeuren, dus is de relatie hier niet te leggen. De directeur, waarvan verwacht werd dat hij op basis van zijn functie het meest thuis zou zijn in de strategische analyse, is hier steeds geïnterviewd.

Om toch een beeld te krijgen van de verdeling is in tabel 8.15 voor alle sectoren samen de verdeling weergegeven. Deze tabel geeft echter geen aanwijzingen over



het feit of er een bepaalde relatie tussen opleiding en het doen van strategische analyse zou bestaan.

Om de invloed van 'het aantal jaren dat de directeur of Raad van Bestuurslid in zijn functie is' op 'het wel of niet voorkomen van strategische analyse' vast te stellen, heeft hercodering van de eerstgenoemde variabele plaatsgevonden. Dit is gedaan om een kruistabel³ te kunnen maken. Ook voor alle sectoren samen en apart laat de kruistabel met chi-kwadraat toets zien dat de nulhypothese niet verworpen kan worden. Het lang, gemiddeld of kort in de sector zitten heeft dus geen invloed op het wel of niet doen van strategische analyse per sector en bij alle sectoren samen.

RELATIE ORGANISATIEKENMERKEN (GROOTTE, AANTAL STAFMEDEWERKERS) EN RESPONDENTKENMERKEN (AANTAL JAREN IN SECTOR) EN DE AFHANKELIJKE VARIABELE 'AANTAL VERSCHILLENDE ANALYSES':

Bij alle sectoren apart of samen wordt geen significante relatie gevonden met Pearson's correlatie tussen het aantal stafmedewerkers, het aantal jaren dat directeur of Raad van Bestuurslid in de sector zit en de aantal verschillende analyses die men doet. De laatste is wel een negatieve relatie (dus hoe langer in de sector hoe minder verschillende analyses).

Alleen grootte en het aantal technieken correleert significant bij elke sector afzonderlijk en alle samen, alleen steeds voor een andere parameter voor grootte. Bij de sectoren samen alleen voor aantal fte's ($r=0,173$ $p<0,05$), bij thuiszorg alleen voor aantal cliënten ($r=0,85$ $p<0,01$), en bij ziekenhuizen alleen voor adherentie maar dit is een negatieve relatie ($r=-0,31$ $p<0,05$).

8.5 Conclusie

Er lagen vele vragen ten grondslag aan de enquête. Per vraag zal nu het antwoord worden behandeld.

VRAAG 1: WAT VERSTAAT DE RESPONDENT ONDER STRATEGISCHE ANALYSE?

De vraag wat de respondent onder strategische analyse verstaat, leverde een verscheidenheid aan antwoorden op, waarbij iets meer dan de helft het analyseren van de organisatie en omgeving noemde. Respondenten gaan nauwelijks in op de mate, waarin systematiek een rol speelt. Een aantal malen ziet men wel de SWOT-analyse als representante van de strategische analyse. Bij de vraag wat strategi-

³ Voor de kruistabel dienden organisaties ingedeeld te worden in groepen. Deze verdeling van 'lang', 'gemiddeld' en 'kort' in de sector is gebaseerd op een overzicht van de totale verdeling en is zodanig vastgesteld dat de groepen vrijwel gelijk zijn. 'Lang werkzaam in de sector' zijn verpleeghuisdirecteuren, van voor 1977 (48 maal), kort in de sector zijn die na 1987 (45 maal) en alles daartussen is gemiddeld (48 maal). Bij ziekenhuizen, is lang in de sector van voor 1978 (16 maal), en kort na 1983 (17 maal) en gemiddeld alles daartussen (19 maal). Bij thuiszorg is lang werkzaam in de sector van voor 1980 (18 maal), kort is van na 1986 (18 maal) en gemiddeld alles daartussenin (18 maal). Bij alle sectoren samen zijn lang in de sector ieder voor 1978 (93 maal), kort iedereen na 1987 (75 maal) en alles daartussen gemiddeld (79 maal).



sche analyse bijdraagt, antwoordt men wel in bijna de helft van de gevallen dat het rationeel is en systematisch. Uit dit laatste is te constateren dat zowel ziekenhuis-, thuiszorg- als verpleeghuisdirecteuren rationaliteit en systematiek belangrijke aspecten van de strategische analyse vinden.

VRAAG 2: IN HOEVERRE SPEELT STRATEGISCHE ANALYSE EEN ROL IN DE SECTOREN?

Strategische analyse speelt een substantiële rol in de drie onderzochte sectoren. Drievierde van de respondenten zegt strategische analysetechnieken toe te passen. Ziekenhuizen passen technieken significant het meest toe, vervolgens verpleeghuizen en als laatste thuiszorgorganisaties. De sector is verklarend voor verschillen in het voorkomen van strategische analyse. Opvallend is wel dat ziekenhuizen in 20% en verpleeghuizen in 16% van de gevallen niet weten dat ze strategische analyse toepassen. Het begrip geniet dus nog enige onbekendheid. De thuiszorg doet dan wel het minst vaak strategische analyse, ze doet wel veel analyses en meer verschillende, waaronder het vijf krachtenmodel van Porter en de stakeholderanalyse.

VRAAG 3: WIE DOET DE STRATEGISCHE ANALYSE?

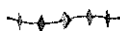
De directeur doet de analyses, of geeft daartoe opdracht aan de stafmedewerkers. Er is in ongeveer de helft van de gevallen sprake van interne ondersteuning. Hierin zijn weinig verschillen per sector. Externe ondersteuning vraagt men nog vaker (in tweederde van de gevallen of meer) en het meest in ziekenhuizen.

VRAAG 4: IN HOEVERRE HANTEERT MEN DE FUNCTIES VAN STRATEGISCHE ANALYSE BEWUST OF ONBEWUST?

Op de vraag wat het doen van technieken bijdraagt aan het strategievormingsproces gaf maar ongeveer de helft van de respondenten antwoord in termen van functies (men gaat meestal in op het systematische karakter). Als men wel een functie noemt, dan wijzen ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties vooral op de overtuigingsfunctie. De herkenning van de functies is vervolgens wel groot (ruim tweederde) per functie. Men is zich blijkbaar niet altijd bewust van het feit dat strategische analyse functies vervullen. Van de drie sectoren herkennen de verpleeghuizen de functies het meest. Vooral de kaderfunctie en de communicatiefunctie herkent men dan in de drie sectoren het meest en niet meer de overtuigingsfunctie. Dit kan te maken hebben met het feit dat men niet graag erkent strategische analyse ter overtuiging te gebruiken. Het is in ieder geval gerechtvaardigd op basis van de resultaten om de strategische analyse verschillende functies toe te delen.

VRAAG 5: ZIJN ER NOG ANDERE FUNCTIES DAN DE REEDS ONDERSCHIEDEN FUNCTIES?

Er zijn maar weinig nieuwe aanvullingen op de functies gedaan. Blijkbaar is de reeds gegeven opsomming voldoende uitputtend. Als aanvulling noemen respondenten dat strategische analyse 'strategisch bewustzijn' creëert voor de strateeg maar ook voor de medewerkers. In het eerste geval is er sprake van een kaderfunctie, in het tweede geval niet. Deze laatste functie zal in het vervolg van dit onder-



zoek als punt van aandacht worden meegenomen.

Een enkele maal gebruikt men de strategische analyse voor de evaluatie van de (reeds geïmplementeerde) strategie.

VRAAG 6: ZIJN ER BEPAALDE TECHNIEKEN DIE MET NAME EEN BEPAALDE FUNCTIE VERVULLEN?

Minder dan de helft van de respondenten antwoordde dat een bepaalde techniek een bepaalde functie voor hen vervulde. Degenen die een bepaalde techniek bij een bepaalde functie konden noemen, noemden zeer verschillende technieken. Er zijn dus geen specifieke technieken, die met name een bepaalde functie vervullen. Er zijn geen grote verschillen te constateren in een volgorde van belangrijkheid van de functies per sector. De kaderfunctie komt steeds op de eerste plaats, gevolgd door de communicatiefunctie.

VRAAG 7: ZIJN ER KENMERKEN VAN DE ORGANISATIE OF RESPONDENT VAN INVLOED OP HET VOORKOMEN VAN STRATEGISCHE ANALYSE (TECHNIEKEN), HET NOEMEN OF HERKENNEN VAN FUNCTIES EN DE VOLGORDE VAN BELANGRIJKHEID HIERIN?

Wanneer wordt gekeken naar de kenmerken die van invloed zijn op het voorkomen van strategische analyse, dan lijkt naast de sector ook de grootte van invloed. Dit is echter niet per sector op significantie te berekenen of is niet significant per sector. Er is steeds vanuit gegaan dat de sectoren onderling te veel verschillen om samen te nemen. Grootte heeft bij thuiszorg, ziekenhuizen en alle sectoren samen (voor ieder een andere parameter) significante invloed op de diversiteit aan toegepaste analyses. Naast sector en grootte voor de sectoren samen zijn er geen andere kenmerken van de organisatie of directeur gevonden die van invloed zijn op het al of niet toepassen van strategische analyse.

De mate waarin er ondersteuning is zou het gebruik van strategische analyse positief kunnen beïnvloeden. In de enquête kon dit niet worden aangetoond omdat pas nadat men had gezegd strategische analyse toe te passen gevraagd is of men zich daarbij intern of extern laat ondersteunen. Wel is opvallend dat de ziekenhuissector die het meest strategische analyse toepast ook het meeste externe ondersteuning vraagt.

Verpleeghuizen hebben de minste ondersteuning.

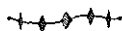
Opvallend bij de kenmerken in het algemeen was wel dat de strategische vraagstukken in de thuiszorg grotendeels in te delen zijn naar zes hoofdstrategieën. Voor de ziekenhuizen en verpleeghuizen is dit veel moeilijker. In de thuiszorg spelen dus minder verschillende vraagstukken dan in de ziekenhuizen en verpleeghuizen. Dit kan te maken hebben met het feit dat strategievorming in de thuiszorg minder complex is dan in ziekenhuizen of verpleeghuizen. Het kan ook zijn dat het in de thuiszorg beperkt mogelijk is om verschillende soorten strategieën te vormen omdat dominante omgevingsactoren, zoals de overheid of het netwerk, de hoofdkeers vrijwel vastleggen of dat men zich meer laat sturen door deze actoren. Dit soort kenmerken van een sector kunnen weer een relatie hebben met het wel of niet toepassen van strategische analyse. In dit onderzoek is dat echter niet onderzocht.



Uit de gegevens over het soort analysetechnieken blijkt echter niet dat de gezondheidszorgorganisaties geen strategische vrijheid zouden hebben. Daarvoor zijn het soort vraagstukken waar directeuren mee te maken hebben te divers.

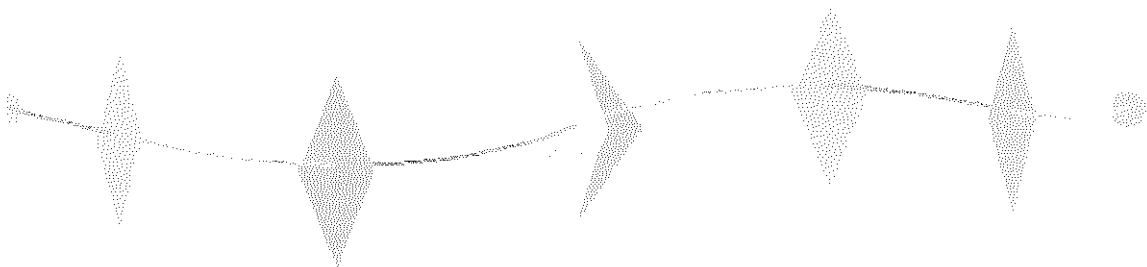
VERVOLGONDERZOEK

De enquête heeft op vele vragen antwoord gegeven, vooral wat betreft de strategische analyse en haar functies. Om echter gedetailleerder inzicht te krijgen in hoe processen verlopen is een enquête niet geschikt en zijn interviews ondersteund met casuonderzoek nodig. Omdat bleek dat ook in ziekenhuizen veel strategische analyse voorkomt (al is de variatie van technieken niet zo groot) is besloten ook de ziekenhuizen op te nemen in het onderzoek. Het volgende hoofdstuk beschrijft de resultaten van de interviews met ziekenhuisdirecteuren, daarna volgen in hoofdstuk 10 de casusbeschrijvingen.



HOOFDSTUK 9

Interviews ziekenhuisdirecteuren



9.1 Inleiding

De enquête wees uit dat van de drie ondervraagde sectoren de ziekenhuizen het meest strategische analyse doen. Naast de thuiszorgdirecteuren zijn daarom ook ziekenhuisdirecteuren bevraagd. Omdat uit de enquête reeds duidelijk was welke functies de ziekenhuisdirecteuren de strategische analyse toekennen, richtten de interviews zich vooral op de vraag hoe het strategievormingsproces verloopt en wat de bijdrage is van strategische analyse ten opzichte van elementen als bijvoorbeeld intuïtie of de positie van de strateeg.

De vragen die in dit onderzoek centraal staan zijn:

- Hoe verloopt het strategievormingsproces in de ziekenhuizen?
- Wat is de bijdrage van strategische analyse in dit proces?

Deze interviewronde had tot doel (net als de interviews met de thuiszorgdirecteuren):

- Na te gaan of de inzichten opgedaan in het pilotonderzoek (met betrekking tot de fasering van het strategievormingsproces en de functies van strategische analyse daarin) bruikbaar zijn om er het strategievormingsproces in de ziekenhuizen mee weer te geven.
- Na te gaan of de inzichten uit het pilotonderzoek dienen te worden aangevuld, bijgesteld of kunnen worden uitgebreid met betrekking tot het verloop van een strategievormingsproces in de ziekenhuizen en de functie van strategische analyse.

In deel 3 wordt verder op de mogelijkheid ingegaan om eventuele verschillen tussen sectoren te achterhalen. Eerst zal hier behandeld worden hoe de respondenten zijn benaderd, voor zover dit anders was dan bij de thuiszorgorganisaties. De vragen waren hetzelfde. Daarna volgen de resultaten en de conclusie.

9.2 Methode

9.2.1 RESPONDENTEN

Aan alle ziekenhuizen is net als aan de thuiszorgorganisaties gevraagd om strategisch materiaal (bijvoorbeeld een strategisch beleidsplan) op te sturen. Er hebben echter te weinig (zestien) organisaties iets opgestuurd om een keuze van respondenten op te baseren. Alleen uit geënquêteerden is toen een selectie gemaakt (mede vanwege hun bereidheid om mee te doen aan onderzoek). De organisaties zijn zo geselecteerd dat de totale steekproef aan de volgende selectiecriteria voldeed (in volgorde van belangrijkheid):

- Een diversiteit aan uitgevoerde technieken bij de organisaties;
- Een diversiteit aan strategische problemen bij de organisaties;
- Zowel organisaties met als zonder externe ondersteuning;
- Een gelijk aantal grote, gemiddelde en kleine organisaties;
- Spreiding van de organisaties in het land.

Er werden negen directeuren geselecteerd. Eén daarvan wilde niet meewerken en van één directeur was de interimperiode verstreken. Toen zijn twee nieuwe directeuren uitgekozen, die beiden wilden meewerken. Twee directeuren die geen



strategische analyse deden zijn geselecteerd, om te achterhalen hoe zij de fasering in het strategievormingsproces zien. Tijdens het interview bleek echter één van deze directeuren toch strategische analyse te doen.

Aan de ziekenhuisdirecteuren zijn dezelfde vragen gesteld als aan de thuiszorgdirecteuren en op dezelfde open manier; dit om de vergelijkbaarheid tussen de interviews in beide sectoren zo veel mogelijk te behouden. Er zijn alleen ziekenhuisdirecteuren geïnterviewd (en geen beleidsmedewerkers zoals in de thuiszorg). De antwoorden die tijdens de enquête zijn gegeven, zijn ook in dit onderzoeksverslag meegenomen. Zie tabel 9.1 voor een overzicht van de kenmerken van de organisaties.

Uit de tabel blijkt dat de gekozen organisaties verspreid over het land liggen, zowel groot als klein zijn, zowel veel als weinig strategische analyse doen, verschillende strategische vraagstukken hebben en directeuren met een verschillende achtergrond hebben.

TABEL 9.1 KENMERKEN VAN DE GEÏNTERVIEWDE ZIEKENHUIZEN OP BASIS VAN DE ENQUÊTE

	Geografie	Grootte	Strat. An. ²	Vraagstuk	Achtergrond directeur
1	Noorden	Klein	Gem.	Fusie	Economie
2	Midden	Groot	Veel	Samenwerking	Economie
3	Zuiden	Groot	Gem./veel	Samenwerking, financiën	Bedrijfskunde
4	Westen, grote stad	Gemiddeld	Veel	Samenwerking	Bedrijfseconomie
5	Oosten	Klein	Veel	Samenwerking	Bedrijfseconomie
6	Westen	Klein	Veel	Nieuwbouw, huisvesting	Bedrijfseconomie
7	Westen, grote stad	Gemiddeld	Geen	Zorgketen	Gezondheidswetenschappen ³
8	Zuiden	Groot	Weinig	Regiovorming	Medisch
9	Noorden	Groot	Gemiddeld	Samenwerking, fusie	Landbouwkunde

1 Grootte: budget < 100 miljoen = klein, budget > 200 miljoen = groot, alles daartussen is gemiddeld

2 Mate van analyse: weinig = 1 techniek, gem. = 2 technieken, gem./veel = 3 technieken, veel = meer dan 3

3 Directiesecretaris heeft geantwoord



9.3 Resultaten

9.3.1 WAT IS STRATEGIEVORMING EN DOET U ERAAN?

Alle directeuren zeggen met strategievorming bezig te zijn. Globaal komt dit neer op:

- Het analyseren en op de hoogte blijven van alles wat er binnen de bedrijfstak gebeurt (3);
- Het inschatten en bepalen van de positie van het ziekenhuis (1,8);
- Vooruitkijken over vijf á tien jaar (1,5,6).

Voor één directeur (4) is het “een beetje van waar ben ik nu, waar wil ik naartoe en hoe kom ik daar”.

Twee directeuren (5,6) stellen in het strategievormingsproces het beleidsplan centraal. Eén directeur (9) zegt wel aan strategievorming te doen, maar geeft ook aan te twifelen wanneer iets nou wel of geen strategievorming is. Eén directeur (1) zegt wel bezig te zijn met strategievorming, maar zegt dat het maar 5% of 10% van zijn werkzaamheden betreft.

9.3.2 OP WELKE MANIER VINDT HET PLAATS EN MET WELKE AANLEIDING?

Een paar directeuren doen een uitspraak over de manier waarop strategievorming plaatsvindt. De één is er impliciet mee bezig, de ander expliciet. Eén directeur (1) meldt meer expliciet dan vroeger aan strategievorming te zijn gaan doen. Een directeur (9) zegt dat het op een continuüm ligt van soms impliciet soms expliciet met strategie bezig zijn. Een andere directeur (3) zegt 5% van de tijd expliciet met strategie bezig te zijn en voor 95% impliciet. Eén directeur (4) zegt dat de strategie ontstaat op basis van voortschrijdend inzicht. Eén directeur (6) zegt dat het deels een bewust en deels een onbewust proces is.

Soms treedt men pas in actie als er een concreet probleem is (4,6,7). Twee directeuren (2,5) construeren dit probleem zodat ze eenvoudiger tot veranderingen kunnen overgaan. Ze ervaren dat het strategievormingsproces het best te beginnen is naar aanleiding van een concreet probleem, omdat de noodzaak tot verandering dan aantoonbaar is naar medewerkers. Een directeur (1) zegt hierover:

“Een paar jaar geleden was er een noodzaak tot reorganiseren, dan is het makkelijker om er een strategie door te drukken”.

Een andere directeur (2) zegt zelfs alleen maar vanuit een probleem te werken en er anders wel één te zoeken:

“Je hebt alleen maar energie voor veranderingen als de organisatie door de markt onder druk wordt gezet, of door een probleem of iets anders. Eerst zorg ik dat er druk komt. Daarvoor wordt een concreet probleem aangeboord”.

De concrete problemen die door de verschillende organisaties werden geformuleerd lijken vaak op elkaar.

Zes organisaties willen groter worden, ofwel omdat ze anders niet meer kunnen bestaan (4,5), ofwel omdat ze dan betere zorg kunnen leveren (1,7,8,9). Men bereikt dit door fusie (4,9), samenwerking (1,5) en ketenvorming (7,8). Eén organisatie (5) wil bezuinigen omdat ze nu te weinig geld heeft voor de dingen die ze



wil. Eén organisatie (2) heeft op dit moment niet echt een strategisch probleem en wil nu alleen voorkomen dat ze 'inslaapt'.

De aanleiding om tot strategievorming over te gaan is echter niet altijd inhoudelijk. Een directeur (8) vertelde dat de aanleiding, om van een strategie gericht op topklinische zorg over te gaan naar een zorgketen benadering, lag in de behoefte om zaken anders aan te pakken. Deze behoefte kwam voort uit ruzies in de ziekenhuizen, een wat spaak lopende verhouding met de verzekeraar en onrust op het honorariumfront. Een andere directeur (9) gaf als reden om tot fusie over te gaan: de wisselingen in de directie (nieuwe mensen, nieuwe ideeën) evenals het feit dat de medische staven al meer naar elkaar toegroeiden. Ook bleek het feit dat de buitenwacht (zorgverzekeraars en het ministerie) steeds dringender de vraag stelde: 'waarom gaan jullie niet fuseren?' een factor van betekenis.

Geen van de respondenten maakt melding van een beleidscyclus. Van vier organisaties (3,4,7,9) waren stukken beschikbaar, maar ook daarin is niets van een beleidscyclus terug te vinden. Een eventuele beleidscyclus noemen respondenten dan ook niet als aanleiding om tot strategievorming over te gaan.

9.3.3 ACTIVITEITEN IN HET KADER VAN STRATEGIEVORMING

De activiteiten rond strategievorming behelzen voor een tweetal organisaties (5,6) vooral het maken van een ziekenhuisbeleidsplan. Alle directeuren vermelden in het kader van strategievorming een ziekenhuisbeleidsplan en een medisch beleidsplan te maken. Twee directeuren (5,3) doen dat samen met een organisatie-adviseur omdat in het verleden het beleidsplan teveel een algemeen stuk bleef, waar iedereen zich wel in kon vinden maar wat daardoor geen goed sturingsinstrument bleek te zijn. De andere organisaties maakten het beleidsplan zelf.

De directeuren hanteren de beleidsplannen in meer of mindere mate als leidraad. In mindere mate als het een consensusstuk is en in meerdere mate als er ook echt keuzes in worden gemaakt. Het stuk draagt voor twee directeuren (1,6) vooral iets bij aan het proces. Eén van deze directeuren (6) vindt dat de inhoud van de plannen dit keer leeft, omdat er binnen de organisatie veel over gediscussieerd is. De andere directeur (1) zegt dat hij in dit proces vooral zijn toehoorders kan overtuigen en zijn visie kan toetsen. Verder houden directeuren (2,6) grote sessies waarbij alle medewerkers aanwezig zijn.

Twee directeuren (2,4) zijn nieuw en hebben zelf nog geen plannen vormgegeven. Eén directeur (1) is net begonnen met dit proces en wijdt er inhoudelijk weinig woorden aan. Hij vertelt meer over hoe hij het strategievormingsproces ervaart. Ook drie andere directeuren (7,8,9) gaan nauwelijks in op de ontwikkeling van het beleidsplan.

Eén van de directeuren (5) die het strategievormingsproces vormgeeft met hulp van een extern adviseur zegt dat er vijf werkconferenties van vier dagdelen worden gehouden. Er zijn er op het moment van interviewen al twee gehouden. Op de eerste conferentie heeft de directeur zijn visie gepresenteerd en heeft de organisatie-adviseur de theorie van de besluitvorming behandeld en de strategische analyse uitgelegd. Groepjes, gevormd uit alle geledingen in het ziekenhuis, werk-

ten onder andere een omgevings-verkenning, een Porteranalyse en een SWOT-analyse uit. In de volgende conferentie zal men de uitkomsten van de groepjes plenair bespreken. Ook is een scenario-analyse uitgevoerd, die wordt teruggerapporteerd in de derde bijeenkomst. Er volgen nog twee bijeenkomsten. In één van deze bijeenkomsten zal de visie van de directie worden geconfronteerd met de uitkomsten van de strategische analyse door de groep.

De andere directeuren maken niet veel melding van strategische analyse. Op basis van het interview, aangevuld met informatie uit de enquête ontstaat het volgende overzicht (zie tabel 9.2):

Vooraf de SWOT-analyse is populair. Daarna worden de PEST-analyse en de marktanalyse vaak uitgevoerd.

TABEL 9.2 TOEGEPASTE STRATEGISCHE ANALYSETECHNIKEN PER ORGANISATIE¹

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Swot-analyse	×	×	×	×	×	+		+	×
Concurrentie-analyse		×				+			
Porter-analyse				+	×				
Portfolio-analyse					×				
Stakeholderanalyse			+						
PEST-analyse		×	+	×	×				+
7S-model		×							
Netwerkanalyse		×			+				
Sleutelsuccesfactorenanalyse					×				
Marktanalyse	×	×			+	×			
Demografische analyse	×			+		+			
Scenario-analyse					×				

+ = extra uit enquête

× = uit interviews

¹ Toelichting

Verschillen in de antwoorden bij de enquête en de interviews:

- In de enquête heeft deze directeur aangegeven geen strategische analysetechnieken of systematische analyses te doen. Uit het interview blijkt dat hij vindt dat het niet wetenschappelijk verantwoord is hoe men in zijn organisatie werkt. Daarom zei hij geen strategische analyse te doen, terwijl hij het wel deed.
- Deze directeur vermeldde in het interview alleen dat er wel eens een SWOT-analyse is gedaan en dat hij zich vooral laat leiden door intuïtie.
- Deze directeur kent alle technieken goed vanwege zijn opleiding, maar past een SWOT-analyse en een omgevings-analyse het meest toe. De Porter analyse vindt hij niet zo goed toepasbaar in de zorg, zegt hij tijdens het interview, maar zei tijdens de enquête hem wel toe te passen.
- Deze directeur laat heel veel analyses onder leiding van een organisatie-adviseur toepassen. Zowel in de enquête als in het interview is hij niet volledig.
- Tijdens de enquête heeft de directiesecretaris geantwoord en tijdens het interview de directeur. De directeur zegt geen strategische analyses te doen, ze ook niet te kennen, maar blijkt wel eens een onderzoeksbureau opdracht te hebben gegeven voor een marktanalyse.
- In de enquête gaf deze directeur aan een omgevingsverkenning (PEST analyse) te doen. In het interview vertelt hij eens de opdracht gekregen te hebben om voor een presentatie in het land de SWOT analyse uit te leggen en toen zag hij dat het inderdaad een goed model is om een overzicht te geven van de strategie. Hij heeft het daar echter niet voor gebruikt.



Naast het formele proces om een strategisch plan te vervaardigen herkennen directeuren ook de reeds onderscheiden fasering. Eerst worden eventuele afwijkingen in dit proces hieronder besproken. Daarna wordt dieper ingegaan op elke afzonderlijke fase.

9.3.4 FASERING

De fasering: ‘strategie-idee’, ‘toetsen’ en eventueel wat aanpassen van de strategie, ‘overtuigen’ en ‘implementeren’ (zoals in het conceptueel model onderscheiden) is in de meeste gevallen wel te herkennen (1,2,4,5,7,9). Eén directeur (4) formuleert het zo:

“Voor een deel is strategievorming een intuïtief proces Door met veel mensen te praten, althans zo gaat het bij mij, kom je op een bepaald idee en dat ga je toetsen bij de volgende mensen die je spreekt. En dan word je daar al dan niet in bevestigd. En op een gegeven moment ben je natuurlijk zover dat je zegt; dit is de richting die we moeten hebben. En ik heb natuurlijk een Raad van Toezicht (..) en daar vat je het nog eens een keer samen. Ik ben niet zo’n schrijver, dus ik houd altijd presentaties (mijn product) en in zo’n presentatie van tien, twintig overhead sheets probeer je dan die analyse nog een keer weer te geven en dan zeg je, als je dat allemaal nog eens bij elkaar optelt, dan moeten wij dus iets. Het moet niet morgen, maar het moet wel en ik kies daarvoor.”

De reeds onderscheiden fases volgen elkaar niet altijd strikt op. Eén directeur (3) zegt eerst de strategie te ‘verkopen’, waarna hij hem eventueel aanpast. Ook het moment waarop de communicatie plaatsvindt kan verschillend zijn. Eén directeur (3) zegt hier al in een vroeg stadium mee te beginnen. Eén directeur (7) zegt dat weer niet te vroeg te doen, anders blokkeren specialisten het proces, maar ook niet te laat, want ze moeten wel willen gaan meewerken. Een andere directeur (5) betreft mensen pas bij de strategie nadat het idee meer vast staat, omdat de discussie in zijn ogen anders verzandt.

Overtuigen en communiceren kunnen soms samenvallen in de tijd of door de respondent als hetzelfde worden beschouwd. Een voorbeeld hiervan is te vinden bij een directeur (2) die zegt alleen te communiceren en niet te overtuigen. Het blijkt echter dat hij wel probeert om mensen eigenaar te maken van het door hem geschetste probleem. Dat ligt sterk tegen overtuigen aan. Een andere directeur (8) wisselt overtuigen en communiceren af. Hij zegt dat de uitgangspunten door de directie geformuleerd zijn en dat er toen een communicatiegroep op pad is gegaan om de uitgangspunten uit te leggen aan het middenkader. Vervolgens zijn concrete zorgvernieuwingsprojecten als onderdeel van de strategie geïmplementeerd. Dit lukte omdat budgethouders en externen op uitvoerend niveau (huisartsen, verpleeghuisartsen) gestimuleerd konden worden om concrete projecten te starten. Het ziekenhuis verwachtte niet ver te komen als ze met instellingen en met het middenkader zou gaan praten over verandering van structuren en systemen. Daarom heeft de directie direct de werkvloer gestimuleerd een deel van de strategie te



implementeren en is ze na succesvolle implementatie het management pas gaan overtuigen met de succesvolle resultaten.

9.3.5 STRATEGIE-IDEE

De directie bedenkt meestal in grote lijnen het strategie-idee. Hiervan zijn voorbeelden te vinden bij verschillende directeuren. Eén directeur (2) zegt op de vraag van wie de strategie komt, dat het helemaal in het begin zijn eigen idee was. Eén directeur (1) geeft aan, dat de strategiebepaling meestal begint met een notitie van de directie met een aantal van hun ideeën en ‘gedachtspinsels’. De ideeën zijn veelal “top down” tot stand gekomen. Eén directie (6) is begonnen met het presenteren van een visie. Daar is over gepraat met diensthoofden, stafbestuur en Raad van Toezicht en op een massameeting met veel medewerkers. Eén directeur (5) die werkt met een organisatie-adviseur heeft eerst zijn visie op ontwikkelingen in de omgeving gegeven, om te voorkomen dat er uit de conferenties met de organisatie-adviseur resultaten zouden komen, waar de directeur niet achter zou kunnen staan.

Eén directeur (3) geeft aan dat de strategiebepaling begint met een voorlopig besluit van een directie en dat is een grove schets. Incidenteel *‘borrelt er wel eens iets op’* uit de interne organisatie maar dat is niet zo vaak. De directeur zou het graag vaker zien. Deze directeur zegt ook dat de directie meestal wel op één lijn zit. Dat is niet bij alle directies zo (1,4). Eén directeur (1) geeft aan dat binnen de directie niet meteen consensus over de te volgen strategie bestond: *“Deze visie is niet zonder strijd tot stand gekomen”*. De andere directeur (4) zegt met zijn mededirecteur niet op één lijn te zitten en bij het kiezen voor de fusiepartners te hebben *‘gedaald’*. Het proces begint dus met een idee, en dat idee is heel belangrijk zo meldt één directeur (1). Hij zegt:

“Het klinkt misschien gek, maar los van je omstandigheden, bijvoorbeeld overheden, beperkingen van de markt, geld en mensen, het geldt altijd, dat ideeën en visies er toe leiden, dat de randvoorwaarden zich wijzigen. Heel zwart wit gezegd; wat je wilt, dat haal je op een gegeven moment wel.”

Landelijke politieke ontwikkelingen lijken daarbij geen bepalende rol te spelen volgens de uitspraken van drie respondenten (1,2,7). Eén directeur (2) zegt hierover:

“Want dan heb je wel de overheid op je nek dat het allemaal niet mag wat je doet, maar uiteindelijk heeft de overheid alles wat de organisatie in hun ogen verkeerd deed, ondergebracht bij beslissingen die volgens de wetgeving wel kunnen.”

9.3.6 ZAKEN VAN INVLOED OP DE TOTSTANDKOMING VAN EEN STRATEGIE-IDEE

- KENNIS:

De respondenten noemen kennis niet expliciet als een belangrijke factor van invloed op het strategievormingsproces. Ze zeggen wel dat informatie een rol speelt bij het komen tot een strategie. Vooral demografische ontwikkelingen (1), arbeidsmarktontwikkelingen (1,4) (individuele) wensen van specialisten (1,2,3,4), huisartsen (2,8) en patiënten (9) spelen een rol. Deze kennis komt



vaak niet uit onderzoeken maar uit wat een directeur dagelijks opvangt uit gesprekken met mensen.

- **PERSOONLIJKHEID VAN DE DIRECTEUR (1,2,4,7):**

Eén directeur (1) zegt niet alleen maar op de winkel te willen passen; zijn persoonlijkheid speelt een belangrijke rol. Reflecterend en relativerend zegt hij: *“Ik ben geen directeur die op een winkel gaat zitten passen, dus als de winkel gewoon doordraait, dan heb ik geen uitdaging meer. Dus dan ga ik wat lopen zoeken. Misschien heb ik in dit geval wat lopen zoeken”*.

Een andere directeur (2) zegt een duidelijke meerwaarde te willen hebben als directeur. Hij wil niet alleen maar aardig gevonden worden of een handig politiek spel spelen. Eén directeur (4) zegt dat *“de eigenwijze bestuurlijke inzichten van de directeur”* meespelen. Bij het kiezen van een organisatie om mee te fuseren speelde de persoonlijkheid van de directeur in de ambitie om groot te worden mee. Het was echter wel nodig om groter te worden, mede om de ambities van de specialisten een kans te geven. Het voornemen om groot te worden had de directeur getoetst bij anderen, *“want als er geen weerklank is, dan gaat het toch niet door”*, waarop hij zegt:

“Daar had ik nog wel een extra vergadering aan gewijd hoor, zo snel laat ik mij niet van de wijs brengen”.

Een directeur (7) zegt:

“Ja ik wil gewoon als ik stop dat er zorgvernieuwing is geweest en dat ik daar een bijdrage aan heb geleverd, en de patiënt daar beter van wordt”.

- **INTUÏTIE (3,5):**

Een directeur (5) zegt over intuïtie, maar ook over ervaring:

“Ja ik zit veertien, vijftien jaar in het vak, dus ik beheers de ziekenhuissector. ...ik denk dat je dat ook wel mag verwachten van een ziekenhuisdirecteur dat hij ook het “Fingerspitzengefühl” heeft”.

- **ERVARING (4,5,6):**

Drie directeuren noemen ervaring expliciet als een factor van betekenis om te komen tot een strategie-idee.

- **PERCEPTIE (1):**

Eén directeur (1) vindt de ‘manier waarop men naar de werkelijkheid’ kijkt een factor van invloed. Hij constateert dat ieder dat op zijn eigen wijze doet. Deze directeur is zich ook bewust van zijn eigen perceptie. Hij zegt zelf te denken in termen van ketens, waarin het ziekenhuis niet per sé de centrale plaats hoeft in te nemen. Hij probeert ook de medewerkers in zijn organisatie anders tegen hun eigen werkelijkheid aan te laten kijken.

- **PRATEN MET MENSEN INTERN EN EXTERN (2,4,6):**

Drie directeuren (2,4,6) zeggen dat je mede door veel met mensen te praten, intern maar ook extern, op een idee komt.

- **NETWERK:**

Eénmaal zegt een directeur (6) dat het netwerk hem input levert om op ideeën te komen.



9.3.7 BIJDRAGE STRATEGISCHE ANALYSE AAN EERSTE FASE

Directeuren zeggen niet vaak dat strategische analyse een informatiefunctie heeft in de eerste fase. Eén directeur (2) zei strategische analyse toe te passen om tot een strategie-idee te komen, toen hij nieuw een organisatie binnenkwam. Hij maakte dus gebruik van de informatiefunctie van strategische analyse. De directeur maakte een gedegen strategische analyse op allerlei aspecten; sterke en zwakke punten, kansen en bedreigingen, hoe sturing plaatsvond in de organisatie, wat de managementfilosofie was, de cultuur op dat moment en hoe de markt eruitzag. Deze 'foto' kwam tot stand door met interne medewerkers en externen te praten. Hij vindt vooral behoeften en aanbevelingen van patiënten, medewerkers en huisartsen belangrijk. De analyse maakt hij zelf. In de enquête zegt hij vrijwel alle bekende analyses toe te passen.

Twee directeuren (2,6) zeggen de strategische analyse als denkkader te gebruiken. Eén van deze directeuren (6) vermeldt in dat kader de SWOT-analyse. Verschillende directeuren (1,7,8,9) denken in termen van de zorgketen. Dit is een benaderingswijze die zijn oorsprong zou kunnen vinden in de waardeketenanalyse. De directeuren zijn echter niet bekend met de waardeketenanalyse.

Eén directeur (5) zegt dat hij de medewerkers met behulp van een organisatieadviseur veel strategische analyse laat doen, maar dat hij zelf absoluut geen strategische analyse doet om tot een strategie-idee te komen.

In de enquête zeggen vier directeuren en een directiesecretaris (2,5,6,8,9) de strategische analyse als denkkader te herkennen.

Zie tabel 9.3 voor een overzicht van resultaten uit de interviews aangevuld met de individuele resultaten uit de enquête.

9.3.8 TOETSEN EN VERDER UITWERKEN STRATEGIE-IDEE

Op één organisatie (8) na is bij alle organisaties een toetsfase te herkennen. Toetsing vindt plaats in discussie. Eén directeur (4) zegt met de ondernemingsraad, het stafbestuur, de brede staf, het management en middenkader te praten. Ook praat hij veel extern met potentiële fusiepartners. Bij het praten met interne en externe mensen staat de discussie centraal. De directeur toets in discussie met externen wat men van zijn ideeën vindt. Ook heeft hij wel eens met een externe adviseur gepraat om de strategie bij hem te toetsen. Eén directeur (6) zegt ook dat hij zijn ideeën aan zijn netwerk toetst en één directeur (2) dat hij zijn visie toetst aan medewerkers op grote sessies, door het voorleggen van zijn strategische analyse.

Eén directeur (7) zegt een bijeenkomst met de fusiepartner te hebben gepland om zijn fusie-idee te toetsen op haalbaarheid. Onder leiding van een externe adviseur is toen gekeken of de fusie ook inderdaad een meerwaarde zou opleveren voor de organisaties. Er zijn niet echt analyses aan te pas gekomen, maar er is gewerkt met een discussiestuk en van tevoren hadden voorgesprekken plaatsgevonden.

Eén directeur (4) toetste de haalbaarheid van zijn idee om als nieuwe strategie eventueel te gaan samenwerken met verpleeghuizen. Dit deed hij vooral door af te tasten of hij een goede relatie met de verpleeghuisdirecteuren kon opbouwen.



Ook probeerde hij in te schatten hoe de cultuur van de organisaties was en of deze culturen pasten bij de cultuur van het ziekenhuis.

Hij weet op het moment van onderzoek nog niet of hij iets wil met de verpleeghuizen. De persoonlijkheden en de cultuur van de verpleeghuizen spreken hem namelijk niet aan, omdat hij daar naar eigen zeggen geen zakelijke wereld tegenkomt van mensen die willen 'dealen'. Deze twee zaken zijn voor hem belangrijk in het toetsen of het nieuwe strategie-idee (samenwerken met verpleeghuizen) te verwezenlijken is.

Vier directeuren (1,3,6,9) vermelden dat zij na een toetsing de strategie nog aanpassen. Eén directeur (3) zegt een voorlopig besluit neer te zetten, het aan te passen op basis van gesprekken met anderen en dan tot een definitief besluit te komen. Eén directeur (6) vertelt de visie te hebben aangepast op basis van onderlinge discussie met diensthoofden, stafbestuur en Raad van Toezicht.

Eén directeur (1) zegt zijn visie te hebben besproken met de medische staf, de kernstaf en het stafbestuur, maar vindt dit geen belangrijk onderdeel van het proces. Hij zegt eerst een idee te hebben, dat te presenteren in een vroeg stadium om het te toetsen en om strategisch bewustzijn te creëren en het dan eventueel wat bij te stellen. Hij zegt:

“Dat heeft wel eens het effect van een knuppel in het hoenderhok, want het is onrust. Nou daar laat je dan maar op kauwen, dat laat je bezinken, de veren dwarrelen weer naar beneden en in een later stadium krijg je een reactie terug en dan pas je je notitie aan, omdat je toch wel signalen krijgt van wat wel en wat niet kan”. Het gaat dan om: “luisteren waar je zwakke redeneringen in je visie en je strategie zitten, dan bereid zijn om bij te stellen en het derde element is.....haalbaarheid, dat soort signalen. Dan hoeft je je strategie nog niet te veranderen; hooguit een beetje bij te stellen”.

Een directeur (9) zegt dat de visie eerst globaal geformuleerd is door de twee directies van de instellingen die wilden fuseren en dat toen binnen de organisaties bij medewerkers getoetst is of ze zich er ook in konden vinden. De visie is toen nauwelijks bijgesteld. Hij paste al bij wat de medewerkers wilden.

9.3.9 STRATEGISCHE ANALYSE TER TOETSING

Directeuren toetsen niet vaak met analyse of de strategie wel haalbaar is. Zo willen vier directeuren (4,7,8,9) uiteindelijk overgaan tot ketenvorming om de patiëntenlogistiek te verbeteren. Geen van de directeuren heeft echter van tevoren geanalyseerd of de fusie of samenwerking ook daadwerkelijk bijdraagt tot een verbeterde patiëntenlogistiek. De directeuren toetsen het idee alleen door de mening van betrokkenen te raadplegen.

Strategische analyse heeft voor drie directeuren (5,6,9) wel eens een toetsfunctie. Eén directeur (6) gaf een bureau de opdracht om een marktonderzoek uit te voeren om daarmee te toetsen of de groei, die het ziekenhuis wilde, ook mogelijk was. Daar kwam uit dat groeien mogelijk was en toen is daar ook definitief voor gekozen.

Een andere directeur (9) zegt in het kader van gewenste nieuwbouw een extern adviesbureau te hebben aangetrokken om een uitgebreid onderzoek te laten doen

naar de manier, waarop men op twee locaties met de bestaande bouw kan werken als één organisatie.

Uit het onderzoek kwam naar voren dat men richting nieuwbouw moest gaan. Iets wat wel een gewenste uitkomst was, en waar men de overtuigingsfase mee in kon gaan. Zie tabel 9.3 voor een overzicht van de individuele interview- en enquêtresultaten met betrekking tot de functies.

9.3.10 MENSEN WINNEN VOOR DE STRATEGIE

Drie directeuren (1,4,9) zeggen expliciet medewerkers en externen voor de strategie te winnen. Eén directeur (1) noemt het strategisch beleidsplan een middel om zijn toevoorders te overtuigen van de juistheid van de strategie. Hij zegt dat het grootste gedeelte van het strategievormingsproces uitgaat naar het overtuigen en uitdragen van zijn visie. Niemand blijkt echter te ontkomen aan het mensen winnen voor de strategie.

Een staaltje van extern mensen winnen is het verhaal van een directeur (9) die een sessie “op de hei” in Istanbul hield met huisartsen. Op die dagen probeerde hij de wederzijds bestaande stereotype beeldvorming om te zetten in een meer realistische beeldvorming. Verder is nog kort gesproken over de manier waarop huisartsen mee zouden kunnen en willen doen in de zorgketen. Ook met andere partijen zullen dit soort sessies gaan plaatsvinden om ze mee te krijgen, vertelt de directeur. Succesvol geïmplementeerde projecten dienen daarbij als voorbeeld om te overtuigen dat de gewenste strategie daadwerkelijk werkt. Ook de andere directeur (4) die expliciet zegt mensen te winnen, doet dit voor een deel door succesvolle projecten als voorbeeld te stellen.

Een tweetal directeuren (2,8) spreken niet van ‘overtuigen’ of ‘mensen winnen’ maar van ‘communicatie’. Wat zij onder ‘communicatie’ verstaan ligt echter dicht aan tegen overtuigen. Zo kwam in paragraaf 9.3.4 al even aan de orde dat een directeur (2) zegt te proberen mensen eigenaar van het door hem geschetste probleem te maken. Hij vindt dan dat hij niet bezig is met overtuigen, maar met communiceren. Eén directeur (8) heeft in een vroeg stadium een apart communicatieteam opgezet om de strategie duidelijk te maken. Hierbij speelde ‘uitleg’ maar ook ‘mensen winnen’ een rol.

Eén directeur (9) vermeldt een combinatie van communiceren en overtuigen. Toen er een plan tot fusie was, heeft hij eerst geprobeerd met de directies overeenstemming hierover te krijgen. Daarna heeft hij de Raden van Toezicht ingelicht, de staffbesturen, de ondernemingsraden en toen de medewerkers op een grote sessie. Ook informeerde hij externen: de kerk, de gemeente en de provincie. “Zij moesten allemaal van de noodzaak van de strategie worden overtuigd”, zegt de directeur, “en omdat iedereen wist dat de afstemming in het zorgproces niet optimaal was, was dat niet moeilijk”. Ook daarbij hebben ziekenhuizen waar een succesvolle fusie heeft plaatsgevonden als voorbeeld gediend.



Zaken die vooral een rol spelen bij het mensen winnen zijn:

- ONDERHANDELING (4,7,9):
Drie directeuren (4,7,9) noemen onderhandeling als een manier om mensen mee te krijgen voor de strategie.
- RELATIE (2,3,4,5,7):
Een directeur (2) noemt de acceptatie die je als bestuur hebt en de persoonlijke relatie met je medewerkers als belangrijke factoren bij het winnen van medewerkers in de organisatie voor een strategie. Een directeur (3) zegt dat het vertrouwen dat medewerkers, maar ook externen, in de directie hebben heel belangrijk is. Dit vertrouwen verkrijgt de directeur naar eigen zeggen vooral met diplomatie. Bij samenwerking of fusie ervaren directeuren (4,5,7) een goede relatie als voorwaarde om überhaupt tot fusie over te kunnen gaan.
- OVERTUIGINGSKRACHT (2,4,8,9):
Overtuigingskracht hebben directeuren onder andere door de juiste verpakking te kiezen van de strategie. Een directeur (2) zegt dat hij mensen alleen maar meekrijgt 'als de verpakking klopt'. Hij zegt:
"Je ziet ook dat daar waar managers echt stoer doen en zeggen van: nou er moet meer winst gemaakt worden; in een creatieve organisatie als een ziekenhuis spreekt dat geen mens aan, dus in die termen krijg je geen beweging".
Het is dus in deze fase belangrijk om aan te sluiten bij de cultuur, niet alleen om mensen mee te krijgen, maar ook de gang erin te houden tijdens de implementatie.
Eén directeur (4) zoekt nog een goede slogan om de strategie te verkopen. Eén directeur (8) zegt dat het belangrijk was te appelleren aan het feit: "dat de mensen op de vloer verdomd goed weten dat het beter kan". Er hoeven geen analyses aan te pas te komen om dat te bewijzen, dat weet men wel.

9.3.11 STRATEGISCHE ANALYSE OM MENSEN TE WINNEN VOOR DE STRATEGIE

Bij drie directeuren (1,4,5) spelen strategische analyses een rol in het overtuigen. Een directeur (4) doet analyses vooral om specialisten te overtuigen. Hij onderbouwt met analyses dat men op de ontwikkelingen moet inspelen. Op de vraag hoe hij de presentatie vorm geeft zegt hij:

"Dat doe ik meestal wel in een SWOT-analyse geloof ik. Dan schets ik ontwikkelingen, wat is er gaande, daar haal ik een aantal dingen aan die ik belangrijk vind. Nou ik probeer het wel op een neutrale wijze te doen anders, als het heel gekleurd is stinkt er niemand in natuurlijk. Maar dan kijk je even, want als gezondheidszorg heb je natuurlijk toch te maken met hoe ontwikkelt de politiek zich. Ik denk dat je dat in kaart brengt, dus dat zijn ontwikkelingen en dan kijk je nog eens naar je eigen positie. Dat kun je doen aan de hand van sterkten, zwakten, kansen en bedreigingen.

Deze directeur zei in de enquête, diverse strategische analysetechnieken toe te passen zoals de SWOT-analyse, het vijfkrachten model van Porter, de demografische analyse en een omgevingsanalyse. De Porteranalyse vindt hij echter niet goed



toepasbaar in de zorg. In het interview zegt hij, wanneer hij voor zijn presentatie een analyse doet, deze te baseren op gesprekken met mensen waarbij het medisch inhoudelijke, financiën, arbeidsmarkt, ontwikkelingen van de overheid en de regionale situatie belangrijke zaken zijn. Strategische analyse lijkt niet zo'n grote rol te spelen bij deze directeur. Deze directeur (4), maar ook een andere (1) zegt dat medewerkers niet overstag gaan door cijfers. De één (4) zegt hierover: "*Ze gaan niet door cijfertjes om, ze gaan om door simpele bewoordingen*". De andere directeur (1) zegt dat medewerkers de cijfers ook verdringen en dat het vooral tijd vergt voordat medewerkers meegaan.

Eén directeur (5) is erg tevreden over de strategische analyse. Hij laat medewerkers onder leiding van een organisatie-adviseur diverse strategische analysetechnieken doen (o.a. de SWOT-analyse, het bepalen van sleutel succesfactoren, portfolio, Porter's vijf krachtenmodel en de scenario-analyse). De directeur was bang dat deze modellen te theoretisch zouden zijn, maar de organisatie-adviseur heeft tot zijn grote verrassing iedereen ervoor geënthousiasmeerd. Dit alles moet leiden tot een product van de groep "*waar ze unaniem achter staan en draagvlak aan geven, inclusief de medische staf*". Hij zegt dat er maar één manier is om een strategievormingsproces vorm te geven en dat is met gebruikmaking van strategische analyse. Als de strategische analyses niet waren toegepast, was hij er nooit in geslaagd om draagvlak te krijgen voor een bepaalde koers van het ziekenhuis. Hij zegt dat strategische analyse mensen meer overtuigt dan persoonlijke overtuigingskracht.

In de enquête zeggen twee directeurs (2,3) de overtuigings- of politieke functie van strategische analyse niet te herkennen. Uit hun bewoordingen blijkt echter dat dat maar ten dele zo is. Eén van deze directeurs (2) zegt, op een sessie met alle medewerkers een schets te maken van een niet gewenst scenario (bij niets doen) en een wel gewenst scenario. Zelf geeft hij vervolgens aan hoe het gewenste scenario te bereiken is. Hij noemt dit niet 'overtuigen'. De andere directeur (3) zei al tijdens de enquête, dat het belangrijk is strategische analyse toe te passen om draagvlak te verkrijgen. Toch is er voor hem geen sprake van overtuigen.

Tabel 9.3 geeft een overzicht van interview- en individuele enquêteresultaten met betrekking tot de functies van strategische analyse.

9.3.12 IMPLEMENTATIE EN STRATEGISCHE ANALYSE

Vrijwel iedere directeur benadrukt dat er voor een goede implementatie veel communicatie, zowel intern als extern, moet plaatsvinden. Zaken die voornamelijk aan de orde komen tijdens de implementatie zijn:

- UITLEG (2,3,5,7,8,9):

Door aan iedereen uit te leggen wat precies de bedoeling is gaan 'de neuzen één kant op staan'. Een directeur (3) vertelt dat hij nu alle afdelingen langs gaat, samen met zijn collega, om op bijeenkomsten te zijn waar het sectorhoofd praat over "de kanteling". De directeur zit er dan bij voor toelichting en



bekrachtiging van zaken. Hij zegt:

“het is vaak heel belangrijk voor mensen dat een lid van de ultieme top aanwezig is om ja te knikken of te zeggen”.

Daar is de directeur niet altijd blij mee, maar het werkt wel zo. Eén directeur (5) die werkt met een organisatie-adviseur zegt dat een werkgroep de strategie verder gaat uitwerken. Daarna communiceert hij (met anderen) de strategie door de hele organisatie. Daarbij presenteert hij geen analysemateriaal, maar kiest hij een veel praktischere insteek. Wat de insteek precies zal zijn, weet hij nog niet.

Eén directeur (8) zegt sterk te appelleren aan wat medewerkers in het kader van de strategie kunnen doen. Ook voor de directie is dat *“veel op de zeepkist staan”* zoals de directeur dat formuleert, veel praten en beleidsnotities schrijven. Ook allerlei interne communicatiemiddelen zet hij hiervoor in.

Eén directeur (9) ontdekte min of meer per toeval de communicatiefunctie van de SWOT-analyse richting externen, toen hij eens gevraagd werd de SWOT-analyse uit te leggen. Hij heeft echter naast deze ene keer geen gebruik meer gemaakt van de communicatiefunctie van de SWOT-analyse.

- ENTHOUSIASMEREN (2,4,5,8,9):

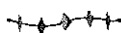
Eén directeur (4) laat om te enthousiasmeren een communicatieprogramma opzetten om de strategie aan de hele organisatie duidelijk te maken:

“Daar zijn we nu diep over aan het nadenken, ik zoek iets enthousiasmerends en van die dingen die je in het bedrijfsleven ziet, is dat als je een stukje groei krijgt, dan kun je uitbreiden, leuke dingen doen met elkaar, dat is er in de gezondheidszorg niet bij”. “Maar daar gaan we nog wel een draai aan geven”.

Eén directeur (2) geeft aan gedurende de implementatie steeds te inspireren en te communiceren over de vorderingen van de strategische veranderingen. Dit houdt de gang erin tijdens de implementatie. *“Dan mobiliseer je alle medewerkers in plaats van alleen de top.”* Eén directeur (5) geeft aan dat het hem wel moeilijk lijkt om het enthousiasme van het management door te geven aan de hele organisatie. De mensen die reeds bij het proces betrokken zijn, zijn enthousiast. De directeur denkt echter dat het moeilijk zal zijn om dit enthousiasme naar anderen over te brengen.

- MENSEN BETREKKEN BIJ HET PROCES (3,5,6,7):

Het moment waarop directies alle medewerkers betrekken bij het proces is verschillend. Eén directeur (3) zegt hier al in een vroeg stadium mee te beginnen, één directeur (7) zegt dat weer niet te vroeg te doen, anders blokkeren specialisten het proces, maar ook niet te laat want ze moeten wel willen gaan meewerken. Een andere directeur (5) wil niet in een te vroeg stadium de hele organisatie erbij betrekken, omdat hij heeft gezien dat er dan een compromis uitkomt en dat is zo algemeen, dat hij daar niets mee kan. Eén directeur (6) zegt dat de strategie nu echt leeft in de organisatie, omdat er zoveel over gediscussieerd is in het kader van het opstellen van een beleidsplan. Er zijn veel mensen echt betrokken geweest bij dit proces.



- TUSSENTIJDSE CONTROLE (2,6):
Twee directeuren (2,6) maken melding van een tussentijdse controle op de voortgang, om de vaart in de implementatie te houden. Eén van deze directeuren (2) gebruikt strategische analyse tijdens de implementatiefase als een spiegel, waarmee hij laat zien hoe ver men is met wat men wil bereiken. Dit heeft tot doel mensen voor de implementatie te mobiliseren en ze aan de gang te houden. Daarom is deze “controlefunctie” tot de communicatiefunctie te rekenen. De implementatie is een langdurig proces. De directeur (2) vertelt dat hij een nota maakt waar hij veranderingsprojecten aan koppelt en zegt:
“...en dan ben je toch tussen de vijf en de zeven jaar bezig voordat je in gedrag van medewerkers terugziet wat je oorspronkelijk had willen bereiken”.
In bijlage 8 wordt het strategievormingsproces weergegeven per organisatie.

Twee respondenten (2,5) wijzen op een extra functie van de strategische analyse, namelijk de educatiefunctie. De respondenten passen de strategische analyse toe om medewerkers een meer strategische manier van denken bij te brengen. Dit kan van pas komen bij toekomstige strategievormingsprocessen. Eén van de organisaties gebruikt daarbij een organisatie-adviseur (5).

9.3.13 OVERZICHT VAN DE VERSCHILLEN TUSSEN ENQUÊTE EN INTERVIEWS MET BETREK- KING TOT DE FUNCTIES

Worden de functies zoals hierboven weergegeven, afgezet tegen de resultaten uit de enquête dan blijken er nog behoorlijke verschillen op te treden (zie tabel 9.3). Voor deze verschillen zijn een vijftal redenen te geven, die voor een groot deel samenhangen met de wijze van onderzoek:

1. Men heeft tijdens de enquête toch de vraag niet begrepen. Zo blijkt een directeur (5) in het interview de kaderfunctie op te vatten als een kader, dat strategische analyse biedt voor medewerkers en niet voor hemzelf. Een andere directeur (1) zei in de enquête geen strategische analyse toe te passen. Tijdens het interview blijkt hij dit wel te doen. Deze tegenstrijdigheid wordt veroorzaakt doordat hij van mening is dat het niet wetenschappelijk verantwoord is hoe in de organisatie wordt gewerkt en gedacht. Uit het interview blijkt dat respondent 2 de toetsfase herkent door over de uitkomsten van analyses te praten met mensen die als klankbord dienen; hij toetst dus de resultaten van het materiaal bij anderen en niet z'n ideeën. Ook bedoelt hij met toetsen: nagaan of men tijdens het implementeren van de strategie nog op de gewenste weg zit. Hij meet dus de voortgang.
2. Sociaal wenselijk antwoorden kan tijdens de enquête makkelijker dan tijdens het interview, omdat men vervolgens uitleg schuldig is, bijvoorbeeld met betrekking tot het aantal technieken dat men toepast en hun functies. Respondenten zijn geneigd zoveel mogelijk te noemen als men weet dat dat het onderwerp is van de enquête.

Met betrekking tot de overtuigingsfunctie van strategische analyse kan het tegenovergestelde van toepassing zijn. Respondenten zijn wellicht geneigd om



TABEL 9.3 VERSCHIL IN GENOEMDE FUNCTIES TUSSEN INTERVIEWS EN ENQUÊTE

	Enquête	Interview
1	Geen functie genoemd	Onderbouwen/overtuigen
2	Communiceren Kader Toetsen	- Communicatie - Overtuigen - Kader - Verheldering
3	1. Communicatie	Geen functie genoemd
4	1. Kader 2. Overtuigen 3. Communicatie	Overtuigen
5	1. Kader/Communicatie 2. Overtuigen 3. Toetsen	- Toetsen - Overtuigen
6	1. Kader 2. Toetsen 3. Overtuigen	- Toetsen - Kader
7	Geen functie genoemd	Geen functie genoemd
8	- Verheldering - Denkmodel - Overtuigen	Geen functie genoemd
9	1. Kader 2. Communiceren 3. Toetsen 4. Overtuigen	- Toetsen

deze functie niet te veel te accentueren, omdat ze de functie onethisch vinden. Zo antwoordt een directeur (2) in de enquête, dat strategische analyse een communicatiefunctie heeft, terwijl uit het interview meer spreekt dat het om overtuigen gaat.

- De enquête beïnvloedt de respondent door confrontatie met inzichten van de onderzoeker. In de enquête werd expliciet naar diverse zaken als strategische analyse gevraagd, terwijl de respondenten tijdens de interviews meer hun eigen verhaal konden doen. Een gevolg hiervan is dat sommige directeuren

functies herkennen, die ze vervolgens in het interview helemaal niet de revue laten passeren. Zo antwoordde een ziekenhuisdirecteur (9) in de enquête dat hij alle functies herkende. Hij noemde zelf nog als functie de helderheid, die het toepassen van strategische analyse geeft.

In het interview vertelt hij eens de opdracht gekregen te hebben gekregen, om voor een presentatie in het land de SWOT-analyse uit te leggen en toen zag hij dat het inderdaad een goed model is om een overzicht te geven van de strategie, dus dat het een communicatiefunctie heeft.

Tijdens het strategievormingsproces heeft hij de SWOT analyse verder echter niet met bepaalde functies gebruikt.

4. Eénmaal is een verklaring voor de verschillen, dat het gaat om een andere respondent (6). In de enquête heeft de directiesecretaris antwoord gegeven en in het interview de directeur. Beiden gaven behoorlijk andere antwoorden. De directeur blijkt in de interviews de analysetechnieken, die de directiesecretaris heeft genoemd, niet te kennen, maar wel eens een marktonderzoek te hebben laten uitvoeren door een extern bureau ter toetsing, wat weer door de directiesecretaris niet werd genoemd.

9.3.14 ROL VAN DE ADVISEUR

Zeven directeuren (3,4,5,6,7,8,9) blijken bij strategievorming ondersteuning te vragen. Directeuren huren adviseurs in voor:

- Procesbegeleiding bij het komen tot een strategisch beleidsplan (3, 5);
- Het leiden van een strategiediscussie (vooral als het op één of andere manier om een gevoelige discussie gaat);
- Het uitzoeken van bepaalde deelgebieden (3,6,9), bijvoorbeeld door een markt-onderzoek (6);
- Het begeleiden van een deeltraject, bijvoorbeeld een bouwproces (3);
- Externe toetsing of men met betrekking tot de strategie goed bezig is (4).

9.3.15 OPINIE OVER DE STRATEGISCHE ANALYSE

Twee directeuren (2,5) passen de strategische analyse heel veel toe. De ene directeur (2) vindt het een noodzakelijk onderdeel. De andere directeur (5) is er heel enthousiast over. Zijn organisatie doet veel analyses onder leiding van een organisatie-adviseur. Het is volgens hem de enige goede manier om het strategievormingsproces mee vorm te geven, vooral omdat het draagvlak voor de strategie bewerkstelligt. De overige directeuren maken tijdens de interviews geen melding van het feit dat strategische analyse een hele belangrijke bijdrage kan leveren.

9.4 Conclusie

AANLEIDING STRATEGIEVORMINGSPROCES

Geen van de respondenten zegt een beleidscyclus te hanteren. Wel maakt men ziekenhuisbeleidsplannen en medisch beleidsplannen. Een eventuele beleidscyclus noemen respondenten niet als aanleiding om tot strategievorming over te gaan. De



aanleiding is meestal een concreet probleem. Dit hoeft echter niet altijd een inhoudelijk probleem te zijn. Soms zetten directeuren bijvoorbeeld een fusie in om een einde aan ruzie te maken, in plaats van om redenen van efficiëntie of kwaliteitsverhoging. Directeuren creëren soms ook problemen of maken ze urgenter, om het eenvoudiger te maken veranderingen in te voeren. Men voelt zich in de ideevorming niet voor het grootste deel afhankelijk van de overheid of het netwerk. De geïnterviewde organisaties bleken voor een groot deel met dezelfde strategie bezig te zijn, namelijk schaalvergroting. De beweegredenen hiervoor zijn echter verschillend.

VERLOOP STRATEGIEVORMINGSPROCES

De directies ervaren strategievorming als een top-downproces. Ze zijn bedenker en aanstuurder van het proces. De fasering van het strategievormingsproces, zoals onderscheiden in het conceptueel model: strategie-idee, toetsen, mensen winnen voor strategie, en implementeren, is vaak te herkennen. Eénmaal spreekt men niet van een toetsfase en een aantal maal lopen de fases door elkaar of in een wat andere volgorde. Sommige respondenten beschouwen overtuigen en communiceren als hetzelfde. Ze 'communiceren' om mensen mee te krijgen. Dit kan te maken hebben met het feit dat overtuigen onethisch klinkt, en dat men daarom liever kiest voor het begrip 'communiceren'.

Zaken die een rol spelen om tot een strategie-idee te komen zijn in volgorde van vaakst genoemd door respondenten: de persoonlijkheid van de directeur, praten (intern en extern), ervaring, intuïtie, perceptie en het netwerk (zie figuur 9.1.).

'Kennis' noemen respondenten niet expliciet als een factor van betekenis. 'Het netwerk' en 'perceptie' zijn beide éénmaal genoemd. Respondenten noemen voor deze fase ook de waarde van het praten met veel mensen. Het toetsen van het idee gebeurt vervolgens vooral door met diverse gremia te gaan praten, en veel minder door een strategische analyse te doen. Na met diverse gremia te hebben gepraat stellen respondenten de strategie eventueel bij.

Mensen winnen voor een strategie gebeurt onder andere met overtuigingskracht. Onderdeel daarvan is de juiste snaar raken bij de medewerkers en de goede verpakking kiezen. Ook onderhandelen is een manier om mensen mee te krijgen. De relatie is vooral van groot belang bij het mensen winnen voor een strategie. Het gaat dan om het hebben van vertrouwen en om diplomatie. Bij fusie is een goede relatie meestal een voorwaarde.

Ook kunnen reeds succesvol geïmplementeerde projecten, die passen in de strategie, bijdragen aan het overtuigen dat de strategie goed is. Er is geen directeur die vermeldt dat hij vanwege zijn positie of functie in de organisatie makkelijker medewerkers overtuigt.

Bij een meerhoofdige directie die niet op één lijn zit, moeten de directieleden al in een eerder stadium elkaar overtuigen of onderling onderhandelen. Daarna wint men pas andere medewerkers voor de strategie. Onduidelijk is gebleven hoe een meerhoofdige directie precies op één lijn komt. Dit kan wellicht beter met casusonderzoek worden onderzocht.



Directeuren bevorderen de implementatie door uitleg te geven en te enthousiasmeren. Eén directeur zegt steeds de stand van zaken bij te houden en bekend te maken. Hiermee houdt hij de gang in de implementatie en kan hij eventueel bijsturen, als de organisatie teveel van de koers afwijkt. Communicatie door de hele organisatie vindt plaats door bijvoorbeeld speciale sessies te beleggen, bij veel afdelingen langs te gaan en een communicatieprogramma op te zetten.

BIJDRAGE STRATEGISCHE ANALYSE

Strategische analyse speelt voor weinig directeuren een hele belangrijke rol. Slechts twee directeuren besteden er veel aandacht aan. Eén directeur laat het uitgebreid toepassen door een organisatie-adviseur en verkrijgt daardoor vooral draagvlak voor de strategie. Eén directeur doet strategische analyse bij binnenkomst in een organisatie uitgebreid, en dan heeft het voor hem voornamelijk een informatiefunctie.

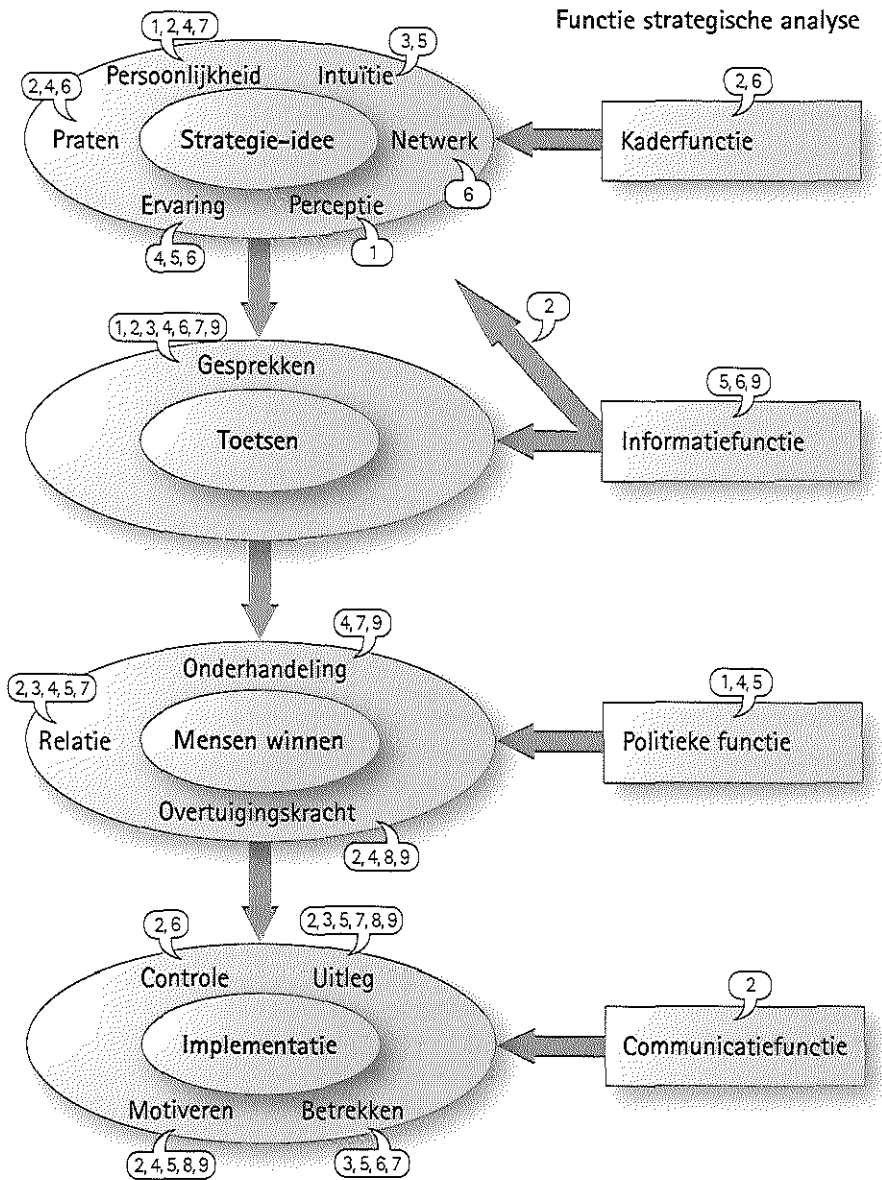
Als strategische analyse een rol speelt in het strategievormingsproces, is dat het meest om mensen te winnen voor een strategie en om te toetsen. Deze functies worden op de voet gevolgd door de denkkader- en communicatiefunctie. In deze laatste functie is de 'controlefunctie' ook opgenomen. Door de stand van zaken tijdens de implementatie bekend te maken aan medewerkers met behulp van strategische analyse houdt hij de implementatie op gang en in de juiste richting. In deze vorm is de 'controlefunctie' onder te brengen bij de communicatiefunctie.

Twee directeuren noemen een extra functie van de strategische analyse, namelijk de educatiefunctie. Men past de technieken toe om mensen handvaten te bieden bij het strategisch denken. Zo stimuleert men het strategisch denken of strategisch bewustzijn bij medewerkers. De educatiefunctie gebruikt men meestal om toekomstige strategievormingsprocessen te vergemakkelijken. Het heeft zelden een functie voor het proces waar men op dat moment in zit. Eén directeur heeft een organisatie-adviseur ingehuurd om onder andere de educatiefunctie te laten vervullen.

GEVOLGEN VOOR VOORTGANG VAN DIT ONDERZOEK

Een aantal malen verschillen de enquêteresultaten met die van de interviews. Dat wordt onder andere veroorzaakt door tekortkomingen van de methoden. Respondenten hebben in de enquête de neiging om sociaal wenselijk te antwoorden, de enquêtevraag onjuist te interpreteren en worden tijdens de enquête geconfronteerd met de ideeën van de onderzoeker. Ook verschillen de antwoorden sterk per respondent binnen dezelfde organisatie. Door middel van casusonderzoek kan een aantal nadelen van de reeds gehanteerde onderzoeksmethoden worden ondervangen en kan tevens andere, aanvullende informatie worden verkregen. Casusonderzoek kan achterhalen wat men doet in plaats van wat men zegt te doen en kan verschillende respondenten in een organisatie aan het woord laten. Daarom is casusonderzoek uitgevoerd bij twee thuiszorgorganisaties en een ziekenhuis. In het volgende hoofdstuk worden de resultaten uit het casusonderzoek weergegeven.



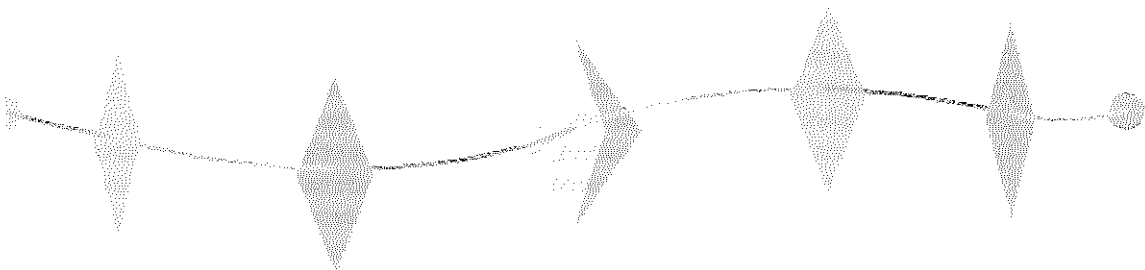


Figuur 9.1 Samenvattend schema (op basis van interviews)



HOOFDSTUK **10**

**Casusonderzoek
bij twee thuiszorgorganisaties
en een ziekenhuis**



10.1 Inleiding

Uit de interviews en de enquête bleek dat respondenten de onderscheiden aspecten in het conceptueel model vaak zelf noemen als belangrijke onderdelen van het strategievormingsproces (zonder dat hier expliciet naar is gevraagd). Ook herkennen ze de diverse onderscheiden functies van strategische analyse. Met andere woorden het conceptueel model sluit aan op de werkelijkheid. Het leent zich om strategievorming in de gezondheidszorg mee weer te geven en dieper door te dringen in het feitelijke verloop ervan. Het model kan echter op details verder uitgewerkt worden. Daarvoor is het goed een strategievormingsproces van dichtbij mee te maken. Dan ontstaat inzicht in wat de reeds onderscheiden aspecten nu precies inhouden en hoe ze in samenspel met elkaar hun rol vervullen. Sommige aspecten vervullen misschien een belangrijkere rol dan anderen. Ook kan het zijn dat strategische analyse relatief gezien een minder grote rol speelt ten opzichte van andere onderscheiden aspecten.

Ook de fases van het strategievormingsproces zijn verder te detailleren. Door zelf te observeren en ook andere medewerkers (in plaats van alleen de directeur) aan het woord te laten ontstaat een rijker beeld van de verschillende aspecten uit het conceptuele model dan tot nu toe uit interviews en een enquête. Bijkomend voordeel is dat tijdens casusonderzoek kan worden gecorrigeerd voor wat een respondent zegt of denkt te doen en wat hij daadwerkelijk doet. Er is casusonderzoek uitgevoerd bij twee thuiszorgorganisaties en een ziekenhuis.

Doelstellingen van dit onderzoek waren:

- Het conceptuele model verder uitwerken en bepalen waar eventuele aanpassingen nodig zijn;
- Het relatieve gewicht bepalen van de onderscheiden aspecten van het strategievormingsproces ten opzichte van elkaar.

Eerst zal de methode worden beschreven, vervolgens wordt een korte beschrijving van iedere casus gegeven en komen de belangrijkste resultaten aan de orde. Daarna volgt een conclusie. De volledige casusbeschrijvingen zijn te vinden in bijlage 9, 10 en 11.

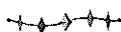
10.2 Methode

10.2.1 SELECTIE CASUSSEN

Aan de geïnterviewde respondenten is gevraagd of hun organisatie als casus mocht dienen. Er waren drie selectiecriteria:

1. De organisatie dient open te staan voor onderzoek;
2. Er dient sprake te zijn van een strategievormingsproces;
3. Er dienen strategische analysetechnieken te worden toegepast.

Bij het eerste selectie criterium bleek, dat de privacygevoeligheid van strategievorming belemmerend was bij het vinden van een casus. Slechts één geïnterviewde respondent wilde zijn organisatie als casus laten dienen. Daarom is vervolgens aan deskundigen gevraagd welke organisaties nog meer voldeden aan de gestelde



voorwaarden. Later bleek dat een toezegging tot medewerking niet meteen toegang geeft tot alle onderdelen van het strategievormingsproces. Steeds bleek de gevoeligheid van het onderwerp een probleem.

Het derde selectie criterium was alleen voor het verleden te achterhalen. Dat biedt echter geen garantie dat het actuele te bestuderen strategievormingsproces dit element ook in zich zal hebben. Dit moest tijdens het proces blijken. Er is dan ook een casus afgevallen toen bleek dat de strategievorming daar niet snel op gang kwam en strategische analyse technieken geen rol zouden gaan spelen in het geheel.

10.2.2 ONDERZOEKSACTIVITEITEN

De volgende onderzoeksactiviteiten zijn ontplooid:

- Analyse van interne documenten;
- Analyse van informatie uit de omgeving (overheidsmaatregelen, nieuwsfeiten);
- Observatie van strategiebesprekingen;
- Interviewen van medewerkers.

Per organisatie is begonnen om algemeen schriftelijk materiaal over de instelling te lezen. Vrijwel tegelijkertijd zijn diverse strategiebijeenkomsten in de organisatie gevolgd. De bijeenkomsten varieerden van vergaderingen van de Raad van Bestuur, tot een tweedaagse bijeenkomst met een extern adviseur. Steeds zijn tijdens de observaties aantekeningen gemaakt en daarvan is direct of een dag later verslag gemaakt om zo min mogelijk informatie te verliezen.

De gevoeligheid van de bijeenkomsten speelde een grote rol. Het was niet altijd mogelijk alle besprekingen bij te wonen omdat een onderzoeker het proces zou kunnen verstoren. Bij één van de twee thuiszorgorganisaties was het voor een groot gedeelte niet mogelijk om te observeren en is vooral gebruikt gemaakt van documentenanalyse.

In een tweede fase zijn medewerkers geïnterviewd naar aanleiding van de bevindingen uit observatie en documentenanalyse. De respondenten variëren van Raad van Toezichtleden, tot managers. In de interviews stond de beleving van de respondenten met betrekking tot het verloop van het strategievormingsproces en de bijdrage van strategische analyse centraal. Een samenvatting van het interview is ter correctie aan hen voorgelegd. Op basis daarvan is een voorlopige casusbeschrijving geschreven en voorgelegd aan de directie, waarna deze kon reageren in een interview. Op basis daarvan zijn wijzigingen aangebracht en aanvullingen toegevoegd. Vervolgens is de beschrijving voorgelegd aan de andere respondenten met de vraag of men zich in de beschrijving kon herkennen. Dit was steeds het geval.

Het bleek uiteindelijk niet bij alle casussen eenvoudig om tot een goede beschrijving te komen. Een oorzaak hiervan was dat de casus niet anoniem was en het onderwerp 'strategievorming' een gevoelig onderwerp is. Het openbaar maken van de strategie van een casusorganisatie kan strategische gevolgen hebben. Bijvoorbeeld als openbaar wordt dat men in de toekomst van plan is te fuseren met een organisatie en deze organisatie daar nog niets van weet. Organisaties willen ook



niet graag een voorbeeld zijn van hoe het niet moet in strategievorming. Respondenten maakten zich soms ook zorgen over de door henzelf geformuleerde en in de beschrijving weergegeven kritiekpunten of over bepaalde zinsformuleringen. De reden hiervoor was dat de uitspraken gevolgen zouden kunnen hebben voor hun positie nu of in de toekomst. Gezocht is naar een goede afweging tussen interessant materiaal voor het onderzoek, en bezwaren van respondenten. Voor de beschrijving is dicht bij de uitspraken van respondenten gebleven voor zover zij die geëxpliciteerd wilden hebben. Voor het grootste deel zijn alleen die zaken opgenomen in de beschrijving waarover consensus bestond tussen respondenten en onderzoeker. Daar waar het vooral de beleving van de onderzoeker betreft of deze voor een deel conflicteert met die van de respondenten is dit expliciet aangegeven. In bijlage 9 staat de casusbeschrijving van Thuiszorg Centraal Twente, in bijlage 10 die van de Zorg en Welzijn Groep en in bijlage 11 die van het Sint Franciscus Gasthuis.

10.3 De casussen

Bij aanvang van het onderzoek verkeerden de geselecteerde organisaties in verschillende fases van het strategievormingsproces. Thuiszorg Centraal Twente (TCT) wilde al langere tijd een commerciële ‘thuiszorgpoot’ opzetten en was net bezig daar meer vaart in te brengen. De directeur nam daartoe zelfs een speciale manager aan die dit idee verder vorm moest gaan geven. Daarnaast speelden nog allerlei strategische zaken in het kader van een samenwerking in de regio (De Balans). Deze samenwerking is verder niet in detail bestudeerd. Wel werd in de week dat het onderzoek begon duidelijk dat dit samenwerkingsverband getemporeerd zou worden. Dit had tot gevolg dat de vraag ‘hoe moeten we (alleen) verder?’ bij TCT centraal stond.

De temporisering had gevolgen voor de wens tot het oprichten van een commerciële dienst. TCT had aanvankelijk het plan opgevat om de dienst niet alleen, maar samen met de balanspartners op te zetten. Het zou grote inspanningen vragen als de organisatie de dienst helemaal alleen verder zou moeten vormgeven. De organisatie had echter al wel een manager aangenomen, die het idee om een commerciële dienst op te zetten moest toetsen, verder moest uitwerken en uiteindelijk tot uitvoering moest brengen. Nu stoppen met het idee vanwege temporisering van ‘de Balans’ was dan ook niet meteen vanzelfsprekend.

De oprichting van een commerciële dienst is het centrale strategie-idee dat in deze casus is bestudeerd.

De Zorg en Welzijn Groep (ZWG) was bij aanvang van het onderzoek net gefuseerd. De nieuwe organisatie zou worden geleid door een ambitieuze directeur die een ouderenzorgketen wilde opzetten in de regio. Dit wilde hij al voor de fusie en hij had dit ook al in zijn omgeving en de nieuwe organisatie kenbaar gemaakt. Hij moest, nu de fusie een feit was, echter ook veel aandacht besteden aan de vorming van de interne organisatie. Hij wilde een organisatie die intern volgens



bedrijfseconomische principes zou gaan werken en een bedrijfsmatige cultuur zou hebben. Om dit te bewerkstelligen moest de cultuur van de organisatie veranderen. Hier werkte de directeur hard aan. Tegelijkertijd probeerde hij het idee van de ouderenzorgketen verder vorm te geven.

In deze casus staat zowel het strategie-idee van de ouderenzorgketen centraal als het strategie-idee om de organisatie volgens bedrijfseconomische principes te laten werken.

Het Sint Franciscus Gasthuis (SFG) had bij de start van het onderzoek net begrepen dat een intensieve samenwerking met het Havenziekenhuis niet door zou gaan. Ook het SFG stelde zichzelf de vraag: 'hoe en eventueel met wie moeten we verder?' Al snel werd duidelijk dat men alleen verder wilde en een eigen positie wilde kiezen ten opzichte van andere aanbieders. Het al wat langer bestaande strategie-idee om het marktaandeel te behouden of iets te vergroten (door verhoging van de productie en vermindering van de achterdeurproblematiek) zou verder worden geconcretiseerd. Ook andere strategieën speelden in dat kader een rol. De directie wilde (medische) speerpunten benoemd hebben en wilde de organisatiestructuur onder de loep nemen om het te verbeteren. Beide strategie-ideeën dienden als randvoorwaarden voor het strategie-idee van het behoud van marktaandeel. In dit ziekenhuis speelden echter nog veel meer strategie-ideeën, die voor een deel te maken hadden met ad-hoc opkomende omgevingsontwikkelingen. (Ad-hoc was ze bijvoorbeeld ook ingesprongen op de intensieve samenwerking met het Havenziekenhuis, oorspronkelijk een wens van het Havenziekenhuis). Omdat er zoveel strategie-ideeën speelden die elkaar onderling beïnvloedden, was het een ingewikkelde casus om te beschrijven volgens het conceptueel model.

10.4 Resultaten

10.4.1 STRATEGIE-IDEE

FASE- EN TIJDVERLOOP

Als naar het totale proces wordt gekeken valt op dat er bij TCT en het SFG enige tijd overheen gaat, voordat de eerste vage ideeën voor een strategie-idee zich tot een concreet idee ontwikkelen. Het idee bij TCT om commerciële diensten te gaan leveren bestaat al acht à negen jaar, als de directeur besluit het idee meer te gaan uitwerken en toetsen. Ook het ziekenhuis gaat zich in het kader van een herformulering van haar strategische koers opnieuw richten op de formulering van speerpunten, terwijl ze dit op dat moment al een aantal jaar probeert.

Bij beide organisaties zijn ontwikkelingen in de omgeving de reden dat men meer werk maakt van het strategie-idee. Bij TCT was de vorming van 'de Balans' een omgevingsontwikkeling en de mogelijkheid om commerciële diensten aan te bieden in dat kader. Op de achtergrond speelde een overheid die marktwerking stimuleerde. Bij het SFG is de aanleiding tot het wederom benoemen



van speerpunten het afblazen van de intensieve samenwerking tussen het SFG en het Havenziekenhuis en in tweede instantie de wens om zich te positioneren ten opzichte van andere aanbieders in de regio in het kader van de regiovisie.

Bij ZWG zit er meer vaart in de formulering van het strategie-idee. De directeur is nog niet zo lang werkzaam in de sector, en is nog korter directeur van de toenmalige gezinsverzorging (een jaar), als hij het idee krijgt een zorgketen te vormen.

FACTOREN VAN INVLOED

Bij de verschillende casussen liggen de accenten per factor anders. Per factor zal de invloed op het strategievormingsproces worden bepaald, om te achterhalen welke factoren wel en niet moeten worden meegenomen in het conceptueel model (zie tabel 10.1). De score is tot stand gekomen op basis van de inzichten van de onderzoeker. Het hoeft dus niet overeen te komen met de mening van betrokkenen.

Bij het ziekenhuis is sprake is van verschillende strategie-ideeën. Eén van de belangrijkste ideeën, namelijk 'behoud van adherentie' is als onderwerp voor verdere uitwerking gekozen. Hieronder worden de afzonderlijke aspecten toegelicht.

TABEL 10.1 BIJDRAGE VAN DE AFZONDERLIJKE FACTOREN AAN TOTSTANDKOMING AFZONDERLIJKE STRATEGIE-IDEËN

Organisatie	TCT	ZWG		SFG
Idee	Commerciële dienst	Bedrijfsmatige organisatie	Zorgketen	Adherentie-behoud
Kennis	+++	+	+	++
Ervaring	+++	+++	+++	+
Persoonlijkheid	+++	+++	++	++
Intuïtie	+++	0	+	0
Strategische analyse met denkkaderfunctie	+	++	++	++
Strategische analyse met informatiefunctie	0	0	++	++

0 = geen bijdrage, + = kleine bijdrage, ++ = gemiddelde bijdrage, +++ = grote bijdrage

KENNIS, ERVARING, PERSOONLIJKHEID

Het strategie-idee komt in twee casussen duidelijk bij de directeur vandaan. Bij TCT is de algemeen directeur de belangrijkste strategische actor (de strateeg). De directeur van TCT en die van ZWG zijn beide bedenker en initiator van het strategie-idee in hun organisatie. De persoonlijke kenmerken van de directeuren spelen dan ook een belangrijke rol bij het komen tot een strategie-idee. Kennis, ervaring en persoonlijkheid, maar ook de perceptie en intuïtie van de directie of directeur zijn verklarend voor welke ideeën wel en niet worden opgepakt.

De directeur van ZWG krijgt, als hij net in de sector is, snel en globaal kennis van de sector door studenten strategische analyses te laten uitvoeren. Op basis hier-



van maar voornamelijk vanuit zijn logistieke ervaring in het bedrijfsleven ontwikkelt de directeur het idee om een zorgketen te vormen met aanbieders in de regio. Daarnaast wil hij de net ontstane fusieorganisatie ook zodanig inrichten dat deze bedrijfsmatig kan werken. Reden hiervoor is zijn goede ervaring met bedrijfsmatig werken in het bedrijfsleven. Ook zijn persoonlijke voorkeur speelt hierbij een belangrijke rol; hij werkt graag in een organisatie die op deze manier werkt.

De directeur van TCT is al tien jaar directeur van deze organisatie. Op basis van kennis van de thuiszorgsector, waar al enige tijd marktwerking wordt gestimuleerd, kennis van de behoeften van de klant, bedrijfsmatige kennis uit opleiding, maar ook ervaring met het leveren van thuiszorg komt de directeur tot het strategie-idee om bepaalde diensten commercieel te gaan aanbieden. Ook het feit dat hij een persoonlijke voorkeur voor dit soort activiteiten heeft, is van invloed.

Bij het ziekenhuis is minder duidelijk aanwijsbaar dat het strategie-idee van (één van de leden van) de directie komt. In het ziekenhuis is tevens minder sprake van één centraal idee. De directie laat zich voor diverse strategie-ideeën beïnvloeden door ad-hoc opkomende ontwikkelingen in de organisatie en de omgeving. Daarbij laat zij zich door het netwerk inspireren, door de overheid, een verzekeraar, en interne medewerkers. De directie koos voor adherentiebehoud en mogelijk uitbreiding in onder andere de drie B-gemeenten vanwege de verwachting dat adherentie in de toekomst een steeds belangrijkere rol gaat spelen in de financiering van ziekenhuizen. De kennis van overheidsplannen bij de directie was daarop van invloed. Ook de bedrijfskunde-achtergrond van de directeur 'algemene zaken' en zijn affiniteit met financiën speelt hierin een rol.

De mening van de onderzoeker en de directie verschilt over de belangrijkheid van deze factoren. Dit komt omdat de directie haar persoonlijke invloed op het proces niet als wezenlijk ervaart, terwijl de onderzoeker deze invloed wel groot vond.

INTUÏTIE, PERCEPTIE

De moeilijkste begrippen om in het onderzoek te belichten zijn intuïtie en perceptie. De directeur van TCT vindt intuïtie een belangrijke factor. Hij zegt intuïtief ingesteld te zijn en aan te voelen, welke kant het op moet met de organisatie. Intuïtie speelt dan ook vooral een rol bij het komen tot een idee, maar bij deze directeur worden ook later in het proces beslissingen genomen die zowel door analyse als intuïtie worden ingegeven. Zo maakt de directeur de keuze om de oorspronkelijke strategie maar ten dele ten uitvoer te brengen niet alleen op basis van analytisch materiaal. Intuïtie blijkt voor hem een waardevol hulpmiddel om tussen alle zaken die een rol spelen bij een dergelijke beslissing een goede afweging te kunnen maken. Intuïtie is voor een deel geaccepteerd als richtinggevend in deze organisatie.

De manager diensten geeft in dat kader zelfs aan dat hij verwachtte dat de directie achter het idee van de commerciële diensten staat, ofwel omdat analyse de juistheid van het idee aantoonde (in dit geval marktanalyse) ofwel omdat men intuïtief voor het idee gaat.



De directeur van ZWG is analytisch ingesteld. Het woord intuïtie komt niet vaak voor in zijn vocabulaire, maar hij geeft wel aan dat het een rol speelt. In zijn ogen is er een sterke verwevenheid tussen intuïtie en analyse. Om deze reden is het moeilijk intuïtie als een afzonderlijk element te bestuderen. Intuïtie ondersteunt analyse en andersom. Het kan niet afzonderlijk bestaan, want het wordt gevoed door analyse, kennis of ervaring.

De directie van het SFG ervaart intuïtie als een factor van invloed. Ze neemt ook intuïtief beslissingen. Echter bij de totstandkoming van het strategie-idee 'het behouden van adherentie' speelt intuïtie nauwelijks een rol.

De rol van 'perceptie' blijkt onderzoekstechnisch moeilijk in kaart te brengen. Iemands perceptie wordt beïnvloed door kennis, ervaring en persoonlijkheid en doordat iemand een bepaalde strategische analysetechniek als denkkader gebruikt. Het kijken naar de werkelijkheid vanuit de gedachte van concurrentie (de concurrentie-analyse) geeft een ander beeld van andere zorgaanbieders dan kijken in termen van de netwerkanalyse. Omdat de perceptie samenhangt en wordt bepaald door andere factoren (kennis, ervaring, persoonlijkheid, gehanteerde analysetechniek) is de perceptie zelf moeilijk als een afzonderlijk factor te beschouwen. Dat wil niet zeggen dat de perceptie niet meespeelt, maar het is in de beschrijving van de processen geen extra verklarend element. De kennis, ervaring en persoonlijkheid van de directeur evenals de analysetechniek die hij als denkkader gebruikt geven reeds voldoende inzicht in de wijze waarop de directeur naar de werkelijkheid kijkt (perceptie). Deze wijze van kijken heeft invloed op het soort strategie-idee dat de directeur bedenkt.

NETWERK

Uit het casuonderzoek blijkt dat een directeur zich laat beïnvloeden door de overheid, verzekeraars, andere zorgaanbieders en interne medewerkers. Het is echter afhankelijk van zijn kennis, ervaring en persoonlijkheid en wat de analyse uitwijst, hoe hij deze invloeden weegt (dit zijn dus de intermediaire variabelen). De strategische voorhoedelopers TCT en ZWG laten zich om tot een idee te komen in ieder geval niet dicteren door het netwerk of medewerkers. De directeuren vormen de strategie.

Het begrip 'netwerk' is daarom als verklarend element niet noodzakelijk, net zoals 'overheid' of 'interne medewerkers' dat zouden zijn. Het is de directeur die met zijn kennis, ervaring en zijn persoonlijkheid kijkt naar de organisatie en de omgeving en vervolgens tot een strategie-idee komt.

STRATEGISCHE ANALYSETECHNIKEN

Strategische analyse had voor de directeur van TCT vooral een denkkaderfunctie. Met name het vijfkrachtenmodel van Porter biedt hem een kader. Dit model stuurt het denken richting branchebescherming ten opzichte van nieuwe toetreders, zoals de particuliere thuiszorgbureaus die door de overheid worden toegelaten tot de branche. Om de organisatie te beschermen tegen nieuwe toetreders wil TCT zelf



ook particuliere thuiszorg aanbieden. Om onder andere deze reden wilde TCT dan ook commerciële producten aanbieden.

Voor de directeur van ZWG heeft de Porteranalyse ook een denkkaderfunctie, maar dan bij het vormgeven van de fusie-organisatie. Doordat hij zich bewust is van alle krachten die op de organisatie werken, gaat zijn aandacht uit naar 'bedrijfsmatig werken'. Alleen een bedrijfsmatige organisatie is in zijn ogen in staat om aan deze krachten het hoofd te bieden. De directeur vindt het model niet goed te gebruiken in de zorgsector, omdat men daar niet kan denken in termen van concurrentie, want dat sluit niet aan bij de wijze waarop men in de zorg met elkaar omgaat of om wil gaan, zo ervaart hij.

Het strategie-idee om tot ketenvorming over te gaan, heeft de directeur gekregen door te denken in termen van de waardeketenanalyse. Deze analyse, die zich richt op het efficiënt inrichten van het primaire proces, geeft aanknopingspunten om ook een samenwerking of fusie aan te gaan met organisaties die zich aan het begin dan wel aan het eind van de interne procesketen bevinden.

De ziekenhuisdirectie denkt vooral in termen van de marktanalyse. Marktaandeel en behoeften van patiënten zijn daarin voor de directie belangrijke aandachtspunten.

10.4.2. TOETSING

FASE- EN TIJDSVERLOOP

Er is een geleidelijke overgang van de idee-fase naar de toetsfase; van het bedenken van het strategie-idee naar het toetsen ervan. Het idee ontstaat voor een deel door een wisselwerking van ideevorming, toetsing en aanpassing van het idee. De toetsfase duurt bij de thuiszorgorganisaties niet zo lang als de eerste fase (het vormen van een strategie-idee). Het duurt een paar maanden. In deze tijd toetst de directeur van TCT het strategie-idee aan steeds wijzigende omgevingsomstandigheden.

De commerciële dienst zou in het samenwerkingsverband 'De Balans' opgezet kunnen worden, maar 'de Balans' wordt getemporeerd. In de politiek en de maatschappij komen op het moment van onderzoek steeds meer geluiden dat men tegen deze manier van producten leveren is. De directeur past het strategie-idee steeds een beetje aan deze ontwikkelingen aan. Uiteindelijk komt het strategie-idee niet goed uit de toetsfase en wordt het scherp geherformuleerd.

Bij ZWG duurt de toetsfase voor 'het zorgketen-idee' wat langer. Niet omdat de directeur moet toetsen of een zorgketen zal werken in de regio, maar vooral omdat de interne organisatie veel aandacht vraagt.

Bij het ziekenhuis is de toetsfase niet goed te herkennen voor de verschillende strategie-ideeën. Dit hangt samen met het feit, dat veel ideeën goed aansluiten op de huidige situatie (omdat ze ad-hoc geformuleerd zijn). Hierdoor ontbreekt voor een deel onzekerheid over de haalbaarheid van de ideeën. Onzekerheid treedt vooral op bij ideeën die sterk anticiperen op de (verre) toekomst.



TABEL 10.2 BIJDRAGE VAN DE AFZONDERLIJKE FACTOREN AAN TOETSING STRATEGIE-IDEEN

Organisatie	TCT	ZWG	SFG	
Idee	Commerciële dienst	Bedrijfsmatige organisatie	Zorgketen	Adherentie-behoud
Gesprekken met mensen	+++	+	+++	+
Experimenteren	+++	0	+	+
Strategische analyse met informatiefunctie	+	0	0	++

0 = geen bijdrage, + = kleine bijdrage, ++ = gemiddelde bijdrage, +++ = grote bijdrage

FACTOREN VAN INVLOED

Tabel 10.2 geeft een waardering van de bijdrage van de afzonderlijke factoren die een rol spelen in de toetsfase. De factoren worden verder in de tekst toegelicht.

GESPREKKEN MET MENSEN

De toetsfase is vooral bij de thuiszorgorganisaties goed terug te vinden. In het conceptueel model zijn gesprekken met mensen een belangrijk aspect bij de toetsing van het strategie-idee. Het kunnen gesprekken met interne medewerkers zijn, maar ook extern, met het netwerk of met deskundigen. Bij TCT werd een aparte manager binnengehaald die onder andere de taak had het idee te toetsen en desnoods zodanig te formuleren dat het haalbaar zou zijn. Deze manager toetste het idee zelf ook aan vooral gesprekken met mensen met als onderwerp van een gesprek een 'productinventarisatie'. Zijn mening was weer van belang als toetsend element voor de directeur. Verder legde de directeur het idee voor in bestuursvergaderingen, het managersoverleg en de Raad van Toezichtvergaderingen en toetste hij het bij deze gremia. Het idee wordt uiteindelijk in zeer afgeslankte vorm doorgezet als blijkt dat diverse belanghebbenden (en met name de Raad van Toezicht) er niet veel in zien.

De directeur van ZWG heeft al voor de fusie in de regio getoetst of het idee om een zorgketen te kunnen vormen, zou kunnen aanslaan. Daartoe heeft hij sessies belegd met externe partijen in de regio. Ook heeft hij vóór de fusie getoetst, hoe de fusiepartners tegenover een organisatie die bedrijfsmatig werkt, stonden. Zo heeft hij een beeld gekregen van de haalbaarheid om met deze partners een organisatie met een dergelijke manier van werken tot stand te brengen.

Bij de ziekenhuiscasus kwam 'het praten met mensen' ter toetsing niet duidelijk aan de orde. Toetsing was daar überhaupt niet zo'n uitgebreide fase. De directie van het ziekenhuis luisterde wel naar hoe men intern tegen zaken aankeek en liet zich daar voor een deel door leiden. Ook legde de directie extern het oor goed te luisteren zodat ze in beeld kreeg of een bepaalde gewenste strategie wel of niet zou aanslaan.



EXPERIMENT

TCT experimenteerde met een gedeelte van de strategie. Er werden al, voordat het idee concreet was, commerciële projecten opgezet met bedrijven. Die projecten waren een experiment om te toetsen of het leveren van commerciële producten te realiseren was. Toen bleek dat deze experimenten niet heel erg goed liepen was dat dan ook een reden om niet voor de strategie te gaan. Er is dus een grote rol (bijdrage) weggelegd voor 'het experiment'.

Ook het ziekenhuis doet een aantal experimenten, maar dan met samenwerking. Een reeds tot stand gekomen samenwerking met verpleeghuizen droeg reeds bij aan de oplossing van de achterdeurproblematiek. Daarom besloot de directie dat de samenwerking geïntensiveerd kon worden.

ZWG experimenteerde met het idee voor een zorgketen, door al concrete samenwerkingsrelaties op te zetten. Het was echter een experiment in een ver gevorderd stadium. De directeur was al voor een groot gedeelte overtuigd van de juistheid en haalbaarheid van het idee. Een succesvol experiment wilde hij vooral gebruiken om anderen van de juistheid van de strategie te overtuigen.

STRATEGISCHE ANALYSE

Analyse had maar een beperkt toetsende rol bij de drie casussen. De directeur en de manager diensten van TCT schatten de haalbaarheid op basis van kennis van de markt al hoog in. Daarom hadden ze geen behoefte aan een marktanalyse. Het bleef bij een inventarisatie van producten die aangeboden zouden kunnen worden. De inventarisatie kwam tot stand door intern en extern gesprekken te voeren. De directeur opperde het idee om een marktanalyse in te zetten, maar managementleden zagen hier niet veel in, omdat ze dachten dat de kosten van zo'n analyse niet zouden opwegen tegen de opbrengsten.

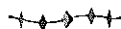
ZWG gebruikte een omgevingsanalyse en een SWOT-analyse als middel om van externe partijen te vernemen hoe ze tegen een zorgketen aankeken. De analyse zelf zette de directeur niet ter toetsing in, maar als hulpmiddel om met externe partijen van gedachten te wisselen.

De ziekenhuisdirectie gaf een bureau de opdracht een strategische analyse uit te voeren. Ze vroeg vooral informatie over marktaandeel en demografische ontwikkelingen. De directie gebruikte dit analysemateriaal enerzijds als informatie om tot een strategie-idee te komen, maar anderzijds ook om de bestaande ideeën te toetsen. Uit de analyse bleek dat adherentie-uitbreiding in de drie B-gemeenten mogelijk was.

10.4.3 MENSEN WINNEN

FASE- EN TIJDSVERLOOP

De overtuigingsfase duurde bij de drie casussen steeds een paar maanden en was erg intensief. Van deze fase bleek het succes van de implementatie voor een groot gedeelte af te hangen. Lukte het namelijk niet om voldoende mensen mee te krijgen, dan kon er wel begonnen worden met de implementatie, maar dan was de



kans groot dat de fase grote vertraging opliep of zelfs vastliep, zo was de ervaring bij betrokkenen.

Dat ook de fase van het winnen van mensen verschillende stadia kent, is het duidelijkst te zien bij ZWG. Eerst won de directeur het topniveau voor de strategie, vervolgens het (midden)management en daarna de uitvoerende medewerkers. Tijdens de implementatiefase probeerde de directeur nog deze laatste groep voor het idee te winnen en tussentijds externen.

Bij het SFG probeerde de directie eerst veel draagvlak te verwerven bij het management en verwachtte daarna van managers (medisch en bedrijfsvoering) dat zij draagvlak bij hun achterban zouden verwerven. Dit bleek echter een moeilijke klus voor het management. Het management had de ervaring dat het soms lang duurde en dat het vaak niet volledig lukte om specialisten mee te krijgen. Implementatie van op zich goede strategie-ideeën was daarom moeilijk geweest in het verleden.

Bij TCT komt de overtuigingsfase niet zo goed uit de verf, omdat het idee de toetsfase maar beperkt doorstond.

FACTOREN VAN INVLOED

Tabel 10.3 geeft een overzicht van de mate waarin de afzonderlijke factoren per casus een bijdrage leverden aan het strategievormingsproces. Bij de strategie van de zorgketen was de overtuigingsfase nog niet afgerond waardoor van twee factoren (de onderhandeling en de strategische analyse) de rol niet bekend kon worden. Bij deze factoren is 'niet van toepassing' (nvt) genoteerd.

Ook voor het SFG is bij onderhandeling 'nvt' genoteerd, omdat de onderzoeker de rol van deze factor niet meer kon onderzoeken.

TABEL 10.3 BIJDRAGE VAN DE AFZONDERLIJKE FACTOREN AAN MENSEN WINNEN VOOR STRATEGIE-IDEËEN

Organisatie	TCT	ZWG		SFG
Idee	Commerciële dienst	Bedrijfsmatige organisatie	Zorgketen	Adherentie-behoud
Positie	+++	+++	+++	++
Relatie	+++	+++	+++	++
Onderhandeling	0	++	Nvt	Nvt
Overtuigingskracht	+++	++	++	++
Strategische analyse met politieke functie	++	+++	Nvt	+++

0 = geen bijdrage, + = kleine bijdrage, ++ = gemiddelde bijdrage, +++ = grote bijdrage

POSITIE

De positie die iemand bekleedt bleek uit vorig onderzoek belangrijk voor de mate waarin diegene in staat is mensen te winnen voor een strategie. De positie van degene die mensen moet of wil winnen speelde bij elke casus een rol. Bij

TCT gaat niet de directeur mensen winnen voor het strategie-idee, maar krijgt de 'manager diensten' deze taak. Deze manager is hier minder goed toe in staat dan de directeur. Enerzijds omdat hij het winnen van mensen zelf vooral ook als een taak van de directie zag. Anderzijds omdat zijn positie ter discussie stond in de organisatie (nog een dure manager erbij). In deze casus speelde de positie van degene die mensen voor het idee moest winnen dus een belangrijke rol.

Bij het ziekenhuis gaan ook andere medewerkers mensen winnen voor een strategie-idee. De clusterleiding 'moeder en kindzorg' wilde zichzelf graag op de agenda plaatsen in het kader van de het strategie-idee om speerpunten te benoemen. Het cluster slaagde hierin, mede door de presentatie van een gedegen SWOT-analyse. De directie stond er echter wel volledig achter en stimuleerde het idee. Het sloot immers goed aan op het strategie-idee 'behoud van adherentie'. Het cluster hoefde dus zelf weinig weerstand te overwinnen om anderen te winnen voor het idee.

De directie van SFG slaagde er zelf voor een groot deel in om met een goede marktanalyse, en een analyse van wat een haalbare productie zou zijn, aan te tonen dat het goed (en mogelijk) was om adherentie-uitbreiding in vooral de drie B-gemeenten te bewerkstelligen.

De ziekenhuisdirectie werd tijdens de strategievergaderingen voor een deel bijgestaan door een organisatie-adviseur. De adviseur heeft een draagvlakvergroten invloed op het strategievormingsproces. Hij zette overtuigend neer dat de organisatiestructuur van het SFG in de uitvoering nog te wensen overliet en dat het SFG best intensief zou kunnen samenwerken met het IJsselland ziekenhuis. Op de strategie van adherentiebehoud had hij een minder grote draagvlak creërende rol.

Bij ZWG is de directeur degene die mensen wint voor beide strategieën. Het zorgketenidee is op het moment van onderzoek echter nog niet geheel uit de overtuigingsfase, dus bestaat van deze strategie een beperkt beeld. De directeur wint ook mensen voor het idee van bedrijfsmatig werken, zowel extern als intern. Hij drukt als directeur een belangrijke stempel op het proces. Hij gebruikt voor een deel een externe adviseur voor deze klus vanwege de onafhankelijke positie van een adviseur. Als de adviseur iets beweert dan komt dat objectiever over dan als de directeur dat doet. De directeur laat zich extern ondersteunen bij de uitvoering van een Porter-analyse met de thuiszorgwinkel en laat een intensieve cultuurtraining verzorgen door een adviseur.

RELATIE

Om zowel interne medewerkers als externe partijen te winnen is een goede relatie belangrijk tussen degene die mensen wint en degenen die gewonnen moeten worden. Degene die mensen wint moet het vertrouwen hebben van medewerkers dat hij het beste met hen voor heeft en dat hij ook tot stand kan brengen wat hij zegt te willen bereiken. Hiervan leveren de casussen diverse voorbeelden. De manager diensten, die een nieuwkomer was binnen TCT, ondervond hinder van het feit dat medewerkers hem niet zo goed kenden en dat hij nog niet in staat was geweest een goede relatie met iedereen op te bouwen zoals de directeur.

In het ziekenhuis geven diverse medewerkers aan dat een goede vertrouwensrelatie met de directie belangrijk is. Het vertrouwen van de medewerkers in het feit dat



de directie het beste met hen voor bleek een voorwaarde om draagvlak voor een bepaald strategie-idee te verkrijgen.

Het SFG investeert ook in de relatie met externe (samenwerkings)partners. Een voorbeeld hiervan is de wijze waarop de SFG directie een goede relatie met de verpleeghuisdirecteur probeert te bewerkstelligen, met wie een gedeelte van de achterdeurproblematiek is op te lossen. De relatie verbetert en dat zorgt ervoor dat de samenwerking geïntensiveerd kan worden.

Voor de directeur van ZWG, die relatief nieuw is in de sector, is het opbouwen van relaties ook een belangrijk aandachtspunt. Om iets van de grond te kunnen krijgen moet hij mensen kennen en met hen een vertrouwensrelatie opbouwen, zo ervaart hij. Ook intern werkt hij veel aan deze relatie.

Tijdens het casuonderzoek is een aantal maal te zien dat als de relatie niet goed is, strategieën ook kunnen worden herroepen. Het is dus een belangrijke verklarende factor. Een voorbeeld is te vinden bij TCT waar 'De Balans' wordt getemporiseerd als blijkt dat met een nieuw aangetreden directeur in het speelveld de relatie niet meer zodanig is dat een fusie van de balanspartners op korte termijn haalbaar is.

ONDERHANDELING

Bij het ziekenhuis en ZWG wordt de rol van onderhandeling herkenbaar. De algemeen directeur van ZWG gaat, voordat de fusieorganisatie een feit is, in onderhandeling over hoe de nieuwe organisatie eruit moet zien en moet gaan werken. Hij heeft daar reeds een beeld van, maar moet dit met de fusiepartners in onderhandeling definitief vastleggen. Onduidelijk is tijdens het onderzoek of onderhandeling een rol speelde, of nog moest gaan spelen, bij het komen tot een zorgketen.

Ook in het ziekenhuis moet worden onderhandeld voordat men tot de implementatie van een strategie-idee kan overgaan. Tijdens de begrotingsbesprekingen zal men in onderhandeling vaststellen over hoeveel geld een speerpunt kan beschikken. Deze bespreking moet nog plaatsvinden op het moment dat de casusbeschrijving wordt afgerond.

OVERTUIGINGSKRACHT

Een directeur moet overtuigingskracht hebben om mensen mee te krijgen. De mate waarin een directeur overtuigingskracht heeft hangt mede af van de mate waarin hij gelooft dat de strategie die hij voor ogen heeft de juiste is. Dit blijkt onder andere uit de TCT casus. Bij TCT merkten de medewerkers gedurende het proces een gebrek aan overtuigingskracht bij de directeur, doordat hij minder zeker werd van de strategie. Normaal, als deze directeur ergens voor ging, kon hij dat juist met verve brengen. Nu hij dat niet deed gingen medewerkers twijfelen.

Bij het SFG blijkt dat de mate waarin een strategie-idee helder is van invloed op de overtuigingskracht van de directie. De SFG directie heeft minder overtuigingskracht bij het winnen van mensen voor de speerpunten, omdat ze zelf nog niet helder heeft wat ze onder een speerpunt verstaat. Ten aanzien van het strategie-idee tot adherentiebehoud speelde dit probleem echter niet. De directie houdt wat betreft deze strategie een overtuigend verhaal.



Bij ZWG is sprake van een directeur die sterk gelooft in wat hij doet, en daarin veel overtuigingskracht heeft.

STRATEGISCHE ANALYSE

Bij TCT probeert de directeur nauwelijks mensen te winnen voor het strategie-idee, omdat het idee niet uit de toetsfase komt. Wel wordt door medewerkers de behoefte aan een marktanalyse geuit en bij de directeur bestaat behoefte aan een financiële analyse van de manager diensten. Medewerkers geven aan dat ze niet overtuigd zijn van het idee omdat onvoldoende inzicht bestaat over de behoefte bij de markt aan een dergelijk dienstenpakket. Er zijn ook geen externe onderzoeken die deze behoefte inzichtelijk kunnen maken. Een marktanalyse had dus een belangrijke functie kunnen hebben in het winnen van mensen.

De directeur van ZWG maakt veel gebruik van strategische analysetechnieken om mensen te winnen voor de strategie-ideeën. Hij gebruikt het 7S-model als onderhandelingsmodel, om te komen tot een organisatie die bedrijfsmatig gaat werken. Daaropvolgend wint hij onderdelen van de organisatie voor de strategie met behulp van de culturele analyse van Quinn en de culturele web analyse (gekoppeld aan een training). Een extern bureau laat hij een communicatie-onderzoek uitvoeren met als doel externe partijen te winnen voor het idee van de fusie (dit wordt expliciet vermeld in het verslag van deze analyse).

Per functionele eenheid (dat is bijvoorbeeld de verzorging, de verpleging, het huishoudelijk werk) probeert de directeur mensen te winnen voor het idee om bedrijfsmatig te gaan werken. Daarbij zet hij ook diverse analysetechnieken in. Het vijfkrachtenmodel van Porter zet hij in om medewerkers van de thuiszorgwinkel te winnen voor het idee.

De ziekenhuisdirectie past de SWOT-analyse onder andere toe om draagvlak voor strategie-ideeën te vergroten. De analyse wordt onder leiding van een organisatieadviseur tijdens de voorbereiding van de strategiebepredking op de voorjaarsconferentie gehouden om aan te tonen dat de organisatiestructuur moet worden verbeterd en dat er adherentie-uitbreiding moet plaatsvinden. De directie presenteert op de voorbereidingsdag van de voorjaarconferentie een markt(aandelen)analyse om aan te tonen dat verhoging van de productie noodzakelijk is.

In het ziekenhuis is tevens een cluster dat de SWOT-analyse toepast. Het management van dit cluster geeft aan dat de analyse zich goed leent om anderen mee te krijgen voor een bepaalde strategie. Mede door het presenteren van hun SWOT-analyse zijn zij als speerpunt van het ziekenhuis in beeld en staan clusterleden hier achter.

10.4.4 IMPLEMENTATIE

FASE- EN TIJDSVERLOOP

De casussen gaven geen compleet beeld van de implementatiefase. Meestal was er geen tijd meer om dat proces nog bij te wonen. Toch is een aantal belangrijke factoren, dat in deze fase een rol speelt, aan de orde gekomen. Het is cruciaal voor de



implementatiefase dat de overtuigingsfase voldoende is afgerond, dat wil zeggen dat er voldoende mensen geworven zijn. Zo niet, dan kan de implementatie vertragen of stoppen, omdat dan alsnog mensen moeten worden geworven of omdat er weerstand optreedt. Ziekenhuismedewerkers hadden voorbeelden uit het verleden van op zich goede strategieën, die geen doorgang konden vinden omdat bepaalde groepen die het oneens waren met de plannen, het proces stillegden. De directeur van TCT erkende op tijd het gebrek aan draagvlak en zette daarom de implementatie van het idee niet in zoals oorspronkelijk de bedoeling was.

FACTOREN VAN INVLOED

Tabel 10.4 laat de bijdrage van de afzonderlijke factoren per casus zien. Per organisatie kon de bijdrage per factor maar beperkt worden ingevuld omdat de implementatiefase voor de meeste strategie-ideeën slechts ten dele was ingezet. Alleen het idee van ZWG om te komen tot een bedrijfsmatige organisatie was voldoende afgerond. De factoren bij de andere strategie-ideeën zijn gewaardeerd als ze reeds eerder in het proces een rol speelden en dus te onderzoeken waren, anders is 'niet van toepassing' (nvt) vermeld.

TABEL 10.4 BIJDRAGE VAN DE AFZONDERLIJKE FACTOREN AAN DE IMPLEMENTATIE VAN DE STRATEGIE-IDEEËN

Organisatie	TCT	ZWG		SFG
Idee	Commerciële dienst	Bedrijfsmatige organisatie	Zorgketen	Adherentie-behoud
Betrekken	++	+++	++	+++
Uitleg (communicatie)	++	+++	+	++
Controle	Nvt	+++	Nvt	++
Strategische analyse met communicatiefunctie	0	+++	Nvt	+

0 = geen bijdrage, + = kleine bijdrage, ++ = gemiddelde bijdrage, +++ = grote bijdrage

BETREKKEN VAN MENSEN BIJ HET STRATEGIEVORMINGSPROCES

Uit het vorige onderzoek bleek al dat medewerkers niet te snel bij het strategievormingsproces betrokken moeten worden, want als het strategie-idee de directie nog niet helder genoeg voor ogen staat, kan ze het niet goed uitleggen aan medewerkers en ontstaat verwarring. Dit was bij TCT aan de orde. Medewerkers moeten ook niet te laat betrokken worden, want dan hebben ze het gevoel dat ze gepasseerd zijn en kunnen zij de motivatie verliezen om aan de implementatie mee te werken. Dit dreigde bij het SFG te gebeuren. Vooral managers in het ziekenhuis zeiden vaak van medewerkers te horen dat ze zich te weinig betrokken voelden. Het werd dan ook door de aanwezigen op de strategiedagen betreurd dat zo weinig medewerkers bij de strategievergaderingen aanwezig konden zijn.



UITLEG, CONTROLE

Respondenten van SFG ervoeren dat het praten over de strategie op de werkconferentie hun bewust maakten van de strategische ontwikkelingen op de lange termijn. Ook kregen ze een beeld van de koers die de organisatie moest varen. De directie verwachtte wel dat de aanwezigen (medisch managers en managers bedrijfsvoering) uitleg zouden geven aan hun medewerkers over de koers van de organisatie. Dit vonden de aanwezigen over het algemeen niet eenvoudig. Het zou makkelijker zijn geweest als meer medewerkers betrokken zouden zijn bij de strategievorming.

In de casussen blijkt dat de directeur zelf ook lagere managementlagen en uitvoerenden moet informeren. Met name de directeur van ZWG en de directie van het SFG gaven aan dat ze hierin een belangrijk aandeel hebben. Voortdurend uitleggen wat de bedoeling is voorkomt dat de organisatie tijdens de implementatie van de koers afwijkt. De directeuren zeiden ook tijdens implementatieprocessen te controleren of de gewenste koers daadwerkelijk ten uitvoer wordt gebracht en bij te sturen als de organisatie teveel van koers afwijkt.

STRATEGISCHE ANALYSE

Uit het reeds gedane onderzoek bleken strategische analysetechnieken in de implementatiefase een functie te hebben in het betrekken van medewerkers bij het proces. Vooral vanwege het feit dat ze goed in een groep kunnen worden toegepast. Ook hebben ze een functie in het uitleggen van wat precies de bedoeling is van het strategie-idee. De abstracte 'koers' wordt dan voor medewerkers meer concreet gemaakt.

Vooral ZWG maakte veel gebruik van de communicatiefunctie van de strategische analyse. Het concreet maken en uitleggen van het strategie-idee (een bedrijfsmatige organisatie) gebeurde al enigszins bij de cultuurtrainingen, maar vond verder plaats tijdens een scenario-analyse. Ook is om het strategie-idee concreter te maken een netwerk/stakeholderanalyse toegepast bij de gezondheidsservice. Vervolgens kregen uitvoerende medewerkers het strategie-idee uitgelegd, en werd het concreet gemaakt in een balansanalyse (een door de directeur zelf ontwikkelde methode). In de balansanalyse werd duidelijk welke manier van werken van de medewerkers werd gevraagd, door dat te analyseren aan de hand van concrete casussen.

Het SFG betrok medewerkers middels een SWOT-analyse bij het proces. Betrokkenen gaven hierbij aan, het jammer te vinden dat zo weinig mensen mee (konden) doen aan een analyse. De SWOT-analyse had ook een functie in het geven van uitleg aan betrokkenen. Het maakte hen duidelijk welke richting de organisatie op moest.

EVALUATIEFASE

Alleen bij het SFG is door de onderzoeker summier kennis gemaakt met de aanzet van een evaluatiefase. De reeds ingezette implementatie van een nieuwe organisatiestructuur van het ziekenhuis (kanteling) bleek nog niet helemaal naar wens te



verlopen. Daardoor verwachtte de directie slechts beperkt een nieuwe gewenste koers te kunnen realiseren. De directie probeerde medewerkers te overtuigen van de noodzaak van een evaluatie. Ook probeerde ze bereidheid te creëren voor het eventueel implementeren van verbeterpunten die uit de evaluatie zouden kunnen komen. De SWOT-analyse had een functie in het aantonen dat een evaluatie-onderzoek gewenst was.

10.5 Conclusie

Uit het casusonderzoek wordt duidelijk, dat het conceptueel model toepasbaar is als leidraad om het strategievormingsproces in een organisatie mee te beschrijven. Ook geeft het model inzicht in de oorzaken van een niet succesvolle implementatie.

Het bleek moeilijk om verschillende strategie-ideeën die naast elkaar bestaan, en waarbij het ene idee een voorwaarde voor het andere wordt (zoals verbetering van de interne organisatiestructuur voor het inspelen op adherentievergroting) in het model te plaatsen. De organisatie moet een enigszins eenduidig strategie-idee formuleren, wil dit model zinvol toe te passen zijn. Het leent zich voor de beschrijving van één strategie-idee, of verschillende strategie-ideeën die grotendeels als afzonderlijke processen zijn te beschrijven; veel minder voor de beschrijving van vele op elkaar inwerkende strategie-ideeën.

FASERING

Wat betreft de fasering valt op dat in de casussen voor een groot deel sprake is van een top-down proces. Bij het ziekenhuis wordt weliswaar ook vanuit de organisatie een speerpunt aangedragen, maar het is de directie die bepaalt dat de discussie over speerpunten gaat.

Er blijkt een zekere opeenvolging van fases te zijn. De overtuigingsfase gaat men niet inzetten als het strategie-idee nog niet helder is, en men gaat niet met de implementatiefase starten als medewerkers nog niet gewonnen zijn voor de strategie. Het is dus niet zo dat men de volgorde in de fasering helemaal loskan laten. Wel worden soms delen van de strategie geïmplementeerd als experiment voor de totale strategie. Er is dan sprake van een soort implementiefase die direct na de eerste fase wordt ingezet; dit echter ter toetsing en als het goed gaat ter overtuiging.

Er is een vloeiende overgang tussen de verschillende fasen. Tijdens de toetsfase zijn bijvoorbeeld al wat elementen van overtuiging te vinden, en tijdens de implementatie zijn de laatste resten ervan te ontdekken.

Bij TCT en SFG duurt het totale proces langer dan bij ZWG. De directeur van ZWG wijt de snelheid in het strategievormingsproces aan het feit dat hij diverse strategische analysetechnieken inzet. De rol van de directeur is het belangrijkste in de eerste en tweede fase. In de derde fase kunnen ook andere actoren een rol spelen, zoals interne medewerkers of een externe adviseur.



Bij het SFG is summier kennis gemaakt met de aanzet tot een evaluatiefase van strategievorming. Voor deze fase blijkt draagvlak creëren voor het nut van evaluatie belangrijk.

ANDERE FACTOREN

Alle in het model onderscheiden factoren die een rol kunnen spelen in het strategievormingsproces zijn aan bod gekomen in ten minste één casus. Per casus zijn andere factoren belangrijk en is er dus geen absolute indeling te maken naar belangrijkheid van factoren. Wel scoren de persoonlijkheid van de directeur, de relatie, de positie van degene die wint en zijn overtuigingskracht in elke casus hoog.

Twee begrippen bleken niet eenvoudig in kaart te brengen. Dat zijn intuïtie en perceptie. Dit komt voor een deel omdat de begrippen slecht als afzonderlijke factoren te onderscheiden zijn. Intuïtie wordt gevoed door analyse, kennis en ervaring en hangt daarmee samen. Hoe intuïtie precies werkt, is onduidelijk gebleven.

Ook het begrip perceptie hangt samen met andere factoren, zoals de persoonlijkheid, kennis en ervaring van de strateeg. Het denken vanuit een bepaalde techniek is daarin als een vorm van (selectieve) perceptie te onderscheiden. Door de reeds genoemde factoren in kaart te brengen ontstaat al een beeld van de perceptie van de directeur.

Het begrip 'netwerk' had een beperkt verklarende rol. Strategie-ideeën kunnen worden aangedragen door het netwerk, door de overheid, verzekeraars of de interne organisatie. Welk idee echter wordt opgepakt is voor een groot deel afhankelijk van de persoonlijke voorkeuren, kennis en ervaring van de directeur en de analysetechniek die hij hanteert als denkkader. Hij bepaalt zelf de te volgen strategie. De organisatie en de omgeving neemt hij daarbij wel in ogenschouw, maar hij laat zich niet volledig hierdoor beïnvloeden.

Nieuwe elementen voor het model, die ook uit de interviews naar voren kwamen, zijn: de rol van het experimenteren in de toetsfase en de rol van controle in de implementatiefase. De directeurs van SFG en ZWG leggen de nadruk op het belang van de controle die ze uitoefenen op het implementatieproces om te voorkomen dat de organisatie afwijkt van de koers.

ROL STRATEGISCHE ANALYSE

In de casussen die het meest aan strategische analyse doen valt op, dat strategische analysetechnieken voor een belangrijk deel worden gebruikt om anderen te winnen voor de strategie. Bij TCT gebeurt dat minder, maar geven medewerkers aan, op zich wel gewonnen te kunnen worden voor de resultaten uit de strategische analyse. De toetsfunctie en de denkkaderfunctie komen veel minder in beeld.

De directeur van ZWG laat zien hoe hij de technieken kan gebruiken met een communicatiefunctie. Bij het SFG is de communicatiefunctie meer verweven met de overtuigingsfunctie. Zowel ZWG als SFG maken gebruik van een adviseur die de analysetechnieken helpt uit te voeren.



De analysetechnieken spelen geen doorslaggevende rol bij SFG en TCT. Alleen ZWG maakt veelvuldig gebruik van de technieken, vooral om mensen intern te winnen voor de strategie met gunstige resultaten.

SECTORVERSCHILLEN

Het is moeilijk om sectorverschillen aan te tonen op basis van het geringe aantal casussen. Wel zijn er een aantal verschillen tussen de casussen die lijken samen te hangen met de sectorspecifieke situatie. Zo is er een verschil tussen de soort organisaties in de mate waarin er bij medewerkers draagvlak voor de strategie te verkrijgen was en de mate waarin de strategie helder werd geformuleerd. Het ziekenhuis stak meer energie in het vergroten van het draagvlak. Misschien omdat professionals en managers in het ziekenhuis een duidelijke mening over de strategie hebben en goed in staat zijn deze mening kenbaar te maken en hun eigen wensen op tafel te leggen. Thuiszorgmedewerkers bleken hier minder goed toe in staat en gaven minder weerstand. Ze waren iets makkelijker te overtuigen.

De strategie was in het ziekenhuis minder helder dan in de thuiszorgorganisaties omdat het ziekenhuis meer strategie-ideeën dan de thuiszorgorganisaties formuleerden. Het formuleren van een strategie voor een ziekenhuis lijkt moeilijker vanwege de complexe omgeving (en organisatie). Dit maakt het overigens ook weer moeilijk om de strategie-ideeën duidelijk te maken aan interne medewerkers.

De mate waarin het mogelijk is een strategie te formuleren en er draagvlak voor te krijgen kan afhangen van het verschil in complexiteit van de omgeving en het soort en aantal medewerkers bij ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties. De geconstateerde verschillen kunnen echter ook samenhangen met de specifieke kenmerken van de onderzochte organisaties. Vooral de ziekenhuisdirectie maakte niet duidelijk wat ze wilde. Het ziekenhuis vond bovendien ook speciaal een eilandencultuur te bezitten. Beide zaken zorgden ervoor dat het verkrijgen van draagvlak juist in deze organisatie niet eenvoudig was.

Een verschil tussen de casussen was bovendien dat in het ziekenhuis de strategische analysetechnieken niet puur voorbehouden waren aan de directie (zoals bij de thuiszorgorganisaties). In het ziekenhuis doet een cluster ook SWOT-analyses. Dit kan samenhangen met een de opleiding van de medewerkers, maar dit is in dit onderzoek niet onderzocht.

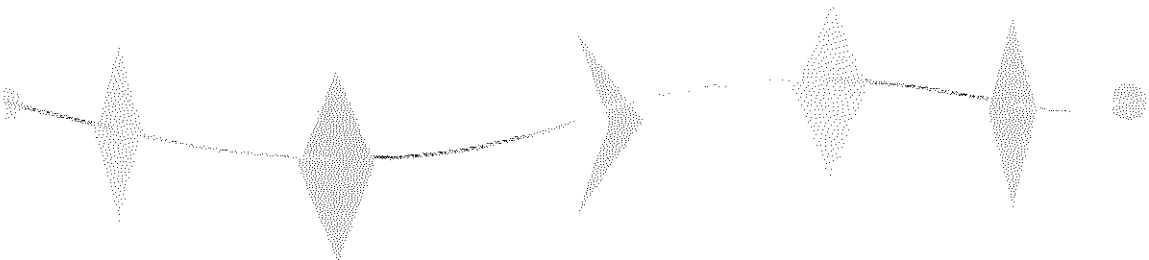


DEEL 3

Eindconclusie en Discussie

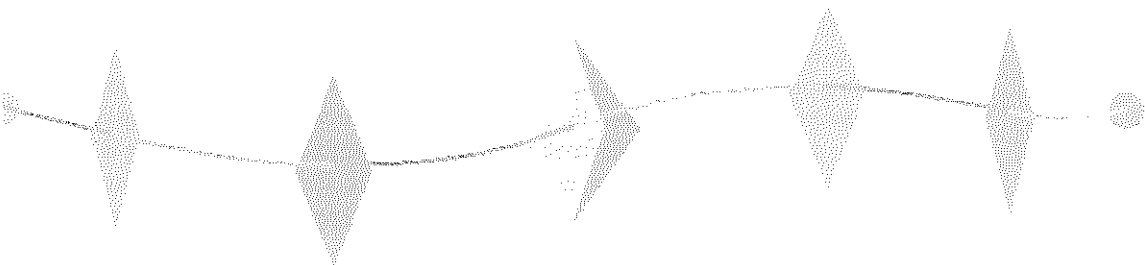
Om de centrale vraag in dit onderzoek: “Wat is de bijdrage van strategische analyse aan het strategievormingsproces in de zorg?” te beantwoorden is in deel 1 een conceptueel model ontwikkeld. In deel 2 is het conceptueel model deels getoetst en verder uitgewerkt door interviews met thuiszorg- en ziekenhuisdirecteuren te houden. Ook is een enquête gehouden onder thuiszorg, ziekenhuis- en verpleeghuisdirecteuren. Tevens is casusonderzoek gedaan bij twee thuiszorgorganisaties en een ziekenhuis. Het conceptueel model bleek een goed hulpmiddel om de functies van strategische analyse en de bijdrage van andere aspecten in het strategievormingsproces inzichtelijk te maken. Ook bleek het helderheid te verschaffen in de redenen waarom in bepaalde gevallen het strategievormingsproces niet succesvol was. Voor alle drie de sectoren bleek het model van toepassing, maar per sector zijn er wel accentverschillen.

Op basis van het empirisch onderzoek blijkt dat het conceptueel model goed voldoet ter beschrijving van een strategievormingsproces en de bijdrage van strategische analyse hierin. Het kan echter nog verder uitgewerkt worden en enige kleine aanpassingen ter verbetering ondergaan. In dit deel staat de uitwerking en aanscherping van het conceptueel model centraal (in hoofdstuk 11). Hoofdstuk 12 geeft een beschouwing op de bijdrage van strategische analyse aan het strategievormingsproces in de zorg en de mogelijkheden tot het vergroten van de bijdrage, op basis van alle kennis die in dit onderzoek is opgedaan zowel in theorie als empirie.



HOOFDSTUK **11**

Eindconclusie



11.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de diverse onderzoeken die in deel 2 zijn gepresenteerd naast elkaar gelegd. Het naast elkaar leggen van al het materiaal levert een rijke schakering van resultaten op die het conceptueel model voor het grootste deel bevestigen. Met behulp van de resultaten uit het empirisch materiaal wordt het conceptueel model in dit hoofdstuk concreet gemaakt. In een enkel geval vragen de resultaten uit het empirisch onderzoek om aanpassing van het model en nuanceringen voor de verschillende deelsectoren. In dit hoofdstuk zullen deze aanpassingen en nuanceringen worden aangebracht zodat een definitief conceptueel model ontstaat. De aanpassingen leiden echter niet tot een substantiële herformulering van het oorspronkelijke conceptuele model. Het definitieve conceptueel model geeft antwoord op de probleemstelling van dit onderzoek. Het geeft inzicht in de bijdrage van strategische analyse aan het strategievormingsproces in de gezondheidszorg.

Een aantal kenmerken van het conceptueel model worden in dit hoofdstuk eerst nader toegelicht. Het model gaat namelijk uit van een top-downproces, van een bepaalde timing en een bepaalde opeenvolging van fases. Dit hoofdstuk gaat dan ook eerst in op:

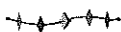
- Strategievorming als een top-down proces;
- Het belang van timing;
- Het belang van de volgorde.

Vervolgens wordt het oorspronkelijke conceptueel verder uitgewerkt met behulp van het empirisch materiaal en ondervindt het enkele kleine aanpassingen. Daar waar mogelijk worden verklaringen geboden voor de accentverschillen tussen thuiszorgorganisaties, ziekenhuizen en verpleeghuizen.

Als laatste wordt kritisch gekeken naar mogelijke invloeden van de gevolgde onderzoeksmethode op de gevonden resultaten.

11.2 Strategievorming als top-down proces

Uit het onderzoek blijkt dat strategievorming in de zorg een top-down proces is. Dat dit uit de interviews naar voren komt, kan samenhangen met het feit dat de respondent meestal de directeur zelf was. Hij kan het proces als zodanig ervaren of het graag zo zien. Echter ook in de casussen is het strategievormingsproces als een top-down proces te herkennen, zij het minder in het ziekenhuis dan bij de thuiszorgorganisaties. Hier kan echter nog sprake zijn van een selectiebias. De organisaties zijn geselecteerd op de mate waarin ze strategische analyse toepassen. Het kan zijn dat strategische analyse voornamelijk een grote rol speelt in een top-down proces. Een aanwijzing hiervoor is te vinden bij Mintzberg (1994). Hij laat zien dat strategische analysetechnieken alleen bij die scholen terug te vinden zijn waar sprake is van één strateeg. Uit dit onderzoek blijkt dat er voornamelijk één strateeg is in strategievormingsprocessen in de gezondheidszorg. Elk deelonderzoek laat strategievorming als een top-downproces zien, dat wordt ingezet en aangestuurd door één strateeg (meestal de algemeen directeur).



Een reden voor het feit dat strategievorming top-down verloopt in de gezondheidszorg kan zijn dat het een relatief jonge tak van sport is in de gezondheidszorg. Strategisch denken is nog niet overal tot op de werkvloer doorgedrongen en daarom is het nodig om strategievorming top-down aan te sturen. Directeuren proberen daarom ook met strategische analyse het strategisch bewustzijn bij medewerkers te stimuleren (zie verder §11.5.9).

In het empirisch onderzoek zijn de fases zoals onderscheiden in het conceptueel model teruggevonden bij ziekenhuizen en vooral bij thuiszorgorganisaties. De fasering komt vanaf paragraaf 11.5 uitgebreid aan de orde. In het kort komt de fasering neer op een proces dat begint met een strategie-idee van de strateeg, meestal de directeur. Hij percipieert de organisatie en de omgeving op een bepaalde manier op basis van zijn eigenschappen en vaardigheden. Daardoor komt hij op een strategie-idee, dat wil zeggen een idee met strategische impact, dus van invloed op het reilen en zeilen van de hele organisatie, maar niet tot stand gekomen door toepassing van vele strategische analyses en nog niet tot in detail uitgewerkt. Is er een globaal idee dan toetst de strateeg het idee zodat hij meer zekerheid krijgt omtrent de vraag of hetgeen hij wil een goed en haalbaar idee is. Vervolgens wint hij anderen voor het idee. In de thuiszorg 'overtuigt' de directeur vooral. In de ziekenhuizen nemen managers voor een deel deze taak over. Na de overtuigingsfase volgt de implementatie.

Een tweetal elementen zijn belangrijk in de totale fasering, namelijk de timing en de volgorde. Deze twee elementen worden in de volgende paragrafen behandeld.

11.3 Het belang van timing

Het moment waarop een fase wordt ingezet beïnvloedt het proces voor een belangrijk gedeelte. Vooral in de ziekenhuisinterviews melden directeuren graag een concreet probleem af te wachten of aan te grijpen of zelfs een fusie in te zetten om daarmee de mogelijkheid te hebben een strategie-idee te introduceren. Dit is conform Johnson en Scholes (1999:528). Zij wijzen er op dat men graag een strategie bouwt op een 'actuele' of 'gepercipieerde' crisis en dat:

"Some chief executives seek to elevate problems to achieve perceived crisis in order to galvanise change".

Johnson en Scholes wijzen tevens op de mogelijkheden die bijvoorbeeld de binnenkomst van een nieuwe topmanager biedt om nieuwe wegen in te slaan ('windows of opportunity').

In de praktijk is een goede timing moeilijk. Vaak doorbreken allerlei ad-hoc opkomende factoren de fasering. Bij een thuiszorgorganisatie, die als casus heeft gediend, is dit duidelijk waarneembaar. Het duurde een aantal jaar voordat bij deze casusorganisatie het strategie-idee concreet was. Dit had mede te maken met het feit dat de tijd er nog niet rijp voor was om het verder uit te werken.

De toetsfase kende een aantal deelfases omdat betrokkenen in deze fase steeds met nieuwe actuele situaties geconfronteerd werden, waardoor een hernieuwde



toetsing van het strategie-idee nodig was. Ook belemmerde actuele gebeurtenissen de overtuigingsfase. Een televisie-uitzending veroorzaakte dat medewerkers bij TCT en externen niet goed te overtuigen waren van de juistheid van de strategie. Het feit dat de overtuigingsfase niet op het juiste moment werd ingezet (te vroeg of te laat afhankelijk van de redenering) was mede bepalend voor het feit dat het strategie-idee uiteindelijk niet in de uitvoering kwam. Een juiste timing bleek dus een wezenlijk onderdeel van het strategievormingsproces in de gezondheidszorg.

11.4 Het belang van de volgorde

De fases: strategie-idee, toetsing, mensen winnen en implementatie hoeven elkaar niet precies op te volgen. Zo kan een directeur bijvoorbeeld ook proberen te overtuigen tijdens de implementatiefase en kunnen medewerkers al veel eerder dan tijdens de implementatiefase worden betrokken bij het strategie-vormingsproces. Het betrekken van mensen bij het proces komt vooral de implementatie ten goede, maar mensen kunnen soms al in de toetsfase of in de overtuigingsfase betrokken worden bij het proces. Ook loopt de ene fase geleidelijk over in de andere. Tijdens de toetsfase zijn al wat overtuigingselementen te ontdekken, en tijdens de implementatie nog wat resten ervan.

De fasering dient echter wel voor een groot gedeelte gevolgd te worden. Daar waar de toetsfase nog niet in afronding is, en het strategie-idee nog meerdere of onduidelijke formuleringen kent, is het heel moeilijk om mensen te winnen voor een bepaald strategie-idee. Ook dienen medewerkers of extern betrokkenen voldoende voor een idee gewonnen te zijn, wil men tot een succesvolle implementatie kunnen overgaan. De volgorde in de fases dient dus niet al te strikt te worden opgevat, maar dient wel zoveel mogelijk te worden gerespecteerd.

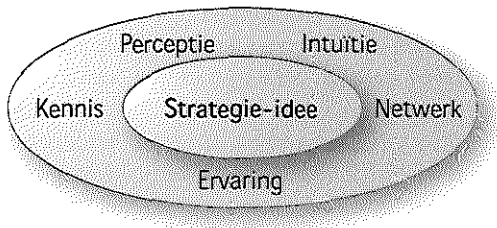
Een enkele maal is de volgorde verschillend van de wijze waarop deze reeds is onderscheiden in het conceptueel model. Vooral bij ziekenhuizen is dit het geval. Een ziekenhuisdirecteur zegt dat hij nadat hij een strategie-idee had, meteen is gaan implementeren om vervolgens mensen te winnen met de elementen die goed waren verwezenlijkt als voorbeeld. Hij handelt op deze manier omdat hij verwacht zo minder weerstand te krijgen. Ook vertelt een ziekenhuisdirecteur de strategie te hebben bijgesteld na afronding van de overtuigingsfase en vermeldt één directeur geen toetsfase. In een enkel geval is een andere volgorde dus mogelijk. Toch is ook bij ziekenhuizen vrijwel steeds de in het conceptuele model gehanteerde fasering te zien.

11.5 Toetsing van de afzonderlijke fases en bijbehorende functies

11.5.1 EERSTE FASE

In het conceptuele model uit hoofdstuk 6 is de eerste fase van het strategievormingsproces als volgt weergegeven (zij figuur 11.1)





Figuur 11.1

Hieronder zullen de verschillende onderscheiden aspecten in de eerste fase worden behandeld, te beginnen met het strategie-idee.

HET STRATEGIE-IDEE

Uit het gedane empirisch onderzoek (zoals weergegeven in deel 2) blijkt een strategie-idee meestal een concreet idee te zijn of een aantal verschillende ideeën bij elkaar en minder vaak een visie. Een strateeg heeft in de praktijk vaker een 'strategie-idee' door te denken over de (zeer) nabije toekomst (1-3 jaar) dan over de langere termijn (10-15 jaar). Daarmee is het nog niet zo dat gezondheidszorgorganisaties geen strategieën vormen. Het gaat namelijk wel om ideeën die implicaties hebben voor de toekomst en voor de gehele organisatie (dus niet slechts voor het operationele of tactische niveau).

Uit de interviews en casussen blijkt dat een strategie-idee vrijwel altijd van directiewege komt. Bij een meerhoofdige directie, is het meestal de algemeen directeur. De directeur kan in een latere fase hulp krijgen van een extern adviseur of van medewerkers, maar in het begin is het vaak 'zijn idee'. De geïnterviewden vermeldden nooit dat het idee van een lageregeplaatste komt of van een externe. De overheid is als aanreiker van ideeën wel een belangrijke partij, evenals verzekeraars, 'het netwerk' of de interne medewerkers, maar de directeur of directie bepaalt of er iets met het idee gebeurt. De directie of één van de directeuren bij een meerhoofdige directie is meestal ook voortrekker van de strategie.

Uit het casuonderzoek blijkt de invloed van andere medewerkers op het strategie-idee groter in de ziekenhuiscasus dan in de thuiszorgcasussen. Zo zorgt een cluster er zelf voor dat ze in het kader van het idee om speerpunten te formuleren als speerpunt in beeld komt. Het is hier echter niet zo dat bepaalde medewerkers de strategische koers bepalen. Dit doet toch de directie. Van een bottom-up proces is hier dus geen sprake.

Vooraf uit het casuonderzoek blijkt dat ziekenhuizen meer strategie-ideeën tegelijk hebben dan de thuiszorg. Dit kan te maken hebben met de complexiteit van de organisatie en haar omgeving. De complexiteit van de organisatie hangt voor een deel waarschijnlijk samen met de grootte. Ziekenhuizen zijn gemiddeld groter dan verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties en hebben vaker een meerhoofdige directie en een belangrijke staf, waarover taken gespreid zijn. Voor de directie of directeur van een ziekenhuis is het dan ook moeilijker om overzicht te houden en een gedetailleerd inzicht te hebben in wat er in de organisatie speelt, dan voor



een thuiszorgdirecteur. Het gevolg is dat het bedenken van een overkoepelende strategische koers moeilijker is voor een ziekenhuis.

Het is ook niet eenvoudig om een overkoepelende strategie te hanteren vanwege de vele belanghebbenden. Door diverse 'strategie-ideeën' naast elkaar te laten bestaan, hoeft de strateeg per idee maar met een beperkt aantal betrokkenen en belanghebbenden rekening te houden. Eén totale strategie betekent een zodanig grote groep betrokkenen en belanghebbenden dat strategievorming moeilijk is. Er zijn in de ziekenhuiscasus waarschijnlijk daarom meer ad-hoc strategie-ideeën en minder vaak één bepaalde koers zoals in de thuiszorg. Er zijn echter wel directies die het lukt, om vanuit één centrale visie te werken en zoals blijkt uit de interviews dan zelfs de wetgever zover te krijgen dat die de randvoorwaarden voor de strategie achteraf vervult. Maar er zijn ook ziekenhuisorganisaties die behoedzamer te werk gaan.

VERWIJDEREN: 'NETWERK'

De thuiszorgdirecteuren noemen vaker dan ziekenhuizen 'het netwerk' als een belangrijke partij op basis waarvan men tot strategie-ideeën komt. Met 'het netwerk' bedoelt men dan vaak 'branchegenoten'. Bij aanvang van het onderzoek leek het of directeuren hun strategie-ideeën klakkeloos overnamen van 'het netwerk'. Dat bleek echter later in het onderzoek niet zo te zijn. Het strategie-idee heeft soms wel dezelfde naam als bij een branchegeenoot, in de praktijk ziet het idee er meestal anders uit.

Uit het onderzoek bleek wel dat de thuiszorg zich meer door het netwerk laat inspireren dan een ziekenhuis. Een verklaring voor het feit dat de thuiszorg zich meer op het netwerk (extern) richt en moet richten zou kunnen zijn dat veel organisaties denken een thuiszorgproduct te kunnen leveren of het daadwerkelijk kunnen leveren. De thuiszorg moet daardoor meer aan branchebescherming doen en doet dat samen met haar branchegenoten ('het netwerk'). Een ziekenhuis is meer beschermd tegen concurrenten en hoeft zich daardoor minder met branchegenoten bezig te houden. Ziekenhuizen voelen zich minder afhankelijk van 'het netwerk', maar ook minder van regels van overheidswege. Ze zijn meer intern gericht. 'Het netwerk (branchegenoten)' blijkt dus niet een belangrijke verklarende invloed te zijn voor het ontstaan van het strategie-idee, zoals in het oorspronkelijk geformuleerde conceptuele model staat. Plannen van de overheid zijn dat bijvoorbeeld op dezelfde manier. Het is dus onterecht om alleen 'het netwerk' als factor van invloed op te nemen in het model. Het is dan meer gerechtvaardigd om de organisatie en de omgeving in het algemeen in het model op te nemen. De perceptie van de strateeg van de organisatie- en omgevings situatie filtert deze invloed echter. Hoe dit precies werkt wordt hieronder verder uitgelegd.

'PERCEPTIE' VERVANGEN DOOR 'PERSOONLIJKHEID'

De perceptie van de strateeg verklaart beter welke invloed uitgaat van ontwikkelingen in de organisatie en de omgeving dan de ontwikkelingen zelf. Kennis (uit opleiding en dagelijks werk), ervaring, intuïtie, de eventuele strategische analyse-



techniek waar de directeur zich graag van bedient, maar ook zijn persoonlijkheid bepalen voor een groot gedeelte deze perceptie (manier van kijken naar de werkelijkheid). De persoonlijkheid van de strateeg verklaart dus voor een deel zijn wijze van kijken naar de werkelijkheid en is daarmee een belangrijke factor om aan het oorspronkelijke conceptuele model toe te voegen. De factor 'perceptie' kan daarmee worden verwijderd, niet omdat het geen rol speelt, maar omdat het met de reeds genoemde factoren, zoals persoonlijkheid, kennis ervaring en intuïtie voldoende is te schetsen.

Nahavandi en anderen (1991) tonen aan dat de persoonlijkheid (in termen van type A of type B) inderdaad van invloed is op de wijze waarop men de omgeving percipieert (in termen van omgevingsdynamiek) en welke strategie men kiest (in termen van diversificatie). De term 'persoonlijkheid' is echter wel een veelomvattend begrip. De literatuur definieert dit begrip verschillend. In dit onderzoek werd het begrip door directeuren uitgelegd als 'de interesses van de strateeg'. Een directeur kan iets leuk, of belangrijk vinden en daarom mede tot een bepaald strategie-idee komen. Dit wordt hier met 'persoonlijkheid' bedoeld.

KENNIS

In het oorspronkelijke conceptuele model staat ook het begrip 'kennis' en een definitie daarvan. Met 'kennis' blijken respondenten vooral opgedane kennis in de opleiding te bedoelen of kennis uit de dagelijkse informatieverzameling. De informatie komt uit nota's, vaktijdschriften, dagbladen en interne managementinformatie, maar ook uit gesprekken met anderen. Ziekenhuisdirecteuren noemen kennis niet expliciet als factor van invloed bij het komen tot een strategie-idee. Een ziekenhuisdirecteur uit het pilotonderzoek noemt dit wel. Waarom ziekenhuisdirecteuren dit minder dan thuiszorgdirecteuren noemen is onduidelijk.

De 'kennis' die iemand heeft is van invloed op welk strategie-idee hij bedenkt. Een directeur met een bedrijfskundige opleiding is vaak tot andere strategieën geneigd dan een directeur met een medische achtergrond. Welke kennis men verzamelt hangt ook weer samen met de persoonlijkheid. Reponen en anderen (1996) tonen aan dat de persoonlijkheid (hier gedefinieerd als een intuïtief ingesteld persoon of iemand met een extrovert karakter) van invloed is op de wijze waarop men met kennis omgaat en ook op welke strategische keuze men maakt.

ERVARING

De 'ervaring' van de strateeg bepaalt ook tot welk strategie-idee hij komt. Dit begrip is al in het oorspronkelijke conceptuele model opgenomen en gedefinieerd. Uit het empirisch onderzoek blijkt dat het gaat om ervaring opgedaan bij vorige werkgevers, in vorige functies, maar ook in de huidige functie. Bij de directeur van ZWG is de ervaring opgedaan in het bedrijfsleven voor een deel verklarend voor zijn strategie-idee om de organisatie om te vormen tot een bedrijfsmatige werkende organisatie. Er zijn echter niet veel directeuren die recent opgedane ervaring uit het bedrijfsleven meenemen. Uit de enquête blijkt dat directeuren gemid-



deld lang in de zorg werkzaam zijn (gemiddeld sinds 1982) en dus vooral ervaring in de zorgsector hebben.

INTUÏTIE

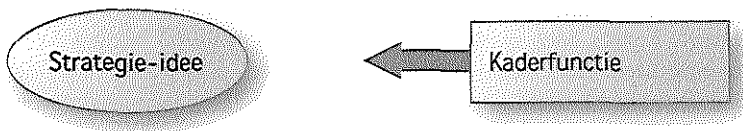
'Intuïtie' is ook een factor uit het conceptuele model. In het empirische onderzoek formuleren de directeuren het als 'een gevoel van waar het naartoe moet met de organisatie'. Het is niet eenvoudig te beschrijven hoe intuïtie precies werkt, voornamelijk omdat er een diffuse scheiding bestaat tussen ratio en intuïtie. Ook is intuïtie niet eenvoudig in onderzoek aan te tonen. Zoals een directeur in het pilot-onderzoek zei, heeft het te maken met het 'pluis niet-pluis gevoel' en het is alleen de strateeg die kan aangeven of hij dat gevoel heeft of niet.

De onderzoeker kan niet voor de strateeg invullen of hij nu gebruik maakt van intuïtie, of dat hij door logisch redeneren (of misschien irrationeel) ideeën krijgt. Dat intuïtie voor directeuren een wezenlijke factor is, blijkt uit het feit dat veel directeuren het zelf noemen als factor van betekenis.

11.5.2 STRATEGISCHE ANALYSE IN EERSTE FASE MET KADERFUNCTIE

Conform het oorspronkelijke conceptuele model (zie figuur 11.2.) blijkt strategische analyse in de eerste fase inderdaad vaak een kaderfunctie te vervullen.

Functie strategische analyse



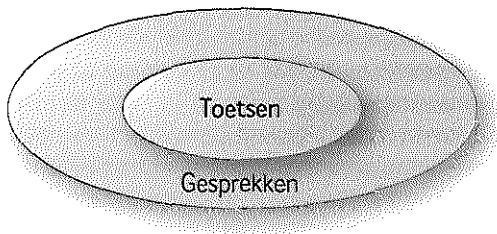
Figuur 11.2

De directeur zet de analyse niet altijd op papier, maar gebruikt hem als referentiekader bij het kijken naar de strategische situatie waarin de organisatie verkeert. Dit gebeurt natuurlijk pas als men kennis heeft van, of ervaring heeft met strategische analyse. De kaderfunctie is vooral van belang in de eerste fase van de strategievorming. Veel directeuren gebruiken de SWOT-analyse daarvoor en denken in termen van sterkten en zwakten, zo blijkt uit de enquête. Dat directeuren de SWOT-analyse vaak als denkkader gebruiken heeft echter niet alles te maken met de specifieke mogelijkheden van deze techniek. Vaak is het de enige techniek die men kent en fungeert hij daarom als denkkader. Gebruikt men deze techniek als denkkader dan is men geneigd sterk naar de eigen zwakke punten te kijken (zoals de techniek voorschrijft) en als strategie-idee iets te kiezen waarmee de eigen zwakke punten versterkt worden. Denkt men in termen van de Porteranalyse dan bedenkt men eerder een strategie die de concurrentiepositie versterkt omdat deze analyse laat denken in concurrentiekrachten (eventueel ook in samenwerkingsstrategieën). Uit de enquête blijkt dat er niet één techniek is, die vooral de denkkaderfunctie vervult.

De informatiefunctie blijkt soms in de eerste fase van het strategievormingsproces een rol te spelen, vooral voor directeuren die nieuw een organisatie binnenkomen. Zij beginnen met het in kaart brengen van de strategische positie van de organisatie. Normaal begint een directeur niet blanco aan strategievorming. Hij ervaart dan ook weinig aan de informatie uit strategische analyse te hebben om op een strategie-idee te komen. De informatiefunctie is in de tweede fase terug te vinden, waar directeuren strategische analyse toepassen ter toetsing of desnoods bevestiging van de eigen ideeën (zie figuur 11.9).

11.5.3 TWEDE FASE

De tweede fase zag er als volgt uit in het conceptuele model (zie figuur 11.3).



Figuur 11.3

TOETSEN

Tijdens de toetsfase schat de strateeg de haalbaarheid van het strategie-idee in. Hij gaat niet zoals vaak voorgeschreven in de strategisch managementliteratuur (zie bijv. Johnson en Scholes, 1997; Lynch 1997) strategische opties evalueren. Hij evalueert slechts één gewenste strategie. Alleen als blijkt dat de gewenste strategie echt niet haalbaar is, herroept hij hem of stelt hem bij. Dit komt echter niet vaak voor. Het is ook moeilijk voor een strateeg om van ideeën af te stappen die hij reeds een tijd heeft. Hij gaat vooral op zoek naar bevestiging van de juistheid van de strategie. Men is soms bewust, soms onbewust op zoek naar bevestiging. Dit is een bekend fenomeen in de literatuur (zie bijvoorbeeld Argyris, 1985).

GESPREKKEN

Toetsing vindt plaats, zoals al in het conceptueel model is gesteld, door te praten met interne medewerkers of externen en strategische analyse te doen of te laten doen. De ziekenhuisdirecteuren praten vooral veel. De thuiszorgdirecteuren analyseren meer in dit kader. Zij noemen 'gesprekken' niet ter toetsing.

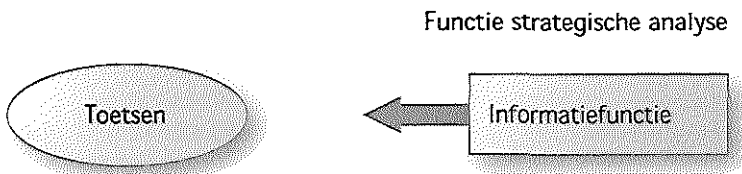
Er is niet één bepaald persoon of gremium dat ziekenhuisdirecteuren voornamelijk raadplegen in de toetsfase. Het kunnen collega's zijn, adviseurs, Raad van Toezichtleden of andere medewerkers. De toetsfase resulteert meestal in een scherper geformuleerd, helderder afgebakend idee, dan het in de eerste fase was. Het kan ook scherp bijgesteld worden. Een voorbeeld hiervan is te vinden bij de casus TCT.

TOEVOEGEN: 'EXPERIMENT'

Een aanvulling op het conceptueel model is 'het experiment'. Sommige organisaties experimenteren met een deel van de strategie om het idee op die manier te kunnen toetsen. Slaagt het experiment dan heeft men meer zekerheid omtrent de haalbaarheid van het strategie-idee. Eventueel krijgt men aanwijzingen over hoe men het strategie-idee kan bijstellen zodat deze wel haalbaar is. In het oorspronkelijk geformuleerde conceptueel model is 'het experiment' nog niet als factor meegenomen. Het is voor het definitieve conceptuele model een goede aanvulling.

11.5.4 STRATEGISCHE ANALYSE MET INFORMATIEFUNCTIE TER TOETSING

In de tweede fase, de toetsfase, heeft strategische analyse een informatiefunctie zoals bleek in deel 1 (zie figuur 11.4).



Figuur 11.4

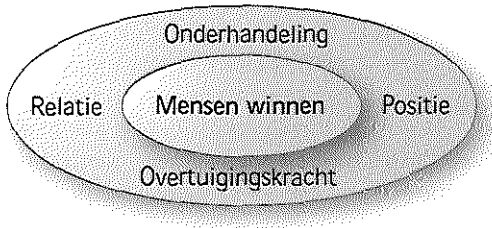
Directeuren proberen analysemateriaal te genereren dat inzicht geeft in de haalbaarheid of onhaalbaarheid van de strategie. Directeuren besteden de strategische analyse met deze functie soms uit aan stafmedewerkers of externe bureaus. Zo kunnen ze de eigen ideeën toetsen aan de analyse van anderen. Het blijkt soms wel moeilijk voor directeuren om van ideeën af te stappen als de analyse uitwijst dat ze niet haalbaar zijn. Directeuren gaan soms vooral op zoek naar bevestiging van de eigen ideeën en niet naar objectieve informatie. Uit de enquête blijken respondenten niet vooral één bepaalde techniek ter toetsing te gebruiken.

Uit de interviews blijkt dat thuiszorgorganisaties meer toetsen met strategische analyse dan ziekenhuizen. Ziekenhuizen toetsen vooral door intern gesprekken te voeren. In de enquête noemen thuiszorgorganisaties de toetsfunctie ook vaker spontaan dan de ziekenhuizen. Ziekenhuizen herkennen in de enquête de toetsfunctie echter wel weer vaker dan thuiszorgorganisaties. Een reden voor het feit dat ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties anders toetsen is niet gevonden. Het zou echter kunnen zijn dat ziekenhuisdirecteuren liever toetsen door 'gesprekken' te voeren dan door te analyseren, omdat ze met meer en machtigere belanghebbenden te maken hebben dan thuiszorgdirecteuren. Als belanghebbenden een strategie-idee goed vinden (en dus niet blokkeren) zegt dat meer over de haalbaarheid ervan dan een analyse.

11.5.5 DERDE FASE

In het conceptuele model zag de derde fase er als volgt uit (zie figuur 11.5):





Figuur 11.5

MENSEN WINNEN

Pas als het strategie-idee de toets heeft doorstaan en eventueel is bijgesteld begint idealiter de overtuigingsfase (de derde fase). Idealiter, omdat er dan sprake is van een eenduidig geformuleerd en uitgewerkt idee en dat vergemakkelijkt het overtuigen en ook het uitleggen van de strategie. In de praktijk is er vaak sprake van een langzame overgang van de toetsfase naar de overtuigingsfase.

Overtuigen gebeurt op verschillende niveaus in de organisatie. Soms overtuigt eerst de ene directeur de andere. Vaak zit de directie echter wel op één lijn. Hoe directeuren elkaar overtuigen is niet goed van nabij bestudeerd in dit onderzoek, mede vanwege de gevoeligheid van het onderwerp. Staat de directie eenmaal op één lijn dan overtuigt ze het management. Het is belangrijk om managers mee te krijgen, omdat zij weer hun medewerkers kunnen winnen voor de strategie. Hoe meer de managers achter de strategie staan, hoe beter zij hun medewerkers kunnen winnen. De directie werft zelf ook uitvoerende medewerkers, vaak in combinatie met het communiceren van de strategie door de organisatie (zoals bleek uit het empirisch onderzoek). Daarnaast wint men intern bijvoorbeeld de Raad van Toezicht en de ondernemingsraad of extern bijvoorbeeld de gemeentes, patiëntenverenigingen of potentiële fusiepartners voor de strategie.

Deze fase is een uitgebreid en belangrijk onderdeel van het strategievormingsproces. Het is een politiek verlopend proces. De conclusie van Mintzberg (1994) dat strategievormingsprocessen in de gezondheidszorg vooral politiek verlopen is daarmee inderdaad gerechtvaardigd. Het is niet uitsluitend een politiek proces, maar het is een wezenlijk en cruciaal onderdeel van het totale proces.

OVERTUIGINGSKRACHT

Ook uit het empirisch onderzoek blijkt dat overtuigingskracht, zoals reeds in het oorspronkelijke conceptuele model onderscheiden, een belangrijke factor bij het winnen van mensen is.

Bowers (1964) heeft overtuigingskracht in termen van 'language intensity' (1964) gedefinieerd. Hij omschreef het begrip als de mate waarin uit de gebezigde taal de emotionele en affectieve componenten van de attitudes van de spreker blijken.

In dit onderzoek kwamen verbale en non-verbale uitingen aan de orde in het kader van overtuigingskracht. Verbaal bleek een goed en enthousiast gebracht verhaal van degene die moet of wil overtuigen goed te werken (het gaat dan om de juiste snaar raken, of de goede verpakking kiezen).



Een directeur in het pilotonderzoek spreekt over charisma waarmee mensen overtuigd worden (een non-verbaal aspect). Ook is het belangrijk dat een directeur zelf erg in de strategie gelooft. Dan heeft hij de meeste overtuigingskracht. Bij TCT begonnen medewerkers dan ook onzeker te raken toen de directeur zijn verhaal over de commerciële activiteiten niet zo enthousiast bracht als de medewerkers van hem gewend waren. Een aansprekend en goed verhaal, charisma en in de strategie geloven zijn dus zaken die zorgen voor overtuigingskracht.

POSITIE

Uit het empirisch onderzoek blijkt dat medewerkers verwachten dat de directeur (of directie) iedereen overtuigt. Niet te veel, want dat kan weerstand wekken, maar zeker niet te weinig omdat dan onzekerheid in de organisatie ontstaat over de strategische richting van de organisatie. “Wat wil hij, of willen ze nu eigenlijk?” vraagt men zich dan af.

De directeur (of directie) is op basis van zijn positie het beste in staat om mensen te winnen. Er kunnen anderen zijn die hele goede ideeën hebben, maar ze missen meestal mogelijkheden tot mensen winnen doordat zij niet die positie hebben. Medewerkers maar ook externe partijen kijken toch voornamelijk naar wat er bij de directie leeft. Directeur zijn opent vooral ook extern deuren die voor andere medewerkers meestal gesloten blijven. Het overtuigen kan een directeur wel voor een deel overlaten aan anderen (intern of extern) met een lagere functie. Vooral bij grote organisaties is dit noodzakelijk om alle betrokkenen te kunnen bereiken.

RELATIE

De relatie die ‘de overtuiger’ heeft met de medewerkers of externen die gewonnen moeten worden is van invloed in de overtuigingsfase. Uit het empirisch onderzoek blijkt (zoals ook weergegeven in het conceptuele model) dat als degene die wint een goede relatie heeft met degenen die gewonnen moeten worden het ‘mensen winnen’ zowel in- als extern beter lukt. Wil men tot fusie kunnen overgaan dan is een goede relatie vaak zelfs de bepalende factor. Respondenten omschrijven de aard van ‘een goede relatie’ als: het vertrouwen dat men heeft bij degene die gewonnen moeten worden.

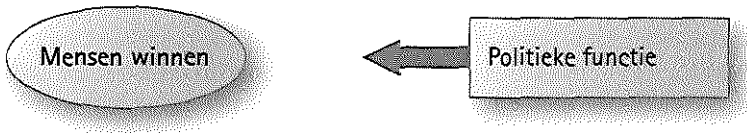
ONDERHANDELING

Omdat medewerking van anderen in het kader van de strategie moeilijk afdwingbaar is in de zorg, is onderhandeling nog een middel om mensen mee te krijgen voor de strategie. In de interviews komt onderhandelen regelmatig als overtuigingsmiddel naar voren. Tijdens de casussen komt het minder in beeld. Bij de ziekenhuis casus kwam het in beperkte mate aan de orde, namelijk daar waar de clusters in onderhandeling tijdens de begrotingsbespreking vaststelden wat de speerpunten waren (vooral ook in termen van financiën).



11.5.6 POLITIEKE FUNCTIE VAN STRATEGISCHE ANALYSE TER OVERTUIGING

In de derde fase van het strategievormingsproces heeft strategische analyse in het oorspronkelijke model een politieke of overtuigingsfunctie (zie figuur 11.6).



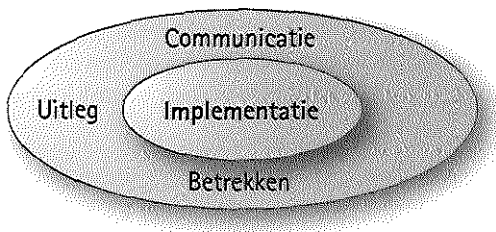
Figuur 11.6

Strategische analyse heeft een functie in het mensen winnen voor een bepaalde strategie, blijkt uit het empirisch onderzoek. Het werkt zeer goed om materiaal uit de strategische analyse te gebruiken om mensen te overtuigen. Dit kan eventueel hetzelfde analysemateriaal zijn dat ter toetsing van het strategie-idee heeft gefungeerd en nu met een andere doelstelling wordt gepresenteerd aan medewerkers of externen. Rationele argumenten werken in de praktijk overtuigend, en kunnen een aanvulling zijn op of vervanging zijn van meer emotionele argumenten.

Nog overtuigender werkt het als degene die mensen moet winnen een analyse doet samen met degenen die gewonnen moeten worden. Uit deze analyse moet dan komen dat de gewenste strategie de beste is. Zo'n analyse kan een directeur met medewerkers doen, maar ook met externe partijen. Echter niet op elk niveau in de organisatie is de strategische analyse daartoe even geschikt vinden directeuren. Veel directeuren zeggen in de enquête de overtuigingsfunctie niet te gebruiken. Tijdens de interviews en de casussen komen echter diverse momenten aan de orde waarop ze deze functie inzetten. Een reden voor het feit dat directeuren de functie niet expliciet noemen, kan zijn dat men het vaak onbewust gebruikt, of dat men liever niet wil erkennen strategische analyse met deze functie te gebruiken. Ook in het casuonderzoek was deze functie moeilijk aan te tonen om deze reden.

11.5.7 VIERDE FASE

De vierde fase van het strategievormingsproces zag er in het oorspronkelijke model zo uit (zie figuur 11.7):



Figuur 11.7

IMPLEMENTATIE

Als er voldoende draagvlak is in de organisatie, is de kans het grootst dat de implementatie goed verloopt. Bij grote organisaties of ingrijpende strategieën geven werkgroepen van medewerkers de implementatie vorm. Elke werkgroep werkt een deelonderwerp verder uit ter implementatie.

In ziekenhuizen is (uitgaande van de interviews) meer aandacht voor de implementatiefase dan in de thuiszorgorganisaties. Het zou kunnen zijn dat implementeren in ziekenhuizen moeilijker is vanwege het feit dat ziekenhuizen vaak groter en complexer zijn en daardoor de medewerkers niet zo makkelijk te bereiken zijn. Het is in de thuiszorg echter ook weer moeilijk om medewerkers te bereiken omdat de uitvoerenden bij de klant zijn en niet in de organisatie. Daardoor is de betrokkenheid bij de organisatie minder groot dan bij de klant. Het kan ook zijn dat medewerkers in ziekenhuizen minder volgzaam zijn en meer tot de implementatie aangezet moeten worden.

Afhankelijk van de mate waarin managers erin slagen de strategie goed te implementeren is de directeur hier meer of minder bij betrokken. De directie speelt echter ook in deze fase een belangrijke rol, bijvoorbeeld door uitleg te geven op grote sessies over hoe de strategie eruit ziet.

'COMMUNICATIE' VERVANGEN DOOR 'UITLEG'

Directeuren vinden allen dat communicatie van grote betekenis is. Het blijkt vooral een grote invloed op de implementatiefase te hebben. 'Communicatie' is een ruim begrip. Soms bedoelt men hiermee 'overtuigen' en soms 'uitleg geven'. In de vierde fase is het 'uitleg' geven aan medewerkers of externen vooral belangrijk. Daarom kan 'communicatie' beter vervangen worden door 'uitleg'.

Al voor de implementatiefase leggen de directieleden of de managers veel uit, maar vooral tijdens de implementatie. Iedereen moet weten wat de bedoeling is. Zo voorkomt de directie dat de organisatie afwijkt van het oorspronkelijke strategie-idee.

Vooraf grote organisaties (met name ziekenhuizen) zetten hele communicatietrajecten op. Met die trajecten proberen ze mensen uitleg te geven en ook te motiveren voor de implementatie.

Ook al ervaren de directeuren zelf dat ze niet alles hoeven te weten van details rond de implementatie, ze vervullen wel de behoefte bij medewerkers om op afdelingen uitleg te komen geven. Ze vinden dit echter vaak de taak van managers en niet van de directie.

BETREKKEN

Een ander belangrijk element in de implementatie, is het betrekken van mensen bij het proces zodat ze weten wat de bedoeling is. Het blijkt motiverend te werken als mensen zich betrokken voelen bij het strategievormingsproces (dit wil dus niet zeggen dat ze daadwerkelijk invloed hebben op de strategievorming).

Dit is iets wat al eerder in het proces aan de orde moet komen, en waar vaak niet



meer mee begonnen kan worden als de implementatie op stapel staat. Een strategische analyse leent zich bij uitstek voor het betrekken van mensen bij het proces (zie verder §11.5.8).

TOEVOEGEN: 'CONTROLE'

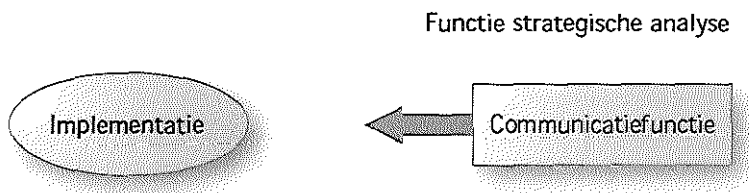
Directeuren controleren ook of de organisatie niet van de koers afwijkt en of de vaart niet uit het proces gaat. Gebeurt dit wel dan spreken ze medewerkers daarop aan. Door de stand van zaken te controleren en bekend te maken aan medewerkers houden directeuren vaart in het proces en motiveren ze medewerkers door te gaan. Ook kan een directeur op deze manier tijdig ingrijpen als er implementatieproblemen rijzen. Het aspect 'controle' is dan ook een waardevolle aanvulling op het model.

TOEVOEGEN: MOTIVEREN

In het empirisch onderzoek kwam steeds de belangrijkheid van het motiveren van mensen voor het uitvoeren van de strategie aan de orde. Ook bleek dat mensen tijdens de implementatie steeds gemotiveerd moesten worden. Hoe dat precies ging werd niet helemaal duidelijk. Het hangt voor een deel samen met de andere aspecten. Door mensen te betrekken bij het proces probeert men medewerkers enthousiast te maken. Ook zet men communicatie-programma's op, of organiseert men een 'kick off' dag of 'iets anders leuks'. Tevens probeert men medewerkers tijdens de implementatie te motiveren door steeds de vorderingen mee te delen.

11.5.8 COMMUNICATIEFUNCTIE VAN DE STRATEGISCHE ANALYSE

In figuur 11.8 staat de communicatiefunctie weergegeven zoals hij in het oorspronkelijke conceptuele model voorkomt.



Figuur 11.8

Strategische analyse kan zoals blijkt uit het empirisch onderzoek een functie vervullen in de implementatiefase. Enerzijds door als directeur of manager de uitkomsten van strategische analyse over te brengen, anderzijds door medewerkers te betrekken bij de analyse (dit is weer motiverend). Dat een strategische analyse techniek zich daarvoor kan lenen verwoordt Millet (1988:66) op de volgende manier voor de scenario-analyse:

"Group dynamic sessions can be held to get more people involved in the process. The level of communication benefits strategic management by getting people informed about and committed to strategy implementation and success".



Bij veel organisaties vallen de overtuigingsfunctie en communicatiefunctie samen op één moment in de tijd.

De directeur van de Zorg en Welzijn groep doet echter ook nog aparte analysetechnieken om concreet te maken wat de strategische koers betekent voor het dagelijks werk. Op deze manier wordt duidelijker wat hij met de strategie bedoelt.

Over het algemeen ervaren directeuren dat de terminologie van de strategische analyse minder aanspreekt naarmate men lager in de organisatie komt. Ze zoeken dan steeds meer naar een aansprekende manier van analyseren of naar een andere aanpak.

Om de gang in de implementatie te houden zeggen twee ziekenhuisdirecteuren tijdens de interviews steeds tussentijds middels analysetechnieken te controleren en te analyseren wat de stand van uitvoering is en hierover medewerkers te informeren.

11.5.9 EXTRA FUNCTIE VAN STRATEGISCHE ANALYSE

Strategische analyse heeft naast de reeds onderscheiden functies nog een andere functie voor een aantal directeuren. Geïnterviewden en geënquêteerden zeggen een aantal maal dat het doen van strategische analyse het strategisch bewustzijn bij medewerkers vergroot, of dat het een kader (maar dan in termen van een handvat) biedt voor de medewerkers. Enerzijds bedoelen ze hiermee dat medewerkers helder krijgen welke strategie ze moeten volgen, dus uitleg, anderzijds heeft de strategische analyse de functie meer strategisch bewust te maken om het verloop van toekomstige strategievormingsprocessen te verbeteren. Hier is sprake van een educatiefunctie van de strategische analyse. Millet (1988:66) wijst in het kader van de scenario-analyse op de bijdrage die de educatiefunctie kan hebben aan communicatie. Hij zegt:

"If the trend analysis and the scenarios are written, then the educational value for some can become a communication value for all. Scenarios promote the communication of ideas, information and expectations throughout the company".

In deze zienswijze is de educatiefunctie dus voor een deel binnen de communicatiefunctie te plaatsen. Het is echter voor een deel ook een functie die toekomstige strategievormingsprocessen verbetert. En dat aspect van de educatiefunctie past niet in het conceptueel model. De educatie in analysetechnieken professionaliseert managers en zorgverleners op het gebied van strategisch management op drie manieren:

1. Medewerkers kunnen zelf meer strategisch gaan denken;
2. Door bekendheid met de strategie-terminologie en de wijze van denken kan een meer veranderings-gerichte cultuur ontstaan;
3. Medewerkers kunnen hetzelfde 'strategische' begrippenapparaat gaan hantieren wat de communicatie vergemakkelijkt.

Vaak trekt een directeur voor de educatiefunctie een (meestal externe) adviseur aan om samen met medewerkers een strategie-traject in gang te zetten, waarin analysetechnieken de revue passeren. De hoop is dan dat de medewerkers dit een vol-



gende keer zelf kunnen of tenminste het begrippenapparaat vaker gaan hanteren. Het is echter niet zo dat de top meteen verwacht van medewerkers dat ze op deze manier kunnen gaan denken.

11.5.10 EVALUATIEFASE

Een enkele maal is in dit onderzoek kennis gemaakt met de evaluatiefase van geïmplementeerd strategisch beleid. Ook in de literatuur onderscheidt men de evaluatiefase van geïmplementeerd strategisch beleid niet vaak. In de ziekenhuis-casus kwam de behoefte aan een evaluatiefase naar boven, toen men ervoer dat het strategie-idee 'kantelen van de organisatie' niet functioneerde zoals het bedoeld was. Men is eerst begonnen draagvlak te werven voor een evaluatie-onderzoek om ervoor te zorgen dat medewerkers de aanbevelingen, die zouden kunnen volgen uit de evaluatie, ook zouden accepteren. De daadwerkelijke evaluatie van het geïmplementeerd is echter buiten het gezichtsveld van dit onderzoek gebleven.

11.6 Confrontatie van verschillende methoden van onderzoek

De enquêtes, casussen en interviews vullen elkaar goed aan. Soms leveren ze echter tegenstrijdige informatie op, zowel op individueel- als op steekproefniveau. Wat betreft de juistheid van het conceptuele model zijn maar weinig tegenstrijdigheden gevonden. Veel meer tegenstrijdigheid duikt op rond de vraag in welke mate strategievorming en strategische analyse voorkomt in de zorg en of de bijdrage van strategische analyse nu groot is of niet.

Tegenstrijdige resultaten kunnen voor een deel samenhangen met de wijze waarop dit onderzoek is uitgevoerd, maar ook met de mogelijkheden en beperkingen die de verschillende soorten onderzoek in zich hebben. De consequenties hiervan komen nu aan de orde. De verpleeghuizen komen hierbij niet in beeld, omdat ze alleen geënquêteerd zijn.

11.6.1 VERGELIJKING OP INDIVIDUEEL NIVEAU

De enquête en de interviews in de thuiszorg kunnen elkaar niet aanvullen of corrigeren op individueel niveau. De respondenten van de thuiszorginterviews wilden namelijk niet meewerken aan de enquête omdat ze op dat moment net geïnterviewd waren. De belangrijkste verschillen tussen de resultaten van de enquête en interviews bij de ziekenhuizen hangen echter samen met het feit dat verschillende typen onderzoek, verschillende antwoorden opleveren. Zo is de korte telefonische enquête een momentopname. Het geeft een goed totaaloverzicht voor één moment. De respondent krijgt niet lang de tijd om na te denken over het antwoord. Daardoor is hij soms niet in staat de vraag volledig te beantwoorden. Als gevolg hiervan verschillen bijvoorbeeld het soort en aantal strategische analysetechnieken die respondenten noemen in de enquête en de interviews (zie ook tabel 9.2). De respondent vergeet al gauw tijdens de enquête alle technieken te noemen die hij eens heeft toegepast. Het komt echter ook voor dat respondenten meer technieken noemen in de enquête dan tijdens het interview. Een reden hiervoor kan zijn dat ze



sociaal wenselijk antwoorden tijdens enquête. Dat is in een momentopname makkelijker dan tijdens een interview, want tijdens een interview is men meer uitleg verschuldigd. Voor de vraagsteller is de telefonische enquête ook een momentopname. De vraagsteller krijgt niet de gelegenheid verder door te vragen en te controleren of de vraag wel goed begrepen is. Hiervoor is een interview weer meer geschikt.

In een enkel geval bleek uit een interview met iemand die ook geënquêteerd was dat men het antwoord op de enquêtevraag anders had begrepen dan was bedoeld. Zo is er een respondent die tijdens de enquête zegt geen strategische analyse te doen naar later blijkt omdat hij hetgeen hij doet niet wetenschappelijk genoeg vindt (zie ook tabel 9.2). Hij doet echter wel verschillende analyses. Sociaal wenselijk antwoorden was in de enquête makkelijker dan tijdens interviews. Men is geneigd vaker te zeggen aan strategische analyse te doen en meer technieken te noemen omdat dat het onderwerp van de enquête is. Tijdens interviews is men genoodzaakt gegeven antwoorden toe te lichten en minder sociaal wenselijk te antwoorden.

De gesloten enquêtevragen dwingen te denken in termen van de onderzoeker. De open enquêtevragen en interviews doen dat niet en genereren daardoor andere maar soms ook onvolledige informatie. Dat bewustmaking een grote rol speelt is op te maken uit het verschil in beantwoording van de vraag: "Welke functies vervult strategische analyse?" en "Welke verschillende functies van strategische analyse herkent u?". Op de eerste vraag komen maar enkele antwoorden, op de tweede vraag antwoordt iedereen.

Er is slechts één thuiszorgdirecteur die zowel aan de interviews als aan het casusonderzoek heeft meegedaan. Er was geen inconsistentie te vinden tussen wat de directeur zei te doen tijdens het interview en wat hij deed tijdens casusonderzoek. Er is ook een thuiszorgdirecteur die aan het casusonderzoek meedeed en aan het pilotonderzoek. Uit beide onderzoeken blijkt dat deze directeur de rol van strategische analyse groot acht. Tijdens het casusonderzoek besloot hij echter de technieken niet in te zetten. Wel hanteerde hij de technieken als een denkkader voor hemzelf.

11.6.2 VERGELIJKING OP STEEKPROEFNIVEAU

De informatie uit de ziekenhuisinterviews is voor een groot deel niet vergelijkbaar met de thuiszorginterviews om een drietal redenen:

1. De interviews met thuiszorgdirecteuren zijn vóór de enquête gehouden en die met de ziekenhuisdirecteuren ná de enquête. Het was wellicht beter geweest om eerst de enquête uit te zetten en dan de interviews te doen in thuiszorg en ziekenhuizen om de vergelijkbaarheid tussen de sectoren zoveel mogelijk te behouden. Er bestond echter na het conceptueel model vooral de behoefte om dit model te toetsen aan een deelsector. Als het conceptueel model niet toepasbaar was gebleken en functies niet waren teruggevonden had het onderzoek



een andere wending moeten krijgen.

Een gevolg van het feit dat thuiszorgorganisaties vóór en ziekenhuizen ná de enquête zijn geïnterviewd is bijvoorbeeld een verminderde neiging bij respondenten om tijdens interviews onderwerpen te noemen die al tijdens de enquête aan de orde zijn gekomen. Dit kan een deel van de verklaring zijn voor het feit dat de thuiszorgdirecteuren tijdens de interviews meer woorden besteden dan de ziekenhuisdirecteuren aan bijvoorbeeld de strategische analyse.

Een ander gevolg is dat de geïnterviewde ziekenhuisdirecteuren in tegenstelling tot de geïnterviewde thuiszorgdirecteuren al bewust gemaakt zijn op bijvoorbeeld de rol van strategische analyse. Er zijn echter geen verschillen in resultaten gevonden die hiermee kunnen samenhangen.

2. De steekproeven van thuiszorginterviews en ziekenhuisinterviews zijn verschillend samengesteld. De steekproef van thuiszorgrespondenten is vooral gemaakt op het zoveel mogelijk vóórkomen van strategische analyse. Bij de ziekenhuisinterviews was voor een deel de bijdrage van strategische analyse al bekend uit de enquête, waardoor er bij de keuze voor respondenten zodanig geselecteerd is dat ook het strategievormingsproces goed in beeld zou kunnen komen. Daar komt nog bij dat bij de thuiszorg in tegenstelling tot bij ziekenhuizen ook de interviewresultaten van drie hoofden van staf zijn meegenomen.
3. De interviews met ziekenhuizen hebben bijna een jaar later plaatsgevonden, dan de interviews met thuiszorgdirecteuren. In dat jaar hebben inmiddels diverse ontwikkelingen in de zorg zich voorgedaan. Marktwerking is herroepen en men ervaart dat de overheid soepeler met regelgeving omgaat. Dit kan van invloed zijn geweest op het feit dat ziekenhuizen minder het gevoel hebben dan thuiszorgorganisaties afhankelijk te zijn van de overheid.

Op steekproefniveau is überhaupt geen vergelijking mogelijk tussen casusonderzoek en interviews of enquêtes omdat ze heel ander materiaal voortbrengen. Casusonderzoek bleek ten opzichte van de andere onderzoeken vooral ander materiaal te generen om een aantal redenen:

- Omdat er door observatie inzicht komt in wat men werkelijk doet in plaats van wat men zegt te doen;
- Omdat niet alleen directeuren aan het woord zijn, maar ook andere medewerkers en de onderzoeker zelf hun beleving kenbaar maken;
- Door gebrek aan anonimiteit. Hierdoor kon niet alle gewenste informatie worden verkregen of gepresenteerd. Dat had de respondenten namelijk in diskrediet kunnen brengen;
- Omdat er alleen onderwerpen die op dat moment spelen in beeld zijn. Tijdens casusonderzoek wordt maar één bepaalde strategie gevolgd terwijl bij interviews en de enquête alle ervaringen in het verleden worden samengenomen. Directeuren die lang in de sector zitten, hebben dan meer ervaringen met strategie om uit te putten dan de directeuren die kort als directeur werkzaam zijn. Tussen casussen onderling is vergelijking slecht mogelijk vanwege het kleine aantal.



11.7 Conclusie conceptueel model

BRUIKBAARHEID CONCEPTUEEL MODEL

Het conceptueel model blijkt strategievorming in thuiszorgorganisaties en ziekenhuizen goed weer te geven. Het expliciteert de functies van strategische analysetechnieken per fase van het strategievormingsproces. Het is een beschrijvend model en niet een voorschrijvend model. Het geeft daarmee antwoord op de probleemstelling.

Ook al is het een beschrijvend model, er zijn op basis van het model ook aanbevelingen voor strategievormingsprocessen te doen. Er is weinig aanleiding tot het aanbevelen van een fasering zoals de voorschrijvende strategisch managementliteratuur doet. Strategisch management zegt dat men eerst strategische analyse moet uitvoeren, vervolgens verschillende strategische opties moet formuleren en daarna een strategische optie moet kiezen om te implementeren. Dit is een fasering die geen rekening houdt met de vele belangen van stakeholders en hun politieke gedrag, dat kenmerkend is voor de zorg. De strategisch managementfasering is meer van toepassing in een situatie waarin de strateeg nieuw een organisatie binnenkomt, geen belangen heeft en geen wensen. Meestal begint een strateeg echter niet 'blanco' aan strategievorming. Hij gaat daardoor niet vrij analyseren. Ook kan of wil hij niet een keuze maken puur op basis van analyse. Er speelt voor een strateeg veel meer mee dan alleen analyse. Hij houdt rekening met zijn eigen belangen en met die van anderen in en buiten de organisatie.

Het conceptueel model geeft de mogelijkheid een succesvol strategievormingsproces te beschrijven. Dat wil zeggen een strategie die ook daadwerkelijk geïmplementeerd wordt. Niet alle strategie-ideeën komen echter tot implementatie. Het conceptueel model is dan echter ook van dienst. Het kan verklaren waarom een eventueel strategie-idee niet tot een succesvolle implementatie komt.

Het model blijkt minder geschikt te zijn voor de beschrijving van een veelheid aan strategische ideeën die naast elkaar bestaan en elkaar beïnvloeden zonder één achterliggende strategische koers. Het leent zich alleen voor de beschrijving van elk idee afzonderlijk. Daar waar de strategie-ideeën zelfstandig naast elkaar bestaan is dat geen probleem.

Als de realisering van het ene idee echter een voorwaarde is voor de realisering van een ander idee, ontstaan complexe schema's waarin diverse pijlen zijn te trekken van het ene conceptuele model naar het andere en weer terug. In dit onderzoek is dat niet gebeurd voor het casusziekenhuis omdat niet alle strategie-ideeën in zo'n korte tijd uitgewerkt konden worden. Het uitwerken van één idee was niet zinvol omdat diverse strategie-ideeën sterk op elkaar inwerkten.

AANPASSINGEN CONCEPTUEEL MODEL

Het empirisch onderzoek gaf inzicht in hoe de reeds in het conceptueel model onderscheiden elementen in de praktijk eruit zien en hoe de overgang van de ene in de andere fase verloopt. Dit maakt de beschrijving van het model veel rijker. Het conceptueel model heeft na de afronding van het empirisch onderzoek enkele



kleine aanpassingen ondergaan ter verbetering. Een eerste aanpassing betreft de eerste fase. De persoonlijkheid van de directeur kan hier als factor van invloed worden toegevoegd en de term perceptie kan worden verwijderd.

Niet omdat de perceptie geen rol speelt, maar omdat de andere onderscheiden factoren de wijze waarop de strateeg naar de werkelijkheid kijkt reeds voor een belangrijk deel verklaren.

Strategische analyse blijkt de informatiefunctie vooral in de tweede fase, maar soms ook in de eerste fase te vervullen. Met name als een directeur nieuw de organisatie binnenkomt. Dit kan grafisch worden weergegeven met een extra pijl van de informatiefunctie in de tweede fase naar de eerste fase (zie figuur 11.1). De hoofdfunctie vervult hij echter bij de toetsfase, dus daar kan hij blijven staan.

Het begrip 'experiment' kan worden toegevoegd aan de toetsfase. De overtuigingsfase behoeft geen aanpassingen. De implementatiefase kan worden aangevuld met het begrip 'controle'. Controle wordt uitgeoefend om de voortgang in de implementatie te houden en eventueel de implementatie op tijd bij te sturen.

De educatiefunctie is een nieuw onderscheiden functie in het proces. Deze functie kan echter geen plaats hebben in de grafische weergave van het conceptueel model, omdat deze functie een rol speelt tijdens een strategievorming in de toekomst en nauwelijks tijdens het lopende strategievormingsproces.

In het casuonderzoek is geprobeerd de verschillende factoren te scoren ten opzichte van elkaar met betrekking tot hun belangrijkheid in het proces. Dit is per casus mogelijk, maar er is geen absolute volgorde van belangrijkheid te verwachten, en zeker niet aan te duiden op basis van dit onderzoek.

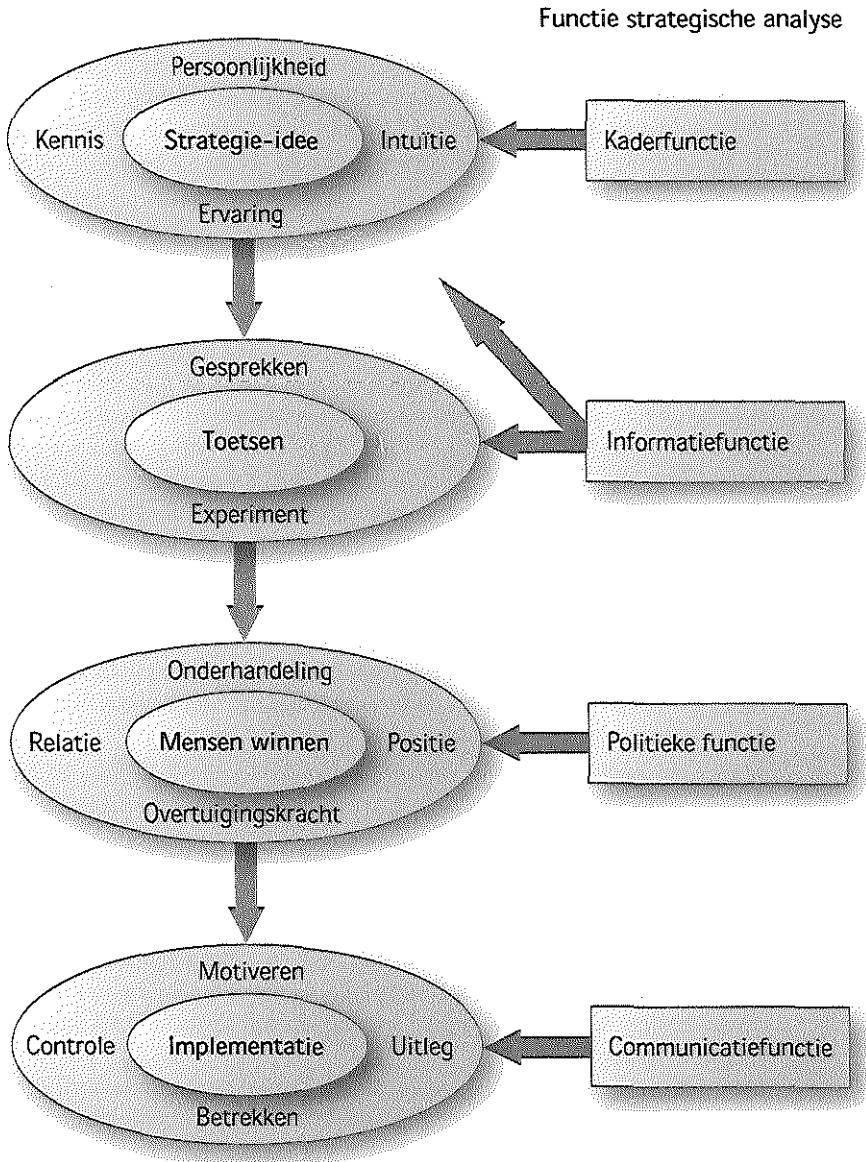
In een iets aangepaste vorm ziet het conceptueel model er dan als volgt uit (zie figuur 11.9):

DE GEHANTEERDE METHODEN

Iedere methode bleek zijn eigen materiaal voort te brengen. Door een combinatie van methoden te hanteren, konden de zwakheden van de ene methode worden ondervangen met de krachten van een andere. Alle gehanteerde methoden toonden het bestaansrecht van het conceptueel model aan. Het model heeft daarbij ten opzichte van de oorspronkelijke formulering een aantal aanpassingen ter verbetering ondergaan.

Uit de diverse deelonderzoeken is minder eenduidig de mate waarin strategievorming en strategische analyse een rol speelt in de zorg gebleken. Het ene onderzoek geeft daarover een positiever beeld dan het andere. Dit feit is in het nu volgende hoofdstuk verder geïmplementeerd.



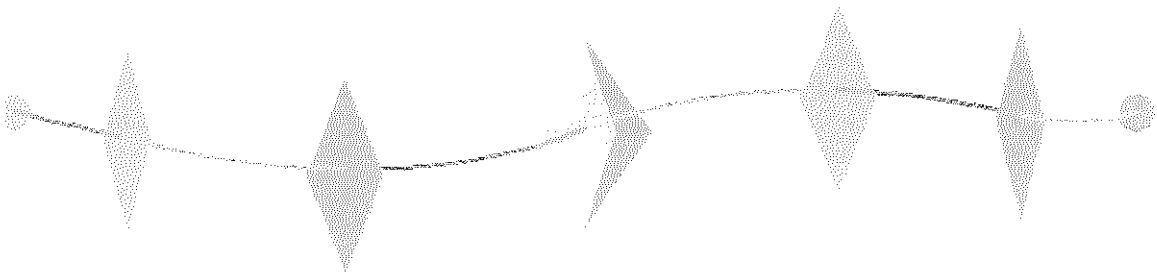


Figuur 11.9 Aangepast conceptueel model



HOOFDSTUK **12**

**Reflectie op de bijdrage
van strategische analyse aan
strategievorming in de
gezondheidszorg**



12.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt stilgestaan bij de vraag of strategische analyse een grotere bijdrage aan strategievorming in de gezondheidszorg kan hebben dan reeds het geval is. Bij aanvang van het onderzoek bleek dat enkele deskundigen de werkelijke en mogelijke bijdrage van strategische analyse niet hoog inschatten. Een geïnterviewde hoogleraar vond strategievorming voor een zorgorganisatie niet zinvol omdat hij het vooral als een taakorganisatie zag. Een andere hoogleraar wees erop dat de technieken vaak niet goed worden uitgevoerd en daarom (nog) geen grote bijdrage kunnen hebben. Mintzberg (1994) ziet geen rol voor strategische analyse weggelegd in deze sector vanwege het sterk rationele karakter ervan. Dat zou niet aansluiten op de politieke wijze waarop strategievorming in de zorgorganisatie verloopt. Op basis van de meningen van deze deskundigen zou geconcludeerd kunnen worden dat de bijdrage van strategische analyse niet groot kan zijn of worden.

Uit het onderzoek blijkt echter dat strategische analyse al veel meer een rol speelt dan op basis van de visies van enkele deskundigen hierop, te verwachten was. Driekwart van de ondervraagde directeurs past weleens strategische analyse toe. Uit het ontwikkelde model blijkt dat strategische analyse verschillende bruikbare functies heeft in het strategievormingsproces in de gezondheidszorg. Vooral bekeken in relatie tot stakeholders zijn de procesfuncties waardevol voor een directeur. Een directeur heeft tijdens strategievorming veelvuldig te maken met stakeholders (de overheid, de verzekeraar, het personeel, de patiënt), die hij met behulp van onder andere strategische analyse goed kan winnen voor een strategie.

Ook al heeft het toepassen van strategische analyse vele voordelen en heeft driekwart van de ondervraagde directeurs er reeds ervaring mee; strategische analyse behoort nog niet tot de dagelijkse praktijk van alle zorgorganisaties. Een kwart van de ondervraagde directeurs gebruikt het niet en velen beperken de strategische analyse tot bijvoorbeeld een SWOT-analyse. De meest in het oog springende reden voor het feit dat strategische analyse nog niet overal ingang vindt, zijn:

- Strategische analyseterminologie spreekt niet elke stakeholder aan;
- Strategische analyse geniet onbekendheid.

Omdat strategische analyse, zoals uit het model blijkt, een zinvolle bijdrage kan hebben aan strategievorming in de gezondheidszorg, is het zaak bovenstaande belemmeringen op te heffen. In dit hoofdstuk wordt een aantal suggesties gedaan om toepassing van strategische analyse in de gezondheidszorg te bevorderen.

Eerst wordt echter de situatie kort geschetst, waarin een directeur die aan strategievorming doet, zich bevindt. Vervolgens komt aan de orde hoe een directeur gebruik kan maken van strategische analyse om adequaat met deze situatie om te gaan. Daarna worden knelpunten die toepassing van strategische analyse nog belemmeren besproken en wordt aangegeven op welke manier deze knelpunten zijn op te lossen.



12.2 Strategievorming in de gezondheidszorg; omgaan met veel stakeholders

De gezondheidszorg kenmerkt zich door aanwezigheid van veel stakeholders (belanghebbenden). De meest in het oog springende stakeholders voor een zorgaanbieder zijn: overheden, verzekeraars, de maatschappij, patiënten(organisaties), andere zorgaanbieders (zowel als collega als concurrent), het personeel en de specialisten. Door de diversiteit aan stakeholders en hun verschil van macht die ze kunnen uitoefenen op een zorgorganisatie, is het voor een directeur in de gezondheidszorg moeilijk te bepalen tot welke stakeholders hij zich strategisch moet richten. Hij kan zich niet richten op één van hen. Doet hij dat wel, dan kunnen andere stakeholders zich tekort gedaan voelen en hun macht gebruiken om de strategie te blokkeren. Een strategie die de verschillende belangen dekt, is echter moeilijk te volgen, omdat stakeholders conflicterende belangen hebben.

Een directeur heeft enerzijds een zekere strategische vrijheid om een koers uit te zetten; anderzijds zijn er voor elke koers wel vele stakeholders die barrières kunnen of willen opwerpen. Een directeur moet dus een eigen koers bepalen die aan de verschillende wensen van de stakeholders tegemoet komt. Daarbij moet hij ervoor zorgdragen dat stakeholders geen barrières opwerpen, maar juist gewonnen worden voor de strategie.

12.3 De positieve rol van strategische analyse in het strategievormingsproces

Uit het ontwikkelde model blijkt dat de functies van strategische analyse directeuren diverse mogelijkheden bieden om in het strategievormingsproces goed met stakeholders om te gaan. Dit zal hier nader worden toegelicht.

Voor een directeur is het allereerst belangrijk, een goede strategie te bedenken. Hij moet deze immers aan veel stakeholders kunnen verantwoorden. Door strategische analyse als een denkkader te gebruiken, wordt aan het strategisch denken richting gegeven. De technieken dwingen vooruit te kijken, los van de 'waan van de dag', op een systematische manier. Een directeur kan zich daardoor van meer of andere strategische mogelijkheden bewust worden of de koers duidelijker voor zichzelf krijgen. Al deze aspecten dragen bij tot een goede strategieformulering.

Een directeur kan strategische analyse toepassen om inzicht te krijgen in de haalbaarheid van de strategie. Ook kan hij op zoek gaan naar bevestiging van de juistheid van de strategie (toetsfunctie). Als de strategie succesvol door de toetsfase komt, geeft dat een directeur meer zekerheid over de haalbaarheid. Deze zekerheid heeft hij nodig om overtuigend over te komen naar allerlei stakeholders.

De strategische analyse blijkt vooral van dienst bij het winnen van stakeholders voor de strategie. Dit 'winnen' is niet alleen noodzakelijk omdat vele stakeholders machtig genoeg zijn om de strategie te blokkeren, maar vooral ook wenselijk. In de gezondheidszorg is het gebruikelijk om naar consensus en draagvlak te zoeken. De overtuigingsfunctie van de strategische analyse is zeer krachtig. Met rationele



argumenten zijn stakeholders beter te overtuigen dan met argumenten die bijvoorbeeld worden ingegeven door intuïtie. De strategische analyse levert die rationele argumenten. Bovendien biedt strategische analyse mogelijkheden om samen met stakeholders na te denken over de strategische koers. Door stakeholders te betrekken bij het denkproces zet een directeur veel makkelijker 'alle neuzen' dezelfde kant op.

De communicatiefunctie van de strategische analyse is vervolgens een goed middel om stakeholders van uitleg te voorzien. Zo weten ze waar ze aan toe zijn, en kunnen vervolgens eventueel een zinvolle bijdrage leveren aan de realisering van de strategie. De strategische analysetechnieken geven de strategie de mogelijkheid de strategie duidelijk (helder) te maken naar anderen.

12.4 **Waarom directeuren strategische analyse toch nog niet massaal toepassen**

Men zou verwachten dat, als het toepassen van strategische analyse zoveel voordelen biedt, reeds iedere directeur hiervan gebruik maakt. Dit is echter maar gedeeltelijk realiteit. Er zijn een tweetal hoofdzaken die dat belemmeren. Allereerst het feit dat de terminologie die aan de basis van de strategische analyse ligt nog niet overal in de zorg ingang vindt. Ten tweede zijn nog veel directeuren onbekend met de strategische analyse. Beide zaken worden hieronder toegelicht.

12.4.1 **ASSUMPTIES VAN STRATEGISCHE ANALYSE SPREKEN ZORGVERLENERS EN EXTERNEN NIET AAN**

De laatste jaren is geprobeerd mensen van buiten de zorg binnen de zorgsector te halen om een meer bedrijfsmatige cultuur en manier van werken te introduceren. Op dit moment hebben echter nog niet veel mensen een overstap gemaakt van het bedrijfsleven naar een directeursfunctie in de gezondheidszorg. Directeuren zijn gemiddeld reeds lang (15 jaar) in de sector werkzaam, zo blijkt uit dit onderzoek. Dit kan samenhangen met het feit dat er een verschil van werken en in de cultuur is tussen de gezondheidszorgsector en het bedrijfsleven, waar een directeur die de gezondheidszorg niet kent niet eenvoudig op aan kan sluiten. In het toepassen van strategische analyse loopt een directeur aan tegen de verschillen tussen het bedrijfsleven en de zorg. Een bedrijf is vooral gericht op concurreren en expanderen (schaal- en marktaandeel vergroten) ook als dit ten koste van anderen gaat. De strategische analyse is veelal ontwikkeld vanuit deze onderliggende assumpties. Deze assumpties zijn niet alleen inhoudelijk niet automatisch van toepassing op een zorgorganisatie, ze spreken vooral veel medewerkers en professionals niet aan. Het werk van een professional richt zich op het verzorgen of beter maken van de patiënt. Een professional heeft meer de neiging zichzelf weg te cijferen voor de patiënt (of moet in ieder geval deze indruk wekken), dan zich bezig te houden met het organisatiebelang.

Het commerciële begrippenapparaat dat de strategische analyse in zich heeft, spreekt vooral de medewerkers en professionals die direct met het primaire zorg-



proces verbonden zijn of dit lange tijd zijn geweest het minst aan. Dit is een probleem voor directeuren die door middel van strategische analyse deze medewerkers van de juistheid van een strategie willen overtuigen of de strategie willen uitleggen.

Het is wel nodig om dit ook op dit niveau te proberen. Niet alleen vanuit de behoefte in de gezondheidszorg om naar consensus te streven, maar ook om te waarborgen dat de strategie daadwerkelijk wordt geëffectueerd. In paragraaf 12.5 wordt besproken welke mogelijkheden hiertoe beschikbaar zijn.

Niet alleen spreekt de strategische analyseterminologie intern niet iedereen aan, ook aan externen (zoals bijvoorbeeld patiëntenorganisaties) moet vooral uitgelegd worden wat de strategie voor de patiënt betekent. Het belang voor de zorgorganisatie in termen van concurreren en marktaandeel vergroten moet daarbij zo min mogelijk naar voren komen. Het belang van de patiënt benadrukken is maar ten dele mogelijk met behulp van strategische analyse. In zulke gevallen moet van een andere wijze van overtuigen of uitleggen gebruik gemaakt worden.

12.4.2 STRATEGISCHE ANALYSE NOG GEHULD IN ONBEKENDHEID

De diversiteit aan strategische analysetechnieken die een zorgorganisatie toepast, is niet groot. Er zijn bovendien nog behoorlijk wat directeuren die niet weten dat ze strategische analyse toepassen (15% van de geënquêteerde directeuren). Uit de casussen en interviews blijkt dat medewerkers niet altijd bekend of vertrouwd zijn met de strategische analyse. De wijze waarop directie of staf strategische analyse vormgeven, is dan ook voor verbetering vatbaar. Kortom de mate van toepassing en de kwaliteit van strategische analyse kan toenemen. Op zowel de bekendheid ervan als op de kwaliteit moet worden ingestoken, om te voorkomen dat de rol van strategische analyse in een negatieve spiraal terechtkomt. Als strategische analyse namelijk niet of met weinig kwaliteit wordt uitgevoerd, heeft de analyse niet veel opbrengst met als gevolg dat de directeur de strategische analyse geen belangrijke waarde toekent en er vervolgens niet veel geld of energie in wil stoppen. Dit komt de toepassing van strategische analyse niet ten goede.

12.5 Hoe is te realiseren dat strategische analyse nog meer kan worden toegepast?

De toepassing van strategische analyse zou gezien het voorgaande moeten worden vergroot. Ze faciliteert de mogelijkheden om succesvol om te gaan met de verschillende stakeholders in de gezondheidszorg tijdens strategievorming. De reeds geschetste belemmeringen dienen echter voor een deel overwonnen te worden, voordat de rol van strategische analyse in de zorg kán worden vergroot. De assumpties van de strategische analyse moeten daarvoor meer stakeholders gaan aanspreken en de strategische analyse moet meer bekendheid krijgen.

Vanwege het feit dat strategische analyse nog onbekendheid geniet wordt de bijdrage ervan aan het strategievormingsproces nog niet op waarde geschat. Dit komt



voor een groot deel door een gebrek aan kennis bij directeuren op dit gebied. Ongeveer tweederde van de ondervraagde directeuren bleek in het onderzoek geen bedrijfskundige of managementopleiding te hebben. De kans is groot dat veel directeuren niet zijn opgeleid in de strategische analyse.

Het zijn meestal de directeuren die beslissen of strategische analyse wel of niet wordt toegepast in de organisatie. De onbekendheid met strategische analyse zorgt ervoor dat de kosten-opbrengsten afweging als deze al wordt gemaakt, vaak negatief voor de strategische analyse uitkomt. Gerichtere opleiding van directeuren en (hoger) management veroorzaakt dat directeuren de technieken beter op waarde kunnen leren schatten. Als directeuren, eventueel intern of extern ondersteund, de strategische analyse met meer kwaliteit kunnen toepassen, neemt de waardering ervoor eveneens toe.

Dat de assumpties die ten grondslag liggen aan de strategische analyse niet iedereen in de zorg en daarbuiten aanspreken, is maar voor een deel te veranderen. Intern in de organisatie is het voor een deel mogelijk een cultuurverandering te bewerkstelligen. Deze verandering zal wel geleidelijk gaan.

Een manier om met het probleem 'onbekendheid' af te rekenen is toepassing van de educatiefunctie van de strategische analyse in de organisatie. De educatiefunctie is erop gericht medewerkers strategische analyse te leren toepassen. Dit gebeurt meestal door onder leiding van een adviseur gezamenlijk met medewerkers een strategische analyse uit te voeren. Dit biedt een aantal voordelen:

- Het (voor)oordeel dat strategische analyse iets voor het bedrijfsleven is, dus commercieel is en daarmee niet past in de gezondheidszorg, wordt voor een deel opgeheven.
- Er ontstaat meer strategisch bewustzijn in het dagelijks werk. Hierdoor worden de dagelijkse handelingen beter afgestemd op de strategie (waar dit mogelijk is).
- Hulpverleners krijgen meer begrip voor managementzaken en dat bewerkstelligt dat de afstand tussen de hulpverleners en het management kleiner wordt.
- Medewerkers en professionals raken vertrouwd met de strategische terminologie. Als iedereen hetzelfde strategische begrippenapparaat hanteert, vergemakkelijkt dit de interne communicatie tijdens strategievorming.
- Medewerkers en professionals zijn idealiter op langere termijn in staat zelf een dergelijke analyse met kwaliteit uit te voeren.

Uitkomst van de educatiefunctie is dat strategisch denken langzaam onderdeel van de kennis en de cultuur van de organisatie wordt. Voor externe stakeholders voor wie de assumpties achter de strategische analyse niet aanspreken moet voor een deel gezocht worden naar andere manieren van overtuigen en uitleggen.

12.6 Conclusie

Strategische analyse vervult reeds een wezenlijke bijdrage aan strategievorming in de gezondheidszorg. Dat is in dit proefschrift aangetoond. De bijdrage zit vooral in de functies die zijn beschreven in het ontwikkelde model. Strategische analyse



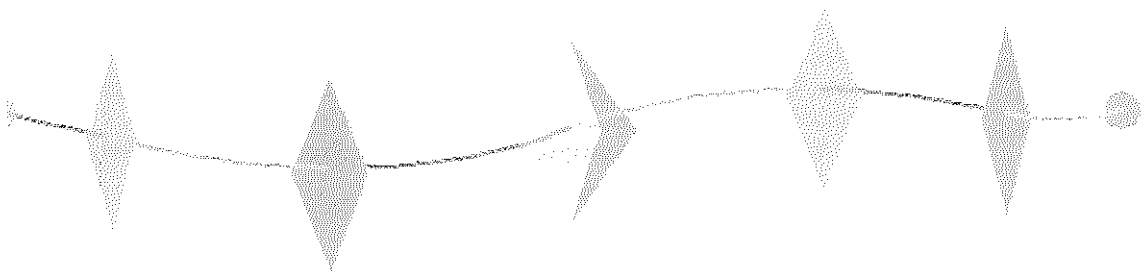
geeft (nieuwe) richting aan de strategie, geeft zekerheid over de vraag of men de juiste strategie heeft, draagt bij aan het vergroten van draagvlak voor de strategie en kan worden gebruikt om de strategie naar anderen duidelijk te maken. Ook kan het worden toegepast om meer strategisch bewustzijn in de organisatie te brengen om op die manier een veranderingsgerichte cultuur te bewerkstelligen. Strategische analyse draagt bij aan een succesvol verloop van alle essentiële onderdelen van een strategievormingsproces in de gezondheidszorg.

Strategische analyse heeft ook beperkingen. Het spreekt niet iedere stakeholder aan in de gezondheidszorg. Daarom zal ook naar andere manieren gezocht moeten worden om de stakeholders die het niet aanspreekt te winnen voor een strategie en de strategie aan hen duidelijk te maken.

De toepassing van strategische analyse kan echter worden geïntensiveerd. Investeren in opleiding in de strategische analysetechnieken en het stimuleren van toepassing ervan in de dagelijkse praktijk met medewerkers uit de organisatie is daartoe noodzakelijk.



LITERATUUR



- Ackoff, R.L., *Creating corporate future: planned or be planned for*. Wiley, New York, 1981.
- Ambrosini, V., *Exploring Techniques of Analysis and Evaluation in Strategic Management*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1998.
- Aldrich, H.E., *Organizations and Environments*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1979.
- Andrews, K.R., *The concept of corporate strategy*. Dow Jones-Irwin. Homewood, 1971.
- Ansoff, H.I., *Corporate strategy*. McGraw-Hill. New York, 1965.
- Ansoff, H.I., McDonnell, E.J., *Implanting strategic management*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1990.
- Argyris, C., *Strategy, change, and defensive routines*. Pitman. Boston, 1985.
- Asch, D., Bowman, C., *Readings in Strategic management*, MacMillan, Basingstoke, 1998.
- Bahlmann J.P., Meesters, B.A.C.; *Denken en doen. Een studie naar ontwikkeling en strategische heroriëntatie van zes Nederlandse ondernemingen rond een crisis*. (Proefschrift) Katholieke Universiteit Brabant, Tilburg, 1988.
- Barney, J.B., *Organizational culture: Can it be a source of sustained competitive advantage?* *Academy of Management Review*, 11,3, 1986; 656-665.
- Bartels, L.P., *Instellingen van intramurale gezondheidszorg, basisgegevens per 1-1-1998*, Utrecht, juni 1998.
- Batelaan, J.V., *Organizational culture and strategy, a study of cultural influences on the formulation of strategies, goals, and objectives in two companies*. (Proefschrift) Erasmus Universiteit, Rotterdam, 1993.
- Bowers, J., *Some correlates of language intensity*. *Quarterly Journal of Speech*, 50, 1964; 415-420.
- Brewer, G.D., *Where the twain met: reconciling science and politics in analysis*. *Policy science*, 198; 113: 269-279.
- Bryson, J.M., *Strategic planning for public and nonprofit organizations, a guide to strengthening and sustaining organizational achievement*. Jossey-Bass Publishers, San Fransisco/London, 1988.
- Buller, P.F., Timpson, L., *The strategic management of hospitals: towards an integrative approach*. *Health Care Management*, Spring 1986; 11(2): 7-13.
- Chandler, A.D., *Strategy and structure*. Chapter in the history of the American enterprise. Doubleday, Cambridge, 1962.
- Donaldson, L., *For Cartesianism: Against organizational types and quantum jumps*. In *For positivist organization theory: proving the hard core*, Sage, London, 1996.
- Duncan, W.J., Ginter, P.M., Swayne, L.E., *Strategic management of health care organizations*. Blackwell Business, Massachusetts, 1995.
- Dunn, W.N., *Public policy analysis, an introduction*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1981.
- Duren, van, A., Manen van, M., *Integraal veranderingsmanagement*. Van Gorcum, Assen, 1995.



- Edelman Bos, J.B.M., *Strategisch management in de gezondheidszorg: Mission impossible?* Erasmus Universiteit, Rotterdam, 1987.
- Feldman M.S., March J.G., *Information in organizations as signal and symbol* ASQ, 1981; 26: 171-186.
- Feldman S.P., *Management in context: an essay on the relevance of culture to the understanding of organizational change.* Journal of management studies 23, nr. 6: 587-607, 1986.
- Files, L.A., *strategy formulation in hospitals*, in: Health Care Management Review, 1988; 13(1): 9-16.
- Freeman, R.E., *Strategic management: a stakeholder approach.* Pitman, Marshfield, 1984.
- Genus, A., *Flexible strategic management.* Chapman & Hall, London, 1995.
- Grant, R.M., *Moderne strategische analyse, concepten, technieken, toepassingen.* Academic Service, Schoonhoven, 1995.
- Greve de, W.B.(red.), *Strategische beleidsvorming in de gezondheidszorg (serie: leiding en organisatie in de gezondheidszorg 1983/2).* Stafleu, Alphen aan den Rijn, 1983.
- Grinten, T.E.D., van der, *Tien jaar hervormingsbeleid. Pendelen tussen overheid, markt en middenveld.* In: Elsinga, E. en Kemenade, Y.W., van (red.). *Van revolutie naar evolutie. Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg.* De tijdstroom, Utrecht, 1997.
- Hannan, M.T., Freeman, J., *The population ecology of organizations.* American Journal of sociology 1977; 82 (5): 929-964.
- Haselhoff, F., *De verloren sleutel, strategische verandering in context.* (Afscheidsrede) Groningen, 1995
- Hofer, C.W., Schendel, D., *Strategy formulation: analytical concepts.* West, St. Paul, 1978.
- Houthoofd, N., *Strategisch management, concepten, analyse methoden en toepassingen.* Garant Leeuwen, Apeldoorn, 1996.
- Hunger, J.D., Wheelen, T.L., *Essentials of strategic management.* Addison-Wesley, Massachusetts, 1997.
- Hussey, D.E., (Ed), *Rethinking strategic management. Ways to improve competitive performance.* Wiley, Chichester, 1995.
- Johnson, G., Scholes, K., *Exploring corporate strategy.* Third edition. Prentice Hall, Hamel Hempstead, 1993.
- Isenberg, D.J., *De tactiek van het strategisch opportunisme.* In "De manager" Boersen, Amsterdam, 1987.
- Johnson, G., Scholes, K., *Exploring Corporate Strategy.* Prentice Hall, Hamel Hempstead, 1997.
- Jong, R.G., de, Waalewijn, Ph., *SESAM open U. Snel, extern, strategisch, analyse model.* Rotterdam, RIBES, Rotterdam, 1994.
- Joyce, P., Woods, A., *Essential strategic management. From modernism to pragmatism.* Butterworth Heinemann, Oxford, 1996.



- Klijn, E.H., Koppenjan, J.F.M., Termeer, C.J.A.M., Van beleidsnetwerken naar netwerkmanagement. In *Beleidswetenschap*, jrg. 7, nr. 5:230-243, 1993.
- Koopman, P., Pool, J., Management en besluitvorming in organisaties; een strategisch perspectief. Van Gorcum, Assen/Maastricht, 1992.
- Kramer, B., Huijsman, R., Grinten, T.E.D. van der, Strategische analyse in de gezondheidszorg. In *Gezondheidszorg & Management*, nummer 1/2, 1997.
- Langley, A., In search of rationality. The purposes behind the use of formal analysis in organizations, *Administrative Science Quarterly*, 1989; 34: 598-631.
- Lebel, P., Muller, S.J., *Besluitvorming: Wat weten wij ervan?* Kluwer. Deventer, 1986.
- Lenz, R.T., Lyles, M.A., Paralysis by Analysis: Is Your Planning System Too rational? in Asch, D. and Bowman C., *Readings in Strategic management*. MacMillan, 1991.
- Lindblom, C.E., 'The science of muddling through. *Public Administration Review*, 19 (2)1959; 79-88.
- Lynch, R., *Corporate Strategy*. Prentice Hall, 1997.
- MacMillan, I. C., *strategy formulation; Political concepts*. West publishing Company, Minnesota 1978.
- March, J.G., Simon, H.A., *Organizations*. John Wiley & Sons, London, 1958.
- Meurs, P.L., *Nobele wilden. Over verantwoordelijkheden van directeurs van instellingen in de gezondheidszorg. (Oratie)* Rotterdam, 1997.
- Millet, S. M., How Scenarios Trigger Strategic Thinking. *Long Range Planning* volume 21, october, 1988; 21: 61-68
- Ministerie van Volksgezondheid en Sport, *Jaaroverzicht Zorg*. Den Haag, 1997.
- Mintzberg, H., *The structuring of organizations : a synthesis of the research*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1979.
- Mintzberg, H., Five P's for strategy, *California Management Review* herfst 1987.
- Mintzberg, H., *Mintzberg on management : inside our strange world of organizations*. The Free Press, New York, 1989.
- Mintzberg, H., Quinn, J.B., *The strategy process. Concepts, contexts, cases*. Prentice-Hall, London, 1991.
- Mintzberg, H., *The rise and fall of strategic planning*. Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall, 1994.
- Mintzberg, H., *Strategievorming: tien scholen*. Scriptum Management Books, Schiedam, 1994.
- Mintzberg, H., Ahlstrand, B., Lampel, J., *Op strategiesafari. Een rondleiding door de wildernis van strategisch management*, 1999.
- Moen, J., Nievaard, A.C., *Oriental research into dismissed managers in health care*, *Health care management Review*, 1997; 22 (3), 92-96.
- Moen, J., Roo, A.A. de, *Het samenspel tussen specialisten en ziekenhuis: co-makership*. *Medisch Contact*, 1997; 27/28: 871-873.
- Montague, J., *Combine & Conquer*. *Hospital & Health Networks*, Oktober 1995; 69 (19);57-59.



- Nahavandi, A., Mizzi, P.J., Malekzadeh, A.R., Executives' Type A Personality as a determinant of Environmental Perception and Firm Strategy. *The Journal of social Psychology*, 132 (1), 1991; 59-67.
- Ohmae, K., *The mind of the strategist, business planning for competitive advantage*. Penguin Books, London, 1983.
- Ogilvie, R., *Krijgen is een kunst, omtrent krijgskunde en ondernemingsstrategie*. Addison Wesley, Amsterdam, 1995.
- Ornstein, R.E., *The psychology of consciousness*. Freeman & Co., San Francisco, 1972.
- Pettigrew, A.M., *Strategy formulation as a political process*. *International studies of management and organization*, Zomer, 1977; 78-87.
- Pettigrew, A.M. *The awakening giant: continuity and change in imperial chemical industries*. Basil Blackwell, Oxford, 1985
- Peters J., Waterman, J.H., *In search of excellence: lessons from America's best run companies*. Harper & Row Publishers, New York, 1982.
- Pool, J., *Sturing van strategische besluitvorming: Mogelijkheden en grenzen*, VU Uitgeverij, Amsterdam, 1990.
- Porter, M.E., *Competitive Strategy: Techniques for analysing industries and competitors*. Free Press, New York, 1980.
- Porter, M.E., *Competitive Advantage: creating and sustaining superior performance*. Free Press, New York, 1985.
- Postma, T.J.B.M., *Strategische beslissingsprocessen in ziekenhuizen. Een casebenadering*. (Proefschrift) Wolters-Noordhoff, Groningen, 1989.
- Quinn, J.B., *Strategies for Change: Logical incrementalism*. Irwin, Homewood, 1980.
- Quinn, J.B., *Strategies change: Logical incrementalism*, *Sloan Management Review* I, Herfst 1978; 20;7-21.
- Rampersad, H.K., *Strategisch management : een visionaire benadering*. Kluwer BedrijfsInformatie, Deventer, 1997.
- Reponen, T., Pärnistö, Vitanen, J., *Personality's impact on information management strategy formulation*. *Eropean Journal of Infromation systems* 5, 1996;161-171.
- Roo, A.A., de, *De zorgsector als bedrijfstak in wording*. (Oratie) Katholieke Universiteit Brabant, Tilburg, 1993.
- Shortell, S.M., Kaluzny, A.D., *Health care management. A text in organization theory and behavior*. Wiley, New York, 1988.
- Shumpeter, J.A., *Theory of economic development: an inquiry into profit, capital, credit interest, and business cycle*. Harvard University Press, Cambridge, 1934.
- Simon, H. A., *Administrative behavior*. Mac Millan, New York, 1957.
- Simyar, F., Lloyd-Jones, J., *Strategic management in the health care sector. Toward the year 2000*. Prentice hall, New Jersey, 1988.
- Snow, C., *Strategic management research : a European perspective*. Wiley. Chichester, 1986.

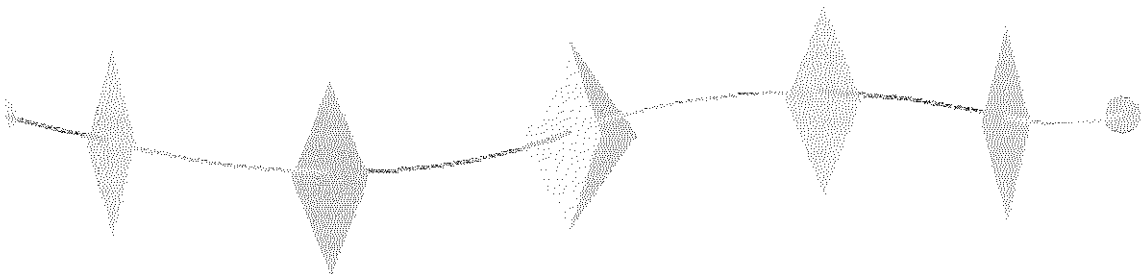


- Srivastva, S., *The Executive Mind, new insights on managerial thought and action*. Jossey-Bass, San Francisco, 1983.
- Stacey, R.D., *Strategic management & organisational dynamics*. sec. ed. Pitman publishing, London, 1996.
- Tilles, S., 'Making strategy explicit'. In: Ansoff, H.I., *Business strategy: selected readings*. Penguin, Harmondsworth, 1969.
- Tversky, A en Kahneman, D., *Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases*. Science, 1974; 185: 1124-1131.
- Viljoen, J., *Strategic management, planning and implementing successful corporate strategies*. Longman, Melbourne, 1994.
- Vrakking, W.J., Cozijnsen, A.J., *Managementtechnieken bij effectief innoveren*. Managementreeks. Kluwer Bedrijfswetenschappen, Deventer, 1990.
- Waalewijn, P., Hendriks, A., Verzijl, R., *Benchmarking van het benchmarking proces. Ervaringen van bedrijven in Nederland*. RIBES, Rotterdam, 1996
- Weggeman, M., *Kennismanagement, inrichting en besturing van kennisintensieve organisaties*. Scriptum Management, Schiedam, 1997.
- Weick, K.E., *The social psychology of organizing*, Addison Wesley Publishing company, New York, 1979.
- Whittington, G., *What is strategy, and does it matter?* Routledge, London, 1993.
- Wildavsky, A.B., *Speaking truth to power. The art and craft of policy analysis*. Transaction, Inc., New Jersey, 1979.
- Wit de, B., Meyer, R., *Strategy. Process, content, context. An international perspective*. West Publishing Company. St. Paul, 1994.



SUMMARY

**The contribution of strategic
analysis tot the strategy making
process in health care**



Strategic analysis is a phase of strategic management in which the strategist searches for information about the organisation and its environment to understand its strategic position in order to formulate possible courses of action. Literature suggests applying several strategic analysis techniques to serve a good strategic analysis. These techniques are mainly based on the profitsector. Healthcare organisations sometimes use these techniques. In this research, the question is in which way these techniques contribute to the strategy making process in health care. To be able to answer this question it is necessary to know how the strategy making process in health care is carried out.

The strategic analysis and the strategy making process in health care organisations are studied in this research. Interviews, case studies and a survey were done in mainly home care organisations and hospitals to get insight in why, when and how strategists carried out strategic analysis during each phase of the strategy making process. It appeared, that strategic analysis techniques could be used for different purposes. It serves as a framework, as an instrument to check whether the strategy plan is likely to be effective, but it can also be used to convince others or to explain the strategy to others. Each function: the frame function, the information function, the political function and the communication function of the strategic analysis techniques contribute each to a different phase of the strategy making process.

In health care the strategy making process often starts with an idea for a strategy in the mind of the strategist. A strategic analysis technique can contribute to this idea by offering a framework for strategic thinking. Analysis but also intuition, daily knowledge, former experience and personal preferences can have their contribution in this phase.

When the strategist has an idea in mind, he tests it on feasibility. Therefore, the information function of the strategic analysis techniques can be used. Sometimes one seeks mainly information to confirm the feasibility of the strategy-idea; sometimes it is highly objective information. In addition, parts of the strategy are implemented to experiment whether the strategy can be successful. A third way of testing is checking the opinion of others.

If the strategy succeeds the testing phase, the strategist starts to convince others about the quality of his strategy-idea. Therefore, he quite often uses strategic analysis. He uses the outcomes of analysis he has already done to convince internal or external groups of persons involved in the strategy or he does a technique together with those groups trying to get the results he needs. Next to strategic analysis, the strategist needs a convincing way of acting (charismatic) and sometimes he bargains to get enough commitment to the strategy.

In addition, it is important that he has good relationships with the ones he needs to convince, especially if merging or co-operation with external groups is part of the strategy-idea. Convincing is more easy if one has a high position in the company. Finally, if enough persons are convinced, the strategy can be implemented. To serve a good process, the persons involved need at least to know what the strategy-



idea is like. To serve a good implementation, it's important to explain others about the strategy. By presenting the results of strategic analysis or by doing strategic analysis techniques together, co-workers and other stakeholders can be informed about the strategy. Because co-workers like to be involved in the strategy making process, it is a good way to motivate them to implement.

To urge the implementation, the strategist checks upon its progress and present it to the involved persons; in some cases, the strategic analysis is used for that.

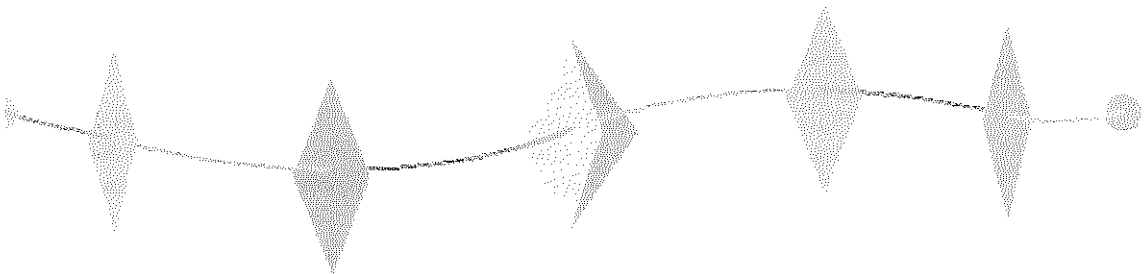
This description of the way strategies emerges in health care and the contribution of strategic analysis in this is visualised in a conceptual framework. The conceptual framework turned out to be useful in understanding strategic processes and the function of strategic analysis and in explaining why some strategies did not reach the implementation phase. Timing and respect to a specific sequence of activities turned out to be important factors for a successful strategy making process.

Strategic thinking and the role of strategic analysis can be more substantial than it is right now in healthcare organisations. Why strategic thinking is difficult in healthcare organisations and how it can be stimulated are questions that are dealt with in the last chapter. A central theme in this is the conflicting assumptions in 'strategy making' and 'care giving'.

However, strategy making and strategic analysis have a positive contribution in dealing with different stakeholders in healthcare organisations. Therefore, by means of education strategic thinking and applying strategic analysis must be stimulated.



APPENDIX



Bijlage 1 Toepassing strategische analyse in de gezondheidszorg

Bij aanvang van het onderzoek zijn twee Nederlandse vaktijdschriften; 'Het Ziekenhuis' en 'Gezondheidszorg en Management'¹ en de scripties van vier universiteiten onderzocht op het voorkomen van strategische analyse. Van de twee vaktijdschriften zijn vijf jaargangen (1990-1995) doorgenomen op het voorkomen van strategische analyse in de zorg. De volgende auteurs geven voorbeelden van toegepaste strategische analyse (technieken) of marketing instrumenten:

- Bij het Psychiatrisch centrum Venray is een imago onderzoek gedaan. (Petrink, Imago-onderzoek levert bouwstenen voor verbetering hulpverlening en communicatie. In Het Ziekenhuis, 12 april 1990)
- Coolen laat de toepassing van een kosten-batenanalyse op diverse transportsystemen zien in het UZ-Gasthuisberg. (Coolen, J., Intern transport systeem van UZ-Gasthuisberg. In Het Ziekenhuis, 28 maart 1991)
- KPMG ontwikkelde het KostenActiviteiten Model. Het diagnostisch centrum SSDZ in Delft heeft het losgelaten op het lab. In dit artikel wordt het model besproken. (KPMG, Geen realistische discussie zonder reële kostprijzen. In Het Ziekenhuis, 21 november 1991)
- Idenburg bespreekt het benchmarkingproces en wat het betekent voor de gezondheidszorg. Hij bevraagt hiervoor J.W. Hoorn van Vreelandgroep Organisatie-Adviseurs. Hij constateert dat de zorg niet aan benchmarking doet maar wel aan iets dergelijks. Hij geeft voorbeelden uit de ziekenhuiswereld. (Idenburg, P., Benchmarking, instrument voor de lerende organisatie. In Het Ziekenhuis, 9 september 1993)
- Van Vondelen beschrijft praktijkvoorbeelden m.b.t. marketing zoals besproken in de Jaarbeurs op 21 oktober 1993. Het Doetinchemse Slingeland ziekenhuis dient als voorbeeld. Van Vondelen bespreekt het marktaandeel en een sterkte/zwakke analyse van de organisatie. (Vondelen, A., van, Visie en vaardigheid vereist. In Het Ziekenhuis, 18 november 1993)
- Bakker en Munsterman bevelen op basis van opgedane ervaring in het CWZ met het opzetten van een Centrum voor Trainingsbegeleiding en Sport aan om een analyse van de belangen te maken en om een marktonderzoek te doen. (Bakker, J., den en Munsterman, D., Ontwikkeling van ondernemerschap. In Gezondheidszorg & Management, Juli 1993)
- Een centrumziekenhuis (600 bedden) dat ontstaan is uit twee basisziekenhuizen is na de fusie direct begonnen met integratie van afdelingen en diensten. Een belangrijk onderdeel van het strategieformuleringstraject was een SWOT-inventarisatie (Jansen, P.J. en Meerdink, M.W., Organisatieverandering. In Gezondheidszorg en Management, oktober 1994)
- Een thuiszorgorganisatie formuleerde cliënt-zorgcombinaties door middel van een vraag- en aanbodanalyse. Cliënt-zorgcombinaties zijn groepen van cliënten met gemeenschappelijke persoons- en zorgkenmerken. Gegevens van 99

¹ Inmiddels bestaat 'Gezondheidszorg en Management' niet meer en is 'Het Ziekenhuis' veranderd in 'Zorgvisie'.



cliënten zijn kwantitatief geanalyseerd. Het ging om de zorgbehoefte van deze cliënten, het aantal cliënten dat zowel wijkverpleging als gezinsverzorging kreeg en de overlap tussen zorgpakketten van wijkverpleging en gezinsverzorging. (Oostrom, T.A.J., en Verkaar, E.J.A.M., Geïntegreerd werken in de thuiszorg. In *Gezondheidszorg & Management*, januari 1995)

- Bij de Stichting thuiszorg Zoetermeer & omstreken is een cultuurontwikkelingsproject gestart. Eerst heeft daartoe een cultuuranalyse bij de fusiepartners plaatsgevonden door toepassing van het 7S model. De analyse heeft geresulteerd in een beschrijving van een groot aantal cultuurkenmerken van de Kruisvereniging Zoetermeer en de gezinsverzorging Zoetermeer. Een aantal dominante cultuurkenmerken is afgezet tegen de gewenste koers. (Alderwegge, M., van, *Integratie in de thuiszorg*. In *Gezondheidszorg Management*, maart 1995)
- Voor de ontwikkeling van een investeringsplan voor verstandelijk gehandicapten is intensief marktonderzoek gedaan, waarbij een vijftal aspecten is onderzocht: een kwantitatieve marktanalyse ter bepaling van het huidige vraagvolume, demografie-analyse ter bepaling van de verwachte volume-ontwikkeling, de zorgcarrière van de cliënt, een analyse van de zelfredzaamheid van de cliënt en consumentenvoorkeuren. (Venneman, L., *Zorg voor verstandelijk gehandicapten bepaald door marktwerking*. In *Gezondheidszorg & Management*, oktober 1995)

Een aantal auteurs bevelen de toepassing van strategische analyse (technieken) en marketing aan:

- Groenland beveelt de marketingmix aan vanuit de constatering dat de ziekenhuisorganisatie zich economisch staande moet houden. Hij behandelt de marketing mix en past deze aan voor de ziekenhuissituatie (Groenland, E.A.G., *Psychologische bouwsteen in het marketingplan*. In *Het Ziekenhuis*, 15 maart 1990)
- Bonhof directeur beheerszaken van psychiatrisch centrum Zon en Schild in Amersfoort bespreekt de marketingmix m.b.t. psychiatrie (Bonhof, W.L., *De marketing mix*, *Het Ziekenhuis*, 24 oktober 1991)
- Boonekamp beveelt strategische marketing aan voor ziekenhuizen. (Boonekamp, L., *Strategisch marketing en de veranderende rol van de ziekenhuismanager: van beheerder naar netwerkmanager*. In *Het Ziekenhuis*, 12 maart 1992)
- Idenburg bespreekt marketing en het belang van marktonderzoek maar dan voor de verzekeraar. (Idenburg, P., *Marketing is niets minder dan een overlevingsstrategie*. *Het ziekenhuis*, 11 februari 1993)
- Muyselaar onderstreept het nut van marketinginstrumenten in de GGZ. Muyselaar is staf-medewerker Zorgverzekeraar Haaglanden/Nuts-Aegon te Den Haag. (Muyselaar, *Marktgericht denken in de Geestelijke Gezondheidszorg*. In *Gezondheidszorg & Management*, maart 1993)
- Dekker pleit voor het toepassen van een SWOT-analyse in de strategische beleidsvorming. Dekker, M.C., *Strategische beleidsvorming in de ouderenzorg*. In *Gezondheidszorg & Management*, juli 1993)



- Boonekamp legt uit wat er precies gedaan dient te worden bij een marketing audit (Boonekamp, L., Hoe marktgericht is uw organisatie? In Gezondheidszorg & Management, juli 1993)
- Smelt en Boonekamp bevelen een omgevingsonderzoek, een klanten onderzoek en een concurrentie-analyse aan voor zorgorganisaties. Ze constateren dat de afdeling kraamzorg van de stichting thuiszorg Rotterdam bij haar oprichting tot een kraamzorghotel minimaal en niet systematisch gebruik heeft gemaakt van deze analyses. (Smelt H., en Boonekamp, L.C.M., Het kraamzorg hotel; een gat in de markt? Gezondheidszorg & Management, september 1993)
- Moen en Huijsman bevelen een goede analyse en diagnose aan bij fusie. Een zorgvuldige analyse kan tijdens het fusieproces onverwachte weerstanden en vertragingen voorkomen. In de praktijk steekt men vaak weinig energie in deze analyse. Het gaat om vragen als wat is de meerwaarde van de fusie, hoe kunnen de bedrijfsculturen samengaan en welke structuur heeft men voor ogen? Ook is een krachtenveldanalyse van belang: hoe denken de werknemers over de fusie, alsmede de verzekeraar, de cliënten de directies, de besturen, de gemeenten en de ondernemingsraden.
- Pas na een grondige analyse dient men tot een besluit te komen; wel of geen fusie. (Moen, J., en Huijsman, R., Strategische netwerkontwikkeling: samenwerken of fuseren? In Gezondheidszorg & Management, oktober 1993)
- Durlinger constateert na een onderzoek bij twintig ziekenhuizen, dat veel ziekenhuizen geen expliciet geformuleerde veranderingsstrategie gehanteerd hebben met betrekking tot management-participatie door medisch specialisten. Vrijwel nergens was sprake van een uitgewerkte analyse van de veranderingsbereidheid in de organisatie. (Durlinger, B., Managementparticipatie, visie en vormen. In Het Ziekenhuis, 7 oktober 1993)

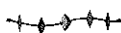
Er zijn afstudeerscripties (1989-1995) onderzocht in vier universiteiten (Rotterdam, Maastricht, Nijmegen, Tilburg) op het voorkomen van strategische analyse (technieken). Met name in scripties in Rotterdam en Maastricht bevatten strategische analyse (technieken). In Tilburg werd één scriptie gevonden en in Nijmegen geen. Hier volgt een overzicht van de scripties uit Rotterdam, Maastricht en Tilburg

SCRIPTIES ROTTERDAM:

- Sluys maakte een interne-, een externe analyse en scenario's voor een ziekenfonds. De interne analyse is met het McKinsey 7S - model geformuleerd. (Sluys, K., van, Strategische beleidsvorming in een situatie van ziekenfonds-budgettering toegepast bij de Stichting Ziekenfonds. Rotterdam, 1988);
- Krapels paste een Nominal Group Technique toe bij het schrijven van een strategisch beleidsplan (Krapels B., Model voor systematische omgevingsverkenning. Rotterdam, 1990);
- Rijn ontwikkelde een beleidsplan voor het combihuis Meerweide met behulp van een organisatie analyse, een omgevingsanalyse en een SWOT analyse



- (Rijn, P., van, Een onderzoek naar het strategisch beleid van combihuis Meerweide te Rotterdam IJsselmonde. Rotterdam, 1990);
- Aerts deed een krachtenveldanalyse waarin stakeholders en de relatie met hen worden genoemd. Strategiekenmerken van de organisatie zijn bepaald en sterke en zwakke punten met betrekking tot die punten. Tevens is een omgevingsanalyse gemaakt. Daarna is een SWOT-analyse gemaakt. (Aerts, A., Strategische beleidsvorming in het Ruwaard van Puttenziekenhuis: aanzet tot een beleidsplan. Rotterdam, 1991);
 - Heer vervaardigde een strategisch beleidsplan met behulp van een omgevingsanalyse, een interne analyse en een SWOT bij de Riederborgh. (Heer, A. de, Strategisch plan voor De Riederborgh: van verzorgingshuis naar Ridderkerks Wooncentrum met Protestants-christelijke Zorgverlening. Rotterdam, 1991);
 - Smits deed voor een verzorgingshuis een PEST analyse en beschreef internationale factoren. Intern zijn de structuur, de processen en de organisatieleden geanalyseerd. Ook is er een SWOT analyse gedaan en een produkt/markt matrix gemaakt. Dit alles in het kader van een strategisch beleidsplan (Smits, M., Aanzet tot een strategisch beleidsplan voor een verzorgingshuis in Driebergen. Rotterdam, 1991);
 - Elskamp deed een marktonderzoek voor een revalidatiecentrum en gesegmenteerde de markt. (Elskamp, L., De markt voor klinische revalidatie markt of macht? Een onderzoek naar de marktstructuur voor het product klinische revalidatie van een revalidatiecentrum. Rotterdam, 1992);
 - Keemel maakte een omgevingsanalyse en een marktanalyse voor een ziekenfonds. Actoren zijn beschreven met het vijf krachten model van Porter en SWOT's zijn geformuleerd (Keemel, W.E., Het ziekenfonds behoeft een strategie, zonder juiste informatie lukt dat nie'! Rotterdam, 1993);
 - Een omgevingsanalyse, het vijfkrachten model van Porter, een product markt analyse en een SWOT analyse zijn toegepast op een GGD (Alkemade, N.O.E., GGD en strategische beleid, een wapen in de concurrentiestrijd. Rotterdam, 1994);
 - De Vries formuleerde PMC's bij algemene Heelkunde van het AZR. Eerst zijn producten gedefinieerd en er is een keuze gemaakt voor een product (met vijf deelproducten). Ook is de markt voor het ziekenhuis gedefinieerd. Vervolgens zijn PMC's gemaakt (de Vries, L.M., Produkt/markt-combinaties in het AZR: een strategische verkenning voor het Academisch Ziekenhuis Rotterdam. Rotterdam, 1994);
 - Voor het verzorgingshuis Liduina voerde de Wilde een PEST analyse uit, een behoefteonderzoek, een actorenanalyse, een analyse volgens het 7S model en het vijf krachten model en een SWOT-analyse. Ook werden de machtsfactoren van Storm onderzocht (maar dan voor verzorgingshuizen, aangepast door Brouwer), en zijn er pmc's geformuleerd (Wilde, I., de, Strategie in de ouderenzorg. Rotterdam, 1994);
 - Janssen deed een PEST-analyse en een omgevingsanalyse volgens Johnson en Scholes voor privéklinieken. (Janssen, H.M., Op weg naar succes, een onder-



zoek naar de kritische succesfactoren van niet klinische behandelcentra. Rotterdam, 1995);

- Klop deed een PEST-analyse, een vijf krachten analyse evenals een imago-onderzoek bij medewerkers en huisartsen voor de Kliniek Holystaete (Klop, S.L., Kliniek Holystaete: gewenst beeld versus een extern imago. Rotterdam, 1995);

SCRIPTIES MAASTRICHT:

- In de Dr. Hans Berger Kliniek is een soort omgevingsanalyse en een summiere SWOT-analyse gedaan. (Cooymans, F.M.M., Marketing of strategisch management?: onderzoek in de Dr. Hans Berger Kliniek. Maastricht, 1989);
- Er is een stakeholderanalyse gedaan bij Groene Kruis Oostelijk Zuid-limburg. (Beek, W.M.A.H., van, Het Kruiswerk en haar stakeholders: een onderzoek naar de belangen en behoeften van stakeholders in de thuiszorgmarkt ten behoeve van strategische beleidsontwikkeling van het Groene Kruis. Maastricht, 1990);
- Er is een marktanalyse gedaan voor een pijnkliniek in Leuven door medici te bevragen. Tevens is de markt gedefinieerd. (Bruin, W.J.B.J., de, Analyse van de organisatie, markt en financiering van de pijnkliniek in het Universitair Ziekenhuis te Leuven: een onderzoek naar het bestaansrecht van de pijnkliniek gezien de omstandigheden op de markt voor pijnbestrijding. Maastricht, 1991);
- Een trendanalyse, PEST analyse, klanten analyse en concurrentieanalyse is gedaan om een beleidsplan voor een intramurale instelling te maken. (Theunissen, J.A.C.M, Case-study van een strategisch beleidsproces in een intramurale instelling. Maastricht, 1991);
- Er is behoefte-onderzoek naar dagrevalidatie voor carapatiënten gedaan (Caelen, G., De marketingmix van dagrevalidatie op basis van marktonderzoek bij C.A.R.A.-patiënten. Maastricht, 1992);
- Er is behoefte onderzoek gedaan en er zijn sterke zwakke punten van een instelling in de GGZ geformuleerd. (Joode, S. de, Marketing in de geestelijke gezondheidszorg: de mark op de markt, Maastricht, 1992);
- Er is een product markt matrix toegepast op de kruisvereniging West-Veluwe. De marktanalyse is gedaan door middel van interviews, waarbij gevraagd is naar de behoefte aan bepaalde producten. Er is een bescheiden concurrentie analyse gedaan en er is een kosten-opbrengsten analyse van producten gedaan. (Cramer, A.M., De kruisvereniging de markt op?! Onderzoek naar de mogelijkheden voor de stichting kruiswerk West-Veluwe om een aanvullend pakket van diensten aan te bieden. Maastricht, 1993);
- Een bedrijfstakanalyse, een SWOT-analyse en pmc's zijn gedaan door een revalidatiecentra onder leiding van een organisatie adviesbureau. (Cruets, N.M.A.M., "Structuur volgt strategie": organisatiestructuurverandering als gevolg van strategisch management in Nederlandse revalidatiecentra. Maastricht, 1993);



- Er is een externe analyse gedaan bij een intramurale instelling in het kader van een strategisch beleidsproces (Hennissen, J.A., Een strategisch beleidsproces in de praktijk: modelleren met modellen; begeleider: Maastricht, 1993);
- Het (V) O.K.I.P.O instrument (instrument om organisatieklimaat te berekenen) is toegepast bij de totstandkoming van een fusie tussen drie verzorgingshuizen (Dapper, L.M., Organisatiecultuur-diagnose bij de totstandkoming van een fusie tussen drie verzorgingshuizen: een onderzoek naar organisatie-cultuurverschillen tussen drie verzorgingshuizen gezien vanuit een organisatie-advies perspectief. Maastricht, 1993);
- Marktsegmentering is toegepast voor een algemeen ziekenhuis (Broek, P.H.M. van den Marktsegmentering, targeting en positionering van een algemeen ziekenhuis in een Nederlandse Gezondheidsregio. Maastricht, 1994);
- Het (V) O.K.I.P.O is toegepast bij een fusie tussen een verpleeghuis en twee verzorgingshuizen (Cannemeijer, E.J., Organisatiecultuur-analyse bij een fusie tussen een verpleeghuis en twee verzorgingshuizen. Maastricht, 1994);
- Bij Stichting Thuiszorg Dommelstreek zijn producten gedefinieerd, evenals de markt door o.a. het toepassen van een segmentenanalyse. Er zijn product/markt combinaties gemaakt, er is een trendanalyse gedaan en er zijn prognoses gedaan m.b.t. sociaal demografische, sociaal culturele, politieke en structurele ontwikkelingen. Ook is behoefte onderzoek gedaan. (Beurden, M.J.M. van, Productevaluatie: profilering in de markt: marketing, kwaliteit, evaluatie. Maastricht, 1995).

SCRIPTIE TILBURG:

- Het Model van Day is toegepast, waarin de macro-omgeving, de markt, de industrie en de omgeving, de positie, de concurrentie en een SWOT-analyse aan de orde komen. Er is een DESTEP analyse gedaan en een interne analyse (Hoogen, J., van den, Zorg om zorg, over het bestaansrecht van het verzorgingshuis. Tilburg, 1994).



Bijlage 2 Strategische analyse technieken

In deze bijlage worden de belangrijkste strategische analyse technieken nader uitgewerkt. De indeling die hierbij is gehanteerd is dezelfde als weergegeven in hoofdstuk 3.

Externe analyse technieken

PEST-ANALYSE

De PEST-analyse is een instrument om de macro-omgeving in beeld te brengen. De macro-omgeving is de omgeving, die voor de organisatie moeilijk of niet te beïnvloeden is (Waalewijn, 1996). Het gaat dan om Politieke, Economische, Sociaal-culturele en Technologische factoren, waarvan de eerste letters het woord PEST vormen. Bij de politieke factoren gaat het om bijvoorbeeld wetgeving, belastingen, handelsregelgeving, en arbeidsmarktbeleid. De economische aspecten zijn onder andere zaken als: conjunctuur, ontwikkelingen in het BNP, rentevoet, inflatie, werkeloosheid, hoogte van het inkomen, energiekosten en milieu. De derde factor, 'sociaal-culturele ontwikkelingen', behelst veranderingen in leefstijl, opleidingsniveau, normen en waarden en ethiek, maar ook in demografie. In het kader van de technologische factoren worden technologische innovaties en ontwikkelingen in bestaande technologieën in kaart gebracht.

Omdat het ondoenlijk is om alle factoren volledig te beschrijven raden Johnson en Scholes (1997) aan eerst twee vragen te stellen:

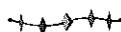
1. Welke omgevingsfactoren hebben invloed op de organisatie?
2. Welk van deze factoren zijn het meest belangrijk op dit moment en in de komende jaren?

Door eerst deze twee vragen te beantwoorden, kan men gericht kiezen welke van de oneindige hoeveelheid omgevingsontwikkelingen die in beeld te brengen zijn, men nader wil bekijken.

SCENARIO-ANALYSE

Scenario-analyse biedt de mogelijkheid om iets te zeggen over de toekomstige ontwikkelingen met betrekking tot belangrijke omgevingsinvloeden. Om te achterhalen wat belangrijke omgevingsontwikkelingen zijn, is het goed de PEST analyse uit te voeren.

De termijn waarop in de scenario-analyse vooruit gekeken wordt, kan variëren. Hoe langer de termijn, hoe meer men geneigd is om vrijer te denken en geen extrapolaties van de huidige situatie te maken. Het is voornamelijk de bedoeling bij de scenario-analyse los te komen van de huidige situatie. Omdat het echter zo moeilijk is om ver vooruit te denken, blijft dit meestal beperkt tot vijf of hooguit tien jaar. De neiging bestaat dan om niet alleen maar gericht te zijn op de omgevingsfactoren, maar meer te redeneren vanuit de eigen organisatie. De scenario-analyse is dan meer een intern gerichte techniek.



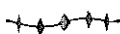
Er zijn veel verschillende manieren waarop men de scenario-analyse kan vormgeven. Er zijn kwantitatieve methodes, waarbij allerlei extrapolaties van de huidige situatie worden gemaakt op basis van de ontwikkeling van het verleden naar nu en waarbij zaken als te verwachten demografische ontwikkelingen worden berekend. Een meer kwalitatieve manier van scenario-analyse is het brainstormen met het topmanagement over te verwachten ontwikkelingen of het raadplegen van deskundigen en het lezen van literatuur. Het is wel belangrijk een goede selectie van deskundigen en literatuur te maken om een zo hoog mogelijke kwaliteit van het materiaal te garanderen.

Om daadwerkelijk aan het schrijven van de scenario's te kunnen beginnen, dient men een aantal factoren met grote impact te selecteren, bijvoorbeeld ontwikkelingen rond de bevolkingsgroei of de maatschappelijke ideeën over gezondheid. Eventueel kan men ook een aantal vooronderstellingen expliciteren van waaruit men redeneert, bijvoorbeeld een aanhoudende economische groei. Het is de bedoeling een aantal verhalen te schrijven over de toekomstverwachtingen aan de hand van een bepaald thema, zoals bijvoorbeeld de toename van concurrentie. Het aantal scenario's dient uiteindelijk tot een stuk of drie, vier te worden gereduceerd. Ook kan men ervoor kiezen een positief, een realistisch en een negatief scenario te formuleren. Bij de strategie is het dan belangrijk op elk (of een te kiezen) scenario voorbereid te zijn in het uiteindelijk te kiezen beleid. Deze techniek kan men ook gebruiken om te evalueren in hoeverre een strategische optie rekening houdt met een bepaald scenario.

STAKEHOLDERANALYSE

Een gezondheidszorgorganisatie dient aan verschillende verwachtingen te voldoen. Extern zijn dat bijvoorbeeld cliënten/patiënten, patiëntenverenigingen, financiers, de overheden, verzekeraars, aanbieders en leveranciers. Intern zijn medisch specialisten, de Raad van Toezicht of de Ondernemingsraad groepen en individuen met verwachtingen van, en belangen bij de strategie. De stakeholdersanalyse is gebaseerd op de aanname dat er een wederzijdse relatie is tussen de organisatie en bepaalde andere organisaties, groepen en individuen (Duncan, 1995). De stakeholderanalyse richt zich op het in kaart brengen van de verschillende belanghebbenden bij de strategie van de organisatie. Dit kunnen zowel interne als externe groepen of individuen zijn. De techniek kan dus ook in het kader van de interne analyse worden toegepast. Als de belangrijkste belanghebbenden in kaart zijn gebracht zijn 'de stakeholders' in te delen ('stakeholder mapping') door per stakeholder te bepalen wat zijn macht is met betrekking tot beïnvloeding van de strategie en vervolgens hoe groot zijn belang is om dat te doen. De macht van de stakeholder is te bepalen door van bepaalde items een score aan te geven.

Items kunnen bijvoorbeeld de positie van de betreffende stakeholder zijn, zijn informele macht op basis van leiderschapskwaliteiten, de kennis en vaardigheden die hij heeft, de mate waarin hij in het bezit is van strategische middelen en de mate van betrokkenheid bij de implementatie van de strategie. Per item kan gescoord worden in termen van laag naar hoog. De totalen kunnen aan het eind bij



elkaar genomen worden. Als de macht bekend is, kan men vervolgens de macht van de stakeholders in een matrix uitzetten tegen het belang van de stakeholder bij de strategie. De matrix is ingedeeld in vier kwadranten. Zie figuur 1

		Belang	
		Laag	Hoog
Macht	Laag	A Weinig energie in steken	B Informereren
	Hoog	C Tevreden houden	D Sleutelpersonen

Figuur 1 Stakeholder map

Iedere groep heeft bij de strategiebepaling een andere benadering nodig. Stakeholders met weinig belang en weinig macht behoeven weinig aandacht. Stakeholders met veel belang maar weinig macht hoeft men slechts te informeren. Stakeholders die veel macht, maar weinig belang hebben hoeft men alleen tevreden te houden. Rechtsonder zitten de 'key players' met een hoge mate van belang en veel macht. Bij het vaststellen van een strategie dient men rekening te houden met de belangen van deze sleutelpersonen. Deze techniek is ook te gebruiken om de verschillende strategische opties te evalueren. Men moet dan bepalen in hoeverre de strategie acceptabel is voor de sleutelpersonen; of de strategie moet worden aangepast of dat er gelobbyd moet worden bij de stakeholder om de acceptatiegraad te verhogen. Gedurende het strategievormingsproces dient men steeds met de stakeholders rekening te houden.

Een andere manier van indelen van de stakeholders is door middel van de macht/dynamiek matrix. In deze matrix zet men verticaal de macht van de groep af tegen de voorspelbaarheid van de reacties van de betreffende groep. De moeilijkste groep om mee om te gaan betreft de groep met veel macht en een weinig voorspelbare reactie.

NETWERKANALYSE

Het netwerk is voor de gezondheidszorg erg belangrijk. Steeds meer organisaties zitten in allerlei horizontale of verticale samenwerkingsverbanden en ketenstructuren. Verschillende zorgvormen bijvoorbeeld thuiszorg, ziekenhuiszorg en verpleeghuiszorg organiseert men om de patiënt heen. Omdat het netwerk hierdoor steeds complexer en onoverzichtelijker wordt, is het goed dit netwerk in het kader van de strategievorming in kaart te brengen.

De netwerkanalyse biedt hiertoe mogelijkheden. Ze vindt haar oorsprong in de sociologie. Tussen diverse organisaties en individuen trekt men schematisch 'lijnen' afhankelijk van of er een relatie is tussen beide. De aard van de relatie kan men daarbij ook aangeven. In de sociologie is deze techniek beter uitgewerkt dan in de strategisch managementliteratuur.



Een zorgorganisatie zou het eigen netwerk in kaart kunnen brengen, maar ook de relaties van concurrenten of samenwerkingspartners voorzover daar inzicht in bestaat. Ook is bijvoorbeeld het netwerk van verzekeraars in kaart te brengen. De relaties met particulieren, zorginstellingen, maar ook met banken en met andere verzekeraars zowel wat betreft zorg- als schadeverzekeringen kan men dan expliciteren, waardoor inzicht ontstaat in de macht van zorgverzekeraars in bijvoorbeeld een bepaalde regio.

MARKTSEGMENTATIE-ANALYSE

Een manier om inzicht te krijgen in de markt is het segmenteren van die markt in verschillende groepen met verschillende kenmerken. Niet elke klant is immers hetzelfde. Zo kan men in de zorg onderscheid maken naar cliënten met verschillende ziekten of van een verschillende leeftijd. Er zijn echter nog vele andere mogelijke indelingen. Het is daarom belangrijk een indeling te kiezen, die het inzicht in de markt daadwerkelijk vergroot.

Deze analyse is om verschillende redenen te gebruiken. Hij kan als basis dienen voor de concurrentieanalyse door per segment de concurrentiepositie te berekenen en dan de positie van de eigen organisatie in termen van marktaandeel (aantal afnemers en afzet) binnen een bepaald marktsegment te bepalen. Ook kan men de segmentatieanalyse gebruiken voor het uitzoeken van aantrekkelijke segmenten door omvang en groeitempo van de segmenten en de winstgevendheid per segment te bepalen. Vervolgens kan men dan keuzes maken met betrekking tot een bepaald segment.

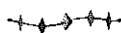
In de gezondheidszorg is het meestal niet mogelijk om een segment helemaal af te stoten; wel kan men prioriteiten stellen. Een ziekenhuis kan er weliswaar niet voor kiezen een EHBO-voorziening voor patiënten met een acute aandoening af te schaffen, wel kan ze ervoor kiezen om wat minder prioriteit te geven aan dit marktsegment, waardoor patiënten in een acute situatie voor een ander ziekenhuis zullen kiezen.

Een voorbeeld van een gerichtheid op een bepaald segment is het huiskamerproject in enkele ziekenhuizen. Hierbij worden ouderen in een huiskamersfeer verpleegd. Dit voorkomt dat zij gedesoriënteerd en angstig raken in het ziekenhuis, wanneer ze daar terechtkomen voor een behandeling. Ouderen zullen geneigd zijn naar ziekenhuizen te gaan waar een huiskamerproject aanwezig is.

Ook kan een organisatie kiezen voor verdere specialisatie in een segment. Een voorbeeld hiervan is de aandacht voor CVA patiënten bij verpleeghuizen. Een speciale CVA unit in het verpleeghuis neemt deze patiënten snel over van het ziekenhuis en begint daar met op de patiënten toegesneden revalidatie, wat de kans op herstel vergroot en bespoedigt.

PORTER VIJF KRACHTENMODEL

Bij het vijf krachtenmodel van Porter (1980) is het de bedoeling de concurrentie in de branche in kaart te brengen. Het model van Porter (1980) biedt handvaten om dit krachtenveld in kaart te brengen en doet aanbevelingen over hoe men aan



deze krachten het hoofd kan bieden. Porter (1980) schrijft voor om vijf factoren in onderlinge samenhang te bekijken (zie ook figuur 2):

- **POTENTIËLE TOETREDERS EN DE DREIGING DIE ER VAN HEN UITGAAT.**

Nieuwe toetreders kunnen voor ziekenhuizen bijvoorbeeld privé-klinieken zijn en voor thuiszorgorganisaties de particuliere bureaus. De branche kan diverse toetredingsbarrières opwerpen om te voorkomen dat deze nieuwe toetreders zich in de branche gaan mengen.

Zo kan er een barrière uitgaan van bijvoorbeeld een bepaald schaalvoordeel dat noodzakelijk is om in de branche te opereren. Een ziekenhuis dient bijvoorbeeld 24 uur per dag bereikbaar en beschikbaar te zijn; iets wat niet eenvoudig voor een nieuwe toetreders is te bereiken. Ook kunnen bepaalde dure technologische investeringen een rol spelen. Bij ziekenhuizen is dit het geval. Speciale voorzieningen (de artikel 18 voorzieningen) zijn bijvoorbeeld alleen te krijgen met toestemming van de overheid. Verder kan het zijn dat een bepaalde productdifferentiatie noodzakelijk is, wat het voor een nieuwe toetreders niet eenvoudig maakt om bij de branche aan te sluiten. Een voorbeeld hiervan is de thuiszorgorganisatie, die het hele pakket verzorging, verpleging moet kunnen bieden. Ook kan het kapitaal dat nodig is om in de branche te starten belemmerend werken. Een voorbeeld hiervan is de goodwill die artsen moeten betalen om een praktijk te kunnen starten. Ook de expertise die een nieuwe toetreders moet opbouwen kan een barrière zijn. Beperkend in de gezondheidszorg is de vergunning die de overheid geeft om een zorgvoorziening te kunnen beginnen. Private thuiszorgorganisaties is een tijd de mogelijkheid tot toetreding tot de branche geboden en ook aan privé-klinieken is toegang verleend.

Belangrijke vragen hebben betrekking op welke barrières aanwezig zijn, in hoeverre hiermee toetreding is te voorkomen en de positie van de organisatie hierin (wil ze toetreding juist voorkomen of verwerven).

- **ONDERHANDELINGSMACHT VAN KOPERS**

Een volgende factor zijn kopers en hun onderhandelingsmacht. Kopers kunnen patiënten zijn in de zorg, maar ook verzekeraars die als inkoper van zorg voor de patiënt optreden. De macht van kopers is groot, als zij gemakkelijk van organisatie kunnen wisselen of als zij met veel zijn en gezamenlijk kunnen optreden. De overheid heeft geprobeerd de macht van de patiënt te vergroten door de patiëntenvereniging met middelen sterker te maken en ze zo een tegenwicht te laten vormen tegen de zorgaanbieders. De macht van de individuele patiënt is vergroot toen de overheid toestond dat ziekenfondspatiënten van zorgaanbieder wisselden. Ook probeert de overheid de verzekeraar als vertegenwoordiger van de patiënt te stimuleren lagere premies voor patiënten in rekening te brengen onder andere door ze onderling te laten concurreren en door ze in onderhandeling de mogelijkheid te geven met zorgaanbieders scherpe tariefafspraken te maken.

De branche kan de onderhandelingsmacht van verzekeraars beperken door met een aantal organisaties samen de onderhandeling te doen. Dit vindt bijvoorbeeld plaats in de thuiszorgbranche.

- **ONDERHANDELINGSMACHT VAN LEVERANCIERS**



Leveranciers dienen ook in beeld gebracht te worden. Hun macht kan worden beperkt door met meerdere leveranciers afspraken te maken, of door gezamenlijk als branche de onderhandeling te doen. Zo hebben een aantal thuiszorgwinkels zich verenigd om gezamenlijk de inkoop te doen.

Een ander soort leverancier is de huisarts voor het ziekenhuis. De huisarts levert veel patiënten aan. Het is daarom belangrijk voor ziekenhuizen om een goede relatie met huisartsen te onderhouden.

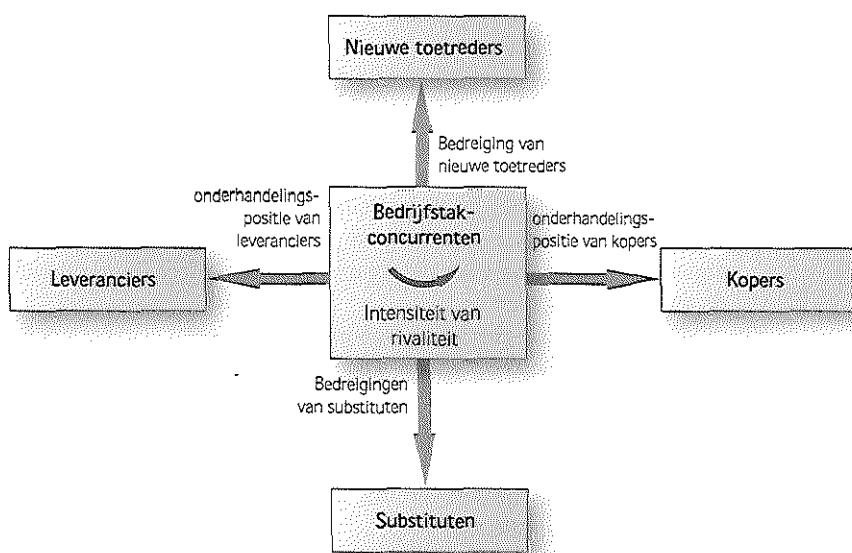
- DREIGING VAN SUBSTITUTEN

Een substituuat van het vliegtuig van Amsterdam naar Parijs is bijvoorbeeld de hogesnelheidstrein naar die bestemming. Een voorbeeld in de gezondheidszorg is een patiënt met een patiënt- of cliëntgebonden budget zorg die kiest voor mantelzorg in plaats van voor professionele thuiszorg.

- CONCURRENTIE TUSSEN GELIJKSOORTIGE ORGANISATIES

Alle bovengenoemde factoren samen bepalen het concurrentieklimaat in de branche. De markt is het meest vatbaar voor scherpe concurrentie, wanneer er sprake is van eenvoudige toetreding, dreiging van substituten en macht van toeleveranciers en afnemers. De mate van concurrentie is echter ook afhankelijk van in hoeverre organisaties in een evenwicht verkeren ten opzichte van elkaar. Als ze bijvoorbeeld ongeveer allemaal even groot zijn, hebben ze meer de neiging om met elkaar te concurreren.

In een situatie van marktgroei bestaat ook de neiging bij iedere organisatie afzonderlijk om te profiteren van deze marktgroei; dit verheft de concurrentie. Voor de individuele organisatie is het van belang om ook de eigen concurrenten in kaart te brengen.



Figuur 2 Vijf krachten model van Porter (1980)



Door al deze factoren in kaart te brengen, ontstaan ideeën voor strategische opties. Dit model is er met name op gericht de strategie te richten op de positie van de branche.

STRATEGISCHE GROEPANALYSE

Een probleem bij het analyseren van de concurrenten is dat de branche niet altijd de concurrenten zijn. Academische ziekenhuizen kunnen bijvoorbeeld veel minder concurrentie van elkaar ondervinden dan van bijvoorbeeld algemene ziekenhuizen in de buurt. In dat geval geeft de strategische groepanalyse een beter beeld van de concurrentie. Een strategische groep is een groep organisaties met een aantal soortgelijke kenmerken en strategische doelstellingen. Een kenmerk kan het afzetgebied zijn, of bijvoorbeeld het adhaerentiegebied van een zorgorganisatie. Ook kan het de mate waarin men marketing bedrijft zijn of de mate waarin de organisaties beschikken over nieuwe technologieën. Op deze manier verkrijgt men inzicht in wie de echte concurrenten zijn en welke strategie zij hanteren, zodat de organisatie hier rekening mee kan houden. Een belemmering bij het uitvoeren van deze techniek is echter vaak de moeilijkheid om over gedetailleerde informatie van concurrenten te beschikken.

BENCHMARKING

Benchmarking kan men op verschillende manieren uitvoeren (Waalewijn, 1996). In het algemeen gaat het om het meten van prestaties. De gedachte is dat prestaties van goed functionerende organisaties of delen ervan de 'benchmark' of het gewenste niveau voor de eigen organisatie kunnen gaan vormen. Daartoe bestudeert men de organisatie of het organisatie-onderdeel met het gewenste niveau. Er zijn vier verschillende typen analyses (Ambrosini, 1998):

- **INTERNE BENCHMARKING:**
Bij de interne benchmarking vergelijkt men delen van dezelfde organisatie onderling.
- **CONCURRENTIE BENCHMARKING:**
Bij de concurrentie benchmarking gaat het om de vergelijking met directe concurrenten. Men vergelijkt de prestaties van concurrenten met die van de eigen organisatie. Op basis van de 'best practice' in andere sectoren kan men de eigen prestatiedoelen voor de organisatie vaststellen. De overheid heeft dit in de thuiszorg toegepast.

Zo is elke thuiszorgorganisatie gescoord op een aantal parameters bijvoorbeeld hoeveel klanten ze hebben, welke zorg ze leveren en tegen welke prijs. Door de eigen organisatie te vergelijken met gemiddelden van alle thuiszorg-organisaties ontstaat inzicht op welke elementen de bedrijfsvoering van de organisatie is te verbeteren. Binnen de benchmarkmethode is het echter gebruikelijk dat de behoefte hiertoe vanuit de branche komt en niet zoals in dit geval vanuit de overheid.

- **FUNCTIONELE BENCHMARKING:**
Bij de functionele benchmarking gaat het om het onderzoeken van niet-concurrerende ondernemingen die dezelfde functionele activiteit uitoefenen als die,



waarin de organisatie geïnteresseerd is. Deze techniek heeft tot doel de eigen prestaties en werkmethoden te spiegelen aan een op dit gebied excellerende organisatie en nieuwe ideeën en inzichten te vertalen naar de eigen organisatie. Van een organisatie die goed is in logistiek is bijvoorbeeld te leren hoe men de eigen logistiek zou moeten vormgeven. Zo kan een ziekenhuis in kaart brengen hoe een goed hotel functioneert en daarvan leren voor het vormgeven van de eigen hotelfunctie.

- **GENERIEKE BENCHMARKING:**

De generieke benchmarking schrijft voor processen van andere organisaties te bestuderen die ongeveer overeen komen met het eigen bedrijfsproces. Zo kan men bijvoorbeeld van het bestuderen van een formule I crew leren hoe men snel en tevens nauwkeurig handelen kan organiseren. Deze inzichten kan men vervolgens toepassen in de operatiekamer, waar ook efficiënt en nauwkeurig gewerkt moet worden. Ook kunnen de procedures in een cockpit, waarbij de inzittenden elkaars werk controleren, model staan voor hoe menselijke fouten zoveel mogelijk vermeden kunnen worden in de operatiekamer.

KRITIEKE SUCCESFACTOREN-ANALYSE

De kritieke succesfactorenanalyse probeert een beperkt aantal gebieden in de branche te identificeren, waarin de organisatie een hoog niveau moet verkrijgen om succesvol te zijn (Duncan, 1995). De benchmarking maar ook de waardeketenanalyse kunnen een aanzet geven om tot de kritische succesfactoren te komen. Als de kritische succesfactoren eenmaal gedefinieerd zijn, kunnen prestatiedoelen voor de organisatie per succesfactor worden bepaald. Een kritische succesfactor kan bijvoorbeeld voor de zorg een aanvaardbare wachtlijst zijn. Een te lange wachtlijst kan patiënten dwingen voor een andere zorgaanbieder te gaan kiezen.

Interne analysetechnieken

MIDDELENANALYSE

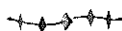
In de middelenanalyse stelt men de kwantiteit en kwaliteit van de beschikbare middelen vast. De middelen moeten aansluiten op de strategie en kunnen dus een randvoorwaarde zijn voor de strategiebepaling. Aan de andere kant kunnen zij ook onderwerp van strategie zijn, zoals het kiezen voor nieuwbouw. De middelen zijn:

- **GEBOUWEN EN MACHINES EN HUN OUDERDOM, CONDITIE, MOGELIJKHEDEN EN LOCATIE**

In het kader van fusies onderzoeken zorgorganisaties hoe langer hoe meer de staat van de gebouwen en de mogelijkheden voor nieuwbouw. Meestal om te voorkomen dat men op twee locaties tegelijk moet blijven werken.

- **PERSONELE ZAKEN**

De vaardigheden van het personeel en hun mogelijkheden om zich aan te passen aan nieuwe strategieën worden in dit kader geanalyseerd. Deze analyse is steeds meer nodig in het kader van fusies, waarbij een nieuw bestand



aan personeel ontstaat. Zo zijn veel thuiszorgorganisaties fusies van onder andere kruiswerk en gezinsverzorging, waardoor personeel met verschillende opleiding en vaardigheden in een organisatie samen zijn gekomen. Een gedegen analyse van de mogelijkheden en vaardigheden van het personeel is dan gewenst, zodat men weet welke mogelijkheden de medewerkers hebben en welke scholing er eventueel nodig is. Als een thuiszorgorganisatie bijvoorbeeld marktgericht wil gaan werken, vereist dat een andere manier van denken en werken van het personeel. Een verpleegkundige moet dan bijvoorbeeld ook als ambassadeur van de organisatie kunnen optreden; iets wat zij niet gewend is. Ze zou hiervoor kunnen worden bijgeschoold, maar het zou ook zo kunnen zijn dat deze cultuuromslag er niet in zit en dat deze strategie niet haalbaar is, of op een andere manier moet worden vormgegeven.

- **FINANCIËLE MIDDELEN**

Door berekeningen van de verschillende financiële ratio's verkrijgt men inzicht in de financiële middelen, zoals de mate van winstgevendheid van de organisatie, de liquiditeit, de mate waarin de organisatie gebruikt maakt van vreemd vermogen en de productiviteit en efficiency.

Inzicht in de financiële middelen kan enerzijds aangeven in hoeverre bepaalde strategische opties haalbaar zijn, maar kan ook ideeën aanreiken met betrekking tot een optimale verdeling van bijvoorbeeld liquide middelen versus vaste middelen of eigen versus vreemd vermogen.

- **ONTASTBARE MIDDELEN**

Voorbeelden van ontastbare middelen zijn: goodwill, contacten, netwerk, service en imago. Deze middelen kan men gebruiken bij een bepaalde strategie, maar kunnen ook zodanig om versterking vragen, dat het nodig is de strategie hierop te richten.

Er zijn diverse checklisten beschikbaar om snel een middelenanalyse uit te voeren. De middelenanalyse kan als input dienen voor verschillende andere analyses zoals bijvoorbeeld de waardeketenanalyse.

WAARDEKETENANALYSE

De waardeketenanalyse is ontwikkeld door Porter (1985). Het idee achter deze techniek is dat een product als grondstof of halffabrikaat de organisatie binnenkomt en als eindproduct de organisatie weer verlaat. In de tussentijd wordt in de organisatie een aantal handelingen verricht aan de grondstoffen of het halffabrikaat, waardoor het eindproduct een hogere waarde heeft dan wat er als grondstof of halffabrikaat de organisatie in is gegaan. Bij de waardeketenanalyse wordt onderzocht welke waardetoevoegende handelingen een product in wording ondergaat. Daarbij zijn twee soorten activiteiten te onderscheiden; primaire activiteiten, die direct gerelateerd zijn aan het product en ondersteunende activiteiten, die zorgen voor een optimale uitvoer van het primaire proces. Primaire activiteiten zijn dan de ingaande logistiek, de productie, uitgaande logistiek, marketing en verkoop en service. Ondersteunende activiteiten zijn activiteiten gericht op de ondernemingsinfrastructuur zoals de boekhouding bijvoorbeeld, personele zaken,



ontwikkeling van nieuwe technologieën en inkoopactiviteiten (Rampersad, 1997). Door te achterhalen waar handelingen nog efficiënter op elkaar afgestemd kunnen worden ontstaat inzicht in waar nog marge zit. In figuur 1 worden deze activiteiten in schema weergegeven.



Figuur 3 De waardeketen analyse van Porter (1985)

Voor het uitvoeren van de waardeketenanalyse dient men als eerste stap te proberen de organisatie op te splitsen in aparte activiteiten. Vervolgens benoemt men de toegevoegde waarde en de kosten van elke activiteit, evenals de factoren die bepalend zijn voor deze kosten en waarde. Tenslotte bestudeert men de samenhang tussen activiteiten en dan met name die samenhang, die bijdraagt aan een reductie van de kosten en toevoeging van waarde.

Bij ziekenhuizen kan men bijvoorbeeld denken aan patiënten die ziek de organisatie ingaan, bepaalde behandelingen ondergaan aldaar, om er voorzover mogelijk gezond weer uit te komen. Door de handelingen, die aan de patiënt worden verricht goed op elkaar af te stemmen, kan het proces efficiënter gemaakt worden. Daartoe bekijkt men elke handeling van bijvoorbeeld verpleegkundige en specialist afzonderlijk.

In de zorg past men de waardeketenanalyse echter ook toe om de kwaliteit van het proces te verhogen. Dat is soms in tegenspraak met efficiëntie. Door er bijvoorbeeld voor te zorgen dat wachtkamers altijd vol zitten, kan een specialist, ook bij uitval van een aantal patiënten altijd nog een patiënt in de wachtkamer aantreffen, die hij kan behandelen. Dit is weliswaar efficiënt maar een volle wachtkamer met een lange wachttijd is voor de patiënt niet prettig. De waardeketenanalyse kan ook inzicht geven in hoe men de activiteiten van de verschillende behandelaars zo op elkaar af kan stemmen dat wachttijden tot een minimum kunnen worden beperkt. Op vier manieren is het mogelijk voordeel te behalen uit de analyse van de middelen in combinatie met de waardeketen (Rampersad, 1997):

- **BEHEERSEN VAN DE MIDDELEN:**

Geprobeerd kan worden de beheersingssystemen zo goed mogelijk uit te rusten. Voorbeelden van 'beheersingssystemen' zijn veiligheid, onderhoud, financiële systemen, budgetten, voorraadssystemen, communicatie- en informatiesystemen en kwaliteitssystemen.



- **EXTERNE BEÏNVLOEDING:**
Er kan geprobeerd worden ook de activiteiten die buiten de organisatie liggen te beïnvloeden door verticale integratie, het stellen van eisen aan toeleveranciers, 'total quality management' en netwerken. Op deze manier verlegt men de aandacht van het productieproces intern ook naar buiten. Een voorbeeld hiervan zijn afspraken van ziekenhuizen met huisartsen om een constante patiëntenstroom op gang te houden en afspraken met verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg om te zorgen, dat een patiënt het ziekenhuis zo snel mogelijk weer kan verlaten (om de verkeerde bed problematiek tegen te gaan).
- **EFFICIENCY VERGROTEN:**
Voordelen zijn te halen uit het gebruik maken van schaalvoordelen, het beheersen van de inputkosten, het rangschikken van het productieproces, ervaring en het relatieve marktaandeel. In dit kader ontstaan allerlei horizontale fusies.
- **EFFECTIVITEIT VERGROTEN:**
De effectiviteit kan worden vergroot door aandacht te besteden aan productkenmerken, service en communicatie met klanten.

Er zit dus ook een externe kant aan deze techniek. Door zoveel mogelijk van het productieproces in de invloedssfeer te krijgen kan het interne productieproces worden verbeterd, zowel achterwaarts dus aan het begin van het productieproces als voorwaarts, aan het eind van het proces. Zo ontstaan ketens in de zorg tussen ziekenhuis, thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen.

ANALYSE VAN KERNCOMPETENTIES

Kerncompetenties zijn die competenties, die een organisatie nodig heeft om te kunnen bestaan en te kunnen concurreren met andere organisaties. Een kerncompetentie kan bijvoorbeeld een bepaalde ervaring zijn of de aanwezigheid van bepaalde belangrijke verkooprelaties. Het is het beste als de competentie niet makkelijk te imiteren is door concurrenten en niet afhankelijk is van een persoonlijke vaardigheid, die moeilijk overdraagbaar is naar andere medewerkers. Zo kan een privé-kliniek afhankelijk zijn van een bepaalde specialist, die heel goed is in zijn vak, maar wanneer deze specialist wegvalt is ook het bestaan van de privé-kliniek onzeker. Tampoe (in Ambrosini, 1998) geeft aan hoe moeilijk het is om te definiëren wat een kerncompetentie is ten opzichte van bijvoorbeeld de kernactiviteiten van een organisatie. Zo is een kernactiviteit van de spoorwegen het vervoeren van mensen per rail, maar als ze haar kerncompetentie definieert als het vervoeren van mensen van de ene naar de andere plaats, komt ze ook tot het inzetten van auto's in dit verband, en ontstaat een idee zoals de treintaxi. Het is niet eenvoudig om de kerncompetenties te achterhalen. Dit kan het best gebeuren door allerlei groepsdiscussies te voeren over de afzonderlijke producten.

Vervolgens kan men de producten onderverdelen naar de verschillende vaardigheden en middelen, die nodig zijn om het product te fabriceren. Bepaalde vaardigheden en middelen, die steeds terugkomen bij de diverse producten, kunnen voorbeelden zijn van kerncompetenties.



PRODUCTLEVENCYCLUS

De vooronderstelling achter de productlevencyclus is dat een product een levensloop heeft. Een product kent een opbouwfase, daarna een groeifase en vervolgens een consolidatiefase. Uiteindelijk volgt een afbouwfase. Deze afbouwfase kan men eventueel uitstellen door een productvernieuwing door te voeren. Doordat men inzicht heeft in de levensfase van een product kan men zorgen voor een evenwichtig aanbod van producten. Bepaalde producten zitten bijvoorbeeld in de afbouwfase. Om omzetgaranties te houden moet daarvoor misschien een aantal nieuwe producten in de plaats komen. Ook dient men er rekening mee te houden dat men niet teveel nieuwe producten tegelijk introduceert. In het begin kosten nieuwe producten veel geld. Men moet ze veel promoten en er treden misschien beginnersproblemen op, die moeten worden verholpen. Een product in de volwassenfase heeft het minste aandacht nodig en levert het meeste geld op. Geld dat uit de volwassen producten wordt gegenereerd kan worden gebruikt om de introductie van nieuwe producten te financieren. Verschillende mogelijkheden die dit concept biedt zijn ontwikkeld door consultants van Arthur. D. Little.

CULTURELE WEB ANALYSE

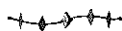
Toepassing van de culturele webanalyse maakt het mogelijk om de cultuur van de organisatie te begrijpen. Volgens de culturele webanalyse bestaat de cultuur uit diverse aannames, die voor vanzelfsprekend worden gehouden in de organisatie en waarvan men zich niet bewust is. Belangrijk hierbij is het achterhalen van deze aannames. Al deze 'vanzelfsprekendheden' samen worden 'het paradigma' genoemd. In het paradigma kan inzicht verworven worden door een aantal elementen in kaart te brengen, en dit zijn tevens de elementen, die het paradigma in stand houden of versterken. De afzonderlijke elementen samen met het paradigma vormen het culturele web. De elementen die men in kaart moet brengen zijn (Johnsons en Scholes, 1997):

- **ROUTINES & RITUELEN:**

Bij routines gaat het om de manier waarop leden van de organisatie zich ten opzichte van elkaar gedragen, maar ook hoe zij zich naar buiten toe opstellen. Een voorbeeld hiervan is dat de specialist in het ziekenhuis (nog steeds) min of meer als alwetend wordt benaderd. De aanwijzingen van de specialist worden opgevolgd en niet (openlijk) in twijfel getrokken door bijvoorbeeld een verpleegkundige. Onder rituelen wordt verstaan de manier waarop men met speciale gelegenheden omgaat; zoals in het geval van promotie, assessment of training. Ook het in bed leggen van de patiënt als hij in het ziekenhuis binnenkomt is een voorbeeld van een ritueel.

- **VERHALEN:**

Medewerkers van de organisatie vertellen verhalen over vroegere helden, successen en rampen aan nieuwe medewerkers en mensen van buiten. Zo kunnen in het ziekenhuis verhalen de ronde doen over specialisten die heel goed waren in het genezen van patiënten. Verhalen over hoe goed er zorg is verleend door verpleegkundigen circuleren vaak minder, waaruit de belangrijkheid van de specialist blijkt in het ziekenhuis.

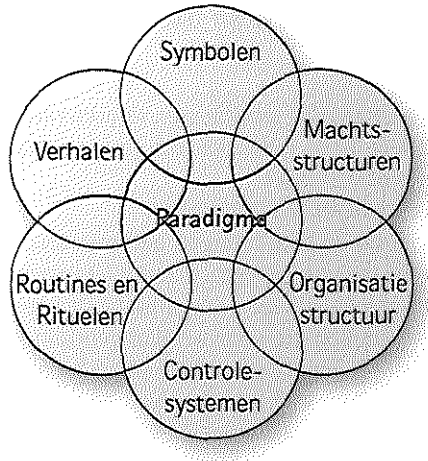


- **SYMBOLLEN:**
Symbolen kunnen ook in kaart gebracht worden. Voorbeelden van symbolen zijn: het logo, de kantoorinrichting of het gebruik van terminologieën, iets wat professionals in de zorg veel bezigen, maar ook mobiele telefoons of witte jassen zijn symbolen.
- **MACHTSSTRUCTUREN:**
Bij de machtsstructuren gaat het er niet alleen om hoe de formele macht is gestructureerd, maar ook hoe deze informeel tot uitdrukking komt. Belangrijk in het ziekenhuis is bijvoorbeeld de relatie tussen managers en professionals. Werden vroeger managers meer gezien als administratieve medewerkers door de machtige professionals; de macht van het management neemt steeds meer toe. Specialisten moeten hier steeds meer rekening mee houden, bijvoorbeeld doordat zij in loondienst bij het ziekenhuis komen of doordat ze participeren in het management van het ziekenhuis.
- **BEHEERSINGSSYSTEMEN:**
In de manier waarop financiële controle mechanismen functioneren of hoe men met beloningen omgaat, komen de beheersingssystemen tot uitdrukking. Zo zijn managers in de zorg steeds meer verantwoordelijk voor de productie van een bepaald deel van de organisatie en krijgen ze een budget ter beschikking. Ieder jaar geven zij hun doelstellingen aan en verdedigen bij het hogere management de manier waarop ze denken hun doelstellingen te kunnen realiseren met het geld wat zij denken daarvoor nodig te hebben. Op deze manier beheerst men de kosten. Tussentijdse controle houdt in de gaten in hoeverre de managers hun doelstellingen kunnen halen.
- **ORGANISATIESTRUCTUREN:**
Van de organisatiestructuur bepaalt men in hoeverre deze hiërarchisch is, of mechanistisch en of er sprake is van een platte structuur of een overlegstructuur.

In het midden van het model (zie figuur 4) staat het paradigma zoals bijvoorbeeld de onaantastbaarheid van professionals. Inmiddels is deze onaantastbaarheid behoorlijk verminderd door het management, maar medisch inhoudelijk is de specialist dat nog steeds. Anderen kijken hem daarbij in veel gevallen niet op zijn vingers en corrigeren hem niet.

Het gaat er uiteindelijk om een zekere coherentie in de cultuur te creëren om effectief te kunnen functioneren. Bepaalde aannames kunnen tot de kerncompetentie van de organisatie horen. Aan de andere kant bestaat het gevaar dat een al te coherente cultuur zich weer moeilijk laat veranderen. Wat in eerste instantie een voordeel is kan uitmonden in 'strategic drift'. Dit betekent dat de organisatie niet meer de krachten die in de omgeving spelen gewaar is en 'op drift raakt' (Johnson & Scholes, 1997). Zo kan iets wat eerst heeft gezorgd voor succes resulteren in het tegendeel.

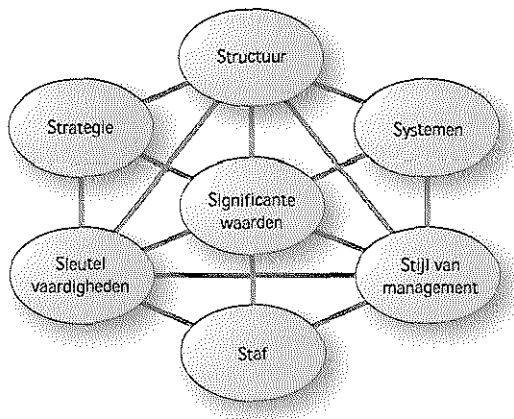




Figuur 4 Culturele Web

7S MODEL

Het ontwerp van het 7S-model is van Peters en Waterman (1986) in samenwerking met McKinsey. De 7S-sen staan voor Structuur, Strategie, Systemen, Significante waarden, Sleutelvaardigheden, Stijl van management en Staf. Peters en Waterman ontdekten dat excellente ondernemingen een aantal overeenkomsten hadden. Het bleek dat zij alle 7S-sen uitstekend op elkaar afgestemd hadden. Hierdoor was het mogelijk de strategie ook daadwerkelijk ten uitvoer te brengen. Door na te gaan in hoeverre dit voor de eigen organisatie geldt, kunnen eventuele suggesties volgen ter verbetering van de afstemming van organisatie-onderdelen.



Figuur 5 7S-model

Confrontatie van interne en externe factoren

SWOT-ANALYSE

SWOT staat voor strengths, weaknesses, opportunities and threats. De SWOT-analyse kan men alleen doen maar ook een groep daartoe uitgekozen medewerkers. Deze techniek kent vier fases:

FASE 1. FORMULEER KANSEN EN BEDREIGINGEN

Eerst worden kansen en bedreigingen geformuleerd. Dit zijn belangrijke ontwikkelingen die in de omgeving spelen, meestal iets waar de organisatie niet makkelijk iets aan kan veranderen en waar de organisatie dus op moet inspelen. Resultaten uit de PEST-analyse kunnen hiervoor worden gebruikt. Deze omgevingsontwikkelingen worden voorlopig ingedeeld in kansen en bedreigingen. Voorlopig, omdat uiteindelijk uit deze techniek gaat blijken wat de werkelijke kansen en bedreigingen zijn. Er worden maximaal tien kansen en bedreigingen geformuleerd.

FASE 2. FORMULEER STERKTES EN ZWAKTEN

Daarna formuleren de aanwezigen sterke en zwakke punten van de eigen organisatie; bijvoorbeeld over de structuur van de organisatie, de organisatiecultuur of de kwaliteit van de dienstverlening. Er worden uiteindelijk ongeveer vijf sterktes en vijf zwakten benoemd.

FASE 3. CONFRONTATIE

Vervolgens worden in een matrix de sterke en zwakke punten afgezet tegen de kansen en bedreigingen. Van elk sterk punt analyseren de aanwezigen of de organisatie met dit punt op een kans kan inspelen of een bedreiging het hoofd kan bieden. Zo ja, dan noteert men een plus (+), of twee plussen (++) afhankelijk van de mate van invloed in de matrix. Heeft dit punt geen positieve of negatieve invloed dan scoort men een nul (0). Heeft het sterke punt een verzwakkende invloed op de kans of de bedreiging dan noteert men een min (-), of twee minnen (--). Uiteindelijk ontstaat een matrix met allemaal plussen, minnen en nullen.

Belangrijk is steeds vanuit de eigen organisatie te redeneren. Dus niet bekijken wat de invloed van de omgevingsontwikkelingen zijn op de eigen sterke en zwakke punten, maar welke invloed er uitgaat van de sterke en zwakke punten op de omgevingsontwikkelingen.

FASE 4. ANALYSE VAN DE MATRIX

Alle plussen en minnen worden vervolgens bij elkaar opgeteld. Hierdoor ontstaat inzicht in welke mate de organisatie zwakke punten moet verbeteren en sterke punten moeten uitbuiten en wat nu echt belangrijke zwakke en sterke punten zijn. Zo hoeft een zwak punt dat geen negatief effect heeft op kansen of bedreigingen niet direct te worden versterkt. Een sterk punt dat invloed heeft op de meeste kansen en bedreigingen moet de organisatie eventueel verder versterken. Ook wordt duidelijk of bepaalde kansen wel kansen zijn en bepaalde bedreigingen wel echte bedreigingen. Heeft een kans vooral minnen gescoord, dan is het toch geen kans.

De neiging bestaat om meer zwakke punten te identificeren dan sterke en meer bedreigingen te zien dan kansen. Het is echter de bedoeling van alles evenveel (rond de vijf punten) te noteren. Belangrijk is steeds vanuit dezelfde richting te



redeneren. Redeneert men vanuit de organisatie dan bekijkt men wat een sterk of zwak punt doet met een kans of bedreiging. Het kan echter ook andersom, dat men vanuit de kansen en bedreigingen redeneert. Dan bekijkt men de invloed van een omgevingsfactor op een sterk of zwak punt. Het is echter wel belangrijk niet het ene moment vanuit de interne en het andere moment vanuit de externe organisatie te redeneren.

De samenstelling van de groep die de analyse doet kan daardoor de uitkomst van de analyse bepalen. Een evenwichtige samenstelling van de groep is dus gewenst.

Figuur 1 laat een volledig ingevulde SWOT-matrix van een privé-kliniek zien met wat minder kolommen dan gebruikelijk. Het is een voorbeeld. Er is veel uit de matrix te halen. Hier volgen slechts een aantal mogelijkheden.

De redeneertrant met de eerste kans 'voorloper met nieuwe technologie' gaat als volgt:

Het feit dat deze organisatie een voorloper op het gebied van nieuwe technologie is, geeft de mogelijkheid om in te spelen op de steeds veeleisender wordende patiënt. Men is daarmee ook beter in staat om meer en sneller patiënten te helpen, dus kan men een toename van het aantal patiënten goed aan. Een tekort aan goede specialisten is als bedreiging op te vangen, omdat men in staat is de beste specialisten te lokken met de moderne technologie. Een toename aan complexiteit van de aandoeningen kan ook worden opgevangen met deze nieuwe technologie.

Het blijkt uitermate belangrijk om het beleid ten aanzien van nieuwe technologie vol te houden (6 plussen zijn er gescoord). Het blijkt een zeer sterk punt waarmee men bedreigingen het hoofd kan bieden en kansen kan grijpen. Dit geldt in mindere mate voor het punt 'goede service'. Deze organisatie verwacht dat er daardoor een te grote aanloop patiënten komt die men niet meer aankan. Ze verwacht dat de nadruk op 'service' bij specialisten niet aanspreekt, en dat ze daardoor nog moeilijker binnen te halen zijn. Dit sterke punt blijkt dus geen grote impact te hebben en zelfs een aantal nadelen.

De zwakke punten blijken alledrie gemiddeld zwak. Van het negatieve imago verwacht men in de praktijk toch weinig nadelen.

Dat de privékliniek aandeelhouders heeft die gericht zijn op winst behalen op korte termijn is een probleem. Men verwacht daardoor minder in te kunnen spelen op de veeleisende patiënten en omdat geprobeerd wordt salarissen niet teveel te verhogen zal het moeilijker worden om goede specialisten aan te trekken.

Een sterke bedreiging is een tekort aan specialisten. Vooral het feit dat de vaardigheden nu niet goed worden overgedragen.

Er zijn verschillende strategische koersen te volgen. Er zijn twee in het oog springende mogelijkheden:

- Deze organisatie kan overwegen om een stichting te vormen om het probleem van de aandeelhouders op te lossen;
- De bedreiging van een tekort aan goede specialisten kan men onder andere opvangen door de zwakte dat vaardigheden weinig worden overgedragen te



FIGUUR 6: DE SWOT- ANALYSE MATRIX

Kansen/ Bedreigingen Sterkten/ Zwakten	Patiënt wordt steeds veeleisender	Toename aantal patiënten	Tekort aan goede specialisten	Toename complexi- teit aan- doeningen	Impact
Voorloper met nieuwe technologie	++	+	++	+	+6
Goede service	++	-	-	0	+2 -2
Korte wachtlijst	++	-	0	0	+2 -1
Goede relatie met Ziekenhuis	0	+	0	+	+2
Aandeelhouders gericht op korte termijn winst	-	0	--	-	-4
Slechte overdracht vaardigheden personeel	0	0	--	-	-3
Alleen poliklinische Capaciteit	-	0	0	--	-3
Negatief imago (luxe zorg)	0	0	-	+	-1 +1
Impact	+6 -1	+3 -2	+2 -6	+3 -5	

versterken. Dit kan men doen door personeel intern op te leiden of junioren aan te trekken en op te leiden. Men hoeft minder vaak nieuwe hooggekwalificeerde specialisten aan te trekken als men ze intern opleidt.

PORTFOLIO-ANALYSES

De bedoeling van een portfolio-analyse is een zodanige productportfolio als organisatie te verkrijgen dat risico's gespreid kunnen worden. Investerings voor het ene product moet men kunnen compenseren met opbrengsten uit andere producten. Producten die niet lopen, moet men afstoten.

De eerste portfolio-analyse is ontwikkeld door de Boston Consultancy Group. In



een matrix worden het relatieve marktaandeel (het marktaandeel ten opzichte van de grootste concurrenten) afgezet tegen de mate van de marktgroei. Er ontstaan dan vier kwadranten (zie figuur 7).

	Hoog relatief marktaandeel	Laag relatief marktaandeel
Marktgroei hoog	Ster	Probleemkinderen
Marktgroei laag	Melkkoe	Hond

Figuur 7: Portfolio matrix

Producten die zich linksboven bevinden, zitten in een groeiende markt en hebben relatief veel marktaandeel. Dit zijn de 'sterren'. De producten die zich rechtsonder bevinden hebben weinig marktaandeel en zitten in een stagnerende markt. Dit zijn de 'honden' en moeten eventueel worden afgestoten. Linksonder bevinden zich dan de volwassen producten die niet meer in een groeiende markt zitten, maar wel veel marktaandeel bezitten. Deze producten genereren veel omzet en worden dan ook melkkoeien genoemd. Rechtsboven bevinden zich de 'probleem kinderen'. Deze producten zitten in een groeiende markt maar hebben geen hoog marktaandeel. De vraag wat een goede productportfolio voor een organisatie is, is moeilijk te beantwoorden. In de gezondheidszorg speelt het probleem dat bepaalde producten die verliesgevend zijn niet zo makkelijk afgestoten kunnen worden als in het bedrijfsleven. Ook kan men sterren niet zo makkelijk ontwikkelen omdat er geen surplus kan worden gegenereerd die kan worden geïnvesteerd.

Er is ook veel kritiek op dit model, bijvoorbeeld dat er geen aandacht voor marktafname is. Een ander punt is dat het niet automatisch zo is dat een organisatie ook winst maakt als het in een groeiende markt zit en veel marktaandeel heeft. Dat hangt van de prestaties van de organisatie af. Een derde kritiekpunt is dat het geen beeld geeft van hoe de situatie voor de toekomst zal zijn. De McKinsey directional policy matrix is in het leven geroepen om deze problemen te voorkomen door betere schalen te kiezen. Horizontaal zet men de aantrekkelijkheid van de markt af tegen de sterkte van de betreffende dienst die het product levert.

De criteria voor aantrekkelijkheid van de bedrijfstak (Rampersad, 1997):

1. Omvang van de markt;
2. Groei van de markt (reële groei over periode van tien jaar);
3. Winstgevendheid in de bedrijfstak (gemiddelde ROS van de business unit en zijn concurrenten over drie jaren);
4. Conjunctuurgevoeligheid (gemiddelde percentuele afwijking van de trend in afzet per jaar);
5. Inflatiebestendigheid (vermogen kostenstijging te dekken door hogere productiviteit en hogere prijzen);
6. Belang van buitenlandse markten (verhouding tussen internationale markten in de VS).

Criteria voor de positie van de business unit (Rampersad, 1997):

1. Marktpositie (gemiddeld marktaandeel in de VS; gemiddeld aandeel op de internationale markt: marktaandeel ten opzichte van de drie belangrijkste concurrenten);
2. Concurrentiepositie (beter, gelijk of slechter dan concurrenten wat betreft kwaliteit, technologie, productie en kosten, distributie en marktleiderschap);

Relatieve winstgevendheid (ROS van de SBU's verminderd met het gemiddelde van de drie belangrijkste concurrenten).

In de matrix worden negen kwadranten onderscheiden. Daar waar de kracht van de business unit hoog is en de aantrekkelijkheid ook, moet men vooral in het product investeren. Daar waar beiden laag zijn moet men oogsten en zonodig afstoten. In de matrix geeft men de grootte van de markt aan als een taart. Een punt van de taart geeft het marktaandeel van het betreffende product weer.

De kritiek op deze portfolio is weer dat het niet eenvoudig is zoiets als aantrekkelijkheid van de markt te bepalen. Men moet veel verstand van zaken hebben om deze variabelen goed te berekenen.

Een andere variant van de portfolio analyse is de 'life cycle matrix' van Arthur D. little. Deze matrix bevat de mate van volwassenheid van de markt als belangrijk element. De verschillende stadia waarin de industrie zich kan bevinden (van embryofase, naar groeifase, naar volwassen fase en ouder wordende fase) zijn hier uitgezet tegen de huidige of potentiële omvang van het marktsegment.



Bijlage 3 Gevolgde zoekstrategie

De gevolgde zoekstrategieën naar literatuur over strategie in de gezondheidszorg heeft via Picarta plaatsgevonden op de volgende gecombineerde termen:

NEDERLANDSE LITERatuur:

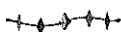
+ Strategievorming + Strategie + Strategisch + Strategische + Besluitvorming	} gecombineerd met	{ + Gezondheidszorg { + Ziekenhuis/zen, { + Thuiszorg { + Verpleeghuis/zen
--	--------------------	---

ENGELSE/AMERIKAANSE LITERatuur:

+ Strategic + Strategy + Decision making	} gecombineerd met	{ + Health { + Care { + Hospital(s)
--	--------------------	---

Deze acties leverden weinig andere bruikbare informatie met betrekking tot het verloop van het strategievormingsproces in de zorg dan reeds genoemd in het proefschrift. De enige strategische informatie die te vinden is in de Amerikaanse literatuur is de aanbeveling tot toepassing van strategische analyse of marketinginstrumenten. Het gaat dan om de volgende technieken:

- MICRO-OMGEVINGSANALYSE in relatie tot performance. Conclusie is dat ziekenhuizen betere performance hebben als zij hoogwaardige micro-omgevingsanalyse doen, dan wanneer zij dit niet doen. (Subramanian, R., en Kamalesh, K., The scanning of task environments in hospitals: an empirical study. *Journal of applied Business Research*, Voorjaar, 1994);
- MACRO-OMGEVINGSANALYSE: Conclusie is dat macro-omgevingsanalyse heel belangrijk is voor gezondheidszorgorganisaties. Ook wordt vermeldt waar men aan moet denken bij het uitvoeren ervan. (Ginter, P.M. en Duncan, W.J. ; Strategic planning for public health practice using macroenvironmental analysis. *Public Health Reports* 1991; 106 (2): 134-141);
- STRATEGISCHE MARKETING: Conclusie is dat de meerderheid van de ziekenhuis organisaties strategische marketing planning doet en dan meer in de vorm van patiëntenquêtes dan concurrentieanalyses. Zallocco, R.L. en Benoy, J.W., Strategic market planning in hospitals: Is it done? Does it work? *Journal of Health Care Marketing*, 1991; 11 (1): 5-11);
- MARKETING AUDIT: Conclusie is dat het goed is voor gezondheidszorgorganisaties om een strategic management/marketing audit te doen. Het levert vooral strategisch bewustzijn op in de organisatie en meer consensus. Het bleek dat verschillende organisaties hele verschillende resultaten uit de audit kregen.



- Woodside, A.G., en Montelepre, P., Auditing the health care enterprise. In: Journal of Health Care Marketing Vol:14 Pag.: p28, 8p Afl.: 4 Winter, 1994;
- **MARKETING AUDIT:** Een marketing audit wordt aangeraden door Stone in de gezondheidszorg (Stone, B.C., Strategic marketing and communications audits In: Journal of Health Care Marketing winter 1995; 15 (4): 54-56).



Bijlage 4 Topiclijst

Deze topiclijst is gebruikt bij het interviewen van directeuren voor het pilotonderzoek.

ORGANISATIE/OMGEVING

- 1) Wat voor een soort instelling is het, aan de hand van de kenmerken:
 - grootte
 - structuur
 - cultuur
 - soort producten
 - beleidsondersteunende afdeling
(mede te achterhalen via jaarverslag)
- 2) In wat voor een soort situatie verkeert de instelling (wat zijn de huidige en toekomstige ontwikkelingen)?

STRATEGISCHE ANALYSE

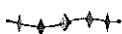
- 3) Wat verstaat de directeur onder strategische analyse?
- 4) Heeft er strategische analyse plaatsgevonden of vindt er strategische analyse plaats binnen de instelling?

INDIEN ER STRATEGISCHE ANALYSE PLAATS VINDT/HEEFT PLAATSGEVONDEN:

- 5) Welke activiteiten vinden plaats?
- 6) Op welke wijze heeft men kennis gemaakt met strategische analyse (technieken)? Achtergrond directeur?
- 7) Wie (ook expertise van buiten?) doet/deed wat in het kader van strategische analyse?
- 8) Waarover werd informatie verzameld (en waarom daarover)?

BIJDRAGE STRATEGISCHE ANALYSE EN ANDERE FACTOREN:

- 9) a) Welke bijdrage lever(d)en (de resultaten van) de strategische analyse aan de strategie-vorming?
 - b) Wat was de invloed van (welke bijdrage leverden) andere factoren op de strategievorming, zoals:
 - politieke situatie (binnen en buiten de instelling),
 - soort organisatie
 - intuïtie, kennis en ervaring
 - andere factoren
- 10) Welke bijdragen heeft strategische analyse allemaal volgens de manager (in volgorde van belangrijkheid)?
- 11) Wat vindt men van strategische analyse; toepasbaarheid, resultaat? Tevredenheid ermee?



Bijlage 5 Overzicht formele strategievormingsproces per instelling

Deze bijlage hoort bij hoofdstuk 7 en laat zien hoe het formele strategievormingsproces bij de geïnterviewde thuiszorgorganisaties verliep. Om dit te achterhalen is gebruik gemaakt van door de organisatie opgestuurde documenten en van de informatie uit de interviews.

ORGANISATIE 1:

Op basis van het strategisch materiaal zijn de stappen van het 'planning & control proces' als volgt:

1. Omgevingsanalyse;
2. Interne analyse;
3. Visie formulering;
4. In kaart brengen strategische mogelijkheden en maken van keuze;
5. Nadere uitwerking strategieën.

ACTIVITEITEN:

- Opstellen/aanpassen strategisch meerjarenplan;
- Opstellen ondernemingsplan van werkmaatschappijen;
- Indienen jaarplannen;
- Toetsen jaarplannen aan strategische meerjarenplan, ondernemingsplan en richtlijnen jaarplannen;
- Bespreken en goedkeuren jaarplannen;
- Ontwikkelen concern begroting;
- Goedkeuren concernbegroting;
- Verspreiden concernbegroting.

Daar tussendoor loopt een cyclus om kwartaalrapportages en jaarrekeningen vast te stellen.

AANVULLING OP BASIS VAN HET INTERVIEW:

- Het strategisch plan wordt gemaakt voor vijf jaar en wordt ieder jaar aangepast;
- De grote lijnen worden uitgezet in september, dan geeft het concernberaad haar visie;
- Op basis daarvan wordt een omgevingsanalyse, porteraanlyse en eventueel een andere analyse door de stafmedewerkers gemaakt;
- Er wordt een keuze voor een strategie gemaakt door de directie op basis van deze analyse;
- Het strategisch plan wordt neergelegd bij de werkmaatschappijen en vastgesteld. Ook wordt het vastgesteld door de Ondernemingsraad en Raad van Commissarissen;
- De werkmaatschappijen maken ondernemingsplannen op basis van het strategisch plan.

OVERIG:

Gedurende het hele jaar is de strategie continu een onderwerp op de agenda.



ORGANISATIE 2:

Volgens de stukken worden de volgende stappen gevolgd om tot een beleidsplan te komen:

- Missie formuleren + beleidsvisie (is nu gedaan);
- Interne en externe factoren bepalen;
- Doelstellingen bepalen;
- Uitwerken in actiepunten per divisie.

AANVULLING OP BASIS VAN HET INTERVIEW:

- Elk jaar wordt de beslissing genomen op beleidsdagen of het beleidsplan dit jaar moet worden bijgesteld. Op die dagen worden ook analyses gedaan; bijvoorbeeld een omgevingsanalyse, een SWOT-analyse of een portfolio-analyse;
- Als besloten wordt het plan te herschrijven dan krijgt iedereen een opdracht iets daarvoor te leveren. De divisies leveren tot nu toe heel weinig materiaal, dat gebeurt met name op concern niveau. Het concern niveau doet daarvoor nog analyses zoals een SWOT-analyse, omgevingsanalyse en portfolio, of netwerk analyse en maakt doelstellingen;
- Uiteindelijk schrijven pr medewerkers het beleidsplan;
- Op basis van het beleidsplan maakt men werkplannen;
- Het MT bespreekt de werkplannen en bepaalt of ze aansluiten bij de doelstellingen;
- Het MT stelt de werkplannen vast.
- Als er tussentijds strategische problemen opduiken plant men daar eventueel aparte dagen voor of vergaderingen. Dan pikt men er soms een methode uit om de besprekingen structuur te geven. Bij cultuurverandering startte men een cultuuronderzoek. Het is nog niet duidelijk hoe men de nieuwe cultuur moet implementeren.

OVERIGE ACTIVITEITEN:

Vorig jaar heeft men een strategisch marketing plan gemaakt voor de kraamzorg en vorig jaar is uit de beleidscyclus ook een reorganisatie plan ontstaan.

ORGANISATIE 3:

Voor het strategisch plan is de volgende fasering gebruikt:

- Analyse (stakeholdersanalyse, swot analyse en portfolio);
- Ontwikkelen van strategische opties (krimp, groei, behoud, zelf doen, uitbesteden, afstoten);
- Formuleren van beleidsdoelstellingen (op het gebied van producten, diensten, externen en de markt).

AANVULLING OP BASIS VAN HET INTERVIEW:

geen



ORGANISATIE 4:

Stappen van stappenplan zijn:

- Huidige filosofie en activiteiten beschrijven;
- Doorlichten organisatie (bepalen gevolgen voor voortzetting huidig beleid, nieuwe richting formuleren);
- Formuleer doelstellingen;
- Maak deelplannen;
- Resultaat = ondernemingsplan;
- RvT en Ondernemingsraad keuren plan goed.

AANVULLING OP BASIS VAN HET INTERVIEW:

- De productgroepen doen zelf analyses;
- Beleidsmedewerkers en directie controleren deze;
- De directie prioriteert activiteiten op basis van eigen analyse en inzichten;
- Men discussieert met de hoofden tot er een akkoord is bereikt.

OVERIG:

Bezig met reorganisatie plan.

ORGANISATIE 5:

Geen stappenplan opgestuurd

ORGANISATIE 6:

Stappen in het stappenplan:

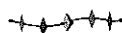
1. Mission statement (5 jaar);
2. Interne en externe analyse (5 jaar);
3. Strategische kloof vaststellen en doelstellingen daaruit (5 jaar);
4. Strategische alternatieven formuleren (5 jaar);
5. Jaarplannen maken (5 jaar).

AANVULLING OP BASIS VAN HET INTERVIEW:

De directie stelt strategische opties en doelstellingen vast. Op basis van een brainstorm is een marketingplan geschreven en doen de divisies analyses waaruit ze opties en doelstellingen formuleren. De directie bepaalt op basis van dit materiaal opties en doelstellingen in onderhandeling met de divisies. De uitkomsten worden verwerkt in het strategisch kader (strategie geformuleerd voor drie jaar). In jaarplannen en activiteitenplannen werkt men dit verder uit.

ORGANISATIE 7:

Doorloopt geen stappenplan



ORGANISATIE 8:

Het formele stappenplan loopt als volgt:

Fase 1: Externe en interne analyse diensten en markten;

Fase 2: Definiëren van de toekomstperspectieven;

Fase 3: Wat is er nodig om toekomst perspectieven te realiseren;

Fase 4: Kritische herbezinning: past het bij ons, zijn we dan wat we willen zijn;

Fase 5: Definiëren strategisch beleid.

Het beleidsproces stelt men tevens voor als een cyclisch proces beginnend met analyse, vervolgens besluit, planning, uitvoering, evaluatie en weer analyse.

AANVULLING OP BASIS VAN HET INTERVIEW:

Men maakt één keer in de drie jaar een strategisch plan en stelt deze jaarlijks in jaarplannen vast. Het strategisch plan is een verhaal over de keuzes die gemaakt zijn. In het jaarplan worden activiteiten uitgewerkt. De jaarplannen worden op divisie niveau uitgewerkt in werkplannen. Halfjaarlijks wordt de stand van zaken opgenomen.

ORGANISATIE 9:

Heeft geen plannen gestuurd waarin cyclus wordt vermeld.

AANVULLING OP BASIS VAN HET INTERVIEW:

De beleidscyclus begint ieder voorjaar met een herijking van de strategie door anderhalve dag op de hei te gaan zitten samen met de collega-directeur. De directie volgt een zelfontwikkeld model waarin elementen van de SWOT analyse, de product/markt-analyse en de levenscyclus zijn verwerkt. Daaruit formuleert men strategische opties en maakt men keuzes. De resultaten worden neergelegd in een strategisch perspectief en dat communiceert de directie met het tweede echelon-management. Dit management kan amendementen indienen. Daarna vindt een plenaire bijeenkomst plaats waarbij de directie hoofdlijnen van de strategie presenteert. Daar kan het management op reageren, waarna de directie uiteindelijk de besluiten neemt.

ORGANISATIE 10:

Geen plannen waaruit cyclus blijkt

ORGANISATIE 11:

Een interim directeur volgde de volgende stappen. Er is geen sprake van een cyclus:

- Omgevingsanalyse: wat willen we (kansen en bedreigingen);
- Organisatieanalyse: wat kunnen we (sterkten en zwakten);
- Saldo: hoe gaan we bereiken wat we willen (concrete actiepunten).



AANVULLING OP BASIS VAN HET INTERVIEW:

Er is een procedure opgestart om tot een strategisch plan te komen:

- Er is een strategiedag gehouden. Op deze dag is gebrainstormd door middel van de Swot-analyse;
- Er is overleg gevoerd met directie en staf; daaruit is een plan ontstaan;
- Er zijn werkgroepjes gestart om het plan uit te voeren.

ORGANISATIE 12:**STAPPENPLAN:**

1. Doelstelling/business definitie formuleren;
2. Interne analyse en externe analyse (SWOT);
3. Strategische opties formuleren;
4. Kiezen van een strategie.

AANVULLING OP BASIS VAN HET INTERVIEW:

Het begint meestal tweejaarlijks met een brainstorm sessie. Daar komt een aantal opties uit en wordt een keuze gemaakt voor een richting. Er wordt niet zoveel geanalyseerd, de eerste keer wel maar het is nu vooral bijstellen van wat er ligt. Voordat het strategisch plan geschreven werd, is er een strategiedag gehouden om iedereen te informeren. De strategie is verder elke maand onderwerp van gesprek en zit verweven in de dingen van alledag.



Bijlage 6 Uitwerking strategieproces in fases per thuiszorgrespondent

Respondent:	Directeur 1	Hoofd beleid 2	Directeur 3	Directeur 4
Fase 1:	Richtingsgevoel	Weet wat men wil	Strategie-idee	Strategie-idee
Belangrijkste aspecten:	Intuïtie, netwerk, ervaring	Informatie, praten met elkaar	Intuïtie, praten met netwerk, kennis?	Kennis, ervaring, netwerk
Strategische analyse:	Porter,	Pest, SWOT,		SWOT
Functie:	Denkkader	Denkkader?		Denkkader
	↓	↓	↓	↓
Fase 2:	Bevestigen/uitwerken door stafmedewerkers	Uitwerken/toetsen	Toetsen/scherper krijgen,	Toetsen, scherper krijgen
Belangrijkste aspecten:	Strategische analyse			Middenkader doet zelfstandig analyse
Strategische analyse:	Porter analyse, SWOT analyse	Diverse strategische analyses	SWOT, portfolio	SWOT, Porter
Functie:	Toetsfunctie	Toetsfunctie	Uitwerking/toetsfunctie	Toetsfunctie/uitwerking
	↓	↓	↓	↓
Fase 3:	Kiezen voor een Strategie in conculeraad	Overtuigen/beïnvloeden ten gunste van strategie	Onderbouwen, overtuigen	Onderhandeling
Belangrijkste aspecten:	Discussie, handjeklap		Goed verhaal houden, draagvlak krijgen	
Strategische analyse:	Zie boven	PEST analyse	Worst case scenario	
Functie:	Onderbouwing strategie-idee	Overtuigen/draagvlak	Onderbouwing	Draagvlak verkrijgen
	↓	↓	↓	↓
Fase 4:	Implementatie	Implementatie	Implementatie	Implementatie
Belangrijkste aspecten:	Bepaalde cultuur hebben	Communicatie, informeren, bepaalde cultuur hebben	Mensen betrekken bij het proces, op een lijn krijgen	mensen betrekken bij het proces, informeren
Strategische analyse:	Cultuuranalyse	s.a. in het algemeen, cultuur analyse	SWOT	SWOT
Functie:	Cultuur veranderen	Neuzen een kant op (s.a. in het algemeen) cultuur veranderen (cultuuranalyse)	Communicatie: betrekken	



Fase 1: Belangrijke aspecten: Strategische analyse: Functies:	Directeur 5 Strategie-idee Cultuur in de zorgsector	Hoofd beleid 6 Idee voor richting Intuïtie netwerk	Directeur 7 Quick scan (nieuw) Mensen praten, intuïtie	Directeur 8 Idee voor een strategie Persoonlijke voorkeur
	'Value chain', SWOT, PEST	Brainstorm	SWOT-analyse Informatie	'Value Chain'
	Denkkader (Value chain), Informatie (SWOT, PEST)			Denkkader (value chain), Informatie (externe analyse)
	⇓	⇓	⇓	⇓
Fase 2: Belangrijke aspecten: Strategische analyse: Functies:	Toetsen/uitwerken/experiment		Strategie bestond al	Toetsen
	SWOT, PEST, DIVO, marktverkenning			SWOT, pmc-analyse
	Toetsen (marktverkenning en omgevingsanalyse)/ uitwerken (DIVO)			Toetsing
⇓	⇓	⇓	⇓	
Fase 3: Belangrijke aspecten: Strategische analyse: Functies:	Overtuigen/onderhandelen Vertrouwen, enthousiasmeren persoonlijke relatie	Overtuigen Vertrouwen wekken (re- latie), lobbyen, onderhandelen	Overtuigen Druk uitoefenen, persoonlijke band	Definitieve keuze Discussie
	Cijfermatige analyses, SWOT, 7S model	Pmc-analyses, SWOT, Concurrentie analyse	Historische analyse	
	Overtuigen, onderbouwen (cijfermatige analyses), onderhandelen (7S-model), draagvlak (SWOT)	Onderbouwing	Politiek	
	⇓	⇓	⇓	⇓
Fase 4: Belangrijke aspecten: Strategische analyse: Functies:	Implementatie Persoonlijke relatie,	Implementatie Mensen betrekken, informereren		Implementatie Mensen betrekken bij proces, motiveren
		7Smodel		Geen specifieke analyse
		Kapstokje		Mensen betrekken





Respondent:

Fase 1:

Belangrijke aspecten:

Strategische analyse:

Functies:

Directeur 9
Visie
Financiële informatie
Pmc/SWOT
Levenscyclus model
Denkkader

Directeur 10
Visie
Kennis, praten met netwerk, Ervaring

Hoofd beleid 11
Weten wat men wil
Kennis

Directeur 12
Weten wat men wil
Voortschrijdend inzicht, ervaring, kennis, persoonlijkheid, netwerk
SWOT, brainstorm
Weinig functie



Fase 2:

Belangrijke aspecten:

Strategische analyse:

Functies:

Toetsen
Zie boven
Toetsing

Toetsen, aanvullen
SWOT



Fase 3:

Belangrijke aspecten:

Strategische analyse:

Functies:

Strategiekeuze
Consensus, overtuigen, discussie
SWOT
Randvoorwaarden

Overtuigen
Erin geloven, enthousiasme, goed verhaal houden
Analyse laten doen m.b.t. ontwikkelingen ouderenzorg
Overtuigen

Mensen winnen
Cultuur, persoonlijke band, overtuigen



Fase 4:

Belangrijke aspecten:

Strategische analyse:

Functies:

Implementatie
Informeren
Totale analyse
Communiceren

Implementatie
Informeren

Implementatie
Mensen betrekken, communiceren, motiveren
SWOT
Mensen betrekken

Implementatie
Motiveren, communicatie
Cultuuranalyse

Bijlage 7 Vragen voor de telefonische enquête over strategische analyse in de thuiszorg

Naam instelling:
Adres:
Telefoonnummer:
Directeur:

DEEL 1: ACHTERGROND INFORMATIE

1. Hoe groot is uw organisatie uitgedrukt in:

- | | | |
|--------------------|-------|-------------------|
| A. aantal fte's | | peildatum:199.... |
| B. omvang budget | | peildatum:199.... |
| C. aantal cliënten | | peildatum:199.... |
| D. adhaerentie | | Peildatum:199.... |

2. A. Bent u op het moment en/of afgelopen 2 jaar geconfronteerd met een strategisch vraagstuk of strategische vraagstukken?

- Ja
 Nee

Zo ja, welke?

Afgelopen twee jaar:

- fusie
 nieuw product/markt
 reorganisatie
 bezuiniging
 anders.....
 nvt

Nu:

- fusie
 nieuw product/markt
 reorganisatie
 bezuiniging
 anders.....
 nvt

3. Wat is uw functie (indien geen directeur!!!)

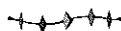
.....

4. Wat is uw achtergrond?

- sociologisch
 economisch
 bedrijfskundig
 medisch
 politicologisch
 anders.....

5. Sinds wanneer werkt u in deze sector?

19..



DEEL 2: INHOUDELLIJKE VRAGEN:

1. **Kunt u uitleggen wat de term strategische analyse in de kern voor u inhoudt?**

.....

.....

2. **A. Doet u weleens systematische analyses en/of analyse technieken in het kader van strategievorming?**

- Ja
 Nee
 Weet niet

(Bij weet niet: Doet u weleens een SWOT analyse in het kader van strategievorming? →. Zo nee: STOP)

B. Zo ja: Welke (meerdere antwoorden mogelijk)?

SWOT- analyse	Ja	Nee	nvt
Porter analyse	Ja	Nee	nvt
Concurrentie analyse	Ja	Nee	nvt
Netwerk analyse	Ja	Nee	nvt
7Smodel	Ja	Nee	nvt
Demografische analyse	Ja	Nee	nvt
Product/Marktanalyse	Ja	Nee	nvt
(nog) andere analyses.....			

3. **A. Heeft u medewerkers die dergelijk analyses voor u doen?**

- Ja
 Nee

B. Zo ja, Hoeveel medewerkers?

1 2 3 4 ... nvt

4. **Vraagt u weleens ondersteuning van buiten voor het doen van strategische analyses?**

- Ja
 nee

5. **Wat draagt het doen van systematische analyses en/of strategische analyse technieken voor u bij aan het strategievormingsproces?**

.....

.....

Onze ervaring is dat strategische analyse ook andere functies kan hebben dan strikt rationele.

Wij denken aan vier functies, namelijk een kader functie, een toetsfunctie, een functie in overtuigen van anderen, een communicatiefunctie. Elk van de functies willen wij apart met u doornemen.

6. **Herkent u één (of een aantal) van de vier hieronder aangegeven functies van een strategische analyses of systematische technieken en kunt u voorzover mogelijk aangeven welke techniek met name voor welke functie wordt ingezet?**

A. Herkent u de functie: het bieden van een kader, raamwerk of denkmodel?

Extra uitleg: Het denken in termen van sterktes en zwakten (SWOT analyse) of concurrentie (Porter analyse) levert (eventuele nieuwe) gezichtspunten op die aanleiding kunnen geven tot het formuleren van een bepaalde strategie. De techniek fungceert dan vooral als denkkader.

Ja

Nee

Weet niet



Zo ja, is er een techniek of analyse (of zijn er meerdere) die die rol voor u vervult?

Ja Nee nvt

Zo ja welke?

SWOT-analyse	Ja	Nee	nvt
Porter-analyse	Ja	Nee	nvt
Concurrentie-analyse	Ja	Nee	nvt
Netwerkanalyse	Ja	Nee	nvt
7Smodel	Ja	Nee	nvt
Demografische analyse	Ja	Nee	nvt
Product/Marktanalyse	Ja	Nee	nvt
(nog) andere analyses.....			

B. Herkent u de functie: het toetsen van een bepaald idee voor een strategie?

Extra uitleg: Strategische analyses kunnen gebruikt worden nadat al een voorkeur bestaat voor een Strategie om te toetsen of dit ook echt een goede strategie is.

Ja Nee Weet niet

Zo ja, Is er een techniek of analyse (of zijn er meerdere) die een dergelijk rol voor u vervult?

Ja Nee nvt

Zo ja, welke?

SWOT-analyse	Ja	Nee	nvt
Porter-analyse	Ja	Nee	nvt
Concurrentie-analyse	Ja	Nee	nvt
Netwerkanalyse	Ja	Nee	nvt
7Smodel	Ja	Nee	nvt
Demografische analyse	Ja	Nee	nvt
Product/Marktanalyse	Ja	Nee	nvt
(nog) andere analyses.....			

C. Herkent u de functie: anderen overtuigen of zelfs beïnvloeden ten gunste van één bepaalde strategie?

Extra uitleg: Soms kunnen analyses speciaal worden uitgevoerd om anderen te laten zien dat vooral één bepaalde strategie gevolgd dient te worden.

Ja Nee Weet niet

Zo ja, is er een techniek of analyse (of zijn er meerdere) die een dergelijke rol voor u vervult?

Ja Nee nvt

Zo ja, welke?

SWOT-analyse	Ja	Nee	nvt
Porter-analyse	Ja	Nee	nvt
Concurrentie-analyse	Ja	Nee	nvt
Netwerkanalyse	Ja	Nee	nvt
7Smodel	Ja	Nee	nvt
Demografische analyse	Ja	Nee	nvt
Product/Marktanalyse	Ja	Nee	nvt
(nog) andere analyses			
.....	ja	Nee	nvt



D. Herkent u de functie: het communiceren intern, of extern over de strategie?

Extra uitleg: Strategische analyses worden soms ook gedaan om de strategie uit te leggen aan de hele (of een gedeelte van de) organisatie.

Ja Nee Weet niet [

Zo ja, is er een techniek of analyse (of zijn er meerdere) die een dergelijke rol voor u vervult?

Ja Nee nvt

Zo ja, welke?

SWOT-analyse	Ja	Nee	nvt
Porter-analyse	Ja	Nee	nvt
Concurrentie-analyse	Ja	Nee	nvt
Netwerkanalyse	Ja	Nee	nvt
7Smodel	Ja	Nee	nvt
Demografische analyse	Ja	Nee	nvt
Product/Marktanalyse	Ja	Nee	nvt
(nog) andere analyses			
.....	Ja	Nee	nvt

7. Onderscheidt u zelf nog andere functies?

Ja Nee

(zo ja) Welke?

.....

8. Kunt in de bovengenoemde functies (als kader, toetsing, overtuiging en communicatie) en volgorde van belangrijkheid aangeven?

Ja Nee

Zo ja, wat is het belangrijkste?

Wat komt op tweede plaats?

op derde plaats?

op vierde plaats?

op vijfde plaats (eventueel)

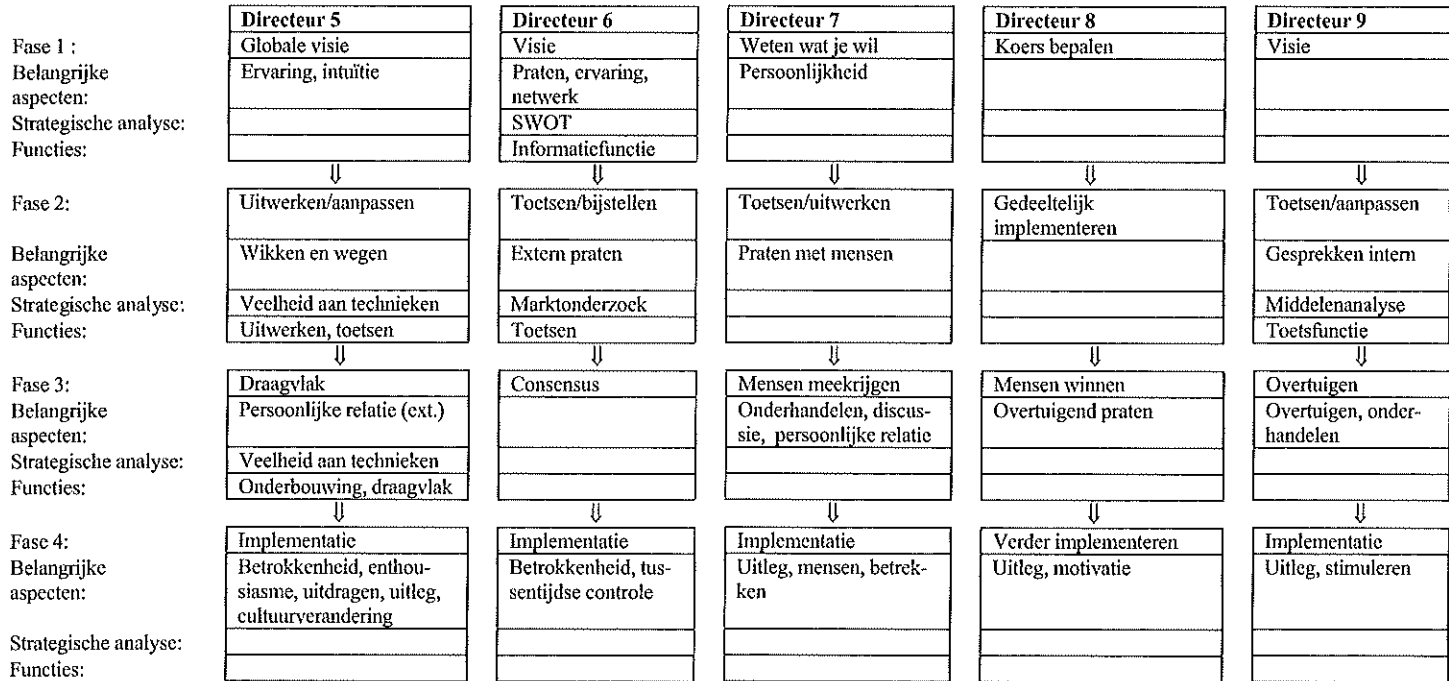
	kader	Toetsen	Overtuigen	Communicatie	Anders:.....
Belangrijkst					
2de plaats					
3de plaats					
4de plaats					
5de plaats					



Bijlage 8 Uitwerking strategieproces in fases per thuiszorgrespondent

Respondent:	Directeur 1	Directeur 2	Directeur 3	Directeur 4
Fase 1:	Ideeën / gedachtenspinsels	Weten wat je wil	'Grove schets'	Weten waar je naartoe wil
Belangrijkste aspecten:	Perceptie, persoonlijkheid	Praten intern en extern, persoonlijkheid	Informatie, intuïtie	Ervaring, persoonlijkheid, praten met mensen
Strategische analyse:		Marktanalyse (denkkader), veelheid aan technieken (info-functie)		
Functies:		(Denkkader), informatie functie		
	⇓	⇓	⇓	⇓
Fase 2:	Toetsen; ideeën in de week, bijstellen	Toetsen	Toetsen/aanpassen	Toetsen
Belangrijkste aspecten:	Interne gesprekken (staf)	Interne gesprekken (medewerkers)	Discussie	Praten met mensen
Strategische analyse:	Marktaandeel, bevolkingsprognoses			
Functies:				
	⇓	⇓	⇓	⇓
Fase 3:	Overtuigen/draagvlak	Draagvlak	Verkopen (eventueel aanpassen)	Draagvlak/overtuigen
Belangrijkste aspecten:	Massagewerk, tijdsdruk	Mensen eigenaar van probleem maken, druk uitoefenen, overtuigingskracht, acceptatie/relatie	Vertrouwen, tijdsdruk creëren, diplomatie	Persoonlijke relatie, onderhandelen, goede presentatie
Strategische analyse:	Marktaandeel, bevolkingsprognose	SWOT		SWOT
Functies:	Onderbouwen/overtuigen	Draagvlak		Onderbouwen
	⇓	⇓	⇓	⇓
Fase 4 :	Implementatie	Implementatie	Implementatie	Implementatie
Belangrijkste aspecten:	Bewustwording	Motivatie creëren, uitleg, actuele stand presenteren ter informatie en controle, cultuurverandering	Uitleg, mensen betrekken	Uitleg, entusiasmeren
Strategische analyse:	Zie boven	Zie boven		
Functie:	Bewustwording	Uitleg voortgang, mobiliseren		





Bijlage 9 Casusbeschrijving: Thuiszorg Centraal Twente

De eerste casus die bestudeerd werd is de thuiszorgorganisatie: Thuiszorg centraal Twente (TCT). TCT is op 28 juni 1991 ontstaan uit een fusie tussen de Kruisvereniging Midden en Noord-Oost Twente en de Stichtingen voor Maatschappelijke Dienstverlening Midden Twente en Twente Oost" (TCT vijf jaren beeld, oktober 1997). Thuiszorg Centraal Twente heeft 20 vestigingen in de gemeenten: Ambt-Delden, Borne, Delden, Diepenheim, Denekamp, Goor, Hengelo, Losser, Markelo, Oldenzaal, Ootmarsum en Weerselo. De thuiszorgorganisatie heeft c.a. 1500 medewerkers en biedt een rijk palet van diensten en producten met betrekking tot verzorging, verpleging kraamzorg, jeugdgezondheidszorg, maatschappelijk werk, voedings- en dieetadvisering, gezondheidservices, thuiszorgwinkel, en meld en zorgcentrale. Het 'mission statement' luidt als volgt:

- "TCT is een klantgerichte, integere, professionele en veranderingsgerichte organisatie, die adequaat wil ingaan en anticiperen op de behoeften en noden in de samenleving op het gebied van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Met geïnspireerde en gemotiveerde medewerkers is zij de klanten binnen de beschikbare middelen op een doeltreffende en doelmatige wijze van dienst".
- "Om in de behoeften en noden van klanten te voorzien is TCT actief op de collectieve en private markt met een divers pakket aan diensten, producten en services. Als maatschappelijk ondernemer heeft TCT als uitgangspunt dat de niet collectief gefinancierde diensten, services en producten aanvullend zijn op de collectief gefinancierde zorg".
- "Omdat TCT een schakel is in de zorgketen, verbindt zij zich waar dit voor de klanten of voor de organisatie van zorg en maatschappelijke dienstverlening toegevoegde waarde heeft, in de meest passende vorm met andere professionals en organisaties voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. (beleidsplan 1998-2001)".

Het maatschappelijk ondernemerschap staat hoog in het vaandel bij TCT. Men speelt actief op nieuwe zaken in en de organisatie is vaak een voorloper op diverse gebieden. Zo was ze bijvoorbeeld de eerste geïntegreerde thuiszorginstelling in Nederland. TCT ervaart onderdeel te zijn van een sterk veranderende wereld; wat de ene dag nog zeker is kan de andere dag onzeker zijn (Strategisch meerjarenbeleidsplan 1998-2001). Daarom is veranderingsgerichtheid het uitgangspunt. De organisatiestructuur is een concernstructuur met units voor de diverse product-markt combinaties, alsmede een concernstaf. De units staan onder leiding van resultaatverantwoordelijke managers die binnen de concernstrategie voor de eigen unit de strategische en operationele koers uitzetten (strategisch meerjarenbeleidsplan 1998-2001).

RAAD VAN BESTUUR

Er is een tweehoofdige Raad van Bestuur. De algemeen directeur is voorzitter van de Raad van Bestuur. Hij is begonnen als verpleegkundige in een psychiatrisch zie-



kenhuis en daarna in algemene ziekenhuizen. Al spoedig kwam hij in midden en hogere managementfuncties. Na een studie bedrijfskunde werd hij directeur van de kruisvereniging Midden- en Noord-Oost Twente. Toen de kruisvereniging ging fuseren tot Thuiszorg centraal Twente werd hij algemeen directeur van de nieuwe organisatie. Hij heeft dus veel praktijkervaring opgedaan in de zorgsector. Enige jaren geleden heeft hij de TIAS opleiding 'Strategie en Management van Organisaties in de Gezondheidszorg' afgerond. Zowel bij de TIAS als in de bedrijfskundige opleiding heeft hij ook veel theoretische kennis met betrekking tot bedrijfsprocessen opgedaan. Deze kennis en de ervaring in voorgaande functies hebben mede een waardevolle bijdrage geleverd aan de wijze waarop de algemeen directeur de organisatie en de omgeving percipieert.

De directeur 'Zorg' is sinds tien jaar werkzaam bij TCT. Ze is als verpleegkundige begonnen in het ziekenhuis en later bij het kruiswerk, vervolgens werd ze hoofd-wijkverpleegkundige. Binnen de Kruisvereniging Midden- en Noord-Oost Twente was zij hoofd wijkzorg. Binnen de gefuseerde instelling is zij doorgegroeid naar de functie van directeur 'Zorg'. Ook zij heeft de TIAS opleiding 'Strategie en Management van Organisaties in de Gezondheidszorg' succesvol afgerond.

STRATEGIE-IDEE

Tien jaar geleden ontstond binnen de organisaties voor gezinsverzorging (maatschappelijke dienstverlening) en de kruisvereniging, waar de huidige algemeen directeur toen directeur was, al het idee, dat de thuiszorg meer zou kunnen bieden dan alleen de verzorging die AWBZ gefinancierd wordt. Het bleek dat mensen die verzorging ontvingen, vaak ook behoefte hadden aan andere diensten zoals bijvoorbeeld een klussendienst. In die tijd is daar al eens over gebrainstormd door de directeur, met het toenmalige bestuur en werd bijvoorbeeld gedacht aan het "zorgen voor huis en have" van mensen die op vakantie zijn.

Op dat moment staat er echter een fusie voor de deur van kruiswerk en gezinsverzorging tot de huidige organisatie Thuiszorg Centraal Twente. In de drukte van de fusie bleef het idee van het leveren van aanvullende diensten enige tijd liggen. Wel werd vrijwel meteen na de fusie de Thuiszorgwinkel opgericht en ook de Gezondheid Service met als onderdeel daarvan het cursusbureau. De thuiszorgwinkel doet de uitleen van zorgartikelen, zoals bijvoorbeeld krukken en biedt producten aan die het voor mensen met een handicap of ziekte makkelijker maken om thuis te functioneren, waardoor ze eventueel langer thuis kunnen blijven. De Gezondheid Service is de ledenorganisatie van de thuiszorg.

In aanvulling op de verplichte toegangsbijdrage voor AWBZ-diensten werd het lidmaatschap van de thuiszorg ingevuld met aanvullende diensten en services. De leden konden tevens korting krijgen op de verschillende aanvullende diensten. Binnen de Gezondheid Service valt op dat moment ook het cursusbureau; een afdeling die cursussen aanbiedt op het gebied van preventie, zoals bijvoorbeeld een cursus stoppen met roken.

De aanvullende diensten ontstonden in een tijd dat de door de landelijke overheid voorgestane marktwerking in de zorg werd geïntroduceerd en thuiszorgorganisaties



in een concurrerend krachtenveld de klanten aan zich wilden binden. De ledenorganisaties nieuwe stijl werden ook landelijk gefaciliteerd door Gezondheid Service Nederland. TCT is één van de eerste organisaties die dit soort aanvullende diensten realiseert. De positionering van de organisatie speelt daarin een belangrijke rol. Bij de realisatie van de aanvullende diensten was het de bedoeling dat deze zichzelf qua financiering zouden bedruipen; dit is in de praktijk ook gerealiseerd.

Steeds duikt in de nieuwe organisatie het idee weer op om meer aanvullende of commerciële diensten te gaan leveren. De directeur denkt hierbij aan producten die aanvullend zijn op de zorg, maar soms ook aan producten die daar wat meer van af staan met eventueel een andere doelgroep. Bijvoorbeeld het 'zorgen voor huis en have' van mensen die op vakantie zijn of de maaltijdvoorziening voor tweeverdieners. Bij het woord 'commercieel' denkt de directeur verder aan een meer bedrijfsmatige manier van werken waardoor men meer winst zou kunnen maken, maar ook aan het veel meer oppakken van winstgevende activiteiten. Winst zou dan ten goede moeten komen aan de reguliere zorg. Wat betreft de organisatievorm denkt men aan zowel een vast maar ook een wat lossier verband ten opzichte van de thuiszorg. Het idee "commercieel gaan" kent dus vele manieren van uitleg en is nog niet helemaal afgebakend.

Toen de overheid de marktwerking in de thuiszorg ging stimuleren, ontstond een extra impuls om de aanvullende diensten wat commerciëler op te gaan zetten. Alle thuiszorgorganisaties werden namelijk gekort op het budget (drie procent), en dat geld zou worden besteed ten behoeve van nieuwe private organisaties, die zich op de thuiszorgmarkt mochten begeven. Ook zou in een periode van enige jaren de AWBZ-contractering voor 35% van het budget vrij op de markt komen. De commercieel gerichte organisaties stortten zich bij voorkeur op 'de krenten in de pap'. TCT wilde deze budgetkorting graag weer terugverdienen in meer commerciële activiteiten zodat de krenten uit de pap niet alleen ten goede van de commerciële organisaties zouden komen. Ook wilde TCT niet uitsluitend een organisatie voor mensen met de kleinere inkomens zijn.

Het idee om wat commerciëlere activiteiten te ontplooiën krijgt door deze impulsen van de overheid steeds meer vorm, met het zwaartepunt in 1997-1998. Vortrekker in dit hele proces is de algemeen directeur. Hij vindt het opzetten van meer commercieel gerichte activiteiten een voor de klanten welkome aanvulling op de reguliere diensten en gezien de tendens naar zo lang mogelijk thuis zelfstandig blijven ook van belang voor een compleet pakket. De algemeen directeur vindt het een goed idee en vindt het ook leuk. Hij ondervindt bijval van meerdere organisatieleden die er welwillend tegenover staan.

In die tijd ontstaat ook de Balans. De Balans is een samenwerkingsverband (daterend van 12 juni 1997) van stichtingen welzijn ouderen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg dat zou moeten leiden tot een concern voor welzijn, wonen en zorg; één organisatie in geheel midden en noordoost Twente. Daarbinnen zou ook ruimte zijn voor een commerciële dienst. Binnen de Balans zien de



samenwerkingspartners diverse mogelijkheden om een commerciële dienst op te zetten. TCT is daarin voortrekker. In het beleidsplan 1998-2001 van TCT staat wel als uitgangspunt dat diensten geleverd op de private markt aanvullend dienen te zijn op de reguliere zorgdiensten en deze niet moeten verdringen.

ROL STRATEGISCHE ANALYSE

In het verleden heeft de algemeen directeur zich diverse malen van strategische analysetechnieken bediend. Vanuit zijn vooropleiding heeft hij gedegen kennis van diverse technieken en hij dicht ze een waardevolle rol toe in strategievorming. Bij het toepassen van diverse technieken in het verleden is ook het idee van het leveren van commerciële diensten diverse malen aan de orde geweest. Het vijf krachten model van Porter speelde hierin vooral een belangrijke rol. Het heeft als denkkader gefungeerd om te komen tot het strategie-idee om commercieel te gaan. Het model geeft de mogelijkheid om te denken in termen van het beschermen van de branche tegen nieuwe toetreders. Nieuwe toetreders zijn bijvoorbeeld de particuliere thuiszorgbureaus die de overheid op dat moment toelaat tot de branche. De directeur geeft aan dat het vijf krachtenmodel steeds impliciet een rol heeft gespeeld bij zijn redeneringen.

TOETSING

Er is niet veel analysemateriaal beschikbaar dat inzicht geeft in de behoefte aan aanvullende diensten. Er zijn wat landelijke onderzoeken uitgevoerd door de koepel (de LVT), maar weinig was en is bekend over de regio waar TCT haar diensten levert. Wel heeft TCT wat ervaring binnen de thuiszorgwinkel, de Gezondheid Service en het cursusbureau en ook daar is binnen de landelijke verenigingen wel iets aan onderzoek gedaan. Ook al lopen deze divisies niet heel commercieel en blijven grote winsten daar uit, wel is men in 1997 nog optimistisch over mogelijke marktgroei. Ten eerste omdat de overheid marktwerking stimuleert en omdat binnen de Balans veel ideeën bestaan voor commerciële activiteiten.

TCT is echter steeds voorloper op het gebied van commerciële activiteiten in de regio. TCT zet op dat moment al wat commerciële projecten op met bedrijven om te experimenteren met commerciële producten. Met de regionale kabelorganisatie zet men bijvoorbeeld een Meld & ZorgCentrale op. Dit is een organisatie die een 24 uren bereikbaarheid van de thuiszorg en de regionale kabelorganisatie garandeert. Ook andere organisaties kunnen gebruik maken van dit call-center, bijvoorbeeld een uitvaartcentrum. Het call-center speelt ook een rol in de personenalarmering. Mensen kunnen thuis een knop krijgen waar ze op kunnen drukken in geval van nood. Ze krijgen dan direct contact met de Meld & ZorgCentrale, die dan vervolgens bepaalt of er een hulpverlener moet komen, of dat het probleem op een andere manier kan worden opgelost.

Op het moment dat er een vacature vrijkomt bij de Gezondheid Service besluit de directie een manager aan te nemen, die gaat proberen de commerciële diensten



verder gestalte te geven en uit te breiden. De directie heeft dan echter nog geen afgerond idee over welke commerciële diensten ze precies wil leveren en in welke organisatievorm ze het willen gieten. Toch ervaart ze de tijd rijp om het idee kracht bij te zetten door aanstelling van een manager.

De manager 'Diensten' wordt in januari 1998 aangesteld. Het is iemand met ervaring in het opzetten en uitvoeren van diverse projecten in de profit sfeer, maar hij heeft geen ervaring met de zorgsector. Hij heeft op het moment van binnenkomst drie taken:

- Ontlasten van de algemeen directeur;
- Gestalte geven aan de commerciële diensten; de thuiszorgwinkel, de Gezondheid Service en het cursusbureau. De manager moet deze diensten doorlichten, verbeteren en coördineren;
- Een zelfstandige divisie 'commerciële diensten' opzetten waar volgens de algemeen directeur een heldere analyse van de mogelijkheden en onmogelijkheden van het leveren van commerciële diensten aan vooraf moet gaan (in de vorm van een businessplan).

De manager 'Diensten' gaat er echter bij binnenkomst vanuit dat de directie getoetst heeft op één of andere manier of het idee van de commerciële diensten een goed idee is, ofwel omdat men er intuïtief voor gaat, ofwel omdat er marktonderzoek is gedaan. Hij verwacht ook een zeker draagvlak binnen de organisatie voor het idee om commerciële diensten te gaan leveren en denkt dat hij zich snel na het nog wat vergroten van draagvlak met de implementatie van het idee kan gaan bezighouden.

De manager, de directie, management en andere medewerkers hebben een verschillend beeld van wat de manager 'Diensten' gaat doen. Sommigen denken dat de manager vooral eerst gaat toetsen in hoeverre commercieel gaan mogelijk is, anderen denken dat hij vooral gaat werken aan het opzetten van een zelfstandige divisie. De verwachtingen verschillen bij betrokkenen over de werkzaamheden van de manager 'Diensten'. Ook verschillen betrokken van mening over de haalbaarheid of gewenstheid van het opzetten van een commerciële dienst.

De manager 'Diensten' heeft voor zichzelf na enige tijd wel een idee op welke manier het mogelijk is om commerciële diensten aan te bieden. Hij schrijft zijn ideeën neer in een aanzet tot een strategisch meerjarenbeleidsplan 1998-2001. In deze notitie spreekt hij van CTCT; de unit commerciële diensten van Thuiszorg Centraal Twente. Het meerjarenbeleidsplan van CTCT zou moeten worden ingepast in het huidige meerjarenbeleidsplan en wordt dan ook als zodanig opgezet. De manager 'Diensten' noemt het een discussiestuk en wil op basis hiervan duidelijke uitspraken van de directie over welke richting men op wil. De manager 'Diensten' concludeert namelijk in zijn aanzet tot het strategisch meerjarenbeleidsplan dat de organisatie lijkt te 'hinken op 2 gedachten'; "enerzijds lijkt de tijd rijp om commercieel te gaan, anderzijds lijkt TCT toch wat angstig voor een com-



mercieel CTCT". Het stuk is inventariserend van opzet en dwingt niet per se tot een bepaalde structuur. Wel zijn een aantal zaken duidelijk. De manager wil een unit opzetten die zo snel en efficiënt mogelijk een stabiele marktgerichte situatie creëert. Hij formuleert dan het idee als: "het leveren van zowel bestaande producten als nieuwe producten die aan de zorg en maatschappelijke dienstverlening gerelateerd zijn, maar ook producten die welzijn gerelateerd zijn".

Het leveren van een brede portfolio van producten die ook welzijn gerelateerd zijn, is nieuw. Dit komt in de oorspronkelijke missie van TCT niet voor. De producten zullen worden geleverd aan een markt die daar behoefte aan heeft, voorzover de diensten niet concurrerend zijn met de thuiszorg maar aanvullend, waarbij ook geprobeerd zal worden nieuwe markten te creëren. Ook de doelstelling om nieuwe markten te creëren is nieuw. Klanten kunnen particulieren zijn, maar ook bedrijven. Bedrijven als potentiële klanten zien en deze ook actief benaderen is iets wat vrijwel niet binnen TCT gebeurt. Winsten zullen steeds ten goede komen aan de reguliere thuiszorg.

Veel van deze activiteiten kunnen het beste in regionale overlegstructuren tot stand gebracht worden, denkt de directie. De bedoeling is dat CTCT een coördinerende rol hierin gaat vervullen. Door met instellingen buiten de organisatie te overleggen kan men informatie verkrijgen, maar ook door medewerkers te raadplegen. Verder vinden de manager 'Diensten' en de directie het belangrijk om te onderzoeken in hoeverre het imago van de thuiszorg belemmerend is voor de activiteiten van CTCT.

In dat kader denkt de directie ook na over de organisatiestructuur. Het plan behandelt diverse structuren waarbinnen de commerciële dienst zou kunnen vallen, zowel binnen als buiten de organisatie. Er is echter een tendens naar een los verband ten opzichte van de thuiszorg, zodat het imago van de commerciële diensten die van TCT niet bijt en andersom. Dit komt mede omdat de manager de mate waarin medewerkers kunnen omschakelen van het leveren van reguliere naar niet reguliere zorg niet hoog inschat. De werkhouding is in beide sectoren behoorlijk verschillend. Iemand die AWBZ zorg levert, treedt op als leverancier van de geïndiceerde zorg waarbij altijd een beperking is vervat door weging op grond van criteria binnen de AWBZ. Iemand die commercieel werkt, levert de zorg waar de klant letterlijk om vraagt. Omdat de klant zelf betaalt is er in beginsel geen beperking aan de omvang gesteld. Beide kwaliteiten zijn waarschijnlijk niet vaak in één persoon verenigbaar.

Van de medewerkers van TCT wordt wel verwacht dat zij "reclame" maken voor CTCT.

OPNIEUW TOETSEN IN HET KADER VAN EEN GEWIJZIGDE SITUATIE

Vanaf april 1998 wordt hoe langer hoe meer duidelijk dat de concernvorming in het kader van de Balans op korte termijn niet haalbaar is. Door wisseling in het topmanagement van één van de grotere organisaties komen de verhoudingen anders te liggen en kan men niet meer goed tot elkaar komen. Dit heeft tot gevolg dat de directie opnieuw nadenkt over 'commercieel gaan'. Kan men dit ook realiseren zonder de Balans? Er volgt naar aanleiding van het temporiseren van de Balans



een vergadering van de Raad van Bestuur (31 augustus 1998) waar de twee directeurs, de beleidsmedewerker en de manager 'Diensten' aanwezig zijn. De agenda ligt niet van tevoren vast, maar dat het temporiseren van de Balans en 'hoe het nu verder moet' centraal staat, is duidelijk. Belangrijk vergaderpunt is de vraag of men commercieel moet en in het verlengde daarvan de vraag hoe men zich opstelt naar de aankomende werkconferentie met Raad van Toezicht in dit kader. De notitie van de manager 'Diensten' ligt ter bespreking. Het onderwerp draait snel uit op de vraag: "willen we wel of niet commercieel?" Er wordt lang gesproken over de wenselijkheid en haalbaarheid van het aanbieden van commerciële diensten en de organisatiestructuur, die daarbij hoort. Discussiepunten zijn:

- Willen we wel commercieel zijn, doet dat geen afbreuk aan de organisatiecultuur?
- Is er wel behoefte aan commerciële producten?
- Brengen zulke producten geld op?
- Is er nog plaats op de markt?
- Is het imago van de thuiszorg wel geschikt voor commerciële activiteiten?
- Hoe zal de toekomst zijn voor de commerciële producten?
- Pakt de manager 'Diensten' het wel goed aan?

Het is een brede, vrij fundamentele discussie, waarin iedereen vrijuit voor- en nadelen en verwachtingen voor de toekomst inbrengt. De meningen zijn verschillend. De algemeen directeur staat het meest positief tegenover het idee, samen met de manager 'Diensten'. De algemeen directeur denkt dat thuiszorg misschien wel commercieel moet. Hij geeft ontwikkelingen, die in het netwerk en bij de overheid spelen aan om dat aan te tonen. Hij constateert tegelijk ook een afname van de marktwerking. De manager 'Diensten' ziet veel mogelijkheden om commercieel te gaan. Volgens hem zijn de diverse commerciële activiteiten die tot nu toe zijn ontplooid niet goed uitgebuit en daarom niet goed van de grond gekomen. Hij verwacht zelf echter dat als men zaken beter aanpakt het heel goed mogelijk is om commercieel te gaan. De directeur 'Zorg' is terughoudender. Ze vraagt zich af of het wel past bij het imago van de thuiszorg. Ook de beleidsmedewerkster is wat minder enthousiast aan het worden over de mogelijkheden om commercieel te gaan.

Op zich zijn de leden van de vergadering wel gematigd positief, maar de wijze waarop de manager 'Diensten' het idee wil formuleren stuit op weerstand. Ten eerste wil de manager 'Diensten' veel producten in de portfolio, zodat hij ook iets te bieden heeft en ook bij de doelgroep 'bedrijven' met iets binnen kan komen. De algemeen directeur staat nog wel positief tegenover het idee om het groot aan te pakken en ook bedrijven tot de doelgroep te rekenen, maar de directeur 'Zorg' vindt dat dan toch teveel van de corebusiness van TCT wordt afgeweken. Zelf ziet ze het idee meer omschreven als het leveren van echt aanvullende (direct zorggerelateerde) diensten op het pakket aan grotendeels dezelfde doelgroep.

Het loskoppelen van de commerciële unit ziet de manager 'Diensten' als een ander belangrijk punt. Hij ervaart dat het moeilijk is voor mensen in de zorg om diensten te



leveren in het kader van de AWBZ en tegelijk ook in het kader van de commercie. Tevens vindt hij het imago van de thuiszorg niet echt geschikt voor een commerciële insteek. Potentiële klanten zien de thuiszorg als een organisatie waar altijd te weinig geld is. De manager 'Diensten' voelt dan ook veel voor het loskoppelen van de commerciële diensten van TCT. De algemeen directeur ziet niet zoveel in het compleet loskoppelen van de commerciële dienst van TCT.

De algemeen directeur brainstormt over mogelijke structuren, waarbij zijn gedachte uit gaat naar een dienst die voor een gedeelte puur commercieel is, voor een gedeelte gemengd en voor een gedeelte AWBZ. Hier lijkt de vergadering wel wat in te zien.

De manager 'Diensten' is degene die de vergadering zou kunnen proberen te winnen voor zijn ideeën, maar hij maakt daar weinig gebruik van. Hij wil van de Raad van Bestuur eerst duidelijk de wensen horen voor hij verder gaat.

Aan het einde van de vergadering (die ongeveer 8 uur duurt) staat echter nog niets definitief vast. De mogelijke organisatiestructuur is dan ook nog niet duidelijk. Alles bevindt zich nog steeds in een inventariserende fase. De manager 'Diensten' kan daardoor nog niet echt verder. Tegelijkertijd worden er ook toespelingen gemaakt dat de manager 'Diensten' wel veel geld kost en dat er dus resultaten moeten zijn.

De vergadering spreekt af dat de manager 'Diensten' bij de Raad van Toezicht argumentatie aandraagt op de aankomende vergadering (d.d.16 september), over waarom men wel of niet commercieel moet gaan. Ook moet hij aangeven hoe het idee past binnen de kaders van het beleidsplan.

Na de vergadering van de Raad van Bestuur is het weerberichtenoverleg (14 september 1998). Hierin bespreekt de directie altijd de stand van zaken. Het idee van de commerciële diensten komt hierin niet aan de orde.

Naar aanleiding van de vergadering van de Raad van Bestuur en de vergadering van de Raad van Bestuur met de Raad van Toezicht¹ voert de manager 'Diensten' in samenspraak met de algemeen directeur een aanpassing door in het businessplan van CTCT. Het woord commercieel gebruikt men niet meer omdat men geen winst-oogmerk zal nastreven. Het gaat derhalve om diensten die aanvullend op de AWBZ de cliënten faciliteren. Het verdwijnen van het woord 'commercieel' is ook ingegeven door het feit dat er in de organisatie behoorlijk wat weerstand blijkt te bestaan tegen dat begrip. Mensen worden niet gewonnen met dat woord. Men brengt het in verband met niet gericht zijn op de klant, maar op winst maken en eigenbelang. Commercieel gaan lijkt niet goed verenigbaar met de thuiszorgcultuur.

Inhoudelijk verandert er echter niet veel aan het plan, wel is de gretigheid waarin de organisatie zich zal storten op nieuwe producten en markten behoorlijk afgezwakt. Er staat in het plan dat men op langere termijn streeft naar een geleidelijke uitbreiding van het productenaanbod en van doelgroepen. Signalen uit de markt zijn daarin richtinggevend. De financiële positie van de organisatie en de levensvatbaarheid van de activiteiten zijn randvoorwaarden. De mogelijk te leveren producten zullen vanuit een binding met de huidige organisatie worden geleverd.

¹ Deze vergadering is niet bijgewoond door de onderzoeker



ROL STRATEGISCHE ANALYSE

Er is door TCT nooit echt getoetst aan de markt in hoeverre er behoefte is aan commerciële diensten. Ook door andere organisaties is dit weinig gedaan. De LVT heeft wel wat landelijke onderzoeken uitgevoerd. Ook de belangenorganisaties van de thuiszorgwinkel, de Gezondheid Service en het cursusbureau hebben dit gedaan, maar dit wordt niet als voldoende ervaren. Heel weinig is er bekend over de regio waar TCT haar diensten levert. De algemeen directeur en de manager 'Diensten' vinden het echter niet nodig om een analyse te doen, omdat men verwacht dat dit weinig meerwaarde op zal leveren. Men heeft al wel het idee dat er een markt is. Ook de manager 'Diensten' heeft geen analyses gedaan toen hij binnenkwam om te toetsen in hoeverre er behoefte is aan de diensten bij doelgroepen. Hij heeft alleen geïnventariseerd welke producten aan welke markten geleverd zouden kunnen worden door gesprekken met medewerkers en andere organisaties. Daaruit heeft hij product-markt-combinaties geformuleerd. Deze analyse is opgezet naar de behoefte piramide van Maslov en levert een uitgebreide lijst van doelgroepen gekoppeld aan producten op. De manager 'Diensten' onderscheidt als doelgroepen alleenstaanden; zowel starters als alleenstaande oudere jongeren, gezinnen; met of (permanent) zonder kinderen, ouderen; alleenstaand en paren, bedrijven en woningbouwcorporaties. Producten variëren van bijvoorbeeld een boodschappendienst, klusjesman, een huisdieren-uitlaatservice en het bieden van stervensbegeleiding, tot het organiseren van reizen voor alleenstaanden en het verzorgen van cursussen 'omgaan met stress' of hulpverlening in de thuissituatie. Ook het geven van voorlichting over verkeersveiligheid of euthanasie behoort tot de mogelijkheden.

De manager 'Diensten' heeft geïnventariseerd wie mogelijke verwijzers zijn (ruim honderd) variërend van artsen, beautyfarms, fysiotherapeuten en alternatieve genezers tot drogisterijen, verzekeraars en woningbouwcorporaties.

Tijdens de discussie in de vergadering van de Raad van Bestuur komt dit of ander analysemateriaal echter niet aan de orde. De manager 'Diensten' geeft aan dat er weinig materiaal beschikbaar is. Als er behoefte aan is, zou de organisatie de analyse zelf moeten uitvoeren. De algemeen directeur vraagt in de vergadering of er behoefte is aan een marktverkenning of imago onderzoek. Hier blijkt geen behoefte aan te zijn.

TOETSEN VAN EEN ENIGSZINS GEWIJZIGD STRATEGIE IDEE

Het idee van de 'commerciële diensten', dat inmiddels is veranderd in 'aanvullende diensten', is beschreven in het businessplan wat is verschenen van de hand van de manager 'Diensten' in augustus/september 1998. Dit plan, waarin het strategie idee al wat wervender wordt neergezet, ligt ter bespreking in een bestuur/staf overleg (22 september 1998). In dit overleg hebben de directeuren, de manager 'Diensten', de beleidsmedewerkster, het hoofd personeel, het hoofd financiële administratie en de directiesecretaris zitting.

De manager 'Diensten' wil van deze vergadering duidelijkheid over wat de Raad van Bestuur wil; de algemeen directeur peilt meer hoe de aanwezige leden denken over het idee in het business plan.



De toegevoegde leden lijken behoorlijk sceptisch over het idee, veel meer nog dan de aanwezigen bij de vergadering van de Raad van Bestuur die daarvoor plaatsvond (op 31 augustus). Ondanks dat het woord 'commercieel' is vervangen door 'aanvullend' ervaart men het idee nog voor een groot gedeelte als 'commercieel gaan'. In de vergadering spreekt men over de structuur, waarin de dienst aanvullende diensten moet worden gegoten. Daarover blijkt geen overeenstemming. De algemeen directeur wil de aanvullende diensten niet graag helemaal loskoppelen, omdat daarmee de binding met de leden via de Gezondheid Service verdwijnt. De kritiek van het hoofd P&O is echter, dat de aanvullende diensten niet passen bij het imago van TCT. Meeliften op het imago van TCT lijkt hem onmogelijk. Als de dienst dan aan de organisatie gehangen moet worden, moet het commerciële karakter eraf vinden de meeste leden van de vergadering. Men wil de dienst niet te groot opzetten en bedrijven wil men buiten de doelgroep laten vallen. De manager 'Diensten' maakt duidelijk, dat hoe minder mogelijkheden hij krijgt om producten aan bedrijven aan te bieden, hoe kleiner de kans is dat de aanvullende diensten goed slagen. Hij wil juist vooral de bedrijven als potentiële klanten, omdat daar geld te halen is. Hij krijgt de leden van de vergadering echter niet mee. De algemeen directeur vindt niet dat de aanvullende diensten zo omvangrijk moeten zijn als de manager 'Diensten' suggereert. Hij is ook geen groot voorstander van een losstaande structuur ten opzichte van TCT. De directeur 'Zorg' heeft openlijke twijfel over de mogelijkheden tot het aanbieden van commerciële diensten. De hoofden en de secretaris blijken erg weinig enthousiast.

De meeste leden van de vergadering zijn onzeker over de vraag of er een markt is voor deze diensten en men vindt het aanbieden van allerlei producten waar de klant voor moet betalen, niet passen bij het imago van de thuiszorg. Het hoofd 'Financiële en Administratieve Diensten' geeft informeel aan niet veel in het business plan te zien.

De algemeen directeur noemt nog het feit dat er 24 september een Vara uitzending van Zembla op de televisie komt, waarin de thuiszorg en haar relatie publiek-commercieel waarschijnlijk zeer kritisch zal worden besproken. Er moet rekening mee gehouden worden, dat het een belangrijke impact zal hebben op hoe de maatschappij zal gaan denken over commerciële activiteiten in de zorg.

Ook al wil de algemeen directeur wel iets meer in de richting van commercieel gaan en wil de manager 'Diensten' dat zeker, ze proberen beide niet echt de leden te winnen voor het idee. De algemeen directeur zoekt naar de consensus door over het idee te stemmen. De vraag is dan in hoeverre men andere diensten wil dan AWBZ gefinancierde. Men moet stemmen voor AWBZ of AWBZ+. De meerderheid is voor een minimale uitbreiding van de aanvullende diensten en dit betekent ook geen toenadering richting bedrijven als klanten. Ook de huidige structuur blijft gehandhaafd. Er hoeft nu geen b.v. opgericht te worden.

In een bijeenkomst na afloop met de algemeen directeur en de manager 'Diensten' geeft de algemeen directeur aan te willen beginnen met opbouwen vanuit de Gezondheid Service. Deze heeft een goed startkapitaal vanuit de eigen bijdrage van de leden. De directeur merkt op dat veel LVT initiatieven om commercieel



te gaan zijn afgestoten. Daarom is hij toch voorzichtig met het uitbreiden van de aanvullende diensten. Het is volgens hem het beste om incrementeel de zaken te vergroten. De manager 'Diensten' ziet het plan dan echter weer minder haalbaar en vindt het dan ook minder leuk.

Ook bespreekt men hoe de opstelling naar de Raad van Toezicht zal zijn op de aankomende werkconferentie van 1 oktober. De algemeen directeur geeft aan, dat de manager 'Diensten' geen wervend verhaal moet houden van: "zo gaan we het doen, en we gaan ervoor", maar dat hij meer wat overwegingen moet aangeven en vervolgens op vragen moet reageren.

Tijdens de werkconferentie, die volgt op de bestuur/stafvergadering, blijkt onder andere² dat ook de leden van de Raad van Toezicht niet echt voor het idee gaan om de commerciële diensten groot aan te pakken. Men is daar wat terughoudend over de mate waarin er een markt is voor de aanvullende diensten, en de mate waarin daaraan te verdienen is. Men is ook bang dat de thuiszorg haar goede naam zal verliezen als het strategie-idee te veel geld gaat kosten en men wil graag dicht bij de 'core business' blijven zo blijkt uit een interview met de voorzitter van de Raad van Toezicht. De algemeen directeur twijfelt ook hoe langer hoe meer aan de capaciteiten van de manager 'Diensten' om een commerciële divisie te leiden. Hij verwacht een heldere interne en externe analyse met een financiële onderbouwing en een gerichte strategie naar eventuele onderhandelingspartners en krijgt dat onvoldoende.

Er verschijnt naar aanleiding van de besprekingen met bestuur/stafvergaderingen, de Raad van Toezicht tijdens de werkconferentie en bilaterale gesprekken tussen de manager 'Diensten' en de algemeen directeur een bijna definitieve versie van het business plan van de hand van de manager 'Diensten'. Hierin laat men het idee om producten aan bedrijven te bieden los. Van het idee zoals geformuleerd door de manager 'Diensten' is niets meer over. Er komt geen aparte club (mede omdat na de uitzending van Zembla bleek dat het hebben van verschillende bv's binnen de thuiszorgorganisatie maatschappelijk niet geaccepteerd wordt). TCT zal bedrijven niet actief benaderen, ze zal niet veel aanvullende diensten leveren, maar vanuit de huidige situatie langzaam werken naar een uitbreiding. Uitgangspunt is dat een product geen verlies mag draaien, maar quitte of met iets winst, tenzij de Raad van Bestuur anders beslist. Er kan bijvoorbeeld anders beslist worden over een product als personalarmering. Dit product is verliesgevend, maar men kan ertoe besluiten dat dit een zodanig onderdeel van de core business van de thuiszorg is, dat het moet blijven. Men zal echter zoveel mogelijk proberen producten niet verliesgevend te laten zijn.

ROL STRATEGISCHE ANALYSE BIJ GEWIJZIGD STRATEGIE-IDEE

Er worden geen cijfers gepresenteerd of analyses gedaan om te toetsen of het uitbreiden van de aanvullende diensten een goed idee is. Er is dan ook weinig materiaal beschikbaar en ook de gecombineerde bestuur/stafvergadering wijst het voorstel van de algemeen directeur om eventueel marktonderzoek te doen af. Het kost

² De onderzoeker mocht deze werkconferentie op dat moment niet bijwonen en heeft daardoor niet het precieze inzicht gekregen in wat er zich op die conferentie heeft afgespeeld.



veel geld en 50% is onbetrouwbaar vindt de manager 'Diensten'. Vooral bij de Raad van Bestuur is niet echt behoefte aan een marktonderzoek.

MENSEN WINNEN

Er is geen aparte fase waarin mensen gewonnen worden te onderscheiden, omdat het strategie-idee de toets niet goed doorstaat. Er zijn echter tijdens de toetsfase wat momenten te vinden waarop het winnen van mensen voor het strategie-idee plaatsvindt. Het is vooral de algemeen directeur die probeert mensen te winnen voor het idee in discussie. Hij doet dit echter wel voorzichtig. De diverse versies van het businessplan zijn ook steeds iets wervender geschreven, maar niet overtuigend. Het blijkt ook vooral heel moeilijk om mensen te winnen, om een aantal redenen:

1. OVERTUIGINGSKRACHT, POSITIE EN RELATIE VAN DEGENE DIE MENSEN WINT

De algemeen directeur is voortrekker. Hij is de grootste voorstander geweest van het idee en heeft diverse gelegenheden aangegrepen om mensen te winnen voor het idee om commercieel te gaan. Zijn enthousiasme vermindert echter gedurende het proces als blijkt dat het moeilijk is het idee erdoor te krijgen, zowel intern maar ook extern binnen de Balans. Hij gaat steeds meer twijfelen over de mogelijkheden van de manager 'Diensten' om een nieuwe divisie levensvatbaar vorm te geven. Normaal is het altijd overduidelijk als de algemeen directeur ergens voor gaat. Deze keer is dat niet zo. Daardoor verliest hij aan overtuigingskracht naar zijn medewerkers.

De manager 'Diensten' zou mensen kunnen winnen omdat hij positief is over de haalbaarheid van het idee. Men verwacht dat ook min of meer van hem. Hij praat wel veel met mensen in de organisatie ten faveure van commercieel, maar maakt niet veel werk van het winnen van mensen, omdat hij eerst van de Raad van Bestuur wil horen dat ze voor het idee gaat. Dit krijgt hij naar zijn mening niet te horen.

De manager 'Diensten' heeft ook beperktere mogelijkheden om mensen te winnen. Hij heeft geen ervaring met de wijze waarop in de zorg draagvlak moet worden verkregen omdat hij niet uit de zorg komt. Hij kan daardoor slecht aansluiten op de belevingswereld en de cultuur in de zorg. Hij schat ook onvoldoende in hoe belangrijk het is om mensen in de organisatie mee te krijgen, omdat hij ook mogelijkheden ziet om het idee ten uitvoer te brengen met de mensen die er wel in geloven, of met mensen die daarvoor worden aangenomen. Dat is echter niet de manier waarop het meestal gaat in de organisatie. Er moet intern genoeg draagvlak zijn. Vanwege het feit dat de manager 'Diensten' nieuw is in de organisatie en in de zorg, heeft hij nog weinig vertrouwen kunnen winnen en nog geen persoonlijke relatie met mensen kunnen opbouwen. Dit is ook belemmerend in het mensen meekrijgen voor een idee. Daarbij komt dat zijn positie in de organisatie ook nog niet helemaal geaccepteerd is. Medewerkers klagen over zijn hoge positie en over het salaris wat daarbij hoort; er zijn al twee directeuren. Men vraagt zich af of hij wel genoeg bijdraagt aan de organisatie om zoveel te verdienen.



2. VERSCHILLENDE EN VAAK NEGATIEVE INTERPRETATIE VAN HET WOORD COMMERCIEEL

Het blijkt erg moeilijk te zijn om mensen te winnen voor 'commercieel'. Men verstaat er heel verschillende dingen onder, zoals 'professioneel' werken, maar ook een nadruk op winst maken, iets onethisch, gericht op vergroten van het eigenbelang. Het woord 'commercieel' spreekt in ieder geval niet aan, past niet bij de zorgcultuur en wekt veel weerstand op. De managers van de diensten die ook aanvullend leveren, merken die weerstand als ze uitleg geven over hun diensten. Hun producten ervaren medewerkers vaak als te duur, of onnodig. Misschien verandert langzaam de mentaliteit ten aanzien van 'commercieel' wel, maar er wordt op dit moment nog te weinig draagvlak in de organisatie gevoeld. Het woord 'commercieel' vervangen door 'aanvullend' bleek in ieder geval niet genoeg om dit draagvlak te vergroten.

Het woord 'commercieel' heeft ook buiten de organisatie (en ook binnen de Balans) een verschillende betekenis gehad. De omgeving realiseerde zich ook niet altijd alle consequenties van het commercieel gaan. Weerstand ten opzichte van 'commercieel', werd veroorzaakt door een soort koudwatervrees en angst om het eigenbelang te moeten opgeven.

3. IMAGO

Een belangrijke belemmering die de manager van de Gezondheid Service ervaart is dat zowel uitvoerenden als hun klanten moeite hebben de financiering uit de AWBZ los te zien van die uit lidmaatschapsgeld of eigen betalingen. Dat er wel een mooi ledenblad in de bus ligt en er toch een wachtlijst is, begrijpen cliënten niet. Het imago van de thuiszorg is, dat er altijd tekort aan geld is. Tegelijkertijd zien klanten het als een organisatie waar alles gratis is volgens de manager van de thuiszorgwinkel. Betalen voor producten is daardoor niet vanzelfsprekend. Uitvoerenden vinden vaak dat producten waar mensen voor moeten betalen bij de thuiszorg duur zijn of niet noodzakelijk en bevelen dan de aanvullende diensten van TCT niet aan. TCT wil echter graag dat uitvoerende medewerkers klanten op de commerciële of aanvullende diensten attent maken, omdat zij de vertegenwoordigers zijn van deze producten. Ze kunnen potentiële klanten bewust maken van het feit dat de thuiszorg ook aanvullende diensten biedt en zij kunnen deze producten aanprijzen bij hun klanten. Dit is iets wat nu nog vaak niet gebeurt.

In het sterk gewijzigde idee, waarbij alles grotendeels bij het oude blijft, speelt het winnen van medewerkers voor de strategie geen grote rol. Het is ook niet echt nodig, omdat er eigenlijk weinig verandert. Extern hoeft men ook nauwelijks mensen te winnen, omdat men de sterk gewijzigde strategie zelf ten uitvoer kan brengen en daarbij niet afhankelijk is van de omgeving.

ROL VAN STRATEGISCHE ANALYSE

Strategische analyse had voor het winnen van mensen geen rol. Dit had het misschien wel kunnen hebben. Er blijkt namelijk toch behoefte aan te zijn bij een aantal mensen. Het hoofd P&O merkt bijvoorbeeld in de vergadering op, dat hij niet weet waar hij over praat, omdat er geen marktgegevens liggen. Hij vraagt zich af of er wel een markt is voor deze diensten en denkt zelf van niet. Leden



van het managementteam vertelden in de interviews dat ze wel behoefte hebben aan meer informatie over de behoeften van de potentiële klanten, of over de mate waarin het imago van de thuiszorg is te verenigen met commerciële diensten. Ook is er behoefte aan meer financiële informatie. Men wil weten wat het commercieel gaan zou moeten kosten en wat het zou kunnen opleveren. Om mensen mee te krijgen voor het idee van commercieel gaan had strategische analyse dus zeker een rol kunnen hebben.

Uitvoerende medewerkers zijn volgens de respondenten echter niet te winnen met analyses. De assumpties die achter de verschillende analysetechnieken verscholen zitten, zoals de concurreren of winst maken, spreken 'zorgmensen' niet aan. De uitvoerenden werken niet in het gebouw maar bij de klant thuis en voelen zich daarom meer loyaal aan de klant dan aan de organisatie. Ze lopen niet warm voor het idee dat de organisatie winst zal maken maar wel voor het idee dat de klant ook echt geholpen is met de aanvullende diensten.

IMPLEMENTATIE

Voor het managersoverleg van 3 december ligt het min of meer definitieve plan op tafel, waarin de dienst 'Aanvullende Diensten' in zijn beperkte vorm is neergezet. Het bevat onder andere een activiteitenplan dat begint op januari 1999. Het is nodig om nu tot implementatie over te gaan, omdat de overheid heeft besloten de toegangsbijdrage AWBZ, welke is gekoppeld aan het lidmaatschap van de thuiszorgorganisatie, per 1 januari te laten vervallen. Om de leden toch te behouden dient men het lidmaatschap met aanvullende diensten, waarvoor leden korting kunnen krijgen, zodanig aantrekkelijk te maken dat mensen besluiten lid te blijven of te worden.

Het managersoverleg staat meer in het teken van uitleggen wat men van plan is te gaan doen. Omdat de manager 'Diensten' veel weerstand heeft gevoeld tijdens het proces organiseert hij voor het managersoverleg een spel, waaruit is op te maken hoe zijns inziens het proces is verlopen. Hij vestigt de aandacht op hoe er steeds sprake was van een steeds wijzigende taakomschrijving. Uitkomst van het spel is tevens de onthulling van de mission statement van wat inmiddels de Divisie Aanvullende Diensten (DAD) heet. Daarna vertelt de manager 'Diensten' nog iets meer over de D.A.D., over de te leveren producten en de benadering van de doelgroepen. In het managementteam is men toch teleurgesteld over het beperkte aantal aanvullende diensten. Diverse leden hebben suggesties gedaan voor mogelijk te leveren aanvullende diensten, op basis waarvan de manager 'Diensten' product-markt-combinaties heeft gemaakt. Hierdoor voelen ze zich betrokken bij de levering van de aanvullende diensten. Als blijkt dat bepaalde ideeën voor aanvullende diensten niet gerealiseerd worden, is men teleurgesteld. Het lijkt de vergadering moeilijk om met zo weinig diensten leden te behouden. De beperktheid van het aantal diensten is echter het gevolg van de keuze voor een beperkt opzetten van de Divisie Aanvullende Diensten.

Er is wel genoeg draagvlak om met de implementatie van de sterk gewijzigde strategie (het break-even draaien van de diensten) te beginnen. Er moet nu wel precies



bekeken worden wat aan welke afdeling aan kosten wordt gerekend, van zaalhuur tot kopieerapparaat en daar kan nog wel de nodige discussie over ontstaan, maar daar komt men wel uit.

Er zal nog veel energie gestoken worden in communicatie, zoals in het businessplan staat. Een manager geeft aan dat de communicatie vaak loopt via de teamhoofden, maar dan is het soms moeilijk om iedereen te bereiken. Zo is men afhankelijk van wat de teamhoofden doorspelen. Beter is het ook zelf dingen te komen vertellen aan uitvoerende medewerkers van andere afdelingen en uit te leggen wat de D.A.D. doet en wil gaan doen. Daarom houdt de manager van de Gezondheid Service een ronde langs de diverse afdelingen. Het is tevens moeilijk om uitvoerenden te bereiken, omdat zij weinig in de organisatie zijn.

Men heeft de uitvoerenden nodig zodat zij klanten attent kunnen maken op de aanvullende diensten. De manager van de Gezondheid Service geeft aan dat mensen vooral meegaan als ze haar afhankelijkheid van de medewerkers uitspreekt en hun betreft bij haar eigen werkzaamheden. Verder is het vooral belangrijk uit te leggen wat de meerwaarde is van de aanvullende producten voor de klant.

In het definitieve businessplan staat dat het belangrijk is ook externe belanghebbers duidelijk te informeren. Iedereen moet weten wat de thuiszorg van plan is. Er is ook afstemming nodig met andere organisaties. Meestal gaat dat in een sfeer van discussie. Men verwacht dat het wel lukt om tot externe afstemming te komen, zeker nu het woord 'commercieel' is vervangen.

Strategische analyse speelt hier in de implementatie nauwelijks een rol. Behalve daar waar medewerkers betrokken zijn bij het genereren van ideeën voor aanvullende diensten. Het blijkt dat men dan ook meteen graag wil dat de producten geleverd worden. Deze houding komt de implementatie van de producten ten goede. Het feit dat medewerkers betrokken worden bij de strategie in de vorm van meedenken is dus belangrijk. Als de implementatie echter moet beginnen besluiten de algemeen directeur en de manager 'Diensten' in onderling overleg dat de manager 'Diensten' zijn functie beëindigt. De behoeften en verwachtingen met betrekking tot de aard en invulling van het (toekomstige) werk geven geen aanleiding de functie te continueren. De implementatie zal voorlopig in handen zijn van de directeur 'Zorg'.

CONCLUSIE GERELATEERD AAN HET CONCEPTUEEL MODEL

Het hierboven beschreven strategievormingsproces resulteerde niet in een succesvolle nieuwe strategie. Het strategie-idee dat verschillende formuleringen heeft gekend zal men maar in zeer afgeslankte vorm implementeren. Een aantal factoren hebben hierbij een rol gespeeld. Ten eerste het feit dat de strategie om commercieel te gaan iets is wat diep ingaat tegen de cultuur in de thuiszorg. Dit maakt het moeilijk om deze strategie tot een goed einde te brengen. Daarnaast hebben actuele ontwikkelingen een succesvol verloop in de weg gestaan; de temporisering van de Balans, de Zembla-uitzending en meer op de achtergrond het terugdraaien van de overheid van de marktwerking. Daar kwam nog de ontevredenheid bij van de directeur met het functioneren van de manager 'Diensten', die de strategie moest concretiseren en uitvoeren.



Door al deze gebeurtenissen verliep het proces niet vloeiend en moest men het strategie-idee steeds ad-hoc bijstellen. Voor een deel is de strategie in de toetsfase blijven steken. Gevolg van dit alles is dat de casus niet helemaal is uit te werken volgens het conceptueel model. Interessant is echter aan te kunnen wijzen waar het proces anders liep dan in het conceptueel model wordt voorgesteld en welke factoren daarin een belangrijke rol spelen.

STRATEGIE-IDEE

Wordt het conceptueel model als uitgangspunt gehanteerd dan kan geconstateerd worden dat het strategie-idee langzaam is ontstaan. Acht à negen jaar geleden is de eerste aanzet ertoe geweest en door de jaren heen heeft het steeds een andere, meer concretere vorm gekregen. Het idee om commerciële diensten aan te bieden, liep parallel aan overheidsbeleid dat gericht was op het stimuleren van marktwerking. Hierin komt de verwevenheid tussen omgeving en organisatie tot uitdrukking. De algemeen directeur percipieert de omgevingssituatie en de mogelijkheden van de organisatie en komt mede op basis daarvan tot een strategie idee. Intuïtie is voor de algemeen directeur belangrijk. Het is echter moeilijk om in deze casus aan te tonen waar en op welke wijze het een rol speelt. Ook de kennis die de directeur heeft van bedrijfsprocessen door de gevolgde opleidingen speelt een belangrijke rol bij het idee om meer commercieel te gaan werken. Ervaring met het leveren van verzorging en later ook verpleging gaf tevens een impuls tot het strategie-idee. Ook de persoonlijke interesse van de algemeen directeur is van invloed. Hij vindt het strategie-idee van belang en interessant. Het conceptueel model zou kunnen worden aangevuld met het begrip 'persoonlijkheid van de strateeg' om de belangrijkheid hiervan te expliciteren. Het netwerk speelt bij deze casus in beperkte mate een rol. Waar andere organisaties de neiging hebben dingen van het netwerk na te apen is TCT vrijwel altijd een voorloper op het terrein van nieuwe strategieën. Ze laat zich niet heel erg door het netwerk inspireren. Het is meestal andersom. Strategische analyse had een kaderfunctie voor de algemeen directeur. Het vijf krachten model van Porter heeft steeds impliciet een rol gespeeld bij het vormgeven van het strategie-idee. Het model van Porter biedt de mogelijkheid om te denken in termen van concurrentie en het beschermen van de branche tegen nieuwkomers. Dit leidde mede tot het idee om commerciële diensten te gaan leveren.

TOETSFASE

De toetsfase heeft verschillende stadia gekend. De algemeen directeur heeft toen hij al wel dacht dat het idee haalbaar was, maar nog niet helemaal helder voor ogen hoe het er precies uit zou moeten zien, een manager aangesteld die het idee verder moest toetsen en uitwerken. De manager 'Diensten' toetste het idee door gesprekken met anderen en maakte op basis daarvan een inventarisatie van mogelijk aan te bieden producten.

De inzichten van deze manager en wijzigende omstandigheden in de omgeving, zoals de uitzending van Zembla en het temporiseren van de Balans, leidde tot herformuleringen van het strategie-idee, die opnieuw de toets moesten doorstaan.



Er is weinig gebruik gemaakt van de informatiefunctie van de strategische analyse. De voortrekkers van de strategie, de algemeen directeur maar later ook de manager 'Diensten' hadden niet het idee dat zoiets als een marktanalyse hun iets zou opleveren. Dat er een behoefte bij de markt bestond aan de diensten werd wel aan genomen. De directeur gaf echter aan naarmate het proces vorderde steeds meer behoefte te krijgen aan een financiële onderbouwing en na analyse ook een positiebepaling richting eventuele onderhandelingspartners.

Wat niet in het conceptueel model is opgenomen maar wel bij deze casus speelde, is de rol van experimenteren. Door kleinschalig het idee in de praktijk te brengen is ervaring opgedaan met de mogelijkheden en onmogelijkheden van het idee. Deze vorm van toetsen zou als aanvulling op het conceptueel model kunnen worden toegevoegd. In dit geval liepen de experimenten echter niet heel goed, waardoor ze weinig bijdroegen aan een positief gevoel over de haalbaarheid van de strategie.

Een probleem in de toetsfase was dat twee mensen met het strategie-idee geïdentificeerd werden. Niet alleen de algemeen directeur, maar ook de manager 'Diensten'. Met een tweehoofdige directie is het soms al moeilijk op één lijn komen; in dit geval was er echter ook nog een manager 'Diensten'. Hij formuleerde het idee zodanig dat hij er wat in zag. De directeuren hadden echter afzonderlijk van elkaar een andere formulering. Ingegeven door de situatie op dat moment zocht de algemeen directeur naar consensus. Dit leidde tot een zodanige herformulering van het idee dat de manager 'Diensten' er niets meer in zag, maar het ook niet meer het idee was van de algemeen directeur. Voor de manager 'Diensten' was commercieel gaan namelijk haalbaar als er sprake was van een los verband met TCT en als bedrijven tot de doelgroep zouden kunnen behoren.

De algemeen directeur wilde niet een al te grote loskoppeling van de thuiszorg. Hierdoor zou binding met de leden verdwijnen. Als de loskoppeling niet plaatsvond dan zouden bedrijven niet actief benaderd kunnen worden vond de directeur 'Zorg', omdat het imago van de zorg zich daar niet voor zou lenen en het niet bij de core-business van de thuiszorg hoort. Als TCT niet aan bedrijven zou kunnen gaan leveren dan zag de manager 'Diensten' niets meer in het idee. En zo verdween het naar de achtergrond.

Al met al heeft de strategie de toetsfase niet doorstaan en is het substantieel gewijzigd. Belangrijke redenen waren de actuele politiek-maatschappelijke ontwikkelingen op dat moment ondersteund door het gebrek aan vertrouwen bij de algemeen directeur in de mogelijkheden van de manager de strategie ook te kunnen uitvoeren.

MENSEN WINNEN

De algemeen directeur heeft tijdens de toetsfase wel een beetje geprobeerd om mensen te winnen voor het oorspronkelijke idee. Hierdoor kon tijdens het casusonderzoek een beeld verkregen worden van belangrijke factoren die in dit kader een rol spelen. Aan de ene kant kan worden geconstateerd dat het mensen winnen niet



te vroeg moet worden ingezet, omdat dan nog onvoldoende duidelijk is wat het strategie-idee precies inhoudt. Nu zag het idee er bij de algemeen directeur anders uit dan bij de directeur 'Zorg' of bij de manager 'Diensten'. Mensen winnen kan dan niet, omdat de boodschap onhelder is en omdat men op het hoogste niveau zelf nog niet overtuigd genoeg is van het idee. Hierdoor heeft men geen overtuigingskracht naar buiten toe. Binnen de organisatie bestond daardoor hoe langer hoe meer onduidelijkheid in welke mate het strategie-idee nu serieus was en of de top er wel iets in zag.

Het moment waarop men de overtuigingsfase moet inzetten is ook afhankelijk van de omstandigheden. Het mensen winnen op het moment dat commerciële activiteiten in de thuiszorg slecht in het nieuws verschijnen is moeilijk. Timing is iets wat tot nu toe in het onderzoek nog onderbelicht is, maar het is zeker een belangrijke factor in het strategievormingsproces.

Belangrijk is tevens de persoon die mensen probeert te winnen voor het idee. Voor een groot gedeelte had de manager 'Diensten' deze taak. Hij zag dit echter nauwelijks tot zijn taak zolang hij niet het gevoel had dat de Raad van Bestuur achter het idee stond. Hij had ook beperkte mogelijkheden tot het winnen van mensen voor de strategie. Ten eerste, omdat medewerkers gewend zijn dat de Raad van Bestuur ergens voor gaat en niet iemand van buiten. Ten tweede, omdat de manager 'Diensten' geen ervaring had in de zorg. Hij wist niet goed hoe men in de zorg mensen meekrijgt en zag daar ook te laat het belang van in. Ten derde, omdat hij als nieuweling nog geen vertrouwen had kunnen opbouwen. Men kent hem niet en hij is ook nog commercieel; iets wat bij een aantal medewerkers soms gelijk staat aan onethisch. Ten vierde, omdat zijn positie ter discussie staat; "nog een dure medewerker erbij". De directeur is meer de aangewezen persoon om mensen te winnen voor een strategie-idee. Hij geniet het vertrouwen, heeft een goede relatie met anderen en heeft de capaciteiten om mensen te winnen door zijn overtuigingskracht. Onderhandelen speelde in de casus geen rol.

Strategische analyse had voor het winnen van mensen geen rol, maar had dit wel kunnen hebben. Diverse medewerkers gaven aan behoefte te hebben aan strategisch analysemateriaal zoals een marktanalyse, een behoefte-analyse of een imago-onderzoek. De analyse had ingezet kunnen worden om anderen over de streep te krijgen. Wel kan worden verwacht dat strategische analyse op managementniveau beter aanslaat dan op uitvoerend niveau. Op uitvoerend niveau zijn mensen niet echt te winnen voor de assumpties die vaak achter deze technieken zitten (zoals concurreren of winst maken).

Het grootste deel van de strategie is echter de toetsfase niet uitgekomen. Daardoor is terecht niet veel energie gestoken in het winnen van mensen voor het idee of in de implementatie.

DE IMPLEMENTATIE

De implementatiefase is wel ingezet voor een sterk gewijzigd strategie-idee. De implementatiefase is niet bestudeerd omdat de organisatie daartoe nog niet gekomen is op moment van onderzoek. Wel is duidelijk uit het businessplan en de



interviews dat communicatie en uitleg door de betrokken managers naar de uitvoerende medewerkers in de organisatie een belangrijke rol speelt. Ook bleek dat een aantal medewerkers, doordat ze mee hadden gedacht over mogelijk te leveren diensten, ook graag hun ideeën ten uitvoer zagen worden gebracht. Het betrekken van mensen bij zo'n analyse-activiteit had dus zijn vruchten kunnen afwerpen in de implementatie.

Tenslotte kan voor het totale proces nog de belangrijkheid van de rol van de algemeen directeur worden opgemerkt. Hij is voor het grootste gedeelte regisseur en moet dat misschien ook zijn. Hij speelt een cruciale rol in de ideevorming. De mate waarin hij denkt dat het een goed idee is, is van invloed op het aantal mensen dat hij kan winnen voor het idee. De implementatie kan hij voor een gedeelte overlaten aan andere medewerkers, als de daaraan voorafgaande vorige fases succesvol zijn afgerond.

Grafisch kan het strategievormingsproces bij TCT als volgt worden weergegeven (zie figuur 10.1.):

GEBRUIKTE DOCUMENTEN

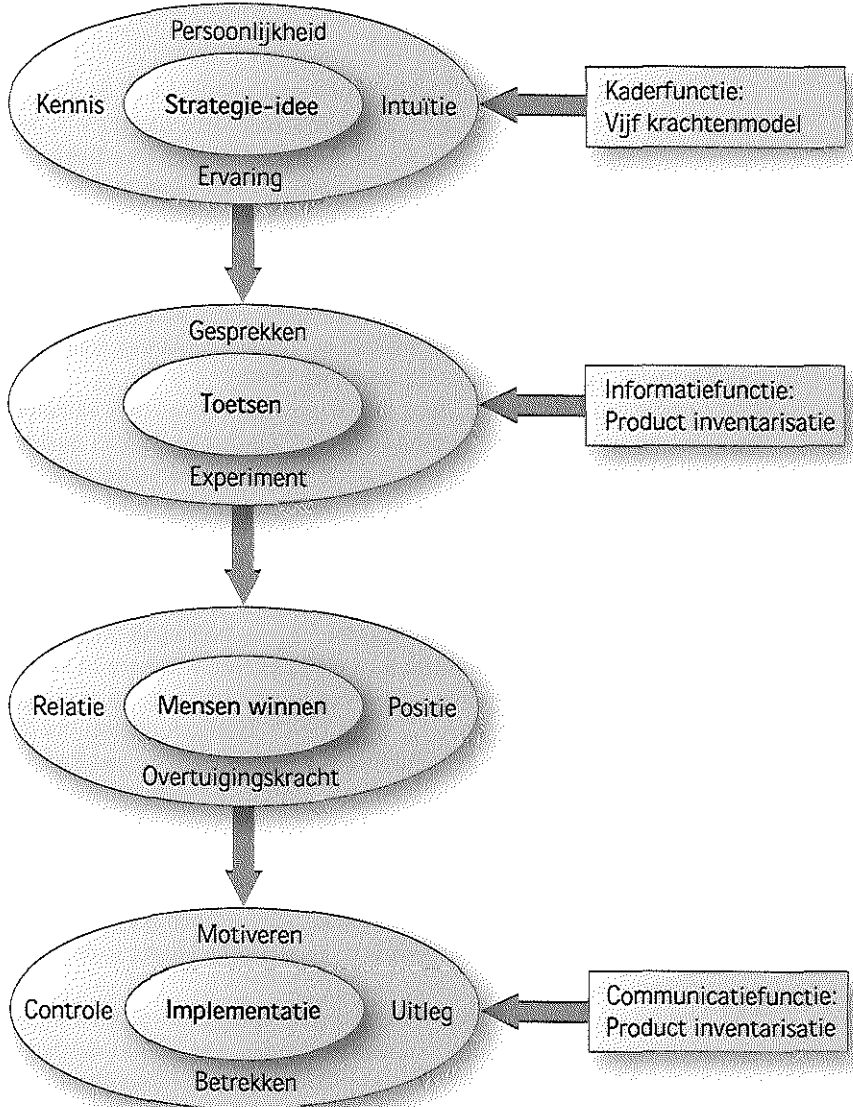
- Vijf Jaren beeld 1992-1997 TCT
- Beleidsplan 1998-2001 TCT
- Strategisch meerjaren beleidsplan 1998-2001 TCT
- Aanzet tot strategisch meerjarenbeleidsplan 1998-2001 unit commerciële diensten TCT
- Business plan divisie aanvullende diensten. Augustus-september 1998
- Divisie aanvullende diensten Jaarplan januari 1999 eindversie.
- Vara/NPS uitzending van Zembla over commercialisering in de thuiszorg 24 september 1998

ACTIVITEITEN

- Interview algemeen directeur d.d. 16 augustus 1997
- Kennismakingsgesprek algemeen directeur d.d. 21 augustus 1998
- Kennismakingsgesprek manager 'Diensten' d.d. 31 augustus 1998
- Kennismakingsgesprek directeur 'Zorg' d.d. 31 augustus 1998
- Kennismakingsgesprek beleidsmedewerkster d.d. 31 augustus 1998
- Vergadering van de Raad van Bestuur 'hoe verder na de Balans' d.d. 31 augustus 1998
- Weerberichtenoverleg d.d. 14 september 1998
- Bestuur/staf overleg d.d. 22 september 1998
- Managementteam overleg d.d. 3 december 1998
- Interview Beleidsmedewerker d.d. 8 maart 1999
- Interview manager 'Diensten' d.d. 8 maart 1999
- Interview voorzitter Raad van Toezicht d.d. 11 maart 1999
- Interview manager Gezondheid Service d.d. 11 maart 1999
- Interview manager Cursusbureau d.d. 24 maart 1999
- Interview manager Thuiszorgwinkel d.d. 24 maart 1999



Functie strategische analyse



Figuur 10.1 Conceptueel model voor TCT



Bijlage 10 Casusbeschrijving: Zorg en Welzijn groep

DE ORGANISATIE

De Zuidhollandse Eilanden hebben voor een groot deel van de infrastructuur met betrekking tot zorg en welzijn te maken met meerdere zorgregio's; Voorne Putten Rozenburg, Spijkenisse, De Hoeksche Waard en Goeree Overflakkee. De Zorg en Welzijn groep (ZWG) is dan ook ontstaan uit een fusie van Stichting Zorg en Welzijn Hoeksche Waard, de Stichting Gezinsverzorging en Maatschappelijk werk Voorne Putten-Rozenburg (een fusie uit '87) en de Stichting Kruiswerk Zuidhollandse eilanden. Samengaan was van cruciaal belang met het oog op de continuïteit van de dienstverlening op het gebied van verpleging, verzorging en welzijn op de Zuidhollandse eilanden leert de analyse in "de overeenkomst inzake de realisering van een fusie" (startdocument 20 december, 1996).

Een toenemende zorgvraag, door steeds mondiger wordende cliënten, vroeg om "een sectoroverschrijdende indeling van het zorgaanbod". Een andere aanleiding vormde "de gestimuleerde marktwerking van overheidswege en afnemende budgetgaranties". Afzonderlijk hebben de organisaties te weinig mogelijkheden om een marktconform, geïntegreerd dienstenaanbod te blijven realiseren. De directies menen dan ook dat "samengaan betere toekomstkansen biedt" (startdocument, 20 december, 1996).

Op 17 februari 1997 hebben drie thuiszorgorganisaties op de Zuid-Hollandse eilanden een samenwerkings-overeenkomst ondertekend, waarmee ze verklaren om per 1 januari 1998 hun activiteiten vanuit één organisatie te gaan verzorgen (Referentiekader zorg en welzijn groep, 23 april 1997). Het gaat daarbij om de realisering van een juridische fusie en de inrichting van bestuur volgens het Raad van Toezicht model. De directeur van de stichting gezinsverzorging en maatschappelijke werk Voorne Putten Rozenburg, wordt de algemeen directeur van de fusie-instelling.

Al voor men juridisch tot fusie is overgegaan is een referentie kader opgesteld. Hierin zijn algemene uitgangspunten geformuleerd waaraan de nieuwe organisatie volgens de directeurs zou moeten voldoen (Stuurgroep zorg en Welzijn, Referentiekader Zorg en Welzijn Groep, d.d. 23 april 1997). Hierin is de volgende missie geformuleerd:

"Het ontwikkelen en aanbieden van een dienstenpakket zorg en welzijn ten behoeve van de inwoners van de Zuid-Hollandse eilanden. De inhoud van het dienstenpakket richt zich op de kwaliteit van het bestaan, tegen marktconforme prijs/kwaliteit verhoudingen."

Marktconform wil zeggen dat de prijs in overeenstemming is met de markt. ZWG voegt verder expliciet toe, dat ze open staat voor verticale samenwerkingsverbanden in het kader van continuïteit van zorg ten behoeve van inwoners van de Zuidhollandse eilanden.

DE DIRECTEUR

De directeur is relatief kort werkzaam in de sector. Hij is begonnen in de gezinsverzorging Voorne Putten Rozenburg waar hij in 1996 directeur van werd. Daar-



voor heeft hij gewerkt bij een nutsbedrijf, de overheid, de industrie en in de commerciële dienstverlening. Ook heeft hij diverse opleidingen gevolgd. Achtereenvolgens heeft hij HTS, Sociale Academie, Organisationsociologie en Bestuurlijke Informatiekunde gestudeerd.

KOMEN TOT EEN STRATEGIE IDEE

ZORGKETEN

De algemeen directeur ervaart in oktober 1997 de fusie nog als een noodzakelijke stap om tot echte strategiebepaling over te kunnen gaan. Hij wil namelijk vooral in de richting van een zorgketen verder gaan. In zijn ogen is de fusie een inhaalslag, die op dat moment vooral leidt tot meer van hetzelfde op het gebied van zorg en welzijn. De directeur wilde echter al voor de fusie een verticale integratie tot stand brengen, met als eindpunt een ouderenzorgketen.

Bij het streven naar een zorgketen speelt de vroegere kennis en ervaring van de algemeen directeur mee. Hij heeft diverse opleidingen gevolgd, waarin hij kennis heeft gemaakt strategieconcepten maar hij heeft ook ervaring met de praktische uitvoering onder andere als logistiek manager bij DAF. Daar heeft hij met het value chain model gewerkt en heeft hij de strategische planning geleid. Verder heeft kennis van de sector een rol gespeeld. Deze kennis heeft hij zich snel eigen gemaakt toen hij de sector binnenkwam door onder andere studenten veel strategisch analysemateriaal te laten leveren.

Op het moment dat de directeur het idee introduceert is het niet nieuw in de sector en worden allerlei initiatieven in dit kader ontplooid. De directeur heeft nog geen concrete ideeën over de wijze waarop hij de zorgketen precies wil vormgeven, maar hij denkt naast op het terrein van de ouderenzorg met name aan een verdere integratie op het gebied van welzijn.

De persoonlijkheid van de directeur is van invloed op het strategie-idee. Hij vindt dit een leuk onderwerp om ook wetenschappelijk verder vorm te geven, en hij is ambitieus daarin. Dit blijkt ook tijdens het proces. Hij zet zich op diverse momenten in om het idee van de zorgketen met behulp van de waardeketen analyse wetenschappelijk verder vorm te kunnen geven.

De directeur hecht veel waarde aan de toepassing van strategische analysetechnieken. Hij geeft aan dat het gebruik van intuïtie via de toepassing van de gestructureerde methoden en technieken een rol speelt. Het is een onderdeel daarvan en heeft geen separate rol.

De algemeen directeur noemt het netwerk als een belangrijk beperkend aspect bij het vormen van een idee voor een strategie. Er bestaan hierbinnen duidelijke ongeschreven regels van wat wel en niet kan in de zorgsector. Het netwerk denkt in termen van samenwerking en niet aan concurreren. Hierdoor is het voor een instelling niet mogelijk onafhankelijk een strategie te bepalen, zo ervaart de directeur. De strategie moet men altijd zien in relatie tot andere actoren in het netwerk. Een



strategische branche-analyse met behulp van het vijf krachten model van Porter voldoet dan ook niet om deze reden, aldus de directeur.

BEDRIJFSMATIGE CULTUUR EN MANIER VAN WERKEN

Ook intern spelen een aantal strategische zaken doordat de organisatie een fusie instelling is geworden. De drie afzonderlijke organisaties moeten geïntegreerd worden. De directeur wil een bedrijfsmatige manier van werken binnen de nieuwe organisatie, waar sprake is van openheid naar binnen en buiten toe. Deze wens komt bij de directeur voort uit zijn werkervaring in profitorganisaties. Ook speelt de actualiteit een rol. Op het moment dat fusie aan de orde is, wordt bekend dat de overheid benchmarking wil laten uitvoeren in de thuiszorg. Alle thuiszorgorganisaties wil ze doorgelicht hebben op een aantal parameters zoals productiecijfers. Elke individuele organisatie wordt vergeleken met de benchmarkparameters van een referentiegroep; een groep soortgelijke organisaties binnen de branche. Zo kan worden gekeken in hoeverre men al of niet doelmatig is. Een bedrijfsmatige manier van werken zou deze doelmatigheid in de fusieorganisatie moeten bewerkstelligen. De directeur denkt dat de sector moet veranderen en bedrijfsmatig moet gaan werken, anders zal het niet goed gaan met de sector en zal de overheid bepalen wat er gebeurt. De zorgorganisaties hebben van oudsher een manier van denken over overhead en productiviteit die binnen de eigen cultuur gelegitimeerd is, maar die niet getoetst is aan de markt vindt de algemeen directeur. Hij wil toch proberen of het mogelijk is een meer bedrijfsmatige manier van werken te introduceren in de zorg, maar weet dat hij daarbij ingaat tegen de cultuur die nu in de zorg heerst. Als het hem echt niet lukt meer bedrijfsmatigheid in de zorgsector te introduceren wil hij iets anders gaan doen. Hij is dus erg gemotiveerd en wil bij mislukking ook de consequenties accepteren.

FUNCTIE VAN DE STRATEGISCHE ANALYSE OM TE KOMEN TOT STRATEGIE IDEE

KADERFUNCTIE BIJ 'KETENVORMING'

De bijdrage van strategische analyse om tot een idee te komen is ten eerste gelegen in de kaderfunctie. Een belangrijke rol hierbij speelt het concept van de "value chain" of waardeketen. Dit is een concept waar hij kennis mee heeft gemaakt tijdens zijn opleiding en waarmee hij ervaring heeft opgedaan in vorige werkzaamheden. Hij vindt dit concept ook in de zorg goed toepasbaar. Dit model biedt een kader om de situatie waarin de zorgsector zit te ordenen. Door het zorgproces als een keten te benaderen, waarin diverse activiteiten waarde toevoegend zijn, kunnen strategische opties volgen, gericht op het verkrijgen of vergroten van invloed op diverse onderdelen van deze keten.

KADERFUNCTIE BIJ 'BEDRIJFSMATIG WERKEN' VOOR DIRECTEUR

Ook bij het komen tot een bedrijfsmatige cultuur en manier van werken speelt de strategische analyse een rol. In dit kader doet het vijf krachtenmodel van Porter wel dienst. Door te denken in termen van dit model wordt de aandacht gericht



op zaken die te maken hebben met bedrijfsmatig werken. Zo is het uitgangspunt dat een organisatie zich bevindt in een krachtenveld van concurrentie. De analyse geeft inzicht in de manier waarop men kan omgaan met alle krachten die zich in de markt voordoen. De directeur beheerst deze manier van denken zeer goed en het biedt hem een kader om de thuiszorg in te plaatsen die bedrijfsmatig moet werken. Tegelijk geeft de directeur aan dat het ook beperkt toepasbaar is omdat (zoals reeds aangegeven) het een manier van denken is, die niet aansluit bij de cultuur in de zorg.

DE INFORMATIEFUNCTIE

De informatiefunctie van de strategische analyse, het zoeken naar objectieve informatie, speelde een rol toen de directeur net in de sector kwam. Hij heeft toen studenten diverse strategische analyses laten maken, waardoor hij snel een goed beeld kreeg van de gezinsverzorging, waarin hij toen werkzaam was. Toekomstige ontwikkelingen in de markt van gezinsverzorging zijn geanalyseerd, er is een SWOT analyse uitgevoerd en een PEST analyse gemaakt (Adviesrapport, mei 1996). Door een tweede groep studenten is een interne analyse gedaan met toepassing van het DIVO- instrument (dit is een gestructureerde enquête waarmee het innovatievermogen van een organisatie in kaart gebracht kan worden) aan de hand waarvan een sterkte/zwakte-analyse is gemaakt. Ook is een 'intersubjectief' traject ingezet (intersubjectief wil zeggen dat de beleving van betrokkenen centraal staat), waarin zeven factoren nader worden bestudeerd met betrekking tot innovatie, te weten: Strategie, Human Resources, Organisatiecultuur, Structuur en Systemen, Technologie, Financiële Arrangementen, en de Externe Omgeving (adviesrapport, mei 1996). De directeur heeft ook het maatschappelijk werk zelf een SWOT analyse laten maken zodat beter inzicht werd verkregen in het maatschappelijk werk. Al deze informatie gaf hem inzicht in de sector.

TOETSEN VAN EEN STRATEGIE

ZORGETEN

De directeur is al begonnen met het toetsen van het zorgketen-idee voordat de Zorg en Welzijn groep er was en hij nog werkzaam was bij de gezinsverzorging. De directeur heeft in 1996 al een sessie georganiseerd met externen in de regio, geleid door een externe partij, die diende ter toetsing hoe men dacht over een zorgketen in de regio. Deze dag staat in het teken van de SWOT-analyse. Als vervolg hierop is een strategiedag georganiseerd met zorgleveranciers op Voorne Putten Rozenburg. Het ging daarbij om het toetsen in hoeverre het zorgketen-idee leeft onder de andere instellingen en of het dus wel een uitvoerbaar idee zou zijn. Bovendien had de sessie de functie om mensen te winnen voor deze benadering. Bij de sessie met externen is niet het value chain model gehanteerd, omdat de vraag was of dat zou aanslaan. In plaats daarvan is een omgevingsverkenning gedaan.

In het referentiekader (8 april 1997) staat aan welke uitgangspunten de fusie-organisatie moet voldoen. Het referentiekader is tot stand gekomen in discussie met de



fusie-directeuren en geschreven door de algemeen directeur. Over de zorgketen vermeldt de missie alleen dat de organisatie openstaat voor “verticale samenwerkingsverbanden om continuïteit van zorg voor de inwoners van de Zuid-Hollandse eilanden te bewerkstelligen”. Ook staat er dat men zal zoeken naar “regionaal werkende solide samenwerkingspartners, die een toegevoegde waarde hebben voor de dienstverlening door ZWG”. Er is dus een opening om te komen tot een zorgketen. Het moet echter nog concreter uitgesproken worden en nader gedefinieerd, waarbij het nodig is meer draagvlak intern en extern voor het idee te krijgen. Wel zegt de directeur in oktober 1997 dat hij na een marktverkenning of een omgevingsverkenning (of iets dergelijks) bijvoorbeeld alle stichtingen welzijn ouderen in een regionaal perspectief zou willen plaatsen als daar aanknopingspunten voor zijn. Hij moet het idee dus nog toetsen aan analyse maar ziet dat wel als een koers voor de organisatie.

In het beleidsplan van de nieuwe organisatie staat echter dat een brede marktverkenning om aanwijzingen te verkrijgen voor zowel markt- als productuitbreiding voor 1998 en 1999 niet wordt overwogen (voorbereid de toekomst tegemoet, mei/juni 1998). Het zorgketen idee en dan met name op het gebied van welzijn kan niet snel worden opgepakt omdat de fusie-organisatie intern nog de nodige aandacht vraagt. Veel interne zaken die het gevolg zijn van de fusie moeten eerst worden geregeld.

BEDRIJFSMATIG WERKEN

De wens van bedrijfsmatig werken is alleen getoetst op haalbaarheid in gesprekken met de toen nog toekomstige fusiepartners. Dit idee is niet getoetst aan analyse want er bestaat meteen een overtuiging dat dit nodig is, maar aan de mate waarin de fusiepartners zich hierin kunnen vinden. In ‘het referentiekader’ staat dat men een platte organisatie wil, met subregio’s met een eigen autonomie en resultaatverantwoordelijkheid (Spijkenisse, Hoeksche waard en VPR exclusief Spijkenisse, Goeree Overflakkee wordt ergens bijgevoegd). Er zal tevens een centraal georganiseerde facilitaire dienst komen. Verder staat er dat ZWG onder andere bedrijfsmatig en zakelijk zal zijn, open zal communiceren en omgevingsgericht zal zijn. Als de directeur de strategie van de zorgketen ook daadwerkelijk ten uitvoer wil brengen moet hij een organisatie hebben die goed werkt. De aandachtspunten zoals weergegeven in het referentiekader zetten de eerste stappen in die richting.

MENSEN WINNEN VOOR DE GEWENSTE STRATEGIE

Tijdens de voorbereiding van de juridische fusie is het “Referentiekader” ontwikkeld. Dit referentiekader is echter niet alleen het product van een toetsing hoe iedereen tegen de nieuw te ontwikkelen organisatie aankijkt, er is dan ook intern op het niveau van de drie directeuren een zeker draagvlak gezocht in de discussies. De fusie zelf is al een eerste onderhandelingsresultaat. Ook extern is de fusie aan de man gebracht middels een onderzoek in het kader van een communicatieplan “zorgvuldig samen verder”. Een extern bureau heeft het onderzoek uitgevoerd en het communicatieplan geschreven. Doel van het onderzoek en het plan was: “het bevorderen dat de fusie van de organisaties op het gebied van Kruiswerk, Thuiszorg en



Maatschappelijk werk wordt geaccepteerd als een positieve ontwikkeling voor de klanten en dat er een nieuwe organisatie cultuur kan ontstaan". Een tweede doel is: "het bevorderen dat externe relaties en publieksgroepen van de ZWG de organisatie leren kennen als meer dan de som der delen en als een natuurlijke partner om mee samen te werken" (Zorgvuldig samen verder, communicatieplan voor de ZWG i.o., april 1997). Daartoe is een verkenning van de uitgangssituatie van de fusieorganisatie gehouden door het voeren van gesprekken met directieleden en tal van betrokkenen binnen en buiten de organisaties. Intern is gevraagd hoe men tegen de fusie aankijkt en wat men van elkaar weet; extern wat men van de fusie vindt en wat men van de fusie organisatie verwacht. De externe interviews werden ook gehouden om "een hand uit te steken naar de externe relaties" (Zorgvuldig samen verder, communicatieplan voor de ZWG i.o., april 1997). Op basis van de interviews worden aanbevelingen voor verdere interne en externe communicatie gedaan.

Het interne overtuigingstraject wordt voortgezet met het beleidsplan "Voorbereid de toekomst tegemoet" (mei/juni 1998). Dit is ontstaan uit een viertal plenaire bijeenkomsten vanaf november 1997, waarin het breed managementteam aan de hand van het 7S-model verder is gaan discussieren over de strategie. Het 7S-model is door de algemeen directeur ingebracht. Hij noemt dit zelf een onderhandelingsmodel met name om te komen tot een bedrijfsmatige organisatie. Noodzakelijke veranderingen kan hij ermee in kaart brengen. De sessies hebben ook bijgedragen tot een betere kennismaking tussen de organisaties, wat een betere relatie en vertrouwen onderling heeft geschapen.

De directeur wil zich vervolgens meer op de implementatie richten. Hij overweegt dit met toepassing van het 7S-model te doen. Het plan "Voorbereid de toekomst tegemoet" (mei/juni 1998) bevat al veel aanknopingspunten waarmee de implementatie verder is vorm te geven. De verantwoordelijke leden van het managementteam krijgen de opdracht de structuur die al onderhandelend door de directies van de fuserende instelling was gemaakt met behulp van het 7S model verder uit te werken. Daartoe plant de directeur een bijeenkomst waarop de concrete actiepunten worden besproken, gestructureerd door middel van het 7S-model. Het blijkt echter dat het managementteam niet met het model kan werken omdat de kennis op dit gebied ontbreekt. De directeur legt daarom deze werkwijze terzijde en gaat op zoek naar een andere manier om de verdere uitwerking van actiepunten vorm te geven. De directeur besluit vervolgens zich meer op de hoofdlijnen te gaan concentreren. Hij schrijft een stuk met als titel "De uitdaging" (11 januari 1999). Discussies in het managementteam en discussies tijdens "pizza-bijeenkomsten" met diverse medewerkers zijn hiertoe de aanleiding. In deze bijeenkomsten van ongeveer 10 personen werd door (uit de teams afgevaardigde) medewerkers en directie op informele wijze van gedachten gewisseld over de ervaringen, de stand van zaken en wenselijkheden voor de toekomst (Het culturele web van de Zorg en Welzijn groep, mei 1999).

Er komen uit de diverse gremia geen tegenreacties en alleen positieve reacties op "de Uitdaging". Daaruit blijkt dat het draagvlak op managementniveau groot genoeg is voor implementatie.



Volgens de directeur is de vraag of een idee erdoor komt in de zorg in grote mate afhankelijk van relaties. Daar moet veel in geïnvesteerd worden zowel intern als extern. Belangrijk is dat men vertrouwen heeft in de directie of het management. Men moet het vertrouwen hebben te kunnen waarmaken wat men belooft. De directeur geeft aan wel veel te kunnen analyseren, maar dat het daar niet alleen om gaat. De mate waarin men denkt dat verantwoordelijken hun ideeën tot uitvoering kunnen brengen is essentieel.

NOG WAT TOETSEN EN HET WINNEN VAN MENSEN VOOR HET VORMEN VAN EEN ZORGKETEN

Wat betreft de zorgketen komt expliciet aan de orde in het plan "Voorbereid de toekomst tegemoet" welk soort organisaties hiervoor in aanmerking komen. Echter de strategie van de zorgketen is nog niet uit de toetsfase omdat men nog niet precies weet op welke manier men met deze organisaties een keten wil vormen. Al duidelijk is dat men streeft bij de verpleeghuizen "naar een ononderbroken zorgketen waarbij het primaat binnen de thuissituatie ligt bij de Zorg en Welzijn Groep" (Voorbereid de toekomst tegemoet, mei 1998). Hoe de verzorgingshuizen tegemoet moeten worden getreden is echter nog de vraag. Ook wat betreft Welzijn Ouderen/gecoördineerd ouderenbeleid wordt geconstateerd dat er nog te weinig overzicht is om al een strategie te bepalen en wil men wachten op een overzicht van de diverse voorzieningen in de diverse gemeenten die in 1999 moet komen. Samenwerking met woningbouwverenigingen hebben een experimenteel karakter.

In "De uitdaging" (11 januari 1999) staat op welke manier de organisatie zal proberen externen mee te krijgen voor het ketenidee. De bedoeling is dat de Zorg en Welzijn Groep haar invloed zal gaan aanwenden "om belemmeringen in de structurering en financiering van diensten op de gebieden zorg, welzijn en wonen op te heffen. Ze zal daartoe actief en met argumenten participeren in de diverse netwerken. Dit moet realisatie van lokale uitvoering in regionaal georganiseerde (zorg)keten(s) dichterbij brengen" (De uitdaging, 11 januari 1999). Extern zal actief in het netwerk geparticipeerd worden om dit voor elkaar te krijgen. Daarbij wordt ook geprobeerd om het onderwerp op de landelijk politieke agenda te krijgen.

Het op poten zetten van de organisatie kost echter zoveel energie dat de verdere concretisering van het ketenidee intern vertraagt. De directeur wil dit onderwerp in 2000 oppakken. De directeur wil graag verder, maar hij kan geen goede afspraken extern maken als de organisatie intern niet op orde is. Wel blijft het idee staan. Men denkt er verder over na en blijft netwerken.

Ook staat in "de Uitdaging" dat men per functionele eenheid (thuiszorg, ouder en kind zorg, voedingsvoorziening en dieetadvies, algemeen maatschappelijk werk, aanvullende service diensten, de uitleen, de thuiszorgwinkel, de gezondheidsservice en de zorglijn) werkt aan een verdere verticale samenwerking waar dit mogelijk of gewenst is. De thuiszorg komt daarvoor het meest in aanmerking. De gedachten gaan uit naar een intensieve samenwerking met verzorgingshuizen (De Uitdaging, 11 januari 1999).



TOPNIVEAU VAN DE ORGANISATIE WINNEN VOOR BEDRIJFSMATIG WERKEN

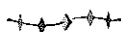
De regiodirecteuren waren het vrij snel eens over een meer bedrijfsmatige cultuur en manier van werken na de fusie. De eerste resultaten van de discussies zijn in 'het referentiekader' neergelegd. Vervolgens hebben de directeuren in het kader van het beleidsplan "voorbereid de toekomst tegemoet" net voor de formele fusie (in november 1997) onderhandeld met behulp van het 7S-model over de wijze waarop de diverse directeuren graag de organisatie zien: hoe de stijl van managen moet zijn en de manier van werken, wat de gewenste cultuur is en wat de streefdoelen. De algemeen directeur zegt graag een zakelijke, open en directe stijl te willen, maar kan zich voorstellen dat een andere directeur daar anders over denkt en om tot elkaar te kunnen komen moet dat uitonderhandeld worden. Het resultaat van de sessies (het beleidsplan 'voorbereid de toekomst tegemoet') beschrijft de algemene uitgangspunten: de organisatie moet bedrijfsmatig gaan werken volgens bedrijfseconomische principes (zo moeten de indirecte kosten naar beneden; de verhouding directe kosten/indirecte kosten moet van 65/35 naar 70/30), verder moet de organisatie meer top-down gestuurd worden, gericht op taak en functieverrijking van het personeel en moet de organisatie samenwerken met anderen, waarbij het vormen van een zorgketen centraal staat.

Een uitvoerige analyse is in het beleidsplan (Voorbereid de toekomst tegemoet, mei/juni 1998) te vinden met een beschrijving van hoe de cultuur is van de huidige organisatie en wat de gewenste cultuur is voor de toekomst. De wensen met betrekking tot de cultuur komen grotendeels overeen met de uitgangspunten zoals geformuleerd in het referentiekader (april 1997).

Bij directie en managementteam is men het dus in ieder geval eens over de wijze, waarop de organisatie er uit moet zien. In de hele organisatie moet men echter ook voor een bedrijfsmatige cultuur en manier van werken gewonnen worden. De wijze waarop dit plaatsvindt, zal hieronder aan de orde komen.

MENSEN WINNEN IN DE ORGANISATIE MET BETREKKING TOT BEDRIJFSMATIG WERKEN

De voorbereidingstijd tot de fusie is kort geweest, waarbij nadrukkelijk gekozen is voor een top down benadering. Voor de Zorg en Welzijn Groep heeft deze benadering tot gevolg dat het gevoel en de noodzaak van gemeenschappelijkheid nog moet gaan leven bij de medewerkers. De fusie-organisatie moet nog een geïntegreerde cultuur krijgen. Na de formele fusie probeert de directeur dan ook uitvoerende medewerkers te winnen voor een bedrijfsmatige cultuur en manier van werken. Omdat medewerkers niet gewend zijn op deze manier te werken is een behoorlijke culturomslag nodig. "De Uitdaging" heeft als document een belangrijke bijdrage in het uitdragen van de gewenste cultuur (Het culturele web van de Zorg en Welzijn Groep, mei 1999). Er is echter meer nodig om de gewenste cultuur te bewerkstelligen. Een extern adviseur houdt door de hele organisatie trainingen. Formeel formuleert men tijdens de trainingen doelstellingen in het licht van het document "De uitdaging". Er is echter ook veel aandacht voor hoe men met elkaar zou moeten omgaan om de gewenste cultuur te bereiken. Daarbij



worden mensen geconfronteerd met elkaars (voor)oordelen en worden zaken uitgesproken.

Een onderdeel van de trainingen is een cultuurdiagnose van Quinn bij de diverse managementlagen, zodat medewerkers zich bewust worden van waar de organisatie nu staat en in hoeverre dat afwijkt van waar men als organisatie wil staan.

Door deze sessies komt er een opening om anders te gaan denken en werken. Op deze manier verandert de cultuur. De nota "de uitdaging" wordt zo concreter voor de medewerkers, wat ten goede komt aan de implementatie. Er verdwijnen daarbij intern wel een aantal mensen, omdat zij zich niet in de nieuwe cultuur en manier van werken kunnen vinden. Vervolgens worden dan de nieuw ontstane vacatures vervuld met mensen die meer passen in de gewenste cultuur of manier van werken.

De directeur maakt voor het kruiswerk en de gezinszorg een cultuuranalyse op basis van een aantal 'pizza-bijeenkomsten'. Het cultural web van Johnson en Scholes (1997) is daarbij een leidraad. "Grote verhalen", "routines en rituelen", en de overige factoren die Johnson en Scholes onderscheiden brengt de directeur voor kruiswerk en gezinszorg in beeld. Hiermee legt hij de basis voor het nader tot elkaar brengen van kruiswerk en gezinszorg en voor het ter hand nemen van de herinrichting van het primaire proces.

Bij de thuiszorgwinkel volgt de directeur een apart traject. Daar moeten medewerkers nadenken over de fusie en wat dat betekent voor de winkel. Het gaat er daarbij om de winkel in te bedden in de rest van de organisatie. De winkel moet een toegevoegde waarde hebben voor de gehele organisatie en dient niet teveel als een zelfstandige eenheid te functioneren, zoals tot nu het geval is geweest. De directeur heeft al wel een duidelijke visie op de winkel, maar om medewerkers te betrekken bij het denken over de winkel en ze een ander en breder blikveld aan te reiken, past een organisatie-adviseur het vijfkrachtenmodel van Porter samen met hen toe (2 september 1998). De directeur heeft het model aangereikt. De adviseur heeft vooral de rol van begeleider van het proces (niet zozeer een inhoudelijke rol), en is daar geschikt voor, vanwege zijn onafhankelijkheid en deskundigheid. Hij betreft iedereen bij het proces en genereert draagvlak voor de uiteindelijke strategie van de winkel.

Het hanteren van het Portermodel als uitgangspunt laat zien dat het probleem van de thuiszorgwinkel is op te lossen door het opwerpen van barrières tegen dominante leveranciers en nieuwe toetreders. Dit zijn oplossingen die de verantwoordelijke voor de thuiszorgwinkel niet als zodanig had benoemd. Het Portermodel stuurt het denken in de richting van het versterken van de eigen concurrentiepositie. Het model is naast een middel tot mensen winnen voor een bepaalde zienswijze, ook een middel om medewerkers bewust te maken van een andere manier van denken. Het heeft een verbreding en verandering van het blikveld tot gevolg die meerdere oplossingen voor een probleem genereert. Als medewerkers deze manier van denken oppakken, kan dat de strategievorming in de toekomst verbeteren.

Aan het eind van de sessie besluit men de relatie met de uitleen te versterken en verder te consolideren. De ervaring van de adviseur met strategieën van thuiszorg-



winkels speelt mee in deze beslissing. Betrokkenen kunnen zich daarin vinden. Omdat verpleegkundigen als ambassadeur van de winkel negatief aankijken tegen een op winst gerichte winkel, lijkt het geen goed idee om de winkel winstgericht te maken. Wel is het noodzakelijk tegen zo min mogelijk kosten een goede service te bieden om de concurrentie het hoofd te kunnen bieden.

Tevens moet men veel energie steken in het overtuigen van verpleegkundigen dat zij een ambassadeursrol moeten vervullen voor de thuiszorgwinkel. De medewerkers van de winkel proberen dit te bewerkstelligen met overtuigen en uitleggen dat de winkel een belangrijke service biedt aan de cliënt.

STRATEGIE VERDER UITWERKEN RICHTING IMPLEMENTATIE PER FUNCTIONELE EENHEID

Om de implementatie goed te laten verlopen is het van belang dat de meeste mensen gewonnen zijn voor de strategie. Echter op de werkvloer is daar nog niet maximaal aan gewerkt en dit wordt dan ook nog gedurende de implementatie gedaan. Tevens moet voor iedereen duidelijk worden wat precies de bedoeling is, en wat de strategie betekent voor de dagelijkse praktijk.

Eerst wordt een 'kick-off' van het plan van aanpak voor de implementatie van de strategie georganiseerd begin januari 1999. Het is een bijeenkomst voor alle managers van de Zorg en Welzijn Groep (De Uitdaging, 11 januari 1999). De managers krijgen de visie gepresenteerd tijdens deze bijeenkomst, maar ook het stappenplan dat bij het implementatieproces hoort. De managers krijgen vooral uitleg en discussieren over de strategie, zodat iedereen weet wat de bedoeling is. Verder is de sessie belangrijk voor de motivatie van de medewerkers. Het totale implementatieproces zal 2 jaar in beslag gaan nemen.

Dit implementatieproces is veel omvattend, omdat eerst een verdere uitwerking van de strategie nodig is met betrekking tot de vormgeving van het primaire proces. Deze strategie is slechts op hoofdlijnen bepaald en heeft ook pas draagvlak op de hoofdlijnen. Het is daarom nog spannend of het ingezette traject ook door een vlotte implementatie kan worden vervolgd.

De directeur is veel bij de implementatie betrokken, zit bovenop de processen en probeert daarbij voortdurend uit te dragen wat de gewenste koers is. Hij controleert de processen, om te voorkomen dat de organisatie teveel afzwaait van de gewenste koers. De bedoeling is om een efficiënt op de klant gericht aanbod te creëren en om dat mogelijk te maken dient het huidige aanbod vernieuwd te worden.

De herinrichting van het primaire proces (huishoudelijke zorg, verpleging en verzorging) wordt ter hand genomen met behulp van een scenario-analyse. Daarbij inventariseren (ook uitvoerende) medewerkers hoe het primaire proces efficiënt kan worden ingericht. De vraag daarbij is of wijkverpleging en verpleging en verzorging bij elkaar moeten of verzorging en huishoudelijke hulp. Met literatuuronderzoek, telefonische enquêtes en ideeën uit het werkveld worden scenario's uitgewerkt en hun consequenties voor financiën, personeel, gebouwen en scholing (De Uitdaging, 11 januari 1999). Hier is dus vooral sprake van een concrete uitwerking van de verschillende mogelijkheden die er zijn om tot een efficiënt ingericht primair proces te komen.



De directeur zegt hier wel ideeën over te hebben maar wil medewerkers bij het proces kunnen betrekken. Hiervoor gebruikt hij een analyse. Hiermee zijn medewerkers te motiveren, is draagvlak te vergroten en is nog meer duidelijk te maken wat de strategie betekent voor de dagelijkse gang van zaken. Om draagvlak extern te vergroten stelt de directeur een klankbordgroep samen voor de stuurgroep, bestaande uit klanten, intermediairen en medewerkers. Ouderenbonden, de RPCP, huisartsen en vertegenwoordigers van de ziekenhuizen zijn hiervoor benaderd. De klankbordgroep heeft de taak voorstellen te becommentariëren, voordat ze door de directie worden vastgesteld. Dit traject levert echter teveel een redenering vanuit de zorgverlener op en te weinig vanuit de patiënt. Daarom start de directeur vervolgens een balanst raining op. 150 medewerkers discussiëren aan de hand van concrete casussen over de balans tussen de eigen wensen en die van de klant (verwoord door klanten). De bedoeling is dat men zo tot zorgvernieuwende elementen komt, die beter afgestemd zijn op de vraag.

Bij de gezondheidsservice is om tot zorgvernieuwing te komen een omgevingsanalyse gedaan en een netwerk/stakeholder analyse. Daartoe is geanalyseerd met welke stakeholders men rekening moet houden of bij welke men draagvlak moet vinden wanneer men een nieuw product wil aanbieden. Men wil bijvoorbeeld 24-uurs alarmering, bereikbaarheid en beschikbaarheid aanbieden en inventariseert hoe en waar men dat het best kan doen (of met wie men dat het best kan realiseren).

In dit geval blijkt dat onder andere te zijn via 1000 seniorenwoningen in Spijkenisse. Zo vindt de directeur vanuit de wens tot zorgvernieuwing steeds meer mogelijkheden om de zorgketen te realiseren. De gezondheidsservice blijkt vooral aan te sluiten op de Stichtingen Welzijn Ouderen (meer dan de andere bedrijfsonderdelen).

Bij ouder- en kindzorg heeft dan reeds een strategische heroriëntatie plaatsgevonden. Het streven is daar naar behoud van het preventieve pakket. De voedingsvoorzorg en dieetadvisering zal een uitbreiding van bepaalde doelgroepen kennen. Ook het maatschappelijk werk heeft nieuwe producten gedefinieerd.

CONCLUSIE

STRATEGIE-IDEE

De directeur krijgt door toepassing van analyses als hij even in de sector zit, snel een beeld van wat er speelt. Hij ontwikkelt duidelijke ideeën over waar hij naartoe wil. Als hij een beeld heeft, komt hij tot een idee voor een strategische koers, namelijk het vormen van een zorgketen. De waardeketenanalyse fungeert daarbij als denkkader. Om het strategie-idee te kunnen implementeren is een goed functionerende organisatie een voorwaarde. In mindere mate fungeert het Portermodel als denkkader voor het idee om een bedrijfsmatig werkende organisatie te krijgen. De kennis van deze analysetechnieken en methoden zorgt er mede voor dat de directeur overzicht houdt en heel gericht vanuit zijn eigen ideeën de organisatie en de omgeving kan benaderen (en uiteindelijk ook sturen). Hij geeft daarbij niet aan dat er een separate rol voor intuïtie is weggelegd, maar wel dat het een rol speelt.



De belangrijkste factoren die een bijdrage hebben aan het strategie-idee van de zorgketen zijn de kennis en ervaring van de directeur in logistiek management en de kennis van de zorg die de directeur snel door middel van veel strategische analyse heeft verworven in de periode dat hij nieuw binnenkwam in de sector. Voor wat betreft bedrijfsmatig werken is de ervaring van de directeur in het bedrijfsleven van belangrijke invloed en ook zijn persoonlijkheid. Hij werkt graag in een organisatie met een “bedrijfsmatige” cultuur.

TOETSFASE

Om extern te toetsen of het idee van de zorgketen aan zou kunnen slaan bij partners in de regio heeft de directeur speciale bijeenkomsten georganiseerd. Ook hierin speelde de strategische analyse een rol. Een omgevingsanalyse en een SWOT-analyse fungeerde enerzijds als een manier om de gesprekken vorm te geven maar ook als een middel waarmee hij al wat mensen kon winnen voor zorgketen-idee. Hier komen dus wat overtuigende elementen in de toetsfase aan de orde. De nadruk ligt echter op toetsing van hoe het netwerk aankijkt tegen een zorgketen. In de organisatie is het idee van de zorgketen niet echt getoetst. De analyse is beperkt opgepakt omdat de interne organisatie steeds meer aandacht vroeg. Wel worden er op het niveau van de functionele eenheid samenwerkingsverbanden aangegaan die als experiment voor de keten kunnen dienen. Ook onderhoudt de directeur steeds contact met het netwerk om mogelijke partners te winnen voor het ketenidee en probeert hij ook het landelijk politieke niveau te bereiken. De wens om bedrijfsmatig te werken is alleen getoetst aan de wensen van de fusiepartners.

MENSEN WINNEN

Om mensen te winnen voor het bedrijfsmatig werken heeft het managementteam in de fusieorganisatie onderhandeld met behulp van het 7S model. Medewerkers van de organisatie zijn gewonnen voor deze manier van werken door het gezamenlijk toepassen van diverse analysetechnieken en modellen per functionele eenheid. Ook de cultuursessies die door de hele organisatie heen zijn gehouden hebben hierin een bijdrage geleverd. Managers zijn vooral gewonnen met behulp van een cultuuranalyse (met de methode van. Quinn) en cultuurtrainingen. Medewerkers van kruiswerk en gezinszorg zijn gewonnen voor de strategie met het culturele web en de thuiszorgwinkel door het toepassen van de Porter analyse.

De strategie wordt eerst vooral op hoofdlijnen uitgewerkt en er wordt geprobeerd mensen te winnen voor deze hoofdlijnen. Echter veel zaken vragen dan nog een verdere uitwerking, wil de strategie rijp zijn voor implementatie. De algemeen directeur probeert in een vroeg stadium draagvlak voor een concretere uitwerking van de strategie te krijgen met behulp van het 7S model. Doordat managers echter onbekend zijn met dit model, lukt dit niet.

De directeur wil vaart houden in het proces en schrijft daarom in “De uitdaging” wat hij van plan is. Daar komen geen tegenreacties maar alleen positieve reacties op zodat alsnog snel met de implementatie kan worden begonnen.



Volgens de directeur is de persoonlijke relatie van belang bij het winnen van mensen voor de strategie. Men moet er vertrouwen in hebben dat de directeur waarmaakt wat hij zegt. Daarbij is het belangrijk een goed verhaal te hebben (overtuigingskracht).

IMPLEMENTATIE

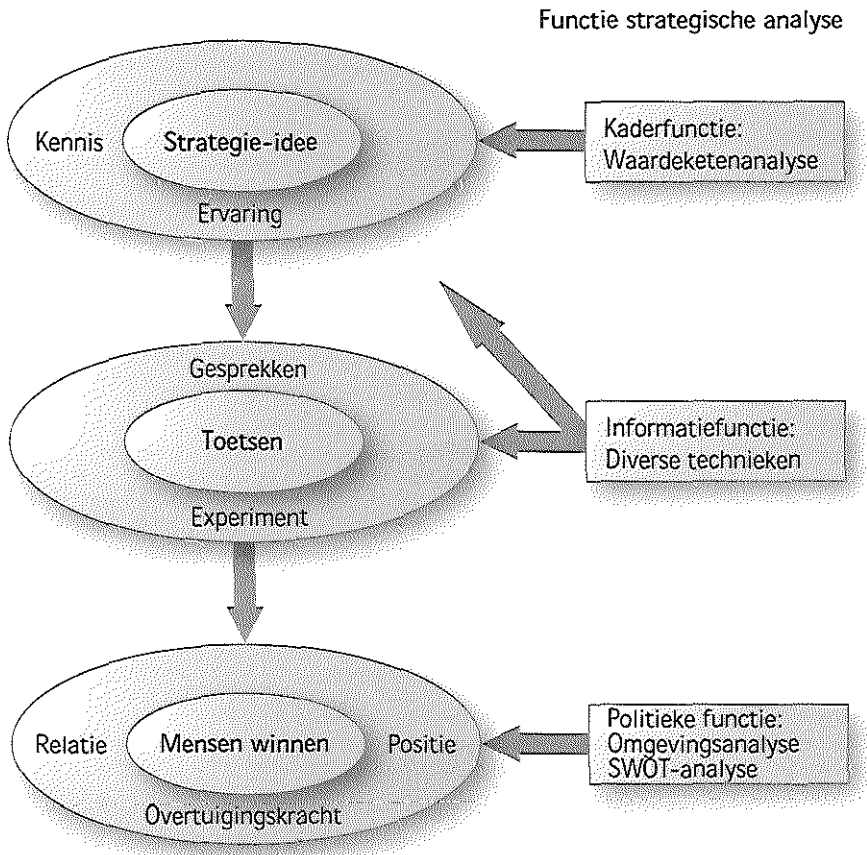
Er komen tijdens de implementatiefase opnieuw overtuigende elementen naar voren, maar dan met name op uitvoerend niveau. Analyse speelt een rol waar het gaat om het nog verder winnen van mensen voor de strategie, het concreter uitwerken van de strategie in de dagelijkse praktijk en het betrekken van medewerkers bij het proces. Een sessie van 150 medewerkers wordt daarbij niet geschuwd. Analyses die vooral een rol spelen zijn de scenario-analyse, een combinatie van de netwerk- en de stakeholderanalyse en een balansanalyse. Tijdens de implementatie heeft de directeur nog steeds een belangrijke rol. Hij moet vooral controleren of de organisatie tijdens de implementatie niet afwijkt van het oorspronkelijke idee. Ook moet hij medewerkers motiveren. De analysetechnieken hebben een bijdrage in het 'koershouden' (door in de analysetechniek te communiceren wat de bedoeling is, zoals bij de balanstraining) en in het motiveren van medewerkers. Opvallend in deze casus is dat er een veelheid van strategische analyse (technieken) wordt toegepast met een veelheid aan redenen. Toen de directeur nieuw in de sector kwam, deed hij dat vooral om een beeld te krijgen van de sector; toen dat bestond paste hij het vooral toe om mensen te winnen voor de strategische koers. De casus is echter niet representatief voor de gezondheidszorg. Over het algemeen past men niet zoveel verschillende technieken toe in de zorg. Ook hebben vele directeurs in de zorg minder deze bedrijfsmatige manier van kijken en werken dan deze directeur (de directeur komt dan ook uit het bedrijfsleven). Dit uit zich met name in het ontwikkelen van en vasthouden aan de eigen visie en het winnen van mensen daarvoor, in plaats van het ontwikkelen van aangepaste ideeën omwille van de overeenstemming. Er zit hierdoor meer vaart in het proces. Deze wijze van handelen heeft echter wel aanpassingsproblemen veroorzaakt voor wat medewerkers. Het was immers een drastische cultuurverandering. Medewerkers die zich helemaal niet in deze manier van werken konden vinden hebben de organisatie dan ook verlaten, en zijn vervangen door medewerkers die meer passen in de cultuur.

Deze casus geeft vooral de mogelijkheid om de veelheid van toepassingen van diverse strategische analysetechnieken op diverse momenten in het proces in beeld te brengen. De vier functies komen aan de orde, waarbij met name een goed beeld ontstaat van de mogelijkheden die het biedt om mensen te winnen voor een strategie. Daarbij is te zien dat het winnen van mensen begint op topniveau en steeds een niveau lager in de organisatie wordt opgepakt. Ook komt in deze casus duidelijk de communicatiefunctie van analysetechnieken in de implementatie aan de orde. Het mensen betrekken bij het proces, motiveren, uitleg geven zodat men weet wat de bedoeling is en het controleren van de vorderingen tijdens de imple-

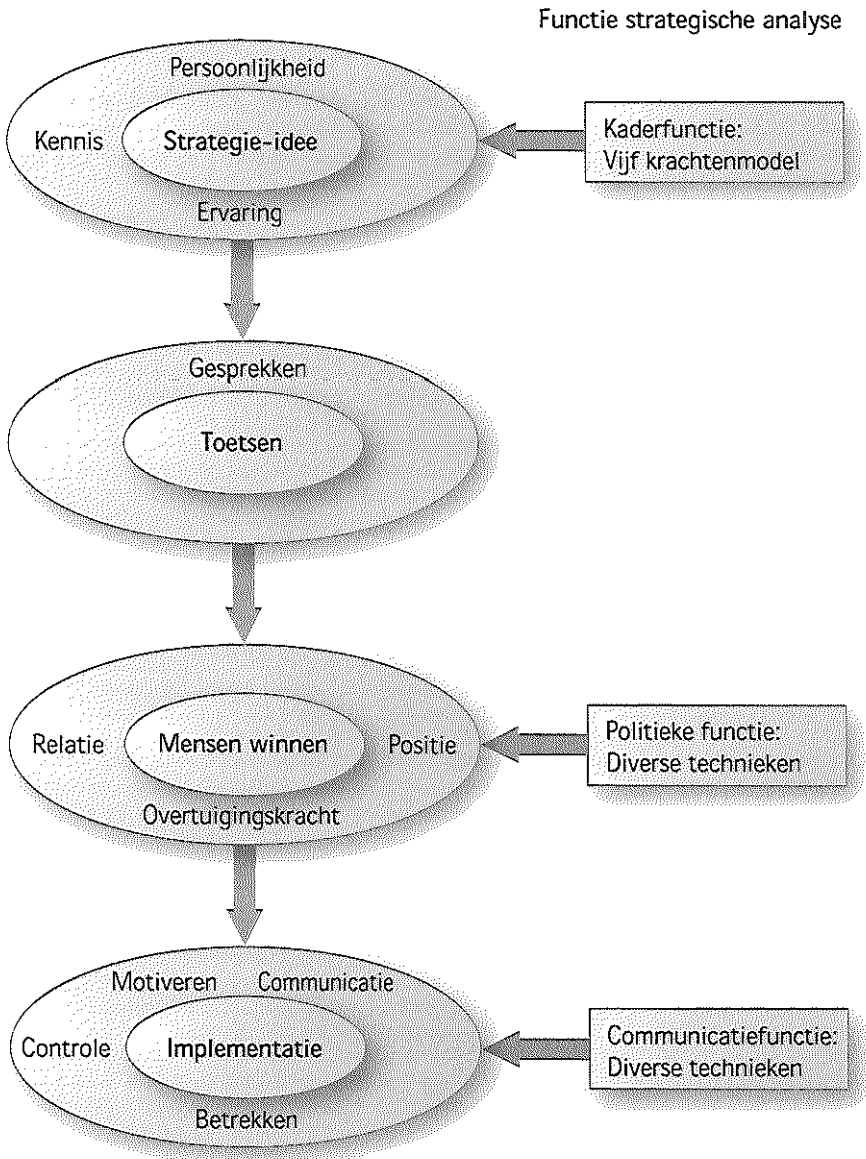


mentatie zodat de organisaties koers houdt, zijn daarin duidelijk te onderscheiden elementen.

Het conceptueel model kan per afzonderlijk 'strategie-idee' worden ingevuld. Eerst wordt het 'zorgketen' idee weergegeven volgens het conceptueel model en vervolgens het idee van 'het bedrijfsmatig werken' (zie figuur 2 en figuur 3).



Figuur 2 Conceptueel model voor het 'ketenidee' van ZWG:



Figuur 3 Conceptueel model voor het idee van bedrijfsmatig werken bij ZWG:



GEBRUIKTE DOCUMENTEN:

- Stichting Gezinsverzorging Voorne-Putten- Rozenburg, Adviesrapport, D. de Jong, N. Storm, R. Verzijl en C. de Vette. mei 1996
- Presentatie Adviestraject Stichting Gezinsverzorging en Maatschappelijk Werk Voorne-Putten-Rozenburg, D. de Jong, N. Storm, R. Verzijl en C. de Vette d.d. 10 en 17 juni 1996
- Stichting Gezinsverzorging en Maatschappelijk Werk Voorne-Putten -Rozenburg, Eindrapport, P. Kroos, C. Nobel, T. van der Veer, M. Zwart. d.d. onb.
- Overeenkomst inzake de realisering van een fusie van stichting Zorg en Welzijn Hoeksche Waard, Stichting Gezinsverzorging en Maatschappelijk werk Voorne Putten en Rozenburg, stichting Kruiswerk Zuidhollandse Eilanden tot de Zorg en Welzijn Groep. Concept d.d. 20 december 1996.
- Referentiekader Zorg en Welzijn Groep, Stuurgroep Zorg en Welzijn concept d.d. 8 april 1997.
- Zorgvuldig samen verder. Communicatieplan voor de Zorg en Welzijn Groep i.o. Bureau patiënten en consumenten informatie. Vanaf april 1997.
- Voorbereid de toekomst tegemoet. Beleids- en Werkplan zorg en welzijn groep 1998/1999. Mei 1998
- Offerte voor werkconferenties en trainingen in het kader van een cultuurveranderingsproject binnen Zorg en Welzijn Groep, 26 juni 1998
- Programma en voorbereiding beleidsbijeenkomst thuiszorgwinkel, Compliance consult, 2 september 1998.
- Verslag beleidsbijeenkomst thuiszorgwinkel, Compliance consult, 2 september 1998.
- De uitdaging. Hoofdlijnen van de visie en strategieontwikkeling van de Zorg en Welzijn Groep, 11 januari 1999.
- Nota cultuuranalyse "Het culturele web van de Zorg en Welzijn Groep, mei 1999.

ACTIVITEITEN:

- Interview met de algemeen directeur, d.d. oktober 1997
- Observeren strategiebijeenkomst Thuiszorgwinkel 2 september 1998
- Telefonisch interview d.d. 21 december 1998
- Diverse tussentijdse gesprekken april-juni
- Interview met de manager algemene zaken 14 juli 1999
- Interview met de beleidsmedewerker, 15 juli 1999
- Interview met lid van de Raad van Toezicht, 16 augustus 1999
- Afrondend interview met de algemeen directeur 7 oktober 1999



Bijlage 11 Casusbeschrijving: Sint Franciscus Gasthuis

DE ORGANISATIE

Het Sint Franciscus Gasthuis (SFG) is met 613 bedden een groot algemeen ziekenhuis. Het ligt op de noordoever van Rotterdam. Het primaire adherentiegebied van het SFG is de gemeente Rotterdam, en dan vooral de noordelijke oever (in het bijzonder de deelgemeenten: Kralingen-Crooswijk, Noord, Hilligersberg-Schiebroek, Overschie) en de drie B-gemeenten (Berkel en Rodenrijs, Bleiswijk en Bergschenhoek). “Bezien vanuit de optiek van marktaandeelen is 30% van Rotterdam (noordelijke oever) georiënteerd op het SFG. Voor de drie B-gemeenten is dit ruim 50% (SIG, 1997)”. “Vrijwel alle specialismen zijn aanwezig en het SFG levert dan ook een breed zorgpakket. Het heeft 18 poortspecialismen en 49,95 fte erkende specialistenplaatsen (SIG, 1997)”.

Om een beeld te krijgen van de situatie waarin het ziekenhuis verkeert op het moment dat de onderzoeker de organisatie binnenkomt is het belangrijk iets van het verleden te kennen. Er zijn diverse strategie-ideeën uitgezet die nog gevolgen hebben voor de huidige koers van het ziekenhuis. Hieronder zal de achtergrond van de strategie-ideeën aan de orde komen:

- In 1994 zat het ziekenhuis behoorlijk in de rode cijfers en ervoer het een teruglopend marktaandeel. Het ziekenhuis had grote ambities; het deed veel moeilijke en dure verrichtingen die een academisch ziekenhuis niet zouden misstaan. De huidige directie is met de medewerkers gaan nadenken over wat voor een soort productie men leverde in dit ziekenhuis en welke positie men had. Dit is een bewustwordingsproces geweest dat in 1996 leidt tot de conclusie dat men “een groot stadsziekenhuis is, dat zorg draagt voor een 24-uurs spoedeisende hulp en streeft naar het aanbieden van alle vormen van zorg” (beleidskader “op naar het jaar 2000”, juli 1996). Tevens concludeert men in het beleidskader dat de opleidingsfunctie van het ziekenhuis belangrijk is. De financiële tekorten zijn dan inmiddels weggewerkt en het ziekenhuis gaat er vanaf dat moment financieel steeds beter voorstaan. De conclusie dat men een groot stadsziekenhuis is blijft vanaf die tijd gehandhaafd.
- Door de medische staf zijn in het Beleidskader “op naar 2000” (juli 1996) op basis van reeds aanwezige kennis en kunde vanuit historische ontwikkelingen de volgende speerpunten geformuleerd: de ziekten van het bewegingsapparaat, oncologie, nierziekten en high care. De bedoeling is op dat moment dat het ziekenhuis zich verder op deze speerpunten gaat profileren. Men erkent verder dat de verloskunde en neonatologie door de Rijksopleiding voor Verloskundigen (SROV) die in het SFG is gehuisvest reeds een duidelijke positie heeft. Later blijkt dat met de uitspraken in het beleidskader (1996) over de speerpunten en verloskunde en neonatologie de discussie rond de speerpunten nog niet is afgerond. Op de najaarsconferentie van 1998 presenteert het cluster ‘moeder en kindzorg’ zich met een beleidsplan en de resultaten uit een gedegen SWOT-analyse zodanig goed, dat het als speerpunt in een versnelling terechtkomt. Het had het tij mee: het SFG heeft sinds enkele



jaren reeds (1990) de SROV in huis, verloskunde en neonatologie worden al tot speerpunt benoemd in het kader van samenwerkingsbesprekingen (zie punt 5), 'moeder- en kindzorg' heeft goede specialisten in huis en met dit specialisme kan men inspringen op de groeiende vraag vanuit de groep allochtonen die het ziekenhuis als stadsziekenhuis aandoet en de drie B-gemeenten (beide populaties kennen veel jonge mensen, die kinderen krijgen). Gevolg is dat iedereen het speerpunt 'moeder en kindzorg' als een vanzelfsprekendheid gaat zien.

De vorige directie had de spoedeisende eerste hulp (SEH) reeds tot speerpunt benoemd. Er bleef wel weerstand tegen, omdat het veel extra tijd en voor een aantal specialismen veel acute gevallen oplevert. De precieze overwegingen zijn niet bekend. Aanleiding was het verdwijnen van een drietal ziekenhuizen in de omgeving. Daardoor ontstond behoefte aan een ziekenhuis dat dit op zich zou nemen. Het SFG heeft hiervoor gekozen omdat het een belangrijk onderdeel is van het arsenaal van zorgproducten dat een groot stadsziekenhuis moet leveren.

In februari 1999 benoemt de directie moeder en kindzorg, dialyse, het bewegingsapparaat en oncologie tot speerpunten. De discussie over de speerpunten krijgt na februari echter nog een gevolg.

- Een derde strategische koers die wordt ingezet betreft samenwerking met verpleeghuizen. Al in 1992 blijkt dat naar aanleiding van een onderzoek van een aantal chirurgen (in jaarverslag 1997) 5% van de bedden wordt bezet door patiënten die geen medische of verpleegkundige zorg meer nodig hebben (verkeerde bedproblematiek). Samenwerking met verpleeghuizen zou dit probleem kunnen verminderen door een betere en snellere doorstroming van patiënten naar verpleeghuizen te realiseren. In eerste instantie werkt het ziekenhuis samen met de verpleeghuizen Schiehoven en de Wilgenplas (Jaarverslag 1997). "In 1995 gaat men een samenwerking aan met het Reumaverpleeghuis om daar CVA-patiënten te kunnen behandelen" (Jaarverslag 1997). De samenwerkingsrelaties zijn een belangrijk onderdeel van de koers van het SFG.
- In 1997 is men begonnen met het wijzigen van de organisatiestructuur in een clusterstructuur met het doel het SFG te laten functioneren als medisch geïntegreerd bedrijf om zo de kans tot consensus tussen management en specialisten te vergroten (1 januari 1998 is de nieuwe organisatiestructuur ingevoerd) en een organisatorisch beter functionerend ziekenhuis te verkrijgen. Er zijn 6 zorgclusters samengesteld uit een aantal specialismen, geleid door een medisch manager (een specialist) en een manager bedrijfsvoering en twee ondersteunende clusters met alleen een manager bedrijfsvoering. Ieder clustermanagement is verantwoordelijk voor de productie en een daarbij horend budget en het kwaliteits- en personeelsbeleid van het cluster. De nieuwe structuur loopt echter in de uitvoering nog niet helemaal naar wens. Er is sprake van eilandvorming (iedereen is vooral met zijn eigen cluster bezig en niet met de gehele organisatie) en onduidelijkheid in taken. Medisch managers



hebben geen mandatering van hun achterban om voor hen te mogen spreken en niet iedere medisch manager beschouwt dit ook als zijn taak.

- In 1998-1999 heeft het SFG een mislukt samenwerkingstraject achter de rug met het Havenziekenhuis in Rotterdam. Dit traject was ingezet op initiatief van het Havenziekenhuis ondersteund door een organisatie-adviesbureau. Het was een initiatief van het Havenziekenhuis. Ze had een partner nodig omdat ze als zelfstandig ziekenhuis te klein was om overeind te blijven. Het SFG begon er echter gedurende het proces steeds meer in te zien, omdat ze daardoor onder andere nieuwe mogelijkheden voor het benoemen van speerpunten zou krijgen. Reden voor de mislukking is volgens een conceptrapport 'strategische visie' (april 1999): "dat er een verschil van inzicht bestond tussen het SFG en het Havenziekenhuis over de intensiteit van de samenwerking. Het Havenziekenhuis dacht niet verder te hoeven gaan dan een samenwerking op met name facilitair gebied, terwijl het SFG een ziekenhuisbrede samenwerking voor ogen had" (Concept strategische visie SFG, 13 april 1999). Tijdens besprekingen in het kader van de samenwerking worden "de diagnostiek en behandeling van het bewegingsapparaat, reumatologie, nierziekten, oncologie, verloskunde en neonatologie" tot speerpunten benoemd (Boer en Croon, Zicht op samenwerken, 11 augustus, 1998). Het is dan nog niet helder welke specialismen nu wel en niet speerpunt zijn, en wat dat dan precies betekent.

DE DIRECTIE

Er is een tweehoofdige directie, een directeur algemene zaken en een directeur medische zaken. De directeur algemene zaken is vanaf medio 1994 directeur, heeft een bedrijfskundige achtergrond en is directeur geweest van het ziekenhuis "De Baronie" te Breda. Hij heeft dus een lange ervaring met het ziekenhuisdirecteurschap. De directeur medische zaken is sinds 1992 directeur van het SFG. Hij is huisarts geweest en heeft het geneeskundig onderwijs aan de Universiteit Maastricht opgezet. De directieleden houden zich gezamenlijk bezig met de strategie van het ziekenhuis en ervaren op dat gebied vrijwel altijd consensus te hebben.

NADENKEN OVER DE POSITIE WEGENS EEN GEWIJZIGDE SITUATIE

Er is op het moment dat de onderzoeker binnenkomt (februari 1999) geen sprake van één overkoepelende en voor iedereen heldere strategie, maar van diverse strategie-ideeën, die ad-hoc of zeer langzaam ontstaan en naar gelang de actuele situatie versnellingen of vertragingen oplopen en soms elkaar daarin beïnvloeden. Een voorbeeld van inspringen op de actuele situatie was het ingaan op de samenwerkingsbesprekingen met het Havenziekenhuis.

Het idee van het benoemen van speerpunten is een voorbeeld van een strategie-idee dat zich langzaam heeft ontwikkeld en verschillende concrete formuleringen heeft gekend. Hoe deze strategieën naast elkaar bestaan en elkaar beïnvloeden komt hierna aan de orde.

De directie geeft niet duidelijk aan wat ze wil. Wel probeert ze in februari 1999 een strategische koers uit te zetten als bekend wordt, dat de besprekingen in het



kader van samenwerking met het Havenziekenhuis op niets uitlopen. De mislukte poging tot samenwerking geeft aanleiding tot de vraag: "hoe moeten we ons positioneren in het veld?" in termen van speerpunten, in termen van alleen verder gaan of met een andere zorgorganisatie, maar ook in termen van bedden in het kader van ontwikkelingen rond de regiovisie. In het ontwerp van de regiovisie staat een beddenvermindering van ten minste 25 % in de regio centraal (de 2,8% norm die na 2005 zelfs op 2,0% zou kunnen uitkomen) (VWS, 11 augustus 1998). De directie wil graag zelf tot een strategische visie komen in plaats van te moeten afwachten wat er wordt bedacht in de regio in het kader van de regiovisie (conceptbeleidsplan, april 1999).

Door het mislukken van de samenwerking komen de verhoudingen in de directe omgeving anders te liggen. Het gaat daarbij vooral om de noordoever van Rotterdam, omdat de rivier een natuurlijke scheidslijn is tussen ziekenhuizen op de noord- en zuidoever. Het Havenziekenhuis zal een andere positie kiezen omdat ze reeds erg klein is om als zelfstandig ziekenhuis te kunnen blijven bestaan, en ze door eventuele beddenreductie nog kleiner wordt. De directie verwacht dat het Havenziekenhuis met het IJsselland zal samen gaan. Als dit gebeurt, zullen twee ongeveer even grote ziekenhuizen naast elkaar bestaan. De directie van het SFG denkt in eerste instantie (een week na het afbreken van de samenwerkingsbesprekingen) aan zelfstandig als ziekenhuis verder gaan en overweegt geen intensieve samenwerking meer, maar staat er in principe wel open voor. Ze onderhoudt wel contacten met andere zorgaanbieders omdat ze op dat moment denkt aan een verdere uitbouw van de reeds bestaande kleinschalige samenwerking met de andere partijen in verband met de regiovisie.

Het probleem van de beddenvermindering staat hoog op de lijst. Uit stukken van de verzekeraar met betrekking tot de regiovisie blijkt dat de verzekeraar het beddenaantal van het SFG wil terugbrengen van 613 naar 470 (2,8% norm op basis van adherentie van 2005; uitgaande van de 2% norm zou het om 336 bedden gaan) (Zorg in perspectief, september 1998). De directie is wel bereid een aantal bedden in te leveren. Ze wil daarbij niet afwachten wat er in het kader van de regiovisie gebeurt, maar zelf de eerste de stap zetten. Een verkorting van de verpleegduur (mede door technische mogelijkheden en het verminderen van de achterdeurproblematiek) en uitbreiding van het aantal dagbehandelingen maken het verminderen van het aantal bedden mogelijk. Ook kan het SFG bedden missen vanwege een renovatie en herindelings van het gebouw waarbij minder bedden op een kamer worden geplaatst. Een andere reden waarom men bij het SFG niet zo aan bedden hecht is de verwachting dat bedden als budgetparameter zullen verdwijnen (op basis van uitspraken van de minister). Daarvoor in de plaats komen de erkende en te erkennen medisch specialistische functies in het ziekenhuis. De uitbreiding en inkrimping van deze functies zal worden bepaald aan de hand van adherentiecijfers en benchmarkgegevens (brief van de minister van VWS aan COTG, 8 december 1998).

De directie wil zich graag richten op behoud van het huidige marktaandeel en het liefst groei van adherentie in de drie B-gemeenten. Aangezien de bevolking groeit



(de adherente bevolking van het SFG zal met ongeveer 17,5% toenemen; concept strategische visie SFG, 13 april 1999), moet men meer productie leveren om het marktaandeel in het primaire verzorgingsgebied te kunnen behouden. Om dit te kunnen bewerkstelligen met minder bedden moet de verpleegduur omlaag en het aantal dagbehandelingen omhoog. De verpleegduur kan voor een deel omlaag door technologische aanpassingen, maar ook door het oplossen van de verkeerde bedproblematiek. "In 1997 vallen 18 ziekenhuisbedden onder de (financiële) titel 'verkeerde bed'" (SIG, 1997). Door deze patiënten buiten het ziekenhuis in care voorzieningen te plaatsen kan de verpleegduur voor het ziekenhuis worden verkort. Er bestaan al een aantal afspraken hiertoe met verpleeghuizen, maar afspraken in het kader van deze 'achterdeurproblematiek' moeten worden geïntensiveerd. De directie denkt daarbij voornamelijk aan het verbeteren van de relatie met het Reumaverpleeghuis om vervolgens een gedeelte van 'de achterdeurproblematiek' met hen op te lossen.

Echter degenen die de productie moeten leveren zijn specialisten. Niet alle specialisten zijn voor een hogere productie, mede vanwege de bestaande betalingswijze. De specialisten hebben geen direct voordeel bij het verhogen van de productie, omdat ze er niet per definitie meer honorarium voor krijgen. Tevens zijn nog veel specialisten vrijgevestigd in het ziekenhuis. Verbetering in de organisatiestructuur geeft mogelijkheden gerichtere afspraken met specialisten hierover te kunnen maken.

DE FUNCTIE VAN STRATEGISCHE ANALYSE IN DE EERSTE FASE NADER BELICHT

De directie gebruikt strategische analyse als een denkkader. De directeur algemene zaken denkt vanuit zijn achtergrond als bedrijfskundige vooral bedrijfsmatig. Informatie over hoe de markt van het SFG eruit ziet en zal komen te zien (demografische ontwikkelingen) speelt dan ook een belangrijke rol in de strategiebepaling. Hiervoor wordt onder andere gebruik gemaakt van het SIG. Het SIG maakt op verzoek een analyse naar aanleiding van vragen van de organisatie. De directie heeft in december 1998 aan het SIG een aantal zaken gevraagd:

- Hoe de patiëntenstromen lopen in de verzorgingsgebieden en wat het marktaandeel van het SFG is en welke ontwikkelingen met betrekking tot het marktaandeel in het verzorgingsgebied te verwachten zijn.
- Wat de adherentie is en waarom de klinische adherentie in 1997 3000 hoger ligt dan de poliklinische (bekend op basis een SIG rapportage voor de stichting Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen).
- Hoe het ziekenhuis zich ten opzichte van het landelijk gemiddelde verhoudt wat betreft het ziekenhuisgebruik, de productie, het aantal polikliniek bezoeken, het aantal dagverplegingsdagen, gemiddelde verpleegduur, aantal patiëntengroepen en eventuele andere zaken.
- In hoeverre de verkeerde bedproblematiek de verpleegduur beïnvloedt, en of oudere patiënten een afwijkend specialisme, diagnose of verrichtingenprofiel hebben en welke verschuivingen er mogelijk zijn van kliniek naar dagverpleging.



De cijfers geven voor de directie richting aan de vraag welke koers de organisatie moet varen, maar zijn ook toetsend in hoeverre bepaalde vooronderstellingen over de positie van het ziekenhuis in de markt kunnen worden bevestigd.

Bovendien spelen de plannen van verzekeraars en de overheid een belangrijke rol. De directie acht de wensen van deze stakeholders van groot belang. Bij het komen tot een strategische visie luistert ze goed naar wat verzekeraars en overheid willen en houdt hier rekening mee. Ook luistert men goed naar interne stakeholders, met als belangrijke groep de specialisten.

TOETSEN EN DRAAGVLAK VERKRIJGEN VOOR STRATEGIE-IDEEËN

De directie voelt een grote afhankelijkheid van diverse interne en externe stakeholders. Door voortdurend te luisteren naar stakeholders en met ze te praten, kan de directie bepalen hoe stakeholders een door haar gewenste koers zullen opvatten. De directie probeert zoveel mogelijk rekening te houden met verschillende partijen om te voorkomen dat in een latere fase strategie-ideeën weer moeten worden stopgezet vanwege tekort aan draagvlak. Iets wat in het verleden vaker is gebeurd. Men speelt daarom zoveel mogelijk op zeker.

Om tot een strategische koers te komen, die meer is dan wat zinnen op papier, is het nodig draagvlak te verwerven. Voor een gedeelte van de koers, namelijk voor het oplossen van de achterdeurproblematiek, moet de directie extern de mogelijkheden toetsen en draagvlak verwerven. Hiertoe belegt ze met het Reumaverpleeghuis een tweedaagse. Directies en beleidsmedewerkers van beide partijen zijn aanwezig (9 en 10 maart 1999). Het SFG tast af of, en zo ja waartoe, het Reumaverpleeghuis bereid is als het gaat om samenwerking om de achterdeurproblematiek te verminderen. Ook toetst ze de bereidheid tot eventuele verdere intensivering van samenwerking (zelfs aan fusie wordt wel gedacht, maar dit wordt weinig echt uitgesproken). Veel aandacht is er daarbij voor de onderlinge relatie. Deze tweedaagse verloopt goed en resulteert in een toezegging van beide kanten tot een intensievere samenwerking en in de afspraak dat het Reumaverpleeghuis diverse patiëntengroepen kan opnemen, waardoor een gedeelte van de achterdeurproblematiek is op te lossen.

Vervolgens houdt de directie een bijeenkomst op 12 maart 1999 om met een aantal mensen van het managementteam (het hele managementteam bestaat uit 25 personen en dat is vrij groot) de strategische visie voor te bespreken. De bedoeling is op de voorjaarsconferentie met het breed managementteam een conceptbeleidsplan neer te leggen die na de voorjaarsconferentie definitief wordt.

Het klein managementteam bestaat uit de directie, het hoofd stafbureau en een aantal managers bedrijfsvoering en medisch managers, zo samengesteld dat ieder cluster vertegenwoordigd is. Officieel heeft dit gremium geen besluitvormingsbevoegdheid, omdat dit aan het grote managementteam is voorbehouden. Hoe de voorbespreking door het groot managementteam zal worden ontvangen is afwachten.

Bij de kleine managementteamvergadering is een organisatie-adviseur ter ondersteuning van het proces. Er liggen heel wat stukken ter voorbereiding: de SIG



cijfers, stukken van de inmiddels herroepen samenwerking met productiecijfers, sterke en zwakke punten met betrekking tot specialismen en plannen van provincie, VWS en de verzekeraar. Er zijn ook wat krantenberichten toegevoegd, waarin de wens van VWS om te komen tot topklinische voorzieningen staat vermeld.

De beleidsmedewerker houdt eerst een inleiding waarbij hij globaal de externe en interne ontwikkelingen, het beleid van de overheid, de provincie en de verzekeraar schetst. De directeur algemene zaken geeft een inleiding, waarin hij een berekening laat zien met het aantal bedden. Hij rekent voor hoeveel bedden het SFG heeft na de verbouwing en rekent vervolgens een aantal mogelijke productiecijfers voor. Het SFG moet hierover onderhandelen met de verzekeraar, maar uit informatie die de directie heeft uit het netwerk, verwacht ze haar wensen haalbaar.

De directie vertelt na het verhaal over de productiecijfers in de plenaire discussie, hoe ze denkt over eventuele strategische allianties. Het blijkt niet goed mogelijk in Rijnmond om zaken te doen met het netwerk vindt de directie. Schieland/Holy is een sterke club, het academische ziekenhuis is intern gericht, het Havenziekenhuis gaat misschien met het IJsselland en met het IJsselland zou men rationeel wel kunnen samenwerken maar emotioneel is de situatie niet zodanig dat men direct denkt aan intensieve samenwerking. Wel zijn er nog steeds besprekingen met beide ziekenhuizen.

De organisatie-adviseur zegt te verwachten dat het IJsselland met het Havenziekenhuis zal gaan samenwerken en stelt voor nog eens te overwegen met het IJsselland samen te gaan. Ook oppert hij de mogelijkheid om met het academisch ziekenhuis samen te werken.

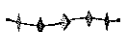
Vervolgens doet men een SWOT-analyse. Groepjes moeten afzonderlijk kansen en bedreigingen, sterkten en zwakten gaan formuleren. Plenair neemt men deze punten samen. De adviseur noteert ze als ze door beide groepen zijn genoemd, of als men ze belangrijk vindt. Het gaat dan om de volgende kansen:

- De uitbreiding van de adherente bevolking;
- Ontwikkelen van nieuwe zorgproducten in het kader van de derde compartimentzorg en zorgvernieuwing;
- Verbetering van de organisatie van de achterdeur;
- Profilering op het gebied van bijzondere functies en stads-EHBO;
- Toename van het aantal tot de etnische minderheden behorende bevolkingsgroepen.

Bedreigingen zijn:

- Beperkte organisatie van de nazorg;
- Knelpunten op de arbeidsmarkt;
- Verlies aan positie/imago in de regio;
- 'Zwalkend' beleid van de zorgverzekeraars;
- Bezuinigingen en verandering van het financieringssysteem.

(Concept strategische visie, 13 april 1999)



Verder inventariseert men interne sterke en zwakke punten door deze door ieder afzonderlijk te laten benoemen. De elementen van het 7S-model (bijvoorbeeld de structuur, de systemen, de cultuur en de normen en waarden) fungeren als categorieën waar betrokkenen sterke of zwakke punten in onder kunnen brengen. De organisatie-adviseur concludeert, evenals de medewerkers, dat er nog veel interne problemen zijn met betrekking tot de verhouding tussen management en de medisch specialisten. Zo wil men wel inspelen op het vergroten van de adherentie in de drie B-gemeenten, maar dat blijkt moeilijk te realiseren. Ook concludeert de adviseur dat er nog problemen zijn met de beschikbare managementinformatie en het PR-beleid.

Naar aanleiding van de sessie wordt een concept strategische visie geschreven voor de voorjaarsconferentie. Het concept dient te worden aangepast naar aanleiding van de discussie in het groot managementteam en zal vervolgens aan de Raad van Toezicht en de Ondernemingsraad worden voorgelegd (concept strategische visie, 13 april 1999). In dit conceptplan staat onder andere weergegeven wat in de discussie aan de orde is gekomen. De demografische ontwikkelingen, de adherentie en daaraan gekoppeld de verandering in zorgvraag, het beleid van de overheid en zorgverzekeraars evenals de arbeidsmarktproblematiek worden behandeld (een bureau-analyse van het stafbureau directie). De zwaartepunten in de medische zorg zijn op de gebieden: bewegingsapparaat, nierziekten, high-care-IC, CCU, en neonatologie en verloskunde (moeder en kind).

Tevens wordt het probleem geschetst dat het medisch geïntegreerd bedrijf nog niet optimaal werkt. Ook is de conclusie dat de positie van de medische staf nog niet helder is, dat het SFG-gevoel begint te verdwijnen en dat het SFG een in zichzelf gekeerd imago heeft. Positieve punten die genoemd worden zijn: dat er een einde aan de financiële problemen is gekomen en dat er diverse samenwerkingsrelaties bestaan. Dit zijn de punten die op de voorbereidingsdag aan de orde zijn gekomen. Als 'doelstellingen en strategie' zijn missie-achtige uitspraken geformuleerd, zoals "De essentie van SFG is het verlenen van klinische- en poliklinische zorg aan patiënten, die zich daartoe aanmelden of laten aanmelden" en "Het SFG heeft zich op basis van de aanwezige kennis en kunde ontwikkeld in de richting van een opleidingsziekenhuis. Het SFG hecht grote waarde aan deze positie en zal de patiëntenzorg ten dienste stellen van opleiding op medisch, medisch-ondersteunend, verpleegkundig en paramedisch gebied (conceptbeleidsplan, 13 april 1999)".

Er is uitgewerkt wat de hoofddoelstelling zou moeten betekenen voor de relatie met belangengroepen (patiënten en hun naasten, medewerkers, verwijzers, overheid, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties). Bijvoorbeeld dat men patiënten en bezoekers respectvol zorgvuldig en wellevend bejegt, dat medewerkers steun en vertrouwen krijgen, dat men met verwijzers en andere instellingen een goede samenwerkingsrelatie onderhoudt en dat men zorgvormen dichtbij de woonomgeving van de patiënt ontwikkelt. Het is een veelheid aan aandachtspunten die verder niet op de voorbereidingsdag aan de orde zijn gekomen.



De resultaten van de SWOT zijn aan het 'concept strategische visie' toegevoegd. Er staat dus nog niet concreet in het concept wat men van plan is.

Voor de voorjaarsconferentie is ten behoeve van de strategische visie een puntenlijstje bijgevoegd waarover de leden van de voorjaarsconferentie moeten nadenken (memo 14 april 1999 van hoofd stafbureau aan leden van het managementteam). Daarin staan de vragen:

- "Welke punten mist u in termen van sterktes, zwakten, kansen en bedreigingen?"
- "Wat worden onze speerpunten tot het jaar 2005?"
- "Welke strategische allianties gaan wij aan? Hierbij zal ook antwoord moeten worden gegeven op de vraag of wij al dan niet gaan samenwerken met het IJsselland ziekenhuis."
- "Welke omvang van SFG streven wij na op een termijn van tien jaar en gaan wij buitenpoliklinieken tot stand brengen?"
- "Welke activiteiten gaan wij ontwikkelen op het gebied van de derde compartimentzorg?"

Ook ligt de provinciale visie er ter informatie.

Op de voorjaarsconferentie zijn echter eerst een hoop andere zaken af te handelen waar diverse stukken voor liggen. De positie van de medische staf is een belangrijk onderwerp, de begrotingsprocedure en 'het beddenschuifplan'.

Op de vergadering gaat veel aandacht uit naar de relatie tussen management en medisch specialisten. Deze moet verbeteren om überhaupt tot uitvoering van lange termijn beleid te kunnen komen. Er is nog behoorlijk wat wantrouwen van de kant van de medisch specialisten ten opzichte van het management en de directie. Veel medisch specialisten zijn bang dat als ze macht aan managers overdragen ze daar zelf op achteruit zullen gaan. Ze hebben het gevoel dat de directie vooral dicteert wat er moet gebeuren. Het honorariumvraagstuk is verder voor veel specialisten heel belangrijk. De specialisten willen verzekerd zijn van een goed honorarium voor ze verder praten. Ze worden door het huidige systeem niet automatisch beloond voor harder werken. De directie en de managers zijn het feit dat het vooral over honoraria gaat een beetje moe. Dit probleem levert dan ook veel discussie op, zowel in groepjes door het benoemen van positieve en negatieve punten, als plenair.

De organisatie-adviseur sluit uiteindelijk de discussie af door te laten stemmen over de vraag of er een projectgroep mag komen, die de problemen moet gaan oplossen (een reeds door de directie gedaan voorstel op 4 maart 1999). Stemmen is iets wat niet gebruikelijk is binnen het SFG, maar wel een gericht middel tot besluitvorming blijkt te zijn. Men stemt ten gunste van de projectgroep. Uiteindelijk blijft er toch maar weinig tijd over van de twee dagen om de strategie te bespreken, namelijk (de laatste) twee uur.

De directie vertelt nogmaals het verhaal van de beddenvermindering en de mogelijk te halen productie (zoals op de vergadering van 12 maart 1999). Discussiegroepjes gaan praten over de speerpunten, welke omvang het SFG moet hebben en welke strategische allianties het SFG moet aangaan. De opdracht tot het doen



van aanvullingen op de reeds gemaakte SWOT is weggefallen wegens tijdsgebrek. De afzonderlijke groepjes rapporteren hun bevindingen in de plenaire vergadering. Eén groepje stelt een strategische alliantie voor met het IJsselland.

Een ander groepje heeft de voorkeur voor het alsnog intensief samenwerken met het Havenziekenhuis maar dan onderlangs. Ook is er een groepje dat een trio voorstelbaar acht.

Als speerpunt noemt een groepje: vaatchirurgie, SEH, moeder en kindzorg, het bewegingsapparaat en de opleiding. Een ander groepje noemt de dialyse, het bewegingsapparaat, SEH, traumatologie, het poliklinisch diagnostisch centrum, het derde compartiment en een huisartsenpost, als speerpunten. Een derde groepje wil de SEH als speerpunt, de drie B-gemeenten, de verwijzers, secundaire arbeidsvoorwaarden tegen de arbeidsproblematiek en een marktonderzoek naar de wensen van de patiënt. Er is discussie over wat überhaupt een speerpunt is, of dit bijvoorbeeld alleen medisch is of niet. Wat betreft de omvang wil het groepje met de directeur algemene zaken, het getal dat uit de door de directie gepresenteerde berekening kwam. Een ander groepje vindt dat de omvang zodanig moet zijn dat er behoud is van adherentie.

De adviseur heeft een rol van objectiviteit en onafhankelijkheid en dat is belangrijk als het beladen onderwerpen betreft. Zo wordt voorkomen dat medewerkers teveel een stempel van de directie (bedoeld of onbedoeld) op de vergadering voelen drukken. De adviseur heeft een positieve invloed op het nader tot elkaar komen van medisch specialisten en managers.

HET VERGROOTGLAS OP DE FUNCTIE VAN DE STRATEGISCHE ANALYSE

Strategische analyse speelt een beperkte toetsende rol, vooral zoals hierboven aan de orde gekomen in de vorm van demografische analyses en markt- en middelenanalyses. Bij de tweedaagse met het Reumaverpleeghuis, waar de directie aftast waar het verpleeghuis toe bereid is bij het oplossen van de achterdeurproblematiek, speelt strategische analyse een marginale rol. De beide partijen geven alleen een globaal idee van waar ze staan. Het Reumaverpleeghuis gebruikt hiervoor wel het vijfkrachten model van Porter. Ook komt aan de orde hoe de markt eruit ziet van beide aanbieders, maar men ervaart te weinig exact de markt te kunnen bepalen en men heeft dan ook behoefte aan marktonderzoek. Om tot afspraken te kunnen komen over welke patiëntengroep het Reumaverpleeghuis gaat opnemen, vermeldt de reumatoloog van het SFG om welke patiënten, met welke aandoeningen het precies gaat. Bij de tweedaagse gaat het voornamelijk om het aftasten en het verbeteren van de relatie en een deel om onderhandelen over op welke wijze beide instellingen iets voor elkaar kunnen betekenen. Een gedetailleerde analyse wordt niet opgezet.

Intern speelt de strategische analyse een rol voor het verkrijgen van draagvlak voor de strategie. Ten eerste in de vorm van een SWOT-analyse. Op de voorbereidende vergadering voor ontwerp van de strategische visie leidt de organisatieadviseur de SWOT-analyse, met gebruikmaking van enkele elementen uit het 7S-model. Het is een manier van samen nadenken over strategische zaken, uit de



sfeer van het dagelijks werk. Het levert niet echt nieuwe gezichtspunten op. De nadruk ligt op de discussie en minder op de confrontatie van de resultaten en verdere gevolgen daarvan. Het is vooral bevestigend voor wat men in de organisatie reeds ervaart, namelijk dat de nieuwe organisatiestructuur nog niet goed functioneert. Ook tijdens de werkconferentie doet men weinig met de uitkomsten van de SWOT-analyse. Wel heeft het presenteren van de analyse een informerende functie als inleiding op verdere discussie over de concrete strategische vragen die ter tafel liggen. De omgevingsanalyse door het stafbureau directie (een bureau-analyse) over het beleid van de overheid, provincie en verzekeraar is bij de voorbereiding van de werkconferentie vooral een warmloper voor de SWOT-analyse. De directeur algemene zaken ervaart de functie van de SWOT niet zozeer als een middel om op nieuwe ideeën te komen maar vooral als een manier om samen na te denken. Dat is leuk en creëert meer strategisch bewustzijn bij medewerkers. Het heeft ook een functie in het betrekken van medewerkers bij het proces, waardoor mensen gemotiveerd raken zich voor de strategie in te zetten. Ook verlicht 'het analyseren' de spanning tussen management en medisch specialisten.

De analyse van middelen (bedden) en de mogelijkheden voor productie is een uitwerking van het strategie-idee van de directie. Door het te presenteren in het kleine managementteam werkt het vooral overtuigend. Het is een heel scherp verhaal en het 'voorbereidingsteam' accepteert het op het eerste gezicht. De specialisten in het grote managementteam zijn wel wat terughoudend omdat van hun meer productie wordt verwacht. Zij willen alleen die productie draaien die nodig is om de adherentie te behouden.

Het SFG gaat hoe langer hoe meer aandacht besteden aan cijfers en analyse, zo ervaren medewerkers. Vroeger werden besluiten meer op het gevoel genomen. Opvallend in dit kader is dat het groot managementteam (inclusief directie) behoefte heeft aan een marktonderzoek. Men verwacht een meerwaarde van zo'n analyse.

Strategische analyse speelt niet alleen bij directie- en managementteamvergaderingen een rol. Het heeft ook een functie voor één cluster in de vorm van een SWOT-analyse. De manager bedrijfsvoering van dit cluster vertelt, dat men door een analyse de mogelijkheid heeft veel mensen te betrekken bij de strategievorming en er zo achterkomt wat er bij mensen leeft. Vervolgens levert het materiaal uit de SWOT-analyse een stevige onderbouwing bij het uiten van strategische wensen richting directie.

VERDER DRAAGVLAK CREËREN EN DE AANZET TOT IMPLEMENTEREN

De op de werkconferentie voorgestelde projectgroep houdt haar eerste vergadering op 17 juni (SFG Actueel, juni 1999). Daarin heeft het 'doorkantelen' van de organisatie eerste prioriteit. "De projectgroep zal voorstellen doen ter verbetering van de organisatiestructuur", en ook onderzoekt deze groep "wat er bij medewerkers leeft en hoe het SFG daarmee om moet gaan" (SFG actueel, juli 1999). De projectgroep heeft echter ook de taak om een beleidscyclus vorm te geven en een strategische visie op te stellen. "De directie en het stafbestuur werken de strategische visie verder uit" (SFG actueel, juni 1999) met gebruikmaking van stukken, die de maat-



schappen over hun vakgebieden en de ontwikkelingen daarin hebben aangeleverd. Het onderzoek is afgerond aan het begin van de installatie van de projectgroep. Bekend is dan reeds dat de directie van mening is dat het SFG zelfstandig zijn weg zal vervolgen. De SEH en 'moeder en kindzorg' en het bewegingsapparaat worden dan nog als speerpunt opgevoerd, maar men noemt ook vaatchirurgie. De directie zal de strategische visie voorleggen op de najaarsconferentie voor de begrotingsbespreking, waarna het bij acceptatie vervolgens als kader kan dienen bij diezelfde begrotingsbesprekingen.

Op het moment dat de projectgroep is ingesteld bestaat er wel steeds meer consensus over bijvoorbeeld een speerpunt als 'moeder- en kindzorg', de SEH, of het bewegingsapparaat, maar er is dan nog niet bepaald wat nu wel en wat nu niet een speerpunt is. Ook is niet uitgewerkt wat het betekent om speerpunt te zijn. Betekent dit meer geld en zo ja hoeveel en vervolgens voor wat wel en voor wat niet? Daar zal men bij de komende begrotingscyclus verder over onderhandelen, maar op welke wijze precies is voor betrokkenen nog onduidelijk. Managers verwachten dan ook dat vanwege het feit dat de medewerkers die niet bij de conferentie waren, ze niet makkelijk mee te krijgen zullen zijn. Omdat ze noch de conferentie, noch het bewustwordingsproces hebben meegemaakt dat wordt veroorzaakt door het 'los van het dagelijkse werk kunnen nadenken over strategie'. Bovendien is er voor hen ook geen moment tot 'rustig nadenken' want het werk vraagt altijd alle aandacht. Ook zijn op de werkconferentie vooral die medewerkers aanwezig, die op basis van hun functie al welwillend staan tegenover het nadenken over de strategie. Men heeft in het verleden vaker meegemaakt dat op zich heel nuttig beleid geen doorgang kon vinden omdat bepaalde groepen in het ziekenhuis de uitvoering blokkeerden omdat ze het ermee oneens waren. De directie verwacht van de medisch managers dat ze de rest van het draagvlak dat niet is verkregen in eerdere fases, tijdens het implementatieproces alsnog werven. De managers vinden dit een moeilijke klus. Het verkrijgen van draagvlak zal dus waarschijnlijk na de genomen besluiten en tijdens de implementatie nog doorzetten. Ook informatie speelt volgens directie en managers een belangrijke rol. Men besteedt er veel aandacht aan via een mededelingenblad en via overleg. De ervaring leert echter dat medisch specialisten toch de klacht blijven uiten dat ze te weinig zijn geïnformeerd of zijn betrokken bij het proces.

Bij latere fases van de implementatie, zoals nu reeds aan de orde is bij het verstevigen van de samenwerkingsrelaties, speelt de directie nog steeds een belangrijke rol. Ze vervult dan een sturende, maar ook stimulerende en voorwaardescheppende rol, zodat de organisatie koers houdt en niet teveel van het oorspronkelijke idee afwijkt.

CONCLUSIE

EEN COMPLEX VAN STRATEGIE-IDEEËN

De koers van het SFG is op het moment van onderzoek te duiden als: verschillende strategieën die naast elkaar bewegen in verschillende tempo's. Niet altijd



ligt er aan beslissingen één strategische koers ten grondslag of een duidelijke visie waar de directie naartoe wil. De directie springt soms in op actuele zaken die zich in de omgeving (overheid, verzekeraars en andere aanbieders) of de organisatie voordoen. Soms is een 'strategie-idee' een logisch uitvloeisel van in het verleden genomen besluiten. Er zijn ook ideeën die even opkomen en weer verdwijnen of geparkeerd worden omdat de tijd niet rijp is, zoals de overweging om met IJssel-land intensief te gaan samenwerken of de mogelijkheid om met een verpleeghuis te fuseren.

Doordat een lange termijn visie waaruit duidelijk is welke strategische zaken wel en niet kunnen worden opgepakt ontbreekt, zijn er mogelijkheden om op actuele zaken in te springen, zijn er kansen voor organisatieleden om zelf zaken op te pakken, maar is er ook onzekerheid onder medewerkers resulterend in een afwach- tende houding. Waar men zou verwachten dat ieder cluster druk is met eigen ideeën omdat daar de ruimte voor is, blijkt juist dat geen ander cluster dan 'moe- der- en kindzorg', bijvoorbeeld een beleidsplan heeft. Daarom hangt het nu erg af van het initiatief van bepaalde personen, hun enthousiasme, hun kunde en de mate waarin ze zich ergens sterk voor maken of ze met hun specialisme speerpunt worden of niet. Dat veel clusters niet actief zelf strategisch handelen, kan ook te maken hebben met het feit dat er geen blauwdruk ligt van hoe men strategische zaken aanpakt in de organisatie. Er ontbreekt bijvoorbeeld een structuur voor een beleidscyclus en men is op het moment van onderzoek nog zoekende hoe het strat- egisch proces het best vorm gegeven zou kunnen worden.

Voor wat betreft het conceptuele model zijn een aantal zaken onduidelijk gebleven. Onduidelijk is of er een eerste fase van het proces is te onderscheiden waarin er een rol voor directie of de directeuren afzonderlijk is weggelegd bij het komen tot de strategie-ideeën. De directie lijkt strategie-ideeën te hebben (veelal impliciet) op basis van mogelijkheden, die zich in de organisatie en de omgeving aandienen, maar ontkent tevens dat het zo gaat. Soms lijkt de interesse van de directeur alge- mene zaken in bedrijfsmatig werken en zijn kennis van bedrijfskunde een belang- rijke rol te spelen in een fase van ideevorming. De directie ervaart echter haar invloed in het algemeen en van de persoonlijkheden maar voor een zeer klein deel. Een bijdrage van zaken als intuïtie, de persoonlijke interesse van de directeuren of de rol van reeds opgedane kennis en ervaring in een eerste fase van strategievor- ming is daardoor nauwelijks van betekenis. Wel ervaart de directie dat strategische analyse voor een deel als denkkader fungeert.

TOETSFASE

Voor de toetsfase is te concluderen dat dit ziekenhuis als 'strategie-idee' vaak iets formuleert dat aansluit op de actualiteit. Deze gerichtheid op de huidige situatie heeft tot gevolg dat de toetsfase weinig tot uitdrukking komt in deze casusbeschrj- ving. Het strategie-idee sluit meestal al zodanig goed bij de huidige situatie aan, dat er op het moment van onderzoek weinig onzekerheid meer bestaat over de juistheid ervan.

Soms, bijvoorbeeld bij het aangaan van intensievere samenwerking, speelt het feit



dat men reeds met deze samenwerking is begonnen ook een rol in het wegnemen van onzekerheid over de haalbaarheid van intensievere samenwerking.

MENSEN WINNEN

Dat er mensen 'gewonnen' zouden moeten worden voor een strategie-idee vindt de directie een te groot woord. Wel is ze op zoek naar draagvlak. Belangrijk bij het verkrijgen van draagvlak voor een bepaald strategie-idee is de relatie tussen management en specialisten. Vertrouwen is een belangrijk onderdeel van deze relatie. Medewerkers moeten er vertrouwen in hebben dat de directie, doet wat in het belang is van hen en de organisatie als geheel. Is dit vertrouwen er niet, dan is het moeilijk draagvlak verwerven voor een directie.

Als strategie-ideeën uit de organisatie omhoog komen verwerven de betreffende personen voor een deel zelf het noodzakelijke draagvlak. Het cluster 'moeder en kind' heeft eens in deze situatie verkeerd.

De directie en de manager van het cluster 'moeder en kind' dichten strategische analyse een functie toe in het verkrijgen van draagvlak. Het samen nadenken over de strategie en het presenteren van heldere analyseresultaten is bevorderend voor het feit dat men overtuigd raakt of (weer eens) bewust wordt van het belang van adherentiebehoud en productieverhoging. Op het clusterniveau wordt ervaren dat het doen van een SWOT-analyse met elkaar grote voordelen heeft. Als cluster komt men op één lijn te staan en het presenteren van de samen uitgevoerde analyse werkt ook heel overtuigend naar andere medewerkers.

Of en hoe er tijdens het bestaan van de projectgroep draagvlak is verworven voor de strategie is onbekend gebleven omdat dit buiten het onderzoek viel. Wel is te verwachten dat men bijvoorbeeld voor het speerpuntenbeleid nog draagvlak moet creëren. Er is namelijk (op het moment dat dit onderzoek wordt uitgevoerd) nog niet precies duidelijk welke specialismen speerpunt zijn en wat het vervolgens inhoudt een speerpunt te zijn. Deze onduidelijkheid is voor een deel ontstaan omdat de directie initiatief hierin vanuit de organisatie verwacht.

In de organisatie is men echter vooral in afwachting van waar de directie naartoe wil. Het is wel moeilijk draagvlak te krijgen voor een bepaalde strategie als deze nog niet helder is.

Clustermanagement en directie zullen waarschijnlijk gaan onderhandelen over wat het precies betekent om speerpunt te zijn en wie daarvoor in aanmerking komt.

Extern bleek het verkrijgen van draagvlak ook heel belangrijk. Ook dan spelen relationele aspecten zoals vertrouwen een belangrijke rol, zoals blijkt uit de bijeenkomst met het Reumaverpleeghuis.

DE IMPLEMENTATIE

De directie zorgt er tijdens de implementatie voor dat de organisatie koers houdt door te controleren of de organisatie niet afwijkt van het oorspronkelijke idee en te stimuleren dat dit niet gebeurt. Dit blijkt uit uitspraken van de directie in het kader



van het strategie-idee 'intensiveren van samenwerkingsrelaties' wat reeds voor een deel in de implementatiefase verkeerde. Communiceren, informeren en motiveren worden als de belangrijkste middelen gezien om de implementatie te bevorderen. Het betrekken van medewerkers bij de analyse is ook belangrijk voor een goed lopende implementatie, omdat men dan weet wat de bedoeling is en gemotiveerd is aan de uitwerking ervan te werken, omdat men het belang ervan inziet. Managers vinden het zelfs jammer dat niet veel meer mensen op deze manier betrokken zijn bij het proces. Motivatie en een beeld van wat de bedoeling is, bestaat nu bij een beperkt aantal medewerkers die als 'katalysators' voor de rest van de organisatie moeten dienen.

EVALUATIE VAN GEÏMPLEMENTEERD BELEID

De evaluatiefase komt ook aan de orde in deze casus. In de literatuur, maar ook in dit onderzoek is deze fase verder onderbelicht gebleven. In deze casus concludeert directie en management dat een reeds geïmplementeerd 'strategie-idee', namelijk de kanteling van de organisatie, na implementatie niet de gewenste resultaten heeft. Daarom wil men graag een evaluatie-onderzoek naar de wijze waarop de kanteling op dit moment in de praktijk functioneert. Eerst moet de directie echter draagvlak verkrijgen voor het feit dat deze evaluatie moet plaatsvinden. Medewerkers moeten het eens zijn met een evaluatie-onderzoek en ook de eventuele aanbevelingen ter verbetering hieruit willen accepteren. Bij het verkrijgen van dit draagvlak speelt ook de SWOT-analyse een rol. De analyse laat namelijk zien dat de uitvoering van de kanteling op dit moment nog zwakke punten in zich heeft. Wil men deze zwakke punten verbeteren dan is een verbetering van de uitvoering van de organisatiestructuur noodzakelijk (het idee dat kanteling een goede zaak is staat niet ter discussie).

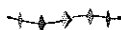
STRATEGISCHE ANALYSE MET EDUCATIEFUNCTIE

Een bijkomend voordeel van het betrekken van medewerkers bij onder andere de analyse is dat daardoor hoe langer hoe meer strategisch bewustzijn gecreëerd wordt in de organisatie. De belangrijkheid van het hele ziekenhuis wordt benadrukt ten opzichte van de belangen van de afzonderlijke specialismen. Strategievorming wordt zo steeds meer een onderdeel van het denk- en werkproces van medewerkers. Tegelijkertijd wordt men gestimuleerd om zelf ook strategische analyses toe te passen op bijvoorbeeld clusterniveau.

HET CONCEPTUEEL MODEL

Het niet uitspreken of ontbreken van een heldere koers of strategie bij directie of een andere strateeg, maakt het moeilijk het conceptuele model uit te werken. Daarbij komt dat het model niet uitgerust is om alle ideeën met eventuele strategische implicaties samen en ten opzichte van elkaar te kunnen beschrijven.

Deze casus gaf vooral inzicht in hoe verschillende strategie-ideeën naast elkaar kunnen bestaan en met elkaar interacteren. Zo wordt in dit geval de evaluatie van de kanteling en verbetering ervan één van de voorwaarden om de wens tot adhe-



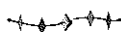
rentie-uitbreiding te kunnen effectueren. Ook wordt meer inzichtelijk op welke manier zaken als vertrouwen maar ook de rol van strategische analyse (voornamelijk ter verkrijging van meer draagvlak) een rol spelen. Opvallend in deze casus voor wat betreft het conceptueel model is dat het strategie-idee vanuit de interne organisatie kan worden aangereikt, met behulp van een analysetechniek, en dat deze technieken dus niet alleen op directieniveau een rol spelen.

ACTIVITEITEN

- Kennismakingsgesprek met de directie, 16 februari 1999.
- Tweedaagse vergadering met Reumaverpleeghuis, 9 en 10 maart 1999.
- Strategische verkenning vergadering, 12 maart 1999.
- Tweedaagse groot managementteam vergadering, 22 en 23 april 1997.
- Interview met de directie, 10 september 1999.
- Interview met de voorzitter medische staf, 14 september 1999.
- Interview met de manager bedrijfsvoering, 27 september 1999.
- Afrondingsgesprek met directie op 10 december 1999.

LITERATUUR

- Op naar het jaar 2000, een beleidskader, juli 1996.
- Beleidsplan cluster 'moeder en kind' 1996-2000, augustus 1996.
- Knipselkrant Nzi 18-7, 22/24 -8, 1998.
- Beleidsplan :Kwaliteitszorg 1997-2000, september 1997.
- Jaarverslag Sint Franciscus Gasthuis, 1997.
- Boer en Croon, Management Consultants, Zicht op samenwerking, foto van het Sint Franciscus gasthuis en het Havenziekenhuis. Amsterdam, 11 augustus 1998.
- Provincie Zuid-Holland. Provinciale visie op ziekenhuiszorg 'nieuwe stijl', als schakel in de medisch-curatieve zorgketen. Den Haag, 18 september, 1998.
- VWS, Aanzet tot het ontwikkelen van een regiovisie, d.d. 11 augustus 1998.
- ZN/KPZ-regiovertegenwoordiging/OWM Zilveren Kruisziekenfonds U.A., Zorg in perspectief, september 1998.
- Tweede Kamer, Vergader jaar 1997-1998, 25604, nrs 1-2. Hoofdstuk 3 t/m 7.
- SIG Zorginformatie, Huidige positie en trends, St. Franciscus Ziekenhuis Rotterdam 1995-1997. Concept-rapportage, 22 maart 1999.
- NVZ Nieuws Onderwerp Tussenbalans realisatie Ziekenhuis van de toekomst 19 oktober 1998.
- Brief van de minister van VWS aan COTG, 8 december 1998.
- Interne notitie 'positie medische staf en clustermanagement in de clusterorganisatie 4 januari 1999.
- Concept begrotingsprocedure 2000 datum onbekend.
- Concept Behandelcombinaties binnen het SFG, april 1999.
- Concept Strategische visie Sint Franciscus Gasthuis, 13 april 1999.
- SFG actueel, juni 1999.
- SFG actueel, juli 1999.



CURRICULUM *VITAE* CV

Belinda Kramer is geboren te Hilversum op 8 november 1970. Na het VWO begon zij in 1989 aan de opleiding Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Maastricht. In 1993 begon ze aan de opleiding Beleidswetenschappen aan de Katholieke Universiteit Nijmegen. Eind 1995 studeerde zij aan de Universiteit Maastricht af op twee afstudeerrichtingen: Beleid en Beheer van de Gezondheidswetenschappen en Theorie der Gezondheidswetenschappen. In diezelfde tijd studeerde ze af op de afstudeerrichting: Bestuurs- en Organisationswetenschap van Beleidswetenschappen aan de Katholieke Universiteit Nijmegen. In december 1995 begon ze als aio bij Beleid en Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Sinds februari 2000 werkt ze als organisatie-adviseur bij Reinoud Adviesgroep te Arnhem.

