



De Service Care Chain

Kees van Wijk



De Service Care Chain

De invloed van service en HRM op de realisering van vraaggerichte dienstverlening door zorgorganisaties

The Service Care Chain

The influence of service and HRM on the realization of demand-driven care by careorganisations

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor aan de Erasmus Universiteit Rotterdam
op gezag van de
rector magnificus

Prof.dr. S.W.J. Lamberts

en volgens besluit van het College voor Promoties.

De openbare verdediging zal plaatsvinden op
donderdag 24 mei 2007 om 11.00 uur

door

Kornelis Pieter van Wijk
geboren te Tiel



Promotiecommissie

Promotoren:

Prof.dr. J.K. van Dijk

Prof.dr. J. Paauwe

Overige leden:

Prof.dr. R. Huijsman MBA.

Prof.dr. G. de Vries

Dr. A. van der Wiele

ISBN 978-90-9021840-3

Voor Loes:

“You are the love of my life!” (Helen Hunt in de film Cast Away)

De tekeningen op het titelblad zijn gemaakt door **Jiri** van Wijk (17 jaar). De figuren stellen voetballers voor. Voetbal is zijn lust en zijn leven. Jiri is mijn zoon en verstandelijk gehandicapt. Hij maakt dagelijks gebruik van de diensten die hem zo veel als mogelijk is in staat stellen in deze samenleving mee te draaien. Voor hem regelen ze als een vanzelfsprekendheid een aanzienlijk deel van zijn leven. Het is voor hem belangrijk dat hij als persoon intact blijft, plezier beleeft aan de activiteiten en zichzelf waar kan maken. Dat is precies de opgave van zorgaanbieders: het nemen van maatregelen zodat mensen met beperkingen een volwaardig leven na kunnen streven.

Ik ben de volgende organisaties buitengewoon erkentelijk voor hun financiële bijdragen die de druk van dit proefschrift mogelijk maakte:

Scan Serv te Nootdorp, een bedrijf dat zich heeft gespecialiseerd in het elektronisch verwerken van data tot databases, ondermeer ten behoeve van schriftelijk en online enquête onderzoek (www.scanserv.nl).

De Open Ankh te Soesterberg is een netwerkorganisatie van dertien zelfstandige ondernemers in de zorg. Zij staat op de tweede plaats als grootste zorgaanbieder in de top honderd van grootste Nederlandse zorgaanbieders (www.deopenankh.nl).

De **Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuis Directeuren** (NVZD) te Utrecht bevordert de professionele vakbeoefening van bestuurders in de gezondheidszorg. Dit doet zij ondermeer door deskundigheidsbevordering, het uitbrengen van een eigen vakblad, het voortbrengen van kennis via een leerstoel en door een eigen beroepscode (www.nvzd.nl).

IVA Groep in Rotterdam is verantwoordelijk voor de druk van dit proefschrift, zij zijn gespecialiseerd in druk- en printwerk van o.a. proefschriften. (www.ivagroep.nl)

Inhoudsopgave

1.	Oog voor tevredenheid: een introductie	6
1.1.	Arbeidstevredenheid van medewerkers	7
1.2.	Het transactiemoment als verbinding tussen arbeid en cliëntenwaardering.....	8
1.3.	Cliëntenwaardering voor de dienstverlening	8
1.4.	De functie van servicebeleid en –strategie.....	10
1.5.	Probleemstellingen en deelvragen eerste deel studie	11
1.6.	Relevantie van het onderzoek	12
1.7.	Leeswijzer	14
2.	Service en zorgorganisaties	16
2.1.	Introductie	16
2.2.	Karakteristieken van zorgorganisaties	17
2.3.	Modernisering van de AWBZ en andere stelselwijzigingen.....	19
2.4.	Omschrijving vraagsturing van dienstverlening en vraaggerichte dienstverlening	20
2.5.	Perspectieven op service	25
2.6.	Service door zorgorganisaties (ideaaltypisch)	28
2.7.	Samenvatting en de lijnen van het onderzoek.....	29
3.	Op zoek naar een passend model.....	31
3.1.	Introductie	31
3.2.	Enkele relevante kwaliteitsmodellen	31
3.3.	Slotsom en keuze	40
4.	De Service Profit Chain: nadere beschouwing en voorlopige uitspraken	42
4.1	Het gebruik van het model	42
4.2	De Service Profit Chain: verdere beschrijving.....	42
4.3	Kritische kanttekeningen bij het model	51
4.4	Principes voor de bedrijfsvoering en voorlopige uitspraken.....	54
5.	Exploratie: methodologie, analyse en bevindingen.....	61
5.1.	Introductie	61
5.2.	Methodologie	61
5.3.	Resultaten exploratief onderzoek.....	76
5.4.	Vervolg-probleemstellingen op een rij.....	98
6.	De Service Care Chain: inbedding en hypothesen	99
6.1.	Introductie.....	99
6.2.	Assumptie en kenschets van de fits in de Service Care Chain.....	99
6.3.	Contextuele fit.....	100
6.4.	Strategische fit	102
6.5.	Interne fit, interne service kwaliteit en medewerkerstevredenheid.....	104
6.6.	Transactionele fit interne service kwaliteit en vraaggerichte dienstverlening	107
6.7.	Service-fit externe service kwaliteit en vraaggerichte dienstverlening.....	109
7.	Methodologie van het toetsende onderzoek	111
7.1.	Introductie.....	111
7.2.	Onderzoeksopzet toetsende fase in het kort.....	111
7.3.	Feitelijke selectie van organisaties.....	113
7.4.	Niveau's van analyse	115
7.5.	Generaliseerbaarheid.....	116
8.	Servicebeleid en strategisch HRM van zorgorganisaties	119
8.1.	Introductie	119
8.2.	Overzicht, werkwijze bestudeerde documenten en algemene impressie	119

8.3. Beleid vanuit overkoepelend serviceconcept	121
8.4. Invloed van context op (strategisch) HRM en vraaggerichte dienstverlening	131
9. De invloed van service en het HRM op vraaggerichte dienstverlening	141
9.1. Introductie	141
9.2. Het effect van de interne service kwaliteit op de tevredenheid van medewerkers.....	141
9.3. Het effect van de interne service kwaliteit op de waardering van cliënten	145
9.4. Het effect van de externe service kwaliteit op de waardering van cliënten	149
9.5. Verschillen tussen het beleid en het oordeel van medewerkers en cliënten.....	155
9.6. De opinie van het management.....	156
9.7. Algemene conclusies naar aanleiding van de bevindingen.....	157
10. Onderzoek in bespreking.....	159
10.1. Conclusies	159
10.2. Discussie en implicaties	163
10.3. Evaluatie en reflectie	167
10.4. Nieuwe vragen en verder onderzoek: een schets.....	169
10.5. Aanbevelingen voor de praktijk: de kern	171
10.6. Afronding en wens	172
11. Samenvatting	173
12. Summary	181
13. Literatuurlijst.....	189
14. Bijlagen	213
15. Dankbetuiging	246
16. Curriculum Vitae.....	248

1. *Oog voor tevredenheid: een introductie*

Zorgorganisaties¹ hebben de maatschappelijke taak diensten te verlenen aan burgers die daarvoor in aanmerking komen. Dat is hun bestaansrecht. Zij doen dat voornamelijk uit publieke middelen. Om zich van hun taak te kwijten zijn deze bedrijven² afhankelijk van de inzet, deskundigheid en ervaring van het personeel dat de diensten daadwerkelijk verleent³. Deze medewerkers⁴ kunnen dat alleen als de organisatie hen de noodzakelijke middelen ter hand stelt. De manier waarop het bedrijf deze ondersteuning heeft georganiseerd, beïnvloedt werkwijzen en heeft effect op de tevredenheid van medewerkers over allerlei zaken van de werksituaties waarin zij dagelijks verkeren.

De meeste zorgorganisaties hebben geen winstoogmerk, maar het is wel van belang dat zij goed presteren. Anno 2006 is daar in de media veel aandacht voor geweest. Het actualiteitenprogramma *Netwerk* besteedde onlangs enkele uitzendingen aan een conflict tussen ouders en een instelling dat ging over het onvoldoende leveren van zorg.⁵ De waardering van de cliënten⁶ is afhankelijk van de wijze waarop de organisatie de zorg aanbiedt en afhandelt. Beschikt de organisatie over voldoende personeel? Lenigt de manier waarop men het personeel inzet voldoende de zorgvragen en behoeften van cliënten? Zijn er voldoende en bruikbare middelen voorhanden en is het personeel voldoende gekwalificeerd om de diensten volgens de geldende maatstaven te verlenen?

De organisatie van het dienstenaanbod heeft effect op de tevredenheid van medewerkers, de kwaliteit van de dienstverlening⁷ en de waardering van cliënten daarvoor. Bij de medewerkers slaat de tevredenheid op de arbeidsinhoud, -omstandigheden, -voorwaarden en de arbeidsverhoudingen. Voor cliënten gaat het om hun waardering voor de geleverde dienstverlening van het bedrijf. Het gaat dan ondermeer over de kwaliteit van de dienstverlening en of die bijvoorbeeld de gewenste resultaten oplevert.

Deze zaken zijn het onderwerp van studie in dit proefschrift. Paragrafen twee en drie van dit hoofdstuk gaan in op de arbeidstevredenheid van medewerkers en de waardering van cliënten. Welke rol het servicebeleid in de dienstverlening speelt en de strategie waarmee zorgorganisaties het kunnen concretiseren, is het onderwerp van de vierde paragraaf. Dat de elementen uit deze paragrafen met elkaar verbonden zijn, is het perspectief van waaruit deze studie vorm krijgt en is de basis voor de hoofdprobleemstelling (paragraaf 5). Paragraaf zes beschrijft de relevantie van dit promotieonderzoek voor de wetenschap, de sector en de maatschappij.

1 De opdrachtgever van dit onderzoek De Open Ankh heeft de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en de GGZ als onderwerpen van deze studie benoemd. De Open Ankh is een werkverband van 10 instellingen uit de ouderen-, gehandicaptenzorg en de GGZ. Zij is gevestigd in Soesterberg.

² In dit proefschrift worden de termen 'organisatie' en 'bedrijf' als synoniemen van elkaar gebruikt.

³ Dit is het personeel dat een functie heeft in het primaire proces van een zorgorganisatie (Hardjono en Bakker, 2001). Dit proefschrift spreekt over medewerkers in deze betekenis.

⁴ Medewerkers kunnen zowel hoog opgeleiden zijn (artsen, psychologen, verpleegkundig specialisten, etc) als personen met een lagere scholingsachtergrond (verzorgenden niveau 2 bijvoorbeeld).

⁵ De afleveringen werden uitgezonden op 21 en 28 november, 12 december van 2005 en 20 maart 2006. Inmiddels zijn de zorgverzekeraars zich ook met de kwestie gaan bemoeien.

⁶ De definitie van cliënten in dit proefschrift is: cliënten zijn personen die voor hun kwaliteit van leven in meer of mindere mate afhankelijk zijn van de dienstverlening van zorgaanbieders. Ook verwanten en zaakwaarnemers – als vertegenwoordigers van cliënten – worden als klanten beschouwd.

⁷ Het Nederlandse woord 'dienstverlening' wordt in het Engels vertaald met 'service': dit proefschrift gebruikt beide termen als synoniemen (zie Van Dale, 2006). De algemene omschrijving van het begrip in de context van zorgorganisaties omvat alle handelingen die in een organisatie worden verricht om cliënten hun beperkingen te leren hanteren of dragelijk(er) te maken. Hoofdstuk 5 operationaliseert het begrip op basis van de informatie uit het 2^e t/m 4^e hoofdstuk.

1.1. *Arbeidstevredenheid van medewerkers*

Arbeid is in de gezondheidszorg de belangrijkste productiefactor (Van Dijk en Pool, 1999; Walburg, 1997: 256 e.v.; Zuckerman en Coile, 2003: 129 e.v.). Het is vooral het personeel dat de diensten verleent en instaat voor de kwaliteit waarmee dat gebeurt. Duurzame kwaliteit van de dienstverlening in deze sector vereist dat bedrijven zorgdragen voor dat personeel (vgl. Buchan, 2000; Van Dijk, 1989; Pool en Van Dijk, 1999, deel II). Dit zal medewerkers motiveren in hun werk (Herzberg, 1988; Vinke, 2004) en hen aansporen tot goede werkprestaties (Vinke, 1997; De Vries e.a., 2003). Arbeidsbeleving speelt een niet te onderschatten rol in de realisering van bedrijfsdoeleinden. Er is namelijk een gereede kans dat ontevreden medewerkers minder goed zullen presteren (Goodall, 1987; Van Yperen, De Jong, 1997).

De tevredenheid van medewerkers met de arbeidssituatie is gebaseerd op hun ervaring én op de vooruitzichten die zij hebben. Zowel emoties als rationele afwegingen spelen daarin mee (Biessen, 1992; Demeyere en Vlerick, 1995). De beleving is per definitie subjectief en volgens Weiss (2002: 173) opgebouwd uit “evaluative judgements about jobs, affective experiences at work, and beliefs about jobs.” Het oordeel hierover van medewerkers levert waardevolle informatie voor een bedrijf. Veronachtzaming van de feedback over allerlei aspecten van de arbeidssituatie zal de kwaliteit waarmee het bedrijf hen ondersteunt, toerust of aanstuurt hoogstwaarschijnlijk niet ten goede komen (De Vries e.a., 2003; Peccei, 2004).

Arbeidstevredenheid is nauw verwant aan arbeidsmotivatie (Bruin, 2000; De Jonge e.a., 1995). De twee kunnen elkaar wederzijds versterken, maar dat hoeft niet altijd het geval te zijn (Van Breukelen, Van der Vlist, 1997). Literatuur veronderstelt dat arbeidsmotivatie weliswaar vaak aan arbeidstevredenheid vooraf gaat, maar naar verloop van tijd kan een geringe tevredenheid de arbeidsmotivatie nadelig beïnvloeden (Thierry e.a., 1992).

Empirisch onderzoek laat ook de samenhang zien tussen tevredenheid en andere werkkenmerken. Voorbeelden hiervan zijn: de autonomie van medewerkers, de werkdruk die zij ervaren en de sociale steun van leidinggevend en collega's (Demeyere en Vlerick, 1995; De Jonge en Landeweerd, 1992; De Jonge e.a., 1998; Le Blanc, 1994; Schaufeli en Van der Linden, 1998; Stikvoort e.a., 1996; Tummers e.a., 2000).

De teneur is dat een positief oordeel van medewerkers over deze kenmerken de kans aanzienlijk vergroot op een grotere arbeidstevredenheid (De Vries e.a., 2003). Het Human Resource Management (HRM)⁸ van organisaties vervult dus een voornamelijk functie in het ‘onderhoud’ van dit belangrijke productiemiddel; met andere woorden, goede zorg is geboden voor het personeel en de personele voorziening (Van Dijk en Pool, 1999). Met nadrukkelijk de aantekening dat de HR-activiteiten altijd moeten passen bij het type dienstverlening van het bedrijf (Legge, 2005: 9 – 14, 41).

Het ontbreken van adequaat HRM-beleid in arbeids- en kennisintensieve organisaties kan leiden tot onwelkome gevolgen. In verzorgingshuizen met een matig functionerend HRM constateerden Knip-pers e.a. (1999) bijvoorbeeld een hoger verzuim van het personeel. Tot soortgelijke bevindingen komen Shields en Ward (2001). Zij melden dat verpleegkundigen die ontevreden zijn met hun werk eerder geneigd zijn te vertrekken dan hun tevreden collega's. De aspecten employability en trainingsmogelijkheden wegen hierin zwaarder dan de werkdruk of beloning. Gaspersz (2000) bepleit een prominente plaats van het HRM via het zogenaamde *Investors in People* programma, dat de prestaties van organisaties probeert te verbeteren door een intelligente inzet van het HRM. Onder-

⁸ De definitie van HRM in deze studie is ontleend aan Boselie (2001: 28) en luidt: “Human resource management involves management decisions related to policies and practices which together shape employment relationship and are aimed at achieving individual, organizational and societal goals.”

zoek in de UK toont de voordelen van deze aanpak aan: er treedt een verbetering van de individuele performance van medewerkers op, hun betrokkenheid bij de organisatie groeit en er is verbetering van de communicatie in het bedrijf te zien (Hillage en Moralee, 1996). Ook melden zij dat bij 40% van de organisaties (n=1800) het programma een gunstige invloed heeft gehad op de resultaten van het bedrijf. In een vergelijking tussen goed presterende ziekenhuizen en ziekenhuizen met een gemiddelde prestatie leverde de eerste categorie bij verpleegkundigen een grotere arbeidstevredenheid op. Dit kwam door een gerichte aandacht voor bijvoorbeeld HR-activiteiten zoals de mate van autonomie, het verpleegstelsel, de mogelijkheden tot ontwikkeling (specialisatie), toegankelijkheid van leidinggevenden (Kramer en Smalenberg, 1991).

De gedachte die zich hier ontvouwt, is dat het HRM – als belangrijk aspect van de organisatie en afhandeling van de dienstverlening – inwerkt op de beleving van medewerkers over allerlei arbeidsgerelateerde kwesties. Heeft het bedrijf oog hiervoor, dan kan dat leiden tot verbeteringen van de dienstverlening. Idealiter heeft dit op zijn beurt weer een gunstige uitwerking op de arbeidstevredenheid, en zo verder. Bovendien toont onderzoek aan dat ook het commitment van medewerkers toeneemt bij een adequaat HR-systeem (Bartlett, 2002; De Beer, 1984; Legge, 2005). Arbeidstevredenheid is vanuit dit gezichtspunt een belangrijke graadmeter van de kwaliteit van de organisatie en afhandeling van de dienstverlening⁹.

1.2. Het transactiemoment als verbinding tussen arbeid en cliëntenwaardering

De feitelijke dienstverlening vindt plaats tijdens het contact tussen cliënt en hulpverlener (Hasenfeld, 1983: 1 e.v.). De kwaliteit van de transacties tijdens die momenten bepaalt de tevredenheid van de cliënt, naast natuurlijk het resultaat ervan. In de dienstverlening aan mensen met beperkingen zijn de fysieke of mentale handicaps van de cliënt belangrijk ‘werkmateriaal’ om een zinvol leven op te bouwen (ibid: 9). De dienstverlening krijgt hierdoor een bijzonder karakter. De interventies betreffen altijd het welzijn en welbevinden. Cliënten moeten de ingrepen aan professionals overlaten, omdat zij zelf vaak onvoldoende kennis van zaken hebben. Het vertrouwen dat zij hulpverleners geven als zij het transactiemoment aangaan is groot, want het gaat over hun welzijn en de kwaliteit van het eigen leven. Leveren de interventies een cliënt de gewenste resultaten op, dan heeft dat zijn uitwerking op diens tevredenheid en op dat van de medewerker (Rozengren, Leften e.a., 1970). Tijdens het transactiemoment grijpen *de arbeid van de medewerker en de beleving die de cliënt* over de dienstverlening heeft, in elkaar. Zij verstrengelen in het contact waarin de feitelijke dienstverlening plaatsvindt. Het oordeel van de cliënt betreft de deskundigheid van de medewerker in kwestie en in het verlengde daarvan de manier waarop die gebruik kan maken van faciliteiten om de diensten te verlenen. Natuurlijk speelt de perceptie van de cliënt een rol in dit oordeel en zijn verwachtingen over de dienstverlening (vgl. Zeithaml, 2000). Een goede afstemming op de gemiddelde verwachting van cliëntengroepen verhoogt daarom de kans op een positief oordeel over de dienstverlening (ibid, 2000).

1.3. Cliëntenwaardering voor de dienstverlening

Dienstverlenende bedrijven hebben de laatste decennia steeds meer aandacht gekregen voor het gewicht dat het oordeel van klanten voor hun dienstverlening heeft. Dit is ook in de gezondheidszorg het geval (Herzlinger, 1997, 2001, 2004; Scott, 2001; Walburg, 1997). Zuckerman en Coile (2003:1) noemen het de overstap van “managed care” (wholesale model) naar een “consumer-driven market”

⁹ Het volgende hoofdstuk zal ingaan op de vergelijking hiervan met de vraagsturing van dienstverlening die er nauw aan is verwant (RVZ, 1998).

(retail model). Hier wordt de “customer-unique value” het leidende motief en cliëntenwaardering een belangrijk beleidsinstrument om de competitie met andere zorgaanbieders aan te gaan. Het is een ontwikkeling die de huidige commerciële en zakelijke dienstverlening inmiddels steeds meer typeert (Campbell, 2003; Chen e.a., 2004; Gilmore en Pine II, 2000). De voortschrijdende informatie-technologie maakt dit ook in de gezondheidszorg mogelijk. Cliënten kunnen bijvoorbeeld via internet de diverse zorgaanbieders op hoofdpunten vergelijken en zorgverzekeraars publiceren kwaliteitsrangorde-lijsten van deze aanbieders. Ook in Nederland is dit in opkomst. De zorgverzekeraar CZ geeft in samenwerking met enkele kwaliteitsonderzoeksbureaus¹⁰ keurmerken af aan zorgaanbieders die goed presteren (www.cz.nl/keurmerk) en publiceert voor bepaalde regio's vergelijkende informatie over wachtlijsten. Sinds kort is de site ‘kiesbeter.nl’ in de lucht, waar burgers verschillende zorgaanbieders in hun regio kunnen vergelijken.

De stelselwijzigingen in de zorg hebben een betere afstemming van het aanbod op de wensen en vragen van cliënten op het oog. De cliënt wordt klant (RVZ, 2003) en moet kunnen kiezen wat het beste bij hem past en dat bovendien de gewenste kwaliteit bezit (Groenewoud e.a., 2005; Jochemsen e.a., 2002)¹¹. Naar alle waarschijnlijkheid groeit de Nederlandse gezondheidszorg toe naar een situatie waarin het keuzegedrag van cliënten voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer gewicht in de schaal zal leggen dan vóór de stelselherzieningen (CPB, 2003; Van der Grinten, 2001; RVZ, 2003). Het is aan de zorgorganisaties diensten aan te bieden die cliënten eerder bij hen zullen afnemen dan bij een concurrent. Zij zullen bovendien zorgverzekeraars moeten overtuigen (of verleiden) dat hun diensten van goede kwaliteit zijn en dat het de moeite loont deze diensten bij hen in te kopen. De waardering van cliënten voor de geleverde diensten krijgt door de ontwikkelingen een belangrijkere plaats dan voorheen het geval was. Want zorgorganisatie die aantonen dat hun cliënten tevreden en loyaal zijn, hebben een sterke competitieve kaart in handen voor wat betreft de afzet van hun diensten (TK, 2003; Walburg, 1997: 240).

Deze ontwikkeling is in de gezondheidszorg tamelijk nieuw. Het zichtbaar maken van de cliëntenwaardering heeft tot nu toe vooral ten dienste gestaan van de verbetering van de dienstverlening (Duffrene, 2000; INK, 1997: 19; Pascoe, 1983; Walburg, 2003: 111) in plaats van het beïnvloeden van het keuzegedrag van cliënten.

Onderzoek naar de satisfactie van cliënten levert informatie op over hun oordeel en in het verlengde daarvan over hun voorkeuren. Zo bracht het SCP onlangs een rapport uit waarin bleek dat ouderen redelijk tevreden zijn met de zorg die zij in het verzorgings- of verpleeghuis ontvangen (SCP, 2005). Zij hebben echter kritiek op de ‘privacy’, het ‘gewone sociale contact met hulpverleners’ en ‘het gebrek aan zeggenschap over de dagindeling’ (ibid). Het is onduidelijk hoe zorgorganisaties de resultaten van waarderingsonderzoek aanwenden ter verbetering van de dienstverlening (Walburg, 2003) en welk effect dit heeft als zij het wel doen (Vuori, 1987). De huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg geven wel een richting aan. Men kan door periodiek satisfactie-onderzoek het aanbod beter afstemmen op de wensen, verwachtingen en zorgvragen van cliënten. Primair met het doel om diensten te verlenen die een hoge waarde voor hen hebben. Het is de verwachting dat dit leidt tot tevreden en loyale cliënten, hoewel in de gezondheidszorg daarvoor nog geen evidentie bestaat. De waardering van cliënten voor de dienstverlening is een belangrijke graadmeter van de kwaliteit van de organisatie en afhandeling ervan¹². Het is het wezen van de maatschappelijke taak waarmee zorgorganisaties zijn belast. Hun beleid moet op strategieën gericht zijn die deze taak volmondig waar kunnen maken (Hasenfeld, 1983, Gastelaars, 2000).

10 Dit zijn Stichting Perspectief en Cliënt en Kwaliteit; beiden gevestigd in Utrecht.

11 Mol (2006) levert forse kritiek op de aanname van keuzevrijheid in de zorg. Zij betwijfelt of patiënten in een complexe omgeving als de zorg weloverwogen keuzes kunnen maken.

12 Het volgende hoofdstuk zal ingaan op de vergelijking hiervan met vraaggerichte dienstverlening die er nauw aan is verwant (RVZ, 1998).

1.4. De functie van servicebeleid en –strategie

Is het transactiemoment de verbinding tussen de arbeid van de medewerker en de ontvangen dienstverlening, dan is het servicebeleid van een organisatie de basis waarop het rust: “We must reiterate that the goal commitments of an organization serve as guides for the formulation of programs and services” (Hasenfeld, 1983: 99). De inrichting van het serviceaanbod is een resultante van het beleid over service (Zuckerman en Coile, 2003). Het beleid maakt duidelijk voor welke cliëntengroepen men de dienstverlening aanbiedt, hoe men dat wil doen, en wie en wat daarvoor nodig is (Hardjono en Bakker, 2001; Gilmore en Pine II, 2000; Normann, 1991; Thomassen, 2000). Nu ook de gezondheidszorg in veel landen competitiever wordt (Cutler, 2002), is dit strategisch management steeds meer een kwestie van overleving (Duncan e.a., 1995: ix). Ook in Nederland zal de concurrentie tussen zorgaanbieders toenemen en voorspelt de overheid zelfs dat er in de toekomst faillissementen kunnen optreden (TK, 2003). De invoering van het nieuwe zorgstelsel dat het onderscheid tussen particuliere en ziekenfondsverzekerden opheft, gaat uit van gereguleerde concurrentie tussen zorgaanbieders en tussen verzekeraars. Ook de Modernisering van de AWBZ, de Zorgverzekeringswet en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) huldigen dit principe. Het is de opgave van het strategisch management om een koppeling tot stand te brengen tussen veranderingen in de omgeving van een bedrijf en de wijze waarop men die veranderingen opvangt, tegemoet treedt of zich eraan aanpast (Hoskinson e.a., 1999; Jaffee, 2001: 208 – 244; Van der Krogt en Vroom, 1995: 230 e.v.). Strategisch management voor het servicebeleid biedt zorgorganisaties “a clear self-concept, specific goals, and consistency in decision making” and “will improve long-term financial performance” (Duncan e.a., 1995: 10, 11). Dit laatste als een indicatie van een relatief sterke concurrentiepositie (Li e.a., 2002).

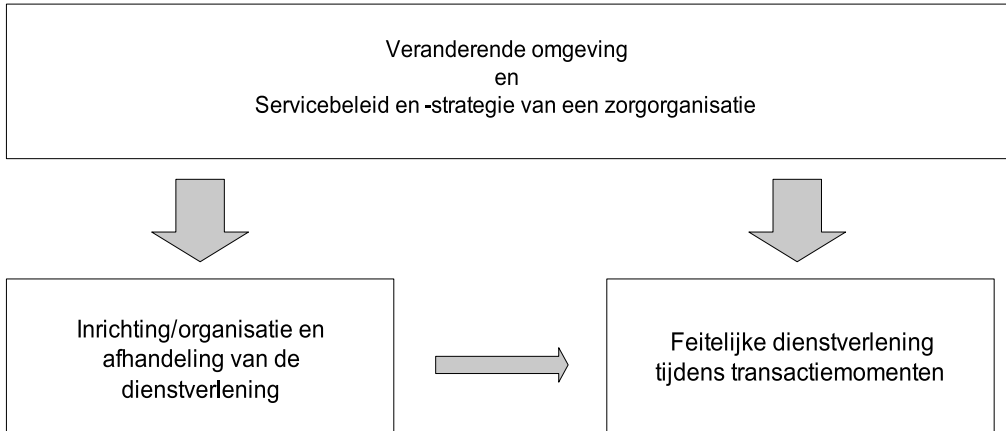
De veranderingen waarmee zorgorganisaties de laatste jaren te maken hebben gehad, grepen fors in op hun dienstverlening. Het krachtige substitutiebeleid dat door de overheid begin jaren negentig van de vorige eeuw werd ingezet, resulteerde in transmuralisering en ambulantisering van de zorg (SCP, 1998, 2000). Mondiger klanten en belangenorganisaties leidden ertoe dat zorgorganisaties in de tweede helft van diezelfde negentiger jaren investeerden in allerlei methoden om klantgerichter te kunnen werken (Gastelaars, 2000; Wijngaarden en Huijsman, 1999). De komst van de Persoongebonden Budgetten (PGB's) noodzaakte de aanbodgerichte dienstverlening te verfijnen tot meer individueel maatwerk (Van Dijk, 2003: 6, 7; Miltenburg en Ramakers, 1996). En anno 2006 sporen de nieuwe Zorgverzekeringswet, de Modernisering van de AWBZ¹³ en de inmiddels in de Tweede Kamer geaccepteerde Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) zorgorganisaties nog meer aan hun service concreet op de vragen van (hun) cliënten af te stemmen (WVS, 1999; CPB, 2003). Het is de opgave waarvoor zij zich de komende tijd gesteld zien staan; de realisatie van dienstverlening waar vraag naar is en die voldoende kwaliteit heeft om ‘voor terug te komen’¹⁴.

Het beleid en de strategie waarmee men excellente dienstverlening invulling geeft, zijn middelen om de visie op service te verbinden met de arbeid van medewerkers en een plaats in het transactiemoment te geven. Een serviceconcept dat op die momenten handen en voeten krijgt en daarom inspeelt op de vragen en behoeften van cliënten. Zo vormen de elementen service-concept, de arbeid van medewerkers uit het primaire proces én de feitelijk ontvangen dienstverlening een configuratie die zonder een nauwgezette uitbalancerings niet tot optimale resultaten kan leiden (Van Dijk, 2003). Afstemming van de elementen op elkaar is een eis voor dienstverlening die cliënten in hoge mate zullen waarderen (zie figuur 1.1.).

¹³ Het volgende hoofdstuk gaat uitvoerig in op de Modernisering van de AWBZ en de veranderingen die die voor zorgorganisaties zal hebben.

¹⁴ Zowel voor zorgverzekeraars als voor cliënten.

Figuur 1.1. Relaties tussen Bedrijfsomgeving, beleid, strategie, arbeid en dienstverlening



Er is inmiddels redelijk veel kennis aanwezig over de drie afzonderlijke elementen¹⁵. Onderzoek naar de samenhang ertussen is echter bijzonder spaarzaam (Bach, 2000; Ott e.a., 2004). Terwijl dit vanuit zowel wetenschappelijk als beleidsmatig oogpunt bezien, hoogst interessant is. Bestaan deze samenhangen inderdaad? En zo ja, hoe verloopt de invloed van de elementen feitelijk? Welke aspecten van de afzonderlijke elementen zijn belangrijk en oefenen invloed uit op andere? Kan deze kennis voor de beleids- en uitvoeringspraktijk van zorgorganisaties worden aangewend?

De samenhang tussen de elementen is van cruciaal belang voor het voortbrengen van aansprekende dienstverlening. Daarom onderzoekt dit proefschrift de volgende relaties:

- de kwaliteit waarmee zorgorganisaties het aanbod organiseren – waar het HRM een cruciale plaats inneemt – in relatie tot de arbeidstevredenheid van medewerkers;
- de kwaliteit waarmee zorgorganisaties het aanbod organiseren – waar het HRM een cruciale plaats inneemt – in relatie tot de waardering van cliënten voor de feitelijke dienstverlening;
- het beleid over de dienstverlening en de strategie aan de ene kant in relatie tot de waardering van medewerkers hoe zij feitelijk de diensten kunnen verlenen aan de andere kant.

De bedoeling is het voortbrengen van kennis over de configuratie waarmee zorgorganisaties diensten kunnen verlenen waar cliënten behoefte aan hebben en een bijdrage te leveren aan de kennis over het effect van service en HRM op de bedrijfsresultaten, in het geval van deze studie: vraaggerichte dienstverlening.

1.5. Probleemstellingen en deelvragen eerste deel studie

Het voorgaande leidt tot de hoofdvraag van deze studie.

Welke samenhang bestaat er tussen het servicebeleid, het HRM en de dienstverlening van zorgorganisaties in de AWBZ?

Deze vraag is belangrijk omdat het inzichten op kan leveren over de bijdrage van het servicebeleid en het HRM aan de primaire bedrijfsuitkomst van zorgorganisaties (vgl. Bach, 2000; Paauwe, 2004; Zeithaml, 2000).

De vragen die hier voor zorgorganisaties direct mee samenhangen luiden:

¹⁵ Zie bijvoorbeeld: Biessen, 1992; Blanc Le, 1994; Boonstra e.a., 1993; Buchan, 2000; Campbell, 2003; Carmaco en Lledo, 2001; Gilder e.a., 1998; Grundy en Wensley, 1999; Hanlon, 2001; Janssen en Schuilng, 1998; De Jonge e.a., 1998; Wright en Snell, 1998.

1. Welke consequenties hebben de Modernisering van de AWBZ en andere stelselwijzigingen voor de dienstverlening van zorgorganisaties in de AWBZ?
2. Welke bijdragen kunnen het servicebeleid en het HRM in zorgorganisaties leveren aan de totstandkoming van dienstverlening die meer aansluit bij de vragen en behoeften van cliënten?

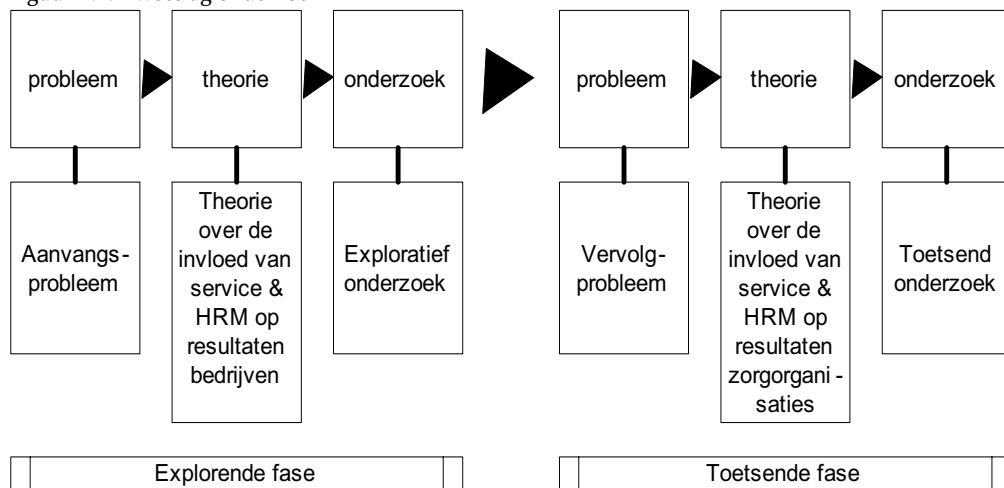
Andere belangrijke deelvragen zijn:

3. Welk model (of theoretische benadering) verklaart de kwaliteit van de dienstverlening mede met behulp van het HRM en de aanwezigheid van een strategisch servicebeleid voor de organisatie?
4. Is het mogelijk om met dit model of deze theoretische benadering de ontwikkelingen in de AWBZ (ouderenzorg, gehandicaptenzorg en de GGZ) inzichtelijk te maken?

De beantwoording van deze vragen beslaat de hoofdstukken twee tot en met vijf. Zij geven richting aan het exploratieve deel van deze studie. Volgens de werkwijze van het PTO-schema (probleem-theorie-onderzoek) (Popper, 1972; Ultee, 1974; Ultee, Arts, Flap 1996) volgt aan het einde van het exploratieve deel van het onderzoek een precisering van deze vragen. Die zal vervolgens richting geven aan het toetsende onderzoek van het proefschrift.

De structuur van de gehele promotieonderzoek is met de onderstaande afbeelding in schema gebracht (voor een nadere methodologische beschrijving zie § 5.2. en § 7.2. t/m 7.5).

Figuur 1.2. Tweeslag onderzoek



1.6. Relevantie van het onderzoek

Wetenschappelijke relevantie

Het voorgestelde onderzoek is wetenschappelijk relevant vanwege de bijdrage aan de kennis over de samenhang tussen de servicestrategie, het HRM en de primaire prestatie van zorgorganisaties (vgl. Guest, 1997). Hierover bestaat geen theoriegestuurd onderzoek, terwijl dit wel meerwaarde voor de voortgang van kennis heeft (vgl. Arts e.a., 1976; Lindenberg en Stokman, 1983; Wippler, 1978). Deze studie besteedt daar nadrukkelijk wel aandacht aan, met de bedoeling een model te ontwikkelen dat een empirische toetsing kan ondergaan. Deze werkwijze maakt het voortbrengen mogelijk van theo-

retisch gefundeerde kennis over het effect van HRM en service op een primaire uitkomst van dienstverlenende organisaties in de zorgsector: de dienstverlening zelf volgens het oordeel van cliënten. Daarnaast is het interessant om dienstverlenende principes op hun waarde te onderzoeken voor een non profit sector die de weg van gereguleerde marktwerking is ingeslagen.

Wil men de kwaliteit van de organisatie en afhandeling van de dienstverlening in kaart kunnen brengen dan vereist dat valide meetinstrumenten, die uit de theorie ontspringen (vgl. Jansen en Dessens, 1987; Swanborn, 1973, 1987; Wippler, 1996). Het model dat in dit promotieonderzoek is gekozen, biedt een goede basis (zie hoofdstuk 3). Het voorziet in een heldere begripsomschrijving, geeft samenhangen aan en is geschikt om de meetinstrumenten van af te leiden. De resultaten van zowel het exploratieve als het toetsende onderzoeksgedeelte kunnen resulteren in verbeteringen van de meetinstrumenten.

In dit proefschrift zijn enkele theoretische en methodologische combinaties gemaakt die weinig voorkomen. De studie behandelt de combinatie tussen het oordeel van medewerkers over hun arbeid en de waardering van cliënten voor de dienstverlening. Dit kan waardevolle informatie opleveren over hoe men de transactiemomenten goed kan faciliteren. Ook komt de combinatie aan de orde tussen het strategische servicebeleid van zorginstellingen en de organisatie van de dienstverlening aan de ene kant en de feitelijke dienstverlening aan de andere kant. Deze combinaties zijn object van zowel exploratief als toetsend onderzoek (combinatie drie), en maakt gebruik van zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden (de vierde combinatie). Dit alles om de hoofdvraag zo goed mogelijk te beantwoorden, namelijk: op welke wijze kunnen service en het HRM in de gekozen AWBZ-sectoren een bijdrage leveren aan het realiseren van dienstverlening die zoveel mogelijk tegemoet komt aan de vragen en behoeften van cliënten.

Relevantie voor de AWBZ-sectoren (praktische relevantie)

De relevantie voor de AWBZ-sectoren en haar zorgorganisaties ligt in het verlengde van de bovenstaande punten. Uit gefundeerde theoretische inzichten en empirische toetsing zijn beleidsaanbevelingen af te leiden om via de inrichting/organisatie van de dienstverlening en de inzet van het HRM diensten te verlenen die cliënten willen én appreciëren. Zo kunnen zorgorganisaties in gelijke pas blijven met de ontwikkelingen die de AWBZ momenteel doormaakt en met de andere stelselwijzigingen. Het onderzoek sluit bovendien aan bij belangrijke thema's die er ook spelen, zoals het implementeren van kwaliteitssystemen (zoals het INK, HKZ en het MIK-V), het concept van integraal management (Huijsman, 2001 a,b) en de huidige aandacht voor het maatschappelijk ondernemerschap in de gezondheidszorg (Van Dijk, 1997; Hamers e.a., 2005).

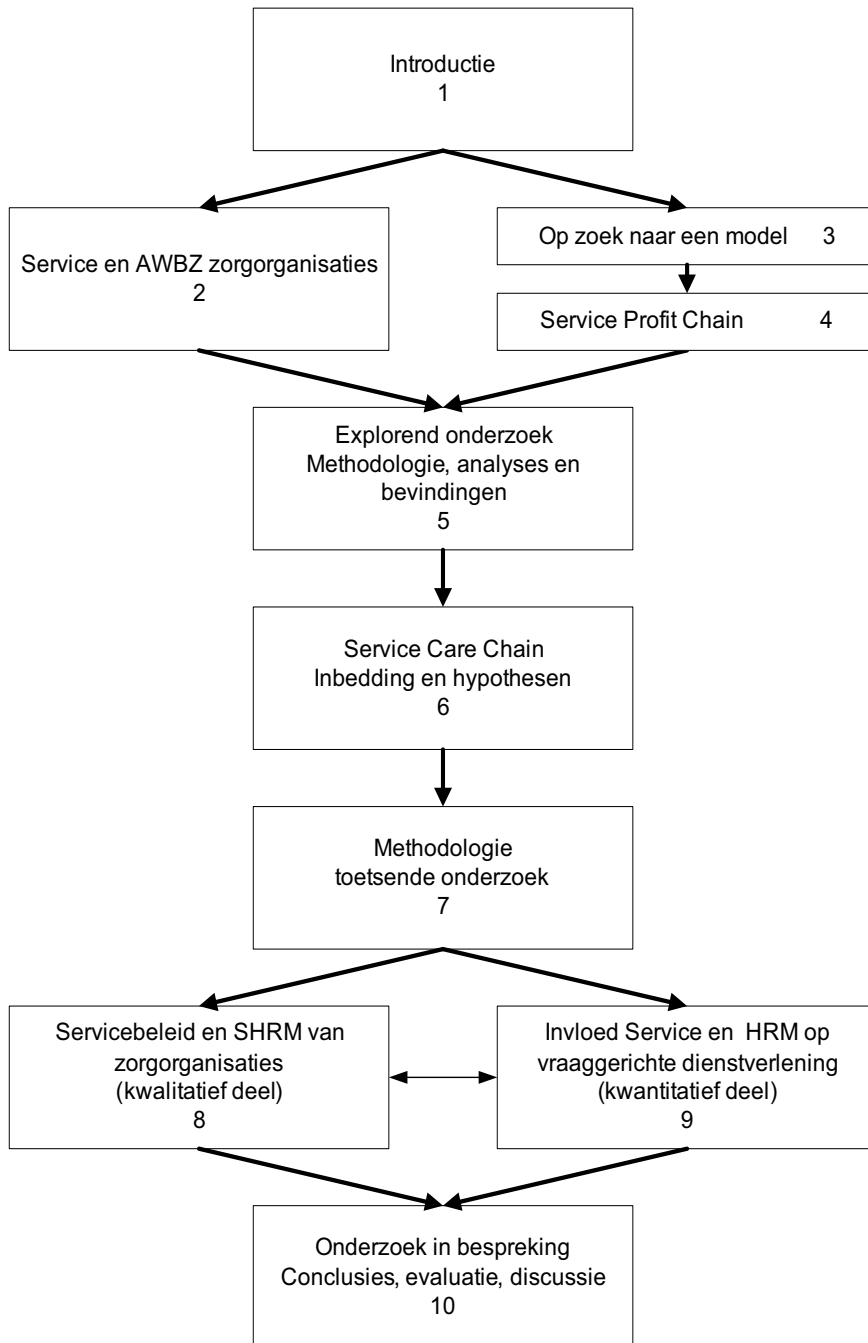
Maatschappelijke relevantie

Vanuit maatschappelijk oogpunt is het onderzoek om de volgende redenen relevant. De mondigheid van cliënten neemt toe (SCP, 2004). De behoefte om hun invloed op de dienstverlening te laten gelden ook (Groenewoud e.a., 2005; Kraan, 2001). Zodra zorgorganisaties deze ontwikkeling negeren, komt hun legitimering onder druk te staan. In een tijd waarin cliëntenparticipatie alom gepropageerd wordt, kan het onderzoek inzichten en adviezen opleveren over manieren waarmee deze ontwikkeling kan worden bestendigd en wellicht versneld. Daarnaast moet deze studie handreikingen bieden om aanpassingen in de bedrijfsvoering te realiseren die recht doen aan de behoeften van cliënten en medewerkers binnen een situatie van gereguleerde marktwerking. Ook dit betreft een belangrijke legitimeringsvraag. Want als zorgorganisaties er niet in slagen deze aansluiting te vinden verliezen zij een belangrijk recht van hun bestaan (vgl. Gastelaars, 2001; Putters, 2003). Het is immers hun verantwoordelijkheid een afzetgebied voor hun diensten te vinden, en veilig te stellen bovendien (Chen e.a., 2004).

1.7. Leeswijzer

Welke invloed de veranderingen in de AWBZ-sector hebben op de bedrijfsvoering en dienstverlening van zorgorganisaties is onderwerp van het tweede hoofdstuk. Daarna volgt in hoofdstuk drie een beschrijving van enkele modellen die voor het onderzoek in aanmerking komen. Het model dat gekozen wordt, gaat in op de waarde van de dienstverlening en het aandeel dat het HRM daarin heeft. Dit is te lezen in hoofdstuk vier. Het beschrijft welke HR-factoren bepalend zijn voor het succes van commerciële en zakelijke dienstverleners. Het HRM en het serviceconcept hebben in deze benadering een sleutelpositie. Deze ideeën zullen op de AWBZ worden toegepast. In een poging het bestaan van de belangrijkste relaties uit het model aan te tonen, zal er in drie zorgorganisaties onderzoek plaatsvinden. Hoofdstuk vijf beschrijft dit exploratieve deel: het verwoordt de methodologische aanpak van deze stap en presenteert de onderzoeksresultaten. Aan het einde van dit hoofdstuk wordt het gemodificeerde model over dienstverlening getoond dat specifiek voor zorgorganisaties geldt: de “Service Care Chain”. Aan de hand hiervan behandelt het zesde hoofdstuk de huidige kennis over de relatie tussen het servicebeleid, het HRM in dienstverlenende organisaties, de medewerkers-tevredenheid en de waardering van klanten voor de dienstverlening. Dit gebeurt aan de hand van de ‘fits’ die er tussen de onderdelen van het model zijn te onderkennen. In dit hoofdstuk zijn ook de hypothesen geformuleerd, die in het toetsende deel van deze studie zullen worden getoetst. De methodologische verantwoording van dit deel van het onderzoek is te vinden in het zevende hoofdstuk. De laatste hoofdstukken (8 t/m 10) beschrijven de onderzoeksbevindingen van het toetsende gedeelte. Hoofdstuk acht behandelt de uitkomsten van de documentenstudie om het servicebeleid door te lichten. Dit is het kwalitatieve gedeelte. Het negende hoofdstuk stelt de hypothesen op de proef waarmee de relaties van het model onder woorden zijn gebracht. Dit is het kwantitatieve deel dat op vragenlijstonderzoek is gebaseerd. Hoofdstuk tien tenslotte bespreekt wat deze studie heeft opgeleverd, welke vragen zijn beantwoord en of er nieuwe vragen zijn opgeworpen. Ook krijgen enkele belangrijke implicaties van de onderzoeksresultaten voor de praktijk een plaats in dit laatste hoofdstuk. Het volgende schema toont de opzet van de studie in een notendop.

Figuur 1.3. Opbouw van het proefschrift



2. Service en zorgorganisaties

2.1. Introductie

Altijd zijn er mensen geweest die kampen met tekortkomingen van fysieke aard of die lijden onder verminderde mentale vermogens. In de loop van de vorige eeuw ging de zorg aan deze personen steeds meer tot het domein van de overheid behoren (Boot en Knapen, 1993). Vanaf de jaren vijftig van de vorige eeuw troffen verschillende regeringen in het kielzog van de welvaart regelingen, die als een maatschappelijk vangnet voor burgers gingen fungeren. Voor langdurig zieken of personen met een chronische beperking zag in 1968 de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) het licht, destijds specifiek bedoeld voor de zogenoemde onverzekerbare ziekerisico's. De wet steunt op het solidariteitsbeginsel: iedere verdienende Nederlander is verplicht tot premieafgifte en elke burger heeft het recht om aanspraak te maken op deze regeling (ibid). De toegankelijkheid moest voor iedereen gelden en de dienstverlening zou zonder aanzien des persoons plaats moeten vinden. Inmiddels regelt deze wet de zorg voor mensen met een handicap of met een psychiatrische stoornis¹⁶. Ook de thuiszorg, de zorg aan ouderen en de residentiële jeugdzorg vallen eronder.

Zorgorganisaties vormen de grootste groep die belast is met de feitelijke uitvoering van de regeling. In de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en de GGZ zijn er 1994 organisaties die aan mensen met verminderde vermogens diensten verlenen, aanvankelijk veelal als intramurale voorzieningen. Maar zeker vanaf de jaren negentig van de vorige eeuw zijn er door deze organisaties talloze initiatieven ontwikkeld om de zorg buiten de muren van hun instellingen te verplaatsen. Dit kwam vooral door het substitutiebeleid van de paarse kabinetten destijds, dat een verplaatsing inhield van de intramurale zorg naar ambulante en transmurale zorgomgevingen.

De ouderenzorg kent het grootste aantal zorgorganisaties: 1700. De gehandicaptenzorg telt 183 residentiële instellingen, die in de loop der tijd een groot aantal woonvoorzieningen hebben gecreëerd voor hun cliënten. Dit is overigens een typisch voorbeeld van het substitutiebeleid, dat zojuist is genoemd. In de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) zijn 111 organisaties werkzaam. Dat kunnen Psychiatrische centra zijn (veelal regionaal opererend), Algemeen Psychiatrische ziekenhuizen en Regionale instellingen voor beschermd wonen (Ribw's). Daarnaast zijn er organisaties belast met de uitvoering van Kinder- en Jeugdpsychiatrie, de geïntegreerde en ambulante verslavingszorg en TBS-dienstverlening. In iedere sector van de AWBZ bloeien allerlei ambulante en transmurale projecten.

tabel 2.1. Zorgorganisaties

Ouderenzorg	Gehandicaptenzorg	GGZ
334 verpleeghuizen	183 instellingen	140 organisaties
1366 verzorgingshuizen	3302 locaties met een woonfunctie	

bronnen: websites van Arcares, VGN en GGZ-Nederland (2005).

Volgens Gastelaars (2000: 17) kan men zorgorganisaties tot de categorie van dienstverlenende bedrijven rekenen. De kerntaak van deze categorie bedrijven bestaat uit gerichte transacties tussen uitvoerenden en klanten om een specifiek effect teweeg te brengen in de toestand van de klant. De centrale waarden van de organisatie moeten de organisatietaken – het handelen van de uitvoerenden en managers – legitimeren. Deze waarden kan men omschrijven als “gegeneraliseerde maatschappelijke verwachtingen, die voor een bepaald type dienstverlenende organisaties als vanzelfsprekend door de

¹⁶ De GGZ verricht ook behandeling gericht op genezing. Dit is de cure en wordt gefinancierd uit het 2^e en 3^e compartiment.

betrokkenen – inclusief de politiek en de publieke opinie – onderschreven worden als ‘behorende bij deze organisatie’” (Gastelaars 2000: 32). Maar wat is nu zo specifiek aan dit type dienstverlenende organisaties? En hoe werken de recente maatschappelijke en politieke veranderingen in op het servicebeleid van zorgorganisaties?

2.2. Karakteristieken van zorgorganisaties

Volgens de beschrijving van Hasenfeld (1983: 1 – 11) zijn AWBZ-zorgaanbieders zogenaamde “human service organizations”. Zij werken met mensen aan én voor mensen. Verzorgings- en verpleeghuizen en instellingen voor de intramurale gehandicaptenzorg proberen het welzijn van hun cliënten te waarborgen zonder hen in wezen te willen veranderen. Dat geldt ook voor organisaties van de intramurale GGZ, waar cliënten leren omgaan met hun beperkingen. De acute en de forensische psychiatrie kenmerken zich daarentegen door behandeling en verandering van het gedrag van hun cliënten. Allerlei trans- en extramurale zorgarrangementen zijn aan te merken als voorzieningen die aan specifieke typen cliënten diensten verlenen, opdat zij een zo zelfstandig mogelijk bestaan kunnen leiden.

De diensten van zorgaanbieders uit de AWBZ-sectoren zijn van andere aard dan die van de doorsnee zakelijke dienstverlener. Zij zijn vooral immaterieel en slaan rechtstreeks op het welzijn van personen met beperkingen in hun mentale en fysieke vermogens. Dienstverlening moet hen ondersteunen in het leiden van een zinvolle en dragelijke manier van leven. Van het leren accepteren van niet aangeboren hersenletsel tot de inrichting van een veilige woonkamer met alarmapparatuur. Van het geregeld opnieuw instellen van medicatie tot het leren communiceren met pictogrammen en ondersteunende gebaren. Het is het type dienstverlening dat regelrecht ingrijpt in de kwaliteit van leven van cliënten. Vanuit dit gezichtspunt dragen zorgorganisaties een grote verantwoordelijkheid. Zij staan voor de taak de dienstverlening op een ordentelijke manier te organiseren. Tegelijk moeten zij instaan voor een goede kwaliteit van die dienstverlening (Oudenampsen, 1998, 1999, 2002; Schneider en Bowen, 1996; Schneider, White, Paul, 1998; Thomassen, 2000).

Wanneer het op de resultaten van de dienstverlening aankomt, stelt Hasenfeld (1983) dat die lastig te meten zijn en hij noemt dit mankement zelfs een belangrijk kenmerk van dit soort organisaties (ibid: 99 e.v.). De doelstellingen zijn niet eenduidig te operationaliseren en ambigu bovendien: “In short, the goals adopted by human service organizations reinforce a certain set of values and beliefs over which there is no clear consensus in a pluralistic society, and thus they are likely to be challenged by those social groups who hold opposing or different belief systems” (ibid: 85). Dit beïnvloedt de definitie van wat goede resultaten van de dienstverlening zijn en de waardering die men ervoor heeft. Het is met andere woorden moeilijk onder woorden te brengen wat er nu precies met service wordt bedoeld. Het hangt van de positie af die men inneemt en de ingenomen rol. Dit fenomeen is onderwerp van paragraaf 2.5.

Chronisch verminderde vermogens verhinderen personen vaak een bestaan volgens de gangbare maatschappelijke maatstaven. Zij zijn van anderen afhankelijk om hun leven vorm te geven. Zorgaanbieders helpen hen een vol en zinvol bestaan na te streven. Dat kan door cliënten te leren omgaan met de beperkingen of met een passende behandeling het lijden te verminderen. De acties die medewerkers van dienstverleners ontwikkelen én de procedures van de organisatie brengen cliënten in een afhankelijke positie (Gastelaars, 2000: 106; Swaan, 1989b). Vaak hebben cliënten nauwelijks gefundeerde kennis van hun beperking, noch van de behandeling en haar effecten, noch van manieren om de beperkingen te leren hanteren. Deze afhankelijkheid is het meest voelbaar tijdens de transacties (Korczynski, 2002). Het paradoxale is echter dat op dat moment volgens Wicks

(1998) ook nadrukkelijk sprake is van een “cliënt gecentreerde” actie. De relatie tussen de medewerker die de dienst verleent en de cliënt kan de afhankelijkheid dragelijk maken of verscherpt die in het slechte geval. Altijd is de relatie essentieel voor de beleving van de dienstverlening, zowel voor de cliënt als voor de medewerker. Het relationele karakter van het transactiemoment en de afhankelijkheid van cliënten zijn karakteristiek voor de dienstverlening in de zorgsectoren (Hasenfeld, 1983: 10, 178, 197; Normann, 1991; Zuckerman en Coile, 2003: 149). Zij bepalen de daadwerkelijke afstemming van het aanbod op de vraag. Met dien verstande dat het primaat voor de inhoud en levering van diensten vooral ligt in de handen van (professionele) medewerkers en de organisatie.

Het feit dat de dienstverlening voornamelijk via de relatie tussen medewerker en cliënt verloopt, maakt de zorgsector arbeidsintensief.¹⁷ Dit is een belangrijke karakteristiek van zorgorganisaties en maakt dat het HRM een essentiële plaats in de bedrijfsvoering zou moeten hebben (Buchan, 2000; Van Dijk, 2000). In de zorg aan chronisch zieken is het zo goed als onmogelijk diensten te verlenen met behulp van de zogenaamde harde technologieën¹⁸ alleen. Er zijn altijd mensen nodig die begeleiden, behandelen of ondersteuning bieden in de meest uiteenlopende situaties en aan de meest uiteenlopende personen. Van Dijk en Pool (1999) noemen het personeel in het primaire proces van de dienstverlening het productiemiddel bij uitstek. Zij taxeren, stellen zorgplannen voor en onderhandelen met cliënten over de interventies. Zij verlenen de diensten en als het goed is, doen zij dat met gevoel voor de verwachtingen van cliënten, zonder daarbij de eigen professionele normen te schenden. Zij proberen idealiter zoveel mogelijk binnen de beleidslijnen van de zorgorganisatie te handelen. Zij stemmen de zorg af met andere disciplines die erbij zijn betrokken.

Hasenfeld (1983: 9) stelt dat dit type organisaties altijd te maken heeft met verhoudingsgewijs veel externe partijen, omdat zij zich met publieke middelen van hun taak kwijten. Vanwege de maatschappelijke dynamiek zullen de eisen aan de organisaties steeds aan verandering onderhevig zijn. Dit geldt voor hun financiële beleid, de kwaliteit van hun dienstverlening, de criteria die er aan professionals gesteld worden en voor allerlei aan arbeid gerelateerde onderwerpen. Om hun legitimatie te behouden zijn deze organisaties telkens genoodzaakt hun werkwijzen op de eisen van de tijd af te stemmen. Dit komt tot uiting in de manier waarop zij de dienstverlening vormgeven, aan wie, en bovenal welke diensten er worden verleend. De uitkomsten van de dienstverlening zijn in de tijd dus relatief onvoorspelbaar.

Dit wordt versterkt door enkele andere factoren. Cliënten ontwikkelen in de loop der tijd andere voorkeuren (RVZ, 2003). Daarop zal een organisatie in dienen te spelen. Daarnaast is de kennis over het functioneren van mensen en over hun gedrag onvolledig en onderhevig aan steeds nieuwe inzichten (ibid: 110). Dit vereist voortdurende aanpassingen van de dienstverlenende technologieën. Vanuit dit gezichtspunt is de dienstverlening voortdurend aan variatie onderhevig.

Dit continu afstemmen van interne en externe handelingen op de omgeving noemt Rogier (1998: 2) het balanceringsprobleem en is de laatste karakteristiek van zorgorganisaties¹⁹. Intern gerichte handelingen zijn bijvoorbeeld “inrichting van de organisatie, besluitvormings-, plannings- en controleprocedures, het productieproces, enz.” (ibid: 1). Onder extern gerichte handelingen vallen “het beïnvloeden van marktsituaties door prijspolitiek en reclame, maar ook handelingen in de bedrijfstak en bedrijfskolom waarmee ondernemers de marktstructuur beogen te wijzigen, zoals fusies, overna-

¹⁷ 65% en 70% van de instellingsbudgetten bestaat uit personele lasten (vgl. Kennedie, 2005: 18; Visser, De Vries, 2005; De Vries, 1999: 89).

¹⁸ Met ‘harde technologie’ in Human Service Organizations wordt bedoeld diensten die apparaten verlenen of diensten die worden bepaald door strikt reproduceerbare procedures waarbij er een één op één relatie is tussen oorzaak, interventie en effect. En de effectmetingen zijn eenduidig (Hasenfeld, 1983: 112).

¹⁹ In meer of mindere mate hebben alle organisaties met dit fenomeen te maken (vgl. Jaffee, 2001; Lammers e.a., 2001). Voor zorgorganisaties speelt het nadrukkelijk vanwege de veelheid aan dominante externe partijen (Leggatt, 2003).

mes, netwerkvorming, strategische allianties, (...), enz.” (ibid. 2). Het is een belangrijke opgave voor het hoger management²⁰ in de AWBZ-sector om de wisselwerking tussen organisatie en omgeving via balanceren van de interne en externe handelingen in het voordeel voor de organisatie te be-slechten (vgl. Mark, Critten, 1998). Door de Modernisering van de AWBZ en andere stelselwijzigingen is dit ‘uitbalanceren’ voor zorgorganisaties nu erg actueel: zij staan voor de taak hun aanbod nadrukkelijk in te richten en aan te bieden op basis van de nieuwe regelgeving die men successievelijk aan het invoeren is: vraaggerichte dienstverlening wordt de norm.

2.3. Modernisering van de AWBZ en andere stelselwijzigingen

Met de Modernisering van de AWBZ heeft de regering enkele belangrijke doelen op het oog. Het aanbod alleen mag niet meer allesbepalend zijn voor de dienstverlening. Het rapport ‘Zicht op zorg’ (VWS, 1999) stelt dat de cliënt en zijn zorgvraag het uitgangspunt van de zorg moet zijn. Dit is de eerste doelstelling. “Het centraal stellen van de cliënt veronderstelt het serieus nemen van de cliënt als mondige burger, die zelf verantwoordelijkheid neemt voor zijn of haar eigen situatie. Primair betekent dat: zo lang mogelijk op eigen benen staan en zorgafhankelijkheid zo lang mogelijk voorkomen. Waar cliënten niet zelf in staat zijn hun positie te bepalen, is er veelal sprake van een zaak-waarnemer, die voor de belangen van cliënten staat.” (VWS, 1999: 16).

Om deze vraaggerichtheid op alle niveaus van de AWBZ te bereiken, bewandelt men twee wegen. De huidige belemmeringen in de bestaande regeling zullen moeten verdwijnen. Dat zijn de aanbodgestuurde bekostiging van de dienstverlening en de strikte scheiding tussen de verschillende AWBZ-deelsectoren. Via de tweede weg moeten nieuwe instrumenten “leiden tot een duidelijke verbetering van het proces van hulpvraag tot hulpverlening en tot een substantieel sterkere positie van de cliënt daarin.” (VWS, 1999: 16). De beleidsmakers willen dat het voor cliënten mogelijk wordt om met één indicatie toegang te verkrijgen tot de noodzakelijke AWBZ-dienstverlening, ook transsectoraal. Door zo’n AWBZ-brede indicatie is het mogelijk de dienstverlening aan groepen cliënten vorm te geven met zogenaamde ketenzorg, die de schotten van de AWBZ-sectoren overstijgt (Huijsman, 2001). Het is de bedoeling dat maatwerk in de dienstverlening zoveel mogelijk tegemoet komt aan de gehonoreerde zorgvraag, zowel in de toewijzing naar specifieke vormen van zorg, als in het daadwerkelijke zorgproces (Walburg, Brinkmann, 2001).

Als tweede doelstelling heeft men de “vermaatschappelijking van de zorg” gekozen. In het huidige tijdsgewricht van mondige burgers met een verantwoordelijkheid voor het inrichten van het eigen bestaan, past zorg die daarbij aansluit. Zolang het mogelijk is moet de dienstverlening thuis plaatsvinden of “dicht bij huis in de eigen woon- en leefomgeving.” (VWS, 1999: 17). Als consequentie zal een verregaande integratie van wonen, welzijn, arbeid, dagbesteding en onderwijs moeten worden gerealiseerd. Een cliënt kan zorg nodig hebben bij de algemeen dagelijkse levensverrichtingen en tegelijkertijd behoefte aan gestructureerde dagbesteding of aan financiële ondersteuning. Alleen in onderlinge samenwerking kunnen hulpverlenende instanties en hulpverleners aanbod organiseren en uitvoeren dat beantwoordt aan de gestelde zorgvragen. Dit is het beste te realiseren op het regionale en lokale niveau. Het initiatief daarvoor komt vooral bij de zorgaanbieders te liggen. Zij dienen de nodige samenhang in het aanbod te organiseren in samenwerking met de indicatieorganen en de zorgkantoren.

Kostenbeheersing van het stelsel is het derde doel dat men nastreeft. De rijksoverheid is als eerste verantwoordelijk voor de beheersing van de uitgaven (VWS, 1999: 18). In de brief van september 2003 aan de Tweede Kamer benadrukt de Staatssecretaris dit gezichtspunt, waarin zij een voorstel

²⁰ Het management wordt in dit proefschrift omschreven als alle managers wiens beslissingen regelrecht met het primaire proces van zorg-organisaties te maken hebben. Dat kunnen topmanagers zijn die het serviceconcept vaststellen, maar ook het middenkader dat bijvoorbeeld dat concept handen en voeten moet geven. Het management van ondersteunende processen (zie Hardjono en Bakker, 2001: 114 – 115) behoort niet primair tot deze groep.

doet tot ontmanteling van de AWBZ, in combinatie met nadrukkelijke aandacht voor verhoging van de doelmatigheid van de uitvoerende instanties, waaronder de zorgaanbieders (TK, september 2003: 8 – 11).

Er zijn enkele belangrijke stappen waarmee men de AWBZ moderniseren wil. Als eerste belangrijke stap heeft men in april van het jaar 2003 de functiegerichte indicering ingevoerd. Functionele bekostiging volgde daar snel op en nieuwe toetreders kunnen via een versoepeling van de toetredingsregel de ‘markt’ betreden, in de veronderstelling de concurrentie te bevorderen. Vanaf medio 2004 schaft men geleidelijk aan de contracteerplicht af, die zorgverzekeraars en aanbieders tientallen jaren aan elkaar hebben verbonden. Per 2006 is een nieuwe Zorgverzekeringswet in werking getreden, waar de cure-zorg (van de GGZ) in is ondergebracht. De invoering van de WMO krijgt stapsgewijs zijn beslag. Vanaf 2007 is de huishoudelijke hulp al in deze wet ondergebracht en in de nabije toekomst zullen grote delen van de AWBZ naar de WMO worden overgeheveld.

De veranderingen in de AWBZ en andere delen van de gezondheidszorg zijn de belichaming van een langlopende trend naar een dienstverlening die meer op de zorgbehoefte van de cliënt is afgestemd. Maatschappelijke ontwikkelingen als individualisering en democratisering, de toenemende mondigheid en niet te vergeten bestedingsruimte van burgers, hebben hun invloed in de gezondheidszorg laten gelden (Dercksen en Van ’t Hof, 1996; Verbeek en Tiemersma, 1998; Verbeek, 1999; Van der Kraan, 2006). De grootste gemene deler van deze ontwikkelingen is de grotere invloed die cliënten zouden moeten krijgen op het dienstverleningaanbod. De norm is dat de cliënt steeds meer als volwaardige partij moet worden gezien. Vanaf de verschijning van het rapport Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (1987)²¹ hebben de diverse kabinetten getracht een grotere invloed voor cliënten te bewerkstelligen en hen meer keuzevrijheid willen geven (Van der Kraan, 2001: 11). Dit resulteerde in wetgeving die rechtstreeks de positie van cliënten versterkte. Zo legt de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) het zogenaamde ‘informed consent’ vast en probeert de arts-patiënt relatie gelijkwaardiger te maken. Met het verschijnen van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen is de medezeggenschap van cliënten op het niveau van de instelling van een wettelijk kader voorzien. En de Klachtenwet regelt het goed afhandelen van klachten die cliënten hebben over de dienstverlening.

Vanaf halverwege de jaren negentig van de vorige eeuw maken de begrippen vraagsturing, vraaggestuurde zorg en vraaggerichte dienstverlening hun opwachting op het – toch al zo volle – taalkundig podium van de gezondheidszorg. Termen waarmee men de essentie van de bovengenoemde ontwikkelingen in de gezondheidszorg (zoals ook de Modernisering van de AWBZ) een naam probeert te geven. Het gebruik ervan heeft de laatste jaren een grote vlucht genomen, maar het is niet gelukt eenduidigheid in begrip en definitie te verkrijgen (Van der Kraan, 2006).

2.4. Omschrijving vraagsturing van dienstverlening en vraaggerichte dienstverlening

Vraagsturing, vraaggestuurde en vraaggerichte dienstverlening kwamen als containerbegrippen model te staan voor de ontwikkelingen om van een aanbodgerichte dienstverlening te komen naar één, waarbij de vraag van cliëntengroepen het leidende beginsel is (Van der Grinten, 2000, Van der Kraan 2001, 2006).

De literatuur over dit thema weerspiegelt de grote variatie in het gebruik van diverse begrippen en de betekenissen die men eraan toekent. Auteurs hebben gezocht naar een adequate omschrijving

21 Dit rapport is vooral bekend geworden onder de naam Rapport Dekker (was de voorzitter van deze commissie).

voor de vormen van zorg die in de loop der tijd zijn ontwikkeld, maar zijn er niet in geslaagd om eenheid te bewerkstelligen²² (ibid).

Voor de onderhavige studie worden zowel vraagsturing van de dienstverlening als vraaggerichte dienstverlening omschreven, om een goede aansluiting te bewerkstelligen met de begrippen van het model dat in het volgende hoofdstuk zal worden geïntroduceerd.

2.4.1. Vraagsturing van dienstverlening²³

In haar rapport “De rollen verdeeld” waagt het RVZ een poging tot omschrijving van vraagsturing van zorg door te spreken van “sturing door de vraag”, “sturing van de vraag” en tenslotte “sturing op de vraag” (RVZ 2000,10). Met de eerste vorm wordt bedoeld dat de vraag het aanbod leidt. Op basis van de vraag bepaalt de patiënt uiteindelijk zelf van welke zorgarrangementen hij gebruik wil maken. In het discours gebruikt men hiervoor ook regelmatig de termen vraaggestuurde of vraaggerichte dienstverlening of vraagsturing van de zorg. In de AWBZ staat het Persoonsgebonden Budget (PGB)²⁴ model voor deze vorm van inkoopmacht.

“Sturing van de vraag” komt in een notendop neer op “het beïnvloeden en sturen van het gebruik van de gezondheidszorg in een gewenste richting.” (Van der Grinten 2000, 6). Het aanbod en de schaarste daaraan blijven de belangrijke uitgangspunten. Tenslotte laat “sturing op de vraag” zich verstaan als het sturen van de vraag door zogenaamde tussenpartijen, zoals zorgverzekeraars en werkgevers. Zij behartigen de belangen van de zorgvrager om bij de vraag een passend aanbod te vinden. De AWBZ-dienstverlening in natura²⁵ kan men met deze definitie omschrijven. Het rapport incorporeert de drie begrippen in de term vraagsturing en kwalificeert ze als diverse typen daarvan. Ook die typen waar het aanbod nog centraal staat, het zogenaamde “sturen van de vraag”, in het rapport omschreven als het inbouwen van prikkels om rekening te houden met de vraag binnen kaders van aanbodregulering (RVZ 2000, 80). Allerlei pogingen tot beïnvloeding van de vraag van consumenten door de overheid, zorgverzekeraars en zorgaanbieders, zouden onder deze term kunnen worden ondergebracht.

In een ander rapport, genaamd “Naar een meer vraaggerichte zorg” (1998), omschrijft men vraagsturing van zorg als “het mogelijk maken dat binnen de structuur en de financiering van de gezondheidszorg en de daaraan direct gerelateerde beleidsterreinen beter ingespeeld wordt op wat patiënten willen en belangrijk vinden. Vraagsturing is dus *de facilitering van vraaggerichte dienstverlening.*” (RVZ, 1998, 15). Deze definitie biedt een aangrijpingspunt voor een omschrijving van vraagsturing van de dienstverlening op het niveau van de inrichting van het zorgaanbod. Het uitgangspunt dat vraagsturing vraaggerichte dienstverlening faciliteert, biedt ruimte voor de toepassing van het begrip op het mesoniveau²⁶. Zorgorganisaties in wier handen de inrichting van het zorgaanbod ligt, zijn per slot van rekening belast met de taak de feitelijke dienstverlening te faciliteren (Gastelaars 2000, Walburg 1997). Dit kan vooral door bij de inrichting expliciet rekening te houden met de feitelijke zorgvragen van cliënten. Boekholdt (2000) constateert echter een spanning tussen wat iemand wil en

²² Zie ook: Boekholdt, 2000; Gibbels, 2000; Hoeksema, Jansen, 2001; Nijenhuis, 1998; Philipsen 1997; Putters, 2003; Schrijvers, 1997; Van den Siepkamp, 2000; Terpstra, 1997; Tonkens, 2003; Vaalburg en Goudriaan, 1998; Verbeek, 1999.

²³ De beleidsliteratuur over deze materie belicht de relatie tussen professional en cliënt hoofdzakelijk vanuit het standpunt om de ongelijkheid tussen expert en patiënt te verminderen. Het is echter evengoed denkbaar uit te gaan van het vaste gegeven dat er ongelijkheid bestaat en de twee partijen te leren daar in beider belang zo goed mogelijk mee om te gaan: een dergelijke ongelijkheid is immers moeilijk op te heffen (Swaan, 1989 a, b).

²⁴ Dit is een geldbedrag dat de cliënt na indicatie krijgt uitgekeerd om zelf passende zorg in te kunnen kopen. Uiteraard binnen het kader van de indicatiestelling.

²⁵ Dit is de zorg die men op indicatie direct van zorgaanbieders ontvangt, zonder bijvoorbeeld een Persoonsgebonden Budget.

²⁶ Dit proefschrift hanteert de volgende indeling: het microniveau is het niveau waar de feitelijke transactie plaatsvindt; het mesoniveau slaat op het niveau van de organisatie van het aanbod van de dienstverlening en het macroniveau is het regionale en landelijke niveau.

wat een organisatie waar kan maken. Hij adviseert organisaties telkens opnieuw een balans te vinden tussen het individualiseren van de zorg binnen de mogelijkheden van standaardisatie van specifiek aanbod. Dat kan, zegt hij “door met arrangementen te werken die inspelen op gegroepeerde behoeften van cliënten, maar die ook vanuit de aanbieder bepaalde uniformiteit hebben” (Boekholdt, 2000: 52). In navolging van Normann (1991) introduceert hij hiermee nadrukkelijk het *doelgroepenbeleid*, dat neerkomt op het formeren van groepen cliënten bij wie één of twee hoofdvragen de basis voor de dienstverlening vormen (vgl. Faber en Schippers, 1998). In andere woorden gaat het hier om maatregelen, waarmee men een balans probeert te bewerkstelligen tussen ‘interne en de externe handelingen’ van een bedrijf (Rogier 1998: 2).

De samenstelling van de verzekeringspakketten of zorgarrangementen in de AWBZ bepalen of de feitelijke dienstverlening inderdaad aan de vraag van cliëntengroepen tegemoet komt. Die samenstelling is dus een belangrijk element en moet letterlijk het begin vormen van vraagsturing van de dienstverlening. Cliënten moeten (al dan niet op voorspraak) die dienstverlening kunnen kiezen die het beste bij hun vraag en verwachtingen aansluit (Van der Kraan, 2001). Op macroniveau wil men dat bereiken door het *aantal zorgarrangementen* (fors) uit te breiden waardoor een groter aanbod ontstaat (RVZ, 1998; VWS, 1999).

De volgende stap om “beter in te spelen op wat cliënten willen” (RVZ, 1998: 15) is een goede *toeleiding van cliënten* naar de juiste zorgarrangementen die zorgaanbieders hebben samengesteld. Dit zal nadrukkelijk als onderdeel moeten zijn opgenomen in het werkproces. Want naarmate een cliënt preciezer wordt toegeleid naar passend aanbod, des te groter is de kans op een op de vraag gerichte dienstverlening. Het zorgt voor een grotere overeenkomst tussen de verwachtingen van cliënten en wat zij feitelijk aan zorg ontvangen (Zeithaml, Parasuraman, Berry 1990).

De inrichting van werkprocessen en -situaties moeten dus ontworpen zijn om zo precies mogelijk tegemoet te komen aan de geobjectiveerde zorgvragen van cliëntengroepen. Deze zogenaamde procesbenadering is de laatste jaren steeds meer in de belangstelling komen te staan (Hardjono en Bakker, 2001; INK, 1997; Thomassen, 2000; Walburg, 1997, 2003; Walburg, Brinkmann, 2001) en heeft als voordeel dat het aanbod ondergeschikt is aan de continuïteit van de zorg die verleend wordt aan specifieke cliëntengroepen (Sluijs en Bakker, 1999). De fasen waarin cliënten zich bevinden moeten idealiter zijn gerelateerd aan hun zorgvraag en bepalen de dienstverlening op dat moment. Vaak bedient men zich daarbij van richtlijnen waarmee professionals in algemene termen beschrijven “hoe de dienstverlening behoort te verlopen” (Walburg, 2003: 74). Het gaat hier om het uitbalanceren van de interne handelingen op de externe vraag, met andere woorden om het *organiseren van het aanbod*.

In de zorgsector neemt het personeel de feitelijke dienstverlening voor hun rekening. Zij zijn samen met cliënten de partij die het transactiemoment vormgeven. Zij belichamen als het ware de dienstverlening. Personeel is een essentiële voorwaarde om de diensten concreet te kunnen verlenen. Naast een goede inrichting waarmee het aanbod zoveel mogelijk op de geobjectiveerde zorgvragen is afgestemd, komt het op hun expertise en vaardigheden aan. Dit vindt vooral plaats op het microniveau: tijdens *het transactiemoment*. Het *HRM* van zorgorganisaties is om deze reden een belangrijk instrument waarmee men de kwaliteit van de dienstverlening kan beïnvloeden (vgl. Bach, 2000; Boselie, 2002; Wright e.a., 2003). Goede dienstverlening regelt men bijvoorbeeld via een functie- en taakstructuur die is afgestemd op de doelgroep en past bij de fasen van het zorgproces (Kluytmans, 1999; Rogier, 1998: 60-61; Zwaan, 1995, De Vries, 2006). Om tijdens de transactie maatwerk te kunnen leveren moeten medewerkers voldoende mandaat hebben om cliënten concreet van dienst te kunnen zijn. Autonomie geldt als essentiële HRM-factor voor een vraaggerichte dienstverlening (Jonge, 1995; Pfeffer, 1998; Rogier, 1998: 139). Continue functiegerichte training zorgt voor het opnemen van nieuwe ontwikkelingen in het werk (Kessels en Poell, 2001). De kwaliteit van transac-

tiemomenten valt of staat vaak bij een goede samenwerking tussen hulpverleners (en diverse instanties), evenals een goede voorziening van informatie over cliënten (Meininger e.a., 2000; Normann, 1991). De organisatie van de dienstverlening en het HRM kan men aanmerken als de facilitering van vraaggerichte zorg op het niveau van zorginstellingen (De Vries e.a., 2003). Zij moeten kwalitatief goede transactiemomenten faciliteren.

Definitie van vraagsturing van de dienstverlening op mesoniveau

Met de elementen die hierboven zijn geïntroduceerd (cursief gedrukt) kan de omschrijving van vraagsturing van de dienstverlening op mesoniveau worden geformuleerd.

Vraagsturing van de dienstverlening op mesoniveau²⁷ is het organiseren van het zorgaanbod, het inrichten en faciliteren van zorgprocessen om expliciet en adequaat te kunnen inspelen op wat cliëntengroepen nodig hebben en belangrijk vinden. Dit houdt in dat zorgarrangementen waar vraag naar is, beschikbaar zijn en goed toegankelijk. Vraagsturing op mesoniveau is de facilitering van transactiemomenten die leiden tot vraaggerichte dienstverlening, waarbij het HRM een betekenisvolle factor is.

2.4.2. Vraaggerichte dienstverlening

Bekijkt men de dienstverlening vanuit het cliëntenperspectief dan is de context²⁸ van iemands leven veel belangrijker dan alle organisatorische en financiële randvoorwaarden (Verbeek en Tiemersma, 1998). Zodra een cliënt in het dienstverleningcircuit terecht komt verdwijnt deze context vaak in zijn geheel en ontnemt het systeem de cliënt zijn regie. Zeker in het begin willen cliënten de regie heroveren. Wanneer men hiermee in de dienstverlening rekening mee houdt, kan met beter aansluiten op de feitelijke behoeften van cliënten. Het probleem aan het begin van het zorgproces is echter dat niet iedere zorgbehoefte de status verkrijgt van een geobjectiveerde zorgvraag (RVZ, 1998). De indicatiestelling is met andere woorden een cruciale stap in de totstandkoming van vraaggerichte dienstverlening. Cliënten zijn in dat stadium de regie al goeddeels kwijt. In de keuze van de zorgaanbieder krijgen zij die enigszins weer terug. Met dien verstande dat de keuze wordt gelimiteerd door de contracteerpraktijk van de zorgverzekeraar. Goedbeschouwd verkrijgt de cliënt de meeste regie in het directe contact met de medewerkers die in het proces van toeleiding en dienstverlening de feitelijke diensten verlenen. Kennelijk zijn de *transactiemomenten dé momenten voor een cliënt om 'maximale' invloed uit te kunnen oefenen*. Niet voor niets noemt men dit vaak "the moment of truth". (Normann, 1991). De praktijk leert dat dit voorgeprogrammeerde momenten kunnen zijn zoals een intakegesprek of een anamnese-gesprek, het moment waarop men de behandeling vaststelt of het evaluatiegesprek. Deze contactmomenten zijn veelal geprotocolleerd waarin de volgorde van handelingen zijn vastgelegd (ibid: 75) met de bedoeling het vooropgestelde resultaat veilig te stellen. *Het zal dus aankomen op de overtuigingskracht van cliënten en het taxatievermogen van de hulpverlener om afspraken te maken waar beiden zich in kunnen vinden* (George en Weimerskirch, 1994). Natuurlijk blijft de machtsasymmetrie ongewijzigd. De functionaris van een organisatie heeft meer kennis en beschikt over meer informatie dan de cliënt ooit zal krijgen. Invoelbaar vermogen van het personeel om de vraag en het aanbod op elkaar af te stemmen, is een kwaliteit die men niet kan onderschatten.

Daarnaast zijn er natuurlijk talloze informele transactiemomenten. Het telefoontje tussendoor met een indicatiefunctaris van het Centrum Informatie Zorg (CIZ)²⁹, het en passant beantwoorden van vragen door een verpleegkundige wanneer zij medicatie uitdeelt aan personen in een psychiatrisch

27 Het mesoniveau slaat op de dienstverlening die door aanbieders in zorgketens, -circuits of -arrangementen wordt aangeboden (Huijsman, 2001).

28 Deze context slaat op de familie, de vriendenkring en het vrijwilligerswerk dat iemand heeft verricht of betaalde arbeid.

29 Dit zijn de 'oude' Regionale Indicatie Organen, die zijn samengevoegd tot een landelijk netwerk.

opnamecentrum, of een verzorgende die een praatje maakt met een bewoner die er op dat moment gewoonweg behoefte aan heeft. De kwaliteit van de transactiemomenten kan de spanning tussen de wensen van cliënten en de organisatorische en financiële randvoorwaarden reduceren.

Er zal voor deze *transactiemomenten in het zorgproces voldoende tijd moeten zijn ingeruimd*, om een adequate verbinding tot stand te brengen tussen de zorgbehoefte en de zorgvraag (indicatiestelling) en tussen de zorgvraag en het aanbod.³⁰

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg omschrijft het begrip vraaggerichte zorg als “een gezamenlijke inspanning van patiënt en hulpverlener die erin resulteert, dat de patiënt de hulp ontvangt die tegemoet komt aan zijn wensen en verwachtingen en die tevens voldoet aan professionele standaarden.” (RVZ, 1998, 14). Stilzwijgend neemt het transactiemoment in deze definitie een centrale plaats in. Hulpverleners – en ook andere functionarissen die rechtstreeks met cliënten contact hebben – moeten niet alleen recht doen aan de individuele beleving van de cliënt (Verbeek, 1999: 17), maar bekwaam zijn *hun professionele kennis en vaardigheden aan te wenden om de feitelijke (zorg)vragen adequaat te kunnen lenigen*. Het komt hier overigens niet alleen aan op de inhoudelijke deskundigheid, maar zeker ook op communicatieve competenties (Mast en Pool, 2003). Personeel dat in direct contact met cliënten staat moet in staat zijn tot een correcte bejegening, over invoelbaar vermogen beschikken, betrouwbaar zijn en vertrouwen wekken (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1988). Het HRM blijkt ook nu weer van belang. De kwaliteit van de transactiemomenten vindt mede zijn oorsprong in de kwaliteit die het personeel aan de dag legt en door de inrichting van de zorg en dienstverlening. Zij bepalen in hoge mate de performance van een instelling, bekeken vanuit het oogpunt van cliënten (vgl. Pfeffer, 1998; Thomassen, 2000; Walburg, 2003). Het oordeel van cliënten is een belangrijke indicator hiervan (TK.sept 2003, Plan van aanpak invoering functiegerichte bekostiging).

Cliënten hebben in het zorgproces met meer partijen te maken dan alleen de zorgverlenende instanties. De zorgverlening gaat ook gepaard met activiteiten als informatieverstopping, advisering of preventie. Dit zijn redenen om in het vervolg van deze studie te spreken over dienstverlening in plaats van zorgverlening.

Definitie van vraaggerichte dienstverlening

Met de elementen die hierboven zijn geïntroduceerd (cursief gedrukt) kan de omschrijving van vraaggerichte dienstverlening op mesoniveau worden geformuleerd:

Vraaggerichte dienstverlening is het door de vraagsturing van de dienstverlening mogelijk maken van transactiemomenten in het primaire proces. De feitelijke dienstverlening komt hierdoor tegemoet aan de wensen en verwachtingen van cliënten en voldoet tegelijk aan professionele standaarden. Dit vereist een actieve inbreng van cliënten in het expliciteren van hun wensen en verwachtingen en een HRM dat is opgenomen in het vraagegestuurde beleid.

Toch blijft de vraag bestaan wat de feitelijke dienstverlening precies voor de verschillende partijen in zorgorganisaties inhoudt. De volgende paragraaf behandelt deze vraag.

30 Naast deze individuele uitwisselingsmomenten, oefenen cliënten georganiseerde invloed uit op het beleid van de overheid en allerlei uitvoeringsinstanties, uiteindelijk met het doel vraaggerichte dienstverlening te bewerkstelligen. Er zijn nationale patiëntenverenigingen, Regionale Cliëntenplatforms en elke zorgaanbieder heeft de plicht cliëntenraden en/of familieraden in te stellen. Hun invloed is gericht op het beleid van de diverse geledingen. Te denken valt aan de samenstelling van zorgarrangementen die volgens cliënten in een regio bepaald nodig zijn. Of de toegankelijkheid voor bepaalde typen zorg. Zoals al eerder is opgemerkt, is op dit punt nog veel werk aan de winkel (Faulkner, Aveyard, 2002; Visser, 1998; Van Wijngaarden en Huijsman, 1999).

2.5. Perspectieven op service

Bij de vraag welke perspectieven er op service bestaan in de AWBZ, zijn minstens drie partijen betrokken: klanten/cliënten, professionele servicemedewerkers en het management van de dienstverleners (Gastelaars, 2000; Hasenfeld, 1983; Normann, 1991). De laatste periode vinden er verschuivingen plaats voor wat betreft de invloed die cliënten in de praktijk kunnen (of volgens het overheidsbeleid zouden moeten) uitoefenen. Zuckerman en Coile (2003) beschrijven in de Amerikaanse gezondheidszorg een verschuiving van invloed van professionele hulpverleners en de organisaties die zij vertegenwoordigen in de richting van de patiënten. Dit blijkt consequenties voor de onderlinge verhoudingen te hebben. “This shift of control has created a much different playing field for de contemporary healthcare organizations. It is no longer enough to meet the needs of physicians and third-party payers. Meeting the needs of patients is more complex: It means successfully aligning the services of physicians, nurses, other staff, end even facilities, to serve, first and foremost, the patient” (ibid, ix). Hiermee is de toon gezet. Ook voor de Nederlandse situatie. Want de stelselwijzigingen eisen min of meer dat de cliënt het vertrekpunt van de dienstverlening wordt. Dit is ook het uitgangspunt voor de duiding van service in deze studie: het begint bij de verwachtingen en behoeften van cliënten (RVZ, 1998: 13 e.v.).

Maar wat betekenen de perspectieven precies en hoe verhouden zij zich tot elkaar?

2.5.1. Klantenperspectief

Voor klanten is het verschil tussen hun verwachtingen over de service van een dienstverlenend bedrijf en de feitelijk ervaren dienstverlening maatgevend voor de kwaliteit van de service (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1988: 16). Naarmate dit verschil geringer is zal de waardering van klanten hoger zijn. In hun meetinstrument – SERVQUAL genaamd - hanteren zij vijf dimensies waarop klanten de dienstverlening beoordelen:

- tangibles;
- reliability;
- responsiveness;
- assurance;
- empathy (ibid, 23 – 25).

Tangibles zijn te omschrijven als de merkbare zaken van de dienstverlening. Het instrumentarium bijvoorbeeld van een arts, de folders waarmee men patiënten informeert over de ingreep of het verblijf in de instelling. Met ‘reliability’ wordt de manier bedoeld waarmee medewerkers de dienst concreet verlenen. Zijn zij betrouwbaar en accuraat? Responsiveness slaat vooral op de bereidwilligheid van het personeel om klanten daadwerkelijk van dienst te zijn. Bejegeningaspecten staan centraal in het begrip ‘assurance’ om uiteindelijk vertrouwen te winnen bij de klant. Tenslotte betekent ‘empathy’: “caring, individualized attention the firm provides its customers” (ibid: 23). Dit vermogen van het personeel en de organisatie om zorg te dragen voor het welzijn van haar klanten en hen individuele aandacht te schenken, komt neer op het daadwerkelijk afstemmen van de vraag en het aanbod tijdens het transactiemoment. Het gaat erom dat de klant de inspanningen van de medewerkers merkt om inderdaad de vraag naar dienstverlening zo goed mogelijk proberen te beantwoorden.

Naarmate de verwachtingen van klanten over de kwaliteit van deze punten meer overeenkomt met wat zij ervaren tijdens de dienstverlening, zal hun waardering ervoor toenemen (Parasuraman, Grewal, 2000; Zeithaml, Parasuraman, Berry, 1990). Het succes van de dienstverlening hangt met andere woorden vooral af van het oordeel van klanten (Schneider, Bowen, 1996).

Het meest merkbare moment van de dienstverlening is de uitwisseling ervan en het directe resultaat voor de klant (Normann, 1991). De klant wendt zich meestal met een hoofddoel tot een dienstverlener. Als men dat doel realiseert, dan zal hij daar tevreden over zijn. Wat direct meetelt in het oordeel, is de kwaliteit van het resultaat. Wat in tweede instantie evenzeer meetelt is hoe de dienst is

voortgebracht (Parasuraman, Zeithhaml, Berry, 1985). Om te bereiken dat klanten tevreden kunnen worden gesteld, is een goede toeleiding van klanten naar de door hun gewenste dienstverlening noodzakelijk. Het bedrijf kan dan een goede koppeling tot stand brengen tussen de vragen en verwachtingen van specifieke klantengroepen en het dienstverleningsaanbod (Sewell, Brown, 1990; Thomassen, 2000). Daarna zijn medewerkers nodig die adequaat in kunnen spelen op de verwachtingen en behoeften van klanten die tot het omschreven doelsegment behoren. Tegelijkertijd is een ondersteunend apparaat noodzakelijk dat medewerkers voorziet in ‘gereedschap’ om de dienst volgens de verwachtingen van de specifieke klantengroep te kunnen leveren (Johnson, 1996; Normann, 1991; Schneider, White, Paul, 1998).

2.5.2. *Perspectief van medewerkers die de diensten verlenen*

De mening van medewerkers over service is van een andere orde dan die van cliënten. Vanwege hun scholing en ervaring definiëren zij de kwaliteit van de dienstverlening vooral vanuit de vakinhoud (Freidson, 2001; Mintzberg, 1992; RVZ, 2000; Walburg, 2003). In de gezondheidszorg doorlopen de meeste hulpverleners een langdurig opleidingstraject, dat hen vormt. Professionals nemen het kennisperspectief van het vak of beroep vooral als uitgangspunt voor de bepaling van kwaliteit (zie bijvoorbeeld Kessels e.a., 2001; Weggeman en Berends, 1999; Walburg, 2003). Holden en Littlewood (1991) stellen dat met name de medische disciplines het theoretische gedachtegoed een hogere prioriteit toekennen dan de inbreng van de patiënt zelf. Verpleegkundigen corrigeren dat volgens hen door als spreekbuis van de ‘onmachtige’ patiënt op te treden. Maar ook deze groep benadert de zorg aan cliënten vanuit hun eigen “body of knowledge” (Dek, 2004; Thownsend, 1990). Het gaat bij professionals om “evidence of practical based knowledge” (Freidson, 2001: 127; Walburg, 2003: 74-75). De dienstverlening is vooral gebaseerd op geëxpliciteerde inhoudelijke kennis en de normen die daaruit voortvloeien.

Autonomie in de werkkuitvoering is vanuit het gezichtspunt van professionele medewerkers essentieel om service te kunnen verlenen (Abbott, 1988; Gooddale e.a., 1997). Hun deskundigheid komt dan het beste tot zijn recht en bepaalt in niet geringe mate de service. Professionals hebben deze speelruimte nodig, wordt er gezegd (Abbott, 1988; Gastelaars, 2000: 73). Volgens Mintzberg (1991) tast dit tegelijkertijd het innovatievermogen van professionele bureaucratieën aan. Passende reacties van het management op omstandigheden die veranderen worden erdoor bemoeilijkt. Thomassen (2000: 210) beschouwt het als een probleem wanneer hij zegt dat “bij veel ondernemingen alle registers van veranderingsmanagement en cultuurverandering moeten worden opengetrokken om een echte gedragsverandering bij medewerkers te realiseren.” Volgens Hasenfeld (1983) is externe druk één van de weinige invloeden waardoor dienstverlenende organisaties en hun medewerkers werkelijk de noodzaak tot verandering voelen. Zeker als de legitimiteit van de organisatie door externe veranderingen ter discussie komt te staan (Gastelaars, 2000; Jafee, 2001). De enorme veranderingen in de gezondheidszorg nopen zorgorganisaties tot aanpassingen van de inrichting van het aanbod, want de inbreng van cliënten over het zorgaanbod in de nabije toekomst zal op alle niveaus steeds groter worden. Medewerkers – zeker de professionals – zullen zich gedwongen voelen de verwachtingen en behoeften van cliënten een even prominente plaats in de dienstverlening te gunnen als hun eigen professionele waarden. De service komt dan tot stand door de integratie van die twee bestanddelen en vertoont sterke overeenkomsten met de definitie van vraaggerichte dienstverlening (zie § 2.4.2).

2.5.3. *Het managementperspectief*

Het management heeft de opdracht om de dienstverlening mogelijk te maken. Het beschikt daarvoor over (machts)bronnen. “Indeed, the bureaucratization of such human services as health, education,

and welfare has been accompanied by the concentration of power and control of service delivery – reinforced by state regulations – in the hands of bureaucrats, and it has often made them immune to pressures for reform by their clients.” (Hasenfeld, 1983: 18). Wil de organisatie echter succesvol zijn dan heeft het management volgens Normann (1991: 141 -163) nadrukkelijk de taak het transactie-moment³¹ als uitgangspunt nemen bij het uitzetten van de koers van het bedrijf en in de bepaling van de strategie. Dit vereist dat men beschikt over een zeer duidelijk beeld van het klantenprofiel waarop men zich richt (het doelsegment). Dit is nodig om de ‘internal service circle’ erop af te stemmen. Met dit begrip bedoelt de auteur de manier waarop het bedrijf het dienstenaanbod organiseert om het volgens de eigen dienstverlenende principes te kunnen uitleveren (ibid: 161). Doet zij dit onvolledig dan zal zij de dienstverlening ook onvolledig faciliteren. Wil een dergelijk service leveringssysteem succesvol zijn, dan moeten managers rekening houden met de inbreng van cliënten, met professionele waarden, met de bedrijfsmatige mogelijkheden en beperkingen (Korczynski, 2002: 80) en met de regelgeving van de overheid. Samengevat komt goede dienstverlening voor het management neer op het integreren in een service leveringssysteem van op de klant gerichte aspecten, professionele standaarden en bedrijfsmatige en economisch-financiële randvoorwaarden (Zuckerman, Coile, 2003: 8 – 13). Zorgt men voor een correcte afstemming tussen de bestanddelen, dan vergroot de organisatie de kans op het ontstaan van ‘customer-unique value’ ondanks het feit dat men zich richt op grote(re) groepen klanten (cliënten) (Gilmore, Pine II, 2000; Ulrich, Brockbank, 2005).

2.5.4. Spanningen en dienstverlening door diverse perspectieven

Op het moment dat er meerdere actoren gedeeltelijk tegengestelde belangen hebben – zoals uit de bovenstaande paragrafen blijkt – ligt een optimale uitkomst niet voor de hand (Axelrod, 1981; Heath, 1976; Hechter, 1988). Partijen zullen vooral hun eigen doelstelling proberen te realiseren, met als (onbedoeld) resultaat een suboptimale uitkomst voor allen (Coleman, 1990; Hamburger, 1979; Lave en March, 1975). Dit is volgens Hasenfeld (1983) zeker het geval bij ‘human service organizations’. Cliënten willen de beste dienstverlening, eisen een correcte bejegening en wensen een merkbaar resultaat. Voor medewerkers in het primaire proces dient de dienstverlening bovenal aan hun professionele c.q. beroepsnormen te voldoen. Die zijn maatgevend. Zij laten zich minder gelegen liggen aan bijvoorbeeld financiële zaken (Abbott, 1988; Mintzberg, 1991; Walburg, 2003; Weggeman, 1997). Ook verlangen zij een organisatie die hen goed outilleert (Schneider, White, Paul, 1998; Scholten, Van der Grinten, 1997). Vanuit hun optiek is dat min of meer een vanzelfsprekendheid. Managers daarentegen moeten goede dienstverlening mogelijk maken terwijl er vaak sprake is van financiële en personele schaarste. Constant zien zij zich geconfronteerd met de taak de dienstverlening op een efficiënte en effectieve wijze mogelijk te maken en het personeel te motiveren hun werk goed uit te voeren. In professionele bureaucratieën moeten zij allerlei obstakels zien te slechten (Mintzberg, 1991).

De belangen van klanten, professionals en managers roepen spanningen tijdens de dienstverlening op. Of de dienstverlening beantwoordt onvoldoende aan een verwachting, of de professionele kwaliteit is te weinig gewaarborgd of het kost gewoonweg te veel geld (levert te weinig op). “(...) the key terrain of the debate within every day health care work lies between ‘medical rational authority, patient (rather than customer) authority and traditional bureaucratic authority.’” (Korczynski 2002:99). Een belangrijke taak van het management bestaat uit het reduceren van de spanningen die inherent zijn aan het voortbrengen van dienstverlening (Pratschke, 2000). Ook Korczynski (2002) ziet als een belangrijke voorwaarde voor service-organisaties het reguleren van de druk die klanten op mede-

³¹ Hij noemt dit zelf ‘the moment of truth’.

werkers en het service systeem uitoefenen. Dit noemt hij “fashioning the fragile order of front-line service work” (ibid: 65) en ziet hier voor het HRM een belangrijke taak weggelegd, door er expliciet rekening mee te houden. Schneider en Bowen (1996: 121) noemen dit eveneens als een voorwaarde voor goede dienstverlening. Zij concretiseren dit door te stellen dat het management op verschillende manieren met medewerkers de rolconflicten moet bespreken “om overeenstemming te bereiken over de houding ten opzichte van de klant” (ibid, 121). Goede dienstverlening heeft een grotere kans van slagen naarmate men de spanningen tussen de actoren kan reduceren (het volgende hoofdstuk gaat op dit punt verder in).

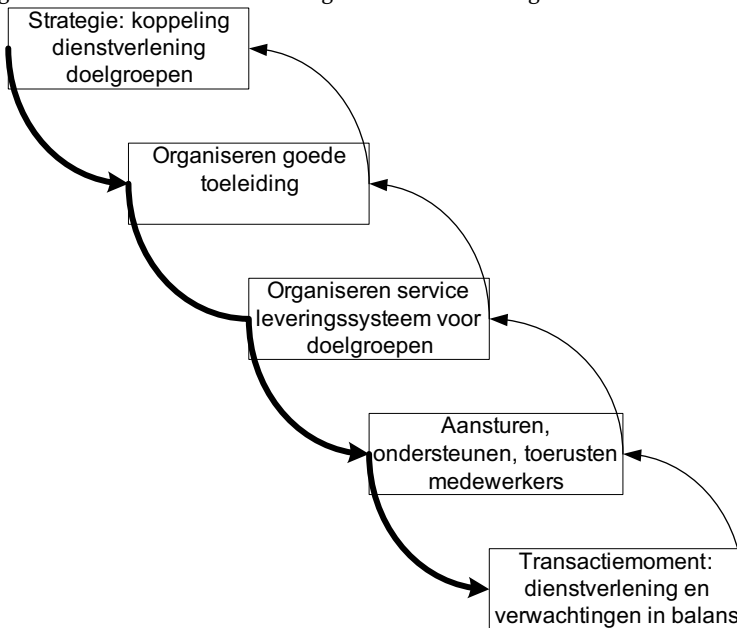
2.6. Service door zorgorganisaties (ideaaltypisch)

Dienstverlening in zorgorganisaties zou zich onder invloed van het overheidsbeleid steeds meer moeten richten op cliëntengroepen (VWS, 1999). De functionele indicatie en de omschrijving van de zorgzwaarte zijn de opstap voor een nadere bepaling voor welke doelgroep en de bijbehorende zorgarrangementen iemand in aanmerking komt (VWS, oktober 2002: 23). Er is een strategie nodig die de soort diensten – waar vraag naar is – koppelt aan de passende cliëntengroepen (Donaldson, Preston, 1995; Hill, Jones, 1992; Roth, Van der Velde 1991; Snyder, 2001). Diezelfde strategie geeft aan welke randvoorwaarden op het gebied van zorg en behandeltechnologie, HRM en gebouwde omgeving nodig zijn voor succesvolle dienstverlening. Daaronder valt ook een goede toeleiding van cliënten naar passende zorgarrangementen. Die begint bij de verwijzers (huisartsen en indicatielcantoren) en zal in de toekomst steeds vaker onder de regie van de zorgverzekeraar plaatsvinden via de contracten die zij met zorgaanbieders af zullen sluiten (TK, september 2003b; VWS, 2003).

Als het scala aan voorwaarden wordt vertaald in de service-strategie, zal het volgens Johnson (1996) een positief effect sorteren op de gepercipieerde kwaliteit van de dienstverlening door klanten: “Having a strategy for how service is to be delivered, seeking information about customers’ needs and expectations, training in delivering quality service, teamwork between units, rewarding and recognizing excellent service, employee and management service orientation, managing the transition between sales and delivery, and designing service systems, policies, and procedures to promote the delivery of service were all shown to be significantly related to some aspects of customer perceptions of service quality.” (ibid: 847). Het betekent afstemming van de afzonderlijke onderdelen op elkaar (Normann, 1991; Osterman, 1994; Pfeffer, 1994). Schneider en Bowen (1993) noemen twee ‘foundation issues’ die het belang van een serviceklimaat onderstrepen dat door deze afstemming ontstaat. Dit klimaat in een organisatie is volgens hen afhankelijk van “(a) the quality of internal service existing in organizations (Gronroos, 1990; Reynoso & Moores, 1995), and (b) general facilitative conditions.” (ibid: 151). Onder deze algemene voorwaardenscheppende condities neemt het HRM in service organizations een prominente plaats in (vgl. Boxall, 1994; Goodale e.a., 1997; Leggatt, 2003; Pfeffer, 1998; Roth, van der Velde, 1991; Ryan e.a., 1996; Schneider en Bowen, 1993). Naast de inrichting van de werksituatie (Appelbaum e.a., 2000; Baron, Kreps, 1999) zijn de aansturing (Van Dijk e.a., 2002; De Jong, 1995; Messchendorp e.a., 2004), de ondersteuning (Le Blanc, 1994; Boselie e.a., 2001; Paauwe, 1998; Pfeffer, 1994) en de toerusting (Bertrams, 1999; Kalleberg, Moody, 1994; Marsick & Watkins, 1999; De La Parra e.a., 2000) van het personeel belangrijke condities om op de doelgroep afgestemde diensten te kunnen verlenen (Leggatt, 2003; Schmit, Allscheid, 1995). Volgens Korczynski (2002) zal het HRM ook ingezet moeten worden om de spanningen te reduceren die er van nature tussen cliënten en medewerkers zijn. Al deze factoren samen vinden hun accumulatie tijdens het transactiemoment, want daar zal blijken of alle inspanningen in de ogen van de cliënt inderdaad effect sorteren (Goodale e.a., 1997).

Het onderstaande schema toont de samenhang tussen de bestanddelen die idealiter tot aansprekende service kunnen leiden.

Figuur 2.1. Bestanddelen voor een goede dienstverlening



2.7. Samenvatting en de lijnen van het onderzoek

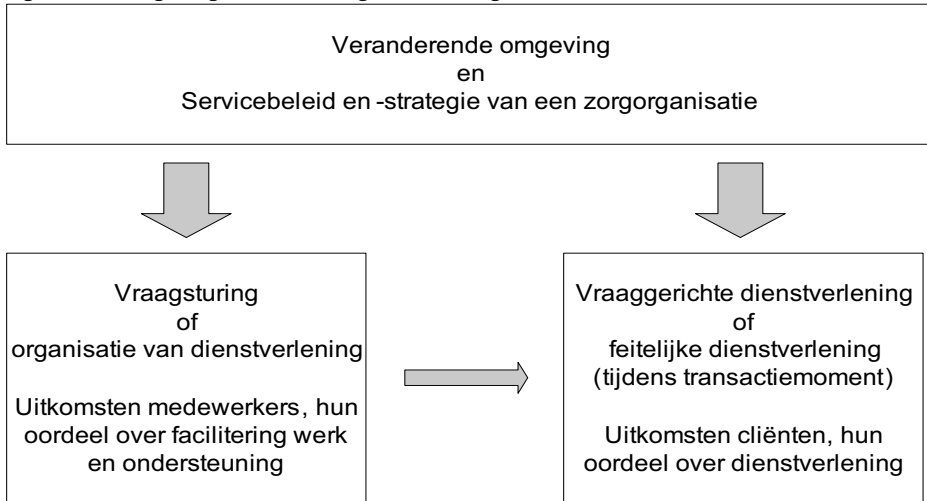
De overheid heeft het beleid ingezet om de zorg aan mensen met chronische beperkingen te hervormen. De vragen van (groepen) cliënten zijn daarbij als het leidende beginsel van de dienstverlening omarmd en vraaggerichte dienstverlening is als de uitkomst van dat beleid gemaakt. Zorgaanbieders spelen een strategische rol in de levering van de feitelijke dienstverlening. Zij ontwikkelen strategieën voor de dienstverlening, organiseren het aanbod en maken de uitlevering ervan mogelijk. De transacties waar de uitwisseling van diensten plaatsvindt, voltrekken zich voornamelijk via het personeel in het primaire proces. Het HRM en het service-concept nemen daarin een cruciale plaats in. Het kan de dienstverlenende prestaties beïnvloeden via zowel de inrichting van het aanbod als via de aansturing, toerusting en ondersteuning van het personeel dat de transacties uitvoert. Op deze samenhangen richt zich dit onderzoek en op de variatie die in de oorzakelijke variabelen en de afhankelijke variabelen kunnen/zullen optreden. Bijvoorbeeld: leidt de waardering van medewerkers voor de autonomie in hun werk tot tevredenheid met hun werk of met de organisatie? Of leidt een hoge waardering van medewerkers voor de kwaliteit van de interne service ook tot een hoge waardering van cliënten voor de dienstverlening?

Om achter deze samenhangen te komen zijn er vragenlijsten geconstrueerd die het oordeel van de medewerkers en cliënten meten. Het gaat om de mening van medewerkers over de HR-ondersteuning om voor cliënten aansprekende diensten te verlenen. Dit is namelijk een belangrijke graadmeter voor de kwaliteit van de maatregelen waarmee de organisatie hun werk faciliteert en hen ondersteunt (Peccei, 2004; Schneider, White, Paul, 1998). Daarom wordt in dit proefschrift voor deze zogenaamde “stakeholders benadering” gekozen (Boselie, 2002: 60). Medewerkers kunnen aangeven welke “HRM-outcomes can serve as indicators of optimal human asset utilization, with respect to the needs and wants of employees” (ibid: 61). Daarnaast is het ook noodzakelijk om cliënten te vragen naar hun beleving van de kwaliteit van de dienstverlening die zij ontvangen. Daar draait het bij ‘human service’ organisaties immers om. Het oordeel van cliënten over aspecten van de di-

enstverlening “can serve as indicators to measure whether the needs and wants of customers are satisfied”(ibid: 61).

Ook is het nodig de samenhang tussen enkele belangrijke bestanddelen te onderzoeken, zoals het effect van het servicebeleid op de feitelijke dienstverlening en de HR-activiteiten op de medewerkertevredenheid. Globaal volgt deze studie de route van omgeving naar beleid van zorgorganisaties, via de uitvoering naar de door medewerkers en cliënten ervaren effecten.

Figuur 2.2. Omgeving, beleid, strategie, uitvoering en uitkomsten



Zijn er modellen die richting aan het onderzoek kunnen geven? Het volgende hoofdstuk gaat op zoek naar een theoretisch model dat de invloed van service en het HRM op de primaire bedrijfsuitkomsten van dienstverlenende organisaties onder woorden kan brengen.

3. Op zoek naar een passend model

3.1. Inleiding

Welke maatregelen kunnen zorgorganisaties treffen om de kwaliteit van hun diensten te optimaliseren? De literatuur vermeldt enkele modellen die op deze vraag ingaan en die zijn toegepast op de situatie van de Nederlandse gezondheidszorg (Walburg, 1997). Het HKZ-model (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) (Casparie, Frissen, 1996) en het INK-model³² (INK, 1997) zijn daarvan goede voorbeelden. In de ouderenzorg is het MIK-V model (Model Interne Kwaliteit Verzorging Verpleging) in omloop. De eerste twee modellen zijn voortgekomen uit de ISO-systematiek en het EFQM-model³³. Het MIK-V model is door de brancheorganisatie van de ouderenzorg specifiek voor de ouderenzorg ontwikkeld. Ook dit model vertoont gelijkenis met de ISO benaderingswijze. Het zijn inmiddels gangbare modellen in zorgorganisaties geworden waarmee men de kwaliteit van de dienstverlening ontwerpt en normeert, controleert en probeert te verbeteren (Hardjono en Bakker, 2001; HKZ, 2002; INK, 1997; www.arcares.nl).

Vanwege het feit dat cliënten steeds vaker als klanten behandeld moeten worden in een situatie van gereguleerde marktwerking, zal er ook een model worden geïntroduceerd waar service en het HRM samen het brandpunt zijn en dat voortkomt uit commerciële werkomgevingen. Dit is de Service Profit Chain.

Dit hoofdstuk behandelt de selectie van een (kwaliteits)model dat aansluiting vindt bij de ontwikkelingen die er anno 2006 in de gezondheidszorg spelen. Vier modellen passeren de revue. Om een onderbouwde keuze voor één van de vier te kunnen maken, zijn er op basis van de voorgaande hoofdstukken criteria geformuleerd. Telkens zal elk model langs deze ‘meetlat’ worden gelegd. Het model dat er het meeste aan beantwoordt, zal als leidraad voor deze studie gaan fungeren.

3.2. Enkele relevante kwaliteitsmodellen

Het INK, het HKZ, het MIK-V model en de Service Profit Chain zijn in deze paragraaf onderwerp van studie. Komen zij in aanmerking om als leidraad voor deze studie te fungeren? Om een onderbouwde keuze te kunnen maken zijn er enkele criteria als maatstaf geformuleerd. Zij komen voort uit de probleemstellingen van deze studie, de uitgangspunten voor de stelselwijzigingen in de gezondheidszorg en de ideeën over service. Dit mondt uit in de volgende criteria op basis waarvan de modellen zullen worden beoordeeld:

1. het is specifiek bedoeld voor dienstverlenende organisaties (in omgevingen van marktwerking) (Hasenfeld, 1983; Gastelaars, 2000);
2. de kwaliteit van de dienstverlening is geënt op de behoeften, vragen en verwachtingen van de cliënten (CPB, 2003; RVZ, 1998; 2000; 2003; WVS, 2001)
3. de beoordeling van de dienstverlenende prestaties van het bedrijf door cliëntengroepen is maatgevend voor verbeteringen en de norm voor de kwaliteit van de dienstverlening (ibid);
4. het personeel en het HRM vervullen een cruciale rol in de totstandbrenging van de kwaliteit van de dienstverlening (Van Dijk en Pool, 1999; Van Dijk, 2001a,b,c; Pfeffer, 1994, 1998);

³² INK staat voor Instituut Nederlandse Kwaliteit.

³³ ISO is een kwaliteitsmodel van de International Organization of Standardization, waar de afkorting ook van is afgeleid. Het kent meerdere varianten die betrekking hebben op: het ontwerp, het productieproces, de inspectie en het opzetten van een kwaliteitssysteem (Walburg, 1997: 35). EFQM staat voor European Foundation of Quality Management, een organisatie die periodiek een bedrijf de ‘European Quality Award’ toekent voor excellente prestaties op het gebied van kwaliteitsmanagement.

5. medewerkerstevredenheid is belangrijk voor de totstandkoming van kwalitatief goede dienstverlening (Beer e.a., 1984; vgl. Geelen, 1995:131 – 134; Peccei, 2004);
6. een service-strategie heeft een nadrukkelijke plaats in het model als katalysator voor de inrichting van de dienstverlening en de feitelijke dienstverlening. (Normann, 1991; Schneider en Bowen, 1996);
7. het model beschrijft een mechanisme waarmee (excellente) dienstverlening tot stand kan worden gebracht (vgl. Lindenberg, Stokman, 1983).

Achtereenvolgens worden het INK-model, het model HKZ, het MIK-V model en de Service Profit Chain beschreven en beoordeeld op basis van de bovenstaande criteria.

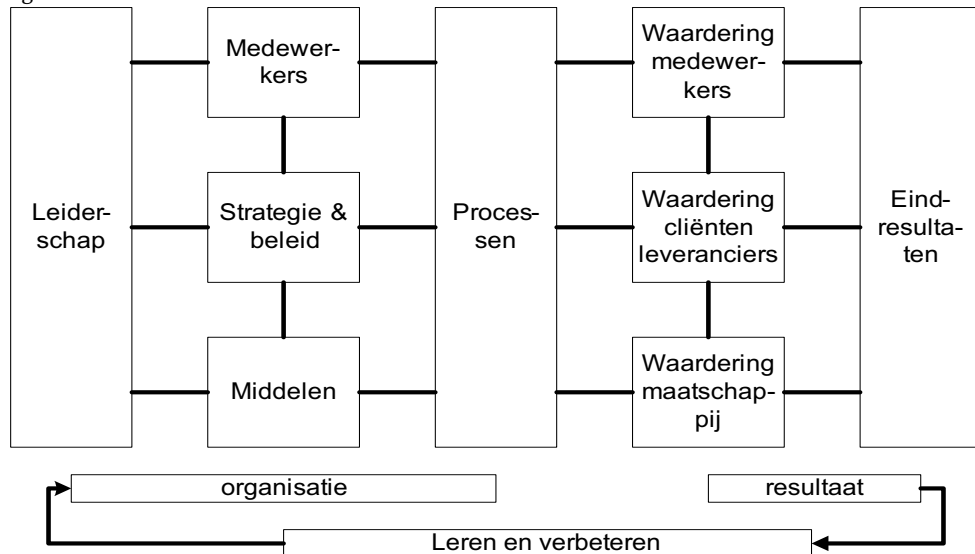
3.2.1. Het INK-model

Het Instituut Nederlandse Kwaliteit heeft dit model ontwikkeld naar voorbeeld van het EFQM-model (INK, 1997: 8). Het is nagenoeg identiek hieraan, maar met de toevoeging van een ‘ontwikkelingsfasering’. Het model stoelt op de gedachte van ‘totale kwaliteit’. In deze visie is het onmogelijk om de kwaliteit van een bedrijf te verbeteren zonder alle relevante bedrijfsfuncties erbij te betrekken (Feigenbaum, [1961], 1991). In het INK-model zijn dat:

- leiderschap;
- personeelsmanagement;
- beleid en strategie;
- middelen management;
- management van processen;
- waardering door medewerkers;
- waardering door klanten en belanghebbenden;
- waardering door de maatschappij;
- eindresultaten.

Schematisch weergegeven ziet het er zo uit:

figuur 3.1. INK-model



De bestanddelen (organisatie- en resultaatgebieden genoemd) staan onderling met elkaar in verbinding: zij hebben invloed op elkaar. “Een goede organisatie is voorwaarde voor goede resultaten. En omgekeerd: de gewenste resultaten zijn bepalend voor de organisatie en inrichting van processen.” (INK, 1997: 10). Door te leren van minder goede resultaten is men in staat kwaliteit bij voortdurend op de ‘verbeteragenda’ te houden.

De ontwikkeling die een organisatie op het gebied van kwaliteit kan doormaken, heeft men verdeeld in vijf fasen:

1. activiteit georiënteerd, wat inhoudt dat de kwaliteit van de afzonderlijke activiteiten vooral persoonsgebonden zijn;
2. zodra een organisatie de primaire processen tot onderwerp van kwaliteitsverbetering maakt, is er sprake van een proces-georiënteerde aanpak;
3. tijdens de systeem-georiënteerde fase staan de procesbeheersing en klantgerichtheid in de aandacht. “Interdisciplinaire samenwerking en afstemming tussen primaire en ondersteunende activiteiten zijn dan vanzelfsprekend.” (INK, 1997: 13);
4. zodra de procesbeheersing en -verbetering op samenwerkingsverbanden met andere partijen wordt betrokken kan men spreken over een keten-oriëntatie;
5. tenslotte bereikt men de ‘totale kwaliteit’ wanneer men continu op alle dimensies kwaliteitsverbetering nastreeft.

Geen instelling verkeert in zijn geheel in één stadium. Het ene bedrijfsonderdeel kan verder gevorderd zijn dan het andere. Het model als geheel is allereerst bedoeld om het bedrijf systematisch aan een kritische beoordeling te kunnen onderwerpen: het is een zelfevaluatiemodel. Uitkomsten van die zelfevaluatie kan het management meenemen in de vaststelling van haar strategie voor bedrijf en de afzonderlijke bedrijfsonderdelen (INK, 1997:14). In de loop der tijd kunnen bedrijven hun groei (of het gemis eraan) in kaart brengen wat betreft de prestatiegebieden en de ontwikkelingsfasen. Het model doet geen inhoudelijke uitspraak over wat men onder kwaliteit verstaat en op welke manier de afzonderlijke bestanddelen invloed (zouden moeten) uitoefenen op de eindresultaten van het bedrijf. Dat hangt af van de situatie waarin men het gebruikt. Checklists helpen het management wel te inventariseren wat al is geregeld en waar nog aan gewerkt kan worden. Dit werkt enigszins normerend. Medewerkers en managers stellen samen de kwaliteitsnormen vast aan de hand van deze checklists.

Beoordeling volgens de criteria

Het INK-model is toepasbaar op veel typen bedrijven: van profit tot non-profit, van productiebedrijven tot dienstverleners. Hoewel de waardering van klanten een belangrijke plaats krijgt toebedeeld, is het in dit model echter één van de elementen die ertoe doen. Men beschouwt het niet als brandpunt voor de vaststelling van de kwaliteit van de dienstverlening. Zowel de financiële resultaten als de zogenaamde operationele maatstaven worden als de eindresultaten aangemerkt (Hardjono en Bakker, 2001: 271). Een belangrijke onderdeel van de laatste maatstaf is de kwaliteit van het procesverloop, waar het gaat om levertijd, doorlooptijd, productiviteit. Het is aan het management om dat te beoordelen. De waardering van cliënten speelt hierbij een ondergeschikte rol.

De inzet van het personeel is weliswaar een belangrijke organisatorische voorwaarde, kan “autonome meerwaarde genereren” (ibid: 286), maar is één van de bestanddelen die meehelpt om goede dienstverlening voort te kunnen brengen. Medewerkerstevredenheid is daarin relatief belangrijk (ibid: 288).

In het model is uitgegaan van de organisatie en haar strategie als basis voor de uitkomsten. Klantgerichtheid kan alleen worden bereikt als men daarmee in de bedrijfsvoering rekening houdt. Aangezien het model situationeel van aard is, zal de concretisering van de strategie per bedrijf verschillen.

Dit betekent dat dienstverlenende bedrijven niet noodzakelijkerwijs over een servicestrategie hoeven te beschikken.

Beschrijft het INK-model een mechanisme waarmee de totstandkoming van kwalitatief goede dienstverlening onder woorden kan worden gebracht? In principe hangt dat af van de normering van de bestanddelen door het management en de professionals. En het hangt af van de activiteiten die een organisatie in de diverse ontwikkelingsstadia onderneemt. Het management geeft de feitelijke invulling aan het model, wat kan betekenen dat men het slechts als een middel tot ordening van relevante bedrijfsfuncties hanteert.

3.2.2. *Het HKZ-model*

Dit model is specifiek voor zorgorganisaties ontwikkeld. Het vormt de basis voor de certificering van veel van dit type bedrijven. In de GGZ en de gehandicaptenzorg is men bijvoorbeeld overeengekomen de bedrijfsprocessen te beoordelen met de HKZ-certificatieschema's (HKZ, 2002). Het model is verenigbaar met het kwaliteitsmanagementsysteem ISO 9001/9002, waaruit ook de 'plan-, do-, check-, act cyclus' (Demingcyclus) is overgenomen.

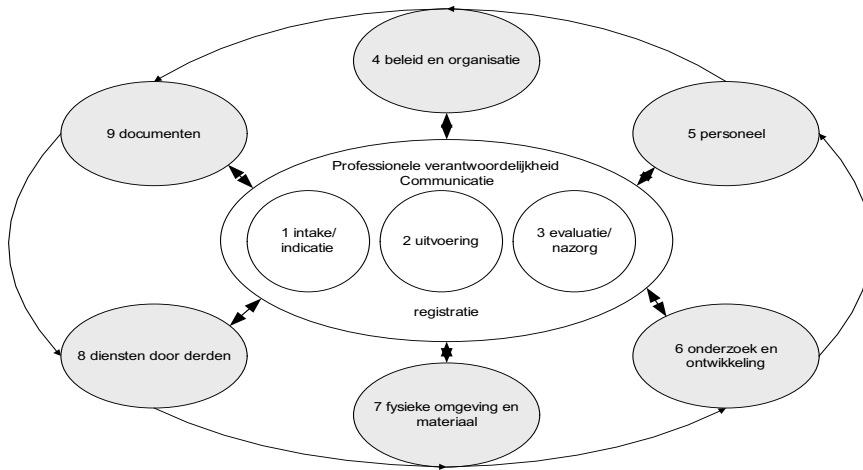
In het HKZ-model heeft men een onderscheid gemaakt tussen de primaire en secundaire bedrijfsprocessen (HKZ, 2002: 29). Het primaire proces neemt echter de centrale plaats in. Dat komt vanwege het belang in de zorgsector van de individuele relatie tussen zorgaanbieder en cliënt. Men stelt dat cliënten betrokken (moeten) zijn bij de totstandkoming van de dienstverlening. Hun behoeften zijn van wezenlijke betekenis voor de behandeling en de uitkomsten daarvan. De hulpverlener heeft als professionele verantwoordelijkheid de behandeling zo goed mogelijk af te stemmen op die behoeften en vragen (ibid, 30).

Het primaire proces omvat de intake en indicatie, de uitvoering van de zorg en dienstverlening, de evaluatie daarvan en de nazorg. Er zijn voorwaarden nodig om dit te realiseren. Dat zijn het beleid en de manier waarop men de zorg organiseert. Het personeel is een kritische factor, omdat de kwaliteit daarmee valt of staat. Dit betreft zowel de deskundigheid als het aantal.

De organisatie moet het vermogen hebben veranderingen uit zijn omgeving te vertalen naar aanpassingen of verbeteringen van de dienstverlening. Er zijn middelen voor de dienstverlening nodig zoals gebouwen, apparatuur en allerlei materialen. Aangezien diensten door leveranciers en andere derden mede de kwaliteit van de dienstverlening bepalen, is dit ook in het model opgenomen. Tenslotte behoren de vele afspraken die zijn gemaakt om goede zorg te verlenen te zijn gedocumenteerd. Al deze aspecten (overigens daar 'rubrieken' genaamd) zijn opgenomen in het model (ibid, 31).

Op de voorwaarde na dat er samenhang dient te zijn tussen de elementen en de normering daarvan, doet ook dit model geen expliciete uitspraak over goede kwaliteit. Organisaties die het model aanwenden voor kwaliteitsbeschrijving en -verbetering dienen dat zelf te bepalen. In wezen bewerkstelligt men met dit model minimale kwaliteit.

Figuur 3.2. HKZ Harmonisatiemodel



Per rubriek zijn in de certificatieschema's normen beschreven. Om voor certificering in aanmerking te komen, dienen bedrijven daaraan te voldoen. Het is een sterk prescriptief en normerend model.

Beoordeling volgens de criteria

Het HKZ-model is specifiek geconstrueerd voor zorgorganisaties. Niet de cliënt staat centraal, maar men heeft ervoor gekozen het primaire proces die positie te geven. Daarin heeft de cliënt een inbreng naast die van de professionele hulpverlener. De beoordeling van de kwaliteit is vastgelegd in een stelsel van normen, dat zich uitstrekt tot alle aspecten van het model. De waardering van cliënten telt daarin mee als één van de vele onderwerpen (opgenomen als onderdeel van rubriek 3). Naast de vele checks of een organisatie zich op het gebied van personeelsbeleid aan de wettelijke regelgeving houdt of de CAO naleeft, beoordeelt men met het HKZ-schema slechts enkele HR-activiteiten. Dat zijn de werkomgeving en deskundigheidsbevordering. Medewerkerstevredenheidsmetingen behoort men frequent af te nemen. De tevredenheid van medewerkers krijgt op overbelasting en veiligheidsaspecten na geen expliciete plaats toebedeeld. Wat men hier verder meten wil, laat het HKZ-model over aan de instelling zelf.

Er worden geen eisen gesteld aan het strategische beleid over het niveau van de service die het bedrijf biedt. Wel neemt men impliciet de verwachtingen, wensen en/of behoeften van cliënten als maatstaf om afwijkingen in de dienstverlening te constateren (HKZ, 2002: 123). Ook noemt men het klachtenbeleid en formuleert men normen waaraan het verblijf en de verzorging, de bejegening, controle en geweldgebruik, privacy, eigendommen van cliënten, hygiëne, voeding en milieu moeten voldoen.

Tenslotte veronderstelt dit model dat, wanneer men voldoet aan de normering, automatisch kwaliteit in de dienstverlening ontstaat. Het model heeft nagelaten nadrukkelijk bedrijfsuitkomsten als onderdeel op te nemen. Dat lijkt een optelsom te zijn van alle afzonderlijke rubrieken.

3.2.3. Het MIK-V model

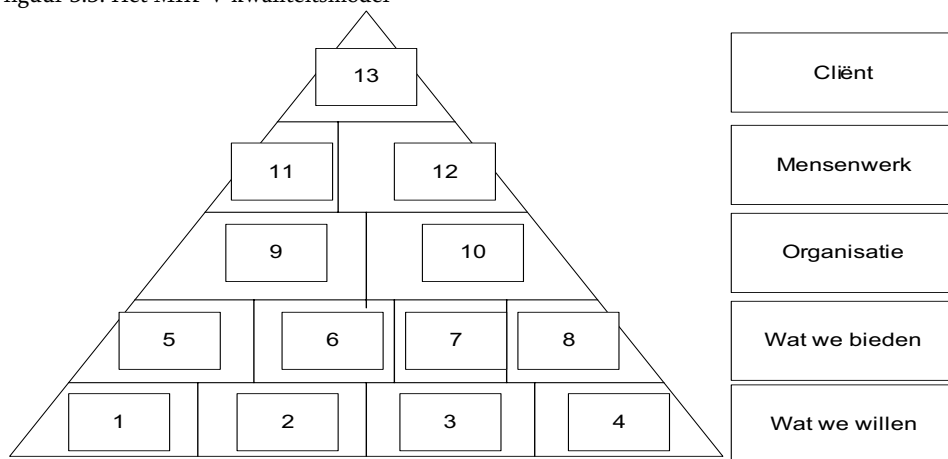
Dit kwaliteitsmodel is in de ouderenzorg populair. Inmiddels gebruikt 93% van de zorgorganisaties uit deze AWBZ-deelsector het en is 46% volgens deze norm gecertificeerd (www.nivel.nl). Er zijn drie uitgangspunten van belang geweest in de ontwikkeling van het MIK-V: de oriëntatie op de cliënt, de betrokkenheid, motivatie en deskundigheid van de medewerkers en ten derde de beheersing van de processen van de zorg- en dienstverlening (Huf, 2003: 4).

Het model is piramidaal vormgeven. De cliënten staan bovenaan en de onderliggende niveaus zijn voorwaardelijk aan de dienstverlening. Op het eerste niveau stelt men de vraag “wat men wil”. Dit gaat over de visie, de missie en de strategie van het bedrijf om zijn doelstellingen te realiseren. Het tweede niveau van dit kwaliteitsmodel spoort aan tot reflectie over dienstverlening. De organisatie die daarvoor nodig is, is het onderwerp van het derde niveau. Aangezien in de ouderenzorg arbeid de productiefactor bij uitstek is, behandelt het vierde niveau de deskundigheid en de motivatie van het personeel. Andere personele activiteiten vindt men bij het onderwerp ‘organisatie en beheer’ en bij ‘communicatie’. Functiebeschrijvingen, functionerings- en beoordelingsgesprekken, de stijl van leidinggeven en de communicatiestructuur zijn daar ondergebracht.

Het is noodzakelijk om afstemming tussen de niveaus te bereiken en de onderdelen daarvan, wil men goede dienstverlening kunnen voortbrengen. Er zijn acht onderwerpen benoemd, die rechtstreeks met de dienstverlening aan cliënten samenhangen: de accommodatie, de autonomie van cliënten, de bejegening, de continuïteit in de dienstverlening, zorg-op-maat, de informatiebereidheid van de organisatie en medewerkers, de verantwoordingsbereidheid van het personeel en tenslotte de veiligheid voor cliënten. Volgens de MIK-V zijn het dé kwaliteitskenmerken van verpleeg- en verzorgingshuiszorg.

De volgende afbeelding laat het model in zijn schematische vorm zien.

figuur 3.3. Het MIK-V kwaliteitsmodel



waarbij:

- 1 = algemeen beleid;
- 2 = kwaliteitsontwikkeling;
- 3 = mens en zorgvisie;
- 4 = beleid op het gebied van public relations;
- 5 = afstemming zorgmarkt;
- 6 = product- en dienstenbeschrijvingen;
- 7 = multidisciplinair werken;
- 8 = procedures dienstverlening en werkwijzen;
- 9 = organisatie en beheer;
- 10 = communicatie;
- 11 = deskundigheid medewerkers;
- 12 = motivatie medewerkers;
- 13 = cliënten (zorg- en dienstverlening)

Het model is bedoeld om de kwaliteit van de organisatie en de dienstverlening planmatig aan te pakken. Het helpt om periodiek op een systematische manier de stand van zaken op deze punten te evalueren en waar nodig te verbeteren (ibid, 6). Nadrukkelijk beveelt men de cyclus van Deming hiervoor aan.

Men hoeft in de beschrijving van het model geen inhoudelijke uitspraken te verwachten over wat kwaliteit inhoudt. Het biedt organisaties een routebeschrijving aan die de weg wijst om de kwaliteit te benoemen. Er zijn 70 onderwerpen (onder te brengen bij de 13 aspecten uit de piramide) die men zelf kan kiezen en vervolgens kan normeren.

Beoordeling volgens de criteria

Met het MIK-V heeft de branche-organisatie specifiek voorzien in een kwaliteitsmodel voor zorgaanbieders in de ouderenzorg. Alle kwaliteitsmaatregelen zijn georiënteerd op de behoeften van cliënten aan de hand van de acht dienstverleningsonderwerpen. Het MIK-V is een ‘zelfevaluatiemodel’, waarin alle kwaliteitsonderdelen van de piramide belangrijk zijn. Het beslaat de complete bedrijfsvoering. De waardering van cliënten is één van de aspecten waarnaar men kijkt. Het model voorziet overigens niet zelf in een passend (dus afgeleid) instrument om dit te onderzoeken (Lankhaar, 2001: 24).

Men erkent dat het personeel een belangrijke rol in de kwaliteit van de dienstverlening speelt; het is één van de drie pijlers van het model. Op het niveau dat men ‘mensenwerk’ noemt, koos men als onderwerpen de deskundigheid en motivatie van het personeel. Er wordt nergens gerept over medewerkerstevredenheid in relatie tot de kwaliteit van de dienstverlening.

Het hangt van het management af of er al of niet een servicestrategie wordt geformuleerd. Men schrijft zeker niet voor dat die er moet zijn.

Tenslotte geeft het MIK-V geen verklaring voor het ontstaan van goede dienstverlening, anders dan de gemeenplaats dat “het samenspel tussen alle velden van de piramide maakt dat er voor cliëntenzorg- en dienstverlening een goede kwaliteit ontstaat.” (Huf, 2003: 5).

3.2.4. De Service Profit Chain (Heskett e.a., 1997)

Dit is het laatste model in de reeks van de kwaliteitsmodellen waaruit een keuze voor deze studie wordt gemaakt. Het model is gebaseerd op onderzoek waarin werd gezocht naar een verklaring voor de vraag waarom sommige dienstverlenende organisaties succesvoller waren dan andere. Succesvol in de zin dat klantenbinding door precies afgestemde service op klantengroepen profijt voor de organisatie oplevert (Heskett e.a., 1997: 26-27). Empirische bevindingen vormden het basismateriaal voor het model.

De Service Profit Chain neemt de verwachtingen van specifieke klantengroepen als uitgangspunt voor de manier waarop men de dienstverlening het beste kan organiseren. Wil men klanten optimale service kunnen geven, dan vereist dat van het bedrijf een exacte definitie van de klantengroepen waarop men zich richten wil (als cruciaal onderdeel van het serviceconcept). Alleen dan is het mogelijk de verwachtingen van klanten adequaat in te kunnen schatten en de dienstverlening daarop af te stemmen. Het HRM krijgt in de Service Profit Chain een sleutelrol toebedeeld, omdat het personeel in (arbeidsintensieve) dienstverlenende sectoren veruit de belangrijkste schakel vormt tussen de organisatie van het aanbod en de dienstverlening aan de klant. De kerntaak van het management is de dienstverlening zo goed mogelijk te organiseren en te faciliteren. Dit betreft de middelen en technologie, maar zeker ook wat betreft de aansturing, de toerusting en de ondersteuning van het personeel dat de feitelijke dienstverlening voor zijn rekening neemt (ook wel het ‘vermogen van de organisatie’ genoemd). Men stelt zich in het model op het standpunt dat het oordeel van medewerkers voor een aanzienlijk deel de maatregelen dicteert om het werksysteem (ook wel leveringssysteem ge-

noemd, zie: Normann, 1991) af te stemmen op de verwachtingen van de klantengroep in kwestie. Het oordeel van medewerkers betreft men op de volgende aspecten:

- de inrichting van de werksystemen;
- ondersteunende systemen (inclusief informatievoorziening en klantgericht beleid);
- passende selectie en plaatsing van dienstverlenende medewerkers.
- autonomie om dienstverlenend te kunnen werken;
- participatiemogelijkheden van het dienstverlenend personeel;
- training en ontwikkelingsmogelijkheden voor dienstverlenende medewerkers;
- beloning en waardering voor dit personeel.

In de Service Profit Chain is binding van medewerkers met het bedrijf belangrijk. Het maakt duurzame relaties tussen individuele medewerkers en klanten mogelijk, waardoor er tijdens transactiemomenten een accurate afstemming tussen vraag en aanbod kan plaatsvinden.

De Service Profit Chain is gebaseerd op dienstverlening in een marktgeoriënteerde situatie, waarbij het realiseren van klantentevredenheid en –trouw belangrijker zijn dan het vergroten van het marktaandeel. Klinkende financiële resultaten zijn volgens dit best-practice onderzoek een logisch gevolg van klantentrouw (ibid, 30 – 31).

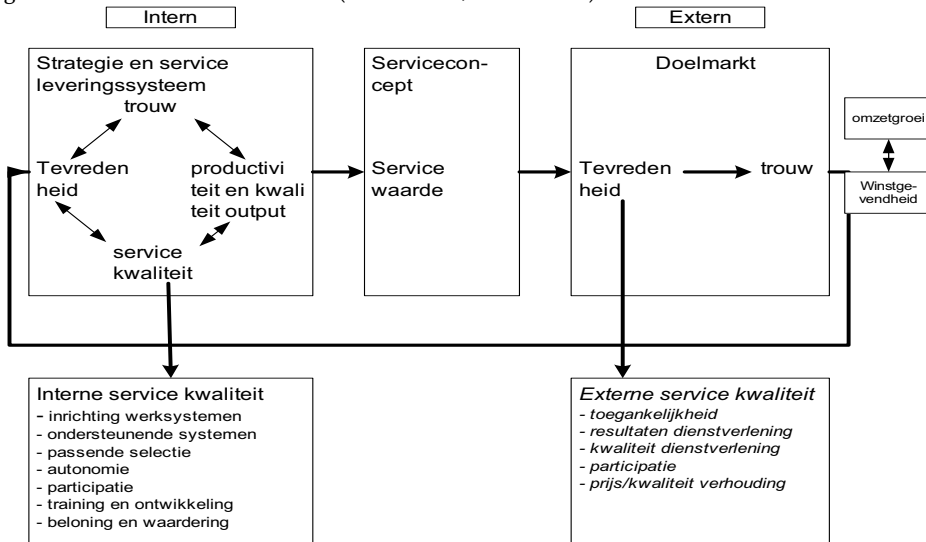
Volgens het onderzoek dat resulteerde in de Service Profit Chain is het oordeel van klanten de belangrijkste maatstaf voor het vaststellen van kwaliteit (Heskett e.a., 1997: 53 e.v.). Dat is maatgevend (ibid: 53 – 68). Een matige of slechte beoordeling kost het bedrijf immers klanten. De mening van professionals en managers is ondergeschikt aan dat oordeel (ibid: 120, 121).

Naast de toegankelijkheid tot de dienstverlening en de prijs/kwaliteitverhouding hebben de onderzoekers de dimensies van de SERVQUAL in het model opgenomen om het oordeel van klanten over de dienstverlening vast te kunnen stellen (ibid: 54, zie ook § 2.5.1 van dit proefschrift).

Klanten- en medewerkersparticipatie over de kwaliteit van de dienstverlening nemen een voorname plaats in en staan geheel ten dienste van de verbetering van de servicekwaliteit. Het veronderstelt bovendien een onderhandelingsregiem dat goed aansluit bij de definitie voor vraaggerichte dienstverlening (zie § 2.4.2).

Een service-concept bestaat uit de keuze voor de klantengroepen, welke diensten men eraan verleent en met welke kwaliteit. Bij dit alles houdt men ook rekening met de activiteiten van concurrenten (Heskett e.a., 1997: 18 – 22). De service-strategie dicteert de manier waarop men de dienstverlening organiseert en leveren wil. Er is in het model een voortdurende afstemming tussen het strategische beleidsniveau en het operationele niveau. Hierdoor vangt men gedeeltelijk de variatie in de uitkomsten van de dienstverlening op die er in de loop van de tijd kunnen optreden als gevolg van bijvoorbeeld externe factoren. Het biedt, met andere woorden, handvatten voor de realisering van de afstemming tussen de interne en externe handelingen van een dienstverlener (zie § 2.2 over het balanceringsprobleem (Rogier, 1998)). Het onderstaande figuur presenteert de Service Profit Chain (Heskett e.a., 1997: 30 – 31).

Figuur 3.4. De Service Profit Chain (Heskett e.a., 1997: 30-31) ³⁴



De Service Profit Chain geeft de dynamiek weer waardoor succesvolle dienstverlening tot stand kan komen (zie ook § 3.3). De mate van tevredenheid van de medewerkers met de ondersteuning bepaalt hun betrokkenheid bij de organisatie. En naarmate medewerkers het ondersteunende systeem meer waarderen wordt een grotere waardering van cliënten voor de dienstverlening waarschijnlijker (ibid: 30 e.v.). Het model pretendeert bovendien een verklaring te verschaffen voor verschillen in succes tussen dienstverlenende bedrijven.

Beoordeling volgens de criteria

De Service Profit Chain is voortgekomen uit onderzoek dat verklaringen zocht voor prestatieverschillen tussen dienstverlenende bedrijven. Op een enkel ziekenhuis na kwamen al deze bedrijven uit de commerciële en zakelijke dienstverlening (marktconforme omgeving). Het bijzondere aan het model is dat klanten een doorslaggevende rol hebben in het vaststellen van de kwaliteit van de dienstverlening. Dit uitgangspunt past erg goed bij een belangrijke pijler van de stelselwijzigingen dat de vraag van cliënten leidend is voor het aanbod. Er speelt hierin een sterk economisch argument: slechte kwaliteit leidt namelijk tot een verlies aan klanten, met een nadelige invloed op de financiële resultaten. Een bijzonderheid van het model is de plaats die het aan de HR-activiteiten geeft. Uit de empirie bleek dat dit het verschil in succes tussen bedrijven uitmaakte. De tevredenheid van medewerkers met de interne service kwaliteit schijnt van wezenlijke betekenis voor de kwaliteit van de dienstverlening. Volgens het onderzoek leveren tevreden medewerkers betere diensten af dan collega's die minder of ontevreden zijn. Een expliciete servicestrategie geeft richting aan de wijze waarop men de diensten aanbiedt, organiseert en verleent. Succesvolle bedrijven schijnen allen te beschikken over een dergelijke strategie.

Tenslotte geeft het model verklaringen voor het ontstaan en uitblijven van succesvolle dienstverlening en doet uitspraken over de oorzaak van verschillen tussen dienstverlenende bedrijven.

³⁴ In het vierkant rechtsonder (met de cursief gedrukte tekst) staan de kwaliteitsonderwerpen van de Service Profit Chain vanuit het klantenperspectief. In het oorspronkelijke figurale model ontbreekt dit, wat de reden is om het voor alle volledigheid zelf in deze afbeelding aan te brengen (kpvw).

3.3. Slotsom en keuze

Welk model past het beste bij deze studie? De eerste drie modellen beantwoorden gedeeltelijk aan de criteria die zijn opgesteld eerder in dit hoofdstuk. Alle modellen zijn ontworpen of vertaald naar dienstverlenende organisaties. Maar geen van de eerste drie modellen voldoet volledig aan alle andere criteria. Het zijn generieke modellen die op hun eigen wijze de gehele bedrijfsvoering van zorgorganisaties bestrijken. Ze zijn niet toegespitst op het realiseren van excellente dienstverlening in marktconforme werkomgevingen, waarbij de servicestrategie voor specifieke klantengroepen de inrichting van de werksystemen en de feitelijke dienstverlening bepaalt. De Service Profit Chain doet dat wel. Het model geeft bovendien een verklaring voor het totstandbrengen van succesvolle dienstverlening door het service-concept en het HRM een sleutelrol te geven (als belangrijke onafhankelijke variabele set).

Tabel 3.1. Vergelijking van de modellen

criterium	INK	HKZ	MIK-V	SPCh ³⁵
het model is specifiek bedoeld voor dienstverlenende organisaties	gedeeltelijk	ja	ja	ja
de kwaliteit van de dienstverlening is geënt op de behoeften, vragen en verwachtingen van de cliënten.	gedeeltelijk	gedeeltelijk	ja	ja
de beoordeling van de dienstverlenende prestaties van het bedrijf door cliënten is maatgevend.	gedeeltelijk	gedeeltelijk	gedeeltelijk	ja
het personeel en het HRM vervullen een cruciale rol in de totstandbrenging van de kwaliteit van de dienstverlening.	gedeeltelijk	gedeeltelijk	gedeeltelijk	ja
medewerkerstevredenheid is belangrijk voor de totstandkoming van kwalitatief goede dienstverlening.	gedeeltelijk	gedeeltelijk	gedeeltelijk	ja
een serviceconcept en -strategie hebben een nadrukkelijke plaats in het model.	nee	nee	nee	ja
het beschrijft een mechanisme om dienstverlening tot stand te brengen, het is met andere woorden een dynamisch en geen statisch model.	nee	nee	nee	ja

De Service Profit Chain is het enige model dat nadrukkelijk concurrentie veronderstelt. Het past dus bij de ontwikkelingen die er anno 2007 in de gezondheidszorg spelen en waar zorgaanbieders steeds meer als concurrenten van elkaar zullen moeten gaan functioneren (als het aan de overheid ligt). Wel zal de compatibiliteit met zorgorganisaties moeten worden vastgesteld.

Tenslotte een methodologisch argument. De Service Profit Chain voldoet beter dan de andere modellen aan de norm voor modellen van afnemende abstractie. In onderzoek naar de geldigheid van modellen betekent dit dat men het model aanvankelijk zo eenvoudig mogelijk formuleert, om het na enkele onderzoeksronden en indien noodzakelijk steeds complexer te maken (Lindenberg, 1983: 17). De Service Profit Chain is abstracter dan de andere bedrijfskwaliteitsmodellen. Die zijn namelijk zeer uitgebreid, met talloze onderwerpen uit het spectrum van het bedrijfsproces en de bedrijfsfuncties (Lemmens e.a., 2003). Het zijn bovendien op de praktijk georiënteerde werkmodellen die de pretentie missen om verschillen in prestaties te verklaren.

³⁵ Afkorting voor de Service Profit Chain

De Service Profit Chain komt bovendien tegemoet aan de wens van Guest (1997: 266 -267) meer inzicht te verkrijgen in de relatie tussen het HRM als onafhankelijke variabele en bedrijfsuitkomsten als afhankelijke variabele.

In dit proefschrift zal de Service Profit Chain als leidraad voor het onderzoek fungeren. En via de weg van afnemende abstractie worden tijdens het verloop van dit onderzoek de aanpassingen van het model zo duidelijk mogelijk in beeld gebracht.

Het volgende hoofdstuk gaat verder in op het model van de Service Profit Chain.

4. De Service Profit Chain: nadere beschouwing en voorlopige uitspraken

Op welke manier zal het model worden gebruikt? Hoe beschrijven de onderzoekers van Harvard het model ‘en detail’? Ondersteunt de literatuur hun ideeën? In de eerste twee paragrafen worden deze vragen beantwoord. De derde paragraaf is een kritische bespreking van het onderzoek van Heskett e.a. (1997) en het model van de Service Profit Chain, dat daaruit is voortgekomen. Het hoofdstuk eindigt met het van toepassing maken van het model op zorgorganisaties. In die paragraaf worden de voorlopige uitspraken uit het model afgeleid. Zij moeten meer duidelijkheid geven over de samenhang tussen het beleid van de organisatie, de inrichting van het aanbod, de arbeid en de feitelijke dienstverlening.

4.1 Het gebruik van het model

Voor de zorgsector is de benadering van de Service Profit Chain nieuw. Van origine werken zorgorganisaties op non-profit basis. De stelselwijzigingen verplichten hen meer marktconforme werkwijzen te ontwikkelen. De Service Profit Chain is een model dat het succes van commerciële dienstverleners probeert te verklaren. Om te onderzoeken of dit model in de zorgsector bruikbaar is, wordt er een exploratief onderzoek gehouden. De meetinstrumenten die uit het model zijn afgeleid, kunnen dan op hun deugdelijkheid worden onderzocht. De data die deze ronde oplevert, maakt een exploratie mogelijk of de relaties die het model benoemt inderdaad in zorgorganisaties voorkomen. De relaties waar het om draait, zijn in het volgende schema onder woorden gebracht (vgl. § 1.4.).

Tabel 3.1. Relaties

Omschrijving relaties
het serviceconcept en de servicestrategie en de inrichting van de dienstverlening aan de ene kant en de feitelijke dienstverlening aan de andere kant;
de inrichting van de dienstverlening en de beleving daarvan door medewerkers;
de feitelijke dienstverlening en de beleving daarvan door klanten;
de kwaliteit waarmee de organisatie van de dienstverlening is geregeld en de kwaliteit van de feitelijke dienstverlening, volgens het oordeel van medewerkers en klanten;
de participatiemogelijkheden van medewerkers en cliënten en het effect daarvan op de kwaliteit van de interne en externe dienstverlening.

Als deze relaties bevestiging vinden, is het mogelijk het model verder aan te passen aan de sector en het in te bedden in de theorie over de invloed van het HRM en service op de prestaties van ‘human serviceorganisaties’. Dat geeft de gelegenheid hypothesen af te leiden om die aan een falsificatiepoging onderhevig te maken (dit is het toetsende onderdeel van het onderzoek).

4.2 De Service Profit Chain: verdere beschrijving

Het model kent drie hoofdbestanddelen: de interne service kwaliteit, de externe service kwaliteit en tenslotte het beleid (door Heskett en de zijnen vaak service-concept genoemd) en de strategie van het bedrijf over de service. Elk bestanddeel bestaat uit afzonderlijke aspecten. Zodra deze aspecten a) op elkaar en op de verwachtingen van de klantengroep zijn afgestemd, b) consistent zijn doorgevoerd en c) consequent enkele jaren worden nagestreefd, zal het volgens de schrijvers excellente dienstverlening opleveren. Dit zal vooral blijken uit het ontstaan van klantentrouw. Dit komt doordat men steeds beter tegemoet kan komen aan de verwachtingen van de klanten uit de doelmarkten. Bij elke onderzochte dienstverlenende organisatie resulteerde dit eveneens in tevreden en betrokken medewerkers (Heskett e.a. 1997: 29 – 46) en nam de winst toe.

In tegenstelling met wat andere onderzoekers als primaire organisatie-uitkomsten kiezen, productiviteit en kwaliteit van het product (McDuffie, 1995); turnover en productiviteit (Huselid, 1995); productie, de kwaliteit van de producten en de financiële uitkomsten (Appelbaum e.a., 2000), nemen Heskett e.a. (1997) de waardering van klanten voor de dienstverlening als primaire organisatie-uitkomst. Niet de winst, noch het marktaandeel krijgt die plaats toebedeeld. Zij zijn het gevolg ervan.

4.2.1 Interne service kwaliteit

Heskett e.a. (1997: 29) schrijven dat klanten geen diensten kopen maar resultaten. Het management zal op basis van dit uitgangspunt de bedrijfsvoering vorm dienen te geven. Het systeem richt zich dan primair op de verwachtingen die klanten hebben over de resultaten van de dienstverlening. “Die waarde wordt voornamelijk bepaald door werknemers in de frontlinie die tevreden, loyaal en productief zijn, deels door de hoge mate van bekwaamheid die ze hebben om resultaten te boeken voor klanten. De combinatie van maatregelen levert (...) de service-winstketen op.” (ibid: 29). In de opinie van de onderzoekers ligt het zwaartepunt voor het realiseren van die klantenwaardering bij een leveringssysteem dat erop is gericht om te voldoen aan de verwachtingen van de klant. Dit is het mesoniveau. De medewerkers zijn verantwoordelijk voor het precies afstemmen van vraag en aanbod in het contact met de klant. Het is de bedoeling dat hun werkwijzen ook aansluiten bij de verwachtingen van klanten over de daadwerkelijke dienstverlening. Dit is het microniveau waar tijdens het transactiemomenten de uitwisseling van de diensten plaatsvinden. Uiteindelijk telt het geheel van deze zogenaamde interne service kwaliteit en het effect die dat bij de klant teweeg brengt.

De auteurs van de Service Profit Chain stellen zich op het standpunt dat het oordeel van de medewerkers maatgevend is voor de kwaliteit van de interne service. Zij kiezen daarmee voor de stakeholders benadering (Becker e.a., 2003; Boselie 2002: 60 – 61; Ulrich, 1997). Hun onderzoek leverde telkens de volgende HR-aspecten op, die volgens de medewerkers van doorslaggevende betekenis waren voor de kwaliteit van de interne service (Heskett e.a., 1997: 30):

- de inrichting van de werksystemen;
- ondersteunende systemen (inclusief informatievoorziening en klantgericht beleid);
- passende selectie van dienstverlenende medewerkers.
- autonomie om dienstverlenend te kunnen werken;
- participatiemogelijkheden van het dienstverlenend personeel;
- training en ontwikkelingsmogelijkheden voor dienstverlenende medewerkers;
- beloning en waardering voor dit personeel.

(Mits ze waren gerelateerd aan de service strategie voor specifieke klantengroepen en in onderlinge samenhang consistent werden toegepast.)

Het bleken mede de kritische succesfactoren van organisaties te zijn die goed presteerden (ibid: 53 – 68). Zodra zij zijn afgestemd op de klantengroep en de servicestrategie van het bedrijf én in onderlinge samenhang worden toegepast, ontstaat er een cyclus van vermogen in een organisatie (ibid: 142-143). Schneider en Bowen (1993) bevestigen in een overzichtsartikel deze bevindingen. Wanneer een organisatie aansprekende diensten wil verlenen, stellen zij dat “meeting the needs of employees through quality HRM practices” (ibid: 3) een essentiële focus van het bedrijf moet zijn. In één adem door stellen Heskett e.a. (1997) dat de samenhang tussen deze HR-aspecten voor iedere organisatie weliswaar anders vormgegeven kan worden, maar toch altijd zijn vruchten zal afwerpen als deze afstemming het serviceconcept als uitgangspunt heeft. Zij nemen hiermee een positie in die Delery en Doty (1996) de ‘universalistische benadering’ noemen van strategisch HRM.

Hieronder volgt een beschrijving van de aspecten waaruit de interne service kwaliteit bestaat, telkens van commentaar voorzien uit de literatuur.

De inrichting van het werksysteem

Als Heskett e.a. (1997: 19) spreken over de inrichting van de werksystemen, doelen zij op de samenhang tussen wie op welk moment welke handeling uitvoert. Zij pleiten voor een zorgvuldig ontwerp dat nadrukkelijk rekening houdt met de verwachtingen van de klantengroep. Wat daarvoor aan passende functieomschrijvingen, ondersteunende middelen en de beschikbaarheid van de juiste informatie nodig is om daadwerkelijk taken te kunnen uitvoeren (ibid: 22, 128, 136, 137, 174, 175), nemen zij op in dit ontwerp (ibid: 18, 65, 138, 252). Deze factoren zijn bovendien afgestemd op wat medewerkers aangeven nodig te hebben om klanten optimaal van dienst te kunnen zijn (ibid: 126-127, 133, 157, 250-255). Daarnaast zijn coördinatie van alle werkzaamheden en samenwerking essentieel om de dienstverlening op de gewenste tijd te kunnen uitvoeren en in de goede volgorde (ibid: 18, 64-66, 112-122 149-150). Het ontwerp van het bedrijfsproces is van grote betekenis voor de resultaten die men na wil streven (ibid, hoofdstuk 8).

Het inrichten van de werksystemen voor specifieke doelgroepen is impliciet de belangrijkste ontwerpstrategie (ibid: 18, 21, 31, 101-102, 182). Wanneer er diensten zijn ontwikkeld voor deze specifieke klantengroepen, evenals de manier van uitlevering, dan verkleint dit het verschil tussen de verwachtingen van klanten en de feitelijke dienstverlening.

De inrichting van de werksystemen in strikte taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden ziet Watson (1986) als een controle-strategie. Met zoveel woorden maken Heskett e.a. (1997: 34 - 142) echter duidelijk dat zij veel meer de zogenaamde high performance worksystems (vgl. Appelbaum, 2000; Baron en Kreps, 1999) op het oog hebben. Werksituaties moeten ruimte aan medewerkers geven om binnen de servicestrategie van het bedrijf autonoom in het voordeel van klanten te kunnen handelen. Hun inbreng ter verbetering van de dienstverlening is noodzakelijk om klanten aan het bedrijf te binden (ibid: 148). Medewerkersparticipatie is dus nodig ter verbetering van de service. Of dat nu de service-technologie betreft of het werksysteem, is om het even.

Ondersteunende systemen

De materiële ondersteuning varieert per doelgroep. Als die goed is geregeld kan het leiden tot concurrentievoordeel, omdat medewerkers de diensten zoveel mogelijk op de condities van de klanten kunnen leveren (Heskett e.a., 1997: 136). Dit geeft op zijn beurt een positieve impuls aan de klantenbinding. Heskett e.a. (1997) zijn ervan overtuigd dat deze afstemming van ondersteunende systemen een noodzakelijke voorwaarde is om überhaupt service te kunnen verlenen (ibid: 137). Voorbeelden die de auteurs van ondersteunende systemen noemen zijn: informatie- en communicatie technologie (ibid: 136,137, 174, 175), inrichting van ruimten waar de dienstverlening plaatsvindt, de locatie (ibid: 137, 151-153, 169), apparatuur en technieken (ibid:137, 138, 154, 155).

Zoals eerder al is opgemerkt vonden Schneider e.a. (1998) sterke aanwijzingen van het nut van passende voorwaardenscheppende condities. Deze condities operationaliseerden zij ondermeer met: “managerial behavior, work facilitation and interdepartment service” (ibid: 156).

Gedeeltelijk zijn de aspecten waaruit de materiële ondersteuning bestaat buiten het domein van het HRM te plaatsen. Dat geldt evenwel niet voor de informatie en communicatie. Daarvoor zijn passende vormen van communicatie noodzakelijk (Appelbaum, 2000: 118, 167, 230; Normann, 1991: 47). Het werkoverleg en de overdrachtsystematiek waarborgen in de gezondheidszorg de continuïteit van zorg (Meurs, 1990) en vormen een deel van het ondersteunende systeem.

Passende selectie van dienstverlenende medewerkers.

Voor functies van lager geschoolde servicemedewerkers richt de selectie zich vooreerst op attitude en levenservaring, in plaats dat de vaardigheden van de kandidaten de doorslag geven (Heskett e.a.,

1997: 129, 131). Het is belangrijk dat de attitude van toekomstige medewerkers past bij de soort dienstverlening aan specifieke klantengroepen. Voor functies waar opleidingen een primair criterium is, selecteert men die kandidaten die én voldoen aan de formele eisen én de juiste attitude blijken te bezitten. Sommige succesvolle bedrijven passen ook methoden van kandidaat-zelfselectie toe om sollicitanten een afgewogen keuze te laten maken ook als zij met de minder aangename kanten van de functie worden geconfronteerd. Ook komt het voor dat klanten een oordeel kunnen geven over kandidaten (ibid: 132). Er wordt volgens de onderzoekers veel geïnvesteerd om de “juiste persoon voor de juiste plek” te selecteren. Zorgvuldige selectie vergroot de kans op een adequate werving van personeel voor specifieke functies.

Pfeffer (1998: 69) onderschrijft dit standpunt: “Organizations serious about obtaining profits through people will expend the effort needed to ensure that they recruit the right people in the first place.” Dit heeft volgens Huselid (1995) een positief effect op de productie en het verhoogt zelfs de marktwaarde van het bedrijf. Baron en Kreps (1999: 363) geven een economische reden voor een zorgvuldige selectie van personeel: “staffing and recruitment are critical parts of HRM because recruitment is costly and correcting selection mistakes is often costlier still.”

Autonomie om dienstverlenend te kunnen werken en participatiemogelijkheden van het dienstverlenende personeel

De ruimte die medewerkers krijgen om aan de behoeften van de klant tegemoet te komen blijkt de belangrijkste factor voor de tevredenheid van medewerkers te zijn, autonomie loont volgens Heskett e.a. (1997: 128-129). Men onderscheidt een traditionele en een progressieve methode van autonomie (ibid: 135-136). Volgens de eerste methode kunnen medewerkers binnen van te voren vastgestelde kaders service leveren; zij weten wat de grenzen zijn. Het voordeel hiervan is dat de risico's voor het bedrijf beheersbaar blijven. Bij de tweede methode mag men naar eigen goeddunken tegemoet komen aan de wensen van klanten om winst te maken. Slechts enkele van te voren opgestelde richtlijnen markeren de speelruimte. De taxatie van de (financiële) risico's ligt in de handen van de medewerkers, als zij binnen de leveringsfilosofie maar inzetten op het realiseren van tevreden klanten. Deze variant komt overigens veel voor bij franchisehouders die winst kunnen maken zonder aantasting van bijvoorbeeld het bedrijfsimago.

Wallache (1995) vond dat de mate van autonomie positief samenhangt met de satisfactie van de baan. Appelbaum e.a. (2000) zien een sterk verband tussen autonomie aan de ene kant met vertrouwen en de intrinsieke motivatie van medewerkers aan de andere kant. Goodale e.a. (1997) laten de andere kant van de medaille zien wanneer zij zeggen dat strikte supervisie zelfs contraproductief werkt, omdat de organisatie daarmee blijf geeft haar medewerkers onvoldoende te vertrouwen. De Jong (1995) vond in de Nederlandse gezondheidszorg het belang van autonomie bevestigd als een belangrijke ‘arbeidsvoorwaarde’ om het eigen vak naar tevredenheid te kunnen uitvoeren. Schneider en Bowen (1993: 3) tonen aan dat autonomie en participatie noodzakelijk zijn omdat “employees in the branches were able to accurately predict how customers of their branches rated service quality.”

De gehele tekst van de Service Profit Chain ademt het belang van medewerkerparticipatie (Heskett, e.a.: 104, 113, 126 – 127, 133, 157, 250 – 255). Feedback van medewerkers lokaliseert inconsistenties in de dienstverlening (ibid: 104, 127) en kan de spanning in het systeem tussen medewerkers en het management en klanten reduceren (ibid: 137). Een voorbeeld is als reclame of managers iets aan klanten beloven, dat vervolgens door interne regelgeving van het bedrijf welhaast onmogelijk door servicemedewerkers kan worden waargemaakt (ibid:127). Zodra managers dit probleem erkennen, kan men verbeteringen aanbrengen. Medewerkers bezitten informatie over klanten en hun verwachtingen én over het proces van levering, die nergens anders in het bedrijf aanwezig is. Bedrijven die op één of andere manier deze informatie ‘opdiepen’ en gebruiken ter verbetering van de dienst-

verlening hebben een instrument in handen waarmee ze concurrentievoordeel kunnen bewerkstelligen (ibid: 154-164).

De visie van Heskett e.a. (1997) over autonomie en participatie sluit aan bij de literatuur over high performance worksystems (HPWS). Daarin kunnen medewerkers in ruime mate participeren op het niveau dat het werk van hun eenheid aangaat. Zij moeten dan wel beschikken over de vaardigheden die voor hun werk nodig zijn en het overleg dat daaruit voortvloeit. En zij moeten als derde element, vrijheid krijgen om problemen of vraagstukken die zich in hun werk voordoen te kunnen oplossen (vgl. Appelbaum, 2000). Pfeffer (1998: 74) noemt dit “self-managed teams and decentralization as basic elements of organizational design” Het historisch overzicht van Kaufman (2001) over participatie bevestigt de zienswijze op dit thema.

Training en ontwikkelingsmogelijkheden voor dienstverlenende medewerkers

Alle succesvolle bedrijven die Heskett en de zijnen onder de loep namen, onderwerpen hun medewerkers frequent aan trainingen. Naast het trainen en aanscherpen van (vaktechnische) vaardigheden, ondergaan medewerkers ook scholing met betrekking tot hun houding en de organisatiewaarden, zoals ‘waardigheid in de dienstverlening’ en ‘algemene levensvaardigheden’ (Heskett e.a., 1997: 133). “Veel uitstekende service-organisaties zien training als doel en middel. Het middel kan het voorbereiden van werknemers op het beter uitvoeren van hun werk zijn. Het doel is in dit geval het bij de werknemers vergroten van zelfvertrouwen, trots en vermogen om met het leven om te gaan.” (ibid: 134). Training stimuleert de ontwikkeling en voor talentvol personeel ontwerpen bedrijven doorgroeiprogramma’s (ibid:30, 120).

Kalleberg en Moody (1994) onderschrijven het belang van training. Het zou een positieve invloed hebben op de kwaliteit van producten, het marktaandeel vergroten en de verkoop stimuleren. Training maakt medewerkers trouwer (Arthur, 1994). Dit komt in serviceorganisaties goed van pas, omdat daar de relatie tussen klant en medewerker zo’n belangrijke rol speelt. En Appelbaum e.a. (2000) vonden dat training tot een positief effect leidt op de intrinsieke motivatie van medewerkers. Dat komt volgens Heskett e.a. (1997) de daadwerkelijke dienstverlening ten goede. Aan de kant van de dienstverlening stelt Johnson (1996: 848) dat training het service-niveau zal verhogen als er ingegaan wordt op: “training on products and services offered by the organization, how to deal with angry customers, the day-to-day things they (employees: kpvw) can do to deliver quality service, and the individual’s role in delivering quality service.” Marsick & Watkins (1999) vonden dat adequate training van medewerkers de dienstverlening van dienstverlenende bedrijven ten goede kwam.

Beloning en waardering voor dit personeel

Beloning en waardering zullen servicemedewerkers slechts motiveren als ze overeenkomen met hun taken en prestaties. Deze incentives zijn bedoeld in de visie van de Service Profit Chain om medewerkers aan te moedigen “eigenaar te worden van de problemen van klanten en, bij wijze van spreken, van de onderneming” (Heskett e.a., 1997: 139). Zij boekstaven dat passende beloning en frequente waardering voor servicemedewerkers een positief effect zal sorteren op de inzet en de kwaliteit die men levert. Indirect levert een consistente toepassing van beloning en waardering tevreden en trouwe medewerkers op (ibid: 141).

Er is veel literatuur die het positieve effect van beloning beschrijft op de productie, de kwaliteit van de producten, marktaandeel, winst, klantentevredenheid, de motivatie en commitment van medewerkers (Appelbaum e.a., 2000; Arthur, 1994; Lazear, 1996; Dowling en Richardson, 1997; Leget, 1997). Beloning voor buitengewone service aan klanten blijkt positief uit te werken op de motivatie van medewerkers die deze eer te beurt viel (Goodale e.a., 1997).

Ook waardering in de vorm van constructieve feedback blijkt positief uit te pakken. Goodale e.a. (ibid) rapporteren dat medewerkers die feedback krijgen eerder zijn geneigd om hun werkgedrag ten goede aan te passen. Het service-niveau kan hierdoor op een hoger plan worden getild. Lindenberg

(2001) stelt zelfs dat positieve feedback een groter effect op de motivatie heeft dan financiële beloning.

Samenvatting

Het concept van de interne service kwaliteit is eigenlijk als een systeembenadering te beschouwen (vgl. Becker e.a., 1998; Delery en Shaw, 2001; Guest, 1997; Huselid, 1995). Aan de ene kant is er de inrichting van de werksituaties en de werkprocessen. De functie en –taakstructuur kan men daartoe rekenen, evenals de autonomie die medewerkers hebben om klanten van dienst te zijn. Maar ook de informatietechnologie ten behoeve van een adequate rapportage. Dit werksysteem noemt Normann (1991) het leveringssysteem en drukt goed uit dat het om de uitlevering van de diensten gaat en niet zonder het HRM kan.³⁶

Daarnaast zijn er de HR-activiteiten. De samenstelling en inzet hiervan zijn afhankelijk van de servicestrategie. Zij zijn met elkaar verbonden. Het feit dat de verwachtingen en behoeften van klanten het uitgangspunt vormen van de inrichting van de werksituaties, vereist telkens weer maatwerk wat betreft selectie, training, ontwikkeling en beloning van medewerkers die deze werkplekken bezetten.

De interne service kwaliteit speelt een belangrijke rol in de totstandkoming van de uiteindelijke prestaties van medewerkers om diensten te verlenen die aanslaan bij klanten (vgl. Ulrich, Brockbank, 2005). Schneider e.a. (1998) bevestigen dit gezichtspunt met empirisch onderzoek waaruit blijkt dat “the general facilitative conditions” een sterke impuls geven aan het ontstaan van een service klimaat in een organisatie. Die condities omvatten mede gebundelde “HR-activiteiten” van het bedrijf (ibid: 151). De interne service kwaliteit is met andere woorden uiteen te leggen in het leveringssysteem en een HR-systeem. Het leveringssysteem waarin aspecten zijn opgenomen zoals de inrichting van de werksituaties, de autonomie en allerlei ondersteunende systemen. De HR-activiteiten vormen het tweede systeem dat bestaat uit selectie en plaatsing, training en ontwikkelingsmogelijkheden, beloning en waardering.

Deze systemen zijn idealiter op elkaar afgestemd. Ook dient ieder systeem afzonderlijk intern consistent te zijn, met het serviceconcept als (absoluut) vertrekpunt en door de strategie vormgegeven. Volgens Heskett e.a. (1997) zal het dan pas zijn vruchten afwerpen in de vorm van dienstverlening die klanten aanspreekt en leidt tot een grotere binding aan het bedrijf.

4.2.2 Externe service kwaliteit

Principieel kiezen Heskett e.a (1997: 24 -25, 29, 64, 97, 148) ervoor om het oordeel van klanten maatgevend te laten zijn voor de totale kwaliteit van de dienstverlening. Daar ligt het zwaartepunt. Dit standpunt wordt door andere auteurs onderschreven (Anthony, 1998; Berry, 1999; Briggs, Bernard, 2000; Herzlinger, 2002, 2004).

Roth en Van der Velde (1991) zeggen dat een service-strategie begint bij factoren die omschrijven op welke manier een organisatie klanten kan behouden. Pas als dat is geïmplementeerd zullen professionele, technologische en organisatorische kwaliteitseisen leiden tot een hoge(re) waardering van cliënten voor de dienstverlening.

Volgens Van der Wiele e.a. (2001) wordt service weliswaar steeds belangrijker voor dienstverlenende organisaties, maar blijft het vaak bij woorden en goede voornemens. De relatie tussen inspanningen om service te realiseren en de feitelijke uitkomsten blijkt geen gemakkelijke te zijn. Soms laat de literatuur een positief verband zien, soms ook niet (Aaker en Jacobson, 1994; Fornell

³⁶ Boxall en Purcell (2003: 13) stellen zich op het standpunt dat de “workorganisation” een onderdeel uitmaakt van HR-bundels (daar ‘tiers’ genoemd).

e.a., 1992; Gale, 1992; Hallowell, 1996; Ittner en Larckner 1996; Koska, 1990; Reichheld, 1996; Zeithaml, Berry, Parasuraman, 1996).

Succes ontstaat door in te zetten op het verhogen van de waarde van klanten voor de dienstverlening, zonder dat de kosten uit de hand lopen. De relatie tussen klanttevredenheid en de prestatie van de organisatie is echter lastig te meten. Zeithaml (2000) somt hiervoor drie redenen op:

1. er zit een tijdsverschil tussen het meten van klanttevredenheid en het voordeel dat het de organisatie oplevert (timelag probleem);
2. er zijn interveniërende variabelen in het spel (zoals: de prijs en bestaande competitieve verhoudingen);
3. er zijn gedragsinvloeden in het spel die inwerken op de relatie en daardoor moeten worden opgenomen in het bepalen van de relatie.

Heskett e.a. (1997) hebben gedeeltelijk met deze punten rekening willen houden door de waardering van de dienstverlening op een redelijk groot aantal aspecten te meten (zie § 3.2.4.). Het 'timelag probleem' ondervangen zij door het oordeel van de klant als eindresultaat van de servicekwaliteit te nemen in combinatie met een stabiele servicestrategie die het management gedurende enkele jaren consequent volgt. Deze strategie moet de waarde voor de klant uittillen boven de kosten van de dienstverlener (Heskett e.a., 1997: 64). Hiermee vermijdt men het risico dat een bedrijf volgens klanten erg goed kan presteren, maar toch failliet kan gaan. Service is weliswaar het einddoel, maar niet tegen iedere prijs: het moet renderen. Met deze stellingname verlaten Heskett e.a. (1997) impliciet het standpunt dat het uiteindelijk om de waardering van klanten gaat. Eigenlijk zeggen zij dat service niet ten koste van de exploitatie van de onderneming mag gaan.

Met de externe service kwaliteit hebben de opstellers van de Service Profit Chain de volgende aspecten op het oog:

- de resultaten van de dienstverlening;
- de kwaliteit van de dienstverlening (geoperationaliseerd met behulp van de begrippen van SERVQUAL, zie § 2.2.1);
- de toegankelijkheid van de dienstverlening;
- de verhouding tussen prijs en kwaliteit (Heskett, 1997: 53-55).

Het oordeel van klanten hierover bepaalt in hoge mate de kwaliteit van de externe service (ibid: 54, 64). Heskett e.a. (1997) breiden de gangbare kwaliteitsdimensies die door Parasuraman e.a. (1988) zijn geïntroduceerd (onder de naam SERVQUAL) dus uit met deze – volgens hun – cruciale aspecten.

De resultaten van de dienstverlening

Klanten zijn niet primair geïnteresseerd in de dienstverlening, maar in de resultaten daarvan (Heskett, 1997: 54). Die kunnen van zeer uiteenlopende aard zijn: een snelle vlucht, een geslaagde herniaoperatie, verdelging van een insectenplaag in een kantoorgebouw, een smakelijke Mexicaanse maaltijd, het snel en correct uitkeren van schade door een autoverzekeraar of het goedkoop inkopen van levensmiddelen. De resultaten moeten dan wel naadloos aansluiten bij de verwachtingen die men erover heeft (ibid: 54). Bijkomende factoren, zoals een vriendelijke bejegening of de kwaliteit van de manier waarop de dienst tot stand kwam, hangen er weliswaar mee samen, maar bleken echter van secundair belang (ibid: 18, 29).

Hausman (2004) ziet de verwachting van patiënten om goede resultaten door de dienstverlening te verkrijgen als een belangrijke variabele voor hun satisfactie. Heskett e.a (1997: 54-55) vonden dit verband ook: hoe kleiner het verschil tussen de ervaring van de klant over het resultaat en zijn oorspronkelijke verwachting, des te groter de waardering. Dit is tevens de gedachte waarmee Parasuraman e.a. (1985) één van de meest belangrijke 'service gaps' beschrijft: er kan een discrepantie bestaan tussen wat klanten verwachten van de resultaten van de dienstverlening (op basis van reclame bijvoorbeeld) en wat zij feitelijk waarnemen en ervaren.

De kwaliteit van de dienstverlening

Naast het resultaat telt voor klanten de manier waarop de dienstverlener dat resultaat realiseert. De dimensies van de SERVQUAL (Parasuraman e.a., 1988) hebben zij in hun model onder deze noemer opgenomen. Zij bepalen het oordeel van cliënten voor de kwaliteit van de service (tangibles, reliability, responsiveness, assurance, empathy (ibid, 25; zie ook paragraaf 2.5.). Naarmate een dienstverlener deze dimensies afstemt op de verwachtingen van specifieke klantengroepen, stijgt de kans op een hoge waardering voor de kwaliteit van de dienstverlening. Heskett e.a. (1997: 105-108) adviseren zelfs de verwachtingen van klanten stelselmatig te overtreffen: excelleren betekent vrijwel zeker concurrentievoordeel.

Sommige bedrijven betrekken hun klanten via klachtenprocedures bij het verbeteren van het leveringssysteem en daardoor de dienstverlening (ibid: 189-196).

In veel onderzoek is het belang van kwaliteitsdimensies voor de dienstverlening aangetoond (Fraser, Wilson e.a., 2001; Groth e.a., 2001; Kossovsky, Chopard, 2001; Leggatt 2003; Shortell, Bennett e.a., 1998; Zuckerman, Coile, 2003). Zij ondersteunen het gezichtspunt van Heskett e.a. (1997) dat de kwaliteit van de dienstverlening rechtstreeks van invloed is op de waardering van klanten.

De toegankelijkheid van de dienstverlening

Wat mee telt in de beoordeling van de dienstverlening door klanten, is het gemak waarmee zij er toegang tot hebben. Naarmate klanten meer moeite moeten doen om zich deze toegang te verschaffen, daalt de waardering voor de dienstverlening (ibid: 55). Men is in zulke gevallen sneller geneigd de dienst bij een concurrent te verwerven. Wat potentiële klanten laten meewegen in hun beoordeling over de toegankelijkheid zijn: de plaats, de wachttijd en handelingen die er verricht moeten worden om daadwerkelijk toegang te verkrijgen.

In de Nederlandse gezondheidszorg is de toegankelijkheid van de dienstverlening de afgelopen jaren zonder onderbreking in het nieuws geweest. Door het inflexibele toeleidingssysteem en de vastgelegde capaciteit van zorgorganisaties ontstonden er ook in de AWBZ lange wachtlijsten (Prismant, 2000, 2001). Voor de AWBZ heeft de regering in het begin van de nieuwe eeuw veel extra geld besteed aan het terugdringen van de wachtlijsten (ibid).

De verhouding tussen prijs en kwaliteit

Het laatste aspect is de prijs van de dienstverlening in relatie tot de kwaliteit zoals de klant die ervaart. Het hoeft niet altijd over lage prijzen te gaan. Zodra de prijs van een dienst overeenkomt met de verwachting van de klant en de urgentie voor de dienst is groot, zal hij bereid zijn een hogere prijs te betalen (ibid:25). Dienstverleners staan telkens weer voor de opgave dit goed te taxeren. Het komt telkens weer neer op een adequate afstemming van het dienstverleningspakket op de verwachtingen van klantengroepen. Tegelijkertijd is het noodzakelijk de klanten naar de juiste dienstverlening toe te leiden.

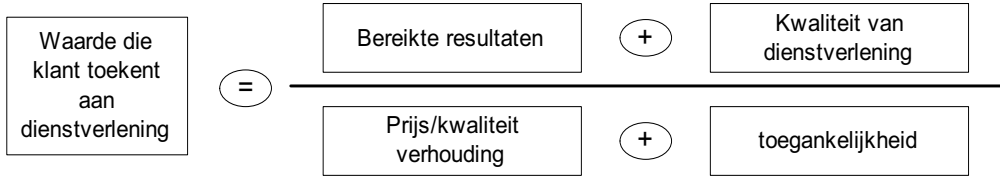
In de AWBZ is de prijs/kwaliteit verhouding een lastig punt. Cliënten betalen premies voor collectieve en individuele zorgverzekeringen, maar hebben meestal nauwelijks een idee wat een verrichting of wat hun verblijf kost (Lapré e.a., 1999). En vaak kennen zij de hoogte van de premie niet, omdat dit niet op het loonstrookje staat vermeld. Het is voor cliënten moeilijk een goed oordeel te vormen over de verhouding tussen de prijs en de kwaliteit die zij daarvoor krijgen. Hoogstens kunnen zij dat doen over de verhouding tussen de hoogte van de premie (of eigen bijdrage) en de ervaren kwaliteit van de dienstverlening.

Samenvatting in de klantenwaardevergelijking

Heskett e.a. (1997: 54) ontwierpen een formule waarin de aspecten van externe service kwaliteit in onderlinge samenhang een plaats hebben gekregen. Met deze formule probeerden zij de essentie van de externe service kwaliteit samen te vatten en de manier waarop het in zijn werk gaat.³⁷

Als samenvatting stelt deze formule dat “de waarde van aan klanten geleverde goederen en diensten gelijk is aan de voor de klanten gecreëerde resultaten plus de kwaliteit van de processen om de resultaten te boeken, dit alles in relatie tot de prijs van de diensten voor de klant en andere kosten die hij moet maken om de service te verkrijgen” (ibid: 24).³⁸ Dit is de norm die ten grondslag ligt aan het succes van sommige dienstverleners.

Figuur 3.1. De klantenwaardevergelijking



4.2.3 Overeenkomsten van het model met vraagsturing van zorg en vraaggerichte dienstverlening

De indeling in een interne en externe service kwaliteit en de manier waarop Heskett e.a. deze omschrijven, past bij het onderscheid tussen vraagsturing van zorg en vraaggerichte dienstverlening in dit proefschrift.

Vraagsturing van zorg vertoont als construct sterke gelijkenis met de interne service kwaliteit want het gaat om het organiseren en faciliteren van de dienstverlening. De interne service kwaliteit vult het nader in. Zij levert begrippen aan voor de operationalisering en verschaft tegelijk een modelmatige inkadering. De inrichting van de werksystemen omvat de beschrijving van het werkproces dat voor specifieke doelgroepen is ontworpen tot aan de organisatie van de functie en taakstructuur. De werksystemen zijn afgesteld op een goede toegankelijkheid voor cliëntengroepen, maar het faciliteert tegelijkertijd – ook via HR-activiteiten – medewerkers in hun dienstverlening aan deze cliënten (zie § 2.4.1).

Vraaggerichte dienstverlening zoals is omschreven in § 2.4.2, vertoont als construct sterke gelijkenis met de externe service kwaliteit. Het transactiemoment is de activiteit waar cliënt en medewerker op het microniveau een afstemming van vraag en aanbod proberen te realiseren. De punten van de Service Profit Chain expliciteren de bestanddelen waar het cliënten om te doen is en haken in op het aandeel dat medewerkers hebben in het transactiemoment. Tijdens het transactiemoment zal blijken of men er op mesoniveau in is geslaagd de afstemming tussen de cliëntengroep en de gewenste dienstverlening tot stand heeft weten te brengen. Dan pas kunnen medewerkers specifiek ingaan op de wensen van individuele cliënten en de afstand tussen verwachte en gepercipieerde dienstverlening zo klein mogelijk maken. Om dat te bereiken is zowel de inbreng van cliënten als die van medewerkers onontbeerlijk. De vragen en behoeften van cliënten en de professionele opvattingen van medewerkers komen tijdens de transactie bij elkaar. Het is aan de medewerker om zo goed mogelijk verder de verwachtingen van cliënten in te lossen.

³⁷ Er is hierop overigens veel op af te dingen. Waarom kiest men bijvoorbeeld voor sommatietekens en past men een deelsom toe? Dat blijft onduidelijk. De formule krijgt echter geen plaats in het onderzoek en wordt daarom niet verder bekritiseerd.

³⁸ Volgens Heskett e.a., (1997:64 – 66) moet deze geïndexeerde waarde hoger zijn dan de kosten die het bedrijf maakt om de diensten te kunnen produceren.

Naast deze aspecten die het transactiemoment typeren, hebben Heskett e.a. (1997) bovendien de toegankelijkheid van de dienstverlening als factor aan de externe service toegevoegd. Hiermee realiseren zij een brug met het doelgroepenbeleid als onderdeel van de interne service kwaliteit. Een goede toeleiding verkleint immers de kans op verkeerd geplaatste cliënten, waardoor men beter de verwachtingen kan invullen. Ook de verhouding tussen de prijs/kwaliteit krijgt een plaats in de externe service kwaliteit; een factor die in dit onderzoek echter problematisch is, zoals al eerder bleek.

Het onderzoek zal de koppeling van de termen interne- en externe service kwaliteit aan respectievelijk vraagsturing van zorg en vraaggerichte dienstverlening vasthouden, maar het telkens aanduiden met het eerste begrippenpaar.

4.3 Kritische kanttekeningen bij het model

De Service Profit Chain is een normatief model dat verklaringen geeft voor het ontstaan of uitblijven van excellente dienstverlening. De wijze waarop Heskett en zijn onderzoekers het model hebben ontwikkeld, stuit echter op enkele methodologische en theoretische mankementen. Om het model op waarde te kunnen schatten volgen enkele kanttekeningen.

4.3.1 Methodologisch commentaar

Door bij succesvolle dienstverlenende organisaties te zoeken naar de redenen van hun succes, konden Heskett, Sasser en Schlessinger de Service Profit Chain construeren. Er kleven echter enkele methodologische en wetenschapsfilosofische bezwaren aan dit onderzoek.

Volgens de methode van de onderzoekers selecteert men bedrijven die over een langere periode goed presteren. Men spoort vervolgens maatregelen op waarmee men het succes kan verklaren. Deze aanpak genereert echter incidentele kennis die vergelijking met andere organisaties nauwelijks toestaat vanwege het unieke karakter van elke casus (Swanborn, 2003). Dit geven de onderzoekers wel min of meer wel toe, maar zij blijken toch tamelijk onbescheiden in het generaliseren van de consequenties naar welhaast alle typen dienstverlenende organisaties. Met deze werkwijze sluiten zij een vergelijking uit met organisaties die onder dezelfde maatregelen minder goed of ronduit slecht presteren, terwijl dit uit wetenschappelijk oogpunt de meest interessante vraag is en waardoor men bevindingen op scherp stelt. Dit ‘best practices’ onderzoek introduceert met andere woorden een forse bias door zich in de voorselectie alleen op goed presterende bedrijven te richten. Korczynski (2002: 28 - 39) oefent kritiek uit op deze manier van selecteren: het is nog maar de vraag of de uitkomsten in de methodologische betekenis van het woord betrouwbaar zijn. Het normatieve karakter van best practices-onderzoek kan bovendien leiden tot wat Boselie e.a. (2002: 53) in navolging van Guest (1999) ‘the American Dream view’ noemen: succes is verzekerd als men de aanbevelingen opvolgt, terwijl dit nog maar zeer de vraag is.

Door organisaties te selecteren mede op basis van de mate waarin zij op een vraaggestuurde wijze hun aanbod hebben georganiseerd, probeert deze studie deze voetangel te ontwijken (Swanborn, 2003). Op deze manier is het mogelijk organisaties van “traditionele en moderne snit” in het onderzoek te verkrijgen, om zo vermeende verschillen in de kwaliteit van de dienstverlening aan het licht te kunnen brengen.

Ook vanuit wetenschapsfilosofische hoek zijn er zwakke punten aan het onderzoek van Heskett e.a. te onderscheiden. Zodra men op basis van verificatie onderzoeksuitkomsten omhelst, kan men zich met reden afvragen wat de waarde ervan is (Ultee, Arts, Flap, 1997). Op deze manier vindt men immers altijd wel bevestiging van bepaalde overtuigingen. Korczynski (2002) werpt bijvoorbeeld op dat

er bij Heskett e.a. (1997) geen enkele aandacht is voor conflicten die er doorgaans in bedrijven zich tussen diverse belangenpartijen kunnen afspeelen, met een nadelige invloed op de service. De gehanteerde werkwijze verhoogt de kans aanzienlijk dat men geen hypothesen beproeft, maar bevindingen telkens weer met nieuw bewijsmateriaal poogt te stutten. Na Popper is de deductief-nomologische manier van onderzoek in de sociale wetenschappen alom geaccepteerd en tellen juist voorlopig geldige onderzoeksresultaten, gebaseerd op hypothesen die niet zijn gefalsificeerd (Chalmers, 1983; Popper, 1972; Swanborn, 1987; Ultee, 1974, 1980). Deze strenge aanpak van wetenschappelijk onderzoek geeft een veel grotere kans op betrouwbaardere uitkomsten en draagt bij aan de vooruitgang van kennis.

Door de relaties van de Service Profit Chain in een explorerend onderzoek op waarde te schatten, zal duidelijk worden of de veronderstelde verbanden inderdaad in de empirie zijn terug te vinden wat betreft zorgorganisaties. Toetsend onderzoek zal moeten uitwijzen of de essentie van de Service Profit Chain geldig is.

4.3.2 Commentaar vanuit theoretisch oogpunt

Er zijn enkele theoretische onderwerpen die een bespreking verdienen. Ten eerste is er het concept van de zogenaamde 'service gaps'. Ten tweede moet het ambivalente karakter van de doelstellingen en resultaten van service worden belicht. Tot besluit vraagt de servicestrategie als element van het model om een kritische bespreking.

Service gaps

Parasuraman e.a. (1985) beschrijven dat er in het proces van dienstverlening verlies van service-kwaliteit kan optreden. Zij noemen de vijf plaatsen waar dit zich kan voordoen 'service gaps'. De eerste plek wijst op de discrepantie tussen de verwachtingen van de klant (customer expectations) en wat het management denkt dat de klant wil (management perceptions). De tweede kloof representeert de discrepantie tussen de percepties van het management over de verwachtingen van de klant en de service-standaards. Het derde verschil (gap 3) slaat op de discrepantie tussen wat er feitelijk aan service wordt geboden en de service-standaards van het bedrijf. Gap vier toont verschillen aan tussen de service die het bedrijf belooft (external communication to customers) en de werkelijke dienstverlening. Tenslotte kan er een verschil bestaan tussen de verwachtingen van klanten en hun ervaringen tijdens de dienstverlening (gap 5). Deze laatste bestaat uit twee onderdelen. Het minimum aan service dat klanten nog net accepteren en het niveau van service waarvan zij zeggen dat er geleverd zou moeten worden. Het verschil tussen beide onderdelen noemen zij 'the zone of tolerance' (ibid: 1985). Vanuit de invalshoek van informatieverspreiding in een organisatie en aan klanten, komen ook Fitzgerald e.a. (1991) tot de conclusie dat er inderdaad service gaps bestaan die de kwaliteit van de diensten negatief kunnen beïnvloeden.

Geen van deze servicegaps worden door Heskett, Sasser en Schlesinger geproblematiseerd. Zij gaan ervan uit dat wanneer het ontwerp van de interne service kwaliteit deugdelijk is, het wel goed zal komen. Zij vinden dit bevestigd in hun data. Dit is waarschijnlijk gedeeltelijk te danken aan hun manier waarop zij onderzoek bedrijven. Want als alleen succesvolle bedrijven laten zien dat zij de servicegaps kunnen pareren, wil dat nog niet zeggen dat het in alle omstandigheden voor alle dienstverlenende bedrijven lukt. Het lijkt naïef ervan uit te gaan dat het kwaliteitsverlies waarover Parasuraman e.a. (1985) schrijven door zorgvuldig ontwerp kan worden ondervangen. Allerlei onderzoeksuitkomsten ondersteunen dit gezichtspunt eerder dan dat van Heskett e.a. (Ballentine e.a., 1998; Brown, Swartz, 1989; Candido, Morris, 2000; Chebat, Savard, Filiatrauld, 1998; McCain, Jang, Hu, 2005; Tebes e.a., 2005).

Het bestaan van de service gaps zal zijdelings worden meegenomen in het empirische deel van dit onderzoek. Ze zijn namelijk gedeeltelijk vervat in de relaties die de Service Profit Chain beschrijft. Als bijvoorbeeld het effect van een servicestrategie op de kwaliteit van de interne service achterwege blijft in het empirisch onderzoek dan kan er sprake zijn van de tweede of derde service gap.

Ambivalente doelstellingen en resultaten als gevolg van uiteenlopende belangen

Inhoudelijk problematiseren de schrijvers van de Service Profit Chain nauwelijks de gedeeltelijk tegengestelde belangen die er bestaan tussen medewerkers in de frontlinie, het management en de cliënten (zie § 2.5.4.). Zij beschrijven een min of meer harmonisch verloop van de relaties tussen deze partijen. Dit is echter een te eenvoudige weergave van de werkelijkheid. De empirie laat telkens weer zien dat er spanningen bestaan tussen deze groepen van actoren (vgl. Korczynski, 2002; Scholten en Van der Grinten, 1997; 2003; Oorschot e.a., 1995). Het is doorgaans niet zo probleemloos als Heskett e.a. (1997) ons willen doen geloven. Managers hebben de verplichting binnen hun begroting een optimale productie te leveren (Sluijs, 1993; Zelman e.a., 2003), terwijl professionals vooral goede zorg willen leveren (Kruijthof, 2005) en het kostenaspect daar meestal niet in betrekken. En cliënten willen vooral dat de dienstverlener hun verwachtingen inlost (Herzlinger, 1997, 2002, 2004). De belangen van de partijen kunnen invloed uitoefenen op de afhankelijke variabelen: de tevredenheid van medewerkers met hun werk en de organisatie en de waardering van cliënten voor de dienstverlening. De doelstellingen noch de resultaten kunnen eenduidig worden vastgesteld (vgl. Hasenfeld, 1983).

Heskett e.a. (1997) schenken weliswaar op een andere manier aandacht aan de onderlinge spanningen tussen de actoren, maar het is de vraag of die afdoende is. In wezen is hun model een spanningsreductiemodel te noemen. Zodra managers de kwaliteit van de interne service optimaliseren – dus beter afstemmen op de behoeften van medewerkers – zullen beider belangen beter met elkaar samengaan. Volgens het model is dit gemakkelijker te bereiken naarmate de actoren handelen onder discipline van hetzelfde en strenge servicebeleid. Dit beleid is er geheel op gericht aan de verwachtingen van gekozen klantengroepen tegemoet te komen; dat is het absolute beginpunt in de redenering van Heskett e.a. (1997). Niet de manager, noch de medewerker, maar de verwachtingen van de klant hebben het primaat in de organisatie van de dienstverlening. De inrichting van het aanbod, het professionalisme van de medewerker staan ten dienste van dat uitgangspunt.

De omgekeerde redenering maakt dit punt op een andere manier duidelijk. Stel dat het management nalaat om de interne service-kwaliteit te optimaliseren, dan schendt dit het belang van de medewerkers. Zij kunnen moeilijker aansprekende diensten verlenen en krijgen te maken met de gedragingen van ontevreden klanten. HR-ondersteuning in dergelijke conflictsituaties is het onderwerp waar ook Korczynski (2002) een lans voor breekt in zijn (overigens ook ideaaltypische) constructie van de “customer-orientated bureaucracy”.³⁹ Daarmee onderschrijft hij in feite de stilzwijgende visie van Heskett e.a. (1997) op dit punt. Ook Schneider e.a. (1998: 160) stellen dat een soort partnerschap tussen klanten, medewerkers en managers de spanning tussen hen kan helpen reguleren (vergelijk ook § 2.5.4). Dit laat overigens onverlet dat er onenigheid tussen de partijen zal blijven bestaan, alleen al vanwege het voorkomen van bepaalde servicegaps.

Het punt van gedeeltelijk tegengestelde belangen neemt dit promotieonderzoek zijdelings mee. Zowel cliënten als medewerkers kunnen via enquêtes antwoord geven op de vraag hoe het is gesteld met de kwaliteit van de dienstverlening. Ook managers krijgen (in het toetsende deel) die vraag

³⁹ Met deze term doelt Korczynski op een organisatietype dat sterke trekken vertoont van een professionele bureaucratie, maar tegelijk een serviceorganisatie is. Het bijzondere aan dit door deze auteur gecreëerde type is de functie van het HRM, dat “is interpreted as functioning primarily as a means to create and maintain a fragile social order out of the contradictory pressures underlying service work” (Korczynski, 2002: 58).

voorgelegd. Op basis van de literatuurstudie liggen verschillen in het oordeel van deze partijen voor de hand. Uit de onderzoeksresultaten zal blijken of dit inderdaad het geval is.

De service-strategie als organisatorische 'dwangbuis'

Succesvolle servicebedrijven volgen een strenge strategie om de diensten aan klantengroepen te leveren. Medewerkers zijn verplicht zich daaraan te conformeren. Mintzberg (1992: 211) wees er echter al op dat professionals een sterke neiging hebben bedrijfsmaatregelen in professionele bureaucratieën te negeren, omdat zij gezien de aard van hun werk en werksituatie eerder eigen strategieën zullen kiezen (vgl. ook Oorschot e.a., 1995), al of niet ingegeven door hun eigen professionaliteit of de beroepscode die er bestaan. De transactiekosten voor het bewerkstelligen van een organisatiebrede strategie zijn hoog (Mintzberg, 1992: 212). Heskett e.a. (1997) problematiseren dit punt nergens. Hun betoog is optimistisch van toon. Zij lijken te veronderstellen dat een juiste werving van het personeel, passende training en goede ontwikkelingsmogelijkheden, gepaard aan een adequaat leveringsstelsel, deze sterke prikkel tot autonomie zal neutraliseren. Merchant (1985) heeft dit met zijn gezaghebbende verhandeling over 'forms of control' wel geïllustreerd. Volgens hem werken controle en correctie van een te grote autonomie op zijn minst tot bureaucratische maatregelen. Beide leiden tot een nadelige invloed op de totstandkoming van een flexibele dienstverlening (Thomassen, 2000). Het is dus niet zo eenvoudig als Heskett e.a. (1997) ons willen doen geloven.

De onderzoekers stellen echter dat via medewerkerparticipatie afstemming bereikt kan worden tussen wat medewerkers nodig vinden voor hun werk en de service-strategie van het bedrijf. Zij kunnen indirect invloed uitoefenen op de servicestrategie. Of dit voldoende is valt te betwijfelen omdat a) het 'free rider probleem' hierbij een rol zal spelen (Olson, 1971) en b) het voorbijgaat aan de complexe structuur van belangen van gezondheidszorgorganisaties (Vosselman, 1996; Kramer, 2001). Bovendien zal men in de bepaling van de servicestrategie terdege rekening moeten houden met wetgeving en de beroepscode van belangrijke beroepsgroepen, of met de manier waarop de organisatie-structuur is opgebouwd (Scholten en Van der Grinten, 1997, 2003).

De strenge servicestrategie zoals Heskett e.a. (1997) die voorstaan, lijkt de autonome manier van werken aan te tasten die (hoger opgeleide) professionals er op na houden.

4.4 Principes voor de bedrijfsvoering en voorlopige uitspraken

De werking van de Service Profit Chain is met behulp van enkele principes onder woorden te brengen. Zij vloeien voort uit de relaties die men vond tussen elementen van de keten. Om het verband met de AWBZ te leggen zijn de principes en relaties in deze paragraaf betrokken op zorgorganisaties van deze sector. De voorlopige uitspraken waarmee de paragrafen besluiten, sturen het exploratieve onderzoek aan.

4.4.1 Samenhangende keten van bedrijfshandelingen

Het eerste principe luidt: construeer een samenhangende keten van bedrijfshandelingen die is afgestemd op de vragen en verwachtingen van de gekozen doelgroepen. Dit principe steunt op de relatie in het model *dat de interne en externe service kwaliteit met elkaar samenhangen en zijn afgeleid van een serviceconcept en -strategie die voortkomen uit de vragen en verwachtingen van klantengroepen*. De werking van Service Profit Chain valt of staat met een consistente samenhang die het management weet te realiseren tussen de onderdelen en aspecten van de bedrijfsvoering zoals omschreven in het model.

Er zijn nauwelijks onderzoeksresultaten te vinden over deze specifieke relatie, zeker niet met betrekking tot organisaties in de gezondheidszorg (vgl. Bach, 2000; Bartram e.a. 2007). De studies die er zijn bestrijken slechts onderdelen van de relatie of zijn alleen theoretisch van aard.

Sicotte e.a. (1998) houden een theoretisch pleidooi de prestaties van gezondheidszorgorganisaties te onderzoeken, met nadrukkelijke aandacht voor onder meer beleid en strategie in samenhang met de doelen die de organisatie zich stelt. Er volgt echter geen empirisch onderzoek op.

Om de gezondheid van patiënten te optimaliseren, dus een grotere service te bereiken, stelt Conrad (1993) klinische integratie voor tussen verschillende zorgaanbieders. Dit beleid vereist volgens hem een op elkaar afgestemd HRM-beleid, in relatie tot caremanagement. Helaas blijft het bij deze constatering en volgt er geen empirisch onderzoek. Dezelfde kritiek geldt Keyte en Gershon (1998) wanneer zij schrijven over de ontwikkeling van productlijnen als strategie om een betere aansluiting met “de markt” te verkrijgen.

Met gebruikmaking van een aangepaste versie van de SERVQUAL onderzocht Chaston (1994) de interne klantgerichtheid bij de National Health Service. Hij constateert een verschil tussen de verwachtingen van het personeel over de interne service en die van het management. Ook is er geen overeenstemming tussen de perceptie van het management over service-standaarden en de feitelijke toestand op dat punt. Hetzelfde kan gezegd worden over de standaarden en de concrete dienstverlening: die voltrekt zich regelmatig niet volgens de richtlijnen. Organisaties informeren cliënten onvoldoende over wat er van de dienstverlening te verwachten valt (ibid, 1994). De relatie tussen een servicestrategie aan de ene kant en de organisatie van het aanbod en de feitelijke dienstverlening aan de andere kant (de interne en externe service kwaliteit) komt verder niet aan de orde.

Het voorkomen van deze servicegaps pleit overigens wel voor een totale service aanpak, waar de diverse servicefactoren op elkaar zijn afgestemd en waarborgen zijn ingebouwd zodat medewerkers conform servicestandaarden zorg kunnen verlenen (Baird, 2000). Howard en Gould (2000) onderstrepen het belang van een totale service aanpak. Zij verwachten een verhoging van de arbeidstevredenheid van een dergelijke inspanning.

Zuckerman en Coile (2003) beschrijven in hun studie een servicestrategie voor zorgorganisaties waarmee die in een competitieve omgeving vitaal kunnen blijven en die interessant is voor klanten en verzekeraars. De nieuwe basis voor de strategie is volgens de auteurs ondermeer het uitblinken in een klantgerichte dienstverlening op een manier die een buitengewoon hoge cliëntensatisfactie oplevert (ibid: 1 – 18). De strategische aanpak die zij voorstaan moet uitmonden in een “culture of excellence” (ibid: 183 – 191). Zij zijn een voorstander van zogenaamde servicelijnen. “The fundamental principal of service-line management is organizing around the way patients receive service. (...) It does not organize services according to function, available technology, or caregiver expertise. (...) The goal of service-line management is to present an integrated continuum of services that is seamless and transparent to users.” (ibid: 91). Het is in zijn geheel gericht op het voorzien van dienstverlening waar doelgroepen om vragen. De beslissingen worden zo dicht mogelijk op het primaire proces genomen en zo veel als mogelijk zijn hulpverleners en cliënten erbij betrokken (ibid). De organisatie van het aanbod is ontworpen om optimaal te kunnen inspringen op de vragen en behoeften van de cliënten. De auteurs beschrijven eigenlijk een koppeling tussen het servicebeleid en de facilitering van de transactiemomenten. De manier waarop het bedrijf de zorg organiseert, faciliteert medewerkers die feitelijk de diensten verlenen. De uitgangspunten en afspraken daaromheen moeten leiden tot een cultuur waarin excellente service floreert. Zowel medewerkersraadpleging over hun werk in de brede zin van het woord als cliëntenraadpleging over de beleefde dienstverlening kunnen krachtige instrumenten zijn voor kwaliteitsverbetering, zo bleek uit hun case-study's.

Er bestaat wel empirisch kwantitatief onderzoek over de positieve invloed van de arbeidsbeleving van medewerkers op de effectiviteit van de organisatie inzake de dienstverlening, maar het laat de relatie van de bedrijfsvisie en strategie op de kwaliteit van de interne werksystemen buiten beschouwing (Ryan e.a., 1996; Paradise-Tornow, 1991; Schneider, Bowen, 1993; Tornow, Wiley, 1991).

Onderzoek in Nederland naar de verbinding tussen de bedrijfsvisie op service aan klanten en de strategie die de weg ernaar uitstippelt, beperkt zich vooral tot de profitsector en zijn vooral gevalsbeschrijvingen (vgl. Thomassen, 2000). In zijn boek over integrale kwaliteit doet Walburg (1997) tal van aanbevelingen over hoe zorgorganisaties hun beleid en strategie kunnen afstemmen op de middelen ter realisering van goede dienstverlening, maar beproeft dit niet met eigen empirisch onderzoek. Verheggen en Harteloh onderzochten in het Academisch Ziekenhuis Maastricht de invloed van modern kwaliteitsbeleid op zorgprocessen, waarbij de inspraak van partijen als belangrijk wordt aangeduid. Zij bevelen weliswaar aan rekening te houden met een op de zorgprocessen afgestemde bedrijfscultuur en zorg te dragen voor gemotiveerde medewerkers, maar lieten de relatie tussen de servicevisie en de interne servicekwaliteit onderbelicht (Verheggen, Harteloh, 1993).

Het concreet bewerkstelligen van afstemming tussen onderdelen van de bedrijfsvoering blijkt volgens sommigen een kritische succesfactor voor de prestaties van het bedrijf (Becker, Huselid, Ulrich, 2003; Ettinger, 1998; Heskett e.a., 1997; INK, 1997; Schneider, Bowen, 1996; Walburg, 1997). Geldt dit ook voor zorgorganisaties?

Voorlopige uitspraak 1

Als een zorgorganisatie werkt met een serviceconcept en -strategie die rekening houden met de verwachtingen en (zorg)vragen van cliëntengroepen, dan leidt dit tot een interne en externe service kwaliteit met het doel de dienstverlening zo optimaal mogelijk af te stemmen op de zorgvragen van deze cliëntengroepen.

4.4.2 Optimaliseer de interne service kwaliteit

Het tweede principe luidt: optimaliseer de interne service kwaliteit voor specifieke groepen medewerkers die zijn verbonden aan specifieke groepen klanten. Hieraan ligt de relatie in het model ten grondslag *dat de kwaliteit van de interne service een positief effect heeft op de tevredenheid van medewerkers. Dit moet leiden tot een hoge waardering van cliënten voor de dienstverlening.* Medewerkers zijn in de benadering van de Service Profit Chain het belangrijkste middel van het bedrijf in het realiseren van de feitelijke dienstverlening.

Oudenampsen (2002) houdt een pleidooi het primaire proces in de drang naar meer vraagsturing niet uit het oog te verliezen. Bij de grote groep zorgvragers blijft de relatie met professionals van wezenlijke betekenis (ibid, 2002). Zodra men de redenering aan het einde van de keten begint, dus bij de vragen van cliënten, komt men direct daarna bij de voorwaarden die het personeel in de gelegenheid stelt de waardering van cliënten voor de dienstverlening te optimaliseren (vgl. Normann, 1991, Schneider, 1996, Korczynski, 2002). Deze voorwaarden moeten de professionele inbreng van medewerkers zo goed mogelijk tot hun recht laten komen. Peccei en Rosenthal (2001: 381) vonden in een onderzoek onder medewerkers van een supermarktketen in de UK dat “employees who perceived management behaviour in a positive light and who had participated in values-based training were more likely to feel empowered (...). Psychological empowerment was, in turn, positively related to the customer-oriented behaviour of workers.” Tot soortgelijke bevindingen komen Rondeau en Wagar (2001), zij vinden een positieve relatie tussen ‘progressief HR-activiteiten (accent op autonomie, participatie, versterking van de positie, etc) en enkele belangrijke HR-uitkomsten zoals ‘employee morale, absenteeism’.

Ander onderzoek van Peccei en Rosenthal (1997) toont aan dat additionele factoren op een betekenisvolle wijze inwerken op het commitment van medewerkers voor ‘customer service’. Het waren: werkdruk, routinematige (repeterende) werkzaamheden; functiecompetentie en het begrip van medewerkers wat service aan klanten vereist.

Nu zorgorganisaties hun zorgarrangementen steeds meer onder de discipline van een kwaliteitsbeleid brengen en overgaan tot vormen van integraal management (Conrad, 1993; Huijsman, 2001; Walburg, 1997, 2003), ontstaat er een voedingsbodem voor het tot wasdom brengen van de interne service kwaliteit. Welk effect heeft die op de tevredenheid van medewerkers?

Voorlopige uitspraak 2

Een interne service kwaliteit die medewerkers ondersteunt in de dienstverlening bevordert de mate van tevredenheid bij medewerkers met het werk en de organisatie.⁴⁰

4.4.3 Optimaliseer de externe service kwaliteit.

Het derde principe luidt: optimaliseer de externe service kwaliteit van groepen klanten. Dit verwijst naar de relatie in de Service Profit Chain *dat de waardering van klanten voor de dienstverlening ontstaat door een goede afstemming van de aspecten die deel uitmaken van de externe service kwaliteit op hun verwachtingen en (zorg)vragen*. Tijdens het ontwerpen van de dienstverlening dient het bedrijf consequent het perspectief van de klant te hanteren. Men slaagt hierin als er een nadrukkelijke verbinding is bewerkstelligd tussen de soorten van dienstverlening aan specifieke klantengroepen (vgl. ook Johnson, 1996: 847). Bovendien zal de dienstverlening de klant het gewenste resultaat moeten opleveren en leiden tot een grotere waardering en trouw van klanten voor de organisatie (Heskett e.a., 1997).

In deze studie worden de volgende groepen cliënten onderscheiden: ouderen, verstandelijk gehandicapten en mensen met psychiatrische problemen. Maar meer dan vroeger het geval was, verschuift de aandacht in de AWBZ om per sector diensten aan specifieke cliëntengroepen aan te bieden. Het samenstellen van zorgarrangementen en het uitbreiden van het ‘assortiment’ maakt het afstemmen van vraag en aanbod beter mogelijk op het niveau van de organisatie. (Faber en Schippers, 1998). In de ouderenzorg onderscheidt men van oudsher psycho-geriatrie en somatische cliënten. Recentelijk zijn daar groepen cliënten bij gekomen aan wie men ambulante zorg verleent. Daarnaast kan men een trend ontdekken van verdere differentiëring in cliëntengroepen naar ziektebeeld (Alzheimer en Parkinson bijvoorbeeld). Door de zorg steeds vaker in een keten te organiseren poot men de dienstverlening rondom deze cliënten zo te regelen dat de zorgbehoefte wordt gelenigd door gebruik te maken van een diversiteit aan arrangementen (Fabricotti, 2000; Huijsman, 2001). Doelgroepenbeleid is hiervoor een essentiële organisatorische voorwaarde, wil de dienstverlening haantbaar worden (vgl. RVZ, 1998a; Huijsman, 2001a). De gehandicaptenzorg heeft zich de afgelopen jaren ingespannen om voor een grote diversiteit aan doelgroepen “community care-voorzieningen” te ontwikkelen, waarmee men de ondersteuning van gehandicapten op het oog heeft om in de samenleving een volwaardig bestaan op te bouwen (RMO, 2002; RVZ, 2002, 2003). In de GGZ zijn de zogenaamde zorgprogramma’s vanuit ziektebeelden in zwang geraakt. In veel gevallen kunnen zij worden beschouwd als organisatorische eenheden waar categorieën cliënten een behandeling krijgen in een op hun zorgvragen afgestemde dienstverlening (Schene en Verburg, 1999). Heeft het organiseren van de zorg in doelgroepen inderdaad effect heeft op de waardering van groepen cliënten voor de organisaties in kwestie?

⁴⁰ In navolging van enkele grote arbeidsbelevingsonderzoeken is de tevredenheid van medewerkers uitgesplitst naar de organisatie en het werk zelf (Van Dijk e.a., 2002; Messchendorp e.a., 2004). Hoofdstuk vier geeft de argumenten voor de splitsing van aspecten van de interne service kwaliteit in een onafhankelijke en afhankelijke variabelenset.

Voorlopige uitspraak 3

Een externe service kwaliteit die is afgestemd op doelgroepen leidt tot de waardering van cliënten voor de resultaten van dienstverlening en de organisatie die de diensten verleent⁴¹.

4.4.4 Het principe van de satisfaction mirror

Het vierde principe luidt: *klantentevredenheid hangt positief samen met de tevredenheid van medewerkers over hun ondersteuning om de diensten met kwaliteit te kunnen verlenen*. Wanneer klanten slechte service ontvangen, dan is de kans groot dat ook medewerkers hetzelfde binnen de organisatie ten deel valt (Goodale, Koerner, Roney, 1997; Schneider, White, Paul, 1998). Heskett e.a. (1997: 112 e.v.).

Een organisatie die gedurende langere tijd vasthoudt aan een consistent integraal service management concept, plukt daarvan de vruchten door de toename van het aantal tevreden medewerkers. Want zij ontvangen een adequate ondersteuning om de gewenste diensten te kunnen leveren. Dit leidt volgens Heskett e.a. (1997, hoofdstuk 6) tot een hoge waardering van veel cliënten voor de dienstverlening. Zij noemen dit het principe van de 'satisfaction mirror'.

Er is in de zakelijke dienstverlening veel empirisch onderzoek gedaan naar de relatie tussen medewerkers en klantentevredenheid en de meeste uitkomsten ondersteunen het bestaan van een satisfaction mirror in meer of mindere mate (Johnson, 1996; Schneider, Parkington, Buxton, 1980; Schneider, Bowen, 1985; Schneider, White, Paul, 1998; Ulrich, Halbrook, Meder, Stuchlik, Thorpe, 1991). Schneider en Bowen (1993) stellen zelfs dat: "The degree to which employees believe their work is facilitated yields the most consistent information about customers experiences." Ryan, Schmit en Johnson (1996: 875) vinden dat customer satisfaction op zijn beurt weer een positieve invloed heeft op de attitude van medewerkers.

Schmidt en Allscheid (1995) onderbouwen de relatie tussen "employee attitudes and customer satisfaction" met een model over attitudes, intentions en gedrag van Bagozzi (1992). Hiermee verschaft het schrijversduo de empirische relatie een theoretische onderbouwing, die bovendien een empirische toetsing doorstaat. Het model kent echter psychologische uitgangpunten in plaats van de organisatorische kant van de zaak te belichten, waar we gezien de probleemstelling van dit onderzoek in zijn geïnteresseerd.

Ott e.a. (2004) vonden in de Nederlandse ouderenzorg een relatie tussen factoren van medewerkers en cliëntentevredenheid. Zij koppelden twee verschillende databestanden (één over de arbeidssatisfactie van medewerkers en één over cliëntentevredenheid) op het niveau van organisatie aan elkaar. De verbanden zijn echter moeilijk eenduidig te interpreteren en de operationalisaties waren niet op een theorie over service gebaseerd. Ook Kabene e.a. 2006 veronderstellen een relatie tussen het HRM aan de ene kant en 'to improve quality of services and patients' satisfaction'. Het is een belangrijke veronderstelde relatie, die een nader onderzoek verdient.

Voorlopige uitspraak 4

De mate van tevredenheid van medewerkers met de interne service kwaliteit hangt positief samen met de waardering van cliënten voor de externe service kwaliteit (vgl. ook Schneider en Bowen, 1993: 4).

⁴¹ In navolging van de indeling in een onafhankelijke en afhankelijke variabelenset bij de interne service kwaliteit zijn hier de 'resultaten van de dienstverlening' en de 'waardering voor de organisatie van cliënten' als afhankelijke variabelen benoemd. De beargumentatie hiervan is in hoofdstuk vijf te vinden.

4.4.5 *Bevorder klanten- en medewerkersparticipatie*

Het vijfde principe is te herleiden tot de relatie *dat medewerkers- en cliëntenparticipatie leidt tot een verbetering van de interne- en externe dienstverlening met een positief effect op de tevredenheid van zowel klanten als medewerkers*. Dit betreft dus het oordeel van klanten over de externe service kwaliteit en het oordeel van medewerkers over de interne service kwaliteit.

Over medewerkerparticipatie is al gesproken (zie § 3.4.1.), daarom volgt op deze plaats een bespreking over participatie van cliënten.

De informatie van klanten is van grote waarde om goed op de vragen te kunnen afstemmen en zo doende beter de verwachtingen van klantengroepen (empathy) in te willigen. Dat kan gaan over hun voorkeuren voorafgaand aan de dienstverlening. Maar zeker zo belangrijk is hun feedback op de dienstverlening nadat die is geleverd. Uiteindelijk moet het leiden tot resultaten die klanten appreciëren.

Heskett e.a. (1997) noemen een keur aan instrumenten waarmee men van klanten informatie kan krijgen: luisterposten⁴² (77 – 80), voor klanten accurate klachtenprocedures die het bedrijf waardevolle gegevens over de dienstverlening opleveren (194 – 195); allerlei marketingtechnieken om het klantenpotentieel aan te boren (zij noemen dat potentiemarketing (ibid: 84)); datamining om bij grote klantengroepen zoveel mogelijk individueel maatwerk te kunnen leveren (ibid: 86 – 89).

Er is veel literatuur die bevestigt dat raadpleging van cliënten voordeel voor zowel de cliënt als de dienstverlener oplevert (Borne, 1998; Crawford e.a., 2002; Hvas en Thesen, 2002; Kirk, Glendinning, 1998; Simpson en House, 2003; Le Var, 2002; Wilson, 2002; Wykurz, Kelly, 2002). De dienst kan beter worden afgestemd op de verwachtingen van de doelgroep met een grotere satisfactie van cliënten tot gevolg. Epke (2001) vond zelfs dat empowerment van cliënten met een chronisch psychiatrisch ziektebeeld de motivatie verhoogt voor het succesvol volgen van een behandeling. Vergroting van de participatie leidt met andere woorden tot een verhoogde kans op goede resultaten in de behandeling. Tattersall (2002) onderstreept dit door de patiënt als expert van zijn eigen ziekteproces te zien. Hij betoogt dat bij chronische zieken self-managementprogramma's krachtige instrumenten zijn om de service te bevorderen. Zij kunnen de klachten zelfs verminderen. Het gebruik van zogenaamde decision-aids⁴³ vergroot de participatie in het besluitvormingsproces en heeft een gunstige invloed op de uitwerking van medische beslissingen (Barry, 2002).

De cliënt als "leermeester" is een andere benadering van hun participatiemogelijkheden. Men kan stellen dat het een preventieve methode is omdat professionals in hun opleidingen van cliënten horen wat zij wel en niet willen of prettig en belangrijk vinden. Deze hulpverleners krijgen daardoor meer oog voor de wensen, voorkeuren en behoeften van cliënten (Wykurz, Kelly, 2002).⁴⁴

Voorlopige uitspraak 5

Participatiemogelijkheden van medewerkers en cliënten in het verbeteren van de dienstverlening leiden:

- bij medewerkers tot tevredenheid met de organisatie en het werk;
- bij cliënten tot tevredenheid met de organisatie en met de resultaten van de dienstverlening.

42 Luisterposten zijn vaak medewerkers die in direct contact met klanten staan en een speciale taak hebben klanten naar hun bevindingen te vragen. Een ander voorbeeld is het installeren van klantenpanels die periodiek op klantenkaarten hun ervaringen en ideeën noteren.

43 Dit zijn kaartjes waarop de besluitvormingsroute staat aangegeven. Zij laten cliënten zien wanneer hulpverleners belangrijke beslissingen nemen. Cliënten weten dan op welke momenten zij invloed kunnen uitoefenen.

44 Deze vormen van cliëntenparticipatie beperken zich tot het dienstverleningsproces, er is nauwelijks onderzoek te vinden over het effect van medezeggenschap van cliënten op beleidsniveau. In Nederland is er regelgeving die cliënten een formele positie als belangenbehartigerspartij geven (de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen is daarvan een voorbeeld) en er zijn wetten die hun positie versterken (WGBO, WKCZ). In zorgorganisaties zijn dat de cliëntenraden en regionaal nemen de Regionale Patiënten Platforms deel aan beleids- en strategisch overleg. Officieel hebben zij adviesbevoegdheid, maar de praktijk laat zien dat de invloed van cliëntenraden gering is (Visser, 1998). RPC's worstelen met onduidelijke doelstellingen, hun takenpakket, de moeizame relatie met hun achterban en een te geringe professionaliteit om als een gelijkwaardige partij te kunnen opereren (VWS, 1999).

Met de hoofdstukken twee tot en met vier zijn de consequenties beschreven die de Modernisering van de AWBZ en de andere stelselwijzigingen hebben voor de dienstverlening van zorgorganisaties. Ook is de rol die het HRM en service voor de kwaliteit van de dienstverlening kunnen hebben voor het voetlicht gebracht. De vraag of de Service Profit Chain op zorgorganisaties kan worden toegepast, door haar relaties te verifiëren, zoals geformuleerd in de voorlopige uitspraken, is het onderwerp van het volgende hoofdstuk.

5. Exploratie: methodologie, analyse en bevindingen

5.1. Inleiding

Volgens Swanborn (2003: 11 – 18) wenden sociaal wetenschappelijke onderzoekers case-study's aan om een groot scala sociale verschijnselen intensief te bestuderen. Dat kan onderzoek zijn naar het verloop van een staking of het in kaart brengen van fusies tussen bedrijven. Het exploratieve deel van dit onderzoek is in de eerste plaats bedoeld om te onderzoeken of de relaties die de Service Profit Chain beschrijft inderdaad voorkomen in zorgorganisaties. Daarvoor zijn er drie geselecteerd. Van die organisaties zijn allerlei documenten bestudeerd om het beleid over vraagsturing van zorg en vraaggerichte dienstverlening in kaart te kunnen brengen. Managers hebben dat beleid in interviews kunnen toelichten. Daarnaast gaven medewerkers en cliënten een oordeel over de interne en externe service kwaliteit van het bedrijf. Dit is gebeurd met vragenlijsten. Het andere doel van deze fase is om de ontwikkelde meetinstrumenten te onderzoeken op hun methodologische deugdelijkheid.

Als eerste worden de relevante methodologische onderwerpen van het onderzoek besproken. Daarna vindt de analyse plaats van de relaties tussen het beleid van organisaties, de tevredenheid van medewerkers met de kwaliteit van de interne service en de waardering van de cliënten voor de externe service kwaliteit. Het hoofdstuk eindigt met het antwoord op de vraag of het model kan worden toegepast op zorgorganisaties en welke verdere aanpassingen het behoeft om het aan een toetsing te kunnen onderwerpen.

5.2. Methodologie

Uit welke hoofdstappen is het onderzoek opgebouwd? Welke onderzoekseenheden zijn er gekozen? Hoe vond de selectie van de organisaties plaats? En welke methoden van onderzoek zijn er gebruikt? Dit zijn vragen die in deze paragraaf een plaats hebben gekregen. Maar ook is er een bespreking over de constructie van de vragenlijsten en de checklist die voor de documentenstudie zijn gebruikt. Ten slotte bespreekt deze paragraaf de aanpak waarmee de respondenten zijn geselecteerd.

5.2.1. Opzet van het promotieonderzoek in hoofdlijnen

Het gehele onderzoek bestaat uit twee fasen: een exploratieve en een toetsende fase (vgl. Chalmers, 1983; De Groot, 1971: 31, 38, 76 – 82; Popper, 1968: 215 – 252; Segers, 1989: 50 – 83; Swanborn, 1987: 68 – 97). In de eerste fase worden de essentiële relaties van de Service Profit Chain tegen het licht gehouden. Manifesteren zij zich in zorgorganisaties en is het mogelijk om de sterkte van de samenhang tussen het beleid, de interne en de externe service kwaliteit onder woorden te brengen? Hiervoor zijn checklists ontwikkeld en vragenlijsten voor medewerkers en cliënten geconstrueerd. Afgeleid uit de theorie en vergeleken met een groot aantal meetinstrumenten dat er al was op het gebied van medewerkerstevredenheid en waardering van cliënten voor de dienstverlening (zie bijlage). Deze stap volgt de route om via een model een probleemstelling te beantwoorden. Dit is het zogenaamde PTO-schema (probleem-theorie-onderzoek) (Popper, 1972; Ultee, 1974; Ultee, Arts, Flap 1996). Deze schrijvers breken nadrukkelijk een lans voor dit zogenaamde theorie-gestuurd empirisch onderzoek in de sociale wetenschappen. Deze methodologie wordt in dit proefschrift gevolgd. Segers' schema over de onderzoeksstructuur (1989: 44) maakt dit proces, dat van het model naar empirische beproeving leidt, zeer inzichtelijk. Elk beginpunt van onderzoek is een onderzoeksprobleem

dat aanleiding geeft tot de constructie of het gebruik van een conceptueel kader (model). Het model kan zijn opgebouwd uit diverse begrippen, zoals het geval is bij de Service Profit Chain. De te onderzoeken begrippen voorziet men in het onderzoeksontwerp van eenduidige omschrijvingen en operationalisaties. Met behulp van zorgvuldig ontwikkelde meetinstrumenten confronteert men de theorie met de empirie (ibid: 45). De exploratieve fase onderzoekt aan de hand van de voorlopige uitspraken uit het vierde hoofdstuk of de relaties waaruit de Service Profit Chain bestaat voorkomen. Deze uitspraken geven richting aan het onderzoek.

In de tweede en toetsende fase is het de bedoeling om hypothesen die zijn afgeleid uit het gemodificeerde model te toetsen. Maar daarover zal later in de hoofdstukken 6 en 7 uitvoerig worden ingegaan. Dit hoofdstuk bespreekt de exploratieve stap.

5.2.2. Selectie en voorlopige rangordening van de zorgorganisaties ⁴⁵

In het najaar van 2001 zijn er uit het Open Ankh verband organisaties benaderd om aan het exploratieve deel mee te werken. Omdat het onderzoek zich richt op de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en GGZ, was er uit elk van deze sectoren een organisatie nodig. De selectie vond plaats op basis van de bereidwilligheid om mee te doen. Na de selectie kregen de organisaties een voorlopige plaats in een rangorde wat betreft hun vorderingen op het punt van vraaggestuurde dienstverlening. De kerngedachte van de Service Profit Chain is immers dat er verschillen bestaan in het succes van organisaties op het punt van klantenwaardering als gevolg van hun vermogen de service op de condities van klanten te leveren. Dit gebeurde aan de hand van enkele richtlijnen die waren geformuleerd naar aanleiding van het model en de literatuur over vraagsturing (zie hoofdstuk 2 t/m 4):

1. de mate waarin de visie van de organisatie blijkt geeft van een serviceconcept dat in de gehele organisatie consequent wordt toegepast;
2. de mate waarin de organisatie een expliciet doelgroepenbeleid voert;
3. de mate waarin het leveringssysteem vraaggestuurd is ingericht; dat wil zeggen zodanig dat de vraag van de cliënt meer centraal staat dan het aanbod;
4. de mate waarin de organisatie het HRM afstemt op de voorwaarden die medewerkers nodig hebben om vraaggerichte diensten te verlenen.

Een organisatie uit de gehandicaptenzorg wilde in zijn geheel meedoen. Uit de GGZ en ouderenzorg participeerden twee redelijk autonome bedrijfsonderdelen die deel uitmaken van een overkoepelende organisatie.

De GGZ-organisatie was enkele jaren geleden geopend en volledig ontworpen om een afgestemde behandeling te geven van de klachten die voorkwamen in de specifiek gekozen doelgroepen. Het HRM bleek echter niet nadrukkelijk afgestemd op voorwaarden om vraaggericht te kunnen werken. Zij voldeed aan drie van de vier criteria.

De organisatie uit de gehandicaptenzorg had een uitdrukkelijke visie op service en de werkorganisatie was onlangs gewijzigd om beter aan de vragen van cliënten tegemoet te kunnen komen. Men voerde niet overal in het bedrijf een expliciet doelgroepenbeleid. Het HRM was volgens het management nog niet nadrukkelijk ingericht ter ondersteuning van vraaggerichte dienstverlening.

Het bedrijfsonderdeel van de ouderenzorg-organisatie was weliswaar net ruim een jaar op een nieuwe locatie operationeel, maar had toch gekozen voor een traditionele aanpak van dienstverlening: het EVV-systeem⁴⁶ en opereerde vooral vanuit het traditionele georganiseerde aanbod. Wel ontwikkelde zij steeds meer vormen van ambulante dienstverlening en had een sterk klantgericht beleid

⁴⁵ Er is gekozen de organisaties anoniem op te voeren en ze met afkortingen te typeren. De ouderenzorgorganisatie heet ozorg 1, de gehandicaptenzorgorganisatie gehzorg 1 en de organisatie uit de GGZ: ggzorg 1.

⁴⁶ Dit is het systeem waarbij een verpleegkundige als eerste de verantwoordelijkheid draagt voor een zeker aantal cliënten (Eerst Verpleegkundig Verantwoordelijke).

met betrekking tot de transactiemomenten. Het management stimuleerde medewerkers om klantgericht te zijn en probeerde dat concreet te ondersteunen. Men zei dat er geen expliciet HRM was ontwikkeld dat paste bij vormen van vraaggerichte dienstverlening. Met enige voorzichtigheid kunnen de organisaties worden ingedeeld naar de mate van vraagsturing van hun dienstverlening op mesoniveau. De GGZ-organisatie lijkt op voorhand het meest gevorderd, gevolgd door de organisatie uit de gehandicaptenzorg. De ouderenzorg-organisatie koos voor de traditionele organisatie van het aanbod en neemt op het eerste gezicht de laatste positie in.

5.2.3. Methoden van onderzoek: vragenlijstonderzoek en documentenstudie

Om de beleving van grote aantallen medewerkers en cliënten over de interne en externe service kwaliteit zichtbaar te maken waren vragenlijsten nodig. Er zijn allerlei meetinstrumenten in omloop die men in de loop der tijd hiervoor heeft geconstrueerd (voor een overzicht zie de bijlage van dit hoofdstuk). Geen van alle dekende echter voldoende de begrippen uit de Service Profit Chain. Veel van de vragenlijsten mankeerden methodologische fitnesses⁴⁷ of waren niet voldoende toegesneden op de doelgroep⁴⁸. Dit leidde tot het besluit zelf vragenlijsten te construeren.

In de Service Profit Chain zijn het servicebeleid en de strategie belangrijke factoren voor het realiseren van succesvolle dienstverlening. De documenten die deze organisatie-werkelijkheid representeren zijn met behulp van checklists bestudeerd. De bedoeling hierachter is het beleid over vraagsturing en vraaggerichte dienstverlening systematisch in kaart te kunnen brengen (Creswell, 2003; Silverman, 2000, 2001).

Hieronder staan de werkwijze van vragenlijstconstructie en de ontwikkeling van de checklists vermeld. Ook krijgen in deze paragraaf de begrippen hun operationalisering. Veel daarvan blijkt overigens uit de theoretische teksten van het tweede tot en met het vierde hoofdstuk. De begrippen uit die hoofdstukken zullen hier alleen als operationalisatie worden vermeld, omdat ze daar al uitvoerig vanuit de literatuur zijn beschreven. Als laatste onderwerpen worden de onderzoekseenheden, de selectie van de respondenten besproken, alsmede de voorbereidende activiteiten in de organisaties voor de dataverzameling.

5.2.4. Constructie (kwalitatieve en kwantitatieve) meetinstrumenten

5.2.4.1. Vragenlijsten voor de medewerkers en cliënten

De vragenlijsten zijn opgebouwd uit onderdelen. Er is een inhoudelijk gedeelte waarin items diverse constructen⁴⁹ operationaliseren die de beleving of opinie van de respondenten moeten meten. Daarvoor is gebruik gemaakt van de Likert schaaltechniek (Swanborn, 1982). De schalen voor medewerkers hebben waarden die van 1 (= helemaal mee oneens) tot en met 5 lopen (= helemaal mee eens). Dit is ook het geval bij de items voor de GGZ. Cliënten uit de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg kunnen kiezen uit 3 waarden (1= helemaal mee oneens, 2=neutraal, 3=helemaal mee eens). Dit is omdat anders het beantwoorden van de gestructureerde vragen een te grote belasting zou worden (zie ook verderop over het constructieproces). Het voordeel van de Likert-techniek is dat respondenten gelijk hun mening over een stimulus (item) kunnen uitdrukken. “Doordat de meting over veel stimuli herhaald wordt, waarbij steeds weer deze globale locatie gevraagd wordt, en de resultaten

47 Regelmatig wordt de Likertschaal als techniek gebruikt, zonder ermee rekening te houden dat de items dan (tamelijk extreem) positief of negatief moeten worden geformuleerd. De items moeten namelijk leiden tot een ‘monotone’ karakteristiek (Swanborn, 1982: 96 – 97, 103).

48 Vragenlijsten met academisch geformuleerde zinnen en zonder ondersteuning met pictogrammen voor mensen met een verstandelijke handicap zijn hiervan een voorbeeld (Douma e.a., 2001).

49 De termen constructen en schalen worden als synoniemen in dit proefschrift gebruikt.

worden gemiddeld, is de betrouwbaarheid van de procedure groot.” (Swanborn, 1982: 98). Een ander voordeel dat de Likert-schaaltechniek biedt, is de mogelijkheid om multivariate analysetechnieken te gebruiken (ibid: 107).

De medewerkers-enquête heeft een onderdeel waarin medewerkers wordt gevraagd een rapportcijfer te geven aan aspecten gelijkwaardig aan de constructen van het inhoudelijke deel (de waarden lopen van 1=zeer slecht tot en met 10=uitmuntend). Tenslotte is in de vragenlijsten een deel opgenomen dat gaat over de achtergrondvariabelen. Dit maakt differentiaties in de analyses mogelijk.

Interne- en externe service kwaliteit geoperationaliseerd

De eerste drie hoofdstukken introduceerden een groot aantal begrippen, dat de werkelijkheid van dienstverlenende organisaties omschreef. Vraagsturing van de dienstverlening vertoonde sterke gelijkenis met wat Heskett e.a. (1997) als de interne service kwaliteit definieerden en vraaggerichte dienstverlening kwam overeen met de omschrijving van de externe service kwaliteit. Dit zijn abstracte termen die meetbaar dienen te worden gemaakt. De Service Profit Chain doet dat (zie § 4.2.1. en 4.2.2). Naast deze operationalisaties, zijn er voor de toepassing van het model op de gezondheidszorg ook enkele toevoegingen nodig. Deze paragraaf beschrijft de operationalisaties van het model die voor het onderzoek in de AWBZ nodig waren⁵⁰.

Interne service kwaliteit

Interne service kwaliteit (oftewel vraagsturing van de dienstverlening) valt uiteen in twee systemen: het leveringssysteem en het systeem van activiteiten dat medewerkers aanstuurt, toerust en ondersteunt (het HR-systeem).

Het leveringssysteem regelt wie op welk moment welke dienstverlenende handeling uitvoert. Hierin zijn het werkproces en de inrichting van de diverse werksituaties opgenomen. De Service Profit Chain rekent uitdrukkelijk de volgende zaken tot het leveringssysteem: het doelgroepenbeleid, het systeem van werken (inclusief de samenwerking), de klantgerichtheid van het systeem (zowel intern- als externgericht) (vgl. Thomassen, 2000), de functie- en taakstructuur en de functieinhoud, de autonomie die medewerkers hebben, allerlei maatregelen ter ondersteuning (inclusief informatievoorziening- en uitwisseling).

Wat het model niet heeft opgenomen, maar niettemin in gezondheidszorgonderzoek als belangrijk naar voren komt, zijn maatregelen die de resultaten van de dienstverlening enigszins zichtbaar kunnen maken (Van Dijk e.a., 2002, Messchendorp e.a., 2002, 2004). De resultaten van het werk blijken samen te hangen met arbeidsvoldoening van medewerkers. Ook blijken de rolverwachtingen over de functies effect op de tevredenheid te hebben (Zwaga en Pieterse, 1983: 155 – 168). Dit wordt in deze studie beschouwd als een onderdeel van het jobdesign en wel om de volgende reden. Medewerkers vinden het belangrijk te weten tot waar hun verantwoordelijkheden precies gaan: wat zij wel en niet kunnen doen. In werkomgevingen waar meerdere disciplines een functie vervullen en grijze tussengebieden bestaan, is dit begrijpelijk (Zwaga en Pieterse, 1983). Tegelijk heeft het te maken met het opzoeken van de grenzen van de disciplinaire autonomie in de dienstverlening waaraan meerdere disciplines hun bijdrage leveren (vgl. de Jong en Landeweerd, 1992). Als dit in de werkor- ganisatie goed is geregeld zal het tot minder schermutselingen tussen diverse disciplines leiden, zekerheid bieden aan medewerkers en bijdragen aan een grotere arbeidsvoldoening.

Het HR-systeem bestaat in de Service Profit Chain uit: selectie, training, ontwikkelingsmogelijkheden, beloning en waardering en medewerkersparticipatie. Wat voor medewerkers in de gezond-

⁵⁰ Om herhalingen te voorkomen noem ik de begrippen die in de vorige drie hoofdstukken zijn beschreven en verantwoord in dit gedeelte alleen. Voor nadere informatie verwijs ik naar § 3.2.4.; § 4.2. en § 4.4. Nieuwe begrippen krijgen vanzelfsprekend een onderbouwing op deze plaats in de tekst.

heidszorg telt, maar evenmin tot het oorspronkelijke model behoorde, zijn de volgende zaken: de mate waarin medewerkers lichamelijk worden belast en de werkdruk, de sociale steun en de roostering. Lichamelijke belasting en werkdruk blijken van betekenis voor de arbeidsbeleving van medewerkers (Boelens en Ott, 2000; Bloemdaal e.a., 1999; De Jong, 1992; Messchendorp, 2002, 2004; Wersch e.a., 2000). Sociale steun van de leidinggevende en collega's vinden medewerkers blijkens onderzoek belangrijk voor hun welbevinden (Le Blanc, 1994; Van Dijk e.a., 2002). De manier waarop men de diensten van medewerkers inroostert is een ander voorbeeld (Kiers, 2000, Wersch e.a., 2000). Vanwege hun belang zijn ook deze aspecten als constructen in de vragenlijst opgenomen.

Eén van de organisaties die aan het exploratieve onderzoek meedeed verkeerde in een veranderingsproces, mede als gevolg van de Modernisering van de AWBZ. Daarom is er in die enquête voor medewerkers een construct opgenomen over het effect van veranderingen op de beleving van het werk. Met de gedachte dat het een belangrijke interveniërende invloed zou kunnen uitoefenen op de algehele waardering van medewerkers voor de interne service kwaliteit (zie Callewaerts, Gevers, 1997; De Caluwé, 1997, 1999; Ingersoll e.a., 2001; Van der Krogt en Vroom, 1995).

Guest (1997) adviseert uitkomstvariabelen te nemen die dicht tegen het HRM aan liggen. Andere onderzoekers noemen tevredenheid met het werk zelf als een belangrijke uitkomstvariabele (Appelbaum, 2000; Van Dijk e.a., 2002; Messchendorp e.a., 2003; Peccei, 2004). Dit heeft rechtstreeks verbinding met allerlei HR-activiteiten. Boselie (2001), Beer (1984), Van Dijk e.a. (2002), Guest (1997), Leijten (1992), Messchendorp e.a. (2003) laten het belang van commitment zien als effect van HRM. Het zijn redenen waarom tevredenheid met de organisatie (als maat voor commitment) en de tevredenheid met het werk (werksatisfactie) als HR-uitkomsten in het model zijn opgenomen. Beide uitkomstvariabelen komen als zodanig voor in de Service Profit Chain (Heskett e.a., 1997).

Het onderstaande schema toont de operationalisaties van de interne service kwaliteit. In de tweede kolom is de literatuur opgenomen waaruit voor de operationalisering primair is geput. Als er consultatieronden staat, wil dat zeggen dat de suggesties en ideeën die tijdens het totstandkomen van de vragenlijsten (zie leesbox 5.1.) werden gegeven, zijn overgenomen in de operationalisaties.

Tabel 5.1. Operationalisaties oordeel van medewerkers over de interne service kwaliteit

construct	bronnen	operationalisaties (zie ook: § 4.2.1.; 4.2.2.; 4.4.1; 4.4.2.)
leveringssysteem	Hardjono en Bakker, 2001 Heskett e.a., 1997 Normann, 1991 consultatieronden	doelgroepenbeleid - feitelijke dienstverlening die past bij groep cliënten - aanwezigheid van doelgroepenbeleid - verkeerd geplaatste cliënten
	Appelbaum e.a. 2000 Heskett e.a., 1997 Watson 1986 consultatieronden	inrichting werksysteem - beschrijving proces en werkmethode - beschrijving werksituatie in taken, verantwoordelijkheden etc - werkprocedures - samenwerking in het werkproces
	Heskett e.a., 1997 consultatieronden	informatievoorziening in het werkproces - rapportagesysteem - gebruiksvriendelijkheid rapportagesysteem - doelgerichtheid rapportagesysteem - beschikbaarheid noodzakelijke informatie
	Heskett e.a., 1997 Meurs, 1990 consultatieronden	afstemming - mondelinge en schriftelijke overdracht - overlegsysteem - coördinerend vermogen van werksysteem
	Hardjono en Bakker, 2001	klantgerichtheid intern en extern - leidinggevend spant zich in om middelen te organiseren

construct	bronnen	operationalisaties (zie ook: § 4.2.1.; 4.2.2.; 4.4.1; 4.4.2.)
	Heskett e.a., 1997 RVZ, 1998 Schneider e.a., 1998 VWS 1999, 2001	<ul style="list-style-type: none"> - ondersteunende diensten spannen zich in om middelen te regelen - cliëntgerichtheid belangrijk in organisatie - cliënten zijn tevreden over de cliëntgerichtheid - inbreng van cliënten is belangrijk in organisatie - vraaggerichte dienstverlening is belangrijk beleidsdoel
	Hardjono en Bakker, 2001 Heskett e.a., 1997 Normann, 1991 Schneider e.a., 1998 consultatieronden	<ul style="list-style-type: none"> ondersteuning met middelen - voorwaarden om kindgericht te kunnen werken - goede voorwaarden laten lang op zich wachten in deze organisatie - goede werkplek - moeilijk om extra financiële middelen vrij te krijgen om cliënten van dienst te zijn
	Biessen, 1992 Van Dijk e.a., 2002 Heskett e.a., 1997 Messchendorp e.a., 2002, 2004 Zwaga en Pieterse, 1983	<ul style="list-style-type: none"> inhoud van de functie + rolverwachtingen - veel vaardigheden in de functie kwijt kunnen - duidelijke en passende omschrijving functie - afwisselend takenpakket - feedback over uitvoering taken is normaal - mijn werk levert een wezenlijke bijdrage - zinvol werk - het werk van functie levert voldoening op - zichtbaarheid van de werkbijdrage - duidelijkheid verwachtingen - aanwezigheid tegenstrijdige rolverwachtingen
	Appelbaum e.a., 2000 Biessen, 1992 De Jonge, Landeweerd, 1992 De Jonge, 1995 Goodale e.a. 1997 Heskett e.a., 1997 Legge, 2005 Pfeffer, 1998	<ul style="list-style-type: none"> autonomie in het werk - mogelijkheid zelf werkstijl te kiezen - eigen werkdoelen bepalen - vrijheid volgorde van werkzaamheden - mogelijkheid tot beoordelen kwaliteit eigen werk - bepaling werklast - mate van controle leidinggevende - werktijden - tevredenheid zelfstandigheid - regelmogelijkheden
	Van Dijk e.a., 2002 Heskett e.a., 1997 Messchendorp e.a., 2002, 2004 consultatieronden	<ul style="list-style-type: none"> zichtbaarheid van de resultaten van het werk - resultaten zijn duidelijk zichtbaar - feedback van cliënten over eigen dienstverlening - resultaten en werkplezier
HR-activiteiten/ maatregelen/ zaken	Biessen, 1992 Van Dijk e.a., 2002 Heskett e.a., 1997 De Jonge, Landeweerd, 1992 De Jonge e.a. 1998 Lankhaar, 2001 Messchendorp e.a., 2002, 2004	<ul style="list-style-type: none"> mate van lichamelijke belasting en werkdruk(regulering) - lichamelijke werkhouding die het werk vereist - tillen en bukken - aanslag op lichamelijke conditie - werktempo - werkverstoringen - kwaliteit en drukte - piekbelasting - emotionele belasting - mate van verantwoordelijkheid van medewerker
	Heskett e.a., 1997 Pfeffer, 1998 consultatieronden	<ul style="list-style-type: none"> selectie - belang opleiding en attitude - competenties die passen bij manier van werken - medewerkers die passen bij doelgroep - snelheid waarmee vacatures adequaat worden ingevuld
	Appelbaum e.a. 2000 Van Dijk e.a., 2002 Heskett e.a., 1997 Johnson, 1996 Messchendorp e.a.,	<ul style="list-style-type: none"> training - aanwezigheid functiegerichte trainingen - aandacht werkgever voor bij- en nascholing - aandacht voor attitude bij trainingen - noodzaak van voortdurende training ivm kwaliteit werk

construct	bronnen	operationalisaties (zie ook: § 4.2.1.; 4.2.2.; 4.4.1; 4.4.2.)
	2002, 2004	- bij- en nascholing gekoppeld aan de manier van werken
	Boomsma, 2001 Van Dijk e.a., 2002 Heskett e.a., 1997 Messchendorp e.a., 2002, 2004	ontwikkelingsgerichte activiteiten - aanwezigheid loopbaanbeleid - goede vooruitzichten op doorgroeimogelijkheden - kansen voor ontplooiing
	Le Blanc, 1994 Van Dijk e.a., 2002 Heskett e.a., 1997 Messchendorp e.a., 2002, 2004	sociale steun (leidinggevende en collega's) - rekenen op collega's en leidinggevende - concrete steun leidinggevende - steunend klimaat werkeenheden - werk vereist steun collega's en leidinggevende - bereidwilligheid collega's dienst over te nemen - met problemen terecht bij leidinggevende
	Appelbaum e.a. 2000 Van Dijk e.a., 2002 Heskett e.a., 1997 Messchendorp e.a., 2002, 2004	beloning + waardering (leidinggevende en collega's) - rechtvaardige financiële beloning (in vergelijking met soortgelijke functies en het feitelijke werk) - feitelijke waardering collega's en leidinggevende - waardering en werkplezier
	Van Dijk e.a., 2002 Kiers, 2000 Messchendorp e.a., 2002, 2004 Wersch e.a., 2000 consultatieronden	roostering - tijdige informatie inroostering - kwaliteit van inroostering (in relatie tot zwaarte werk, persoonlijke voorkeuren) - rechtvaardigheid van inroostering - rekeninghouden met roosterwensen - hersteltijd
	Appelbaum e.a., 2000 Heskett e.a., 1997 Legge, 2005 Pfeffer, 1998 consultatieronden	participatiemogelijkheden op niveau werkeenheden - mate van inspraak - houding van leidinggevende m.b.t. ideeën en suggesties - gewoonte om over beleidskwesties mee te denken
uitkomst-variabelen	Appelbaum e.a., 2000 Beer e.a., 1984 Boomsma, 2001 Boselie, 2001 Van Dijk e.a., 2002 Heskett e.a., 1997 Messchendorp e.a., 2002, 2004 Peccei, 2004	tevredenheid met werk - leuk werk - mate van arbeidsplezier - werk geeft energie - niet zonder het werk kunnen
	Van Dijk e.a., 2002 Heskett e.a., 1997 Messchendorp e.a., 2002, 2004 Purcell, 2004	tevredenheid met de organisatie (als maat voor commitment) - fijn om voor organisatie te werken - maken van goede 'reclame' voor de organisatie - voel mij als een vis in het water in deze organisatie - tevreden over organisatie
invloed van werkcontext	Callewaerts, Gevers, 1997 De Caluwé, 1997, 1999 Ingersoll e.a., 2001 consultatieronden	organisatieveranderingen - veranderingen in relatie tot werkplezier - tevredenheid over het omgaan met medewerkers tijdens de veranderingen - mate van inspraak m.b.t. veranderingen
achtergrondvariabelen		functie
		aantal jaren werkzaam bij deze werkgever
		aantal jaren werkzaam in deze functie
		aantal jaren werkzaam in de deelsector
		aantal jaren werkzaam in de gezondheidszorg
		leeftijd respondent
		seks respondent
		hoogst afgemaakte opleiding
		afdeling (organisatie-onderdeel) waar respondent werkt

construct	bronnen	operationalisaties (zie ook: § 4.2.1.; 4.2.2.; 4.4.1; 4.4.2.)
		soort arbeidscontract
		omvang arbeidscontract

In de bijlagen van dit hoofdstuk zijn de codeboeken opgenomen waar per construct de feitelijke items staan vermeld zoals geformuleerd in de vragenlijst.

Externe service kwaliteit

Vraaggerichte dienstverlening komt tot uiting in de constructen die de externe service kwaliteit operationaliseren. De elementen van de klantenwaardevergelijking van Heskett e.a. (1997: 54) en de SERVQUAL (Parasuraman e.a., 1988) zijn daarvoor gebruikt (zie §2.5.1; § 3.2.4; 4.2.2).

Volgens de RVZ (1998) draait het tijdens het transactiemoment om de precieze afstemming tussen de activiteiten van de hulpverlener en de vragen en behoeften van de cliënt. Elk van de partijen heeft daarbij zijn eigen inbreng. Daarom is het construct ‘empathy’ zorg-op-maat⁵¹ genoemd en geoperationaliseerd door de volgende omschrijvingen: de ondersteuning van de hulpverlening om activiteiten te ontplooiën die cliënten belangrijk vinden en het geven van uitleg als dat onverhoeds niet kan. De ruimte die cliënten ervaren op het punt van keuzevrijheid, onderhandelingsmogelijkheden en beslissingsbevoegdheid behoren er ook toe.

Privacy is aan de lijst van constructen toegevoegd, omdat het een belangrijk aspect is voor AWBZ-clieënten. Zij zijn immers afhankelijk van diensten die met persoonlijke zaken en wonen te maken hebben (Kersten e.a., 2002; ook andere vragenlijsten die in de gezondheidszorg zijn gebruikt, hebben dit construct opgenomen). Het gaat erom hoe het personeel met persoonlijke eigenschappen omgaat, leefruimten respecteert en of zij bij belangrijke zaken cliënten toestemming vragen anderen te mogen informeren.

Het is voor de meeste cliënten onmogelijk een relatie te leggen met de prijs van de diensten en de kwaliteit. Het ontbreekt hen hierover aan feitelijke kennis. In het gunstigste geval weet men alleen de hoogte van de eigen bijdrage of van de AWBZ-premie die van het eigen inkomen wordt ingehouden. Dat is de reden om te spreken over de intuïtief ervaren prijs-kwaliteit verhouding. Dit is geoperationaliseerd met de items: a) of ‘men waar voor zijn geld krijgt’ en b) hoeveel ‘sterren’ de organisatie verdient waarvan zij de diensten ontvangen.⁵²

Heskett e.a. (1997) breken een lans voor intensieve participatie van klanten in de totstandkoming van de dienstverlening. Het is vooral Amerikaanse literatuur die het nut van cliëntenparticipatie onderstreept (zie § 4.4.5): dit aspect is om deze reden als apart construct in de vragenlijst verwerkt. Het gaat over de mate waarin personeel de inbreng van cliënten toelaat en honoreert.

Heskett e.a. (1997) benoemen ‘resultaten’ als een belangrijke uitkomst van het dienstverleningsproces. Zij stellen bovendien dat klanten uiteindelijk hierin zijn geïnteresseerd, weliswaar een onderdeel van de externe service kwaliteit, is het tegelijk een resultante ervan. In het onderzoek is het om deze reden een uitkomst-variabele en wordt beschouwd als de ‘enge’ operationalisatie van vraaggerichte dienstverlening. Vraaggerichte dienstverlening kan ook in de brede zin worden geoperationaliseerd en wel als de gemiddelde waarde van: de resultaten, de kwaliteit van de dienstverlening, participatie en de waardering voor de organisatie. Zo ontstaat een vollediger afspiegeling van de externe service kwaliteit als vraaggerichte dienstverlening. Bij de berekeningen over de satisfactiemirror zal deze maat worden gebruikt.

Heskett e.a. (1997) stellen dat dienstverleners die een hoge waardering van klanten krijgen succesvoller zijn doordat zij klanten weten te binden die telkens weer met hen zaken willen doen (Heskett

⁵¹ Zorg-op-maat is een veel gebezigde term in de gezondheidszorg en slaat op de afstemming tussen vraag en aanbod op de diverse sociale niveaus.

⁵² Dit naar analogie van het sterrenstelsel van Michelin voor restaurants.

e.a., 1997: 54, 93 – 111). Hiermee maken zij de waardering voor de organisatie ook tot een belangrijke uitkomstvariabele. Dit onderzoek neemt dat standpunt over (zie ook Herzlinger, 1997, 2004).

Er is veel literatuur die op de een of andere manier cliëntensatisfactie operationaliseert. Hall en Dornan (1988) kwamen op basis van een literatuurstudie tot de volgende opsomming: algemene tevredenheid, toegankelijkheid van de zorg, de kwaliteit, de bejegening en vaardigheid van het personeel, informatievoorziening, de mate van bureaucratie, de gebouwde en fysieke omgeving, de continuïteit van de zorg en de resultaten. Deze begrippen zullen worden gebruikt als operationalisaties van de externe service kwaliteit (zij het dat ze onder de systematiek van de Service Profit Chain worden gebracht).

Bij het valideren van een veel gebruikt cliëntensatisfactie-instrument ontdekte Dufrene (2001) dat de volgende aspecten er volgens cliënten toe deden: verpleegkundige zorg (van informatieverschaffing tot accuratesse), behandeling en ontslag (van onderzoek tot interventies, van communicatieve vaardigheden tot adequate instructies voor na de opname), kwaliteit van maaltijden en de properheid. Carmaco en Lledo (2001) constateerden dat ondermeer relationele zaken in de zorg mediërende variabelen zijn, naast de communicatie, de soort behandelaar, de naam die het ziekenhuis heeft en de ernst van de aandoening. De opinie van cliënten over de dienstverlening is blijkbaar ook hiervan afhankelijk. In de landelijke benchmarkonderzoeken van de ouderenzorg (Arcares, 2002b, 66, 71) vroeg men de mening van cliënten over de onderwerpen: opname en introductie; aanvang dagbehandeling of verzorging, vervoer, accommodatie, maaltijden, activiteiten, zorg, paramedische hulpverlening, familie, contacten en afstemming. Aspecten die door ouderen belangrijk worden gevonden (vgl. Lankhaar, 2001). De aspecten die hier zijn genoemd worden gebruikt om de begrippen van de externe service kwaliteit adequaat te kunnen operationaliseren.

Het onderstaande schema toont de operationalisaties van de externe service kwaliteit. In de tweede kolom is de literatuur opgenomen waaruit voor de operationalisering primair is geput. Als er consultatieronden staat, wil dat zeggen dat de suggesties en ideeën die tijdens het constructieproces (zie leesbox 4.1.) werden gegeven, zijn overgenomen in de operationalisaties.

Tabel 5.2. Operationalisaties oordeel van cliënten over externe service kwaliteit

construct	bronnen	operationalisatie (zie ook § 3.2.4; 4.2.2; 4.4.3. t/m 4.4.5.)
toegankelijkheid van de dienstverlening	Heskett e.a., 1997 Prismant, 2000, 2001	- wachttijd (kort, gemiddeld, lang) - effect van wachttijd (beleving: men vond het niet erg, neutraal, wel erg)
	consultatieronden	- aantal en complexiteit aanmeldingsformulieren
resultaten van de dienstverlening	GGZ vragenlijst Heskett e.a., 1997 Lankhaar, 2001 OOB Parasuraman e.a., 1985, 1988 Thermometer	vragen over verbetering van het leven, van kunnen wonen, omgaan vrijetijd, sociale contacten, arbeid, leren, etc - leren zinnige/leuke activiteiten te ontplooiën - leren normale dagelijkse bezigheden uit te voeren - zelfstandigheid - onderhouden van sociale contacten, familie, etc. - kwaliteit van de feitelijke dienstverlening als resultaat - vermindering van klachten - aansluiting dienstverlening bij verwachtingen - grip herkrijgen op het leven - verkrijgen van plezier in het leven (activiteiten e.d.)

construct	bronnen	operationalisatie (zie ook § 3.2.4; 4.2.2; 4.4.3. t/m 4.4.5.)
kwaliteit van de dienstverlening (volgens SERVQUAL ⁵³)	Arcares, 2002 Carmaco, Lledo, 2001 Dufrene, 2001 Grewal, 2000 GGZ vragenlijst Heskett e.a., 1997 IDQOL-vragenlijst	bereidwilligheid van het personeel om service te verlenen (responsiveness) <ul style="list-style-type: none"> - actief luisteren personeel naar inbreng, ongenoegen e.d. van cliënt - rekeninghouden personeel met persoonlijke voorkeuren (ook als men iets niet wil) - overleg over wensen - betrekken van familie e.a. bij behandeling, ondersteuning e.d. - keuze behandelaar - oordeel over inspanningen hulpverleners
	MKB-vragenlijst Lankhaar, 2001 OOB-vragenlijst Parasuraman e.a., 1985, 1988 Parasuraman, Berry, 1990 Parasuraman,	bejegening en vertrouwen dat het personeel bij cliënten wekt (assurance) <ul style="list-style-type: none"> - vriendelijkheid personeel - op gemak stellen cliënt door personeel - de mate waarin personeel begrip voor cliënten toont - mate waarin personeel sociale aandacht aan cliënten besteedt - eerlijkheid advies - ongestoorde (behandel)gesprekken - personeel geeft gevoel dat mening cliënt meetelt
	Sewell, Brown, 1990 Thermometer Thomassen, 2000	betrouwbaarheid van het personeel (reliability) <ul style="list-style-type: none"> - personeel doet wat het zegt/belooft - personeel staat open voor klachten cliënt - personeel geeft fouten toe en probeert te verbeteren
	Zeithaml,	merkbare dingen van de dienstverlening (tangibles) <ul style="list-style-type: none"> - mondelinge en schriftelijke informatievoorziening - begrijpelijkheid behandel/ondersteuning/verzorgingsplan - personeel vraagt naar instemming plan (informed consent) - aanwezigheid van voldoende personeel - properheid - kwaliteit/veiligheid woon/verblijfsomgeving - aankleding woon/verblijfsomgeving - bereikbaarheid/beschikbaarheid belangrijke gebruiksvoorwerpen woon/verblijf omgeving - kwaliteit maaltijden
		zorg-op-maat (empathy) <ul style="list-style-type: none"> - mogelijkheid (ondersteuning bij) activiteiten werkelijk te doen die cliënt wil - mogelijkheid van alternatieven als iets niet kan - onderhandelingsmogelijkheden cliënt - ondersteuning personeel van zelfstandigheid cliënt (arbeid, wonen, vrije tijd, activiteiten van instelling) - verkrijgen van adequaat salaris bij werk - mogelijkheid inrichten woon/verblijfsruimte - ondersteuning onderhouden sociaal netwerk - accuratesse/snelheid regelen therapie/activiteit - de mate waarin cliënt zelf zaken kan bepalen (dagindeling, bezoek, etc)
		privacy <ul style="list-style-type: none"> - manier waarop personeel met persoonlijke eigendommen omgaat - kloppen/bellen personeel als aankondiging van hun bezoek - mogelijkheid cliënt om zich (even) terug te kunnen trekken - personeel vraagt toestemming om met derden over cliënt te praten (wanneer het over belangrijke zaken gaat)
intuïtief ervaren verhouding tussen prijs en kwaliteit	Heskett e.a., 1997 consultatieronden	- de eigen bijdrage (indien dit van toepassing is) is het waard
waardering organisatie		- waardering volgens het sterrenprincipe van Michelin
		- Waardering voor de dienstverlenende organisatie zelf
participatiemogelijk-	Heskett e.a., 1997	de mogelijkheid om actief deel te nemen aan het dienstverleningsproces.

53 De dimensies van de SERVQUAL zijn in de analyse ook als constructen gebruikt.

construct	bronnen	operationalisatie (zie ook § 3.2.4; 4.2.2; 4.4.3. t/m 4.4.5.)
heden	Parasuraman e.a., 1985, 1988 Lankhaar, 2001 Thermometer GGZ vragenlijst OOB	<ul style="list-style-type: none"> - instemmingsrecht - mogelijkheid van inspraak - mening cliënt telt - honorering wensen cliënt - onderhandelingsruimte dat personeel cliënt geeft - mate waarin cliënt zelf dingen kan bepalen
vraaggerichte dienstverlening breed (uitkomst variabele) (in hypothese 4 'gemiddelde dienstverlening' genoemd)	Hall, Dornan, 1988	de gemiddelde waarde van: de resultaten, de kwaliteit van de dienstverlening, participatie en de waardering voor de organisatie.
vraaggerichte dienstverlening smal: resultaat van de dienstverlening (ook als uitkomst variabele)		de score van de 'resultaten van de dienstverlening'
achtergrondvariabelen		leeftijd
		sexe
		soort behandeling
		duur van de behandeling, ondersteuning, begeleiding of zorg
		omvang van het sociale netwerk
		soorten contacten in het sociale netwerk

In de bijlagen van dit hoofdstuk zijn de codeboeken opgenomen waar per construct de feitelijke items staan vermeld zoals geformuleerd in de vragenlijst.

De literatuur over vragenlijstconstructie voor mensen met verminderde vermogens adviseert door de bank genomen de vragen eenvoudig te formuleren, eventueel pictogrammen te gebruiken, de vragenlijsten niet te lang te maken en van ondersteunende maatregelen gebruik te maken (Barnes e.a., 1997; Douma e.a., 2001; Flikweert e.a., 1999; Ter Haar, 1994; Kersten, 1999; Stalker, 1998). Deze adviezen zijn opgevolgd (zie leesbox 5.1.). Het uitgangspunt van de cliëntenraadpleging in dit onderzoek is dat cliënten met beperkingen "betrouwbare informanten" kunnen zijn met betrekking tot onderwerpen die hen aangaan (zie onder andere Boone en Van Hove, 1997; Booth en Booth, 1994; Goodley, 1996; Van Hove, 1999).

Proces van constructie van de medewerkers en cliënten-enquêtes

In het proces van vragenlijstconstructie speelt de inhoudsvaliditeit een grote rol bij de vraag of "het meetinstrument het bedoelde begrip in zijn verschillende aspecten goed weerspiegelt, terwijl anderzijds geen overbodige of irrelevante zaken worden gemeten" (Swanborn, 1987: 189). Dit moest op een zorgvuldige manier zijn beslag krijgen. Daarom zijn van meet af aan medewerkers, cliënten, deskundigen, hulpverleners, ouders en andere naastbetrokkenen in de constructie van de vragenlijsten betrokken.

De box hieronder geeft informatie over het waarborgen van een zo goed mogelijke inhoudsvaliditeit. En passant werd door de consultatieronden onder de genoemde groepen ook de layout een punt van aandacht voor de kwaliteit van de vragenlijsten.

Leesbox 5.1. Procedure voor de vragenlijstconstructie

Medewerkers	Clënten
Literatuurstudie (zie ondermeer hoofdstuk 2, 3 en 5) leidde tot de beslissing voor iedere deelsector een aparte enquête te construeren.	Literatuurstudie (zie ondermeer hoofdstuk 2, 3 en 5) leidde tot de beslissing voor iedere deelsector een aparte enquête te construeren.
Om tot een voorlopige vaststelling van de vragenlijsten te komen en de inhoudsvaliditeit te optimaliseren (Swanborn, 1987: 189) zijn medewerkers, managers, deskundigen en leken bij het construeren betrokken. De procedure bestond uit twee stappen.	Om tot een voorlopige vaststelling van de vragenlijsten te komen en de inhoudsvaliditeit te optimaliseren (Swanborn, 1987: 189) zijn cliënten, verwanten, deskundigen, hulpverleners en leken bij het construeren betrokken. De procedure bestond uit vier stappen.
<p>Stap 1</p> <p>De constructie van de vragenlijsten is – zoals gezegd – veranderd in de Service Profit Chain en mede met behulp van belangrijke vragenlijsten voor het meten van arbeidsbeleving van medewerkers. De conceptlijsten waren opzettelijk te lang gemaakt en telden ruim 300 items. Dit had als voordeel dat er op aanwijzing van de beoordelaars (uit de volgende stap) items verwijderd konden worden zonder dat er te weinig items voor de constructen over zouden blijven (Swanborn, 1982: 106).</p>	<p>Stap 1</p> <p>De constructie van de vragenlijsten is – zoals gezegd – veranderd in de Service Profit Chain. Mede met behulp van belangrijke vragenlijsten die (in Nederland) in de gezondheidszorg in omloop zijn om de waardering van cliënten over de dienstverlening te meten. De conceptlijsten waren opzettelijk te lang gemaakt en telden 198 items. Dit had als voordeel dat er op aanwijzing van de beoordelaars (uit stap 2, 3 en 4) items verwijderd konden worden zonder dat er te weinig items voor de constructen over zouden blijven (Swanborn, 1982: 106).</p>
<p>Stap 2</p> <p>De vragenlijsten zijn ter beoordeling voorgelegd aan deskundigen die ruime ervaring hadden met dit type onderzoek qua methodologie en inhoud. Men gaf als commentaar dat de lijsten te lang waren.</p> <p>Medewerkers die de lijsten konden beoordelen gaven dat ook terug. Zij gaven een positief oordeel over de constructen en hoe die met de items waren verwoord.</p> <p>Ook de leken vonden de lijsten te omvangrijk wat betreft het aantal items. Er werd besloten de meeste items die als minder duidelijk waren aangegeven te verwijderen.</p> <p>Alle beoordelaars vonden de vormgeving prettig ogen.</p>	<p>Stap 2</p> <p>De vragenlijsten zijn ter beoordeling voorgelegd aan een panel van personen uit diverse cliëntenraden. Ook leken werd om een oordeel gevraagd vanwege hun onbevangen blik.</p> <p>Er kwam vooral commentaar op de lengte en de formuleringen van de items. Men vond dat sommige vragen eenvoudiger gesteld moesten worden. Ook had men in de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg bezwaar tegen de 5 puntschaal. Deze zou te ingewikkeld zijn voor deze doelgroepen. Er werd besloten bij deze vragenlijsten de antwoordmogelijkheden terug te brengen tot drie.</p> <p>Vanuit de ouderenzorg gaf men het advies voor somatische en psycho-geriatrische cliënten aparte enquêtes te ontwikkelen</p>
	<p>Stap 3</p> <p>Ook een aantal deskundigen dat ervaring had met het ontwikkelen en afnemen van vragenlijsten bij de diverse doelgroepen is om hun oordeel gevraagd over de conceptlijsten. Met het verzoek vooral te kijken naar de inhoud, de vormgeving en de lengte van de vragenlijst.</p> <p>Het commentaar luidde dat de vragenlijsten nog korter moesten en dat hier en daar een eenvoudigere formulering beter zou aansluiten bij de doelgroepen.</p> <p>Er werd besloten een handleiding met instructies te schrijven voor degenen die cliënten zouden gaan ondersteunen bij de beantwoording van de vragenlijsten.</p> <p>De vragenlijsten voor de gehandicaptenzorg en voor de p.g.-cliënten in de ouderenzorg kregen ter verduidelijking pictogrammen⁵⁴.</p>
	<p>Stap 4</p> <p>Als laatste check werden in etappes de vragenlijsten voorge-</p>

⁵⁴ Voor de vragenlijst voor de gehandicaptenzorg konden we gebruik maken van de Vijfhoek-pictogrammen. Dit is het meest bekende pictogrammen-systeem in die sector.

Medewerkers	Cliënten
	<p>legd aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hulpverleners uit de drie sectoren (n=9); - ouders van gehandicapte personen (n=7); - cliënten (n=15). <p>Zij konden de lijsten beoordelen aan de hand van de volgende vragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bevatten de vragen alle relevante aspecten van de dienstverlening; - waren ze begrijpelijk voor de cliënten uit de diverse sectoren; - sloegen de pictogrammen aan en boden ze de veronderstelde ondersteuning; - waren de handleidingen voor de ondersteuning duidelijk en gebruiksvriendelijk geschreven? <p>De laatste bijstellingen betroffen kleine aanpassingen in de tekst; de kopjes waarmee de constructen waren aangegeven werden verwijderd. Bij de lijsten voor de ouderenzorg en gehandicaptenzorg werd het lettertype van de vragenlijst aanzienlijk vergroot.</p> <p>In de keuze voor een bepaalde vormgeving kozen cliënten uit de GGZ een weergave in kolommen in plaats van voor iedere vraag van de gehele breedte van de bladspiegel gebruik te maken. Cliënten in de ouderenzorg gaven aan kaders om de vragen het prettigste te vinden.</p>
<p>Resultaat</p> <p>De vragenlijsten bestaan uit</p> <ul style="list-style-type: none"> - 26 constructen - 226 items 	<p>Resultaat</p> <p>De vragenlijsten bestaan uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8 constructen - tussen de 44 en 48 items (varieert per sector)

Nadat de eerste meting met de instrumenten heeft plaatsgevonden, zal de interne consistentie van de constructen worden geanalyseerd. Door de items te verwijderen die niet goed bij het betreffende construct passen kunnen de vragenlijst a) nog meer voor de specifieke doelgroepen op maat worden gemaakt en b) worden ingekort.

Op het niveau van de items zijn er verschillen in formulering per deelsector zowel bij de medewerkers als de cliënten. Doordat zij tot dezelfde constructen leiden, blijven per groep de vragenlijsten echter op dát niveau vergelijkbaar (Swanborn, 1982, 1987).

5.2.4.2. Checklists voor de documentenstudie

Voor het uitvoeren van het kwalitatieve deel van het onderzoek vormen de checklists het instrument om documenten gericht en systematisch te bestuderen en de informatie te ordenen (Creswell 2003; Maso, Smaling, 1998). Dit in navolging van Humphrey, Ehrich en Kelly (2002) die een groot aantal beleidsdocumenten bestudeerden om er ondermeer achter te komen welke relatie er tussen de bedrijfsstrategie en het HRM bestond in National Health Services organisaties. In de leesboxen 4.2. en 4.3. zijn bij de checklists de topics vermeld die uit de theorie zijn voort gekomen. Bovendien zijn er bij iedere topic vragen geformuleerd om een duidelijk beeld te krijgen over het beleid van de organisatie. Er is een checklist voor zowel de interne- als de externe service kwaliteit.

Elke organisatie had een contactpersoon die aan de hand van een voorbeeldlijst een selectie maakte uit de hoeveelheid beleidsstukken en verslagen. Er werden allerlei documenten voor de documentenanalyse gegeven, zoals:

- jaarverslagen; sociale jaarverslagen; kwaliteitsjaarverslagen;
- mission statement; doelstellingen;

- beleidslijnen;
- (ook) kengetallen;
- (strategische) beleidsnotities en gewone notities
- procedurebeschrijvingen en protocollen
- zorgprogramma's en methodiekbeschrijvingen;
- behandelbeleidsnotities;
- overigen.

Leesbox 5.2. Topics voor documenten van de interne service kwaliteit

Afgeleid uit het model de Service Care Chain beslaan de checklists voor de interne service kwaliteit de volgende topics:

- visie/ beleid over service / doelgroepenbeleid/vraaggerichtheid/ klantgerichtheid/ cliëntenparticipatie;
- HRM-beleid: algemeen, service gerichtheid, opleidingsbeleid, loopbaanbeleid, roostersystematiek; inzet personeel naar plaats, tijd en duur; functie en taakstructuur (inrichting van de werkorganisatie);
- kwaliteitsbeleid in relatie tot de zorg;
- beleid interne klanten;
- beleid: zorgprogramma's methodiekbeschrijvingen, behandelnotities;
- informatiesystemen: dossiervorming, overleg (bewaren en voortbrengen);
- beleid over medewerkerstevredenheid;
- ondersteuning cliënten(raden).

Bij ieder onderwerp werden tijdens de analyse 'aan het materiaal de volgende vragen gesteld':

- is er over geschreven? ja; nee;
- zo ja: wat is de strekking van dit beleid?
- in welk stadium verkeert het beleid in kwestie?
 - voorbereidend;
 - testfase;
 - implementatie fase;
 - normale doorloofphase;
 - bijstelfase;
- er is in het geheel geen idee over;
- niet te traceren in de stukken.
- is het vanuit een overkoepelende servicefilosofie beschreven? Of hangt het daarmee samen?
- zo ja; omschrijf deze servicefilosofie en de relatie;
- is het beleid samenhangend met andere kernbeleidsonderdelen van de organisatie (personeel, financiën, facilitaire/ ondersteunende diensten);
- is dit beleid consistent (in de zin dat er telkens hetzelfde over gezegd wordt);
- zo ja, op welke manier wordt dit onder woorden gebracht;
- wordt het beleid consequent door geheel de organisatie verspreid?
- zo ja, op welke manier;
- hebben hulpverleners geparticipeerd in het beleidsvoorbereidende proces? Op welke manier;
- hebben cliënten geparticipeerd in het beleidsvoorbereidende proces? Op welke manier?

Voor de externe service kwaliteit werden om het beleid te achterhalen ook checklists geconstrueerd. De topics zijn in de volgende leesbox opgenomen.

Leesbox 5.3. Topics voor documenten van de externe service kwaliteit

- voorlichtingsbeleid cliënten;
- kwaliteitsbeleid servicediensten/ klantgerichtheid cliënten;
- beleid klachtenprocedure/ commissie;
- wachtlijstenbeleid;
- beleid cliëntentevredenheidsonderzoek;
- beleid cliëntenparticipatie.

Bij ieder onderwerp werden dezelfde 'vragen aan het materiaal gesteld' om het beleid over de externe service kwaliteit te achterhalen (zie vorige leesbox).

Op het moment dat de documentenstudie voor deze twee beleidsterreinen nog vragen overliet, is er met managers van organisaties een vraaggesprek gehouden (Silverman, 2001). Het onderstaande overzicht toont met wie het vraaggesprek is gehouden.

Tabel 5.3. Overzicht respondenten t.b.v. interview⁵⁵

Nr.	Organisatie	Interview met
	Ouderenzorgorganisatie 1	Manager zorg Hoofd personeel en organisatie
	Gehandicaptenzorgorganisatie 1	Divisiemanager Beleidsmedewerker Manager personeel & organisatie
	GGZ-organisatie 1	Manager zorg Personeelsmanager

5.2.5. Onderzoekseenheden en selectie van de respondenten

Voor het kwantitatieve gedeelte vormen de medewerkers en de cliënten de onderzoekseenheden. Gezien de formulering van de voorlopige uitspraken een, twee, vier en vijf ging het primair om hun waardering van de interne of externe service kwaliteit en de mate waarin zij konden participeren in de totstandkoming of verbetering van de dienstverlening.

Het behalen van een zo hoog mogelijke respons was een belangrijk doel. Daarom kregen alle medewerkers en cliënten een vragenlijst toegezonden. Er was met andere woorden sprake van een populatieonderzoek in plaats van een steekproeftrekking (Swanborn, 1987: 269 – 271). Medewerkers kregen de vragenlijsten thuisgestuurd, de meeste cliënten van de GGZ-instelling ook, tenzij zij waren opgenomen in de 24-uurszorg. De cliënten uit de gehandicapten- en ouderenorganisatie ontvingen de vragenlijst op het adres waar zij verbleven via de interne post of als zij ambulantly/thuis woonden door gewone postbestelling. Bij deze laatste twee groepen ging de vragenlijst vergezeld van een handleiding voor de personen die hen zouden kunnen ondersteunen bij de beantwoording van de vragen. Op de vragenlijsten konden deze personen aangeven dat ook met deze ondersteuning het niet mogelijk was de vragen te beantwoorden. Wel konden zij het algemene gedeelte van de vragenlijst invullen.

Het onderstaande overzicht geeft de aantallen van beide groepen weer.

Tabel 5.4. Uitgezette enquêtes

Nr.	Zorgorganisatie	medewerkers	cliënten	Totaal
	Ouderenzorgorganisatie (ozorg 1)	125	60	185
	Gehandicaptenzorgorganisatie (gehzorg 1)	1078	1189	2267
	GGZ-organisatie (ggzorg 1)	92	1080	1172
	Totaal	1295	2329	3624

De onderzoekseenheden van het kwalitatieve deel zijn alle beleidsstukken, rapportages en verslagen die de organisaties vrijgaven voor het onderzoek. Ook de managers die om verduidelijking van bepaald beleid werden gevraagd, worden als onderzoekseenheden aangemerkt. (De responsrates zijn terug te vinden in de tabellen 5.20 en 5.21 van de bijlage.)

Om de dataverzameling goed voor te bereiden zijn er in alle organisaties informatiebijeenkomsten belegd met het middenkader en met de meeste teams. Men kreeg een uitleg over de reden van het onderzoek. Ook werden zij geïnformeerd over wat het onderzoek feitelijk voor hen inhield. Alle or-

⁵⁵ Door rekening te houden met de functie en positie van de respondent, met zijn betrokkenheid bij het totstandkomen van het beleid of de servicestrategie en alleen te vragen het beleid te verduidelijken, is getracht het probleem van subjectiviteit (Silverman, 2000: 233, e.v.) zoveel mogelijk te beperken.

ganisaties kondigden de dataverzameling bovendien aan in hun bedrijfsbladen waar het onderzoek nogmaals een kort toelichting kreeg. Voor de cliënten waren er informatiebijeenkomsten met cliëntenraden. Ook zij werden via hun eigen contactorganen concreet van de dataverzameling op de hoogte gesteld.

Twee weken na de publicatie in de diverse contactorganen vond de dataverzameling plaats. De volgende afbeelding toont de periode waarin de dataverzameling plaats had.

Tabel 5.5. Dataverzameling enquêtes

Exploratieve deel van het onderzoek	Medewerkers	Cliënten
ouderenzorg-organisatie 1	mei/juni 2002	augustus 2002
gehandicaptenzorg-organisatie 1	juni/ juli 2002	augustus 2002
GGZ-organisatie 1 (t1)	mei/ juni 2002	augustus 2002

5.3. Resultaten exploratief onderzoek

Dit gedeelte doet verslag van de analyses en de bevindingen daaruit. Dit gebeurt door te onderzoeken of de relaties die in de voorlopige uitspraken zijn geformuleerd, inderdaad in de data terug zijn te vinden. Het hoofdstuk besluit met conclusies en een aangepast model dat voor het toetsende deel van het onderzoek zal worden gebruikt.

De responsanalyse en beschrijvende statistiek over de schalen zijn in de bijlagen opgenomen (tabellen 5.24. en 5.25). Ook de bevindingen over interne deugdelijkheid van de meetinstrumenten zijn daar te vinden (5.22 en 5.23).

5.3.1. Effect serviceconcept en -strategie

Als een zorgorganisatie werkt met een serviceconcept en -strategie die rekening houden met de verwachtingen en (zorg)vragen van cliëntengroepen, dan leidt dit tot een interne en externe service kwaliteit met het doel de dienstverlening zo optimaal mogelijk af te stemmen op de zorgvragen van deze cliëntengroepen (1e voorlopige uitspraak).

Alle drie organisaties⁵⁶ gaven in meer of mindere mate blijk een klantgerichte visie op de dienstverlening te hebben en hun strategie was erop gericht deze als zodanig te organiseren. Dit bleek uit allerlei documenten⁵⁷. De vragen en wensen van cliënten kregen in de documenten een belangrijke plaats in de keuze of de totstandkoming van een zorgaanbod, maar er werd geen relatie gelegd met de Modernisering van de AWBZ. Op mesoniveau trachtte men de afstemming mede te bereiken door een correcte toeleiding naar specifieke cliëntengroepen (naar zorgzwaarte, indicatie voor een behandelprogramma, of ziektebeeld), veranderingen van het leveringssysteem of een uitgesproken klantgericht beleid.

Op microniveau lag de afstemming tussen vraag en aanbod vooral in de handen van de medewerkers. Alle organisaties hadden wel ergens in hun stukken opgenomen het werk van deze medewerkers zo goed mogelijk te willen ondersteunen (zoals informatievoorziening, duidelijke functieomschrijvingen, de aanwezigheid van middelen, etc).

De *ouderenzorgorganisatie* (ozorg 1) stond op het standpunt dat mensen door een methodische en multidisciplinaire aanpak de juiste behandeling en verzorging zouden moeten ontvangen. Medewer-

⁵⁶ Om de anonimiteit van de organisaties te kunnen garanderen, zijn de titels van de documenten niet als bronnen aangegeven. De overzichten hiervan zijn bij de onderzoeker in te zien.

⁵⁷ ozorg 1, 8 documenten; gehzorg 1, 15 documenten; ggzorg 1 t1, 19 documenten; totaal 42 documenten

kers hadden de opdracht met een ‘open houding’ en met ‘respect’ in het werk te staan. Het waren volgens de visie van deze organisatie uitgangspunten om vraaggericht te kunnen werken.

De *gehandicaptenzorgorganisatie* (gehzorg 1) verwoordde krachtig in zijn visie dat cliënten in de eerste plaats ‘mensen’ en ‘medeburgers’ zijn. Met de begrippen zelfbeschikking, keuzevrijheid, vraagsturing en maatschappelijke integratie en –participatie maakte men duidelijk om welke waarden het hen te doen was. Belangrijke middelen om dit waar te maken waren volgens het document ‘person centred planning’, ‘onafhankelijke ondersteuners’ en ‘persoonlijke planning’. Men wilde nadrukkelijk een ‘support organisatie’ worden, waar het accent ligt op de ondersteuning van cliënten op basis van zorgvragen en samenspraak.

De *organisatie uit de GGZ* (ggzorg 1) stipuleerde nadrukkelijk dat de behandeling een inbreng van zowel de cliënt als de professional verlangt: “Het zorgaanbod wordt bepaald door de vraag van de cliënt en de professionaliteit van de zorgverlener. De medezeggenschap staat centraal, zowel op instellingsniveau als op het niveau van het individuele behandelingsplan.”

Afhankelijk van de historie en de regionale achtergronden ontwikkelden de organisaties volgens de documenten vormen van dienstverlening met de zorgvragen van cliënten als uitgangspunt.

Ggzorg 1 en *gehzorg 1* (deze laatste organisatie in mindere mate) gingen hierin het verst. Zij wijzigden de traditionele werkorganisatie in een leveringssysteem dat erop was gericht effectief en efficiënt op zorgvragen van cliëntengroepen in te kunnen gaan.

Ggzorg 1 had bovendien de toeleiding van cliënten naar hun organisatie in nauwe samenwerking met de 1^e lijnsgezondheidszorg georganiseerd. Bij deze organisatie kreeg de dienstverlening zijn vorm in behandelprogramma’s en waren alle relevante functies ondergebracht in een flexibel aanbod. Deze programma’s functioneren als een doelgroepbenadering: zij zijn gebaseerd op ziektebeelden, zoals het behandelprogramma persoonlijkheidsstoornissen. Iedere cliënt is verplicht het behandelprogramma Onderzoek en Advies te doorlopen. Men stelt daarin vast naar welk vervolg behandelprogramma (doelgroep) de cliënt het beste kan gaan. Stap voor stap wordt hij door het aanbod geleid en kan meebeslissen over de behandeling en de behandelaar. Cliënten krijgen een vaste behandelaar in wiens handen de regie van het behandelproces ligt. De werkprocedure ligt vast, maar in het individuele behandelcontact hebben behandelaren een zekere mate van autonomie. ‘Het werkklimaat dient te stimuleren tot initiatief en zelfstandigheid’ (van medewerkers: kpvw), stelt een document over personeelsbeleid.

In de *gehandicaptenzorg-organisatie* ontwierp men een faciliterend systeem rondom cliënten. Een persoonlijk ondersteuningsplan moet ervoor zorgen dat de ondersteuningsvragen van cliënten duidelijk worden en brengt vervolgens de ondersteuning in kaart. Het middenkader heeft als aparte kerntaak de doelstellingen uit dit plan te faciliteren. De ondersteuning van mensen en medewerkers is het uitgangspunt van deze organisatie geworden. Ten tijde van het onderzoek werd dit nieuwe systeem ingevoerd. Ook was men bezig de indeling van de cliëntengroepen te preciseren naar zorgbehoefte, zorgzwaarte en zorgduur. Dit zal op termijn moeten leiden tot een nadere omschrijving van doelgroepen met eigen zorgarrangementen.

Sinds kort is er een loket geopend waar cliënten of hun familie met vragen over wonen en werk terecht kunnen, maar waar ook informatie aanwezig is over ‘zorgprogrammering’ en allerlei andere onderwerpen. Men wil graag dat cliënten of hun familie de nieuwe informatie of ideeën die zij bij het loket verzamelen inbrengen tijdens bespreking van hun persoonlijk ondersteuningsplan. Hiermee probeert men cliënten te faciliteren om het aanbod zo precies mogelijk af te stemmen op hun vragen.

De *ouderenzorg-organisatie* zette de visie om in een krachtige klantgerichte aanpak en koos stilzwijgend kleinschaligheid als leidraad. Ambulantisering van de dienstverlening maakt inmiddels ook on-

derdeel uit van het pakket. Met de bedoeling opname in het verpleeghuis uit te stellen of zelfs te voorkomen. Men maakte de woongroepen niet te groot en besloot voor laagbouw van afzonderlijke, maar aan elkaar verbonden units. Bewoners kunnen hun eigen spulletjes en meubelstukken meenemen; zelfs huisdieren zijn toegestaan. De tradionele indeling in somatische en psychogeriatrische zorg bleef door de bank genomen het uitgangspunt voor de indeling van de cliënten, naast nieuwe vormen van ambulante ondersteuning. Familie en verwanten werden zo veel mogelijk betrokken bij de zorg met de intentie om het sociale netwerk zo min mogelijk te laten verschromelen.

De structuur van de takenpakketten is inmiddels ingericht om zo goed mogelijk tegemoet te komen aan de wensen van bewoners. Men hanteert functiedifferentiatie hiervoor als een belangrijk instrument. Medewerkers krijgen autonomie om binnen de grenzen van de doelgroep en de zorgvisie zoveel mogelijk dienstverlenend te zijn. Samenspraak met bewoners en familie is een belangrijk instrument waarmee het hulpverlenend personeel maatwerk kan leveren. Het management is er in geslaagd deze aanpak voortvarend uit te dragen, aan te sturen en te faciliteren. Weinig vraaggerichte retoriek in deze organisatie, maar intussen is er een redelijk klantgerichte werkwijze verankerd in de handen van de hulpverleners. Overigens binnen het gebruikelijke werksysteem (EJV-systeem).

Alle instellingen zochten actief de samenwerking met andere organisaties en verwijzers binnen en buiten de AWBZ met het doel een zo volledig mogelijk pakket te realiseren en een goede doorstroming van cliënten tot stand te brengen.

In alle drie de onderzochte organisaties speelde het HRM een ondergeschikte rol in het totstandbrengen van vraaggerichte dienstverlening. Ondanks het feit dat men bij de (re)organisatie van het leveringssysteem wel over het jobdesign had nagedacht, ervoer men dat kennelijk niet als een onderdeel van het HRM. Gehzorg 1 sprak over 'scholing, opleiding en coaching van het personeel om klantgericht te kunnen werken. Dit beleid bevond zich ten tijde van het onderzoek in de implementatiefase.

De ouderenzorgorganisatie sprak in algemene termen over de rol van het opleidingsbeleid voor de kwaliteit van de dienstverlening, evenals de organisatie uit de GGZ.

De beleidsstukken en notities besteedden redelijk veel aandacht aan het aspect van het leveringssysteem. Relatief veel teksten gingen over de structuur en het proces. Veel minder accent kregen aspecten die met de externe service kwaliteit te maken hadden. Daar bleef het vooral bij teksten die stelden dat de vraag van de cliënten centraal moest staan en hoe dat vervolgens in de organisatie (van het aanbod) aangepakt zou moeten worden. Wel spraken de documenten over respectvolle bejegening en over het leveren van kwalitatief hoogstaande zorg. Ook kwam regelmatig de term 'heldere communicatie' voor. Men wil 'toegankelijk' zijn en de cliënt beschouwen als mondige consument (GGZ-organisatie). Kleinschaligheid van de dienstverlening keerde regelmatig terug in de stukken als iets waarmee cliënten zijn gediend (volgens de beleidsmakers).

De GGZ-organisatie had als enige organisatie haar cliënten naar punten gevraagd die zij van belang vonden in de hulpverlening⁵⁸: de bestudeerde documenten grepen echter zelden op deze punten terug.

De bestudeerde documenten gaven geen blijk van een directe relatie met de Modernisering van de AWBZ: er werd niet vaak een link met deze ontwikkelingen gelegd.

Conclusie

Zodra een strategie waarin cliënten een centrale positie krijgen, wordt omgezet in daden blijkt dit bij de bestudeerde organisaties op een of andere manier effect te krijgen op de inrichting van de werkorganisatie of op het werkklimaat.

⁵⁸ Dat waren: hulpvaardige ontvangst; bekende gezichten aan de voordeur (waar je uit kunt kiezen); duidelijke taal, begrepen worden; snel geholpen worden; optimaal maatschappelijk kunnen (blijven) functioneren; doelmatige hulp.

De GGZ-organisatie had de inrichting van het aanbod vraaggestuurd ontworpen. De organisatie uit de gehandicaptenzorg was bezig het bestaande aanbod te organiseren volgens principes van vraagsturing. De ouderenzorgorganisatie pakte dit op door een traditionele manier van zorg (het EEV-systeem) binnen de gebruikelijke ordening van 'somatische' en psychogeriatrische cliënten een sterk klantgericht werkklimaat te scheppen. Ook ontwikkelde men allerlei initiatieven voor ambulante vormen van zorg.

Successievelijk, naar de kracht waarmee men het beleid inzet en begeleidt, veranderde de werkorganisatie (of het werkklimaat) om het hulpverlenend personeel toe te rusten vraaggericht(er) te werken. Het HRM dichtte men vooralsnog een ondergeschikte rol toe. Dit roept de vraag op of het HRM een redelijk autonoom beleidsterrein is, dat zich weinig hoeft aan te trekken van veranderingen op het strategische niveau van een organisatie om toch effect op de dienstverlening te hebben. Of rekent men het jobdesign waarover het hier mede gaat, niet tot het HRM domein?

Oefent het HRM invloed uit op de interne en externe dienstverlening in arbeidsintensieve serviceorganisaties, ongeacht de manier waarop men het in de organisatie vorm geeft? Deze vragen staan midden in de discussie over de invloed van het HRM op de prestaties van een organisatie (Boselie, 2002; Boxall en Purcell, 2003; Evers, Looise, 2004; Pauwe, 2004, Purcell, 2004).

De uitwerking van het beleid en de strategie naar de externe service kwaliteit verkeerde in alle drie de organisaties overigens in een prematuur stadium.

Al met al bevestigen de empirische gegevens gedeeltelijk de eerste voorlopige uitspraak: de relatie tussen het beleid en strategie en de inrichting van het leveringssysteem (en het werkklimaat) moeten volgens het management leiden tot een betere afstemming van het aanbod op de zorgvragen. De voorlopige uitspraak gaat echter nauwelijks op voor het HR-systeem en aspecten die de externe service kwaliteit betreffen.

5.3.2. *Effect interne service kwaliteit op tevredenheid medewerkers*

Een interne service kwaliteit die medewerkers ondersteunt in de dienstverlening, bevordert de mate van tevredenheid bij medewerkers met het werk en de organisatie.⁵⁹ (2e voorlopige uitspraak)

De sector als geheel⁶⁰

De documentstudie toonde aan dat alle drie de organisaties (in meer of mindere mate gedifferentieerd) met doelgroepen werken en hun werkorganisatie en werkklimaat daarop af proberen te stemmen. De medewerkers uit de ouderenzorg en de GGZ-organisatie bevestigen dit beeld: respectievelijk 83% en 67% van hen vinden dat er nauwelijks verkeerd geplaatste cliënten op hun afdeling aanwezig zijn. Bij de gehandicaptenzorgorganisatie vindt 50% van de medewerkers dat. Dit laatste kan veroorzaakt zijn door de reorganisatie van de werkorganisatie ten tijde van deze meting.

De tevredenheid van medewerkers is betrokken op:

- de organisatie (commitment) (Beer e.a., 1984; Van Dijk e.a., 2002; Guest, 1987; Leijten, 1992; Messchendorp e.a., 2003).
- het werk (Appelbaum, 2000; Van Dijk e.a., 2002; Messchendorp e.a., 2003; Peccei, 2004);

⁵⁹ In navolging van enkele grote arbeidsbelevingsonderzoeken is de tevredenheid van medewerkers uitgesplitst naar de organisatie en het werk zelf (Van Dijk e.a., 2002; Messchendorp e.a., 2004). Hoofdstuk vier geeft de argumenten voor de splitsing van aspecten van de interne service kwaliteit in een onafhankelijke en afhankelijke variabelenset.

⁶⁰ Hiermee worden de drie organisaties bedoeld, die als het ware model voor dit deel van de sector staan.

Welke aspecten van de interne service kwaliteit spelen een belangrijke rol bij **de tevredenheid met de organisatie**? En in welke mate doen zij dat? Deze vragen zijn beantwoord door de data te analyseren met behulp van multiple regressie-analyse, die met SPSS 10.0 stepwise is uitgevoerd.⁶¹ Deze techniek geeft de samenhang aan tussen een aantal onafhankelijke variabelen en een afhankelijke factor. De variabelen die volgens de berekening de afhankelijke variabele verklaren (of voorspellen) worden gerangschikt naar hun relatieve belang waarmee zij dat doen (Weisberg, 1985). Stepwise slaat op de procedure waarmee SPSS variabelen uit de regressiemodellen uitsluit wanneer zij niet aan enkele rekenkundige criteria voldoen (Huizingh, 2002: 310 – 311).

In bijna alle modellen blijken de ontwikkelingsgerichte activiteiten een groot relatief belang te hebben voor de verklaring van de tevredenheid met de organisatie (tabel 5.6). Medewerkers beoordelen met andere woorden de organisatie waar zij werkzaam zijn mede op basis van de ontwikkelingskansen die er geboden en geëffectueerd worden. Ook waardering van leidinggevend en collega's en werkdruk zijn van relatief belang in de modellen voor de mate waarin medewerkers tevreden met hun organisatie kunnen zijn. Participatie heeft een negatieve Beta. De enkelvoudige regressie analyse heeft echter een positieve Beta (β .251), maar een lage R-kwadraat (R^2 .061). Op het moment dat er veel aspecten zijn opgenomen in de regressievergelijking, bestaat de mogelijkheid dat het effect negatief uitpakt. Het meest voorkomend is dat de andere variabelen sterker zijn dan 'participatie'. De lage R-kwadraat bevestigt dit. Een mogelijk inhoudelijke verklaring is dat in combinatie met de andere aspecten van de interne service kwaliteit, medewerkers participatie slechts in beperkte mate appreciëren.

Tabel 5.6. Aspecten van de interne service kwaliteit die tevredenheid met de organisatie voorspellen n=377

	model 1	model 2	model 3	model 4	model 5	model 6	model 7	model 8	model 9
	β	β	β	β	β	β	β	β	β
intercept	8.019**	3.344*	.525	-1.068	-2.869 *	-2.684	-5.207	-3.989 *	-4.048
waardering	.470**	.369**	.249**	.215**	.177*	.183**	.163**	.204*	.202*
ondersteuning		.322**	.291**	.217**	.140*	.100	.099	.130	.122*
ontwikkeling			.278**	.258**	.255**	.243**	.222**	.222**	.224**
klantgerhd cliënten				.206**	.195**	.186**	.170*	.163*	.127*
werkdruk					.190**	.175*	.175*	.175*	.150*
samenwerking						.109*	.125*	.124*	.131*
inh van de functie							.106*	.125*	.121*
participatie								-.126*	-.129*
werving en selectie									.108*
verkl var adj R ²	.218	.309	.367	.398	.422	.428	.436	.444	.450
F	77.76**	62.62**	54.22**	46.49**	41.09**	35.33**	31.37**	28.51**	26.04**

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$; geen teken $p \leq 0,1$

Welke aspecten van de interne service kwaliteit spelen een rol in **de tevredenheid met het werk**? En in welke mate doen zij dat?

Volgens tabel 5.7 blijkt dat naarmate medewerkers meer tevreden zijn met de inhoud van de functie (als een construct dat onderdeel uitmaakt van het leveringssysteem) de waardering voor het werk significant toeneemt. In alle modellen oefent dit aspect relatief de belangrijkste significante invloed uit op de afhankelijke variabele. Maar andere aspecten leveren hieraan ook een significante bijdrage. Medewerkers vinden resultaten van het werk belangrijk. Het behalen van resultaten die merkbaar

61 Bij de opeenvolgende berekeningen is telkens de eerder gebruikte afhankelijke variabele buiten de analyses gehouden om interveniërende effecten te voorkomen (Weisberg, 1985).

zijn, schept voldoening. Het is opmerkelijk dat in geen van de regressiemodellen werkdruk als bepalende factor voor de tevredenheid met het werk verschijnt.

Het kenmerk rolverwachtingen is een relatief belangrijk aspect met effect op de tevredenheid met het werk. Lichamelijke belasting heeft een negatief effect, want een grote belasting tempert de tevredenheid van medewerkers.

Participatie en autonomie wijzen rechtstreeks op de mogelijkheid van medewerkers vraaggerichte diensten te kunnen realiseren in het afdelingsbeleid en tijdens de transactiemomenten.

Tabel 5.7. Aspecten van de interne service kwaliteit die tevredenheid met het werk voorspellen
n=382

	model 1	model 2	model 3	model 4	model 5	model 6	model 7
	β	β	β	β	β	β	β
intercept	4.885**	3.492**	2.806**	1.896**	1.599*	1.796*	1.467*
inhoud van de functie	.836**	.725**	.664**	.642**	.639**	.626**	.613*
resultaten van het werk (zichtbaarheid)		.279**	.233**	.224**	.225**	.221**	.221**
rolverwachtingen			.180**	.151**	.136**	.152**	.149**
autonomie				.109**	.095*	.108**	.100**
onderlinge klantgerhd					.083*	.096**	.075*
lichamelijke belasting						-.070*	-.077**
participatie mogelijkheden							.067*
verkl var adj R ²	.698	.763	.786	.795	.801	.804	.807
F	635.47**	442.81**	338.31**	267.85**	222.06**	189.46**	165.37**

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$

Per A WBZ-deelsector⁶²: ouderenzorg, gehandicaptenzorg, GGZ (de tabellen zijn opgenomen in de bijlagen: tabellen 5.26 t/m 5.32

Ouderenzorgorganisatie

Naarmate medewerkers meer tevreden zijn over de roostering, zal de tevredenheid met de organisatie significant toenemen. Ook ontwikkelingsgerichte activiteiten, werkdrukregulering, samenwerking en functiegerichte training dragen significant bij aan de tevredenheid met de organisatie. De verklaarde variantie van de 5 regressiemodellen loopt van .339 op naar .633.

De tevredenheid met het werk wordt op significante wijze beïnvloed door de resultaten van het werk. Ook spelen de inhoud van de functie, autonomie, de waardering van leidinggevende en collega's, klantgericht beleid en de roostering een significante rol (allen op het significantieniveau $p \leq 0,01$). In model 5 en 6 neemt de inhoud van de functie het grootste relatieve belang in de vergelijking voor zijn rekening ten kosten van de resultaten.

De R-kwadraat van de 6 regressiemodellen loopt van .665 op naar .912.

Gehandicaptenzorgorganisatie

De stepwise regressieanalyse levert zeven modellen op. In het eerste model verklaart de waardering van leidinggevende en collega's op een significante wijze de toename van de tevredenheid met de organisatie. Ook oefenen in de andere modellen klantgericht beleid, ontwikkelingsgerichte activiteiten, werkdrukregulering, doelgroepenbeleid en ondersteuning in het werk met allerlei middelen een significante invloed uit. In de laatste twee modellen (met de meeste voorspellers) nemen afwisselend werkdrukregulering en ontwikkelingsgerichte activiteiten het grootste belang voor hun rekening.

⁶² Hiermee worden de afzonderlijke organisaties bedoeld, die als het ware model staan voor de deelsector.

Roostering heeft een negatief effect op de tevredenheid met de organisatie. Dit ligt niet voor de hand, men zou het tegendeel verwachten.⁶³

De verklaarde variantie van de modellen loopt van .209 tot .416.

Naarmate medewerkers meer tevreden zijn met hun functie-inhoud zal hun waardering voor het werk groter zijn. In aflopende volgorde hebben in de achtereenvolgende zes regressiemodellen rolverwachtingen, resultaten van het werk, waardering van leidinggevende en collega's en autonomie ook een significant belang. Evenwel heeft samenwerking in samenhang met deze aspecten een omgekeerd effect op de tevredenheid met het werk: de β heeft een negatieve waarde.⁶⁴

Zodra bij deze organisatie het aspect organisatieveranderingen in de analyse wordt betrokken neemt het grootste relatieve belang in relatie met de tevredenheid die medewerkers voor de organisatie kunnen hebben af (in alle zeven regressie-modellen, met een bèta variërend van .094 tot .419 ($p \leq 0,001$)). Naarmate de beleefde intensiteit van de veranderingen toeneemt, zal de waardering voor de organisatie afnemen (zie tabel 5.30). (In die tabel is het verband positief vanwege de codering van de variabele, die erop neerkomt, dat als men geen 'last' heeft van de veranderingen en invloed kon uitoefenen het positief uitpakte op de tevredenheid met de organisatie).

GGZ-organisatie

Deze organisatie was ontworpen om vraaggerichte diensten te leveren. Dat dit zijn invloed heeft gehad, blijkt uit de analyse. Want de tevredenheid van medewerkers met de manier van werken (werksysteem als belangrijk bestanddeel van het leveringssysteem) leidt tot een tevredenheid met de organisatie, die passende werkplekken mogelijk maakt ($p \leq 0,01$). De tweede factor met significante invloed is de inhoud van de functie ($p \leq 0,01$). De verklaarde variantie van de modellen is respectievelijk .715 en .872.

Uit de regressieanalyse blijkt dat naarmate medewerkers meer tevreden zijn met de rolverwachtingen over hun functioneren hun waardering voor het werk zal toenemen. In de vier opeenvolgende modellen nemen afwisselend de resultaten van het werk en de inhoud van de functie het grootste relatieve belang in de regressievergelijking voor hun rekening. In het laatste en meest volledige model voorspelt ook de informatievoorziening een deel van de uitkomst ($p \leq 0,01$).

De verklaarde variantie van de modellen loopt van .531 op tot .961 in het laatste model.

Conclusies

De voorlopige uitspraak dat de tevredenheid met het werk en organisatie wordt beïnvloed door aspecten van de interne service kwaliteit vindt voor het grootste deel bevestiging in de empirie van deze cases.

Heskett e.a. (1997) stellen dat de volgende aspecten van invloed zijn op beleefde kwaliteit van de interne service.:

- de inrichting van de werkorganisatie;
- ondersteunende systemen;
- passende selectie van dienstverlenende medewerkers.
- autonomie om dienstverlenend te kunnen werken;
- participatiemogelijkheden van het dienstverlenend personeel;
- training en ontwikkelingsmogelijkheden voor dienstverlenende medewerkers;

⁶³ Bij een enkelvoudige regressie analyse van roostering en tevredenheid met de organisatie is de Beta wel positief ($\beta .145$), maar de R-kwadraat laag ($R^2 .018$). In combinatie met de andere aspecten is 'roostering' relatief zwak waardoor het verband negatief wordt.

⁶⁴ Ook hier laat de enkelvoudige regressie analyse een positief verband zien ($\beta .075$ en $R^2 .003$).

- beloning en waardering voor dit personeel.

Uit de analyses van alle organisaties tezamen blijkt dit het geval, met uitzondering van training en beloning.

Maar er zijn meer aspecten die in dit type organisaties van belang zijn (als nadere precisering van de interne service kwaliteit) namelijk:

- de inhoud van de functie;
- rolverwachtingen;
- klantgericht beleid;
- lichamelijke belasting;
- onderlinge klantgerichtheid;
- de resultaten van het werk;
- werkdrukregulering.

Wat betreft de invloed van de onafhankelijke variabelen op de tevredenheid met de organisatie zijn er verschillen geconstateerd tussen *de deelsectoren*.

Het valt op dat in de gehandicaptenzorg-organisatie met een faciliterend werksysteem, het klantgerichte beleid en de ondersteuning met allerlei middelen belangrijk wordt gevonden. Ook telt daar doelgroepenbeleid mee als het gaat om de waardering voor de organisatie. Roostering heeft een onverwacht effect (negatief) op de tevredenheid met de organisatie.

De GGZ-organisatie had zijn gehele werkorganisatie ontworpen op basis van doelgroepenbeleid en flexibele behandeling waar nodig. De waardering voor het werksysteem is hier de beste voorspeller voor de tevredenheid met de organisatie. Indirect speelt doelgroepenbeleid mee in de realisering van een goede afstemming tussen vraag en aanbod.

Wat betreft de tevredenheid met het werk valt er het volgende te zeggen. De ouderenzorg-organisatie voerde een expliciet klantgericht beleid op het operationele niveau binnen een traditioneel leveringsstelsel: medewerkers noemen klantgerichtheid als een significant aspect dat de waardering voor het werk positief kan beïnvloeden.

Het wekt in de gehandicaptenzorg bevreemding dat samenwerking een negatieve invloed op de tevredenheid met het werk heeft. Naast de statische verklaring die eerder is gegeven, kan het tegelijk mogelijk zijn dat men zijn weg nog moet vinden in het nieuw ontworpen werksysteem dat de ondersteuning voor cliënten moet faciliteren.

De flexibele behandelorganisatie van de GGZ-instelling staat of valt bij een goede informatievoorziening. Daarvoor is een accuraat dossier nodig dat de behandelaar en anderen van de juiste informatie voorziet om de activiteiten en interventies op af te stemmen. Dit is van cruciale betekenis voor het welslagen van de behandeling. Medewerkers noemen dit dan ook als een aspect dat van belang is voor hun tevredenheid met het werk.

Tabel 5.8. Overzicht van aspecten als onafhankelijke variabelen (in volgorde van relatieve belang).

	tevredenheid met organisatie	tevredenheid met werk
alle drie de organisaties tezamen	<ul style="list-style-type: none"> - waardering van leidinggevende en collega's - ondersteuning met allerlei middelen - ontwikkelingsgerichte activiteiten - klantgericht beleid - werkdrukregulering - samenwerking - participatie (neg) - inhoud van de functie - selectie 	<ul style="list-style-type: none"> - inhoud van de functie - resultaten van het werk - rolverwachtingen - autonomie - klantgerichtheid onderling - lichamelijke belasting - participatie

	tevredenheid met organisatie	tevredenheid met werk
	adj R ² .450 n=377	adj R ² .807 n=382
ouderenzorgorganisatie	<ul style="list-style-type: none"> - roostering - ontwikkelingsgerichte activiteiten - regulering van de werkdruk - samenwerking - functiegerichte training 	<ul style="list-style-type: none"> - resultaten van het werk - inhoud van de functie - autonomie - de waardering van leidinggevende en collega's - klantgericht beleid - de roostering
	adj R ² .633 n=49	adj R ² .912 n=52
gehandicaptenzorgorganisatie	<ul style="list-style-type: none"> - waardering van leidinggevende en collega's - klantgericht beleid - ontwikkelingsgerichte activiteiten - werkdrukregulering - doelgroepenbeleid - roostering (neg) - ondersteuning in het werk met allerlei middelen 	<ul style="list-style-type: none"> - inhoud van de functie - rolverwachtingen - resultaten van het werk - waardering van leidinggevende en collega's - autonomie - samenwerking (neg)
	adj R ² .416 n=233	adj R ² .836 n=301
GGZ-organisatie	<ul style="list-style-type: none"> - werksysteem - inhoud van de functie 	<ul style="list-style-type: none"> - rolverwachtingen - resultaten van het werk - inhoud van hun functie - informatievoorziening
	adj R ² .872 n=36	adj R ² .961 n=34

5.3.3. *Effect externe service kwaliteit op waardering cliënten*

Aspecten van de externe service kwaliteit beïnvloeden de mate van waardering van groepen cliënten voor de resultaten van dienstverlening en de organisatie die de diensten verleent (3e voorlopige uitspraak).

Achtereenvolgens passeren de toegankelijkheid van de dienstverlening, de kwaliteit van de dienstverlening en ten slotte de prijs/kwaliteit verhouding de revue.

Telkens zullen de resultaten over de gehele sector worden gevolgd door die per deelsector.

In de analyses zijn de waardering voor de organisatie en de resultaten van de dienstverlening als afhankelijke variabelen genomen (zie § 5.2.4.1. bij externe service kwaliteit).

5.3.3.1. *Toegankelijkheid van de dienstverlening*

Gehele sector

Veel cliënten ervaren hun wachttijd als kort (40%) of gemiddeld (26,5%). Slechts 11,6% vond het lang duren. Van de 775 respondenten waren er 169 (21,8%) die deze vraag hadden overgeslagen.⁶⁵ Ruim 25 procent vond het lange wachten erg, terwijl 8,5% aangaf er geen last van te hebben gehad (52,3% missing values, waaronder degenen die niet lang hoefden te wachten).

Wat het aantal formulieren betreft en de ervaren complexiteit valt het volgende te zeggen. Relatief veel cliënten (41,4%) vermelden dat zij een gering aantal formulieren moesten invullen voor de toe-

⁶⁵ Soms was de periode waarop deze vraag sloeg jaren geleden.

lating. 25,3% vond het wel meevallen en 7,5% gaf aan dat het om veel formulieren ging. De complexiteit van de formulieren valt mee (de routing en de vraagstelling), want volgens een groot aantal cliënten (37,5%) is daarvan geen sprake. Slechts 4% geeft aan dat zij de formulieren ingewikkeld vonden. (Beide vragen kenden een hoge non-respons respectievelijk: 25,8% en 37,4%).

Met behulp van de ANOVA-techniek is gekeken in hoeverre groepen (lang, middel lang en kort gewacht) van elkaar verschillen wat betreft hun waardering voor de organisatie, wanneer zij werden ingedeeld naar de ervaren lengte van de wachttijd, de feitelijk opgegeven wachttijd en of men het erg vond als men lang moest wachten. In alle gevallen zijn er significante verschillen tussen de groepen gevonden⁶⁶.

Tabel 5.9. Anova: effect wachttijd op waardering organisatie (n=599) (** = $p \leq 0,001$; * = $p \leq 0,05$)

Items	F-waarde	Sign
vond u de wachttijd kort, gemiddeld, lang duren?	16,901	.000**
vond u het lange wachten erg?	3,659	.027*

Er is geen significant onderscheid tussen cliënten (n=471) gevonden die van mening waren dat zij veel of weinig formulieren moesten invullen, wat betreft hun waardering voor de organisatie. Dit is ook het geval tussen groepen cliënten die de formulieren wel of juist niet ingewikkeld vonden om in te vullen (met of zonder ondersteuning).

Per deelsector afzonderlijk

In de ouderenzorgorganisatie blijkt de ervaren lengte van de wachttijd significant van invloed op de gemiddelde verschillen waarmee de groepen hun waardering voor de organisatie uitdrukken. De groep die het langst heeft moeten wachten is het minst tevreden. De gemiddelde wachttijd leidt tot een tussenpositie, terwijl cliënten die het kortst hebben gewacht gemiddeld de hoogste waardering voor de organisatie hebben.

Wat betreft de mening over het aantal en de ingewikkeldheid van de formulieren zijn er geen significante verschillen gevonden tussen de gemiddelden voor de tevredenheid met de organisatie van de onderscheiden groepen (veel of weinig formulieren, wel of niet ingewikkelde formulieren).

In de gehandicaptenzorgorganisatie zijn er geen significante verschillen tussen de groepen (groepen zijn onderverdeeld in: ervaren wachttijd van kort tot lang en of men het lange wachten erg vond of juist niet). Ook bij het aantal formulieren en de ervaren ingewikkeldheid zijn er tussen de groepen geen significante verschillen tussen de gemiddelden gevonden.

Cliënten van de GGZ-organisatie verschillen wel significant op de beleefde lengte van de wachttijd. Cliënten met de kortste wachttijd waren het meest tevreden.

In geen van de deelsectoren werden er significante verschillen geconstateerd tussen de groepen die het lange wachten in meer of mindere mate erg vonden.

Tabel 5.10. Anova Effect wachttijd op waardering organisatie

	ouderenzorgorganisatie		gehandicaptenzorg-organisatie		GGZ-organisatie	
	F	Sign	F	Sign	F	Sign
vond u de wachttijd kort, gemiddeld, lang duren? n=37;n=177;n=385	4.484	.019*		n.s	12.327	.000**
vond u het lange wachten erg? n=29;n=120;n=217		n.s		n.s		n.s

(** = $p \leq 0,001$; * = $p \leq 0,05$)

⁶⁶ Vanwege het grote aantal missing values moet deze uitkomsten met voorzichtigheid worden beschouwd.

De inzichten bevestigen het beeld dat de toegankelijkheid een belangrijk aspect is van vraaggerichte dienstverlening. Het heeft zijn weerslag op de mate van waardering voor de organisatie waar men wordt geholpen.

5.3.3.2. De invloed van de kwaliteit van de dienstverlening op de waardering van cliënten Gehele sector

Uit de documentenstudie bleek dat organisaties hun aanbod proberen af te stemmen op de door hen omschreven doelgroepen. De GGZ-organisatie was het meest vooruitstrevend hierin, terwijl de organisatie uit de gehandicaptenzorg bezig was een systematiek voor de indeling van doelgroepen te ontwikkelen, die was gebaseerd op zorgbehoefte, zorgzwaarte en zorgduur. Op het moment van het eerste meetmoment was dit nog niet geïmplementeerd. De ouderenzorgorganisatie hanteerde een meer traditionele indeling in doelgroepen (zie § 5.3.1).

Een belangrijke vraag is of de manier waarop de organisaties de dienstverlening hebben aangepakt ook leidt tot waardering van cliënten. Vanwege de kleine aantallen per specifieke doelgroep was het niet mogelijk de analyses op dat niveau uit te voeren. Wel lukte het om per deelsector (als onderscheiden doelgroepen) dit te doen (§ 4.4.3).

Omdat het volgens het model belangrijke uitkomsten zijn van de dienstverlening, is de waardering van cliënten betrokken op:

- de organisatie (Heskett e.a., 1997; Zuckerman en Coile, 2003);
- de resultaten die de dienstverlening hen oplevert (Heskett e.a., 1997; Zeithaml 2000).

Zij zijn de afhankelijke variabelen. (De waardering voor de organisatie volgens Heskett e.a. (1997) is ook het gevolg van de resultaten die de dienstverlening klanten oplevert. Dat is de reden om de resultaten van de dienstverlening op te nemen in de regressievergelijking.⁶⁷)

Welke aspecten van de externe service kwaliteit spelen een rol in **de waardering voor de organisatie** en in welke mate doen zij dat?

Volgens tabel 5.11 blijkt bij model 1 dat naarmate cliënten een grotere waardering hebben voor zorg-op-maat de waardering voor de organisatie significant toeneemt. De aspecten waardering voor de resultaten van de dienstverlening en de betrouwbaarheid van het personeel en hun bereidwilligheid om service te verlenen, nemen in de andere modellen ook een significante invloed voor hun rekening. Daarentegen heeft participatie een negatief effect op de waardering van de organisatie. Ook hier krijgt ‘participatie’ in gebruik met andere sterkere aspecten in de regressievergelijking een negatieve uitwerking. Want enkelvoudige regressieanalyse laat opnieuw een positief verband zien (β .645; R^2 .427). Blijkbaar is het zo dat wanneer er voor de andere aspecten wordt gecorrigeerd, cliënten meer waardering opbrengen, als ze niet behoeven te participeren.

Tabel 5.11. Aspecten van de externe service kwaliteit die de waardering voor de organisatie voorstellen n=701

	model 1	model 2	model 3	model 4	model 5
	β	β	β	β	β
intercept	1.931**	1.819**	1.505**	1.628**	1.289**
zorg-op-maat	.718**	.410**	.274**	.367**	.366**
resultaten		.401**	.382**	.387**	.377**
betrouwbaarheid			.201**	.271**	.271**
participatie				-.169*	-.267**
service					.118*

⁶⁷ Bij de berekeningen is telkens de eerder gebruikte afhankelijke variabele buiten de analyses gehouden om interveniërende effecten te voorkomen (Weisberg, 1985). De aspecten tevredenheid met de organisatie en resultaten van de dienstverlening correleren redelijk hoog met elkaar (Pearson Correlation .585: $p \leq 0,01$).

	model 1	model 2	model 3	model 4	model 5
verkl var adj R ²	.515	.580	.597	.601	.603
F	732.56**	476.82**	341.08**	259.79**	209.96**

** = $p \leq 0,01$; * = $p < 0,05$

Wat betreft de waardering voor **de resultaten van de dienstverlening** blijkt dat zorg-op-maat van significante invloed is (in alle modellen heeft dit aspect telkens het grootste relatieve belang; zie tabel 5.12.). Ook de bereidwilligheid van het personeel om service te verlenen is van significant belang voor de mate van waardering voor de resultaten van de dienstverlening. Er is sprake van een negatief verband tussen privacy en de resultaten. De Beta bij enkelvoudig regressieanalyse tussen deze twee aspecten is echter positief (β .397; R^2 .156). Ook hiervoor geldt hetzelfde argument als zojuist bij 'participatie' is aangehaald.

Inhoudelijk kan het mogelijk zijn dat mensen met een beperking juist erg veel behoefte hebben aan sociaal contact, misschien wel ten koste van hun privacy. Zij bezitten meestal geen of een klein sociaal netwerk.

Uit de verklaarde variantie in het derde model blijken de aspecten 60% van de variatie te verklaren van de afhankelijke variabele.

Tabel 5.12. Aspecten van de externe service kwaliteit die de waardering voor de resultaten van de dienstverlening voorspellen n=692

	model 1	model 2	model 3
	β	β	β
intercept	.301	-.389	.172
zorg-op-maat	.769**	.636**	.690**
service		.165*	.164**
privacy			-.088*
verkl var adj R ²	.591	.600	.604
F	995.45**	517.29**	351.65**

** = $p \leq 0,01$; * = $p < 0,05$

Per deelsector afzonderlijk (de regressieanalyses zijn opgenomen in de bijlagen: tabellen 5.33 t/m 5.38.)

In *Ouderenzorgorganisatie* zal naarmate cliënten meer waardering hebben voor zorg-op-maat, de tevredenheid met de organisatie significant toenemen ($p \leq 0,01$). Zodra, met andere woorden, medewerkers tijdens het transactiemoment vraag en aanbod zoveel mogelijk volgens de verwachtingen van de cliënten weten af te stemmen, beïnvloedt dit de waardering voor de organisatie in positieve zin. Het aspect verklaart ruim 56% van de variantie van dit aspect. Het is het enige aspect dat in de ouderenzorg als zodanig telt.

De waardering voor de resultaten die de dienstverlening cliënten opleveren, wordt eveneens significant voorspeld door zorg-op-maat ($p \leq 0,01$). In het tweede model telt het aspect merkbare zaken van de dienstverlening ook mee (beta .359; $p < 0,05$). De verklaarde variantie van het meest volledige model is ruim 71 %.

In de *Gehandicaptenzorg* blijkt naarmate cliënten de zorg-op-maat meer waarderen de tevredenheid met de organisatie toe te nemen. In mindere mate, maar wel significant ($p \leq 0,01$) werkt ook de betrouwbaarheid van het personeel dat in de hand. Ook hier heeft participatie een negatief effect op de waardering van cliënten voor de organisatie. Het is mogelijk dat bij personen met een verstandelijke handicap participatie een te grote belasting kan vormen.

De waardering voor de resultaten van de dienstverlening heeft een significant lineaire relatie met het aspect zorg-op-maat ($p \leq 0,01$). In elk van de drie modellen is dit aspect de beste voorspeller, naast de merkbare zaken van de dienstverlening en de bejegening.

Naarmate cliënten van de *GGZ-organisatie* de resultaten van de dienstverlening meer waarderen zal de tevredenheid met de organisatie significant toenemen ($p \leq 0,01$). Dat geldt ook voor de betrouwbaarheid van het personeel en de privacy ($p \leq 0,01$).

De waardering voor de resultaten van de dienstverlening worden significant beïnvloed door het aspect zorg-op-maat en door de bereidwilligheid van het personeel om service te verlenen. Privacy en de betrouwbaarheid van het personeel oefenen daarentegen nu negatieve invloed uit op de resultaten. De correlatiematrix geeft echter geen negatieve verbanden te zien tussen deze twee aspecten en de waardering van cliënten voor de resultaten van de dienstverlening (zie tabel 5.39). Ook hier veroorzaakt de correctie door een groot aantal andere variabelen in de regressievergelijking een omgekeerd effect.

5.3.3.3. Invloed van de verhouding prijs/kwaliteit op de waardering voor de organisatie Gehele sector

Als men cliënten vraagt of zij ‘waar voor hun geld’ krijgen, dan verschilt de gemiddelde waardering voor de organisatie van de onderscheiden groepen significant van elkaar. Degenen die met ‘nee’ antwoorden zijn het minst tevreden, de groep die een ‘neutrale positie’ inneemt, is qua gemiddelde op een tussenpositie te plaatsen en cliënten die zeggen ‘waar voor hun geld’ te krijgen zijn het meest tevreden.

In de ouderenzorg en gehandicaptenzorgorganisatie samen⁶⁸, wordt dit bevestigd door de controlevraag over het aantal sterren dat men de organisatie kon geven: hoe meer sterren men gaf des te hoger de gemiddelde waardering voor de organisatie.

Tabel 5.13. Anova prijs/kwaliteit en effect op waardering organisatie

Items	F-waarde	Sign
krijgt u ‘waar voor uw geld’ bij deze organisatie? ja, neutraal, nee n=660	323.170	.000**
het aantal sterren voor deze organisatie: 1 t/m 4 n=228	51.416	.000**

(** = $p \leq 0,001$; * = $p \leq 0,05$)

Per deelsector afzonderlijk

In alle deelsectoren zijn er tussen de groepen cliënten significante verschillen gevonden in hun waardering voor de organisatie op de aspecten of zij waar voor hun geld kregen en het verzoek de organisatie een kwaliteitskeurmerk te geven met een aantal sterren.

Tabel 5.14. Anova prijs/kwaliteit verhouding en effect op waardering organisatie

Items	ouderenzorgorganisatie		gehandicaptenzorg-organisatie		GGZ-organisatie	
	F	Sign	F	Sign	F	Sign
krijgt u ‘waar voor uw geld’ bij deze organisatie? ja, neutraal, nee n=37;n=194;n=429	28.080	.000**	246.222	.000**	175.936	.000**
het aantal sterren voor deze organisatie: 1 t/m 4 sterren ⁶⁹ n=37;n=191	42.094	.000**	34.484	.000**	n.v.t.	n.v.t.

(** = $p \leq 0,001$; * = $p \leq 0,05$)

⁶⁸ Tijdens de rondes om de inhoudvaliditeit te optimaliseren gaven cliënten uit de GGZ het advies deze vraag niet in de vragenlijst op te nemen, met het argument dat men ‘niet voor zijn lol in de psychiatrie zit’. Men voorspelde een lage respons op de vraag.

⁶⁹ Deze vraag vonden cliënten uit de GGZ niet gepast, gezien de toestand van veel van hun lotgenoten.

De intuïtief ervaren prijs/kwaliteit verhouding beïnvloedt de waardering die cliënten voor de organisatie hebben.

Conclusies

Wat betreft de toegankelijkheid van de dienstverlening valt op dat cliënten minder waardering voor de organisatie opbrengen als zij lang hebben moeten wachten.

Wat betreft de relatie tussen de aspecten van de kwaliteit van de dienstverlening en de waardering voor de organisatie enerzijds en de resultaten van de dienstverlening anderzijds, valt het volgende te concluderen. Het blijkt dat zorg-op-maat (als kwaliteitsaspect van de dienstverlening en een indicator van vraaggerichte dienstverlening) een cruciale rol speelt in de waardering voor de organisatie en voor de resultaten van de dienstverlening. Alleen bij de GGZ-organisatie ontbreekt het als beïnvloedende factor op de waardering voor de organisatie ten gunste van de resultaten van de dienstverlening. Bij de waardering voor de organisatie keren vaak de volgende aspecten terug: resultaten van de dienstverlening, betrouwbaarheid van het personeel, de toegankelijkheid en de gepercipieerde prijs/kwaliteits-verhouding. Participatie oefent echter een negatieve invloed uit (bij cliënten uit de gehandicaptenzorg).

Voor de waardering van de resultaten van de dienstverlening zijn aspecten van de externe service kwaliteit ook van belang. Zo laden na zorg-op-maat, de bereidwilligheid van het personeel om service te verlenen, de merkbare zaken van de dienstverlening en bejegening op deze afhankelijke variabele. Deze bevindingen komen overeen met dat wat de literatuur te zien geeft (zie hoofdstuk 3). Privacy en de betrouwbaarheid van het personeel werken in de GGZ tegenovergesteld: zij oefenen een negatieve invloed uit op de waardering van cliënten voor de resultaten van de dienstverlening. De statistische verklaring hiervoor is al eerder gegeven: in combinatie met andere aspecten levert de regressie analyse bij deze twee zaken een negatief verband op omdat zij relatief zwak zijn (de verdeling van de puntenwolk centreert zich minder goed rondom de rechte lijn van de regressievergelijking). Een mogelijk inhoudelijke verklaring (die hierop aansluit) luidt, dat cliënten in de AWBZ geen doorsnee klanten zijn. De uitkomsten komen in ieder geval niet overeen met de bevindingen van Heskett e.a. (1997).

De gepercipieerde prijs/kwaliteitsverhouding laat een consistent beeld zien ondanks het feit dat de exacte kennis van de prijs bij cliënten ontbreekt: zij zijn meer tevreden met de organisatie als zij ervaren waar voor hun geld te krijgen.

De voorlopige uitspraak dat de tevredenheid met de dienstverlening en de organisatie die haar levert, wordt geïndiceerd door aspecten van de externe service kwaliteit vindt (gedeeltelijk) bevestiging.

Tabel 5.15. Overzicht van aspecten van de externe service kwaliteit als onafhankelijke variabelen.

	waardering organisatie	waardering resultaten dienstverlening ⁷⁰
gehele sector	- toegankelijkheid	
	- zorg-op-maat - resultaten dienstverlening - betrouwbaarheid - participatie (neg) - service	- zorg-op-maat - service - privacy (neg)
	adj R ² .603 n=701	adj R ² .604 n=692

⁷⁰ Hier zijn alleen de aspecten van de kwaliteit van de dienstverlening meegenomen, omdat op deze manier de resultaten van de dienstverlening is geoperationaliseerd.

	waardering organisatie	waardering resultaten dienstverlening ⁷⁰
	- prijs/kwaliteit	
ouderenzorgorganisatie	- toegankelijkheid	
	- zorg-op-maat adj R ² .564 n=34	- zorg-op-maat - merkbare zaken adj R ² .713 n=34
	- prijs/kwaliteit	
gehandicaptenzorgorganisatie	- zorg-op-maat - betrouwbaarheid - participatie (neg) adj R ² ..331 n=240	- zorg-op-maat - merkbare zaken - bejegening adj R ² .514 n=238
	prijs/kwaliteit	
GGZ-organisatie	- toegankelijkheid	-
	- resultaten dienstverlening - betrouwbaarheid - privacy adj R ² .778 n=429	- zorg-op-maat - privacy (neg) - service - betrouwbaarheid (neg) adj R ² .652 n=429
	- prijs/kwaliteit	

5.3.4. Samenhang tussen interne- en externe service kwaliteit

De mate van tevredenheid van medewerkers met de interne service kwaliteit hangt positief samen met de waardering van cliënten voor de externe service kwaliteit (vgl. ook Schneider en Bowen, 1996). Dit is de vierde voorlopige uitspraak.

Is er een relatie tussen de interne- en externe service kwaliteit, zoals Heskett e.a. (1997) zeggen? Het is niet mogelijk daarop met de huidige data een duidelijk antwoord te geven. Er zijn een te gering aantal werkeenheden en de aantallen medewerkers en cliënten per werkeenheden zijn ook te klein om deze voorlopige uitspraak te kunnen onderzoeken. Om een indruk te krijgen is wel gekeken naar de gemiddelde scores van de medewerkers en cliënten. Met het idee dat wanneer die dezelfde rangorde vertonen dit een aanwijzing is voor een vermoedelijke samenhang. Immers de interne- en de externe service kwaliteit schijnen volgens de auteurs (ibid) positief samen te hangen.

De tabel laat geen duidelijke samenhang zien. Alleen ggzorg1 t1 neemt zowel bij de interne- als de externe service kwaliteit de tweede plaats in.

tabel 5.16. Rangorde

	Gemiddeld oordeel medewerkers over vraagsturing van de dienstverlening (interne service kwaliteit)		Gemiddeld oordeel cliënten vraaggerichte dienstverlening (externe service kwaliteit)	
Ggzorg1 t1	16.88	2e pos	12.79	2e pos
Gehzorg 2	15.86	3e pos	13.89	1e pos
Ozorg 1	17.75	1e pos	12.14	3e pos

Vervolgonderzoek dat over grotere aantallen cases en respondenten beschikt, zal hierover duidelijkheid moeten geven.

5.3.5. Effect participatie op kwaliteit dienstverlening

De laatste voorlopige uitspraak die wordt onderzocht, luidt:

‘Participatiemogelijkheden van medewerkers en cliënten in het verbeteren van de dienstverlening leiden:

- bij medewerkers tot tevredenheid met de organisatie en het werk;
- bij cliënten tot tevredenheid met de organisatie en met de resultaten van de dienstverlening.

Medewerkers-participatie

Gehele sector

Zowel ten aanzien van de tevredenheid met de organisatie als bij de tevredenheid met het werk is participatie van significant belang. Wat betreft de invloed op de tevredenheid met de organisatie zijn er negen regressiemodellen en maakt participatie in de laatste twee deel uit van de regressievergelijkingen. De voorspellende waarde in vergelijking met de andere regressiecoëfficiënten is respectievelijk 10.6% en 9.8% (β -0.216; $p < 0,05$ en β -0.129; $p < 0,05$). Er is sprake van een negatieve invloed (voor een verklaring hiervoor zie de tekst bij tabel 5.6).

Wat betreft de tevredenheid met het werk wordt het aspect in het laatste en zevende model opgenomen en neemt het 5.1% van de voorspellende waarde in de regressievergelijking voor zijn rekening (β 0.067; $p < 0,05$). (Zie tabellen 5.6. en 5.7.) Hier is het verband positief. Daaruit kan men afleiden dat participatie in de directe werksituatie wél tot tevredenheid leidt.

Per deelsector afzonderlijk (voor de regressiemodellen zie tabel 5.8., 5.26 t/m 5.32)

In geen van de organisaties die de deelsectoren vertegenwoordigen vindt participatie een plaats in de regressiemodellen. Het speelt geen enkele rol van betekenis bij een toename van de tevredenheid met de organisatie en het werk.

Cliënten-participatie

Gehele sector

Cliëntenparticipatie speelt een negatieve rol bij de waardering van cliënten voor de organisatie (tabel 5.11.).⁷¹ Wanneer het gaat om hun waardering voor de resultaten van de dienstverlening verandert die echter in een positieve invloed (tabel 5.12.).

Per deelsector afzonderlijk (voor de regressiemodellen: zie tabellen 4.33 t/m 4.38 in de bijlagen)

Participatiemogelijkheden spelen in de *ouderenzorgorganisatie* wat betreft de waardering voor de organisatie geen enkele rol. Het aspect wordt in geen enkel regressiemodel opgenomen.

In de *gehandicaptenzorgorganisatie* leidt de mogelijkheid tot participatie van cliënten in het derde en meest volledige model mede tot een significante *afname* van de waardering voor de organisatie (β = -0.501; $p \leq 0,01$; tabel 5.35). De verklaarde variantie van de modellen varieert van bijna 27% tot 33%.

Overeenkomstig de *ouderenzorgorganisatie* speelt in de *GGZ-organisatie* participatie geen enkele rol in de waardering voor de organisatie. Ook bij de resultaten van de dienstverlening is het nergens in de regressiemodellen als relevant aspect opgenomen.

⁷¹ Voor een uitleg hiervoor zie § 5.3.3.2.

Conclusies

Medewerkersparticipatie speelt een relatief geringe rol in de voorspelling van de mate waarin medewerkers tevreden zijn met hun werk. Wanneer het over de tevredenheid met de organisatie gaat blijkt de invloed negatief te zijn (voor verklaring zie de tekst bij tabel 5.6).

Cliëntenparticipatie speelt een negatieve rol als voorspeller van de waardering voor de organisatie, wanneer de sector als geheel wordt bekeken. De waardering voor de organisatie ondervindt in de gehandicaptenzorgorganisatie een negatieve invloed van de participatiemogelijkheden. In de ouderenzorg- en de GGZ-organisatie ontbreekt het aspect in de regressiemodellen.

De voorlopige uitspraak klopt niet: soms heeft participatie een positief effect, soms is er geen effect en soms oefent het zelfs negatieve invloed uit.

5.3.6. Algemene conclusies naar aanleiding van de bevindingen

Deze algemene conclusies betreffen de:

- voorlopige uitspraken;
- het model en onderzoeksontwerp.

Volgens het PTO-schema leiden onderzoeksuitkomsten tot vervolgvragen. Deze vragen zijn in de tekst cursief afgedrukt. Aan het einde van dit hoofdstuk zullen zij nogmaals worden weergegeven.

Voorlopige uitspraken

De *eerste voorlopige uitspraak* handelde over het effect van het servicebeleid (concept en strategie) op de interne en de externe service kwaliteit. Op het moment dat men in het beleid met de verwachtingen en (zorg)vragen van cliënten rekening houdt, leidde dit tot inspanningen om de vraag beter op het aanbod af te stemmen. Dit bleek bij de onderzochte organisaties meestal ook het geval te zijn. Het HRM speelde hierin echter geen rol van betekenis. Ook was het beleid geen direct gevolg van de Modernisering van de AWBZ. Over deze macro-ontwikkeling in de gezondheidszorg werd slechts mondjesmaat in de beleidsstukken gerept. Dit roept de vraag op of zorgorganisaties zich inderdaad nauwelijks iets gelegen laten liggen aan de Modernisering van de AWBZ? *Verwerken zij de veranderingen die de Modernisering van de AWBZ met zich meebrengt voldoende in hun service en HRM beleid om via de interne en externe service kwaliteit vraaggerichte dienstverlening te stimuleren (vgl. § 5.3.1.)?*

De *tweede voorlopige uitspraak* ging over het effect van de interne service kwaliteit op de tevredenheid van medewerkers. Aspecten van deze interne service kwaliteit bleken inderdaad een positieve invloed uit te oefenen op de tevredenheid van medewerkers met de organisatie en het werk. Op training en beloning na, deden alle aspecten er toe die Heskett e.a. (1997) in hun onderzoek hadden geïdentificeerd. De uitgebreidere operationalisaties van de interne service kwaliteit leverden extra inzichten op. Rolverwachtingen, de resultaten van het werk, lichamelijke belasting en werkdruk, sociale steun en roostering kwamen als onafhankelijke variabelen terug in de regressiemodellen. Participatie oefende een negatieve invloed uit op de tevredenheid met de organisatie.

Bij de afzonderlijke deelsectoren was er variatie in de aspecten die invloed uitoefenden, terwijl sommige aspecten onverwacht een negatief effect op de tevredenheid van medewerkers hadden (zoals roostering en samenwerking). Is dit en het voorgaande nog steeds het geval bij een tweede meting? Welke aspecten zijn belangrijk voor de tevredenheid van medewerkers als het om grotere aantallen gaat? Wat is dan hun invloed op de afhankelijke variabelen? Blijft het beeld van de onderzoeksresultaten min of meer consistent? Kortom, *op welke manier en in welke mate oefenen de aspecten van de interne service kwaliteit invloed uit op de tevredenheid van medewerkers voor de organisatie en hun werk?*

De *derde voorlopige uitspraak* poneerde dat de externe service kwaliteit van een zorgorganisatie effect heeft op de waardering door cliënten. Zowel de toegankelijkheid van de dienstverlening, de kwaliteit van de diensten, als de prijs/kwaliteit verhouding bleken invloed te hebben op de waardering van cliënten. Hoe beter deze zaken waren geregeld (overeenkomstig de verwachtingen en zorgvragen van cliënten) des te hoger de waardering voor de twee afhankelijke variabelen (waardering voor de organisatie en de resultaten van de dienstverlening).

De aspecten participatie, privacy en de betrouwbaarheid van het personeel gaven (als aspecten van de kwaliteit van dienstverlening) soms een tegengesteld beeld te zien. Op het idee na dat dit misschien ligt aan de beperkingen van de respondenten uit de AWBZ, of vanwege meetonvolkomenheden, valt het moeilijk inhoudelijk te verklaren. Er blijven dus nog vragen over voor een tweede meetmoment. Levert een tweede meting met een groter aantal organisaties en respondenten soortgelijke resultaten op? *Op welke manier en in welke mate oefenen de aspecten van de externe service kwaliteit dan invloed uit op de waardering van cliënten voor de resultaten van de dienstverlening en de waardering voor de organisatie?*

De *vierde voorlopige uitspraak* kwam neer op de satisfaction mirror van Heskett e.a. (1997) die zegt dat de interne service kwaliteit de kwaliteit van de externe service beïnvloed: medewerkerstevredenheid als gevolg van de interne service kwaliteit beïnvloedt de waardering van cliënten voor de dienstverlening. Het was echter niet mogelijk om dit in dit exploratieve deel te onderzoeken. Er waren gewoonweg onvoldoende werkeenheden om het oordeel van medewerkers en cliënten met elkaar te kunnen vergelijken. Omdat het een belangrijke gedachte van de Service Profit Chain is moet de vraag wel worden gesteld *op welke manier en in welke mate de aspecten van de interne service kwaliteit invloed uitoefenen op de waardering van cliënten voor de resultaten van de dienstverlening, de waardering voor de organisatie en de gemiddelde dienstverlening*. Is er inderdaad sprake van een samenhang zoals Heskett e.a. die vonden?

De *vijfde voorlopige uitspraak* stelde het verband tussen medewerkers- en cliëntenparticipatie aan de ene kant en de uitkomstvariabelen aan de andere kant centraal (bij medewerkers het oordeel over de organisatie en het werk en bij cliënten hun waardering voor de organisatie en de resultaten van de dienstverlening). Bij de medewerkers speelde participatie een negatieve rol in de verklaring van hun tevredenheid met de organisatie. Participatie bleek echter een positief effect te hebben op de tevredenheid met het werk. Een mogelijke inhoudelijke verklaring is dat participatie waarschijnlijk vooral betrekking moet hebben op hun eigen werksituaties.

Cliëntenparticipatie tempert in het algemeen de waardering voor de organisatie (door cliënten). Een voorlopige conclusie kan luiden dat zij hun inbreng vooral richten op het transactiemoment. Bij de drie afzonderlijke organisaties is er variatie in het effect: bij de ouderenzorg en de GGZ ontbreekt die en in de gehandicaptenzorg is het effect negatief. Waarschijnlijk is deze variatie toe te wijzen aan de grote verschillen die er tussen de cliëntengroepen van de AWBZ deelsectoren bestaan. In ieder geval ondersteunt deze exploratie de bevindingen van Heskett e.a. (1997) niet.

Het model en onderzoeksontwerp

Een belangrijke vraag van het explorerende onderzoek was of de Service Profit Chain van toepassing op de AWBZ-sector kon worden gemaakt. De literatuurstudie leidde tot aanpassingen die in het model waren te integreren en het model toesneden op de AWBZ. Denk aan de uitbreiding van de interne service kwaliteit met het construct 'werksysteem', de 'zichtbaarheid van de werkresultaten', 'lichamelijke belasting' en 'werkdruk'. Terwijl 'privacy' werd toegevoegd aan de externe service kwaliteit. De resultaten van de exploratie ondersteunden dit. De invloed van de aspecten van de interne en externe service kwaliteit op de afhankelijke variabelensets bleek in de empirie terug te vinden. Het werd duidelijk welke aspecten van deze elementen het oordeel van de medewerkers of cliënten

beïnvloedden. De resultaten bevestigen het idee om een model over service uit de zakelijke en commerciële dienstverlening te gebruiken voor verder onderzoek in deze non-profitsector. Met het model is het mogelijk om *op hoofdlijnen* de veronderstelde samenhang tussen het servicebeleid, het HRM en de dienstverlening van zorgorganisaties te onderzoeken.

De relatie tussen de interne- en externe service kwaliteit bleek niet vastgesteld te kunnen worden. Dit kwam door onvoldoende werkeenheden en een te gering aantal respondenten. Het toetsende deel van het onderzoek dient voldoende werkeenheden op te leveren om dit belangrijke veronderstelde verband te onderzoeken.

Het onderzoeksdesign van het explorende deel was gericht op de relaties van het model (zie § 4.1. en § 4.2.) en niet op de hoofdvraag die Heskett e.a. (1997) zich hadden gesteld waarom de ene organisatie beter presteerde dan de andere. Deze vraag is van belang omdat best practice inzicht kan geven welke variatie er modelmatig tussen organisaties bestaat. *Is er inderdaad onderscheid in vraaggerichte dienstverlening tussen zorgorganisaties wat betreft de manier waarop de interne service kwaliteit is ingericht?* Het toetsende deel van deze studie zal op deze vraag antwoord moeten geven.

Operationalisaties

Het onderzoek naar de deugdelijkheid van de meetinstrumenten was het tweede doel van het exploratieve onderzoek. De checklists zijn bruikbare instrumenten gebleken om gericht en systematisch informatie te verzamelen tijdens de documentenstudie: zij hielpen data te selecteren, te ordenen op basis van de belangrijkste begrippen uit het model. Dezelfde conclusie is te trekken met betrekking tot de vragenlijsten: de interne consistentie van de schalen is over het algemeen redelijk tot goed (zie de bijlagen van dit hoofdstuk). De literatuurstudie en consultatieronden leverden enkele nieuwe operationalisaties op die aan de interne service kwaliteit van het model werden toegevoegd. Dit waren:

- zichtbaarheid van de werkresultaten;
- rolverwachtingen;
- lichamelijke belasting;
- werkdruk;
- sociale steun van leidinggevende en collega's;
- roostering;
- organisatieverandering.

Al deze ingevoegde aspecten bleken relevant te zijn: zij kwamen in regressieanalyses terug als verklarende variabelen.

Aan de externe service kwaliteit werd het construct 'privacy' toegevoegd en geoperationaliseerd. Het kreeg een plaats als een aspect dat onderdeel uitmaakt van de kwaliteit van de dienstverlening. Zorg-op-maat bleek een uiterst belangrijk aspect van de externe service kwaliteit. Het oefende sterke invloed uit op de waardering van cliënten voor de organisatie en de resultaten van de dienstverlening.

Toch waren er enkele onvolkomenheden in de vragenlijsten. De interne consistentie van het construct 'overleg' was onder de maat (tabel 5.22.). Door dit op inhoudelijke gronden te combineren met de schaal 'afstemming' werd de waarde van de Cronbachs Alpha verhoogd. Dit zal in de vragenlijst voor het toetsende gedeelte worden doorgevoerd. Dit geldt eveneens voor de schalen 'rapportage' en 'informatievoorziening'.

De interne consistentie van de schalen overleg, rolverwachtingen en ondersteuning met allerlei middelen zijn bij alle organisaties matig (tabel 5.22.). Overleg en afstemming lenen zich inhoudelijk voor een samenvoeging (de inhoud van de items liggen in elkaars verlengde). Het leidde tot de volgende nieuwe waarden: ouderenzorg: .6470; gehandicaptenzorg: .7142; GGZ: .6883.

Omdat de schaal ‘rolverwachtingen’ lage Cronbach Alpha-waarden had (ibid), zullen voor de vragenlijst voor het toetsende onderzoek sommige items moeten worden geherformuleerd in de hoop op verbetering van de interne consistentie. De schaal ‘ondersteuning met allerlei middelen’ bleek in alle drie de deelsectoren een matige interne consistentie te bezitten. In onderzoek dat door Schmidt en Allscheid (1995) werd uitgevoerd voorspelde het construct ‘service support’ mede de waardering van klanten voor de dienstverlening. Het gaat dan om de kwaliteit van de interne service om de gewenste diensten te verlenen. Op basis van deze bevinding is de schaal ‘ondersteuning met allerlei middelen’ uitgebreid met een schaal die expliciet de mening van medewerkers meet over de interne service om vraaggericht te kunnen werken (interne service). Het kan inzichten opleveren over het effect op de arbeidssatisfactie en of het invloed heeft op het oordeel van cliënten over de dienstverlening.

Schlesinger en Zornitsky (1991) vonden dat medewerkers die meer tevreden waren over hun feitelijke dienstverlening, meer voldoening uit hun werk haalden. Indien medewerkers daar tevreden over zijn, zegt dat natuurlijk iets over hun oordeel over de eigen deskundigheid, maar ook over de kwaliteit van de interne service om daadwerkelijk goede diensten te verlenen. Dit zijn redenen geweest een schaal te ontwerpen om het oordeel van medewerkers te meten over de mate waarin zij zorg-op-maat hebben geleverd.

In Leggatt’s (2003) studie over de vraag waarom bepaalde ziekenhuizen beter zijn in het leveren van de zorg dan anderen, maakte leiderschap een deel van de verklaring uit. Zij vond bovendien een sterke relatie tussen transformationeel en charismatisch leiderschap en het HRM. Heskett e.a. (1997) expliciteren leiderschap niet. Leiderschap is bij Heskett e.a. (1997) dan wel een onderdeel van de benadering om goede service te verlenen, als factor heeft het geen plaats gekregen in het model. Wel stellen de leiders het serviceconcept en de servicestrategie vast. Ook scheppen zij de voorwaarden om het aanbod goed te kunnen organiseren. Leiderschap keert ook terug in het luisteren naar medewerkers en het bieden van sociale steun. Veel literatuur geeft aan dat het een factor van (enig) belang is (Bryan, 1996; Kotter, 1996; Scholten, Jaques, 2005; Stogdill, 1974; Yukl, 1998). Telt leiderschap ook mee in de waardering van medewerkers en cliënten? Leiderschap is niet als apart construct in de vragenlijst opgenomen. Wel zijn er items die over leiderschap gaan. In het toetsende deel worden deze ook gebruikt om een construct ‘leiderschap’ mee te construeren.

De vragenlijsten voor cliënten worden niet uitgebreid. Omdat ‘privacy’ een relatief matige interne consistentie had (tabel 5.23.), zal deze worden uitgebreid met items die al in de vragenlijst onder andere constructen waren opgenomen, maar ook privacy betroffen.

De routing van de vragenlijst voor cliënten in de GGZ was niet geheel duidelijk voor sommige cliënten en is daarom is samenspraak met cliënten aangepast, zodat hij gemakkelijker was in te vullen.

Managers

Het hoofdstuk over de service en zorgorganisaties (hoofdstuk 2) maakte melding van de diverse perspectieven op dienstverlening. Eén perspectief was dat van de managers. Voor onderzoek naar de verschillen in het oordeel over de dienstverlening zal hen in het toetsende deel worden gevraagd wat zij van zowel de interne – als de externe service kwaliteit vonden. Dat gaat gebeuren met een korte vragenlijst met items geformuleerd volgens de Likertschaaltechniek. Elk item heeft vijf antwoordcategorieën: van helemaal mee eens tot helemaal mee oneens. Naast de items die hun mening moesten peilen, waren er enkele achtergrondvariabelen in de vragenlijst opgenomen, waaronder de afdeling waar zij werkten. De operationalisaties staan vermeld in de onderstaande tabel.

Tabel 5.17. Operationalisaties oordeel van managers over interne- en externe service kwaliteit

Service kwaliteit	
construct	operationalisatie
interne service kwaliteit	adequate ondersteuning in middelen en (HR-) maatregelen
	afgestemd HRM (HR-activiteiten)
	aanwezigheid van strategische koppeling HRM met organisatiestrategie
	stimuleren participatie medewerkers
externe service kwaliteit	toegankelijkheid dienstverlening
	bieden van zorg op maat
	oordeel over kwaliteit van de dienstverlening eigen werkeenheden
	participatiegraad cliënten
relevante achtergrondvariabelen	functie
	aantal jaren werkzaam in functie
	sexe
	opleidingsniveau

Service Care Chain

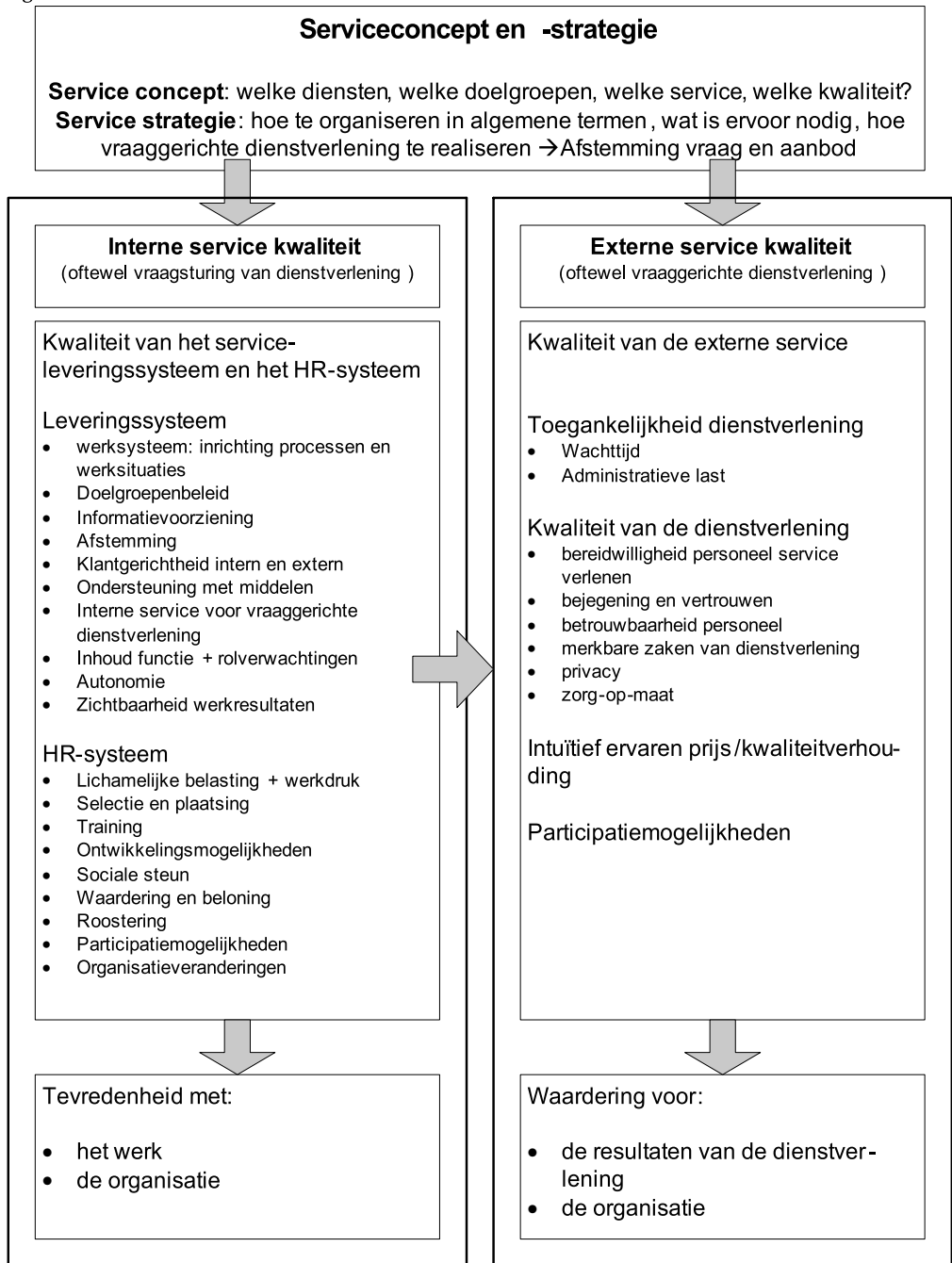
Het exploratieve deel van deze studie heeft het idee bevestigd dat de Service Profit Chain met aanpassingen de invloed van service en HRM op het oordeel van medewerkers en cliënten kan onderzoeken.

Door de aanpassingen van het model (zoals hierboven zijn beschreven) is de verwachting dat het nog beter is toegesneden op de situatie van zorgorganisaties. Naar analogie van de titel die Heskett e.a. (1997) aan het oorspronkelijke model gaven, krijgt het gemodificeerde model de naam “Service Care Chain”, want het model geldt voor de zorgsector. Maar het gaat ook om de ‘zorg’ (in de zin van adequate ondersteuning) die er voor medewerkers moet zijn, wil een zorgorganisatie kwalitatief goede diensten kunnen verlenen. Ook benadrukt de titel van het model de samenhang tussen de elementen in *de bedrijfsketen*. Deze elementen zijn:

- het serviceconcept en de servicestrategie;
- de interne service kwaliteit, met als uitkomsten de tevredenheid van medewerkers voor hun werk en voor de organisatie;
- interne en externe service kwaliteit;
- de externe service kwaliteit, met als uitkomsten de waardering van cliënten voor de resultaten van de dienstverlening en voor de organisatie die dit heeft geleverd.

De volgende afbeelding toont schematisch de inhoud van het nieuwe model en de relaties tussen de elementen.

Figuur 5.1. De “Service Care Chain



5.4. Vervolg-probleemstellingen op een rij

Het explorerende deel van het onderzoek geeft aanleiding tot het formuleren van vervolgprobleemstellingen (zie de conclusies bij de onderdelen ‘voorlopige uitspraken’ en ‘model’ van deze paragraaf)⁷². Deze vragen geven richting aan het toetsende deel van dit promotieonderzoek (waar het aangepaste model zal worden getoetst).

1. Verwerken zorgorganisaties de veranderingen die de Modernisering van de AWBZ met zich meebrengt voldoende in hun service en HRM beleid om via de interne en externe service kwaliteit vraaggerichte dienstverlening te stimuleren?
2. Op welke manier en in welke mate oefenen de aspecten van de interne service kwaliteit invloed uit op de tevredenheid van medewerkers voor de organisatie en hun werk?
3. Op welke manier en in welke mate oefenen de aspecten van de interne service kwaliteit invloed uit op de waardering van cliënten voor de resultaten van de dienstverlening, de waardering voor de organisatie en de gemiddelde dienstverlening?
4. Op welke manier en in welke mate oefenen de aspecten van de externe service kwaliteit invloed uit op de waardering van cliënten voor de resultaten van de dienstverlening en de waardering voor de organisatie?
5. Is er onderscheid in vraaggerichte dienstverlening tussen zorgorganisaties wat betreft de manier waarop de interne service kwaliteit is ingericht?

Het volgende hoofdstuk geeft inzicht in de huidige stand van zaken welke bijdrage het HRM en het servicebeleid van organisaties kunnen leveren aan de bedrijfsuitkomsten van diverse soorten organisaties. Op basis daarvan worden er hypothesen geformuleerd. Het empirische onderzoek van het toetsende deel zal deze hypothesen aan een falsificatiepoging onderwerpen.

⁷² Halverwege dit onderzoeksproject is met hoogleraren en de begeleidingscommissie van De Open Ankh geëvalueerd of de Service Profit Chain voldoende houvast boodt voor verder onderzoek in de AWBZ. Dit als extra check. Er is toen besloten verder te gaan.

6. De Service Care Chain: inbedding en hypothesen

6.1. Inroductie

Werd in het vorige hoofdstuk de Service Care Chain geïntroduceerd, in dit hoofdstuk wordt dit model stap voor stap ingebed in theoretische – en empirische bevindingen. Daarmee krijgt het een plaats in de context van recente en relevante wetenschappelijke kennis over de invloed van het HRM en van service op de prestaties van bedrijven. Dit maakt de formulering van hypothesen mogelijk om het model op zijn geldigheid te onderzoeken.

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen is de relatie van belang tussen a) de omgeving van de organisatie en haar strategie, b) de organisatiestrategie en de interne en externe service kwaliteit en c) het verband tussen deze twee componenten van de service kwaliteit zelf. Het zal blijken dat het Service Care Chain-model feitelijk een afbeelding is van de diverse soorten ‘fits’ tussen de elementen waaruit het is opgebouwd. Dat is de reden om de hypothesen te ordenen op basis van de fits waaruit het model bestaat.

In paragraaf 6.2. komen enkele assumpties aan de orde die ten grondslag aan het model liggen. Vervolgens krijgen in de opeenvolgende paragrafen de contextuele fit (§ 6.3), de strategische fit (§ 6.4), de interne fit (§ 6.5, de transactionele en service fit (§ 6.6 en 6.7) een plaats.

6.2. Assumptie en kenschets van de fits in de Service Care Chain

Het model van de Service Care Chain is in wezen een afstemmingsmodel. De werking verloopt theoretisch op de volgende manier. Naast een goede fit tussen het leveringssysteem en de doelgroep dienen de HR-activiteiten op deze beide elementen te zijn afgestemd en tegelijk aan te sluiten bij de behoeften en verwachtingen van de medewerkers die de diensten daadwerkelijk verlenen (interne fit) (vgl. Eaton, 2000).

De resultaten van de dienstverlening moeten overeenkomen met de verwachtingen van cliënten uit die bepaalde doelgroep. Dat geldt ook voor hun verwachtingen over aspecten die de kwaliteit van de dienstverlening betreffen (service fit). Dit alles moet volgens Heskett e.a. (1997) zijn oorsprong vinden in een service-concept. De strategie die het bedrijf volgt om dat concept te realiseren moet idealiter leiden tot een algehele afstemming van de onderdelen waaruit het model is opgebouwd (Heskett, 1997). Een essentiële assumptie van de Service Care Chain is dat een evenwichtige en consistente afstemming tussen de strategie van de organisatie, het HR-beleid en – activiteiten (strategische fit), en tenslotte de bedoelde kwaliteit van de dienstverlening zelf, zal leiden tot vraaggerichte dienstverlening (transactionele fit).

Deze studie onderzoekt of deze veronderstelde werking voor zorgorganisaties empirisch standhoudt. Tegelijkertijd komt zij tegemoet aan de agenda die Guest (1997: 276) uitzette, toen hij stelde dat: “We need to develop theory which integrates aspects of strategy and strategic integration with something like expectancy theory to create specific hypotheses about linkages.” De Service Care Chain is een model waarin verbindingen tussen de onderdelen vooral op verwachtingen van cliënten en medewerkers zijn gebaseerd: cliënten omdat zij bepaalde dienstverlening verwachten en medewerkers vanwege het feit dat zij verwachten goed ondersteund te worden in de uitoefening van hun functie. De volgende paragrafen gaan in op de diverse fits van het model. Door deze theoretische en empirische inbedding is het tevens mogelijk om de hypothesen af te leiden, aan de hand waarvan het model kan worden getoetst.

6.3. Contextuele fit⁷³

Zorgorganisaties hebben tegenwoordig te maken met een omgeving die razendsnel aan het veranderen is. Als gevolg van een scala aan overheidsmaatregelen is hun omgeving onzekerder geworden in vergelijking met enkele jaren geleden. Stimulering van concurrentie tussen zorgaanbieders en zorgfinanciers zal vermoedelijk resulteren in veranderingen van de machtsverhoudingen (Huijsman, 2004). Zorgkantoren en cliëntenbelangenorganisaties krijgen een grotere invloed, terwijl zorgaanbieders zich moeten waarmaken op het speelveld van een gereguleerde markt zoals in het tweede hoofdstuk is beschreven. Deze organisaties kunnen zich niet aan deze overwegend – naar analogie van Scott (2001) – ‘institutioneel regulatieve, normatieve en cultureel-cognitieve’ invloeden onttrekken. Want hun functioneren is omgeven met gedetailleerde wet- en regelgeving. Professionals oefenen een grote invloed uit op de primaire zorg en behandelprocessen. Imitatie op basis van benchmark moet best-practices in het veld verspreiden. De omgeving speelt met andere woorden een belangrijke rol in de ontwikkeling door zorgorganisaties van meer vraaggerichte dienstverlening.

Het neo-institutionalisme als benadering van de relatie ‘omgeving – organisatie’ vraagt uitdrukkelijk aandacht voor de invloed van omgevingskenmerken op het (dis)functioneren van organisaties, waarbij organisaties niet vanuit het rationeel – instrumentele perspectief worden beschouwd, maar ze veeleer worden geduid als resultanten van aanpassing aan sociaal culturele, politieke en maatschappelijke invloeden. Het legitimiteitsvraagstuk speelt een belangrijke rol in de aanpassing van organisaties aan geldende normen (DiMaggio en Powell, 1983; Meyer en Rowen, 1977; Scott en Meyer, 1983, 1991; Zucker, 1977). Naast de invloed van marktwerking werken ook maatregelen van de overheid, beroepsorganisaties en vakbonden in op het beleid van organisaties (Greenwood en Hinings, 1996). Ook onderzoekers van de invloedrijke cluster van contingentietheorieën hebben de invloed van omgevingsfactoren op bedrijven aangetoond (Burns en Stalker, 1961; Kieser en Kubicek, 1992; Lawrence en Lorsch, 1967; Mintzberg, 1979; Woodward, 1957). Wil de bedrijfsorganisatie effectief zijn, dan is een afstemming op de diversiteit, de onzekerheid en complexiteit van de omgeving noodzakelijk (Lammers e.a., 2001).

Zogenoemde ecologie-theorieën onderstrepen ook het belang van omgevingskenmerken voor het welslagen van organisaties (Hannan en Freeman, 1977; Singh, Tucker, House, 1986; Singh, House, Tucker, 1986). De onderliggende assumptie is dat ‘natuurlijke selectie’ resulteert in het overleven van de meest sterke organisaties en het verdwijnen van bedrijven die het in die omgeving niet redden.

Hoofdstuk twee maakte via het balanceringsvraagstuk al melding van de noodzaak voor organisaties rekening te houden met veranderingen in hun omgeving (Rogier, 1998). Interne handelingen (zoals de inrichting van het aanbod) zullen op externe handelingen (prijs-kwaliteit politiek bijvoorbeeld) moeten worden afgestemd om aansluiting te houden/verkrijgen met die veranderingen.

Het HRM van organisaties ontkomt ook niet aan de invloed van de omgeving waarin organisaties opereren (Boxall e.a., 2007; Cardy e.a., 2000; Horgan, 2003; Oliver, 1997; Paauwe, 2004; Ulrich en Brockbank, 2005). Wood (1999) introduceert daarvoor het begrip ‘environmental fit’. Baron en Kreps (1999) behandelen deze invloed door overeenkomstig Porter (1980) de externe omgeving uiteen te leggen in sociale, politieke, economische onderdelen en de wetgeving. Zij betogen dat bijvoorbeeld trainingsprogramma’s van multinationale ondernemingen onderhevig zijn aan culturele invloeden van de samenleving waarin dit bedrijf vestigingen heeft (Baron en Kreps, 1999). Brewster (1993, 1995) constateert verschillen in de aanpak van het HRM tussen Europese en Amerikaanse bedrijven en stelt een Europees HRM-model voor waar de invloed van cultuur, wetgeving en collectieve afspraken tussen werkgevers en -nemers een belangrijke plaats in krijgen. Baird en

73 Vergelijk § 2.3.

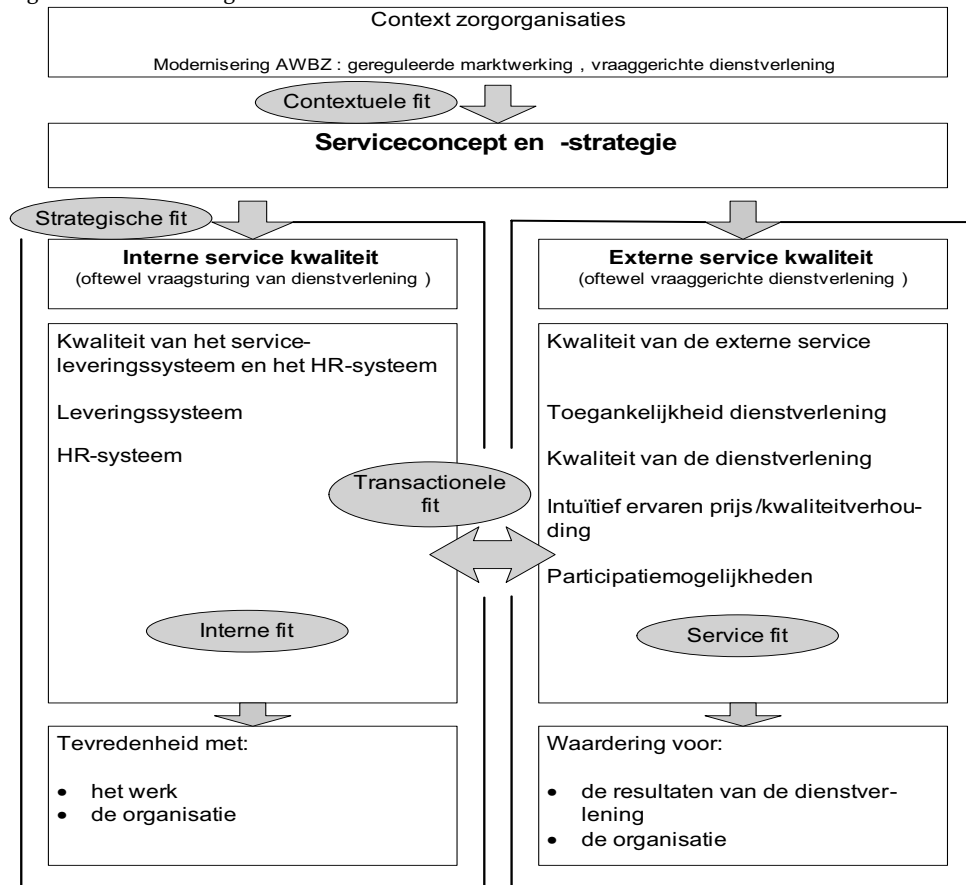
Meshoulam (1988) ontwikkelen een model voor strategisch HRM met uitdrukkelijke aandacht voor externe invloeden die op organisaties inwerken. Zij onderscheiden in het model vijf ontwikkelingsstadia waarin een organisatie zich kan bevinden. Deze ontwikkelingsstadie zijn mede afhankelijk van de omgeving. Greenwood en Hinings (1996) werken een raamwerk uit om veranderingen van organisaties als gevolg van externe invloeden beter te begrijpen. De complexe interactie tussen de context van organisaties en de acties die zij in antwoord daarop ontplooiën, maakt inzichtelijk waarom soms organisaties ontwikkelingen in de omgeving overnemen of verwerpen.

Paauwe en Boselie (2003) formuleren op grond van het institutioneel isomorfisme van DiMaggio en Powell (1983) veronderstellingen die het effect van de normatieve omgeving op het HRM van bedrijven voorspellen. Zij voorspellen bijvoorbeeld dat de toepassing van HR-scorecards zal leiden tot toename van homogeniteit van het HRM tussen bedrijven (Paauwe en Boselie, 2003). Boxall en Purcell (2003) beredeneren het effect van infrastructurele en politiek-economische systemen op de HRM-strategieën van bedrijven. Meyen en Rowen (1977) stellen dat de omgeving de strategie van organisaties mede vormgeeft. Appelbaum e.a. (2000) hebben aangetoond dat in veranderende omgeving van enkele industriële sectoren in de VS de strategie van High-Performance Work Systems (HPWS) een positieve invloed hebben op bedrijfsprestaties.

De literatuur toont telkens aan hoe belangrijk het is om aandacht te hebben voor de context van organisaties. Iedere benadering beargumenteert een manier waarop organisaties kunnen reageren om veranderingen in de omgeving op te vangen. Aanpassing is daarbij een sleutelwoord.

De Service Care Chain belicht onvoldoende deze contextuele invloed op de (in)effectiviteit van de zorgorganisatie en dus op haar prestaties. Op grond van deze bevindingen is het nodig het model aan te passen door er het element van de context aan toe te voegen. Na de aanpassing is het mogelijk de Modernisering van de AWBZ en de andere stelselwijzigingen in de gezondheidszorg als een belangrijke onafhankelijke invloed in het model op te nemen (vgl. hoofdstuk 2). Figuur één toont het aangepaste model.

Figuur 6.1. Uitbreiding Service Care Chain



Het feit dat zorgorganisaties – als ‘human service organisaties’ – niet ontkomen aan invloeden van buitenaf en het feit dat die invloeden momenteel redelijk dwingend zijn, zal moeten leiden tot een strategie om vraaggerichte dienstverlening te bevorderen. De eerste hypothese luidt dan ook:

Hypothese 1

Contextuele veranderingen leiden in dit type ‘human service organisaties’ op de gebieden van het serviceconcept en het leveringssysteem tot een strategie die op adaptatie is gericht.

6.4. Strategische fit

Onder strategische fit verstaat men een bewuste verbinding tussen het strategische beleid van de organisatie en het HRM-beleid (Baron en Kreps, 1999; Miles, Snow, 1984; Pauwe, 2004; Schuler, Jackson, 1987; Vloeberghs, 2000).

Het is hoogst onwaarschijnlijk dat de Modernisering van de AWBZ het strategische beleid en het HRM van zorgorganisaties ongemoeid zal laten (Van Wijk, Van Dijk, 2006). Een voorbeeld toont dit aan. Het rapport ‘Naar een betaalbare AWBZ’ (VWS, 2004) spreekt van ingrijpende structuurwijzingen die zullen leiden tot een flexibeler functioneren van zorgaanbieders. Dit heeft gevolgen voor de inzet van het personeel (Goudswaard en Batenburg, 2000). Lukt het zorgorganisaties door een flexi-

bele personeelsinzet in te springen op de zorgvragen van verschillende cliëntengroepen? De strategische fit is met andere woorden voor zorgorganisaties uit deze sector een belangrijk aandachtspunt voor de inzet van het HRM. Literatuur hierover ondersteunt dit standpunt (vgl. Boxall e.a., 2007).

Boxall en Purcell (2003) pleiten voor een brede koppeling tussen de organisatiestrategie en het HRM. Hun verhandeling toont aan dat zo'n koppeling niet alleen noodzakelijk is, maar in de diverse theoretische benaderingen is opgenomen. Zij stellen in hun studie over de relatie tussen strategie en HRM dat bijvoorbeeld planningssystemen een bijdrage kunnen leveren aan de capaciteit van een organisatie om te reageren op de omgeving, mits ze op gezette tijden worden geëvalueerd om bijstellingen mogelijk te maken (ibid). Dit zou naast arbeidsproductiviteit ook organisationele flexibiliteit en sociale legitimiteit behoren te omvatten (ibid: 246).

Het doorwerken van de strategie in HR-activiteiten – soms tot op het niveau van organisatie-eenheden – is volgens Baron en Kreps (1999, 506) van het allergrootste belang. Niet alleen in het licht van de te behalen bedrijfsresultaten, maar evenzeer voor een afgepast aanwenden van het menselijke kapitaal van organisaties. Ze sommen een scala aan maatregelen op om deze strategische fit te bewerkstelligen (ibid: 531). De algemene gedachte is dat een adequate strategische fit resulteert in succesvolle resultaten die zelfs tot competitief voordeel kunnen strekken (Guest, 1997). Purcell (2004) komt op een andere manier tot een soortgelijke gevolgtrekking. Hij betoogt dat centrale waarden – als een soort culturele strategie – van een bedrijf effect hebben op het HRM en doorwerkt in het commitment van medewerkers: bedrijven met geprononceerde centrale waarden hebben meer commitment van medewerkers (ibid). Hij concludeert dat strategische HRM van organisaties ten tijde van veranderingen duurzaam concurrentievoordeel kan opleveren of een uitstekende staat van dienst (ibid: 51).

Kaplan en Norton (2004) vinden in case-study's dat het merendeel van de bedrijven echter geen uitgesproken strategische fit kennen en houden een pleidooi die wel te expliciteren. Tot dezelfde conclusie komt Jones (1996) bij bedrijven die farmaceutische producten verkopen aan National Health Service-organisaties. De kernvraag is, hoe bedrijven "take advantage of the competitive opportunities that HRM presents?" (Boxall, Purcell, 2003: 228). Dit is mede afhankelijk van het werkveld van een organisatie. Dyer en Shafer (1999) komen tot de conclusie dat bedrijven in een beweeglijke markt over een flexibele personeelsinzet dienen te beschikken om te overleven. Wel is nader onderzoek gewenst over de precieze fit tussen de bedrijfsstrategie en het HRM bij dit soort bedrijven, stellen zij. MacDuffie (1995) ziet na onderzoek bij 62 automobiel assemblage fabrieken zijn hypothese bevestigd dat "HR bundles contribute most to assembly plant productivity and quality when they are integrated with manufacturing policies under the "organizational logic of a flexible production system" (pag. 197). In hun case-study van Motorola laten Ulrich en Brockbank (2005: 149 ev) het belang zien van strategisch HRM: "The company built a line of sight from investors and customers to its management and employees through more powerful HR-practices."

Na een exposé over de vraag of strategie en HRM ertoe doen, formuleert Pauwe (2004) enkele lessen. De belangrijkste is dat de relatie tussen strategie en HRM complex van aard is. Per organisatie dient bekeken te worden wat de beste fit is en hij sluit daarbij aan bij het standpunt van Dyer en Shafer (1999). Hij stelt dat: "Yet, even in unique situations, it is important to be able to map the various factors and variables that play a role in shaping HRM policies and practices (ibid: 33). Als één van de concretisering hiervan noemt hij dat ook klanten en medewerkers als stakeholders belang hebben in de uitkomsten van strategisch HRM (ibid: 33). Dit laatste punt sluit goed aan bij het onderwerp van deze studie welke bijdrage het strategische HRM aan de ontwikkeling van vraaggerichte dienstverlening kan hebben. Daarbij nemen het oordeel van medewerkers over ondersteunende HRM-maatregelen én het oordeel van cliënten over het resultaat daarvan op de feitelijke dienstver-

lening een cruciale plaats in. Het zegt namelijk iets over de doorvertaling van het strategische beleid naar de interne en externe service kwaliteit.

De Nederlandse gezondheidszorg kenmerkt zich door een sterk institutionele context die op een nogal dwingende manier op het strategische beleid van zorgorganisaties inwerkt. Dit geldt ook voor de veranderingen die men momenteel in de AWBZ aanbrengt. De van oudsher aanbodgestuurde zorg ontwikkelt zich door tamelijk forse ingrepen tot vraaggestuurde dienstverlening in een door de overheid gereguleerde marktsituatie. Vaste financieringsmethoden verdwijnen succesievelijk en maken plaats voor mededinging tussen organisaties (en zorgverzekeraars). Het uiteindelijke doel dat allerlei adviesraden en de wetgever op het oog hebben, is de ontwikkeling van vraaggerichte dienstverlening⁷⁴. Strategische keuzen zijn noodzakelijk voor zorgorganisaties om in de pas te blijven lopen met de Modernisering van de AWBZ en andere stelselwijzingen in de gezondheidszorg (Van Wijk, Van Dijk, 2006; vergelijk ook CIPD, 2006). Hun grootste opgave is het opbouwen van een vraaggestuurde dienstverlening met een goede doorvertaling naar het HRM, zoals is betoogd in het tweede en derde hoofdstuk. Jones (1996) onderstreept deze noodzaak om het HRM strategisch aan te passen als de overheid meer marktwerking nastreeft.

Vanwege het feit dat de AWBZ een arbeidsintensieve sector is, is het waarschijnlijk dat men het HR-beleid zal laten aansluiten op de nieuwe koers die men als organisatie moet kiezen. Concreet gesteld zullen aanpassingen of wijzigingen in het strategische organisatiebeleid van zorgorganisaties moeten leiden tot HRM dat vraaggerichte dienstverlening bevordert. In de vorm van de formulering van de tweede hypothese:

Hypothese 2

Adaptaties aan contextuele veranderingen door dit type ‘human service organisaties’ leiden tot strategisch HRM-beleid dat erop is gericht de dienstverlening conform de veranderingen te leveren.

De relatie tussen de context van organisaties, het strategische beleid en het HRM-beleid heeft met de eerste twee hypothesen een plaats gekregen. De volgende paragrafen bespreken achtereenvolgens de interne-, transactionele- en service fit.

6.5. Interne fit, interne service kwaliteit en medewerkerstevredenheid

Heskett e.a. (1997) stellen dat medewerkers meer tevreden zijn als de interne service kwaliteit samenhangt met het servicebeleid van de organisatie. Het is de uitgelezen manier om medewerkers in staat te stellen “resultaten te boeken voor de klant” (Heskett e.a., 1997: 42). Ook andere schrijvers stellen dat het gaat om het bereiken van consistente en adequate HR-activiteiten (het toepassen van de cyclus van vermogen in termen van Heskett) in de organisatie (Schlesinger, Zornitski, 1991; Simons, 1995; Ulrich, Brockbank, 2005; Zeithaml, Parasuraman, Berry, 1990; CIPD, 2006), die moeten leiden tot een excellente dienstverlening. Dit is de interne fit “which relates to the coherence and consistency among a set of related HRM practices (Pauwe, 2004: 36).



Heskett e.a. (1997) onderscheiden impliciet twee soorten bundels: ten eerste aspecten die gaan over het leveringssysteem (inclusief het job-design) en ten tweede HR-activiteiten die telkens weer in hun onderzoeken als kritische succesfactoren naar voren kwamen. Deze komen grotendeels overeen

⁷⁴ Dit is een belangrijk argument. Maar ook kostenbesparing van de AWBZ speelt een rol van betekenis (TK, 2003)

met de omschrijving van Appelbaum e.a. (2000) van high-performance worksystems (HPWS), maar zij zijn wel specifiek gericht op dienstverlenende bedrijven.

Volgens Appelbaum (ibid) komt het principe van HPWS neer op “Organizing the work process so that nonmanagerial employees have the opportunity to contribute discretionary effort (...). This work organization emphasis decentralization of the gathering and processing of information to non-managerial employees, with the information to be acted on and used by these employees for problem solving and decision making.” (Appelbaum e.a., 2000: 39). Ook Guest (1997: 273) is van mening dat de realisering van succesvolle bedrijfsresultaten mogelijk is door “the use of high performance or high commitment HRM practices”. Dit was precies wat Heskett e.a. (1997) vonden in succesvolle dienstverlenende bedrijven. Afhankelijk van de doelgroepen op wie zij zich richtten, slaagden deze bedrijven erin de HR-activiteiten op elkaar af te stemmen zonder bij wijze van spreken Appelbaum’s principes uit het oog te verliezen. De onderstaande tabel maakt een vergelijking tussen de elementen van Appelbaum e.a. (2000) en Heskett e.a. (1997), met het oog op de overeenkomsten tussen beide benaderingen.

tabel 6.1. Vergelijking aspecten Interne service kwaliteit met High Performance WorkSystems

Aspecten Interne service kwaliteit	Aspecten HPWS
Speelruimte in het nemen van beslissingen om de service voor klanten te optimaliseren <ul style="list-style-type: none"> - beslissingsbevoegdheid om klanten te binden binnen het kader van de servicestrategie en het dienstpakket voor de doelgroep (gezag om de klanten van dienst te zijn) - duidelijkheid voor medewerkers over wat wel en niet kan en onder welke condities - participatie in het verbeteren van de dienstverlening 	De mogelijkheid voor substantiële participatie <ul style="list-style-type: none"> - de autoriteit om zelfstandig problemen op te lossen - de ruimte om veranderingen in bedrijfsprocessen voor te stellen of te beïnvloeden - autonomie in en controle over beslissingen die het eigen werk aangaan - de mogelijkheid om met andere organisatieonderdelen te kunnen afstemmen
Juiste persoon op een plek met de juiste ondersteuning <ul style="list-style-type: none"> - gerichte selectie met een zwaar accent op houding en levensinzicht die passen bij de servicestrategie voor de doelgroep - gerichte training om vaardigheden aan te scherpen (of te ontwikkelen); ook met het doel het vergroten van het zelfvertrouwen en (levens)inzicht - inrichten van ondersteunende systemen: informatievoorziening, communicatietechnologie en andere faciliteiten 	Training <ul style="list-style-type: none"> - formele functiegerichte training - informele training (vaak als training-on-the-job) - onderwerpen van training <ul style="list-style-type: none"> - verkrijgen van kennis over de organisatie (om klanten van dienst te kunnen zijn) - basisvaardigheden - specifieke technische en beroepsmatige vaardigheden - sociale, teambuildings- en leidinggevende vaardigheden - probleemoplossende vaardigheden - strenge en gerichte selectie en wervingsprocedures
Beloning en waardering <ul style="list-style-type: none"> - beloning in overeenstemming met prestaties - frequente sociale waardering - evenwicht tussen financiële beloning en niet financiële beloning 	Incentives <ul style="list-style-type: none"> - financiële (extrinsieke) beloning - intrinsieke incentives door HPWS-methodiek - wederzijds vertrouwen - werknemers beschouwen als belangrijke stakeholders
	
HR-activiteiten dienen onderling op elkaar te zijn afgestemd afhankelijk van de servicestrategie en de behoeften van de klantengroepen <ul style="list-style-type: none"> - consequent doorvoeren - de daad bij het woord voegen 	op het bedrijfsdoel afgestemde HR-activiteiten die medewerkers motiveren en stimuleren zich in te zetten voor het bedrijfsresultaat (p. 35)

De elementen van het leveringssysteem zijn primair nodig om de dienstverlening te kunnen organiseren en te produceren (Eaton, 2000; Normann, 1991; Hardjono en Bakker, 2000; Schneider, White, Paul, 1998). De HR-activiteiten – als specifieke bundels – moeten bijdragen aan een excellente

dienstverlening. Zodra men een optimale interne fit bewerkstelligt, vertaalt dit zich in medewerkers die tevreden zijn met hun werk en met de organisatie.

Welke HR-uitkomsten kunnen deze bundels hebben? Eén van de eersten die het effect van HR-praktijken modelmatig verbonden aan HR-uitkomsten waren Beer e.a. (1984). Volgens hen hebben “HRM policy choices” zoals de participatie van medewerkers, beloningssystemen en werksystemen effect op bijvoorbeeld hun betrokkenheid op een organisatie en in tweede instantie op hun tevredenheid. Guest (1997) onderscheidt onder meer de betrokkenheid van medewerkers op de organisatie en hun tevredenheid als gevolg van HR-activiteiten. Paauwe en Richardson (1997) nemen in de box ‘HRM uitkomsten’ zowel werknemerstevredenheid op als hun betrokkenheid op de organisatie. Samen met andere HRM uitkomsten kunnen zij bijvoorbeeld leiden tot positieve financiële resultaten van een organisatie of verhoging van de productie. Ook noemen zij als bedrijfsresultaat de kwaliteit van de service en klantentevredenheid. Dat HR-bundels belangrijk zijn voor organisatieuitkomsten zoals ondermeer het personeelsverloop en commitment, toont Verburg (1998) aan. Gunthrie (2001) stelt een voordelige invloed vast van ‘high-involvement work practices’ op de binding van medewerkers aan het bedrijf en de productiviteit. Appelbaum e.a. (2000) nemen ‘job satisfaction’ en ‘organizational commitment’ als prestatie-uitkomsten van HR-beleid op in hun model. Zij vinden onder meer dat de factoren vertrouwen en de intrinsieke beloning die uitgaat van het werken in HPWS, ‘have strong positive impacts on organizational commitment and jobsatisfaction.’ (ibid: 201). Wallace (1995) vindt een positieve samenhang tussen medewerkerstevredenheid en betrokkenheid op de organisatie. Borril e.a. (2000) constateren in hun onderzoek dat een evenwichtige samenstelling van teams (naar leeftijd, sexe, grootte) en hun toerusting (participatie, beslissingsbevoegdheid) een sterk effect heeft op het innovatieve vermogen en effectiviteit. Boselie (2002: 116) beschrijft een positief verband tussen de inzet van ‘commitment HR-systems’ en de feitelijke betrokkenheid van medewerkers bij organisaties uit de sectoren van gemeentelijke overheid, hotelbranche en ziekenhuizen. En Leijten (1992) constateert een positief verband tussen stimulerend HRM en (onder anderen) medewerkersbetrokkenheid en het verzuimpercentage. Dit vinden ook Rondeau en Wagar (2001) onder verpleegkundigen werkzaam in verzorgingshuizen. Tevredenheid van medewerkers met het werk en de organisatie (die dat mogelijk maakt), blijken belangrijke uitkomsten te zijn van de interne service kwaliteit.

Peccei (2004) pleit voor onderzoek dat zich uitdrukkelijk richt op de perceptie van medewerkers over de kwaliteit van hun werk. Hij vindt het de grootste uitdaging van dit soort onderzoek “om te begrijpen hoe de verschillende HR-activiteiten de meest direct betrokkenen, namelijk de werknemers op de werkvloer, kunnen beïnvloeden.” (Peccei, 2004 : 67). Deze insteek helpt volgens hem de relatie tussen allerlei HR-activiteiten en gedragresultaten te ontrafelen. Dit is een belangrijke reden de aspecten medewerkerstevredenheid en hun waardering voor de organisatie in deze studie te betrekken.

Zo blijken bij de Engelse National Health Service (NHS) significant meer medewerkers (87%) tevreden met hun werk in vergelijking met de financiële sector (76%) (HRM Guide UK, 2002). Het is op basis van het voorgaande te verwachten dat dit positief uitpakt voor de kwaliteit van hun werk en voor de resultaten van het bedrijf. Guest e.a. (2004) duiden enkele factoren aan die de arbeidssatisfactie van medewerkers in gezondheidszorgorganisaties (verpleegkundigen, vroedvrouwen en ambulante adviseurs) sterk beïnvloeden. Het waren de ervaren werkstress, correcte beloning, leiderschap en de balans tussen werk en privé.

De tevredenheid van medewerkers vormt in de Service Care Chain een niet onbelangrijke schakel tussen de interne service kwaliteit en de totstandkoming van vraaggerichte dienstverlening. Want medewerkers die in goed geoutilleerde werkomgevingen (leveringssystemen) werken, presteren beter tijdens het transactiemoment en zijn tevredener met hun werk (Heskett e.a., 1997; Korczynski, 2001; Normann, 1991; Schneider e.a., 1998).

De derde hypothese luidt:

Hypothese 3

Als aspecten van de interne service kwaliteit (het leveringssysteem en het HR-systeem) van dit type ‘human service organisaties’ een interne fit hebben, zal dat resulteren in medewerkerstevredenheid met de organisatie en het werk.

6.6. Transactionele fit interne service kwaliteit en vraaggerichte dienstverlening

Volgens onderzoekers die men tot de New Service Management School kan rekenen, moeten alle inspanningen van een bedrijf erop gericht zijn zo goed mogelijk de verwachtingen van tevoren gekozen groepen in te lossen (Heskett e.a., 1997; Johnson, 1996; Schmidt, Allscheid, 1995; Schneider, 1979; Schneider, Bowen, 1993). Dit zal tot een hoge waardering van klanten leiden voor de dienstverlening. Ook de Engelse onderzoekers Hendry and Pettigrew (1990) impliceren dit. Guest (1997: 273) schrijft dat er “consistently stronger support (is) for the internal fit model with its view that those organizations that use more high performance HRM practices report higher performance.” De bevindingen van Eaton (2000) lijken dit te onderschrijven wanneer zij met de ‘HPWS-bril’ naar de kwaliteit van de dienstverlening in verzorgingshuizen kijkt.

De Modernisering van de AWBZ stelt – in andere woorden – ook de performance centraal door te zeggen dat zorgaanbieders primair in zouden moeten gaan op de vragen van cliënten in plaats van het zorgaanbod centraal te stellen (VWS, 1999, 2001; CPB, 2003; RVZ, 1997, 2000, 2003). Deze organisaties worden door de nieuwe wet- en regelgeving hiertoe aangezet. Waren tot voor kort alleen productieafspraken met het zorgkantoor bepalend voor het instellingsbudget, in de nabije toekomst zullen de prijs-kwaliteitverhouding van de diensten en het oordeel van de cliënten steeds belangrijker gaan worden in de toekenning van de financiële middelen (TK, 2003). Alle maatregelen die organisaties treffen om het aanbod zoveel mogelijk op de vragen, behoeften en wensen van cliënten af te stemmen, moeten leiden tot een betere kwaliteit van de externe service (= vraaggerichte dienstverlening). Het transactiemoment is daarvan het brandpunt, want daar zal blijken of de organisatie er op alle niveaus in is geslaagd de vraag adequaat op het aanbod af te stemmen. Vandaar dat deze fit de *transactionele fit* zal worden genoemd.

Bestaat er onderzoek dat het effect van het leverings- en HR-systeem op bedrijfsresultaten aantoonst?⁷⁵ MacDuffie (1995: 211) vindt in empirisch onderzoek de veronderstelling bevestigd dat innovatieve HR-praktijken als samenhangend geheel de economische, productiviteits- en kwaliteitsuitkomsten van bedrijven positief kunnen beïnvloeden, mits zij zijn gerelateerd aan de ‘production and business strategy’ en de ‘organizational logic of a flexible production system’. Appelbaum e.a. (2000: 129 – 164) constateren in een grootschalig onderzoek bij staalbedrijven, de confectie-industrie en bedrijven die medische elektronische instrumenten produceren, ontegenzeggelijk het effect van HPWS op de efficiëntie van de productie, de kwaliteit van de producten en de financiële uitkomsten. Huselid (1995) komt na een studie bij een kleine 100 bedrijven tot de conclusie dat “high-performance work practices” een significant positief effect hebben op de financiële prestaties van een bedrijf, de productiviteit en het personeelsverloop. Pfeffer (1998) trekt vooral op basis van vergelijkende case-study’s de conclusie dat het HRM van een bedrijf een positief effect kan hebben op ‘profits, productivity, innovation and real organizational learning’, wanneer men uitgaat van best-practices die zijn gebaseerd op het principe van ‘putting people first’ in de bedrijfsvoering. Schneider en Bowen (1996), als belangrijke vertegenwoordigers van de New Service Management School, plei-

⁷⁵ De literatuur laat overigens geen consistent beeld zien: Er zijn bevindingen waar deze relatie wel voorkomt maar niet of nauwelijks significant is (voor een overzicht zie Korczynski 2002: 30 – 31). Soms lijkt er een omgekeerd verband te bestaan: bedrijven die financieel succesvol zijn investeren meer in het HRM (Guest, 2003: 309).

ten op basis van empirische bevindingen voor het realiseren van een optimale fit tussen elementen waaruit het dienstverleningsapparaat is opgebouwd. Zo kunnen medewerkers diensten verlenen die aansluiten bij de verwachtingen van klanten. Korcsynski (2002) ziet maatregelen om de spanning tussen de bureaucratie van de organisatie en de verwachtingen van de klanten te reduceren, als een belangrijk HR-element van deze interne fit. Als dit niet van de grond komt, zullen de onbedoelde bureaucratische effecten een goede dienstverlening in de weg staan (ibid: 65). Jayaram e.a. (1999) vinden in empirisch onderzoek bij drie grote bandenproducenten in Noord Amerika een positief effect van intern consistente HR-activiteiten op de kwaliteit van producten, de flexibiliteit van productie, de productie-doorlooptijd en de productiekosten. Arthur (1994) concludeert dat staalbedrijven met HR-commitment systemen, een grotere invloed hebben op de productiviteit en het personeelsverloop dan HR-controle systemen. Ook Richards en Brown Johnson (2001) komen tot de conclusie dat strategisch HRM het personeelsverloop reduceert en een betere bedrijfsuitkomst te zien geeft.

In de gezondheidszorg is de vraag naar de invloed van het HRM op de bedrijfsuitkomsten tot voor kort verwaarloosd (Buchan, 2004). Er is echter een kentering gaande en de vraag wat voor dit type organisaties goed HRM is, komt steeds vaker op de agenda te staan (CIPD, 2006).

Humphrey e.a. (2002:10) noteerden uitspraken van stafleden van NHS-ziekenhuizen die erop neer kwamen dat sommige HR-activiteiten zoals selectieve selectie en binding van medewerkers effect hebben op de continuïteit van de zorg. In een controversieel artikel beweren West e.a. (2002) dat effectief “HR-delivery” een remmend effect heeft op de mortaliteitscijfers van ziekenhuizen. Terwijl Prins e.a. (2005) een lans breken voor de inzet van innovatief HRM voor de verbetering van de dienstverlening in verzorgingshuizen in Vlaanderen.

Tzeng e.a. (2002) treffen in een vergelijking van 17 ziekenhuisafdelingen een positieve correlatie aan tussen de tevredenheid van medewerkers en die van cliënten. Ott e.a. (2004) constateren op basis van een secundaire analyse op twee grote datasets met gegevens uit de ouderenzorg, een positieve relatie tussen de tevredenheid van medewerkers, HRM-activiteiten en de waardering van cliënten.

Deze uitkomst vertoont grote gelijkens met de zogenaamde satisfaction mirror hypothese van Heskett e.a. (1997), die stelt dat tevreden medewerkers tot tevreden klanten zullen leiden, mits men gedurende langere tijd consequent aan het serviceconcept vasthoudt. Een soortgelijke bevinding boekstaven Humphrey e.a. (2002) wanneer stafleden uit de NHS (National Health Services) stellen dat een consistente bedrijfsvoering leidt tot bijvoorbeeld continuïteit van zorg waardoor ‘patient centered care’ beter tot stand kan komen. Hetzelfde onderzoek vermeldt dat cliëntenparticipatie in het ontwerp en de evaluatie van de dienstverlening van groot belang is voor de satisfactie van patiënten. Dit heeft als extra effect dat het de staf zou aansporen “to extend their thinking beyond clinical aspects of continuity of care for individual patients and to take a wider view.” (ibid: 14). Zodra hulpverleners dit leren te doen, zijn zij in staat beter zorg-op-maat te bieden (als aspect van de SERVQUAL; zie § 2.5.1).

De arbeidstevredenheid van medewerkers als gevolg van een uitgebalanceerde interne fit van de interne service kwaliteit is belangrijk in het realiseren van vraaggerichte dienstverlening. Dit is zeker het geval wanneer een organisatie in hoge mate afhankelijk is van de factor arbeid, zoals in zorgorganisaties (als human service organisaties). De Modernisering van de AWBZ zet primair in op het verwezenlijken van vraaggerichte dienstverlening. Zorg die de vragen en behoeften van cliënten lenigt volgens professionele maatstaven (RVZ, 1997). De kwaliteit waarmee de interne service is georganiseerd, bepaalt in hoge mate de kwaliteit van het transactiemoment én dus de kwaliteit van de dienstverlening. Het is de voorspelling dat een betere interne fit zal leiden tot een hogere waardering van cliënten voor de organisatie en de resultaten die de dienstverlening hen oplevert (Buchan, 2004; Cardy e.a. 2000). De vierde hypothese luidt op basis van het voorgaande:

Hypothese 4

Als aspecten van de interne service kwaliteit (het leveringssysteem en het HR-systeem) van dit type 'human service organisaties' een interne fit hebben, zal dat resulteren in een positieve waardering van cliënten voor de organisatie, de resultaten van de dienstverlening én de gemiddelde dienstverlening⁷⁶.

6.7. Service-fit externe service kwaliteit en vraaggerichte dienstverlening

Heskett e.a. (1997) beschrijven met hun Service Profit Chain een manier om de waardering van klanten voor de dienstverlening telkens te vergroten. Het leveringssysteem en de HR-activiteiten staan ten dienste van dat doel. De vraag is niet alleen welk effect het HRM op de beleefde kwaliteit van de dienstverlening heeft, maar ook welke bijdrage het servicebeleid daaraan levert. Want in de visie van de Service Care Chain is ook het HRM een afgeleide daarvan. Het service-concept en de strategie waarmee men dat handen en voeten geeft, is de basis van alle handelingen in het proces om diensten te verlenen die cliënten in hoge mate waarderen.

Een vraag van deze studie is of de aspecten van de externe service kwaliteit inderdaad leiden tot een grotere waardering van cliënten voor de dienstverlening. Dit proefschrift introduceert hiervoor de term service-fit. Welke aspecten doen er meer toe dan andere?

Er zijn sommige onderzoeken die geen enkel effect aantonen van de service kwaliteit op bedrijfsprestaties (Arthur, 1992; Easton, 1993; Kearny, 1992; Sterman, Repenning, Kofman, 1997). Een groot aantal toont daarentegen wel een positief verband tussen de service kwaliteit en de uitkomsten voor een organisatie. Anderson e.a. (1994) toonden bijvoorbeeld het bestaan aan van een relatie tussen klantenwaardering en 'return on assets'. Dat kwaliteitsverbeteringen leiden tot een algehele verbetering van de 'corporate performance' lieten Easton en Jarrell (1998) zien. En Koska (1990) die de vraag stelde naar het effect van service kwaliteit en bedrijfsuitkomsten in de Amerikaanse gezondheidszorg, vond een sterke positieve samenhang tussen de door patiënten waargenomen kwaliteit van de dienstverlening en bedrijfsresultaten van ziekenhuizen. Woodside e.a. (1989) ontdekten dat het overtreffen van de verwachtingen van patiënten hen trouw aan de organisatie maakte. Dat het inzetten op patiëntensatisfactie letterlijk de moeite loont, stelt Larkin (1999): het resulteert in betere financiële bedrijfsresultaten. Kenagy e.a. (1999) menen dat toepassing van service kwaliteitsprincipes in de gezondheidszorg betere inhoudelijke resultaten oplevert, een verhoging van de satisfactie bij zowel cliënten als professionals te zien geeft, terwijl het tegelijkertijd de kosten reduceert.

Veel onderzoek gaat over de algehele service kwaliteit zonder het uit te splitsen naar het gedetailleerder niveau van aspecten die eraan zijn te onderscheiden (Zeithaml, 2000). Om een goed beeld te kunnen vormen welke aspecten van service volgens het oordeel van klanten belangrijk(er) zijn (dan andere), is een differentiatie in onderdelen noodzakelijk. De klantenwaardevergelijking van Heskett e.a. (1997: 54), waar ook de SERVQUAL-dimensies in zijn opgenomen leent zich daar goed voor. Uit onderzoek dat wel aandacht voor de afzonderlijke invloed van service-aspecten had, bleek 'reliability' (de manier waarmee medewerkers de dienst concreet verlenen: zijn zij betrouwbaar en accuraat?) vaak van grote invloed te zijn (Boulding e.a., 1993; Parasuraman e.a., 1988; Zeithaml e.a., 1996). Om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de verwachtingen van de patiënten, pleitten Egger (1999) en Herzlinger (2002) voor participatie van patiënten in het ontwerpen van de dienstverlening wanneer Health Maintenance Organizations (HMO's) in een marktsituatie komen te verkeren.

⁷⁶ Heskett e.a. (1997) spreken in algemene termen over de dienstverlening. Door alle aspecten van de externe service kwaliteit samen te voegen is het mogelijk de invloed van specifieke aspecten erop aan het licht te brengen. Deze 'gemiddelde dienstverlening' is geoperationaliseerd als 'de gemiddelde waarde' van: de resultaten en de kwaliteit van de dienstverlening, participatie en de waardering voor de organisatie en staat voor vraaggerichte dienstverlening in brede zin (zie tabel 5.2.).

Waarderen klanten ook het bedrijf dat de diensten heeft verleend, als zij tevreden zijn met service aspecten? Danaher en Rust (1996) stelden vast dat een hogere waardering voor de algehele service klanten bewoog om het bedrijf bij anderen aan te bevelen. Oliver en Swan (1989) vonden een soortgelijk verband toen zij ontdekten dat klanten die zeer tevreden waren met de dienstverlening van het bedrijf dit via mond-tot-mond reclame verspreidden. Ook leidde een hoge waardering van klanten voor de dienstverlening volgens andere onderzoekers tot een grotere klantenbinding (Bolton, 1998, Rust en Zahorik, 1993). Corbin en e.a. (2001) zijn eveneens van mening dat serviceconcepten kunnen gelden voor de gezondheidszorg. Zij stellen zelfs dat dienstverlenende principes de waardering van patiënten voor de dienstverlening en trouw aan de organisatie verhogen. Het zijn resultaten die de waardering voor de organisatie zelf benadrukken. De waardering van cliënten hiervoor is met andere woorden een belangrijke afhankelijke variabele.

Heskett e.a. (1997: 54) stellen in de Service Profit Chain dat klanten geen diensten kopen, maar de resultaten daarvan. Hun aankoop moet hen wat opleveren en hoe meer dat in overeenstemming met hun verwachtingen is, des te hoger de waardering die zij ervoor hebben (vgl. ook Parasuraman e.a., 1985, 1988).

In de AWBZ staan zorgorganisaties en hulpverleners meer dan ooit te voren voor de opgave hun dienstverlening af te stemmen op de vragen en behoeften van cliënten. Het oordeel van cliënten over de resultaten van de dienstverlening bepaalt of men hierin is geslaagd. Men kan inspelen op deze ontwikkeling door de dienstverlening mede volgens de verwachtingen van cliëntengroepen te organiseren en aan te bieden: "The new facility integrates healing design and customer expectations based on an organizational culture of service." (Briggs en Barnard, 2000). In Amerika voorzag Herzlinger (1997) destijds al een omslag van 'managed care' naar dit zogenaamde 'consumer-driven' model. Van Noort (2002) beschrijft eenzelfde proces in de Nederlandse gezondheidszorg. Volgens Zuckerman en Coile (2003) vereist deze overgang van zorgorganisaties (bij hun vaak ziekenhuizen) dat zij cliënten adequate informatie verschaffen over de verwachte resultaten van de diensten die zij verlenen. Want "consumerism is a powerful force that is motivating hospitals to monitor patient satisfaction and improve service levels." (ibid: 21).

Uiteraard is de Nederlandse situatie anders dan de Amerikaanse maar dezelfde tendens van consumentensoevereiniteit is hier inmiddels ook merkbaar (Van der Grinten, 2001; Van der Kraan, 2006). Niet alleen de interventie van organisaties om vraaggericht te werken telt mee, zeker zo belangrijk is het resultaat daarvan volgens het oordeel van de cliënt. In een marktgeruleerde situatie is dit niet onbelangrijk, omdat cliëntenbinding een groter gewicht in de schaal legt dan in de oude situatie van aanbodsturing. Het is voor zorgorganisaties noodzakelijk te identificeren of (en welke) aspecten van de externe service kwaliteit invloed uitoefenen op de resultaten van de dienstverlening en op de tevredenheid met de organisatie.

Indien zorgorganisaties de aspecten van de externe service kwaliteit weten af te stemmen op de verwachtingen van cliëntengroepen zal dat waarschijnlijk een grotere waardering van cliënten voor de resultaten van de dienstverlening en voor de organisatie tot gevolg hebben. Dit leidt tot de vijfde en laatste hypothese:

Hypothese 5

Als aspecten van de externe service kwaliteit van dit type 'human service organisaties' een service-fit hebben, zal dat resulteren in een positieve waardering van cliënten voor de organisatie en voor de resultaten van die dienstverlening.

Het volgende hoofdstuk staat in het teken van de methoden en technieken waarmee de hypothesen zullen worden getoetst. Daarna volgen twee hoofdstukken die de empirische resultaten presenteren.

7. Methodologie van het toetsende onderzoek

7.1. Inroductie

Dit hoofdstuk verantwoordt de methodologie van het onderzoeksgedeelte dat de hypothesen van de Service Care Chain toetst. Voor de methoden van onderzoek, de constructie van de meetinstrumenten en de operationalisaties van de begrippen, de onderzoekseenheden en de selectie van de respondenten kunt u het vierde hoofdstuk raadplegen. Wat daarover geschreven is, geldt ook voor het toetsende deel van deze studie. Hoe dit toetsende deel specifiek is opgezet is onderwerp van bespreking van paragraaf 7.2. De selectieprocedure van organisaties is beschreven in paragraaf 7.3. De niveaus waarop de analyses plaatsvinden is onderwerp van paragraaf 7.4. De generaliseerbaarheid van de onderzoeksbevindingen, mede in het licht van de respons, is een belangrijk onderwerp van dit hoofdstuk en staat beschreven in paragraaf 7.5.

Evenals bij het exploratieve deel zijn ook in het toetsende gedeelte van het onderzoek de organisaties geanonimiseerd. Het volgende schema toont de ‘codenamen’.

Tabel 7.1. Codenamen van de participerende organisaties

nr.	codenaam
	ouderenzorg
1.	ozorg 2
2.	ozorg 3
3.	ozorg 4
4.	ozorg 5
	gehandicaptenzorg
5.	gehzorg 2
6.	gehzorg 3
	GGZ
7.	ggzorg 1 t2
8.	ggzorg 2
9.	ggzorg 3

7.2. Onderzoeksopzet toetsende fase in het kort

Welke organisaties hebben hun service concept en interne service kwaliteit beter afgestemd op de vragen en behoeften van hun cliënten? En leveren zij dan volgens die cliënten dan ook vraaggerichte diensten? Het gaat bij deze vragen voortdurend om afstemming. Afstemming van de fits die in het vorige hoofdstuk zijn beschreven. Om er achter te komen welke organisaties hier beter in slagen dan anderen, zal er geselecteerd moeten worden op de onafhankelijke variabele (Swanborn, 1994). Daarvoor zijn al in paragraaf 5.2.2. criteria geformuleerd.⁷⁷ Er ontstaat op deze manier een rangorde van organisaties naar de mate waarin zij hun service concept en interne service kwaliteit hebben weten af te stemmen op de cliënten.

Daarnaast vereist de toetsing van de 4^e hypothese (transactionele fit) een groot aantal werkeenheden (dat is daar immers de analyse-eenheid). Om dit te realiseren zijn er minstens 15 organisaties nodig die aan het onderzoek meedoen.⁷⁸ De idee is dat de variatie bij de onafhankelijke variabele doorwerkt in de variatie bij de afhankelijke variabele: werkeenheden met fits die de elementen van het model

⁷⁷ 1. de mate waarin de visie van de organisatie blijkt geeft van een serviceconcept dat in de gehele de organisatie consequent wordt toegepast; 2. de mate waarin de organisatie een expliciet doelgroepenbeleid voert; 3. de mate waarin het leveringssysteem vraaggestuurd is ingericht; dat wil zeggen zodanig dat de vraag van de cliënt meer centraal staat dan het aanbod; 4. de mate waarin de organisatie het HRM afstemt op de voorwaarden die medewerkers nodig hebben om vraaggerichte diensten te verlenen.

⁷⁸ Uitgaande van het gemiddeld aantal werkeenheden van 6 per organisatie is het mogelijk om 90 werkeenheden te verkrijgen.

adequaat op elkaar afstemmen, leveren volgens het oordeel van cliënten meer vraaggerichte dienstverlening.

De data voor dit toetsende deel zijn op dezelfde manier verzameld als bij het exploratieve deel van het onderzoek. De documenten die het (service)beleid en de strategie bevatten werden gerubriceerd en geanalyseerd met behulp van de checklists. De medewerkers, cliënten en nu ook de managers konden hun mening uitdrukken via vragenlijsten. Medewerkers deden dat over de kwaliteit van de interne service, cliënten over de kwaliteit van de externe service en managers over de beide soorten. De laatsten kregen een beknoptere vragenlijst dan medewerkers en cliënten.

De toetsing kent twee varianten: een kwalitatieve en een kwantitatieve.

Het kwalitatieve gedeelte van het toetsende deel – over het beleid en de strategie van organisaties – beperkt zich tot een beschrijving:

- of het beleid voor de dienstverlening aansluit bij de stelselwijzigingen (vergelijk hypothese 1);
- of dit beleid is verwerkt in strategisch HRM en of het vraaggerichte dienstverlening bevordert (vergelijk hypothese 2).

Het is vanzelfsprekend dat met het ontbreken van beleid en strategie over service of het HRM de hypothesen weerlegd worden. Het is echter lastig om de mate waarin het beleid is gestipuleerd om te zetten in een duidelijk oordeel de hypothese te accepteren of te weerleggen. De volgende criteria vormen een maatstaf:

- de beschrijving van een duidelijk herkenbaar concept en een strategie over service (Heskett e.a. 1997);
- de mate waarin er sprake is van een nadrukkelijke verbinding in de teksten tussen HRM of HR-activiteiten met vraaggerichte dienstverlening.⁷⁹ (vgl. Ulrich en Brockbank, 2005).

Het kwantitatieve gedeelte van het toetsende onderzoek (het oordeel van medewerkers en cliënten over de interne en externe service kwaliteit) proberen de hypothesen 3 tot en met 5 te falsificeren. Het gaat om de relatie tussen de HR-bundels en de mate van tevredenheid van medewerkers met de organisatie en hun werk (hypothese 3). Ook gaat het over de transactionele fit tussen de kwaliteit van de interne service en de waardering van cliënten (hypothese 4). Tenslotte gaat het om de service-fit tussen de kwaliteit van de externe service en het oordeel van cliënten over de resultaten van de dienstverlening en de organisatie (hypothese 5).

De fit wordt uitgedrukt door de aspecten die regressieanalyses opleveren en de samenhang die daaruit blijkt (of het ontbreken ervan). De Anova-techniek analyseert de samenhang tussen de variabelen met interval en ordinaal of nominaal meetniveau. Dit gaat over de toegankelijkheid van de zorg en de prijs-kwaliteitverhouding.

De volgende afbeelding laat zien welke methoden en statistische technieken gebruikt zullen worden om de hypothesen te toetsen.

⁷⁹ De citaten van hoofdstuk zeven (dat aan de toetsing van deze hypothesen is gewijd) zijn exemplarisch voor de data die het beleid van organisaties op deze punten in beeld brengen.

Tabel 7.2. Overzicht hypothesen en methoden en technieken van onderzoek

hypothese 1	hypothese 2	hypothese 3	hypothese 4	hypothese 5
Contextuele veranderingen leiden in dit type 'human service organisaties' op de gebieden van het serviceconcept en het leveringssysteem tot een strategie die op adaptatie is gericht.	Adaptaties aan contextuele veranderingen door dit type 'human service organisaties' leiden tot strategisch HRM-beleid dat er op is gericht de dienstverlening conform de veranderingen te leveren.	Als aspecten van de interne service kwaliteit (het leveringssysteem en het HR-systeem) van dit type 'human service organisaties' een interne fit hebben, zal dat resulteren in medewerkerstevredenheid met de organisatie en het werk.	Als aspecten van de interne service kwaliteit van dit type 'human service organisaties' een interne fit hebben, zal dat resulteren in een positieve waardering van cliënten voor de organisatie, de resultaten van de dienstverlening en de gemiddelde dienstverlening.	Als aspecten van de externe service kwaliteit van dit type 'human service organisaties' een service-fit hebben, zal dat resulteren in een positieve waardering van cliënten voor de organisatie en voor de resultaten van de dienstverlening.
beleidsdocumenten	beleidsdocumenten	oordeel medewerkers	oordeel medewerkers en cliënten	oordeel cliënten
checklists	checklists	vragenlijstonderzoek: crosssectioneel en bij één organisatie met een 2e meetmoment	vragenlijstonderzoek: crosssectioneel en bij een organisatie met een 2e meetmoment	vragenlijstonderzoek: crosssectioneel en bij een organisatie met een 2e meetmoment
inhoudelijke beschrijving van het beleid en de strategie	inhoudelijke beschrijving van het beleid en de strategie	regressie analyse anova	regressie analyse anova (werkeenheden)	regressie analyse anova

7.3. Feitelijke selectie van organisaties

Er is voor het toetsende gedeelte van het onderzoek een groter aantal organisaties nodig dan voor het exploratieve deel. Er moeten immers voldoende respondenten en werkeenheden zijn voor een toetsing van de hypothesen drie tot en met vijf (Hays, 1982; Weisberg, 1985).

Het was aanvankelijk de bedoeling ongeveer 15 organisaties te selecteren. De selectie stagneerde echter door de landelijke benchmarkonderzoeken die op hetzelfde moment plaatsvonden in de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg. Ook in de GGZ lukte het niet organisaties te vinden die bereid waren mee te doen aan dit onderzoek. Veel bedrijven in die deelsector hadden de GGZ-monitor voor arbeids-, psycho en lichamelijke belasting uitstaan. Daarnaast deden enkele GGZ-organisaties die voor dit onderzoek in aanmerking kwamen, mee aan een pilotonderzoek voor arbeidsbeleving. De brancheorganisaties van de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg weigerden adressen ter beschikking te stellen van organisaties die niet met de landelijke onderzoeken meededen, wat de selectie verder bemoeilijkte. Via het persoonlijke netwerk van de onderzoeker en de plaatsing van advertenties in enkele managementbladen zijn er uiteindelijk 9 zorgorganisaties gevonden, die bereid waren aan het toetsende deel van dit onderzoek mee te doen.

Ook het aanvankelijke plan de organisaties van het exploratieve onderzoek voor een tweede meetmoment te vragen, strandde bij twee van de drie. De raden van bestuur hadden op dat tijdstip andere prioriteiten gesteld. Alleen de GGZ organisatie zag voordeel in dat tweede meetmoment, omdat zij net een elektronisch patiëntendossier hadden ingevoerd en ook wilde kijken of er vorderingen waren gemaakt sinds de eerste instellingsrapportage.

De oorspronkelijke selectiecriteria (zie § 5.2.2) kwamen met deze problemen te vervallen. De enige criteria die resteerden, waren dat de organisatie tot de ouderenzorg behoorde, de gehandicaptenzorg of de GGZ en niet mee had gedaan aan één van de landelijke onderzoeken. Dit had repercussies voor

de voorgenomen onderzoeksopzet. Een selectie van organisaties op de onafhankelijke variabele zat er niet meer in: de problemen verhinderden bedrijven te selecteren die ver gevorderd waren met een vraaggestuurde inrichting van hun dienstverlening en van bedrijven die aan het begin van deze ontwikkeling stonden. Was het de bedoeling om het effect hiervan op de mate van vraaggerichte dienstverlening te onderzoeken (vgl. Swanborn, 1994), nu resteerde een plaatsing van de organisaties naar de mate van vraagsturing in een rangorde slechts achteraf.

De zoektocht naar organisaties duurde bij elkaar anderhalf jaar (van mei 2003 tot oktober 2004). De bedrijven die in het toetsende onderzoek terecht kwamen, liggen verspreid over de diverse regio's en variëren in organisatiegrootte wat betreft het aantal medewerkers en cliënten. Soms deed alleen een bedrijfs onderdeel mee in het onderzoek. Dat waren dan wel redelijk zelfstandig opererende onderdelen op het niveau van een divisie of als locatie. Vijf organisaties kwamen uit de ouderenzorgsector, twee waren gehandicaptenzorginstellingen en er zijn drie GGZ-organisaties in het onderzoek opgenomen.

De gehzorg 3 had voor het medewerkersgedeelte meegedaan aan de landelijke VGN benchmark, maar stelde participatie aan het cliëntenonderzoek van deze studie zeer op prijs. Zij stelde voor het medewerkersgedeelte de dataset van de benchmark ter beschikking. Daar zijn van de items (voor zover mogelijk) dezelfde schalen samengesteld die in het onderhavige onderzoek worden gehanteerd. Bij sommige schalen kon dit niet: er waren geen items over geformuleerd in de vragenlijst van 'Kwaliteit van Arbeid'. Het gaat om de volgende schalen:

- samenwerking;
- de interne en externe klantgerichtheid;
- doelgroepenbeleid;
- resultaten van het werk;
- werving en selectie;
- het oordeel van medewerkers over de zorg-op-maat die zij leveren.

Het had gevolgen voor de totale aantallen waarover de analyses werden uitgevoerd, omdat deze constructen bij deze organisatie ontbraken.

De dataverzameling voor het toetsende deel van het onderzoek vond plaats in 2004 en 2005. Wanneer dat per organisatie precies gebeurde, toont het onderstaande schema.

Tabel 7.3. Perioden dataverzameling hoofdfase

hoofdfase	documentenstudie	medewerkers	cliënten
ozorg 2	augustus/september 2004	september 2004	september 2004
ozorg 3	januari 2005	januari 2005	januari 2005
ozorg 4	mei/ juni 2005	mei/ juni 2005	mei/ juni 2005
ozorg 5	maart/april 2005	maart/april 2005	maart/april 2005
gehzorg 2	oktober 2004	data van Kwaliteit van Arbeid	oktober 2004 en april /juni 2005
gehzorg 3	januari/ februari 2005	januari/ februari 2005	januari/ februari 2005
ggzorg 1 t2	mei 2004	mei 2004	mei 2004
ggzorg 2	september en december 2004	september 2004	september 2004
ggzorg 3	augustus 2004	augustus 2004	augustus 2004

waarbij:

ozorg = ouderenzorgorganisatie; gehzorg = gehandicaptenzorgorganisatie; ggzorg = GGZ-organisatie.

7.4. Niveau's van analyse

De hypothesen één en twee hebben betrekking op de organisatie als geheel. De toetsing ervan zal op dit niveau plaatsvinden. Sluit het beleid van de organisaties aan bij de landelijke ontwikkelingen in de gezondheidszorg en heeft men het strategische HRM er een plaats gegeven?

De toetsing van de derde en de vijfde hypothese zal gebeuren met behulp van de data die met de vragenlijsten zijn verzameld en vindt derhalve plaats op het niveau van de respondent. Het gaat om de beleving van de interne- en externe service kwaliteit door medewerkers en cliënten. Is er sprake van een fit tussen aspecten van de interne- of externe service kwaliteit en de uitkomstvariabelen? En als deze voorkomt, uit welke aspecten bestaat deze dan volgens de data als zij worden betrokken op de afhankelijke variabelen? Leidt dit inderdaad tot een grotere tevredenheid bij medewerkers of cliënten? De analyses zullen ten eerste gaan over alle drie de deelsectoren. Daarnaast zullen zij per deelsector afzonderlijk worden uitgesplitst.

De toetsing van de vierde hypothese moet gebeuren op het geaggregeerde niveau van de werkeenheden. Zowel de medewerkers van elke werkeenheden als de cliënten hebben een vragenlijst gekregen. Alleen op die manier kan men garanderen dat uitspraken over de kwaliteit van de interne en externe service de transacties tussen medewerkers en cliënten van dezelfde werkeenheden betreffen. Ryan e.a. (1996) merken in hun data dat de satisfactie van medewerkers mede afhangt van hun directe werkomgeving. Een constatering die ook al eerder door Ostroff (1993) werd gevonden. De dienstverlening (zeker als het doelgroepgewijs gaat) heeft met andere woorden per werkeenheden zijn eigen karakteristieken. Vergelijking tussen het oordeel van medewerkers over de interne service aan de ene kant en de waardering van cliënten voor de dienstverlening aan de andere kant, moet betrekking hebben op dezelfde transactiemomenten.

Het servicebeleid en dus de kwaliteit van de dienstverlening kan namelijk per eenheid verschillend zijn. Boselie (2002) stelt dat het organisatiebeleid zoals dat door het topmanagement is geformuleerd niet noodzakelijkerwijs bij elk onderdeel zo behoeft te worden uitgevoerd. Er zal variatie optreden in de uitwerking van dat beleid. James (1982) en ook Schmitt en Allscheid (1995: 527) vinden in hun data terug dat de variatie in de scores binnen de eenheid aanzienlijk kleiner zijn, dan ertussen. Dit ondersteunt de keuze om de mening van medewerkers en cliënten over de interne of externe service kwaliteit te analyseren op het niveau van de werkeenheden, door de individuele scores te aggregeren naar dat niveau.

De literatuur over service en HRM vermeldt het volgende over analyses op geaggregeerde data. Schneider e.a. (1998: 160) stellen dat (hun) onderzoekuitkomsten uitwijzen dat geaggregeerde data valide zijn en verschillen tussen organisatie-eenheden kunnen erdoor aan het licht worden gebracht. Arthur (1994) had de beschikking over 30 eenheden om zijn studie uit te voeren. In dit promotieonderzoek zijn er voor medewerkers 25 en voor cliënten 22 organisatieonderdelen opgenomen waar het oordeel van medewerkers en van cliënten op diverse aspecten vergeleken kunnen worden. Voor de toetsing van de vierde hypothese is er geanalyseerd met de 22 werkeenheden. Die bestonden uit zowel medewerkers als cliënten.

Van enkele organisatieonderdelen was het aantal respondenten te gering om statistische analyses uit te voeren. Op inhoudelijke gronden is in die gevallen gekozen voor een samenvoeging van meerdere werkeenheden. Soms betrof het organisatieonderdelen van medewerkers die werden ingehuurd voor andere generieke zorgvragen. De activiteitenbegeleiding is daarvan een voorbeeld of het werk van paramedici. De onderstaande tabel toont welke onderdelen zijn samengevoegd (bij een kruisje waren de onderdelen groot genoeg en werd er niet samengevoegd).

Tabel 7.4. Werkeenheden

organisatieonderdeel	samenvoeging bij te kleine aantallen medewerkers	samenvoeging bij te kleine aantallen cliënten
ozorg 2 od 1	x	x
ozorg 2 od 2	x	x
ozorg 2 ambulante zorg-eenheden	tot één werkeenheden	te weinig cliënten in zorg.
ozorg 3 afdelingen somatiek	tot één werkeenheden	tot één werkeenheden
ozorg 3 ambulante zorg-eenheden en paramedische zorg	tot één werkeenheden	tot één werkeenheden
ozorg 4 verzorging, somatische afdelingen oud	tot één werkeenheden	tot één werkeenheden
ozorg 4 verzorging, somatische afdelingen nieuw	tot één werkeenheden	tot één werkeenheden
ozorg 5 afdelingen PG	tot één werkeenheden	tot één werkeenheden
ozorg 5 afdelingen somatiek	tot één werkeenheden	tot één werkeenheden
ozorg 5 overig hulpverlenend personeel	tot één werkeenheden	is geen onderdeel voor cliënten
ozorg 5 aparte locatie	tot één werkeenheden	tot één werkeenheden
gehzorg 2 werkeenheden 1	x	x
gehzorg 2 werkeenheden 2	x	x
gehzorg 2 werkeenheden 3	x	x
gehzorg 2 werkeenheden 4	x	x
gehzorg 3 werkeenheden 1	x	x
gehzorg 3 werkeenheden 2	x	x
gehzorg 3 werkeenheden 3 t/m 5	tot één werkeenheden	tot één werkeenheden
ggzorg 1 t2 werkeenheden 1 t/m 4	tot één werkeenheden	tot één werkeenheden
ggzorg 1 t2 werkeenheden 5 t/m 8	tot één werkeenheden	is geen onderdeel voor cliënten
ggzorg 2	x	x
ggzorg 3 werkeenheden 1 t/m 3	tot één werkeenheden	tot één werkeenheden
ggzorg 3 werkeenheden 2	x	x
ggzorg 3 werkeenheden 3	x	x
ggzorg 3 werkeenheden 4	x	x
totaal	n=25	N=22

Naast uitspraken op het niveau van de organisatie-eenheden zijn verschillen tussen de deelsectoren interessant (Boselie, 2002; Pauwe en Richardson, 1997). Zijn er überhaupt verschillen en gaan de relaties die de hypothesen veronderstellen op voor de deelsectoren? De grote aantallen respondenten per deelsector maken analyses op dat niveau mogelijk. Overigens toonde het exploratieve onderzoek duidelijk aan dat zulke analyses interessante gegevens opleveren (zie § 5.3 ev.).

7.5. Generaliseerbaarheid

Zijn de onderzoeksresultaten van deze studie te generaliseren naar alle respondenten en organisaties uit de drie deelsectoren? Deze paragraaf gaat in op die vraag, door de nonrespons te bespreken en de representativiteit van de onderzoekspopulatie.

Vanwege het gebruik van dezelfde schalen zijn de uitkomsten van de deelsectoren met elkaar te vergelijken en als geheel generaliseerbaar naar de respondenten van het onderzochte deel van de AWBZ (Swanborn, 1982; 1987: 244 ev.).

De respons per organisatie varieert nogal. Bij enkele organisaties (ozorg 4, gehzorg 1 en ggz1 t2, ggzorg 3) viel de dataverzameling tegen. De redenen hiervan waren dat het management van sommige bedrijfsonderdelen op het laatste moment besloot niet aan de meting mee te doen of doordat de interne organisatie rondom de dataverzameling stagneerde. Men had bijvoorbeeld de adressenbestan-

den elektronisch niet op orde of er was miscommunicatie tussen de functionarissen die met de uitvoering waren belast. In de psychiatrie weten managers de lage respons bij cliënten aan sommige ziektebeelden.

Er zijn bij medewerkers 3129 vragenlijsten uitgezet en bij 7410 cliënten. In totaal hebben voor het hoofdonderzoek 10539 personen een enquête ontvangen. Ruim 43% van de medewerkers reageerde en een kleine 33% van de cliënten. Het volgende staatje toont per deelsector en organisatie de aantallen en de respons.

Tabel 7.5. Responsrates

organisatie	medewerkers			cliënten		
	verstuurd	respons	%	verstuurd	respons	%
ouderenzorg						
ozorg 2	150	83	55.3%	168	134	79.8%
ozorg 3	217	162	74.7%	283	237	83.7%
ozorg 4	236	31	13.1%	425	123	28.9%
ozorg 5	324	200	61.7%	351	190	54.1%
totaal	927	476	51.3%	1227	684	55.7%
gehandicaptenzorg						
gehzorg 2	717 ⁸⁰	364	50.8%	388 ⁸¹	210	51.5%
gehzorg 3	949	285	30.0%	643	327	50.9%
totaal	1666	649	39.0%	1031	537	51.1%
GGZ						
ggzorg 1 t2	124	58	46.8%	1927	550	28.5%
ggzorg 2	42	30	71.4%	40	31	77.5%
ggzorg 3	370	136	36.8%	3185	643	20.2%
totaal	536	224	41.8%	5152	1224	23.8%
overall totaal	3129	1352	43.2%	7410	2435	32.9%

De respons staat slechts een voorzichtige generalisatie toe naar de gehele AWBZ van de onderzoeksuitkomsten (Stoop, 2005; Swanborn, 1987).

Een vergelijking van enkele achtergrondgegevens met branchegegevens was niet mogelijk. Onderzoeksinstituten en brancheorganisaties gaven de data daarover niet vrij. Om het gemis van een vergelijking met grote databestanden gedeeltelijk te ondervangen, zijn de kengegevens van de deelsectoren van dit promotieonderzoek onderling vergeleken. Tabel 7.6. geeft de nodige variatie tussen de deelsectoren te zien. Het ontbreken van een goede vergelijking met kengegevens per deelsector ondersteunt de gevolgtrekking voorzichtig om te gaan met het generaliseren van de onderzoeksuitkomsten. Wanneer er bij de onderzoeksresultaten wordt gesproken over de gehele AWBZ, slaat dit op de sectoren die zijn onderzocht.

⁸⁰ Dit zijn respondenten van het onderzoek 'Kwaliteit van Arbeid', de benchmark van het VGN.

⁸¹ In deze organisatie werden niet alle cliënten benaderd: men had besloten ambulante zorg niet in het onderzoek op te nemen en men sloot een aantal cliënten uit vanwege hun beperkingen. Het oorspronkelijke totale aantal lag beduidend hoger (640).

Tabel 7.6. Vergelijking achtergrondgegevens tussen deelsectoren

achtergrondvariabele	% medewerkers			% cliënten		
	oz	gehz	GGZ	oz	gehz	GGZ
sexe						
vrouw	90,1	84,4	63,8	27,5	54,7	35,0
man	7,6	12,9	32,6	63,9	37,4	62,7
missing values	2,3	2,6	3,6	8,6	7,8	2,2
leeftijd						
≤ 35 jaar	27,1	49,6	26,3	-	32,6	31,3
36 t/m/ 45 jaar	29,8	27,1	24,1	0,2	24,2	25,9
46 t/m 55 jaar	29,8	18,5	36,6	6,1	20,3	24,3
≥ 56 jaar	9,7	2,2	9,8	85,8	17,4	14,4
missing values	3,6	2,6	3,1	13,9	5,6	4,0
arbeidscontract						
vast dienstverband	88,0	39,6 ⁸²	89,3			
tijdelijk dienstverband	4,4	1,5	4,0			
leer/werkovereenkomst	1,7	-	2,7			
anders	0,6	0,4	0,4			
missing values	5,3	58,0				
omvang dienstverband						
minder dan 12 uur	7,8	3,4	10,7			
12 tot 31 uur	60,7	25,4	38,4			
32 uur en meer	27,7	24,1	55,3			
missing values	3,8	2,9	3,6			

Het volgende hoofdstuk behandelt de beleidsmatige aanpak van de organisaties om aansluiting te vinden bij de ontwikkelingen in de AWBZ.

⁸² Dit lage percentage is te wijten aan het ontbreken van deze variabele in de dataset van "kwaliteit van Arbeid" die wij van gehzorg 4 ter beschikking kregen (daar was de medewerkerstevredenheid eerder door een ander bureau uitgevoerd (zie §6.3). Dit verklaart ook het hoge percentage missing values.

8. Servicebeleid en strategisch HRM van zorgorganisaties

8.1. Inleiding

Verwerken zorgorganisaties de veranderingen die de Modernisering van de AWBZ en de andere stelselwijzigingen met zich meebrengen voldoende in hun beleid om vraaggerichte dienstverlening te stimuleren? En als zij dat doen, bestaat er dan een verbinding met het strategische HRM beleid?

De eerste hypothese stelt dat contextuele veranderingen leiden tot strategieontwikkeling om het bedrijf te laten aanpassen aan die veranderingen. Of dit inderdaad zo is, komt in paragraaf 8.3. aan de orde.

Concretiseren de organisaties die dit doen het beleid in strategisch HRM-beleid dat erop is gericht de dienstverlening vraaggericht te kunnen leveren? Hypothese twee gaat ervan uit dat dit het geval is. Het antwoord hierop is beschreven in paragraaf 8.4. Maar allereerst volgt een korte impressie over het beeld dat is ontstaan na bestudering van de beleidsstukken van de onderzochte organisaties (§ 8.2.).

8.2. Overzicht, werkwijze bestudeerde documenten en algemene impressie

De organisaties die deelnamen aan het onderzoek gaven een keur aan beleidsdocumenten ter bestudering van hun beleid. Wat deze documenten beschrijven, wordt gezien als het actuele beleid van de organisatie over de service en het HRM. Door ook medewerkers en cliënten hun oordeel te laten geven over respectievelijk de interne- en externe service kwaliteit, kan het verschil tussen het ‘geschreven beleid’ en het ‘feitelijke beleid’ (Mintzberg, 1979; Wright, Snell, 1998) gedeeltelijk aan het licht worden gebracht (zie § 9.5).

De documenten die men vrijgaf varieerden van jaarverslagen tot kaderbrieven en informatiemateriaal. Er was geen gebrek aan documenten die als basis voor de implementatie van concreet beleid konden dienen. Evaluatieverslagen over de effecten van het beleid kwamen daarentegen veel minder voor. Er was een aanzienlijk aantal documenten dat op de een of andere manier handelde over de inrichting en kwaliteit van bedrijfsprocessen, in de vorm van bijvoorbeeld protocollen, beschrijving van specifieke procedures en instructies voor leidinggevenden over voorgescreven bedrijfshandelingen. Visiedocumenten waren niet dik gezaaid. Als het over visie ging, nam men dat vaak mee in jaarverslagen of werd het (summier) opgenomen in beleidsplannen. Ook keerde het terug in strategische beleids- of ondernemingsplannen of vermeldde men het op de website. Vaak gebeurde dat in termen van ‘statements’, zoals: ‘in deze organisatie staat de cliënt centraal’ of ‘we gaan uit van de vraag van de cliënt’.

Het volgende schema presenteert per organisatie welke soorten documenten in het onderzoek zijn opgenomen. Het totale aantal per organisatie staat vermeld in de laatste regel.

tabel 8.1. Overzicht documenten per organisatie

	ozorg 2	ozorg 3	ozorg 4	ozorg 5	Geh-zorg 2	Geh-zorg 3	Ggz-org 1 t2	Ggz-org 2	Ggz-org 3
beleidsplannen (brief, kaderbrief, etc)	X	X	X	X	X	X	X		X
documenten bedrijfsproces (protocol, procedure, handboek, reglement, e.d.)				X		X	X		
documenten afspraken met externe partijen						X	X		
Enquêtes en rapportages	X						X		
evaluatierapportages	X			X	X	X	X		X
informatiedocumenten	X	X		X	X	X	X		X
jaarplannen		X	X			X	X		X
jaarverslagen (algemeen, sociaal beleid, kwaliteitsbeleid, etc)	X	X	X	X	X	X	X	X ⁸³	X
ondernemingsplannen/ strategische beleidsplannen	X	X	X	X	X	X	X	X ⁸⁴	X
ontwerpplannen (organisatie(onderdeel), bedrijfsfunctie, primaire proces)			X	X		X	X	X	X
visiedocumenten	X		X	X	X		X		
websites	X	X	X	X	X	X	X	X	X
totale aantal documenten [N=166]	11	8	21	31	12	31	28	10	14

Deze studie beperkt zich tot het organisatiebrede beleid. De implementatie en uitvoering van de centrale beleidslijnen kunnen per bedrijfsonderdeel variëren (Truss, Gratton, 1994; Wright, Nishii, 2005). Er waren nauwelijks strategische beleidsstukken van werkeenheden, units of afdelingen. Het generieke beleid van organisaties gold – soms stilzwijgend en regelmatig uitdrukkelijk – voor alle bedrijfsonderdelen die met de directe uitvoering van de dienstverlening waren belast. Zo is de reikwijdte van het beleid dat uit deze documenten sprak, ook begrepen.

Van de organisatieonderdelen die redelijk autonoom functioneerden of de locaties die in deze studie participeerden is zoveel mogelijk geprobeerd het lokale beleid te achterhalen via de jaarplannen, andere notities en beschrijvingen van de bedrijfsprocessen. In een enkel geval bestond er geen actueel materiaal, dan alleen de beschrijving van de zorgprogrammering (ggzorg 2).

Alle documenten zijn bestudeerd met behulp van de checklists (zie § 5.2.4.2). Deze werkwijze waarborgt een gerichtheid op het materiaal door de operationalisaties die uit de theorie zijn afgeleid. Om verder de betrouwbaarheid van deze dataselectie te vergroten, is dit bij alle organisaties voor een tweede of derde keer door een andere onderzoeker uitgevoerd (zie tabel 8.2). Het moest de intersubjectiviteit in relatie tot de selectie van de data uit de grote hoeveelheid documenten ten goede komen (Swanborn, 1987: 29, en vgl., 359, 370). De selectie van de data als resultaat van de tweede en derde

83 Dit waren de beleidsplannen van de moederorganisatie.

84. Idem; ook bij de website.

ronde week amper af van de eerste keer. De nieuw geselecteerde tekstgedeelten zijn aan de checklists toegevoegd.

De selectie van de citaten in dit hoofdstuk is exemplarisch voor de strekking van het beleid bij het onderwerp van de tekst in kwestie.

tabel 8.2. Dubbel check documenten

organisatie	onderzoeker 1 (promovendus)	onderzoeker 2	onderzoeker 3	onderzoeker 4	onderzoeker 5
ozorg 2	X		X	X	
ozorg 3	X	X			
ozorg 4	X	X			
ozorg 5	X	X			
gehzorg 2	X	X			
gehzorg 3	X	X			
ggzorg 1	X			X	X
ggzorg 2	X	X			
ggzorg 3	X		X		

8.3. Beleid vanuit overkoepelend serviceconcept

In de Service Care Chain vertalen contextuele veranderingen zich in een service concept en – leveringssysteem (zie § 3.2.4 en § 6.3). Daarin legt men vast wat men met de dienstverlening op het oog heeft, welke cliëntengroepen men kiest, hoe men het aanbiedt en uitlevert.

Hypothese 1 die dit onder woorden brengt, luidt:

Contextuele veranderingen leiden in dit type ‘human service organisaties’ op de gebieden van het serviceconcept en het leveringssysteem tot een strategie die op adaptatie is gericht.

Alle organisaties werkten vanuit een visie op zorg- en dienstverlening. Meestal kwam die visie erop neer dat de cliënt centraal werd gesteld. Hiermee bedoelden sommigen het principe dat de (zorg)vragen van cliënten het uitgangspunt dienen te zijn van het aanbod. Andere organisaties omschreven het als het adequaat inspelen op de zorgvraag of het realiseren van zorg-op-maat. De ggzorg 1 had uitdrukkelijk integrale zorg en samenhang in het aanbod als voorwaarden opgenomen om adequaat op de zorgvraag in te kunnen gaan. De gehele bedrijfsvoering was op basis van dit uitgangspunt vormgegeven. Zij waren ook de enige organisatie die beschreven had dat zorg-op-maat de inbreng van zowel de cliënt als de professional vereist.

“Dankzij de geïntegreerde manier van samenwerken tussen (diverse zorgaanbieders in een nieuwe organisatie: kpvw) overzien wij nu het hele werkveld en de GGZ-problematiek goed. De samenwerking met andere instellingen is of wordt gezocht. De kwaliteitscriteria die ggzorg 1 voor zichzelf in samenspraak met patiëntenbelangenorganisaties heeft opgesteld staan daarbij in de samenwerking en in de patiëntenzorg voorop (Ggzorg 1 van start tot uitvoering:2).”^{85 86}

Bij Ggzorg 3 stond het primaire proces centraal, want daar vindt de dienstverlening plaats, zo luidde de redenering. Men impliceerde daarmee het belang van de samenwerking tussen cliënt en hulpverlener, wat overeenkomt met de definitie van vraaggerichte dienstverlening.

Zeker bij de organisaties uit de gehandicaptenzorg en in mindere mate bij de GGZ-organisaties was vermaatschappelijking een belangrijk thema in relatie tot het welbevinden van cliënten (vgl. Kwek-

⁸⁵ Citaten in cursief zijn letterlijk overgenomen uit beleidsdocumenten. Overzichten hiervan liggen bij de auteur ter inzage en de stukken zijn desgevraagd in te zien. Citaten tussen aanhalingstekens maar niet cursief afgedrukt, zijn geparafraseerd.

⁸⁶ De organisaties zijn geanonimiseerd. Als consequentie daarvan ook de bronnen. Er liggen bij de auteur lijsten van de beleidsstukken ter inzage.

keboom, 2001). Dit diende overigens weloverwogen en gedoseerd te worden uitgevoerd. De organisaties uit de ouderenzorg ontwikkelden allen op hun eigen manier extra- en ambulante vormen van dienstverlening, vooral met de bedoeling om de opname zoveel mogelijk uit te stellen. Ggzorg 1 streefde dit ook na, mede gezien het feit dat zij vooral ambulante dienstverlening, dag- en deeltijdbehandeling aanboden. Wel was er een beperkte mogelijkheid voor 24-uurs opvang.

Drie organisaties gingen uitdrukkelijk in op het thema service. Ozorg 2 en 3 spraken over het verlenen van “goede service aan cliënten, door het leveren van passend aanbod”. Men spande zich in dit aanbod te vergroten. Ozorg 3 had bijvoorbeeld nieuwbouwplannen (in een vergevorderd stadium) waar de dienstverlening op een moderne leest kon worden geschoeid. Daarnaast probeerde men de zorgprocessen meer bij de behoeften en vragen van cliënten te laten aansluiten. Ozorg 4 wilde een service-organisatie worden met een breed assortiment aan producten gericht op de behoeften van (potentiële) cliënten. Dit moest omschreven worden in een service arrangementen catalogus. Men had plannen om een basis servicepakket te ontwikkelen dat aansluit bij de WMO. Het adagium dat men in de dienstverlening wilde (gaan) hanteren is : “*Ja, tenzij*” (Ondernemingsplan 2005 – 2008). Ggzorg 3 duidde de tevredenheid van cliënten als een belangrijke bedrijfsuitkomst van de prestaties van medewerkers en sloot daarmee aan bij de gedachten van de Service Care Chain.

Het doelgroepsgewijs werken bevordert een betere afstemming van vraag en aanbod en maakt kwalitatief hoogstaande service mogelijk, zegt de Service Care Chain (hoofdstuk 3 en 4). Omdat dan de kans op homogenere verwachtingen van cliënten groter is, kunnen bedrijven daarop hun aanbod gemakkelijker en beter aanpassen. Welke zorgorganisaties hebben zich nadrukkelijk op dienstverlening aan diverse doelgroepen toegelegd? En als zij dit hebben gedaan, is dit dan doorgevoerd in de interne – en externe service kwaliteit? En heeft men het gebaseerd op een service concept en geeft de servicestrategie daaraan richting?

Geen van de organisaties heeft een expliciete samenhang bewerkstelligd tussen al deze elementen. Er zijn wel afzonderlijke relaties gevonden.

Ggzorg 2 verleent van oudsher specifieke diensten aan mensen die kampen met neuropsychiatrische aandoeningen, zoals niet aangeboren hersenletsel en het Korsakov-syndroom⁸⁷.

Ggzorg 1 en ozorg 3 hebben een redelijk vergevorderde dienstverlening aan doelgroepen gerealiseerd. De eerste organisatie heeft wel het leveringssysteem afgestemd op de ziektebeelden van cliënten, maar het HRM heeft er geen zichtbare rol in. Op vijf punten na die cliënten hebben ingebracht bij het organisatieontwerp (zie § 5.3.1.), zijn de verwachtingen van cliënten uit de diverse doelgroepen over de dienstverlening nauwelijks geëxpliciteerd.

Ozorg 3 werkt ook met diverse doelgroepen, zoals: diverse soorten verpleegafdelingen, dagcentrum, somatische long- en shortstay, parkinson dagbehandeling en -verzorging, een verzorgingshuis en zorg aan huis. Er zijn aanleunwoningen en men heeft plannen voor de bouw van appartementen in de verschillende prijs- en huurklassen. Het leveringssysteem is echter niet zo drastisch aangepast als bij ggzorg 1, de dienstverlening gebeurt vooral nog op de gebruikelijke manier⁸⁸. Het management vindt bij de doelgroepen de continuïteit van zorg belangrijk. Het moet met andere woorden mogelijk zijn zorg in te schakelen wanneer dat nodig is, zonder dat cliënten daar lang op hoeven te wachten. Tot besluit zijn er projecten voor het leveren van zorg aan huis met de bedoeling opnamen zo veel mogelijk uit te stellen.

Ozorg 2 heeft vergevorderde plannen om de dienstverlening te differentiëren naar doelgroepen. De beleidsstukken maken melding van het feit dat men het organisatie-model daarop wil aanpassen.

⁸⁷ Dit syndroom staat voor ziektebeelden als gevolg van langdurig excessief alcoholgebruik. Vaak zijn het vormen van geheugenstoornissen.

⁸⁸ Dit is het zogenaamde EVV-schap dat staat voor Eerst Verantwoordelijke Verpleegkundige die het eerste aanspreekpunt voor cliënten is en de zorg voor de cliënt regisseert.

“Dit betekent (de ontwikkeling van vraaggerichte dienstverlening: kpvw) een andere manier van werken/kijken naar de klant. Op basis van onze huidige ervaringen is het van belang een toekomstig organisatiemodel op te zetten (...) dat op kleinschaligheid (...) en zelfverantwoordelijke teams is gebaseerd (Beleidsplan P&O 2003–2005: 5).”

Er is al een extramuraal woonproject gerealiseerd en er lopen enkele zogenaamde meerzorgprojecten waar teams zorg aan mensen thuis leveren.

Ozorg 4 heeft ook plannen voor het ontwikkelen van zorg en dienstverlening aan verschillende doelgroepen. Zo denkt men aan een “service-basispakket voor zelfstandig wonende ouderen” en een pakket voor mensen die wonen in een beschermende woonomgeving. Ook kleinschalige verpleeghuiszorg en activiteitenbegeleiding op maat zijn diensten die men wil gaan aanbieden. Het management denkt er ook over om een WMO-pakket te ontwikkelen. Men noemt als voorbeeld dat daarin een “rolstoelbus” onderdeel van uit dient te maken.

Ook Ozorg 5 heeft beleid in voorbereiding dat tot een gedifferentieerd aanbod voor doelgroepen moet leiden. Zorg aan huis is een plan in ontwikkeling waar verzorgingsdiensten bij ouderen thuis worden aangeboden. Men wil de psychosociale dienstverlening aan bewoners uitbreiden omdat daar behoefte aan blijkt te zijn. En er is onlangs een modern woonzorgcentrum geopend. Cliënten hebben daar een grote mate van autonomie en kunnen zorg inroepen wanneer dat nodig is. Wanneer iemand verpleeghuiszorg nodig heeft, kan dat zonder te verhuizen: de zorg wordt ter plekke gegeven. De accommodatie voor de bewoners van dit woonzorgcentrum voldoet aan de eisen van deze tijd en is van veel gemakken voorzien.

De gehandicaptenorganisaties hebben geen uitgesproken doelgroepenbeleid anders dan de gebruikelijke differentiatie naar zorgzwaarte, de PGB's en de traditionele indelingen die er al zijn. In beide bedrijven laten de documenten geen toekomstig beleid zien waarin doelgroepsegmentatie een belangrijke factor is voor de organisatie van de dienstverlening.

Dezelfde teneur is te merken bij Gzorg 3, hoewel men wel het beleid heeft om zorgprogramma's voor welomschreven doelgroepen aan te bieden. De beleidsstukken melden echter niet wat de stand van zaken daarover is en in hoeverre dit consequenties heeft voor de bestaande inrichting van de dienstverlening.

De meeste organisaties hechten aan een goed kwaliteitssysteem. In hun ogen waarborgen zij daarmee de kwaliteit van de dienstverlening. Dit keert vaak terug in de stukken die zijn bestudeerd. Veelal koppelt men dit aan het scholingsbeleid voor medewerkers. Gekwalificeerd personeel is immers noodzakelijk voor goede zorg en dienstverlening. Ozorg 5 voegt daarbij ook uitdrukkelijk “*de roostersystematiek*” (Handboek Rooster, 2003) aan toe. Gezond roosteren verhoogt de kwaliteit van de dienstverlening, redeneert men daar.

In alle gevallen hebben organisaties aandacht voor goede informatie aan cliënten of naastbetrokkenen. Soms realiseert men dit door een uitgebreid pakket aan informatiemateriaal. Soms opent men daarvoor een loket en in één geval deed men beide (gehzorg 3). Iedere organisatie heeft een algemene internetsite met informatie over het bedrijf.

In het algemeen was er aanzienlijk meer geschreven over het organiseren van het aanbod (omschrijven van processen en kwaliteitsbeleid, etc.) dan over concrete zaken die daadwerkelijk cliënten aangaan (wat overeenkomt met de bevindingen van het exploratieve onderzoek). Wanneer men wel over cliëntenzaken schreef, waren dat meestal afgeleiden van een adequate inrichting van de dienstverlening. Men beperkte zich bovendien meestal tot steekwoorden als klantvriendelijkheid, correcte begeleiding, betrouwbaarheid en het ingaan op individuele wensen. Of men gaf er een summiere uit-

leg bij. In de meeste gevallen concretiseerde men niet op welke manier men de waardering van cliënten voor de dienstverlening zou kunnen vergroten.

Het beleid voor de afhandeling van klachten was het enige beleidsterrein van relevantie voor cliënten dat zes van de negen organisaties expliciet hadden ingevuld.⁸⁹

8.3.1. Enkele relevante beleidsvoorwaarden

Samenhang (organizational fit; Wood, 1999)

Hing het algehele beleid over de dienstverlening samen met andere beleidsterreinen van de organisatie? De twee terreinen waar dit het geval was, waren bij alle organisaties het kwaliteitsbeleid en bij de meesten het scholingsbeleid. Vier organisaties (of onderdelen daarvan) streefden kwaliteitscertificering na (ozorg 4, gehzorg 3, ggzorg 1, 2 en 3). Alle organisaties verbonden expliciet of impliciet kwaliteitsborging en –controle aan de kwaliteit van de dienstverlening. Wanneer er een verband met scholing bestond, telde het argument dat het de kwaliteit van de dienstverlening op peil hield. Andere argumenten waren dat het werk op deze manier aan de eisen van de tijd of aan veranderingen in de zorgvraag kon worden aangepast.

Bij andere beleidsterreinen, zoals de financiële of faciliterende diensten werd er slechts weinig naar de kwaliteit van de service verwezen. En als het al werd gedaan, beperkte men zich tot constateringen dat bijvoorbeeld ondersteuning met middelen moest bijdragen tot goede dienstverlening. Veelal werd het niet duidelijk uit de documenten of men de kwaliteit van de dienstverlening verbond met andere beleidsterreinen: het werd gewoonweg niet genoemd.

Consistentie

Sommige organisaties (ozorg 2, gehzorg 2 en 3, ggzorg 1) volgden een redelijk consistente beleidslijn. Soms gebeurde dat op een nadrukkelijke manier, soms wat impliciet. Andere organisaties maakte de consistentie van hun servicebeleid minder goed zichtbaar in de documenten.

Er bestond daarentegen wel consistentie per beleidsterrein. Als men op een bepaalde manier over bijvoorbeeld het financiële beleid sprak, kwam dat op dezelfde wijze terug in andere financiële stukken. Dwarsverbanden met andere beleidsterreinen waren er vooral bij het kwaliteitsbeleid te zien. Hierbij dienden de kwaliteitsmodellen als het INK, het HKZ of het MIK-V als kapstok.

Communicatie

De urgentie die er was of het belang dat het beleid vertegenwoordigde, bepaalde in welke mate men het beleid verspreidde in de organisatie en onder wie dat gebeurde (middenkader, beroeps - functie-groep). Dit beeld kwam bij alle organisaties naar voren. Medewerkers en cliënten informeerde men in groten getale wanneer het grote veranderingen betrof (veranderingen die voortkwamen uit de Modernisering van de AWBZ bijvoorbeeld, zoals de functiegerichte indicering). Men bediende zich van verschillende methoden van informatieverspreiding zoals het beleggen van informatiebijeenkomsten, de publicatie van artikelen in bedrijfsblaadjes, via het intranet of de e-mail.

Participatie

In alle organisaties bleek geen of nauwelijks een structurele vorm van medewerkers- of cliëntenparticipatie in de beleidsvoorbereiding, naast die van de officiële beleidsorganen zoals de O.R en de cliëntenraad. Als men er wel voor koos, ging het weloverwogen op basis van het belang dat de participanten hadden bij het beleid of delen ervan. Die indruk wekten de beleidsdocumenten.

⁸⁹ In literatuur over serviceorganisaties blijkt dat het organiseren van een klantgerichte klachtenprocedure een belangrijke functie heeft in het verbeteren van de kwaliteit van de dienstverlening (Heskett, e.a., 1997: 189 – 210; Schneider en Bowen, 1996: 101 – 105). Afbakening van het onderzoek leidde ertoe dat deze factor niet rechtstreeks is meegenomen als variabele (wel indirect en gedeeltelijk via cliëntenparticipatie).

In ozorg 2 werden bij de vormgeving van het servicebeleid medewerkers betrokken. En als er in de stukken sprake was van beleidsvoorbereiding voor een klachtenprocedure dan konden cliëntenraden daar altijd in participeren.

8.3.2. Context, service en leveringssysteem

Hoofdstuk twee beschreef op hoofdlijnen de veranderingen die de Modernisering van de AWBZ zorgorganisaties heeft gebracht en wat hen nog te wachten staan. De noodzaak voor organisaties om in die veranderingen mee te gaan is daar aangetoond (vgl. ook Van Wijk, Van Dijk, 2006). De vraag is of zij dat ook doen. Het beleid van de organisaties uit het exploratieve onderzoek had geen expliciete relatie met de Modernisering van de AWBZ. Leidt het voortschrijdende overheidsbeleid op dit punt inmiddels wel tot aanpassingen van het strategische beleid van de zorgorganisaties? Om dit te onderzoeken is gekeken naar de volgende punten (via de checklists):

- bestaat er een duidelijk en concreet verband tussen de veranderingen door de Modernisering van de AWBZ en het strategische beleid van zorgorganisaties;
- bestaat er enig beleid over vraaggerichte dienstverlening;
- zijn er andere relevante punten die op aanpassing wijzen?

Niet alle organisaties hebben een geprononceerd serviceconcept, maar de documenten gaven altijd prijs waar het management het op dit punt om te doen was en welke richting zij op wilden. Per organisatie volgt hieronder een samenvatting van de strategieën die zij volgen als reactie op contextuele veranderingen. Dan zal blijken of de Modernisering van de AWBZ (en de andere veranderingen) is vertaald in het strategische beleid. De ‘sleuteltermen’ in de teksten zijn letterlijk overgenomen uit de stukken van de organisaties.

Recapitulerend komt de Modernisering van de AWBZ erop neer (zie § 2.3) dat:

- de vraag van de cliënt leidend moet zijn voor het zorgaanbod;
- cliënten in staat moeten worden gesteld zoveel mogelijk een eigen leven te kunnen leiden zoals zij dat willen;
- daarvoor aanpassingen nodig zijn in de organisatie van de dienstverlening, ook transsectoraal;
- men vraaggerichte dienstverlening realiseert (dienstverlening waaraan behoefte is en waaraan professionals hun deskundigheid willen verlenen).

Ozorg 2

Deze ouderenzorgorganisatie wil inspelen op de vraag van de (toekomstige) bewoners. Daarvoor ontwikkelen zij een breed pakket van arrangementen voor zorg, wonen, welzijn en servicediensten (advies en informatie bijvoorbeeld). Een recente fusering heeft daartoe bijgedragen. Men wil als organisatie marktgericht ondernemen. Dit is nodig vanwege alle veranderingen die de rijksoverheid in de regelgeving realiseert. Extramurale en ambulante projecten moeten zorgdragen voor het zoveel mogelijk uitstellen van de opnamen. Men is bezig bewonersgerichte dienstverlening te ontwikkelen. Dat doet men regelmatig in overleg met bewoners.

“In de komende vijf jaar (2003– 2008: kpvw) worden woon-, zorg-, welzijns- en servicediensten voor ouderen zowel in de thuisituatie als in meer geclusterde woonvormen tot ontwikkeling gebracht, afgestemd op de wensen en de behoeften van ouderen (Ondernemingsplan, 2003: 3).”

Ozorg 3

Beleidsstukken van deze organisatie maken nadrukkelijk gewag van maatregelen om in te haken op ontwikkelingen die er in de ouderenzorg spelen als gevolg van het overheidsbeleid. De WMO wordt genoemd, maar ook de AWBZ brede zorgregistratie (AZR).

“Ozorg 3 wil kunnen inspringen op signalen uit de omgeving (modernisering AWBZ, WMO: kpvw) door verbetering van bewustwording wat er in die omgeving gebeurt. De vertaalslag van ‘buiten naar ‘binnen’ moet goed verlopen. Huidige signalen uit de omgeving zijn: de toename van het aantal ouderen, dus een toename van de zorgvraag, de oudere wordt mondiger en heeft meer geld te besteden, de politiek geeft ruimte om het zorgaanbod te vergroten, verbeteren en vernieuwen. (...). Ozorg 3 wil een actieve rol spelen in het afdwingen van politieke keuzes (Ondernemingsplan 2003: 9).”

Men zet in op het verlenen van service waaraan behoefte is en wil dat zo efficiënt mogelijk doen.

“Om de reputatie en de concurrentiepositie in stand te houden zullen zoveel mogelijk middelen ingezet moeten worden voor (de innovatie van) het primaire proces. (...) Voor 2005 betekent dit dat alle werkprocessen inzichtelijk gemaakt moeten worden en dat vervolgens keuzes gemaakt moeten worden om te komen tot een hogere effectiviteit en efficiëntie (Strategisch plan vanaf 2005: 3)”

De zorgvragen van cliënten zijn het uitgangspunt van wat men aanbiedt. De organisatie is mede hierom de weg ingeslagen de zorg per doelgroep aan te bieden. Er is bijvoorbeeld een ‘short- en longstay afdeling’ voor Parkinson patiënten en dagbehandeling of -verzorging. Ook streeft men naar uitbreiding van het aantal zorgarrangementen. Er zijn vergevorderde fusieplannen met een andere ouderenzorgorganisatie die dit mogelijk moeten maken. Het doel is vraaggerichte dienstverlening.

Ozorg 4

Deze organisatie is redelijk vergevorderd in de beleidsuitwerking van vraaggerichte dienstverlening. Men heeft de doelstelling een service-organisatie te worden. Door in te spelen op de zorgvragen van cliënten wil men maatwerk (gaan) leveren. De wensen en behoeften van cliënten zijn het uitgangspunt van de dienstverlening.

“Ozorg 4 ontwikkelt zich van een zorg- naar een serviceorganisatie. Deze ontwikkeling is ingezet om tegemoet te komen aan de vraag van cliënten, en maatschappelijke ontwikkelingen zoals de afslanking van de AWBZ en de komst van de WMO (Kaderbrief 2005: 2).”

Een belangrijk instrument daarvoor is de ontwikkeling van service arrangementen in een diensten-catalogus, waarin extramurale, intramurale en ambulante vormen van dienstverlening zijn beschreven.

“Doel van een dienstencatalogus is explicitering van het zorgaanbod – intra- en extramuraal – opdat een exact en eensluidend beeld ontstaat van de zorg en service die van Ozorg 4 verwacht mag worden (Strategisch Plan 2004: 10).”

Om aansluiting te vinden bij de WMO denkt men aan een service basispakket voor cliënten die daarin interesse hebben. Men heeft een methodiek ‘vraaggericht werken’ ontwikkeld waarin het voor cliënten mogelijk wordt zoveel mogelijk zelf vorm en inhoud aan hun leven te geven. De diensten en producten moeten een goede prijs-kwaliteit verhouding hebben en worden via de functionele bekostigingssystematiek financieel verwerkt.

Ozorg 5

Door concreet in te spelen op de zorgvragen van (potentiële) cliënten wil deze organisatie in de pas blijven lopen met de ontwikkelingen die er momenteel spelen in de ouderenzorg.

“Ozorg 5 biedt verpleeg- en verzorgingshuiszorg aan ouderen. (...) de zorg dient uit te gaan van de wensen en mogelijkheden van de cliënt. Aanbodgestuurde zorg maakt plaats voor vraaggestuurde zorg. (...) Dit heeft vergaande gevolgen voor de bedrijfsvoering. (...) Inspelen op cliëntvragen betekent ook dat de organisatie en haar medewerkers zich richten op de leefwereld, de ontwikkelingen en de mogelijkheden van de cliënt (Beleidsplan 2003: 4).”

Men is van zins dat te doen door een uitbreiding van zorgarrangementen en activiteiten. Ambulante zorgdiensten moeten voor uitstel van opnamen zorgen. Inmiddels heeft men recentelijk een modern woonzorgcentrum geopend waar cliënten zoveel mogelijk zelf hun leven vorm kunnen geven. Cliënten kiezen daar bijvoorbeeld zelf hun maaltijd uit. Op het financiële terrein is men bezig prijzen te bepalen met de DBC-methodiek. Het beleid maakt ook melding zich meer te focussen op de kostprijs als gevolg van de maatregelen die de Modernisering van de AWBZ met zich meebrengt.

“Binnen de kaders van de AWBZ bepaalt Ozorg 5 de prijzen op zo’n manier dat ieder product een gedifferentieerde bijdrage aan het vermogen van de organisatie levert. (...) Een tijdige en volledige registratie van de uitgevoerde zorg in het primaire proces is een voorwaarde om de noodzakelijke monitoring en de daaruit volgende sturing op omzet en kosten uit te kunnen voeren (Beleidsplan 2003: 13)”

Het zijn activiteiten om op de ontwikkelingen in de sector te reageren.

Gehzorg 2

Het kwaliteitsbeleid van deze organisatie uit de gehandicaptenzorg maakt nadrukkelijk melding in te (willen) zetten op vraaggerichte dienstverlening.

“Gehzorg 2 gaat uit van de visie dat mensen met een verstandelijke handicap rechten en plichten hebben als iedere andere burger en dat niet de handicap maar de mens centraal staat. De Stichting wil er vanuit de zogenaamde supportgedachte toe bijdragen dat mensen met een verstandelijke handicap: kunnen deelnemen aan de samenleving; kunnen leven in en met hun eigen sociaal netwerk; kansen krijgen om zelf keuzen te maken; gebruik kunnen maken van eigen vaardigheden en mogelijkheden; gerespecteerd worden in gelijkwaardige en wederkerige relaties (Strategisch beleidsplan 2005: 4).”

Cliënten moeten de regie over hun eigen leven hebben of weer krijgen en maatwerk past daarbij. Daarop is de ondersteuning gericht. Via persoonlijke ondersteuningsplannen probeert men tegemoet te komen aan de wensen van de cliënt. Met als onderliggend doel de vergroting van diens tevredenheid. De vraaggerichte manier van werken moet cliënten binden en werven. Eén van de activiteiten was al om met ouders van cliënten die zelf een huis hebben aangeschaft een samenwerkingsovereenkomst aan te gaan om zorg te leveren.

“Ouders die zelf een huis laten bouwen voor hun gehandicapte kinderen, die zorg inkopen bij een zorgaanbieder en die over die zorg de regie houden. Dat is de situatie waar we steeds meer naar toe lijken te gaan (Kwaliteitsjaarverslag 2002: 22).”

Het financiële beleid zoekt aansluiting bij de nieuwe regelgeving in een omgeving ‘*die voortdurend in beweging is*’.

“Het gaat bij vraaggestuurde bekostiging om een systeem waarin de bekostiging beter aansluit bij de zwaarte van de handicap en vraaggestuurde zorg mogelijk maakt. Persoonlijke budgetten staan hierin centraal. Cliënten krijgen meer keuzevrijheid (...) hierdoor is de continue inkomens- en budgetstroom van de organisatie niet meer verzekerd. Dit bedrijfsrisico wordt bij de organisatie gelegd (Strategisch beleidsplan 2005: 8).”

Gehzorg 3

Deze residentiële gehandicaptenorganisatie ontwikkelt beleid om vraaggerichte zorg te kunnen verlenen.

“Het is de taak van de organisatie aan mensen met een verstandelijke handicap vraaggerichte zorg- en ondersteuningsarrangementen aan te bieden (Strategisch beleidsplan 2002 – 2005: 3).”

Dagbesteding is een van de eerste beleidsterreinen waarop men dit gestalte probeert te geven.

“De cliënt heeft recht op passende dagbesteding, gericht op het benutten van zijn individuele mogelijkheden en op het deelnemen als volwaardig burger in de samenleving (Jaaroverzicht 2003: 16).”

Cliënten hebben ook recht op een eigen leven en mogen dat inrichten zoals zij dat zelf willen. De persoonlijke behoefte aan ondersteuning én de zorgvraag bepaalt het aanbod dat wordt geformuleerd in de persoonlijke ondersteuningsplannen.

“In Gehzorg 3 geldt de voorwaarde dat het om activiteiten moet gaan die door de cliënt en zijn omgeving als zinvol worden ervaren en die zijn opgenomen in het individuele ondersteuningsplan (Jaaroverzicht 2003: 14).”

De mogelijkheden van cliënten vormen het uitgangspunt in plaats van de beperkingen. Recentelijk is het ondersteunende systeem voor dagbesteding (waaraan iedere cliënt deelneemt) aangepast. Ook is de nieuwe functie van persoonlijk begeleider in het leven geroepen, die de regie over de ondersteuning heeft. Men heeft een zorgloket ingericht waar cliënten (en naastbetrokkenen) met allerlei vragen terecht kunnen. Een kenniscentrum verschaft informatie en advies aan hulpverleners en ook aan externe partijen. Ook spant men zich in om voor cliënten zoveel mogelijk eenpersoonskamers te realiseren. Klantvriendelijkheid moet de organisatie karakteriseren.

“Wie kiest voor ondersteuning en zorg geleverd door Gehzorg 3, wordt in staat gesteld eigen keuzes te maken, arrangementen te kiezen die zijn afgestemd op eigen, specifieke, persoonsgebonden wensen (Strategisch beleidsplan 2002 – 2005: 3).”

Ggzorg 1

Het grootste deel van het budget van deze ggzlokatie wordt gefinancierd uit het 2e compartiment (zorgverzekeringen per 2006). Omdat de organisatie voorop in de ontwikkelingen lopen wil, heeft ze recentelijk meegedaan met een DBC-pilot. Men heeft als richtlijn dat het zorgaanbod de vraag van de cliënt volgt, maar niet zonder de inbreng van professionals.

“Zorg-op-maat is een van de belangrijkste uitgangspunten binnen Ggzorg 1. Binnen het behandel aanbod wordt samen met de patiënt gekeken wat (...) de meest optimale behandelopties zijn. (Behandelbeleidsplan 2000: 4).”

Het aanbod is vraaggestuurd ingericht. Dat wil zeggen, het is per doelgroep georganiseerd in behandelprogramma's. Cliënten volgen een bepaalde route en kunnen van diverse programma-overstijgende diensten gebruik maken als men dat indiceert en samen overeenkomt.

“Er zijn in totaal zes behandelprogramma's voor volwassenen en ouderen. De programma's zijn niet tot in detail uitgewerkt. Hierdoor is er veel ruimte voor de professionals op de werkvloer. Bovendien sluit een te gedetailleerde invulling niet aan op de praktijk (Het Ggzorg 1 model. Behandelprogramma's als sturing: 2).”

Om vragen en behoeften van cliënten snel in beeld te krijgen en adequaat te behandelen, heeft iedere cliënt een vaste behandelaar met regietaken én een begeleider. Dit komt niet alleen de continuïteit van de behandeling ten goede, maar verhoogt bovendien de efficiëntie. Niet alle vragen willigt men in, alleen als er overeenstemming is tussen behandelaar en cliënt. Behandelaren kunnen altijd beslissen een vraag niet te honoreren omdat het buiten de behandeling van de doelgroep valt. In dat geval verwijst men de cliënt door (in – of extern).

In het ontwerp van de behandelorganisatie heeft men impliciet voor kleinschaligheid gekozen en uitdrukkelijk voor toegankelijkheid, herkenbaarheid en continuïteit.

“Kenmerken van de behandelorganisatie zijn: maatwerk, continuïteit en een transparant aanbod. Er zijn korte communicatielijnen door de gehele organisatie heen. (Profiel organisatie 2000:5). De Ggzorg 1-aanpak is een succes. De wachttijden bij de voordeur zijn gering (...) Er is een behandelaar die de individuele patiënt door de volledige behandeling begeleidt, wat belangrijk is voor de continuïteit in de behandeling (Het Ggzorg 1 model: 3).”

Men zoekt actief de samenwerking met externe partijen zoals de verenigde huisartsen, thuiszorg en ouderenzorg om plaatselijke en regionale zorgprocessen op elkaar af te stemmen (Het Ggzorg 1-model: 5; Notitie consultatieproject, 2002; diverse Werkdocumenten).

Ggzorg 2

Dit organisatieonderdeel levert zorg aan cliënten met specifieke neurologische aandoeningen. Het aanbod is daarbinnen per ziektebeeld georganiseerd in behandelprogramma's (Behandelprogramma beschrijvingen 2001 a,b,c; 2002 a,b,c.). Het moederbedrijf wil een betrouwbare en deskundige dienstverlener zijn, waar de kwaliteit van behandeling en zorg hoog in het vaandel staan (Statuut, 2000). Op het moment dat het onderzoek plaats had waren er geen actuele lokatiegebonden beleidsstukken voorhanden. Er was op dat moment wel een samenvoeging met een ander bedrijfs onderdeel in voorbereiding om de dienstverlening meer efficiënt te maken en het zorgaanbod te vergroten. De notities over de inrichting van de behandelprogramma's melden dat men het overleg en samenwerking met cliënten in het primaire proces van groot belang achtte om zoveel mogelijk maatwerk te leveren (Behandelprogramma beschrijvingen 2001 a,b,c; 2002 a,b,c.). De inhoud van deze programma's beschrijven dat cliënten een route afleggen van onderzoek en advies en/of van observatie en diagnose vooraleer zij aan een programma worden toegewezen (ibid). Het beleid van de moederorganisatie wees erop, dat men aansluiting zocht met de actuele ontwikkelingen die van overheidswege waren ingezet (Jaarverslag 2005).

Ggzorg 3

De tevredenheid van cliënten ziet men in dit bedrijf als een belangrijke organisatieuitkomst. Daarom werkt men resultaatgericht in het primaire proces en planmatig om de efficiëntie en effectiviteit te stimuleren. Het primaire proces staat centraal, met als inzet de waardering van de cliënt te optimaliseren. De cliëntenraad is hierin een volwaardige partner.

“De Centrale Cliëntenraad heeft een vijftal afdelingen van Ggzorg 3 volgens de in het regiokader beschreven methode laten visiteren. Op grond van de bevindingen is een plan van aanpak voor een langlopend traject van kwaliteitsbeoordeling vanuit cliëntenperspectief opgesteld. Hiervoor is een financieringsbron beschikbaar onafhankelijk van de zorgaanbieder”. (‘Jaarverslag’ 2000– 2001: 32).”

De uitgangspunten voor het organisatiebeleid zijn vervat in kernwaarden die men heeft samengevat in vier B's. De organisatie is:

“Bekwaam, want gestoeld op vakmanschap van zijn medewerkers; betrokken in de bejegening van hulpverleners en andere belanghebbenden; betrouwbaar in de belofte te doen wat wij toezeggen; beschikbaar als het gaat om toegankelijkheid en bereikbaarheid.” (‘Jaarverslag’ 2000– 2001: 7; Jaarverslag 2002– 2003: 4– 5).”

Men is bezig het behandel-, begeleidings- en verzorgingsaanbod zo goed als het kan op elkaar te laten aansluiten; overigens vooral gebaseerd op de bestaande situatie.

“Ggzorg 3 wil de clusters (...) dusdanig ordenen, dat het logische organisatorische eenheden worden, die faciliterend zijn aan de samenwerking tussen klinische en ambulante functies en aan de samenwerking met onze ketenpartners. Om hieraan invulling te geven bereiken wij in 2004 afstemming in circuit-overstijgende zorgprogramma's rond een aantal grote cliëntengroepen (...). Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn hierin onomwonden vastgelegd.” (Kader brief 2004– 2005, punt 5).”

Het viel op dat de meeste beleidsstukken nauwelijks reppen over de relatie tussen het organisatiebeleid en de context van het bedrijf. Men vindt trouwens ook zelf dat dit verbetering behoeft:

“Een structuur voor het systematisch scannen van omgeving ontbreekt. De vertaling van externe ontwikkelingen naar interne activiteiten verloopt daardoor niet naar wens. Dat geldt zowel de zorgin-

houdelijke veranderingen als de veranderingen in (met name niet financiële) wet- en regelgeving.” (Informatiestromen 2005: 19).”

Men hield wel rekening met de functiegerichte indicering als nieuwe maatregel in de AWBZ en probeerde te anticiperen op de komst van de DBC's en de WMO, hoewel dit nog in de kinderschoenen staat.

Samenvatting en conclusie

Opmerkelijk is het verschil dat bestaat tussen de documentenanalyse van het exploratieve onderzoek en de analyse die nu heeft plaatsgehad. In 2002 kon er geen directe relatie worden gelegd met het overheidsbeleid wat betreft de Modernisering van de AWBZ (§ 5.3.1.) Nu is dat wel het geval. Het lijkt erop dat organisaties het tot het laatste moment laten aankomen vooraleer zij feitelijk beleid (durven te) maken. In gesprekken met raden van bestuur en met het hoger kader schemerde door dat men weinig vertrouwen heeft in de overheid als beleidsmaker. De politieke dynamiek kan voorgenomen overheidsbeleid uitstellen⁹⁰, veranderen of zelfs ongedaan maken. Er blijft tot het laatste moment veel onzeker.

Na de documentenstudie van het exploratieve- en van het toetsende onderzoek ontstaat echter enigszins de indruk dat wanneer het overheidsbeleid nog niet (geheel) duidelijk is, *sommige* raden van bestuur voorzichtig strategisch beleid ontwikkelen in de richting waarvan zij vermoeden dat het op zal gaan (zorg-op-maat, de cliënt centraal).

Wanneer door besluitvorming in de Tweede Kamer overheidsbeleid onontkoombaar wordt, zit er niets anders op dan het te volgen. Dit was het geval met de functiegerichte indicering en de functiegerichte bekostiging in de gevallen waar het al was ingevoerd.

In een enkel geval koos een organisatie ervoor een geheel eigen beleid te kiezen zonder een rechtstreeks verband met overheidsbeleid. Ggzorg 1 werd in 1997 geopend en was geheel op vraaggestuurde leest geschoeid omdat men daarvoor uit overtuiging had gekozen. Deze beweging is vaker te zien bij de onderzochte organisaties, maar niet in de mate zoals bij Ggzorg 1. Sommige Raden van Bestuur maakten zelf een plan omdat daarmee in hun opinie de organisatie en de cliënten het beste mee gediend zouden zijn. Het uitbreiden van het zorgaanbod door fusering of door het ontwikkelen van nieuwe vormen van zorg zijn hiervan illustraties.

Veel beleid van de organisaties aangaande de Modernisering van de AWBZ (en de andere stelselwijzigingen) staat nog in de kinderschoenen, maar zal ingrijpende veranderingen voor de organisatie van het zorgaanbod met zich meebrengen. Nu al werd soms de inrichting van het primaire proces (leveringssysteem) fundamenteel gereorganiseerd (gehzorg 1, gehzorg 3, ggzorg 1). Voorzover te constateren viel, was het financiële beleid het meeste up-to-date als gevolg van de gefaseerde invoering van de functionele bekostiging in het AWBZ-segment en de komst van de DBC's in de cure (2e compartiment).

Alle organisaties zijn op de een of andere manier in een zelf gekozen tempo bezig hun strategische beleid af te stemmen op de Modernisering van de AWBZ en andere stelselwijzigingen in de gezondheidszorg. Zij doen dit voornamelijk door het vergroten van het dienstenassortiment en sommigen benoemen bovendien specifieke doelgroepen.

De eerste hypothese is niet weerlegd (voor zover men daar bij kwalitatief onderzoek van kan spreken): in zorgorganisaties leiden contextuele veranderingen tot strategieontwikkeling over de service en het leveringssysteem die op adaptatie is gericht. Maar wel met de constatering dat men daarmee tot het laatste moment heeft gewacht.

⁹⁰ De WMO is hiervan een fraai voorbeeld.

De onderstaande tabel vat de koppeling tussen de context van de organisaties en hun bedrijfsstrategie wat betreft de dienstverlening samen.

tabel 8.3. Koppeling bedrijfsstrategie dienstverlening aan modernisering AWBZ

organisaties	kern	oordeel over aanwezigheid koppeling
ozorg 2	inspelen op de vraag van cliënten; marktgericht ondernemen; service verschaffen aan cliënten; vergroten van het assortiment	ja
ozorg 3	zorgvragen van cliënten zijn het uitgangspunt voor de dienstverlening; dienstverlening waaraan behoefte is; doelgroepsgericht aanbod; vergroten van het assortiment	ja
ozorg 4	service organisatie voor vraaggerichte dienstverlening; service arrangementen catalogus; methodiek vraaggericht werken; anticiperen op WMO; vergroten van het assortiment	ja
ozorg 5	inspelen op ontwikkelingen a.g.v. modernisering AWBZ en op zorgvragen van cliënten; uitbreiding pakket zorgarrangementen	ja
gehzorg 2	inzetten op vraaggerichte dienstverlening; cliënten hebben regie over eigen leven daarom maatwerk geboden; financiële beleid aan laten sluiten op maatregelen van de overheid; vergroten van het assortiment	ja
gehzorg 3	ontwikkeling van vraaggestuurde zorg; recht van cliënten op eigen invulling leven ondersteunen; organisatie van een deel van het aanbod al op dit principe gebaseerd; klantvriendelijkheid is belangrijk	ja
ggzorg 1 t2	vraaggestuurde organisatie van het aanbod via doelgroepen, specifieke routing en 'inkoop' zorg wanneer nodig; samenwerking in (informele) zorgcircuits voor realiseren vraaggerichte zorg	ja
ggzorg 2	sterk doelgroepenbeleid; maatwerk in de dienstverlening en behandeling	van de moederorganisatie: ja
ggzorg 3	men stelt het primaire proces centraal en probeert per doelgroep de zorg te organiseren; de waardering van cliënten is een belangrijke bedrijfsuitkomst; reactie op overheidsbeleid kan beter	ja

8.4. Invloed van context op (strategisch) HRM en vraaggerichte dienstverlening

Succesvolle dienstverleners maken altijd op één of andere manier de stap van het strategische organisatiebeleid naar het HRM (zie § 4.2.). Juist in arbeids- en kennisintensieve sectoren zoals de zorgsector lijkt het van groot belang HR-activiteiten op de bedrijfsstrategie en de context van de organisatie af te stemmen. Een ondersteuning en toerusting van het personeel die bij de soort dienstverlening past, verhoogt naar alle waarschijnlijkheid de kwaliteit van die dienstverlening. Vertalen zorgorganisaties het strategische beleid in het HRM? In de formulering van de hypothese (nummer 2): Adaptaties aan contextuele verandering van dit type 'human service organisaties' leiden tot strategisch HRM-beleid dat er op is gericht dienstverlening conform de veranderingen te leveren. Om dit te onderzoeken is gekeken naar de volgende punten (via de checklists):

- is er in de beleidsdocumenten expliciet sprake van strategisch HRM;
- bestaat er een inhoudelijke relatie tussen het HRM en het strategische beleid voor wat betreft vraaggerichte dienstverlening?

Strategisch HRM is in dit proefschrift gedefinieerd als de beslissing van de dominantie coalitie van een organisatie het HRM op een passende manier in te zetten om de strategische doelstellingen van zorgorganisaties mede te helpen realiseren. (Voor uitvoerige behandelingen van het begrip zie: Baron, Kreps, 1999; Boxall, Purcell, 2003; Paauwe, 2004; Noe e.a., 2005; Salaman e.a., 2005).

Er is in de (beleids)documenten gezocht of organisaties expliciet melding maakten van strategisch HRM. Ook is onderzocht of de HR-manager zitting had in de dominante coalitie (Paauwe, 2004). Dit als globale indicaties van het bestaan van strategisch HRM.

Als tweede stap zijn alle documenten onderzocht op een inhoudelijke relatie tussen de organisatie-doelstelling vraaggerichte zorg te willen verlenen en het HRM.

Bij slechts twee bedrijven maakten de documenten expliciet melding van het bestaan van een strategisch HRM (ozorg 2 en ggzorg 1 t2). Regelmatig hanteerde men in de andere organisaties niet de term HRM, maar werd er gesproken over personeelsbeleid of –management. Een enkele keer kwam de aanduiding ‘het P&O-beleid’ voor.

In vier van de negen organisaties had de manager die verantwoordelijk was voor het HRM, geen positie in het management team (MT). Dat had diverse redenen. In ozorg 2 duidde men het HRM als dienstverlenend aan de organisatie(doelen). Als consequentie van dat standpunt had het hoofd van P&O recentelijk geen zitting meer in het MT, hij had wel adviesrecht. De afdeling voerde het beleid uit dat werd vastgesteld in dit beslisorgaan. Het paradoxale was dat het HRM van deze organisatie juist wel expliciet een strategische functie toebedeeld had gekregen.

In de drie andere organisaties – dit waren in twee gevallen bedrijfssonderdelen van hetzelfde moederbedrijf en in het derde geval een divisie van een organisatie – had de personeelsmanager/functionaris een uitvoerende functie met adviesrecht. Zij ressorteerden onder de leiding van de directeur P&O, die wel zitting had in het MT van de moederorganisatie en daar beslissingsrecht had. In sommige gesprekken met HRM-managers schemerde door dat hun status niet het gewicht in het MT had als die van directieleden of managers die leiding gaven aan (delen van) het primaire proces (bedrijfszonderdelen, circuits, divisies).

Het leek erop dat de organisaties niet verder dan de zogenaamde “administrative- and oneway linkage” kwamen (Golden, Ramanujam, 1985: 429 – 451). Waarbij met betrekking tot het eerste begrip het HRM vooral op de beheersmatige activiteiten is gericht. Dit staat voor de laagste vorm van integratie van het HRM met strategische planning. Bij “oneway linkage” is het HRM weliswaar niet betrokken bij het ontwerpen van het strategische beleid van een organisatie, maar staat het wel ten dienste van dit beleid. Het integratieniveau is één stap hoger.

Tabel 8.4. Zitting hoofd HRM (P&O) in het Management Team

organisaties	wel/niet	bijzonderheid
ozorg 2	niet	adviesrecht
ozorg 3	wel	
ozorg 4	wel	
ozorg 5	wel	
gehzorg 2	wel	
gehzorg 3	wel	
ggzorg 1 t2	wel	de personeelsmanager van het bedrijfs onderdeel heeft geen zitting in het MT van het bedrijf, wel in het lokale MT, maar is geen beleidsbepaler
ggzorg 2	wel	idem
ggzorg 3	wel	idem

De volgende vraag is of er een inhoudelijke relatie bestaat tussen de doelstelling vraaggerichte diensten te willen verlenen en het HRM? Van iedere organisatie afzonderlijk volgt hieronder een be-

schrijving of dit wel of niet het geval is. Ook is er gekeken of er sprake is van een HR-bundel⁹¹ of van afzonderlijke HR-activiteiten.

Ozorg 2

Men merkte in de afgelopen jaren dat de zorgvraag van cliënten verschoof in de richting van behoefte aan zorg-op-maat. Standaarddiensten en producten raakten uit de mode. Met enkele HR-activiteiten probeert men meer afstemming te bewerkstelligen op de huidige zorgvragen. Arbeidstijden en de inzet van het soort personeel voor specifieke diensten zijn daarvan voorbeelden. Maar ook met het opleiden van het personeel is men op deze fit bedacht. Deze christelijke organisatie doet aan talentontwikkeling, met het uiteindelijke doel op maat gesneden “producten” te kunnen leveren.

“Er is een sociaal personeelsbeleid, waarin op eenzelfde respectvolle wijze talenten van medewerkers niet alleen zichtbaar worden gemaakt, maar ook worden benut in dienst van persoon en organisatie. Er is een motiverend, stimulerend werkklimaat. Kennis, kunde zijn belangrijk evenals ambitie, karakter en loyaliteit. De talenten van medewerkers vormen ons kapitaal. Als principe wordt de ‘lerende organisatie’ gehanteerd en wordt geanticipeerd op zorg- en dienstverleningsvragen door een ‘vraaggestuurde organisatie’ (Ondernemingsplan 2003: 3).”

Het roostersysteem houdt rekening met zowel de belangen van de cliënten (continuïteit van zorg en beschikbaarheid op piektijden) als de belangen van medewerkers (bijvoorbeeld de woon-werk balans). P&O wil structureel aandacht geven aan een goede balans tussen taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in relatie tot de soort diensten. Omdat men van plan is meer extramurale zorg uit te voeren, denkt men na over de aanpassing van organisatievormen die daar goed bij passen. Men overweegt kleine en zelfstandige teams in te zetten, die een intensieve samenwerking onderhouden met externe partners die zorg leveren aan dezelfde cliënten.

Daarnaast ontwikkelt deze organisatie beleid dat los staat van de Modernisering van de AWBZ, maar er wel bij passen. Bijvoorbeeld het onderzoek naar nieuwe contracten voor flexibilisering van de inzet van medewerkers die zorgtaken thuis met het werk combineren.

“Nieuwe contractvormen. De afstemming tussen werk en privé wordt steeds belangrijker. Juist in onze sector, waar veel vrouwen werken. Vaak met (kleine) kinderen. Vrouwen zijn (of voelen zich) vaak nog primair verantwoordelijk voor de kinderen bij calamiteiten. Daarnaast is de inzetbaarheid beperkt vanwege kinderen (schooltijden, werktijden partner). Op welke wijze kunnen wij daar als organisatie op inspelen (Beleidsplan P&O 2003 – 2005: 3)?”

Er is enigszins sprake van een HR-bundel die in de loop der tijd is ontstaan en vraaggerichte dienstverlening stimuleert. Men spreekt over strategisch HRM.

Ozorg 3

Het zwaartepunt van de maatregelen die deze organisatie treft om afstemming met de dienstverlening te verkrijgen, ligt in de sfeer van scholing.

“In de praktijk blijkt dat de professionele deskundigheid van de medewerkers niet op alle fronten even sterk is (ook in het licht van alle veranderingen als gevolg van de stelselwijzigingen: kpvw). Aan het einde van de planperiode zal de kloof tussen benodigde competenties en aanwezige competenties gedicht moeten zijn (Strategisch beleid vanaf 2005: 5).”

Het scholingsplan is grotendeels afgeleid van de speerpunten uit de kaderbrief (een strategisch beleidsdocument). Ook heeft men bij het opstellen van het scholingsplan rekening gehouden met de wensen en behoeften van medewerkers.

⁹¹ Er is in dit onderzoek sprake van een HR-bundel als er drie of meer HR-activiteiten zijn die bijdragen aan vraaggerichte dienstverlening (vgl Appelbaum e.a., 2000; Guthrie, 2001; MacDuffie, 1995).

“Het scholingsplan is voor het grootste deel tot stand gekomen als afgeleid van de speerpunten voor 2004 en na inventarisatie van wensen en behoeften (Jaarplan 2004: 13).”

Om de service aan bewoners te vergroten is er scholing geweest over het correct hanteren van til- en andere transferapparatuur. Dit met het oogmerk beter in te kunnen spelen op specifieke zorgvragen die daarmee samenhangen.

De veranderingen in de omgeving van de organisatie vereisen een ander werkconcept. Dit heeft men doorgevoerd in het nieuw te bouwen verpleeghuis. Kamers voor meerdere personen behoren daar tot de verleden tijd. Iedere bewoner krijgt een eigen kamer. Men heeft een appèl op de medewerkers gedaan om zich flexibel op te stellen omdat de zorgvragen kunnen variëren, zowel wat betreft de inhoud als de plaats en tijdstippen van levering. Zoals bij ozorg 2 wordt ook hier de taakstructuur voor bepaalde diensten tegen het licht gehouden om verantwoordelijkheden en bevoegdheden goed op elkaar af te stemmen. Men zet in op het creëren van een ‘goed werkklimaat’, dat wil zeggen waar medewerkers plezier aan hun werk kunnen beleven en cliënten die dienstverlening waarderen. De organisatie wil dat realiseren door service aan medewerkers te verlenen ondermeer via opleiding en goede arbeidsomstandigheden en –voorwaarden.

“Ozorg 3 wil een goede werkgever zijn. Zij vindt het belangrijk dat medewerkers zich individueel en collectief kunnen ontplooiën en wil de voorwaarden daarvoor scheppen. (...) Opleiding speelt daarin een belangrijke rol. Goed werkgeverschap komt tevens tot uitdrukking in goede arbeidsvoorwaarden en –omstandigheden en een prettige werksfeer (Ondernemingsplan 2000: 6).”

De kernwaarden van de organisatie (kwaliteit, respect, verantwoordelijkheid, flexibiliteit) gelden waar mogelijk ook voor het HRM.

Er is (nog) geen sprake van een duidelijke HR-bundel die vraaggerichte dienstverlening stimuleert. Men spreekt niet over strategisch HRM.

Ozorg 4

In vergelijking met het algemene beleid over service is in ozorg 4 de vertaling daarvan in het HRM in een vroegtijdig stadium. Men heeft de visie dat de afdeling PO&O “een service verlenende afdeling is voor interne klanten en teamgenoten.” (Beleidsplan PO&O 2004: 5). Het scholingsbeleid is het meest uitgesproken beleid van de afdeling. Organisatiebreed is er een scholingsprogramma geïmplementeerd om de veranderingen in de ouderenzorg en de visie van de organisatie onder de aandacht van de medewerkers te brengen.

“Om medewerkers bewust te maken van de veranderingen (modernisering AWBZ en komst WMO: kpvw) en een meer klantgerichte werkwijze aan te leren is een organisatiebreed scholingsprogramma gestart (Beleidsplan Facilitaire organisatie, 2004: 3).”

Een onderdeel van dat programma is een training in klantgerichte werkwijzen.

Voor de dienstverlening van het bedrijf geldt de slogan “Ja, tenzij”. Hoe dit precies moet worden gehanteerd door individuele hulpverleners en welke invloed dit heeft met het scholingsbeleid, was niet in de beleidsstukken terug te vinden. Er ontbreekt bovendien een beschrijving van de relatie met het leveringssysteem die dat voor specifieke diensten mogelijk zou kunnen maken.

De intake-medewerkers zijn geïnformeerd over de service die de organisatie wil leveren via de dienstencatalogus. Op die manier kunnen zij een toeleiding in gang zetten naar de juiste vormen van dienstverlening gezien de zorgvragen van cliënten.

Men werkt aan de totstandkoming van een werkklimaat met de waardering van de medewerkers als een belangrijke graadmeter. Het standpunt van deze organisatie is namelijk dat het personeel een “belangrijke succesbepalende factor” is.

“Het oog hebben van medewerkers voor goede service en zorg is de kwaliteit van Ozorg 4. Elkaar de ruimte geven en waardering uitspreken horen daarbij. Medewerkers hebben recht op een werkklimaat

waarin zij zich goed kunnen ontplooiën. Dit vraagt om een vernieuwende en sterke organisatie waarin geluisterd wordt naar medewerkers (...). De organisatie kan nog zo mooi zijn ingericht met nieuwe gebouwen, zorg en serviceconcepten, het succes wordt in belangrijke mate bepaald door de kwaliteit en kunde van medewerkers en leidinggevenden (Ondernemingsplan 2005–2008: 12)."

Er is nog geen sprake van een HR-bundel die vraaggerichte dienstverlening stimuleert. Men spreekt niet over strategisch HRM.

Ozorg 5

Een uitgangspunt van het HRM in deze organisatie is, dat er een evenwicht moet zijn tussen de organisatiebelangen en de belangen van de individuele medewerkers. Men wil een goede werkgever zijn en stelt zich op het standpunt dat het personeel de kritische succesfactor van de organisatie is; modern HRM hoort daarbij.

"Uitgangspunt is een modern HRM. Hierbij is de kerngedachte dat medewerkers kritische succesfactoren zijn die zorgdragen voor een goede uitvoering van de doelstelling van de organisatie en dat deze daarin wil investeren (...). (Notitie Opleiden 2003–2004: 2)."

Men gaat hier inhoudelijk niet verder op in, het blijft vooral bij algemene uitspraken. Alleen bij het scholingsbeleid probeert men het te concretiseren door het ontwikkelen van competentie-management.

"Passend binnen de HRM-visie is er gestart met het benoemen van de algemene (kern)competenties en specifiek voor iedere functie afzonderlijk. (...) de algemene (kern)competenties als de meer specifieke competenties dienen als uitgangspunt voor het opleidingsbeleid (...) en voor wervings- en selectiedoelinden (Notitie Opleiden 2003–2004: 3)."

De organisatie wil een "mensenorganisatie" zijn (Beleidsplan 2003–2006). Medewerkers werken er idealiter met plezier en zijn er "trots op tot deze organisatie te behoren" (ibid). Dat is een belangrijk doel van het HRM. Het HRM moet medewerkers ook stimuleren tot een goede uitvoering van de doelstellingen van de organisatie.

"De doelstelling van het HRM-beleid is (ondermeer: kpvw) het bijdragen aan gezonde verhoudingen in de organisatie, waarbinnen medewerkers zich verbonden weten met de doelstellingen van de organisatie en een bijdrage leveren aan het goed functioneren ervan (...). (ibid: 12)."

De relatie tussen het HRM en vraaggerichte dienstverlening is in de beleidsdocumenten die voor het onderzoek ter beschikking werden gesteld, amper onder woorden gebracht. Er wordt alleen gesproken over turbulente jaren die er aan staan te komen. En dat het opleidingsbeleid daar gelijke tred mee dient te houden.

Afzonderlijke HR-maatregelen krijgen de aandacht in de documenten, zoals zwangerschaps- en bevallingsverlof, ziekteverzuimbeleid, functioneringsgesprekken en de roostersystematiek.

De relatie tussen HRM en vraaggerichte dienstverlening is alleen in algemene en intentionele termen geformuleerd. Men spreekt niet over strategisch HRM.

Gehzorg 2

Het accent in deze organisatie ligt op het scholingsbeleid, wanneer het de relatie tussen het HRM en vraaggerichte dienstverlening betreft.

"Opleiden wordt steeds belangrijker als instrument om de komende ontwikkelingen mogelijk te maken. Investeren in opleidingen is daarom nodig (Sociaal Jaarverslag 2002: 18)."

Hoe men de relatie tussen het HRM en vraaggerichte dienstverlening precies zou moeten vormgeven, wordt op scholing na niet vermeld. Men is van plan het personeel te scholen in "resultaatge-

richt werken". Een belangrijk doel daarvan is dat het personeel en management bewust gaat nadenken over wat men wil bereiken. De relatie met de doelstellingen van het bedrijf wordt in de bewuste tekstgedeelten overigens niet duidelijk gemaakt.

Scholing is ook bij uitstek het instrument om de huidige kennis en vaardigheden in het bedrijf te consolideren en te vergroten. Medewerkers hebben daarin ook inspraak. Zij hebben voor een organisatiebreed gemeenschappelijk basisonderwijspakket gezorgd, waar medewerkers op in kunnen tekennen (Kwaliteitsjaarverslag 2002: 8 – 9).

Arbeidssatisfactie is een belangrijk doel van het HRM en moet leiden tot cliënttevredenheid.

"De stichting gaat uit van de visie dat de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening met name wordt bepaald in het directe contact tussen medewerker en cliënt. Met andere woorden: een organisatie brengt niets tot stand, het zijn de medewerkers die het doen. (...) Voor de vormgeving van het P&O-beleid betekent dit (ondermeer: kpvw) dat medewerkerstevredenheid een voorwaarde is voor cliënttevredenheid en het primaire proces centraal staat waarbij de overige organisatieonderdelen voorwaardenscheppend en/of dienstverlenend zijn (Strategisch beleidsplan 2005: 4)."

De individuele doelstellingen van medewerkers moeten echter wel in balans worden gebracht met de doelstellingen van de organisatie. De stukken maken melding van een introductieprogramma dat nieuwe medewerkers dienen te doorlopen. Of daar de visie op dienstverlening aan bod komt blijft onvermeld.

Er is geen sprake van een HR-bundel die vraaggerichte dienstverlening stimuleert. Men spreekt niet over strategisch HRM.

Gehzorg 3

Sinds kort heeft men de nieuwe functie van persoonlijk begeleider ingevoerd om een betere afstemming tussen de vragen en het aanbod te bewerkstelligen.

"De persoonlijke ondersteunings- en zorgvraag bepaalt het aanbod dat voor de cliënt wordt geformeerd. Om ervoor te zorgen dat dit inderdaad gebeurt, heeft elke cliënt in principe een persoonlijk begeleider. Deze draagt er zorg voor dat voor de cliënt (...) een persoonlijk plan wordt geformuleerd in multidisciplinair verband en in afstemming met diens (wettelijke) vertegenwoordiger(s). (Strategisch beleidsplan 2002 – 2005: 4)."

In deze functie krijgen medewerkers redelijk veel autonomie om de regiefunctie waar te maken. Zij kunnen dié zorg of ondersteuning inschakelen waaraan behoefte is. Zij moeten daarvoor de sociale kaart⁹² binnen en buiten de organisatie goed kennen. Men volgt het organisatieprincipe dat verantwoordelijkheden zoveel mogelijk moeten zijn gedecentraliseerd. Hoe dichter bij 'de werkvloer' des te beter men de afstemming tussen vraag en aanbod kan realiseren.

"De organisatie dient zo te zijn ingericht, dat mensen ook de ruimte krijgen om hun verantwoordelijkheden te nemen (...) in een organisatie met zo min mogelijk hiërarchische lagen – [opdat, kpvw] zo dicht mogelijk bij de werkvloer zelf beslissingen kunnen worden genomen. Dit vraagt om een voortzetting van het proces van decentralisatie van bevoegdheden en verantwoordelijkheden. (Strategisch Beleidsplan 2002 – 2005: 5)"

De installering van een consult- en advies team is een ander voorbeeld van de pogingen om tot een goede afstemming te komen. Medewerkers kunnen dit team inschakelen bij het oplossen van moeilijke en niet alledaagse vraagstukken in de ondersteuning. Een concrete doelstelling van dit team is het cliëntgerichte denken en handelen van medewerkers te vergroten. De organisatie heeft een kenniscentrum ingericht waarvan interne en externe klanten gebruik van kunnen maken om de dienstverlening te optimaliseren.

92 Dit is het netwerk van hulpverleners of instanties die ondersteuning kunnen leveren in een regio.

Het opleidingsbeleid moet ondersteunend zijn in het vertalen van de externe en interne ontwikkelingen binnen de gehandicaptenzorg. Een doelstelling van dit beleid is ook het bewerkstelligen van medewerkerstevredenheid, want dit heeft een positieve invloed op hun prestaties, zo redeneert men (Opleidingsplan 2003).

Het leren komt ook tot uiting in de uitgangspunten van de foutenmeldingsprocedure: men kan van fouten leren, dat is belangrijk voor verbeteringen in de dienstverlening. Deze gehandicaptenzorgorganisatie wil met andere woorden een ‘lerende organisatie’ zijn.

“Het begrip ‘lerende organisatie’ (...) begint geleidelijk aan in de praktijk voor de instelling een concreet gezicht te krijgen (Opleidingsplan 2003: 2).”

Er is enigszins sprake van een HR-bundel die vraaggerichte dienstverlening stimuleert. Het beleid is overigens prematuur van aard en de samenhang is niet bewust tot stand gekomen. Men spreekt niet over strategisch HRM.

Ggzorg 1 t2

Het *moederbedrijf* van ggzorg 1 had tussen de eerste en tweede meting voortvarend de implementatie van zorgprogramma’s verder ter hand genomen evenals de ontwikkeling van een Elektronisch PatiëntenDossier (EPD) voor alle organisatieonderdelen. Dit alles naar voorbeeld van ggzorg 1, die als pilot voor het gehele bedrijf had gefungeerd.

De centrale afdeling P&O ontwikkelde onder leiding van haar nieuwe directeur ten tijde van het tweede meetmoment een visie op het HRM met een accent op het creëren van betrokken medewerkers. De afdeling bezon zich ook op de inhoud van een diensten- en productenpakket en hoe men dat zou moeten aanbieden (interview met personeelsmanager, december 2005).

Een uitkomst van deze bezinning was het onderbrengen van een groot aantal beheers- en generieke HRM-taken⁹³ in een servicecentrum. In de toekomst zal informatievoorziening vanuit dit centrum voor leidinggevend en medewerkers een belangrijke deeltaak worden. Het plan bestaat om daarvoor een helpdesk in te richten, compleet met een front- en backoffice (Beleidsplan Herijking P&O 2004).

De nieuwe directeur P&O veranderde de decentrale positie van de personeelsmanagers. In de nieuwe situatie ontvangen zij niet meer decentraal leiding van regio/lokatiel directeurs, maar vanuit het centrale gezag van de directeur P&O, met de bedoeling al te grote variatie in het HR-aanbod te voorkomen (ibid).

Tussen het eerste en tweede meetmoment hadden er enkele belangrijke veranderingen bij ggzorg 1 plaatsgevonden. Er was een nieuwe directeur voor het bedrijf aangesteld én een nieuwe functie van manager beheer. De capaciteit in de behandelorganisatie was vergroot om het groeiende aantal aanvragen te kunnen verwerken. De invoering van het EPD was een andere grote verandering in het primaire proces. Het ging door technische problemen overigens met nogal wat kinderziekten gepaard. De oorzaak hiervan lag vooral in het feit dat het EPD exact op de snit van de bedrijfsvoering was toegesneden (interview manager december 2005).

Het was de verwachting van de onderzoeker dat het EPD de autonomie van medewerkers zou beperken (zie § 4.3.2.). Men wordt erdoor in een elektronische format gedwongen dat de voortgang van het behandelproces in hoge mate dicteert. De uitkomsten van het medewerkerstevredenheids-onderzoek weerspraken dit echter: medewerkers honoreren de zelfstandigheid in het werk zelfs als

⁹³ Zaken zoals de administratieve afhandeling van mutaties, ziekteverzuimmeldingen, pensioenmaatregelen, koppeling individuele gegevens aan salarisadministratieve systemen, etc.

hoogste van 29 werkbelevingsaspecten met een 7,67 (Instellingsrapportage, 2005)⁹⁴. Kennelijk ervaren zij nog voldoende ruimte voor eigen inbreng in de individuele behandelcontacten.

De beschrijving van ggzorg 1 (zie § 5.3.1.) was op het tweede meetmoment nog steeds van kracht. Men houdt consequent vast aan de manier van dienstverlening en aan de principes die daaraan ten grondslag liggen.

In de nieuwe beleidsstukken stelt men zich op het standpunt dat het personeel het belangrijkste middel is om de organisatie-doelstellingen te realiseren.

“De medewerkers inzetten, stimuleren en waarderen, om de strategie en de doelstellingen te realiseren. Mensen zijn er voor de organisatie, maar de organisatie is er ook voor ‘haar’ mensen (Jaarverslag, 2004: 10).”

Investerings in bij- en nascholing, mobiliteit van medewerkers en een duidelijke taak en functie-structuur zijn noodzakelijk. Het scholingsbeleid moet zijn afgestemd op het aankunnen van nieuwe zorgvragen (Jaarverslag 2004).

Het nieuwe HRM-beleid verkeert echter nog in de voorbereidingsfase. Daarom kon er op het tweede meetmoment nog niet gesproken worden over een HR-bundel waarmee vraaggerichte dienstverlening werd bevorderd. De aanzetten waren overigens wel aanwezig.

Men spreekt in het nieuwe beleid (dat nog moet worden geïmplementeerd) over strategisch HRM.

Ggzorg 2

Dit organisatieonderdeel maakt deel uit van hetzelfde moederbedrijf als het ggzorg 1. De beschrijving van het algemene HRM-beleid is ook hier van toepassing. Er zijn geen HRM-beleidsstukken ter hand gesteld die specifiek op het lokale beleid ingaan.

De behandelprogramma's vermelden wel de functies die nodig zijn om de diensten aan de specifieke doelgroepen te kunnen verlenen. Men schrijft ook in elk behandelprogramma:

“Het personeel in dit programma zal, in het licht van de specifieke eisen die het werken in deze functie stelt, voldoende kennis, ervaring en affiniteit met de doelgroep moeten bezitten. Er zullen zo mogelijk zowel vrouwen als mannen in alle geledingen van het beschikbare personeel moeten zijn.” (Behandelprogramma beschrijvingen 2001 a,b,c;2002 a,b,c.)”

Verdere informatie over het lokale HRM ontbreekt.

Ggzorg 3

Een belangrijk uitgangspunt van het HRM-beleid van deze organisatie is dat HR-maatregelen medewerkers moeten “*boeien en binden*”. Dit is noodzakelijk wil het bedrijf kwalitatief hoogstaande zorg kunnen leveren. Dit uitgangspunt beschouwt men als een kritische succesfactor voor de organisatie.

“Eerder genoemde personeelsplanningen leren dat wervingsinspanningen alleen niet toereikend zijn om te voorzien in de vraag naar medewerkers, maar dat ook de nodige inspanningen geleverd moeten worden die gericht zijn op het behoud van medewerkers.” (Sociaal beleid, 1999: 1).

“Als gemotiveerde en tevreden medewerkers zich kunnen wijden aan de taken waarvoor zij zijn ingeschakeld heeft dat een positief effect op de cliënttevredenheid.” (Strategisch beleidsplan HRM 2004: 6).

Het management spant zich in om een goede werkgever te zijn. Arbeidsomstandigheden, werkklimaat, verzuimbeleid en werkdrukregulering (inclusief een balans tussen werk en privé) zijn beleids-terreinen waarmee men dat wil realiseren. Ook voorwaarden en voorzieningen in de werksituatie moeten daaraan bijdragen. Het Persoonlijke OntwikkelingsPlan (POP) is het instrument waarmee men individuele deskundigheidsbevordering en ontwikkeling stimuleert. Met het opleidingsbeleid

⁹⁴ Deze rapportage was de tegenprestatie om in de instellingen dit promotieonderzoek te mogen verrichten. In totaal zijn er 12 instellingsrapportages geschreven.

probeert men medewerkers bewust te maken van de autonomie die nodig is om in nieuwe zorgsituaties goede zorg te kunnen verlenen ('Jaarverslag 2002 – 2003'). Een werklastsystematiek plant op periodieke basis afgestemde personeelsinzet via een formatieverdeling over alle afdelingen. Personeelsleden moeten op meerdere plekken in de organisatie kunnen worden ingezet (Normenboek, 2000). Goede kinderopvang, zorgverlofregelingen, meerkeuze pakket arbeidsvoorwaarden, leeftijdsbewust personeelsbeleid moeten het werk bij deze organisatie aantrekkelijk maken. Er zijn met andere zorginstellingen afspraken gemaakt over het inrichten van een regionale samenwerking op het punt van de personeelsvoorziening. Het idee achter al deze maatregelen is dat gemotiveerde en tevreden medewerkers zich zonder afleiding kunnen wijden aan hun kerntaken. Men streeft in het HRM na dat medewerkers betrokken zijn, deskundig blijven en betrouwbare partners zijn in de zorg (Jaarverslagen 2000 – 2001, 2002 – 2003).

De organisatie spreekt weliswaar niet over strategisch HRM, maar er is wel enige samenhang in de HR-activiteiten te zien in relatie tot het doel hoogstaande diensten te willen verlenen.

Samenvatting en conclusie

Opmerkelijk is de constatering dat in de meeste gevallen organisaties niet spreken van strategisch HRM, maar dat de aanwezigheid daarvan – vaak op onderdelen – wel uit het geschreven beleid naar voren komt. Het vermoeden dat de integratie van het HRM en de strategische planning vooral zich op het 'oneway linkage'-niveau (Golden, Ramanujam, 1985) afspeelt, vindt bevestiging: het HRM *volgt* het strategische beleid van de instellingen. Vooral scholing/training ziet men als een belangrijk strategisch HRM-middel ter realisering van vraaggerichte dienstverlening.

Hypothese 2 kan niet worden verworpen (voor zover men daar bij kwalitatief onderzoek over kan spreken): zonder dat men het strategisch HRM noemt, zetten bijna alle organisaties HR-activiteiten in ten behoeve van vraaggerichte dienstverlening. Geen enkele organisatie heeft bewust HR-bundels ontworpen om dit te bereiken, maar via een incrementeel proces tekenen zich bij de meesten de contouren van een samenhangend strategisch HRM af.

Van slechts één organisatie (ozorg 5) is de relatie tussen de strategische bedrijfsvoering en het HRM om vraaggerichte dienstverlening te realiseren niet duidelijk gebleken.

Tabel 8.5. (Strategisch) HRM ter stimulering vraaggerichte dienstverlening?

organisaties	wel/niet	bijzonderheid
ozorg 2	ja, enigszins als bundel	taakstructuur, opleiden, roosteren, flexibilisering arbeid, zelfstandige teams met grote autonomie (in de kinderschoenen)
ozorg 3	ja, maar niet duidelijk als bundel	vooral via het scholingsbeleid, ook: taakstructuur en kernwaarden organisatie (meeste beleid is 'vers')
ozorg 4	ja, maar niet als bundel	vooral via het scholingsbeleid; autonomie in het werk wordt bepaald door de slogan "ja, tenzij".
ozorg 5	nauwelijks	vooral intentionele uitspraken over de inzet van het HRM
gehzorg 2	ja, maar niet als bundel	vooral via het scholingsbeleid
gehzorg 3	ja, enigszins als bundel	nieuwe functie gericht op afstemming vraag en aanbod, autonomie en regie: scholingsbeleid en kennisverspreiding
ggzorg 1 t2	ja, maar niet als bundel	HRM staat in het nieuwe beleid weliswaar ten dienste van het service-principe, maar is nog niet als bundel geïmplementeerd.
ggzorg 2	van de lokatie is dit niet	HRM staat in het nieuwe beleid weliswaar ten dienste van het service-principe, maar is nog niet als bundel ge-

organisaties	wel/niet	bijzonderheid
	bekend	implementeerd.
ggzorg 3	ja, enigszins als bundel	het HRM moet bijdragen aan kwalitatief hoogstaande dienstverlening; allerlei HR-maatregelen staan ten dienste van die doelstelling.

Dit hoofdstuk ging in op de contextuele- en strategische fit. Werkt de manier waarop organisaties die vorm hebben gegeven door in de waardering van medewerkers en cliënten? Het volgende hoofdstuk presenteert de uitkomsten van het onderzoek naar de tevredenheid van medewerkers over aspecten van de interne service kwaliteit en de waardering van cliënten voor aspecten van de externe service kwaliteit.

9. De invloed van service en het HRM op vraaggerichte dienstverlening

9.1. Inleiding

De Service Care Chain doet voorspellingen over wanneer er een gerede kans is op medewerkerstevredenheid en op een goede waardering van cliënten voor de dienstverlening. De toetsing van de hypothesen drie, vier en vijf die dit onder woorden brengen (zie hoofdstuk 6), is het onderwerp van dit hoofdstuk.

Er zijn drie AWBZ-deelsectoren onderzocht: de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en de GGZ⁹⁵. De analyses gaan allereerst over alle deelsectoren tezamen. Daarna komen de afzonderlijke deelsectoren aan bod.

De analyses vinden plaats in een bepaalde volgorde:

- het effect van de aspecten van de interne service kwaliteit op de tevredenheid van medewerkers (hypothese 3; interne fit) (paragraaf 9.2.);
- het effect van de aspecten van de interne service kwaliteit op de waardering van cliënten (hypothese 4; transactionele fit) (paragraaf 9.3.);
- het effect van de aspecten van de interne service kwaliteit op aspecten van de externe service kwaliteit (gerelateerd aan hypothese 4; transactionele fit) (paragraaf 9.3.);
- het effect van de toegankelijkheid van de dienstverlening (als onderdeel van de externe service kwaliteit) op de waardering van cliënten (hypothese 5; service fit) (paragraaf 9.4.);
- het effect van de kwaliteit van de dienstverlening (als onderdeel van de externe service kwaliteit) op de waardering van cliënten (hypothese 5; service fit) (paragraaf 9.4.);
- het effect van de prijs/kwaliteit verhouding op de waardering van cliënten (hypothese 5; service fit) (paragraaf 9.4.).

De overzichten aan het begin van de bijlagen die bij dit hoofdstuk horen, zetten de volgorde van de analyses in schema uiteen. Zij corresponderen met de paragrafen en subparagrafen van dit hoofdstuk. Elk overzicht bevat een kolom waar men kan opzoeken om welke tabellen het gaat.

9.2. Het effect van de interne service kwaliteit op de tevredenheid van medewerkers

Zodra zorgorganisaties in staat zijn de aspecten van de interne service kwaliteit onderling op elkaar af te stemmen, zullen medewerkers meer tevreden zijn met de organisatie. Ook zal men het eigen werk meer waarderen.

In de formulering van hypothese drie:

Als aspecten van de interne service kwaliteit (het leveringssysteem en het HR-systeem) van dit type 'human service organisaties' een interne fit hebben, zal dat resulteren in een grotere medewerkerstevredenheid met de organisatie en het werk.

De tevredenheid van medewerkers betreft de organisatie en hun werk als uitkomstvariabelen van de interne service kwaliteit (zie § 4. 2.1. en § 5.2.4.1.). In de regressieanalyses zijn dit de afhankelijke variabelen. Eerst zijn alle drie de deelsectoren tezamen aan de beurt, daarna vinden er analyses plaats per deelsector.

⁹⁵ De overzichten met de beschrijvende statistiek zijn in de bijlagen van dit hoofdstuk opgenomen.

9.2.1. Gehele sector⁹⁶

Wanneer de regressieanalyse de **tevredenheid met de organisatie** betreft, blijkt dat het oordeel van medewerkers over de ‘interne service om vraaggerichte diensten te kunnen verlenen’ het grootste relatieve belang heeft in de modellen. De aspecten die in samenhang ook invloed uitoefenen zijn:

- ontwikkelingsgerichte activiteiten;
- organisatieverandering;
- beloning (financieel);
- adequate werving en selectie;
- inhoud van de functie;
- lichamelijke belasting;
- samenwerking (zie tabel 9.1).

tabel 9.1. Aspecten van de interne service kwaliteit die tevredenheid met de organisatie voorspellen
n=763

	model 1	model 2	model 3	model 4	model 5	model 6	model 7	model 8
	β	β	β	β	β	β	β	β
intercept	5.271**	3.528**	2.143**	.840	.338	-.064	.638	-1.054
interne service	.705**	.553**	.483**	.449**	.441**	.420**	.422**	.416**
ontwikkeling		.276**	.253**	.233**	.214**	.208**	.219**	.204**
organisatieverandering ⁹⁷			.159**	.151**	.140**	.125**	.122**	.120**
werving en selectie				.118**	.120**	.116**	.106**	.096**
beloning					.088**	.093**	.100**	.100**
samenwerking						.079*	.082*	.075*
lichamelijke belasting							-.068*	-.077*
functieinhoud								.077*
verkl. var. adj R ²	.496	.548	.566	.576	.582	.586	.590	.595
F	596.49**	368.17**	263.95**	206.88**	169.92**	144.25**	125.72**	112.12**

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$

Heskett e.a. (1997) stellen in het *algemeen* dat aspecten van de interne service kwaliteit in samenhang positief effect sorteren op de mate waarin medewerkers tevreden zijn.

De aspecten die de tevredenheid met de organisatie beïnvloeden blijken volgens de analyses uit beide deelsystemen van de interne service kwaliteit te komen. De interne service, samenwerking, de inhoud van de functie maken onderdeel uit van het leveringssysteem. De ontwikkelingsgerichte activiteiten, de waardering, de beloning en de lichamelijke belasting vormen mede het HR-systeem en oefenen hun invloed uit op de afhankelijke variabele. Lichamelijke belasting heeft een negatief verband omdat hoe groter de belasting des te minder tevreden medewerkers zijn.

Model 8 verklaart ruim 59% van de variantie.

De **tevredenheid met het werk** is afhankelijk van:

- de functieinhoud;
- sociale steun;
- participatiemogelijkheden;
- functiegerichte training;
- interne service;
- ontwikkelingsgerichte activiteiten;
- de roostering;

⁹⁶ Hiermee worden de organisaties bedoeld uit de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en de GGZ tezamen, die als het ware model voor dit deel van de sector staan.

⁹⁷ Hier te interpreteren als organisatieverandering waar medewerkers **geen** 'last' van hebben gehad en waar zij in hebben kunnen participeren.

- doelgroepenbeleid (zie tabel 9.2).

De inhoud van de functie legt het meeste gewicht in de schaal. Het blijkt een belangrijk aspect te zijn, dat een prominente plaats verdient tijdens het ontwerp en de inrichting van het leveringssysteem. Het gaat daar om de samenhang in de taken van de diverse functies die nodig zijn voor de dienstverlening aan bepaalde cliëntengroepen op een manier die bovendien tegemoet komt aan de competenties van de medewerkers in kwestie. Ook hier blijkt overigens een combinatie van factoren uit de twee deelsystemen. Tabel 9.2 presenteert de gegevens en detail. Het is paradoxaal dat participatie een negatieve Beta heeft. Een verklaring hiervoor is dat deze bèta wordt geschat in combinatie met allerlei andere aspecten, die waarschijnlijk sterker zijn. Het effect van het aspect ‘participatie’ gaat dan de andere kant op terwijl in een enkelvoudige regressieanalyse het effect wel positief is (β .242, maar met een R^2 van .058).

Tabel 9.2. Aspecten van de interne service kwaliteit die tevredenheid met het werk voorspellen (inclusief organisatieverandering) $n=732$

	model 1	model 2	model 3	model 4	model 5	model 6	model 7	model 8
	β	β	β	β	β	β	β	β
intercept	6.775**	2.971**	1.724	2.104**	1.560	1.590	1.873	1.495
functieinhoud	.532**	.422**	.404**	.382**	.377**	.384**	.379**	.367**
sociale steun		.289**	.251**	.229**	.226**	.251**	.250**	.234**
training			.158**	.119*	.117**	.128**	.111**	.110*
ontwikkeling				.113*	.093*	.0121**	.098*	.095*
doelgroepen					.073*	.092*	.071*	.062
participatie						-.101*	-.133*	-.144**
interne service							.101*	.107*
roostering								.076*
verkl var. adj R^2	.282	.352	.374	.382	.386	.391	.395	.399
F	238.59**	165.87**	121.73**	94.71	77.15**	65.91**	57.64**	51.33**

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$

Organisatieveranderingen

Het exploratieve onderzoek toonde aan dat als de organisatie in een periode van verandering verbleef, dit intervenueerde in de waardering van medewerkers voor de interne service kwaliteit. Dat is ook het geval bij de organisaties van het toetsende deel van dit onderzoek. Wanneer ‘de tevredenheid met de organisatie’ de afhankelijke variabele is, krijgt ‘organisatieverandering’ een plaats in de regressiemodellen. In het meest volledige model (model 8) neemt het ruim 10% van het relatieve belang in. Als de veranderingen het werkplezier van de medewerkers niet aantasten en zij inspraak hebben, gaat het niet ten koste van de tevredenheid met de organisatie. Andersom is dit wel het geval: hoe meer ‘last’ zij ervan ervaren, des te minder zij over de organisatie tevreden zijn. Dit komt overeen met de bevindingen van Humprey e.a. (2002) die beschrijven hoe in de Engelse NHS veranderingen leidden tot een lager commitment en een lagere arbeidssatisfactie.

Conclusie over de drie deelsectoren tezamen

Er is geen aanleiding de hypothese in kwestie te verwerpen. Alle analyses tonen relevante aspecten die in samenhang op de tevredenheid van medewerkers met de organisatie of het werk inwerken. Naarmate het management van zorgorganisaties deze aspecten volgens het oordeel van medewerkers weet in te zetten voor een adequate dienstverlening, zullen zij een grotere tevredenheid met de organisatie en met hun werk aan de dag leggen (op participatie na dat een negatieve invloed heeft op de tevredenheid met het werk).

9.2.2. Afzonderlijke deelsectoren

Welke aspecten voorspellen per deelsector de mate van tevredenheid met de organisatie en het werk bij medewerkers? En weerstaat hypothese 3 op dit niveau opnieuw een falsificatiepoging? De gegevens zijn in tabel 9.3 weergegeven. (De regressiemodellen zijn in de tabellen 9.24. t/m 9.29. van de bijlagen terug te vinden.)

In navolging van de analyses voor alle drie de deelsectoren als geheel, voorspellen aspecten van de interne service kwaliteit in onderlinge samenhang de mate waarin medewerkers tevreden zijn met de organisatie en hun werk. De bundels die de regressieanalyses (stepwise SPSS 12.0) laten zien, bestaan echter uit een kleiner aantal aspecten dan die voor de gehele sector, en per deelsector zijn er verschillende accenten te zien.

De waardering voor de interne service om vraaggerichte diensten te verlenen en voor de functieinhoud zijn in alle deelsectoren van relatief groot belang. Daarbij valt op dat het eerste aspect vooral de tevredenheid met de organisatie beïnvloedt en de tweede de tevredenheid met het werk

In bijna alle deelsectoren vinden medewerkers ontwikkelingsgerichte activiteiten belangrijk die de tevredenheid met de organisatie mede voorspellen. Dat geldt ook voor de interne service om vraaggericht te kunnen werken en voor het inzetten van organisatieveranderingen. Bij die laatste geldt hoe minder last medewerkers ervan hebben en hoe meer ze vanuit hun eigen werksituatie erin zijn betrokken, hoe tevredener zij zullen zijn. Bij de tevredenheid met het werk zijn ook de resultaten van hun inspanningen, sociale steun van leidinggevende en collega's van belang.

In het algemeen gesproken komen de oorspronkelijke aspecten van de interne service kwaliteit die Heskett e.a. (1997: 30) noemen terug in de onderzoeksresultaten als aspecten die er inderdaad toe doen. De regressiecoëfficiënten zijn meestal significant op het $p = .0001$ en $p = .005$ niveau.

Tabel 9.3. Aspecten die tevredenheid met organisatie en werk voorspellen per deelsector (zie tabellen 9.24. t/m 9.29.)

Afhankelijke variabele	Alle aspecten van de interne service kwaliteit
- ouderenzorg	
tevredenheid met organisatie	<ul style="list-style-type: none"> - interne service - ontwikkeling - organisatieveranderingen - waardering - klantgerichtheid voor elkaar
	adj R ² .586 n=350
tevredenheid met het werk	<ul style="list-style-type: none"> - waardering - functieinhoud - organisatieverandering - resultaten van het werk - training
	adj R ² .446 n=370
gehandicaptenzorg	
tevredenheid met organisatie	<ul style="list-style-type: none"> - interne service - ontwikkeling - sociale steun - werving en selectie - beloning - samenwerking

Afhankelijke variabele	Alle aspecten van de interne service kwaliteit
	- training
	adj R ² .586 n=272 ⁹⁸
tevredenheid met het werk	- functieinhoud - sociale steun - resultaten van het werk - autonomie
	adj R ² .442 n=280
GGZ	
tevredenheid met organisatie	- interne service - functieinhoud - organisatieveranderingen - ontwikkelingsmogelijkheden
	adj R ² .546 n=178
tevredenheid met het werk	- functieinhoud - sociale steun - informatievoorziening
	adj R ² .444 n=219

Conclusie over de afzonderlijke deelsectoren

Ook per deelsector afzonderlijk wordt de derde hypothese in kwestie niet weerlegd. Wel blijken er verschillen tussen de deelsectoren te bestaan wat betreft de aspecten die de afhankelijke variabelen voorspellen. Tegelijk varieert het aantal aspecten dat er toe doet ook. De variatie in het ‘karakter’ van elke deelsector weerspiegelt zich hoogstwaarschijnlijk in deze onderzoeksgegevens. De ‘functieinhoud’, de ‘waardering voor de interne service om vraaggerichte diensten te verlenen’, ‘sociale steun’ en ‘ontwikkelingsgerichte activiteiten’ blijken in vrijwel alle regressiemodellen (waarin zij als aspect zijn opgenomen) prominent aanwezig.

9.3. Het effect van de interne service kwaliteit op de waardering van cliënten (transactionele fit)

Kon de relatie tussen de kwaliteit van de interne service van een zorgorganisatie en de waardering van cliënten voor de service bij het exploratieve onderzoek niet worden vastgesteld, nu zijn er 22 werkeenheden waar de mening van zowel de medewerkers als van hun cliënten over de interne en externe service kwaliteit is geïnventariseerd. De uitspraken betreffen transactiemomenten waar beide partijen een aandeel in hebben gehad, zowel medewerkers als cliënten behoren dus tot dezelfde werkeenheden. Een groter aantal werkeenheden had meer gefundeerde statistische uitkomsten opgeleverd, maar dat is helaas niet mogelijk gebleken.

De variabelen waar het omgaat zijn van individueel naar het niveau van de werkeenheden geaggregeerd. Dit vereist een vergelijking van de variantie *binnenin* de werkeenheden en *tussen* de werkeenheden, wat is gedaan met de Intraclass Correlation techniek (Bartko, 1976; Shrout en Fleiss, 1979). Een te grote variantie maakt aggregatie van individuele scores van respondenten naar hun werkeenheden moeilijk te verantwoorden (Schneider, White, Paul, 1998). De gemiddelde score van de intraclass correlatie is bij de interne service kwaliteit .794 ICC(2) (tussen werkeenheden). De enkelvoudige maat van de intraclass correlatie (van één werkeenheden) is .121 ICC(1). Bij de aspecten

⁹⁸ Het kleiner aantal respondenten komt omdat hier gebruik is gemaakt van de data van het onderzoek Kwaliteit van Arbeid van gehzorg2 (zie § 6.3.)

van de externe service kwaliteit is de ICC(1) .60 en ICC(2) .932. Er zijn geen strikte grensnorm in de literatuur wanneer de aggregatie niet mag worden toegepast. Men neemt voor ICC(1) meestal de waarde van .12 en voor ICC(2) de waarde van .60 (James, 1982; Glick 1985). Er is dus voldoende grond om de individuele variabelen te aggregeren naar het niveau van de werkeenheden.

De hypothese (nummer 4) die een falsificatiepoging ondergaat luidt:

Als aspecten van de interne service kwaliteit (het leveringssysteem en het HR-systeem) van dit type ‘human service organisaties’ een interne fit hebben, zal dat resulteren in een positieve waardering van klanten voor de organisatie en de resultaten van de dienstverlening.

Het gaat in deze hypothese om de onderliggende vraag of de tevredenheid van medewerkers met aspecten van de interne service kwaliteit een positieve weerslag heeft op de waardering van cliënten voor de dienstverlening. Heskett e.a. hebben het over de tevredenheid van cliënten met de organisatie en de resultaten van de dienstverlening als belangrijke uitkomstvariabelen (zie § 4.4.2. en § 5.2.4.1). Het zijn de afhankelijke variabelen in de regressievergelijkingen (stepwise met SPSS 12.0). Daarnaast is de gemiddelde waardering van cliënten over alle aspecten van de externe service kwaliteit uitgerekend en ook als een uitkomstvariabele genomen (zie § 5.2.4.1. waarin het als de brede variant van vraaggerichte dienstverlening is geoperationaliseerd).

De analyses betreffen alle drie de deelsectoren als geheel (per deelsector afzonderlijk zijn er onvoldoende werkeenheden).

Naarmate medewerkers meer tevreden zijn met de ‘interne service’ en ‘de ondersteuning van de organisatie met allerlei middelen’, zal de **waardering van cliënten voor de organisatie** toenemen (zie tabel 9.4.). Het lineaire verband van ruim 84% adj R-kwadraat moet met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd vanwege het geringe aantal werkeenheden. De waardering voor de organisatie hangt af van service-faciliterende aspecten die het management in het leveringssysteem realiseert (zie § 9.2.1). Dit komt overeen met de bevindingen van Heskett e.a. (1997).

Tabel 9.4. Aspecten van de interne service kwaliteit die de waardering voor de dienstverlenende organisatie voorspellen N=22

	model 1	model 2
	β	β
intercept	7.353**	5.581**
interne service	.906**	.736**
ondersteuning met allerlei middelen		.271*
verkl var adj R ²	.809	.848
F	77.48**	51.03**

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$

De **waardering van cliënten voor de resultaten van de dienstverlening** ondervindt invloed van de tevredenheid van medewerkers met de organisatie (zie tabel 9.5.). Dit gezichtspunt sluit aan bij de ideeën van Heskett e.a., (1997). De redenering verloopt als volgt: zodra medewerkers door een adequate ondersteuning de diensten kunnen verlenen, neemt hun tevredenheid met de organisatie (die deze ondersteuning organiseert) toe (voor de aspecten zie tabel 9.1.).

Tabel 9.5. Aspecten van de interne service kwaliteit die de waardering voor de resultaten van de dienstverlening voorspellen N=22

	model 1
	β
intercept	9.751**
tevredenheid medewerkers organisatie	.710**
verkl var adj R ²	.475
F	17.29**

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$

De **gemiddelde waardering van cliënten voor de dienstverlening**⁹⁹ ondergaat een sterke invloed van:

- de tevredenheid van medewerkers met de organisatie;
- de tevredenheid over de werkdruk (zie tabel 9.6).

Alle aspecten van de externe service kwaliteit tezamen in één maat, vereisen tevredenheid van medewerkers met de organisatie en werkdrukregulering. Het heeft ondermeer te maken of de organisatie de interne service zodanig heeft georganiseerd dat medewerkers inderdaad vraaggerichte diensten kunnen verlenen (zie tabel 9.1). Het is bovendien goed voor te stellen dat een adequate werkdrukregulering de kwaliteit van de dienstverlening ten goede komt.

Tabel 9.6. Aspecten van de interne service kwaliteit die de gemiddelde waardering voor de dienstverlening voorspellen N=22

	model 1	model 2
	β	β
intercept	10.327**	7.693**
tevredenheid medewerkers organisatie	.709**	.875**
werkdruk		.376*
verkl var adj R ²	.473	.568
F	17.15**	12.84**

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$

Conclusie

De hypothese doorstaat de falsificatiepoging gedeeltelijk. Er kan worden gesteld dat er (sterke) relaties bestaan tussen de 'interne service' en de 'ondersteuning met allerlei middelen' aan de ene kant en de waardering van cliënten voor de organisatie.

Wanneer medewerkers tevreden zijn met de organisatie (en dit hangt ondermeer af van de capaciteit van de organisatie om goede interne service te leveren, ontwikkelingskansen voor medewerkers en het gedoseerd inzetten van organisatieverandering (niet te snel en in overleg) is de kans groter dat cliënten de resultaten van de dienstverlening positief waarderen. Hetzelfde geldt voor hun waardering voor de gemiddelde dienstverlening.

De gedetailleerdere manier van meten dan bij Heskett levert specifiekere kennis op over welke aspecten van de interne service kwaliteit inwerken op de specifieke uitkomstvariabelen van de externe service kwaliteit (direct als indirect). Het bestaan van een transactionele fit is aangetoond, maar heeft verder onderzoek bij een groter aantal werkeenheden.

9.3.1. De relatie tussen de aspecten van de interne en externe service kwaliteit

De regressie-analysen van het vorige gedeelte laten verbanden zien tussen aspecten van de interne en externe service kwaliteit. Het gaat dan om lineaire samenhang, met een voorspellende waarde van

⁹⁹ Dit is een samengestelde maat van de gemiddelden van aspecten resultaten, de kwaliteit van de dienstverlening, participatie en de waardering voor de organisatie (zie § 4.2.4.1).

de onafhankelijke variabelen. Verschaft de correlatiematrix tussen deze aspecten een gedetailleerder inzicht in het succesvol verlenen van diensten?¹⁰⁰

Tevredenheid van medewerkers met het werk én tevredenheid met het klantgerichte beleid van de organisatie voor cliënten hebben een positieve invloed op het oordeel van cliënten over:

- de betrouwbaarheid van het personeel (alleen bij tevredenheid met het werk);
- de bereidwilligheid van het personeel om service te verlenen;
- de gemiddelde dienstverlening;
- de organisatie zelf;
- hun participatiemogelijkheden (alleen bij tevredenheid met het werk);
- de merkbare zaken van de dienstverlening (alleen bij tevredenheid met het klantgerichte beleid) (zie tabel 9.7.).

Het bevestigt hypothese vier dat investeringen in deze aspecten van de interne service kwaliteit de moeite lonen en zich vertalen in waardering van cliënten voor de genoemde aspecten.

Wanneer medewerkers zelf een positief oordeel vellen over de door hun zelf geleverde zorg-op-maat, blijkt dat cliënten meer waardering hebben voor:

- de bereidwilligheid van het personeel om service te verlenen;
- de betrouwbaarheid van het personeel;
- de gemiddelde dienstverlening (zie tabel 9.7.).

Er bestaat met andere woorden een positieve correlatie tussen de waardering van medewerkers voor hun inspanningen aangaande het leveren van zorg-op-maat en de waardering van cliënten.

Wat in het oog springt, is het negatieve effect van organisatieveranderingen op:

- de betrouwbaarheid van het personeel volgens het oordeel van cliënten;
- de gemiddelde dienstverlening;
- en hun participatiemogelijkheden (zie tabel 9.7.).

Kennelijk leiden dergelijke veranderingen medewerkers te veel af van hun kerntaak, waardoor er kwaliteitsverlies optreedt. Het heeft ook effect op de waardering van cliënten op de resultaten van de dienstverlening.

Samenwerking tussen medewerkers (ook tussen werkeenheden) en tevredenheid met de organisatie hangen achtereenvolgens sterk samen met de waardering van cliënten:

- voor de organisatie;
- en de resultaten van de dienstverlening (zie tabel 9.7.).

Hoe beter de onderlinge samenwerking, des te hoger de waardering van cliënten voor de organisatie zal zijn. Zij honoreren hiermee hoogstwaarschijnlijk de condities die de organisatie voor coöperatie schept en de professionaliteit van medewerkers daar gebruik van te maken. Er is een positieve uitwerking van medewerkerstevredenheid met de organisatie op de waardering van cliënten voor de resultaten van de dienstverlening. Het verwijst naar het feit dat wanneer medewerkers in staat zijn het beste uit zichzelf en de organisatie te halen, dit zich doorvertaalt in een hogere waardering van cliënten.

¹⁰⁰ Voor deze correlatiematrix zijn alleen de verbanden met een significante correlatie van $p \leq 0,01$ gebruikt.

tabel 9.7. Correlatiematrix Aspecten interne- en externe service kwaliteit (N=22) ** p ≤ 0,01

oordeel medewerkers	oordeel cliënten							
	betrouwbaarheid	service	gemiddelde dienstverlening	waardering organisatie	participatie	merkbare zaken	betrouwbaarheid	resultaten
tevredenheid met het werk	.631**	.615**	.606**	.593**	.592**			
klantgerichtheid voor cliënten		.620**	.675**	.857**		.615**		
oordeel over de geleverde zorg-op-maat		.716**	.638**				.658**	
organisatieverandering			-.577**		-.546**		-.585**	
samenwerking				.599**				
tevredenheid met organisatie								.547**

9.4. Het effect van de externe service kwaliteit op de waardering van cliënten (service-fit)

De laatste en vijfde hypothese stelt of de aspecten van de externe service kwaliteit invloed uitoefenen op de waardering van cliënten.

Als aspecten van de externe service kwaliteit van dit type ‘human service organisaties’ een service-fit hebben, zal dat resulteren in een positieve waardering van klanten voor de organisatie die de diensten verleent en voor de resultaten van die dienstverlening.

Als eerste wordt de toegankelijkheid van de dienstverlening onderzocht en daarna de kwaliteit van de feitelijke dienstverlening. De waardering is telkens als afhankelijke variabele opgesplitst in de waardering voor de organisatie die de diensten aanbiedt en in de resultaten die dat voor cliënten heeft (vgl. § 5.2.4.1.). De invloed van de prijs/kwaliteit verhouding op de waardering van cliënten is tenslotte het laatste onderwerp van studie over het effect van de externe service kwaliteit.

9.4.1. De toegankelijkheid van de dienstverlening

Er is cliënten gevraagd of zij een korte wachttijd hadden voor plaatsing, of dat zij lang moesten wachten. Zij konden ook aangeven of hun wachttijd daar tussenin zat. Er blijkt een significant verschil in de waardering tussen deze groepen te zijn (zie tabel 9.8.). Cliënten hebben meer waardering voor de organisatie en de gemiddelde dienstverlening, naarmate de ervaren wachttijd korter is. Zij beoordelen de externe service kwaliteit mede aan de hand van de toegankelijkheid van de dienstverlening.

Tabel 9.8. Anova het effect van de wachttijd op waardering cliënten

			F	Sign
voor de organisatie				
vond u de wachttijd kort, gemiddeld, lang duren?			30.437	.000**
kort	13.12	n=1124		
gemiddeld	12.55	n=572		
lang	11.76	n=295		
voor de gemiddelde dienstverlening				
vond u de wachttijd kort, gemiddeld, lang duren?			29.217	.000**
kort	13.31	n=1133		
gemiddeld	12.98	n=574		
lang	12.39	n=297		

(** = $p \leq 0,001$)

De toegankelijkheid valt naast de wachttijd ook af te meten uit het aantal formulieren dat men in behoort te vullen. Op dit punt zijn er echter geen significante verschillen gevonden. Wel op het punt of men het invullen van de formulieren ingewikkeld vond. Daarin verschillen de groepen (complex, gemiddeld, eenvoudig) significant in hun oordeel over de gemiddelde dienstverlening. Hoe complexer men deze handeling vond, des te lager de gemiddelde waardering voor de dienstverlening was (zie tabel 9.9.).

Tabel 9.9. Anova Effect complexiteit toegangsformulieren op gemiddelde waardering dienstverlening

			F	Sign
complexiteit formulieren				
complex	12.68	n=167	4.297	.014*
gemiddeld	13.07	n=539		
eenvoudig	13.14	n=962		

(* = $p \leq 0,05$)

Conclusie over de toegankelijkheid

Wat betreft de toegankelijkheid van de dienstverlening als onderdeel van de externe service kwaliteit, is de gevolgtrekking dat zowel een lange wachttijd als complexe toegangsformulieren een nadelig effect hebben op de waardering van cliënten. Organisaties doen er met andere woorden goed aan de toegankelijkheid tot de dienstverlening zo goed mogelijk te regelen, zonder lange wachttijden en complexe formulieren. Zij vergroten daarmee de waardering van cliënten voor de organisatie en de gemiddelde dienstverlening.

9.4.2. De kwaliteit van de dienstverlening

De kwaliteit van de dienstverlening is geoperationaliseerd met behulp van de SERVQUAL-dimensies (zie § 5.2.4.1). Het zijn de aspecten die tellen voor de beoordeling van het transactiemoment. Men zou kunnen zeggen dat het de kern is van de feitelijke dienstverlening. De afhankelijke variabelen zijn: de waardering voor de organisatie en de resultaten van de dienstverlening.

Per onderwerp volgen eerst telkens de uitkomsten van alle drie de deelsectoren tezamen, daarna worden de resultaten per deelsector gepresenteerd.

Gehele sector

Naarmate cliënten zorg-op-maat waarden in samenhang met:

- participatie;
- de merkbare zaken van de dienstverlening;
- de resultaten van de dienstverlening;
- de betrouwbaarheid van het personeel;

- de bereidwilligheid van het personeel om service te verlenen;
- de privacy en tenslotte;
- de bejegening,

neemt de **waardering voor de organisatie** significant toe (zie tabel 9.10.). Merk op dat alle aspecten van de externe service kwaliteit er toe doen. Het meest belangrijk is echter zorg-op-maat. Het verklaart ruim 39% van de variantie in het meest volledige regressiemodel. Opmerkelijk genoeg heeft 'bejegening' de minste verklaarde variantie (7%) wanneer er ook andere dienstverlenende aspecten een rol spelen. Zodra 'participatie' deel van een regressiemodel uitmaakt, krijgt het een relatief groot negatief belang (zie met name modellen 6 tot en met 8). Ook hier geldt de verklaring dat 'participatie' in combinatie met een groot aantal andere voorspellers –als zwakker aspect- een omgekeerd verband te zien geeft. De enkelvoudige regressieanalyse laat wel een positief verband zien (β .538 en R^2 .289).

Tabel 9.10. Aspecten van de externe service kwaliteit die de waardering van cliënten voor de organisatie voorspellen n=2189

	model 1	model 2	model 3	model 4	model 5	model 6	model 7	model 8
	β	β	β	β	β	β	β	β
intercept	2.842**	2.112**	.828*	.677*	.968*	.606	.830*	.543
zorg-op-maat	.628**	.458**	.354**	.324**	.394**	.401**	.424**	.417**
resultaten		.257**	.225**	.218**	.213**	.206**	.207**	.199**
merkbare zaken			.193**	.177**	.194**	.189**	.219**	.219**
betrouwbaarheid				.069*	.132**	.132**	.139**	.133**
participatie					-.146**	-.241**	-.251**	-.250**
service						.114**	.128**	.102*
privacy							-.078*	-.089**
bejegening								.064*
verkl var adj R ²	.394	.431	.452	.454	.458	.461	.464	.466
F	1422.95**	828.08**	601.72**	455.64**	370.71**	313.07**	271.43**	239.14**

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$

Wat betreft de **waardering voor de resultaten van de dienstverlening** valt er het volgende te zeggen. Naarmate cliënten meer waardering voor de zorg-op-maat hebben, in samenhang met:

- participatie;
- de betrouwbaarheid van het personeel;
- de bejegening;
- de merkbare zaken van de dienstverlening;
- de bereidwilligheid van het personeel om service te verlenen,

zal de tevredenheid met de resultaten van de dienstverlening significant toenemen (zie tabel 9.11.).

Ook hier is zorg-op-maat het aspect met het grootste relatieve belang in alle regressiemodellen.

Ook de 'betrouwbaarheid van het personeel' is van belang (doet zij wat zij belooft, geven zij fouten toe en willen zij ervan leren). De negatieve Bètawaarde voor cliëntenparticipatie valt ook nu weer op (zie vorige alinea). Enkelvoudige regressieanalyse toont echter ook nu weer een positief verband: β .576; R^2 .331.

Tabel 9.11. Aspecten van de externe service kwaliteit die de waardering van cliënten voor de resultaten voorspellen n=2199

	model 1	model 2	model 3	model 4	model 5	model 6
	β	β	β	β	β	β
intercept	2.776**	1.207**	.567	.526	.661*	.544
zorg-op-maat	.662**	.552**	.486**	.455**	.509**	.515**
bejegening		.176**	.151**	.131**	.146**	.130**
merkbare zaken			.127**	.110**	.122**	.120**
betrouwbaarheid				.083**	.135**	.135**
participatie					-.129**	-.181**
service						.069*
verkl var adj R ²	.438	.456	.465	.468	.471	.472
F	1710.25**	923.10**	638.26**	485.09**	392.96**	328.82**

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$

Conclusie over de kwaliteit van de dienstverlening van de drie de deelsectoren tezamen

Voor de AWBZ-sector is de hypothese geldig: zij doorstaat met behulp van deze data een weerleggingsspoging. Aspecten van de externe service kwaliteit hebben in onderlinge samenhang effect op de mate van waardering van cliënten voor de uitkomstvariabelen van de dienstverlening. Cliëntenparticipatie toont echter telkens een ander verband. Inhoudelijk kan het wijzen op het feit dat het in dit onderzoek mensen met beperkte vermogens betreft.

Afzonderlijke deelsectoren

Welke aspecten van de kwaliteit van de dienstverlening oefenen specifieke invloed uit op de waardering van cliënten per deelsector? (De regressiemodellen zijn opgenomen in de bijlagen. De significantieniveaus zijn meestal $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$. Zie tabellen 9.30. t/m 9.35.)

In de ouderenzorg neemt zorg-op-maat een minder prominente plaats in dan in de gehandicaptenzorg en de GGZ (zie tabel 9.12.; ook voor de overige cijfers van deze alinea). De merkbare zaken van de dienstverlening zijn daar voor cliënten van groter belang. De privacy is wat betreft de waardering voor de resultaten van grote betekenis. Waarschijnlijk is een woonomgeving waar het personeel de privacy respecteert een belangrijk resultaat voor ouderen. Bejegening blijft belangrijk, maar van minder gewicht dan de andere aspecten uit de regressiemodellen.

In de gehandicaptenzorg is zorg-op-maat het meest belangrijk. Zowel bij de waardering voor de organisatie als bij de resultaten van de dienstverlening. Cliënten betrekken 'de resultaten van de dienstverlening' in hun oordeel over de organisatie (de verklaarde variantie is echter laag). Terwijl de 'betrouwbaarheid van het personeel', de 'merkbare zaken' en de 'bejegening' meewegen in hun oordeel over de resultaten van de dienstverlening.

In de GGZ is ook 'zorg-op-maat' van groot belang in het oordeel van cliënten over de organisatie en de resultaten van de dienstverlening. Men vindt het belangrijk dat er resultaten worden geboekt en schrijft dit – als het lukt – op het conto van de organisatie. Dat geldt ook voor de 'merkbare zaken' en de 'betrouwbaarheid van het personeel'. 'Privacy' vertoont daarentegen een negatief verband. De waardering voor de resultaten van de dienstverlening hangt naast de 'zorg-op-maat' ook af van de 'participatiemogelijkheden' die cliënten krijgen en van de 'merkbare zaken'.

Tabel 9.12. Aspecten van de externe service kwaliteit die de waardering voor de organisatie en de resultaten van de dienstverlening voorspellen per deelsector (zie tabel 9.30. t/m 9.35.)

Afhankelijke variabele	Aspecten van de externe service kwaliteit
Ouderenzorg	
- waardering voor de organisatie (die de diensten aanbiedt)	- merkbare zaken van de dienstverlening - resultaten van de dienstverlening - bejegening
	adj R ² .393 n=624
- waardering voor de resultaten van de dienstverlening	- privacy - merkbare zaken van de dienstverlening - zorg-op-maat - bejegening
	adj R ² .502 n=628
Gehandicaptenzorg	
- waardering voor de organisatie (die de diensten aanbiedt)	- zorg-op-maat - resultaten van de dienstverlening
	adj R ² .174 n=448
- waardering voor de resultaten van de dienstverlening	- zorg-op-maat - betrouwbaarheid - merkbare zaken van de dienstverlening - bejegening
	adj R ² .455 n=448
GGZ	
- waardering voor de organisatie (die de diensten aanbiedt)	- zorg-op-maat - resultaten van de dienstverlening - merkbare zaken van de dienstverlening - betrouwbaarheid - privacy (neg)
	adj R ² .580 n=1132
- waardering voor de resultaten van de dienstverlening	- zorg-op-maat - participatie - merkbare zaken van de dienstverlening
	adj R ² .504 n=1162

Conclusie over de kwaliteit van de dienstverlening van de afzonderlijke deelsectoren

Per deelsector afzonderlijk wordt de hypothese in kwestie niet weerlegd. Niet alle aspecten doen er echter toe. Ook blijken er verschillen tussen de deelsectoren te bestaan wat betreft de aspecten die de afhankelijke variabelen voorspellen. Dit komt overeen met de bevindingen van het exploratieve gedeelte van dit onderzoek. De variatie van ‘karakter’ die elke deelsector typeert, weerspiegelt zich hoogstwaarschijnlijk in deze onderzoeksgegevens. De zorg aan ouderen is immers anders dan die aan gehandicapten en de zorg die in de GGZ wordt geboden.

Zorg-op-maat, de merkbare zaken, de resultaten van de dienstverlening en de betrouwbaarheid van het personeel zijn belangrijke voorspellers voor de waardering die cliënten opbrengen. In de GGZ oefent privacy een negatieve invloed uit in het meest volledige regressiemodel.

9.4.3. De prijs/kwaliteit verhouding¹⁰¹

Het exploratieve onderzoek toonde aan dat de prijs/kwaliteit verhouding een rol speelt in de waardering van cliënten voor de dienstverlening en de organisatie die dat waarmaakt. Dit geldt eveneens voor het toetsende deel: hoe tevredener cliënten over die prijs-kwaliteit verhouding zijn, des te groter is hun waardering voor de organisatie en voor de gemiddelde kwaliteit van de dienstverlening. Op de vraag of men ‘waar voor zijn geld krijgt’, verschillen de groepen (ja, neutraal, nee) significant van elkaar. Ook wanneer cliënten de dienstverlening honoreren met sterren blijkt dat hoe groter het aantal sterren des te hoger de waardering is (zie tabel 9.13.).

Tabel 9.13. Anova het effect van de ervaren prijs-kwaliteit verhouding

		F	Sign
voor de organisatie			
waar voor je geld		389.664	.000**
nee	n=190		
neutraal	n=444		
ja	13.72	n=1003	
aantal sterren		989.028	.000**
1 (slecht)	n=94		
3 (neutraal)	n=272		
5 (goed)	14.38	n=504	
voor de gemiddelde dienstverlening			
waar voor je geld		237.118	.000**
nee	n=190		
neutraal	n=446		
ja	13,59	n=1006	
aantal sterren		167.300	.000**
1 (slecht)	n=94		
3 (neutraal)	n=272		
5 (goed)	13.81	n=504	

(** = $p \leq 0,001$)

Ook per deelsector afzonderlijk vertonen de analyses ongeveer dezelfde uitkomsten. Het beeld is min of meer consistent. Behalve bij de gehandicaptenzorg zijn de cliënten met een neutraal antwoord op de vraag of ze ‘waar voor hun geld krijgen’ positiever gesteld over de gemiddelde kwaliteit van de dienstverlening (zie de tabel 9.36.).

Conclusie over de prijs-kwaliteitverhouding

Weliswaar op een eenvoudige manier gemeten, geven cliënten duidelijk aan dat de verhouding tussen de prijs en kwaliteit die zij intuïtief ervaren, effect sorteert op hun waardering voor de organisatie en de gemiddelde dienstverlening. Het wijst in dezelfde richting als alle andere aspecten van de externe service kwaliteit.

9.4.4. Conclusie over de externe service kwaliteit en de waardering van cliënten

Zowel de toegankelijkheid (wachtijd en complexiteit van de aanmeldingsformulieren), als de meeste aspecten van de kwaliteit van de dienstverlening en de prijs-kwaliteit verhouding hebben als set, invloed op de waardering van de cliënten voor de organisatie, de resultaten én de gemiddelde dienstverlening. De hypothese doorstaat de falsificatiepoging wanneer alle organisaties uit de deelsectoren

¹⁰¹ De vraag over het aantal sterren is in de GGZ niet in de vragenlijst opgenomen vanwege het bezwaar dat cliënten in de ontwerpfasen er tegen hadden (“we zitten hier niet voor ons plezier!”. Vandaar het lagere aantal in de tabel 9.13.

in de analyses worden betrokken (zij het dat cliëntenparticipatie niet het positieve effect had dat werd verwacht).

Bij de aspecten die de kwaliteit van de dienstverlening onder woorden brengen, blijkt 'zorg-op-maat' in het algemeen gesproken van het grootste belang voor de waardering van cliënten voor zowel de organisatie als voor de resultaten die de dienstverlening hen oplevert. Alleen bij de ouderenzorg afzonderlijk neemt het een minder prominente plaats in ten gunste van de merkbare zaken en de privacy.

De ervaren kwaliteit van de externe service (als aspecten met een service-fit) heeft effect op de waardering van cliënten voor de organisatie en leiden tot vraaggerichte(re) dienstverlening (alleen voor cliëntenparticipatie geldt dit niet).

9.5. Verschillen tussen het beleid en het oordeel van medewerkers en cliënten

Het geschreven beleid van de organisaties toonde aan dat sommige van hen verder gevorderd waren met het inrichten van een vraaggestuurde werkomgeving (zie § 9.3.).

Alleen bij het doelgroepenbeleid was het mogelijk een rangorde aan te brengen wie van de organisaties daar het verst mee was gevorderd. Ozorg 3 had het doelgroepenbeleid het meest gedifferentieerd georganiseerd. De andere twee organisaties die expliciet met doelgroepen werkten waren ggzorg 1 t2 en ggzorg 2.

Bij de twee andere kenmerken (service-concept en de mate waarin het HRM aan de strategie van het bedrijf was verbonden) lieten de data geen goed onderscheid zien in de mate waarin men dit had kunnen realiseren (tabel 9.14.). Dat kwam door een te grote verscheidenheid in de aanpak van de organisaties om vraaggerichte dienstverlening na te streven. De ene organisatie wilde bijvoorbeeld door intensieve training medewerkers voorbereiden om meer vraaggericht te werken, terwijl de andere juist koos voor veranderingen in de taakstructuur (zie tabel 8.5.). De organisaties waarbij het alleen beleidsvoornemens waren, zijn overigens niet toegelaten in het overzicht van tabel 9.14. (zie ook tabel 8.5.).

tabel 9.14. Overzicht stand van zaken mate vraagsturing van dienstverlening¹⁰²

	service concept daadwerkelijk doorgevoerd	duidelijk en gedifferentieerd doelgroepenbeleid (rangorde in cijfers)	(strategisch) HRM ingezet voor primaire bedrijfsuitkomst
ozorg 2	x		x
ozorg 3	x	2	x
ozorg 4			x
ozorg 5			
gehzorg 2			x
gehzorg 3			x
ggzorg 1 t2	x	1	x
ggzorg 2		1	
ggzorg 3	x		x

De enige twee organisaties die op alle drie de kenmerken scoren zijn ozorg 3 en ggzorg 1 t2.

De vraag die zich nu voordoet is of het oordeel van medewerkers en cliënten overeenkomt met de mate waarin organisaties doelgroepenbeleid hebben. Dit is met andere woorden de kernvraag die Heskett e.a. (1997) zich stelden: presteren organisaties die hun service concept in hun interne- en externe service kwaliteit hebben doorgevoerd beter dan organisaties die dat minder hebben gedaan of zelfs hebben nagelaten te doen? Het doelgroepenbeleid is daarin een aspect van wezenlijke betekenis omdat men pas dan adequaat op de verwachtingen van cliënten in kan gaan.

¹⁰² Indien er in de lijst meerdere malen hetzelfde cijfer is vermeld betekent dit dat de organisaties ex aequo zijn geëindigd.

Om een getalsmatige vergelijking mogelijk te maken op het ordinale meetniveau kan slechts het kenmerk doelgroepenbeleid in de vergelijking worden betrokken (tabel 9.15.).

tabel 9.15. Vergelijking tussen geschreven beleid en oordeel medewerkers en cliënten

	duidelijk en gedifferentieerd doelgroepenbeleid	waardering van medewerkers voor het doelgroepenbeleid (min-max waarden 5 – 25)	gemiddelde oordeel van cliënten over de vraaggerichte dienstverlening (min-max waarden 5 – 15)
ozorg 2		15.81 (4e positie)	14.06 (1e positie)
ozorg 3	2	16.01 (2e positie)	13.63 (2e positie)
ozorg 4		14.22 (8e positie)	13.60 (3e positie)
ozorg 5		14.77 (6e positie)	12.76 (8e positie)
gehzorg 2		geen score	11.83 (9e positie)
gehzorg 3		15.30 (5e positie)	12.86 (7e positie)
ggzorg 1 t2	1	16.03 (1e positie)	13.12 (5e positie)
ggzorg 2	1	15.86 (3e positie)	13.22 (4e positie)
ggzorg 3		14.63 (7e positie)	12.96 (6e positie)

Bij ozorg 3 zijn de uitkomsten consistent met het model: zowel het oordeel over het doelgroepenbeleid als de gemiddelde waardering van cliënten vinden overeenstemming met het gewenste doelgroepenbeleid van de organisatie. Dus medewerkers bevestigen in hun oordeel dit gedifferentieerde doelgroepenbeleid en het leidt inderdaad tot een grotere waardering van cliënten.

De parallel gaat ook op voor alleen het doelgroepenbeleid van de organisatie bij ggzorg 1 t2 en ggzorg 2 wat betreft de waardering van de medewerkers. Zij merken de uitkomsten van dat beleid in hun primaire proces. Er is echter een verschil met het oordeel van cliënten over de dienstverlening, dit neemt slechts een 4e en 5e positie in. Het beleid heeft onvoldoende effect op de waardering van cliënten.¹⁰³

Ozorg 2 had zowel een serviceconcept doorgevoerd als het HRM gericht op vraaggerichte dienstverlening. Klaarblijkelijk met succes, aangezien cliënten de dienstverlening het hoogste waarden. De organisaties die het minst gevorderd waren met het ontwikkelen van vraagsturing van de dienstverlening hadden te maken met een relatief lage score van cliënten op het kenmerk gemiddelde waardering voor de vraaggerichte dienstverlening (ozorg5). Ook dit bevestigt – in omgekeerde richting – de gedachte dat een goede afstemming tussen het service concept, de interne- en externe service kwaliteit zijn uitwerking wel moet krijgen.

9.6. De opinie van het management

De constatering dat verschillen in de opvatting over service afhangen van de positie en het perspectief van de actor (§ 2.5), leidt tot de vraag of de empirie inderdaad verschillen te zien geeft.

Daarvoor is de gemiddelde waarde van de opinie van managers over de interne- en externe service kwaliteit berekend en afgezet tegen die van medewerkers over de interne- en die van cliënten over de externe service kwaliteit (zie tabel 9.16.).

Managers honoreren de interne service kwaliteit significant hoger dan medewerkers dat doen. Zij vinden dat de facilitering om vraaggerichte diensten te verlenen beter is geregeld dan medewerkers oordelen. Daarentegen beoordelen zij vanuit hun positie de externe service kwaliteit significant lager dan cliënten. Hier zijn de laatsten meer tevreden over dan de managers zelf. Dit is een vreemde uit-

¹⁰³ Het is niet zo dat cliënten uit de GGZ kritischer zijn dan cliënten uit de twee andere deelsectoren. Zij nemen een tussenpositie in. Cliënten uit de ouderenzorg hebben het meeste waardering en uit de gehandicaptenzorg relatief de minste (hoewel nog steeds ruim voldoende). Overigens zijn de verschillen in de gemiddelde waardering voor de dienstverlening tussen de deelsectoren wel significant: (X-gem ouderenzorg is 13.46; X-gem GGZ is 13.07; X-gem gehandicaptenzorg is 12.46; Anova, F 41, 167, sign .000).

komt omdat het logischer is te verwachten dat managers de interne service kwaliteit als voorwaarde zouden zien voor de externe service kwaliteit. Kennelijk vinden zij impliciet dat er ergens kwaliteitsverlies optreedt (gap 1; zie § 4.3.2.). Waar het precies aan ligt, wordt op basis van de data niet duidelijk.

tabel 9.16. Verschillen tussen oordeel managers, medewerkers en cliënten

	test waarde (oordeel managers)	gemiddelde waarde (oordeel medewerkers/ cliënten)	t-waarde	significantie niveau (2 tailed)	N
interne service kwaliteit oordeel medewerkers	19,48	16,85	48,600 df 1344	,000**	1345
externe service kwaliteit oordeel cliënten	10,65	13,03	60,998 df 2406	,000**	2407

(** = $p \leq 0,001$)

9.7. Algemene conclusies naar aanleiding van de bevindingen

De bevindingen van dit toetsende deel van het onderzoek komen op hoofdlijnen overeen met de uitkomsten van het exploratieve deel. De ideeën over het bestaan van de relaties van de Service Care Chain blijven geldig, zeker voor de drie sectoren tezamen. Telkens hebben aspecten van de interne service kwaliteit effect op:

- de uitkomstvariabelen van de interne service kwaliteit (tevredenheid met de organisatie en met het werk);
- de uitkomstvariabelen van de externe service kwaliteit (waardering van cliënten voor de organisatie, de resultaten van de dienstverlening en de gemiddelde dienstverlening (als vraaggerichte dienstverlening)).

Bij medewerkers blijkt hun oordeel over de interne service om vraaggerichte diensten te leveren van het grootste belang voor de tevredenheid met de organisatie. De inhoud van de functie is dat voor hun tevredenheid met het werk. Dit laatste komt overeen met de resultaten van grootschalige arbeidsbelevingsonderzoeken (Van Dijk e.a., 2002; Messchendorp, e.a., 2004).

Het oordeel van medewerkers over de interne service én de ondersteuning met allerlei middelen om vraaggerichte diensten te leveren voorspelt ook in belangrijke mate de waardering van cliënten voor de organisatie. De tevredenheid van medewerkers over de organisatie blijkt invloed uit te oefenen op de waardering van cliënten voor de resultaten van de dienstverlening. Wanneer het gaat om hun gemiddelde waardering voor de algehele dienstverlening is ook weer de tevredenheid van medewerkers met de organisatie tezamen met werkdruk de oorzakelijke variabele. Kortom, in dit onderzoek is het bestaan van de transactionele fit (voorzichtig) aangetoond.

De aspecten van de externe service kwaliteit hebben in samenhang effect op de uitkomstvariabelen: waardering van cliënten voor de organisatie én de resultaten van de dienstverlening. Zowel de toegankelijkheid, de kwaliteit van de dienstverlening als de prijs-kwaliteit verhouding leggen wat dit betreft gewicht in de schaal. Het is met name het aspect zorg-op-maat dat een belangrijke rol speelt als voorspeller van beide uitkomstvariabelen.

Voor iedere deelsector afzonderlijk is het aantal aspecten dat daadwerkelijk de afhankelijke variabele voorspelt meestal geringer en variëren zij. Bij de ene deelsector doet een bepaald aspect er wel toe,

terwijl bij een andere deelsector dit juist niet het geval is. En soms is het aspect minder van belang. Dit is zowel bij medewerkerstevredenheid als bij de cliëntenwaardering het geval. Zowel medewerkers- als cliëntenparticipatie oefenen soms een negatieve invloed uit op de tevredenheid van medewerker en de waardering van cliënten. Waarschijnlijk is het verschil van de AWBZ (zorgsector) met die van commerciële sectoren merkbaar.

Hoewel er geen hypothese over is geformuleerd, blijkt er een inconsistentie in het oordeel van managers over de interne – en de externe service kwaliteit in vergelijking met het oordeel van medewerkers en cliënten. Managers hebben een positiever oordeel over de interne service kwaliteit dan hun medewerkers, terwijl zij de externe service kwaliteit lager inschatten dan de waardering die cliënten daarvoor hebben. Deze uitkomst roept de interessante vraag op waaraan dit verschil te wijten is en welk beleidsmatig consequenties het kan hebben.

10. Onderzoek in bespreking

Aangestuurd vanuit de theorie heeft deze studie empirische resultaten opgeleverd. De hoofdconclusies vindt men terug in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk. Paragraaf twee bespreekt de onderzoeksuitkomsten in het licht van enkele belangrijke thema's uit het wetenschappelijke debat. De evaluatie van het model vormt paragraaf drie. Het onderzoeksontwerp en de onderzoeksmethoden zijn de onderwerpen waarop de vierde paragraaf ingaat. De vijfde paragraaf bespreekt de implicaties die deze studie heeft voor verder onderzoek. Het proefschrift besluit met een korte verhandeling over de beleidsmatige implicaties voor zorgorganisaties.

10.1. Conclusies

De hoofdvraag van deze studie richtte zich op de samenhang tussen het servicebeleid, het HRM en de dienstverlening van zorgorganisaties in de AWBZ (§ 1.5.). Zorgorganisaties bevinden zich anno 2006 in een turbulente periode. Diverse stelselwijzigingen in de gezondheidszorg stimuleren gereguleerde concurrentie en een ondernemerschap dat daarbij hoort. De diensten moeten veel meer vanuit het perspectief van cliënten worden ingericht en verleend. Dit heeft gevolgen voor zowel het servicebeleid als het HRM van dit type organisaties. Het onderzoek zocht een model dat deze aspecten in zich verenigde én betrekking had op dienstverlenende organisaties in een marktconforme omgeving. De Service Profit Chain bleek hiervoor in aanmerking te komen. De voorlopige uitspraken die uit het model waren afgeleid, werden in het explorerende onderzoek bevestigd, op de uitspraak na over de transactionele fit (zie hoofdstuk 5, vanaf § 5.3.). Het model werd gemodificeerd tot de Service Care Chain en het toetsende deel van het onderzoek richtte zich op hypothesen die belangrijke fits ervan beschreven. Hieronder volgen beknopt de antwoorden die de studie heeft voortgebracht. Hypothese één en twee werden beproefd via de documentenstudie, terwijl het enquête-onderzoek een toetsing mogelijk maakte van de hypothesen drie tot en met vijf.

Hypothese 1: Contextuele veranderingen leiden in dit type 'human service organisaties' op de gebieden van het serviceconcept en het leveringssysteem tot een strategie die op adaptatie is gericht.

Het strategische beleid van de zorgorganisaties uit het toetsende deel stemde men pas op het laatste moment af op de stelselwijzigingen. In verschillende bewoordingen stelde het beleid van de organisaties "de cliënt centraal" en "maatwerk in de dienstverlening" werd verheven tot adagium. In hun omschrijvingen kwamen de organisaties echter niet verder dan deze algemene formuleringen (zie hoofdstuk 8). Het beleid om het leveringssysteem op de veranderingen aan te passen, bevond zich bij de meeste organisaties nog in een beginstadium. Om hun cliënten beter van dienst te willen zijn, hadden slechts enkele organisaties hun interne service kwaliteit op dat punt veranderd. Pas als de overheid beleidsmaatregelen *daadwerkelijk* invoerde en men er niet meer onderuit kon, ondernamen de meeste organisaties actie. Dit trok een zware wissel op zowel medewerkers als cliënten. Zodra organisatieverandering als aspect in de regressievergelijking werd ingevoerd, daalde hun tevredenheid.

Hypothese 2: Adaptaties aan contextuele veranderingen door dit type 'human service organisaties' leiden tot strategisch HRM-beleid dat erop is gericht de dienstverlening conform de veranderingen te leveren.

Hoewel de meeste zorgorganisaties de term strategisch HRM niet gebruikten, wees hun werkpraktijk uit dat men het HRM wel strategisch inzette in de slag naar een meer vraaggerichte dienstverlening. Het management richtte de afzonderlijke HR-activiteiten op de bedrijfsdoelstellingen. Er was vooral sprake van een "oneway linkage" in termen van de integratie van HRM met het strategische beleid

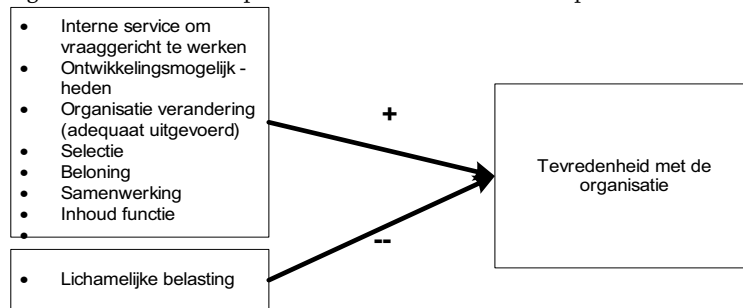
van een organisatie (Golden, Ramanujam, 1985). Training zag men als een belangrijk strategisch middel en in mindere mate aanpassingen van de functiestructuur. HR-bundels werden niet ontworpen, maar leken zich op een incrementele wijze te ontwikkelen.

Hypothese 3: Als aspecten van de interne service kwaliteit (het leveringssysteem en het HR-systeem) van dit type 'human service organisaties' een interne fit hebben, zal dat resulteren in medewerkers-tevredenheid met de organisatie en het werk.

De effecten van de interne service kwaliteit op de tevredenheid van medewerkers komen overeen met wat de literatuur te zien geeft (vgl. Appelbaum e.a., 2000; Boselie, 2001; Van Dijk e.a., 2002; Guest, 1997; Gunthrie, 2001; Wallace, 1995). De tevredenheid van medewerkers met de organisatie en het werk zal toenemen bij een adequate interne fit van de meeste aspecten van de interne service kwaliteit.

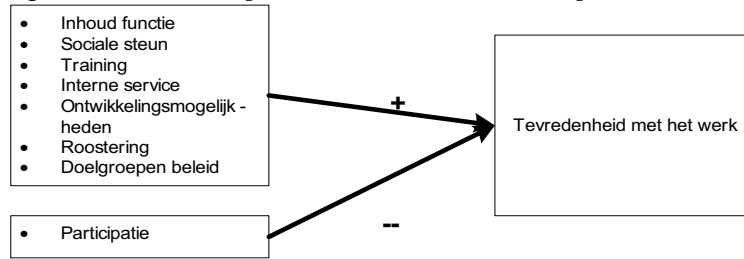
Door de tevredenheid met de organisatie én de werksatisfactie als afhankelijke variabelen te nemen van de interne service kwaliteit, werd duidelijk van welke aspecten zij afhankelijk zijn in dit type service organisaties. Tevredenheid met de organisatie hangt vooral af van de capaciteit van het bedrijf om een goede interne service te realiseren zodat medewerkers inderdaad vraaggerichte diensten kunnen verlenen. Ook de mogelijkheid tot persoonlijke ontwikkeling, een adequaat wervings- en selectiebeleid, goede beloning, prettige samenwerking, een adequate functieinhoud en geringe lichamelijke belasting dragen daaraan bij. Te rigoureuze en te snelle veranderingen verstoren de tevredenheid van medewerkers. Als men veranderingen 'met beleid' doorvoert en medewerkers adequaat informeert en inspraak gunt, hoeft dit echter niet het geval te zijn.

Figuur 10.1a. Invloed aspecten interne service kwaliteit op tevredenheid organisatie (interne fit)



De tevredenheid met het werk is vooral afhankelijk van de functieinhoud, sociale steun van collega's en leidinggevende en de kwaliteit van de interne service om vraaggericht te kunnen werken. Andere factoren die een rol spelen zijn: training, goede roostering en doelgroepenbeleid. Medewerkersparticipatie blijkt een negatieve invloed op de tevredenheid met het werk uit te oefenen.

Figuur 10.1b. Invloed aspecten interne service kwaliteit op tevredenheid werk (interne fit)



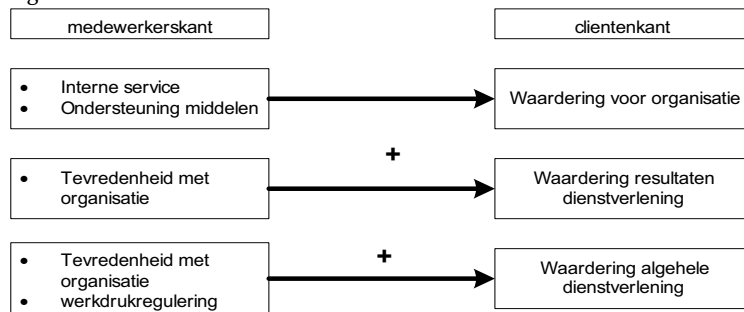
Hypothese 4: Als aspecten van de interne service kwaliteit (het leveringssysteem en het HR-systeem) van dit type 'human service organisaties' een interne fit hebben, zal dat resulteren in een positieve waardering van cliënten voor de organisatie én de resultaten van de dienstverlening.

Er bleek samenhang te bestaan tussen aspecten van de interne service kwaliteit en de uitkomstvariabelen van de externe service kwaliteit. Deze transactionele fit liet het volgende zien: de waardering van cliënten voor de organisatie hing vooral af van het vermogen van de organisatie de interne service voor medewerkers vraaggericht te organiseren, ook met gebruikmaking van allerlei ondersteunende middelen (denk aan tilliften, goed rapportagesysteem, etc).

Tevredenheid van medewerkers met de organisatie was de enige voorspeller van cliëntenwaardering voor de resultaten die de dienstverlening hen opleverde. Hierachter gaat evenwel de tevredenheid schuil met de capaciteit van de organisatie om de interne service zo in te richten dat men vraaggericht kan werken. Ook tellen ontwikkelingsmogelijkheden mee (voor andere aspecten zie tabel 9.1.) De waardering van cliënten over de algehele dienstverlening hangt af van de tevredenheid van medewerkers met de organisatie en of er geringe werkdruk is.

De kritiek van Korczynski (2002) en Legge (2005)¹⁰⁴ op onderzoek van de New Service Management School ten spijt (zie § 4.3.1.) bevestigt dit onderzoek wel het bestaan van een 'satisfaction mirror' of tewel de transactionele fit. Nauwkeurige bestudering leert dat Korczynski zijn kritiek alleen heeft gebaseerd op een oppervlakkige duiding van de 'satisfaction mirror' zonder te letten op de redenering van Heskett e.a. (1997) daarachter. Die luidt dat dit mechanisme slechts opgaat als de arbeid van medewerkers is ingebed in een adequate interne service kwaliteit.

Figuur 10.2 Transactionele fit



¹⁰⁴ Legge (2005) neemt de kritiek van Korczynski op deze zogenaamde New Service Management School (2002) voetstoots aan, en lijkt onvoldoende kennis te hebben genomen van de literatuur over dienstverlening en klantensatisfactie. Ook Korczynski verwijt ik dit met betrekking tot de empirische bevindingen hierover (Korczynski, 2002: 30 – 31). Regelmatig komen wel significante verbanden voor (zie bijvoorbeeld, Zeithaml, 2000).

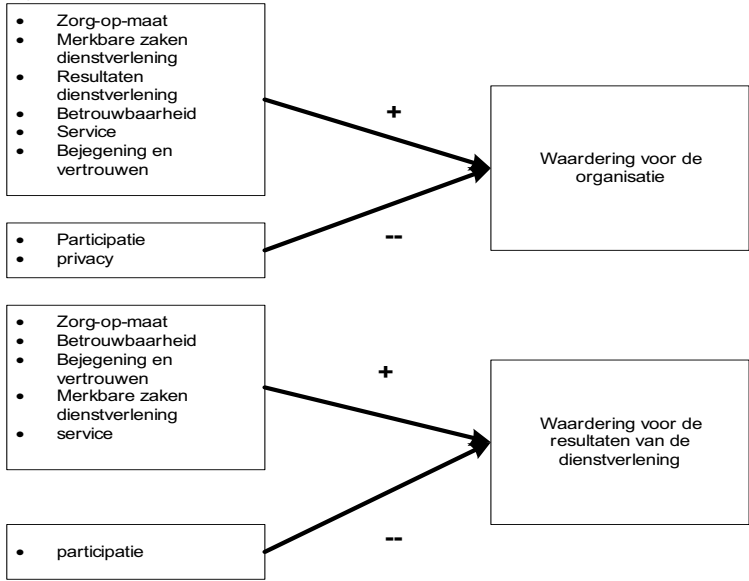
Hypothese 5: Als aspecten van de externe service kwaliteit van dit type 'human service organisaties' een service-fit hebben, zal dat resulteren in een positieve waardering van cliënten voor de organisatie en voor de resultaten van die dienstverlening.

Het effect van de externe service kwaliteit op de waardering van cliënten komt overeen met bevindingen uit de literatuur over het effect van service kwaliteit op productie, winst, klantentrouw, klantenwaardering (Fornell, 1992; Fornell e.a., 1996; Frey en Daley, 1989; Koska, 1990; Nelson, 1992; Reichheld en Sasser, 1990; Rust en Zahorik, 1993; Woodside e.a., 1989). In deze promotiestudie werd duidelijk dat hoe slechter de toegankelijkheid tot de dienstverlening is, des te minder waardering cliënten hebben voor de organisatie én de resultaten van de dienstverlening. Dit gold ook voor de toelatingsformulieren als operationalisatie van de toegankelijkheid. Hoe groter de administratieve rompslomp, des te minder de waardering.

Zorg-op-maat is een 'key-driver' (Zeithaml, 2000) wanneer het de waardering voor de organisatie en de resultaten van de dienstverlening betreft.¹⁰⁵ Cliënten vinden het buitengewoon belangrijk dat de medewerkers gehoor geven aan hun vragen, wensen en behoeften (vraaggerichte dienstverlening). Wat betreft de waardering voor de organisatie, oefenen ook de merkbare zaken van de dienstverlening, de betrouwbaarheid van het personeel, hun service-bereidheid en bejegening invloed uit. Participatie en privacy hebben regelmatig een negatief effect. Waarschijnlijk komt dit vanwege het feit dat het hier mensen met (ernstige) mentale en psychische beperkingen betreft (het zijn statistisch gezien aspecten met een geringere R-kwadraat).

De waardering voor de resultaten van de dienstverlening ondervindt invloed van: zorg-op-maat, de betrouwbaarheid van het personeel, hun bejegening, de merkbare zaken van de dienstverlening en de service-bereidheid van medewerkers. Cliëntenparticipatie blijkt echter een negatieve invloed uit te oefenen op de waardering van cliënten voor de organisatie en de resultaten van de dienstverlening.

Figuur 10.3. Service-fit



¹⁰⁵ Het verdrift 'bejegening' van de eerste plaats, het aspect dat in ander onderzoek altijd het belangrijkste lijkt te zijn als zorg-op-maat niet is gemeten.

Organisatieveranderingen

De AWBZ-sector verandert en organisaties veranderen mee. In dit onderzoek bleken organisatieveranderingen de waardering van cliënten voor de dienstverlening duidelijk te verstoren (§ 9.2.). Dit was ook het geval bij de medewerkers, waar het negatief inwerkt op hun commitment en werksatisfactie. Eens te meer is dit een bevestiging van het mechanisme achter de satisfaction mirror (vgl. Gratton, e.a., 1999).

Vershil oordeel management en medewerkers

In hun oordeel over de kwaliteit van de interne en de externe service verschilden managers van zowel de medewerkers als de cliënten. Over de interne service kwaliteit oordeelden zij positiever dan de medewerkers. Tegelijk viel hun oordeel over de externe service kwaliteit lager uit dan die van de cliënten; dit is de zogenaamde eerste service gap (zie § 4.3.2.). Managers menen het leverings- en het HR-systeem goed op orde te hebben. Toch zouden medewerkers beter mogen presteren, want over hun prestaties zijn managers strenger in hun oordeel dan de cliënten. De managers suggereren hier op zijn minst het optreden van kwaliteitsverlies tijdens het transactiemoment. Want als het niet ligt aan de voorwaarden, dan moet het wel aan de interventies van medewerkers liggen. Dat wordt echter tegengesproken door de cliënten zelf, want zij vinden dat het met de bereidwilligheid van het personeel om service te verlenen goed is gesteld. En over de bejegening zijn ze helemaal tevreden. Ook over de mogelijkheid die medewerkers voor cliënten scheppen om te kunnen participeren tijdens de transactiemomenten, zijn ze te spreken (tabel 9.18. in de bijlagen). Kennelijk stellen managers hogere of andere eisen dan cliënten.

Een gevolgtrekking kan zijn dat deze managers minder goed luisteren naar cliënten én het personeel om er achter te kunnen komen waarmee een goede dienstverlening is gediend (wat bij de cliënten naar het aspect ‘zorg-op-maat’ verwijst). Het kan betekenen dat managers veel meer het eigen perspectief hanteren (zie § 2.5.3.) dan het gezichtspunt van hun medewerkers of van de cliënten. Daardoor is de kans aanwezig dat men weliswaar diensten verleent, maar allerlei andere behoeften en vragen die voor cliënten tellen in het leven van alledag uit het oog verliest (vgl. RVZ, 2003; Van Wijk en Van Dijk, 2004; Zuckerman en Coile, 2003).

In het algemeen vertoont het model op het niveau van de hypothesen redelijk grote overeenstemming met de empirie en mag volgens het waarheidsbeginsel op hoofdpunten als voorlopig waar worden aangemerkt (Swanborn, 1987: 25).

10.2. Discussie en implicaties

Er zijn enkele onderwerpen die discussie verdienen. Ten eerste de relatie tussen het HRM en service aan de ene kant en de uitkomsten voor het bedrijf aan de andere kant. Dragen HRM en service bij aan het realiseren van vraaggerichte dienstverlening? Het zogenaamde black-box vraagstuk krijgt in deze bespreking een belangrijke plaats. Daarna volgt een korte verhandeling over het onderwerp ‘best-fit’ versus ‘best-practice’.

10.2.1. HRM, Service en bedrijfsuitkomsten

HRM

De literatuur stelt dat de relatie tussen het HRM en de bedrijfsuitkomsten complex van aard is: er werken veel interveniërende variabelen op in (Boselie e.a., 2005; Legge, 2005; Paauwe, 2004; CIPD, 2006). Vaak kiest men bedrijfsuitkomsten die niet direct aan het HRM zijn gelieerd, zoals financiële resultaten (ROA). Het is echter goed voor te stellen dat het marktaandeel of zelfs de conjunctuur (wisselkoersen) hierop ook invloed uitoefenen (vgl. Guest, 1997; Paauwe, 2004). Het verdient bij dit

type onderzoek aanbeveling bedrijfsuitkomsten te kiezen die rechtstreeks zijn gerelateerd aan het HRM (Boselie e.a., 2005, 75).¹⁰⁶

In human service organisaties is de interne service kwaliteit een belangrijke factor voor de kwaliteit van het transactiemoment. Elk afzonderlijk transactiemoment vormt met andere woorden een gedeelte van de performance van het bedrijf. Omdat service en het HRM elkaar 'ontmoeten' in concrete dienstverlenende handelingen (lees: arbeid) kan vraaggerichte dienstverlening redelijk gemakkelijk worden vastgesteld. De uitkomst van het onderhavige onderzoek demonstreert dit, want hoe tevredener medewerkers zijn met de interne service om vraaggericht te kunnen werken, des te hoger de waardering van cliënten voor de organisatie die deze diensten mogelijk maakt (zie § 9.3). Grote tevredenheid van medewerkers met de organisatie leidt tot een hoge waardering van cliënten voor de resultaten van de dienstverlening (zie § 9.3). En tenslotte leidt tevredenheid van medewerkers met de organisatie en werkdrukregulering, tot een toename van de gemiddelde waardering van cliënten voor de algehele dienstverlening. (zie § 9.3).

In tweede instantie kan men kijken of een gemiddeld hoge waardering van cliënten in de nieuwe situatie van gereguleerde marktwerking wellicht leidt tot een groter marktaandeel.

Het voorgaande leidt tot het standpunt dat een relatie tussen HRM en bedrijfsuitkomsten alleen kan worden vastgesteld als men bedrijfsuitkomsten kiest die theoretisch en empirisch een directe relatie hebben met de arbeid van medewerkers. In het geval van dit promotieonderzoek zijn dat de aansturing, ondersteuning en toerusting van het personeel (interne service kwaliteit). Samenhang met indirect gerelateerde bedrijfsuitkomsten kunnen slechts worden vastgesteld als bij een groot aantal soortgelijke bedrijven longitudinaal onderzoek wordt uitgevoerd (vgl. Cappelli en Neumark, 2001; Pil, MacDuffie, 1995; Zeithaml, 2000).

Het blackbox vraagstuk gaat dieper in op de relatie tussen HRM en de bedrijfsuitkomsten. Er zijn tamelijk veel modellen die schematisch de relatie tussen de organisatiedoelen, het HRM en de bedrijfsresultaten in kaart brengen (vgl. Boselie e.a., 2005; Boselie, 2001; Paauwe, 2004; Vloeberghs, 2000). Zij bestaan vaak uit een verschillend aantal elementen, die op hun beurt weer verschillende (naar inhoud en aantal) variabelen omvatten. "Onduidelijk is echter om hoeveel blokjes (elementen: kpvw) het nu eigenlijk gaat en welke variabelen daar dan precies bij horen. En ook hoe die verschillende uitkomsten zich tot elkaar verhouden." (Evers en Looise, 2004: 3). Dit probleem noemt men ook wel het black-box vraagstuk (Boselie e.a., 2005; Boselie en Paauwe, 2004: 18 – 19; Wright en Gardner, 2003). Men erkent het bestaan ervan, maar inzicht in "the 'linking mechanism' between HRM and performance (Wood, 1999: 408), and the mediating effects of key variables (Batt, 2002: 587), are largely disregarded." (Boselie e.a., 2005: 77). Opheldering van dit vraagstuk verschaft een beter inzicht in de relatie over het effect van het HRM en de resultaten van zorgorganisaties. Purcell e.a. (2003) constateerden dat het lijnmanagement een belangrijke rol speelt als een schakel tussen het HRM en de performance van een organisatie. Ook de houding van medewerkers grijpt in op die relatie (Guest e.a. 2000; Purcell e.a. 2003). Naast deze inzichten kan men door het transactiemoment als het brandpunt van de dienstverlening te nemen voor human service organisaties een bijdrage aan de oplossing van dit vraagstuk leveren. De volgende alinea legt dit uit.

Het onderhavige onderzoek toonde aan dat een interne fit van aspecten van de interne service kwaliteit leidt tot tevredenheid van medewerkers met de organisatie en het werk. Dit leidt op zijn beurt ertoe dat cliënten de dienstverlening positief waarderen (transactionele fit). Dit gebeurt mede onder invloed van een adequate service-fit. Als cliënten merken dat medewerkers diensten verlenen die met hun verwachtingen overeenkomen, kan men van geslaagde transactiemomenten spreken. Het

¹⁰⁶ Volgens het gedachtegoed van Ultee over probleemstellingen (1976) zou men kunnen stellen dat de vraag naar het effect van HRM en indirect daaraan gerelateerde bedrijfsuitkomsten een verkeerd gestelde vraag is. Ook Schneider e.a., (2003) suggereren dit.

gaat er dus om dat de organisatie zich inspant om succesvolle transactiemomenten te creëren. Dit kan door zowel de interne- als de externe service kwaliteit bij voortduring af te stemmen op de vragen en verwachtingen van respectievelijk de medewerkers en cliënten. Een serviceconcept helpt het management van de organisatie om het van een kader te voorzien. Het stuurt het handelen van medewerkers, naast hun eigen professionele codes. Zodra alle transactiemomenten onder dit service-regiem worden gebracht, zal het effect hebben op de kernuitkomst van de organisatie. Het onderhavige onderzoek laat dit zien. Hiermee kan de black box in ieder geval voor human service-organisaties gedeeltelijk worden opengebrouwen, omdat de bedrijfsperformance gestalte krijgt in *alle transacties* tussen professionals en cliënten van scherp omschreven doelgroepen. *Hoe groter het aantal transacties dat conform de gewenste service wordt geleverd des te waarschijnlijker is de realisering van vraaggerichte dienstverlening.*

Door het transactiemoment als brandpunt van de analyse te nemen, wordt het mogelijk de totstandkoming van de kwaliteit van de dienstverlening inzichtelijker te maken. Het helpt om wat er in de ‘black box’ gebeurt, zichtbaarder te maken. Dit kan overigens per sector verschillen, ook dit toonde het onderhavige onderzoek aan.

Als een bedrijf erin slaagt een groot aantal transacties te realiseren waar cliënten een hoge waardering voor hebben, kan men spreken van een goede (kern)performance van het bedrijf. Met de Service Care Chain is het mogelijk het *mechanisme* bloot te leggen waarmee goede dienstverlening wordt voortgebracht, zonder te verzanden in een discussie over de blackbox die alleen gaat over het aantal boxen dat er toedoet en wat de inhoud van die boxen zou moeten zijn.

Service

De complexiteit van de relatie tussen het HRM en bedrijfsuitkomsten gaat ook op voor de samenhang tussen service en de resultaten die een organisatie boekt: “The link between service quality and profits is neither straightforward nor simple” (Zeithaml, 2000: 67). In dit belangrijke overzichtsartikel formuleert zij vragen met als doel nader te preciseren welke (deel)aspecten het effect in de afhankelijke variabelen voor hun rekening nemen (bijvoorbeeld, welke aspecten van service leiden tot klantentrouw en tot financiële resultaten of tot verschillen in klantentrouw en hoe verhoudt deze differentiatie zich tot variatie in financiële uitkomsten van een bedrijf?) (ibid: 82 – 83). Ook hier is het verstandig theoretisch een onderscheid aan te brengen in directe en indirecte bedrijfsuitkomsten. Kies met andere woorden eerst die bedrijfsuitkomsten die van origine een nauwe verwantschap met service hebben. Het ligt bij zorgorganisaties voor de hand te kiezen voor vraaggerichte dienstverlening. Daarna kan men het effect van de service kwaliteit ook verbinden aan bijvoorbeeld de proportie van nieuw aangetrokken cliënten en cliëntentrouw. Pas dan zou men ze kunnen verbinden aan de bedrijfsuitkomsten die niet rechtstreeks verbonden zijn aan de onafhankelijke variabelenset, zoals marktaandeel, dat ook van andere factoren afhankelijk is.

Schuler en Jackson (1987) en Legge (2005) suggereren bovendien dit type onderzoek uit te voeren per bedrijfssegment. Elke context vraagt namelijk om zijn eigen configuraties. De variatie in de uitkomsten van de deelsectoren bevestigt dit standpunt. In de AWBZ-sector leiden de specifieke kenmerken van de deelsectoren (ouderenzorg, gehandicaptenzorg en GGZ) tot een eigen configuratie van de aspecten van de interne- en externe service kwaliteit, die inwerken op vraaggerichte dienstverlening.

Als laatste opmerking past de constatering dat het debat over de relatie tussen HRM/service en de bedrijfsuitkomsten een sterk economische, functionele en bedrijfskundige inslag heeft. Lammers e.a. (2000:21) vragen aandacht ook voor leefbaarheidsvraagstukken in organisatieonderzoek. Men omschrijft dit als “de mate waarin men volgens bepaalde maatstaven in een gegeven situatie een bevredigend bestaan (in organisaties: kpvw) kan leiden”. Dit gaat zeker op voor human service organisaties. Voor cliënten betreft dit het feit dat zij afhankelijk zijn geworden van de diensten om een (rede-

lijk) bevredigend bestaan te waarborgen. Voor medewerkers is dit het geval omdat velen met overtuiging kiezen voor de zorg (Van Dijk en Pool, 1999) en het werk een substantieel deel van hun leven uitmaakt¹⁰⁷. Peccei (2004) houdt in andere bewoordingen hetzelfde pleidooi wanneer hij spreekt over “the search for the happy workplace”. Het heeft te maken met vraagstukken over de verschillen tussen ‘added’ en ‘moral values’, verschillen die er tussen de economische rationaliteit en de aard van het HRM bestaan (Paauwe, 2004: 3-4). Legitimiteit, rechtvaardigheid en zingeving zijn zeker zo belangrijk als de economische of bedrijfskundige perspectieven en/of uitkomsten en rechtvaardigen onderzoeksvragen die zich daar op richten.

10.2.2. Best fit en best practice

Dat de ‘fits’ in de Service Care Chain de basis voor de hypothesen vormen, wekt de suggestie dat er geen sprake is van best practice. Het oorspronkelijke model van de Service Profit Chain¹⁰⁸ combineert echter de twee gezichtspunten. Aan de ene kant blijken enkele HR-activiteiten zich als kritische succesfactoren te ontpoppen (zie § 3.2.4.), maar Heskett e.a. (1997) pleiten telkens voor een continue afstemming van de elementen uit het model, op een manier dat er een voor elk bedrijf unieke samenstelling van de ‘cyclus van vermogen’ kan ontstaan. Zij hebben het hier in andere woorden over een fit. Bovendien verdient elk onderdeel een eigen invulling om een *optimale* fit te bewerkstelligen bij het bedrijf in kwestie (Heskett e.a, 1997, hoofdstuk 7; vgl. Peccei en Rosenthal, 2001). Deze specifieke invulling die het management aan HR-activiteiten geeft en de accenten die men legt in relatie tot andere bedrijfsactiviteiten, komen overeen met de conclusie van Boselie en Paauwe (2004: 20): “Het is onder alle omstandigheden raadzaam goed te selecteren, aandacht te besteden aan participatie, inbreng, training en opleiding enzovoort, maar de precieze invulling ervan zal per organisatie en per context verschillen.” In hun verhandeling over het ‘best practice en fit debat’ komen Boxall en Purcell (2003: 68 – 70) tot een soortgelijke conclusie dat de bewuste tegenstelling (die tussen best fit en best practice) gedeeltelijk een schijntegenstelling is. Hun studie is zelfs gebaseerd “on the assumption that both general principles and specific contexts play an important role in the theory and practice of strategic HRM. No one can seriously argue against the importance of ‘best fit’ or contextual thinking when managers come to consider their hr-policies. However, there is still a valuable role for a concept of ‘best practice’ if it means a concern for underpinning principles of labour management and helps us to intelligently fashion particular practices to our specific context” (ibid: 70).

Overigens kan men zich afvragen of de ‘best fit’ niet ontstaat door imitatie van best practice van bedrijven die telkens weer blijk geven zich aan veranderende omstandigheden te kunnen aanpassen (vgl. CPB, 2003; Ernst & Young, 2000; SCP, 2002; Legge, 2005: 24). De eerste propositie die Paauwe en Boselie (2003: 62) als een leidraad vanuit het neo-institutionalisme voor onderzoek formuleren, lijkt dit (ook) te impliceren: “The application of blueprints (eg competence management and the HR-scorecard), introduced by external consultants, leads to an increased degree of HRM homogeneity across organisations.” Want vaak komen deze blueprints inhoudelijk neer op een set ‘best practices’, zoals enkele artikelen in het themanummer van M&O over populaire boeken voor organisatieadviseurs sterk doen vermoeden (De Caluwé, 2000; Boonstra, 2000; Keizer, 2000; Witteveen, 2000). Door vervolgonderzoek te betrekken op afzonderlijke AWBZ deelsectoren kan men uitvinden of er in de tijd sprake is van een stabiele configuratie van de aspecten waaruit de interne service kwaliteit is opgebouwd. Zodra dit het geval is kan de best fit tevens de best practice worden en hoeft men ze niet meer als elkaars tegengestelden te beschouwen. De universalistische benadering beperkt zich dan alleen tot een deelsector of een segment van specifieke bedrijven.

¹⁰⁷ Dit laatste geldt natuurlijk voor alle medewerkers en managers van bedrijven in andere sectoren.

¹⁰⁸ Dit is ook het geval bij de Service Care Chain.

10.3 Evaluatie en reflectie

In het onderzoek werd gebruik gemaakt van modellen. Het bleek dat het oorspronkelijke model – de Service Profit Chain – voldoende ‘houvast’ bood om in de AWBZ toe te passen. Het gemodificeerde model (de Service Care Chain) is daarna op zijn merites onderzocht door hypothese toetsend onderzoek uit te voeren. De evaluatie en reflectie slaat op het model dat daarvoor is gebruikt, het onderzoeksontwerp en de methoden van onderzoek.

Het model

Met behulp van de Service Care Chain bleek het mogelijk de samenhang tussen de servicestrategie, de interne- en externe service kwaliteit en de bedrijfsuitkomsten van een theoretisch kader te voorzien en deze te onderzoeken bij zorgorganisaties.

Het model doet recht aan het dienstverlenende- en arbeidsintensieve karakter van zorgorganisaties door het serviceconcept en het HRM een cruciale positie te geven. De interne service kwaliteit beschrijft per sector welke aspecten belangrijk zijn voor de tevredenheid van medewerkers met de organisatie en met het werk. Het model positioneert het transactiemoment tussen de interne- en externe service kwaliteit. Het verenigt daarmee de arbeid van medewerkers als concrete handelingen met de feitelijke dienstverlening. Vraaggerichte dienstverlening kan worden omschreven met de aspecten van de externe service kwaliteit. Het model heeft twee nieuwe fits bij human service organisaties benoemd: als eerste de transactionele fit die de interne service kwaliteit verbindt aan de waardering van cliënten. Als tweede benoemt het model de service fit waarmee de aspecten van de externe service kwaliteit aan de waardering van cliënten worden verbonden.

De uitspraken van de Service Profit Chain over de werkelijkheid waren in algemene termen geformuleerd: als een organisatie over tevreden medewerkers beschikt (door op hun wensen afgestemde interne service kwaliteit), dan heeft dit een positieve invloed op de kwaliteit van de dienstverlening en leidt tot een hoge waardering van cliënten (Heskett e.a., 1997: hoofdstuk 3 en 9). Dit mogen dan volgens Swanborn (1987) informatieve uitspraken zijn, omdat ze relatief veel van de werkelijkheid uitsluiten, maar het conflicteert met het waarheidsbeginsel. De kans is groot dat men in een falsificatiepoging de theorie weerlegt. Zij kan in dat geval niet als voorlopig waar worden aangenomen. Door de uitspraken op een kleiner domein te betrekken en de uitspraken exacter te formuleren beperkt men dit risico. De uitspraken boeten weliswaar in aan informativiteit, maar winnen aan specificiteit (ibid: 25 – 28). In het onderzoek zijn de uitspraken inderdaad specifiek geformuleerd. Het onderzoeksdomein werd gepreciseerd (Swanborn, 1987: 38) door het op zorgorganisaties toe te spitsen (als human service organisaties) en er werden op basis van de literatuurstudie voor de gezondheidszorg relevante operationalisaties aan toegevoegd.

De Service Care Chain is als model en in zijn beweringen redelijk eenvoudig. Het zegt immers op hoofdlijnen niet meer dan dat als het management een duidelijke servicestrategie in zowel de interne- als de externe service kwaliteit doorvoert, dit leidt tot medewerkers- en cliëntentevredenheid. Swanborn (1987: 26) noemt eenvoud één van de regulatieve ideeën in de wetenschap: “Het streven naar informatieve kennis krijgt in de wetenschap vaak gestalte door een streven naar eenvoud”. Ook komt het overeen met het standpunt van Lindenberg (1983) dat elk theoretisch model de complexe werkelijkheid moet vereenvoudigen om er toetsbare uitspraken van af te leiden. Het laat dan aan de hand van specifieke begrippen en relaties daartussen, een deel van die sociale werkelijkheid oplichten (Lave en March, 1975; Swanborn, 1987). Dit is precies de manier waarop de Service Care Chain is aangewend. Door hypothesen te toetsen werd duidelijk welke kennis geldig bleek te zijn en wat nader onderzoek verdient.

Een andere functie van het werken met modellen is om “ad hoc redeneringen te vervangen door een systematisch geïntegreerd stelsel van beweringen.” (Lindenberg en Stokman, 1983: 9). In termen van de regulatieve ideeën moeten uitspraken logisch zijn afgeleid van het model. Dan zijn zij geldig (Swanborn, 1987: 27 – 28). Zowel de voorlopige uitspraken afgeleid van de Service Profit Chain (hoofdstuk 4) als de hypothesen afgeleid van de Service Care Chain en additionele kennis (hoofdstuk 5) voldoen aan deze eis.

Een model bouwt altijd voort op kennis die al aanwezig is over een vraagstuk (Swanborn, 1987; Ultee e.a., 1992) en kan via de weg der afnemende abstractie (Lindenberg, 1983: 17 – 19) worden gemodificeerd. Deze weg is in dit onderzoek afgelegd en vruchtbaar gebleken. Immers het oorspronkelijke model van Heskett leende zich voor een aanpassing aan de gezondheidszorg, wat via de weg der afnemende abstractie is bereikt.

Het onderzoeksontwerp en methoden

Aanvankelijk was het de bedoeling het onderzoek te richten op de verschillen tussen zorgorganisaties wat betreft de mate van vraagsturing en vraaggerichte dienstverlening (vgl. Swanborn, 1994; 2003). Zouden organisaties met een op de vragen afgestemde interne service kwaliteit beter presteren? En zou de vraaggerichte dienstverlening als uitkomst achterblijven wanneer organisaties nog niet zo ver waren met het inrichten van hun aanbod volgens vraaggestuurd principes? Dit onderzoeksontwerp kon door concurrerende landelijke onderzoeken geen doorgang vinden. De oorspronkelijke selectiecriteria kwamen daardoor te vervallen. Uiteindelijk schreven er negen zorgorganisaties voor het toetsende deel van dit promotieonderzoek in. Het nadeel was dat de verschillen tussen organisaties op het punt van vraaggerichte dienstverlening als gevolg van de interne service kwaliteit pas achteraf en op een beperkte wijze konden worden onderzocht (zie § 9.5.).

Kwantitatief onderzoek naar de mening van mensen met een beperking kent zijn eigen problemen (zie § 5.2.4.1). Afwijkingen in vergelijking met de respons van medewerkers kan een indicatie zijn dat cliënten meer moeite hebben met dit type onderzoek. De verhouding tussen de respons van medewerkers en cliënten in het toetsende deel bevestigt dit idee: 32,9% van de cliënten retourneerden de vragenlijsten¹⁰⁹, tegen 43,1% bij de medewerkers (tabel 8.5.).¹¹⁰ Niettemin werden er relatief weinig lijsten geretourneerd die cliënten vanwege de ernst van hun beperking ook met ondersteuning van een derde niet konden invullen (0,017%; 43 van de 2445).

Een andere manier voor het vaststellen van de ervaren moeilijkheidsgraad van de enquête voor cliënten is het analyseren van de missende waarden (Huizingh, 2002: 5; Swanborn, 1987: 276). Deze analyse toont het aantal waarden op belangrijke variabelen die cliënten niet hebben ingevuld. Gemiddeld is 6,5 procent van de vragen aan cliënten onbeantwoord, tegen 1,8% bij de vragenlijsten voor de medewerkers. Dit is een aanwijzing dat schriftelijke vragenlijsten voor mensen met beperkingen (ook met ondersteuning) weliswaar tot een mindere kwaliteit van de data leidt, maar er dat zij er desondanks mee goed uit de voeten kunnen (93,5% van de antwoorden is wel ingevuld). De problemen van deze manier van onderzoek bij deze doelgroepen zijn overkomelijk. Het is bovendien de enige methode om analyses te kunnen maken over de waardering van grote groepen cliënten. In een tijd dat cliëntenraadpleging een steeds belangrijkere rol gaat spelen in het contracteren door zorgverzekeraars van zorgaanbieders, zijn dit type meetinstrumenten onontbeerlijk.

109 Een aanvullende opmerking over de responsrate van cliënten is dat sommige organisaties hun elektronische databestanden van cliënten niet op orde hadden, waardoor niet iedere enquête op het juiste adres werd besteld.

110 Het verdient aanbeveling manieren te vinden waarmee de respons in vervolgonderzoek kan worden verhoogd (zie: Stoop, 2005).

10.4. Nieuwe vragen en verder onderzoek: een schets.

Ondertussen zijn er al enkele aanzetten gegeven voor vervolgonderzoek. De studie heeft inderdaad nieuwe vragen opgeleverd (volgens het gebruik van het PTO-schema). Deze paragraaf beschrijft schetsmatig welke die zijn en geeft een beknopte uiteenzetting van het onderzoeksdesign.

Invloed interne- en externe service kwaliteit op bedrijfsuitkomsten

De belangrijkste hoofdvraag betreft het bestaan van mogelijke verschillen tussen zorgorganisaties over de mate waarin zij in staat zijn vraaggerichte diensten te verlenen. Komt dat doordat zij hun leverings- en HR-systeem beter op de vragen en verwachtingen van cliënten hebben kunnen afstemmen (de aspecten van de externe service kwaliteit) dan andere organisaties? Met andere woorden loont een adequate interne fit de moeite? Versterkt die fit het in de literatuur zo omarmde concurrentievoordeel? Er zijn verschillende deelvragen uit af te leiden. Bijvoorbeeld of er sprake is van een unieke configuratie van aspecten die imitatie door anderen bemoeilijkt of zelfs onmogelijk maakt. Ook dient het aspect van participatie nader te worden onderzocht op redenen waarom het regelmatig een negatieve invloed heeft op de tevredenheid van medewerkers.

Relatie interne service kwaliteit en HR-uitkomsten (interne fit)

Een andere hoofdvraag heeft betrekking op de invloed van de interne service kwaliteit op andere HR-uitkomsten dan die uit dit onderzoek. Men kan zich afvragen of een adequate interne fit naast tevredenheid met werk en organisatie, ook effect sorteert op: de motivatie van medewerkers; hun samenwerking met managers; hun flexibiliteit; het verzuim en de turnover van het personeel (als andere HR-uitkomsten).

Relatie interne service kwaliteit en organisatie uitkomsten

In het algemeen gesproken, kan de Service Care Chain worden uitgebreid met een element waarin de indirecte bedrijfsresultaten¹¹¹ zijn opgenomen die logischerwijze passen bij het type organisatie, zoals de productiviteit, het marktaandeel of de financiële resultaten. Het verdient aanbeveling wat dit betreft het vervolgonderzoek op een longitudinaal onderzoeksdesign te baseren. Om per sector de invloed tussen de aspecten van de interne- en externe service kwaliteit op de indirecte bedrijfsuitkomsten te onderzoeken, is een groot aantal werkeenheden nodig. Dit grote aantal maakt het mogelijk tegelijkertijd verschillen tussen de deelsectoren aan het licht te brengen. Het is vanzelfsprekend om de effecten die de directe bedrijfsuitkomst (vraaggerichte dienstverlening) voor zijn rekening nemen een plaats in de analyses te geven. Het zou wel eens het scharnierpunt kunnen blijken te zijn tussen de interne- of externe service kwaliteit en de indirecte bedrijfsresultaten.

Relatie tussen interne- en externe service kwaliteit (transactionele fit)

De beschrijving van het mechanisme dat het blackbox vraagstuk moet helpen oplossen, past bij de relatie tussen de interne- en externe service kwaliteit en de bedrijfsuitkomsten. Dit moet bij een groter aantal werkeenheden van de diverse deelsectoren worden onderzocht. Het kan leiden tot een dieper inzicht over de zogenaamde satisfaction mirror (zie § 3.5.4).

Relatie tussen externe service kwaliteit en waardering cliënten (service fit)

De aspecten participatie en privacy gaven een onverwacht beeld te zien. Het verdient aanbeveling dit aan een nader onderzoek te onderwerpen. Waarom is er regelmatig sprake van een negatief ver-

¹¹¹ Een directe relatie is die tussen HRM en vraaggerichte dienstverlening, want die dienstverlening is rechtstreeks een gevolg van allerlei HR-activiteiten.

band? Is participatie in zorgorganisaties niet wenselijk of speelt het gewenningsproces bij cliënten een rol als zij langdurig van diensten van zorgorganisaties gebruik maken?

De beleidsimplicaties van het model (strategische fit)

Raden van bestuur wachten tot het laatste ogenblik met hun strategische beleid als gevolg van landelijke ontwikkelingen. Volgens het onderhavige onderzoek lijkt er sprake te zijn van een incrementeel verloop van de totstandkoming van strategisch HRM aan het licht. Dit vraagt om nieuwe onderzoeksvragen over de totstandkoming van het servicebeleid en het strategisch HRM-beleid van zorgorganisaties. Er valt veel voor te zeggen de totstandkoming van strategisch HRM (of wat daar in de empirie voor door kan gaan) ook te onderzoeken vanuit het incrementele perspectief op beleidsvorming en -implementatie (vgl. Boselie en Paauwe, 2004; Peper, 1987: 253 – 265; Purcell, 1999). Dan zal het specifieke karakter blijken van de relatie tussen de bedrijfsstrategie en het strategisch HRM en op welke wijzen de processen zich voltrekken en doorwerken in de interne en externe service kwaliteit. Deze insteek sluit bovendien goed aan bij de kenmerken van human service organisaties. Denk alleen al aan het bestaan van ambigue doelstellingen in dit type, dat incrementele beleidsontwikkeling welhaast van nature in de hand werkt (Hasenfild, 1983).

In een toepassing van zijn ‘contextually based human resource model’ (Paauwe, 2004: 91), voegen Van Dijk en Derks (2003) tussen de box van de HR-activiteiten en die over HR-uitkomsten een box over de voorwaarden van implementatie toe. Dit is een belangrijke aanvulling omdat implementatie de kwaliteit bepaalt van de uiteindelijk beleidsuitvoering. Vervolgonderzoek mag niet voorbij gaan aan de vraag op welke wijze de implementatie binnen bedrijven effect uitoefent op de HR-resultaten en op (het totstandkomen van) vraaggerichte dienstverlening (vgl. Abma en In ’t Veld, 2001: 2, 179 – 192; Putters, 2001: 99 – 103). Op welke wijze pakt men de implementatie van het service- en HRM-beleid aan? Volgt men dit in de tijd en evalueert men de beleidsdoelstellingen? Zo ja, van welke beleidsevaluatie instrumenten bedient men zich dan? Wat doet men met de uitkomsten van de evaluaties? Zet men bijvoorbeeld in op het vergroten van de waardering van cliënten voor de dienstverlening?

Nader onderzoek zal tenslotte ook de specifieke rol aan het licht moeten brengen die het management heeft in de bedrijfsprocessen (van beleidsontwikkeling tot implementatie). Met name leiderschap (Boselie e.a., 2005: 74; Collins, 2001; Van Dijk e.a., 2002; Messchendorp e.a., 2004) is relevant omdat service-management vooral om faciliterende en coachende managers vraagt, die medewerkers motiveren binnen de kaders als interne ondernemers diensten te verlenen (Callewaert en Gevers, 1997; Collins, 2001; Van Dijk en Pool, 1999; Heskett e.a., 1997; Normann, 1991; West, 2003).

Contigentiefactoren (contextuele fit) en achtergrondvariabelen

De literatuur toont aan dat in organisatieonderzoek altijd contingentiefactoren¹¹² een mediërende rol spelen (Paauwe, 2004). Daarom is het gewenst deze factoren in vervolgonderzoek te betrekken. Ook zullen relevante achtergrondvariabelen van de respondenten een plaats moeten krijgen in vervolgonderzoek¹¹³. Dit maakt de analyses preciezer en brengt mogelijk verschillen tussen bijvoorbeeld functiegroepen of functieverblijftijd aan het licht.

Tegelijk is het noodzakelijk om een onderscheid aan te brengen tussen tevreden en ontevreden medewerkers/cliënten. Voor beide groepen zal duidelijk moeten worden welke factoren inwerken op hun oordeel.

¹¹² Voorbeelden hiervan zijn: organisatiegrootte, de leeftijd van de organisatie, het technologische niveau, de invloed van vakbonden.

¹¹³ Achtergrondvariabelen die bij medewerkers meetellen zijn bijvoorbeeld: de functie, de functieverblijftijd, de leeftijd, etc. Voor cliënten kan men denken aan zorgzwaarte, het soort zorg dat men ontvangt (extramuraal, trans- of intramuraal), leeftijd, etc.

10.5. *Aanbevelingen voor de praktijk: de kern*

Tot slot puntsgewijs enkele aanbevelingen voor de praktijk.¹¹⁴ Aan het einde van deze studie kan men concluderen dat de voortgebrachte kennis voor de praktijk bruikbaar is (Swanborn, 1987: 28). Deze paragraaf maakt dat in het kort duidelijk.

De Service Care Chain verbindt de verwachtingen van groepen cliënten aan maatregelen die de gewenste dienstverlening mogelijk maken. Ten eerste, maatregelen in de sfeer van beleid en strategie. Ten tweede, maatregelen in de sfeer van de configuratie van de interne en externe service kwaliteit die het beste bij het betreffende service-concept past. Dit omvat tevens maatregelen die aspecten van de interne en externe service kwaliteit op elkaar afstemmen. Dit promotieonderzoek identificeerde HR-activiteiten en service-aspecten die een positief effect hadden op de tevredenheid bij medewerkers en cliënten. Het doel van de diverse fits (in en tussen de interne en externe service kwaliteit) is om een hoge waardering van cliënten voor de dienstverlening na te streven. Een ander en niet minder belangrijk doel hiervan is het bewerkstelligen van tevredenheid onder medewerkers met de werkcondities (leverings- en HR-systeem).

Er bestaat geen panklaar recept voor de juiste configuraties van de interne- en externe service kwaliteit. Die zal in voortdurende samenwerking tussen cliënten, medewerkers en managers (en verwijzers) op alle niveaus van de organisatie gezocht moeten worden. *Onderhandelingen* worden een belangrijk instrument voor de bedrijfsinrichting en de totstandkoming van vraaggerichte dienstverlening. De inbreng van de cliënten en medewerkers krijgt een veel belangrijkere plaats dan doorgaans nu het geval is. Zij zijn partijen die in de totstandkoming van de dienstverlening node gemist kunnen worden, hoewel het onderzoek aantoont dat ‘participatie’ nadere studie verdient. Toch is het verstandig informatie uit de transactiemomenten te verkrijgen om vraag en aanbod zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen.

De onderhandeling over wat nodig en mogelijk is, moet plaats vinden op verschillende niveaus. Het eerste is het strategische serviceniveau. Daar bepaalt het topmanagement wat men aan dienstverlening ‘in de markt zet’, voor wie het is bedoeld, welke kwaliteit de dienstverlening heeft en wat de prijs ervan is. Dat zijn de kaders waarbinnen men werkt. Het is de taak van dat topmanagement voortdurend af te tasten of de dienstverlening nog aansluit op de vereisten die voortkomen uit allerlei contextuele gegevens (van regelgeving tot veranderingen in en van doelmarkten).

Ook de onderhandelingen over de ‘verkoop’ van het dienstenpakket bij zorgverzekeraars en de gemeenten (vanaf 2007) horen tot de portefeuille van het topmanagement. In de toekomst zal dit, meer dan nu het geval is, een belangrijk aspect van goed werkgeverschap blijken te zijn. Onder gereguleerde concurrentie loopt men namelijk het risico onvoldoende werk binnen te halen voor de werknemers (Van Wijk en Van Dijk, 2006).

De derde plaats waar de onderhandelingen van het (top)management plaatsvinden is bij de totstandkoming van de configuraties van de interne en externe service kwaliteit. Op geleide van de vragen van de cliënten en de medewerkers richt men het leveringssysteem in en ontwerpt/ontwikkelt men een passend HR-systeem. Zowel de kennis van cliënten als die van medewerkers zijn hierbij van grote waarde. Zij kunnen namelijk als geen ander weten wat nodig is om diensten voort te brengen met een hoge waarde voor specifieke doelgroepen.

Het laatste niveau is de onderhandeling tussen de cliënt en de medewerker. De definitie van vraaggerichte dienstverlening komt hier (lees: tijdens het transactiemoment) tot leven. Binnen de kaders van de organisatie bepalen zij in samenspraak wat er feitelijk gebeurt. Niet alleen wat betreft de geïndi-

¹¹⁴Binnen afzienbare tijd zal er een werkboek van mijn hand verschijnen dat in zijn geheel is gewijd aan de implicaties van dit promotieonderzoek voor de praktijk van zorgorganisaties.

ceerde zorgvraag, maar men moet in kunnen gaan op de behoeften van cliënten die ontstaan tijdens een behandeling of het verblijf of binnen een arbeidssituatie (RVZ, 1998; 2003).

Enkele relevante thema's voor de bedrijfsvoering

De samenhang tussen a) de omgeving en het servicebeleid van zorgorganisaties, b) het oordeel van medewerkers over de interne service kwaliteit en c) de waardering van cliënten voor de externe service kwaliteit was onderwerp van deze studie. Zorgorganisaties moeten rekening met deze samenhang houden. Ingegeven door de Modernisering van de AWBZ en de andere stelselwijzigingen in de zorg, zal dit hun toekomst steeds meer gaan domineren. Organisaties moeten hierom marketing en maatschappelijk ondernemerschap hoog op hun werkagenda plaatsen. Marketing vanwege het feit dat de zekerheid van hun productie door de stelselwijzigingen is weggefallen. De nieuwe regelgeving heeft prikkels ingebouwd die concurrentie in de hand werken (Helderman e.a., 2005; Schut, 2003). Zorgorganisaties kunnen voor de diverse doelgroepen arrangementen 'in de markt' zetten, waar volgens verzekeraars en gemeenten vraag naar is én die een goede prijs-kwaliteit verhouding hebben (Huijsman, 2005). Het bepalen van een serviceconcept als basis onder de feitelijke dienstverlening is belangrijk wil men zich van andere aanbieders kunnen onderscheiden. De servicestrategie die er uit voortvloeit, zal altijd het HRM van het bedrijf beïnvloeden, want juist op dat gebied realiseert men het verschil met andere zorgaanbieders (Pfeffer, 1998; Delery, Shaw, 2001). Maatschappelijk ondernemerschap hoort op de werkagenda van het hoger management te staan omdat men met publieke middelen diensten verleent. Door de stelselwijzigingen zullen zij steeds transparanter verantwoording moeten afleggen hoe zij met deze middelen omgaan (Van Dijk, 1997; Hamers e.a., 2005).

Organisatieveranderingen

Er bleek een negatief effect van organisatieveranderingen op de kwaliteit van de interne- en externe service in deze studie. Het lijkt waarschijnlijk dat men teveel in een te korte tijd wilde realiseren, wat een te grote belasting voor a) de interne service kwaliteit, b) voor de medewerkers en c) voor de cliënten betekent. Zowel medewerkers als cliënten hebben "last" van de veranderingen (zie § 8.3; vgl. Caluwé en Vermaak, 1999). Natuurlijk dwingen de omstandigheden zorgorganisaties tot de implementatie van veranderingen, maar bestuurders en het hoger management kunnen het advies ter harte nemen met ingrijpende veranderingen niet tot het laatste moment te wachten. Hoe vaag de richting van het overheidsbeleid ook is, een gedoseerde tijdsfasering is van groot belang voor het op peil houden van de service kwaliteit voor medewerkers en cliënten. Visionair en consistent leiderschap blijken in de huidige gezondheidszorg steeds belangrijker te worden als kernkwaliteiten van bestuurders.

10.6. Afronding en wens

Deze studie *raakt* het onderwerp het welbevinden van mensen in (zorg)organisaties. Veel van hen verblijven daarin een aanzienlijke tijd van hun leven: ofwel als medewerker, ofwel als cliënt. Het is niet meer dan gerechtvaardigd om onderzoek te verrichten naar de *leefbaarheid* binnen deze organisaties, zonder bedrijfskundige en -economische aspecten uit het oog te verliezen. Voor cliënten betreft het de kwaliteit van hun leven, voor medewerkers gaat het om de kwaliteit van hun werkzame bestaan. Oog voor beiden is van groot belang, want het levert inzichten op hoe service een bijdrage kan leveren aan het vergroten van hun welbevinden. En wel op een manier die ook de organisatie ten goede kan komen.

11. *Samenvatting*

De gezondheidszorg voor mensen met beperkingen van lichamelijke, mentale of psychische aard is de laatste jaren in een stroomversnelling geraakt. De ene na de andere wetswijziging en beleidsbeslissing brengen grote veranderingen te weeg. En niet altijd zonder reden. Was de AWBZ als regeling in zijn bestaan enorm uitgedijd en daarom te duur geworden, ook de tijd heeft deze wet ingehaald. Het aanbodgerichte systeem is niet meer op de eisen van het huidige tijdsgewricht toegesneden en moet wijken voor een systeem waar de vragen van cliënten meer het uitgangspunt gaan vormen. Dit betekent een andere financieringsgrondslag, het neerhalen van de schotten die er tussen de AWBZ-deelsectoren bestonden en het stimuleren van concurrentie tussen de zorgaanbieders en tussen de verzekeraars. Het versterken van de positie van de cliënt gaat gepaard aan deze ontwikkelingen (Van der Kraan, 2006).

Het krachtenveld in (dit deel van) de gezondheidszorg is aan het veranderen en zal de positie van de zorgaanbieders danig beïnvloeden. Zij staan voor de opgave om hun dienstverlening zodanig in te richten en hun arbeid zo te organiseren dat zij vraaggericht zijn en de waardering van cliënten weg kan dragen. Het gaat dan om de vraag welke consequenties de veranderingen in de zorgstelsels voor de inrichting van de dienstverlening van zorgorganisaties precies hebben. Welk organisatiebeleid past daarbij en zijn er succesvolle strategieën die tot vraaggerichte dienstverlening leiden? Hoe kan men het beste het personeel inzetten? Zijn er manieren waarop men medewerkers kan toerusten, ondersteunen en aansturen die aansluiten bij de eis vraaggerichte diensten te verlenen? Vragen die zijn samengevat in de hoofdvraag welke samenhang er in zorgorganisaties bestaat tussen het servicebeleid, het HRM en de dienstverlening (zie § 1.5.).

Op deze vragen gaat deze studie in. Het is geen louter empirisch onderzoek, maar een model over de kwaliteit van de service van vooral zakelijke en commerciële dienstverleners dat als leidraad zal dienen. Het is een model dat nadrukkelijk het personeel en het HRM een cruciale rol toebedeelt in de realisatie van de diensten onder de discipline van een duidelijk serviceconcept.

Het onderzoek is in tweeën verdeeld: een explorerende onderzoeksfase en een toetsende fase. Het eerste deel verschaft duidelijkheid over de vraag of het gekozen model op de AWBZ-sector is toe te passen en of het de ontwikkelingen in de AWBZ (ouderenzorg, gehandicaptenzorg en de GGZ) inzichtelijk maakt. De toevoeging van begrippen uit de gezondheidszorg aan het model, maakt als eerste stap het model meer compatibel. Het toetsende onderzoek richt zich op de falsificatie van vijf hypothesen. Deze hypothesen zijn ingebed in het wetenschappelijke debat over de invloed van HRM en service op de prestaties van bedrijven.

Zorgorganisaties in de AWBZ hebben hun eigen karakteristieken. Deze zogenaamde 'human service organizations' (Hasenfeld, 1983) leveren immateriële diensten die rechtstreeks op het welzijn van de cliënten ingrijpen: zij werken met mensen aan én voor mensen. Dat maakt de dienstverlening bijzonder en kwetsbaar tegelijkertijd. Cliënten zijn afhankelijk van de zorg en behandeling. Zij hebben een achterstand wat betreft de kennis over hun beperkingen en moeten zich op deskundigen verlaten om het lijden te verzachten of met de beperking te leren omgaan.

Willen deze organisaties voor grote groepen mensen van betekenis zijn, dan vereist dat een welhaast perfecte organisatie en dienen zij goede kwaliteit kunnen garanderen. Toch is dit laatste volgens Hasenfeld (ibid) lastig om te doen. De resultaten en de kwaliteit daarvan zijn niet eenduidig vast te stellen. Er zijn meerdere perspectieven in het spel: die van cliënten en van medewerkers, maar ook managers hebben een mening over de kwaliteit van de service en andere betrokkenen uit de omgeving van de organisatie.

Als partij die zich van een publieke taak kwijt, met bovendien publieke middelen, hebben zorgorganisaties met veel externe partijen te maken. In deze studie speelt de overheid een belangrijke rol. Zij

vaardigde en vaardigt allerlei beleids- en wetwijzigingen uit, die organisaties in het AWBZ-veld noodzaken hun bedrijfsvoering aan te passen (Huijsman, 2005; Walburg, Brinkmann, 2001). Willen zorgorganisaties hun werk goed kunnen uitvoeren, dan zijn zij verplicht voortdurend hun interne organisatie en handelwijzen op de externe eisen af te stemmen (Rogier, 1998), temeer omdat de overheid tegenwoordig gereguleerde marktwerking in de sector sterk entameert (CPB, 2003; RVZ, 1997, 2000, 2002; VWS, 1999). Eén van de overheidsmaatregelen die zorgorganisaties direct aangaan, is de 'Modernisering van de AWBZ'. Door vooral een nieuwe indicatiesystematiek, een andere financieringsmethodiek en vergemakkelijkt toelating tot de AWBZ van nieuwe aanbieders, probeert de overheid concurrentie in het veld te vergroten. Deze vernieuwingen moeten zorgorganisaties prikkelen zich meer met de vraag van cliënten bezig te houden in de organisatie van hun aanbod. Men veronderstelt bovendien dat die vraag steeds vaker in 'thuisituaties' zal moeten worden geleverd, dan in de paviljoens op grote instellingsterreinen (VWS, 1997).

De manier waarop organisaties dit kunnen organiseren is in dit proefschrift omschreven als vraagsturing van de dienstverlening, dit is het op mesoniveau¹¹⁵ organiseren van het zorgaanbod, het inrichten en faciliteren van zorgprocessen om expliciet en adequaat in te kunnen spelen op wat cliëntengroepen willen en belangrijk vinden. Dit houdt in dat zorgarrangementen waar vraag naar is, (royaal) beschikbaar zijn en waarvoor een adequate en gemakkelijke toeleiding bestaat. Vraagsturing is op het mesoniveau de facilitering van vraaggerichte dienstverlening, waarbij het HRM een factor van betekenis is.

Vraagsturing van de dienstverlening vereist een explicitering van de vragen om uiteindelijk vraaggerichte diensten te kunnen verlenen. De definitie hiervan is in dit proefschrift als volgt omschreven: Vraaggerichte dienstverlening is het door de vraagsturing van de dienstverlening mogelijk maken van transactiemomenten in het primaire proces waardoor de feitelijke dienstverlening tegemoet komt aan de wensen en verwachtingen van cliënten en tegelijk voldoet aan professionele standaarden. Aan de zijde van cliënten veronderstelt dit een actieve inbreng in het expliciteren van hun wensen en verwachtingen. (De beargumentatie die tot deze definities leidde, is te vinden in § 2.4.)

Het model dat na vergelijking met enkele gangbare kwaliteitsmodellen¹¹⁶ als meest veelbelovend voor deze studie uit de bus kwam, past goed bij de voorstelling van de werkelijkheid die uit beide definities hierboven spreekt. De Service Profit Chain (Heskett e.a., 1997) maakt een onderscheid in de zogenaamde interne- en externe service kwaliteit. De eerste slaat op het organiseren van het dienstverleningsaanbod, waarbij het HRM een belangrijke functie vervult (dit is met andere woorden de vraagsturing van de dienstverlening). De tweede term slaat op de feitelijke dienstverlening waar de resultaten van de transactie merkbaar worden door de interactie tussen hulpverlener en cliënt (dit is met andere woorden vraaggerichte dienstverlening).

De onderzoekers die het model construeerden (Heskett e.a., 1997) gaan uit van het principe dat het oordeel van medewerkers maatgevend is voor de kwaliteit van de interne service om kwalitatief goede diensten te kunnen leveren. Ook het oordeel van cliënten heeft die rol voor de kwaliteit van de externe service (de feitelijk geleverde diensten).

De interne service kwaliteit bestaat uit de volgende aspecten:

- de inrichting van de werksystemen (leveringssystemen);
- ondersteunende systemen (inclusief informatievoorziening en klantgericht beleid);
- passende selectie en plaatsing van dienstverlenende medewerkers.
- autonomie om dienstverlenend te kunnen werken;
- participatiemogelijkheden van het dienstverlenend personeel;
- training en ontwikkelingsmogelijkheden voor dienstverlenende medewerkers;

¹¹⁵ Het mesoniveau slaat op de dienstverlening die door aanbieders in zorgketens, -circuits of -arrangementen wordt aangeboden (Huijsman, 2001).

¹¹⁶ Dat waren het INK-model, het HKZ-model en het MIK-V model (zie § 3.2.).

- beloning en waardering voor dit personeel.

Voor onderzoek in de AWBZ zijn zij aangevuld met:

- de zichtbaarheid van de werkresultaten;
- rolverwachtingen die medewerkers (en anderen) over hun functie-uitvoering hebben;
- de mate van lichamelijke belasting;
- werkdrukregulering;
- sociale steun;
- roostering (zie § 5.2.4.1.).

Deze interne service kwaliteit genereert medewerkerstevredenheid als het op de vragen van klanten (cliënten) is afgestemd (Heskett e.a., 1997). In het onderzoek is de kwaliteit van deze interne service betrokken op twee afhankelijke variabelen (Appelbaum e.a., 2000, Peccei, 2004; Boselie, 2001; Guest, 1997):

- tevredenheid met het werk;
- tevredenheid met de organisatie.

De externe service kwaliteit is opgebouwd uit de aspecten:

- de toegankelijkheid tot de dienstverlening;
- de resultaten van de dienstverlening;
- de kwaliteit van de dienstverlening, bestaande uit:
 - de bereidwilligheid van het personeel om service te verlenen (responsiveness);
 - bejegening en vertrouwen dat het personeel bij cliënten wekt (assurance);
 - betrouwbaarheid van het personeel (reliability);
 - de merkbare dingen van de dienstverlening (tangibles);
 - zorg-op-maat (empathy);
- de prijs/kwaliteitverhouding
- participatiemogelijkheden.

Voor de afstemming op de AWBZ-sector is daar privacy aan toegevoegd (zie § 5.2.4.1.);

Heskett e.a. (1997) benoemen de 'resultaten van de dienstverlening' als een belangrijke uitkomst.

Ook de waardering die klanten voor een organisatie opbrengen vanwege de goede dienstverlening is in hun ogen een bedrijfsuitkomst. De waardering voor:

- de resultaten van de dienstverlening;
- de organisatie die dit mogelijk maakt,

zijn als uitkomstvariabelen in het onderzoek opgenomen.

Om het oordeel van medewerkers en cliënten over deze aspecten te meten zijn de meetinstrumenten gebaseerd op het model en op kennis over soortgelijke meetinstrumenten (zie leesbox 5.1.).

Een service-concept dat bij onderscheiden doelgroepen past, bepaalt in hoge mate de vormgeving van interne- en externe service kwaliteit. Het beleid en de strategie zijn integraal daarop afgestemd. Het servicebeleid en de strategie waarmee men het vorm gaf zijn met checklists uit allerlei beleidsdocumenten onder woorden gebracht en geanalyseerd.

Het oorspronkelijke model verklaart een hoge waardering van cliënten (een concurrentievoorsprong) door de realisering van een unieke constellatie van de aspecten waaruit de interne- en externe service kwaliteit zijn opgebouwd. De Service Profit Chain is in wezen een afstemmingsmodel. Het gaat om de onderlinge relaties tussen service-concept en –strategie, de interne- en externe service kwaliteit en de uitkomsten die er worden gegenereerd. Dit is door voorlopige uitspraken die de kern van het model raken, onder woorden gebracht. Zij zijn rechtstreeks verbonden aan de relaties die

het model typeren. In het exploratieve onderzoek is¹¹⁷ bekeken of het model op de AWBZ-sector kon worden toegepast. Tegelijk zijn de vragenlijsten uitgetest die het oordeel van medewerkers en cliënten in beeld moesten brengen. Per voorlopige uitspraak worden hier de uitkomsten van het exploratieve onderzoek herhaald (vgl. § 5.3.6.).

Voorlopige uitspraak 1

Als een zorgorganisatie werkt met een serviceconcept en -strategie die rekening houden met de verwachtingen en (zorg)vragen van cliëntengroepen, dan leidt dit tot een interne en externe service kwaliteit met het doel de dienstverlening zo optimaal mogelijk af te stemmen op de zorgvragen van deze cliëntengroepen.

Veel beleidsdocumenten spraken over het centraal stellen van de cliënt. Men probeerde adequaat op de zorgvragen in te springen door een goede toeleiding naar de juiste zorg of behandeling te regelen en de leveringssystemen vraaggestuurd in te richten of een uitgesproken klantgericht beleid te voeren. Geen van de organisaties zei het HRM een prominente rol te geven in de totstandkoming van vraaggerichte dienstverlening. Een enkele keer noemde men scholing als instrument waarmee men het mede kon bewerkstelligen.

De voorlopige uitspraak vond gedeeltelijk een bevestiging in de empirie.

Voorlopige uitspraak 2

*Een interne service kwaliteit die medewerkers ondersteunt in de dienstverlening, bevordert de mate van tevredenheid bij medewerkers met het werk en de organisatie.*¹¹⁸

Bijna alle door Heskett e.a. (1997) genoemde aspecten blijken een rol te spelen wanneer zij worden betrokken op tevredenheid met de organisatie en het werk (alleen training en beloning komen niet in de analyses voor). De toegevoegde variabelen om het model op de AWBZ af te stemmen spelen een rol in de analyses, zoals werkdrukregulering, lichamelijke belasting en rolverwachtingen.

De drie organisaties afzonderlijk lieten een gevarieerd beeld zien wat betreft de aspecten die de tevredenheid met werk en organisatie beïnvloeden. Telkens keerden echter aspecten van het model in de analyses terug.

Ook deze voorlopige uitspraak vond voor het grootste deel bevestiging in de data.

Voorlopige uitspraak 3

*Een externe service kwaliteit die is afgestemd op doelgroepen leidt tot de waardering van cliënten voor de resultaten van dienstverlening en de organisatie die de diensten verleent*¹¹⁹.

Cliënten hebben minder waardering voor de organisatie als de toegankelijkheid minder of niet goed is geregeld. Hun waardering voor de organisatie en de resultaten worden inderdaad verklaard aan de hand van de aspecten waarmee de kwaliteit van de dienstverlening is gemeten. Met name zorg-opmaat blijkt belangrijk voor cliënten te zijn wanneer het gaat om hun waardering.

Ook hier geven de analyses op het niveau van de afzonderlijk organisaties (dus deelsectoren) een gevarieerd beeld, maar zorg-opmaat blijkt opnieuw van grote betekenis.

De waardering voor de organisatie hangt bij de prijs/kwaliteit verhouding sterk af van de mate waarin men daarover tevreden is. Hoe groter de tevredenheid met de prijs/kwaliteit verhouding des te groter de waardering voor de organisatie zal zijn. Kortom, voorlopige uitspraak 3 wordt op hoofdlijnen ondersteund door de empirie.

¹¹⁷ Dit waren organisaties uit de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en uit de GGZ.

¹¹⁸ In navolging van enkele grote arbeidsbelevingsonderzoeken is de tevredenheid van medewerkers uitgesplitst naar de organisatie en het werk zelf (Van Dijk e.a., 2002; Messchendorp e.a., 2004). Hoofdstuk vier geeft de argumenten voor de splitsing van aspecten van de interne service kwaliteit in een onafhankelijke en afhankelijke variabelenset.

¹¹⁹ In navolging van de indeling in een onafhankelijke en afhankelijke variabelenset bij de interne service kwaliteit zijn hier de 'resultaten van de dienstverlening' en de 'waardering voor de organisatie van cliënten' als afhankelijke variabelen benoemd. De beargumentatie hiervan is in hoofdstuk vijf te vinden.

Voorlopige uitspraak 4

De mate van tevredenheid van medewerkers met de interne service kwaliteit hangt positief samen met de waardering van cliënten voor de externe service kwaliteit (vgl. ook Schneider en Bowen, 1993: 4).

De data stonden geen analyses toe om dit te onderzoeken. Grotere aantallen respondenten en werkeenheden zijn hiervoor noodzakelijk.

Voorlopige uitspraak 5

Participatiemogelijkheden van medewerkers en cliënten in het verbeteren van de dienstverlening leiden:

- bij medewerkers tot tevredenheid met de organisatie en het werk;
- bij cliënten tot tevredenheid met de organisatie en met zorg-op-maat.

Bij medewerkers spelen participatiemogelijkheden een rol bij de tevredenheid zowel met de organisatie als het werk. Echter heeft het een negatief effect op de tevredenheid met de organisatie. Dit heeft een statistische oorzaak: op het moment dat er veel aspecten in de multipel regressie analyse meedoen, veroorzaakt dit bij het aspect in kwestie een omgekeerd effect. Inhoudelijk kan men stellen dat bij mensen met beperkingen teveel participatie kennelijk averechts uitpakt. Per deelsector valt het effect van dit aspect in zijn geheel weg.

Bij cliënten heeft de ruimte tot participatie die zij ervaren een negatieve invloed op de waardering voor de organisatie. Ook hier werkt teveel participatie het omgekeerde van wat men wil in de hand. Wanneer de analyses plaatsvinden op het niveau van de afzonderlijke organisaties (dus deelsector) dan wordt bij de ouderenzorg en de GGZ het aspect niet in de analyses opgenomen. Alleen in de gehandicaptenzorg oefent het opnieuw negatieve invloed uit op de waardering voor de organisatie. Voorlopige uitspraak vijf vindt onvoldoende ondersteuning in de empirie.

Deze onderzoeksbevindingen maakten de weg vrij om a) het model verder aan te passen, b) het in het wetenschappelijke debat over het effect van HRM en service en bedrijfsuitkomsten te plaatsen en c) er hypothesen ter toetsing uit af te leiden.

De vragen die het toetsende gedeelte van het onderzoek richting gaven, luiden (vgl. § 5.3.6. en 5.4.):

1. Verwerken zorgorganisaties de veranderingen die de Modernisering van de AWBZ met zich meebrengt voldoende in hun service en HRM beleid om via de interne en externe service kwaliteit vraaggerichte dienstverlening te stimuleren?
2. Op welke manier en in welke mate oefenen de aspecten van de interne service kwaliteit invloed uit op a) de tevredenheid van medewerkers voor de organisatie en hun werk?
3. Op welke manier en in welke mate oefenen de aspecten van de interne service kwaliteit invloed uit op de waardering van cliënten voor de resultaten van de dienstverlening, de waardering voor de organisatie en de gemiddelde dienstverlening?
4. Op welke manier en in welke mate oefenen de aspecten van de externe service kwaliteit invloed uit op de waardering van cliënten voor de resultaten van de dienstverlening en de waardering voor de organisatie?
5. Is er onderscheid in vraaggerichte dienstverlening tussen zorgorganisaties wat betreft de manier waarop de interne service kwaliteit is ingericht?

Door het aangepaste model – dat nu de Service Care Chain is genoemd – te plaatsen in het wetenschappelijke debat over de invloed van HRM en service op de resultaten van bedrijven, kreeg het een stevige basis en konden er hypothesen worden afgeleid. Een benaderingswijze in het debat is de zogenaamde ‘bestwil benadering’ (Woord, 1999). Het HRM moet verbinding krijgen met de omgeving

van het bedrijf, haar strategie en andere bedrijfsfuncties en moet bovendien intern zijn afgestemd met de HR-activiteiten. Dit is noodzakelijk voor het bereiken van bedrijfssucces (Huselid, 1995; Pfeffer, 1998). Er zijn aan de Service Care Chain enkele belangrijke verbindingen (fits) te onderkennen. De contextuele fit is de eerste en in het onderzoek zijn dit de wet- en regelgeving die op zorgorganisaties inwerken. De veranderingen in het AWBZ-stelsel zijn ontwikkelingen om in de bedrijfsvoering terdege rekening mee te houden. De introductie van geregleerde marktwerking, vraaggerichte dienstverlening, de ontschotting en de herverdeling van de gelden over diverse stelsels zullen zich op dit gebied laten gelden. Dit leidt tot de eerste hypothese¹²⁰:

Hypothese 1

Contextuele veranderingen leiden in dit type 'human service organisaties' op de gebieden van het serviceconcept en het leveringssysteem tot een strategie die op adaptatie is gericht.

Het strategische beleid van de zorgorganisaties stemde men pas op het laatste moment af op de stelselwijzigingen. In verschillende bewoordingen stelde het beleid van de organisaties 'de cliënt centraal' en 'maatwerk in de dienstverlening' (zie hoofdstuk 8) werd verheven tot adagium. In hun omschrijvingen kwamen de organisaties echter niet verder dan deze algemene formuleringen. Het beleid dat hieruit voortvloeide bevond zich bij de meeste organisaties nog in een vroegtijdig stadium. Alleen de beleidsthema's die de overheid had geëffectueerd, bleek men (vaak op het allerlaatst) te hebben geïmplementeerd.

Invloeden van buitenaf moeten als het goed is hun weg vinden via het strategische organisatiebeleid naar het HRM met de bedoeling bedrijfsresultaten te bewerkstelligen die men op het oog heeft. Deze strategische fit leidde tot de formulering van de tweede hypothese.

Hypothese 2

Adaptaties aan contextuele veranderingen door dit type 'human service organisaties' leiden tot strategisch HRM-beleid dat erop is gericht de dienstverlening conform de veranderingen te leveren.

Hoewel de meeste zorgorganisaties de term strategisch HRM niet gebruiken, wees hun werkpraktijk uit dat men het HRM wel strategisch inzette. Het management richtte de afzonderlijke HR-activiteiten – klaarblijkelijk zonder een vooropgesteld plan – op de bedrijfsdoelstellingen. Training zag men als een belangrijk strategisch middel en in mindere mate aanpassingen van de functiestructuur. HR-bundels werden niet ontworpen, maar leken zich op een incrementele wijze te ontwikkelen. Zonder dat er heel duidelijke aanwijzingen voor zijn, dringt de veronderstelling zich op dat dit mede ontstaat als gevolg van het strategische beleid van de organisatie onder invloed van externe factoren. Want de gedachte klinkt logisch dat zodra men elke afzonderlijke HR-activiteit op de strategische bedrijfsdoelen richt er automatisch een soort samenhang ontstaat.

De volgende verbinding is die binnen de interne service kwaliteit zelf. Het bleek dat de oorspronkelijke benadering van de Service Profit Chain erg veel gelijkennis vertoonde met de ideeën over high performance worksystems (HPWS; Appelbauw e.a., 2000). Onderlinge afstemming van zekere HR-aspecten (bijvoorbeeld autonomie en participatie, goede plaatsing en training) blijken een positief effect op het commitment van medewerkers en de tevredenheid met het werk (Appelbaum e.a., 2000; Guest, 1997). De volgende hypothese lag voor de hand.

Hypothese 3

Als aspecten van de interne service kwaliteit (het leveringssysteem en het HR-systeem) van dit type 'human service organisaties' een interne fit hebben, zal dat resulteren in medewerkerstevredenheid met de organisatie en het werk.

¹²⁰ Ook nu weer volgt direct na de hypothese de uitkomst van het onderzoek.

De effecten van de interne service kwaliteit op de tevredenheid van medewerkers komen overeen met wat de literatuur te zien geeft. Het commitment en de arbeidssatisfactie zullen toenemen bij een adequate interne fit (Appelbaum e.a., 2000; Boselie, 2001; Van Dijk e.a., 2002; Guest, 1997; Gunthrie, 2001; Wallace, 1995). Commitment hangt vooral af van de capaciteit van de organisatie om een goede interne service te realiseren zodat medewerkers inderdaad vraaggerichte diensten kunnen verlenen. Ook de mogelijkheid tot persoonlijke ontwikkeling en een adequaat wervings- en selectiebeleid, goede beloning, prettige samenwerking, een adequate functieinhoud dragen daaraan bij. Als men veranderingen die het werkplezier van medewerkers niet aantasten en met inspraak van medewerkers over hun eigen werksituatie in- en doorvoert, zal het positief uitpakken. Zodra men dit niet doet zal de tevredenheid met de organisatie significant afnemen.

De tevredenheid met het werk is vooral afhankelijk van de functieinhoud, sociale steun van collega's en leidinggevende en training. Andere factoren die een rol spelen zijn: de kwaliteit van de interne service om vraaggericht te kunnen werken, goede ontwikkelingskansen, goede roostering en doelgroepenbeleid. Wordt er teveel participatie van medewerkers gevraagd dan zal het juist de tevredenheid met het werk temperen.

De uitkomsten komen in grove lijnen overeen met wat Heskett e.a. (1997) vanuit hun model beschrijven. Participatie valt daarentegen uit de toon. Daar laat de data een inconsistent beeld zien: het valt ofwel negatief uit of het ontbreekt in de regressiemodellen. Waarschijnlijk is dat aan het type service-organisatie te wijten en de sector waarin zij opereren. Bij Heskett zijn dat voornamelijk commerciële en zakelijke dienstverleners. In dit promotieonderzoek gaat het om zorgorganisaties (als een apart type human service organisaties) in de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en de GGZ en is er sprake van klanten met psychische, mentale en lichamelijke beperkingen.

Eén van de opzienbarende conclusies van Heskett e.a. (1997) was het aantonen van de relatie tussen de tevredenheid van medewerkers en die van klanten, de zogenaamde 'satisfaction mirror'. Houdt de hypothese die dit in deze studie onder woorden brengt tegenover de data stand? Dit is de vierde hypothese.

Hypothese 4

Als aspecten van de interne service kwaliteit (het leveringssysteem en het HR-systeem) van dit type 'human service organisaties' een interne fit hebben, zal dat resulteren in een positieve waardering van cliënten voor de organisatie, de resultaten van de dienstverlening én de gemiddelde dienstverlening.

De samenhang tussen de interne en uitkomstvariabelen van de externe service kwaliteit die Heskett e.a. (1997) vonden, werd bevestigd en gepreciseerd. De waardering van cliënten voor de organisatie hing vooral af van het vermogen van de organisatie de interne service voor medewerkers vraaggericht te organiseren.

De waardering van cliënten voor de resultaten van de dienstverlening hing af van de mate waarin medewerkers tevreden met de organisatie waren. Op zijn beurt werd dat ondermeer beïnvloed door: de aanwezigheid van een interne service om vraaggericht te kunnen werken, ontwikkelingsmogelijkheden, goede selectie en plaatsing. Hetzelfde beeld kwam bij de waardering van cliënten voor de gemiddelde dienstverlening. Maar daar speelde een goede werkdrukregulering, naast tevredenheid van medewerkers voor de organisatie, ook een positieve rol. Het mechanisme zoals Heskett e.a. (1997) zagen functioneren, komt er ook bij deze data op neer dat wanneer de arbeid van medewerkers is ingebed in een adequate interne service kwaliteit het een positief effect genereert op vraaggerichte dienstverlening en het commitment van cliënten met de organisatie.

Tenslotte resteert de vraag of een interne fit van de externe service kwaliteit tot tevreden cliënten leidt. Dit is het onderwerp van de vijfde en laatste hypothese.

Hypothese 5

Als aspecten van de externe service kwaliteit van dit type 'human service organisaties' een service-fit hebben, zal dat resulteren in een positieve waardering van cliënten voor de organisatie en voor de resultaten van die dienstverlening.

Het effect van de externe service kwaliteit op de waardering van cliënten komt overeen met andere bevindingen uit de literatuur over het effect van service kwaliteit op productie, winst, klantentrouw, klantenwaardering (Fornell, 1992; Fornell e.a., 1996; Frey en Daley, 1989; Koska, 1990; Nelson, 1992; Reichheld en Sasser, 1990; Rust en Zahorik, 1993; Woodside e.a., 1989). In deze promotiestudie werd duidelijk dat hoe slechter de toegankelijkheid tot de dienstverlening is, des te minder waardering cliënten hebben voor de organisatie én de resultaten van de dienstverlening. Dit gold ook voor de toelatingsformulieren als operationalisatie van de toegankelijkheid. Hoe groter de administratieve rompslomp, des te minder de waardering. Het zijn conclusies die het algemene beeld bevestigen.

Zorg-op-maat is een 'key-driver' (Zeithaml, 2000) wanneer het de waardering voor de organisatie en de resultaten van de dienstverlening betreft. Cliënten vinden het buitengewoon belangrijk dat de medewerkers gehoor geven aan hun vragen, wensen en behoeften (vraaggerichte dienstverlening) en zich inspannen om het aanbod op de vraag af te stemmen. Het beleid van de organisatie zou dat mogelijk moeten maken. Ook naast de geïndiceerde medische en andere zorgvragen is maatwerk in wonen, comfort, dagactiviteiten en alledaagse levensverrichtingen van cruciaal belang (vgl. RVZ, 2003). Naast zorg-op-maat zijn voor de waardering voor de organisatie ondermeer de resultaten die de dienstverlening cliënten oplevert van belang, maar ook de merkbare zaken van de dienstverlening en de betrouwbaarheid van het personeel. De waardering voor de resultaten van de dienstverlening hangt – naast zorg-op-maat – vooral af van: bejegening, merkbare zaken, de betrouwbaarheid van het personeel. Cliëntenparticipatie oefent ook nu weer niet het gewenste effect uit: teveel ervan tempert de waardering voor de organisatie en de resultaten van de dienstverlening.

Organisatieveranderingen

De AWBZ-sector verandert en organisaties veranderen mee. In dit onderzoek bleken organisatieveranderingen de tevredenheid van medewerkers voor de organisatie duidelijk te verstoren als het te rigoureuze, met een te hoog tempo en zonder al te veel inspraak van medewerkers plaatsvond. Dit was ook het geval bij de cliënten, waar het negatief inwerkt op hun waardering voor de betrouwbaarheid van het personeel, de gemiddelde dienstverlening, en hun participatiemogelijkheden (eens te meer een bevestiging van het mechanisme achter de satisfaction mirror) (vgl. Gratton, e.a., 1999 en § 9.3.1.)

Met de data van dit promotieonderzoek is het niet goed mogelijk gebleken te onderzoeken of organisaties die verder gevorderd waren met de ontwikkeling van hun vraagsturing van de dienstverlening (de interne service kwaliteit) ook betere resultaten boekten op het punt van vraaggerichte dienstverlening volgens het oordeel van cliënten.

Conclusie

De bevindingen rechtvaardigen de keuze om verder onderzoek te verrichten met de Service Care Chain als model: de toetsing geeft aanleiding het model voorlopig als geldig te beschouwen (Swanborn, 1987). Het geeft een adequate weergave van de samenhang tussen het servicebeleid, het HRM en de dienstverlening van zorgorganisaties in de AWBZ. Het helpt ons beter het mechanisme te begrijpen dat aan goede service ten grondslag ligt in arbeidsintensieve organisaties zoals de zorgorganisaties in de AWBZ.

12. Summary

Healthcare for people with a physical, mental or psychological handicap has been developing momentum over the last few years. A series of changes in legislations and management decisions have brought about enormous changes and not always without good reason. The structure and provisions of the AWBZ¹²¹ had become too large and consequently too expensive. Times changed and the old laws had become antiquated. A supply orientated system did not meet today's demands and had to give way to a system operating to meet the needs of today's clients. This implies fundamental changes to the financial structure. It also necessitates breaking down the barriers dividing AWBZ departments and the stimulation of competition between the companies of care and between the insurance suppliers. These developments go hand in hand with a strengthening client position (Van der Kraan, 2006).

The spheres of influence in (this part of) the health service are changing and will by definition influence the position of care suppliers. It is their task to make changes not only to the care they supply but also to the way they organize it. The goal is supplying the needs of their clients, achieving client satisfaction. The point is that the fundamental changes being made to (Dutch) health care will have knock on effects on the organization and provision of health care. The question is; which effects are these? What type of organizational policy is needed and which strategies are relevant to demand driven health care? How can optimal workforce application be achieved? Are there means to equip, support and direct personnel which complement a demand driven health care? These questions are bundled in the core question concerning the relationship between the health care organizations, a service policy, the HRM and the supply of health care.

These questions are the subject of this study. It is not just an empirical research, but a model concerning the service quality of commercial services is used as a guideline. It is a model that intentionally emphasizes the crucial importance of the workforce and HRM in realizing the provision of service within the framework of a clear service concept.

The research is divided into two parts: an exploratory research phase and an examination phase. Part one deals with the question if the chosen model can be applied to the AWBZ sector and if it provides insights into the developments in the AWBZ (geriatric care, care for the disabled and mental health care). The addition of health care concepts to the model are used as a first step, to make it more compatible. Part two examines five hypotheses. These hypotheses are imbedded in the scientific debate over the influence of HRM and service on the performance of companies.

Care organizations in the AWBZ have their own characteristics. These so-called "human service organizations" (Hasenfeld, 1983) deliver non-material services which directly intervene with the welfare of their clients. They work with and for people. That makes this service sector unique and at the same time vulnerable. Clients depend on the care and treatment. They are a disadvantage compared to the specialists who treat them and rely on the same specialists to ease their pain or to help them to live with their disablements.

If these organizations want to provide health care to large numbers of the population then it implies that they achieve an as close to perfect structure as possible, combined with a guaranteed high standard of quality. Achievements in health care and quality of health care are not easy to measure.

There are different perspectives from which the subject can be viewed, not only are the opinions of clients and care workers relevant, but care managers also have a relevant opinion concerning the quality of the service and of the professionals who provide the service.

¹²¹ The AWBZ is institutional care for chronic ill and mental disabled people.

As a party fulfilling a public task, financed with public funds, care organizations have to deal with many external parties. The roll of the government is important in this study. Implemented government policy and regulation changes have forced care organizations to adjust the way which they conduct their business (Huijsman, 2005; Walburg, Brinkmann, 2001). Health care organizations wishing to be able to do their work well must constantly adjust their internal structure and procedures to meet the external demands being places upon them (Rogier, 1998), even more so because present day governments are broaching the subject of a free-market system in this sector (CPB, 2003; RVZ, 1997, 2000, 2002; VWS, 1999). One of the government regulations directly effecting the care organizations is the “Modernizing of the AWBZ”. A new indication system, changes to the financial structure and easier access to the AWBZ for new providers are government measures intended to increase competition in the sector. These innovations should stimulate the care organizations to provide a service attuned to the requirement of their clients. It is assumed that these requirements will have to be increasingly met in a home environment, replacing wards on large institutional grounds. The manner in which organizations can achieve this through (re)organization is in this thesis described as demand driven service and this is at institutional level, the organization of the proffered care and arranging and facilitating care processes to explicitly target and meet the needs of their clients and what they consider important. This means that where there is a demand for particular treatments, that these should be effective, readily available and easily accessible. A demand driven policy implies facilitating the demand driven service at the organizational level, where HRM has a meaningful roll. It also necessitates a clarification of the demands being made on the system to achieve a demand driven health care service. This is defined in the thesis as: a service which is driven by the demands of its clients, facilitating transactions and interactions at the primary process level thus providing a service which meets the actual needs and expectations of its clients while at the same time achieving professional standards. This implies that clients have an active roll in the process by stating explicitly what their needs and expectations are. (The arguments leading to this definition are to be found in § 2.4.).

After comparing for use in this study, several of the most widely used models¹²², the one that appears to be the most promising, fits in well with the reality as defined in both of the above definitions. The Service Profit Chain (Heskett et al, 1997) makes a distinction between the so-called internal- and external service quality. The first concerns the organisation of the proffered service in which HRM fulfils an important roll (put differently; the demand which drives the service). The second concept applies to the actual provision of service where the results of the transaction can be observed through the interaction between the care provider and the client, otherwise defined as demand driven service provision.

The researchers who designed the model (Heskett et al, 1997) rely on the principle that the workforce is the authority when it comes to judging the quality of the internal service as a means of providing good services.

Internal service quality includes the following aspects:

- The way the work is structured (delivery systems);
- Support systems (including information technology and client orientated policy);
- Suitable selection and placement of service personnel;
- Autonomy to provide service;
- Means of participation for service personnel;
- Training and development for service personnel;

¹²² This were the INK-model, the HKZ-model and the MIK-V model (see § 3.2.).

- Reward en appreciation for these personnel;

For research purposes into the AWBZ, several other aspects are also included:

- The tangibility of the work results;
- The expectations of staff (and others) concerning the work at hand;
- The degree of physical burden;
- Work pressure;
- Social support;
- Work schedules (see § 5.2.4.1.).

When it is tuned into the clients needs, this internal service quality generates job satisfaction (Heskett et al, 1997). In this study the quality of this internal service is related to two independent variables (Appelbaum e.a., 2000; Peccei, 2004; Boselie, 2001; Guest, 1997):

- Contentment with the work;
- Contentment with the organisation.

The external service quality is made up of the following components:

- Service accessibility;
- Service results;
- The quality of the service, consisting of the following:
 - Staff willingness to provide a service (responsiveness);
 - Staff attitude and the measure of trust that clients have in the staff (assurance);
 - The trustworthiness of the staff (reliability);
 - Service content (tangibles);
 - Care that is tailored to meet the individual needs of the clients (empathy);
 - The cost / quality relationship;
 - The means of participation.

Privacy is also included to meet the criteria of the AWBZ sector (see § 5.2.4.1.).

Heskett et al, (1997) state that the results of the service are an important consideration. The appreciation the clients have for the organisation (because of its good service provision) are also viewed as important sector results. Appreciation of:

- The results of the service;
- The organisation that makes this possible,

are taken into consideration in this study as variables influencing the result.

The instruments that are used to measure staff and client opinions of these aspects are based on the model and on the information over comparable instruments (see box 5.1).

A service concept that complements different target groups is an important factor for the construction of internal and external quality. The service policy and the strategy that is used to determine the care, based on checklists from different policy documents, are reviewed and analysed.

The original model explains the high appreciation of clients (competition lead) through the realisation of a unique compilation of factors which make up the internal and external quality. The Service Profit Chain is in reality a model of checks and balances based on the demands made on the organisation. It deals with the underlying relationships between the service concept and strategy, the internal and external quality and the achieved results. This is dealt with by means of propositions based on the essence of the model. These are directly related to the relationships which typify the model. The compatibility of the model to the AWBZ sector is determined in the exploratory re-

search¹²³. At the same time the questionnaires which are designed to measure the judgement of staff and clients are reviewed.

The results of the exploratory research are repeated here for each of the propositions (compare § 5.3.6.):

Proposition 1:

When a care organisation works with a service concept and strategy which makes allowance for the expectations and (care) needs of its clients, then the result is an external and internal service quality which is optimized to meet the care requirements of its client groups.

Many policy documents mention the central roll of the client. Attempts have been made in the past to adequately meet the care needs of clients by means of well organized procedures leading on to the required care, coupled with a pronounced client orientated policy. None of the organisations mentioned that they gave HRM a leading roll in their development of a demand orientated service. Training is occasionally mentioned as one of the means which can be used to achieve this. The provisional conclusion was partly confirmed by the empiricism.

Proposition 2:

An internal service quality which supports staff in their provision of service has influence on the degree of job satisfaction and organisational commitment amongst staff working in the organization.

Nearly all of the aspects specified by Heskett et al (1997) appear to play a roll concerning contentment with the organization and the work (isolated training and remuneration are not included in de analysis. The variables which have been added on to fine tune the model to the requirements of the AWBZ, such as regulation of work pressure, physical exertion and job expectation, do play a part in the analysis. All three organisations showed variations concerning the factors influencing contentment with the work and the organisation. Even so, aspects of the model kept reappearing in the analysis.

This proposition was also for the best part confirmed by the data.

Proposition 3:

An external service quality which is attuned (to the needs of) its target group, gives rise to client appreciation for the achieved performance and for the organisation providing the service¹¹⁹.

Clients have less appreciation for the organisation when it's difficult to access or badly construed. Their appreciation of the organisation and its results are explained by the factors which are used to measure the service quality. Care, tailored to the needs of the individual, appears to be important when measuring clients' appreciation. Here again we see in the analysis of the individual organisations diverging results, but yet again tailored care still appears to be of great importance.

Appreciation of the organisation largely depends on the degree of contentment with the relationship between cost and quality. An increase in the contentment with the relationship between cost and quality implies an increase in the appreciation of the organisation. In short, proposition 3 is largely supported by the empiricism.

Proposition 4:

The degree to which staff are satisfied with the internal service quality is positively related to the clients' appreciation of the external service quality (compare also Schneider en Bowen, 1993: 4).

De data could not support an analysis. A larger number of respondents and a corresponding increase in the number of work environments would be necessary.

¹²³ These were organisations involved in the areas of mental health, geriatric care and care for the disabled.

Proposition 5:

Opportunities for staff en clients to participate in improving the service lead to:

- *an increase of staff satisfaction with the organisation and of the work.*
- *an increase of client satisfaction with the organisation and with the individually provided care.*

The means to participate is a factor influencing staff contentment with the organization and the job at hand. In reality it has a negative effect on the contentment with the organization. The reason for this lies in the statistics: A reversed effect is achieved as soon as many factors in the multiple regression analyse are included by an aspect with a relatively large variation around the straight line of the regression model. It could be said that participation by people with impairments apparently results in an opposite effect. This aspect is completely lost in the individual participating sectors.

The opportunity to participate has a negative effect on clients' appreciation of the organisation. Yet again, the means to participate does not help to achieve the expected goals.

Analysis of the individual sector segments does not take this aspect into account in the geriatric and GGZ sectors. It is only by the care for the disabled that it again shows a negative effect on the appreciation of the organization.

Proposition five is not sufficiently supported by the empiricism.

These research findings open the way to a) make further adjustments to the model, b) to place the model in the scientific debate concerning HRM and service and sector results, and c) deduct hypotheses which can be examined.

De questions which give direction to the examination part of the thesis are (compare § 5.3.6. and 5.4):

1. Are the care organisations sufficiently adapting service and HRM policy to the changes brought about by the modernisation of the AWBZ in order to stimulate demand driven service by means of internal and external service quality?
2. In which way and in how far do the aspects of the internal service quality influence staff contentment with their organisation and with their work?
3. In which way and in how far do the aspects of the internal service quality influence the client satisfaction with the results of the service rendered, the esteem for the organisation and the service average?
4. In which way and in how far do the aspects of the internal service quality influence client appreciation for the service and their appreciation of the organisation?
5. Are there variations in the manner in which care institutions organize their internal service quality?

By placing the adjusted model, now named the Service Care Chain, in the scientific debate over the influence of HRM and service on the sector results, it acquires the foundation that is necessary to allow hypotheses to be deduced. One manner of viewing the debate is the so-called 'best fit approach' (Wood, 1999). HRM has to connect with the industry's environs, its strategy's and functions and above all has to be internally fine tuned to the HR activities. This is a prerequisite for achieving success (Huselid, 1995; Pfeffer, 1998). A number of important connection points (fits) within the Service Care Chain can be discerned. The first fit in the research is the background context of rules and regulations governing the health care sector. The changes in the AWBZ system are something to be fully reckoned with when conducting business. The effects of changes such as the introduction of regulated market, demand driven service provision, the removal of (interdepartmental) barriers and a financial restructuring, are felt throughout the diverse sections. This leads to the first hypothesis¹²⁰:

Hypothesis 1

Contextual changes in this type of “human service organisations” results in a strategy targeting adaptation in the areas of service concept and supply. [contextual fit]

The strategic policies of the care organizations are adjusted at the last minute in reaction to changes in the system. Using varying terminology, organisational policy placed the “client central” and along with “tailored service provision” (see chapter 8) achieved proverbial status. In their descriptions the organisations don’t get much further than these generalizations. The resulting policy was mostly in the early stages of development. Only the themes of government induced policies were, often at the last minute, discovered to have been implemented.

External influences should, all being well, find their way via strategic organisational policy into the HRM with the intention of achieving the targeted results. This strategic fit leads to the formulation of the second hypothesis.

Hypothesis 2

Adaptations resulting from contextual changes by this type of “human service organisation” give rise to a strategic HRM policy that is designed to provide a service that conforms to the changes. [strategic fit]

Even though most companies do not use the term strategic HRM, the daily practice shows that they do use HRM strategically. Management projected the separate HR activities – apparently without a prepared plan – onto the business targets. Training was seen as an important strategic instrument as was to a lesser extent, changes to the job structure. HR bundles were not designed but appeared to develop incrementally. Even though there is no clear evidence for this it does suggest that this is due to the strategic policy of the organisation under the influence of external factors. It appears to be plausible that as soon as each individual HR activity is applied to strategic business targets that some sort of cohesion automatically develops.

The next fit is that which lies within the internal service quality. It appeared that the original approach of the Service Profit Chain has enormous similarity with the concept of high performance work systems (HPWS; Appelbaum et al, 2000). Mutual fine tuning of certain HR aspects such as autonomy and participation, good placement and training appear to have a positive effect on staff commitment and contentment with their work (Appelbaum et al, 2000; Guest, 1997). The following hypothesis was self evident.

Hypothesis 3

When aspects of the internal service quality such as delivery- and the HR system of this type of “human service organisation” are internally fitted and slotted then this results in staff contentment with the organisation and with the work. [internal fit]

The effects of the internal service quality on staff contentment are similar to those mentioned in the literature. Commitment and job satisfaction will increase with a good internal fit. (Appelbaum et al, 2000; Boselie, 2001; Van Dijk et al, 2002; Guest, 1997; Guntherie, 2001; Wallace, 1995). Commitment depends most of all on the capacity of the organization to achieve a good internal service, allowing staff in turn to achieve a demand driven service. Other contributing factors include the possibility to develop personally, a good recruitment and selection procedure, good reward, a spirit of co-operation in a pleasant environment and the right work content. When changes are made in such a way that it doesn’t have a detrimental effect on the pleasure that staff derive from their work, coupled with staff participation concerning their own work situation, then the result will be positive. When this isn’t done then contentment will decrease significantly.

Job satisfaction is for the most part dependant on the work content, training and social support from colleagues and superiors. Other factors which play a part are the quality of the internal service facilitating demand driven service provision, good opportunities to develop, good work schedules and tar-

get group policy. When too much participation is asked of the staff then this diminishes staff contentment.

The results are roughly the same as those described by Haskett et al, (1997) in their model. On the contrary, participation is no longer fashionable. This is where inconsistencies appear in the data: it is either negative or excluded from the regression models. Apparently this is caused by the type of service organisation and the sector in which it operates. By Heskett these are mainly commercial and business service providers. This thesis concerns itself with care organisations (as a separate category within human service organisations) providing geriatric and mental health care as well as care for the disabled and whose clients have physical, mental and or psychological impairments.

One of the most revealing conclusions made by Haskett et al, (1997) was demonstrating the relationship between staff and client contentment, the so-called 'satisfaction mirror'. Does the hypothesis, as defined in this thesis, still stand when confronted with this data? This is the fourth hypothesis.

Hypothesis 4

When aspects of the internal service quality such as delivery- and the HR system of this type of "human service organisation" are internally fitted and slotted then this results in positive client appreciation of the organisation, the results of the service and the service averages. [transactional fit]

The relationship between the internal and result variables of the external service quality which were found by Heskett et al (1997) were confirmed and made more precise. Client approval of the organisation depended mainly on the ability of the organisation to implement a demand driven internal service.

Client approval of the results of the service depends on the degree of staff approval of the organisation. This was in turn influenced by: the presence of an internal service quality allowing work to be demand driven, development opportunities, good recruitment and placement. It was the same picture for client approval for the service averages. But here a good regulation of work pressure along with staff appreciation of the organisation which played a positive roll. The mechanism which Haskett et al, (1997) saw and this data can be summarised as: when staff labours are embedded in an adequate internal service quality that this generates a positive effect on demand driven service provision and clients' commitment to the organisation.

Finally, the question remains if an internal fit of the external service quality leads to satisfied clients? This is the subject of the fifth and last hypothesis.

Hypothesis 5

When aspects of the external service quality of this type of 'human service organisation' are equipped with a service fit, then this results in positive client evaluation of the organisation and the results of the service. [service fit]

The effect of the external service quality on client approval agrees with the other findings in the literature on the effect of service quality on production, profit, client bonding and client approval (Fornell, 1992; Fornell et al, 1996; Frey and Daley, 1989; Koska, 1990; Nelson, 1992; Reichheld and Sasser, 1990; Rust and Zahorik, 1993; Woodside e.a. 1989). In this thesis it became evident that client approval of the organisation and the results of the service is negatively influenced by difficulties with accessing the service. This was also true for the admission forms as an operational test of accessibility. The greater the administrative rigmarole the less the approval. These are conclusions which confirm the popular image.

Tailored care is a key-driver (Zeithaml, 2000) when it comes to the approval of an organisation and the results of the service it provides. It is extremely important for clients that staff respond to their queries, wishes and needs (demand directed service provision) and that they exert themselves to meet the demand. The organisation's policy should make this possible. Besides the (medical) necessi-

ties, it is of vital importance to clients to pay personal attention to housing, activities and other daily tasks (compare RVZ, 2003). The results which the client gets from the service are, along with tailored care, important for their approval of the organisation. This is also true for the tangible aspects of the service as well as the trustworthiness of the staff. Appreciation of the results of the service depends beside tailored care, principally upon: the way clients are treated, succinctness and the trustworthiness of the staff. Yet again client participation does not achieve its desired effect: too much leads to a tempering of the appreciation for the organisation and the results of the service.

Organisational changes

The AWBZ sector is changing and its organisations change with it. In this research it was apparent that organisational changes obviously diminished staff appreciation when they were too quickly and too rigorously applied without much staff participation. This was also true for clients, by which the negative effects percolated through to diminish their view of the trustworthiness of the staff, the service average and their participation opportunities (yet again a confirmation of the mechanism behind the satisfaction mirror). (compare Gratton, et al, 1999 and §9.3.1.)

With the data from this thesis it was not possible to reasonably research if organisations which are further in the development of their demand driven service provision (the internal service quality) also achieved better results with their demand driven service as judged by their clients.

Conclusion

The findings justify the choice to undertake further research using the Service Care Chain as model: the examination provides enough motivation to provisionally view the model as valid (Swanborn, 1987). It provides sufficient information over the relationship between the service policy, HRM and the service provision of care organisations in the AWBZ. It helps us to better understand the mechanism through which good service is the foundation of labour intensive organisations such as care organisations in the AWBZ.

13. Literatuurlijst

- AAKSTER, D.A., R. Jacobson. 'The financial information content of perceived quality.' In: **Journal of Marketing**. 1994, 58 (may), pag. 191 – 201.
- ABBOT, A. (1988). **The system of professions. An essay on the division of expert labor**. Chicago/London: The University of Chicago Press.
- ABMA, T., R. in 't Veld. (red). (2001). **Handboek beleidswetenschap. Perspectieven, thema's, praktijkvoorbeelden**. Amsterdam: Boom. ISBN 90 5352 6951.
- ANDERSON, E.W., C. Fornell, D.R. Lehmann. 'Customer Satisfaction, Market Share and Profitability.' In: **Journal of Marketing**. 1994, 58 (july), pag. 53 – 66.
- ANTHONY, S.J. 'Two approaches to Service-Line management: Community hospitals Indianapolis and rural Maine's York hospital.' In: **Strategic Healthcare Excellence**. 1998, 11 (4), pag. 1 – 9.
- APPELBAUM, E., Th. Bailey, P. Berg, A.L. Kalleberg (2000). **Manufacturing advantage. Why high-performance work systems pay off**. Ithaca, New York: Cornell University. ISBN 0 8014 8655 6.
- ARCARES (april en november 2002). **Benchmarking: verpleeg – en verzorgingshuizen. Eerste en tweede test benchmarkinstrumentarium**. Algemene Rapporten. Utrecht: Arcares.
- ARGYRIS, C. (1963). **Selections form the impact of budgets on people**. In: J. A. Litterer, Organizations. Volume 1. New York: John Wiley.
- ARTHUR, J.B. (1994). 'Effects of human resource systems on manufacturing performance and turn over.' In: **Academy of Management Journal**, nr. 37, pag. 670 – 687.
- ARTS, W., S. Lindenberg, R. Wippler. (1976). **Gedrag en structuur. De relevantie van microtheorieën voor de verklaring van macroverschijnselen**. Mens en Maatschappij. Rotterdam: Universitaire Pers Rotterdam. ISBN 90 237 6264 9.
- AXELRPD, R. (1984). **The evolution of cooperation**. New York: Basic Books, Inc., Publishers. ISBN 0 465 02121 2.
- BACH, S. (2000). Health sector reform and human resource management: Britain in comparative perspective. In: **International Journal of Human Resource Management**. 11, pag. 925-942.
- BAIRD, L., I. Meshoulam. 'Managing two fits of strategic human resource management.' In: **Academy of Management Review**, 1988, 13(1), pag. 116 – 128.
- BAGOZZI, R.P. 'The self-regulation of attitudes, intentions, and behavior.' In: **Social Psychology Quarterly**. 1992, 55, pag. 178 – 204.
- BALLENTINE, J., S. Brignall, S. Modell. 'Performance measurement and management in public health services: a comparison of U.K. and Swedish practice.' In: **Management Accounting Research**. 1998, 9, pag. 71 – 94.
- BARBEE, C., V. Bott. 'Customer treatment as a mirror of employee treatment.' In: **Advanced Management Journal**, 1991, 5, pag. 27 – 31.
- BARNES, C., G. Mercer. (1997). **Doingdisability research**. Leeds: The Disability Press.
- BARRY, M.J. 'Health decision aids to facilitate shared decision making in office practice.' **Annual of Internal Medicine**, 2002, 136, (2), 127-35.
- BARON, J.N.,D.M. Kreps (1999). **Strategic Human Resources. Framework for general managers**. New York: John Wiley & Sons. ISBN 0 471 07253 2.
- BARSKY, J.D. (1995). **World-class Customer Satisfaction**. New York: Irwin.
- BARLETT, K.R. 'The relationship between training and organizational commitment: A study in the health care field.' In: **Human Resource Development Quarterly**. 2002, vol. 12 (4), pag. 335 – 352.
- BARTRAM, T., Stanton, P., Leggat, S., Casimir, G., & Fraser, B. (2007). Lost in translation: Exploring the link between hrm and performance in health care. In: **Human Resource Management**

- Journal.** 17(1), pag. 21 - 41.
- BAUMOL, W.J. 'Macroeconomics of unbalanced growth: the anatomy of urban crisis.' In: **American Economic Reviews.** 1967, 57, pag. 415 – 426.
- BECKER, B.E., M.A. Huselid, P. S. Pickus, M.F. Spratt. 'HR as a source of shareholders value: research and recommendations.' In: **Human Resource Management.** 1997, 1 (36), pag. 39 – 47.
- BECKER, B.E., M.A. Huselid. 'High performance work systems and firm performance: a synthesis of research and managerial implications.' In: **Research in Personnel and Human Resource Management.** 1998, 16, pag 53 – 101.
- BECKER, B.E., Huselid, M.A., Ulrich, D. (2003). **De HR-scorecard. Het meten van strategie, mensen en prestaties.** Amsterdam/Antwerpen: Uitgeverij Business Contact. ISBN 90 254 1504 0.
- BEER M., B. Spector, P. Lawrence, D. Quint Mills, R. Watson (1984). **Human Resource Management: a general managers perspective.** New York: Free Press.
- BERKHOUT, A.M.J.B. (2000). **Resident-oriented care in nursing homes.** Maastricht: Thesis Maastricht University.
- BERRY, L.L. (1999) **Discovering the soul of service: The nine drivers of sustainable business success.** New-York: Free Press.
- BERTRAMS, J., (1999). **De kennisdelende organisatie: kunst en gebruik van het hergebruik van kennis.** Schiedam: Scriptum Management.
- BIESSEN, P.G.A. (1992). **Oog voor de menselijke factor. Achtergrond, constructie en validering van de Basisvragenlijst Amsterdam.** Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger. ISBN 90 265 1255 4.
- BLANC, P. Le. 1994. **De steun van de leiding, een onderzoek naar het Leader Member Exchange model in de verpleging.** Amsterdam: Thesis Publishers.
- BLOEMENDAAL, I., A. de Vries-Grievens, J.E. Grunveld. 'Werkdruk, gezonde dienstroosters en efficiënte personeelsinzet.' In: Dijk, J.K. van en J. Pool (red.) (1999). **Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg.Deel 2. Ontwikkeling en duurzame inzetbaarheid personeel;** Bohn, Stafleu, Van Loghum. Houten/Zaventhem. ISBN 90 313 2960 6.
- BOEKHOLT, M. Vraaggerichte ouderenzorg: Zorgprogramma's als aangrijpingspunt. In: Boon, L. **Symposium Ontwikkelingen in de Gezondheidszorg, Deel 30, 2000, Amstelveen.** ISBN 90 71725 28 6.
- BOELENS, L., M. Ott. (2000). **Werk maken van ziekteverzuim; een laag ziekteverzuim in zorgcentrum De Boshof.** Utrecht: Prismant.
- BOLTON, R. 'A Dynamic Model of the Duration of the Customers' Relationship with a Continuous Service Provider: The Role of Satisfaction. In: **Marketing Science.** 1998, 17 (winter), pag. 45 – 65.
- BOOSMA, S. (2001). **De waarde van tevreden medewerkers. Meten en verbeteren van personeelstevredenheid.** Alphen aan den Rijn: Kluwer. ISBN 90 1407672.
- BOONE, M. G. van Hove. (1997). **Mijn toekomst. Onderzoek naar de wensen over leven en wonen. De Sterre – Clinge.** Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- BOONSTRA, J. Beschadigde kaften en beduimelde bladzijden. Vijf inspirerende boeken voor organisatieadviseurs. In: **M&O. Themanummer: Organisatieadvies – wat is dat?** 2000, 54, 5/6, pag. 255 – 257.
- BOONSTRA, K.A. & I.T. Bousema, A.J. Schoneveld, S. Siero. 'Determinanten van arbeidsmotivatie: taakkenmerken, taakdoelen en gerichte beloning'. In: **Gedrag en organisatie.** 1993, 6 (3), pag. 169 – 180.
- BOOT, J.M., M.H.J.M. Knapen. (1993). **De Nederlandse gezondheidszorg.** Utrecht: Het Spectrum. ISBN 90 274 3229 5.
- BOOTH, T., W. Booth. (1994). **Parenting under pressure: mothers and fathers with learning difficulties.** Buckingham: Open University Press.
- BORGESIOUS, E en J. de Lange (1988). **Verpleegkundigen zonder uniform; over de pluriformiteit van**

- het beroep psychiatrisch verpleegkundige.** Lochem: De Tijdstroom.
- BORRILL, C.S., J. Carletta, A.J. Carter, J.F. Dawson, S. Garrod, R. Rees, A. Richards, D. Shapiro, M.A. West. 'The effectiveness of health care teams in the National Health Service. In: **Research Views A-Z**, 2000, Kings College: London.
- BORRILL, C.S., West, M.A., Shapiro, D. Team working and effectiveness in health care. **British Journal of Health Care Management**. 2000, vol. 6, pag. 364 – 371.
- BORNE, H.W. van den, The patient from receiver of information to informed decision-maker. **Patient Education Counsul**, 1998, 34, (2), 89-102.
- BOSELIE, J.P., M. Hesselink, J. Paauwe, T. van der Wiele. (2001). **Human Resource Management and Performance: Commitment Orientated Work Systems through the eyes of Employees**. Paper presented at the Academy of Management Meeting, Washington.
- BOSELIE, P. (2002). **Human Resource Management, Work systems and performance: a theoretical-empirical approach**. Rotterdam: Tinbergen Institute Research Series and Thela Thesis. ISBN 90 51706 06 5.
- BOSELIE, P., J. Paauwe (2002). Het geheim ontrafeld? De bijdrage van strategisch human resource management. In: **M&O**, nr. 4, p. 5 – 24.
- BOSELIE, P., J. Paauwe. 'Human Resource Management en prestatieverbetering: een overzicht van 10 jaar onderzoek.' In: **Tijdschrift voor HRM**, 2004, 7e jrg, special, pag. 9 – 30.
- BOSELIE, P., G. Dietz, C. Boon. 'Commonalities and contradictions in HRM and performance research.' In: **Human Resource Management Journal**. 2005, vol 15, 3, pag 67 – 94.
- BOTHE, K.R. (1996). **Beyond Custmer Satisfaction tot Customer Loyalty, the Key to Customer Loyalty**. New York: AMA management Briefings.
- BOUDON, R. (1981). **De logica van het sociale. Een inleiding tot sociologisch denken**. Alphen aan den Rijn/Brussel. ISBN 90 14 02954 3.
- BOULDING, W., A. Kalra, R. Staelin, V. A. Zeithaml. 'A Dynamic Process Model of Service Quality: From Expactions to Behavioral Intentions.' In: **Journal of Marketing Research**. 1993, 30 (february), pag. 7 – 27.
- BOXALL, P. 'Placing HR strategy at the heart of business success.' In: **Personnel Management**. 1994, 26 (7), pag. 32 – 35.
- BOXALL, P., J. Purcell (2003). **Strategy and Human Resource Management**. Hampsire/New York: Palgrave MacMillen. ISBN 0 333 77820 0.
- BOXALL, P., Purcell J., Wright, P. (2007). **The Oxford Handbook of Human Resource Management**. Oxford: Oxford University Press. ISBN 978 0 19 928251 7.
- BRAID, K. (2000). **Customer Service in Health Care. A Grassroots Approach to Creating a Culture of Service Excellence**. San Fransico: Jossey-Bass. A Wiley Company. ISBN 0 7879 5251 6.
- BREWSTER, C. 'Developing a "European" model of human resource management.' In: **International Journal of Human Resource Management**. 1993, 4, pag. 763 – 784.
- BREWSTER, C. 'Toward a "European" model of human resource management.' **Journal of International Business Studies**. 1995, 26, 1, pag. 1 – 21.
- BRIGGS, P.J, C. Barnard. The Northwestern Memorial Hospital: planned, constructed an operated through the patients first philosophy. In: **Journal on Quality Improvement**. 2000, 26 (5), 287 – 298.
- BROWN, S. W., T.A. Swartz. 'A Gap Analysis of Professional Service Quality.' In: **American Marketing Association**. 1989 (april), 53, 2, pag. 92 – 98.
- BRUIN, D.M. **Werkbeleving van verzorgenden**. Utrecht/ Rotterdam: Prismant/iBMG.
- BRYAN, A. Leadership in organizations. In: Clegg, S.R., C. Hardy, W.R. Nord. (1996). **Handbook of organizational studies**. London: Sage.
- BUCHAN, J. "Health sector reform and human resources: lessons from the United Kingdom." In: **Health Policy and Planning**. 2000, 15 (3), pag. 319 – 325.

- BUCHAN, J. 'What difference does ("good") hrm make? In: **Human Resource Health**. 2004 (june), pag. 2 – 6. (published online 10.1186/1478-4491-2-6).
- BURNS, T., G.M. Stalker. (1961). **The Management of Innovation**. London: Tavistock.
- CARDY, R.L., S. Gove, J. DeMatteo. 'Dynamic and customer-oriented workplaces. Implications for hrm practice and research.' In: **Journal of Quality Management**. 2000, 5, pag 159 – 186.
- CALLEWAERTS, L. en B. Gevers. 'Klantgerichtheid in de gezondheidszorg: traditie in transitie.' In: **M&O**, 1997, 3, pag. 61 – 78.
- CALUWÉ, L. de, (1997). **Veranderen moet je leren; een evaluatiestudie naar de opzet en effecten van een grootscheepse cultuurinterventie met behulp van spelsimulaties**. Den Haag/ Amersfoort: Dewel, Twynstra Gudde.
- CALUWÉ, L. de, en H. Vermaak. (1999). **Leren veranderen. Handboek voor de veranderkundige**. Alphen aan den Rijn: Samson. ISBN 90 140 6158 7.
- CALUWÉ, L. de, (1999). **Leren veranderen. Een handboek voor de veranderkundige**. Alphen aan den Rijn: Samsom.
- CALUWÉ, de, L. Boeken voor de organisatieadviseur. Een persoonlijke selectie. In: **M&O. Themanummer: Organisatieadvies – wat is dat?** 2000, 54, 5/6, pag. 252 – 254.
- CAMPBELL, A.J. Creating Customer knowledge competence: managing customer relationship management programs. In: **Industrial Marketing Management**. 2003, 32, pag. 375 – 383.
- CANDID, C.J.F., D.S. Morris. 'Charint Service Quality Gaps.' In: **Total Quality Management**. 2000, 11 (july), pag. 463 – 473.
- CAPPELLI, P., D. Neumark. 'Do high-performance work-practices improve establishment-level outcomes?' In: **Industrial Labor Relations Review**. 2001, 45, 4, pag. 737 – 775.
- CARMACO, C.R. en R. Lledo. 'Predictors of satisfaction with surgical treatment.' In: **International Journal of Quality in Health Care**. 2001, vol. 13, 3, pag 267 – 269.
- CASPARIE, A.F.W., M.A.G. Frissen. Stichting HKZ presenteert Harmonisatiemodel voor kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector. In: **Kwaliteit in beeld**, 1996, 6, pag. 17 – 20.
- CHALMERS, A. (1983). **Wat heet wetenschap. Over de aard en status van de wetenschap en haar methoden**. Meppel/Amsterdam: Boom. ISBN 90 6009 496 4.
- CHASTON, I. 'Internal customer management and service gaps within the National Health Service.' In: **International Journal Nursing Studies**. 1994 (aug), 31 (4), pag. 380 – 390.
- CHEBAT, J-C., M. Savard, P. Filiatraud, 'Miscomprehension Gap between CPAs and their Corporate Customers. In: **Industrial Marketing Management..** 1998, 27, pag. 177 – 185.
- CHEN, I.J., Paulraj, A., Lado, A.A. 'Strategic purchasing, supply management, and firm performance.' In: **Industrial marketing management**. 2004, 33, 1, pag. 51 – 56.
- CIPD. (2006). **Improving Health Through Human Resource Management. A starting point for change**. www.cipd.co.uk/publicSites
- COLEMAN, J.S. (1990). **Foundations of social theory**. Cambridge, Massachusetts, and London, England: The Belknap Press of Harvard University Press. ISBN 0 674 31225 2.
- COLLINS, J. (2001). **Good to great. Why some companies make the leap and others don't**. New York: HarpersCollins Publishers Inc. ISBN 0 06 662099 6.
- COMMISSIE Structuur en Financiering Gezondheidszorg. (1987). **Bereidheid tot verandering**. Den Haag: DOP. ISBN 90 346 10861.
- CONRAD, D.A. 'Coordinating Patient Care Services in Regional Health Systems: The Challenge of Clinical Integration.' **Hospital & Health Services Administration**. 1993, 38, 4, pag. 491 – 508.
- CORBIN, C.L., Kelly, S.W., Schwartz, R.W. 'Concepts in service marketing for healthcare professionals.' In: **American Journal Surgery**. 2001 (jan), 181 (1), pag. 1 – 7.
- COZZA, S.J. en R.E. Hales. 'Leadership.' In: J.A. Talbott. (red.). (1992). **Textbook of Administrative Psychiatry**. Washington DC: American Psychiatric Press, Inc.
- CPB. (2003). **Zorg voor concurrentie. Een analyse van het nieuwe zorgstelsel**. Den Haag: CPB. No 28.

- CRAWFORD, M.J., Rutter, D., Manley, C., Weaver, T. Bhui, K., Fulop, N, Tyrer, P. Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. In: **BMJ**, 2002, 30, 325 (7375), 1263.
- CRESWELL, J.W. (2003). **Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods**. Sage. Thousands Oaks. ISBN 0 7619 2441 8.
- CUTLER, D.M. 'Equality, Efficiency and Market Fundamentalism: The Dynamics of International Medical-Care Reform.' In: **Journal of Economic Literature**. 2002, vol. XL, pag. 881 – 906.
- CVZ. (2003). **Functiegerichte aanspraken. Een gids voor uitleg in de praktijk**. www.cvz.nl.
- CVZ (2004a). **Signalement toelating instellingen AWBZ**. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.
- CVZ (2004b). **Lasten en financiering AWBZ 2003 - 2004**. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.
- DACIN, M.T. 'Isomorphism in context: the power and prescription of institutional norms.' In: **Academy of Management Journal**, 1997, 40/1, pag. 46 – 81.
- VAN DALE. (2006). **Woordenboek der Nederlandse taal**.
- DANAHER, P.J., R.T. Rust. 'Determining th Optimal Return on Investment for an Advertising Campaign. In: **Europeannn Journal of Operational Research**. 1996, 95 (3), pag. 511 – 521.
- DEK, R., (2004). **Verpleegkundige modellen in de praktijk**. Een kritische benadering en instructie. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg. ISBN 90 352 2628 3.
- DELERY, J. E., D.H. Doty. 'Modes of theorizing in strategic human resource management: tests of universalistic, contingency and configurational performance predictions.' In: **Academy of Management Journal**. 1996, 4 (39), pag 802 – 835.
- DELERY, J.E., J.D. Shaw (2001). **The strategic management of people in work organizations: review, synthesis, and extention**. Paper presented at the Academy of Management Meeting 2001 in Washington D.C.
- DENZIN, N.K. 'The Logic of Naturalistic Inquiry.' In: **Social Forces**. 1971, 2 (dec.), pag. 166 – 175.
- DERCKSEN, A. S. van 't Hof. (1996). **Erkenning gevraagd: organisaties van patiënten, cliënten en hun familie in de Geestelijke Gezondheidszorg**. Utrecht: Nationaal Fonds Geestelijke Gezondheid.
- DESSENS, J.A.G., W. Jansen. (1987). **Operationaliseren. Traditie en kritiek**. Utrecht: Drukkerij Elinkwijk.
- DIJCK, J.J.J. (1989). **Ondernemen met mensen. Strategische keuzen rond 'human resources'**. Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappen. Managementreeks. ISBN 90 267 13940.
- DIJK, J.K. van. (1997). **Maatschappelijk ondernemen en zorgverleners. Een "Pas de Deux"**. Utrecht/Rotterdam: NZi en Erasmus Universiteit Rotterdam. (oratie).
- DIJK, J.K. van en J. Pool (red.) (1999). **Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg**. Deel 1. Arbeidsmarkt, personeelsvoorziening en arbeidsvoorwaarden; Deel 2. Ontwikkeling en duurzame inzetbaarheid personeel; Deel 3. Nieuwe vormen van organisatie en leiding geven. Bohn, Stafleu, Van Loghum. Houten/Zaventhem. ISBN resp. 90 313 2562 7; 90 313 2960 6; 90 313 2961 4.
- DIJK, J.K. van (2000). **Meer doen met mensen. Een essay over vernieuwende oplossingen voor het arbeidsmarktvragestuk in de zorg**. Utrecht: Prismant.
- DIJK, J.K. van (2001a). **De consequenties van vraaggestuurde zorg voor het HRM. Onderzoeksaanvraag**. Soesterberg: De Open Ankh.
- DIJK, J.K. van (2001b). **Investors in people: een nieuw concept voor de zorg**. Utrecht: Prismant (essay).
- DIJK, J.K. van (2001c). **Personeelsmanagement in de zorg is riskmanagement: instellingen op de arbeidsmarkt**. Utrecht: Prismant (essay).
- DIJK, J.K. van. Human Resources Management in health care: the service profit chain. **Presentation handout on conference "Managing turbulence, health reforms academic form**. Granada 2001d.

- DIJK, J.K., Messchendorp, H.J., Koopman, M.I., Steenbeek, R., Til, C.T. van. (2002). **Personeel in beeld. De arbeidsbeleving van medewerkers in ziekenhuizen, revalidatiecentra en andere instellingen die vallen onder de CAO-Z.** Utrecht: Prismant.
- DIJK, J.K. en M. Derks. (2003). **Model over de werking van personeelsgerichte maatregelen in zorginstellingen.** Utrecht: Prismant. interne notitie.
- DIJSTELBLOEM, H, P.L. Meurs, E.K. Schrijvers. (2005). (red.). **Maatschappelijke dienstverlening. Een onderzoek naar 5-sectoren.** Amsterdam: WRR: Amsterdam University Press.
- DIMAGGIO, P.J., W.W. Powell. 'The iron rage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields.' In: **American Sociological Review.** 1983, 48, pag. 148 – 160.
- DONALDSON, T., L. Preston. 'The stakeholder theory of the cooperation: concepts, evidence, and implications.' In: **Academy of Management Review,** 1995, 20 (1), pag. 65 – 91.
- DOUMA, J.C.H., M.C.O. Kersten, H.M. Koopman, M.I.M. Schuurman, J. Hoekman. 'Het 'meten' van kwaliteit van bestaan van mensen met een verstandelijke handicap. Een overzicht van de Nederlandse instrumenten.' In: **NTZ.** 2001, 1, pag. 17 – 33.
- DOWLING, B., R. Richardson. 'Evaluating performance-related pay for managers in the national health service.' In: **The International Journal of Human Resource Management.** 1997, 3 (8), pag. 348 – 366.
- DUFRENE, R.L. 'An evaluation of a patient satisfaction survey: validity and reliability.' In: **Evaluation and Program Planning.** 2000, 23, 3, pag. 293 – 300.
- DUNCAN, W.J., P.M. Ginter, L.E. Swayne (1995). **Strategic management of Health Care Organizations.** Cambridge, Massachusetts: Blackwell Publishers. ISBN 15578 65 345.
- DUTERLOO, C.M. (1992), 'Een plan is 1, uitvoering is 2.' In: **Multidisciplinaire afstemming in behandel- en zorgplannen. Verslag studiedag 9 december 1992 Leerstoel zorgmanagement.** Utrecht: Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie, Faculteit der Geneeskunde, Rijks Universiteit Utrecht.
- DYER, L., R.A. Shafer. 'From human resource strategy to organizational effectiveness: lessons from research on organizational agility.' In: **Research in Personnel in Human Resource Management.** 1999, 4, 145 – 174.
- EASTON, G.S. 'The 1993 State of U.S. Total Quality Management: A Baldrige Examiners' Perspective.' In: **California Management Review.** 1993, 35 (3), pag. 32 – 54.
- EASTON, G.S., S.L. Jarrell. 'The Effects of Total Quality Management on Corporate Performance.' In: **Journal of Business.** 1998, 71 (april), pag. 253 – 308.
- EATON, S.C. "Beyond 'unloving care': linking human resource management and patient care quality in nursing homes. In: **International Journal of Human Resource Management.** 2000, vol. 11, 3 (june), pag. 591 – 616.
- EGGER, E. 'Designing facilities to be patient-focused.' In: **Health Care Strategic Management.** 1999, 17, pag. 19 – 22.
- EL, C., van. (2002). **Figuraties en verklaringen. Stijlgebonden schoolvorming in de Nederlandse sociologie na 1968.** Amsterdam: Askant. ISBN 90 52600 104.
- ELZAKKER, A.G.M., van. 'Regionale Personeels Planning.' In: Dijk, J.K, van, J.E. Grunveld, J. Pool. (1992). **Personeels Management in de zorg.** Houten: Bohn Stafleu van Loghum. ISBN 90 313 2562.
- EPKE, H.I. 'Empowerment for adults with chronic mental health problems and obesity.' **Nursing Standard,** 2001, 15 (39), pag. 37 – 42.
- ERNST & Young. (2000). **Eindrapport project verkorte doorstroomtijden door De Ziekenhuisketen.** Utrecht: Ernst & Young Consulting.
- ETTINGER, W.H. jr. 'Consumer-perceived value: the key to a successful business strategy in the healthcare marketplace.' In: **American Geriatric Society.** 1998, 46 (1), pag. 111 – 113.

- EVERS, G.H.M., J.C. Looise. HRM en performance. In: **Tijdschrift voor HRM. Human Resource Management en performance**. 2004 (zomer), 7e jrg, 2, pag. 3 – 6.
- FABER, G., J. Schippers (red.). (1997). **Flexibilisering van arbeid**. Bussum: Couthino.
- FABRICOTTI, I. 'Huidige en toekomstige positie van verzorgingshuizen en verpleeghuizen: een onderzoek naar trends en verwachtingen.' In: L. Boon, (2000), **Managen en veranderen en emotionele intelligentie**. Sympoz reeks 31, Amstelveen: Stichting Sympoz.
- FAULKNER, M. Aveyard, B. 'Is the hospital sick role a barrier to patient participation?' **Nursing Times**, 2002, 11-17, 98 (24), pag. 35 – 36.
- FEIGENBAUM, A.V. (1991 [1961]). **Total Quality Control**. New York: McGraw-Hill. ISBN 0 07 020354 7.
- FENNIS, T., H. van Tilburg. 'Burgerschap en zelfbeschikking: een verkenning.' In: **Versie**, 2000, vol 18, 3, pag. 12 – 17.
- FITZGERALD, L., R. Johnstron, S. Silvestro, C. Voss. (1991). **Performance Measurement in Service Business**. Chartered Institute of Management Accounting. UK.
- FLIKWEERT, D.A., M.C.O. Kersten. (1999). **Wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van de zorg aan mensen met een verstandelijk handicap**. Utrecht: NGBZ en BBI. ISBN 90 72396 09 X.
- FORNELL, C. 'A National customer satisfaction barometer: the Swedish experiment.' In: **Journal of Marketing**. 1992, 56, pag. 6 – 21.
- FORNELL, C., M.D. Johnson, E.W. Anderson, J. Cha, B.E. Bryant. 'The American customer satisfaction index: nature, purpose and findings.' In: **Journal of Marketing**. 1996, 60, pag. 7 – 18.
- FRASER, S., T. Wilson, et al. 'Using collaborative improvement in a single organisation: improving anti-coagulant care.' In: **Journal of Health Care quality Assurance**. 2002, 15 (4), pag. 152 – 158.
- FREIDSON, E. (2001). **Professionalism. The third logic**. Cambridge: Polity Press.
- GALE, B., 'Monitoring Customer Satisfaction and Market perceived Quality.' In: **Worth Repeating Series**. 1992, No. 922CS01. Chicago, American Marketing Association.
- GASPERSZ, J. B.R. 'De waarde van Investors in People.' In: Gaspersz, J.B.R., N.H.L. van den Hove. (2000). **Investors in People. De sleutel tot talent in uw organisatie**. Alphen a/d Rijn: Samson Uitgeverij.
- GASTELAARS, M. (2000). **'Human Service' in veelvoud: een typologie van dienstverlenende organisaties**. Utrecht: SWP. ISBN 90-6665-250-0.
- GEELEN, A.J.M. (1995). **Verzelfstandiging van groepsleiding en kwaliteit van zorg. Een onderzoek op het terrein van de verstandelijke gehandicaptenzorg**. Deventer: Instituut voor zorgonderzoek MSO. ISBN 90 73467 05 5. (proefschrift).
- GEORGE, S., A. Weimerskirch (1994). **Total Quality Management: strategies and techniques proven at today's most succesful companies**. The portable MBA-series. New York: John Wiley & Sons.
- GIBBELS, M. 'Dubbele emancipatie; vraagsturing in de AWBZ.' In: **Zorgvisie**. 2000, 30, 12, pag. 14 – 18.
- GILDER, D. de, N. Ellemers, H. van den Heuvel, G. Blijleven. 'Arbeidssatisfactie, committent en uitstroom'. **Gedrag en organisatie**. 1998, 11, pag. 25 – 34.
- GILMORE, J.H., B. J. Pine II. (2000). **Markets of one. Creating customer-unique value through mass customization**. Boston: Harvard Business School Press. ISBN 1 57851 238 7.
- GOLDEN, K.A., V. Ramanujam. 'Between a dream and a nightmare: on the integration of the human resource management and strategic planning processes.' In: **Human Resource Management**, 1985, 24, pag. 429 – 452.
- GOODALE, J.C., Koerner, M., Roney, J. Analysing the impact of service provider empowerment on

- perceptions of service quality inside an organization. In: **Journal of Quality Management**, 1997, vol.2, no. 2, pag 191 – 215.
- GOODLEY, D. Tales of hidden lives: a critical examination of life history research with people who have learning difficulties. In: **Disability and Society**. 1996, 11, pag. 333 – 348.
- GRONROOS, C. (1990). **Service Marketing and Management**. Lexington, MA: Lexington Books.
- GOLDEN, K.A., V. Ramanujam. (1985). Between a dream and a nightmare: on the integration of the human resource management and strategic planning processes. In: **Human Resource Management**, nr. 24, pag. 429 – 452.
- GOLDSTEIN, H. (1995). **Multilevel Statistical Models (2nd edition)**. London/ New York: Edward Arnold/ Halstead Press.
- GOODALL, A.A. 'Job satisfaction or should that be dissatisfaction?'. In: **Nursing**, 1987, 4, pag. 89 – 102.
- GOUDSWAARD, A., R. Batenburg.. 'De flexibiliteit van Nederlandse bedrijven; strategieën en de terminanten'. In: **Bedrijfskunde**. 2000, 72 (4), pag. 10 – 19.
- GRATTON, L., V. Hope Hailey, P. Stiles, K. Truss. 'Linking individual performance tot business strategy: the people process model'. In: **Human Resource Management**, 1999, 38/1, pag. 17 – 32.
- GRATTON, L. (2000). **Living Strategy: putting people at the heart of corporate purpose**. Hernel, Hempstead, Herts: Prentice-Hall.
- GREENWOOD, R., C.R. Hinings. 'Understanding radical organizational change: bringing together the old en the new institutionalism.' In: **Academy of Management Review**, 1996,21, pag. 1022 – 1055.
- GRINTEN, T.E.D., van der, J. Kasdorp. (1999). **Vijfentwintig jaar sturing in de gezondheidszorg: van verstatelijking naar ondernemerschap**. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau. ISBN.
- GRINTEN, T.E.D., van der. 'Sturing door en sturing van de vraag. Kantekeningen bij vraagsturing in de gezondheidszorg.' In: **Beleid en maatschappij**. 2000, 27, 4, pag. 249 – 255.
- GROENEWEGEN, P. 'Medische sociologie en sociologische modellenbouw.' In: Ganzeboom, H., S. Lindenberg (1996). **Verklarende sociologie. Opstellen voor Reinhard Wippler**. Amsterdam: Thesis Publishers Amsterdam.
- GROENEWOUD, A.S., N.J.A van Exel, R. Huijsman (2005). **Bouwstenen voor kwaliteitsinformatie in de verpleging, verzorging en thuiszorg**. Den Haag: ZonW.
- GROOT, A.D. de. (1971). **Methodologie. Grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen**. 's-Gravenhage: Mouton & Co.
- GROTH, M., B.A. Gutek, B. Douma. 'Effects of service mechanisms and modes on customers' attributions about service delivery.' In: **Journal of Quality Management**. 2001, 6, pag. 331 – 348.
- GRUNDY, T. R. Wensley. 'Strategic Behavior. The driving force of Strategic Management.' In: **European Management Journal**. 1999, 17, 3, pag. 326 – 334.
- GUEST, D. E. 'Human resource management and performance: a review and research agenda.' In: **The International Journal of Human Resource Management**, 1997, 8, 3, pag. 262 – 276.
- GUEST, D.E. 'Human resource management: the workers' verdict. In: **Human Resource Management Journal**. 1999, 3(9), pag. 5 – 25.
- GUEST, D.E., Michie, J., Sheehan, M. (2000). **Employment relations, HRM and business performance: an analysis of the 1998 workplace relations survey**. London., Chartered Instituted of Personnel and Development.
- GUEST, D. E. (2004). **An evaluation of the impact of nurse, midwife and health visitor consultants**. London: King's College/ University of London.
- GUNTHRIE, J.P., 'High-involvement work practices, turnover and productivity evidence from New Zealand'. In: **Academy of Management Journal**, 2001, 44/1, pag. 180 – 190.

- HAAR, J.A.A. ter (1994). **Ondervraagd. Een literatuuronderzoek naar de mogelijkheden voor onderzoek naar meningen en ervaringen van mensen met een verstandelijke handicap met een toepassing op het terrein van beeldvorming en bejegening.** Utrecht: FvO/Stuurgroep Beeldvorming.
- HAASNOOT, M. D. de Gilder, M. Schabracq. 'Arbeidstevredenheid onder oudere werknemers. In: **Gedrag & Organisatie.** 1996, 9 (4), pag. 225 – 239.
- HALL, J.A., M.C. Dornan. 'What patient like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature.' In: **Social Science Medical.** 1988, 27 (9), pag 935 – 939.
- HALLOWELL, R., 'The relationship of customer satisfaction, customer loyalty, and profitability: an empirical study.' In: **International Journal of Service Industry Management.** 1996, 7 (4), pag. 27 – 42.
- HAMBURGER, H. (1979). **Games as models of social phenomena.** San Francisco: W.H.Freeman and Company. ISBN 0 7167 1010 2.
- HAMERS, J.J.A., C.A. Swarz, B.T.M. Steins Bisschop. (2005). **Noodzaak plicht of wenselijkheid van maatschappelijk verantwoord ondernemen: een multidisciplinaire verkenning.** Den Haag: Boom Juridische Uitgevers. ISBN 90 5454 606 9.
- HANNAN, M.T., J. Freeman. (1989). **Organizational Ecology.** Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- HANLON, N.T. 'Sense of place, organizational context and the strategic management of publicly funded hospitals.' In: **Health Policy.** 2001, 58, pag. 151 – 173.
- HARDJONO, T.W., Bakker, R.J.M. (2001). **Management van processen. Identificeren, besturen, beheersen en vernieuwen.** Deventer: Kluwer, Zaltbommel: INK. ISBN 90 14 068 15 8.
- HARTELOH, P.P.M., B. Sprij, A.F. Casparie Patiëntensatisfactie en kwaliteit: een problematische relatie. In: **Maandblad Geestelijke Volksgezondheid.** 1992, 2, pag. 157 – 165.
- HARTELOH, P.P.M., A.F. Casparie. (1998). **Kwaliteit van zorg: van zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak.** Utrecht: De Tijdstroom.
- HASENFELD, Y. (1983). **Human Service Organizations.** Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc. ISBN 013 447490 2.
- HAUSMAN, A. 'Modeling the patient-physician service encounter: improving patient outcomes.' In: **Journal of the Academy of Marketing Science.** 2004, vol 32, no. 4, pag. 403 – 417.
- HAYS, W.L. (1981). **Statistics for the social sciences.** New York: Holt-Saunders International Editions. ISBN 4 8337 0004 2.
- HEAL, L.W., C.K. Sigelman. 'Response biases in interviews of individuals with limited mental ability.' In: **Journal of Intellectual Disability Research.** 1995, 39, 4, pag. 331 – 340.
- HEATH, A. (1976). **Rational choice and social exchange.** Cambridge/ London/ New York: Cambridge University Press. ISBN 0 521 29053 8.
- HECHTER, M. (1988). **Principles of group solidarity.** Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press. ISBN 0 520 06462 3.
- HECHTER, M. K. D. Opp, R. Wippler. (1990). **Social Institutions. their emergence, maintance, and effects.** Berlin/ New York: W. de Gruyter. ISBN 0 202 30409 4.
- HEERY, E. 'Industrial relations and the customer.' In: **Industrial Relations Journal,** 1993, 24, 4, pag. 284 – 295.
- HELDERMAN, J-K., F.T. Schut, T.E.D. van der Grinten, W.P.M.M. van de Ven. 'Market-oriented Health care reforms and policy learning in the Netherlands. In: **Journal of Health Policy and Law,** 2005, 30, nos. 1-2, pag. 189 – 209.
- HENDRY, C., A. Pettigrew. 'Human Resource Management: an agenda for the 1990s.' In: **International Journal of Human Resource Management** , 1990, 1(1), pag. 17 - 43.
- HERZBERG, F. 'Een aloude vraag: hoe motiveert men zijn medewerkers?.' In: **Harvard Holland**

- Review.** 1988, 14, pag. 108 – 121.
- HERZLINGER, R.E. (1997). **Market driven healthcare: who wins, who loses in the transformation of America's largest service industry.** Reading, MA: Perseus Books.
- HERZLINGER, R.E. (2002). **Let's put consumers in charge of health care.** Harvard Business Review 80 (7), pag. 44 – 55.
- HERZLINGER, R. (2004). **Consumer-driven healthcare.** San Francisco: Jossey-Bass.
- HESKETT, J., E., W.E. Sasser en L.A. Schlessinger. (1997). **Groeien door tevreden klanten.** F&G Publishing. ISBN 90 75432 690. (of Heskett, J.L, W.E. Sasser en L. Schlessinger, (1997), **The Service Profit Chain.** New York: Free Press.)
- HILL, C.W.L., T.M. Jones. 'Stakeholder-agency theory.' In: **Journal of Management Studies.** 1992, 29 (2), pag. 131 – 154.
- HILLAGE, J., J. Moralee. (1996). **The return on Investors.** IES Reports nr 314, Institute for Employment Studies. ISBN 18 51 842 403.
- HOEKSEMA, B.H., P.G.M. Jansen (2001). **Beheersingsaspecten van vraagsturing in de AWBZ.** Enschede: Hoeksema, Homans & Menting Organisatieadviseurs.
- HOLDEN, P., Littlewood, J. (1991). **Anthropology and Nursing.** London: Routledge.
- HORGAN, J. (2003). **High Performance Human resource Management in Ireland and the Netherlands: Adoption and Effectiveness.** Groningen, Utrecht, Nijmegen: ICS. ISBN 90 5170 725 8.
- HOVE, G. van. 'Co-Operatief onderzoek met personen met een verstandelijke handicap: op zoek naar theoretische ankerpunten en een moreel referentiekader.' In: **Wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap.** Utrecht: BBI en NGBZ, 1999, pag. 58 – 67.
- HOWARD, B., K.E. Gould. 'Strategic planning for employee happiness: a business goal for human service organisations.' In: **American Journal on Mental Retardation.** 2000, 105, 5, pag. 377 – 387.
- HRM Guide UK. (2002, may). **Research findings.**
- HUIJSMAN, R. 'Uitdagingen voor integraal zorgmanagement.' **ZM-magazine**, 2001, 5, mei, 2-5.
- HUIJSMAN, R. 'Gereedschapskist voor integraal zorgmanagement.' In: **VDB-magazine.** 2001, jrg 23, 4, pag. 24 – 26.
- HUIJSMAN, R. 'Stelselwijziging in zorg en welzijn.' In: **ZM-magazine.** 2005, nr.9, pag. 2 – 6.
- HUIZINGH, E. (2002). **SPSS 11.0 voor Windows en Data Entry.** Schoonhoven: Academic Service. ISBN 90 395 168 1.
- HUF, N.A. 'Denk mee met MIK-V.' In: **Handboek Kwaliteit van Zorg. Ontwikkelingen hulpmiddelen, projecten.** (2003) Maarsen: Elsevier Gezondheidszorg.
- HUMPHREY, Ch., K. Ehrich, B. Kelly. 'Policies affecting Human Resource Management in the NHS and their Implications for Continuity of Care.' A study undertaken for the **Continuity of Care Programme of the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO).** 2002. London: Kings College.
- HUSELID, M.A. The impact of human resource management practices on turnover, productivity and corporate financial performance. In: **Academy of Management Journal.** 1995, 38, pag. 635 – 672.
- HVAS, A.C., J. Thesen. 'To strengthen patient's own power and to counteract oppressive forces: empowerment in a medical perspective.' In: **Ugeskr Laeger,** 2002, 11, 164 (46), 5361 – 5365.
- INGERSOLL, G.L., M. Fisher, B. Ross, M. Soja, N. Kidd. 'Employee response to major organizational redesign.' In: **Appl Nurs Res.** 2001 (feb), 14 (1), pag. 18 – 28.
- INK. ([1997], 2000). **Handleiding positiebepaling en verbeteren zorginstellingen. Bewust werken aan verbeteren van resultaten.** 's-Hertogenbosch: Instituut Nederlandse Kwaliteit.
- ITTNER, Ch., D.F. Larcker. 'Measuring the impact of quality initiatives on firm financial

- performance.’ In: **Advances in the Management of Organizational Quality**. 1996, 1, pag. 1 – 37.
- JAFFEE, D. (2001). **Organization theory. Tension and Change**. Singagore/New York: McGraw-Hill Higher Education. ISBN 0 07 234166 1.
- JAGER, A. ‘The Netherlands’. In: C. Wallace (ed.), (2002). **HWF Research Report nr.1. Critical review of literature and discourses about flexibility**. Vienna: HWF Research Consortium, Institute for Advanced Studies.
- JANSSEN O. & M. Schuiling. 1998. ‘Organizational citizenship behaviors’: een kwestie van intrinsieke motivatie’. **Nederlands Tijdschrift voor Psychologie**. 53, pag. 64 – 75.
- JANZING, C. en J. Lansen (1993), **Milieu Therapie. Het arrangement van de klinisch-therapeutische setting**. Van Gorcum, Assen/Maastricht.
- JAYARAM, J., C. Droge, S.K. Vickery. ‘The impact of Human Resource Management practices on manufacturing performance.’ In: **Journal of Operations Management**. 1999, 18, 1, pag. 1 – 20.
- JOCHEMSEN, H. N.A. de Ridder-Sneep, J.J. Polder, C. Hendrix, H. Foekema. (2002). **Kiezen met zorg. Naar meer keuzevrijheid in het zorgstelsel**. Hardinxveld-Giessendam: Werkgroep Kiezen met Zorg.
- JOHNSON, J. ‘Linking employee perception to customers satisfaction.’ In: **Personnel Psychology**, 1996, 49, pag. 831 – 852.
- JONES, O. (1996). ‘Strategic HRM: the implications for pharmaceutical R&D.’ In: **Technovation**. 1996, 16, 1, pag. 21 – 32.
- JONGE, J. de & J.A. Landeweerd. 1992. ‘Werkdruk en autonomie’. In: **Tijdschrift voor Ziekenverpleging**. 1992, 13, pag. 465 – 468.
- JONGE, J. de, N. Boumans, J. A. Landeweerd, F. Nijhuis. ‘De relatie tussen werk en werkbeleving’. In: **Tijdschrift voor Verpleegkundigen**. 1995, 7, pag. 212 – 216.
- JONGE, J. de, N. Boumans, J. A. Landeweerd, F. Nijhuis. ‘Werkenmerken en werkbeleving’. In: **Tijdschrift voor verpleegkundigen**. 1995, 6, pag.186 – 189.
- JONGE, J. de. (1995). **Job autonomy, well-being, and health. A study among dutch health care workers**. Maastricht: Thesis Rijksuniversiteit Limburg. ISBN 90 900 8948-9. (proefschrift).
- JONGE, J. de, P.M. le Blanc, W.B. Schaufeli, S. van der Linden. ‘Verandering in werkenmerken in relatie tot verandering in burnnout en arbeidstevredenheid’. In: **Gedrag en organisatie**. 1998, 11 (3), pag.121 – 131.
- JONGE, J. de, J.A. Landeweerd. ‘Multi-niveau analyse van de relatie tussen werkenmerken en psychische gezondheid.’ In: **Verpleegkunde**. 1998, 4, pag. 227 – 239.
- KABENE, S. M., Orchard, C., Howard, J. M., Soriano, M., A., & Leduc, R. (2006). **The importance of human resource management in health care: A global context**. Human Resources for Health.
- KALLEBERG, A.L., J.W. Moody. ‘Human resource management and organizational performance.’ In: **American Behavioral Scientist**. 1994, 37, pag. 948 – 962.
- KAPLAN, R.S., D.P. Norton. ‘Measuring the strategic readiness of intangible assets.’ In: **Harvard Business Review**. 2004 (feb), 82 (2), pag. 52 – 63.
- KAUFMAN, B.E. ‘The theory and practice of strategic HRM and participative management. In: **Human Resource Management Review**. 2001, 11. 4, pag. 505 – 533.
- KEARNY, A.T., D. Arthur. (1992). **Perspectives in Total Quality**. London: Stahl – Business and Economics.
- KEIZER, J. Welke boeken? Top-5 boeken voor de adviseur in opleiding. In: **M&O. Themanummer: Organisatieadvies – wat is dat?** 2000, 54, 5/6, pag. 258 – 260.
- KENAGY, J.W., Berwick, D.M. ‘Shore, M.F. Service quality in health care.’ In: **JAMA**, 1999, 17, (7), pag. 661 – 665.
- KENNEDIE, H.W.R. (2005). **Waarde, waardering, waardigheid.Hospitality Care en de toekomst van**

- de Nederlandse Verpleeghuiszorg.** Amersfoort: Golden Tulip Hospitality Care.
- KERSTEN, M.C.O. 'Het betrekken van mensen met een verstandelijke handicap bij dataverzameling voor wetenschappelijk onderzoek: methodologische consequenties.' In: Flikweert, D.A., M.C.O. Kersten. (1999). **Wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap. Plenaire lezingen van het congres 29 – 30 oktober 1998.** Utrecht: NGBZ en BBI. ISBN 90 723396 09 x.
- KERSTEN, M.C.O., Schuurman, M.I.M. (2000). **Ervaren mogelijkheden en beperkingen: een instrument voor bevraging van mensen met een verstandelijke handicap.** Utrecht: Bisschop Bekkers Instituut.
- KERSTEN, M.C.O., E. Kieft, M.I.M. Schuurman. (2002). **Kwaliteit in perspectief. Resultaten van onderzoek naar de kwaliteitsevaluaties van Stichting Perspectief.** Utrecht: Landelijk kennis-Netwerk Gehandicaptenzorg. ISBN 90 806839 5 7.
- KESSELS, W.M., Poell, R.F. (2001). **Human Resource Development. Organiseren van het leren.** Samson. ISBN 90 14 07498.
- KEYTE, B., H. Gershon. 'Developing a succesful product line strategy.' **Health Care Strategic Management.** 1998, 16, 9, pag. 19 – 23.
- KIERS, B. 'De wens van de een is een knelpunt voor de ander.' In: **Ouderenzorg – Magazine**, 2000, 3, 9, pag. 10 – 13.
- KIESER, A., H. Kubicek. (1992). **Organisation.** Berlin/New York: Walter de Gruyter. (3e geheel herziene druk; oorspronkelijk 1977).
- KIRK, S., C. Glendinning. 'Trends in community care and patient participation: implications for the roles of informal carers and community nurses in the United Kingdom.' **Journal of Advantage Nursing.** 1998, 28 (2), pag. 370 – 381.
- KISTEMAKER, W., A. Visser. 'Patiëntensatisfactie en kwaliteit (2).' In: **Maandblad Geestelijke Volksgezondheid.** 1992, 3, pag. 420 – 424.
- KISTEMAKER, J.W.G., A.Ph. Visser. 'Betekenis van tevredenheid van patiënten voor kwaliteit van zorg.' In: **Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg.** 1995, 73, 4, pag. 214 – 224.
- KLERK, M. de. **Ouderen in instellingen. Landelijk overzicht van de leefsituatie van oudere tehuisbewoners.** Den Haag: SCP. ISBN 90 377 0247 3.
- KLUYTMANS, F. (1999). **Arbeidsrelaties tussen schijn en werkelijkheid : reflecties over personeelsmanagement.** Tilburg: Katholieke Universiteit Brabant. ISBN 90-267-2989-8. (proefschrift).
- KONINKLIJK besluit** d.d. 12 december 2003: 1: Den Haag: VWS.
- KORCZYNSKY, M. (2002). **Human Recource management in service work.** Houndsmills, Basingstoke, Hampshire, New York: Palgrave. ISBN 0 333 77441 8.
- KOSKA, M. T. 'High quality care and hospital profits: is the a link?' In: **Hospitals.** 1990, 5, pag. 62 – 68.
- KOSSOVSKY, M., P. Chopard, et al. 'Evaluation of quality improvement interventions to reduce inappropriate hospital use.' In: **International Journal for Quality in Health Care.** 2002, 14, pag. 227 – 232.
- KOTTER, J.P. (1996). **Leading change.** Boston: Harvard Business School Press.
- KRAAN, W. van der (2001). **Vraaggericht en vraaggestuurd. Een literatuuronderzoek naar vraaggerichtheid en vraagsturing in de gezondheidszorg.** Den Haag: ZonMw, Rotterdam: iBMG. ISBN 90 5763 03 3.
- KRAAN, W. van der (2006). **Vraag naar vraagsturing. Een verkennend onderzoek naar de betekenis van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg.** Rotterdam: iBMG. ISBN 90 8559 215 1. (proefschrift).
- KRAMER, M, Cl. Smalenberg. 'Job satisfaction and retention. Insights for the 90's.' In: **Nursing 91,** 1991, 21, 3, pag 50 – 55.

- KRAMER, B. (2001). **De bijdrage van strategische analyse aan strategievorming in de gezondheidszorg**. Rotterdam: iBMG. (proefschrift).
- KROGT, Th.P.W.M. van der, C.W. Vroom (1995). **Organisatie is beweging**. Utrecht: Uitgeverij Lemma BV. ISBN 90 51890 265.
- KRUIJTHOF, C.J. (2005). **Doctors orders. Specialists' day tot day work and their jurisdictional claims in Dutch hospitals**. Rotterdam: Kruijthof (proefschrift). ISBN 90 90 1938 8 X.
- KWEKKEBOOM, M.H. (2001). **Zo gewoon mogelijk**. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau. SCP-publicatie 2001/8. ISBN 90 377 0071 3.
- LAMMER, C.J., e.a. (2001). **Organisaties vergelijkenderwijs. Ontwikkelingen en relevantie van het sociologisch denken over organisaties**. Utrecht: Uitgeverij Het Spectrum. ISBN 90 274 6901.
- LANGE, W. de. (1999). 'Flexibilisering van arbeid en organisatie in de gezondheidszorg.' In: Dijk, J.K. van en J. Pool (red.), (1999). **Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg**. Deel 3. Nieuwe vormen van organisatie en leiding geven. Bohn, Stafleu, Van Loghum. Houten/Zaventhem. ISBN 90 313 2961 4.
- LANKHAAR, B.G. 'Tevredenheid met MIV-V: het meten van kwaliteit van zorg bij cliënten en medewerkers.' In: **ZorgSupport**. 2001, 3, pag. 10 – 14.
- LAPRÉ, R., F. Rutten en E. Schut. (1999). **Algemene economie van de gezondheidszorg**. Maarsen: Elsevier/Tijdstroom.
- LARKIN, H. (1999) **Satisfaction pays: Happier patients can bring fatter wallets**. AMA News.
- LAVE, Ch.A., J.G. March. (1975). **An introduction to models in the social sciences**. New York, Evanston, San Fransisco, London: Harper & Row, Publishers. ISBN 0 06 043861 4.
- LAWRENCE, P.R., J.W. Lorsch. (1967). **Organization an environment. Managing differentiation and integration**. Boston: Divison of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University.
- LAZEAR, E.P. (1996). **Performance pay and productivity**. NBER working paper 5672, Cambridge.
- LEGET, J. (1997). **Personeelsbeleid en succes van organisaties; resultaatgericht Human Resources Management in Nederland**. Deventer: Kluwer Bedrijfsinformatie. ISBN 90 267 26384.
- LEGGATT, S. (2003). **Factors supporting high performance in health care organisations**. Melbourne: Health Management Group La Trobe University NICS.
- LEGGE, K. (2005). **Human Resource Management. Rhetorics and Realities**. Anniversary Edition. Houdsmill, Basingstoke, Hampshire, New York: Palgrave MacMillan. ISBN 1 4039 3600 5.
- LEMMENS, K. P. Harteloh, J. A. Walburg. (2003). **De validiteit van kwaliteitssystemen in de zorginstellingen**. Rotterdam: Instituut voor Beleid Management Gezondheidszorg.
- LEIJTEN, A. Th. (1992). **Stimulerend personeelsmanagement: een effectiviteitsdiagnose**. Amsterdam: Thesis Publishers. (proefschrift).
- LE VAR, R.M. 'Patient involvement in education for enhanced quality of care.' In: **International Nursing Review**, 2002, 49 (4), pag. 219 – 225.
- LI, L.X., W.C. Benton, G.K. Leong. 'The impact of strategic operations management decisions on community hospital performance.' In: **Journal of Operations Management**. 2002, 20, 4, pag. 389 – 408.
- LINDENBERG, S. en F.N. Stokman (red). (1983). **Modellen in de sociologie**. Deventer: Van Loghum Slaterus. ISBN 90 6001 838 9.
- LINDENBERG, S. en F.N. Stokman (red). (1983). **Modellen in de sociologie**. Deventer: Van Loghum Slaterus. ISBN 90 6001 838 9.
- LINDENBERG, S. Afbeelden en verklaren met modellen in de sociologie. In: Lindenberg, S. en F.N. Stokman (red). (1983). **Modellen in de sociologie**. Deventer: Van Loghum Slaterus. ISBN 90 6001 838 9.
- LINDENBERG, S. 'Intrinsic motivation in a new light.' **ICS**, Groningen. 2001, workingpaper.
- MCCAIN, Sh-L.,S. Jang, C. Hu. 'Service quality gap analysis toward customer loyalty: practical

- guidelines for casino hotels.' In: **Hospitality Management**. 2005, 24, pag. 465 – 472.
- MacDUFFIE, J.P., F.K. Pil (1996). Changes in auto industry employment practices: an international overview. In: Kochan, T.A., R.D. Lansbury, J.P. MacDuffie (eds). **After lean production: evolving employment practices in the world auto industry**. New York: Cornell University Press.
- MacDUFFIE, J.P. 'Human resource bundles and manufacturing performance: organizational logic and flexible production systems in the world auto industry'. In: **Industrial and Labor Relations Review**, 1995, 48, pag. 197 – 221.
- MARK, A., P. Critten. 'Chaos and complexity – the future for health care hrm.' In: **Health Manpower Management**. 1998, vol. 24, 4, pag. 139 – 142.
- MARSICK, V.J., K.E. Watkins. (1999). **Facilitating learning organizations: making learning count**. Aldershot: Gower.
- MASO, I., A. Smaling. (1998). **Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie**. Amsterdam: Boom. ISBN 90 5352 446 0.
- MAST, J., A. Pool. (2003). **In de spiegel kijken: werken aan competenties in de thuiszorg**. Utrecht: Nizw.
- MASTENBROEK, W.F.G. (1989). 'Het partijen in een systeem model.' In: Cozijnsen A.J. en W.J. Vrakking. **Inleiding in de organisatie-veranderkunde**. Alphen aan den Rijn: Uitgeverij Samson.
- MASTENBROEK, W. (1989), Samenwerking als kritische succesfactor. Kwaliteit van de samenwerking bepalend voor de bedrijfscultuur. **Opleiding & Ontwikkeling**, 12, 25 - 29.
- McDUFF, D.R. en S.L. Keill. 'Organized Psychiatric Service Systems.' In: Talbott, J.A. (red.), (1992). **Textbook of Administrative Psychiatry**. Washington DC: American Psychiatric Press, Inc.
- MEININGER, A, M. Mineur, T. Vinke. 'Zorg in het Academisch Ziekenhuis Groningen; een kwestie van teamwork.' In: Benders, J., P. van Amelsvoort. (2000). **Zelfsturende teams in de dienstverlening**. Utrecht: Lemma.
- MERCHANT, K.A. (1985). **Control in business organizations**. New York: Pitman Publishing Inc.
- MESSCHENDORP, H.J., E. Weerd. R. van der Steenbeek. R. Dinkgeve, T. Meulenkamp, A. Mettendaf. (2002). **Werk in beeld. Brancherapport 2002. Medewerkersraadpleging CAO Arbeid en Gezondheid verpleeg en verzorgingshuizen**. Utrecht: Prismant.
- MESSCHENDORP, H.J., A.J. Blok, M.I. Koopmans, O. Wansink, M. van Vliet. (2004). **Werk in beeld brancherapport 2004. Tweede meting medewerkersraadpleging verpleeg- en verzorgingshuizen**. Utrecht: Prismant/ATOS.
- MESSCHENDORP, H.J., H.W. Kanters, M. Derks, G.D.J. van der Speld, J.E. Grunveld, E.M. Ott. (2004). **Personeel in beeld, 2004. Hermeting van het arbeidsbelevingsonderzoek bij instellingen die vallen onder de CAO-ziekenhuizen**. Utrecht: Prismant.
- MEURS, P. (1990). 'Samenwerken rond de patient, hoe doe je dat?' In: Donker. M., L. Bär. **Het voetvolk in de frontlinie**. Deventer: De Tijdstroom.
- MEYER, J.W., B. Rowan. 'Institutionalized organizations: formal structures as myth and ceremony', reprinted in W.W. Powell, P.J. DiMaggio (eds.). (1991). **The New Institutionalism in Organizational Analysis**. Chicago: University of Chicago Press.
- MILTENBURG, Th.E.M., C.C. Ramakers. 'Evaluatie-onderzoek persoonsgebonden budget in Nederland.' **Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen**, 1996, 77 (1), pag. 422 – 429.
- MINTZBERG, H. (1979). **The structuring of organizations: a synthesis of the research.**: Englewood Cliffs New York: Prentice Hall. ISBN 0 13 853 771 2.
- MINTZBERG, H. (1992). **Organisatiestructuren**. Schoonhoven: Academic Service Economie en Bedrijfskunde. ISBN 90 5261 050 9.
- MILES, R., C. Snow. 'Designing strategic human resources systems.' In: **Organizational Dynamics**, 1984 (summer-edition), pag. 36 –52.

- MOL, A. (2006). **De logica van het zorgen; actieve patiënten en de grenzen van het kiezen**. Amsterdam: Van Gennip. ISBN 90 5515 652 3.
- NATIONALE Commissie Chronisch Zieken. (1999). **Chronisch-ziekenbeleid in de jaren negentig**. Utrecht: Uitgever SWP.
- NELSON, P. 'Information and consumer behavior.' In: **Journal of Political Economy**. 1970, 78, 20, pag. 311 – 329.
- NONAKA, I., H. Takeuchi (1995). **The knowledge Creating Company: how Japanese Companies create the dynamics of innovation**. New Yoirk: Oxford University Press.
- NOORT VAN, W. (2002). Organisatievernieuwing in de zorg. Veranderingen in een sector onder druk. In: **Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken**. 18, (3), pag. 180 - 195.
- NORMANN, R. (1991). **Service Management. Strategy and Leadership in Service Business**. Chichester: John Wiley & Sons Ltd. ISBN 0471 92885 2.
- NIJENHUIS, H. 'Meneer, u past niet in ons profiel.' In: **VWS-bulletin**, 1998, 1, p 11-13.
- OLIVER, R. L., J.E. Swan. 'Consumer Perceptions of Interpersonal Equity and Satisfaction.' In: **Journal of Marketing**, 1989, 53 (april), pag. 21 – 35.
- OLIVER, C. 'Sustianable competitive advantage: combining institutional and resource-based views'. In: **Strategic Management Journal**. 1997, 18, pag. 697 – 713.
- OLSON, M., (1971). **The logic of collective action. Public goods and the theory of groups**. Cambridge, Massachusetts, London: Harvard University Press. ISBN 0 674 53751 3.
- OMMEN, M. van (1988), **Tussen professionele autonomie en wederzijdse aanpassing. Drukkerij van Denderen**. Groningen.
- OORSCHOT, J.A. van, Fr.C.A. Jaspers, J.H. Schaaf, F. Linnebank, C.A.G. Oostveen, J.T. Braaksma. (1995). **Professionele autonomie van de medisch specialist**. Assen: Van Gorcum & Comp.
- OSTERMAN, P. 'How common is workplace transformation and how can we explain who does it?' In: **Industrial and Labor Relations Review**. 1994, 47, pag. 173 – 188.
- OSTROFF, F. (1993). **The horizontal organization: what the organization of the future actually looks like and how it delivers value to customers**. New York: Osford University Press. ISBN 0 19 512138 4.
- OTT. M., J.K. van Dijk, H-J. Messchendorp. 'HRM en klanttevredenheid in de ouderenzorg.' In: **Tijdschrift voor HRM**. 2004, 7e jrg, 2. pag. 83 – 98.
- OUDENAMPSEN, D.G. (1998). 'De patiënt als nieuwe partij in de gezondheidszorg.' In: **Handboek structuur en financiering gezondheidszorg**. Maarsen: Elsevier/Tijdstroom.
- OUDENAMPSEN, D.G (1999). **De patiënt als burger. De burgers als patiënt. Burgerschap en kwaliteitsbeoordeling in de gezondheidszorg**. Utrecht: Verwy Jonker Instituut. (proefschrift).
- OUDENAMPSEN, D.G. 'Primaire proces wordt in de discussie verwaarloosd. De zorggebruiker versus vraagsturing en vraaggerichtheid.' In: **Health Management Forum**, 2002, 8, 2, pag. 26 – 27.
- PAAUWE, J., R. Richardson. 'Introduction to special issue on HRM and performance.' In: **International Journal of Human Resource Management**. 1997, 8, pag. 257 – 262.
- PAAUWE, J., A.R.T. Williams en A. Keegan. (1998). **Market situation, competitive advantage and importance of personnel. The strategic position of the personnel function under divers market conditions**. Erasmus University Rotterdam, Rotterdam Institute for Business Economic Studies. ISBN 90 5086 305 1.
- PAAUWE, J. P. Boselie. 'Challenging 'strategic HRM' and the relevance of the institutional setting.' In: **Human Resource Management Journal**. 2003, 13, 3, pag 56 – 70.
- PAAUWE, J. (2004). **HRM and Performance. Achieving long term viability**. Oxford: Oxford University Press. ISBN 0 19 927 391 X.
- PARADISE-TORNOW, C.A. 'Management effectiveness, service quality, and organizational performance in banks.' In: **Human Resource Planning**, 1991, 14, pag. 129 – 140.

- PARASURAMAN, A., V.A. Zeithaml, L. Berry. 'A conceptual model of service quality and its implications for future research.' In: **Journal of Marketing**. 1985, 49 (fall), pag. 41 – 50.
- PARASURAMAN, A., V.A. Zeithaml, L. Berry. 'SERQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality.' In: **Journal of Retailing**, 1988 (spring), pag. 12 – 40.
- PARASURAMAN, A., Grewal. 'Serving Customers and Consumers Effectively in the 21st Century: a conceptual framework and overview.' In: **Journal of the academy of marketing Science**. 2000, 28, 1, pag. 9 – 16.
- PARKINGTON, J., Schneider, B. (1979). 'Some correlates of experienced job stress: a boundary role study.' In: **Academy of Management Journal**. 1979, 22, pag. 270 – 281.
- PARRA, B. de la, R. Sltoman, H. Tilleman, T. Spannenburg. (2000). **Managen van competenties in organisaties**. Utrecht: Lemma.
- PASCOE, G.C. 'Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. In: **Evaluation and Program Planning**. 1983, 6 (3-4), pag. 185 – 210.
- PECCEI, R., P. Rosenthal. 'The antecedents of employee commitment to customer service: Evidence from a UK service context.' In: **The International Journal of Human Resource Management**, 1997, 8, 1, pag. 67 – 86.
- PECCEI, R., P. Rosenthal. 'Delivering customer-oriented behaviour through empowerment: An empirical test of HRM assumptions'. In: **Journal of Management Studies**. 2001, 38, 6, pag. 831 – 857.
- PECCEI, R. 'Human Resource Management en de zoektocht naar 'geluk' op de werkplek'. In: **Tijdschrift voor HRM**, 2004, 7e jrg, zomerspecial, pag. 67 – 82.
- PECCEI, R. (2004 a). **Human Resource Management and the search for the happy workplace**. Rotterdam: Erasmus Research Institute of Management, Erasmus University Rotterdam.
- PFEFFER, J. (1994). **Competitive advantage through people: unleashing the power of the work force**. Massachusetts/Boston: Harvard Business School Press. ISBN 0 87584 413 8.
- PFEFFER, J. (1998). **The human equation: building profits by putting people first**. Boston: Harvard Business School Press. ISBN 0 87 584 841 9.
- PHILIPSEN, H. 'Vraaggestuurde zorg: het belang van professionele funclering van de 'erkende vraag' naar zorg.' In: Boon, L. (1997). **Vraaggestuurde zorg**. Sympoz reeks Ontwikkelingen in de gezondheidszorg, deel 24. Amstelveen: Stichting Sympoz. ISBN 90 71725 21 9.
- PIL, F.K. en J.P. MacDuffie. 'The adoption of high-improvement work practices.' In: **Industrial Relations**. 1996, 35, 6, pag. 423 – 455.
- POPPER, K.R. (1968). **Conjectures and refutations: the growth of scientific knowlegde**. New York, Hagerstown, San Fransico, London: Harper Torchbooks, Harper & Row Publishers. SBN 06 131376 9.
- POPPER, K.R. (1972). **Objective knowledge, an evolutionary approach**. Oxford: Clarendon Press.
- PORTER, M.E. (1980). **Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors**. New York: Free Press.
- PRATSCHKE, J. (2000). **The work grievances of hospital nurses in Ireland and Southern Italy**. Paper presented at Labour Process Conference, University of Stathclyde, april.
- PRINS, P. E. Hendrickx, R. Janvier, I. Willems. 'The added value of innovative HRM and organisational practices for the quality of care and care work: an applicatioon in Flemish old age and nursing homes.' In: Koronka, C. (2005). **Change and Quality in Human Service Work**. Munchen: Hampp. pag. 97 – 116.
- PRISMANT. **Wachlijsten voor medisch specialistische zorg in ziekenhuizen. Resultaten per april/mei 2001**. Utrecht: Prismant.
- PRISMANT. **Wachlijstfonds 2000. De verandering gaat door**. Utrecht: Prismant.
- PURCELL, J. Best Practice and best fit: chimera or cul-de-sac? In: **Human Resource Management Journal**. 1999, 9, pag. 26 – 41.

- PURCELL, J., Kinnie, N., Hutchinson, S. (2003). **Understanding the people and performance link: unlocking the blackbox**. London: Chartered Institute of Personnel and Development.
- PURCELL, J. (2004). 'Het verband tussen HRM en performance: waarom, hoe en wanneer heeft personeelsmanagement invloed op de prestaties van organisaties?' In: **Tijdschrift voor HRM**, 7e jrg, zomerspecial, pag. 31 – 61.
- PUTTERS, K. en T.E.D. van der Grinten.(1999). **Maatschappelijk ondernemen in de zorg**. In: Handboek Structuur en financiering Gezondheidszorg. Maarsen: Elsevier/ de Tijdstroom.
- PUTTER, K. (2001). **Geboeid ondernemen. Een studie naar het management in de Nederlandse ziekenhuiszorg**. Assen: Van Gorcum. ISBN 90 232 3766 8. (proefschrift).
- PUTTERS, K. 'Hervormingen onder de kaasstolp. De moeizame weg naar vraaggestuurd ziekenhuismanagement.' In: **M&O**, (2003), nr. 3. pag. 47 – 60.
- RAAD Maatschappelijke Ontwikkeling. (2002). **Bevrijdende kaders**. Den Haag: RMO.
- RAAD voor de Volksgezondheid & Zorg. (1998a) **Redesign van de eerste lijn in transmurale perspectief**. Zoetermeer: RvZ.
- RAAD voor de Volksgezondheid & Zorg. (1998b). **Naar een meer vraaggerichte zorg**. Zoetermeer: RvZ.
- RAAD voor de Volksgezondheid & Zorg. (2000). **De rollen verdeeld. Burger, ondernemer en overheid in de gezondheidszorg**. Zoetermeer: RVZ.
- RAAD voor de Volksgezondheid en Zorg. (2000). **Ondernemersgedrag in de gezondheidszorg**. Zoetermeer: RVZ.
- RAAD voor de Volksgezondheid & Zorg. (2002). **Winst en gezondheidszorg**. Zoetermeer: RVZ.
- RAAD voor de Volksgezondheid & Zorg. (2003). **Van patiënt tot klant**. Zoetermeer: RVZ.
- REICHHELD, F, E. Sasser. 'Zero Defections: quality comes to services.' In: **Harvard Business Review**. 1990, 68, pag 105 – 111.
- REYNOSO, J., B. Moores. 'Towards the measurement of internal service quality. In: **International Journal of Service Industry Management**. 1995, nr. 6. pag. 64 – 83.
- RICHARD, O.C., N. Brown Johnson. 'Strategic Human Resource management effectiveness and HRM performance.' In: **International Journal of Human Resource Management**. 2001, 12 (2), pag. 299 – 310.
- ROGIER, J.J.H. (1998). **De wisselwerking tussen organisatie en markt. Ontwerp van een instrument voor ondernemers die hun besturing willen balanceren**. Groningen: Rogier. (proefschrift).
- RONDEAU, K. V., & Wagar, T., H. (2001). Impact of human resource management practices on nursing home performance. In: **Health Services Management Research**. 14, (3), pag. 192 - 202.
- ROSENGREN, W.R., Lefton, M. e.a. (1970). **Organizations and clients. Essays in the Sociology of Service**. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill Publishing Company. ISBN 0 675 09314 7.
- ROTH, A.V., M. van der Velde. 'Operations as Marketing: a competitive service strategy. In: **Journal op Operations Management**. 1991, 10, 3, pag.303 – 329.
- RUST, R., A.J. Zahorik. 'Customer satisfaction, customer retention, and market share.' In: **Journal of Retailing**. 1993, 69, pag. 193 – 215.
- RYAN, A., Schmidt, M., Johnson, R. 'Attitudes and effectiveness: Examining relations at an organisational level.' In: **Personnel Psychology**. 1996, 49, pag. 853 – 882.
- SCHAMPHELEIRE, W. de. (1985). **De techniek van de enquête. Een inleiding**. Amersfoort/Leuven: Acco. ISBN 90 334 1149 0.
- SCHELLING, T.C. (1978). **Micromotives and macrobehavior**. new York/London: W.W. Norton & Company. ISBN 0 393 09009 4.
- SCHENE, A., H. Verburg. 'Programma's in de geestelijke gezondheidszorg. Historie, stand van zaken en vragen voor de nabije toekomst.' In: **MGv**, 1999, 11, pag. 1127 – 1138.
- SCHLESINGER, L.A, J. Zornitsky. 'Job satisfaction, service capability, and customer satisfaction: An

- examination of linkages and management implications.' In: **Human Resource Planning**, 1991, 14, pag. 141 – 150.
- SCHMIDT, M., S. Allscheid. 'Employee attitudes and customer satisfaction: making theoretical and empirical connections.' In: **Personnel Psychology**. 1995, 48, pag. 521 – 536.
- SCHNEIDER, B., J. Parkington, V. Buxton. 'Employee and customer perception of service in banks.' In: **Administrative Science Quarterly**. 1980, 25, pag. 252 – 267.
- SCHNEIDER, B., D. E. Bowen. 'Employee and customer perceptions of service in banks: replication and extension.' In: **Journal of Applied Psychology**. 1985, 70, 3, pag. 423 – 433.
- SCHNEIDER, B., D.E. Bowen. 'The Service Organisation. Human resource management is critical.' In: **Organizational Dynamics**, 1993, pag. 39 – 52.
- SCHNEIDER, B., D.E. Bowen. (1996). **Service. De regels van het spel**. Amsterdam/ Antwerpen: Uitgeverij Contact. ISBN 9025407560.
- SCHNEIDER, B., S. White, M. Paul. (1998). 'Linking service climate and customer perceptions of service quality.' In: **Journal of Applied Psychology**. 1998, 83, 2, pag. 150 – 163.
- SCHOLTEN, G. (1994). **De omsingeling van medisch specialisten. Een organisatie-sociologisch onderzoek naar de relatie tussen de overheid en de medische specialisten**. Uithoorn: G. Scholten. (proefschrift).
- SCHOLTEN, G. en T van der Grinten. 'Tussen medicus en management. Organisatie-ontwerpen voor het ziekenhuis.' In: **M&O**, 1997, 51e jrg, 6, pag. 7 – 23
- SCHOLTEN, G. en T van der Grinten. 'Medische staf op weg naar partnership? De deelname van medisch specialisten in de besturing van Nederlandse ziekenhuizen.' In: **Acta Hospitalia**. 2003, 2, pag. 7 – 20.
- SCHOLTEN, G., L. Jaques. 'Leiderschap: de zoektocht naar de Heilige Graal.' In: **M&O**. 2005, nr 1 (jan/feb), pag. 86 – 94.
- SCHRIJVERS, A.J.P. 'Toegang, kwaliteit en kosten van de gezondheidszorg.' In: Boon, L. Symposreeks **Ontwikkelingen in de Gezondheidszorg, Vraaggestuurde zorg**. Deel 24. Amstelveen: L. Boon. ISBN 90 71725 219.
- SCHULER, R.S., S. Jackson. 'Linking competitive strategies and human resource management practices.' In: **Academy of Management Executive**. 1987, 1 (3), pag 207 – 219.
- SCHULER, R.S. 'Strategic human resource management: linking the people with the strategic needs of the business.' In: **Organizational Dynamics**, 1992 (summer-edition), pag. 18 – 32.
- SCHUT, E. (2003). **De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg**. Rotterdam: Erasmus Universiteit. (oratie).
- SCOTT, W.R., J.W. Meyer. 'The organization of societal sectors.' In: Meyers, J.W., W.R. Scott. (1983). **Organizational Environments: Ritual and Rationality**. Thousand Oaks, CA: Sage. (Revised version, pag. 108 – 140 in: **The new Institutionalism in Organizational Analysis**. (1991). edited by Powell, W.W., P.J. DiMaggio. Chicago: University of Chicago Press.)
- SCOTT, W.R. (2001). **Institutions and Organizations. (second edition)**. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications. ISBN 0 7619 2001 3.
- SCOTT, G. (2001) 'The voice of the customer: Is anyone listening?' In: **Journal of Healthcare Management**. 2001, 46 (6), pag. 361 – 364.
- SEGERS, J.H.G. (1989). **Methoden voor de sociale wetenschap**. Assen/Maastricht: Van Gorcum. ISBN 90 232 2286 5.
- SEGERS, J.H.G., J.A.P. Hagens (red.). (1980). **Sociologische onderzoeksmethoden. Deel II, Technieken van causale analyse**. Assen: Van Gorcum. ISBN 90 232 1778 0.
- SEMLER, R. (1993). **Turning the tables**. New York: Times Books.
- SEWELL, C., P.B. Brown. (1990). **Customers for life**. New York: Doubleday Currency.
- SHIELD, M.A. M. Ward. 'Improving nurse retention in the National Health Service in England: the

- impact of job satisfaction on intentions to quit.' In: **Journal of Health Economics**. 2001, 20, pag. 677 – 701.
- SICOTTE, C., F. Champagne, A.P. Contandriopoulos, J. Barnsley, F. Beland, S.G. Leggat, J.L. Denis, H. Bilodeau, A. Langley, M. Bremond, G.R. Baker. 'A conceptual framework for the analysis of health care organisations' performance.' In: **Health Services Management Research**, 1998, 11, pag. 24 – 28.
- SIEPKAMP, J.P.S., van den. 'Verankering van vraaggestuurde zorg.' In: **ZM-magazine**, 2000, 30, 6, pag. 20 – 25.
- SILVERMAN, D. (2000). **Doing Qualitative Research. A practical handbook**. London/Thousand Oaks/New Dehli: Sage Publications. ISBN 0 7619 5823 1.
- SILVERMAN, D. (2001). **Interpreting Qualitative Data. Methods for analysing talk, text and interaction**. London/Thousand Oaks/New Dehli: Sage Publications. ISBN 0 7619 6865 2.
- SIMONS, P.R.J. 'New roles for HRD-officers and managers in learning organisations. 1995, <http://www.creamofscience.org/nl/page/search.results>.
- SINGH, J.V., D.J. Tucker, R.J. House. 'Organizational legitimacy and the liability of newness.' In: **ASQ**. 1986, 31, pag. 171 – 193.
- SINGH, J.V., R.J. House, D.J. Tucker. 'Organizational change and organizational mortality. In: **ASQ**. 1986, 31, pag. 587 – 611.
- SIMPSON, E.L., House, A.O. Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. In: **BMJ**, 2002, 30, 325 (7375), 1265.
- SLUIJS, A. (1993). **Van basis tot budget**. Utrecht: Lemma. ISBN 90 5189 256 X.
- SLUIJS, E., D. de Bakker. 'Ketenzorg: een zoektocht naar nieuwe samenwerkingsvormen.' In: **Kwaliteit in beeld**, (1999), 9 (4), pag. 2 – 5.
- SNYDER, R. 'Market segmentation: Successfully targeting the senior population.' In: **Cor Healthcare Market Strategist**. 2001, 2 (10), pag. 14 – 17.
- SOCIAAL Cultureel Planbureau. (1984). **Sociaal en Cultureel Rapport 1984**. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- SOCIAAL Cultureel Planbureau. (1986). **Sociaal en Cultureel Rapport 1986**. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- SOCIAAL Cultureel Planbureau. (1988). **Sociaal en Cultureel Rapport 1988**. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- SOCIAAL Cultureel Planbureau. (1998). **Sociaal en Cultureel Rapport 1998. 25 jaar sociale verandering**. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- SOCIAAL Cultureel Planbureau. (2000). **Sociaal en Cultureel Rapport 2000. Nederland in Europa**. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- SOCIAAL Cultureel Planbureau. (2002). **Sociaal en Cultureel Rapport 2002. De kwaliteit van de quartiaire sector**. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- SOCIAAL Cultureel Planbureau. (2004). **Sociaal en Cultureel Rapport 2004. In het zicht van de toekomst**. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- SHORTELL, S.M., C.L. Bennett et al. 'Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice: what it will take to accelerate progress.' In: **The Milbank Quartely**. 1998, 76 (4), pag. 593 – 624.
- STALKER, K. Doing research with people with learning difficulties. **Research policy and planning**. 1997, 15, 2, 46.
- STALKER, K. 'Some ethical and methodological issues in research with people with learning difficulties.' In: **Disability and Society**. 1998, jrg 13, 1, pag. 5 – 19.
- STEENDEREN, A. van. 'Kern van het probleem.' In: **Personeelsbeleid**. 1998, 7/8, pag. 42 – 46.
- STERMAN, J.D., N.P. Repenning, F. Kofman. 'Unanticipated Side Effects of Successful Quality

- Programs: Exploring a Paradox of Organizational Improvement.' In: **Management Science**. 1997, 43, (4), pag. 503 – 521.
- STICHTING Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. (2002). **Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg. Certificatieschema versie 2002**. Utrecht: HKZ.
- STOGDILL, R. (1974). **Handbook of Leadership: A survey of theory and research**. New York: The Free Press.
- STOOP, I.A.L. (2005). **De jacht op de laatste respondent**. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau. ISBN 90 377 0223 6.
- SWAAN, A. (1989a). **De zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd**. Amsterdam: Bert Bakker. ISBN 90 351 0685 7.
- SWAAN, A. (1989b). **De mens is de mens een zorg**. Amsterdam: Meulenhoff. ISBN 90 290 9952 6.
- SWANBORN, P.G. (1973). **Variabelen en hun meting. Een onderzoek naar de 'variate language' in de sociologie en naar de aard van de meting van variabelen**. Meppel: Boom.
- SWANBORN, P.G. (1977). **Aspecten van sociologisch onderzoek**. Meppel: Boom. ISBN 90 6009 603 7.
- SWANBORN, P.G. (1982). **Schaaltechnieken. Theorie en praktijk van acht eenvoudige procedures**. Meppel: Boom. ISBN 90 6009 531 6.
- SWANBORN, P.G. (1987). **Methoden van sociaal wetenschappelijk onderzoek**. Meppel: Boom. ISBN 90 6009 796 3.
- SWANBORN, P.G. 'Het ontwerpen van case-studies: enkele keuzen.' In: **Mens & Maatschappij**, 1994, 3, pag. 322 – 335.
- SWANBORN, P.G. (2003). **Case-study's. Wat, wanneer en hoe?** Amsterdam/Meppel: Boom. ISBN 90 5352 294 8.
- TATTERSALL, R.I. 'The expert patient: a new approach to chronic disease management for the twenty-first century.' In: **Clinical Medicine**, 2002, 2 (3), pag. 227 – 229.
- TAZELAAR, F. (1980). **Mentale incongruenties – sociale restricties – gedrag. Een onderzoek naar beroeps participatie van gehuwde vrouwelijke academici**. Utrecht: zonder uitgever, (proefschrift).
- TEBES, J.K., S.M. Bowler, S. Shah, C.M. Connell, E. Ross, R. Simmons, D. Tate, M.J. Chinman, J.S. Kaufman. 'Service access and service system development in a childrens's behavioral health system of care.' In: **Evaluation and Program Planning**, 2005, 28, pag. 151 – 160.
- TEN HAVE, S., N. Manders. 'Medewerkerstevredenheid in zeven stappen' In: **Personeelsbeleid**. 1996, 5, pag. 51 – 55.
- TERPSTRA, E. 'Beleidsmatige dilemma's bij de vormgeving van vraaggestuurde zorg.' In: Boon, L. (1997). **Symposiumreeks Ontwikkelingen in de Gezondheidszorg, Vraaggestuurde zorg**. Deel 24. Amstelveen: L. Boon. ISBN 90 71725 219.
- THIERRY H., P.L. Koopman, H. van der Flier. (1992). **Wat houdt mensen bezig**. Utrecht: Lemma.
- THOMASSEN, J.-P.R. (2000). **Waardering door klanten. Klantenmanagement als fundament voor Totale Kwaliteit**. Deventer: Samson; 's-Hertogenbosch: INK. 90 14 07077 2.
- TONKENS, E. (2003). **Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerving, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector**. Utrecht: NIZW.
- TORNOW, W.W., J.W. Wiley. 'Service quality and management practices: a look at employee attitudes, customers satisfaction, and bottom-line consequences.' In: **Human Resource Planning**, 1991, 14, pag. 105 – 116.
- TOWNSEND, M.C. (1990). **Verpleegkundigen diagnostiek in de psychiatrie**. De Tijdstroom, Lochem.
- TUMMERS, G.E.R., J.A. Landeweerd, G.G. van Merode. Organisatieaspecten, ervaren werkkenmerken en werkreacties in de verpleging. In: **Verpleegkunde**. 2000, 15, 3, pag 132 – 142.
- TURCK, L. de. 'Multidisciplinaire samenwerking en botsende professies.' In: **Tijdschrift voor**

- Andragogiek.** 1988, 1-2, pag. 46 – 58.
- TWEEDE Kamer der Staten Generaal. brief van 15 september 2003. **Stappen naar een toegankelijke, betaalbare, solidaire en doelmatige AWBZ.** Den Haag: VWS.
- TWEEDE Kamer, brief van september 2003. **Plan van aanpak invoering functiegerichte bekostiging AWBZ.** Den Haag: VWS.
- TWEEDE Kamer der Staten Generaal. brief van april 2004: **Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning.** Den Haag: VWS.
- TRUSS, C., L. Gratton, 'Strategic Human Resource Management: A Conceptual Approach.' In: **International Journal of Human Resource Management.** 1994, 5, 3, pag. 663 – 686.
- TZENG, H., S. Ketefian, R. Redman. 'Relationship of nurses' assessment of organisational culture, job satisfaction and patientsatisfaction with nursing care.' In: **International Journal of Nursing Studies.** 2002, 39, pag. 79 – 84.
- ULRICH, D., R. Halbrook, D. Meder, M. Stuchlick, S. Thorpe. 'Employee and customer attachment: synergies for competitive advantage.' In: **Human Resource Planning,** 1991, 14, pag. 89 – 104.
- ULRICH, D. (1997). **Human resource champions: The next Agenda for Adding Value and Delivering Results.** Boston: Harvard Business School Press.
- ULRICH, D. 'Measuring human resource: an overview of practice and a prescription for results. In : **Human Resource Management.** 1997, 3 (36), pag. 303 – 320.
- ULRICH, D., W. Brockbank. (2005). **The HR-value proposition.** Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press. ISBN 1 59139 707 3.
- ULTEE, W.C. De theorie en methodologie van de problemen, toegelicht aan de hand van de theoretische problemen van de sociologie. In: **Mens en Maatschappij,** 1974, jrg. 49, pag. 4 – 28.
- ULTEE, W.C. (1980). **Fortschritt und stagnation in der Soziologie. Eine kritische Untersuchung soziologischer Traditionen.** Darmstadt, Neuwied: Luchterhand. ISBN N 3 472 75114 2.
- ULTEE, W.C., W. Arts, H. Flap. (1996). **Sociologie: vragen, uitspraken, bevindingen.** Groningen: Wolters Noordhoff. ISBN 90 01 87282 4.
- VAALBURG, A.M., G. Goudriaan. 'Vraagrijkheid vanuit gebruikersperspectief.' In: **Medisch Contact.** 1998, 53, 6, pag. 204 – 206.
- VERBEEK, G. 1999. **Zorg in Samenspel. Samenwerking tussen cliënten en hun zorgverleners in vraaggerichte of vraaggestuurde zorg.** Utrecht: NIZW.
- VERBEEK, G., T. Tiemersma. (1998). **Aan elkaar gewaagd? Oriëntatie op het samenspel tussen cliënt en zorgverlener in een vraaggerichte zorg.** Utrecht, NIZW.
- VERBEEK, G. (1999). **Zorg in samenspel; samenwerking tussen cliënten en hun zorgverleners in vraaggerichte of vraaggestuurde zorg.** Utrecht: NIZW.
- VERBURG, R.M. (1998). **Human Resource Management: optimale HRM-praktijken en Configuraties.** Amsterdam: Vrije Universiteit.
- VERHEGGEN, F.W., P.P. Harteloh. 'Service quality in health care: the application of the results of marketing research.' In: **Salud Publica Mex,** 1993, 35 (3), pag. 316 – 320.
- VINKE, R. 1997. **Motiveren van medewerkers.** Deventer: Kluwer Bedrijfsinformatie.
- VINKE, R. (2004). **Zoeken naar intrinsieke motivatie.** 's-Gravenhage: Reed Business Information. ISBN 90 5901 305 0.
- VISSER, J. 'Op papier staan we sterk: cliëntenraden in zorginstellingen.' In: **Zorgvisie,** 1998, 1, pag. 22 – 25.
- VLOEBERGHIS, D. (2000). **Handboek Human Resource Management. Management competenties voor de 21 ste eeuw.** Leuven/Amersfoort: Acco. ISBN 90 334 3890 9.
- VOSSelman, E.G.J. (1996). **Ontwerp van 'management control'systemen. Een economische benadering.** Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappen.
- VRIES, de. R. 'Arbeidsvoorwaarden in de gezondheidszorg: historie, heden en blik op de toekomst.'

- In: Dijk, J.K. van en J. Pool (red.), (1999). **Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg.** Deel 1. Arbeidsmarkt, personeelsvoorziening en arbeidsvoorwaarden; Bohn, Stafleu, Van Loghum. Houten/Zaventhem. ISBN 90 313 2562 7.
- VRIES, S, de, Wortel, E., Nauta, A. (2003). **Execelleren voor en door mensen. Theorie en praktijk voor optimaal Human Resource Management.** Deventer/Zaltbommel: Kluwer/INK. ISBN 90 13 00575 6.
- VRIES, K. de (2006). **De klant is koning. Gezocht: perfecte hofhouding. Een onderzoek naar het gewenste jobdesign om in de extramurale ouderenzorg vraaggerichte diensten te kunnen verlenen.** Rotterdam: iBMG. (master scriptie)
- VUORI, H. 'Patiënt satisfaction: an article or indicator of quality?' In: **Quality Review Bulletin.** 1987, 13, 3, pag. 108 – 115.
- VWS. (1999). **Zicht op zorg. Plan van aanpak Modernisering AWBZ.** Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS. (2001). **Zorg met toekomst. Een verkenning op het terrein van de volksgezondheid en de gezondheidszorg.** Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS (2001), **Met zorg kiezen. De toerusting van patiënten en consumenten in een vraaggestuurde zorg.** Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS. (2001), **Vraag aan bod. Hooflijnen van vernieuwing van het zorgstelsel.** Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS (2002) **Besluit AWBZ zorgaanspraken.** Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS (2003). **Klanten kiezen.** Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS (2004). **Naar een betaalbare AWBZ.** Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- WALBURG, J.A. (1997). **Integrale kwaliteit in de gezondheidszorg.** Deventer: Kluwer Bedrijfsinformatie. ISBN 90 267 2644 9.
- WALBURG, J.A., J. Brinkmann. (red.), (2001). **Kwaliteit is geen toeval. De praktijk van de kwaliteitszorg in de GGZ.** Utrecht: GGZ Nederland. ISBN 90 72513 088.
- WALBURG, J.A. (2003). **Uitkomstenmanagement in de gezondheidszorg. Het opbouwen van lerende teams in zorgorganisaties.** Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg. ISBN 90 352 2636 4.
- WALLACE, J.E. 'Corporatist control and organizational commitment among professionals: the case of lawyers working in law firms.' In: **Social Forces.** 1995, 3 (73), pag. 811 – 840.
- WATSON, T. (1986). **Management, organization en employment strategy; New directions in theory and practice.** London: Routledge.
- WEERT van Oene, G.H. de. (1996). **Bij het scheiden van de markt: het scheiden van wonen en zorg in een verzorgingshuis. Innovaties in de ouderenzorg, deel 1.** Utrecht: Universiteit Utrecht, vakgroep Algemene Gezondheidszorg.
- WEGGEMAN, M.C.D.P. (1997). **Leidinggeven aan professionals.** Alphen a/d Rijn: Samson H.D. Tjeenk Willing.
- WEGGEMAN, M.C.D.P., Berends, J.J. 'Facilitating knowledge sharing in non-hierarchical workrelations. In: Schreinemakers, J., J.P. Barthès (eds.), (1999). **Advances in knowledge management.** Würzburg: Ergon Verlag. pag. 57 – 69.
- WEISBERG, S. (1985). **Applied linear regression.** New York/ Chichester/ Brisbane/ Toronto/ Singapore: John Wiley & Sons. ISBN 0 471 87957 6.
- WEISS, H.M. 'Deconstructing job satisfaction. Separating evaluations, beliefs and effective experiences.' In: **Human Resource Management Review.** 2002, 12, pag. 173 – 194.
- WERSCH, S.F.M. van ; Moorsel, M.A.A.H. van ; Lange, W.A.M. de. (2000). **Meer dan gezonde roosters; een evaluatie van de methodiek Werkdruk en Herstel bij Afwijkende Werktijden (WHAW).** Tilburg: IVA. ISBN 90 6835 356 x.

- WEST, M. A., C. Borrill, J. Dawson, J. Scully, M. Carter, S. Anelay, M. Patterson, J. Warling. 'The link between management of employees and patient mortality in acute hospitals. In: **International Journal of Human Resource Management**. 2002, vol. 13, 8 (december), pag. 1299 – 1310.
- WEST, M. A., (2003). **Teamwork and Patient Care in Health Services**. Dublin: Office of Health Care Management. paper.
- WICKS, D. (1998). **Nurses and doctors at work**. Buckingham: Open University Press.
- WIELE, T. van der, P. Boselie, M. Hesselink. (2001). **Empirical evidence for the relation between customer satisfaction and business performance**. Rotterdam: Report Series Research in Management. Erasmus Research Institute of Management. ERS 2001-32-org.
- WIELE, T. van der, P. Boselie, M. Hesselink. 'Customer satisfaction and business performance.' In: **Managing Service Quality**, 2002, 12 (3), pag. 184 – 193 .
- WILSON, P.M. 'The expert patient: issues and implications for community nurses.' In: **British Journal of Community Nursing**, 2002, 7 (10), pag. 514 – 519.
- WIPPLER, R. 'The structural-individualistic approach in Dutch sociology: toward an explanatory social science.' In: **The Netherlands Journal of Sociology**. 1978, 14, 2, pag. 135 – 155.
- WIPPLER, R. (1996). **Sociologie tussen empirie en theorie. Een keuze uit het werk 1970 – 1996**. Amsterdam: Thesis Publishers Amsterdam. ISBN 90 5170 358 9.
- WITTEVEEN, A. 'Boeken voor de organisatieadviseur.' In: **M&O. Themanummer: Organisatieadvies – wat is dat?** 2000, 54, 5/6, pag. 261 – 265.
- WOOD, S. 'Human resource management and performance.' In: **International Journal of Management Review**. 1999, 4, 1, pag. 367 – 413.
- WOOD, S.D. 'Member loyalty: Moving beyond satisfaction.' In: **Health Care Systems Economics Report**. 1996, 1 (4). [online: http://www.bayermhmc.com/rces/member_loyalty.shtml]
- WOODHOUSE, G., Rasbach, J., Goldstein, H., Yang, M., Plewis, I. (1996). **Multilevel Modelling Applications: a guide for users of Mlwi2**. London: Institute of Education, university of London. ISBN 085473 469 4.
- WOODSIDE, A.L., L. Frey, R. Daly. 'Linking service quality, customer satisfaction and behavioral intentions.' In: **Journal of Health Care Marketing**. 1989, 9, pag. 5 – 17.
- WOODWARD, J., (1957). **Management and Technology**. London: H.M.S.O.
- WRIGHT, P.M., S.A. Snell. 'Toward a unifying framework for exploring fit and flexibility in Strategic Human Resource Management.' In: **The Academic of Management Review**. 1998, 23, 4, pag. 756 – 772.
- WRIGHT, P.M., T.M. Gardner. 'Theoretical and empirical challenges in studying the HR practices–firm performance relationship.' In: Holman, D., T.D. Wall, C.W. Clegg, P. Sparrow, A. Howard (eds). (2003). **The New Workplace, Technology and Organisation**. Chichester: Wiley, Pag 311 – 328.
- WIJNGAARDEN, J.D.H., van, R. Huijsman. (1999). **Schakelen met visie: regiovisie in de ouderenzorg**. Maarsen: Elsevier/Tijdstroom. ISBN 90 352 214 86.
- WIJK, K.P. van, J.K. van Dijk. (2001). **Onderzoek naar de relatie tussen vraaggestuurde zorg en personeelsmanagement**. Rapportage van de veldoriëntatie. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.
- WIJK, K.P. van, J.K. van Dijk. 'Vraaggerichte zorg niet zonder medewerkerstevredenheid.' **ZM-magazine**, 2003, jrg 19, 1, pag. 2 – 5.
- WIJK, K.P. van, J.K. van Dijk. 'Tegenover of met elkaar? Vraaggerichte zorgverlening en de relatie tussen zorgvrager en zorgverlener.' **ZM-magazine**, 2003, jrg 19, 7/8, pag. 2 – 8.
- WIJK, K.P. van, J.K. van Dijk. 'Marktwerking en Human Resource Management.' In: **ZM-magazine**, 2006, jrg 22, 1, pag. 11 – 16.
- WYKURZ, G., Kelly, D. 'Developing the role of patients as teachers: literature review.' In: **BMJ**,

- 2002, 325 (7368), pag. 818 – 821.
- YPEREN N.W. van, I.J. A. de Jong. 'Is een tevreden werknemer ook een productieve werknemer'.
In: **Gedrag en Organisatie**. 1997, 20, pag. 69 – 77.
- YUKL, G. (1998). **Leadership in organizations**. New Jersey: Prentice Hall.
- ZEITHAML, V., M. Bitner. (1996). **Services Marketing**. New York: McGraw-Hill International Editions.
- ZEITHAML, V.A., A. Parasuraman, L.L. Berry (1990). **Delivering Quality Service, Balancing Customer Perceptions and Expectations**. New York: The Free Press.
- ZEITHAML, V., L.L. Berry, A. Parasuraman. 'The behavioral consequences of service quality.' In: **Journal of Marketing**. 1996, 60 (april), pag. 31 – 46.
- ZEITHAML, V.A. 'Service quality, profitability, and economic worth of customers: what we know and what we need to learn.' In: **Journal of Academy Marketing Science**. 2000, 28, 1, pag. 67 – 85.
- ZELMAN, W.N., M.J. McCue, A.R. Millikan, N.D. Glick (2003). **Financial management of health care organizations. An introduction to fundamental tools, concepts and applications**. Second edition. Blackwell Publishing.
- ZUCKER, L.G. 'The Role of Institutionalization in Cultural Persistence.' In: **American Sociological Review**. 1977, 42, pag. 726 – 743.
- ZUCKERMAN, A.M., R.C. Coile, Jr. (2003). **Competing on Excellence: healthcare strategies for a consumer-driven market**. Health Administration Press. ISBN 1 56793 210 X.
- ZWAAN, A.H. (1995). **Organiseren van arbeid. Balanceren tussen hiërarchie en markt**. Assen: Van Groenou. ISBN 90 232 3012 4.
- ZWAGA, P.G.J., A. Pieterse. 'Effecten van rolproblemen bij verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen.' In: Vliert, E. van de, A. Ph. Visser, P.G.J. Zwaga, J.A.M. Winnubst, E.J.H. ter Heine (1983). **Rolspanningen**. Meppel/Amsterdam: Boom. ISBN 90 6009 542 1.

Geraadpleegde websites

- www.arcares.nl
- www.dbcggz.nl
- www.ggz nederland.nl
- www.ggzkennisnet.nl
- www.kiesbeter.nl
- www.leefwijzer.nl/gezondheid
- www.minvws.nl
- www.nietafwachten.nl/bekostiging
- www.opkopzorg.nl
- www.vgn.nl

14. Bijlagen

Bijlagen van hoofdstuk 5

Lijst van geraadpleegde vragenlijsten

Medewerkers

1. ArbeidsBelevings-vragenlijst (gebaseerd op Michiganmodel en de stressbenadering van Karasek).
2. Basamlijst.
3. INK-lijst.
4. IVA-lijst.
5. IWS-lijst.
6. de Jong, Landeweerd, Breukelen 1993.
7. LMX-lijst (Le Blanc, 1994).
8. MAS (Maastrichter Autonomie Schaal) De Jong, 1993, 1995.
9. Meteo-lijst.
10. VOS-D (Vragenlijst OrganisatieStress-Doetichem, gebaseerd op het Michiganmodel)
11. Prismant Arbeids-belevingsonderzoek.
12. Prismant Benchmark.
13. Tummers, Landeweerd, Merode, 2000 (over technische hulpmiddelen).
14. VAG (Vragenlijst Arbeid Gezondheid)
15. VeVak vragenlijst
16. VBBA-lijst (Vragenlijst Beleving Beoordeling Arbeid).
17. Vragenlijst Behoeftensterktes in de werksituatie.
18. Vragenlijst Onderzoek Beloning & Beleving HR-professional (Performa Human Resources).
19. WEBA-lijst (Welzijn Bij Arbeid) om welzijnsrisico's te meten.
20. Werkdruk barometer.
21. SM-R vragenlijst
22. Zwaga en Pieterse (1983).

Cliënten

1. Ask me! (Zeg 't ons; vragenlijst van Landelijke Federatie Belangenverenigingen, Onderling Sterk en NIWZ).
2. Cliënt Quick Scan Emergis (is gebaseerd op de Satisfactie Monitor-R lijst).
3. IDQOL (Intellectual Disability Quality of Life; quick scan van Geminva SVG groep te Gouda; BBI te Utrecht en LUMC afd Kindergeneeskunde te Leiden).
4. MIK-V cliëntentevredenheid.
5. MKB (Meetinstrument Kwaliteit van Bestaan; van VU, vakgroep pedagogiek, taakgroep Orthopedagogiek).
6. OOB (Oordeel Ontvangen Behandeling).
7. Satisfactie Monitor Revised.
8. SERVQUAL.
9. Thermometer GGZ Nederland.
10. VWS (Vincentius Welbevinden Schaal; van Vincentius te Udenhout).

Beschrijvende statistiek explorende onderzoek (hoofdstuk 5)

Responsanalyse

Er deden drie organisaties mee die deel uitmaakten van het werkverband De Open Ankh. De onderstaande tabellen geven de responspercentages weer.

Tabel 5.20. Responsrates medewerkers

Nr.	Organisatie	Verstuurd	Respons	percentage
	Organisatie gehandicap- tenzorg	1078	316	29,3%
	Organisatie GGZ	92	38	41,3%
	Organisatie Ouderenzorg	125	53	42,4%
	Totaal	1295	399	30,8%

Tabel 5.21. Responsrates cliënten

Nr.	Organisatie	Verstuurd	Respons	percentage
	Organisatie Ouderen- zorg	60	47	78,3%
	Organisatie gehandicap- ten-zorg	1189	299	25,1%
	Organisatie GGZ	1080	429	39,7%
	Totaal	2329	775	33,3%

Interne consistentie van de vragenlijsten

In de onderstaande tabellen te lezen hoe het is gesteld met de interne consistentie van de geconstrueerde schalen. Achtereenvolgens passeren de schalen voor de interne en externe service kwaliteit de revue.

Tabel 5.22. Cronbachs alpha schalen van de interne service kwaliteit

		Ouderenzorg n=51	Gehandicapte zorg n=310	GGZ n=36
nummer	schaal	Cronbachs alpha na verwijdering items	Cronbachs alpha na verwijdering items	Cronbachs alpha na verwijdering items
	Werkstelsysteem	.7815	.7908	.8133
	Samenwerking	.6171	.7949	.7647
	Rapportage	.7308	.8075	.8384
	Overleg	.4912	.3626	.3477
	Informatievoorziening	.7652	.7009	.7090
	Afstemming i/h werkproces	.5942	.7227	.6399
	Klantgerichtheid → cliënten	.7318	.7336	.8521
	Klantgerichtheid → intern	.6224	.7680	.7204
	Werken met doelgroepen	.2874	.6873	.7092
	Inhoud van de functie	.8018	.7761	.7848
	Rolverwachtingen	.5046	.5965	.5302
	Resultaten van het werk	.7647	.7485	.8019
	Lichamelijke belasting	.6465	.8337	.9136
	Werkdruk	.7491	.7723	.7411
	Roostering	.8818	.7342	.8541
	Werving en selectie	.7149	.7325	.7771
	Autonomie	.7444	.7933	.8055
	Participatie	.7261	.7362	.7514
	Waardering	.7567	.7776	.8146
	Beloning	.7335	.7458	.6818

		Ouderenzorg n=51	Gehandicapte zorg n=310	GGZ n=36
nummer	schaal	Cronbachs alpha na verwijdering items	Cronbachs alpha na verwijdering items	Cronbachs alpha na verwijdering items
	Training	.6544	.5098	.7582
	Ontwikkeling	.7534	.7914	.8557
	Sociale steun	.8110	.7755	.8543
	Ondersteuning met middelen	.6372	.6665	.6817
	Tevredenheid organisatie	.8309	.8787	.8809
	Tevredenheid met eigen werk	.8028	.8153	.8579
	Organisatieveranderingen		.8314	

Tabel 5.23. Cronbachs alpha schalen van de externe service kwaliteit

		Ouderenzorg n=47	Gehandicapte zorg n=299	GGZ n=429
Schaal	naam	Cronbachs alpha na verwijdering items Ouderen- zorg	Cronbachs alpha Gehandicapten- zorg	Cronbachs alpha GGZ
	Resultaten	.7504	.7574	.9243
	Merkbare dingen v/d dienstverle- ning	.7827	.7577	.8140
	Betrouwbaarheid	.7802	.7763	.8819
	Bereidwilligheid om service te ver- lenen	.7056	.7150	.8910
	Bejegening en vertrouwen	.6938	.5256	.8189
	Privacy	.7115	.5262	.4082 ¹²⁴
	Zorg op maat (afstemmen v/d mo- gelijkheden op de vragen)	.8630	.8325	.8836
	Participatie	.8033	.8369	.9209

Beschrijvende statistiek van de schalen

Om een indruk van de gemiddelde schaalwaarden te geven, zijn deze na sommering in de twee vol-
gende tabellen opgenomen.

Tabel 5.24. Gemiddelde waarden en standaarddeviatie aspecten interne service kwaliteit` (min = 5;
max = 25)

Construct	Gehele sector valid N=276 (list- wise)		Ouderenzorg valid N=45 (listwi- se)		Gehandicaptenzorg valid N=215 (listwi- se)		GGZ N=35	
	Gem	st dev	Gem	st dev	Gem	st dev	Gem	st dev
inhoud functie	19,95	2,52	19,95	2,72	19,93	2,51	20,14	2,42
tevredenheid werk	19,03	2,23	19,71	2,32	18,99	2,10	18,37	2,27
participatie	18,72	2,85	19,77	2,11	18,52	2,99	18,92	2,05
sociale steun	18,43	2,69	20,20	2,47	18,08	2,58	18,82	2,91
roostering	17,82	3,63	16,19	4,80	18,09	3,22	19,06	3,63
rolverwachtingen	17,40	3,05	20,09	2,81	16,80	2,93	18,54	1,73
resultaten werk	17,35	3,48	19,78	2,96	17,03	3,44	16,59	3,12
klantgerichthd cliënten	17,13	3,69	19,33	2,26	16,59	3,82	18,62	2,37
klantgerichtheid → in- tern	17,00	4,26	17,55	3,36	16,76	4,45	18,19	3,62
autonomie	16,94	2,38	17,68	2,24	16,74	2,36	17,64	2,48
werving en selectie	16,81	3,60	18,39	3,16	16,43	3,67	17,80	2,67

124 Deze organisatie geeft hoofdzakelijk dag- en deeltijdbehandeling. Een klein gedeelte van de cliënten maakt van een bed gebruik.

Construct	Gehele sector valid N=276 (list- wise)		Ouderenzorg valid N=45 (listwi- se)		Gehandicaptenzorg valid N=215 (listwi- se)		GGZ N=35	
training	16.51	3.25	16,44	3,30	16,37	3,35	17,85	1,71
werksysteem	16.48	3.10	18,97	2,29	15,86	2,99	18,15	2,55
doelgroepen	15.94	3.53	18,20	2,06	15,43	3,59	16,95	3,30
informatievoorziening	15.57	3.34	17,93	3,04	15,16	3,29	15,82	2,61
rapportage	15.53	3.91	17,31	2,93	15,39	3,95	14,29	4,02
lichamelijke belasting	15.35	5.36	16,65	2,26	14,88	5,62	17,58	5,68
tevredenheid organisatie	15.34	3.99	17,33	3,90	14,74	3,90	17,64	3,26
afstemming werkproces	15.22	3.87	16,55	3,57	14,89	3,87	16,10	3,85
waardering	14.95	3.99	15,19	4,54	14,73	3,91	16,42	3,52
ondersteuning middelen	14.67	3.12	18,47	2,25	13,96	2,89	15,12	1,60
ontwikkeling	14.52	3.14	14,73	3,52	14,47	3,06	14,62	3,38
werkdruk	14.34	2.60	16,02	1,53	13,84	2,52	16,17	2,72
beloning	13.72	4.72	14,06	4,14	13,59	4,81	14,38	4,79
overleg	13.63	4.07	16,94	3,47	13,27	3,97	12,06	3,40
samenwerking	12.33	4.39	17,10	2,06	11,56	4,23	11,86	3,80
organisatieverandering					12,50	3,79		
gem waardering	16.17	1.88	17,74	1.40	15,71	1.85	16,83	1.48

Tabel 5.25. Gemiddelde waarden en standaarddeviatie aspecten externe service kwaliteit (min = 3; max = 15).

Construct	Gehele sector valid N=689 (list- wise)		Ouderenzorg valid N=32 (listwi- se)		Gehandicaptenzorg valid N=228 (listwi- se)		GGZ N=429	
	Gem	st dev	Gem	st dev	Gem	st dev	Gem	st dev
service	13.39	2,11	12,68	3,28	13,84	1,80	13,20	2,12
bejegening	13.35	2,01	12,46	3,28	14,02	1,79	13,05	1,90
participatie	13.20	2,34	12,20	3,01	13,37	2,25	13,19	2,31
merkbare zaken	13.06	1,85	11,92	2,60	13,02	2,09	13,18	1,58
tevredenheid organisatie	12.95	2,67	12,54	2,83	13,31	2,68	12,75	2,62
betrouwbaarhd personl	12.88	2,54	11,76	3,23	13,34	2,35	12,71	2,54
privacy	12.76	2,20	11,87	3,80	13,14	2,83	12,61	1,51
resultaten dienstverlen	12.55	2,69	12,01	2,77	13,34	2,01	12,15	2,91
zorg-op-maat	12.46	2,11	12,30	2,88	12,90	2,02	12,61	1,51
gemiddelde waardering	12.90	2,04	12,14	2,57	13,19	2,15	12,79	1,88

Tabellen regressie analyses (hoofdstuk 5)

Interne service kwaliteit Regressiemodellen per deelsector: Medewerkers

Ouderenzorg-organisatie

Tabel 5.26. Aspecten van de interne service kwaliteit die tevredenheid met de organisatie voorspellen n=49

	model 1	model 2	model 3	model 4	model 5
	β	β	β	β	β
intercept	9.041 **	3.628	12.954 *	3.696	-.203
roostering	.595**	.462**	.652**	.744**	.720**
ontwikkeling		.428**	.443**	.407**	.316*
werkdruk			-.298*	-.370*	.377 *
samenwerking				.273*	.301*
training					.215*
verkl variantie adj R2	.339	.497	.539	.603	.633

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$; geen teken = $p < 0,10$

Tabel 5.27. Aspecten van de interne service kwaliteit die tevredenheid met het werk voorspellen n=52

	model 1	model 2	model 3	model 4	model 5	model 6
	β	β	β	β	β	β
intercept	7.396**	3.510*	.338 ns	-.337 ns	-2.422	-2.224
resultaten van het werk	.820**	.593**	.514**	.491**	.446**	.427**
inhoud van de functie		.418**	.402**	.454**	.457**	.469**
autonomie			.236*	.333**	.290**	.201*
waardering				.208 *	.216*	.265**
klantgerichtheid cliënten					.174*	.054**
roostering						.197*
verkl variantie adj R2	.665	.785	.832	.862	.886	.912

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$; geen teken = $p < 0,10$

Gehandicaptenzorg-organisatie

Tabel 5.28. Aspecten van de interne service kwaliteit die tevredenheid met de organisatie voorspellen n=233

	model 1	model 2	model 3	model 4	model 5	model 6	model 7
	β	β	β	β	β	β	β
intercept	7.753 **	4.048*	1.495 ns	-1.524 ns	-2.518 ns	-.463 ns	-.832 ns
waardering	.461**	.358**	.242**	.177*	.151*	.164*	.142*
klantgerichtheid cliënten		.306**	.270**	.246**	.214**	.209**	.186*
ontwikkeling			.266**	.248**	.238**	.235**	.217*
werkdruk				.217**	.193*	.246**	.210*
doelgroepen beleid					.149*	.153*	.141*
roostering						-.145*	-.153*
ondersteuning							.132*
verkl variantie adj R2	.209	.289	.339	.377	.392	.407	.416

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$; geen teken = $p < 0,10$

Tabel 5.29. Aspecten van de interne service kwaliteit die tevredenheid met het werk voorspellen n=301

	model 1	model 2	model 3	model 4	model 5	model 6
	β	β	β	β	β	β
intercept	4.280**	3.357**	2.765**	2.525**	1.895*	2.178**
functieinhoud	.881**	.789**	.736**	.717**	.699**	.689**
rolverwachtingen		.190**	.173**	.147**	.131**	.138**
resultaten van het werk			.145**	.143**	.137**	.133**
waardering				.112**	.101*	.115**
autonomie					.082*	.086*
samenwerking						-.058*
verkl variantie adj R2	.775	.802	.818	.829	.833	.836

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$; geen teken = $p < 0,10$

Tabel 5.30 Het effect van *organisatieverandering* op de tevredenheid met de organisatie n=232.

	model 7
	β
intercept	1.420
org. verandering	.419
waardering	.179
werksysteem	.120
klantgerichtheid cliënten	.129
beloning	.094
roostering	-.141

	model 7
werkdruk regul.	.133
verkl variantie adj R2	.478

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$

GGZ-organisatie

Tabel 5.31. Aspecten van de interne service kwaliteit die tevredenheid met de organisatie voorspellen n=36

	model 1	model 2
	β	β
intercept	-.261 ns	-8.773*
werksysteem	.857**	.757**
functieinhoud		.406*
verkl variantie adj R2	.715	.872

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$; geen teken = $p < 0,10$

Tabel 5.32. Aspecten van de interne service kwaliteit die tevredenheid met het werk voorspellen n=34

	model 1	model 2	model 3	model 4
	β	β	β	β
intercept	4.738 ns	.448 ns	-2.424 ns	-2.429*
rolverwachtingen	.750*	.708**	.441*	.356**
resultaten van het werk		.475*	.549**	.374**
functieinhoud			.463**	.512**
informatie-voorziening				.219*
verkl variantie adj R2	.531	.753	.909	.961

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$; geen teken = $p < 0,10$

Externe service kwaliteit Regressiemodellen per deelsector: Cliënten Ouderenzorg-organisatie

Tabel 5.33. Aspecten van de externe service kwaliteit die tevredenheid met de organisatie voorspellen n=34

	model 1
	β
intercept	3.094
zorg-op-maat	.760**
verkl variantie adj R2	.564

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$

Tabel 5.34. Aspecten van de externe service kwaliteit die tevredenheid met de resultaten van de dienstverlening voorspellen n=34

	model 1	model 2
	β	β
intercept	2.009	1.035
zorg-op-maat	.831**	.534*
merkbare zaken		.359*
verkl variantie adj R2	.681	.713

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$

Gehandicaptenzorg-organisatie

Tabel 5.35. Aspecten van de externe service kwaliteit die die tevredenheid met de organisatie voorspellen n=240

	model 1	model 2	model 3
	β	β	β
intercept	5.189**	4.325**	4.601**
zorg-op-maat	.522**	.384**	.669**
betrouwbaarheid		.222**	.447**
participatie			-.501
verkl variantie adj R2	.269	.296	.331

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$

Tabel 5.36. Aspecten van de externe service kwaliteit die die tevredenheid met de resultaten van de dienstverlening voorspellen n=238

	model 1	model 2	model 3
	β	β	β
intercept	4.766*	3.952*	2.614*
zorg-op-maat	.683**	.507**	.409**
merkbare zaken		.255**	.252**
bejegening			.174**
verkl variantie adj R2	.464	.495	.514

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$

GGZ-organisatie

Tabel 5.37. Aspecten van de externe service kwaliteit die die tevredenheid met de organisatie voorspellen n=429

	model 1	model 2	model 3
	β	β	β
intercept	3.591**	1.488**	.253
resultaten	.841**	.632**	.616**
betrouwbaarheid		.334**	.307**
privacy			.081*
verkl variantie adj R2	.706	.774	.778

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$

Tabel 5.38. Aspecten van de externe service kwaliteit die die tevredenheid met de resultaten van de dienstverlening voorspellen n=429

	model 1	model 2	model 3	model 4
	β	β	β	β
intercept	-1.662 **	-.159	-.765	-.867
zorg-op-maat	.799**	.862**	.755**	.813**
privacy		-.107**	-.098**	-.098**
service			.123*	.171**
betrouwbaarheid				-.121
verkl variantie adj R2	.638	.644	.648	.652

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$

Tabel 5.39. Correlatiematrix GGZ organisatie enkele aspecten n=429

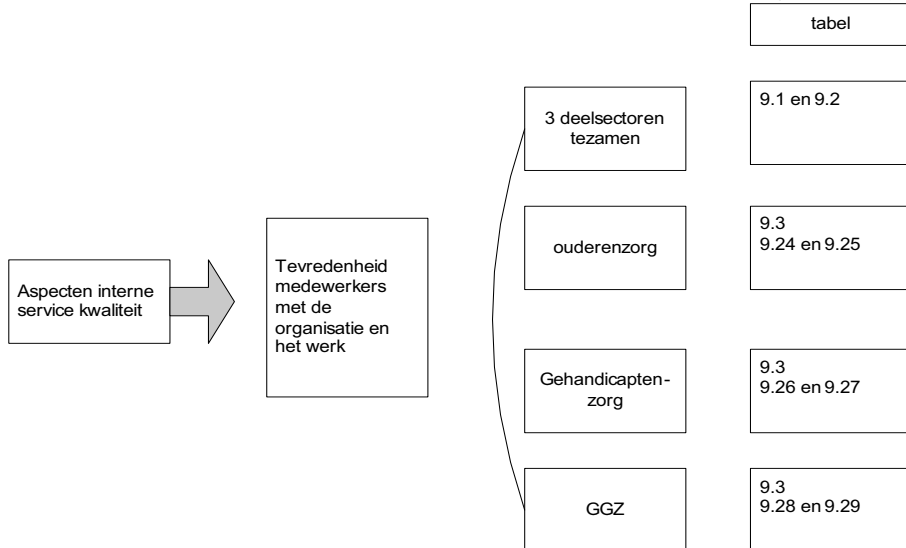
	resultaten	betrouwbaarheid	privacy
resultaten	1	.624**	.401**
betrouwbaarheid	.624**	1	.454**
privacy	.401**	.452	1

** = $p \leq 0,01$; 2-tailed

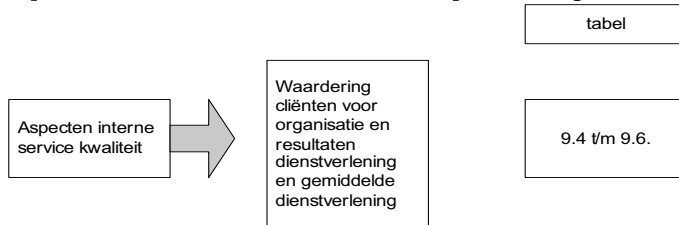
Bijlagen van hoofdstuk 9

Overzichten analyse-tabellen hoofdstuk 9

Aspecten interne service kwaliteit en effect op tevredenheid medewerkers (regressie analyse) (§ 9.2.)



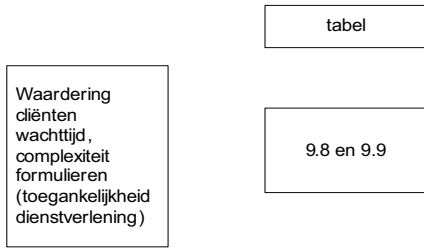
Aspecten interne service kwaliteit en effect op waardering cliënten (regressie analyse) (§ 9.3)



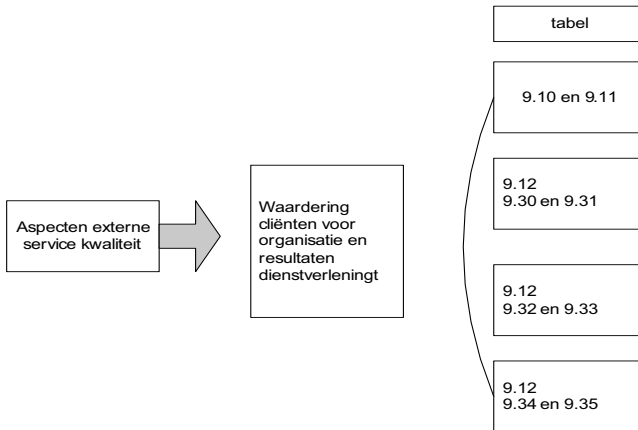
Aspecten interne service kwaliteit en effect op aspecten externe service kwaliteit (Pearson Correlati-on) (§ 9.3.1)



Externe service kwaliteit (onderdeel toegankelijkheid) en effect op waardering cliënten (Anova) (§ 9.4.1)



Aspecten externe service kwaliteit (onderdeel kwaliteit dienstverlening) en effect op waardering cliënten (regressie analyse) (§ 9.4.2)



Externe service kwaliteit (onderdeel prijs/kwaliteit verhouding) en effect op waardering cliënten (Anova) (§ 9.4.3)



Beschrijvende statistiek toetsende onderzoek (hoofdstuk 9)

tabel 9.17. Beschrijvende statistiek schalen interne service kwaliteit hoofdfase

Construct	Gehele sector n=1521		Ouderenzorg n=476		Gehandicapten- zorg N=821		GGZ n=224	
	Gem	st dev	Gem	st dev	Gem	st dev	Gem	st dev
inhoud van de functie	19,55	2,29	19,66	2,39	19,31	1,94	20,22	2,98
tevredenheid met werk	19,25	2,88	19,88	2,86	18,84	2,68	19,39	3,32
sociale steun	18,93	2,73	18,97	2,37	19,08	2,82	18,27	3,00
roostering	18,81	2,96	18,25	3,69	19,28	2,07	18,07	3,93
rolverwachtingen	18,43	3,15	19,82	3,03	17,68	2,80	18,26	3,63

Construct	Gehele sector n=1521		Ouderenzorg n=476		Gehandicapten- zorg N=821		GGZ n=224	
	Gem	st dev	Gem	st dev	Gem	st dev	Gem	st dev
resultaten van het werk	18,35	2,93	19,69	2,35	16,90	3,03	17,36	2,64
werksysteem	17,74	2,68	17,89	2,75	17,86	2,48	16,97	3,11
participatie	17,52	3,59	17,88	3,13	17,67	3,67	16,23	3,92
leiderschap	17,30	3,69	17,25	3,55	17,42	3,70	16,91	3,95
klantgerichthd cliënten	17,26	3,44	18,42	2,82	15,58	3,52	16,92	3,59
autonomie	17,18	2,38	17,18	2,12	16,97	2,42	17,96	2,56
waardering	17,11	3,71	17,08	3,24	17,40	3,94	16,13	3,62
werving en selectie	17,11	3,77	18,28	3,20	17,17	3,49	14,61	3,99
klantgerichthd intern	17,02	4,12	17,83	3,53	15,83	4,89	16,84	3,83
training	16,79	3,11	16,76	2,97	17,43	2,79	14,50	3,43
informatievoorziening	16,65	2,92	17,21	3,07	16,69	2,55	15,34	3,42
tevredenheid organisatie	16,57	3,59	17,20	3,69	16,81	3,13	14,39	4,09
afstemming werkproces	16,42	3,16	16,33	3,17	16,26	3,21	17,19	2,84
zorg-op-maat	16,23	4,04	16,53	3,66	15,38	4,36	16,71	4,20
organisatieveranderingn	16,14	3,83	15,17	2,99	17,20	4,05	13,61	2,38
interne service	15,74	3,99	15,51	3,80	16,44	3,86	13,61	4,01
werkdruk	15,6243	2,81	13,83	2,45	16,35	2,40	16,76	3,13
ondersteuning middelen	15,31	3,42	14,43	3,67	16,03	3,09	14,48	3,45
doelgroepen	15,28	3,54	15,34	3,29	15,30	3,50	15,15	4,10
lichamelijke belasting	15,24	4,62	12,93	4,32	15,65	4,16	18,60	4,29
ontwikkeling	15,11	3,59	14,16	3,85	15,98	3,10	13,87	3,90
beloning	15,04	4,31	14,62	4,69	15,81	3,49	13,15	5,38
samenwerking	14,11	4,14	15,47	2,53	11,99	4,66	13,88	4,99
gemiddelde waardering	16,99	1,94	16,91	1,95	17,22	1,91	16,28	1,87

tabel 9.18. Beschrijvende statistiek schalen externe service kwaliteit hoofdfase

Construct	Gehele sector N=2445		Ouderenzorg N=684		Gehandicaptenzorg N=537		GGZ N=1224	
	Gem	st dev	Gem	st dev	Gem	st dev	Gem	st dev
bejegening	13,55	1,91	14,03	1,68	13,71	1,89	13,24	1,98
service	13,55	1,98	13,71	1,97	13,44	1,89	13,51	2,02
participatie	13,32	2,06	13,29	1,98	12,78	1,98	13,54	2,10
privacy	13,14	2,11	13,61	1,94	12,91	2,32	12,98	2,08
betrouwbaarheid personeel	13,13	2,41	13,36	2,08	12,70	2,29	13,18	2,59
merkbare zaken	13,03	2,06	13,36	1,79	12,48	2,03	13,05	2,17
zorg-op-maat	12,77	2,19	13,36	1,77	12,23	2,11	12,72	2,36
tevredenheid organisatie	12,77	2,80	13,61	2,36	11,90	2,57	12,69	2,97
resultaten dienstverlg	12,75	2,57	13,34	1,86	12,98	2,03	12,34	2,99
gemiddelde waardering	13,03	1,91	13,46	1,65	12,46	1,99	13,04	1,95

Tabel 9.19. Beschrijvende statistiek achtergrondvariabelen medewerkers

Achtergrondvariabelen	Gehele sector n=1521		Ouderenzorg n=476		Gehandicapten-zorg N=821		GGZ n=224	
functiegroep								
verpleging en verzorging sociaal agogisch	1057	69.5%	336	70.6%	601	73.2%	120	53.6%
medisch en sociaal wetenschappelijk	255	16.8%	54	11.3%	160	19.5%	41	18.3%
(medisch) assisterende functies	81	5.3%	5	1.1%	37	4.5%	39	17.4%
	29	1.9%	26	5.5%	2	0.2%	1	0.4%
functieverblijftijd¹²⁵								
korter dan 1 jaar	142	9.3%	49	10.0%	59	7.2%	34	15.2%
1 tot 3 jaar	241	15.8%	95	20.0%	81	9.9%	65	29.0%
3 tot 5 jaar	121	8.0%	60	12.6%	31	3.8%	30	13.4%
5 tot 7 jaar	81	5.3%	37	7.8%	24	2.9%	20	8.9%
7 tot 9 jaar	68	4.5%	27	5.7%	20	2.4%	21	9.4%
langer dan 9 jaar	286	18.8%	189	39.7%	50	6.1%	47	21.0%
duur dienstverband								
korter dan 1 jaar	52	3.4%	30	6.3%	13	1.6%	9	4.0%
1 tot 3 jaar	185	12.2%	88	18.5%	49	6.0%	48	21.4%
3 tot 5 jaar	144	9.5%	66	13.9%	41	5.0%	37	16.5%
5 tot 7 jaar	85	5.6%	30	6.3%	34	4.1%	21	9.4%
7 tot 9 jaar	55	3.6%	19	4.0%	23	2.8%	13	5.8%
langer dan 9 jaar	420	27.6%	223	46.8%	109	13.3%	88	39.3%
aantal jaren werkzaam in de sector								
korter dan 1 jaar	37	2.4%	19	4.0%	10	1.2%	8	3.6%
1 tot 3 jaar	134	8.8%	58	12.2%	42	5.1%	34	15.2%
3 tot 5 jaar	106	7.0%	41	8.6%	37	4.5%	28	12.5%
5 tot 7 jaar	81	5.3%	30	6.3%	32	3.9%	19	8.5%
7 tot 9 jaar	71	4.7%	28	5.9%	27	3.3%	16	7.1%
langer dan 9 jaar	513	33.7%	283	59.5%	121	14.7%	109	48.7%
aantal jaren werkzaam in de GZ								
korter dan 1 jaar	15	1.0%	10	2.1%	4	0.5%	1	0.4%
1 tot 3 jaar	59	3.9%	25	5.3%	24	2.9%	10	4.5%
3 tot 5 jaar	80	5.3%	31	6.5%	23	2.8%	26	11.6%
5 tot 7 jaar	76	5.0%	41	8.6%	25	3.0%	10	4.5%
7 tot 9 jaar	61	4.0%	29	6.1%	22	2.7%	10	4.5%
langer dan 9 jaar	645	42.4%	319	67.0%	171	20.8%	155	69.2%
soort dienstverband								
vaste aanstelling	1379	90.7%	419	88.0%	760	92.6%	200	89.3%
tijdelijke aanstelling	64	4.2%	21	4.4%	34	4.1%	9	4.0%
oproep/ Melkertbaan	6	0.4%	3	0.6%	2	0.2%	1	0.4%
anders	22	1.4%	8	1.7%	8	1.0%	6	2.7%
omvang dienstverband								
0 – 12 uur	102	6.7%	37	7.8%	59	7.2%	6	2.7%
13 – 24 uur	486	32.0%	177	37.2%	278	33.9%	31	13.8%
meer dan 25 uur	890	58.5%	244	51.3%	467	56.9%	179	79.9%
leeftijdsklasse								
35 jaar of jonger	568	37.3%	129	27.1%	110	13.4%	59	26.3%
36 – 45 jaar	417	27.4%	142	29.8%	89	10.8%	54	24.0%
46 – 55 jaar	404	26.6%	142	29.8%	60	7.3%	82	36.6%
56 en ouder	91	6.0%	46	9.7%	9	1.1%	22	9.8%

125 De organisatie waarvan de secundaire data is gebruikt had geen gegevens over: functieverblijftijd, duur van het dienstverband, aantal jaren werkzaam in de sector en de gezondheidszorg.

Achtergrondvariabelen	Gehele sector n=1521		Ouderenzorg n=476		Gehandicapten-zorg N=821		GGZ n=224	
sexe								
vrouw	1247	82.0%	429	90.1%	675	82.2%	143	63.8%
man	237	15.6%	36	7.6%	128	15.6%	73	32.6%
opleidingsniveau								
Lager, basis, VMBO, LBO	114	7.5%	45	9.5%	67	8.2%	2	0.9%
MBO	902	59.3%	336	70.6%	508	61.9%	58	25.9%
HBO	368	24.2%	67	14.1%	193	23.5%	108	48.2% ¹²⁶
WO	87	5.7%	10	2.1%	29	3.5%	48	21.4%

Tabel 9.20. Beschrijvende statistiek achtergrondvariabelen cliënten

Achtergrondvariabelen	Gehele sector N=2445		Ouderenzorg N=684		Gehandicaptenzorg N=537		GGZ N=1224	
leeftijd								
jonger dan 40	759	31.0%	1	0.1%	224	45.4%	530	43.3%
40 tot 65 jaar	888	36.3%	24	3.5%	240	44.7%	611	49.9%
65 jaar of ouder	624	25.5%	564	82.5%	23	4.3%	34	2.8%
sexe								
vrouw	1406	57.5%	437	63.9%	201	37.4%	768	62.7%
man	911	37.3%	188	27.5%	294	54.7%	429	35.0%
verblijfsduur								
korter dan 1 jaar	634	25.9%	197	28.8%	26	4.8%	411	33.6%
1 tot 3 jaar	612	25.0%	221	32.3%	53	9.9%	338	27.6%
3 tot 5 jaar	215	8.8%	73	10.7%	28	5.2%	114	9.3%
5 tot 7 jaar	135	5.5%	33	4.8%	26	4.8%	76	6.2%
7 tot 9 jaar	93	3.8%	23	3.4%	26	4.8%	44	3.6%
langer dan 9 jaar	443	18.1%	33	4.8%	315	58.7%	95	7.8%
ervaren wachttijd								
kort	1135	46.4%	433	63.3%	126	23.5%	576	47.1%
gemiddeld	574	23.5%	118	17.3%	105	19.6%	351	28.7%
lang	299	12.2%	37	5.4%	41	7.6%	221	18.1%
aantal formulieren								
veel	256	10.5%	96	14.0%	56	10.4%	104	8.5%
ging wel	664	27.2%	225	32.9%	119	22.2%	320	26.1%
weinig	948	38.8%	203	29.7%	72	13.4%	673	55.0%
ingewikkeldheid ervan								
ja	168	6.9%	64	9.4%	29	5.4%	75	6.1%
ging wel	539	22.0%	189	27.6%	107	19.9%	243	19.9%
nee	964	39.4%	234	34.2%	101	18.8%	629	51.4%
sociaal netwerk								
geen mensen	99	4.0%	18	2.6%	3	0.6%	78	6.4%
weinig mensen	792	32.4%	164	24.0%	177	33.0%	451	36.8%
gemiddeld # mensen	623	25.5%	81	11.8%	89	16.6%	0	0.0%
redelijk veel mensen	496	20.3%	166	24.3%	137	25.5%	453	37.0%
veel mensen	264	10.8%	181	26.5%	83	15.5%	193	15.8%

Interne consistentie van de schalen (hoofdstuk 9)

In het exploratieve onderzoeksdeel is vastgesteld dat de items van de vragenlijsten de constructen een redelijk goede interne consistentie hadden. Inmiddels is het overheidsbeleid twee jaar verder en zijn er al enkele belangrijke veranderingen geïmplementeerd, zoals het functioneel indiceren, de functionele bekostiging en het geleidelijk aan afschaffen van de contracteerplicht van de zorgkantoren. Hoe is de interne betrouwbaarheid van de meetinstrumenten nu? Ook vanwege het feit dat er nu een groter aantal respondenten in het onderzoek is opgenomen dan bij de vorige meting.

¹²⁶ Een van de organisaties is gericht op dag- en deeltijdbehandeling en heeft veel hbo opgeleide medewerkers in dienst als behandelaar

De gegevens zijn per deelsector geordend in de volgende tabel. Eerst voor de medewerkers, dan komen de cliënten aan de beurt en vervolgens als laatste de interne consistentie voor de managersvragenlijst.

Tabel 9.21. Cronbachs alpha schalen van de interne service kwaliteit oordeel medewerkers

		Ouderenzorg n=476	Gehandicapte zorg n=649	GGZ n=224
nummer	schaaltje	Cronbachs alpha na verwijdering items	Cronbachs alpha na verwijdering items	Cronbachs alpha na verwijdering items
	Werkstelsysteem	.797	.817	.807
	Samenwerking	.735	.759	.815
	Informatievoorziening	.864	.826	.778
	Afstemming i/h werkproces	.815	.777	.750
	Klantgerichtheid → cliënten	.756	.775	.833
	Klantgerichtheid → intern	.833	.827	.763
	Werken met doelgroepen	.730	.732	.726
	Inhoud van de functie	.769	.776	.818
	Rolverwachtingen	.592	.637	.448
	Resultaten van het werk	.714	.679	.704
	Lichamelijke belasting	.797	.849	.723
	Werkdruk	.728	.764	.810
	Roostering	.855	.623	.757
	Werving en selectie	.764	.726	.652
	Autonomie	.711	.835	.803
	Participatie	.782	.670	.666
	Waardering	.760	.797	.863
	Beloning	.806	.778	.909
	Training	.671	.675	.695
	Ontwikkeling	.848	.823	.824
	Sociale steun	.770	.757	.811
	Ondersteuning met middelen	.746	.711	.752
	Tevredenheid organisatie	.891	.889	.898
	Tevredenheid met eigen werk	.853	.855	.862
	Waardering interne service	.895	.869	.904
	leveren van zorg-op-maat	.807	.864	.855
	Organisatieveranderingen	.781	.751	.817

Op het construct ‘rolverwachtingen’ is de interne consistentie van de schalen goed tot redelijk goed te noemen.

Tabel 9.22. Cronbachs alpha schalen van de externe service kwaliteit oordeel cliënten

		Ouderenzorg		Gehandicapte zorg	GGZ
nummer	schaaltje	Cronbachs alpha (soms na verwijdering items)		Cronbachs alpha (soms na verwijdering items)	Cronbachs alpha (soms na verwijdering items)
		son n=564	pg n=120	n=537	n=1224
	resultaten van de dienstverlening	.593	.645	.734	.921
	merkbare zaken v/d dienstverlening	.793	.784	.682	.796
	betrouwbaarheid van het personeel	.680	.786	.722	.858
	bereidwilligheid om service te verlenen	.691	.834	.718	.826
	bejegening en vertrouwen	.571	.772	.689	.772
	privacy	.704	.688	.679	.730
	zorg-op-maat	.619	.710	.742	.887

		Ouderenzorg		Gehandicapte zorg	GGZ
	participatie	.758	.860	.791	.910

De schalen 'resultaten van de dienstverlening' en 'bejegening en vertrouwen' van de vragenlijst voor cliënten in de somatische ouderenzorg hebben matige waarden en zijn lager dan dezelfde in het exploratieve onderzoek. Waarschijnlijk komt dit voor rekening van de grotere variantie als gevolg van het grotere aantal organisaties. Zij zullen vanwege hun belang toch in het onderzoek worden gebruikt.

Tabel 9.23. Cronbachs alpha schalen interne – en externe service kwaliteit oordeel managers

nummer	schaaltje	Cronbachs alpha
		n=112; n=109
	interne service kwaliteit	.708
	externe service kwaliteit	.789

Tabellen Regressie Analysen en Anova (hoofdstuk 9)

Tabel 9.24. Aspecten van interne service die de tevredenheid met de organisatie voorspellen deelsector Ouderenzorg n=350

	model 1	model 2	model 3	model 4	model 5
	β	β	β	β	β
intercept	6.233**	5.064**	3.387**	2.214*	2.959*
interne service	.705	.554	.469	.431	.467
ontwikkeling		.270	.254	.214	.226
organisatieveranderingen			.179	.167	.176
waaedering				.130	.177
klantgerichtheid intern					.136
verklaarde var. adj R2	.496	.544	.566	.576	.586

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$

Tabel 9.25. Aspecten van interne service die de tevredenheid met het werk voorspellen deelsector Ouderenzorg n=370

	model 1	model 2	model 3	model 4	model 5
	β	β	β	β	β
intercept	11.155**	5.802**	4.514**	2.836*	1.594
waardering	.567	.423	.362**	.347**	.325**
inhoud functie		.299	.271**	.219**	.204**
organisatieveranderingen			.209**	.191**	.179**
resultaten				.139*	.139*
training					.124*
verklaarde var. adj R2	.319	.386	.421	.434	.446

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$

Tabel 9.26. Aspecten van de interne service die de tevredenheid met de organisatie voorspellen deelsector Gehandicaptenzorg n= 272

	model 1	model 2	model 3	model 4	model 5	model 6	model 7
	β	β	β	β			β
intercept	5.038**	2.351*	-2.001	-3.461*	-4.871*	-5.144*	-6.971**
interne service	.640**	.463**	.460**	.432**	.425**	.378**	.370**
ontwikkelingsmogelijkhd		.376**	.331**	.295**	.273**	.250**	.202**
sociale steun			.170**	.150*	.165**	.160**	.167**
selectie				.146*	.145**	.146**	.119**
beloning					.118*	.120*	.129**
samenwerking						.129*	.134*

	model 1	model 2	model 3	model 4	model 5	model 6	model 7
training							.125*
verklaarde var. adj R2	.406	.514	.539	.554	.565	.576	.586

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$

Tabel 9.27. Aspecten van de interne service die de tevredenheid met het werk voorspellen deelsector Gehandicaptenzorg n=280

	model 1	model 2	model 3	model 4
	β	β	β	β
intercept	5.444**	.795	-2.448	-3.971*
inhoud functie	.557**	.456**	.396**	.361**
sociale steun		.297**	.312**	.310**
resultaten			.231**	.216**
autonomie				.129*
verklaarde var. adj R2	.307	.382	.430	.442

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$

Tabel 9.28. Aspecten van de interne service die de tevredenheid met de organisatie voorspellen deelsector GGZ n=178

	model 1	model 2	model 3	model 4
	β	β	β	β
intercept	5.453**	-.256	-3.705	-3.560
interne service	.677**	.613**	.572**	.485**
functieinhoud		.250**	.254**	.227**
organisatieveranderingen			.168*	.140*
ontwikkelingsmogelijkhd				.165*
verklaarde var. adj R2	.455	.510	.533	.546

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$

Tabel 9.29. Aspecten van de interne service die de tevredenheid met het werk voorspellen deelsector GGZ n=219

	model 1	model 2	model 3
	β	β	β
intercept	5.683**	2.515	1.101
functieinhoud	.599**	.508**	.468**
sociale steun		.265**	.222**
informatievoorziening			.201**
verklaarde var. adj R2	.354	.412	.444

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$

Tabel 9.30. Effect aspecten van de kwaliteit van de dienstverlening op waardering van cliënten voor organisatie ouderenzorg n=624

	model 1	model 2	model 3
	β	β	β
intercept	3.448**	2.335**	1.682*
merkbare zaken	.608**	.491**	.467**
resultaten		.189**	.170**
bejegening			.074*
verklaarde var. adj R2	.368	.389	.393

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$

Tabel 9.31. Effect aspecten van de kwaliteit van de dienstverlening op resultaten dienstverlening ouderenzorg n=628

	model 1	model 2	model 3	model 4
	β	β	β	β
intercept	5.252**	3.332**	2.442**	1.772**
privacy	.628**	.394**	.286**	.273**
merkbare zaken		.356**	.269**	.248**
zorg-op-maat			.252**	.225**
bejegening				.099*
verklaarde var. adj R2	.394	.465	.496	.502

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$

Tabel 9.32. Effect aspecten van de kwaliteit van de dienstverlening op waardering van cliënten voor organisatie gehandicaptenzorg n=448 ** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$

	model 1	model 2
	β	β
intercept	6.535**	5.347**
zorg-op-maat	.400**	.284**
resultaten		.178*
verklaarde var. adj R2	.158	.174

Tabel 9.33. Effect aspecten van de kwaliteit van de dienstverlening op resultaten dienstverlening gehandicaptenzorg n=448

	model 1	model 2	model 3	model 4
	β	β	β	β
intercept	5.649**	4.881**	4.218**	3.619**
zorg-op-maat	.648**	.539	.461**	.426**
betrouwbaarheid		.183**	.161**	.132*
merkbare zaken			.143*	.133*
bejegening				.102*
verklaarde var. adj R2	.418	.439	.450	.455

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$

Tabel 9.34. Effect aspecten van de kwaliteit van de dienstverlening op waardering van cliënten voor organisatie GGZ n=1132

	model 1	model 2	model 3	model 4	model 5
	β	β	β	β	β
intercept	1.048*	.857*	-.526	-.636	-.334
zorg-op-maat	.729**	.570**	.473**	.436**	.454**
resultaten		.227**	.201**	.193**	.190**
merkbare zaken			.180**	.154**	.174**
betrouwbaarheid				.086*	.094*
privacy					-.057*
verklaarde var. adj R2	.531	.557	.575	.578	.580

** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$

Tabel 9.35. Effect aspecten van de kwaliteit van de dienstverlening op resultaten dienstverlening GGZ n=1162 ** = $p \leq 0,001$; * = $p < 0,05$

	model 1	model 2	model 3
	β	β	β
intercept	.862*	-.284	-.652
zorg-op-maat	.701**	.535**	.523**
participatie		.197**	.151**
merkbare zaken			.080*
verklaarde variantie adj R2	.490	.502	.504

Tabel 9.36. Anova het effect van de ervaren prijs-kwaliteit verhouding per deelsector

Waardering	ouderenzorg		gehandicaptenzorg		GGZ	
voor de organisatie						
waar voor je geld	83.768	.000**	97.358	.000**	176.267	.000**
nee	n=32		8.71 n=67		8.87 n=91	
neutraal	n=162		11.80 n=198		10.57 n=84	
ja	14.21 n=389		11.88 n=40		13.51 n=574	
aantal sterren	1512.245	.000**	139.667	.000**	nvt	nvt
1 (slecht)	8.23 n=62		8.07 n=32			
3 (neutraal)	11.88 n=130		10.75 n=142			
5 (goed)	14.92 n=386		12.63 n=118			
voor de gemiddelde dienstverlening						
waar voor je geld	54.180	.000**	41.438	.000**	168.488	.000**
nee	11.44 n=32		10.63 n=67		10.51 n=91	
neutraal	12.79 n=164		12.95 n=198		11.77 n=84	
ja	13.85 n=392		11.32 n=40		13.57 n=574	
aantal sterren	159.270	.000**	28.371	.000**	nvt	nvt
1 (slecht)	11.08 n=62		9.98 n=32			
3 (neutraal)	12.73 n=130		12.34 n=142			
5 (goed)	14.10 n=386		12.87 n=118			

Codeboek Medewerkerstevredenheid mw's met zorgtaken

Schaal-nummer	variabele code-ring	Omschrijving Schaal en items	Values plus omschrijving
	volg-nummer	nummer dat de respondent krijgt toegekend	Numeriek cijfer
	varx	Naam van de organisatie	
schaal1		Werkstelsysteem	
	var1	Er is hier een duidelijke beschrijving van het proces van zorgverlening.	1 t/m 5; waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
	var2	Ik weet goed welke rol mijn werk heeft in het gehele werkproces op de afdeling/team	
	var3	Het is duidelijk wie op welk moment wat moet doen in de zorg binnen ons werk.	
	var4	Wij werken hier volgens een vaststaande werkmethode.	
	var5	Met onze manier van werken (verpleegstelsysteem bijv.) is de continuïteit van de zorg goed te regelen.	
	var6	De belangrijke werkprocedures zijn hier veelal schriftelijk vastgelegd (bv in een protocol of richtlijn).	
	var7	Ik ben nauwkeurig geïnstrueerd over hoe te handelen bij onverwachte gebeurtenissen.	
schaal2		Samenwerking in het werkproces	
	var8	De samenwerking tussen de disciplines verloopt beslist niet vlekkeloos.	1 t/m 5; waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
	var9	De huidige samenwerking leidt vaak tot onduidelijkheden in het werk.	
schaal3		informatievoorziening in het werkproces (inclusief Electronisch Patiënten Dossier)	
	var10	Het rapportagesysteem is goed afgestemd op het soort werk dat wij verrichten.	1 t/m 5; waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
	var11	De formulieren in het dossier zijn gebruiksonvriendelijk.	
	var12	De rapportage van anderen in het dossier is erg gemakkelijk te vinden.	
	var13	Het rapportagesysteem is erg gemakkelijk in gebruik.	
	var14	Er zijn goede afspraken over de manier waarop gerapporteerd wordt wat betreft de inhoud.	
	var15	De noodzakelijke informatie om mijn werk te kunnen doen, is makkelijk beschikbaar	
schaal4		Afstemming	
	var16	De mondelinge overdracht verschaft veel informatie voor de afstemming van de zorg aan patienten.	1 t/m 5; waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
	var17	Wij hebben hier een goed lopend overleg voor de onderlinge afstemming van het werk tussen de diverse disciplines.	
	var18	In mijn werk laat ik anderen duidelijk merken wat ik van hen verwacht.	

	var19	Wij werken hier met een goed lopend overleg-systeem om de zorg te coördineren.	
	var20	De coördinatie van de zorgverlening wordt erg bevorderd door ons systeem van werken.	
schaal5		Klantgerichtheid naar patiënten	
	var21	Klantgerichtheid staat bij deze organisatie hoog in het vaandel.	1 t/m 5; waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
	var22	Het management vindt het in deze organisatie erg belangrijk om vraaggerichte zorg te verlenen.	
	var23	De patiënt heeft een belangrijke stem in onze organisatie.	
	var24	De manier waarop wij in ons organisatie-onderdeel werken is erg klantgericht.	
	var25	Een belangrijk hulpmiddel bij het vraaggericht werken is het onderhandelen met patiënten over hun wensen.	
schaal6		Klantgerichtheid intern	
	var26	Mijn direct leidinggevende werkt zelf duidelijk op een klantgerichte manier.	1 t/m 5; waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
	var27	Mijn leidinggevende spant zich erg in om voor mijn werk de juiste middelen te regelen.	
	var28	De ondersteunende diensten werken erg klantgericht.	
schaal7		Het werken met doelgroepen	
	var29	Deze organisatie hanteert een strikt doelgroepen-beleid (welomschreven groepen patiënten aan wie zorg wordt verleent).	1 t/m 5; waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
	var30	In onze groep (of mijn caseload) zitten patiënten die echt niet tot deze doelgroep behoren.	
	var31	De aanmeldingsprocedure van deze organisatie zorgt ervoor dat wij nauwelijks verkeerd geplaatste patiënten opnemen.	
	var32	Het kost ons team grote moeite om patiënten die niet thuis horen op onze afdeling te weren.	
schaal8		Inhoud van de functie	
	var33	Ik kan veel van mijn vaardigheden benutten voor mijn werk.	1 t/m 5; waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
	var34	Mijn takenpakket is afwisselend genoeg.	
	var35	Mijn werk doet er echt toe op deze afdeling (bij deze zorgzaamheid).	
	var36	Ik ervaar het werk wat ik doe als uitermate belangrijk voor de patiënten.	
	var37	Ik vind het werk dat bij mijn functie hoort erg leuk.	
schaal9		Rolverwachtingen	
	var38	Ik weet precies wat er op mijn werk van mij wordt verwacht.	1 t/m 5; waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
	var39	Mensen op mijn werk stellen vaak tegenstrijdige eisen aan mij.	
schaal10		Resultaten van het werk	
	var40	Ik kan uit resultaten van mijn werk zonder problemen opmaken of ik goed werk aflever.	1 t/m 5; waarbij:

	var41	Het resultaat van mijn inspanning is absoluut zichtbaar in de zorgverlening.	1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens
	var42	Ik krijg vaak van patienten te horen dat zij zijn geholpen door mijn inspanningen.	3 = eens noch oneens 4 = mee eens
	var43	Je ziet hier meestal niet direct het resultaat van je werk.	5 = volledig mee eens
	var44	Als ik resultaten boek, heeft dat grote invloed op mijn werkplezier.	
schaal11		Lichamelijke belasting	
	var45	Ik ontkom er niet aan om mijn werk erg vaak in een ongemakkelijke werkhouding uit te voeren.	1 t/m 5; waarbij:
	var46	Het werk pleegt zondermeer een aanslag op mijn lichamelijke conditie.	1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
schaal12		Werkdruk	
	var47	Om mijn werk af te krijgen ligt mijn werktempo erg hoog.	1 t/m 5; waarbij:
	var48	Heel vaak ontregelen onverwachte situaties een goede uitvoering van mijn werk.	1 = volledig mee oneens
	var49	Ik heb zondermeer het gevoel dat ik vanwege de drukte mijn werk nooit helemaal goed kan doen.	2 = mee oneens
	var50	Ik heb in mijn werk vaak te maken met piekbelasting.	3 = eens noch oneens
	var51	In mijn werk heb ik beslist geen last van echte werkdruk.	4 = mee eens
	var52	Ik vind mijn werk emotioneel erg belastend.	5 = volledig mee eens
	var53	Ik voel mij enorm verantwoordelijk voor mijn werk.	
schaal13		Roostering	
	var54	Ik heb geen enkel probleem met de roostering op mijn werk.	1 t/m 5; waarbij:
	var55	Ik krijg mijn rooster zelden op tijd.	1 = volledig mee oneens
	var56	Er wordt vrijwel altijd rekening gehouden met mijn roosterwensen.	2 = mee oneens
	var57	Het rooster is goed afgestemd op de zwaarte van mijn werk.	3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
schaal14		Werving en selectie	
	var58	Men doet hier erg zijn best om de vacatures tijdig in te vullen.	1 t/m 5; waarbij:
	var59	Tijdens mijn sollicitatiegesprekken ben ik zeer uitgebreid bevraagd of ik zou passen bij de manier van die men hier volgt.	1 = volledig mee oneens
	var60	Een erg belangrijke voorwaarde om hier te komen werken was mijn bereidheid om mij verder te laten scholen in de werkwijze van de afdeling/team.	2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
schaal15		Autonomie	
	var61	Ik heb hier veel mogelijkheden om zelf een manier van werken te kiezen.	1 t/m 5; waarbij:
	var62	Ik heb in mijn werk volop gelegenheid om zelf mijn werkdoelen te bepalen.	1 = volledig mee oneens
	var63	Ik heb hier veel vrijheid om zelf de volgorde van de werkzaamheden te bepalen.	2 = mee oneens
	var64	Mijn werk biedt beslist de mogelijkheid om zelf te beoordelen of het goed of slecht is gedaan.	3 = eens noch oneens
	var65	Ik heb veel ruimte om zelf te bepalen hoeveel werk ik gedurende een bepaalde periode verricht.	4 = mee eens 5 = volledig mee eens

	var66	Mijn direct leidinggevende bepaalt in hoge mate wat er gebeuren moet.	
	var67	Mijn leidinggevende geeft meestal ook aan hoe dit moet gebeuren.	
	var68	Mijn leidinggevende vindt het belangrijk dat ons werk volgens de voorgeschreven regels gebeurt.	
	var69	Ik ben erg tevreden met de zelfstandigheid in mijn werk.	
	var70	Ik beschik over veel regelmogelijkheden om mijn werk goed uit te kunnen voeren.	
schaal16		Participatie	
	var71	Bij belangrijke beslissingen op de afdeling/team wordt er geen rekening gehouden met de mening van medewerkers.	1 t/m 5; waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
	var72	Wij hebben veel inspraakmogelijkheden om de klantgerichtheid voor klanten te verbeteren.	
	var73	Wij hebben hier zeker geen gewoonte om met elkaar mee te denken.	
schaal17		Waardering	
	var74	Ik voel mij erg gewaardeerd door mijn collega's.	1 t/m 5; waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
	var75	Mijn leidinggevende laat mij zelden weten als hij/zij tevreden is met mijn werk.	
	var76	Als het werk goed gaat krijg je hier nooit wat te horen.	
	var77	Onze leidinggevende draagt ons op handen.	
	var78	Ik werk hier met groot plezier juist omdat wij zo gewaardeerd worden.	
schaal18		Beloning	
	var79	Ik word zondermeer rechtvaardig betaald in vergelijking met wat collega's verdienen in andere instellingen.	1 t/m 5; waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
	var80	Mijn salaris staat helemaal in verhouding tot het werk dat ik doe.	
schaal19		Training	
	var81	Men maakt hier altijd concrete afspraken over het volgen van scholing die nodig is om mijn functie uit te oefenen.	1 t/m 5; waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
	var82	Dit gebeurt vrijwel altijd aan de hand van het functioneringsgesprek.	
	var83	Mijn werkgever besteedt nauwelijks structurele aandacht aan de scholing van personeel.	
	var84	In de bij- en nascholing legt men hier altijd een sterk accent op attitude.	
schaal20		Ontwikkeling	
	var85	Ik kan bij deze werkgever erg goed werken aan mijn loopbaan.	1 t/m 5; waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
	var86	Ik word hier in het geheel niet gestimuleerd om mij verder te ontwikkelen in mijn werk.	
	var87	Ik heb hier goede vooruitzichten op verdere doorgroei.	
	var88	Deze organisatie heeft een uitgesproken loopbaanbeleid.	
schaal21		Sociale steun	

	var89	Ik kan altijd op mijn collega's rekenen wanneer dat nodig is.	1 t/m 5; waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
	var90	Als ik ergens mee zit steunt mijn leidinggevende mij door dik en dun.	
	var91	Ons afdeling/team vindt een steunende sfeer heel erg belangrijk.	
	var92	Mijn leidinggevende geeft mij onvoorwaardelijk steun om de zorgverlening af te stemmen op de behoeften van patiënten.	
	var93	Ik kan met mijn problemen zeker terecht bij mijn leidinggevende.	
	var94	Als ik ziek ben is men van het werk altijd erg attent.	
	var95	Wij investeren echt in de opbouw van ons team (team-building).	
schaal22		Ondersteuning met allerlei middelen	
	var96	De voorwaarden om het werk klantgericht uit te voeren laten hier te wensen over.	1 t/m 5; waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
	var97	Wij moeten lang wachten op zaken voor een goede zorgverlening.	
	var98	Ik heb hier geen goede werkplek van waaruit ik mijn werk kan uitvoeren.	
	var99	Het is heel moeilijk om voor onvoorziene wensen van cliënten geld los te krijgen.	
schaal23		Betrokkenheid op de organisatie	
	var100	Het is erg plezierig om voor deze organisatie te werken.	1 t/m 5; waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
	var101	Ik maak veel reclame voor onze organisatie (spreek er veel goeds over).	
	var102	Ik voel mij in de cultuur van deze organisatie helemaal als een vis in het water.	
	var103	Ik ben erg tevreden over deze organisatie.	
schaal24		Tevredenheid met het werk	
	var104	Ik vind dat ik erg leuk werk heb.	1 t/m 5; waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
	var105	Ik ontleen veel arbeidsplezier aan mijn werk.	
	var106	Mijn werk geeft mij veel energie.	
	var107	Ik zou het absoluut niet willen missen.	
schaal25		Waardering voor de interne service om vraaggericht te kunnen werken	
	var108	Wij worden prima gefaciliteerd om zorg-op-maat te geven aan cliënten uit onze doelgroep	1 t/m 5; waarbij: 1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
	var109	Het management maakt in de ondersteuning waar om de vraag van cliënten centraal te stellen.	
	var110	Dit helpt erg in het verlenen van vraaggerichte zorg.	
	var111	Ik heb veel waardering voor de manier waarop men onze ideeën oppikt om de dienstverlening aan cliënten te kunnen verbeteren.	
schaal26		Het leveren van zorg-op-maat	
	var112	Wij leveren hier echt zorg-op-maat.	1 t/m 5; waarbij: 1 = volledig mee oneens
	var113	Wij proberen zoveel mogelijk individuele wensen van bewoners te honoreren.	

	var114	Wij geven cliënten echt voldoende vrijheid om hun voorkeuren na te streven.	2 = mee oneens 3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
schaal27		Medewerkerstevredenheid (algemeen)	
	var115	onze manier van werken	1 t/m 10 waarbij de waardering loopt van: 1 = zeer slecht 2 = slecht 3 = zeer onvoldoende 4 = onvoldoende 5 = niet geheel onvoldoende 6 = voldoende 7 = ruim voldoende 8 = goed 9 = zeer goed 10 = uitmuntend
	var116	de samenwerking in het werk	
	var117	de informatievoorziening	
	var118	de afstemming in het werk	
	var119	de klantgerichtheid naar patiënten	
	var120	de klantgerichtheid intern	
	var121	het werken met doelgroepen	
	var122	de inhoud van de functie	
	var123	de rolverwachtingen	
	var124	de merkbaarheid van resultaten van mijn werk	
	var125	de mate van lichamelijke belasting	
	var126	de werkdruk	
	var127	de roostering	
	var128	de selectie van de juiste persoon op de juiste plek	
	var129	de mate van autonomie in het werk	
	var130	je invloed op de verbetering van de dienstverlening	
	var131	de waardering van de leidinggevende	
	var132	de waardering van collega's	
	var133	je salaris	
	var134	functiegerichte opleidingen	
	var135	ontwikkelingsgerichte activiteiten	
	var136	de mate waarin je sociale steun krijgt op je werk	
	var137	de ondersteuning met allerlei middelen	
	var138	de mate waarin de organisatie loyaliteit in de hand werkt	
	var139	deze organisatie	
	var140	je werk	
	var141	zekerheid over werkbehoud	
	var142	de kwaliteit van zorg-op-maat	
	var143	je waardering voor de interne service	
Algemene vragen			
	var144	functie	<ol style="list-style-type: none"> 1. MBO verpleegkundige (oud: inservice) 2. HBO verpleegkundige (oud: HBO-V) 3. HBO-opgeleide therapeut 4. psycholoog/behandelaar 5. psycho-therapeut 6. sociaal wetenschapper/behandelaar 7. psychiater/behandelaar 8. psychiater in opleiding 9. sociaal wetenschapper in opleiding

			10. agnio
	var145	aantal jaren werkzaam bij deze werkgever	<ol style="list-style-type: none"> 1. korter dan 1 jaar 2. 1 tot 3 jaar 3. 3 tot 5 jaar 4. 5 tot 7 jaar 5. 7 tot 9 jaar 6. langer dan 9 jaar
	var146	aantal jaren werkzaam in deze functie	<ol style="list-style-type: none"> 1. korter dan 1 jaar 2. 1 tot 3 jaar 3. 3 tot 5 jaar 4. 5 tot 7 jaar 5. 7 tot 9 jaar 6. langer dan 9 jaar
	var147	Leeftijd respondent	<ol style="list-style-type: none"> 1. jonger dan 20 jaar 2. 20 t/m 24 jaar 3. 25 t/m 29 jaar 4. 30 t/m 34 jaar 5. 35 t/m 39 jaar 6. 40 t/m 44 jaar 7. 45 t/m 49 jaar 8. 50 t/m 54 jaar 9. 55 t/m 59 jaar 10. 60 jaar of ouder
	var148	Sexe respondent	<ol style="list-style-type: none"> 1. man 2. vrouw
	var149	Hoogst afgemaakte opleidingsniveau	<ol style="list-style-type: none"> 1. lager/basisonderwijs 2. lbo 3. mbo 4. hbo 5. universiteit
	var150	Afdeling waar respondent werkzaam is.	<ol style="list-style-type: none"> 1.
	var151	Soort arbeidscontract	<ol style="list-style-type: none"> 1. vast dienstverband 2. tijdelijk dienstverband 3. melkertbaan 4. leer/werkovereenkomst 5. overeenkomst als stagiaire
	var152	Omvang arbeidscontract in gemiddeld aantal uren per week	<ol style="list-style-type: none"> 1. meer dan 36 uur 2. 32 t/m 36 uur 3. 24 t/m 31 uur 4. 12 t/m 23 uur 5. minder dan 12 uur
	var153	Aantal jaren werkzaam in de sector.	<ol style="list-style-type: none"> 1. korter dan 1 jaar 2. 1 tot 3 jaar 3. 3 tot 5 jaar 4. 5 tot 7 jaar 5. 7 tot 9 jaar 6. langer dan 9 jaar
	var154	Aantal jaren werkzaam in de gezondheidszorg	<ol style="list-style-type: none"> 1. korter dan 1 jaar 2. 1 tot 3 jaar 3. 3 tot 5 jaar

			4. 5 tot 7 jaar 5. 7 tot 9 jaar 6. langer dan 9 jaar
schaal28		Organisatieveranderingen	
	var155	De veranderingen binnen deze organisatie hebben me de afgelopen tijd erg het plezier in het werk ontnomen.	1 t/m 5; waarbij:
	var156	Ik ben de afgelopen tijd met evenveel plezier aan het werk gegaan als voor de veranderingen.	1 = volledig mee oneens 2 = mee oneens
	var157	Ik ben erg tevreden over de manier waarop er met medewerkers is omgegaan tijdens de die binnen deze organisatie spelen	3 = eens noch oneens 4 = mee eens 5 = volledig mee eens
	var158	Ik heb tijdens de veranderingen het gevoel gehad inspraak te hebben.	
	var159	Deze vragen zijn niet op deze organisatie van toepassing.	1 = ja

Codeboek Waardering van cliënten voor de dienstverlening

<i>Schaal-nummer</i>	<i>variabele code-ring</i>	<i>Omschrijving Schaal en items</i>	<i>Values plus omschrijving</i>
	Volg-nummer	nummer dat de respondent krijgt	nummeriek cijfer
	varx	Naam van de organisatie	
schaal 1		Resultaten van de dienstverlening	
	var1	Ik heb geleerd om weer leuke dingen te doen (bijvoorbeeld uit te gaan of sporten)	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 = helemaal mee oneens
	var2	Ik leer mijn dagelijkse activiteiten weer op te pakken (werk, huishoudelijke taken).	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 = helemaal mee oneens
	var3	Ik leer weer met andere mensen om te gaan.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 = helemaal mee oneens
	var4	Mijn klachten zijn door de behandeling beslist minder geworden.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 = helemaal mee oneens

<i>Schaal-nummer</i>	<i>variabele code-ring</i>	<i>Omschrijving Schaal en items</i>	<i>Values plus omschrijving</i>
	var5	De behandeling/begeleiding sluit echt aan bij mijn verwachtingen.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens
	var6	Ik krijg door de behandeling steeds meer grip op mijn leven.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens
	var7	Door de behandeling en begeleiding in deze organisatie krijg ik weer plezier in de dingen.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens
		Kwaliteit van de behandeling/begeleiding	
schaal 2		Zichtbare en merkbare dingen van de dienstverlening	
	var8	Ik vind dat zaken goed aan mij worden uitgelegd (mondelinge informatie).	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens
	var9	De folders zijn heel begrijpelijk geschreven.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens
	var10	Ik voel mij veilig in het gebouw van deze organisatie.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens
	var11	De aankleding van het gebouw ziet er gezellig uit.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens
	var12	Er is in deze organisatie voldoende personeel om ons van dienst te kunnen zijn.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens

<i>Schaal-nummer</i>	<i>variabele code-ring</i>	<i>Omschrijving Schaal en items</i>	<i>Values plus omschrijving</i>
	var13	Ik heb een behandelplan dat ik goed begrijp.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens
	var14	Men heeft mij duidelijk gevraagd of ik kon instemmen met het behandelplan.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens
schaal 3		Betrouwbaarheid	
	var15	De hulpverleners van deze organisatie doen wat ze zeggen.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens
	var16	Hulpverleners hier staan open voor mijn klachten.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens
	var17	De hulpverleners geven gewoon toe als zij dingen verkeerd hebben gedaan.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens
	var18	Ik merk dat zij het de volgende keer anders proberen te doen.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens
schaal 4		Bereidwilligheid op service te verlenen	
	var19	Ik vind dat de hulpverleners serieus naar mij luisteren.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens
	var20	We overleggen over wat ik graag zou willen.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens

<i>Schaal-nummer</i>	<i>variabele code-ring</i>	<i>Omschrijving Schaal en items</i>	<i>Values plus omschrijving</i>
	var21	Ik vind dat de hulpverleners zich voor mij inspannen.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens
	var22	Men houdt er rekening mee als ik iets niet prettig vind.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens
	var23	Als ik dat wil, betreft men de familie bij mijn behandeling.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens
	var24	Je kunt hier gewoon kiezen of je een vrouw of man als behandelaar wilt.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens
schaal 5		Bejegening en vertrouwen	
	var25	Ik vind de hulpverleners van deze organisatie vriendelijk.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens
	var26	Ik vind de hulpverleners eerlijk in hun advies.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens
	var27	De gesprekken met de behandelaar verlopen meestal ongestoord (dwz geen telefoontjes tussen de gesprekken of mensen die op de deur kloppen).	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens
	var28	Men geeft mij het gevoel dat mijn mening belangrijk is.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens

<i>Schaal-nummer</i>	<i>variabele code-ring</i>	<i>Omschrijving Schaal en items</i>	<i>Values plus omschrijving</i>
	var29	Mensen van deze organisatie maken vaak een praatje met mij.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 = helemaal mee oneens
schaal 6		Privacy	
	var30	Men vraagt mij altijd toestemming om met anderen over mijn kwestie te praten.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 = helemaal mee oneens
	var31	Er zijn in het gebouw waar ik het meest kom/ben voldoende mogelijkheden om mij even terug te trekken.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 = helemaal mee oneens
Schaal 7		Afstemmen van mogelijkheden op vragen	
	var32	Men helpt mij om dingen te doen die ik belangrijk vind.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 = helemaal mee oneens
	var33	Als iets niet kan, dan legt men het altijd uit.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 = helemaal mee oneens
	var34	Ik kan echt met behandelaars onderhandelen over ideeën die er zijn over mijn behandeling.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 = helemaal mee oneens
	var35	De hulpverleners laten mij zo veel mogelijk zelf dingen doen.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 = helemaal mee oneens
	var36	Men helpt mij bij het (weer) oppakken van werk.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 = helemaal mee oneens

Schaal- nummer	variabe- le code-ring	Omschrijving Schaal en items	Values plus omschrijving
	var37	Als ik opnieuw zorg of behandeling nodig zou hebben, dan koos ik ervoor dat weer bij deze organisatie te doen.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens
	var38	Men helpt mij om contacten te maken met mensen in de buurt waar ik woon.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens
	var39	Men helpt mij om “maatjes” te vinden.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens
	var40	Men laat mij vrij om dingen te kunnen kiezen.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens
	var41	Ik ben tevreden over de behandeling die deze organisatie aan mij geeft.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens
		<i>Vragen voor personen die (ook) van de 24-uurszorg gebruik maken</i>	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens
	var42	Ik heb een goede wasgelegenheid.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens
	var43	De maaltijden zijn hier echt lekker.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 =helemaal mee oneens

<i>Schaal-nummer</i>	<i>variabele code-ring</i>	<i>Omschrijving Schaal en items</i>	<i>Values plus omschrijving</i>
	var44	Ik heb een geschikte eigen kamer.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 = helemaal mee oneens
	var45	Ik vind dat er een gezellige huiskamer is (gemeenschappelijke kamer).	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 = helemaal mee oneens
	var46	Ik vind dat men zorgvuldig met mijn eigendommen omgaat.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 = helemaal mee oneens
	var47	Hulpverleners kloppen als zij bij mij binnen willen komen (in mijn kamer).	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 = helemaal mee oneens
	var48	Ik mag mijn kamer inrichten zoals ik dat wil.	5 = helemaal mee eens 4 = mee eens 3 = niet mee een / niet mee oneens 2 = mee oneens 1 = helemaal mee oneens
		Algemene vragen	
		Achtergrond gegevens	
	var49	Leeftijd	1. jonger dan 20 jaar 2. 20 t/m 24 jaar 3. 25 t/m 29 jaar 4. 30 t/m 34 jaar 5. 35 t/m 39 jaar 6. 40 t/m 44 jaar 7. 45 t/m 49 jaar 8. 50 t/m 54 jaar 9. 55 t/m 59 jaar 10. 60 t/m 64 jaar 11. 65 t/m 69 jaar 12. 70 t/m 74 jaar 13. 75 t/m 79 jaar 14. 80 t/m 84 jaar 15. ouder dan 84 jaar
	var50a	Ik ontvang mijn zorg/behandeling/ondersteuning bij:	1.
	var50b	Heeft u gedurende uw behandeling gebruikgemaakt van:	2.

<i>Schaal-nummer</i>	<i>variabele code-ring</i>	<i>Omschrijving Schaal en items</i>	<i>Values plus omschrijving</i>
	var51	Mijn behandeling duurt nu:	<ol style="list-style-type: none"> 1. korter dan 1 jaar 2. 1 tot 3 jaar 3. 3 tot 5 jaar 4. 5 tot 7 jaar 5. 7 tot 9 jaar 6. langer dan 9 jaar
	var52	Sexe	<ol style="list-style-type: none"> 1. man 2. vrouw
	var53	Omvang netwerk	<ol style="list-style-type: none"> 1. geen andere mensen met wie ik regelmatig omga (de een of andere manier) 2. weinig andere mensen met wie ik regelmatig omga 3. redelijk veel andere mensen met wie ik regelmatig omga 4. veel andere mensen met wie ik regelmatig omga
	var54	Soort contacten in netwerk	<ol style="list-style-type: none"> 1. familie 2. hulpverleners van deze instelling 3. in de kerk 4. bij een vereniging waar ik lid bent 5. vrienden 6. vooral hulpverleners 7. van het werk
		Inspanningen om toegang tot de zorgverlening te verkrijgen	
	var55	Toen eenmaal duidelijk werd dat u voor een behandeling in aanmerking kwam, vond u de wachttijd toen (qua duur)?	<ol style="list-style-type: none"> 1. kort 2. gemiddeld 3. lang
	var56	Kunt u zich nog herinneren hoeveel maanden dit was?	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0 – 1 maand 2. 1 – 2 maanden 3. 3 – 4 maanden 4. 5 – 6 maanden 5. langer dan 6 maanden
	var57	Indien u lang op een behandeling heeft moeten wachten, vond u dat erg?	ja niet echt nee
	var58	Moest u veel formulieren invullen om toegelaten te worden (of een ander die dit voor u deed)?	ja ging wel nee
	var59	Vond u de formulieren ingewikkeld om in te vullen?	ja ging wel nee

<i>Schaal-nummer</i>	<i>variabele code-ring</i>	<i>Omschrijving Schaal en items</i>	<i>Values plus omschrijving</i>
	var60	In welk jaar meldde u zich aan?	1. eerder dan 1997 2. 1997 3. 1998 4. 1999 5. 2000 6. 2001 7. 2002 8. 2003 9. 2004
	var61	Heeft uw behandelaar afspraken gemaakt over bereikbaarheid in noodsituaties?	ja niet echt nee
		Kosten van de zorgverlening in verhouding tot de kwaliteit	
	var62	Zijn de kosten die u zelf betaalt voor uw behandeling in deze organisatie het waard?	ja niet echt nee
	Var 63	Hoe zou u de kwaliteit die deze organisatie u biedt voor uw gevoel omschrijven?	als een vier sterren restaurant ik geef er 3 sterren voor als een plek die 2 sterren verdient toch wel 1 ster deze organisatie verdient geen ster

15. Dankbetuiging

Vele mensen hebben een bijdrage aan dit project geleverd. Waarvoor mijn oprechte dank.

Mijn promotoren

In Rotterdam en later in Soest: **Han van Dijk!!**

In Rotterdam en later in Tilburg: **Jaap Paauwe!!**

Leren doe je altijd. De ene periode wat meer dan de andere. Ik prijs me gelukkig dat jullie de laatste jaren op dit punt mij het vuur behoorlijk aan de schenen hebben gelegd.

Leden van de kleine leescommissie

In Rotterdam: Robbert Huijsman, Guus de Vries en Ton van der Wiele.

Andere leden van de commissie van 24 mei 2007

In Rotterdam: Guus van Montfort.

In Utrecht: Guus Schrijvers.

Per plaats in chronologische volgorde

In Soesterberg: Rob Wassenborg, Jennifer Luitz, **Els Dekker!** Begeleidingscommissie van de Open Ankh: Marijke de Gooijer, Tine Lempens, Arineke Elsenaar, Cees van der Bunt, (Jan Jaap Ensink, Bert Pastoor).

In Amersfoort: **Peter van den Berg**, Trudy Gerritsen, Jan Duijnhoven, **Gera van der Gun!**, Dick van Tuijl!, Reinder Wijmenga, Jacqueline van der Horst, **John Wood!**

In Rotterdam **Robbert Huijsman!!**, Gerard Scholten!, Jan Busschenbach, Anna Nieboer, Antoinette de Bont, **Marieke Veenstra.**

In Utrecht: Anna van der Zwan; mw. M.C.O. Kersten, Henk Jan Messchendorp, Romy Steenbeek, Liedeke van Schoot. Van 1986 – 1989, Reinhart Wippler die mij de liefde voor theoretisch gestuurd sociologisch onderzoek heeft bijgebracht.

In Haaksbergen: Beryl Lankhaar.

In Goes: alle patiënten die de mailing verzorgden van de case-study's.

In Heesum/Bemmel: Raad van Bestuur, **Henk Bus**, Marijke de Gooijer, Karin Hoekjan, mw. Cuijpers – Koopmans, cliënten, leden van de cliëntenraad en medewerkers die de conceptvragenlijsten hebben beoordeeld.

In Baarn: Raad van Bestuur, **Rein Koning**, Tine Lempens, Ton Vos, Emmy Freriks, Martin Horst, Ellen Kannengieter, Jan van Aken, cliënten, leden van de cliëntenraad en medewerkers die de conceptvragenlijsten hebben beoordeeld.

In Almere: **Hans van Heemst**, **Frits Liefferink**, Sven de Nie, Angelique Salimans, Lenie Buwalda, Marjan Dokter, cliënten, leden van de cliëntenraad en medewerkers die de conceptvragenlijsten hebben beoordeeld.

In Amersfoor/Nijkerk: Raad van Bestuur, Manfred Santing, **Simone Heinsius**.

In Almere: Bas Koevoet, **Frits Liefferink**, **Anneke Meijs**.

In Ermelo: Henk Ter Avest, **Thom Kloes**, **Wolf Kayser**, Piet van der Kraan.

In Assen: Raad van Bestuur, Henk van Kampen, **Janny Korsaan**.

In Laren: Jos van Manen, **Sanne Bosboom**, Sjanien in t Veld.

In Purmerend: Kees Weijer, **Onno van Assema**, Nicole Ziesemer.

In Groningen: Margriet Hommes, **Marianne Jaspar**.

In Groningen: Erik van Daal, **Frank Nienhuis**, Ina Dietrich – Arents, Maaïke Bos, Rinette Wolfswinkel.

In Velp: Raad van Bestuur, Ineke de Jong – Eijsberg, **Joos van der Zee**.

In Den Haag: **Johan Almeida**, Karin Kooijman, Wim de Bruin.

In Leusden: Lucienne Meijer.

Studenten in Rotterdam: **Carola Luiten**, **Loes van der Vleuten**, Thekla Jeurissen, Leonie Vos, **Anniek Peelen**.

In Entrechaux, Frankrijk: H.J.G. van Wijk (1918 – 1989), econoom en stille drijfveer.

In Houten: **Nico Vermeeren!**, Loes van Wijk – Schuit, Lonneke van Wijk en Jiri van Wijk.

De Open Ankh te Soesterberg dank ik oprecht voor de financiering van dit project, dat voor een aanzienlijk gedeelte uit de financiering van mijn salaris bestond.

De **Symfora Groep** te Amersfoort dank ik oprecht voor de deeltijd detachering bij het Instituut Beleid Management Gezondheidszorg (iBMG) voor de duur van dit project (2001 – 2005).

Het **iBMG** ben ik zeer erkentelijk voor de gastvrijheidsvereenkomst die zij mij bood en de ondersteuning die ik heb gekregen.

Tenslotte een woord van speciale dank voor alle **cliënten, medewerkers en managers** die mij het goud voor een onderzoeker in handen gaven.

16. Curriculum Vitae

Kees van Wijk (20 september 1957) doorliep in zijn geboorteplaats Tiel de lagere school en behaalde daar ook zijn Mavo IV-diploma in de eerste lichting van de Mamoetwet. Na een middelbare opleiding in de Tuinbouwkunde (Fruiteelt en Algemene Tuinbouwkunde) volgde hij een opleiding tot leerkracht 'maatschappelijke vorming en godsdienst' en trouwde hij met Loes Schuit. Hij gaf twee jaar parttime les op het basisonderwijs, maar werd door de slechte werkgelegenheid in de begin jaren tachtig van de vorige eeuw werkeloos. Er volgde een periode van allerlei baantjes, waarvan de functie van conciërge op een grote scholengemeenschap de meest veelbelovende was. In 1984 werd hij toegelaten tot de studie 'Sociologie' aan de Rijks Universiteit Utrecht.

Hij werd in 1986 vader van Lonneke en in 1989 van Jiri. In november 1989 behaalde hij bij Wippler zijn doctoraal in de 'Empirische- en Theoretische Sociologie' op het onderwerp 'Solidariteit tussen werkgevers en -nemers'. Direct daarna kon hij parttime als uurdocent 'sociologie', 'organisatieleer' en 'methodische studiebegeleiding' aan de slag bij de inservice opleiding van de GGZ zorgaanbieder Zon & Schild. Tegelijk werkte hij prodeo aan de universiteit als onderzoeker op een tijdelijk project, gevolgd door 11 maanden onderzoek bij het Nivel op het project 'Perinatal care by General Practitioners in the Netherlands' op projectbasis. Per 1992 kwam hij in vaste dienst bij het opleidingscentrum 'Amerhoogt' van de Symfora groep (het oude Zon & Schild) en was mede verantwoordelijk voor het opzetten van een afdeling 'Bedrijfsopleidingen' voor zowel de interne- als de externe markt. Daarvan werd hij in 1994 de coördinator met ondermeer coördinatie, marketing en relatiebeheer als belangrijke taken. Ook trainde hij bestuurders en het hoger kader in de gezondheidszorg op de gebieden 'management', 'beleid' en 'kwaliteit'. Hij deed organisatieadvieswerk en trad regelmatig op als bemiddelaar en begeleider bij conflicten in zorgorganisaties. Vanaf 1999 vervulde hij meerdere malen de functie van waarnemend hoofd van het opleidingscentrum Amerhoogt.

In 2001 werd hij geselecteerd op het onderhavige onderzoek dat hij parttime als gastonderzoeker aan het Instituut Beleid en Management te Rotterdam heeft uitgevoerd. Per 2006 werkt hij daar twee dagen per week als onderzoeker en als docent bij de master 'Zorg Management' op het vakgebied HRM. De overige dagen is hij aan het opleidingscentrum Amerhoogt verbonden. Daar houdt hij zich momenteel bezig met strategisch opleidingsbeleid, innovatieprojecten en trainingen van ondermeer professionals. Hij is docent Beleidspsychiatrie van het Consortium Nederland Midden. Dit is een opleiding die artsen opleidt tot psychiaters.

Vanaf de 2^e helft van 2007 zal hij voor vier dagen per week als universitair docent aan het iBMG verbonden zijn. De overige tijd blijft hij voor de Symfora groep werken.

Als nevenfuncties heeft hij een docentschap 'sociologie' aan een theologische hbo-opleiding te Amsterdam en is hij vanaf 1992 bestuursvoorzitter van de stichting Voorkom!. Deze organisatie geeft preventieve voorlichting over verslavingsgedrag aan jongeren, ouders en docenten in geheel Nederland.

ISBN 978-90-9021840-3

