

“Het potentieel van Management in de Zorg.”

Auteur: B.K. de Bruin  
Opdrachtgever: Management in de Zorg   
Contactpersoon: Dhr. P. Hennevanger  
Onderwijsinstelling: Hogeschool Leiden  
Afstudeerbegeleider: Dhr. P. Rijcken  
Datum: 16-08-2016  
Plaats: Leiden

Voorwoord   
  
Voor u ligt mijn afstudeeropdracht, geschreven ter afronding van de bacheloropleiding Commerciële Economie aan de Hogeschool Leiden. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de duale opleiding Management in de Zorg aan de Hogeschool Leiden en biedt inzicht in de opleidingsbehoeften van managers en staf-leden binnen de Nederlandse gezondheidszorg- en welzijnssector.  
  
Het gecompliceerde en dynamische karakter van de gezondheidszorg- en welzijnssector maakte het onderzoek niet gemakkelijk. Deze uitdaging heeft dan ook tot een leerzame periode geleidt waarin ik mijn zelfstandigheid en onderzoeksvaardigheden heb mogen verbeteren.

Mijn dank gaat uit naar het team van Management in de Zorg voor de kans die mij is geboden om mijzelf binnen deze inspirerende en veilige leeromgeving te ontwikkelen. In het bijzonder wil ik de heer Hennevanger en de heer Rijcken bedanken voor hun waardevolle begeleiding, het geduld en de ondersteuning gedurende dit traject.

De ervaringen tijdens deze scriptieperiode hebben mij ook veel over mijzelf geleerd. Met momenten van twijfel, inspiratie, onzekerheid en samenwerking is mijn rugzak weer meer gevuld met herinneringen die ik koester.   
  
Ten slotte wil ik u veel leesplezier wensen.

Bart de Bruin  
  
Zoetermeer, augustus 2016

# Management summary

This research was conducted on behalf of the education of ‘Management in Healthcare’ at the University of Applied Sciences Leiden. The study of ‘Management in Healthcare’ is an dual education that is intended for working healthcare professionals to a middle manager position in the healthcare and welfare sector.   
  
In the past academic year (2015-2016) ‘Management in Healthcare’ has introduces a flexible curriculum. This implies that the study program can be tailored to the individual student and the business situation of the employer. The changes made this year didn’t turn the decreasing amount of students. Therefore it is essential to have a good insight in the current market situation of the healthcare and welfare sector. Without this understanding a good value proposition for Management in Healthcare is not possible. This research will eventually answer the following central question:  
   
 *What is the current market situation of the Dutch health- and welfare sector with regard to   
 the training/educating of middle management/management and staff?*  
  
This paper starts with the literature section to assign the direction of this research. The discussed theories and the conceptual model illustrates the dimension of business-to-business relationships and how they must be created and maintained. Creating value is the core of a business-to-business relationship. The conceptual model is based on the model of Osterwalders, Pigneur, Bernarda & Smith (2014). This model implies that the value proposition of organisations should be recognised by the customer segment in order to realize a perfect fit between both organisations and customer.   
   
After constructing this framework, the desk research will indicate the value propostion of Management in Healtcare, what content there is given to Customer Relationship Management and which position the education is holding at the University of Applied Sciences Leiden. Thereafter an evaluation of the most important developments of the health and welfare sector will be given. The qualitative research reveals the composition of the strategic education policies of potential healthcare organisations and what the needs are regarding education middle managers.   
  
It can be concluded that the Dutch healthcare- and welfare sector is under pressure because it is going through many changes in terms of course, price, quality and financing. Staff reorganisations resulting from this development, are leading to a cutback on the amount of management and staff members. In addition, organisations in the health sector are lacking a clear vision on the strategic education policy. Regarding to the current value proposition of ‘Management in Healthcare’ it can be concluded that there is not a fit with the needs of the potential customer segment. Furthermore, it can be concluded that due to the lack of knowledge with respect of the current value proposition a negative attitude towards management in general and the education ‘Management in Healthcare’ in specific is what this research shows. Finally there is a clear lack of customer focus with regard to the staff of ‘Management of Healtcare’.  
  
There are several recommendations to meet the objective to increase the number of students of Management in Healthcare. First of all ‘Management in Healthcare’ should implement Customer Relationship Management in all its facets.. This means the presence of a customer information system, a customer centric culture and emphasis on market intelligence. By centralizing the Customer Relationship Management process a profitable customer portfolio will be realized. Finally, various sales- and relationship management activities are initiated to gain prospect information.

# Inhoudsopgave

1. Management in de Zorg   
 1.1 Achtergrond 7  
 1.2 Aanleiding 7  
 1.3 Doelstelling 8  
 1.4 Probleemstelling 8  
 1.5 Deelvragen 8  
 1.6 Doelgroep 9  
 1.7 Afbakening 9  
2. Theoretisch kader 11  
 2.1 Business-to-business marketing 11  
 2.1.2 Organisatorisch aankopen 11  
 2.1.3 Organisatorisch aankoopproces 11  
 2.1.4 Decision Making Unit 12  
 2.1.5 Organisatorisch verkoopproces 13  
 2.2 Waarde propositie 14  
 2.2.1 Value Proposition Canvas 15  
 2.3 Customer relationship management 16  
 2.3.1 In- en output CRM 16  
 2.4 Bedrijfsnetwerken 17  
 2.5 Conclusie 18  
3. Onderzoeksmethodologie 19  
 3.1 Onderzoek soort 19  
 3.2 Onderzoeksmethode 19  
 3.2.1 Literatuuronderzoek 19  
 3.2.2 Deskresearch 19  
 3.2.3 Pilot onderzoek 19  
 3.2.4 Kwalitatief onderzoek 19  
4. Deskresearch 22  
 4.1 Interne analyse 22  
 4.1.1 Management in de Zorg 22  
 4.2 Externe analyse 25  
 4.2.1 Zorgsector 25  
 4.2.2 Ontwikkelingen gezondheidszorg- & welzijnssector 26  
 4.2.3 Zorg en welzijnsaanbieders 28  
 4.2.4 Hoger gezondheidszorg onderwijs 29  
5. Resultaten fieldresearch 30   
 5.1 Ontwikkelingen opleidingsbeleid 30  
 5.2 Huidig opleidingsbeleid 30  
 5.3 Management en staf 31  
 5.4 Besluitvormingsproces 32  
 5.5 Kennis, houding & gedrag 33  
 5.6 Samenwerking 34  
6. Conclusies 35  
7. Aanbevelingen 39  
8. Adviesrapportage 41  
 8.1 Customer relationship management 41  
 8.1.1 Consequenties positionering 45  
 8.2 Marketingcommunicatie-activiteiten 45  
 8.3 Flexibel opleidingsprogramma 46  
 8.4 Verkoopactiviteiten 47  
 8.4.1 Doelgroep 47  
 8.4.2 Boodschap 47  
 8.4.3 Quick wins 47  
 8.5 Kosten, opbrengsten & planning 48  
  
Bronnenlijst 49  
  
Bijlage 1 Afbakening werkgebied 55  
Bijlage 2 Organogram 57  
Bijlage 3 Sector gezondheids- en welzijnszorg 58  
Bijlage 4 Pilot onderzoek 59  
Bijlage 5 Concurrentieanalyse 67  
Bijlage 6 Accountplan 70  
Bijlage 7 Flexibiliseringsmodel 71  
Bijlage 8 Uitkomsten gesprek accountmanager 72  
Bijlage 9 Verkoopproces 74  
Bijlage 10 Ziekenhuizen werkveld MIZ 76  
Bijlage 11 Topiclijst kwalitatief onderzoek 77  
Bijlage 12 Marktomvang G&W 78  
Bijlage 13 Arbeidsverdeling G&W 79  
Bijlage 14 500+ organisaties werkgebied MIZ 80  
Bijlage 15 Kosten en planning 85  
Bijlage 16 Uitwerking diepte-interviews 93  
Bijlage 17 Analyseschema’s 151  
Bijlage 18 Frequentie tabellen 186  
Bijlage 19 Reflectieverslag scriptieproces 204

# Inleiding

Dit onderzoeksrapport dient ter afsluiting van de bacheloropleiding Commerciële Economie aan de Hogeschool Leiden. Het onderzoek is uitgevoerd door Bart de Bruin, in opdracht van de opleiding Management in de Zorg van de Hogeschool Leiden. Deze organisatie richt zich op het opleiden van werkende zorgprofessionals die het voornemen hebben om in een leidinggevende functie werkzaam te zijn.

Onderwerp van dit onderzoek zijn de opleidingsbehoeften binnen de potentiële markt. In het eerste hoofdstuk wordt meer inzicht gegeven in de opleiding Management in de Zorg, de precieze aanleiding van dit onderzoek, evenals de probleemformulering, doelgroep en afbakening.

In hoofdstuk twee komen de verschillende theorieën aan bod over business-to-business marketing. Op basis van de resultaten van dit theoretisch kader zijn een conceptueel model en hypotheses opgesteld. Ook wordt in dit hoofdstuk beschreven hoe de verschillende theorieën en modellen terug komen in het onderzoek en hoe de opgestelde hypotheses worden getoetst.

Hoofdstuk drie geeft inzicht in de onderzoeksmethodologie. Tijdens dit onderzoek zijn er verschillende onderzoeksmethodes gebruikt die stapsgewijs in dit hoofdstuk worden uitgelegd en verantwoord.

Hoofdstuk vier en vijf geven een uitgebreid overzicht van de belangrijkste resultaten van de diverse onderzoeksmethodes. De wetenschappelijke modellen en theorieën worden gecombineerd met de uitkomsten uit de verzamelde resultaten van desk- en fieldresearch.

Hoofdstuk zes presenteert de conclusies van dit onderzoek. Deze conclusies geven Management in de Zorg inzicht in de huidige marktsituatie, de opleidingsbehoeften, de aansluiting van deze behoeften op het curriculum en daarmee het marktpotentieel van MIZ. Vervolgens worden in hoofdstuk zeven de aanbevelingen geformuleerd om het marktpotentieel en -studentenaantal te vergroten. In het laatste hoofdstuk volgt een adviesrapportage dat beschrijft op welke manier Management in de Zorg de verschillende aanbevelingen kan uitvoeren, inclusief een inschatting van de benodigde kosten van deze uitvoer.

# 1. Management in de Zorg

1.1 AchtergrondDe Hogeschool Leiden is een onderwijsinstelling voor het hoger beroepsonderwijs (hbo). De diverse opleidingen van de Hogeschool Leiden zijn georganiseerd in vijf onderwijsclusters: Educatie, Management & Bedrijf (M&B), Techniek, Socail Work & Toegepaste Psychologie en Zorg. De opleiding Management in de Zorg is een duaal bekostigde opleiding die bestaat uit een eenjarige associate degree (Ad) en een tweejarige bachelor degree (Bd) en valt onder het cluster M&B. De overige opleidingen binnen dit cluster zijn Communicatie, Commerciële Economie, hbo-Rechten, Human Resource Management en Sociaal-Juridische Dienstverlening. In 2014 telde de hogeschool ongeveer 3500 studenten en werkten er circa 900 medewerkers (Hogeschool Leiden, 2015).  
  
De instroom van de duale opleiding Management in de Zorg (MIZ) bestaat uit werkenden in de gezondheidszorg- en welzijnssector (G&W) die het voornemen hebben om voor een leidinggevende functie opgeleid te worden of deze momenteel al vervullen en zich verder willen professionaliseren. In de opleiding worden competenties verworven die voor een leidinggevende/manager in de gezondheidszorg- en welzijnssector vereist zijn. MIZ (2016) stelt dat de student na afronding van de studie een bijdrage kan leveren aan visie- en beleidsontwikkeling, langetermijnplanningen en procesinnovatie binnen de sector G&W. Tevens is de student in staat om veranderingen te initiëren door middel van onder meer coachend leiderschap en voorstellen tot verbetering van bedrijfsprocessen te baseren op analyses. Samengevat leidt MIZ zorgprofessionals op tot operationeel en/of tactisch leidinggevende/manager.   
  
Voor de duale opleidingsvorm heeft de HBO-Raad landelijk voorwaarden gesteld aan de reeds opgedane werkervaring, de aard van de werkzaamheden (het niveau van functioneren) en de geschiktheid van de werkplek van de student. De examencommissie van MIZ bepaalt op basis daarvan of de student in aanmerking komt voor eventuele vrijstellingen en instroomt in de assosiate degree of de bachelor degree (MIZ, 2016).   
1.2 Aanleiding  
Het totaal aantal studenten van de opleiding MIZ is de afgelopen jaren teruggelopen (zie tabel 1). Met een huidig studentenaantal van 68 studenten (Ad+Bd) behoort MIZ op dit moment tot een van de kleinste opleidingen binnen de Hogeschool Leiden.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hogeschool Leiden | **2010** | **2011** | **2012** | **2013** | **2014** | **2015** |
| Ad- duaal | 38 | 64 | 70 | 55 | 55 | 35 |
| Bd- duaal | 3 | 15 | 24 | 27 | 26 | 33 |
| **Totaal** | **41** | **79** | **94** | **82** | **81** | **68** |

Tabel 1 Ontwikkeling studentenpopulatie 2010-2015 (Vereniging Hogescholen, 2016)

Economische, politieke en maatschappelijke ontwikkelingen zoals vergrijzing van de Nederlandse bevolking, veeleisende patiënten, een terugtredende overheid en nieuwe bedrijfsmodellen leiden er toe dat de thema’s zelforganisatie, zelfregie en ondernemerschap centraal komen te staan. Deze ontwikkelingen hebben invloed op het arbeidsproces binnen de zorgsector en op de rol van zowel patiënten als medewerkers van de gezondheidszorg- en welzijnsaanbieders. Als gevolg hiervan verdwijnen er binnen de zorgsector diverse functies/managementlagen. Er lijkt daarom meer behoefte te zijn aan medewerkers die in staat zijn hoogwaardige deskundigheid terug te geven en managementvaardigheden en/of leidinggevende taken uit te voeren.   
  
Door de snelle veranderingen in de sector moet het hoger onderwijs en daarmee dus ook MIZ zich in hoog tempo aanpassen om te voldoen aan de eisen voor de zorgprofessional van de toekomst. Met ingang van het collegejaar 2015-2016 wordt de Ad-opleiding om deze reden flexibel aangeboden (MIZ, 2016). De vormgeving en de inhoud van het studieprogramma is door middel van ‘blended-learling’ en het werken met leeruitkomsten geflexibiliseerd, zodat studenten werk, privé en studie optimaal kunnen combineren (MIZ, 2014). Door deze flexibilisering krijgt de zorgprofessional de mogelijkheid om met zijn volcontinue rooster zijn opleiding naast werk modulair te realiseren.   
  
Vanwege de daling van het studentenaantal staat het bestaansrecht van de opleiding MIZ binnen de Hogeschool Leiden onder druk. Om de voortgang op korte en middellange termijn te waarborgen is meer kennis nodig aangaande het marktpotentieel. Met inzicht in de samenstelling van de zorg- en welzijnssector wordt het voor MIZ duidelijk binnen welke doelsegmenten eventueel nog kansen liggen. Ten slotte kan MIZ zijn huidige benaderingswijze aansluiten op de wensen en behoeften van de huidige en potentiële klanten en daarmee zijn afzet vergroten.   
  
1.3 Doelstelling  
In de voorgaande paragraaf is beschreven dat de opleiding MIZ aan de Hogeschool Leiden wil onderzoeken wat de marktpotentie is met betrekking tot de opleiding MIZ en op welke manier deze markt het beste benaderd kan worden, teneinde het studentenaantal vergroten. Het doel van het onderzoek kan aan de hand hiervan als volgt worden geformuleerd:

|  |
| --- |
| *“Het doel van dit onderzoek is inzicht te ontwikkelingen in de opleidingsbehoeften en de samenstelling van de potentiële markt om op basis van deze gegevens een passend advies te ontwikkelen over de benaderingswijze om zo het studentenaantal te vergroten.*“ |

1.4 Probleemstelling  
Aan de hand van de aanleiding kan de centrale vraag van dit onderzoek als volgt worden geformuleerd:

|  |
| --- |
| *“Wat zijn de opleidingsbehoeften ten behoeve van het middenkader en management binnen de zorg- en welzijnssector?”* |

1.5 Deelvragen  
Naar aanleiding van de probleemstelling zijn een aantal deelvragen opgesteld. Deze deelvragen bieden structuur aan het onderzoek en de uitwerkingen van deze deelvragen leidt tot een antwoord op de probleemstelling. De deelvragen worden verdeeld in desk- en fieldresearch. Deskresearch wordt verricht naar zowel de gezondheidszorg- en welzijnssector en het hoger beroepsonderwijs. In de fieldresearch wordt er onderscheidt gemaakt tussen deelvragen die enerzijds door middel van het pilot onderzoek en anderzijds via het kwalitatief onderzoek worden beantwoord.

**Deskresearch**  
1. Wat is de huidige marktsituatie van de Nederlandse gezondheidszorg- en welzijnssector?  
 a. Wat is de huidige marktsituatie van de Nederlandse gezondheidszorg- en welzijnssector   
 ten aanzien van het opleiden van het middenkader/management en staf?  
 b. Wat zijn de belangrijkste trends en ontwikkelingen binnen de Nederlandse   
 gezondheidszorg- en welzijnssector?  
 c. Wat is het effect van de ontwikkelingen in de Nederlandse gezondheidszorg- en   
 welzijnssector op zorg en welzijnsinstellingen.  
 2. Wat is de huidige marktsituatie van het Nederlandse hoger beroepsonderwijs  
 a. Wat zijn de belangrijkste trends en ontwikkelingen binnen het Hoger Onderwijs?  
  
3. Wat is de huidige situatie van de opleiding Management in de Zorg?  
 a. Wat is de huidige waarde propositie van MIZ?  
 b. Op welke manier geeft MIZ op dit moment invulling aan customer relationship   
 management?  
c. Wat zijn de verschillen en overeenkomsten tussen MIZ en haar belangrijkste concurrenten?  
   
**Fieldresearch**4. Welke personen hebben de meeste invloed op het aankoop/besluitvormingsproces   
 van de opleiding MIZ? (pilot onderzoek)  
   
5. Wie zijn de potentiële afnemers van MIZ?  
 a. Wat is het huidige opleidingsbeleid?  
 b. Wat zijn de opleidingsbehoeften ten aanzien van management- en stafleden?  
 c. Op welke manier is het besluitvormingsproces met betrekking tot het opleiden van management- en   
 stafpersoneel samengesteld?  
 d. Op welke manier verloopt het aankoopproces van een managementopleiding?   
 e. Wat is de kennis, de houding en het gedrag van Nederlandse gezondheids- welzijnszorgorganisaties   
 ten opzichte van Management in de Zorg en/of de Hogeschool Leiden?  
 f. Wat zijn de belangrijkste factoren bij het aangaan en onderhouden van een functionele relatie met   
 een onderwijs- of opleidingsinstelling?

1.6 Doelgroep

De onderzoeksdoelgroep is tweeledig. De primaire doelgroep bestaat uit Nederlandse zorg- en welzijnsorganisaties met minimaal 500 medewerkers in dienst. Bestaande klanten (ofwel de werkgevers van de student) die nu of in de afgelopen twee jaar één of meerdere student hebben afgevaardigd worden niet meegenomen in dit onderzoek. Dit betekent dat het onderzoek gericht is op organisaties die niet tot het klanten bestand van MIZ behoren. Deze groep is geen huidige (structurele) klant van studenten en heeft tot op heden nog geen doelgericht contact met MIZ.

Ten behoeve van een pilotonderzoek is gebruik gemaakt van een zogenaamde secundaire doelgroep namelijk de huidige studenten van de Ad- en Bd-opleidingen van MIZ. Deze doelgroep is geënquêteerd om inzicht te krijgen in het besluitvormingsproces rond de aankoop van de opleiding MIZ.

1.7 Afbakening  
Binnen de gezondheidszorg- en welzijnssector zijn vele sub sectoren te onderscheiden. Voor deze totale sector wordt gebruik gemaakt van de standaard bedrijfsindeling van het CBS (2016), waarbij de bedrijfsindeling Q de gezondheidszorg en welzijnssector representeert. Binnen deze bedrijfsindeling Q wordt specifiek gekeken naar organisaties met vijfhonderd werknemers of meer binnen de Universitair Medisch Centra, Algemene Ziekenhuizen, Verpleging, Verzorging en Thuiszorg en Gehandicaptenzorg. Dit aangezien organisaties vanaf vijfhonderd medewerkers volgens Company.info (2016) het meest in deze sub branches voorkomen.

Bijlage 1 toont een geografisch werkgebied dat is vastgesteld op basis van de flexibilisering van MIZ en de inzichten van het marketingcommunicatieplan van MIZ (2014). Deze nieuwe geografische begrenzing dient als afbakening van dit onderzoek waarmee kan worden vastgesteld dat in totaal 105 gezondheidszorgorganisaties werkzaam zijn in het werkgebied van MIZ zie bijlage 12 tabel 10).

De financiële mogelijkheden van MIZ zijn (zeer) beperkt waardoor de aangedragen adviezen/oplossingsrichtingen in het adviesrapport rekening dienen te houden dat er slechts een kleine investeringsruimte is.

MIZ dient zoals elke hbo-opleiding te beschikken over landelijke opleidingskwalificaties (Vereniging van Hogescholen, 2011). Deze worden formeel door de HBO-raad vastgesteld. Deze kwalificaties worden door de HBO-raad vastgesteld en dienen als de basis voor het curriculum van de opleiding Management in de Zorg.

2. Theoretisch kader  
Dit onderzoek is gericht op het in kaart brengen van de behoeften van de potentiële klanten, zodat deze kennis ingezet kan worden bij de verkoop (benaderingswijze) van het product/de dienst aan deze doelgroep. Inzicht in de manier waarop het aanbod en de benaderingswijze beter afgestemd kunnen worden op de behoeften van een (b2b) klant, is zeer belangrijk. Om deze reden worden enkele relevante modellen beschreven die zicht bieden op het proces waarbij een b2b organisatie zijn waarde creërende aanbod/benaderingswijze kan afstemmen op de behoeften en voorkeuren van de klant(en). De uitkomsten hiervan dienen als basis voor de aanbevelingen en het advies over de benaderingswijze/de verkoop van de dienstverlening.

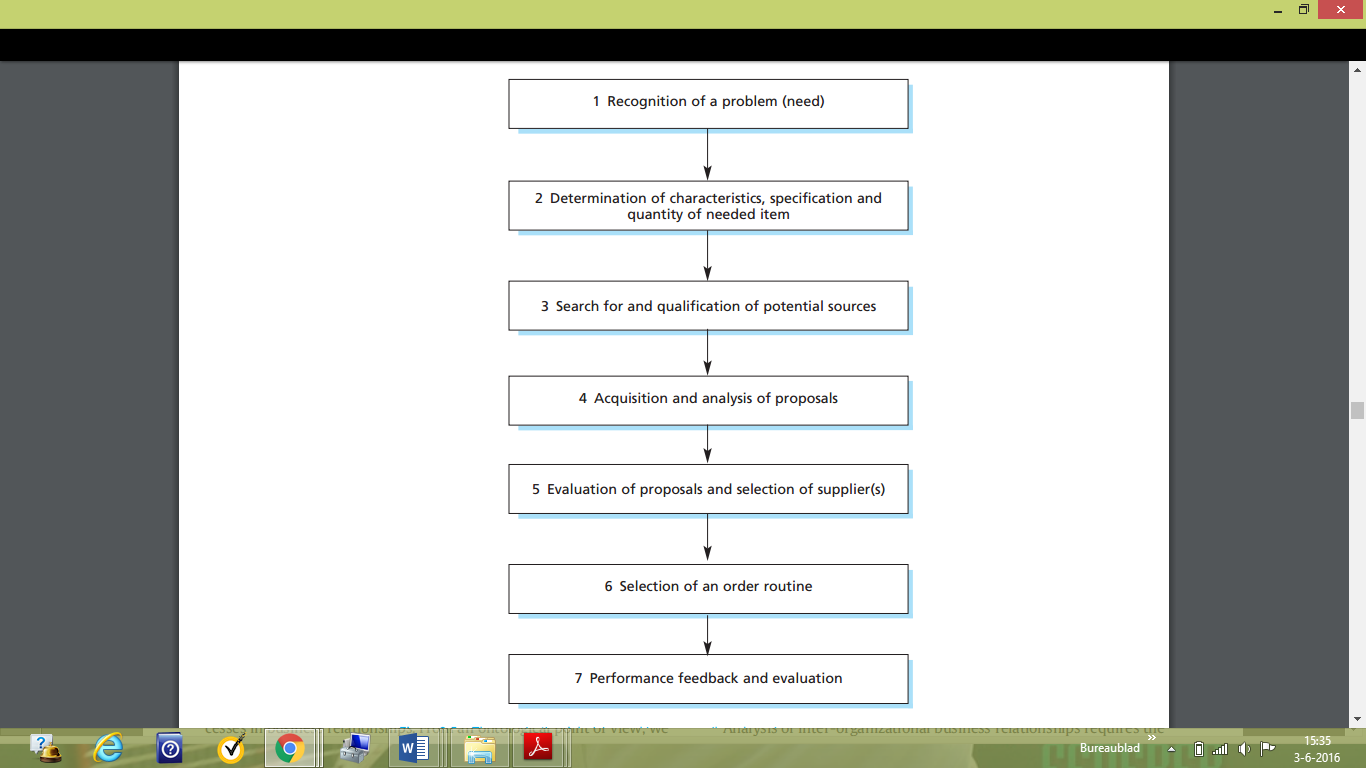
De probleemformulering leidt tot de volgende afgeleide vraag: *Op welke manier kan de waarde propositie/benaderingswijze van een organisatie binnen de b2b markt beter afgestemd worden op de behoeften van de (potentiële) klanten?*

Achtereenvolgens wordt ingegaan op business-to-business markt kenmerken, het b2b aan- en verkoopproces, de achtergrond van de waarde propositie, customer relationship management. Tenslotte worden aan de hand van deze theoretische modellen een conceptueel model en twee hypothesen gepresenteerd.

2.1 Business-to-business marketing  
In de literatuur wordt gesteld dat business-to-business (te noemen b2b) marketing verschilt van andere marketingvormen. De b2b-markt kenmerkt zich in producten en diensten die door een organisatie verkocht worden aan een andere organisatie (Wright,2004). Het verschil is dat de motieven van een organisatorische aankoop aanzienlijk anders zijn dan die van een consumenten-aankoop (Dwyer en Tanner, 2002). Het verschil in koopmotieven en -gedrag leidt er toe dat het waarde-creërende aanbod voor bedrijven anders ontwikkeld is dan die van een individuele consument. Daarom gaat dit theoretisch kader enerzijds in op het creëren van waarde en anderzijds op welke manier een organisatie inzicht kan krijgen in de klantbehoeften en -voorkeuren. Om inzicht te krijgen hoe b2b marketing verschilt ten opzichte van andere marketingvormen is het van belang dat eerst het organisatorische aankoop- en verkoopproces worden toegelicht. Hiermee worden belangrijke kenmerken van het creëren van waarde en het inventariseren van klantbehoeften en voorkeuren binnen de b2b in kaart gebracht.

2.1.2 Organisatorisch aankopen  
Er bestaan enkele verschillen tussen een organisatorische-aankoop en consumenten-aankoop. Ekerete (2005) beschrijft een organisatorische consument als: *“organizations that buy goods and services either for use in making other goods and services or for use in facilitating their business operations“*. Organisatorische of zakelijke goederen zijn dus die goederen die bestemd zijn voor het gebruik in het maken van andere producten of dragen bij aan de werking van het dienstverleningsproces van een organisatie. Organisatorische goederen kunnen daarom op basis van het uiteindelijke gebruik onderscheiden worden van consumptiegoederen.

Webster en Wind (1972) definiëren organisatorisch koopgedrag als volgt: *“the decision making process by which formal organisations establish the need for purchased products and services and identify, evaluate and choose among alternative brands and suppliers”*. Een belangrijk aspect van deze definitie is dat organisatorisch koopgedrag gezien wordt als een proces in plaats van een eenmalige (statische) gebeurtenis. Organisatorisch koopgedrag is een complex proces omdat het meerdere betrokkenen, diverse doelen en mogelijk conflicterende beslissingscriteria kent (Essien & Udo-Imeh, 2013).

2.1.3 Organisatorisch aankoopprocesOm het koopgedrag van b2b-klanten te voorspellen en het risico van alternatieve marketing- of verkoopstrategieën te verkleinen is grondig inzicht vereist in het aankoopproces van organisaties. Het begrijpen van de dynamiek van organisatorisch koopgedrag maakt het namelijk mogelijk om het aanbod (beter) af te stemmen op de behoeften van de organisatie of op die van de (individuele) inkopers (Hutt & Speh, 2009). Het begrijpen van dit gedrag is dus fundamenteel voor het succes van een b2b-organisatie, waarvoor het model van Robinson, Faris en Wind (1967) wordt gehanteerd. Dit model gaat er van uit dat het organisatorische aankoopproces uit zeven stappen bestaat (zie figuur 1):

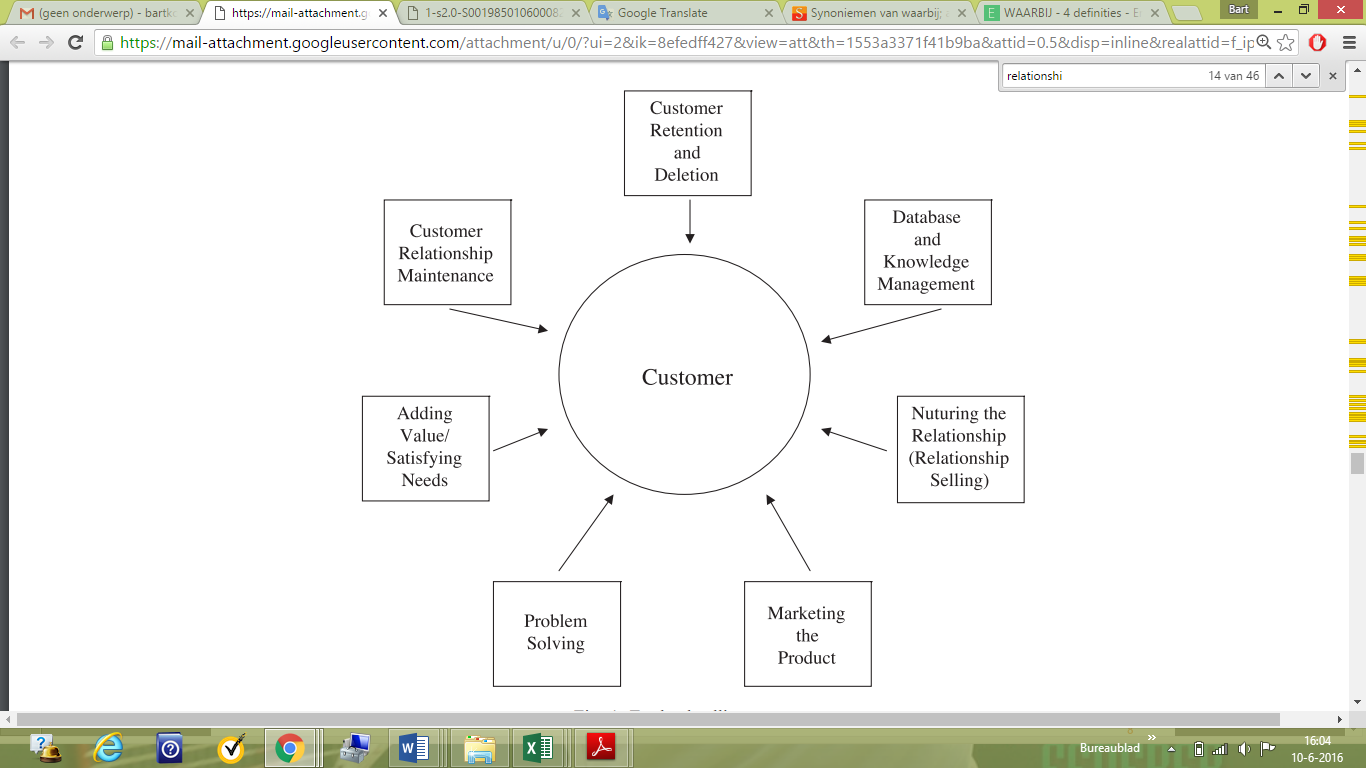
1. Probleemerkenning  
2. Beschrijven en vaststellen van de behoeften- en productspecificaties   
3. Zoeken naar een leverancier  
4. Acquireren en analyseren van voorstellen  
5. Evalueren van voorstellen  
6. Selecteren van een routine aankoop  
7. Prestatie evalueren

Het koopgedrag en het aantal fasen dat een organisatie bij een aankoop doorloopt is afhankelijk van de koopsituatie. Zo is het aannemelijk dat er minder stappen nodig zijn als een klant een herhalingsaankoop doet en juist meer stappen als deze nog onbekend is met het product of de verkoper.   
 Figuur 1 aankoopproces   
Om de behoeften en voorkeuren van de kopende partij te inventariseren en begrijpen, is met name het identificeren van de eerste drie stappen belangrijk. De eerste stap is het proces waarin iemand in de kopende organisatie een bepaald probleem of behoefte (h)erkent dat opgelost of vervuld kan worden met een product of een dienst. Het herkennen van dit probleem kan optreden als gevolg van interne of externe stimuli. Externe prikkels zijn bijvoorbeeld marketingactiviteiten (zoals advertenties) of informatie die verkregen is door het contact met een verkoper. Als de behoefte daadwerkelijk erkend is moet de potentiële koper de specificaties van deze behoeften vaststellen. In de volgende paragraaf wordt duidelijk dat dit een complex proces is. Vervolgens wordt een zo geschikt mogelijke leverancier gezocht die voldoet aan de in stap 2 vastgestelde eisen. Het daadwerkelijk kiezen van een geschikte leverancier is vervolgens afhankelijk van de overweging en het vertrouwen dat de koper heeft in het waarde-creërende aanbod van de leverancier (Vargo, Maglio, & Akaka, 2008). Dit laatste wordt gezien als de meest belangrijke gedragsbeïnvloeder van organisatorisch aankoopgedrag (Vargo, Maglio, & Akaka, 2008). Inzicht in de eerste drie stappen van dit aankoopproces maken het voor de verkopende organisatie mogelijk om de behoeften en voorkeuren van de klant te begrijpen. Doordat het inventariseren en begrijpen van deze klantbehoeften in dit onderzoek centraal staat is het aankoopproces van Robinson, Faris en Wind (1967) een erg bruikbaar model. Dit model heeft in dit onderzoek daarom een beschrijvende functie.

2.1.4 Decision Making Unit  
De complexiteit van een organisatorische aankoop leidt er toe dat er per fase verschillende mensen betrokken zijn bij het besluitvormingsproces. Deze groep mensen vormen samen de ‘decision making unit’ (hierna te noemen dmu) (Web & Windster, 1972). De samenstelling van de dmu kan per bedrijf en koopsituatie variëren. Het dmu-model van Web & Windster (1972) kent vijf rollen: de beslisser, de initiator, de gebruiker, de eindgebruiker en de beïnvloeder. Vanuit de functionele achtergronden worden er diverse belangen nagestreefd waardoor elk dmu-lid een unieke bijdrage levert aan het gezamenlijke besluitvorming. De dmu bestaat dus niet noodzakelijk uit een formeel comité van enkel organisatorische inkopers (Agbonifoh, et al., 2007). Het is in vele gevallen juist een complexe informele groep die aan verandering onderhevig is.

Doordat de dmu beslissingen neemt die uiteindelijk invloed hebben op de bedrijfsdoelstellingen/-resultaten, winnen de diverse rollen veel informatie in om tot een besluit te komen. Daarom dient de verkopende organisatie de marketingactiviteiten en het verkoopproces niet af te stemmen op de organisatie als geheel maar op de specifieke individuen (dmu-leden die de meeste invloed hebben op het aankoopproces). Hiervoor is per aankoopfase inzicht nodig in de voorkeuren en informatiebehoeften van de belangrijkste dmu-leden. Op basis daarvan kan er een relatie worden opgebouwd met de juiste dmu-leden. De prioriteit en de inspanning die wordt gestoken in de verschillende dmu-leden dient overeen te komen met de mate van invloed die elk lid heeft op de uiteindelijke beslissing.

2.1.5 Organisatorisch verkoopproces In het algemeen gaat het organisatorisch aankoopproces er vanuit dat een organisatie een probleem/behoefte erkent en vervolgens op zoek gaat naar de juiste oplossing en leverancier. Het initiatief komt echter niet altijd vanuit de kopende organisatie, maar doorgaans vanuit de verkopende. Dit kan bijvoorbeeld komen doordat de potentiële klant geen concrete behoefte aan het product of de dienst erkent. In dat geval worden activiteiten ondernomen om de erkenning van een probleem of behoefte bij de klant te stimuleren (stap 1 aankoopproces). Het is hierbij volgens Anderson, Chu en Weitz (1987) van belang dat de voordelen van het product of de dienst nadrukkelijk richting het juiste (potentiële) klantsegment worden gecommuniceerd. Daarom bestaat ook het organisatorisch verkoopproces, dat volgens Dubsinky (1980/1981) uit de volgende zeven stappen bestaat: 1) prospecting, 2) preapproach, 3) approach, 4) presentation, 5) over coming objections, 6) close en de 7) follow-up.

Verkoop is van origine gericht op het bewerkstelligen van een transactie. Dit vertrekpunt is de laatste jaren echter vervangen voor een sterkere focus op het veiligstellen, opbouwen en onderhouden van lange-termijn-relaties met winstgevende organisatorische kopers (Moncrief en Marshall, 2005). Deze transformatie vertaalt zich in een nieuw verkoopproces waarbij het accent op relatiebeheer ligt (Moncrief en Marshall, 2005):  
  
1. Customer retention and deletion  
2. Database and knowlegde management  
3. Nurturing the relationship  
4. Marketing the product  
5. Problem solving  
6. Adding value/satisfying needs  
7. Customer relationship maintenance  
  
 Figuur 2. Organisatorisch verkoopproces  
In het model (zie figuur 2) van Moncrief en Marshall (2005) wordt duidelijk dat in het nieuwe verkoopproces de *klant* centraal staat. De klantfocus die hiervoor nodig is, heeft betrekking op het verkrijgen van informatie over diens behoeften en wensen, maar ook over marktfactoren zoals de concurrentie. Het doel hiervan is om op basis van deze klantkennis structureel een superieure waarde te creëren voor zijn klanten (Narver & Slater, 1990). In dit onderzoek is het essentieel om in kaart te brengen op welke manier een b2b-verkoop tot stand komt. Op basis van dit model kan per stap concreet advies gegeven worden over de invulling van het verkoopproces. Dit advies draagt bij aan het behalen van de doelstelling van dit onderzoek, namelijk het realiseren van meer afzet. Om deze reden wordt het verkoopprocesmodel van Moncrief en Marshall (2005) gebruikt bij de uitwerking van het adviesrapport.

Een omschakeling naar een model waarin het realiseren van lange termijn centraal staat, heeft aanzienlijke strategische (en operationele) gevolgen voor een B2B organisatie (Moncrief & Marshall, 2005). Deze nieuwe gedachtegang stelt allereerst dat de focus moet liggen op het leveren van toegevoegde waarden en niet zoals gewoonlijk op de beste benaderingswijze. Daarmee benadrukt dit model dat voorafgaand aan de productpromotie en –verkoop en daarmee het leveren van toegevoegde waarde eerst sprake moet zijn van een zekere relatie tussen verkoper-koper. Beide aspecten zijn alleen mogelijk als er een breed scala aan klantinformatie beschikbaar is. Dit betreft met name informatie over de afgelopen, huidige en toekomstige behoeften van de klant.

Ten tweede zijn deze verkoopactiviteiten, in tegenstelling tot het sluiten van een verkoop, gericht op het opbouwen van een partnership met de ‘key’ klanten. Hierbij is de verkoper meer betrokken bij strategische marketingactiviteiten, zoals marktsegmentatie, product- en marktontwikkeling en differentiatie (Leigh & Marshall, 2001). Bovendien zijn de traditionele verkoopactiviteiten een aanvulling of een ondersteuning voor de marketingactiviteiten. Voorbeelden van deze marketingactiviteiten zijn het verstrekken en analyseren van marktinformatie, beoordelen van marktsegmenten en databasemanagement.

Ten derde verandert de rol van de verkoper meer in die van een consultant, die samenwerkt met de klant om problemen te identificeren, behoeften te bepalen, voorstellen te doen en effectieve oplossingen te implementeren (Rackham & DeVincentis, 1999). Het effect hiervan is dat in vele gevallen het originele product/dienst niet geschikt is en aangepast moet worden. Het hoofddoel van dit nieuwe verkoopproces is immers behoeftebevrediging. Om dit te bereiken moet de verkoopafdeling waarde creëren voor de b2b-klant. Het bevredigen van een klantbehoefte door middel van een verkoop die toegevoegde waarde biedt, resulteert in herhalingsaankopen en hopelijk in klantbinding/loyaliteit (Rackham & DeVincentis, 1999). De twee organisaties hebben in dit proces dus naar een gezamenlijke doelstelling (win-win situatie) toe.

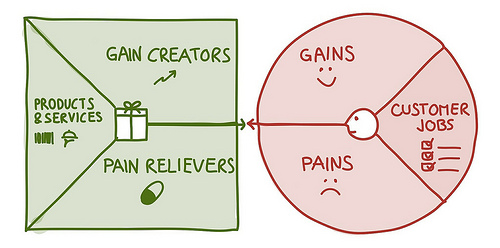
2.2 Waarde propositie  
Het uiteindelijk doel van het nieuwe verkoopproces is het leveren van een superieure waarde, waardoor er winstgevende lange termijn relaties kunnen ontstaan. De vraag is nu hoe een b2b organisatie een superieur waarde creërend aanbod kan leveren. Het aankoopprocesmodel maakt immers duidelijk dat het organisatorisch koopgedrag afhankelijk is van de waarde die de verkopende organisatie kan leveren. De overweging(en) en het vertrouwen ten opzichte van deze waarde worden gezien als de belangrijkste invloeden op het gedrag van de b2b organisaties (Vargo, Maglio, & Akaka, 2008). Hoe het creëren van waarde tot stand komt en aansluit op een winstgevende klantsegment wordt inzichtelijk gemaakt door de theorie omtrent waarde propositie.

Een waarde propositie is de belofte van een organisatie aan (potentiële) klanten om een waarde creërend aanbod te leveren (Buttle, 2009). Belangrijk is dat deze beloften gericht zijn op het bevredigen van de behoeften van de klant (klantfocus). De benadering van Lanning & Michaels (1988) stelt dat waarde propositie de organisatie ziet als een waarde-creërend systeem (‘value delivery systeem’). Dit systeem brengt drie stappen met zich mee: 1) het kiezen, 2) het verstrekken en 3) het communiceren van de waarde propositie. Het structureel inventariseren van de huidige en toekomstige klantbehoeften is in dit proces een essentieel onderdeel. De klantkennis moet beschikbaar zijn om een welomschreven waarde propositie vast te kunnen stellen die enerzijds superieure waarde creëert voor individuele klanten en anderzijds de winst van elke relatie maximaliseert (Lanning, 2000). Bovendien kan een juiste waarde propositie er toe leiden dat de efficiëntie en de doeltreffendheid van de interne processen van een product of dienst verbeteren. Volgens Hassan (2012) resulteert dit in klantbehoud en kostenreductie, waardoor uiteindelijk ook de tevredenheid van stakeholders, de winstgevendheid en het marktaandeel toenemen. Dit kan echter alleen worden bereikt als de waarde propositie ook daadwerkelijk door klanten of prospecten worden erkend.

Anderson, Narus & Rossum (2006) onderscheiden drie soorten waarde proposities: ‘all benefits’, ‘favorable points of difference’ en ‘resonating focus’. In het algemeen is ‘resonating focus’ de meest uitgebreide waarde propositie omdat het grondige informatie en kennis van de klant(en) vereist. Bij het toepassen van deze propositie dient een organisatie ook kennis te hebben over hoe het eigen marktaanbod, in vergelijking tot die van het beste alternatief (concurrenten), een superieure waarde levert aan de klant (Anderson et al.2006). Bij deze waarde propositie wordt de klant centraal gezet. Daarom sluit de waarde propositie ‘all benefits’ het meest aan bij het uitgangspunt van het nieuwe verkoopproces.

2.2.1 Value Proposition Canvas  
Om te inventariseren hoe een dergelijke propositie tot stand komt en uit welke elementen het bestaat, biedt het value propostion canvas-model van Osterwalders, Pigneur, Bernarda & Smith (2014) uitkomst. Deze stamt af van het business model canvas (Osterwalder & Pigneur, 2010), dat model is een hulpmiddel is voor het ontwikkelen van een nieuw business model of het analyseren en in kaart brengen van een bestaande. Het doel van dit model is het beschrijven en inzichtelijk maken hoe een organisatie waarde creëert, levert en verovert (Osterwalder & Pigneur, 2010).

De value proposition canvas is een verdieping hiervan en heeft als doel het ontwikkelen van een waarde propositie die aansluit op de behoeften en problematieken van een bepaald klantsegment (Osterwalder, Pigneur, Bernarda & Smith, 2014). Dit model is opgebouwd uit een *waarde propositie* en omvat enerzijds de products & services, gain creators en de pain relievers en anderzijds uit de gains, pains en de customer jobs die gezamenlijk een *klantensegment* representeren   
(zie figuur 3)*.*  **Waarde propositie Klantsegment**

Het klantprofiel beschrijft de belangrijkste kenmerken van een bepaald klantsegment. De customer jobsbeschrijven de problemen die een bepaald segment probeert op te lossen en de behoeften waarin dit segment probeert te voorzien. De painsbeschrijven welke ergernissen optreden tijdens het uitvoeren van deze klanttaken. Ten slotte beschrijven de gains welke voordelen een klant met het product of de dienst wil ontvangen. Figuur 3. Value proposition canvas   
Pas als alle kenmerken van het klantsegment inzichtelijk zijn gemaakt, kan een passende waarde propositie worden vastgesteld. De kenmerken die de basis vormen van de waarde propositie voor een voor een specifiek klantsegment worden gestructureerd en onderverdeeld in een bundel van products & services. De gain creator zijn de voordelen die de producten en diensten voor klanten creëren en de pain relievers bieden een oplossing voor de problemen die de klant ondervindt.

De uitkomst van dit model is een ‘fit’: een waarde propositie die is afgestemd op een specifieke klantprofiel. Deze ‘fit’ leidt er toe dat het klantsegment het waarde-creërende aanbod erkent en daarmee een succesvolle markt-product combinatie biedt (Osterwalder, Pigneur, Bernarda & Smith, 2014). Om de doelstelling van dit onderzoek te realiseren, is een beeld van de huidige ‘fit’ van groot belang. Daarmee wordt duidelijk in hoeverre het aanbod (waarde propositie) overeenkomt met het klantsegment en kunnen vervolgens aangrijpingspunten voor verbetering worden geïdentificeerd.

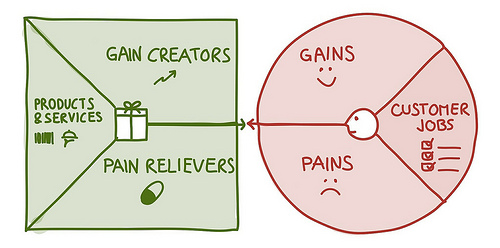
Een ander model, de proposition builder van Barnes en Blake, komt grotendeels overeen met het value proposition canvas-model, maar met het belangrijke verschil is echter het value proposition canvas-model minder rekening houdt met externe factoren zoals de waarde propositie van de concurrentie. Hierdoor wordt niet duidelijk in welke mate de waarde propositie onderscheidend is. De proposition builder vergelijkt de waarde propositie echter wel met die van de concurrentie. Daartegenover legt de value proposition builder minder nadruk het klantsegment, dat echter een essentieel onderdeel is aangezien de waarde propositie afgestemd moet worden op een specifieke doelgroep. Kortom: het value proposition canvas-model stelt net als het verkoopprocesmodel dat superieure waarde en winstgevende klantrelaties alleen gecreëerd kunnen worden als b2b-organisatie genoeg klantinformatie/kennis bezit. Daarom kan geconcludeerd dat het value proposition canvas-model zeer goed aansluit op het verkoopprocesmodel van Dwyer et al.(1987). De beperkingen van dit model worden in dit onderzoek opgevangen door marktfactoren zoals bijvoorbeeld de concurrentie wel mee te nemen.

2.3 Customer relationship management  
Zoals gesteld, heeft een omschakeling naar het nieuwe verkoopproces en daarmee het aanbrengen van de klantfocus aanzienlijke strategische (en operationele) consequenties voor een b2b organisatie (Moncrief&Marshall,2005). Om te begrijpen welke strategische maatregelen genomen moeten worden en wat een organisatie hiervoor nodig heeft, wordt de theorie omtrent customer relationship management (verder te noemen crm) behandeld.

crm is een waarde creërende activiteit die tot stand komt door middel van samenwerking tussen een organisatie en haar klanten (Sheth & Parvatiyar 2002). In de literatuur zijn er vele definities en omschrijvingen van de term crm. Hoewel veel van deze definities vergelijkbaar zijn, is en een gebrek aan overeenstemming over de meest geschikte. Volgens Zablah, Bellenger & Johnston (2004), zijn er binnen de literatuur vijf perspectieven op crm: 1) een proces, 2) een strategie, 3) een filosofie, 4) een bekwaamheid en 5) een technologisch middel. Elk van deze perspectieven dragen bij aan het begrijpen van crm en daarmee de strategische consequenties van het aanbrengen van klantfocus.  
  
Opvallend is dat één definitie een aspect beschrijft welke in geen enkele andere definitie terugkomt en dat is de opvatting dat crm een proces is. Srivastave, Shervani en Fahey (1999) stellen dat het CRM-proces het volgende inhoudt: *“the creation and leveraging of linkages and relationships with external marketplace entities, especially channels and end users.”.* Het crm-proces succes is afhankelijk van het ontdekken en reageren op de steeds veranderde klantbehoeften en –voorkeuren (Srivastava et al., 1999) Deze gedachtegang over crm sluit aan bij de eerder beschreven value proposition canvas en verkoopproces model omdat er continu klantkennis ingewonnen moet worden om vervolgens een superieure waarde te kunnen aanbieden aan de klant(en). Daarnaast is deze interpretatie van crm anders dan de andere doordat het de procesmatige aspecten van relatieontwikkeling en -onderhoud aanduidt. Deze invalshoek is daarmee de enige die benadrukt dat een koper-verkoper relatie pas na verloop van tijd ontstaat en zich moet ontwikkelen om in stand te blijven (Grönroos, 2000; Parvatiyar & Sheth, 2000). Deze erkenning leidt er toe dat de proces opvatting van crm de voorkeur verdient.  
  
2.3.1 In- en output crm  
Een proces refereert naar een verzameling van taken en/of activiteiten die gezamenlijk resulteren in een gewenst bedrijfsresultaat (Hammer, 1996). Met deze omschrijving van een proces wordt veronderstelt dat bepaalde input resulteert in een gewenste output. Het karakter van de in- of output van het crm-proces is tot dusverre onduidelijk. Om hier inzicht in te krijgen worden de overige vier opvattingen van crm toegelicht.   
  
Het strategisch perspectief beschrijft allereerst wat de gewenste output van het crm proces is. Dit perspectief suggereert namelijk dat CRM gaat over het opbouwen van het juiste soort relatie met elke individuele klant (Kracklauer, Passenheim & Seifert 2001). Het gaat over het prioriteren van klantrelaties en het maken van evenredige investeringen in deze relaties met als doel het maximaliseren van de winstgevendheid van de organisatie (Ryals, 2003). Vanuit het strategisch perspectief wordt daarom gesteld dat de output van het crm proces bestaat uit een winstgevend klantrelatie portfolio. Om een dergelijk portfolio te realiseren, is (zoals uit voorgaande theorieën duidelijk is geworden) een klantgerichte focus vereist. Om deze output te realiseren moet een organisatie input leveren. Door middel van de overige drie opvattingen wordt duidelijk welke input hiervoor nodig is.   
  
De middelen die een organisatie bezit bestaan volgens Barney (1991) uit fysieke, menselijke en organisatorische middelen. Het belangrijkste fysieke middel voor de CRM toepassing zijn vanuit het technologische perspectief crm-tools zoals informatie/database tools (Clark & Smith, 2003) die de organisatie in staat stelt om bijvoorbeeld klantprocessen in kaart te brengen en te segmenteren op klantwaarde of klantgedrag. Aansluitend daarop wordt door het bekwaamheidsperspectief gesteld dat diverse middelen met elkaar samen moeten werken (Campbell, 2003). Dit perspectief geeft daarentegen niet concreet aan welke fysieke, menselijke of organisatorische middelen nodig zijn om CRM succesvol uit te voeren. Wel benadrukt het dat er een verzameling van middelen moet zijn die samenwerken om 1) prospect- en klantkennis te ontwikkelen (beter bekend als ‘markt intelligence’) en 2) om het gedrag van de organisatie af te stemmen op de individuele klanten en prospecten. Kortom: een organisatie moet in staat zijn om met een combinatie van diverse middelen in te spelen op de ‘market intelligence’ (Peppers et al., 1999). Ten slotte wordt vanuit de filosofische benadering duidelijk dat een ‘customer-centric culture’ een essentieel en cruciaal organisatorisch middel is (Wilson et al., 2002). Het filosofisch perspectief geeft aan dat het voor het opbouwen van een lange termijn relatie noodzakelijk is dat de dagelijkse activiteiten draaien om het begrijpen van (veranderde) klantbehoeften. Daarmee stelt een bedrijf zichzelf in staat om op basis van market intelligence continue klantwaarde te creëren.   
  
Samenvattend stellen Zablah et al. (2004) dat CRM als volgt kan worden omschreven: *“ crm is an ongoing process that involves the development and leveraging of market intelligence for the purpose of building and maintaining a profit-maximizing portfolio of customer relationships.” (Zablah et al., 2004).* In grote lijnen suggereert de crm-literatuur dus dat de vereiste marketing intelligence gegenereerd wordt door middel van een effectief kennismanagement proces (Campbell, 2003) en dat de (klant)informatie/kennis benut wordt om een winstgevend klantportfolio op te bouwen doordat het bedrijven in staat stelt om de juiste klanten te kiezen, relaties te prioriteren en de interacties met de klanten te managen. De kennis die nodig is om een winstgevend klantportfolio te realiseren zijn gerelateerd aan 1) wenselijkheid van prospecten 2) klant afwijzingsintenties 3) behoeften en voorkeuren van de klant/prospect 4) de waarschijnlijke winstgevendheid van de huidige en potentiële klanten en 5) de opkomst/het ontstaan van marktkansen en -bedreigingen (Reinartz et al., 2003). Vanuit het uitgangspunt van crm houdt het kennismanagement proces zich dus bezig met alle activiteiten die gericht zijn op het creëren en benutten van ‘market intelligence’.   
  
Gesteld kan worden dat de crm enorm goed aansluit op de uitgangspunten van het verkoopproces model van Moncrief en Marshall (2005). De kern van beide theorieën ligt namelijk in het vergaren van klantkennis en het realiseren van een lange termijn relatie waardoor de organisatie middels zijn aanbod zo afstemt dat het een superieure waarde voor de klant kan leveren.

2.4 Bedrijfsnetwerken  
Jack (2005) stelt dat bedrijfsnetwerken een grote invloed hebben op de prestaties van een organisatie. Bedrijven zijn namelijk onvermijdelijk ingebed in bedrijfsnetwerken (Ford, Gadde, Håkansson, & Snehota, 2003). Een netwerk stelt bedrijven in staat tot bijvoorbeeld een snellere kennisoverdracht en een efficiënter gebruik van (hulp)middelen. Economische resultaten worden om die reden beïnvloed door de wijze waarop bedrijven interactie hebben met elkaar. Interactie met zakelijke partners en het opbouwen van relaties binnen een netwerk dragen indirect bij aan het behalen van winst. Het draagt wel direct bij aan de effectiviteit en het managen van een (klant)relatieportfolio (Roseira, Brito & Henneberg, 2010), die op zijn beurt weer een belangrijke motor is van de winstgevendheid van een organisatie. Dit wordt gerealiseerd doordat een organisatie via haar netwerk nuttige en cruciale informatie kan verkrijgen. Hierdoor zal de organisatie enerzijds de meest belangrijke relaties (of klanten) in een bredere context begrijpen (Thornton, Henneberg, & Naudé, 2015) en anderzijds kan de organisatie met deze kennis en relaties een concurrentievoordeel opdoen.

Door deze theorie wordt duidelijk dat een B2B relatie dus niet alleen gebaseerd hoeft te zijn op een uitwisseling van‘ core benefits’. Ook Informatie en kennisuitwisseling over bijvoorbeeld potentiële klanten of andere kansen in de markt kunnen bijdragen aan het behalen van bedrijfsdoelstellingen.

2.5 ConclusieOp basis van besproken theorieën geconcludeerd worden dat er een fit te gerealiseerd moet worden tussen waarde-propositie en de wensen en behoeften van het klantsegment om een b2b verkoop tot stand te brengen. Om deze fit te realiseren dient de organisatie voldoende inzicht te hebben in de klantbehoeften en –voorkeuren. Dit vraagt om de implementatie van crm. Het toepassen van dit proces resulteert in een ‘customer centric culture’ waarin alle activiteiten van de verkopende organisatie gericht zijn op het inventariseren en begrijpen van de klant- en/of prospectbehoeften. De kennis (market intelligence) over deze (potentiële) klant is enerzijds essentieel om de winstgevendheid van de klant te bepalen en anderzijds is deze kennis nodig om een superieure waarde te kunnen creëren. Het creëren van deze warde is door het complexe b2b aankoopproces echter alleen mogelijk als er een verkoper-koper relatie aanwezig is. Daarnaast dient de waarde-propositie door de klant erkend te worden om een b2b op te kunnen bouwen en vervolgens een aankoop te realiseren. Omdat het value porposition canvas model de fit tussen de waarde-creërend aanbod (waarde-propositie) en de behoeften van het klantsegment beschrijft, wordt er binnen dit onderzoek uitgegaan van dit model.

Figuur 4. Value proposition canvas  
  
Op basis van dit conceptueel model worden de volgende hypothesen geformuleerd:  
  
**Hypothese 1:** *Het huidige opleidingspakket van MIZ sluit aan op de vraag/behoeften van het potentiële klantsegment.*   
  
**Hypothese 2:** *De huidige inrichting van crm leidt tot voldoende market intelligence bij MIZ om de behoeften van het potentiële klantsegment te begrijpen*

H3 OnderzoeksmethodologieIn dit hoofdstuk worden keuzes verantwoord die zijn gemaakt op het gebied van onderzoekssoort(en), onderzoekspopulatie, onderzoeksmethoden en de onderzoeksstrategie.   
  
3.1 Onderzoek soort  
In het onderzoek is er sprake van toegepaste praktijkonderzoek. Het doel van het onderzoek is om uiteindelijke inzichten (direct) toe te passen in de praktijk. Op basis van de gekregen resultaten worden conclusies getrokken om vervolgens een adviesrapportage op te stellen waarmee het gestelde probleem kan worden opgelost. Dit onderzoek is om deze reden te typeren als een ontwerpend onderzoek met beschrijvende en voorspellende elementen.

3.2 Onderzoeksmethode  
Er wordt een literatuuronderzoek, deskresearch, een kwantitatief pilot onderzoek en een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Omdat het doel en de vorm van de diverse onderzoeken dermate verschillen, worden deze afzonderlijk behandeld.

3.2.1 Literatuuronderzoek  
Voor het literatuuronderzoek (hoofdstuk 4) zijn diverse boeken, artikelen en onderzoeken geraadpleegd. Deze literatuurbronnen zijn opgezocht middels het raadplegen van het Mediacentrum te Hogeschool Leiden en de database van Ebscohost, Sciencedirect en Google Scholar.

### 3.2.2 Deskresearch

De actuele gegevens en cijfers over de Nederlandse G&W sector en het hoger onderwijs komen uit diverse bronnen. De voor voornaamste zijn rapportages van branche organisaties, vakbladen, onderzoekbureaus/commissies, het Ministerie van Onderwijs, Cultuur & Wetenschap en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport. Deze rapportages bieden inzicht gegeven in de trends en ontwikkelingen binnen sector G&W en het hoger onderwijs. Overige cijfers, zoals de marktgrootte, arbeidsvolume en dergelijke, zijn geraadpleegd uit de database Stateline van het CBS, het adressenbestand van de Kamper van Koophandel en de database van Company.info.

3.2.3 Pilot onderzoek  
Om inzicht te krijgen in het aankoopproces en de besluitvorming omtrent aankoop van de opleiding MIZ door de secundaire doelgroep is een pilotonderzoek uitgevoerd. Gezien de omvang van de onderzoekpopulatie en de diversiteit aan variabelen is gekozen voor een kwantitatief onderzoek. De resultaten van dit onderzoek dienen als input voor het kwalitatief onderzoek. De volledige uitwerking, de verantwoording en de resultaten van dit pilotonderzoek zijn opgenomen in bijlage 4.

3.2.4 Kwalitatief onderzoekHet doel van het kwalitatief onderzoek is inzicht krijgen in de opleidingsbehoeften en het opleidingsbeleid binnen de onderzoekspopulatie.

**Onderzoeksmethode**  
Een opleidingsbeleid is veel gevallen complex vanwege de verschillende belanghebbende. Om de kenmerken en ontwikkelingen van dit beleid te meten en te begrijpen worden diepte-interviews gehouden. Met deze methode kan namelijk intensief en diep onderzoek worden verricht (Meijer, 2012). Het nadeel van deze methode, in vergelijking met een groepsinterview, is echter dat er vanuit één perspectief naar het beleid en de ontwikkelingen wordt gekeken.

**Onderzoekspopulatie**  
De onderzoekpopulatie bestaat uit gezondheidszorgorganisaties die minimaal 500 fte in dienst hebben en actief zijn in het werkgebied van MIZ. Via het deskresearch naar de database van Company.info (2016) wordt de totale onderzoekspopulatie in kaart gebracht (zie bijlage 12). Tevens blijkt dat de meeste van deze organisaties werkzaam zijn in de branches UMC, AZ, VVT en GHz (zie bijlage 12 tabel 10). Vervolgens is op basis van de door de opdrachtgever verstrekte criteria en uit deze populatie een gerichte aselecte steekproef getrokken.

In een interview met de accountmanager van MIZ (zie bijlage 8), is duidelijk geworden dat MIZ een goed beeld heeft van de wensen, behoeften en het potentieel van de bestaande accounts. De meerwaarde van dit onderzoek ligt daarom niet bij de huidige klanten, maar bij de klanten die op dit moment geen studenten afleveren. Op basis daarvan is besloten om het onderzoek buiten het klantenbestand uit te voeren. Dit houdt in dat organisaties die één of meerdere werknemers die als studenten ingeschreven staan geen deel uitmaken van de onderzoekspopulatie. Klanten (oftewel accounts) die in het verleden studenten hebben gestuurd maar waar MIZ momenteel nauwelijks of geen contact meer mee heeft vormen tezamen met de prospecten (koude klanten) de onderzoekspopulatie.

Op basis van de resultaten van het pilotonderzoek blijkt dat hr-en/of opleidingsafdelingen een belangrijke rol vervullen in het aankoopbesluitvormingsproces aangaande de opleiding MIZ. Bovendien hebben deze afdelingen inzicht in het strategisch beleid, in de (ontwikkelingen van de) strategische personeelsplanning, het opleidingsbeleid en de opleidingsbehoeften. Om deze reden zijn de diepte-interviews afgenomen onder de functionarissen: hr/p&o verantwoordelijken, adviseurs, specialisten en praktijkopleiders. In totaal zijn er twaalf diepte-interviews gehouden. Zie tabel 2 en 3 voor de verdeling van deze interviews per branche en functionaris.

|  |  |
| --- | --- |
| **Branche** | **Aantal** |
| UMCS | 1 |
| AZ | 4 |
| VVT | 4 |
| GHz | 3 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Respondenten** | **Aantal** |
| **HR/P&O adviseurs** | 4 |
| **HR/P&O specialisten** | 4 |
| **Praktijkopleiders** | 4 |

Tabel 2 Overzicht respondenten Tabel 3 Overzicht organisatie per branche

**Topiclijst**  
De interviews zijn semigestructureerd van aard, wat inhoudt dat de vragen vooraf niet vastliggen maar de onderwerpen wel. Daarmee blijft de spontaniteit behouden en is het vergelijken van de informatie van de diverse respondenten tot op zekere mate mogelijk. De topiclijst is met onderwerpen die behandeld zijn in de interviews is te vinden in bijlage 11. De topiclijst is opgesteld op basis van de belangrijkste elementen van de theorie ten aanzien van het organisatorisch aankoopproces. Ten slotte is deze topiclijst voorgelegd aan de accountmanager en de marketingadviseur van MIZ en vervolgens aangepast op basis hun feedback.

**Procedure, periode en locaties**In de regio’s Amsterdam, AMK (Amstelland, Kennemerland & Meerlanden), Haaglanden, Rijnstreek en Rijnmond zijn in de periode van maandag 18 april tot en met 10 mei twaalf diepte-interviews afgenomen. De interviews hebben plaatsgevonden op de locatie van de respondent en hebben gemiddeld 50 minuten geduurd. De gesprekken zijn opgenomen en handmatig uitgeschreven. Vervolgens zijn de verschillende antwoorden per onderwerp gegroepeerd in analyseschema’s. In bijlage 16 en 17 zijn de letterlijke uitwerkingen van de interviews en de analyseschema’s opgenomen.   
 **Validiteit & betrouwbaarheid**Bij een betrouwbaar onderzoek zal het herhalen van de diepte-interviews dezelfde resultaten opleveren. De uitkomsten van de gehanteerde aanpak zijn dus onafhankelijk van het moment waarop ze verkregen worden. Volgens Korzilius (2008) wordt de betrouwbaarheid van een onderzoek bepaald door de mate van consistentie.

Het kwalitatief onderzoek wordt verricht met een gerichte aselecte steekproef. Allereest is op basis van deskresearch een selectie gemaakt van de organisaties in het werkgebied van MIZ, waarbij de volgende selectiecriteria zijn gebruikt:  
1) de organisatie heeft minimaal vijfhonderd fte  
2) de organisatie is op dit moment geen klant van MIZ .   
  
Voor de selectie van de te benaderen respondenten in de organisatie is eerst een kort kwantitatief pilotonderzoek verricht (zie bijlage 4). Uit het theoretisch kader blijkt immers dat verschillende functionarissen verschillende rollen hebben binnen de dmu. De gekozen respondenten vertegenwoordigen dus de relevante rollen voor dit onderzoek.

Validiteit gaat over de mate waarin het onderzoek antwoord geeft op de gestelde vragen. Naast toevallige fouten mag het onderzoek geen systematische fouten bevatten. Om de validiteit te bewaken is het voor de diepte-interviews enerzijds van belang dat de topiclist de juiste onderwerpen bevat en anderzijds dat de respondent de vragen die hieruit voortkomen begrijpt. De validiteit is in dit onderzoek gewaarborgd door bij het opstellen van de topiclist hulp in te schakelen van de begeleidende docent (en tevens marketingadviseur de heer Rijcken), de bedrijfsbegeleider (de heer Hennevanger) en de accountmanager (mevrouw Kleijne). De topiclist is hierdoor meerdere malen gecontroleerd. Na een inleidende introductie en toelichting over de opbouw zijn deze diepte-interviews met behulp van deze topiclijst uitgevoerd. Ten slotte is de validiteit extra gewaarborgd door het eind van de interviews een samenvatting van de belangrijkste punten en uitspraken te toetsen bij de respondent.

In de rapportage is zoveel mogelijk gebruikt gemaakt van citaten uit deze interviews. OM deze reden kan het uitgevoerde kwalitatieve onderzoek als valide en betrouwbaar worden beschouwd. Het feit dat de analyse van gegevens slechts door één onderzoeker is uitgevoerd zonder objectieve controle door een tweede persoon, kan de betrouwbaarheid wellicht negatief hebben beïnvloed. Daarentegen komt het feit dat de interviews zijn opgenomen en direct verwerkt in analyse schema’s de betrouwbaarheid ten goede.

4. Deskresearch

4.1 Interne analyseDe interne analyse biedt inzicht in de waarde propositie, de marktbenaderingen de huidige invulling van ‘customer relationship management’ binnen MIZ.

4.1.1 Management in de Zorg **Product & services**MIZ is een duale opleiding die bestaat uit een eenjarige associate degree en een tweejarige Bacheloropleiding. De opleiding gaat uit van elf beroepskwalificaties die voortkomen uit het landelijke beroepsprofiel Management in de Zorg- en dienstverlening. Deze kwalificaties worden landelijk door de HBO-raad voorschreven (Vereniging van Hogescholen, 2011). Diverse hogescholen en brancheorganisaties zijn betrokken in dit proces.

De beroepskwalificaties zijn verdeeld in vijf kerncompetenties (MIZ, 2016): (1) organiseren, (2) veranderen, (3) ontwikkelen, (4) persoonlijk leiderschap en (5) beroepsontwikkeling. De vaardigheden die hiermee ontwikkeld worden, hebben met name betrekking op leidinggeven, bedrijfsmatig denken, ondernemerschap, innovatie- en veranderingsgerichtheid en communicatieve vaardigheden. De inhoud en de vorm van de twee studieprogramma’s lopen uiteen en worden daarom afzonderlijk toegelicht.

*Associate degree* De ad opleiding is een eenjarige opleiding voor werkende zorgprofessionals die hun zelfsturend vermogen willen verbeteren. Landelijk zijn er voorwaarden gesteld voor deelname. De nieuwe student dient minimaal twee jaar werkzaam te zijn in de gezondheidszorg, welzijn of maatschappelijke dienstverlening op mbo-4 niveau 4, met een aanstellingsomvang van 50% of hoger (Vereniging van Hogescholen, 2011).

De inhoud van dit studieprogramma is opgebouwd uit vier modules (MIZ, 2016): ‘Ondernemer in de Zorg’, ‘Actieve leider’, ‘Verbinder van mensen’ en ‘Regisseur van veranderingen’. De ad opleiding gaat over het doelgericht aansturen van personeelsleden het sturen en bewaken van de samenhang tussen interne processen. Centraal staan communicatieve en leiderschapsvaardigheden gericht op interne en externe samenwerking. Bij afronding volgt een erkend getuigschrift in het hoger beroepsonderwijs (associate degree). Na de ad-opleiding kan de student vervolgens instromen in de tweejarige bachelor degree.

*Bachelor degree*De bacheloropleiding richt zich op leidinggevende professionals die werken in een complexe zelfsturende organisatieomgeving. Landelijk is vastgesteld dat de student van de bd opleiding minimaal twee jaar werkzaam moet zijn in de sector gezondheidszorg en welzijn of maatschappelijk dienstverlening, in een leidinggevende functie (Vereniging van Hogescholen, 2011).

De inhoud van het studieprogramma bestaat uit de modules ‘Ondernemerschap’, ‘Leiderschap’, ‘Human Capital’ en ‘Transitie’ in het eerste jaar; in het tweede jaar volgen ‘Afstudeertraject’ en ‘De professionele leider’(MIZ ,2016). De competenties die binnen deze opleiding van toepassing zijn bestaan uit leidinggevende kwaliteiten, bedrijfsmatig denken, innovatie- en veranderingsgerichtheid, ondernemerschap en communicatieve vaardigheden. Ook het leren sturen op resultaat en het ontwikkelen van het zelfsturend vermogen van teams en individuen zijn onderdeel van deze opleiding.

Bij de instroom van een nieuwe student wordt bij beide opleidingen vooraf een intake assessment afgenomen. Door middel van een portfolio wordt bepaald welke kwalificaties wel en niet behaald zijn. Op basis daarvan wordt geïnventariseerd of de student in aanmerking komt voor vrijstellingen en kan instromen in het tweede respectievelijke derde studiejaar van de ad/bd opleiding. De duale studievorm eist daarnaast dat de werkplek van de student complex genoeg. De examencommissie stelt vooraf de geschiktheid van deze werkplek vast.

*Flexibilisering*  
Het businessplan (Hogeschool Leiden, 2014) van het cluster Management & Bedrijf stelt dat het cluster streeft naar het stabiliseren van de omvang van de diverse opleidingen, met uitzondering van de opleiding Management in Zorg. Voor deze opleiding is in 2015 gezocht naar een duurzaam businessmodel. Hierom is de ad opleiding bij de start van het studiejaar 2015-2016 geflexibiliseerd. Met ingang van het aankomende studiejaar (2016-2017) wordt ook de bd opleiding flexibel aangeboden. Dit houdt in dat de beroepskwalificaties omgezet worden in leeruitkomsten en daardoor onafhankelijk van de leerweg (kunnen) worden getoetst. De leereenheden, of delen daarvan, kunnen daardoor bovendien zelfstandig van elkaar worden gevolgd. Als gevolg kan elke student in overleg met de studiebegeleider en de managementcoach (aangesteld vanuit de organisatie) een individuele leerroute opstellen die aansluit op zijn/haar situatie en die van de organisatie. De leeruitkomsten worden uiteindelijk (leerwegonafhankelijk) getoetst door middel van beroepsproducten, die afgestemd zijn op de vraagstukken/bedrijfssituatie van de werkgever.

Naast deze inhoudelijke verandering is ook de studie*vorm* van de ad opleiding aangepast. De voornaamste aanpassing zijn de voorzieningen van een online leeromgeving. Online leren, via chats, fora en video gesprekken, maakt het voor de student mogelijk om tijd- en plaatsonafhankelijk te leren. Ook mogelijk is face-to-face leren op de Hogeschool Leiden en praktijkleren op de werkplek. Zoals gezegd is de beschikbaarheid van een werkplek in dit proces noodzakelijk, omdat de beroepsopdrachten afgestemd en uitgevoerd worden op deze werkplek.

Deze flexibilisering heeft daarnaast tot gevolg dat MIZ zijn studieprogramma in-company kan aanbieden. Dit houdt in dat het onderwijsprogramma intern bij een gezondheidszorg- of welzijnsorganisatie wordt aangeboden. De aanleiding van deze flexibilisering is volgens MIZ (2016) dat vanuit het werkveld behoefte is aan kortere opleidingstrajecten die afgestemd zijn op de individuele zorgprofessional.

**Positionering**MIZ positioneert zich als *“hét kennis- en praktijkcentrum op het gebied van leiderschap en management in de zorg”* (MIZ, 2016). Het uitgangspunt van deze positionering is het realiseren van een duurzame verbinding tussen de student en werkgever. Deze positie wordt tot uiting gebracht door middel van de kennis en expertise van docenten, de beroepsproducten van de studenten, de resultaten van de alumni en de kennis vanuit de andere opleidingen binnen het cluster Management & Bedrijf.

**Missie MIZ**  
De missie van MIZ luidt als volgt (MIZ, 2016): *“Wij leiden zorgprofessionals en leidinggevenden op die als kritisch-reflexieve beroepsbeoefenaren werken aan een stevige kennisbasis en versterking van hun persoonlijke en professionele effectiviteit, teneinde een waardevolle bijdrage te kunnen leveren aan de ontwikkeling van de beroepspraktijk. Dit doen wij door het creëren van een leeromgeving waarbij studenten werk, privé en studie optimaal kunnen combineren.”*

De lange termijn doelstellingen van de opleiding zijn het vergroten (qua studentenaantallen) en zichtbaarder maken van de opleiding (MIZ, 2016). De doelstellingen ten aanzien van de zichtbaarheid van MIZ zijn niet SMART vertaald en er ontbreekt een nulmeting.

**Customer relationship management**Het huidige relatiebeheer wordt onderhouden door één accountmanager, die het klantportfolio beheert dat bestaat uit de werkgevers (accounts) met één of meerdere werknemers die als student staat ingeschreven bij MIZ. Het contact met deze accounts wordt op diverse manieren onderhouden. De grootste accounts worden beheerd door een jaarlijks accountgesprek te voeren, wat vaak op locatie bij de klant plaatsvindt. Het doel van deze gesprekken is het inventariseren van de opleidingsbehoeften en de actuele ontwikkelstadia. Daarnaast krijgen alle accounts, waaronder de kleinere, aan het begin van een nieuw leertraject een werkbezoek om de individuele leertrajecten van de studenten vast te stellen. Dit leertraject dient namelijk afgestemd te worden op de praktijk. De accountgesprekken en werkbezoeken worden doorgaans verricht door de accountmanager en bijgewoond door een docent. Hierdoor spelen ook docenten een rol in het relatiebeheerproces, met een de eigen verantwoordelijkheid om de klantinformatie die zij opdoen in de werkbezoeken en het face-to-face-contact met de student toe te passen in het lesprogramma en de beroepsproducten. Over het algemeen wordt de klantinformatie die voortkomt uit deze gesprekken/bezoeken voornamelijk gebruikt om invulling te geven aan het studieprogramma. Op basis van deze informatie is bijvoorbeeld vorig jaar het flexibiliseringstraject gestart. Met andere woorden MIZ zoekt op deze manier naar oplossingen die tegemoet komen aan de vraag van de klant. Ook worden alumni van MIZ ingezet als netwerk dat onderhouden wordt om extra informatie op te vragen.

De inzet van de accountmanager bedraagt ongeveer 0,5 fte. Daardoor moet geprioriteerd worden, waardoor alleen de grootste accounts jaarlijks worden bezocht. Daarnaast is voor het beheer van deze klantinformatie geen zakelijk klantinformatiesysteem beschikbaar en ontbreekt een gestructureerde vastlegging van belangrijke klantinformatie. Op strategisch niveau ligt er geen visie en is er dus geen doelstelling voor wat MIZ wil bereiken qua relatiebeheer en de uitbreiding van het klantportfolio. Bij de aansturing van de accountmanager ontbreken SMART-werkafspraken. Het borgen van klantinformatie is op dit moment beperkt tot de kennis en ‘know how’ (opgebouwde expertise) van de accountmanager. Dit resulteert in een hoge mate van afhankelijkheid en kwetsbaarheid. Zonder beheersysteem is het diverse actorenveld bij de accounts voor de accountmanager lastig te structuren. Aangezien functionarissen binnen de zorgsector regelmatig wisselen, is het beheren van de relaties een constante uitdaging.

**Externe oriëntatie & samenwerking**  
MIZ geeft aan dat er alleen een kans van slagen is als bij ‘joined effort’ met de student, zijn werkgever en de hogeschool (MIZ, 2014). Naast de werkzaamheden van de accountmanager zijn er nog twee andere relatiebeheer-activiteiten die op dit proces gericht zijn, te bestaande uit:

*Werkbezoeken*De docenten bezoeken jaarlijks de werkplek van de student en de managementcoach. Het doel van deze gesprekken is het bespreken van de voortgang van de student, het vaststellen van de geschiktheid van de werkplek, het opstellen van de individuele leerroute van de student en het inventariseren van de opleidingsbehoeften ten aanzien van leidinggevende functionarissen.

*Expertmeeting*  
Voor de flexibilisering van de ad- en bd-opleiding hebben er eenmalig drie ‘expertmeetings’ plaatsgevonden., met het doel om in samenspraak met diverse zorg- en welzijnsorganisaties invulling te geven aan wijze van flexibilisering.

Binnen de hogeschool heeft elke opleiding zijn eigen beroepenveldcommissie, met uitzondering van MIZ. Vanwege een matige opkomst is deze commissie opgeheven en is MIZ onderdeel geworden van de beroepenveldcommissie van het cluster Zorg. Deze bijeenkomsten zijn gericht om in samenwerking met vertegenwoordigers uit de beroepspraktijk invulling te geven aan het curriculum en andere strategische hervormingen van dit cluster.

**Interne positie & samenwerking**  
De Hogeschool Leiden is een divisieorganisatie (Marcus & Dam, 2012), waarbij de organisatie is opgebouwd uit een aantal semi-zelfstandige clusters (divisies) die zijn verbonden door een centraal bestuur (zie bijlage 2). Het voordeel van een dergelijke opbouw is dat een zelfstandig opererend cluster sneller en slagvaardiger kan inspelen op de wensen van de klant (Marcus & Dam, 2012). Zo is MIZ in staat om met een klein aantal personeelsleden, korte lijnen en een open cultuur een snelle communicatiestroom te realiseren. De diverse clusters zijn actief in verschillende markt-product-combinaties (het aanbod van de diverse opleidingen). Aanverwante opleidingen worden ondergebracht in een cluster. Het grootste nadeel van deze organisatiestructuur is dat de zelfstandige clusters niet optimaal gebruikmaken van de kennis, ervaringen, netwerken en contacten binnen andere clusters aanwezig zijn (Marcus & van Dam, 2012).

MIZ maakt binnen de Hogeschool Leiden gebruik van de kennis en inzichten van andere opleidingen binnen het cluster M&B. Deze samenwerking vertaalt zich in het gebruik van de vakkennis van docenten in de vorm van onderlinge uitwisseling van docenten tussen de opleidingen van het cluster. Anderzijds praktijkgericht onderzoek volgens MIZ (2016) een belangrijke pijler om de gewenste leerresultaten te bereiken. De opleiding werkt hiertoe samen met de Kenniskring van het Cluster Management& Bedrijf. De taak van deze groep lectoren is het verdiepen en delen van kennis, binnen het cluster, in samenwerking met de beroepspraktijk. Op cluster-breed niveau is er contact met het cluster Zorg door deel te nemen aan diens beroepenveldcommissies.

4.2 Externe analyse

4.2.1 Zorgsector  **Brancheomschrijving**  
Binnen de sector G&W zijn twee soorten zorg te onderscheiden gezondheidszorg en welzijn. De verdeling van de sub-branches binnen deze sector (zie bijlage 3) is gebaseerd op de brancheverdeling van het CBS (2015).

*Gezondheidszorg*  
De gezondheidszorg wordt door de overheid omschreven als: *“het geheel van zorgverleners, instellingen/organisaties, middelen en activiteiten die direct gericht zijn op de instandhouding en verbetering van de gezondheidstoestand en/of zelfredzaamheid en op het reduceren, opheffen, compenseren en voorkomen van tekorten.”* (Nationaal Kompas Volksgezondheid, z.j.).

De diverse zorgverleners binnen gezondheidszorg zijn op basis van de zorgactiviteiten te verdelen in de branches: universitaire medische centra (UMC’s), algemene ziekenhuizen (AZ), verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT), de gehandicaptenzorg (Ghz), de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de eerste lijnzorg/overige zorg .

*Welzijn*  
De welzijnszorg bestaat uit: *“de zorg voor het geestelijke welzijn van de sociaal en economisch minder bedeelden”* (Encyclo, 2014). Deze sector richt zich dus op personen of groepen die omwille van een probleem niet volledig kunnen participeren aan het maatschappelijk leven. De branches binnen de sector welzijn bestaan uit maatschappelijke dienstverlening (MD), jeugdzorg (JZ) en de kinderopvang (KO).

**Marktgrootte business-to-business**De uitgaven binnen de Nederlandse gezondheidszorg- en welzijnssector zijn in de afgelopen jaren structureel toegenomen (CBS, 2016c). In 2015 stegen de uitgaven met 0,9% ten opzichte van het jaar daar voor. In tabel 7 (zie bijlage 12) is daarentegen een trendbreuk op te merken. Vanaf 2007 tot 2013 stegen de zorguitgaven jaarlijks met ongeveer 5%. Sinds 2013 nemen deze zorguitgaven slechts toe met 1%. Bezuinigingen en stelselwijzigingen zijn hiervan de oorzaak (ING, 2015). Enkele van deze ontwikkelingen worden in paragraaf 4.2.2 nader toegelicht.

De Nederlandse G&W sector bestaat uit circa 130.000 actieve bedrijven (CBS, 2016a). Van dit aantal zijn er ongeveer 105.000 zelfstandig ondernemers (zzp’er). De grootste sector is de gezondheidszorg met 18.000 actieve bedrijven. Binnen deze Nederlandse gezondheidszorg hebben er 315 bedrijven (CBS, 2016b) meer dan vijfhonderd medewerkers in dienst hebben. Binnen het werkgebied van MIZ zijn dit er in totaal 105 (Company.info) (zie bijlage 12 tabel 10).

**Arbeidsverdeling & -volume**Binnen de Nederlandse G&W-sector zijn circa 1 miljoen mensen werkzaam (zie tabel 4). Nog geen 5% van dit aantal is werkzaam binnen de welzijnssector. Qua aantal medewerkers zijn de grootste branches respectievelijk de verpleging, verzorging en thuiszorg, algemene ziekenhuizen, gehandicaptenzorg en de universitaire medisch centra.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Instellingen** | **UMC** | **AZ+CZ** | **GGZ** | **GHz** | **VVT** | **MO** | **JZ** | **KO+AZ** | **Totaal** |
|  | **Periode** | **2014** | **2014** | **2014** | **2014** | **2014** | **2014** | **2014** | **2014** |  |
| **Concerns** | **aantal** | 8 | 95 | 128 | 163 | 468 | 35 | 43 | 16 | **956** |
| **Banen werknemers** | **aantal** | 73660 | 207714 | 83620 | 165840 | 405523 | 12471 | 19677 | 8581 | **977086** |

Tabel 4 Brancheoverzicht   
  
*Verplegend, verzorgend en sociaal agogisch personeel*   
Het aantal medewerkers in Nederland met een verplegend, verzorgend of een sociaal-agogische opleiding (vvs-personeel) bestond in 2014 uit 70 % (uitgaande van circa 1 miljoen werkende in de G&W sector) van de gehele medewerkerspopulatie (Regioplus, z.j.). In het werkgebied van MIZ is dit ongeveer 19% (zie bijlage 13 tabel 11 en 12).

*Mbo-niveau 4*  
Het vvs-personeel in Nederland op mbo-niveau 4 was in 2014 340.000 (zie bijlage 13 tabel 13). Het grootste deel van deze groep is werkzaam in de VVT-branche. Dit geldt zowel landelijk als voor het werkgebied van MIZ. In totaal zijn er circa 70.000 NLQF 4 VVS-personeelsleden actief binnen het werkgebied van MIZ (Regioplus, 2015).

*Management en staf*  
Het aantal management en staf-leden bestond in 2014 uit 5% van de gehele medewerkerspopulatie in de Nederlandse G&W-sector (Regioplus, 2015a,b,c,d & e). Het absolute aantal management- en staf leden in de sector bestaat daarmee uit circa 50.000 (5% van 1 miljoen). Met een totale medewerkerspopulatie van 340.000 binnen het werkgebied van MIZ en een gemiddelde van 5%, waren er in waren er in 2014 grofweg 17.000 management en staf leden werkzaam.De ontwikkelingen van 2015 en 2016 zijn in de vermelde cijfers niet meegenomen. Dit komt hoofdzakelijk door het feit dat er nog geen recente gegevens beschikbaar zijn over het arbeidsvolume en de arbeidsontwikkelingen.

4.2.2 Ontwikkelingen gezondheidszorg- & welzijnssector  
Op dit moment zijn er diverse ontwikkelingen gaande in de G&W-sector. De ontwikkelingen die in het kader van dit onderzoek het meest relevent zijn worden in dit onderzoek beschreven.

**Demografische ontwikkelingen**Het aantal ouderen in de Nederlandse samenleving neemt de komende jaren verder toe (CBS, 2012). Dat geldt ook voor het aantal mensen met één of meer chronische aandoeningen. De stabiele toename van de levensverwachting (CBS, 2012) bekrachtigt deze ontwikkelingen en zorgt voor een (dubbele) vergrijzing. Bovendien neemt de levensverwachting voor mensen met een beperking toe, maar neemt het aantal mensen met een aangeboren beperking af. De groei van het aantal geboortes leidt er toe dat de vraag naar kraamzorg stijgt en vervolgens het aantal jonge kinderen vanaf 2017 toeneemt (CBS, 2014a). Het aantal jongeren neemt de aankomende tijd daarentegen af (CBS, 2014b).

**Economische ontwikkelingen**  
Het economisch herstel zet door (CPB, 2015) en de verwachting is dat de economie in 2016 stijgt met 2,4%. Een toename van de bedrijvigheid zorgt vervolgens tot meer werkgelegenheid waardoor de werkzame beroepsbevolking in 2016 stijgt met 1,1% (CPB, 2015). Het CPB (2015) verwacht dat de werkgelegenheid in de zorgsector in 2016 stijgt met 0,2%.

De economische crisis en de noodzaak om de kosten van G&W beheersbaar te houden, hebben tot hervormingen en financiële bijstellingen geleid die de betaalbaarheid van de sector nu en in de toekomst moeten waarborgen. Om deze reden heeft de overheid de laatste jaren bezuinigd op diverse onderdelen in de langdurige zorg (AZW, 2015). Vooral de uitgaven van de huisartsenzorg is gegroeid.

**Sociologische ontwikkelingen**  
De belangrijkste sociologische ontwikkeling is de verschuiving in de wijze waarop men binnen de Nederlandse samenleving tegen gezondheid aankijkt (Zorginstituut Nederland, 2015). Waar gezondheid voorheen opgevat werd als volledig-, fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden wordt gezondheid volgens Huber et al. (2011) steeds meer gezien als “*het vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven. Gezond zijn betekent het vermogen tot aanpassen aan verstoringen, veerkracht hebben en een balans weten te handhaven of hervinden zowel lichamelijk, geestelijk als maatschappelijk*”. Vanuit dit oogpunt is het streven om fysieke en psychische ongemakken in mindere mate door de medische wetenschap te behandelen (minder te medicaliseren). Dit concept stelt het functioneren, de veerkracht en zelfregie centraal. Deze nieuwe perceptie van gezondheid sluit aan bij het toenemende belang dat men in de participatiemaatschappij hecht aan eigenverantwoordelijkheid, zelfontplooiing, autonomie, eigen keuze en de eigen regie van de cliënt/patiënt (AZW, 2015)

**Technologische ontwikkelingen**De rol van technologie in de zorg neemt toe en dat heeft gevolgen voor de zorgprofessional. De voornaamste technologische ontwikkelingen hebben betrekking op de toepassingen van e-health (Vereniging Hogescholen, 2015). Het gebruik van e-health maakt het voor de zorgprofessional mogelijk om via informatie- en communicatiesystemen de coördinatie van de werkzaamheden en de meervoudige monitoring van patiënten efficiënter uit te voeren en bij te houden (Willemse, 2015). Voor patiënten betekent e-health dat het mogelijk wordt om langer en zelfstandiger thuis te blijven wonen en daardoor minder aanspraak te hoeven maken op de professionele zorg (AZW, 2015). Deze nieuwe technologie dient niet alleen geïntegreerd te worden in het werk; de zorgprofessional dient ook cliënten te adviseren en begeleiden in het gebruik van deze technologie.

**Politieke ontwikkelingen**De belangrijkste en ingrijpendste wijzigingen in wetgeving zijn (AZW, 2015):

*AWBZ naar Zvw: v*anaf 1 januari zijn onderdelen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) overgeheveld. Dit omvat de extramurale verpleging, het overgrote deel van de persoonlijke verzorging en de langdurige GGZ. Als gevolg hiervan speelt de wijkverpleegkundige een centrale rol in de extramurale verpleging en verzorging (verpleging en verzorging die thuis wordt verleend). Het doel van deze hervorming is mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Waar nodig gebeurt dit met ondersteuning van de gemeente of de zorgverzekering.

*Invoering Wet langdurige zorg (Wlz):* deze wet is per 1 januari 2015 ingevoerd en is bedoel voor mensen die de hele dag intensieve zorg of toezicht nodig hebben (Atlas van Zorg en Hulp, 2016) . Met een indicatiestelling wordt vastgesteld of iemand in aanmerking komt voor deze wet. Volgens het AWZ (2016) leidt deze indicatiestelling tot de sluiting van verzorgingshuizen.

Tenslotte heeft het kabinet naast deze wetswijzigingen ook maatregelen genomen ten behoeve van de samenwerking tussen zorg- en onderwijsinstellingen. Het Zorgpact is hier een voorbeeld van. Dit initiatief dient de regionale samenwerking tussen het onderwijs, de zorg (G&W) en gemeenten te bevorderen om beter in te kunnen spelen op de veranderingen ten aanzien van de Nederlandse G&W sector (Zorgpact, 2016). Voorbeelden van activiteiten zijn het creëren van leerwerkplaatsen, het ontwikkelen van nieuwe lesmethoden en het aanpassen en vernieuwen van de curricula.

4.2.3 Zorg en welzijnsaanbiedersOver het algemeen hebben de bovenstaande ontwikkelingen een grote invloed gehad op het personeelsbestand en het strategisch- en HR-beleid van gezondheidszorg- en welzijnsorganisaties. De belangrijkste gevolgen van deze ontwikkelingen worden in deze paragraaf nader toegelicht.

**Strategisch beleid**De bezuinigingen en hervormingen hebben veel invloed op het strategisch beleid van zorg- en welzijn aanbieders (CAOP, 2015). De veranderingen binnen dit beleid zijn vooral zorginhoudelijk van aard en is veelal gebaseerd op financiële overwegingen. Uit een werkgeversenquête (AZW, 2014) is gebleken dat veel organisaties in 2013 al op de veranderingen en hervormingen hebben geanticipeerd. Ruim de helft van de organisaties had op dat moment al het financieel beleid en het personeelsbestand aangepast. Volgens CAOP (2015) zet deze ontwikkeling zich in 2016 onverminderd door.

De hervormingen en bezuinigen leggen samen met de toenemende concurrentie en onderhandeling met zorgverzekeraars meer druk op de prijs en kwaliteit van de zorgverlening, aldus het AZW (2015). De kosten worden vervolgens bespaard door aanpassingen te doen in het beleid ten aanzien van huisvesting, evenals met de inkoop en inzet van personeel in het primaire proces (AZW, 2015).

Een andere gevolg is dat steeds meer organisaties binnen G&W over gaan tot een onderlinge samenwerking (CAOP, 2015). Dit komt onder andere doordat binnen de zorgsector de grenzen tussen verpleging & verzorging, welzijn, gehandicaptenzorg, GGZ en jeugdzorg vervagen. Daarnaast werken ook ziekenhuizen en de eerste-lijnszorg meer samen en doen UMC’s dit juist meer in de vorm van netwerken (AZW, 2015).   
Deze samenwerkingen vertalen zich in een stijging van het aantal fusies en overnames in de afgelopen jaren, vooral in de VVT, GGZ en ziekenhuizen (Boer & Croon, 2015).

**HRM-beleid**Zoals eerder vermeld, nemen organisaties in de G&W sector diverse organisatorische en personele maatregelen om in te spelen op de gevolgen van de kabinetsmaatregelen. Reorganiseren of bezuinigen door afdelingen of locaties te sluiten zijn de meest gebruikelijke. Volgens het CAOP (2015) voert circa de helft van de organisaties binnen de zorgsector en een derde van de welzijnssector een reorganisatie door. Een groot deel van deze maatregelen/reorganisaties hebben betrekking op het personeel, voornamelijk op de samenstelling van het personeelsbestand, het onderwijzen en opleiden van medewerkers en op de inzet en verdeling van het personeel (AWZ, 2015).

Met het inkrimpen van het personeelsbestand wordt vooral aanspraak gedaan op het flexibele personeelsbestand (AWZ, 2015). Tijdelijke contracten worden bijvoorbeeld niet meer verlengd, personeel met een nul-urencontract wordt niet meer opgeroepen en met een vacature stop wordt aangestuurd op een natuurlijk verloop. Het inkrimpen van het vaste personeel gebeurt voornamelijk op de ondersteunende functies zoals staf & management, administratie & ICT of de facilitaire dienst (Kiwa Carity, 2015b; GGZ Nederland, 2014). Het snijden in de managementlagen verklaart tevens de opkomst van de zelfsturende teams met name in de Ghz- en de VVT-branche (AZW, 2015). Tevens vindt er binnen de patiënt-gebonden functies een verschuiving plaats naar functies voor hoger opgeleid personeel (hbo-niveau), vooral binnen ziekenhuizen, de VVT en de huisartsenzorg. Ten slotte geeft ruim de helft van de werkgevers het personeel de mogelijkheid om een loopbaantraject te volgen (CAOP, 2014). Deze stimulans heeft als doel om de arbeidsmarktfitheid van het personeel te verbeteren.

**Opleiden & scholing**  
Momenteel is de meest voorkomende reactie van organisaties (circa één derde) op de bestuurlijke veranderingen het bij- of opscholen van het personeel, zo stelt het CAOP (2015). In 2015 verwachtte een kwart van de organisatie meer opscholing van personeel in patiëntgebonden functies naar hogere opleidingsniveaus (CAOP, 2015). Of deze verwachting ook daadwerkelijk zijn uitgekomen, is op dit moment nog niet bekend.

De kabinetsmaatregelen die de duurzame inzetbaarheid tijdens de loopbaan dienen te stimuleren leiden tot meer voor het leren op de werkvloer. Dit wordt gefinancierd door sectorplannen, levenlanglerenkrediet en diverse subsidieregels (Ministerie OCW, 2015).

4.2.4 Hoger gezondheidszorg onderwijsVoor inzicht in de mate waarin de opleiding MIZ mee gaat met de huidige ontwikkelingen, is het relevant om de ontwikkelingen ten aanzien van het hoger (zorg) onderwijs) in kaart te brengen. De voornaamste ontwikkelingen zijn het Leven Lang Leren en samenwerking & netwerkvorming.

**Leven Lang Leren**Het concept Leven Lang Leren wordt als volgt omschreven: *“alle leeractiviteiten die gedurende het hele leven ontplooid worden om kennis, vaardigheden en competenties vanuit een persoonlijk, burgerlijk, sociaal en/of werkgelegenheidsperspectief te verbeteren”* (Europese Commisie, 2000). Het Ministerie van OCW stelt het volgende: *"eenmaal op de arbeidsmarkt blijft het nodig om te blijven leren en ontwikkelen om duurzaam inzetbaar te blijven."* (Ministerie OCW, 2011). Om deze reden heeft de overheid in het afgelopen jaar een aantal actielijnen uitgezet ten aanzien van dit concept (Ministerie OCW, 2015). De actielijn die van belang is voor het hoger zorgonderwijs heef betrekking op het flexibiliseren van het onderwijsaanbod. Hierdoor is er meer ruimte gekomen voor onderwijsinstellingen (mbo & hbo) om maatwerk te leveren, zodat werkenden tijdens hun loopbaan aantrekkelijker en gemakkelijker nieuwe vaardigheden en kennis kunnen opdoen. De onderwijsinstellingen kunnen met deze vrijheid meer vraaggericht onderwijs aanbieden.Met name het hoger onderwijs voor volwassen maakt deze omslag van aanbodgericht onderwijs naar flexibel en vraaggericht onderwijs (Ministerie OCW, 2015). In dit traject komt de lerende volwassene centraal te staan door niet langer een vaststaand studieprogramma te bieden, maar individuele leeruitkomsten als uitgangspunt te nemen. Zo kan de leeruitkomst op maat worden aangepast aan de kennis en de vaardigheden van de volwassen studenten. Daarmee wordt de positie van de deeltijdse en duale opleidingen voor volwassen versterkt. Een vraaggerichte samenwerking met de beroepspraktijk/arbeidsmarkt is in dit proces volgens het Ministerie van OCW (2015) essentieel.

**Samenwerking & netwerkvorming**  
Het hoger gezondheidszorgonderwijs wordt in een continu proces afgestemd op het werkveld en de beroepspraktijk. Om een goede combinatie van regelingen te vinden en randvoorwaarden te stellen, is een nauwe samenwerking vereist tussen overheid, onderwijsinstellingen, opleiders en werkgevers in de sector G&W (CAOP, 2015). Dit uit zich momenteel in diverse samenwerkingsverbanden met verscheidene betrokkenen, zoals de RAAK- en de Centre of Expertise-projecten.

Bij alle hogescholen die hoger gezondheidszorgonderwijs aanbieden wordt er binnen het domein zorg en gezondheid praktijkgericht onderzoek uitgevoerd (HBO-raad, 2013). De uitkomsten van deze onderzoeken dienen als leidraad voor RAAK-projecten gericht zijn op kennisuitwisseling en netwerkvorming tussen hogescholen en het werkveld (Ministerie OCW, 2011). Hierbij wordt vraaggericht gehandeld, waarbij de projecten en onderzoeken gericht zijn op vragen vanuit de praktijk. Naast de RAAK-projecten zijn door de overheid ook Centre of Expertises gelanceerd. Dit is een publiek-private samenwerking voor innovatie in de G&W-sector en voor het vernieuwen van het hoger zorgonderwijs. Een dergelijk netwerk wordt in samenwerking met het ministerie van VWS opgestart. Een voorbeeld is het Centre of Expertise Healthy Ageing in Groningen waarbij onderzoekers, studenten, docenten, bedrijven en gezondheidszorg- welzijnsinstellingen gezamenlijk werken aan oplossingen voor actuele regionale zorg- en onderwijsproblemen.   
  
4.2.5 Concurrentieanalyse  
De concurrentieanalyse is uitgewerkt en opgenomen in de bijlage 5. De uitkomsten van deze analyse worden meegenomen in de conclusies en aanbevelingen.

# 5. Resultaten fieldresearch

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten van het kwalitatief onderzoek weergegeven.

5.1 Ontwikkelingen opleidingsbeleidOp dit moment zijn een aantal ontwikkelingen gaande die van invloed zijn op het opleidingsbeleid van respondenten. Ten eerste geeft het merendeel van de organisaties aan dat er personele reorganisaties hebben plaatsgevonden of deze nog doorgevoerd gaan worden. Deze veranderingen hebben veelal betrekking op de organisatiestructuur, de taakomschrijving van mbo- en hbo-personeel, maar ook op management functies.

*“We zijn bezig met een schouw te maken van wat we aan mbo- en hbo-personeel hier en hoe we een verdeling willen maken. Vandaar dat we ook bezig zijn met het doorzetten van strategische personeelsplanning. We hebben intern namelijk ook te maken met een verandering van onze interne organisatiestructuur en dan met name in relatie tot de indeling van afdelingen.”*

Ten tweede is er geen significant verschil tussen het takenpakket van mbo- en hbo-personeel, waardoor doorgroei mogelijkheden ontbreken en ook geen onderscheidt gemaakt wordt in beloning.   
Ten derde geven organisaties aan dat de complexiteit van de zorg toeneemt. Dit leidt volgens de organisaties tot een verschuiving van laag opgeleid personeel naar meer hoger opgeleid personeel, specifiek bij de patiëntgebonden functies:

*“Wat we zien is een verschuiving van de zorg die steeds complexer wordt. Daarom zien we een verschuiving naar hbo-personeel. (…) Niet zozeer op managementniveau direct, maar met name op het zorgvlak. Van hieruit kun je wel denken aan een meer zelfsturende en coördinerende rol, waar meer behoefte aan is.”*5.2 Huidig opleidingsbeleid  
De vele ontwikkelingen hebben er toe geleid dat organisaties op dit moment (nog) bezig zijn met het ontwerpen, invullen en opstellen van het opleidingsbeleid of hier op korte termijn concrete plannen voor heeft. Een groot gedeelte van de organisaties geeft om deze reden aan dat op dit moment een eenduidige visie op het opleidingsbeleid ontbreekt. Dit is volgens de respondenten hoofdzakelijk te wijten aan de personele reorganisaties, bezuinigingen en een complexer wordende zorg. Om die geven respondenten aan dat de afdeling zoekende is naar het opleidingsbeleid.   
  
De huidige visies op het opleidingsbeleid lopen bij de respondenten uiteen. Enerzijds stellen de organisaties die werken met zelfsturende teams dat het huidige opleidingsbeleid, in tegenstelling tot voorgaande jaren, gericht is op de eigen regie van de medewerkers. Dit houdt in dat de medewerker -en het zelfsturende team als geheel- verantwoordelijk is voor zijn eigen loopbaan.  
  
*“Waar wij graag naar toe willen, is dat de medewerker zelf ziet, weet en misschien nu en dan voelt, wat die moet gaan doen en hoe die er voor moet zorgen dat die flexibel is binnen deze organisatie, zodat die niet alleen in kan spelen op wat daar gebeurt, maar ook flexibel is voor zichzelf zodat die makkelijker kan overstappen tussen organisaties en afdeling (…) maar dat die vooral zelf deze ontwikkeling stuurt.*  
  
Respondenten geven aan dat dit te wijten is aan het vraaggericht inspelen op de regionale zorgvraag. Een verandering in deze zorgvraag leidt er toe dat zelfsturende teams hun zorgaanbod hierop moeten aanpassen. Eigen regie resulteert bij opleiden volgens de organisaties tot een betere en snellere aansluiting tussen vraag en aanbod. Het merendeel van deze zelfsturende teams werkt met opleidingskaders, waardoor er meer vrijheid wordt gegeven aan het personeel. Er zijn daarom geen concrete regels of procedures vastgesteld.   
  
Het sneller inspelen op de regionale zorgvraag resulteert volgens alle organisaties, ook degene die geen gebruikmaken van zelfsturende teams, in een beleid waarbij het personeel veelal intern wordt bijgeschoold. Het voornaamste motief voor interne opleiding ligt in het sneller en slagvaardiger inspelen op de sectorale ontwikkelingen en de regionale zorgvraag. Dit wordt volgens de gezondheidszorgorganisatie bereikt door met het name het bestaande personeel met name de patiëntgebonden functies competentiegericht op te leiden:

*“We besluiten om mensen bij te scholen omdat je dan eerder het gewenste resultaat bereikt, wat de hogescholen niet kunnen. Dan hoeven ze dus niet opgeschoold te worden naar een ander niveau, maar zij moeten gewoon aan bepaalde competenties voldoen zodat ze kunnen inspelen op onze vraag en onze situatie.”*

Het intern opleiden van het bestaande personeel wordt in eerste instantie met de eigen kennis en expertise gerealiseerd. Er wordt hierbij gebruikgemaakt van interne praktijkopleiders, coaches, vak experts, e-learlingsprogramma’s en managementdevelopmenttrajecten.

*“Dat betekent dat er voor alle lagen, maar ook buiten de organisatie een leerprogramma is. Het gevolg daarvan is dat wij veel effectiever, efficiënter en bovendien met minder kosten personeel kunnen opleiden, omdat we een op maat gemaakt leerprogramma aan de medewerker in kwestie aan kunnen bieden. Onze strategie is daarom dusdanig veranderd dat wij met de aanvraag van de medewerker allereerst kijken naar ons eigen aanbod en vervolgens inventariseren of dit de vraag van de medewerker overeenkomt met ons aanbod. Komt dit niet overeen, dan kijken we welke andere externe opleidingen eventueel geschikt zijn.*”

De organisaties benoemen ook een nadeel van de eigen regie bij het opleiden, namelijk dat de zelfsturende teams terughoudend zijn bij opscholing. De tijd die een teamlid besteedt aan het volgen van een opleiding, dan wel intern als extern, moet namelijk opgevangen worden door de rest van het team.

Het merendeel van de respondenten voorziet op basis van de marktontwikkeling een grotere behoefte aan hbo-personeel. Daarbij kunnen de respondenten echter niet concreet aangeven waar hbo-patiëntgebonden personeel ingezet moeten worden .

*“Wat we zien is een verschuiving van de zorg die steeds complexer wordt. Daarom zien we een verschuiving naar hbo-personeel. In de afgelopen jaren hebben we vooral veel mbo’ers opgeleid, maar er is momenteel meer behoefte aan hbo-verpleegkundigen. Dan niet zozeer direct op managementniveau, maar met name op het zorgvlak. Denk hierbij aan een meer zelfsturende en coördinerende rol, waar meer behoefte aan is.”*

5.3 Management en staf  
Binnen alle organisaties is op dit moment sprake van een personele reorganisatie of is deze recentelijk afgerond. Deze reorganisaties betreffen het verminderen van het aantal management- en staffuncties, met als resultaat dat gehele managementlagen verdwijnen en tevens het overgebleven management in volume afneemt. De voornaamste redenen voor deze ontwikkeling zijn volgens de respondenten kostenbesparing, het verbeteren en vergroten van de effectiviteit en efficiëntie om beter in te spelen op de zorgvraag, de extramuralisering van de zorg en de ontwikkeling van zelfsturende teams.

*“De patiëntgebonden functies blijven in dit proces op peil, dus de reorganisatie heeft direct effect op de indirecte ondersteuning; dus in alle staforganisaties is er nu een derde krimp. De teamleiders, het grote management, zijn wel aan die teams gebonden maar worden toch als staf aangemerkt. Deze hele laag gaat eruit, met betrekking tot zelfsturing.”*

Binnen de ziekenhuissector heeft deze beweging op een ander niveau plaatsgevonden. Weliswaar zijn ook hier de teamleiders/unithoofden verdwenen, waardoor de regieverpleegkundige managementtaken moest overnemen. Na een aantal jaren bleek dit, volgens de respondenten, onvoldoende resultaat op te leveren waardoor er teruggegrepen is op een managementrol .

*“Er zijn recent managementlagen verdwenen(…). Dus die unithoofden-laag die gaat er eigenlijk uit en daarvoor in de plaats komen regieverpleegkundigen, die nu ook nog wel managers worden genoemd, komen daar voor in de plaats. Die gaan daarmee dus grotere eenheden aansturen, waardoor ze dus meer ‘span of control’ hebben gekregen.(…) . We hadden eigenlijk nog een laag, maar je kan als organisatie wel denken: ‘we halen die laag er uit en het wordt allemaal opgelost’, maar de taken die verdwijnen moeten ergens worden opgevangen. Dus nu zie ik dat die unithoofden dus al weg zijn, maar na twee of drie jaar zijn er managers voor in de plaats gekomen, omdat het toch niet blijkt te werken voor de regieverpleegkundige.”*

Het gevolg van deze reorganisaties is dat er andere eisen worden gesteld aan de managers. De respondenten geven aan dat deze ontwikkelingen leiden tot een grote verantwoordelijkheid en een grotere ‘span of control’ en verantwoordelijkheid. Verder moeten deze nieuwe managers over bedrijfskundige, ondernemende, financiële, coachende en projectmatige competenties beschikken. Het merendeel van de organisaties hebben op basis van deze competenties de nieuwe managers opnieuw geselecteerd. Het resultaat van dit selectieproces is dat er alleen nog managers die voldoen aan de strengere eisen. De manager die niet aan deze eisen konden voldoen, zijn verdwenen.

*“(…) Tijdens die reorganisatie zijn wij nieuwe selectieprocedures gestart waarin we op basis van strengere eisen en hogere verwachtingen of wel bestaande managers hebben aangesteld die hieraan voldeden, of extern nieuwe managers aangenomen.”*

Alle organisaties geven aan dat er op korte termijn geen zittende medewerkers meer worden opgeleid tot manager. Daarentegen wordt het huidige management wel structureel bijgeschoold. De competenties van het management worden ontwikkeld met trainingsdagen -die veelal verzorgd worden door de commerciële (onderwijs)sector, e-learning modules en interne opleidingen. Deze trajecten zijn voornamelijk gericht op de competenties “zelforganisatie van teams”, “het kunnen coachen”, “ondernemerschap” en “projectmatig werken”.

*“Vaak hebben zij al aparte management opleidingen gedaan, waardoor we ze intern met een managementdevelopmentprogramma up-to-date houden over de laatste ontwikkelingen en daardoor bijscholen. Voor deze groep hebben ook een aparte toolbox opgericht met verschillende waarbij allemaal trainingen in zitten op MD gebied.”*

Bij nagenoeg alle respondenten hebben deze ontwikkelingen invloed gehad op de verantwoordelijkheid van het patiëntgebonden personeel. Deze personeelsgroep krijgt meer verantwoordelijkheid over indirecte taken, zoals het vastleggen van handelingen, planning etc.

5.4 Besluitvormingsproces  
Naar aanleiding van de gesprekken zijn er twee organisatievormen te onderscheiden zijn. Ten eerste zijn er organisaties met zelfsturende teams, die de vrijheid hebben om in samenspraak met het team te beslissen over opleiding en scholing.

*“(…) met de zelfsturende teams heeft de medewerker daar wat meer vrijheid in gekregen. Op dit moment moeten zij dat meer zelf moeten gaan signaleren. Dat hoort nou juist bij het zoeken in zelfsturing: wat hoort nou bij jou en wat hoort bij mij? Dat is op dit moment nog niet vastgesteld en daar zijn we nu dus nog enigszins naar aan het zoeken.”*  
De tweede organisatievorm is voornamelijk binnen de ziekenhuissector zichtbaar. Deze bestaat uit het volgen van de hiërarchische lijn: de medewerker vraagt en beargumenteert, een opleidingsbehoefte bij zijn directe leidinggevende. Vervolgens vraagt de leidinggevende advies bij verschillende actoren. Uit het onderzoek blijkt dat dit zowel opleidingsspecialisten, HR- adviseurs, speciale HR ontwikkelspecialisten en praktijkbegeleiders zijn. In tegenstelling tot de eerder genoemde zelfsturende teams hebben bij deze organisaties hier dus meerdere actoren invloed op het opleidingsbeleid (en de besluitvorming daarop). Het uiteindelijke besluit wordt in bijna alle gevallen door een direct leidinggevende gemaakt, waarbij soms ook de hogere leidinggevende wordt betrokken.

5.5 Kennis, houding & gedrag  
De huidige perceptie op het hbo van de respondenten kan het beste worden samengevat door de reactie van een van de respondenten:

“*Het nadeel van hogescholen vinden wij dat het te lang duurt en er soms modules worden gegeven of competenties aangeleerd worden die niet aansluiten op onze vraag (…). De wereld van de hogescholen ligt wel heel ver weg van onze werkpraktijk. Het is jammer is dat veel instellingen heel erg de nadruk proberen te leggen op competentiegericht leren, maar de studenten vervolgens een heel studieprogramma moeten doorlopen waar ook competenties tussen zitten die minder relevant zijn.”*Het merendeel van de respondenten geeft aan bekend te zijn met het bestaan van de opleiding Management in de Zorg van de Hogeschool Leiden. Kennis omtrent de inhoud en opbouw van het studieprogramma van zowel de ad- als bd-opleiding ontbreekt echter bij bijna alle respondenten.   
  
*“Ik heb wel gehoord van die opleiding in Leiden maar nu je het me zo direct vraagt heb ik geen idee wat de inhoud van deze opleiding precies is. Ik heb me daar eigenlijk nooit in verdiept omdat de Management in de Zorg-opleiding al niet aansluit op wat wij zoeken.”*  
  
Bij de enkele respondenten die wel beter bekend zijn met de opleiding , kan slechts een enkeling het verschil aangeven tussen een asssociate degree- en bachelor-opleiding. Hierbij wordt aangegeven dat het traject van de een tweejarige associate degree te lang is.

Niet alleen is de kennis omtrent MIZ is heel beperkt; dit geldt bij bijna alle respondenten voor het gehele hbo opleidingsaanbod. Een veelgehoorde opmerking betreft de snelheid van reageren op actuele ontwikkelingen.   
  
*“Wat zij zien is dat de Hogescholen eigenlijk te traag zijn voor de veranderingen in de zorgverlening. (…). Als je afspreekt met hogescholen dat het curriculum aangepast moet worden, is de reactie: ‘nou ook dat lukt dit jaar niet meer maar misschien kunnen we dat volgend jaar invoeren’. Daar lopen wij tegen aan”*

Dit in tegenstelling tot commerciële onderwijsinstellingen die volgens de respondenten wel maatwerk kunnen leveren.

*“Vaak doen we maatwerk met commerciële bedrijven omdat deze veel eerder kunnen inspelen op onze vraag. Die kunnen namelijk het studieprogramma op onze situatie en onze vraag aanpassen. Met hogescholen is dat toch een stuk lastiger. En dat eerste willen en dan kijken we vaak ook nog over de schouder mee.”*

Bij een enkele organisatie wordt de opleiding Management in de Zorg voor het tactische management verplicht gesteld. Deze opleiding wordt afgenomen bij een erkende hogeschool of bij een commerciële instelling zoals IBMG of NCOI. Op dit moment hebben de meeste managers binnen deze organisaties deze opleiding al genoten of zijn ze nu bezig.

“*Het is verplicht dat ze in ieder geval de opleiding management in de zorg hebben gedaan. Gezien het feit dat er maar een aantal managers over zijn gebleven na de reorganisatie, heeft bijna iedereen deze opleiding genoten heeft of is hier op dit moment mee bezig zijn.”*

Alle organisaties verkondigen dat er op korte en middellange termijn geen plannen zijn om hun personeel de opleiding Management in de Zorg af te nemen. De respondenten wijten dit aan de personele reorganisaties waarbij via de selectieprocedures de meest geschikte manager zijn geselecteerd. Daarom is het niet nodig dat deze managers, die veelal een management opleiding hebben genoten, nogmaals een gekwalificeerde opleiding moeten volgen.

*“Ik zie het nu niet zo snel gebeuren. Zeker niet met de structuurontwikkelingen die wij nu ondergaan. Bovendien hebben we eerst een strategische personeelsplanning nodig en daarna kunnen we dat uiteindelijk pas beantwoorden.”*

5.6 SamenwerkingDe meeste respondenten hebben met diverse onderwijsinstellingen, gemeenten en andere zorgaanbieders nauw contact en/of een samenwerkingsverbanden lopen. Dit wordt vooral gedaan om een duidelijk beeld te krijgen van de huidige in de sector, met name op het gebied van de zorgvraag, arbeidsontwikkelingen en de kwaliteit en financiering. De kennis over de regionale zorgvraag en ontwikkeling hiervan is volgens de respondenten van essentieel belang om een goede samenwerking te kunnen waarborgen. Een groot deel van de respondenten geeft aan dat samenwerken met een (onderwijs)instelling buiten de zorgregio minder relevant te vinden. De respondenten geven de voorkeur naar een samenwerking met één hogeschool.

“*Dat is met name omdat de begeleiders van de studenten die hier stage lopen of duaal onderwijs volgen, bij diverse onderwijsinstellingen moeten dealen met verschillende eisen, studieprogramma’s. Voor hen wordt het daarom erg intensief en dus tevens onoverzichtelijk welke stagiair wat moet opleveren en welke eisen er gesteld worden. Als leidinggevende wil je daar dus ook niet te veel tijd aan kwijt zijn. Daarom streven we naar eenduidigheid (…).”*

Effectiviteit en efficiëntie zijn daarom de voornaamste motivaties bij het afsluiten van een samenwerkingsverband.

De samenwerkingsverbanden die deze organisaties aangaan, kennen verschillende vormen. Voorbeelden van deze samenwerking zijn: ‘training on the job’, het organiseren van gastcolleges door middel van een uitwisseling van (vak)experts of docent/professor en meekijkstages speciaal voor docenten. Maar in de meeste gevallen bestaat de samenwerking vooral in werkveldbijeenkomsten en beroepenveldcommissies.   
  
Gevraagd naar een samenwerking met de Hogeschool Leiden, geeft het merendeel van de respondenten aan hiervoor open te staan. Vooral als het gaat om het cluster Zorg. Een veelgehoorde reactie is dat samenwerking met managementopleidingen gezien de huidige ontwikkelingen niet interessant is.

Een van de belangrijkste redenen om met de Hogeschool Leiden samen te willen werken betreft kennisuitwisseling. Dit wordt door bijna alle respondenten aangegeven. Naast bijvoorbeeld de werkveldbijeenkomsten worden projecten, onderzoeken en afstudeeropdrachten als erg waardevol ervaren. De respondenten beogen met deze kennisuitwisseling beter gezamenlijk in te kunnen spelen op de ontwikkelingen binnen de sector.  
  
 *“Wat ik heel interessant vind, zijn de onderzoeken van studenten. Als organisatie kan je met die informatie vaak beter anticiperen op alle trends en ontwikkelingen. Eigenlijk kan een soort kennisuitwisseling waarbij ook de visie van de Hogeschool op het hoger gezondheidszorgonderwijs gedeeld wordt, interessant voor ons zijn.”*

# 6. Conclusies

Op basis van de resultaten van de onderzoekresultaten worden er met behulp van een aantal theoretische modellen enkele conclusies getrokken. Deze conclusies bieden uiteindelijk een antwoord op de centrale vraag van het onderzoek:

*Wat zijn de opleidingsbehoeften ten behoeve van het middenkader- en management binnen   
 de Zorg- en Welzijnssector?*

**Marktsituatie**Met betrekking tot de Nederlandse zorg kan geconcludeerd worden dat deze steeds meer gericht is op de vraag van het individu. Demografische ontwikkelingen, zoals vergrijzing en multimorbiditeit, leiden er vervolgens toe dat de vraag naar zorg toeneemt en de Nederlandse zorgsector als geheel complexer wordt. Dit resulteert in hoge(re) zorgkosten, waardoor de overheid maatregelen heeft genomen om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Bovendien kan geconcludeerd worden dat in de nieuwe visie op zorg de overheid een toenemend belang hecht aan de eigen verantwoordelijkheid, eigen keuze, eigen regie en autonomie van de cliënt/patiënt. Het kabinetsbeleid is om deze reden erop gericht dat mensen langer thuis blijven wonen en/of eerder naar huis gaan. Daarmee stuurt het kabinet aan op participatie in de samenleving. Het gevolg hiervan is dat de intramurale zorg afneemt en de extramurale juist toeneemt. Tevens leidt dit kabinetsbeleid ertoe dat gezondheidszorg- en welzijnsorganisaties vraaggericht (gaan) opereren en met ‘ketenzorg’ de zorgvraag van de patiënt zo goed en effectief mogelijk regionaal proberen te beantwoorden. Dit heeft als strategisch effect dat organisaties meer moeten samenwerken met andere organisaties uit de keten. Geconcludeerd kan worden dat de Nederlandse gezondheidszorg- en welzijnssector door vele veranderingen op het gebied van koers, kwaliteit en financiering onder druk staat.

**Personeels- en opleidingsbeleid**  
Vanwege bovenstaande veranderingen voeren organisaties personele reorganisaties uit om de inzet van patiëntgebonden personeel te herijken. In het verlengde van deze reorganisaties wordt er vooral fors gekort op de niet-patiëntgebonden functies en dan specifiek de management- en staffuncties. In de gehele sector verdwijnen managementlagen en/of daalt het volume van het totaal aantal management- en stafleden. Als gevolg hiervan zijn (na het doorvoeren van interne selectieprocedures) de meest geschikte managers geselecteerd en vervolgens (opnieuw) aangesteld. Tevens kan geconcludeerd worden dat door deze ontwikkeling het zittend personeel bijna niet meer opgeleid wordt tot manager en dat bestaande managers juist veelal (structureel) worden bijgeschoold via interne opleidingsprogramma's, trainingen en cursussen.

Een ander gevolg van deze reorganisaties en herijking is dat de organisaties nog geen helder beeld hebben van het opleidingsbeleid op korte en lange termijn. Alle energie is vereist om op korte termijn de reorganisatie door te voeren, waardoor het personeelsbeleid in het algemeen en het opleidingsbeleid in het bijzonder nog niet afgestemd is op de nieuwe situatie. Kortom: deze ontwikkelingen in de sector leiden er toe dat gezondheidszorgorganisaties hard nadenken over de consequenties voor de bedrijfsvoering. Een concrete visie bij gezondheidszorgorganisaties op het opleidingsbeleid blijft daardoor tot zover uit. Wel is uit de onderzoeksresultaten op te maken dat organisaties tot een andere personeelsverdeling komen, waardoor de focus van bij- en opscholingstrajecten ligt op de personeelsleden die de directe handen aan het bed zijn.

Ten aanzien van het besluitvormingsproces en de DMU-leden van een individuele opleidingsaanvraag kan gesteld worden dat veelal, met name in de ziekenhuissector, een hiërarchische lijn wordt gevolgd. In dit proces neemt de direct leidinggevende van de medewerker in kwestie de rol als beslisser op zich. De HR- en opleidingsafdelingen hebben in dit traject een adviserende rol. Binnen organisaties die gebruik maken van zelfsturende teams kan worden geconcludeerd dat het gehele team bij een individuele opleidingsaanvraag goedkeuring dient af te geven. Het werken met zelfsturende teams heeft een terughoudend effect op het volgen van externe opleidingen omdat het uitvallen van werkuren door het gehele team opgevangen moet worden.

**Marktpotentieel**   
Een meer kwantitatieve beschouwing van het marktpotentieel van managers in de zorg leidt tot de volgende conclusie. Allereerst kent het marktpotentieel een regionale begrenzing. Vanuit het onderzoek wordt duidelijk dat de sector veel nadruk legt op regionale nabijheid van opleidingsfaciliteiten dit veroorzaakt de wens om specifiek in te kunnen spelen op de regionale zorgvraag. Zoals omschreven in hoofdstuk 4.2.1 kan gesteld worden dat het potentieel in het werkgebied van MIZ bij benadering bestaat uit 17.000 managers. Bij deze cijfers moet opgemerkt worden dat deze afkomstig zijn uit 2014. Hierbij is dus niet het effect van de recentere reorganisaties verwerkt. Echter recentere cijfers zijn niet voor handen. Feit is dat het aantal in ieder geval fors kleiner is geworden en dat dit vooral het marktpotentieel voor de Bachelor opleiding betreft.

Een belangrijke conclusie is dat de ziekenhuissector (inclusief UMCs) een grote verandering vertoont in de tactische managementlagen. Het volume managers is ernstig gekrompen, maar is er is nog wel steeds sprake van functionarissen met een volledige management taak. In de overige sectoren heeft er vooral de ontwikkeling plaatsgevonden dat de nadruk is verlegd naar zelfsturende teams. De conclusie is gerechtvaardigd dat binnen deze sectoren op operationeel en tactisch niveau nagenoeg geen volledige managementfuncties meer zijn. Bovendien leidt het werken met zelfsturende teams tot terughoudendheid over het volgen van externe opleidingen, omdat het uitvallen van werkuren door het hele team opgevangen moet worden.

**Aankoopproces**Met behulp van de eerste drie stappen van het aankoopproces (Moncrief en Marshall, 2005) worden de opleidingsbehoeften ten aanzien van management- en stafleden geïnventariseerd.

Stap 1: Probleem/behoefte erkenning  
De eerste stap in het aankoopproces is het erkennen van een probleem of behoefte. De problemen die de respondenten ondervinden met betrekking tot het opleiden van management- en stafleden, komen voort uit personele reorganisaties. Het gevolg van deze reorganisaties is dat managers een grotere ‘span of control’ en meer verantwoordelijkheid krijgen, waardoor 'de manager van nu' over andere competenties moet beschikken. Het effect daarvan is dat er voor het management een opleidingsbehoefte is om deze competenties te verwerven en te onderhouden. Gezien de huidige marktsituatie moet er ook nog snel en effectief in deze behoeften worden voorzien.

Stap 2: Productspecificaties  
De productspecificaties van deze opleidingsbehoefte verwijst enerzijds naar de inhoud van de opleiding en anderzijds naar de opleidingsstructuur. Uit het onderzoek is gebleken dat de meest belangrijkste competenties bedrijfskundige, ondernemende, financiële, coachende en projectmatige competenties zijn. Met betrekking tot de opleidingsstructuur is er behoefte aan korte, intensieve opleidingsprogramma's waarbij managers (structureel) competentiegericht worden bijgeschoold of opgeleid. De verschillende ontwikkelstadia van de betreffende organisaties en de managers (deze zijn tenslotte al manager) leiden tot een vraag naar zoveel mogelijk op maat gemaakte opleidingsprogramma’s.

Stap 3: Zoeken leverancier  
Deze opleidingsbehoeften worden op dit moment grotendeels vervuld met interne opleidingsprogramma’s. Het opzetten van een opleidingsinfrastructuur blijkt door de snelle ontwikkelingen en budgettaire problemen echter lastig. Hierdoor wordt er gezocht naar een externe leverancier die maatwerk kan leveren. De budgettaire problemen leiden vervolgens over het algemeen tot een voorkeur voor regionale commerciële opleidingsbureaus. Uit het onderzoek is gebleken dat deze (commerciële) instellingen, in tegenstelling tot bijvoorbeeld een hogeschool, gemakkelijker het opleidingsprogramma kunnen afstemmen op de ontwikkelstadia van de organisatie en de persoonlijke ontwikkeling van de manager. Ook relevant is dat de sector momenteel veel nadruk legt op de regionale nabijheid van opleidingsfaciliteiten. Dit komt omdat organisaties vooral inspelen op de regionale zorgvraag.

**Waarde propositie**De wensen en behoeften van het potentiële klantsegment zijn deels te vertalen in meer modulaire en kortere opleidingstrajecten en de mogelijkheid om deze in-company te verzorgen. Precies deze elementen heeft MIZ door middel van de flexibilisering van de opleidingsstructuur begin van dit studiejaar (september 2015) doorgevoerd. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat de opleidingsstructuur in zekere mate aansluit op de opleidingsbehoeften van het potentiële klantsegment. Tevens hecht dit klantsegment meer waarde aan inhoudelijk afstemming en dus maatwerk. Aangezien MIZ op dit moment niet voorziet in deze laatste behoefte kan met behulp van het Value Proposition Canvas model (Osterwalder, Pigneur, Bernarda & Smith, 2014) worden geconcludeerd dat de waarde propositie van MIZ op dit moment niet resulteert in een ‘fit’ met het klantprofiel van het potentiële klantsegment. Om deze ‘fit’ te realiseren dient MIZ met name inhoudelijke veranderingen van het opleidingsprogramma door te voeren, waarbij nauwe samenwerking met de verschillende klanten essentieel is. Het implementeren van CRM, waarbij accountmanagement een belangrijk rol speelt, is een manier om naar een echt partnership toe te groeien.

Ten opzichte van de concurrentie van MIZ kan geconcludeerd worden dat het verschil tussen de bekostigde en niet-bekostigde onderwijsinstellingen, door flexibiliseringsmogelijkheden, kleiner is geworden. Dit maakt het speelveld en daarmee het opleidingsaanbod (waarde propositie) tussen de aanbieders gelijkwaardiger. Juist de flexibele en opmaat gemaakte aspecten zijn namelijk van oudsher sterk punten van de niet bekostigde onderwijsinstellingen. Met betrekking tot de directe concurrentie (bekostigde instellingen) kan geconcludeerd worden Leiden door zijn duale opleidingsvorm een ‘unique selling point’ in bezit heeft.

Een andere belangrijke conclusie heeft betrekking op de kennis van dit klantsegment ten aanzien van de waarde propositie van MIZ. Uit het onderzoek is namelijk gebleken dat het klantsegment niet op de hoogte is van de huidige waarde propositie, met name van het gedifferentieerde aanbod (de flexibilisering). Het gevolg is dat het klantsegment een verkeerde perceptie heeft op waarde propositie. Ten slotte is uit het onderzoek gebleken dat een samenwerking met de opleiding Management in de Zorg niet als waardevol wordt beschouwt. Dit in tegenstelling tot de behoeften om met de Hogeschool Leiden als partner samen te werken.

Aan de hand van deze uitkomsten kan hypothese 1 worden *verworpen*. Het opleidingspakket sluit namelijk slechts ten delen aan op de behoeften van het potentiële klantsegment.

**Customer relationship management**Uit de huidige inrichting van crm blijkt in hoeverre MIZ in staat is klantfocus aan te brengen en een geïndividualiseerd waarde propositie te leveren. Geconcludeerd kan worden dat de huidige crm-inrichting binnen MIZ tot op zekere hoogte inzicht biedt in de behoeften en het potentieel van de bestaande klanten van MIZ. De huidige invulling van crm met één docent die parttime de rol vervult van accountmanager, is onvoldoende vormgegeven.

Bovendien biedt het crm van MIZ geen inzicht in de opleidingsbehoeften van potentiële klanten. Daarom kan geconcludeerd worden dat er onvoldoende prospectkennis (‘market intelligence’) beschikbaar is, omdat er geen zicht is op het gehele marktpotentieel. Er kan zelfs voorzichtig geconcludeerd kunnen worden dat de ‘sense of urgency’ ontbreek. Bij het management ontbreekt het namelijk aan sturing op klantfocus. Hierdoor heerst er geen klantgerichte cultuur waarin de dagelijkse activiteiten gericht zijn op het begrijpen van de veranderde klant- en met name prospectbehoeften. Tevens moet geconcludeerd worden dat er vanwege het volledig ontbreken van een klantinformatiesysteem een grote afhankelijkheid van de accountmanager bestaat. MIZ is daarom met uitzondering van zijn bestaande klanten niet in staat om door middel van market intelligence een superieure waarde te creëren die erkend wordt door het klantsegment.

Er liggen voor MIZ nog een aantal punten voor verbetering van de huidige inrichting van crm. Op dit moment wordt er bijvoorbeeld nog nauwelijks gebruikgemaakt van de interne kennis & expertise, middelen, contacten en netwerken die bij overige clusters beschikbaar zijn. Bovendien kan de klant en- prospect informatie systematischer vastgelegd worden en kan de rol van de docent in het relatiebeheerproces vaker benut worden. Kortom geconcludeerd kan worden dat de vormgeving van deze aangrijpingspunten naast een investering in kennis, gedrag, focus/mindset en (aan)sturing ook een financiële investering mee gepaard gaat.

Gebaseerd op bovenstaande conclusies kan hypothese 2 worden *verworpen*. De huidige crm inrichting leidt namelijk niet tot voldoende market intelligence om de behoeften van het potentiële klantsegment te begrijpen.

**Centrale vraag**Aan de hand van deze conclusies kan concreet antwoord gegeven worden op de centrale vraag van dit onderzoek. De opleidingsbehoeften ten aanzien van het middenkader en management binnen de G&W-sector bestaan uit op maat gemaakt in-company opleidingsprogramma’s die af te stemmen zijn op de ontwikkelstadia van de betreffende organisatie en de persoonlijke ontwikkeling van de managers. In deze programma’s is er vraag naar een competentiegerichte aanpak waarin bedrijfsvoeringscompetenties centraal staan.

**Scenario’s**De volgende opties vloeien voort uit bovenstaande conclusies.

**1. De opleiding MIZ blijft zoals het nu is**  
Door de snelle ontwikkelingen in de G&W sector is het de vraag in hoeverre MIZ hierop in kan spelen. Een mogelijke overweging is daarom dat MIZ geen veranderingen doorvoert. De consequentie hiervan is echter dat MIZ zijn bestaande klantportfolio ‘uitmelkt’ waardoor op termijn niet genoeg studenten overblijven om levensvatbaar te kunnen zijn.

**2. De opleiding MIZ wordt afgebouwd en beëindigd**  
Op basis van de huidige marktsituatie, de opleidingsbehoeften ten aanzien van management- en stafleden en de beperkte middelen die MIZ beschikbaar heeft moet in overweging worden genomen de opleiding te beëindigen/af te bouwen. De consequentie hiervan is dat op dit moment een niet rendabele opleiding uit het portfolio van de Hogeschool Leiden wordt gehaald. Dit heeft een gunstige uitwerking op het bedrijfsresultaat maar heeft een verarming van het totale opleidingsaanbod van de Hogeschool tot gevolg.

**3. De opleiding gaat over tot sales activiteiten.**   
Een derde optie is dat MIZ meer sales activiteiten gaat ondernemen om op korte termijn nieuwe inschrijvingen te realiseren. Het gevaar van deze korte termijn strategie is dat MIZ op langere termijn met dezelfde problemen zal kampen, vanwege het ontbreken van sterke B2B relaties/ loyale klanten.

**4. De opleiding gaat over tot meer sales activiteiten, partnerships met potentiële klanten en productdifferentiatie**In de laatste optie worden salesactiviteiten aangevuld door in de volle breedte invulling te geven aan CRM. Het uiteindelijke doel hiervan is het realiseren van een partnership met de winstgevende klanten. Aan de hand van deze partnerships wordt invulling gegeven aan de onderwijsmodules en het opleidingsprogramma, zodat deze concreet afgestemd zijn op de opleidingsbehoeften en ontwikkelstadia van elke individuele partner/account. Het betreft hier dus ook een herpositionering van de opleiding.

Strategische doelstellingen voor productdifferentiatie:  
 a. meer modules die worden uitgewerkt op basis van concrete behoeften van accounts op   
 deelaspecten  
 b. meer in-company dienstverlening door middel van ‘de in huis opleidingsdeskundige’

# 7. Aanbevelingen

Er wordt voor scenario vier voor gekozen omdat de markt een zekere mate van consistente potentie laat zien aangezien er blijvend behoefte is aan opleidingsinspanningen voor managers in de zorg. Het is een veilige inschatting dat na de periode van reorganisaties het aantal managers (marktpotentie) in volume stabiel zal blijven op het huidige niveau. Deze opleidingsbehoefte is echter anders dan het opleidingsaanbod dat MIZ nu in de markt zet. In potentie is er bij MIZ dus wel degelijk sprake van een levensvatbaar marktsegment. Dit vraagt echter wel een aantal forse investeringen binnen MIZ. Niet alleen waar het gaat om opleidingsaanbod maar ook op het gebied van commerciële klantfocus, sturing, leiderschap, CRM maar zeker ook een financiële investering.   
  
Op basis van dit onderzoek en de daaruit voortvloeiende resultaten en conclusies volgen nu een aantal aanbevelingen. De opleidingsbehoeften van het potentiële klantsegment komen op dit moment slechts ten dele overeen met het aanbod van MIZ. Zoals blijkt uit de conclusies zijn vooral inhoudelijke verbeteringen van het opleidingsprogramma nodig om beter in te spelen op deze behoefte. Om dit te realiseren, luidt de aanbeveling om inhoudelijk het opleidingsprogramma van MI Z verder te flexibiliseren. Door de behoefte aan maatwerk is het belangrijk dat MIZ klantgericht is bij het inventariseren en vertalen van de individuele klantbehoeften. Doordat MIZ zelf veel invloed heeft op het aanbrengen van deze focus is de aanbeveling om Customer Relationship Management in al zijn facetten te implementeren. Ook wordt aanbevolen om de kennis onder het klantsegment over de waarde propositie te verbeteren en meer verkoopactiviteiten te verrichten om de afzet te vergroten.

Achtereenvolgens worden de aanbevelingen op basis van prioriteit beschreven:

**1. Het implementeren van customer relationship management in al haar facetten**  
Uit het het onderzoek blijkt dat de klantfocus bij MIZ op dit moment onvoldoende is. Hierdoor heeft MIZ te weinig zicht op de behoeften van prospecten en het marktpotentieel. Om beter in te spelen op deze behoeften en het marktpotentieel beter te benutten, is het advies om crm in al haar facetten te implementeren. Dit is noodzakelijk voor het realiseren van een klantfocus waarbij alle activiteiten gericht zijn op het centraal stellen van den klant. crm is dus een essentieel onderdeel om enerzijds tegemoet te komen aan de opleidingsbehoeften en anderzijds om een partnership op te bouwen met de meest winstgevende prospecten/klanten. De facetten van crm hebben met name betrekking op accountmanagers, een klantinformatiesysteem en een klantgerichte cultuur. Met een combinatie van deze middelen wordt het voor MIZ mogelijk markt- en klantinformatie (‘markt intelligence’) te verzamelen en deze kennis vervolgens te vertalen in een passend productaanbod (waarde propositie). Het implementeren van crm vereist een cultuuromslag: momenteel ligt de focus meer op het product dan op klant. Een ieder die verbonden is aan MIZ denken en handelen niet vanuit de afnemer maar vanuit het aanbod, waardoor MIZ teveel intern gericht is. Dit vraagt om een consequente sturing op het gedrag van de persoonsleden en de positionering van MIZ.

**2.** **Marketingcommunicatie-activiteiten**  
Op dit moment is er binnen de markt onvoldoende bekendheid omtrent de waarde propositie van MIZ. Om deze reden moet het (nieuwe) aanbod en de nieuwe positionering beter bij de prospecten onder de aandacht worden gebracht. De aanbeveling luidt om verschillende bekendheidsactiviteiten in een jaarplanning op te nemen, zodat het actiever deelnemen aan relevante bedrijfs- en zorgnetwerken feitelijk gemeen goed wordt. In deze deelname dient enerzijds ‘het nieuwe MIZ’ uitgedragen te worden en anderzijds een eerste contact te ontstaan met potentiële klanten.  
  
Een andere aanbeveling is dat MIZ meer gebruik gaat maken van het alumni door oud-studenten als klantpanel en ambassadeurs in te zetten. Door middel van alumni-bijeenkomsten kunnen nieuw ontwikkelde modules getest worden op hun praktische toepasbaarheid. Bovendien kunnen deze bijeenkomsten inzicht opleveren in de actualiteiten/ontwikkelingen binnen de G&W-sector. Deze groep heeft namelijk enerzijds zicht op algemene zorgontwikkelingen en anderzijds op management specifieke ontwikkelingen. Het actief betrekken van het alumni resulteert mogelijk in een aantal ambassadeurs. Samengevat hebben deze activiteiten tot doel de zichtbaarheid/bekendheid te vergroten en de perceptie van de klant positief te veranderen/beïnvloeden. Tevens draagt het bij aan het realiseren van een opleidingsprogramma wat één-op-één aansluit op de praktijk.

**3.** **Verdere flexibilisering**Het feit dat binnen de G&W-sector een behoefte is aan opmaat gemaakte opleidingsprogramma’s, die tevens in-company aangeboden kunnen worden, leidt tot het volgende advies. Flexibiliseer inhoudelijk het productaanbod van MIZ om op de individuele behoeften van de accounts in te kunnen spelen. Dit houdt in dat er binnen de kaders van het curriculum gewerkt gaat worden met ‘customized’ en ‘tailormade’ modules. De ‘customized’ modules bestaan uit de standaard modules van MIZ die binnen de bandbreedte van het vak, door middel van het werken met leeruitkomsten, tot op zekere hoogte kunnen worden afgestemd op de behoeften van de account (en daarmee de student). Naast deze modules worden er één of twee tailormade modules ontwikkeld. Dit zijn modules die volledig afgestemd zijn op de specifieke klantbehoeften, ontwikkelstadia en persoonlijke ontwikkeling van de managers (studenten). Door deze flexibilisering ontstaat een evenwichtig aanbod dat is afgestemd op de specifieke vraag van elke klant en bovendien de kaders van curriculum in takt laat. Het voordeel van de ‘tailormade’ modules is dat het een meerwaarde oplevert voor de klant. Een visuele uitwerking van deze flexibilsering, in de vorm van een model, is opgenomen in bijlage 7.   
  
Een opmaat gemaakt opleidingsprogramma is alleen te faciliteren als MIZ over voldoende kennis en informatie van de betreffende klant beschikt. MIZ dient daarom een partnership met de klant te realiseren, om gezamenlijke de ‘customized modules’ af te stemmen en invulling te geven aan de inhoud van de tailormade modules en een op maat gemaakt opleidingsprogramma. MIZ kan hiermee inspelen op de belangrijkste opleidingsbehoefte van het klantsegment, namelijk opmaat gemaakte opleidingsprogramma’s. Doordat het ontwikkelen van een volledig opmaat gemaakt opleidingsprogramma tijdsintensief en duur is, wordt het opmaat traject (‘tailormade’ modules) alleen aangeboden aan de meest winstgevende klanten.

**4.** V**erkoopactiviteiten**Verkoopactiviteiten zijn essentieel in de uitvoering van CRM. Met CRM krijgt MIZ een completer beeld van (potentiële) klanten, waardoor de verkoopactiviteiten zeer gericht kunnen worden ingezet. Het is in dit proces belangrijk dat bij het aangaan van een partnership nagedacht wordt over de volgende stap namelijk het verkopen van het product. Uit het onderzoek blijkt MIZ onvoldoende salesfocus heeft. Dit komt doordat de verkoopactiviteiten voornamelijk gericht zijn op bestaande klanten in plaats van op werven van nieuwe. Het advies luidt daarom om salesfocus aan te brengen die gebaseerd is op de uitkomsten van CRM. Dit houdt in dat de activiteiten rond het onderhouden van de klant gericht moeten zijn op het behalen van de verkooptargets. Aansluitend op dit advies dienst het management van MIZ deze salesfocus uit te stralen door te gaan sturen op verkooptargets. Hiervoor dient het personeel getraind te worden (verkooptraining) en zich verantwoordelijk worden voor het behalen van deze doelstellingen.

# 8. Adviesrapportage

In dit adviesrapportage wordt er een concreet advies gegeven ten aanzien van de aanbevelingen die in hoofdstuk 7 zijn gegeven. Op basis van onderstaande adviezen wordt er invulling gegeven aan de doelstelling van dit rapport:

*“Het doel van dit onderzoek is inzicht te ontwikkelingen in de opleidingsbehoeften en de samenstelling   
 van de potentiële markt om op basis van deze gegevens een passend advies te ontwikkelen over de   
 benaderingswijze om zo het studentenaantal te vergroten.*“

8.1 Customer relationship management

Om een structurele verandering bij MIZ te realiseren en een constante klant- en marktgerichtheid te waarborgen moeten fundamentele interne veranderingen plaatsvinden. De voornaamste zijn:

- Klantgerichtheid in de cultuur en het gedrag van alle medewerkers in te bedden.  
- Informatie over klanten en prospecten vastleggen, onderhouden en actief gebruiken.  
- Beleidsmatig de klant centraal zetten.

De volgende stappen dienen doorlopen worden om een succesvolle implementatie mogelijk te maken:

**1**. **Commitment management**  
Het meest essentiële onderdeel bij het implementeren van het crm-proces is commitment van het management van MIZ. Enkel door een actieve rol van het management en het inbedden van de ‘klant’ in het beleid en de strategie van MIZ is een langdurige focus gewaarborgd. Echter zoals gebleken ontbreekt op dit moment de ‘sense of urgency’. Het management dient allereerst het besef te omarmen (het geloof te hebben) dat ze een fundamentele keus moeten willen maken om te komen tot een doorontwikkeling naar een klantgerichte organisatie.

In deze onderzoeksopdracht die is gegeven om te komen tot een verhoging van het studentenaantal ligt het besef verscholen dat er een probleem is met de levensvatbaarheid/ wankele rendabele situatie van MIZ. Met andere woorden als men bereid is echt te kijken naar de kern van dit probleem dan zou er een opening moeten ontstaan om zich door een deskundige zoals bijvoorbeeld een CE docent te laten overtuigen dat deze route een structurele oplossing is voor de ontstane situatie. De stap om te komen tot een opdracht aan een CE docent is randvoorwaardelijk en moet door het management van MIZ zelf genomen worden. De begeleiding van de CE-docent voorkomt daarmee dat er een vicieuze cirkel ontstaat dat het management ongevraagd adviezen krijgt, dit vervolgens naast zich neerlegt en niet verder komt dan het beetpakken van een aantal ‘quick wins’. Met andere woorden: er moet een fundamentele keuze gemaakt worden om dit verandertraject aan te gaan. Als het commitment eenmaal is afgegeven dient er een vertaalslag te worden gemaakt naar het beleid (missie/visie) en de te volgen strategie. Dit houdt in dat de missie & visie en vervolgens doelstellingen worden afgestemd op het centraal stellen van de klant.

Na het commitment van het management zijn er 2 sporen te lopen. Enerzijds vraagt deze doorontwikkeling een traject om de interne organisatie om te buigen naar organisatie met een duidelijke focus gericht op de klant. Dit spoor is gericht op mensen, op de nieuwe missie en visie en dergelijke. Spoor twee van de doorontwikkeling richt zich op het invoeren van een CRM systeem (implementatie van een database). Dit laatste zal het eerste proces ondersteunen, faciliteren. Het denken, handelen, kortom het functioneren van alle medewerkers zal gemakkelijker verlopen als de medewerkers in de dagelijkse praktijk in 'alles' geconfronteerd worden met het centraal stellen van klant.

**2. Informeren medewerkers**  
De tweede stap is het informeren van de medewerkers. Het management van MIZ kondigt deze doorontwikkeling aan in een teamoverleg. Omdat de huidige cultuur van MIZ (in het geheel) niet aansluit op de gedachtegang van CRM is het noodzakelijk de medewerkers mee te nemen in deze verandering. Het doel van deze bijeenkomst is komen tot een commitment van de medewerkers door de dialoog met elkaar aan te gaan om eventuele onduidelijk- en onzekerheden weg te nemen .  
**3. Aanschaf en implementatie database**Het doel van deze implementatie is dat er één enkel geïntegreerde databasesysteem (crm-systeem) wordt aangeschaft zodat iedereen binnen MIZ alle informatie over een individuele B2B klant kan opvragen (verkoop-, bezoek- en ondersteuningsgeschiedenis). Een goede (klant)informatie-uitwisseling is namelijk nodig om de gehele opleiding als een eenheid te laten functioneren. Informatie uitwisseling over de identificatie van (potentiële) klanten, verkooprapportages en de klantbenadering worden door middel van deze database gerealiseerd. Een ander voordeel is dat het voorziet in de behoeften om (sales)doelstellingen meetbaar te maken. Het functioneren van de accountmanager en docenten wordt daarmee transparant en ‘accountable’ (verantwoordelijk voor het behaalde resultaat). Bovendien voorziet het in de sterke behoefte aan een individuele klantbenadering en kan het principe van klantwaarde beter worden toegepast. Het databasesysteem moet bijvoorbeeld antwoord geven op vragen zoals:

- Welke klanten zijn groot, gemiddeld, en klein?

- Zijn klanten relatiegericht of meer gefixeerd op economische uitgangspunten zoals de prijs?

- Welke kenmerken hebben grote klanten en kunnen die kenmerken ook gebruikt worden bij middel- grote en kleine klanten?

**Selecteren**  
De eerste stap in de realisatie is het selecteren van een juist databasesysteem. Het selecteren is de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de accountmanager, de manager van MIZ, de clustermanager en ICT/functioneel beheer.Om hiertoe te komen moeten bij de selectieprocedure van een leverancier en software de volgende stappen worden doorlopen (Rustenburg en Steenbeek, 2012, p. 180):

1. Vaststellen van selectiecriteria op basis van informatie analyse, gestelde doelen en randvoorwaarden.  
2. Selectie op basis van opgevraagde documentatie (over de inhoud van het systeem).  
3. Selectie op basis van overleg en eventueel demonstraties.   
4. Selectie op basis van opgevraagde offertes.  
5. Selectie op basis van ervaringsdeskundigen, workshops of proefpakketten.  
6. Selectie van leverancier en software.  
7. Definitieve offerte en afsluiten overeenkomst.   
  
**Implementeren**  
Als er een juiste aankoop is gedaan dient het databassysteem geïmplementeerd te worden.  
Het succesvol integreren van dit systeem is de verantwoordelijkheid van de accountmanager en wordt in samenwerking met de ICT afdeling/functioneel beheer volbracht. Alle klant- en prospectinformatie zoals het huidige excelbestand die binnen MIZ beschikbaar is moet omgezet worden in dit nieuwe systeem. De belangrijkste typen informatie die in het systeem moeten worden opgeslagen zijn:  
  
***-*** *Persoonlijke- & profielgegevens*: deze omvatten contactgegevens en profielkenmerken zoals de leeftijd, geslacht, branche, bedrijfsomvang en de functie in het inkoopproces van alle DMU-leden.  
*- Transacties:* dit bevat onder andere informatie over de aanschaf van de opleiding/modules, hoeveelheid (aantal studenten), datum, locatie tijd en het gebruikte kanaal.  
*- Communicatiegegevens:* dit is een record van de klanten die met persoonlijke verkoop/campagnes zijn benaderd en de reacties op deze activiteiten (uitgaande communicatie). De communicatiegegevens bevatten bovendien informatie over inkomende vragen en rapporten van de accountmanager en de docenten.   
  
Het vullen van het systeem wordt een specifieke opdracht onder verantwoordelijkheid van de accountmanager uitgevoerd door een CE-student. Dit betekent dat Excelbestanden, informatie die in het hoofd zit van de accountmanager en andere docenten op een gestructureerde manier opgehaald en verwerkt worden waardoor dit proces meer gewaarborgd wordt. Om te komen tot een volledig klantbeeld wordt de CE-student ook ingezet om aanvullende gegevens middels deskresearch of telefonie toe te voegen.   
  
Ten behoeve van de selectie en implementatie zijn voorbeelden van eventuele leveranciers Exact (31,- p/m) en Simplicate (49,-p/m). Aangezien beiden voldoen zou gezien de budgettaire situatie van MIZ Exact uitstekend kunnen voldoen.  
  
*Kwaliteit waarborgen*

Als het databasesysteem eenmaal is geïmplementeerd zijn de accountmanager en de docenten afhankelijk van de recentheid, volledigheid en juistheid van de database. Het is daarom belangrijk het proces van de kwaliteit te gaan waarborgen. MIZ dient om die reden de volgende twee stappen op te pakken:

1. De accountmanager moet worden aangewezen als verantwoordelijke voor het inhoudelijk beheer van de database. Het vereist managen van klantcontacten is wezenlijk onderdeel van accountmanager en kan om deze reden ook alleen bij de accountmanager neergelegd worden en zoals eerder beschreven als taakaccent/neventaak bij het docententeam. De ICT afdeling is daarentegen verantwoordelijk voor het functioneel beheer.   
2. Er moeten afspraken gemaakt worden over welke kwaliteitsnormen er gehanteerd gaan worden over het gebruik van deze database. Welke do’s en dont’s wil MIZ gaan hanteren, wie heeft welke verantwoordelijkheid, wanneer.

**4. Sales- & relatiemanagementtraining**   
De klantgerichtheid dient ingebed te worden in de cultuur en in het gedrag van alle medewerkers. Om dit te realiseren behoort voor elke medewerker geïnventariseerd te worden wat de huidige tekortkomingen zijn op het gebied van sales- en klantbeheercompetenties. Elke medewerker dient daarom een kort en bondige ‘persoonlijk ontwikkelingsplan’(POP) op te stellen. In deze POP geeft de betreffende medewerker aan welke vaardigheden op het gebied van sales- en relatiemanagement hij of zij bezit, welke nog ontbreken en wat er nodig is om aan de benodigde vaardigheden te voldoen. Aan de hand van deze inventarisatie kan er een gerichte sales- en relatiemanagementtraining worden gegeven. De vaardigheden die in deze training aan de orde kunnen komen zijn het contact leggen met potentiële klanten en het werken met een CRM-systeem.   
  
De kennis en expertise die binnen de opleiding CE op het gebied van sales- en relatiemanagement beschikbaar zijn wordt gebruikt bij de invulling van deze training(en). De training wordt daarom verzorgd door de CE-docent die MIZ ook begeleid in deze doorontwikkeling. Het laten verzorgen van deze trainingen door het docententeam van CE heeft een aantal voordelen ten opzichte van een externe leverancier. Een interne trainer is praktijkgericht en budgetneutraal (met uitzondering van de capaciteit) tevens wordt het mogelijk de training snel te organiseren en draagt het bij aan de sociale cohesie van de twee opleidingen. Het nadeel daarentegen is dat de CE-docent waarschijnlijk enige tijd niet meer in het vak zelf werkzaam is.   
  
In het geval van MIZ is het niet zo zeer de vraag of een training nodig is, maar hoe het personeel zich wil ontwikkelen op het gebied van sales en relatiemanagement. Op basis van het accountplan (stap 6) en de diverse doelstellingen- en actieplannen (stap 7) kan door middel van een training(en) werken aan het realiseren van de juiste resultaten en de benodigde groei bewerkstelligen.

**5. Het opstellen van een accountplan**    
Door middel van het datasysteem wordt het voor de accountmanager mogelijk activiteiten op het gebied van accountmanagement/relatiemanagement gerichter en effectiever uit te voeren. Dit houdt met name in dat de accountmanager met behulp van de klantdata in zijn geheel meer grip krijgt op het relatiebeheer proces. Deze datasysteem maakt het voor MIZ allereerst mogelijk om de meest winstgevende (potentiële) accounts selecteren. De volgende stap is dat met behulp van alle klantinformatie/kennis per account een individuele benaderingswijze wordt vastgesteld. Om hier concreet handen en voeten aan te geven dient de accountmanager een accountplan(nen) of acquisitieplan voor prospecten op te stellen ten behoeve van de gehele MIZ organisatie. Om een juist en volledig accountplan te realiseren dient de accountmanager de volgende fasen te doorlopen (bron) :  
  
1. Accountanalyse & marktanalyse  
2. Accountdoelstellingen & strategie  
3. Accountevaluatie  
  
Het opstellen van een accountplan heeft tot gevolg dat de accountmanager op een systematische manier de meest effectieve benaderingswijze van de klant vast kan stellen. Een format van een geschikt accountplan is opgenomen in bijlage 6.   
  
**6. Taken en doelstellingen**    
Gevolg van deze doorontwikkeling is dat de organisatie van de medewerkers van MIZ ander gedrag verwachten. Er moet niet intern maar extern gericht gewerkt gaan worden. Doelstellingen op wat verwacht wordt van de medewerker moeten opnieuw bepaald worden. Mede door de implementatie van een database die invloed heeft op de structuur van de organisatie en daarmee op de taken en verantwoordelijkheden is het belangrijk dat de medewerkers van MIZ gaan participeren in het gehele klantrelatiebeheer traject. Draagvlak voor deze ontwikkeling is een must. Op operationeel niveau zullen er (tot slot) afspraken gemaakt moeten worden met medewerkers om te komen tot concrete resultaten. De hoofddoelstelling is immers te komen tot een winstgevende opleiding. Zoals gesteld gaan docenten een belangrijkere (ondersteunende) rol innemen in het CRM proces.   
  
De doelen en actieplannen kunnen afgestemd worden op bepaalde accounts/klantsegmenten, werkprocessen of een element van het MIZ accountplan die een bijdrage leveren aan het toevoegen van waarde voor de klant. Het volgende proces dient hiervoor per functionaris te worden doorlopen:  
1. Doorvoeren van metingen

2. Doelstellingen bepalen  
3. Doorvoeren verbeteringen  
4. Rapporteren van resultaten  
En natuurlijk ook de werkafspraken die vastgelegd worden in beoordelings- en functioneringsgesprekken. Iedere docent heeft namelijk als hoofdtaak het docentschap met als onderdeel een aantal werkafspraken die gericht op deze doorontwikkeling. De gemaakte afspraken kunnen immers alleen gezien worden als een neventaak/of een verbijzondering.

**7. Evaluatie**

De evaluatie van de implementatie van CRM vindt plaats door de verbetercyclus toe te passen: plan do check act. Ook wel genoemd de PDCA cirkel of kwaliteitscirkel van Deming (Thomassen, 2008) . Dit plan en de doelstellingen voor de docenten, accountmanager en andere medewerkers worden altijd smart gemaakt met KPI’s en normen. Daarnaast is het belangrijk dat deze strategie tussen de oren van elke medewerker zit.

**DO:** De uitvoering wordt nauwkeurig gemonitord door de accountmanager en de manager. Dit kan met interactieve dashboards en data analysen (als het systeem geïmplementeerd is).

**CHECK:** regelmatig een check of de CRM uitvoering nog in lijn is met de plannen en doelstellingen. Feedback geven en krijgen hoort hier ook bij. Stand van zaken KPI’s zijn een vast agendapunt en worden regelmatig besproken, zowel negatief als positief.

**ACT:** Daar waar nodig worden normen en KPI's bijgesteld. Daarnaast zou in de cultuur een mentaliteit moeten ontstaan dat het team gezamenlijk stap voor stap MIZ beter wilt maken.

Kortom door het consequent toepassen van deze evaluatiemethodiek ontstaat er meer focus op de juiste dingen en of de dingen op de goede manier verlopen. Als het goed is gaan processen soepeler lopen, zijn de klanten meer tevreden en ontstaat ook een meer open communicatie cultuur die het bijvoorbeeld gemakkelijke maakt om binnen de Hogeschool Leiden meer te gaan sturen op resultaten.

8.1.1 Consequenties positioneringHet doorvoeren en realiseren van een klantgerichte organisatie heeft een groot effect op de positionering van MIZ. Waar de huidige positionering: “*hét kennis- en praktijkcentrum op het gebied van leiderschap en management in de zorg”* (MIZ, 2016) de focus legt op het product (productleiderschap) verschuift dit in een nieuwe positionering waarbij de klant centraal staat. Daarmee luidt de nieuwe positionering als volgt: “*uw opleidingspartner op het gebied van management en bedrijfsvoering in de zorg”*. Een nieuwe positionering leidt er toe dat de huidige marketing- en communicatie-uitingen hierop aangepast moeten worden.

8.2 Marketingcommunicatie-activiteiten  
Om de bekendheid van het nieuwe MIZ en zijn nieuwe waarde propositie bij B2B prospecten te vergroten wordt er actiever deelgenomen aan bedrijfs- en zorgnetwerken. Deze keuze is gebaseerd op het theoretisch kader waaruit blijkt dat het actief participeren in diverse B2B netwerken één van de belangrijkste speerpunten zou moeten zijn om de zichtbaarheid van een B2B organisatie te vergroten. Het alumni en de huidige studentenpopulatie van MIZ speelt hier ook een rol in.   
  
**Bedrijfs- & zorgnetwerken**  
Uit het onderzoek is gebleken dat het potentiële klantsegment en daarmee B2B prospecten met name participeert in regionale kennisclusters die georganiseerd worden door overkoepelende werkgeversorganisaties. Op basis van het geografische werkveld van MIZ zijn de volgende vijf kennisclusters relevant en van belang gebleken: Care2Care, ZorgZijnWerkt, deRotterdamseZorg, samen Voor Beter Zorg en Sigra. Het doel van deze kennisclusters is het bij elkaar brengen van partijen (instellingen en werkgevers) uit de zorg en mensen die werkzaam zijn of opgeleid worden in de zorgsector. Door deze partijen wordt een betere afstemming bewerkstelligd tussen de actualiteit (vraag) in het werkveld en het aanbod. In deze clusters zijn ook andere belangrijke stakeholders zoals bestaande overheidsinstanties, bekostigde onderwijsinstellingen en overige gezondheidszorg- en welzijnsorganisaties (vaak belangrijke DMU-leden) aanwezig. Kortom allemaal zeer relevant voor de doorontwikkeling van MIZ.

Het actief participeren aan deze kennisclusters leidt tot het vergroten van de zichtbaarheid, de mogelijkheid om het nieuwe MIZ uit te dragen en het opdoen van ideeën voor productinnovatie of inwinnen van prospectinformatie zoals contactgegevens van DMU leden of opleidingsbehoeften. Hierdoor kunnen eventuele B2B prospecten worden geïdentificeerd en tegelijkertijd worden benaderd. De kennis die tijdens de bijeenkomsten (en workshops) gedeeld wordt over de (huidige) problematieken/ontwikkelingen/vraagstukken in de sector en de diverse partijen kunnen daarom enorm goed als input dienen bij de invulling en uitvoering van het klantbeheerproces (CRM & accountmanagement).

Het deelnemen aan deze kennisclusters is de verantwoordelijkheid van het docententeam. Het voordeel hiervan is dat deze vakspecialisten de ingewonnen kennis en informatie direct kunnen vertalen in het lesprogramma.

**Alumni-netwerk**  
Door het alumni-netwerk te gebruiken als klantenpanel wordt het voor MIZ mogelijk nieuw ontwikkelde modules/een nieuw curriculum te testen op de toepasbaarheid in de praktijk en is er een check mogelijk op de aansluiting bij de ontwikkelingen in de sector. Met de feedback en input van deze managers/leidinggevende in de zorg kan door middel van co-creatie eventueel nieuwe modules ontwikkeld worden of bestaande modules geactualiseerd worden. De rol die het alumni hierdoor in het productontwikkelingsproces inneemt draagt sterk bij aan het realiseren van een (innovatief) opleidingsprogramma wat één-op-één aansluit op de praktijk. Het betrekken van het alumni resulteert mogelijk ook in een aantal ambassadeurs waardoor naast (naams)bekendheid ook de kennis van de waarde propositie binnen het klantsegment positief kan worden beïnvloed.

De bijeenkomsten van het klantenpanel kunnen bovendien door de huidige studenten populatie en eventueel afgevaardigde van grote accounts worden bijgewoond. Het . Het voordeel hiervan is dat er vanuit diverse perspectieven input/feedback beschikbaar komt. Dergelijke bijeenkomsten kunnen in combinatie met een masterclass, waarbij een expert op het gebied van management in de zorg een college/presentatie verzorgt, worden gehouden. Dit is een middel wat ingezet wordt om deelname te verhogen en betrokken partners zoals de alumni-netwerk sterk aan MIZ te verbinden.

Om studenten na afronding van de opleiding te stimuleren deel te nemen aan deze alumni-bijeenkomsten (klantenpanel) geeft MIZ één jaar lang extra toegang tot het e-learning programma. Deze groep kan dus een jaar lang extra beroep doen op de kennis en expertise van MIZ. Voorwaardelijk hierbij zou moeten zijn dat deelgenomen wordt aan de bijeenkomsten en dat het panel bevraagt en ingezet kan worden.

Deze bijeenkomsten zullen gepland worden in de maanden februari, mei en oktober zodat er een evenredige verdeling is over het studiejaar

8.3 Flexibel opleidingsprogramma  
Zoals beschreven in de aanbevelingen wordt een inhoudelijk flexibel opleidingsprogramma mogelijk door binnen het curriculum van MIZ te gaan werken met ‘customized’ en ‘tailormade’ modules. Enerzijds wordt met de huidige modules van MIZ gewerkt. Doordat momenteel met leeruitkomsten wordt gewerkt kunnen de modules tot op zekere hoogte inhoudelijke worden aangepast op de behoeften van de klant. Deze modules worden omschreven als ‘customized’ modules. Anderzijds worden er nieuwe modules ontwikkeld die volledig afgestemd zijn op de specifieke klantbehoeften. Dit zijn de ‘tailormade’ modules die met uitzondering van de ‘customized’ modules alleen in-company aangeboden worden aan de meest winstgevende accountants van MIZ. Het gehele proces van het ontwikkelen van een opmaat gemaakt opleidingsprogramma’s (geïndividualiseerd waarde propositie) wordt met behulp van de zeven stappen van het verkoopproces (Moncrief & Marshall, 2005) beschreven in bijlage 9.

Het uitwerken van deze modules dient op basis van concrete klantbehoeften te worden gedaan. Dit vraagt om een intensieve samenwerking tussen MIZ en de klant. Door het intensiveren van de relatie met klanten (is de verantwoordelijkheid van de accountmanager) kan er een partnership ontstaan. Door gebruik te maken van de wettelijk toegestane ruimte bij het flexibiliseren van het opleidingsprogramma en de inbreng van de klant wordt de afstemming aan beide kanten gemaximaliseerd. Met dit flexibele aanbod van MIZ Leiden worden zij een serieuze concurrent voor de commerciële partijen (zie concurrentieanalyse). Deze voordelen dienen ook nadrukkelijk in de verkoop en marketing activiteiten tot uiting worden gebracht. Door het verder flexibiliseren van MIZ wordt ook tegemoet gekomen aan een belangrijk eerder genoemd nadeel dat hogescholen, star zijn op het aanpassen van het curriculum op de ontwikkelingen in de praktijk. Overigens een sterk punt van de commerciële aanbieders.   
De (strategische) doelstellingen die behoren bij het realiseren van deze flexibilisering zijn:  
a. Het uitwerken van (meer) ‘customized’ en tailormade modules op basis van concrete behoeften van de accounts  
b. Meer in-company dienstverleningen verzorgen. Hiervoor zijn de ‘in huis opleidingsdeskundigen’ (docenten) nodig die de opleidingsvraag van de accounts zullen beantwoorden.

**Consequenties waarde propositie**  
De huidige waarde propositie van MIZ veranderd in een geïndividualiseerde waarde propositie die afgestemd is op de specifieke behoeften van de belangrijkste accounts. Het resultaat van deze één-op-één benadering is substantiële waarde voor de klant creëren. Daarvoor krijgt MIZ op zijn beurt informatie terug waarmee het zijn product of diensten kan verbeteren en ontwikkelen en ontstaat er dus een duurzaam partnership.

8.4 Verkoopactiviteiten

8.4.1 Doelgroep  
Uit het onderzoek is gebleken dat het marktpotentieel van MIZ zich met name bevindt in de ziekenhuisbranche. Dit komt voort uit het feit dat binnen deze branche nog 100% tactische managers werkzaam zijn. Om het markpotentieel van MIZ te benutten is het advies om de focus van de verkoopactiviteiten te gaan leggen op potentiële klanten binnen de ziekenhuisbranche. De belangrijkste dmu-leden bevinden zich in de hiërarchische lijn. Dat betekent dat de beslisser de direct leidinggevende is van de potentiele student en de adviseurs actoren zijn van hr- en/of opleidingsafdeling. Omdat deze laatste groep eenvoudig te identificeren en tevens toegankelijker is dienen de activiteiten op deze dmu-leden te worden afgestemd.

8.4.2 BoodschapHet volgende advies omvat de boodschap van de verkoop- en marketing(communicatie)activiteiten (zie 8.2) ten aanzien van de nieuwe waarde propositie en positionering :   
  
- MIZ Leiden is uw *opleidingspartner* op het gebied van management en bedrijfsvoering in de zorg;  
- Door middel van de ‘customized’ en ‘tailormade’ modules wordt het nieuwe opleidingsprogramma van MIZ afgestemd op de ontwikkelstadia van de organisatie en de persoonlijke ontwikkeling van de managers. Kortom MIZ biedt mogelijkheden tot maatwerk;  
- Een ‘in huis opleidingsdeskundige’ die het opleidingsprogramma in-company (kan) verzorgen;  
- De mogelijkheden om in het opleidingsprogramma gebruik te maken van de kennis & expertise die binnen het cluster Management & Bedrijf beschikbaar is (breed palet aan bedrijfsvoerings instrumenten/kennis aanwezig).

8.4.3 Quick wins  
Naast de structurele verbeteringen van MIZ zijn er ook quick wins mogelijk om op korte termijn de kansen te benutten. In dit kader worden een aantal verkoopactiviteiten geadviseerd.

**Acquisitie beldag**Op deze acquisitie ‘beldag’ worden alle ziekenhuizen in het specifiek de HR- en/of opleidingsafdelingen (belangrijkste DMU-leden) binnen het werkveld van MIZ benaderd. Uit het onderzoek is gebleken dat dit er in totaal 30 zijn. Een overzicht van deze ziekenhuizen is opgenomen in bijlage 10.

Het doel van deze ‘beldag’ is op een gestructureerde manier prospectinformatie verzamelen waardoor prospecten geïdentificeerd kunnen worden en het maken van een bezoek-/verkoopafspraken voor de accountmanager (en eventueel een docent). Het resultaat van deze dag zal in ieder geval inzicht moeten verschaffen in de contactgegevens van de diverse DMU-leden ten behoeve van het opleidingsbeleid en de wijze waarop dit beleid georganiseerd is.   
  
De benodigdheden voor het opzetten van deze dag zijn een belscript, begeleiding van een CE-docent, inzet van capaciteit, een draaiboek, achtergrond van de prospecten (telefoonnummer en dergelijke) en een template om alle prospectinformatie vast te leggen indien het datasysteem nog niet geïmplementeerd is. De voorbereiding en coördinatie van deze ‘beldag’ is de verantwoordelijkheid van de accountmanager en de CE-docent.

De centrale boodschap van het belscript/de benadering richting de prospecten dient terug te slaan op de nieuwe positionering en het nieuwe aanbod van MIZ. Het is advies is daarom in het belscript duidelijk te benadrukken dat MIZ een opleiding*spartner* is die een op maat gemaakt opleidingsprogramma aanbied die specifiek afgestemd kan worden op de persoonlijke ontwikkeling van management- en staf leden. In het bijzonder gaat hierbij aandacht uit naar de ‘customized’ en ‘tailormade’ modules en de ‘in huis opleidingsdeskundige’ die het opleidingsprogramma in-company kan verzorgen. Deze ‘beldag’ kan daardoor de zichtbaarheid van MIZ vergroten en tevens de nieuwe positionering en geïndividualiseerd waarde propositie richting dit klantsegment worden uitdragen.  
  
Het behaalde resultaat van deze dag is het realiseren van bewustwording bij de medewerkers van het klantgericht/verkoopgericht werken, het vervolmaken van de database, het vergroten van de zichtbaarheid en het realiseren van mogelijke prospectbezoeken.

**Samenwerking cluster Zorg**  
Gezien de overlap met het cluster Zorg is het voor MIZ van belang dat een samenwerking met dit cluster nadrukkelijker vorm gegeven gaat worden. Dit houdt in dat er structureel geparticipeerd wordt bij beroepenveldcommissies, gestructureerde uitwisseling met stage coordinatoren etc.

Het voornaamste doel van deze samenwerking is gebruik te maken van elkaars kennis & expertise, netwerken en om informatie uit te wisselen ten behoeve van potentiële of bestaande accounts van MIZ. Aan de hand hiervan kan MIZ haar datasysteem vervolmaken en daarmee zijn verkoop en overige CRM activiteiten gerichter en effectiever uitvoeren.

Het voordeel van een interne samenwerking met dit cluster kan korsten reducerend zijn. Bovendien is een samenwerking snel gerealiseerd. Uiteindelijk dient deze samenwerking te leiden tot een gedeeld (cluster breed) klanteninformatie systeem. Het advies is om dit met hoogste prioriteit op te pakken. Deze stap moet gezien worden als een randvoorwaarde voor alle (nog in te zetten) verkoopactiviteiten. Het is van belang dat beide sectoren (allebei immers onderdeel van de LHS) elkaar meerwaarde gaan zien. Het zal de effectiviteit van de te ondernemen stappen verhogen.

**Symposium** Een ander advies is in eind oktober/begin november een symposium te organiseren. Het doel van dit symposium is het positioneren van MIZ als *opleidingspartner* voor de G&W sector. Beleidsmakers, maar zeker de dmu-leden zoals actoren van de hr-/opleidingsafdeling van de potentiele en bestaande accounts worden uitgenodigd. Enerzijds ontstaat hierdoor een verbinding met het klantsegment waar momenteel het meeste marktpotentieel aanwezig is. Anderzijds kan de waarde propositie van MIZ met de flexibilisering in het bijzonder middels dit event kenbaar worden gemaakt aan de potentiele markt. Dit symposium zal in eind oktober/begin november 2016 plaatsvinden. Door het eind oktober plaats te laten vinden is dit voor de start van de ad-opleiding (februari 2017) een geschikt acquisitiemiddel om ook op kortere termijn meer studenten te werven.   
  
Naast het uitdragen van de nieuwe positionering van MIZ, heeft het symposium tot doel:**-**  
- input voor nieuwe ‘customized’ modules verzamelen;- contact leggen met potentiele accounts;  
- verdiepen van relatie met bestaande accounts;   
- inzicht verkrijgen in de concurrentie en overige marktfactoren;  
  
8.5 Kosten, opbrengsten & planning  
Het opstellen van een exploitatiebegroting en/of het doorrekenen van de consequenties, is door de strategische aard van dit adviesrapportage zeer complex. MIZ is daarnaast niet in staat essentiële informatie aan te leveren over bijvoorbeeld de meeropbrengsten van een student. Daarom is in overleg met de heer Rijcken (studiebegeleider) en Simone Tak (opdrachtgever) besloten geen exploitatiebegroting op te stellen.   
Om echter toch een indicatie te geven van de mogelijke kosten, is in bijlage 14 een eerste inschatting gemaakt.

BronnenlijstAgbonifoh, B.A. Ogwo, O.E., Nnolim, O. A. & Nkamnebe, A.D. (2007). Marketing in Nigeria. *Concepts, Principles and decisions* (2nd ed). Aba: Afritowers

Andersson, P., & Soderlund, M. (1988). *The network approach to marketing*. Irish Marketing Review, 8, 310−323.

Anderson, J., Narus, J., & Van Rossum, W. (2006). *Customer value propositions in business markets.* Harvard Business Review, 91−99

AZW info. (2015). *Arbeid in Zorg en Welzijn, Jeugdzorg en Kinderopvang 2015*. Geraadpleegd van file:///C:/Users/My%20Samsung/Downloads/AZW+integrerend+rapportCAOP.pdf

AZW info. (2015). *Werkgeversenquête 2014: Het HRM-beleid in de sector zorg en welzijn*. Geraadpleegd van file:///C:/Users/My%20Samsung/Downloads/Rapport+WGE+2014.pdf

Bakker, van der Hulst, Julsing, Fischer, van Vianen en de Goede (2012). Basisboek Methoden en Technieken: *Kwantitatief praktijkgericht onderzoek op wetenschappelijke basis.* Noordhoff Uitgevers. Groningen.

Barnes, C., Blake, H. and Pinder, D. (2009), *Creating and Delivering Your Value Proposition: Managing Customer Experience for Profit.* Kogan Page, London

Barney, J. (1991). *Firm resources and sustained competitive advantage*. Journal of Management, 17(1), 99– 120.

Buttle, F. (2009). *Customer Relationship Management*. Burlington, MA: Elsevier.

Campbell, A.J. (2003) *Creating customer knowlegde competence: Managing customer relationship management programs strategically,* Industrial Marketing Mangement, 32, 375-383.

Centraal Bureau voor de statistieken. (2012). *Bevolkingsprognose 2012–2060: Langer leven, langer werken*. Geraadpleegd van https://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/DB34C87D-823D-49B4-AE3A-A3DE66CDCB1A/0/2012bevolkingprognoselangerlevenlangerwerken.pdf

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2014a, 18 december). *Kerncijfers van diverse bevolkingsprognoses en waarneming* [Dataset]. Geraadpleegd op 27 april, 2016, van http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=70737NED&D1=11&D2=4&D3=64-66,70,75,80,85,90,95,100,105,l&VW=T

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2014, 18 december). *Prognose intervallen van de bevolking; leeftijdsgroep 2015-2060* [Dataset]. Geraadpleegd op 27 april, 2016, van http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=82682NED&D1=a&D2=1,21&D3=0&D4=0-5&VW=T

Centraal Bureau voor de Statistieken. (2015). *Standaard Bedrijfs Indeling 2008: Versie 2016*. Geraadpleegd van http://www.kvk.nl/download/SBIdec\_2015PDF\_tcm109-412605.pdf

Centraal Bureau Statistieken. (2016a, 15 april). *Bedrijven: bedrijfstak* [Dataset]. Geraadpleegd op 31 mei, 2016, van http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81589NED&D1=0-1&D2=1259,1288,1301&D3=l&HDR=G2,T&STB=G1&VW=T

Centraal Bureau Statistieken. (2016b, 15 april). *Bedrijven; bedrijfsgrootte en rechtsvorm* [Dataset]. Geraadpleegd op 01 juni, 2016, van http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81588NED&D1=12-14&D2=357,362,367&D3=l&HDR=G2,T&STB=G1&CHARTTYPE=1&VW=T

Centraal Bureau Statistieken. (2016c, 19 mei). *Zorguitgaven: aanbieders van zorg en financieringsbron* [Dataset]. Geraadpleegd op 03 juni, 2016, van http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83039ned&D1=a&D2=0&D3=9-  
17&HDR=G1,G2&STB=T&VW=T

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2016d, 01 juni). *Zorginstellingen; kerncijfers, financiën en personeel* [Dataset]. Geraadpleegd op 03 juni, 2016, van http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=81451NED&LA=NL

Centraal PlanBureau. (2015). *Macro Economische Verkenning (MEV) 2016*. Geraadpleegd van http://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/macro-economische-verkenning-mev-2016.pdf

Centrum voor arbeidsverhoudingen bij overheidspersoneel (2015). *Werkgeversenquete 2015. Effecten van beleidsmaatregelen op de arbeidsmarkt in Zorg en WJK.* Geraadpleegd van www.publicatiesarbeidsmarktzorgenwelzijn.nl/werkgeversenquete-2015-meting-april-juni-2015/

Clark, M. & Smith, B. (2003). *Building the foundations for effective CRM*. Management Focus, 20, 15–17.

Company.info. (z.j.). *Organisaties* [Dataset]. Geraadpleegd op 20 mei, 2016, van https://company.info/organisations/search?fnshow=details&sbi=86;87;88&employeecat=10;11;12&province=noord-holland;zuid-holland&page=1

Dubinsky, A. J. (1980/81). *A factor analytic study of the personal selling process*. Journal of Personal Selling and Sales Management, 1(1), 26−33

Dwyer, F. R. & Tanner, J. F. (2002). *Business Marketing*. McGraw-Hill, New York.

Ekerete, P.P. (2005). *Industrial Marketing: Theory and Practice*. Owerri: Spring-Field Publishers.

ncyclo. (2014). *Sociaal cultureel woordenboek.* Geraadpleegd op 13 april 2016, van http://www.encyclo.nl/begrip/welzijnszorg

Essien, E.E., Udo-Imeh, P.T. 2013. *A review of organizational buyer behaviour models and theories*. Jorind 11(1).

Fill, K., & Fill, C. (2005). *Business to Business Marketing : Relationships, systems and communications*. Harlow, Groot-Brittannië: Pearson Education.

Ford, D., Gadde, L.-E., Håkansson, H., & Snehota, I. (2003). Managing business relationships (2nd ed.). Chichester: John Wiley & Sons.

Hammer, M. (1996). *Beyond reengineering*. New York: HarperCollins.

Håkansson, H., & Snehota, I. (Eds.). (1995). *Developing relationships in business networks.* London: Routledge.  
  
Håkansson, H., Ford, D., Gadde, L. -E., Snehota, I., & Waluszewski, A. (2009). *Business in networks.* Chichester: John Wiley & Sons.

Hassan, A. (2012) *The value proposition concept in marketing: How customers perceive the value deliverd by Frims*. International Journal of Marketing Studies, Vol. 4, No. 3.

Hogeschool Leiden (2014). Hogeschool Leiden. (2015). *Businessplan Management en Bedrijf: Op weg naar een toekomstbestendig onderwijs*. Bedrijfsplan. Leiden: Hogeschool Leiden.

Hogeschool Leiden. (2015). *Jaarverslag '14*. Geraadpleegd op 14-03-16 van https://www.hsleiden.nl/binaries/content/assets/hsl/over-hl/jaarverslag-hogeschool-leiden-2014-web.pdf

Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JW, Schnabel P, Smith R, van Weel C, Smid H. (2011). *How should we define health?* BMJ 343:d4163.

Hutt, M., & Speh, T. (2009). *Business Marketing Management: B2B* (10e ed.). Toronto, Canada: Nelson Learning.

ING Economisch Bureau. (2015). *Bezuinigingen temperen groei en vertrouwen*. Geraadpleegd van https://www.ing.nl/media/ING\_EBZ-Bezuinigingen-temperen-groei-en-vertrouwen-zorg-juni-2015\_tcm162-86543.pdf

Inspectie van het Onderwijs. (2016). *De Staat van het Onderwijs Onderwijsverslag 2014/2015*. Geraadpleegd van file:///C:/Users/My%20Samsung/Downloads/de-staat-van-het-onderwijs-2014-2015.pdf

Jack, S. L. (2005). The role, use and activation of strong and weak network ties: A qualitative analysis. Journal of Management Studies, 42(6), 1233–1259.

Johnston, W.J., & Bonoma, T.V. (1981*) The buying center: Structure and interaction patterns*. Journal of Marketing, 45, 143-156.

Golder, P.N. Mitra, D. and Moorman, C. (2012). *What is quality? An integrative framework of processes and states.* Journal of Marketing 76, pp. 1– 23.

Gronroos, C. (2000). *Service management and marketing: A Customer Relationship Management approach* (2nd ed.). West Sussex: Wiley.

Kohli, R., Piontek, F., Ellington, T., Van Osdol, T., Shepard, M., & Brazel, G. (2001*). Managing customer relationships through e-business decision support applications: A case of hospital– physician collaboration*. Decision Support Systems, 32(2), 171– 187.

Korzilius, H. (2008) *De kern van organisatieonderzoek.* Assen: Van Gorcum

Kracklauer, A., Passenheim, O., & Seifert, D. (2001*). Mutual customer approach: How industry and trade are executing collaborative Customer Relationship Management*. International Journal of Retail & Distribution Management, 29(12), 515– 519.

Lanning, M. & Michaels, E. (1988). *A business is a value delivery system*. McKinsey Staff Paper, No. 41, (July).  
  
Lanning, M. J. (2000). Delivering Profitable Value. *A Revolutionary Framework to Accelerate Growth, Generate Wealth, and Rediscover the Heart of Business: Perseus Book Group*.

Leigh, T.W. & Marshall, G.W. (2001). *Research priority in sales strategy and performance.* Journal of Personal Selling and Sales Management, 21 (2), 74– 83.

Mandják, T., Szalkai, Z., Neumann-Bódi, E., Magyar, M., Simon, J. 2015. *Emerging relationships:* *How are they born?*. Industrial Marketing Management 49, 32–41.

Management in de Zorg (2014). *Projectvoorstel ‘Groei en ontwikkeling MIZ’*. Marketingcommunicatieplan. Leiden: Hogeschool Leiden.

Management in de Zorg (2014). *Opleidingsplan Management in de Zorg 2014- 2018*. Opleidingsplan. Leiden: Hogeschool Leiden.

Management in de Zorg (2016). *Inhoudelijk opleidingskader MIZ: Associate degree en Bachelor degree*. Opleidingsplan. Leiden: Hogeschool Leiden.

Marcus, J., & Dam, N. van. (2012). *Een praktijkgerichte benadering van organisatie en management* (7e ed.). Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff.

Meldrum, M. (2000). A market orientation. in, Cranfield School of Management, (Ed.), *Marketing management: A relationship marketing perspective*, London: Macmillan Press Ltd

Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. (2015). *Salarisgegevens sector O&W 2015*. Geraadpleegd van file:///C:/Users/My%20Samsung/Downloads/salariskaart-onderwijs-2015%20(1).pdf

Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. (2015). *Voortgangsrapportage Leven Lang Leren 2015*. Geraadpleegd van file:///C:/Users/My%20Samsung/Downloads/kamerbrief-over-voortgang-leven-lang-leren%20(3).pdf

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. (2012). *Memorie van toelichting Participatiewet.* Geraadpleegd op 26 mei 2016, van https://www.eerstekamer.nl/behandeling/20120201/memorie\_van\_toelichting/info

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (n.b.). *Notionaal Kompas Volksgezondheid.* Geraadpleegd op 12-04-16 van http://www.nationaalkompas.nl/zorg/wat-is-gezondheidszorg/

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (n.b.). *Notionaal Kompas Volksgezondheid.* Geraadpleegd op 12-04-16 van http://www.nationaalkompas.nl/algemeen/kosten-van-ziekten/hoe-zijn-de-sectoren-samengesteld/

Moncrief, W. C., & Marshall, G. W. (2005). *The evolution of the seven steps of selling.* Industrial Marketing Management, 34(1), 13−22.

Narver, J.C. & Slater, S.F. (1990). *The effect of a market orientation on business profitability*. Journal of Marketing, 54(4), 20-34.

Nationaal Kompas Volksgezondheid. (z.j.). Wat is gezondheidszorg? Geraadpleegd op 02 april, 2016, van http://www.nationaalkompas.nl/zorg/wat-is-gezondheidszorg/

Nederlands Commerciële Opleidings Instituut. (z.j.). Zorgmanagement. Geraadpleegd op 18 juli, 2016, van http://www.ncoi.nl/opleidingen/Management-voor-de-Gezondheidszorg-ZorgenWelzijn.html?gclid=CjwKEAjwrIa9BRD5\_dvqqazMrFESJACdv27GWaHTS2PmFFvUxi3aWsg782itut-VhJC1bZZjuWNnKxoCq2Xw\_wcB&gclsrc=aw.ds

Osterwalder, A., Pigneur, Y., Bernarda, G., & Smith, A. (2014). *Value Proposition Design.* Hoboken: John Wiley & Sons.

Parvatiyar, A., & Sheth, J. N. (2000). *Conceptual foundations of relationship marketing.* In J. N. Sheth, & A. Parvatiyar (Eds.), Handbook of relationship marketing. Thousand Oaks: Sage Publications.

Peppers, D., Rogers, M., & Dorf, B. (1999). *Is your company ready for one-to-one marketing?* Harvard Business Review, 77(1), 101–119.

Rabobank. (2016, 03 augustus). Hoger Onderwijs. Geraadpleegd op 18 juli, 2016 van https://www.rabobankcijfersentrends.nl/index.cfm?action=branche&branche=Hoger\_onderwijs

Rackham, Neil en John DeVicnentis, 1998, *Rethinking the salesforce, redefining selling to create and capture customer value,* McGraw-Hill, New York

RegioPlus. (z.j.). *Regionale arbeidsmarktinformatie* [Illustratie]. Geraadpleegd van http://arbeidsmarktinformatie.regioplus.nl/downloads/regioplus\_infographic.pdf

RegioPlus. (2015a). *Regioportret Rijmond*. Geraadpleegd van http://arbeidsmarktinformatie.regioplus.nl/downloads/Regioportret%20Rijnmond%202014-2015.pdf

RegioPlus. (2015b). *Regioportret Haaglanden*. Geraadpleegd van http://arbeidsmarktinformatie.regioplus.nl/downloads/Regioportret%20Haaglanden%202014-2015.pdf  
RegioPlus. (2015c). *Regioportret Rijnstreek*. Geraadpleegd van http://arbeidsmarktinformatie.regioplus.nl/downloads/Regioportret%20Rijnstreek%202014-2015.pdf

RegioPlus. (2015d). *Regioportret Amstelland, Kennemerland en Meerlanden*. Geraadpleegd van http://arbeidsmarktinformatie.regioplus.nl/downloads/Regioportret%20Amstelland%20Kennemerland%20en%20Meerlanden%202014-2015.pdf  
RegioPlus. (2015e). *Regioportret Amsterdam*. Geraadpleegd van http://arbeidsmarktinformatie.regioplus.nl/downloads/Regioportret%20Amsterdam%202014-2015.pdf

Reinartz, W. J., Krafft, M., & Hoyer, W. D. (2003). *Measuring the Customer Relationship Management construct and linking it to performance outcomes*. Working Paper Series of the Teradata Center for Customer Relationship Management, Duke University.

Robinson, P.J., Faris, C.W. and Wind, Y. (1967*) Industrial Buying and Creative Marketing*. Allyn & Bacon and the Marketing Science Institute, New York.

Roseira, C., Brito, C., & Henneberg, S. C. (2010). Managing interdependencies in supplier networks. Industrial Marketing Management, 39(6), 925–935.

Rustenburg, G., & Steenbeek, A. (2012). *Salesmanagement* (4e ed.). Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff.

Ryals, L. (2003, September). *Making customers pay: Measuring and managing customer risk and returns*. Journal of Strategic Marketing, 11, 165– 175.

Sheth, J. & Parvatiyar, A. (2002). *Evolving relationship marketing into a discipline.* Journal of Relationship Marketing, Vol. 1, No. 1, pp. 3-16.

Srivastava, R. K., Shervani, T. A., & Fahey, L. (1999*). Marketing, Business Processes, and Shareholder Value: An   
Organizationally Embedded View of Marketing Activities and the Discipline of Marketing.* Journal of Marketing, *63*, 168-179.

Thomassen, J.-P. R. (2008). *Waardering door klanten: klantmanagement als fundament voor Totale Kwaliteit* (4e ed.). Deventer, Nederland: Kluwer.

Thornton, S. C., Henneberg, S. C., & Naudé, P. (2015). An empirical investigation of network-oriented behaviors in business-to-business markets. *Industrial Marketing Management*, *49*, 167-180.

Vargo, S., Maglio, P., and Akaka, M. (2008). *On value and value co-creation: A service systems and service logic perspective.* European Management Journal, 26(3), 145- 152.

Vereniging van Hogescholen. (2011). *Beroepsprofiel en landelijke opleidingskwalificaties: Management in zorg en dienstverlening*. Geraadpleegd van http://www.managementindezorgenwelzijn.nl/docs/beroepsprofiel%20management%20in%20de%20zorg%20\_LOMiZ\_%202010%20definitief-1.pdf

Vereniging Hogescholen. (2015). *Inspiratiebrief voor alle Hoger gezondheidszorgopleidingen in Nederland*. Geraadpleegd van http://www.vereniginghogescholen.nl/system/knowledge\_base/attachments/files/000/000/001/original/Inspiratiebrief\_voor\_alle\_HGZO\_opleidingen\_in\_Nederland\_juni2015\_VerenigingHogescholen.pdf?1436274209org-en-zorgberoepen---de-contouren/naar-nieuwe-zorg-en-zorgberoepen---de-contouren/zinl%3Adocuments/1504-naar-nieuwe-zorg-en-zorgberoepen-de-contouren-onlineversie/Naar+nieuwe+zorg+en+zorgberoepen+%28de+contouren%29+%28onlineversie%29.pdf

Vereniging van Hogescholen. (2016, 08 februari). *Inschrijvingen* [Dataset]. Geraadpleegd op 15 maart, 2016, van http://cijfers.vereniginghogescholen.nl/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=2\_Inschrijvingen.qvw&host=QVS@cloudbox10232&anonymous=true  
  
Webster, F.E. and Wind, Y. (1972). *A General Model for Understanding Organizational Buying Behaviour*. Journal of Marketing. (36, April), 12-29.

Willemse,E. red. (2015) *Beter? Toekomstbeelden van technologie in de zorg.* Den Haag: Stichting Toekomstbeeld der Techniek.

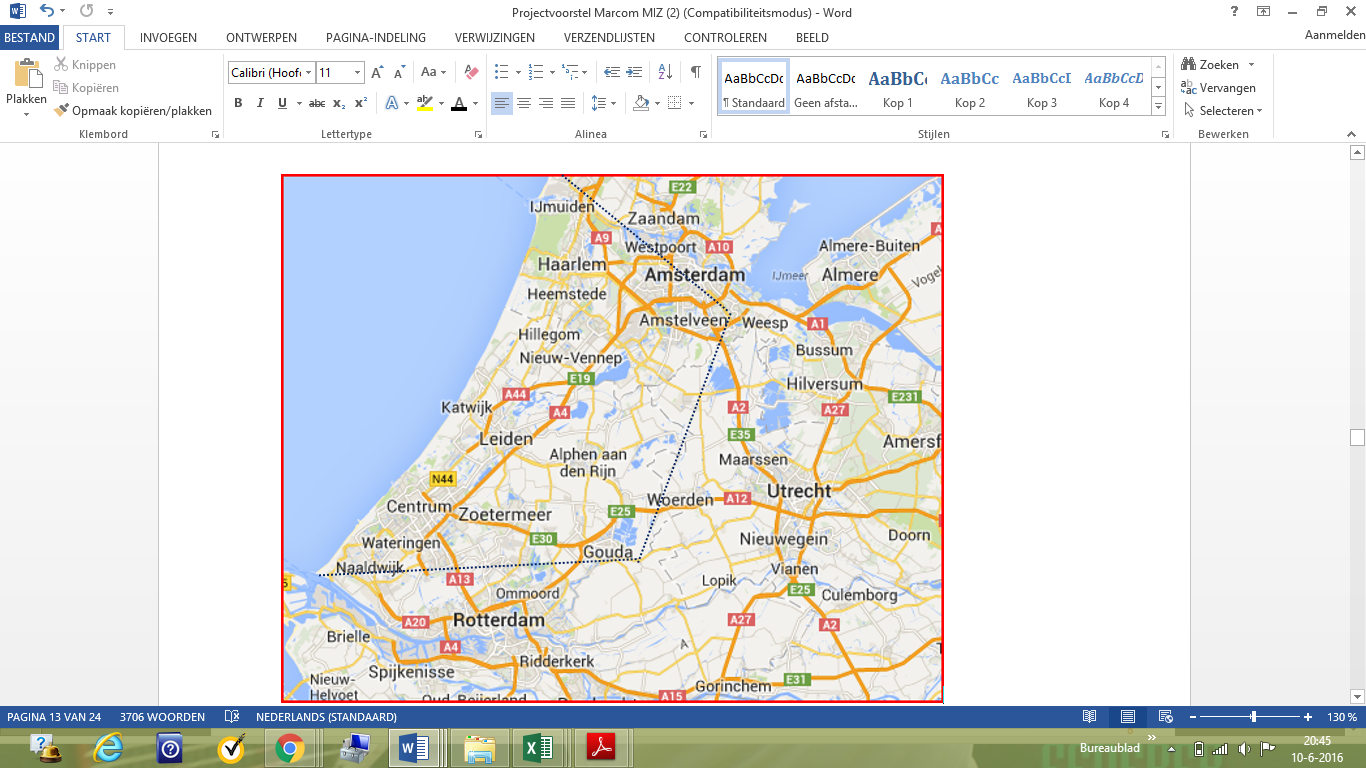
Wright, R. (2004). *Business-to-Business Marketing: A Step-by-Step Guide*. Harlow, Groot-Brittannië: Pearson Education.

Wilson, H., Daniel, E., & McDonald, M. (2002*). Factors for success in Customer Relationship Management (CRM) systems*. Journal of Marketing Management, 18(1), 193– 219.

Zablah, A.R., Bellenger, D.N., Johnston, W.J. 2004. *An evaluation of divergent perspectives on Customer Relationship Management: Towards a common understanding of an emerging phenomenon*. Industrial Marketing Management, 33, 475– 489

Zorginstituut Nederland. (2015). *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*. Geraadpleegd van https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/beroepen-en-opleidingen/naar-nieuwe-zorg-en-zorgberoepen---de-contouren/naar-nieuwe-zorg-en-zorgberoepen---de-contouren/naar-nieuwe-zorg-en-zorgberoepen---de-contouren/zinl%3Adocuments/1504-naar-nieuwe-zorg-en-zorgberoepen-de-contouren-onlineversie/Naar+nieuwe+zorg+en+zorgberoepen+%28de+contouren%29+%28onlineversie%29.pdf

Zorgpact. (z.j.). *Het Zorgpact*. Geraadpleegd op 13 april, 2016, van https://zorgpact.nl/het-zorgpact

Bijlage 1 Afbakening werkgebied   
De afbakening van het werkgebied van MIZ Leiden is in 2014 in het marketingcommunicatieplan van MIZ vastgesteld. In figuur 5 (MIZ, 2014) is deze afbakening weergegeven. Met de flexibilisering die MIZ heeft doorgevoerd wordt het mogelijk om tijds- en plaatsonafhankelijk te leren. Het gevolg hier van is dat de regionale indeling meer losgelaten kan worden. De concentratie van het aantal gezondheidszorg en welzijnsorganisaties in regio Rotterdam en Amsterdam is te interessant om niet te benutten. Om deze reden is er voor gekozen om deze regio’s binnen het werkgebied en dus het onderzoek te betrekken.

Figuur 5. Afbakening werkgebied MIZ (MIZ, 2014)

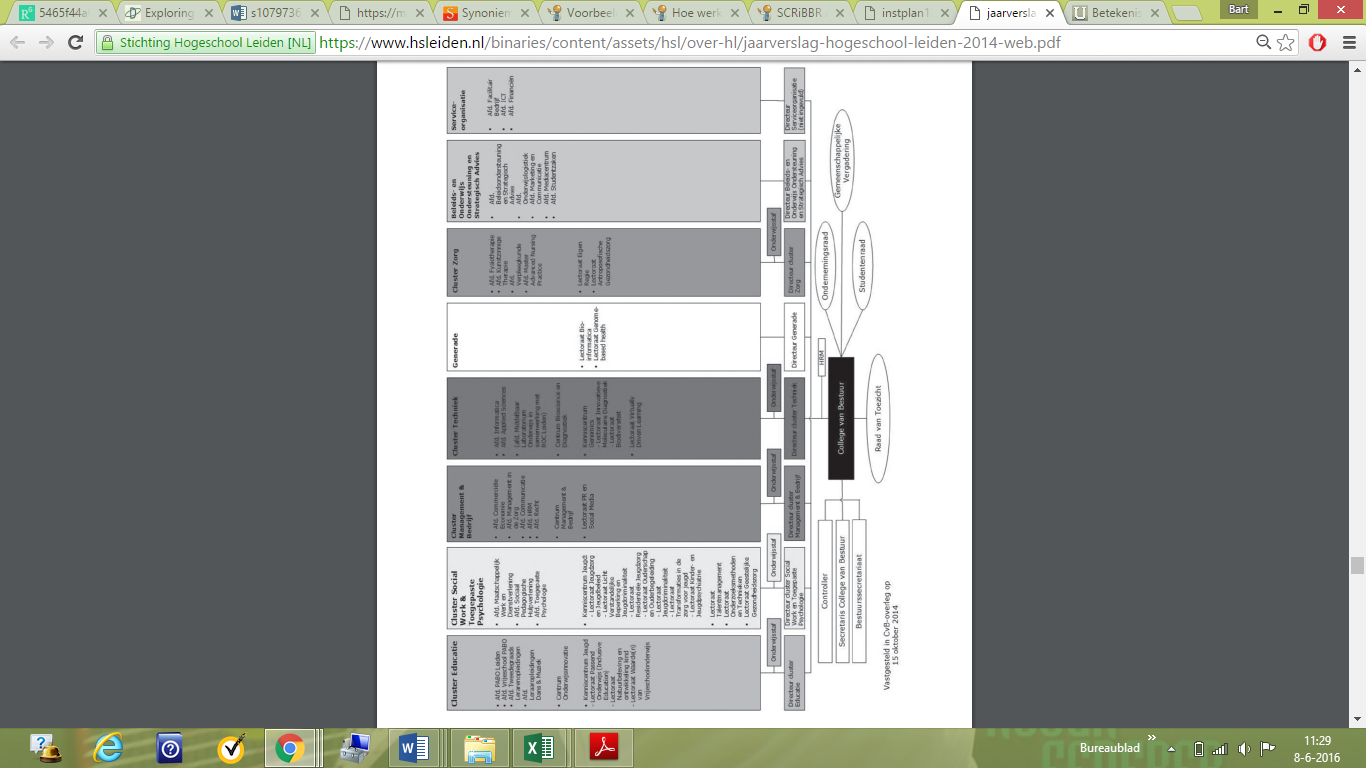
nieuw werkgebied oud werkgebied

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AKM** | **Amsterdam** | **Haaglanden** | **Rijnstreek** | **Rijnmond.** |
| |  |  | | --- | --- | | * Aalsmeer * Amstelveen * Beverwijk * Bloemendaal * Castricum * Haarlem * Haarlemmerliede en Spaarnwoude * Haarlemmermer * Heemskerk * Heemstede * Ouder-Amstel * Uitgeest * Uithoorn * Velsen * Zandvoort |  | | * Amsterdam Diemen | * 's-Gravenhage * Delft * Leidschendam-Voorburg * Midden-Delfland * Pijnacker-Nootdorp * Rijswijk * Wassenaar * Westland   Zoetermeer | |  |  | | --- | --- | | * Alphen aan den Rijn * Bergambacht * Bodegraven-Reeuwijk * Boskoop * Gouda * Hillegom * Kaag en Braassem * Katwijk * Leiden * Leiderdorp * Lisse * Nederlek | * Nieuwkoop * Noordwijk * Noordwijkerhout * Oegstgeest * Ouderkerk * Rijnwoude * Schoonhoven * Teylingen * Vlist * Voorschoten * Waddinxveen * Zoeterwoude Zuidplas | | |  |  | | --- | --- | | * Albrandswaard * Barendrecht * Bernisse * Capelle aan den IJssel * Krimpen aan den IJssel * Lansingerland | * Maassluis * Ridderkerk * Rotterdam * Schiedam * Spijkenisse * Vlaardingen * Westvoorne | |

Het nieuwe werkgebied bestaat daarmee uit vijf regio’s: Amstelland, Kennemerland en Meerland (AKM) Amsterdam, Haaglanden, Rijnstreek en Rijnmond. In tabel 5 is een weergave gemaakt van de gemeentes die in de desbetreffende regio’s vallen.

Tabel 5. Gemeenten per regio

# Bijlage 2 Organogram

Figuur 1 Organogram HS Leiden (Hogeschool Leiden, 2015)

Bijlage 3 Sector gezondheids- en welzijnszorg  
  
De gezondheids- en welzijnszorg sector bestaat uit verschillende sub branches (zie figuur …) .   
De gezondheidszorg ector is te verdelen in zes branches: Universitair Medisch Centruma (UMC) algemene ziekenhuizen (AZ), verpleging, verzorging & thuiszorg (VVT) gehandicaptenzorg (GZ), geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de overige zorg (farmaceutische zorg/eerste lijnzorg).   
De welzijnszorg sector wordt opgedeeld in de volgende vier branches: maatschappelijke opvang (MO), jeugdzorg (JZ), kinderopvang (KO) en overige welzijn.

Figuur 6 Branche verdeling Zorg en Welzijn

Bijlage 4 Pilot onderzoek   
  
**Pilot onderzoek**Om inzicht te krijgen in het aankoopproces en de besluitvorming omtrent de opleiding MIZ is onder de secundaire doelgroep een pilotonderzoek uitgevoerd. Gezien de omvang van de onderzoekspopulatie en de diversiteit aan variabelen is gekozen voor een kwantitatief onderzoek. Het resultaat van dit onderzoek dient als input voor het kwalitatief onderzoek.

**Motivatie pilotonderzoek**Over het besluitvormingsproces van opleidingsprogramma’s bij Nederlandse gezondheids- en welzijnsorganisaties is weinig bekend. Uit de theorie over de theorie over het aankoopproces en de dmu blijkt dat dit besluitvormingsproces complex is en dit proces daardoor van essentieel belang is. Vanwege het ontbreken van deze cruciale informatie is een pilotonderzoek vereist, met als doel inzicht te krijgen in dit proces.   
  
**Onderzoeksmethode**   
Een survey leent zich volgens Saunders en Lewis (2008) goed voor kwantitatief onderzoek. Om deze reden wordt de benodigde informatie verkregen door middel van een enquête. Dit kan face-to-face, telefonisch, digitaal of schriftelijk plaatsvinden. Voor dit onderzoek is de laatste optie gekozen, omdat dit de mogelijkheid biedt om informatie te verzamelen onder een groot aantal respondenten met diverse vraagstellingen. Bovendien is een survey minder gevoelig voor sociaal wenselijke antwoorden, kan er gericht een doelgroep worden gekozen, zijn de uitkomsten makkelijk verwerkbaar en is een survey sneller en goedkoper dan mondelinge afnamevarianten sneller en goedkoper. Het nadeel van een dergelijk onderzoek is dat er alleen gegevens worden verzameld van de onderzoekseenheden. Hierdoor wordt niet inzichtelijk of er andere factoren een rol spelen. Tevens is er weinig diepgang mogelijk en kan de volledigheid van de survey’s alleen achteraf worden gecontroleerd (Bakker et al.; 2012).   
  
De indicatoren van de survey zijn samengesteld aan de hand van de theorie omtrent organisatorisch koopgedrag van Robinson, Faris & Wind (1967) en het dmu-model van Web & Windster (1972). De theorie van Web & Windster (1972) stelt dat meerdere mensen invloed uitoefenen op een organisatorische aankoop. Het dmu-model gaat uit van vijf rollen in het organisatorisch aankoopproces. In dit proces hebben de beslisser en de adviseur doorgaans de meeste invloed uitoefenen (Web & Windster, 1972). Een inventarisatie van de mogelijke functionarissen die deze rol kunnen vervullen zijn op basis van een gesprek met de accountmanager en een docent geïdentificeerd. Ten slotte is de totale survey getest onder drie MIZ bachelor studenten. Met de uitkomsten van deze test is vervolgens de definitieve vragenlijst opgesteld. Verderop in deze bijlage is deze vragenlijst te vinden.  
  
Het schriftelijke survey is vervolgens met behulp van het programma Parantion handmatig verwerkt. Hiervoor is gekozen omdat het programma aangeboden wordt door de Hogeschool Leiden en omdat de uitkomsten gemakkelijk kunnen worden getransporteerd naar het statistische programma SPSS.   
  
**Verspreiding**  
Het survey is in de periode van 31 maart tot 9 mei uitgezet aan de Hogeschool Leiden onder alle groepen van MIZ 2, MIZ 3 en MIZ Ad.Dit zijn de klassen met de hoogste aantallen studenten. Het survey is uitgezet door de docenten tijdens de colleges. Nadat de studenten op de hoogte zijn gesteld van het doel van het onderzoek is hen gevraag deze survey ter plekke in te vullen. Het voordeel van deze aanpak is dat de docenten een belangrijke rol konden spelen in het verhogen van de respons.   
  
**Steekproef**  
De onderzoekspopulatie voor deze survey bestaat uit alle huidige MIZ studenten van de Hogeschool Leiden. De omvang van de onderzoekspopulatie is 68 studenten, waarvan er 35 de associate degree volgen en 33 de Bachelor opleiding. Voor dit onderzoek is gekozen voor een quotasteekproef. Dit is een selecte steekproef waarbij de onderzoekspopulatie is verdeeld in een aantal deelpopulaties. Elke deelpopulatie representeert één groep studenten van MIZ. In totaal zijn er vier groepen, maar omdat één groep gedurende de uitzet van dit survey niet op school aanwezig was, zijn er slechts drie van de vier deelpopulaties onderzocht.  
  
Voor een betrouwbaarheidspercentage van 95 procent en een foutmarge van 5 procent dienen minimaal 58 survey‘s volledig ingevuld te worden. Ondanks het verspreiden van de enquête via de docenten is dit aantal niet behaald. In totaal waren 35 respondenten bereidt geweest om de enquête volledig in te vullen. Een overzicht van het profiel van de respondenten is weergegeven in tabel 6.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | UMC’s | Ziekenhuizen | VVT | GHz | GGZ | Overig | Welzijn (WMD, KO & JZ) | Anders | **Totaal** |
| **Ad** | 4 | 3 | 2 | 2 | - | - | 1 | 1 | **13 (37%)** |
| **Bd** | 3 | 5 | 9 | 4 | - | 1 | - | - | **22 (63%)** |
| **Totaal** | **7** | **8** | **11** | **6** | **-** | **1** | **1** | **1** | **35** |

Tabel 6 onderzoekspopulatie pilotonderzoek

**Gegevensverwerking**De resultaten van de survey’s zijn verwerkt en geanalyseerd in SPSS: een statistische programma, voor het lezen, visualiseren en bewerken van kwantitatieve dat. Binnen dit onderzoek is SPSS met name gebruikt om frequentietabellen op te stellen. De uitkomsten hiervan apart opgenomen in bijlage 17.

**Vragenlijst**Het doel van de survey was om inzicht te krijgen in het aankoopproces en dan met name welke DMU-leden het meest invloed uitoefenen op de aankoop van een opleidingsprogramma. Daarom was het van belang om zeker te weten dat de werkgever van de student invloed uitoefent op dit proces. In de survey is daarom de volgende vraag gesteld: ‘Wie betaalt het collegegeld van uw opleiding?’. Hierbij werden vier antwoord mogelijkheden gegeven, namelijk: werkgever, zelf, deels werkgever & deels zelf en anders, namelijk. Als de respondenten ‘werkgever’ of ‘deels werkgever & deels zelf’ koos, was duidelijk dat de werkgever in zekere mate betrokken is en daarom invloed uitoefent op dit aankoopproces. De respondenten die één van de andere antwoorden kozen zijn niet meegenomen in de uiteindelijke analyse.

De vragenlijst, die eveneens in deze bijlage is weergeven, beslaat verschillende onderwerpen. De surveyvragen zijn deels opgesteld middels een gevalideerde vragenlijst en deels in overleg met de heer Hennevanger (bedrijfsbegeleider) en mevrouw Kleijne (accountmanager). De uiteindelijk vragenlijst is vervolgens meerdere keren gecontroleerd door de heer Rijcken. In deze survey is bij het merendeel van de vragen gebruik gemaakt van de 5-punts Likertschaal. Binnen deze schaal waren tijdens dit onderzoek meerdere antwoorden mogelijk. Veelal bestond dit uit één neutraal, twee negatieve en twee positieve antwoorden. Bovendien zijn er in de survey open vragen gesteld. Om deze te verwerken zijn verschillende categorieën opgesteld en werd elk gegeven antwoord aan een categorie gekoppeld. Hierdoor wordt overzicht gewaarborgd.

**Betrouwbaarheid en validiteit**Bij een hoge betrouwbaarheid zullen dezelfde resultaten voortkomen bij het herhalen van het survey. Het kwantitatieve onderzoek is gebaseerd op een berekening van de totale populatie van de online klanten. Voor dit onderzoek is een betrouwbaarheidsmarge gekozen van 95 procent. Dit is het meest voorkomende betrouwbaarheidspercentage volgens Korzilius (2008). Omdat het onderzoek is gebaseerd op een steekproef moet rekening worden gehouden met foutmarges. De uitkomsten van het onderzoek kunnen namelijk afwijken van de uitkomsten die zouden worden verkregen wanneer de gehele populatie zou worden onderzocht. Bij een betrouwbaarheidspercentage van 95 procent is er een standaard afwijking van 0,065. Dit houdt in dat het gemiddelde van de antwoorden op deze vraag bij de gehele populatie 0,065 hoger of lager kan liggen dan de antwoorden binnen dit onderzoek.

Validiteit gaat over de mate waarin het onderzoek antwoord geeft op de gestelde vragen. Naast toevallige fouten mag het onderzoek geen systematische fouten bevatten. De validiteit is gewaarborgd door bij de survey de vragen zo te formuleren dat de respondent ze begrijpt en door hulp in te schakelen van de begeleidende docent (de heer Rijcken) en de bedrijfsbegeleider (de heer Hennevanger)  
 **Conclusie kwantitatief onderzoek**Op basis van de resultaten van het pilot-onderzoek worden in dit onderdeel conclusies getrokken. In het licht van deze conclusie staat de volgende onderzoeksvraag centraal: *Welke personen hebben de meeste invloed op het aankoop/besluitvormingsproces van de opleiding MIZ?*   
De eindgebruiker, oftewel de student van MIZ, wordt gefinancierd door zijn werkgever. Met dit gegeven kan worden geconcludeerd dat de opleiding MIZ een organisatorische aankoop is. Ook kan uit de resultaten afgeleid worden dat diverse mensen invloed uitoefenen op de aankoop van de opleiding MIZ.   
  
Over dit aankoopproces is te concluderen dat over het algemeen de direct leidinggevende, van de student in kwestie, de belangrijkste rol vervult in de dmu. Deze functionaris is in dit proces immers de beslisser en gedeeltelijk de adviseur. De student dient zijn (opleidings)aanvraag in bij zijn leidinggevende die vervolgens wel of geen goedkeuring geeft. Tevens heeft het advies van de directe leidinggevende meer invloed op het besluitvormingsproces van de student dan het advies van de HR-afdeling. Daarentegen wordt voor advies over welke opleidingen er mogelijk zijn echter meer gebruik gemaakt van de HR-afdelingen. Om deze reden neemt de HR-afdeling in dit aankoopproces de rol als adviseur op zich.

**Vragenlijst pilot onderzoek  
  
1. Algemene vragen  
  
*1.*** *Wat is uw leeftijd?****2.*** *Wat is uw geslacht?*

1. Man
2. Vrouw

***3.*** *Wat is de postcode van uw woonadres (4 cijfers)?*

***4.*** *In welke sector binnen Zorg en Welzijn bent u werkzaam?*

1. UMC’s
2. Algemene en overige ziekenhuizen
3. Geestelijke gezondheidszorg
4. Verpleging, verzorging en thuiszorg
5. Gehandicaptenzorg
6. Huisartsenzorg en gezondheidscentra
7. Overig farmaceutische zorg, tandartsen, mondzorg of bloedbanken
8. Welzijn en maatschappelijke dienstverlening
9. Jeugdzorg
10. Kinderopvang
11. Anders, namelijk:

***5.*** *Bij welke organisatie bent u momenteel werkzaam? (naam+locatie+postcode)*

Naam:  
  
Locatie:  
  
Postcode:***6.*** *Wat is de omvang (aantal medewerkers totaal) van uw organisatie? In geval van meerdere locaties ook de omvang van de locatie waar u werkzaam bent?*Locatie waar u werkzaam bent

1. 0-50
2. 51-200
3. 201-500
4. 501- of meer
5. 1001 of meer

De gehele organisatie

1. 0-50
2. 51-200
3. 201-500
4. 501- 1000
5. 1001 of meer

***7.*** *Op welke afdeling bent u werkzaam?****8.*** *Wat is uw functie?*  
  
***9.*** *Welke MIZ opleiding volgt u?*

1. AD
2. BD (direct ingestroomd)
3. BD (ingestroomd via AD)

***10.*** *Wat was uw vooropleiding?*

1. MBO 4, namelijk:
2. HAVO/VWO
3. HBO, namelijk:
4. Anders, namelijk:

***11.*** *Beschrijf kort waarom u destijds heeft gekozen voor het volgen van een opleiding?*

|  |
| --- |
|  |

***12.*** *Wat was de directe aanleiding voor het volgen van deze opleiding? Meerdere antwoorden mogelijk.*

1. Verzocht door de HRM of P&O afdeling
2. Op verzoek van mijn leidinggevende/in samenspraak met mijn leidinggevende
3. Eigen initiatief: verbetering arbeidspositie
4. Voor persoonlijke ontwikkeling
5. Eigen initiatief: verdieping kennis
6. Anders, namelijk:

***13.*** *Welke route heeft u gevolgd bij het zoeken naar informatie over opleidingen en instellingen?*

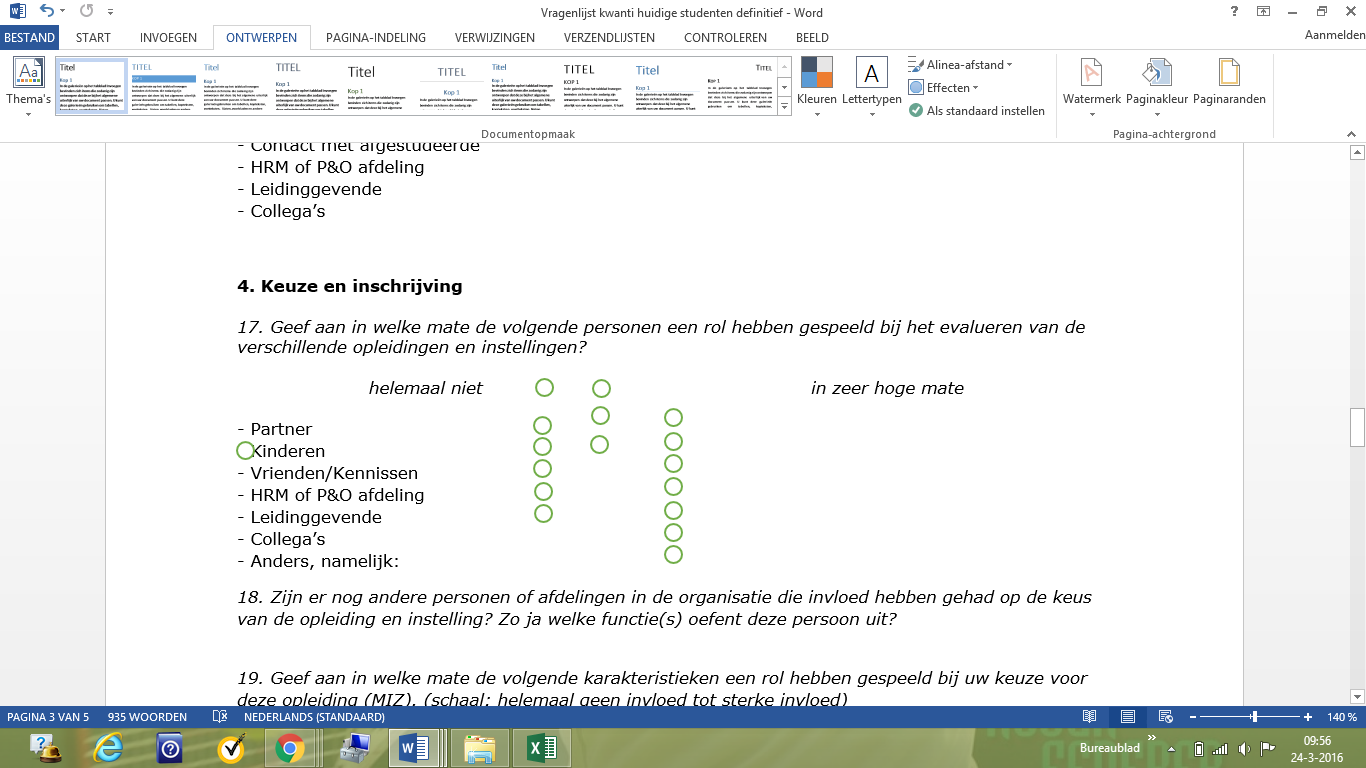
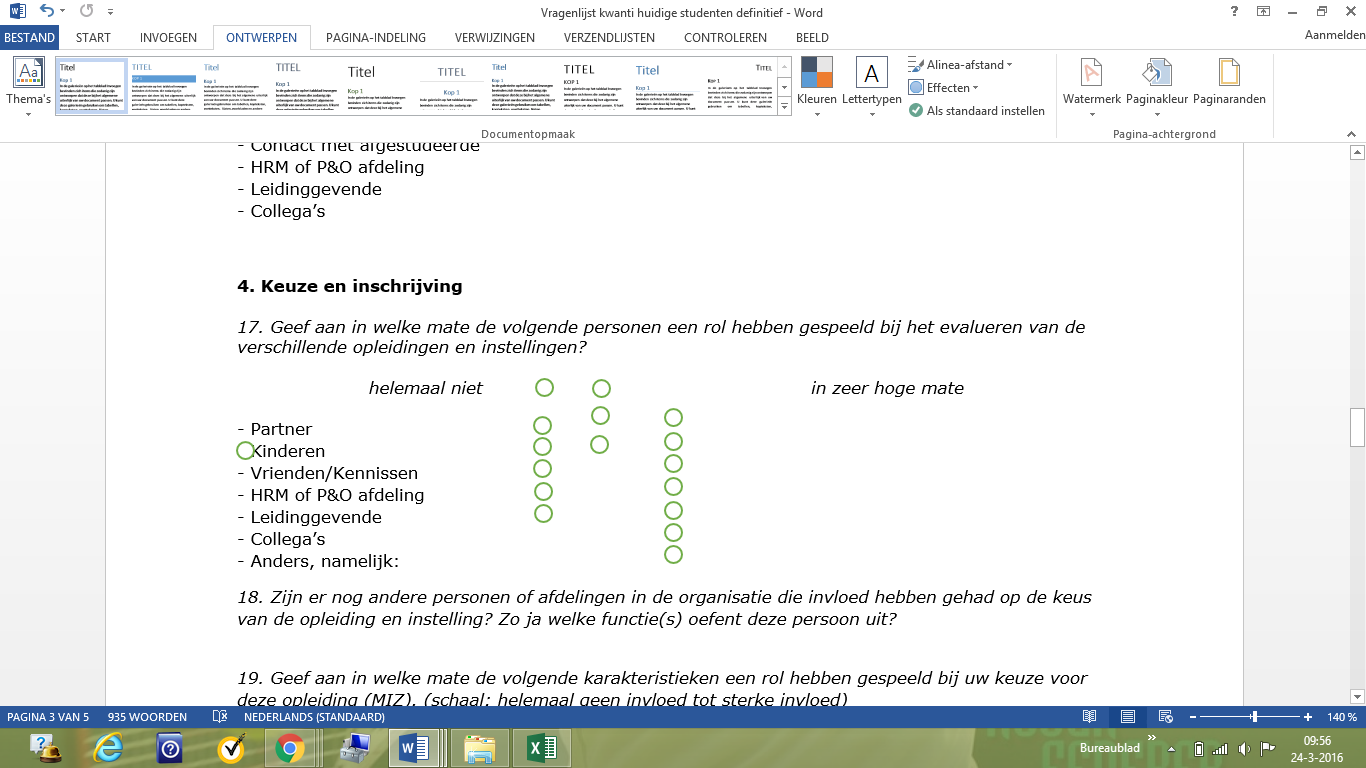
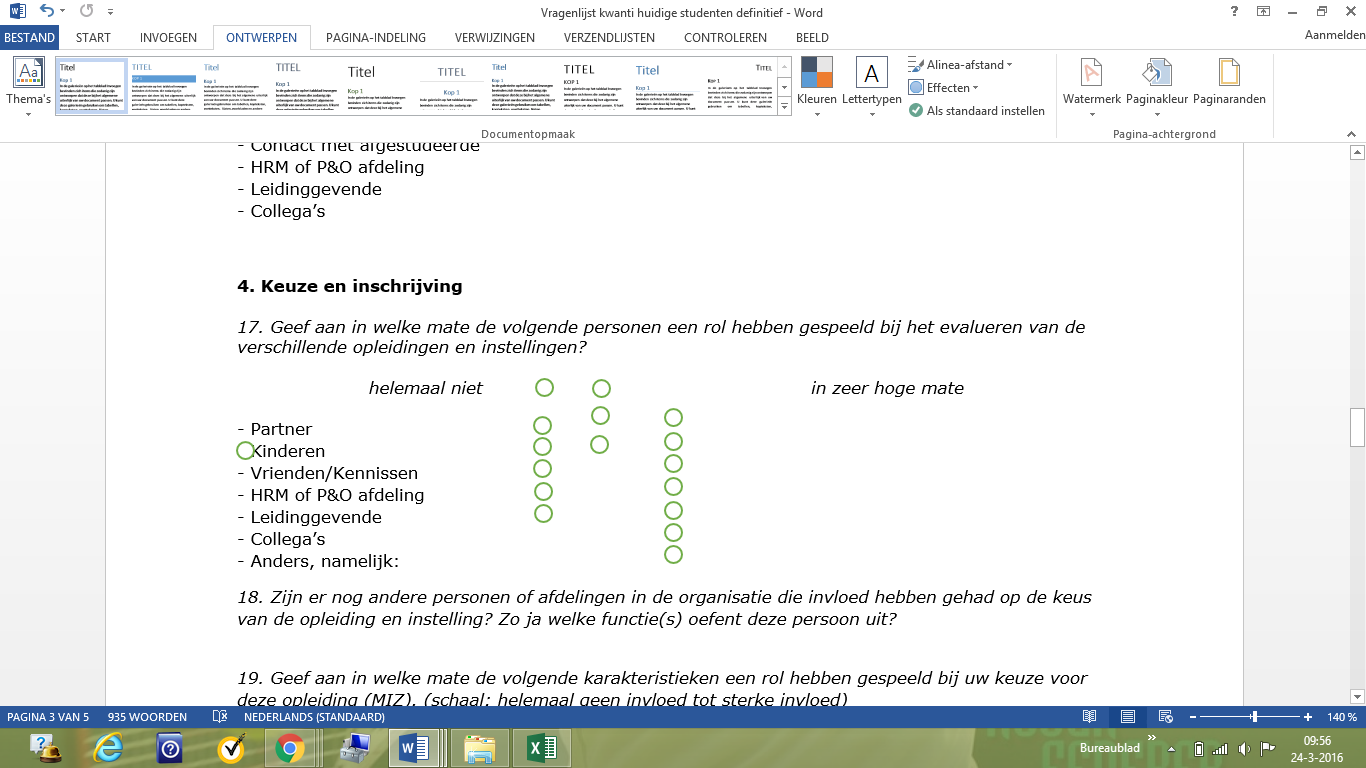
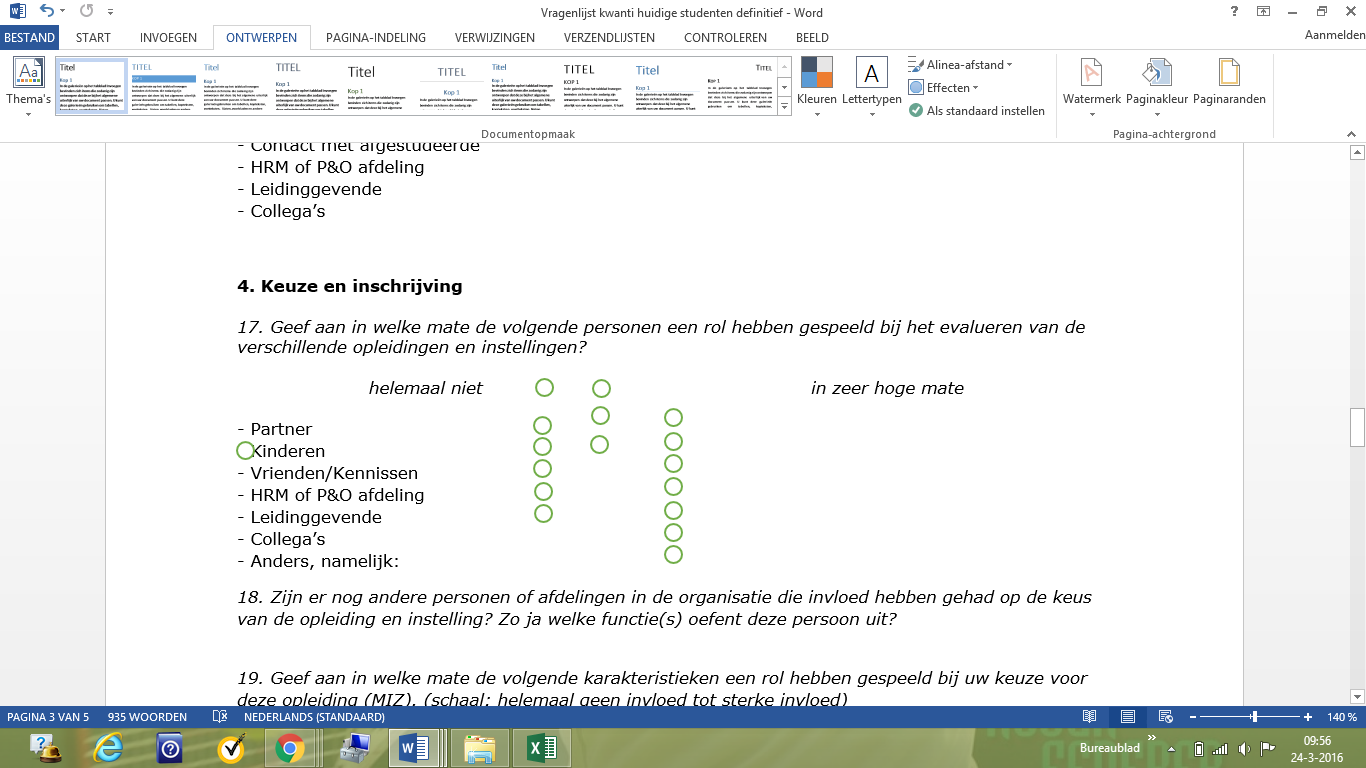
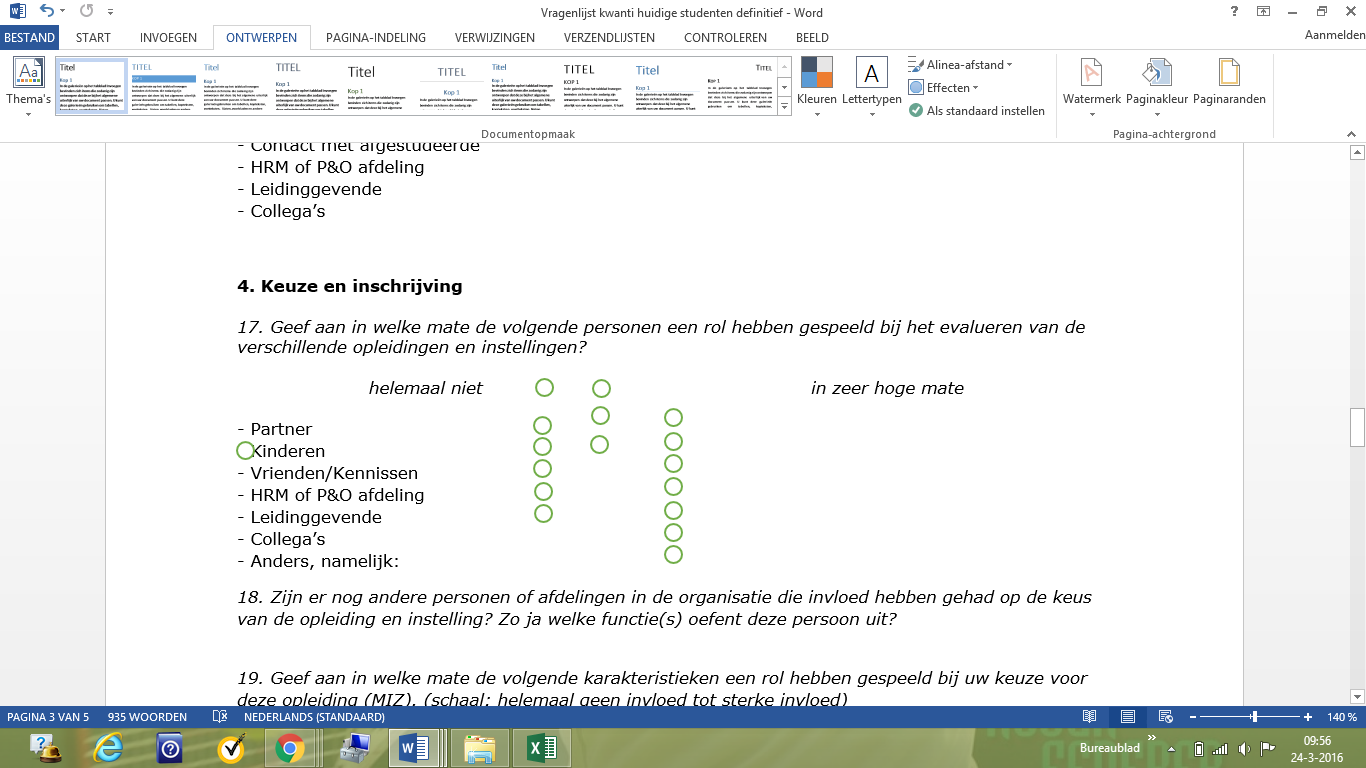
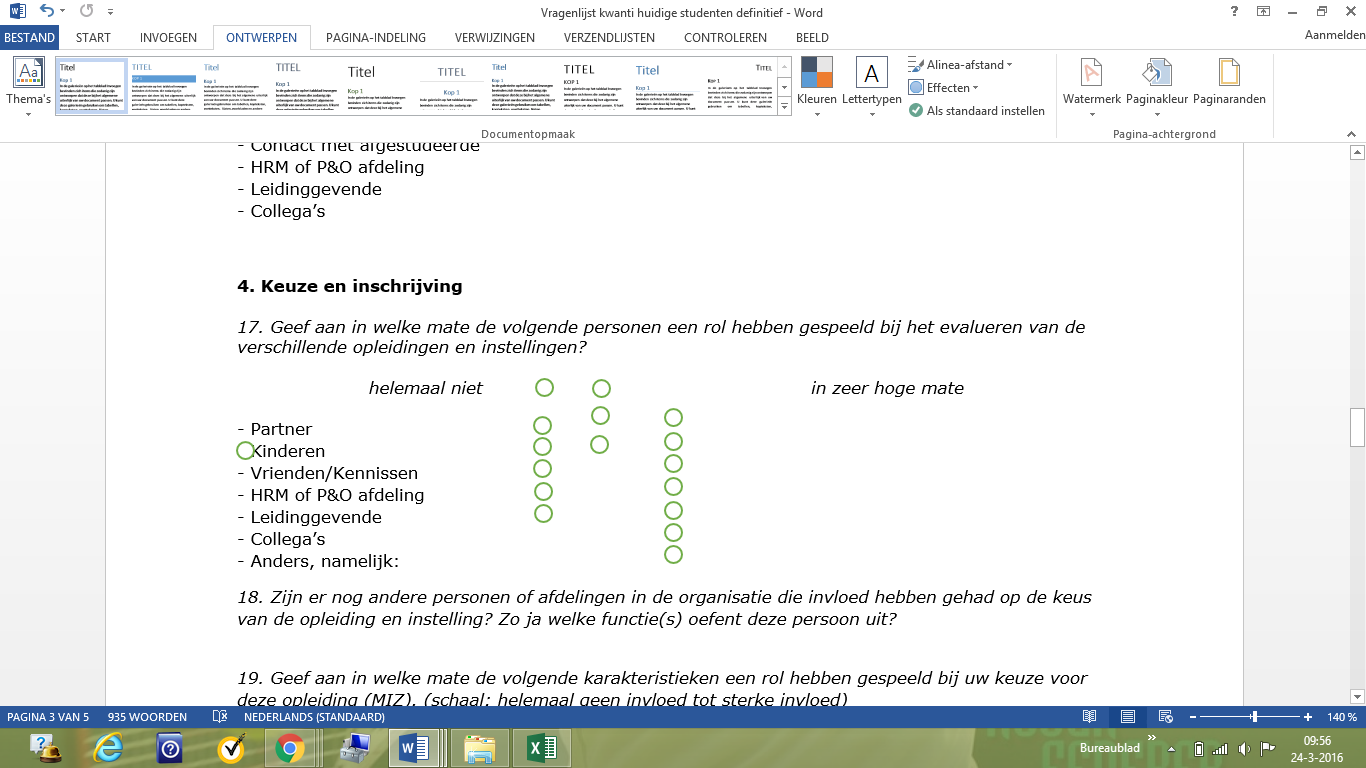
1. Eerst informatie over opleidingen, vervolgens informatie over instellingen (eerst wat, toen waar)
2. Eerst informatie over instellingen, vervolgens informatie over opleidingen (eerst waar, toen wat)
3. Tegelijkertijd informatie over opleidingen en instellingen
4. Anders, namelijk:

***14.*** *Geef aan welke bronnen u geraadpleegd heeft (meerdere antwoorden mogelijk) en geef voor de bronnen die u geraadpleegd aan in hoeverre deze voor u waardevol zijn gebleken.*

**Extern** *Helemaal niet zeer waardevol*

 Brochures/folders Ja/Nee   
 Website van de HS Leiden Ja/Nee  
 Contact persoon MIZ Ja/Nee   
 Open dagen Ja/Nee  
 Contact met afgestudeerde Ja/Nee  
 **Intern**  
  
 HRM of P&O afdeling Ja/Nee   
 Leidinggevende Ja/Nee  
 Collega’s Ja/Nee

**4. Keuze en inschrijving**  
***15.*** *Geef aan in welke mate de volgende personen een rol hebben gespeeld bij het evalueren van de verschillende opleidingen en instellingen.   
  
 Helemaal niet in zeer hoge mate*

  
- Partner   
- Kinderen  
- Vrienden/Kennissen   
- HRM of P&O afdeling  
- Leidinggevende  
- Collega’s  
- Anders, namelijk:

***16.*** *Zijn er nog andere personen of afdelingen in de organisatie die invloed hebben gehad op de keus van de opleiding en instelling? Zo ja welke functie(s) oefenen deze personen uit?  
  
-  
-  
-****17.*** *Geef aan in welke mate de volgende karakteristieken een rol hebben gespeeld bij uw keuze voor MIZ.*

 *Helemaal niet in zeer hoge mate*- collegegeld  
- locatie (ligging van de school)  
- bereikbaarheid van de school  
- feit dat het geen commerciële school is   
- persoonlijk contact met docenten  
- erkend diploma  
- imago van de school  
- inhoud van de opleiding  
- onderwijsmethode  
- intensiteit van het studieprogramma  
- studielast  
- mogelijkheid om versneld de opleiding te volgen  
- niveau  
- goede ervaring collega’s  
- carrièreperspectief

***18.*** *Geef aan in welke mate de volgende karakteristieken een rol hebben gespeeld bij de keuze voor de HS Leiden.*   
  
 *Helemaal niet in zeer grote mate*  
- grootte van de instelling  
- sfeer  
- publiek of privaat  
- locatie  
- reistijd  
- reputatie van de onderwijsinstelling  
- reputatie van docenten

***19.*** *Heeft u zelf het besluit genomen om een opleiding te volgen of is het verplicht gesteld door uw werkgever?*

1. *Zelf het besluit genomen*
2. *Opgelegd door mijn werkgever*
3. *Deels werkgever, deels zelf*
4. *Anders, namelijk:*

***20.*** *Welke andere* ***opleidingen*** *heeft u voor uw definitieve besluit in overweging genomen?*

1.   
2.  
3.

***21.*** *Welke andere* ***onderwijsinstellingen*** *heeft u voor uw definitieve besluit in overweging genomen? (bv. HS Rotterdam, HS Utrecht, NCOI, LOI etc.)*

1.  
2.  
3.

***22.*** *Wie betaalt het collegegeld van uw opleiding?*

1. Werkgever
2. Zelf
3. Deels werkgever, deels zelf
4. Anders, namelijk:

***23.*** *Uit welk budget wordt uw opleiding betaalt?*

1. Opleiding en ontwikkeling
2. Locatie of afdelingsbudget
3. Geen idee
4. Anders, namelijk:

***24.*** *Wie heeft een rol gespeeld in het afgeven van de goedkeuring van deze opleiding? Meerdere antwoorden mogelijk.*

1. Direct leiding gevende
2. HRM manager
3. Locatiemanager
4. Anders, namelijk:

***25.*** *Wie was, naast uzelf, de beslisser in dit proces en zijn welke partijen hebben advies gegeven (benoem functie)?*Beslisser(s):

|  |
| --- |
| -  -  - |

Adviseurs:

|  |
| --- |
| -  -  - |

***26.*** *Bij welke functionaris dient u een verzoek tot opleiding in (naam+functie+afdeling)?  
  
-*

***27.*** *Denkt u dat er in de toekomst collega’s zijn die in aanmerking zouden kunnen komen voor deze opleiding? Zo ja, hoeveel zouden er dit bij benadering zijn?*

1. Ja, namelijk:
2. ****Nee
3. Geen idee

***29.*** *Hoe waarschijnlijk is het (op een schaal van 0 tot 10) dat u MIZ zou aanbevelen aan vrienden of collega’s?*

*0 10*

***30.*** *Kunt u kort toelichten waarom u MIZ wel of niet zou aanbevelen bij vrienden en collega’s?*

|  |
| --- |
|  |

***31.*** *Wat mist u nog in de opleiding?/Wat zou u MIZ nog mee willen geven?*

|  |
| --- |
|  |

*HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING.*

### Bijlage 5 Concurrentieanalyse

Door middel van een concurrentieanalyse wordt duidelijk wat de kansen en bedreigingen zijn ten aanzien van de huidige waarde propositie van MIZ. Om deze reden wordt er een concurrentieanalyse uitgevoerd. In het kwalitatief onderzoek zijn de belangrijkste besliscriteria naar voren gekomen waarop binnen de sector een opleidingsprogramma wordt ingekocht. Achtereenvolgens zijn dat: flexibiliteit (inhoud en opleidingsstructuur), de mogelijkheden tot maatwerk en in-company, het kostenaspect en de studieduur.

Ten behoeve van deze analyse is een splitsing van de twee concurrentiesegmenten op zijn plaats: bekostigde onderwijsinstellingen en niet-bekostigde onderwijsinstellingen.

**Bekostigde onderwijsinstellingen**Op basis van geografisch ligging en het aanbod van de opleiding MIZ worden de Hogeschool Utrecht en de Hogeschool Rotterdam in deze concurrentieanalyse meegenomen. De Haagsche Hogeschool wordt in verband met het beëindigen van de MIZ opleiding niet in deze analyse betrokken.

*Hogeschool Utrecht*De Hogeschool Utrecht biedt de opleiding Management in de Zorg met een vierjarige Bd opleiding in deel- en voltijd vorm aan. Een Ad opleiding en een verkort Bd opleidingstraject blijven daarmee uit. Het totale studentenaantal bij de deeltijd opleiding is met 79 studenten in 2011 gedaald naar 55 in 2015. De voltijd opleiding, die bedoeld is voor jongvolwassenen, is daarentegen ruim toegenomen. In 2011 bedroeg dit een studentenaantal van 139 en in 2015 waren dit er 210 studenten. Ten aanzien van de opleidingsstructuur is op te merken dat het aanbod en invulling van blended-learning met een digitaal werkomgeving, het werken met leeruitkomsten in zekere mate gelijk is met dat van Leiden. Daarentegen zijn er voor de opleiding MIZ geen in-company mogelijkheden.

*Hogeschool Rotterdam*De Hogeschool Rotterdam biedt de MIZ opleiding met een tweejarige Ad en -Bd versie in deeltijdvorm aan. Het totale studentenaantal is in de afgelopen vijf jaar van 70 studenten in 2011 gedaald naar 54 in 2015. Net als de Hogeschool Leiden biedt Rotterdam de mogelijkheid om het studietraject te verkorten. De mogelijkheden om de praktijkopdrachten van de deeltijd opleiding af te stemmen op de werkomgeving dienen daarentegen zelf door de student te worden onderzocht. Het aanbod van blended learning, in vergelijking tot die van Leiden en Utrecht, is minder uitvoerig .

**Resultaat**  
Geconcludeerd mag worden dat deze twee hogescholen ten opzichte van MIZ inhoudelijk nauwelijks verschillen. Gegeven het feit dat de competenties/leeruitkomsten van MIZ landelijk worden bepaald was dit ook te verwachten. Een erg belangrijke bevinding is dat de twee directe concurrenten beide geen duale MIZ opleidingsvorm aanbieden. Dit bekent dat MIZ Leiden de enige bekostigde onderwijsinstelling is waarbij de mogelijkheid geboden wordt een contract tussen (werkende) student en werkgever af te sluiten en een werkbegeleider heeft die de student op de werkvloer begeleidt. Bij de hogescholen en Rotterdam en Utrecht is gekozen voor een deeltijd opleiding waarbij de theorie/lesstof door de student zelf in de praktijk toegepast moet worden.

De lesvorm van Hogeschool Leiden lijkt daar dus positief bij af te steken. Zij kunnen de beroepsproducten met behulp van de werkbegeleider op de praktijk toepassen. Een specifiek vraagstuk ten behoeve van de werkgever (die tevens opdrachtgever is) kan opgepakt en opgelost worden. Kortom dit is een enorme plus ten opzichte van de andere hogescholen. Juist met deze unieke positie zouden MIZ de mogelijkheden in de markt moeten kunnen maximaliseren.

**Algemene bevindingen & ontwikkelen hogescholen**   
Sinds een aantal jaar heeft de overheid een nieuw accreditatiestelsel ingevoerd (Inspectie van het Onderwijs, 2016). In dit nieuwe stelsel worden bestaande bepalingen over sturing vanuit een vaststaand onderwijsaanbod losgelaten. Dit leidt tot een flexibele opleidingsstructuur die bijdraagt aan een betere afstemming met beroepenveld. Een voorbeeld hiervan is dat er door middel van ‘blended learning’ wordt ingespeeld op de veranderde behoeften van de markt (Rabobank, 2016, 3 augustus)

Een andere ontwikkeling is dat de overheid door middel van de invoering van Assoicates degree het aantal werkenden en volwassen wil stimuleren een hoger onderwijsdiploma te halen (Inspectie van het Onderwijs, 2016). In de pilots krijgen opleidingen de ruimte om opleidingstrajecten voor (werkende) volwassenen te flexibiliseren. Doordat gewerkt wordt met leeruitkomsten ontstaat er een betere aansluiting tussen wat (de werkende) studenten moeten kunnen en en al kennen/weten.  
Echter het aantal deeltijd en duale bacheloropleidingen nam bij bekostigde instellingen met 932 in 2010/2011 af naar 687 in 2015/2016 (Inspectie van het Onderwijs, 2016). Het aantal Ad-opleidingen zijn in dit proces stabiel gebleven. Met betrekking tot het aantal studenten blijven alleen de deeltijd-Ad’s groeien. De Bd-vormen dalen juist. De terugloop in aantallen deeltijdopleidingen wordt in het algemeen toegeschreven aan twee factoren. Ten eerste zijn bekostigde instellingen voornamelijk gericht op voltijdopleidingen en de doelgroep jongeren en jongvolwassenen. Ten tweede stoppen instellingen met het aanbieden van kleinere deeltijdopleidingen omdat ze niet rendabel zijn (OCW, 2012). Bovenstaande ontwikkelingen tesamen met de sneller veranderde marktomstandigheden en overheidsmaatregelen leiden er toe dat er van bestuurders meer ondernemende competenties worden gevraagd (Rabobank, 2016). Bovendien hebben de ontwikkelingen tot gevolg dat er een actieve deelname is in kennisclusters. Hier wordt kennis omgezet in concrete producten en diensten (kennisvalorisatie).   
  
**Commerciële onderwijsinstellingen**In het pilot onderzoek en het kwalitatief onderzoek is gebleken dat het NCOI en ISBW belangrijke commerciële concurrenten zijn van MIZ en worden daarom in deze analyse betrokken.

*NCOI*NCOI heeft een breed palet aan opleidingen en programma’s die zich richten op het vakgebied management in de zorg. Dit opleidingspalet bestaat naast de opleiding MIZ uit tien andere HBO zorgmanagement opleidingen en programma’s (NCOI, 2016). Deze programma’s bestaan vaak uit losse modules van een bacheloropleiding die zelfstandig en daardoor verkort (gemiddeld zes tot twaalf maanden) aangeboden worden.

Deze managementopleidingen worden net als de Hogeschool Leiden ‘blended’ aangeboden. De Ad en Bd opleidingen zijn daarom qua structuur in zijn totaliteit te vergelijken met dat van de Hogeschool Leiden. De contact momenten bij NCOI kunnen in tegenstelling tot Leiden echter naar eigen wens ook in de avond of in het weekend worden ingevuld. Een breed opleidingspalet met korte modules leiden er toe dat NCOI in vergelijk tot de Hogeschool Leiden een voordeel heeft op het gebied van de flexibiliteit en de studieduur.

*ISBW*Naast een drietal erkende HBO opleidingen op het gebied van bedrijfskunde & management in de zorg (of non-profit) heeft het ISBW een breed scala aan zeer korte management modules variërend van 3 maanden tot 12 maanden. ISBW is ten opzichte van de andere concurrenten zeer gevarieerd als het gaat om korte management modules/opleidingen. Het is hierom dat deze aanbieder het meest flexibel is en daardoor in staat is gemakkelijk maatwerk te leveren. Dit komt mede doordat de theorie/praktijkopdrachten, net als bij MIZ Leiden, afgestemd worden op de situatie van de organisatie. De kosten vallen daartegen bijna twee keer zo hoog uit als dat van de bekostigde onderwijsinstellingen.

**Algemene bevindingen commerciële onderwijsinstellingen**  
Bij de niet bekostigde instellingen is het aantal deeltijd en duale bacheloropleidingen in tegenstelling tot de bekostigde opleiden juist toegenomen. Dit aantal is van 192 in 2010/2011 gestegen tot een aantal van 242 in 2015/2016. Opmerkelijk is dat bij deze ontwikkeling het aantal deeltijd-Ad opleidingen is toegenomen.

De niet-bekostigde onderwijsinstellingen zijn in vergelijking met de bekostigde onderwijsinstellingen, door het brede en diverse aanbod van korte opleidingsprogramma’s en/of modules zeer flexibel. Om deze reden kunnen deze aanbieders snel en gerichter inspelen op de steeds veranderde ontwikkelingen binnen de zorgsector. Het enige nadeel daarentegen zijn de hoge kosten van deze opleidingsprogramma’s.

**Interne opleidingsfaciliteiten** **G&W-organisaties**  
Binnen de gezondheidszorg en welzijnsorganisaties zelf is er een ook een ontwikkeling gaande als het gaat om het aanleggen van interne opleidingsinfrastructuur. Voortgekomen uit bezuinigingen en personele reorganisaties verleggen de organisaties de focus op het intern opleiden van het personeel (en daarmee ook management en stafleden). In welke mate dit zich weerhoudt ten opzichte van alle opleidingstrajecten is echter niet bekend. Dit komt doordat er geen concrete informatie en/of cijfers over dit fenomeen beschikbaar zijn. Het is echter wel een belangrijk fenomeen om vast te stellen omdat dit effect heeft op het aankoop en -besluitvormingsproces van opleidingsprogramma voor management- en stafleden.

**Conclusie**  
Een belangrijk gegeven is dat de bekostigde instellingen meer mogelijkheden krijgen om modulair te werken en op verschillende vestigingsplaatsen onderwijs te verzorgen. Hiermee kan een gelijker speelveld (gaan) ontstaan tussen de bekostigde en niet-bekostigde instellingen. Dit is daarom een gunstige ontwikkeling voor MIZ. Bovendien heeft MIZ Leiden ten opzichte van de bekostigde onderwijsinstellingen op het gebied van het afstemmen van de theorie op de praktijk, door zijn duale opleidingsvorm, een concurrentievoordeel. Daarentegen zijn niet-bekostigde onderwijsinstellingen met een flexibel en divers aanbod aan management modules, ten opzichte van MIZ Leiden, beter in staat om maat werk te leveren.

# Bijlage 6 Accountplan

|  |  |
| --- | --- |
| **Onderwerpen** | **Aandachtspunten** |
| **1. Accountgegevens** | |
| Strategisch profiel | Business scope, strategie, missie, visie en waarden |
| Organisatiestructuur | Organigram, besluitvormingsprocedures, kernpositie |
| Profiel contactpersonen/DMU-leden | Bevoegdheden en beslissingscriteria |
| Interne bedrijfsvoering | Management systemen, planning en centrale of decentrale inkoop |
| **2. Accountbeleid & salesmix** | |
| Productmix | Assortiment en type producten |
| Promotiemix | Sales promotion en reclamebeleid |
| Prijsmix | Prijsopbouw en margebeleid |
| Personeelsmix | Persoonlijke verkoop |
| **3. Marktanalyse** | |
| Totale omvang | Omzet, kansen, bedreigingen en trends |
| Segmentatie/positionering | Prijzen, kanalen en merken |
| Marktaandeel | Prijzen en marges concurrentie |
| Omzet- en winstmogelijkheden | Marktaantrekkelijkheid en marktpositie |
| **4. Omzet- winstanalyse** | |
| Omzetontwikkeling | Omzetstijging, groeiverwachting per dienst |
| Resultaten van account | Winst per (half) jaar |
| **5. Doelstellingen & activiteiten** | |
| Actieschema | Doelen, strategie |
| Budget | Samenwerkingsmogelijkheden |

(bron: Rustenburg & Steenbeek (2012))

Bijlage 7 Flexibiliseringsmodel

**Management in de Zog**

**Tailormade**

**Customized**

Module Y

Module X

Module D

Module C

Module A

Module B

Bijlage 8 Uitkomsten gesprek accountmanagerHet doel van dit gesprek is een inventarisatie van het b2b klantenbestand van MIZ en op welke manier de accountmanager de deze organisaties benadert.   
  
**Besproken thema’s**  
- Klantenbestand   
- Benaderingswijze  
- Interne samenwerking  
- Externe samenwerking  
  
**Belangrijkste uitkomsten:**  
  
*B2b klanten*  
- Er zijn enkele grote accounts die structureel op jaar basis een paar studenten (circa 3 a 4) afleveren.  
- Dit zijn veelal grote organisaties met gemiddeld meer dan 500 a750 medewerkers in dienst.  
- Organisaties als het LUMCS, Spaarnegastziekenhuis, Topaz zijn enkele voorbeelden hier van.  
- Regionaal gezien zijn deze organisaties gevestigd binnen het gebied van Rotterdam, tot Gouda, tot Amsterdam.   
- De huidige klanten bestaan hoofdzakelijk uit ziekenhuizen en VVT organisaties. GHz- en GGZ organisaties blijven hierin achter.  
- Weinig welzijnsorganisaties omdat deze vaak ook kleiner zijn.   
 *Benaderingswijze*  
- Benadering is gefocust op de grootste leveranciers. Deze worden middels f2f gesprekken benaderd. Enerzijds wordt dat alleen door de accountmanager gedaan en anderzijds door de jaarlijkse werkbezoeken die door de docenten (en soms gezamenlijk met de accountmanager) worden gedaan. Deze werkbezoeken vinden bij alle werkgevers plaats die een student hebben afgeleverd. Tijdens dit bezoek wordt ook de HR-directeur of een andere afgevaardigde van de HR-/ of opleidingsafdeling uitgenodigd. Uitnodiging wordt echter niet altijd geaccepteerd, door drukte, niet relevant genoeg/zien het nut er niet van in etc.   
- Jaarlijks vinden er circa 10 werkbezoeken (f2f) door de accountmanager plaats.  
- Reactieve houding ten opzichte van kleine organisaties en eventuele prospecten. Te weinig tijd en middelen om op dit moment deze groep te bedienen. Dit maakt een interne focus waarin er alleen gekeken wordt naar het huidige klantenbestand.   
- Naast accountmanager rol wordt ook de rol als docent/afstudeerbegeleider vervult. Kortom geen accountmanagement fulltime bezigheid.  
- Van deze huidige klanten is er een duidelijk beeld ten aanzien van de opleidingsbehoeften en het aantal potentiële studenten wat eventueel in aanmerking zou komen voor de opleiding MIZ.   
- Van deze huidige klanten is het echter lastig gebleken om de bedrijfssituatie en ontwikkelingen waarin organisaties nu zitten concreet in beeld te krijgen. Op hoofdlijn is dit wel inzichtelijk door de jaarlijks gesprekken en werkbezoeken die plaatsvinden.   
- Enkele organisaties hebben moeite om management coach aan te stellen, waardoor het geen studenten kan afleveren ondanks dat het nut van de opleiding wel wordt erkent.

*Interne samenwerking*  
- Op dit moment weinig samenwerking met het cluster Zorg waar, zoals de accountmanager zelf benadrukt, nog redelijk veel te halen zou vallen. Er zijn verschillende initiatieven geweest om deze samenwerking tot stand te brengen dit bleek echter tevergeefs.  
- De docenten van andere opleidingen gebruikt, zoals meneer Rijcken, voor de marketingcommunicatie richting student en de brochure voor de b2b organisaties/management coachen.  
- Overige docenten van CE, HRM etc. worden gebruikt om onderwijsprogramma te versterken.  
  
*Externe samenwerking*- Middels drie expertmeetings op de hogeschool is het afgelopen jaar invulling gegeven aan de flexibilisering van de Ad opleiding. Dit is in samenwerking met verschillende organisaties gedaan. Zowel bestaande als niet bestaande zorg en welzijnsorganisaties.   
- Er zijn ook enkele expertmeeting op externe locaties gehouden binnen een zorg of welzijnsorganisatie. Hierbij worden verschillende belanghebbende en betrokken van de organisatie in kwestie uitgenodigd zoals een HR-direct of opleidingsafdelingshoofd. Dit met als primaire doel invulling geven aan het curriculum en als secundaire doel vaker het gezicht te laten zien bij deze accounts.

Bijlage 9 Verkoopproces   
  
Het gehele proces van het ontwikkelen van een opmaat gemaakt opleidingsprogramma’s (geïndividualiseerd waarde propositie) wordt met behulp van de zeven stappen van het verkoopproces (Moncrief & Marshall, 2005) beschreven:

Belangrijk is te concluderen dat allereerst het huidige verkoopproces in een vervolg onderzoek exact in kaart moet worden gebracht. De implementatie van CRM heeft (zoals eerder gesteld) invloed op activiteiten, taken en bevoegdheden van medewerkers en op de wijze van sturen. Omdat het huidige onderzoek geen exact beeld geeft over het interne verkoopproces van MIZ wordt voorgesteld dat op te pakken worden. De stappen 1 tot en met 7 zijn dus globaal beschreven.

**Stap 1, 2 en 3**  
Met de implementatie van het flexibel opleidingsprogramma wordt voor een groot deel teruggegrepen op het doorlopen van CRM. Om herhaling te voorkomen wordt verwezen naar hoofdstuk 8.1 (waar CRM uitgebreid is beschreven). De eerste drie stappen (1) selecteren van de meest winstgevende accounts (financiële & strategische waarde), (2) het gebruik van het datasysteem en overige klant- en prospectkennis en (3) het koesteren van de relatie worden immers al doorlopen bij de implementatie van het CRM proces. Dit is daarmee de logische vervolgstap naar het benodigde partnership.

**Stap 4: Verkopen & marketen van product**  
Een geïndividualiseerd opleidingsprogramma vraagt om een één-op-één benadering. Bij het verkopen en marketen van de nieuwe waarde propositie wordt daarom met name gebruik gemaakt van de accountmanager. Aan de hand van de klantselectie en de klant- of prospect informatie (stap 1 t/m 3) dient de accountmanager in deze stap een accountplan op te stellen. Met dit plan stelt de accountmanager per klant een individuele benaderingsstrategie vast die volledig aansluit op de ontwikkelstadia en opleidingsbehoeften van de account. Dit betekent dat de accountmanager door middel van een gericht account/verkoopgesprek een eerste voorstel doet van een opmaat gemaakt opleidingsprogramma dat in-company kan worden verzorgd. Dit gesprek zal het beoogde doel van de klant meer helder moeten maken.

Als er een concrete opleidingsvraag door middel van de verkoopactiviteiten, account- en prospectbezoeken geïnventariseerd is, legt de accountmanager de (uiteindelijke) opleidingsvraag voor aan de manager van MIZ. Deze zet de opdracht (na akkoord) op basis van de ingeschatte capaciteit (personeelsinzet) en middelen uit bij het docententeam. Gezamenlijk wordt bekeken wie deze opleidingsvraag moet gaan beantwoorden. In deze stap neemt de manager ook de rol als intermediair op zich door niet alleen binnen MIZ maar ook bij eventueel bij andere opleidingen binnen het cluster M&B te kijken op welke manier deze vraag het beste kan worden beantwoord. Met andere worden als er nog ander inzet, expertise en middelen noodzakelijk blijken dan loopt dat via de coördinator.

**Stap 5 & 6: Probleem oplossen & waarde toevoegen**Eenmaal goedkeuring over de benodigde capaciteit en middelen brengt de accountmanager een offerte uit. Na een akkoord wordt er een opleidingsdeskundige (MIZ docent) aangewezen die, in samenwerking met de accountmanager, verantwoordelijk is voor het ontwikkelen en uitvoeren van een opmaat gemaakt opleidingsprogramma. In deze stappen van het proces is het van belang dat de opleidingsdeskundige inzicht krijgt in de huidige ontwikkelstadia van de account en de persoonlijke ontwikkeling van de betreffende managers (studenten). Hiervoor dient de deskundige eerst inzicht te krijgen in de klantinformatie die in de database beschikbaar is. Daaropvolgend worden er een aantal accountgesprekken ingepland met de accountmanager, de opleidingsdeskundig en diverse DMU-leden van de account om gezamenlijk (in een partnership) concreet invulling te gaan geven aan de ‘customized’ en ‘tailormade’ modules. Aan de hand van deze gesprekken wordt het opleidingsprogramma gefinetuned en daarmee op maat gemaakt. Om de effectiviteit van dit proces te waarborgen is het van belang dat klant iemand is aangewezen voor de interne coördinatie van dit programma. Dit is tevens de contactpersoon naar eventuele andere benodigde actoren zoals hr-/opleidingsafdeling, direct leidinggevende van studenten en dergelijke.

De intensiteit van samenwerken en daarmee het aantal account- of klantgesprekken, die bij het tot stand komen van een opmaat gemaakt opleidingsprogramma is mede afhankelijk van de complexiteit van de opleidingsvraag. Het is daarom in dit stadium erg lastig een inschatting te maken van de tijd en kosten.

Doordat het gehele programma in een continue-proces afgestemd wordt op de specifieke behoeften van de klant wordt er waarde toegevoegd. Om een extra (superieure) waarde te leveren kan MIZ de overige kennis en expertise van het cluster Management & Bedrijf benutten. Door de specifieke vraag uit markt naar bedrijfsvoeringscompetenties wordt er van MIZ verwacht dat ze deze vraagstukken door middel van bredere samenwerking gaan beantwoorden. Met andere woorden de vraag uit de markt veroorzaakt een grotere mate van afhankelijkheid binnen de sector van MIZ. Andere kennis en expertise is nodig om de behoefte van de klant te kunnen blijven beantwoorden.

Een goede informatie-uitwisseling tussen accountmanager en de opleidingsdeskundige (dus ook van een eventuele andere opleiding) is hierbij van essentieel belang. Het advies is daarom met regelmaat met alle partijen een reflectiemoment in te plannen. Op basis van deze uitkomsten kan het opleidingsprogramma tussentijds nog worden aangepast. Dit initiatief neemt de accountmanager.

**7. Relatiebehouden**Na de aanschaf en tijdens het uitvoeren van het opleidingsprogramma dient de accountmanager het verkoopproces verder te begeleiden. Er dient geïnformeerd te worden of de klant tevreden is met zijn aanschaf en controleert of er geen problemen zijn. Deze follow-up is van invloed op het behouden van de relatie. Ten slotte actualiseert de accountmanager, aan de hand van het gehele proces, het klantprofiel in het datasysteem.

# Bijlage 10 Ziekenhuizen werkveld MIZ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Organisatie | Medewerkers | Stad |
| Erasmus Universitair Medisch Centrum Rotterdam | 9749 | ROTTERDAM |
| Academisch Medisch Centrum | 5940 | Amsterdam |
| Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) | 5967 | LEIDEN |
| Stichting Noordwest Ziekenhuisgroep | 3117 | ALKMAAR |
| Stichting HagaZiekenhuis | 2858 | 'S-GRAVENHAGE |
| Stichting OLVG | 2768 | AMSTERDAM |
| Stichting Maasstad Ziekenhuis | 2450 | ROTTERDAM |
| Stichting Albert Schweitzer Ziekenhuis | 2597 | DORDRECHT |
| Stichting Het Nederlands Kanker Instituut-Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis | 2105 | AMSTERDAM |
| Stichting Rivas Zorggroep | 3154 | GORINCHEM |
| Stichting Reinier de Graaf Groep | 2267 | DELFT |
| Stichting Tergooi | 2023 | HILVERSUM |
| Stichting Algemeen Ziekenhuis Westfries Gasthuis | 1393 | HOORN NH |
| Stichting Groene Hart Ziekenhuis | 1538 | GOUDA |
| Stichting Spaarne Gasthuis | 1.364 | HOOFDDORP |
| Stichting Zaans Medisch Centrum | 1.107 | ZAANDAM |
| Stichting Protestants Christelijk Ziekenhuis Ikazia | 1165 | ROTTERDAM |
| Slotervaartziekenhuis B.V. | 1040 | AMSTERDAM |
| Stichting Waterlandziekenhuis | 786 | PURMEREND |
| Stichting Ziekenhuis Amstelland | 1259 | AMSTELVEEN |
| Stichting Epilepsie Instellingen Nederland | 737 | HEEMSTEDE |
| Stichting Heliomare | 1014 | WIJK AAN ZEE |
| Stichting LangeLand Ziekenhuis | 705 | ZOETERMEER |
| Stichting Reade | 602 | AMSTERDAM |
| Stichting Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis | 565 | DIRKSLAND |
| Stichting BovenIJ Ziekenhuis | 692 | AMSTERDAM |
| Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische Ziekten B.V. | 527 | ROTTERDAM |
| Stichting Rijndam Revalidatie | 535 | ROTTERDAM |
| Stichting IJsselland Ziekenhuis | 1199 | CAPELLE AAN DEN IJSSEL |
| Stichting Medisch Centrum Haaglanden en Bronovo-Nebo | 3556 | 'S-GRAVENHAGE |

(bron: Company.info,2016)

# Bijlage 11 Topiclijst kwalitatief onderzoek

|  |  |
| --- | --- |
| **Ontwikkelingen** | * Invloed op opleidingsbeleid * Structuur van de organisatie (vestigingen + aantal medewerkers) |
| **Opleidingsbeleid** | * Huidige scholing/training v. personeel * Strategische pijlers/doelstellingen t.a.v. scholing * Visie op opleidingsbeleid * Besluitvormingsproces * Rol van HRM en/of opleidingsafdeling * Budget * Scholing aantal medewerkers |
| **Opleidingsbehoeften** | * Competenties zorgprofessional * Vraag & behoeften t.a.v. hbo-opleidingen * Duale studieprogramma’s * Koopmotieven externe scholing/opleiding * Koopcriteria extern scholing/opleiding |
| **Management** | * Ontwikkeling middenkader * Competenties middenkader * Opleidingsbehoeften middenkader * Management development |
| **Management in de Zorg** | * Kennis & houding van MIZ * Kennis & houding v. soort gelijke MIZ opleidingen * Gedrag ten opzichte van MIZ * Kennis, houding en gedrag t.o.v. HO en HS Leiden |
| **Samenwerking** | * MIZ * HS Leiden |

# Bijlage 12 Marktomvang G&W

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Periode** | **2007** | **2008** | **2009** | **2010** | **2011** | **2012** | **2013** | **2014** | **2015** |
| **Zorguitgaven** | 74 666 | 79 911 | 84 177 | 87 632 | 89 676 | 92 943 | 93 099 | 94 545 | 95 344 |

Tabel 7 Zorguitgaven periode 2007-2015 (bron: CBS, 2016)

|  |  |
| --- | --- |
| **Bedrijfstakken** [Pas de indeling van de tabel aan. Verplaats variabele naar kolommen.](javascript:__doPostBack('ctl00$ctl00$MainContent$MainContentDataMaster$TableView$pubGrid','move2hdr|G1');) | **Aantal** |
| [86 Gezondheidszorg](javascript:GetDescription('desc|Dim_1%20%20%20|422500');) | 93 885 |
| [87 Verpleging en zorg met overnachting](javascript:GetDescription('desc|Dim_1%20%20%20|425300');) | 2 430 |
| [88 Welzijnszorg zonder overnachting](javascript:GetDescription('desc|Dim_1%20%20%20|426600');) | 34 620 |
| **Totaal in Nederland** | **139.935** |

Tabel 8 aantal actieve organisaties in Nederland (CBS, 2016)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bedrijfstakken** | [**500-1000**](javascript:GetDescription('desc|T|KO12%20%20%20%20');) | | **1001-2000** | | **2001 of meer** | | **Totaal** | |
| [86 Gezondheidszorg](javascript:GetDescription('desc|Dim_1%20%20%20|422500');) | 45 | 50 | | 45 | | **140** | |
| 87 Verpleging en zorg met overnachtin | 85 | 65 | | 25 | | **175** | |
| [88 Welzijnszorg zonder overnachting](javascript:GetDescription('desc|Dim_1%20%20%20|426600');) | 25 | 20 | | 10 | | **55** | |
| **Totaal** | **155** | **135** | | **80** | | **370** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Branches** | **Aantal** |
| UMC’s | 3 |
| AZ | 27 |
| VVT | 31 |
| GHz | 11 |
| GGZ | 6 |
| Overige zorg | 25 |
| Welzijn | 21 |
| **Totaal** | 126 |

Tabel 9 Verdeling 500+ G&W in Nederland (CBS, 2016b)

Tabel 10 Verdeling 500+ G&W in per branche in werkgebied MIZ (Company.info, 2016)

# Bijlage 13 Arbeidsverdeling G&W

|  |  |
| --- | --- |
| **Branche** | **Aantal VVS personeel** |
| Ziekenhuizen | 119.750,00 |
| GGZ | 45.430 |
| VVT | 268.660,00 |
| GhZ | 116.980,00 |
| Overige zorg | 28.480 |
| WMD | 42.890 |
| Jeugdzorg | 18.240 |
| Kinderopvang | 57.130 |
| **Totaal G&W** | **697.560,00** |

Tabel 11 Aandeel VVS per branche in Nederland (Regioplus, 2015..)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Branches** | **Totaal medewerker 2014 (incl. niet vvs- personeel)** | **Werkgelegenheid gem % 15-19** |
| **Zorg tot.** | **282530** | **-1,6%** |
| Ziekenhuizen | 83940 | 0,1% |
| GGZ | 22120 | 0,9% |
| VVT | 101480 | -2,2% |
| GHz | 31110 | -2,0% |
| Overige zorg | 43860 | 0,0% |
|  |  |  |
| **Welzijn tot.** | **57500** | **-8,5%** |
| WMD | 20030 | -15,1% |
| Jeugdzorg | 11270 | -14,4% |
| Kinderopvang | 26610 | -1,9% |
|  |  |  |
| **Totaal G&W** | **340430** | **-2,8%** |

Tabel 12 Totaal aantal medewerkers werkgebied MIZ (Regioplus, 2015a,b,c,d & e)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VVS personeel NLQ4** | **Rijnmond** | **Haaglanden** | **Rijnstreek** | **AKM** | **Amsterdam** | **Totaal** |
| Verpleegkundige | 12900 | 8980 | 7730 | 5330 | 10750 | **45690** |
| Pedagogisch | 2500 | 2280 | 1270 | 1400 | 2270 | **9720** |
| Sociaal cultureel | 150 | 140 | 80 | 70 | 150 | **590** |
| Sociaal dienstverlener | 190 | 190 | 110 | 80 | 180 | **750** |
| med. Maatschap. Zorg | 2980 | 2940 | 2990 | 1800 | 1770 | **12480** |
| **Totaal NLQ4** | **18720** | **14530** | **12180** | **8680** | **15120** | **69230** |
| Totaal VVS-personeel | 52680 | 41380 | 32620 | 24750 | 38570 | **190000** |
| Totaal G&W (incl. overig personeel) | 94650 | 72780 | 56620 | 42780 | 73600 | **340430** |

Tabel 13 ‘Verdeling vvs-personeel werkgebied MIZ’ (Regioplus, 2015a,b,c, d & e)

# Bijlage 14 500+ organisaties werkgebied MIZ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Organisatie** | **Branche** | **Medewerkers** | **Stad** |
| Erasmus Universitair Medisch Centrum Rotterdam | Universitair medische centra | 9749 | ROTTERDAM |
| Academisch Medisch Centrum | Universitair medische centra | 5940 | Amsterdam |
| Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) | Universitair medische centra | 5967 | LEIDEN |
| Stichting VU | Universitair hoger onderwijs | 5962 | AMSTERDAM |
| Parnassia Groep B.V. | Preventieve gezondheidszorg (geen arbobegeleiding) | 6394 | 'S-GRAVENHAGE |
| Stichting Noordwest Ziekenhuisgroep | Algemene ziekenhuizen | 3117 | ALKMAAR |
| Stichting Careyn | Thuiszorg | 5482 | SCHIEDAM |
| Stichting Sanquin Bloedvoorziening | Medische laboratoria, trombosediensten en overig behandelingsondersteunend onderzoek | 2676 | AMSTERDAM |
| Stichting Cordaan Groep | Overig maatschappelijk advies, gemeenschapshuizen en samenwerkingsorganen op het gebied van welzijn | 4900 | AMSTERDAM |
| Stichting HagaZiekenhuis | Algemene ziekenhuizen | 2858 | 'S-GRAVENHAGE |
| Stichting OLVG | Algemene ziekenhuizen | 2768 | AMSTERDAM |
| Stichting Cordaan | Verpleeghuizen | 4188 | AMSTERDAM |
| Stichting Laurens | Verpleeghuizen | 4238 | ROTTERDAM |
| Stichting Maasstad Ziekenhuis | Algemene ziekenhuizen | 2450 | ROTTERDAM |
| Stichting Albert Schweitzer Ziekenhuis | Algemene ziekenhuizen | 2597 | DORDRECHT |
| Stichting Het Nederlands Kanker Instituut-Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis | Categorale ziekenhuizen | 2105 | AMSTERDAM |
| Stichting Rivas Zorggroep | Algemene ziekenhuizen | 3154 | GORINCHEM |
| Stichting Amstelring Groep | Samenwerkingsorganen op het gebied van gezondheidszorg en overige gezondheidszorgondersteunende diensten | 3732 | AMSTERDAM |
| Stichting Reinier de Graaf Groep | Algemene ziekenhuizen | 2267 | DELFT |
| Stichting ASVZ | Huizen en dagverblijven voor verstandelijk gehandicapten en psychiatrische cliënten | 3504 | SLIEDRECHT |
| Stichting Evean | Overig maatschappelijk advies, gemeenschapshuizen en samenwerkingsorganen op het gebied van welzijn | 4168 | PURMEREND |
| Stichting Zorggroep Florence | Samenwerkingsorganen op het gebied van gezondheidszorg en overige gezondheidszorgondersteunende diensten | 3084 | RIJSWIJK ZH |
| Stichting Evean Zorg | Verpleeghuizen | 3151 | PURMEREND |
| Stichting Tergooi | Algemene ziekenhuizen | 2023 | HILVERSUM |
| Stichting Arkin | Gezondheidscentra | 2566 | AMSTERDAM |
| Stichting Aafje Thuiszorg Huizen Zorghotels | Overige belangenbehartiging n.e.g. | 2940 | ROTTERDAM |
| Stichting Antes | Geestelijke gezondheids- en verslavingszorg met overnachting | 2021 | ROTTERDAM |
| Stichting Rivierduinen | Samenwerkingsorganen op het gebied van gezondheidszorg en overige gezondheidszorgondersteunende diensten | 1888 | LEIDEN |
| Stichting Algemeen Ziekenhuis Westfries Gasthuis | Algemene ziekenhuizen | 1393 | HOORN NH |
| Stichting Groene Hart Ziekenhuis | Algemene ziekenhuizen | 1538 | GOUDA |
| Stichting Middin | Huizen en dagverblijven voor verstandelijk gehandicapten en psychiatrische cliënten | 2042 | RIJSWIJK ZH |
| STICHTING FLORENCE | Verpleeghuizen | 2700 | RIJSWIJK ZH |
| Stichting Omring | Preventieve gezondheidszorg (geen arbobegeleiding) | 2.418 | HOORN NH |
| Stichting Spaarne Gasthuis | Algemene ziekenhuizen | 1.364 | HOOFDDORP |
| Stichting Koninklijke Visio, expertisecentrum voor slechtziende en blinde mensen | Ondersteuning en begeleiding van gehandicapten | 2.043 | HUIZEN |
| Stichting Zorginstellingen Pieter van Foreest | Verzorgingshuizen | 2.086 | DELFT |
| Stichting Zorgbalans | Verzorgingshuizen | 2.027 | HAARLEM |
| Stichting Pameijer | Huizen en dagverblijven voor verstandelijk gehandicapten en psychiatrische cliënten | 1.805 | ROTTERDAM |
| Stichting ViVa! Zorggroep | Samenwerkingsorganen op het gebied van gezondheidszorg en overige gezondheidszorgondersteunende diensten | 2.213 | VELSEN-NOORD |
| Stichting Humanitas | Verpleeghuizen | 1.903 | ROTTERDAM |
| Stichting Vivium Zorggroep | Secretariële dienstverlening | 1.940 | HUIZEN |
| Stichting Fundis | Overige levensbeschouwelijke organisaties | 2.032 | GOUDA |
| Stichting Zorgpartners Midden-Holland | Verzorgingshuizen | 1.497 | GOUDA |
| Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond Concern | Brandweer | 1.946 | ROTTERDAM |
| Sticht. Woonz.centra Haaglndn | Overig maatschappelijk advies, gemeenschapshuizen en samenwerkingsorganen op het gebied van welzijn | 1.587 | 'S-GRAVENHAGE |
| Stichting GGZ inGeest | Geestelijke gezondheids- en verslavingszorg met overnachting | 1.629 | AMSTERDAM |
| Stichting Zaans Medisch Centrum | Algemene ziekenhuizen | 1.107 | ZAANDAM |
| Stichting Lelie Zorggroep | Steunfondsen (niet op het gebied van welzijnszorg) | 1.779 | CAPELLE AAN DEN IJSSEL |
| Stichting Amsta | Overig maatschappelijk advies, gemeenschapshuizen en samenwerkingsorganen op het gebied van welzijn | 1782 | AMSTERDAM |
| Stichting Yulius | Samenwerkingsorganen op het gebied van gezondheidszorg en overige gezondheidszorgondersteunende diensten | 1482 | DORDRECHT |
| Stichting Protestants Christelijk Ziekenhuis Ikazia | Algemene ziekenhuizen | 1165 | ROTTERDAM |
| Stichting GGZ Noord-Holland-Noord | Geestelijke gezondheids- en verslavingszorg met overnachting | 1289 | HEERHUGOWAARD |
| Stichting Lelie zorggroep wonen, zorg en welzijn | Welzijnswerk voor ouderen | 1690 | CAPELLE AAN DEN IJSSEL |
| Stichting Esdégé-Reigersdaal | Overig maatschappelijk adviesuizen 1194 BROEK OP LANGEDIJK NL |
| Stichting Haagse Wijk- en Woonzorg | Thuiszorg | 1672 | 'S-GRAVENHAGE |
| Slotervaartziekenhuis B.V. | Algemene ziekenhuizen | 1040 | AMSTERDAM |
| Stichting Marente | Samenwerkingsorganen op het gebied van gezondheidszorg en overige gezondheidszorgondersteunende diensten | 1564 | VOORHOUT |
| Vierstroom Wonen met Zorg B.V. | Thuiszorg | 620 | GOUDA |
| Stichting Ons Tweede Thuis | Huizen en dagverblijven voor verstandelijk gehandicapten en psychiatrische cliënten | 1344 | AALSMEER |
| Parnassia B.V. | Geestelijke gezondheids- en verslavingszorg met overnachting | 1015 | 'S-GRAVENHAGE |
| Arbo Unie B.V. | Arbobegeleiding en reïntegratie | 833 | HAARLEM |
| Stichting Waterlandziekenhuis | Algemene ziekenhuizen | 786 | PURMEREND |
| Stichting Amaris Zorggroep | Verpleeghuizen | 1472 | LAREN NH |
| Stichting ActiVite | Thuiszorg | 1259 | LEIDERDORP |
| Careyn Zuid-Hollandse eilanden B.V. | Thuiszorg | 1286 | SCHIEDAM |
| Veiligheidsbureau, Veiligheidsregio | Brandweer | 1081 | AMSTERDAM |
| Stichting William Schrikker Groep | Ambulante jeugdzorg | 878 | Amsterdam |
| Stichting Zuidwester | Huizen en dagverblijven voor verstandelijk gehandicapten en psychiatrische cliënten | 1068 | MIDDELHARNIS |
| Stichting Ziekenhuis Amstelland | Algemene ziekenhuizen | 1259 | AMSTELVEEN |
| Stichting Epilepsie Instellingen Nederland | Categorale ziekenhuizen | 737 | HEEMSTEDE |
| Bavo Europoort B.V. | Preventieve gezondheidszorg (geen arbobegeleiding) | 1081 | ROTTERDAM |
| Stichting HVO-Querido | Jeugdzorg met overnachting en dagverblijven voor jeugdzorg | 826 | AMSTERDAM |
| Stichting Topaz | Verpleeghuizen | 1116 | LEIDEN |
| Stichting Heliomare | Categorale ziekenhuizen | 1014 | WIJK AAN ZEE |
| Stichting LangeLand Ziekenhuis | Algemene ziekenhuizen | 705 | ZOETERMEER |
| Veiligheidsregio Kennemerland | Brandweer | 728 | HAARLEM |
| Stichting Saffier - De Residentie Groep | Verpleeghuizen | 980 | 'S-GRAVENHAGE |
| Stichting MagentaZorg | Verpleeghuizen | 1117 | HEERHUGOWAARD |
| Stichting Reade | Categorale ziekenhuizen | 602 | AMSTERDAM |
| Stichting Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis | Algemene ziekenhuizen | 565 | DIRKSLAND |
| Stichting Sherpa | Huizen en dagverblijven voor verstandelijk gehandicapten en psychiatrische cliënten | 1031 | HILVERSUM |
| Stichting BovenIJ Ziekenhuis | Algemene ziekenhuizen | 692 | AMSTERDAM |
| Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Delfland | Geestelijke gezondheids- en verslavingszorg met overnachting | 696 | DELFT |
| Stichting Zonnehuisgroep Amstelland | Welzijnswerk voor ouderen | 644 | AMSTELVEEN |
| Brijder Verslavingszorg B.V. | Geestelijke gezondheids- en verslavingszorg met overnachting | 753 | HAARLEM |
| GGD Hollands Midden, vestiging Leiden | Concerndiensten binnen eigen concern | 715 | LEIDEN |
| Stichting ATAL-Medial | Medische laboratoria, trombosediensten en overig behandelingsondersteunend onderzoek | 620 | AMSTERDAM |
| Stichting Sint Jacob | Verzorgingshuizen | 709 | HAARLEM |
| Stichting SHDH | Overig maatschappelijk advies, gemeenschapshuizen en samenwerkingsorganen op het gebied van welzijn | 940 | HAARLEM |
| Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische Ziekten B.V. | Algemene ziekenhuizen | 527 | ROTTERDAM |
| Raphaëlstichting | Huizen en dagverblijven voor verstandelijk gehandicapten en psychiatrische cliënten | 781 | SCHOORL |
| Stichting HilverZorg | Verzorgingshuizen | 717 | HILVERSUM |
| Stichting Jeugdformaat | Lokaal welzijnswerk | 671 | RIJSWIJK ZH |
| Palier B.V. | Preventieve gezondheidszorg (geen arbobegeleiding) | 645 | 'S-GRAVENHAGE |
| Stichting de Bascule | Praktijken van psychotherapeuten, psychologen en pedagogen | 596 | DUIVENDRECHT |
| Stichting Ouderenzorg Wilgaerden | Verzorgingshuizen | 872 | HOORN NH |
| Stichting Syndion | Ondersteuning en begeleiding van gehandicapten | 725 | GORINCHEM |
| Stichting Rijndam Revalidatie | Categorale ziekenhuizen | 535 | ROTTERDAM |
| Stichting FlexusJeugdplein | Lokaal welzijnswerk | 543 | ROTTERDAM |
| STICHTING JEUGDBESCHERMING ROTTERDAM RIJNMOND | Ambulante jeugdzorg | 597 | ROTTERDAM |
| Stichting Jeugdbescherming Regio Amsterdam | Ambulante jeugdzorg | 523 | AMSTERDAM |
| Stichting LeekerweideGroep | Ondersteuning en begeleiding van gehandicapten | 607 | WOGNUM |
| Stichting Zorg en Verpleging Goeree-Overflakkee | Verzorgingshuizen | 572 | DIRKSLAND |
| Stichting Parlan | Jeugdzorg met overnachting en dagverblijven voor jeugdzorg | 548 | ALKMAAR |
| Stichting Zorgwaard | Verzorgingshuizen | 661 | PUTTERSHOEK |
| Promen | Arbobegeleiding en reïntegratie | 1113 | GOUDA |
| Stichting Zonnehuisgroep Vlaardingen | Verzorgingshuizen | 553 | VLAARDINGEN |
| Vierstroom Zorg Thuis B.V. | Thuiszorg | 811 | GOUDA |
| Stichting CJG Rijnmond | Preventieve gezondheidszorg (geen arbobegeleiding) | 510 | ROTTERDAM |
| Stichting Respect Zorggroep | Verzorgingshuizen | 521 | 'S-GRAVENHAGE |
| Stichting Odion | Huizen en dagverblijven voor verstandelijk gehandicapten en psychiatrische cliënten | 502 | PURMEREND |
| Stichting Het Raamwerk | Thuiszorg | 510 | NOORDWIJKERHOUT |
| Stichting Leliezorg | Lokaal welzijnswerk | 551 | CAPELLE AAN DEN IJSSEL |
| Cordaan Thuisdiensten B.V. | Overig maatschappelijk advies, gemeenschapshuizen en samenwerkingsorganen op het gebied van welzijn | 663 | AMSTERDAM |
| Stichting Libertas Leiden | Lokaal welzijnswerk | 502 | LEIDEN |
| KindeRdam Groep Holding B.V. | Kinderopvang | 517 | ROTTERDAM |
| Stichting IJsselland Ziekenhuis | Algemene ziekenhuizen | 1199 | CAPELLE AAN DEN IJSSEL |
| EcoSol B.V. | Advisering op het gebied van management en bedrijfsvoering (geen public relations en organisatie- adviesbureaus) | 790 | AMSTERDAM |
| Stichting Horizon Jeugdzorg en Speciaal Onderwijs | Jeugdzorg met overnachting en dagverblijven voor jeugdzorg | 1154 | ROTTERDAM |
| Stichting Sociaal Fonds ten behoeve van het personeel van HTM | Overig maatschappelijk advies, gemeenschapshuizen en samenwerkingsorganen op het gebied van welzijn | 1006 | | | 'S-GRAVENHAGE |
| Stichting Reinier Haga Groep | Samenwerkingsorganen op het gebied van gezondheidszorg en overige gezondheidszorgondersteunende diensten | 5297 | | | 'S-GRAVENHAGE |
| Witte Kruis Holding B.V. | Samenwerkingsorganen op het gebied van gezondheidszorg en overige gezondheidszorgondersteunende diensten | 562 | | | HILVERSUM |
| ThuiszorgInHolland B.V. | Thuiszorg | 749 | HAARLEM |
| Careyn DWO/NWN B.V. | Thuiszorg | 854 | SCHIEDAM |
| Stichting Medisch Centrum Haaglanden en Bronovo-Nebo | Algemene ziekenhuizen | 3556 | 'S-GRAVENHAGE |
| Huishoudelijke verzorging TR B.V. | Thuiszorg | 750 | ROTTERDAM |

Tabel 14 Gezondheidszorg en welzijnsorganisaties 500 plus werkgebied MIZ (Company.info,2016)

# Bijlage 15 Kosten en planning

Er wordt uitgegaan van een bruto uurloon van een docent. Dit bedraagt een gemiddeld uurloon van ongeveer 27,00 euro excl. werkgeverslasten.  
  
**1. Commitment management**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Stap | Wat | Wie | Tijd | Kosten inzet personeel |
| 1 | Overleg met cluster manager: - voorbespreking noodzaak CRM-proces  -indien akkoord: afspraak inplannen met CE-docent | Manager MIZ Clustermanager | 15 min | 13,50 euro |
| 2 | Overleg opdracht CRM formuleren | Manager MIZ  CE-docent | 1,5 uur | 81,00 euro |
| 3 | Voorstel: (visie)beleid & strategie | CE-docent | 40 uur (1 volledige werkweek) | 1080,00 euro |
| 4 | Voorstellen aanpak implementatie CRM voorleggen aan manager & clustermanager | CE-docent manager MIZ clustermanager | 2 uur | 162,00 euro |
| 5 | Uitkomsten overleg verwerken | CE-docent | 3 uur | 81,00 |
| 6. | Definitieve vaststelling | CE-docent Manager MIZ  clustermanager | 1 uur | 27,00 |

**2. Informeren medewerkers**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Stap | Wat | Wie | Tijd | Kosten inzet personeel |
| 1 | Voorbereiding van teamoverleg | Manager MIZ  CE docent | 1 uur | Inzet personeel: 81,- (gemiddeld uurloon bedraagt ongeveer 27 euro per uur excl. werkgeverslasten) |
| 2 | Teamoverleg begeleid door manager en CE-docent | Docententeam Accountmanager Manager MIZ CE docent | 2 uur | 432,00 |
| 3 | Follow-up teamoverleg | Docententeam | 1 uur | 162,00 |

**3. Aanschaf en implementatie database**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Stap | Wat | Wie | Tijd | Kosten inzet personeel |
| 1 | Vaststellen van selectiecriteria op basis van informatie analyse, gestelde doelen en randvoorwaarden. | Manager MIZ  Clustermanager  Accountmanager | 30 min | 81,00 |
| 2 | Selecteren en analyseren van leveranciers | Accountmanager | 2 uur | 54,00 |
| 3 | Aanschaf online data/CRM-systeem | Accountmanager | 2 uur | 54,00  CRM-systeem: circa 30-50 euro per/maand |
| 4 | Implementeren online data/CRM-systeem | Accountmanager ICT specialist | Online versie: 30 min | 13,50 |
| 5 | Prospect- en klantgegevens invoeren | Accountmanager Ondersteuning manager MIZ CE-student | 3 uur 1,5 uur 40 uur (5 werkdagen) | 1201,50 |
| 6. | Beleid ten behoeve van gebruik systeem en datakwaliteit | Accountmanager | 4 uur | 108,00 |

**4. Sales- & relatiemanagementtraining**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Stap | Wat | Wie | Tijd | Kosten inzet personeel |
| 1 | POP opstellen | Docententeam | 12 uur (2 uur p/p) | 324,00 |
| 2 | Analyseren POP’en | CE-docent | 6 uur | 162,00 |
| 3 | Bespreken met docent | CE-docent | 6 uur (1 uur per docent) | 162,00 |
| 4 | POP’en in salestraining | CE-docent | 16 uur (2 dagen) | 702,00 |
| 5 | Voorbespreking met manager | CE-docent Manager | 1 uur | 54,00 |
| 6 | Uitkomsten verwerken | CE-docent | 2 uur | 54,00 |

**5. Accountplannen**: voor de vijf grootste accounts

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Stap | Wat | Wie | Tijd | Kosten inzet personeel |
| 1 | Accountanalyse & marktanalyse: | Accountmanager | 30 uur (6 uur per account x 5 accounts) | 810,00 |
| 2 | Accountdoelstellingen & strategie | Accountmanager Manager MIZ | 10 uur (2 uur per account) | 270,00 |
| 3 | Accountevaluatie | Accountmanager | 2,5 uur (30 min) | 67,50 |
| 4. | Evaluatie alle accountplannen | Accountmanager  Manager MIZ | 5 uur (1 uur per account) | 135,00 |

**6. Taken en doelstellingen**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Stap | Wat | Wie | Tijd | Kosten inzet personeel |
| 1 | Input manager over de doelstellingen en actieplannen | Manager MIZ Accountmanager | 2 uur | 108,00 |
| 2 | Opstellen eerste opzet/beelden van doelstellingen en actieplannen | Manager MIZ | 2 uur | 54,00 |
| 3 | Opstellen van doelstellingen & actieplannen voor gehele docentteam (teamoverleg) | Manager MIZ Accountmanager Docententeam | 3 uur | 648,00 |
| 4 | Definitieve doelstellingen en actieplannen vastleggen en communiceren (teamoverleg etc.) | Manager MIZ | 3 uur | 81,00 |

**Acquisitie ‘beldag’**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Stap | Wat | Wie | Tijd | Kosten inzet personeel |
| 1 | Voorbereiding : - belscript - achtergrondgegevens prospecten  - template vastlegging informatie/CRM | Accountmanager CE-docent | 2 uur | 108,00 |
| 2 | Draaiboek | CE-docent | 1 uur | 27,00 |
| 3 | Beldag | Vrijwillige docenten Accountmanager CE-docent | 4 uur (9:00 tot 13:00) |  |
| 4 | Nabespreking resultaten | Manager MIZ | 1,5 uur | 40,50 |
| 5 | Follow up waar nodig: - additionele informatie toesturen - afspraak inplannen | Accountmanager | 2 uur | 54,00 |
| 6 | Verwerken van prospectinformatie | Accountmanager | 1,5 uur | 40,50 |

**Samenwerking cluster Zorg**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Stap | Wat | Wie | Tijd | Kosten inzet personeel |
| 1 | Afspraak inplannen cluster manager Zorg | Manager MIZ | 15 min | 13,50 |
| 2 | Afspraak samenwerking met MIZ: - koppelen database - gebruik maken kennis, expertise, netwerken etc. | Accountmanager Cluster manager | 1,5 uur | 81,00 |
| 3 | Concrete afspraken afstemmen | Manager MIZ Accountmanager | 2 uur | 108 |
| 4 | Contact onderhouden | Accountmanager | - | doorlopend |

**Bedrijfsnetwerken**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Wat | Wie | Tijd | Kosten inzet personeel |
| Contact opnemen met werkgeversorganisatie om deel te nemen aan kenniscluster | Docententeam | 15 min per telefoongesprek (5 organisaties te benaderen) | Continu proces |
| Deelnemen kenniscluster | Docententeam | 2 uur per bijeenkomst (ongeveer 5 bijeenkomsten elke 6 a 8 weken) | (per 6 á 8 weken) |
| Uitkomsten/informatie terugkoppelen aan het team en/of accountmanager | Docententeam | Gemiddeld 2 uur aan werkoverleg (circa 1 keer in de 6 weken) | Continu proces |

**Klantpanel/symposium**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Wat | Wie | Tijd | Kosten inzet personeel |
| Mogelijkheden inventariseren bij cluster manager | Manager MIZ | 1 uur | 27,00 |
| Uitnodiging Alumni/klantpanel-bijeenkomst   * Opzet * Nalezen | Manager MIZ Ondersteuning manager MIZ | 1,5 uur | 121,50 |
| Uitnodiging versturen:   * Linked Alumni groep * Facebook * Versturen via e-mail | Ondersteuning manager MIZ | 30 minuten | 13,50 |
| Persoonlijk uitnodigen van de grootste accounts (telefonisch of mail) | Accountmanager | 1,5 uur | 40,50 |
| Voorbereiding bijeenkomst:   * Gastspreker(s) * Ruimte huren (HS) * Borrel | Ondersteuning manager MIZ | 4 uur | 108,00 |
| Voorbereiding klantpanel discussie:   * Wat willen bereiken? * Wie neemt welke rol op zich? * Hoe gaan we het bereiken? * Vastlegging van informatie? | Accountmanager Vrijwilligers docententeam | 6 uur | 486,00 |
| Het plaatsvinden van de bijeenkomst | Aantal docenten  Accountmanager  Simone Tak | 3,5 uur | 472,50 |
| Teamoverleg terugblik: - mogelijke input voor studieprogamma’s - informatie/kennis opgedaan potentiele en bestaande klanten - ontwikkelingen in de markt | Accountmanager Manager MIZ Docententeam | 2 uur | 432,00 |
| Informatie verwerken in database | Accountmanager | 1,5 uur | 40,50 |
| Follow-up richting deelnemers (mail/telefoon): - bedanken deelname etc. | Accountmanager/Manager MIZ | 1,5 uur | 40,50 |

# Bijlage 16 Uitwerking diepte-interviews

**Respondent 1.**  
Welke ontwikkelingen hebben het meest effect op uw organisatie?  
Financiering en dan met name de maatschappelijk en politieke financiering. Want we moeten een deel van ons geld gaan inleveren. We hebben een vrij grote jeugdspecialist behandelingen en dat is daar nu al voor gaande en dat merken we ook echt. Want die wet is natuurlijk al in gegaan en we hebben te maken met de langdurige zorg waar we nu op aan het anticiperen.   
  
Hoe anticiperen jullie op deze ontwikkelingen?  
We zijn nu een mentale verandering aan het ingaan met ons manifest. Dat heeft dan te maken met de regie van de cliënt en de zorg bij de cliënt. Daarnaast moeten er paar een ombuigingen plaats vinden en ja hoe ga je dat doen? Eén van de dingen waar we nu erg mee bezig zijn is het digitaliseren. Zo zijn we momenteel bijvoorbeeld bezig met een e-learning programma. Dat zijn wel dingen waardoor je de zorg niet direct treft waardoor die zorg ook moet gaan omschakelen en dat blijkt redelijk lastig te zijn.   
  
Wat voor een effect heeft een dergelijk e-learning programma op de leervraag van medewerkers?  
Het digitaliseren maakt het voor medewerkers op een andere manier mogelijk om aan hun leervraag te voldoen. Ik persoonlijk geloof er namelijk niet in dat je altijd op een standaard manier de leervraag moet beantwoorden, dat kan namelijk niet altijd. Ik zie de noodzaak van zo een programma dan ook in en hoop dat de medewerkers dat ook gaan doen.   
  
hoe ziet het medewerkers bestand er uit?  
Er werken ongeveer 5500 mensen bij onze organisatie. Een erg groot deel daar van is echter tussen de 45 en 60 jaar oud. Wij zien dus een vergrijzing onder onze medewerkers.   
  
Hoe spelen jullie in op deze vergrijzing?  
Wij hebben continue zo’n 300 nieuwe BBL leerlingen rond lopen en HBO hebben we ook vrij veel maar dat zijn vrij veel zittende medewerkers die nog een andere opleidingen willen doen en soms hebben we ook soms HBO-stagiairs, maar die begeleiding is erg intensief gebleken.   
  
Wat is jullie visie op dat opleidingsbeleid?  
Dat heeft eigenlijk te maken met Jennix 70-20-10. Daarbij leert de medewerker 10% in de klas, 20% met collega’s en 70% leer je op je werkplek. Natuurlijk geven we veel cursussen, nieuwe informatie geven we via trainingen, klassikale lessen, e-learning of hoe dan ook te leveren. Sommige theorie is gewoon slim om op deze manier te doen. Maar daarnaast hebben we ook sinds 1,5 jaar bezig met leerprogramma’s die gaan over onze cliënten. BHV is daar een voorbeeld van maar dat is gewoon een standaardprogramma en vind ik niet heel interessant ondanks dat mensen dit toch moeten doen. Maar we hebben leerprogramma zoals EVMP (ernstig verstandelijk meervoudig beperkten) wat eigenlijk gaat om heel laag niveau cliënten die functioneren tussen het baby niveau van tussen de 0 en 18 maanden. Dat is eigenlijk een visie en methode die landelijk door twee mensen ontwikkeld is en al jaren lang op aansluiten en waar we op door ontwikkelen. Al onze medewerkers moeten met deze theorie en visie mee, willen ze dit niet dan moeten we helaas afscheid van ze nemen. Daarnaast hebben we ook intervisie, peer-to-peer groepen met je eigen team dingen doen. Dat hangt er eigenlijk ook nog aan vast, maar daar heb ik als opleidingsadviseur geen invloed op.   
Deze praktische workshops worden met ons kennisteam ontwikkeld.  
  
Wat is een kennisteam?   
Dat zijn een aantal deskundigen, waaronder begeleiders gelukkig en die ondersteun ik vooral op leergebied. Dit team bepaalt wat wij jaarlijks als thema gaan pakken voor onze workshops, trainingen en cursussen.  
  
In hoeverre heeft dit team invloed op het opleidingsbeleid?  
Het kennisteam heeft veel invloed als het gaat om dit stuk van het beleid. Dus wel de interne opleidingen. Wij als opleidingsadviseurs hebben invloed op wat zijn de standaarden op grote lijnen zijn.   
  
In hoeverre krijgen medewerkers de vrijheid om extern opleidingen te volgen?  
Iedere zorgmanager heeft voor zijn team een budget voor externe opleidingen en dat niet erg groot om eerlijk te zijn. Om mijzelf als voorbeeld te nemen als ik een externe opleiding wil doen dan ga ik met mijn direct leidinggevende om tafel zitten om te kijken in hoeverre hij deze opleiding nuttig acht en dan bepaalt hij vervolgens in welke mate ik de opleiding in eigen tijd moet doen en hoeveel ik zelf moet financieren of gefinancierd krijg.   
  
Zit daar dan nog een beleid op?  
Ja, daar zit officieel wel een beleid op maar daar rommelen wij wat mee, dat klinkt misschien een beetje rommelig. Maar dat hangt echt af hoe belangrijk mijn direct leidinggevende de opleiding vindt.   
  
Hoe wordt het budget verdeeld?  
Er is een standaard verdeling dat er bij zoveel fte krijgt een manager zoveel geld. Bij sommige afdelingen is het hoger zoals bijvoorbeeld de wetenschappelijk en onze afdeling.   
  
Alle post voor alle opleidingen komt bij mij uit en dan met name de standaard opleidingen zoals de BHV cursussen. Niet als het organisatorisch is want dan doet de manager het van de servicecentrum.

In hoeverre wordt opleiden gestimuleerd door het management?  
Naast dat het bovenaf wordt gestimuleerd komen medewerkers ook naar ons toe met de vraag of ze bij of opgeschoold kunnen worden. Naar mijn mening kunnen medewerkers dit nog wel wat meer proactief in mogen zijn. Maar medewerker hebben en krijgen dus wel de mogelijkheid en vrijheid om dit bij ons en hun direct leidinggevende aan te geven.

Hoe ziet de structuur er uit van uw organisatie?  
We hebben twee bestuurders een stuk of zeven directeuren, daar onder zorgmanagers en andere managers zoals service managers en daar onder weer de medewerkers.

Welke ontwikkelingen zijn er ten aanzien van de management functies binnen uw organisatie?  
Die zijn de afgelopen tijd erg afgelopen en sommige functies zijn zelfs verdwenen. Zo zijn we momenteel bezig met het ontwikkelen van een management ontwikkelingsprogramma en dat wordt onder andere gedaan door mijn leidinggevende een collega van mij een zorgdirecteur en een aantal zorgmanagers. De plannen die zij hebben moeten zij verantwoorden aan de directieraad en het raad van bestuur.   
  
Zitten er in het management ontwikkelplan ook extern opleidingen?  
Er zitten zowel interne als externe opleidingen. Daarbij werken we veel samen met de Baak, Kessels en Smit maar ook met intern kijken we naar welke mensen hebben we in huis die we eventueel kunnen gebruiken om personeel op te leiden. Zoals bijvoorbeeld onze financieel adviseur die aan een aantal medewerkers een cursus financiële inzichten heeft gegeven. Bovendien werken we ook veel samen met andere organisatie binnen en buiten onze branche en dat werkt. Deze samenwerking gebruiken we vooral om te kijken wat wij van hen kunnen leren en wat zij van ons kunnen leren.   
  
We hebben twee jaar geleden ook een reorganisatie gehad en toen moesten alle zorgmanagers opnieuw solliciteren, omdat dat een hele andere functie werd. Er werd een laag uitgehaald dus die twee lagen werden eigenlijk één laag. Dan hebben we het over de laag die tussen de directeur en de zorgmanager in zat. Hierdoor kregen zorgmanagers een grote span of controle, een grote verantwoordelijkheid en grotere bevoegdheden.  
  
En wat is er vervolgens gebeurd met deze medewerkers?  
Eén daarvan is een zorgmanager geworden een aantal daarvan zijn coach geworden. Deze coachen de zorg managers maar ook de directieleden. En die zorgmanagers is een hele wisselende groep. De één ontwikkeld zich enorm snel en een ander vind het nog steeds moeilijk om los te laten en medewerkers vrijheid te geven. Deze zorgmanagers hebben enorme spam of control omdat ze ongeveer 200 tot 250 medewerkers onder zich hebben hangen en dat moeten eigenlijk vrij zelfsturende teams worden. Dit aantal zit met name in de jeugdzorg. Bij de langdurige zorg is dat aantal met 50 tot 70 medewerkers een stuk kleiner, omdat dit een hele andere business is.   
  
Krijgen deze zorgmanagers nog extra ondersteuning als het gaat om opleiding of scholing?  
Ja, een aantal zorgmanagers ontwikkelen zich ernorm goed en krijgen ook extra scholing bij diverse interne en externe en coaching en supervisie wordt enorm veel ingezet.   
  
Welke achtergrond en niveau hebben deze zorgmanagers?  
Dat zijn veelal HBO of HBO+ geschoolde mensen, waarvan er een aantal een VO-management hebben gedaan en een enkeling WO. Maar de vraag is echter of wij op die functies wel WO willen, omdat je moet nadenken in hoeverre deze mensen praktisch zijn.   
  
Welke competenties verwacht u van deze zorgmanagers?  
Vooral aansturing, goede aansturing en dat het huis op orde is, mensen durven te laten gaan zodat ze fouten kunnen maken en daarvan kunnen leren. Dat vindt een groot gedeelte toch nog wel moeilijk.   
  
Hoeveel zorgmanagers zijn er binnen uw organisatie?  
Ik denk zo een tachtig zorgmanagers en zo een twintig servicemanagers. De servicemanagers hebben echter niet direct met de zorg te maken hebben. Ik vind dit aantal trouwens ook te veel, zo hebben wij geadviseerd dat het aantal servicemanagers er met de helft uit moet gaan. Zo hebben we momenteel ook drie zorgdirecteuren en drie servicedirecteuren, daarvan vind ik ook dat er bij de service afdeling maar één directeur nodig is.  
  
De zorg bij ons wordt ook een stuk complexer door bijvoorbeeld intolerantie etc. waarvoor ook stevige begeleider nodig hebt.   
   
  
Hoe verschuiven de functionarissen?  
We hebben net een notitie uitgedaan naar het MT waar in staat dat wij denken dat er veel meer behoefte is aan HBO of WO opgeleid personeel. Dat is bijna ‘topsecret want we hebben natuurlijk veel MBO drie en niveau 4, maar als je ziet de complexiteit van de zorg en de complexiteit van de maatschappij waarmee de begeleiders te maken krijgen. Heel veel mensen die HBO, dus niveau vijf of zes genoten zijn functioneren eigenlijk als niveau vier en krijgen ook als niveau 4 uitbetaalt. Daarom kijken we nu naar hoe we de niveau vijf willen gaan inzetten. Hierdoor zijn we druk bezig met onderzoek hoe we gaan opleiden?  
  
Welke doorgroei mogelijkheden hebben deze niveau vijf medewerkers dan?  
Het wordt een lastige opgave om deze door te laten groeien naar zorgmanager zeker gezien de complexiteit maar ook omdat we er maar weinig van in huis hebben. Deze mensen kunnen wel de breedte in en zich verder specialiseren. Als we het hebben over die EVHB die hebben een post-HBO gedaan die zijn coach en zijn trainer en ik denk ook aan ambulante begeleiders die thuis gaan begeleiden. Die moeten namelijk vanuit de jeugdwet allemaal een HBO opleiding gedaan hebben.   
  
Welke hbo-opleidingen zijn dit dan?  
Nu hebben het veel over SPH maar dat wordt een opleiding jeugdwet die aansluit op deze wet.  
  
En welke opleidingen moeten managers minimaal gedaan hebben?  
Management opleidingen moeten bij een HBO-opleiding gedaan worden. Ik adviseer altijd doe dat vooral niet bij NCOI of al die toetser en bellen.   
  
Waarom adviseert u dit?  
Nou niet om de inhoud want die zal best goed zijn, maar met name omdat de commerciële sector minder bezig zijn met persoonlijke ontwikkeling door middel van supervisie en intervisie en dat vinden wij nou juist zo belangrijk. Hogescholen leggen wel deze nadruk op persoonlijk ontwikkeling, vandaar dat advies. Dit wordt echter niet altijd gehonoreerd. Medewerkers en hun direct leidinggevende hebben daar dus toch een zekere mate van vrijheid in.   
  
In hoeverre bent u bekend met de opleiding Management in de Zorg?  
Management in de Zorg doen we zowel in Leiden als in Rotterdam als in Utrecht. Dat ligt er eigenlijk aan waar ze wonen en hoe ze hun referenties zoeken. Een praktijkopleider van ons is hier direct bij betrokken en heeft een kort lijntje met de Hogeschool Leiden als de andere Hogescholen.   
  
Met welke opleidingen heeft deze praktijkopleider dan voornamelijk contact?  
Voornamelijk met de opleidingen binnen Welzijn dus voornamelijk SPH en een klein ook met HBO-V.  
  
En in relatie tot de opleiding Management in de Zorg?  
Ook met Management in Zorg hebben we een lijn mee gehad maar dan met de Haagse Hogeschool een concurrent van jullie, maar die als het goed is gestopt. Ik heb zelf in de referentiegroep gezeten en heb drie bijeenkomsten destijds bijgewoond, maar toen ging de projectleider daar weg en toen ging het hele project op. Dat proces maakte ik twee keer mee waarop een derde projectleider mij opbelde om te vragen of ik nogmaals in de groep zou willen, maar die heb door de constante switch in projectleider afgewezen.   
  
Wat weet u over Management in de Zorg van de Hogeschool Leiden?  
Van de Haagsche Hogeschool vind ik dat ze wispelturig zijn en Leiden vond ik altijd degelijk en beheersmatig, soms kan je van één van beide gebruiken en dan hebben we contact met deze opleidingen.  
  
En hoe verloopt dat contact?  
De praktijkopleider van Jeugd die heeft de contacten rondom jeugd en die heeft volgens mij met Leiden toen gekeken naar een Ad versie om te kijken of een dergelijke opleiding wel aan zou sluiten, kan dat wel voor de wet etc. En ik heb vervolgens weer met haar een lijntje over wat dat betekent voor ons stichting. Zij houdt dat dus voor de hele organisatie bij.   
  
In hoeverre hebben jullie nauw contact met onderwijs instellingen?  
Onze praktijkopleider zijn erg actief in het MBO en geven daar ook trainingen omdat we daar ook het meeste van afnemen. Destijds hebben we dat ook gedaan met de Haagse Hogeschool omdat zij ook trainingen van onze praktijk opleiders wilde inkopen, alleen zijn we dit toen niet aangegaan omdat de prijs die zij ervoor wilde betalen onder het uurloon lag wat wij hen aanbieden.   
  
HBO-V is veel meer gericht op cure en snelle en intensieve zorg (gericht op ziekenhuizen) dus die opleidingen is voor ons niet zo interessant.   
  
Wat kan er in die samenwerking beter?  
Als we het hebben over de Hogescholen dan zie ik met uitzondering van de Hogeschool Leiden dat docenten vaak niet weten wat er gaan is in de zorgsector. Co-creatie is in dit proces dus gewoon heel belangrijk.  
  
Welke mensen invloed op het opleidingsbeleid?  
Die kenniscentrum, de directie maar ook managers voor hun eigen afdeling maar ook breder dan hun afdeling en wij als opleiders hebben daar veel invloed. Wat wij zien aan trends proberen wij wel mee te nemen. Wij worden dus wel beïnvloed door medewerkers. Het liefst hebben wij geregeld overleg met de medewerker wat zijn de trends en ontwikkelingen. Zo kunnen we snel en zo goed mogelijk inspelen op de leervraag van de medewerker. Die moeten dus meer laten horen wat er nodig is en gelukkig toen ze dat de laatste tijd ook steeds meer. Want als wij het niet bieden dan gaan we kijken welke andere instanties dit wel bieden.  
  
Hoe verloopt het traject van het aanvragen om extern bij een hogeschool een opleiding te doen?  
Dat moeten medewerkers met hun direct leidinggevende waarom jij dat wil en de manager bepaalt dan vervolgens of dit gefinancierd wordt of niet. Als dat niet het geval is komen mensen toch ook vaak naar ons en dan adviseer ik altijd waarom ze het zelf niet doen.   
Wij als opleidingsadviseur hebben daar ook niks mee te maken en soms kijken wij samen naar welke Hogescholen en welke opleidingen het beste zouden passen bij hun leerwensen. Bovendien kijken wij ook of er al medewerkers zijn geweest die die opleiding gevolgd hebben bij de instelling in kwestie zodat deze persoon als referent kan dienen.   
  
Hebben jullie contracten met onderwijsinstelling?  
Nee, dat willen we niet, juist die input vanuit de organisatie willen wij niet.   
  
Wat zouden Hogescholen voor jullie kunnen betekenen?  
Nou zoals ik net al zij doen wel al aan co-creatie, maar het is wel belangrijk dat dit wel qua tijd en geld haalbaar blijft.

In hoeverre sluit het aanbod van Management in de Zorg aan op jullie opleidingsbeleid?  
Nou onze managers zijn nu al voldoende opgeleid en medewerkers die ambitie hebben om meer leiding te gaan geven die kunnen dat zelf ook op kunnen pakken. Ik verwacht echter niet snel dat ze daarvoor naar Management in de Zorg zouden gaan omdat dit voor medewerkers vaak toch door het lange studieprogramma te intensief is. Dit aspect komt vaak vanuit diverse adviesgesprekken terug. Als het lijkt dat iemand dit niet blijkt aan te kunnen dan zeg ik van nou misschien kan je het ophakken in korte stukjes of doe eerst is een supervisie of coaching traject om daar wat steviger in te worden dan kan je altijd weer sneller instromen.   
  
Leiden jullie mensen vooral via duaal onderwijs op of ook via andere vormen?  
Eigenlijk alleen duaal onderwijs.

**Respondent 2.**We zijn van origine een thuiszorgorganisatie, maar hebben steeds meer verpleeghuizen erbij gekregen en uiteindelijk zijn we in 2011 gefuseerd met Osira. In relatie tot het stuk thuiszorg en dan met name de huishoudelijke hulp die onder wetgeving Wmo valt en de AWBZ wetgeving zit allebei in de het stuk thuiszorg. Die wetgeving heeft vooral invloed gehad op de financiering omdat het vroeger één pot geld was en nu zijn dat er twee.   
  
Welke effect hebben deze wetgeving gehad op de dienstverlening van uw organisatie?  
Wat je nu ziet is dat huishoudelijke hulp apart is gegaan omdat die Wmo bekostigd wordt. Dan hebben we de wijkzorg wat een aparte BV is, dus de oude thuiszorg situatie en intramurale huizen en daaraan zie je verschillende geldstromen binnenkomen maar ook andere eisen.   
  
Welke eisen zijn dit?  
Nou zorgverzekeraars hebben toch een hele grote stem in dit proces, want de zorgverzekeraars bepalen eigenlijk wat je binnen krijgt aan zorg en hoe dat verrekent is. Voorheen was de bekostiging dan ook dat je betaalt werd per bed en nu krijg je per zorg zwaarte pakket en die kijken naar welke zorg en in welke mate de patiënt nodig heeft. Het probleem is echter dat de financiering van een patiënt die onverhoopt een hogere indicatie zorg zwaarte pakket krijgt te lang duurt omdat er een paar dagen overheen gaan. Daarin verlies je dus altijd wat aan geld, want je moet wel je zorg inzetten.   
  
Wat voor een gevolgen heeft dit gehad?  
Dat heeft gevolgen gehad voor ons personeelsbestand, omdat je een soort flexibele schil die je nodig hebt die bij een dergelijke situatie meer of minder kunnen werken. Dus je moet veel meer rekenen, kijken hoe je dat rond krijgt en je moet veel meer regristeren om dat zorg zwaarte pakket goed op papier te hebben. Wij zijn eigenlijk dus veel meer kwijt aan registratie en niet meer direct aan zorgverlening.   
  
Wat voor een effect heeft dit op het personeel?  
Voor de mensen die echt vanuit hun hart zorg verlenen is dit echt een struikelblok. Ze zijn ten eerste niet zo administratief onderleg, ten tweede willen ze eigenlijk die aandacht aan de patiënt besteden en dat kan dus veel minder.   
  
Om welke personeelsleden heeft u het nu?  
Met name om de wat oudere personeelsleden, maar niet alleen ouderen hebben er last van ook jongere personeelsleden. Dat komt volgens ons doordat bij de doelgroep zorg automatisering veel minder is ingebed als bij de commerciële sector. Met een onze organisatie die redelijk grijs is en bovendien onze doorstroom minder snel is kun je begrijpen dat dat redelijk lastig is voor ons.   
  
Daarnaast is onze cliëntenbestand heel erg veranderd en bovendien moeten familieleden mee participeren maar aan de andere kant worden ze ook steeds mondiger. Dit maakt het ook lastig voor zorgprofessional dus het vraagt dus soms ook andere competenties zoals meer sociale vaardigheden.   
  
Hoe veranderd het zorgaanbod hierdoor?  
Waar wij vroeger nog konden bepalen wanneer, hoe laat en hoe wij zorg verlenen aan de cliënt moeten wij daarop steeds vraag gestuurd gaan handelen. Wat er de laatste jaren ook is gebeurd is dat de mensen die een lage zzp hadden niet meer in aanmerking kwamen voor een verzorgingstehuis. Nou hebben we wijkzorg, maar daarin zien we dus een verandering waarin mensen langer thuis moeten blijven, we hebben meer technologische aanpassingen thuis en dat betekent ook dat mensen langer thuis kunnen blijven. Je ziet ook dat mensen veel eerder thuiskomen van ziekenhuizen. Voor ons betekent dat een verandering van het personeelsbestand, want door deze ontwikkeling moet je hooggeschoold personeel aannemen. Dat is vaak opleidingsinhoud en daar veranderd ook heel veel.   
  
De wijkzorg bij ons zit allemaal in zelfsturende teams daar zijn we drie jaar geleden mee begonnen. Maar dat is wel een andere doelgroep qua personeel. Want mensen die voor thuiszorg kiezen werken behoorlijk zelfstandig, want je werkt alleen bij die cliënt. En als er echt iets is dan kan je altijd een collega bellen. Als de handeling echter te ingewikkeld wordt dan hebben een specifiek team die de medewerker kan inschakelen. Dit team dienen dus ter ondersteuning.   
  
Hoe is leidinggevende hierdoor veranderd?  
Vroeger was er altijd een manager waar je op kon terugvallen, we hadden een aparte planner die alle routes zo effectief gepland werden en we hadden grote team. Het resultaat was echter dat de cliënt te maken kon krijgen met vijftien verschillende hulpverleners. Daar hebben we dus onder andere ook meer aandacht aan gegeven zodat door middel van kleinere teams de veiligheid van de patiënt ook gewaarborgd wordt.   
   
Wat was de voornaamste reden voor de implementatie van zelfsturende team?  
Zoals ik net zei komt dat voor een groot deel doordat we de veiligheid van de patiënt kunnen garanderen en bovendien kan er daardoor een relatie tussen medewerker en cliënt ontstaan. Ook het geld is een belangrijke reden zeker omdat de managementlaag veel kost en toch alleen op kantoor zit. Daarom hebben we destijds besloten om de managers teamcoaches te maken en die coachen op een andere manier en het team regelt zijn eigen zaken.   
  
Welke zaken regelt het team dan bijvoorbeeld?  
Daarbij kan je denken aan de planning van de werkzaamheden, maar ook de planning van je cliënten aanbod. Want de wijkteams zijn verantwoordelijk voor een wijk waardoor een team met elkaar moeten beslissen en inventarissen of zij de zorgvraag in de week kunnen realiseren en zo ja dan moeten we kijken hoe we dat moeten gaan doen. Blijkt echter dat er niet genoeg middelen of kwaliteiten zijn om aan deze vraag te voldoen dan moet het team zonder de aansturing van een manager gaan hoe dit verder op te lossen. Anderzijds kan het ook zo zijn dat een team te weinig klanten heeft want je hebt wel je vast personeelsbestand. Dus ook daar heb je ook een flexibele schil voor nodig.   
  
Wat gebeurt als een team daar niet uit komt?  
Op de overkoepeling zit één wijkzorgpoot en daar zit ook een stukje in over wat nou als wij er echt niks meer aan kunnen doen of we zijn nu uitgeput met ze allen. Dus om ze toch te ondersteunen hebben ze toch die coach die ze daarvoor kunnen inschakelen. Maar eigenlijk ligt de verantwoordelijkheid echt in het team, zo laag mogelijk.   
  
Hoe verhoudt deze vrijheid en verantwoordelijkheid zich ten opzichte van scholing van personeel?  
Ik val onder de poot ondersteunende diensten dus mij kan je zien als ondersteuner op het gebied van opleidingen. Wat inhoudt dat het team bepaalt wat jij van mij wilt. Natuurlijk heb je een aantal kaders waarbinnen je beweegt, maar het team neemt dingen bij ons af. Zij krijgen dus ook de vrijheid om naar externe hogescholen of private onderwijsinstellingen te gaan.   
  
Wat voor een effect heeft dat op uw rol?  
Deze ontwikkeling zorgt er eigenlijk voor dat ik me constant waar moet maken als ondersteuner opleidingen dat ze bij afneemt en dat je niet naar de buurman gaat of naar een andere bedrijf. Je ziet dat dat in het begin wel wat geweest is maar dat ze langzamerhand terug komen omdat wij weten wat er binnen de organisatie speelt en daardoor beter en sneller inspelen en vraaggericht werken. Dat is het stukje wijkzorg. Nu zijn we intramuraal bezig zijn dat is toch een andere doelgroep want deze mensen zitten langer en zijn eigenlijk nog een hiërarchische aansturing gewend. Dus je hoeft niet na te denken. Maar nu zitten we natuurlijk midden in de transitie naar een andere dienstverlening en dat vraagt heel veel. Dat betekent ook dat we dat technisch moeten ondersteuning te denken aan werken met een iPad. Daardoor zijn we aan het kijken hoe we die informatie zo makkelijk mogelijk kunnen laten vinden en weergeven.   
  
Door alle verandering ten aanzien van de financiering hebben we een behoorlijke reorganisatie achter de rug en zijn we eigenlijk de structuur van de organisatie op nieuw aan het opbouwen.   
  
Op welke manier wordt dat gedaan?  
We hebben laag geschoold personeel die het in zich hadden zoveel mogelijk geprobeerd door te laten scholen en de mensen die het niet in zich hadden hebben we afscheid van genomen en daarmee zijn we nu zoekend. Want de teams bepalen wat ze van ons afnemen, daar veranderd dus heel veel.   
  
Wat is jullie visie op het opleidingsbeleid?  
Nou nu is dat dus heel erg vraaggericht, maar we hebben altijd inspectie die boven ons hoofd hangt en die bepaald ook een stukje kwaliteit. Van daaruit hebben we aantal programma’s opgesteld en we hebben ook nog steeds een aantal kaders daarin. Dus iedereen moet bijvoorbeeld opgeleid zijn voor de werkzaamheden die hij uitvoert. Je bent dus bevoegd vanuit je opleiding en bekwaam blijf door middel van trainingen.   
  
Op welke manier is dit beleid daardoor veranderd?   
Omdat we verschillende zorgsoorten hebben komen behaalde handelingen bij de ene groep wel veel meer voor als bij de ander, kon een leidinggevende toen nog bepalen wat zijn bij ons dan de prioriteiten en waarin moeten medewerkers dan in geschoold worden. Nu moet het team dat doen.   
  
Mocht een medewerker niet meer bekwaam zijn een bepaalde handeling uit te voeren dan hebben wij een specifiek team voor de hele organisatie die van alle toetsen en bellen op de hoogte zijn en alle technologische ontwikkelingen vanuit het ziekenhuis enz. En dan geven we scholing op de job en dan is het zo dat een medewerker praktische begeleiding krijgt net zo lang diegene in staat is de handeling uit te voeren en het theoretische deel komt erachter aan. Want centraal staat is dat hij wel bekwaam moet zijn om dit uit te voeren, maar doordat het theoretische deel vaak niet op korte termijn gerealiseerd kan worden doen we het op deze manier. Dit heeft bovendien als voordeel dat we geen gaten laten vallen en daardoor ook minder geld door verliezen. Bovendien werkt dit team voor zowel de wijkzorg als voor intramuraal.   
  
Uit welke mensen bestaat dit specifieke team?  
Dat zijn voornamelijk mensen van onze afdeling dus trainers die van alle nieuwe technische en alle andere ontwikkelingen die momenteel gaande zijn. Deze mensen moeten dus constant bijgeschoold worden.   
  
Wat is het voornaamste verschil als het gaat om de zorgverlening tussen intramuraal en wijkzorg?  
Het grootste verschil is dat de wijkzorg meer commercieel te werk gaan. Er wordt zoals ik al eerder zei vraag gestuurd gehandeld, daarbij moet gelet worden op de middelen die beschikbaar zijn. Terwijl bij intramurale zorg dit nog minder aan de gang is omdat we bij deze zorgverlening gewoon bepaalde verplichtingen als is dit nog zo duur. In de wijk teams heb je bovendien ook te maken met eerstelijnszorg zoals huisartsen.   
  
Hoe groot is zo een specifiek team?  
In totaal zijn die met zijn zessen en die werken met elkaar in een zestien uursdienst.   
  
Waar zijn de meeste veranderingen gevallen ten aanzien van opscholing?  
Vooral bij niveau twee. Daar hebben een scholingstraject voor gedaan en die moesten uiteindelijk minimaal niveau drie behalen. Omdat het voor veel mensen dit lastig is en omdat de duur van een dergelijk programma vaak toch lang is hebben we afspraken gemaakt met een commercieel bedrijf. Met dit bedrijf hebben we vervolgens afgesproken dat de twee modules die het meeste voorkomen in de directe zorgverlening en de handelingen op de werkvloer die worden gecertificeerd. Blijkt naderhand dat je dit aan kan dan kan je doorstromen naar drie G, blijkt dat niet dan wordt je dus gecertificeerd als 2+ en dan is de medewerker bevoegd om die handelingen uit te voeren en de rest niet. Dit heeft traject heeft wel vier jaar geduurd. Bovendien hebben we ook de doorstroom van drie naar vier. Ook dat is een verkort traject omdat medewerkers vaak toch veel ervaring hebben. Dus ook dat hebben we met een commercieel bedrijf afgesproken. Maar ook hebben we opscholing van MBO naar HBO maar dat is veel minder.   
  
Worden er binnen uw organisatie nog wel managers opgeleid?  
Nee, eigenlijk niet, zeker niet omdat de zelfsturende teams geen managers nodig hebben. Iedereen is in dit team gelijk. Wel heeft een ieder een eigen deskundige waarop het team kan terug vallen. Dus als de ene medewerker goed is in het plannen van bepaalde werkzaamheden dan neemt hij dit op zich, maar uiteindelijk zijn ze samen eindverantwoordelijk.   
  
   
Wat is er gebeurd met de managementlaag die verdwenen is?  
De teams zijn nu zelf verantwoordelijk en eigenlijk alles wat op de directe werkvloer gebeurde werd afgedamd door de teamleider. Nu hebben we teamcoaches, maar dat is iets anders als een teamleiders want die zat eigenlijk direct op de zorgverlening en die coacht wel en is beschikbaar voor complexe vraagstukken en die kan de link zijn naar boven of beneden of zorgen voor ondersteuning of opleiding, maar uiteindelijk bepaalt het team. Die teamleider is nu dus weg en momenteel zitten we midden in die omschakeling.   
  
En hoe ziet die omschakeling er uit?  
We hebben net gesprekken gevoerd met alle teamleiders om te kijken of wie er geschikt is als coach.  
Want het vraagt ook andere competenties van de iemand. Daarom kregen deze mensen de mogelijkheid om de benodigde competenties te leren, kan je het niet leren dan houdt het op en dan nemen we afscheid van je. Ik geloof dat we van zestig teamleiders terug moeten naar dertig zorgcoaches en dat heb ik het nu alleen over intramuraal.   
  
Hoe leiden jullie mensen op die coach willen worden en niet de benodigde competenties hebben?  
Dat ligt eraan wat diegene nog moet leren. Soms kunnen we dat met een intern programma en soms doen we dat door er een externe partij er bij te halen.   
  
Wat voor externe partijen zijn dit dan?  
Vaak doen we dat met commerciële bedrijven omdat deze veel eerder kunnen inspelen op onze vraag. Die kunnen namelijk het studieprogramma naar onze situatie en onze vraag aanpassen met hogescholen is dat toch een stuk lastiger. En dat eerste willen en dan kijken we vaak ook nog over de schouder mee.   
  
Hebben jullie wel contact met hogescholen?  
Ja, hier in Amsterdam hebben we wel veel contact met de hogeschool Amsterdam en InHolland en dan met name de opleiding verpleegkunde omdat dat ons natuurlijk raakt. Bovendien hebben we hier een Sigra en dat is een overkoepelend orgaan en die heb je voor de cure en voor de care en dan kijken we met elkaar naar wat zijn de veranderingen en hoe kunnen jullie meegroeien daar in. Maar wat zij zien is dat de Hogescholen eigenlijk te traag zijn voor de veranderingen in de zorgverlening.   
  
Wat bedoelt u daar mee?  
Als wij met die decanen om tafel zitten bespreken wij hoe het onderwijsaanbod beter kan aansluiten op de ontwikkelingen in de zorg. Als voorbeeld willen wij bijvoorbeeld dat de psychiatrie kant veel meer in de opleidingen naar buiten komt. Wat er dan gebeurd als je dat afspreekt met hogescholen betekent dat het curriculum aangepast moet worden, nou ook dat lukt dit jaar niet maar misschien kunnen we dat volgend jaar invoeren. Dan starten ze altijd met een eerste jaar en dat duurt dan 2 of 4 jaar. Dus als we dat ingevoerd hebben dan zijn we een aantal jaar verder en dan is zorgvraag alweer anders en dat kan niet.   
  
Hoe is dat bij het MBO geregeld?  
Het MBO is daar iets flexibeler in en speelt daarin door bijvoorbeeld wel gastlessen te geven en zij hebben ook nog een stukje vrij regel ruimte en dan zijn we dus al eerder bezig en hebben we dus ook eerder resultaat. Dat is het verschil tussen mbo en hbo en dat is natuurlijk jammer omdat je zou denken dat de capaciteiten van de mensen die op een hogeschool zitten dan het mbo onderwijs en dat zou andersom moeten zijn. Maar dat komt doordat de structuren van de hogescholen niet goed in elkaar zit en het is ook nog een soort van wij weten het allemaal. Daar lopen wij tegen aan. Daarom besluiten we eerder om mensen bij te scholen omdat je dan eerder het gewenste resultaat bereikt wat de hogescholen niet kunnen.  
  
Dan hoeven ze dus niet opgeschoold te worden naar een ander niveau, maar zij moeten gewoon aan bepaalde competenties voldoen zodat ze kunnen inspelen op onze vraag en onze situatie.   
  
Hoe verloopt de instroom en werving en selectie van nieuwe studenten of jong professionals?  
We zijn grote afnemers van stagairs, maar wat we krijgen zijn studenten van het eerste jaar en wat we eigenlijk willen zijn derde en vierde jaar. Dit willen we niet alleen doordat de studenten dan meer ervaring heeft maar ook met zijn kennis iets voor ons kan betekenen. Te denken alleen al aan het onderzoek wat zij doen en dat ze die eigen ontwikkeling dus ook meenemen in dat team. Eerste jaar studenten missen dit. Daarnaast hebben mensen een verkeerd beeld van de zorg die wij verlenen. De meeste mensen denken namelijk gelijk aan mensen schoonmaken en dat soort dingen bovendien hebben professoren of docenten vaak toch een verkeerd beeld van wat er op dit moment gaande is.   
  
Zit daarin nog een verschil tussen MBO en HBO?  
Bij de MBO scholen gaat dat veel beter want we lopen stage bij elkaar, wij geven gastlessen bij jullie en jullie lopen stage bij ons. Daardoor zie je als docent goed wat er op de werkvloer gebeurt, want juist de docenten moeten op de hoogte zijn wat er gebeurt. Dus je probeert op deze manier ook met elkaar samen te werken. Nu doen we dat vooral met ROC door middel van BBL’ers en doordat we met hen samenwerken voelt het ook alsof we student gezamenlijk opleiden en dus ook ons gezamenlijk product wordt.   
  
Doen jullie dit ook met hoger onderwijs instellingen?  
Nog veel minder omdat we eigenlijk ook niet worden gevraagd en ik heb gevoel heb dat er op ons neergekeken wordt. In de overleggen met hogescholen proberen we natuurlijk wel om een soort samenwerking aan te gaan maar dit is gewoon nog een punt waar we nog steeds tegen aan lopen.   
  
Staan jullie nog wel open voor een samenwerkingsverband met een hogeschool?  
Ja natuurlijk altijd. Wij hebben verleden jaar ook een stageplan geschreven om te kijken wat we ze kunnen bieden en daar zit wel wat verandering in. Zeker als we kijken naar een HBO-V opleiding die voor een groot gedeelte gefocust is op de zorgverlening van ziekenhuizen is dat voor ons minder relevant. Bij ons is dat hele sociale stuk de kern van onze dienstverlening en daarom kunnen wij dat veel beter de studenten leren. Maar nogmaals de docenten stimuleren de studenten ook niet om bij ons eens te gaan kijken. Die hebben den ik geen idee dat studenten ons veel kunnen brengen maar ook veel bij ons kunnen halen.   
  
Hoe zou de kennis van de docenten ten aanzien van de ontwikkelingen in de zorgsector dan volgens u bijgebracht kunnen worden?  
Ik denk dat gastcollege’s een goed middel kan zijn om niet alleen studenten maar ook docenten op de hoogte te houden van alle ontwikkelingen.  
  
Zijn er veel medewerkers die een duaal onderwijstraject volgen?  
Nee in ieder geval niet in relatie tot het hbo.   
  
Waardoor komt dat?  
Dat komt vooral doordat medewerkers een hbo duaal traject vaak toch te intensief en te lang vinden. Zeker in combinatie met een gezinsleven en gewoon nog een baan ernaast. Een groot deel van onze medewerkers hebben ook kinderen en deze vragen ook veel aandacht waardoor ze toch vaak de keus maken dit niet te doen.   
  
Als medewerkers toch besluiten om een hbo duaal traject bij welke instelling wordt dit dan gedaan?  
Omdat we in deze regio zitten kiezen we in eerste instantie voor de HvA of InHolland, maar daar hebben medewerkers ook wat in te vertellen.  
  
Hoe verloopt het aanvraagtraject als het gaat om een aanvraag voor een externe opleiding?  
In principe wordt dat nu in het team bepaald en die kijken naar wat hebben we nodig en hebben we het geld ervoor. Bovendien gaan er naast de studiekosten ook werkuren af van de medewerker in kwestie. Deze moeten dus ook opgevangen worden. Maar als een bepaalde scholing nodig is en het team keurt het goed dan krijgt de medewerker de mogelijkheid om een studie te volgen. De locatiemanger is echter wel verantwoordelijk voor het eindbudget want die zegt of er nog genoeg geld is of niet, maar die bepaalt niet of een teamlid in aanmerking komt of niet voor een scholingstraject.   
  
Is er een bepaald budget ten aanzien van opleiding of scholing?  
Nee het team krijgt een totaalbudget, maar wij willen wel toe naar een persoonsgebonden budget. Dat is echter wel lastiger voor mensen die hoger opgeleid willen worden of al hoger opgeleid zijn omdat de kosten hiervoor een stuk hoger liggen.   
  
Het is dus ook niet mogelijk dat er in een team vier mensen een opleiding gaan doen. Dan vallen er namelijk te veel mensen weg waardoor de wegvallen uren niet meer volledig opgevangen kunnen worden. Daar moet een team dus ook rekening meer houden.   
  
Hoe wordt dat budget momenteel bepaalt?  
Nee het is in principe zo dat we kijken naar het aantal medewerkers en op basis daarvan wordt het budget opgesteld. Het opleidingsbudget zit hier echter niet in. Dus er is wel echt een opleidingsbudget.   
  
Hoeveel medewerkers zijn er binnen uw organisatie werkzaam?  
Nu ongeveer 5000, waarvan veel parttimers. Door dat er veel ouderen mensen werkzaam zijn met gezinnen is er daar steeds meer behoefte naar. Een groot deel van ons personeelsbestand bestaat uit 45 plussers.   
  
Naar welke functionarissen is er aankomende tijd behoefte naar?  
Dat is heel wisselend en dat heeft er ook mee te maken omdat er in ieder geval een verpleegkundige in dat team moet zitten. In principe zou je er meer moeten hebben maar we moeten ook naar het geld kijken en naar welke zorgverlening er gevraagd wordt. Het is dus heel wisselend, zeker omdat een teams soms zelf de vrijheid krijgt om een team samen te stellen. Dus in het ene team zitten er vier verzorgende en in het andere team heb je er maar één. Dat ligt dus echt aan de wijk en wat daar gevraagd wordt. We hebben eigenlijk ook een hele tijd competentiegericht gedacht en dat is toch weer een beetje aan het terug komen.   
  
Wat zegt het opleidings- of hrm-beleid hier over?  
Eigenlijk hebben we gewoon kaders gesteld waarbinnen de medewerkers en een team moeten handelen. Er zijn dus geen concrete regels of procedures gesteld.   
  
Daarnaast hebben we niet zoals tien jaar terug een boekwerk in de kast staan waarin staat wat we allemaal aanbieden, het is vraaggerichte ondersteuning die de medewerker krijgt. Vervolgens kunnen opleidingstrainers wel tegen een laag tarief een op maat gemaakt programma aanbieden. Dus de opleidingsafdeling is in vergelijk tot een commercieel bedrijf goedkoper en weten wij bovendien wat er speelt in de organisatie.  
  
Binnen welke kaders moet er nu binnen het opleidingsbeleid gewerkt worden?   
Wij nu bezig om dat echt te ontwikkelen, maar dat betekent ook wel dat je als beleidsmedewerker ook heel erg mee moet bewegen van hoe zetten we het nou neer en hoe nemen we iedereen mee zodat het beleid ook gedragen wordt. Een locatiemanager heeft namelijk zoiets van dit is mijn locatie dus dat wil ik eigenlijk zelf beslissen. Daarom proberen we iedereen mee te krijgen vanuit onze eigen kennis en kunde en de kwaliteit die wij leveren. Om dat nu voor elkaar te krijgen en echt duidelijk de kaders te stellen is dat best wel lastig. We hebben wat dat betreft alle medewerking van het Raad van Bestuur is best toegankelijk zijn waardoor we gemakkelijk met hen hierover kunnen sparren en die zegt ga de boel maar op en kijk maar hoever je komt.   
  
In hoeverre leiden jullie medewerkers op?  
Nou eigenlijk leiden we niet alleen personeelsleden op maar ook externe. Zo werken we sinds kort ook met meerdere collega bedrijven zoals bijvoorbeeld een grote organisatie Cordaan en daar werken we heel veel mee samen. Een aantal jaar was hier echt nog geen sprake van, want toen waren we echt nog concurrenten van elkaar en dat zien we ook met hogescholen want we zitten in dat zelfde verband zoals Sigra en daar zit InHolland en Hogeschool Amsterdam ook in. Wat opvallend hierin is is dat ook de onderwijsinstellingen dus meer met elkaar gaan doen, want ook zij moeten ook hun stages wegzetten. Dus je ziet dus wel dat er onderling tussen onderwijs en zorginstellingen steeds meer verbinding komt.   
  
Waarom worden dergelijke samenwerkingsverbanden afgesloten?  
Allereerst omdat we in samenspraak met een Cordaan beter kunnen kijken naar hoe krijgen we die best zorgverlener aan dat bed. Nu hebben we dan ook een nieuwe subsidieaanvraag neergezet met MBO-onderwijs met technologie bedrijven het is maar de vraag of dit rondt gaat komen, maar we horen in juni of het toegekend worden.  
  
En wat zou het gevolg zijn als deze subsidie wordt toegekend?  
Dan gaan we veel meer opleiden in de wijk en dan niet meer op de MBO school, maar in de wijk zelf. Wij gaan bijvoorbeeld de opleidingslokalen leveren wat bij één van ons locaties gevestigd is. Je kan daardoor veel makkelijker inspelen op de problemen die in de praktijk worden ervaren.   
  
Wat zou de Hogeschool Leiden kunnen doen om als gesprekspartner aan tafel te zitten?  
We werken wel samen met Leiden en omdat we die stagiares krijgen gaan de praktijkopleider ook naar Leiden toe want die hebben ook weer afspraken met elkaar. Dus zo wel, maar in de regiooverleggen gaat Leiden niet mee met ons. Leiden is volgens mij ook veel meer op de kant van Den Haag opgericht en Amsterdam is een eigen wereld wat dat betreft. Ook omdat we gehalveerd zijn hebben we veel minder tijd voor al die overleggen en het is leuk maar je ziet eigenlijk te weinig resultaat. Dus we kijken eigen naar wie heeft er mee te maken zoals bijvoorbeeld de praktijkopleiders en die maken wonen deze gesprekken ook bij en zij maken die afspraken.   
  
Wie bepalen de kaders van het opleidingsbeleid?  
Dat bepalen we in samenspraak met de raad van bestuur en de ondernemingsraad en die bepalen eigenlijk de kaders van dat beleid. En binnen die kaders kunnen de praktijkopleiders zelf beslissen hoeveel stagiairs ze bijvoorbeeld aannemen dit jaar.   
  
Bent u bekend met de opleiding Management in de Zorg aan de Hgoeschool Leiden?   
Ik heb wel gehoord van die opleiding in Leiden maar nu je het me zo direct vraagt heb ik geen idee wat de inhoud van deze opleiding precies is. Ik heb me daar eigenlijk nooit in verdiept omdat de management in de zorg al niet aansluit bij wat wij zoeken. Zoals we al besproken hebben wij namelijk geen managers meer en als we het hebben over de locatiemanagers dan hoor ik eigenlijk nooit dat zij die opleiding volgen of die kiezen wat anders.   
  
Wat kiezen zij dan en waardoor komt dat?  
Bedrijfskunde, maar dat komt ook omdat ik management in de zorg ook meer zie als een middenkader functie en dat heeft die HBO-V’er ook al een stukje in huis en waar die locatiemanager tegen aanloopt is dat zij veel commerciëler moeten kunnen denken. Dus vandaar dat ze dan voor bedrijfskunde kiezen. Bovendien denken veel medewerkers ook al wel dat zij over management competenties bezitten. In relatie financiële competenties is dit echter minder het geval dus dan ga je eerder die kant op.   
  
**Respondent 3.**  
Welke ontwikkelingen in de zorgsector hebben effect op het Langeland?  
Wat we zien is een verschuiving van de zorg die steeds complexer wordt. Daarom zien we een verschuiving naar HBO personeel. In de afgelopen jaren hebben we vooral veel MBO opgeleid, maar er is momenteel meer behoefte aan HBO-verpleegkundige. Dan niet zozeer op managementniveau direct, maar met name op het zorgvlak. Van hieruit kun je wel denken aan een meer zelfsturende en coördinerende rol, waar meer behoefte aan is.  
  
Waardoor komt dat?  
Dat komt met name omdat de complexiteit van de zorg toeneemt wat er vervolgens toe leidt dat de eigen regie van verpleegkundige ook toeneemt.   
  
Zoals u net aangaf is er meer behoefte naar coordinerende compenteties. Behoren deze competenties ook niet bij managementvaardigheden?  
Ja, maar dit komt onder andere door een verschuiving in de opbouw in onze afdelingen. Zo heeft elke afdeling een zorgmanager waarboven weer een sectormanager zit. En deze sectormanager valt vervolgens weer onder ons bestuur.   
  
Hoe zou u de rol van de zorgmanager omschrijven?  
De zorgmanager zijn meer gericht op een all-over coördinatie van meerdere afdelingen. Die vallen dan sector snijden. Maar daar onder hebben wij geen teamleider, waardoor het redelijk zelfsturende teams zijn en worden aangestuurd door de zorgmanager. Maar omdat de zorgmanager veel meer afdelingen bedienen is dat echt een klein gedeelte van het geheel. Maar onder deze laag verschuift het zwaarte punt echter wel op HBO-genoten personeel. Dat wil echter niet zeggen dat we meer HBO’ers als MBO’ers zullen krijgen. Dit omdat het met name een klein ziekenhuis is en MBO’ers sluiten met hun praktische hier goed bij aan.   
  
Waarom hebben jullie meer HBO’er nodig?  
Met name omdat HBO’ers in staat zijn om het stukje dienstcultiplunaire zorg op zich te nemen. Daarbij kan gedacht worden aan kwaliteitmanagent om een veilige zorg te garanderen. Zorgmanagers zijn hier niet rechtstreeks mee bezig, vandaar dat we daar apart kwaliteitsmedewerkers voor hebben. Deze medewerkers zijn veelal hoger opgeleid.   
  
Hoeveel medewerkers zijn er binnen het ziekenhuis werkzaam?  
Er werken hier z’n 900 medewerkers door het hele ziekenhuis heen. Verpleegkundige is daar de grootste van. De rest is veelal ondersteunende dienst.   
  
Waardoor komt het dat er geen teamleiders meer zijn?  
Er zijn al ongeveer 10 jaar geen teamleiders meer en de afgelopen jaren hebben wij zoveel structuren langs zien komen van zelfsturende teams naar teamleiders. Het is echt een schommeling die soms niet meer bij te houden is.   
  
Wat voor een soort zorgmanager heeft het Lange Land Ziekenhuis?  
We hebben verschillende zorgmanagers zoals interne zorgmanager, opgesplitste managers die zowel een stukje intern als extern doen en snijdende zorgmanagers die zich alleen maar met één vakgebied bezig houden.   
  
Welke ontwikkelingen zijn er te zien in het medewerkerspopulatie?  
Met name dat een grote groep eind veertigers begin vijftigers aan het vergrijzen is. 2025 is eigenlijk een soort eindpunt hierin.  
  
Hoe anticiperen jullie op deze ontwikkelingen?  
We zijn bezig met schouw te maken met wat hebben we aan MBO en HBO personeel hier rond lopen en hoe willen we een verdeling maken. Vandaar dat we ook bezig zijn met het doorzetten van strategische personeelsplanning. We hebben intern namelijk ook te maken met een organisatiestructuur verandering en dan met name in relatie tot de indeling van afdelingen. Gezien onze samenwerkingsverband met Reiner de Graaf en het Grafisch Ziekenhuis in Den Haag gaat dit naar waarschijnlijkheid verschuiven.   
  
Waardoor komt dat? En hoe verwacht u dat deze ontwikkeling zich voortzet?  
Wij als ziekenhuis leveren vooral een coordinerende zorg en de langdurige zorg zal veel meer verschuiven naar de grotere ziekenhuizen zoals het Reinier Ziekenhuis. Dat neemt echter niet weg dat wij deze vorm niet meer gaan verlenen alleen op kleinere schaal. Daarom gaan we   
  
Zit een dergelijke gedachtegang verwerkt in het opleidings- of hrm-beleid van het Lange Land?  
Jawel, in die zin dat we in ons leeraanbod onderscheidt maken in jongeren, maar ook juist de ouderen die moeten blijven leren. Wat we daar concreet aan gedaan hebben is het aanschaffen van een Management Learning System, wat eigenlijk een e-learning systeem is.  
  
Wat houdt dit systeem in en wat betekent dit voor het opleiden van het personeel?  
Dat betekent dat wij voor alle lagen in, maar ook buiten de organisatie een leerprogramma voor is. Het gevolg daarvan is dat wij veel effectiever, efficiënter en bovendien met minder kosten gebaat personeel kunnen opleiden, omdat we een op maat gemaakt leerprogramma aan de medewerker in kwestie aan kunnen bieden. Onze strategie is daarom dusdanig verander dat wij met de aanvraag van de medewerker allereerst kijken naar ons eigen aanbod en vervolgens inventariseren hoe dit de vraag van de medewerker overeenkomt met ons aanbod. Komt dit niet overeen dan kijken we welke andere opleidingen die extern gegeven worden eventueel geschikt zouden zijn.   
Het programma wat wij via e-learning aanbieden bestaat uit diverse modules die kort duren en online gevolg kunnen worden. Natuurlijk krijgen wij ook de vraag in hoeverre wij aan tijdsvergoeding doen, maar dat is met een e-learning systeem een stuk gemakkelijker.

Hoe ziet het opleidingsbeleid er op globale wijze uit?  
Wij hebben een meerjarig strategisch opleidingsbeleidsplan en dat wordt per afdeling ingevuld en wordt bekeken wat ik komend jaar gaan doen. In het plan staat onder andere wat medewerkers moeten en wat de wensen zijn van de medewerkers. Kortom waar wil de afdeling naar toe. Deze plannen komen uiteindelijk bij elkaar en wordt er vervolgens op basis van de subsidies gekeken in hoeverre de vraag gedekt kan worden. Bovendien wordt 2 a 3% van het eigen loon besteed aan opleiden.  
  
Hoe worden besluiten ten aanzien van dat opleidingsbeleidsplan genomen?  
Dat wordt eigenlijk decentraal uitgezet. Wat inhoudt dat er per afdeling wordt gekeken wat het budget is en in hoeverre dit de vraag van de medewerker dekt. Het uiteindelijk budget wordt echter vastgesteld door het topmanagement.   
  
Hoe verloopt het traject van verzoek tot aan het volgen van een opleiding?  
Je hoopt dat er bij de functioneringsgesprekken het jaar daarvoor gekeken is naar wat heb jij als medeweker nodig, wat is daarin je wens, waarmee kun je verder komen en wat denkt de leidinggevende dat jij nodig hebt. Er wordt dus in samenspraak gekeken naar wat de medeweker nodig heeft. Deze wens kan vanuit de organisatie, de afdeling of de medewerker zelf komen. Dat wordt eigenlijk allemaal opgenomen in het opleidingsbeleidsplan. De routing is dan allereest dat er gekeken wordt naar welke opleidingen er intern worden aangeboden. Voldoen die aan deze eisen of wensen dan wordt de medeweker direct ingeschreven met behulp van zijn leidinggevende. Als dit echter niet het geval is dan komen medewerkers naar onze afdeling toe. Deze zoeken vervolgens uit welke externe opleiding geschikt zouden zijn. Wij hebben namelijk verschillende contracten afgesloten met onderwijsinstellingen.  
  
In hoeverre zijn medewerkers vrij in dit proces?  
Medewerkers mogen voorstellen doen over de gewenste opleiding. Maar er wordt wel gekeken of dat de enige opleiding is of dat er nog andere geschikte opleidingen zijn. In dit proces kijken wij vervolgens vooral naar wat zijn de kosten en wat houdt het studieprogramma nu precies. Er wordt dus wel advies gegeven aan de medeweker. Ik moet wel zeggen dat er een heel veel opleidingen vast staan die in ons bestand zitten. Er zijn heel veel beroeps gerelateerde opleidingen waarmee wij met diverse scholen al contracten mee hebben.   
In het doen van een aanvraag hebben wij dus een adviserende rol. De direct leidinggevende en de clustermanager nemen hierin echter de rol van beslisser op zich. Deze kijken minder naar de inhoud van het studieprogramma en letten meer naar de kosten.

Kunt u iets meer vertellen over het opleidingsportfolio en de contracten die u heeft afgesloten met onderwijsinstellingen?  
We hebben voor zowel MBO als HBO verpleegopleidingen maar ook voor bijvoorbeeld het OK en Röntgen hebben we duaal en voltijdopleidingen. Wij werken bijvoorbeeld met MBO-verpleegkunde die in het derde jaar stage komen lopen waarna zij vervolgens de mogelijkheid krijgen om te solliciteren voor de overstap naar duaal. Dit bieden we vooral aan omdat mensen van 16, 17 jaar te jong zijn. Door een dergelijk traject aan te bieden kunnen zij en doorstuderen en tevens praktijkervaring opdoen. Ook hebben we HBO-studenten die zowel voltijd, deeltijd als duaal onderwijs volgen.   
  
Bent u bekend met de opleiding associate degree?  
Nee die term zegt mij niet zo veel. Misschien dat dat overeenkomt met het MBO/HBO traject waarbij de MBO-student een leerprogramma krijgt aangeboden waardoor hij gemakkelijk kan doorstromen naar het HBO.   
  
Op welke aspecten let u bij het afsluiten met een samenwerkingsverband of contract met een onderwijsinstelling?  
Een dergelijk besluit om met een onderwijsinstelling in zee te gaan is vaak gebaseerd op goede ervaringen. In het verleden hadden we bijvoorbeeld van zowel Leiden als Den Haag studenten maar wij hebben sinds enkele jaren een contract met Haagsche Hogeschool afgesloten. Dat wil echter niet zeggen dat we stageplaatsen of opleidingsmogelijkheden toewijzen aan andere scholen. Zeker omdat de wensen van medewerkers die bijvoorbeeld in regio Utrecht of Rotterdam wonen uitgaan naar een school dicht bij hen woonplaats. Om deze reden geven we andere scholen dus wel de mogelijkheid.  
  
En is er momenteel nog een contact met de Hogeschool Leiden?  
Op dit moment minder als voorheen. Dat komt met name omdat de begeleiders van de studenten die hier stage lopen of duaal onderwijs volgen met verschillende eisen, opbouw van studieprogramma’s en opdrachten vanuit diverse onderwijsinstellingen moeten dealen. Voor hen wordt het daarom erg intensief en dus tevens onoverzichtelijk wie wat moet opleveren en welke eisen er gesteld worden. Als leidinggevende wil je daar dus ook niet te veel tijd aan kwijt zijn. Daarom streven we naar eenduidigheid en besloten om met een aantal instellingen een samenwerkingsverband aan te gaan.  
  
Zou u eventueel opstaan voor een samenwerkingsverband met de HS Leiden?  
Wij verkopen geen nee, mits we gewoon geen plek hebben   
  
Stel ik wil als medewerker een opleiding genieten die niet in het opleidingsportfolio op welke aspecten let u dan?  
In principe hebben een contract met de Haagsche Hogeschool, dus dan ga je daar naar toe. Maar dat is puur zoals ik net al zei uit praktische overweging. Als we studenten dan toch naar een andere school sturen wordt het voor ons eigenlijk niet meer behapbaar. Echter als er door de medewerker om duidelijk redenen wordt aangegeven waarom hij bij een andere instellingen onderwijs wil genieten dan staan we daar wel voor open en dan gaan we kijken wat er mogelijk is. Maar nogmaals dat is niet ons primaire doel.   
  
Welke opleidingen neemt het Lange Land Ziekenhuis bij de Haagsche Hogeschool voornamelijk af?  
Dat is voornamelijk de verpleegkundige opleiding, maar we hebben ook medewerkers gehad die Management in de zorg hebben gedaan. Maar ik moet heel eerlijk zeggen dat de aansluiting met die opleiding heel lastig is gebleken omdat de mensen die Management in Zorg hebben gestudeerd en vervolgens zijn aangenomen als zorgmanager vaak toch de werkervaring en feeling missen van de werkvloer. In relatie tot de zelfsturende teams waarin we nu werken zien we toch dat we zo nu en dan toch een teamleider missen die structuur aan brengt. Soms nemen we daarom toch iemand tijdelijk aan om dit te realiseren. Dus of die er in de toekomst toch niet weer een beetje gaat komen zou zo maar weer kunnen.  
  
Hoe verhoudt dat zich ten opzichte een stijgende vraag naar hoger opgeleid personeel?  
Met de aanstroom van meer hoger opgeleid personeel denk ik dat deze aansluiting zich beter gaan ontwikkelen.   
  
Tussen welke management opleidingen kunnen potentiële zorgmanagers kiezen?  
Wij kijken eerst naar de werkervaring van de medewerker, waarna we vervolgens bepalen in hoeverre hij nog management competenties nodig heeft. Zo zijn er vorig jaar twee nieuwe zorgmanagers aangesteld die op advies van ons vooraf bij ICM een management opleiding hebben gevolgd. Die bieden in vergelijk tot onder instellingen een iets korter en op maat gemaakt programma, vandaar de keus voor deze instelling.   
  
Zijn dit dan met name praktische afwegingen geweest?  
Ja eigenlijk wel.Het nadeel van hogescholen vinden wij dat het te lang duurt en er soms modules worden gegeven of competenties aangeleerd worden die niet aansluiten bij onze vraag (…). De wereld van de Hogescholen ligt wel heel ver weg van onze werkpraktijk. Wat jammer is dat veel instellingen heel erg de nadruk proberen te leggen op competentiegericht leren maar vervolgens een heel studieprogramma aanbieden die een studenten dient te doorlopen terwijl er ook competenties tussen zitten die minder relevant zijn. Met het werken in losse modules wordt dit naar mijn mening opgelost.   
  
Stuur het Lange Land Ziekenhuis dan ook op competenties?  
Nou als organisatie slaan wij soms ook de plank mis. Als voorbeeld hebben wij een studente die een schat aan ervaring, competenties en twee HBO-opleidingen heeft gedaan maar door de overheid gesteld is dat deze mevrouw een HBO-V opleiding moet volgen om uiteindelijk als casemanager te opereren.   
  
Hoe staat u tegenover de opleiding Management in de Zorg?  
Nou ik zie het nu niet zo snel gebeuren. Zeker niet met de structuurontwikkelingen die wij nu doorgaan. Bovendien hebben we echt een strategisch personeelsplanning nodig en dat kunnen we dan uiteindelijk pas beantwoorden.   
  
Hoe staat u tegenover een samenwerkingsverband met de Hogeschool Leiden?  
Ik sta daar zeker voor open. Want iedereen die iets goeds in de aanbieding heeft wat wellicht iets toevoegt aan ons zorgaanbod is interessant. Bovendien zijn wij niet een al te grote organisatie wat inhoudt dat we redelijk laagdrempelig zijn. Dat komt er dus op neer dat de Hogeschool eigenlijk gewoon contact met ons moet opzoeken, zeker als ze ons iets te bieden of te vragen hebben.   
  
Wat zou de Hogeschool voor jullie betekenen?  
Wat ik heel interessant vind zijn de onderzoeken die door studenten worden gedaan. Als organisatie kan je met die informatie vaak beter anticiperen op alle trends en ontwikkelingen. Eigenlijk een soort kennisuitwisseling waarbij ook de visie van de Hogeschool op het hoger gezondheidszorgonderwijs gedeeld wordt kan interessant voor ons zijn.   
   
Ik vind wel dat je als organisatie de HBO’ers die hier komen iets te bieden moet hebben. De laatste tijd is dit echter niet het geval, zo wordt het financieel maar ook qua uitvoering niet beloond. De schaal en het takenpakket van een verpleegkundige MBO en HBO is hier namelijk bijna gelijk. Deze vereffening is vooral te danken aan de huidige omstandigheden en de vele ontwikkelingen.

Moeten de niveaus 3 en 4 nog bij of omgeschoold worden?  
Nou daar is nog wel een slag mee te maken. We hebben er wel aan gewerkt door een aantal jaar geleden een topicleiding aan te stellen die de verhouding tussen de competenties en vaardigheden van de MBO medewerker opwegen tegen de complexere zorg. Door middel van een vierjarige opleiding hebben we vervolgens de verwachte competenties van deze medewerker..

**Respondent 4.**  
Samen met een team van praktijkopleiders die in elk huis werkzaam zijn, proberen wij de leerlingen, de studenten zo goed moeilijk op te leiden en dat betekent dat we een goed leerklimaat per locatie per setting neer willen zetten en dat we alle laatste ontwikkelingen mee willen nemen. Dat doen we nu met een team van 20 praktijk opleiders en ik ben degene die dat coördineert.   
  
Hoeveel medewerkers telt uw organisatie?  
In totaal rond de 4500 medewerkers inclusief de ondersteunende dienst. Zorgmedewerkers is zo rond de drie duizend die daadwerkelijk op de werkvloer zit zeg maar. Daar heeft toch al een verschuiving in plaatsgevonden en daar zien we in dat we meer zorgmedewerkers hebben en minder ondersteuning.   
  
Welke ontwikkelingen zijn er binnen de organisatie gaande?  
Voor de thuiszorg dus de extramurale zorg dan hebben we met de organisatie gekeken naar kleinschalige en zelfstandige, zelfsturende team. Die zijn er op dit moment, daar zit wel weer een beweging in waarin we aan het kijken zijn of dat wel de geschikte manier is van werken. Voldoen we daar wel mee aan de zorgvraag, die er op dit moment is. Daar wordt nu omdat er meer vraag naar persoonlijke verzorging wordt daar een beetje in geschoven. Het lagere niveau’s personeel kan dat nu namelijk doen en dat wordt nu wat meer georganiseerd, maar niet als een lijn functie maar wel meer die kant op. Je merkt namelijk dat dat in de zelfsturende teams die hoger niveau zijn opgeleid ook makkelijker zelfsturend te krijgen is. Intramuraal dus in de verpleeghuizen en woonzorgcentra daar is het een beetje on hold en beetje van wat willen teams zelf, wat willen de wijkmanagers en hoe gaan ze dat dan gestalte geven. Daar is dus is een veel voorzichtige ontwikkeling naar zelfsturing toe.  
  
Zit er nog een verschil in hoe jullie je aanbod leveren in de extramurale en intramulere zorg?  
De zorg vraag ziet er natuurlijk anders uit dus dat vraagt ook een ander aanbod. Maar in de extramurale zorg zie je dat er veel meer vraaggericht wordt geopereerd en bij de intramurale zorg natuurlijk ook, maar toch in mindere mate. Daar kijken we meer naar hoe kunnen wij inspelen op de zorg en niet welke zorg is er.  
  
Welke ontwikkelingen zijn er ten aanzien van het personeelsbestand en dan met name in relatie tot het midden kader en het management?  
Nou de managementlaag is er heel erg uitgehaald, zowel intra- als extramuraal. Er zijn extramuraal eigenlijk geen teamleiders meer. Wat je had is dat je per afdeling een afdelingsmanagers had, maar dat is allemaal wel. Je hebt nog wel een aantal projectmanagers die met de hoogste baas dus de directeur dat aansturen. Je ziet nu ook wel een verandering, wij hebben zogenaamde expertise huizen. Dat zijn drie verpleeghuizen die wij hebben waar horizontaal zorg verleent wordt, dat betekent dat we bijvoorbeeld in Mariahoeven, in Rijswijk en Den Haag Zuid en daar staan drie verpleeghuizen en op alle drie locaties wordt door dezelfde manager het team aangestuurd die die bepaalde zorg leveren. En dat is dan zorg langdurige somatiek, zorg op psychogeriatrie dat gaat dus horizontaal dus niet per huis. Dat gaat door die huizen heen. Daarnaast hebben we een zorgcentra en dat is echt in een wijk, daaromheen zitten allemaal wijkteams en dat is één geheel en wordt door van kernteam bestuurd. Dat is één wijkmanager, een beleidsmedewerker en een manager die er min of meer een beetje boven hangt. Maar het is dus veel platter, veel platter dan dat het was.  
  
Welke gevolgen heeft dit gehad voor de competenties van deze kernteam?  
Daar is heel erg naar gekeken en deze mensen hebben allemaal assessments en trainingen om te kijken of mensen dit aankunnen en of het bij ze past en daar is in het hoger management dus ook een slag geslagen. Een aantal medewerkers hebben vervolgens besloten om het wel of niet te doen en met degene die gekozen hebben om het niet te doen hebben we vervolgens gekeken wat zijn er nog voor opties en wat hebben we nog wel nodig binnen de organisatie. Daar is dus wel naar gekeken.   
  
Hoe ziet de structuur er dan momenteel uit?  
Bovenaan hangt de raad van bestuur daar onder hangen drie directeuren een directeur HR, een directeur inkoop en een directeur financiën. De thuis en expertise managers zoals dat dan heet hangen daar weer onder want die moeten direct verantwoording afleggen aan de bestuursvoorzitter of aan de andere bestuurder. Dat is dan is dan intramuraal en extramuraal. Onder deze laag zit dus de werkvloer.  
  
Welke laag is er dan precies verdwenen?  
Dat is de laag tussen de wijkmanagers en de directe werkveld, die is er helemaal uit. Hoeveel mensen dat waren weet ik niet, in ieder geval heel veel.   
  
Wat betekent dit voor de eisen van de wijkmanagers?  
Die hebben dus een veel grote span of control gekregen en we zijn nu aan het kijken hoe we dat zo kunnen organiseren dat dat een gedeelte verantwoordelijkheid is en dat zijn dan die kernteams. Voorheen was er in het managementteam geen beleidsmedewerker. Ik kan dus alleen niet te zeggen uit hoeveel mensen zo’n team bestaat maar dat is meestal zo’n een handje vol. Een kernteam is trouwens het zelfde als een wijk team.   
  
Hoe zijn de assesments verlopen?  
Hoe het gehele proces er uit ziet kan ik je niet precies vertellen, maar wat ik weet is dat alle wijkmanagers die er op dat moment waren moest dat zelfde assesment in gaan. Zo had leidedam en voorburg een eigen manager die zijn bijvoorbeeld samen gegaan. Dus je hebt minder wijkmanagers waardoor het is allemaal groter en de organisatie smaller en platter is geworden.   
  
Wat is jullie visie ten aanzien van het opleidingsbeleid?  
Als je kijkt naar de niveau 3,4 en 5 opleidingen daar zien we een verschuiving, maar dat zien we meer in het aanbieden van stageplaatsen dan dat we dat meer leerlingen op het hogere niveau aannemen. Dat is binnen de VVT namelijk nog wel lastig om bijvoorbeeld HBO-V’ers een duaal traject te laten volgen, terwijl we ze in de toekomst veel meer nodig zullen hebben met name extramuraal. Ze moet kunnen idiceren en krijgt meer een spin achtige rol in de wijken, dus daar denken we dat we daar echt wel veel meer HBO-V’ers nodig hebben. Alleen zie je dat er daadwerkelijk nog niet zo gebeuren. We zien het al in het aantal stageplaatsen voor het HBO omdat we meer plaatsen kunnen aanbieden, maar in het daadwerkelijk opleiden van HBO-V’ers in het duale traject dat doen we bijna niet, alleen mensen die bij ons niveau 4 verpleegkundige zijn en die nog een ontwikkel behoefte hebben en naar een hoger niveau zouden willen. Dat proberen we dus wel aan te bieden, maar dat zijn er enkele per jaar. Dus onze grootste doelgroep qua opleiden is niveau 3 en vier. Toevallig zijn we nu wel bezig om een memo te schrijven voor het management om aan te geven, want ooit is er onderzoek gedaan dat 20% van het gehele personeelsbestand zou leerling moeten zijn of medewerkers in opleiding om je eigen broek zeg maar op te houden. Momenteel hebben wij 11% dus dat is een stuk minder. Nu is dan ook de vraag of het wenselijk is om te groeien in aantal of zeggen we dit is wat we aan kunnen ook qua begeleiding leer klimaat etc. Of gaan we meer op staigiares inzetten, want dat is wat minder kwetsbaar en daar heb je ook potentieel je medewerkers van. Dat is echt een vraag die er op nu ligt en waar we op dit moment nog niet concreet kunnen beantwoorden. Ik heb natuurlijk wel een voorkeur om op te leiden, maar dit is natuurlijk vanuit mijn functies ook wenselijk. Maar je moet wel aan randvoorwaarden voldoen dus daar moet je ook rekeneing mee houden. Over het algemeen vind ik wel dat je in het aantal studenten en leerlingen moet blijven groeien. Dat geldt ook in het aanbieden van stageplaatsen, dit kunnen we doen door specifieke leer- werkplaatsen of six wat ze bij HBO-V leiden aanbieden war het onderzoeksvraag centraal staat, dat zou mooi zijn.   
  
Wat is het effect daarvan op het opleiden?  
Nu wordt er heel terughoudend gedaan op opleiden omdat zelfsturende teams dat zelf mogelijk bepalen of ze opleiden of niet. Aan de andere kant moeten we wel aan een behoefte voldoen die straks komt. Het grootste deel van ons personeelsbestand is tussen de 45 en de 55. Daar moet je ook op inspelen. Ook gezien het feit dat vijftigplussers aangeven dat ze het zwaar vinden om aan het bed te werken en wisselende diensten zwaar vinden. Vandaar dat we juist meer moeten proberen om in te gaan op jong personeel.   
  
Wat is het lastige van een duaal traject?  
Dat ligt vooral aan de begeleiding die we niet kunnen bieden. Het is ook mondjes matig dat wij nu sinds kort ook HBO-V’ers in dienst hebben. Daarnaast hebben we niet veel functies op hbo-niveau, dat zijn er niet echt heel veel. Dus wil je mensen echt kunnen boeien, uitdagen en wij aan al hun competenties kunnen voldoen dan heb je meer nodig dan wij vaak kunnen bieden. Met een HBO-V’er kunnen we wel heel ver mee komen, maar in de einde fase van de studie tijdens het afstudeeropdracht kunnen wij intramuraal niet de complexiteit bieden die wel nodig is. Bij de extramurale zorg gaat die wel. Daarnaast zijn we ook niet gewend om echt HBO’ers op te leiden. Onbekend maakt onbemind.   
  
U vermelde net dat er wel meer hbo-functies bijeenkomen. Welke functies zijn dit?  
Nou we verwachten dat er meer hbo-functies bijkomen, maar dat is echt lastig in te schatten. Er is onderzoek gedaan door de branchevereniging hier in de regio en die geven dat in hun rapport aan. De verwachting is dat het aantal medewerkers rond stabiel blijf, maar dat het niveau wel omhoog zou gaan. Dat is dus de verwachting en dat is voor ons op dit moment heel moeilijk om echt handen en voeten aan te geven.   
  
Hoe kijkt u daar tegen aan? Welke verwachting heeft u?  
We hebben de expertisehuizen en daar bieden we een hoger complexere zorg en daar heb je het wel nodig, ook in coordinatie van diensten, de contacten met de ziekenhuizen in de ketenzorg zeg maar daar heb je die HBO’ers voor nodig. Ziekenhuizen worden natuurlijk soort behandel plekke met kortdurende en intensieve zorgtrajecten en vervolgens naar het verpleeghuis kunnen gaan en daar is het ook intensief. Dus ik denk dat daar wel HBO-functies moeten komen, maar ook in de wijk voor die wijkverpleegkundige. Zo is er meer vraag aan HBO-V’ers omdat deze de zorg moeten indiceren en vervolgens aangegeven wat er nodig is.   
  
Hoe zijn de zelfstandige extramulare teams nu opgebouwd?  
Daar zit in ieder geval een coördinerend verpleegkundige, dat is dan meestal een HBO-V’er of het is een mbo 4der die nog een extra certificaat heeft gehaald waardoor diegene ook wijkverpleegkundige door is. Het coördinerende dienst is met name in de intramurale zorgsetting en daar willen we HBO-V’ers willen.   
  
In hoeverre hebben medewerkers de vrijheid zelf een keus te maken ten aanzien van het volgen van een opleiding?  
De zelfsturende teams kunnen allereerst aangegeven of zij er een leerling bij willen hebben of ze die dus wel of niet kunnen begeleiden. En als ze zelf een opleidingsbehoefte hebben dan kunnen ze dat zelf aangegeven en dan wordt er gekeken of het passend is of niet. Dat kan het team ook zelf bepalen en met goedkeuring van het team moeten ze uiteindelijk naar hun wijkmanager en die geeft het doorslaggevende besluit.   
  
Hoe is het budget geregeld?  
Dat zit in het gehele budget die een team krijgt. Dat is dus het budget ten aanzien van alle middelen en dus ook qua opleiding en dergelijke. De HR heeft daar wel ideeën voor, want 2% van de loonsom is bestemd om op te leiden en je ziet nu heel erg dat dat moeilijk in te vullen is voor teams. In het begin van het jaar als het budget net is opgesteld dan hebben ze niet helder of ze dat geld ervoor hebben of niet, waardoor ze er aan het einde van het jaar achter komen dat dat geld helemaal niet uitgegeven is. Dus vandaar dat wij vinden dat het geld beter apart kan zetten en een deel daar van alvast centraal organiseren dat dat bedrag dus alleen voor opleiden is. Als HR hebben we daar helaas geen zeggenschap over.   
  
Hoe verloopt het traject van het aanvragen van opleiding?  
In eerste instantie vraag je dat bij je eigen leidinggevende, vaak daarna wordt de HR of praktijkopleider er bij betrokken die geven dan advies en geven aan of dat de betreffende opleiding geschikt is voor een medewerker of niet. De uiteindelijk besluit wordt echter door de direct leidinggevende en de manager daarboven genomen.  
  
In welke mate wordt het volgen van een opleiding met de zelfsturende team door HR, praktijkopleiders en direct leidinggevende gestimuleerd?  
Het gebeurt natuurlijk wel dat wij de medewerkers stimuleren om bij of op te scholen alleen met de zelfsturende teams heeft de medewerkers daar wat meer vrijheid in gekregen. Op dit moment is het dus zo dat zij dat meer zelf moeten gaan signaleren. Dat is nou juist ook het zoeken in zelfsturing van wat hoort nou bij jou en wat hoort bij mij. Dat is op dit moment nog niet vastgesteld en daar zijn we nu dus nog een beetje aan het zoeken.   
  
Bieden jullie ook intern opleidingen aan?  
We hebben wel opleidingen en de grootste bulk gaat naar de zorgmedewerkers puur omdat zij dat moeten om hun werk goed te doen. Als ik bijvoorbeeld zelf zou moeten doen dan moet dat wel echt extern en moet ik dat zelf bij een ander opleidingsinstituut aangeven. We hebben wel een e-learning programma daarin zitten een heleboel modules die bedoeld zijn voor de zorgmedewerkers. Daarnaast hebben we wel een samenwerking met Good habbits en daarmee geven we heel veel trainingen, zoals bijvoorbeeld omdenken ik noem maar iets en die worden vrijgegeven voor alle medewerkers. Hierin zijn medewerkers ook vrij in hun keus of ze dit willen doen ja of nee en zo ja dan moeten ze dat wel in eigen werktijd doen en dat vormt dus wel een drempel.   
Vanuit de academie hier proberen we het deelnemen aan trainen dan ook heel erg te stimuleren en aandacht aan te geven vanuit de praktijkopleiding. Maar je merkt dat als het niet gefaciliteerd wordt dat dat altijd wel een drempel opwerpt. Mensen die dit dan toch wel gaan doen zijn vaak medewerkers die hoger opgeleid zijn die daar wel het nut van inzien.   
  
Hoe ziet opscholing met externe partners er uit?  
We hebben hier een academie daar hebben we zelf trainers die zelf heel veel kunnen zo hebben we een eigen ICT trainer, we doen training on the job daarvan denken we ook dat dat steeds meer gaat ontwikkelen en die we ook steeds meer gaan bieden. Klassikale bijscholing wordt namelijk ook minder. En externe partners dat is maar net wat de behoefte is bijvoorbeeld van een locatie, want we werken wat dat betreft ook vraaggericht als een wijk of expertisecentrum zegt wij hebben scholing nodig op dan gaat de accountmanager kijken wie we daar voor nodig hebben of dat we het zelf kunnen dat soort dingen. De HR-adviseurs hebben dus niet deze rol op zich genomen. Bij onze organisatie is het doordat wij echt een academie hebben ook anders dan gewoonlijk.   
  
Welke aspecten vinden jullie belangrijk in samenwerking met een onderwijsinstelling?  
Nou allereest kijken we naar de competenties die worden geleerd en of dat overeenkomt met onze vraag, de nadruk ligt dus wel op wat wij wensen en wat is het effect van de opleiding. De kosten zijn ook een belangrijk aspect, is het inderdaad iets wat wij zelf moeten inkopen omdat we zelf die expertise niet in huis hebben of kunnen we op een andere manier toch die expertise ons eigen maken. We merken in alle ontwikkelingen die gaande zijn wel dat er van bovenaf wel meer druk op komt te staan ook op de snelheid en kosten van het volgen van opleidingen dan wel intern dan wel extern.   
  
Hoe verhoudt zich dat met het volgen duaal onderwijs?  
Kostentechnisch als je een opleiding volgt en daarnaast werkt dan krijg je dat wel weer terug en al duurt een opleiding twee of drie jaar dan brengen die mensen toch altijd nieuwe dingen en inzichten met zich mee. De kosten of de duur van een studieprogramma wegen daar niet tegen op, dus zo werkt het bij ons niet we kijken dus ook naar wat het ons dus oplevert. Maar in tegenstelling tot ziekenhuizen die kijken natuurlijk naar hoeveel dualers gaan wij aannemen en dat doen wij niet, wij kjiken alleen naar de medewerkers die daar eventueel in aanmerking voor zouden kunnen komen. Dus een duale vanuit school nemen we eigenlijk nooit aan.   
  
Hebben jullie ervaring met MIZ?  
Ja die hebben wij ook gehad, maar de term op zich werkt al niet in het voordeel want management in de zorg we willen geen managers. Dat komt ook omdat we ook gezegd hebben dat we managers ook niet meer gaan opleiden. Zoals we het er al eerder over hadden zijn de HBO-V’ers voor ons een stuk interessanter omdat we die in het primaire proces en dat is niet alleen aan bed, maar die staan dus wel dicht bij de zorgvrager. Die managers staan daar boven en die laag willen we niet meer, dus zorg dat daar een andere opleidingsterm voor komt. Ik durft echter niet precies te zeggen wat er in die opleiding geleerd wordt moet ik eerlijk zeggen dus ik kan niet zeggen welke andere term er voor in de plaats moet komen.   
  
Welke eisen stellen jullie dan aan de nieuwe zorgprofessional?  
De nieuwe zorgprofessional is eigenlijk een soort generalist, maar dat is nu met het HBO-V curriculum Bachelor Nursing 2020 wel aan de gang. Kijk de praktijk heeft behoefte aan generalisten in die zin dat ze uiteindelijk wel gaat specialiseren, maar je hebt juist die brede basis nodig. Want overal komen die ouderenzorgvragers, we vergrijzen met ze allen en je ziet gewoon dat de comorbiteit er voor zorgt dat mensen breed inzetbaar zijn.   
  
Hebben jullie dan ook samenwerkingsverbanden met onderwijsinstellingen?  
Wij zitten voornamelijk in werkveldcommissies en dergelijke zoals bijvoorbeeld ook bij de Hogeschool Leiden bij Dik Dijkstra, Lucienne die organiseren het tactisch werkoverleg waarin we met alle organisaties die studenten afnemen van Leiden met elkaar gesproken wordt over alle ontwikkelingen maar ook over de inhoud van studieprogramma’s en hoe deze in de toekomst ingevuld moeten worden. Daarnaast werken we samen met twee ROC het Mondriaan en de ID collega’s en het hbo hebben we samenwerking met Leiden en de Haagsche Hogeschool eigenlijk zijn dat de vier grote leveranciers van studenten, BOL en BBL.   
  
De werkveldcommissies dat is daadwerkelijk hoe zet je nou opdrachten in de praktijk neer en dat doen praktijkopleiders en in het tactisch werkoverleg praten we met elkaar over wat is nou een goede weg om te bewandelen en wat betekent het nou Bachelor Nursing 2020 omzet in het curriculem, wat is dan belangrijk in het praktijkleren. En daarvan hebben we wel zoiets van we zouden het zo fijn vinden als de HBO-V opleidingen tussen de hogescholen wat meer met elkaar gaan samenwerken. Want dat gebeurt op het moment echt niet. Terwijl we daar wel heel veel behoefte aan hebben. Leiden doet ze eigen ding Den Haag doet ze eigen ding, Rotterdam doet ze eigen ding en allemaal moeten ze het zelfde curriculum gaan hanteren dus waarom moet je allemaal een andere weg doorlopen. Ik had dus gehoopt dat het door 2020 duidelijker zo worden omdat het één pakket zou zijn. De invulling van het praktijk leren wordt bij elke hogeschool anders gedacht. Bijvoorbeeld in Den Haag willen ze de stages vooral in het eerste jaar een soort lint stage aanbieden waarin de studenten 2 dagen in de week stage loopt en bij de Leidse Hogeschool zijn dat twee blokken van vier weken in twee verschillende werkvelden. Dan is het natuurlijk net wat wij fijn vinden, op dit moment zijn wij niet blij met een lint stage en het is ook heel erg de invulling van de opdracht die studenten krijgen. In het eerste jaar wordt nu bijvoorbeeld meer de nadruk gelegd op het obseveren in plaats van dat ze in het eerste jaar alleen maar gaan wassen en schoonmaken en dergelijke dat is voor ons qua begeleiding ook veel voordeliger om maar een voorbeeld te noemen. Daarbij krijgen de leerlingen daardoor ook de mogelijkheid om zich veel beter te oriënteren op wat een HBO-V’er nou allemaal doet of kan doen. Daardoor krijgen ze een veel betere perceptie van de VVT omdat ze zien wat het voor een HBO-V’er betekent om in deze branche te werken.   
Dus ik ben wel bij dat we dat zo wel met Leiden als Den Haag gaan doen en dan is het echt puur een kwestie van logistiek zo is wassenaar en voorschoten veel meer gericht op Leiden en Den Haag Zuid is veel meer gericht op de Haagsche Hogeschool. In deze regio zijn we een grote speler dus we hebben we die mensen wel nodig dus je moet wel van allebei de kanten mensen zien te werven. Dat gaat niet om mijn voorkeur wat dat betreft.   
  
Zijn er nog dingen die jullie in het huidige management missen?  
Nee eigenlijk missen de managers niet zo veel, wel projectmedewerkers want het gaat vaak om kort of langdurende projecten. Dus dan hebben we het over projectleiders die weten hoe je een project moet opbouwen en hoe die goed opgezet moet worden dat is denk ik op dit moment veel belangrijjke in de zorg dan managers want die willen we niet meer met ze allen. Als ik dat bij ons zo zie dan worden er heel veel projecten gestart en ook worden afgerond en weer geimplementeerd en daar heb je ook echt mensen voor nodig die dat echt kunnen op een bepaalde manier, die de juiste weg weten te bewandelen, mensen erbij kunnen betrekken. Wat je nu bijvoorbeeld ziet is dat er bij projecten met vooral de mensen die de passie daar voor hebben daar gaat het goed, maar als je een professional projectleider hebt dan zou dat op elk gewenst project goed moeten kunnen gaan.  
  
Door wie wordt het opleidingsbeleid opgesteld?  
Wij hebben echt een adviserende rol, daar wil de raad van bestuur want die hebben een strategisch beraad met alle geledingen enzo en die bepalen met elkaar wat het gaat worden.   
  
Een dergelijk samenwerkingsverband met het cluster zorg hoe is dat tot stand gekomen? En hoe zou een onderwijsinstelling op dit moment het best contact met jullie kunnen zoeken als het gaat om werkveldcommissies en dergelijke?  
Dat is een beetje organisch gegaan om eerlijk te zijn. Mijn ervaring is dat als je een vraag neergelegd bij de raad van bestuur dat die dan verdwijnt, het is ook logisch omdat zij niet weten naar wie zij dat vraagstuk precies moeten doorspelen. Voor management in de zorg zou ik dat via de directeur HRM doen.   
  
  
**Respondent 5.**Welke ontwikkelingen zijn er binnen uw organisatie gaande?  
We zitten momenteel met een personeelsreorganisatie binnen de restaurant en keuken personeel, maar bij de verzorgende en ondersteunende afdelingen is er vooral sprake van bezuinigingen.   
  
Wat voor gevolgen hebben deze bezuinigingen gehad?  
Het aantal personeelsleden op de verpleegafdeling is verminderd. Ik ben als praktijopleider verantwoordelijk voor de leerlingen die wij in dienst hebben die dus BBL of duaal variant die een arbeidsovereenkomst hebben. De verhouding tussen het aantal gediplomeerde en het aantal leerlingen ligt op 80/20. Dus 80% gediplomeerde en 20% leerlingen. Als het aantal gediplomeerde naar beneden gaat dus evenredig het aantal leerlingen mee naar beneden.   
  
Hoe heeft dit de afgelopen tijd zich ontwikkeld?  
Ongeveer vijf jaar geleden waren er 55 leerlingen en momenteel zijn dat er 35. Dus je kan begrijpen dat het totaal aantal medewerkers naar beneden is gegaan en het aantal opleidingsplekken krimpt dus in. En dat is dus ontstaan doordat een gedeelte van het aantal gediplomeerde weg is bezuinigd en dat heeft één op één op het aantal leerlingen.   
  
Welke gevolgen heeft dit gehad voor jullie dienstverlening?  
Dat de werkvloer meer en meer patiënten moeten verzorgen en dus ook meer patiënten onder hun hoede krijgen waardoor zij dus meer verantwoordelijkheid krijgen.   
  
En welke ontwikkelingen zijn er ten aanzien van de managementlagen?  
Daar is anderhalf jaar geleden een ronde overheen geweest en van daaruit zijn het aantal managers wat wij destijds hadden ongeveer gehalveerd. Ze heten nu dus clustermanager en hebben een cluster onder zich. Dat kan cluster snijdend zijn maar ook niet snijdend zijn.  
  
Hoe ziet de organisatie structuur er van uw organisatie uit?  
Bovenaan de raad van bestuur, dan hebben ze een zelfstandig bureau medische staf en de clustermanagers die hier direct onder hangen vervolgens heb je de teamleiders en daaronder valt het team. De ondersteunende afdelingen zoals HRM en financiën die hebben geen teamleider maar een coördinator.   
  
Tot welke gevolgen heeft de daling van het aantal managers geleidt?  
Zowel de cluster managers als de teamleiders hebben meer verantwoordelijkheid gekregen. Zo had elke afdeling vroeger nog zijn eigen afdelingsmanager en dat is eigenlijk nu de teamleider nu maar die heeft één of meerdere afdelingen onder zich. Dus de afdelingsmanagers is weg en dat is dus de teamleider geworden.   
  
Wat betekent dat voor de competenties die managers en teamleiders moeten hebben?  
Dat vraagt nogal wat omdat de afspraken die je met zorgverzekeraars maakt moeten we behalen. Daar is het clustermanagers eindverantwoordelijk voor maar de teamleider moet er voor zorgen dat het daar op de werkvloer draait, dat de patiënt daar zorg krijgt en dat ze daar opgenomen kunnen worden. Dat vraagt dus met name analytische en ondernemende competenties. Vooral een clustermanager heeft hier dus mee te maken want de teamleider is dus meer bezig met hoe is het nou met me team en de ontwikkeling van me team en is bezig met het waarborgen va de kwaliteit van de zorg. Bij de teamleider zit dus nog echt een hiërarchie. Zo moet een teamleider ook zijn eigen jaarplan opstellen gebaseerd aan het plan van het cluster en het grotere plan van het ziekenhuis en in dit plan zit ook het onderdeel teamontwikkeling. Dus de functie van teamleider is dus veel zwaarder geworden en daarom zie je dan ook dat er door middel van assessments meer voorwaarden en eisen aan worden gesteld.   
  
Welke opleidingen hebben deze teamleiders genoten?  
Dat zijn zowel mensen die niveau vijf als niveau vier geschoold zijn. Daarnaast hebben ze ook een specifieke management opleiding gedaan, maar welke dat is weet ik niet precies. Bovendien hebben ze intern ook een management development programma gevolgd die door een commercieel bedrijf in company werd gegeven.   
  
Welk visie hebben jullie op het opleidingsbeleid?  
Het ziekenhuis is een opleidingsziekenhuis zowel voor medisch gebied als verpleegkundig gebied, maar ook specialistische gebieden als radiologie. We hebben dus een heel divers en breed aanbod.  
  
Hoe ziet het medewerkersbestand er uit?  
Wij hebben te maken met een grote populatie medewerkers die boven de 45 of 50 jaar oud zijn. Dus we hebben hier intern te maken met een vergrijzing onder de medewerkers.   
  
Wat betekent dit voor jullie?  
Als je er voor kiest om niet op te leiden dan gaan die oude mensen straks en dan komt er straks dus niks meer bij. Als je dus pas nieuwe mensen gaat opleiden nadat de oude garde er uit is dan ben je en anderhalf jaar te laat en bovendien mis je een ton aan ervaring die overgebracht kan worden.   
  
Binnen welke afdelingen zien jullie dat deze verschuiving gaat plaatsvinden?  
Ik denk wel overal ook op verpleegafdelingen hebben we 50+’ers zitten.   
  
Hoe spelen jullie daar op in?  
Dat doen we dus door bijvoorbeeld opleidingsplekken te bieden voor verpleegkundige, maar je ziet daar wel verschuivingen in. Zo hadden we tot dit jaar hadden we de reguliere opleiding en dat was een vierjarige opleiding die na de vmbo tl gevolg wordt op het MBO. Maar ik zal even het plaatje van vorig jaar schetsen. Vorig jaar hadden een reguliere opleiding van een vierjarig traject, een verkorte opleiding mensen die een niveau drie diploma hebben en die naar niveau vier gaan en duaal plaatsen voor hbo verpleegkundige die dan eerst twee jaar voltijd deden en het derde en het vierde jaar in werk/leer variant door gaan. Dat was vorig jaar. Als je kijkt naar wat we dit jaar in september aanbieden is het eigenlijk alleen het verkorte leertraject.   
  
Waardoor komt dat?  
Nou we moesten dus plekken inleveren en als je kijkt naar de reguliere opleidingen dat zijn mensen die 17 zijn ongeveer en die moeten echt vanaf het nulpunt beginnen en komen met twee linkerhanden op een afdeling. Dus zij hebben uiteraard intensieve begeleiding nodig. Maar omdat in de afgelopen jaren de zorg complexer is geworden en omdat we minder personeel hebben bijt dit elkaar enorm waardoor een heel groot spanningsveld ontstaat. Van daaruit hebben we besloten om de reguliere opleidingen voor dit jaar niet aan te bieden.   
Dit geldt ook voor de hbo. Ook daar weer het is een grote stap van voltijd naar werken en leren. Nou maak je daar in je selectieprocedure wel een inschatting van maar we hebben daar de afgelopen jaren de ervaring in gehad dat het in de selectieprocedure wel goed blijkt te zijn maar als het daadwerkelijk werken en leren toegepast moet worden er toch verlengingen toegepast moeten worden. Het is natuurlijk enorm zakelijk allemaal, want op het moment dat je een leerling een verlening van zijn opleiding aanbiedt betekent dat je een nieuw iemand niet in kan laten stromen, want die plek is namelijk al vervuld. Dus waar kies dan nou voor. Vandaar dat we hebben gekozen voor dat versnelde traject. Het is natuurlijk ook niet zo dat daar alles soepel verloopt, maar een verlenging kost gewoon een opleidingsplaats en dat is zonde. De stagevarianten blijven wel bestaan en ik denk dat als we kijken naar de toekomst dat we een omslag gaan maken naar meer stageplekken aanbieden, omdat stagiaire boventallig lopen en niet in de formatie meetellen, je kan beter faciliteren wat ze leren.   
  
Je ziet landelijk ziekenhuizen fuseren omdat ze het in hun eentje niet meer aankunnen. Als je geografisch kijkt heb je in de grote steden rondom zijn er allemaal fusies gaande tussen ziekenhuizen. Terwijl als je naar Gouda kijkt heb je niet zo veel. De uitspraak is ook gedaan dat het ziekenhuis op ze eigen benen blijft staan, maar dan moet je financieel redelijk gezond zijn en commerciële gaan nadenken. Want de mensen die in de regio Gouda wonen die moeten naar het Groene Hart gaan. En de mensen die in Zoetermeer wonen die wil je natuurlijk ook hier hebben. Dus je ziet dus dat wij daar anders op moeten inspelen omdat we geografisch gezien niet echt voordelig liggen. Vandaar dat er nu wat poloklinieken in de dorpen om ons heen zijn ontstaan zodat de patiënt niet meer de lange afstanden hoeven te maken en dus bij ons komen.   
  
Hebben jullie een samenwerkingsverband met onderwijsinstellingen?  
De verkorte opleiding gaat via het ROC Id college en de leerlingen gaan daar heen. Dat samenwerkingsverband dateert al heel lang. Zo vindt er overleg plaats met alle organisatie die met het ID college samenwerken worden uitgenodigd en daarin hoor je wel telkens de zelfde verhalen dat organisatie moeten bezuinigen, sommige organisatie leiden ook minder op, sommige zelfs helemaal niet meer wat op lange termijn problemen oplevert. Dus we werken met het MBO samen met het ID college en duaal als we het aanbieden met de Hogeschool Leiden. Mijn collega die stage coördinator is coördineert alle stages in van de keuken tot aan de raad van bestuur en zij werkt met meerdere hogescholen samen.   
  
Met welke opleidingen van de Hogeschool hebben jullie dan contact?  
In ieder geval met HBO-V en volgens mij met de BMV, maar ik weet niet of dat het zelfde is als Management in de Zorg. Maar dat weet ik dus niet precies, dat weet de stage coördinator.  
  
Welke verwachtingen zijn er ten aanzien van het aantal managers en het opleiden van managers?  
Ik zit niet in de raad van bestuur maar ik verwacht dat we de komende jaren wat er nu is dat we het daarmee moeten gaan doen.   
  
Worden er nog wel medewerkers van niveau vier naar niveau vijf opgeleid?  
Niet in de basis opleiding maar wel nog daarnaast, want in 2020 is het nieuwe beroepsprofiel van HBO verpleegkundige in werking, dat is HBO bachelor in Nursing. Als je naar onze organisatie kijkt dan hebben we op dit moment heel veel mbo verpleegkundige en mijn leidinggevende is momenteel bezig om scholing voor degene die nu mbo opgeleid zijn en hbo willen om dat vorm te geven en waarschijnlijk zal dat een in company een opleiding worden. De hogeschool Leiden is wel gesprekspartner geweest, maar die biedt echter een driejarig traject aan en dat is voor ons te lang.   
  
Hoe oriënteren jullie je dan op de juiste onderwijs instelling?  
Mijn leidinggevende is daar mee bezig maar ik weet dat ze met proeftuinen bezig zijn waarin ze aan het kijken zijn wat nou de taken van mbo en hbo verpleegkundige zijn en zitten daar nog veel verschillen in, nou eigenlijk niet. Maar zij is in gesprek, heeft onder andere de hogeschool gesproken en allerlei andere partijen gesproken. Ik kan je daarom niet vertellen hoe wij ons exact oriënteren.  
Maar de hogeschool Leiden is in mijn beleving juist wel heel erg snel in het inspelen op de vraag vanuit de sector. Die draait volgens mij ook met trajecten waarin mbo-verpleegkundige hbo volgen. Volgens mij zitten daar 18 mensen vanuit andere organisatie naar de hbo-v gaan.  
  
Wat weet u over dit traject?  
De hbo-v is al langer aan het werk met de kenmetrolle en nu in dat nieuwe profiel van 2020 wordt er ook weer gewerkt met deze methode. En de hbo in Leiden was daar dus al mee bezig voordat het landelijk opgezet werd. Dus die anticiperen juist erg snel. Ik ben bijvoorbeeld vanmorgen bij een overleg geweest omdat ze nu duidelijk hebben hoe de opbouw van de vierjarige opleidingen opgebouwd moet worden met stages en dergelijke. Inhoudelijk heb ik dan naar beroepsproducten op gegeven en daar mocht ik feedback op geven, dus het start van de ontwikkeling is in Leiden en daar mogen wij op schieten dus dat doen we dan ook.   
  
Hoe verloopt het traject van het indienen van een opleiding?  
Even terugkomend op jou vraag eerder, ik heb nog niet exact begrepen of er al een handtekening is gezet met een commercieel bedrijf of met de hogeschool Leiden dus dat staat nog niet vast. Ik schat in dat er geen verplichting op ligt en dat mensen kunnen blijven kiezen of ze mbo opgeleid willen blijven of dat ze hbo willen volgen, maar dat zal dan eerst richting de teamleider gaan en dan vanuit de teamleider naar mijn leidinggevende. Dus er zal in ieder geval per afdeling een inventarisatie gemaakt worden om te kijken wie dat traject wil volgen en vervolgens gaan wij kijken of dit haalbaar is ja of nee. Dus je dient eigenlijk je verzoek in bij je direct leidinggevende en vervolgens gaat hij met jullie in overleg om te kijken of dit haalbaar is.   
  
Hoe wordt het budget aangestuurd?  
We hebben het leerplijn daar hangen e-learning modules in en dat is toegankelijk voor alle medewerkers die in het groene hart werken. De teamleider of leidinggevende maakt afspraken en stelt voor het gehele team vast dat elke verpleegkundige binnen een jaar tijd die modules gedaan hebben. Wat betreft het opleiden heb ik wel begrepen dat er een persoonsgebonden budget aanwezig is om een symposium of dergelijke bij te wonen. Maar als het gaat om opscholing op deze grote dan is het anders, dat is namelijk weer een ander budget. Daar is de raad van bestuur veel meer mee geboeid.   
  
Welke personen hebben er invloed op het opleidingsbeleid?  
Onze directeur bepaald niet het budget maar wel qua opleidingsvisie dat ze daar iets over te zeggen heeft. Wie nou definitief de budgetten vast stelt durf ik niet te zeggen maar volgens mij zijn dat de clustermanagers.   
  
 Hoe verloopt het contact met een ROC?  
Als praktijkopleider heb ik daar overleg maar mijn leidinggevende heeft weer contact met de directeur van de zorgsector. Door middel van klankboordgroepen en dat soort bijeenkomsten hebben ze overleg met elkaar, bovendien organiseert het ROC allemaal informatiebijeenkomsten waar zowel ik als mijn leidinggevende naar toe kunnen. Dus die twee lagen worden bediend, korte lijnen met de teamleider van de unit zorg en ik als praktijkopleider heb weer korte leiden met de studieloopbaanbegeleiders. Van sommige docenten heb ik zelfs les gekregen, dus de lijnen zijn dus altijd kort en die zijn korter dan bij de Hogeschool Leiden ook omdat het fysiek natuurlijk ook verder weg ligt?  
  
Waardoor komt dat?  
Dat komt niet alleen omdat het fysiek verder weg ligt maar ook puur omdat wij ook minder hbo studenten hebben. Dus het belang om daar regelmatig te gaan zitten voor bijeenkomsten is voor mij dan ook minder relevant. Bovendien zijn de praktijkopleider ook veel meer betrokken bij het mbo want daar voeren we ook weer gesprekken met leerlingen waarin de studieloopbaanbegeleider, de leerling en ik zitten. De betrokkenheid is daar veel groter, ik heb namelijk geen gesprekken met studieloopbaanbegeleiders van het hbo met de student of leerling dat is dus niet als zodanig vormgegeven.   
  
Voor de opleiding management in de zorg zijn er wel dergelijk gesprekken tussen studieloopbaanbegeleider, de leerling en de bedrijfscoach of wel stage coördinator vanuit het bedrijf. Wie zou daar naast u wel ervaring mee kunnen hebben?  
Niet hier in huis in ieder geval, want onze stage coördinator die coördineert met name, die heeft wel contacten maar die heeft geen gesprekken. Er is dus wel contact, maar met name via de email en rondom beoordelingen. Maar dan gaat het dus puur over de student en niet om de inhoud van een studieprogramma of dergelijke zaken. Daar zijn wel overleggen met het werkveld over en dat is met de Hogeschool Leiden.   
  
Hoe gaat dat in ze werk?  
De hogeschool nodigt ons uit voor vergaderingen en dan zijn er de ene keer iets meer organisaties aanwezig dan de andere keer, maar daar zitten redelijk wel wat mensen in. Zoals ik net zei was ik vanmorgen op school om dat ik mee lees met producten die ze nu aan het ontwikkelingen zijn. Dus daar worden we wel voor uitgenodigd.   
  
Hoe zou u het contact met de hógeschool Leiden omschrijven?  
De inhoud van de samenwerking is bij het mbo intensiever. Volgens mij staat er niks op papier maar we hebben in ieder geval uitgesproken naar elkaar dat we samenwerken en in ieder geval voor het duale traject dat we alleen voor die school kiezen. Maar zoals ik al ik al eerder zei komen er ook studneten van andere hogescholen waarmee de stage coördinator ook mee samenwerkt, zoals bijvoorbeeld de hogeschool Eden. Dus het is niet alleen de Hogeschool Leiden.   
  
Bent u bekend met een associate degree opleiding?  
Nee er gaat geen lichtje branden, dus ik zou het eerlijk gezegd niet weten.   
  
Welke ontwikkelingen verwachten jullie ten aanzien van het opscholen van niveau vier naar niveau vijf?  
De grootste club is mbo opgeleid, maar er gaat wel een verschuiving plaatsvinden richting die 2020 naar meer hbo, want die zorg wordt ook steeds complexer. Als er dus een significant taakverschil in mbo en hbo gaat plaatsvinden dan zal je ook meer hbo nodig hebben. Hoeveel medewerkers zich precies om laten scholen van mbo naar hbo weten wij ook niet precies daar hebben we geen zicht op, maar er gaat daar wel een verschuiving in plaats vinden. We starten dit jaar niet met een duaal traject maar ik verwacht dat in de komende jaren wel zo gaat zijn om te voldoen aan de vraag voor meer hbo. De vacatures liggen op dit moment ook niet voor het oprapen, ze zijn er wel maar die worden dan vooral intern opgevuld. Maar misschien gaat het dan toch meer naar extern en hbo opgeleid of dat we meer gaan kijken naar de stagiaire om te kijken of daar iets interessant in zit en die uitnodigt om te solliciteren. Dat gebeurt dan momenteel al heel veel, maar dan met name op het mbo niveau. Een hbo’er vind het bovendien ook niet altijd even interessant als er geen verschil in taken is. Er zit dus ook geen uitdaging in. De thuiszorg nu met de wijkverpleegkundige biedt veel meer uitdagingen dus je ziet dat veel mensen die stage lopen hier daar naar toe gaan. Zelfs de duale medewerkers hebben die uitstap gemaakt. Dan hoe je ze als ziekenhuisorganisatie dan toch niet binnen en ik denk dat straks dus wel interessanter gaat zijn en dus ook langer gaan blijven.   
Waar naar mijn weten nog geen hamerslag over is gegeven, nu hebben we dan twee jaar voltijd en twee jaar duaal de insteek en duaal kan dus in de thuiszorg of in de ziekenhuizen kan dus in verschillende zorgsettingen. De insteek van profiel van een hbo verpleegkundige is dat die breed opgeleid is en dus eigenlijk als generalist wordt opgeleid. Dus als je twee jaar van opleiding in een ziekenhuis doet dan is het lastig om als generalist op te treden omdat de zorg gericht op de ziekenhuizen. Of dat duale in die vorm in die twee jaar tijd blijft bestaan is het mij nog volledig niet duidelijk, omdat het bijt met het generalist zijn. Maar als dat zo blijft staan dan kunnen wij of meer stageplekken aanbieden of we gaan nog mensen voor het duaal nog aannemen. Dat zijn dus een aantal seniores waarop we moeten anticiperen.   
  
Welke competenties moeten de niveau vijf nu en in de toekomst bezitten?  
Toch meer onderzoeks- en analytische vaardigheden.  
  
Welke rol hebben de opleidingsadviseurs?  
Ze nemen individuele vragen in behandeling van zowel medewerker als teamleider en die denken dus vooral mee en geven advies hoe bepaalde programma’s bijvoorbeeld vorm te geven.   
  
Zijn jullie bekend met andere soort gelijke opleidingen als management in de zorg?  
Ik blijf dan toch echt denken aan de bmg en dat staat volgens mij voor business management gezondheidszorg. Zou dat dan een andere naam gekregen hebben? Misschien is het namelijk het zelfde ik heb daar geen idee van om eerlijk te zijn.   
  
Welke andere ontwikkelingen zijn er gaande ten aanzien van het middenkader?  
We hebben sinds kort een mobiliteitsprogramma gestart. De laag van de teamleiders is veel meer hierarisch en zwaarder is geworden in de afgelopen jaren ook omdat die teammanagers minder zijn geworden en die zie je dus ook niet meer in een wit pak op zaal bezig zijn maar meer op kantoor zitten.  
  
Wat bedoelt u met meer hierarisch?  
Vooral in vergelijking tot vroeger moeten zij nog meer aan gaan sturen, verantwoording afleggen van jaarplannen etc. dus dat heeft echt met verantwoordelijkheid te maken.   
  
**Respondent 6.**Hoe ziet de opbouw van de organisatie er uit?Wijdezorg heeft zeven locaties en er zijn ongeveer 800 medewerkers werkzaam. Verder hebben we één bestuurder en zijn er in totaal drie locatiemanagers die dus meerdere locaties onder zich hebben hangen. Bovendien hebben we in elke locatie een zorgmanager dat zijn verzorgende of verpleegkundige of in één geval zelfs een activiteitenbegeleider die een welzijnsopleiding en vervolgens een management opleiding heeft gedaan.  
  
Welke verantwoordelijkheid hebben deze zorgmanagers?  
Tot voor kort waren deze mensen volledig eindverantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken in de zorg in hun locatie. Over het algemeen zijn dit redelijk praktische mensen die te maken hebben met het feit dat een medewerker bijvoorbeeld ziek is en er een avonddienst moet worden geregeld. Vanwege de complexiteit van die functie hebben we daar nog steeds één zorgmanager per locatie voor. Voor het facilitaire deel hebben we manager wonen in dienst en mensen met in ieder geval een MBO dienstverlening en een aantal HBO dienstverlening. Deze mensen combineren echter deze functie met andere verantwoordelijkheden. Zo is de zorgmanager op deze locatie ook de arbo-coördinator voor de hele organisatie.   
  
Hoe ziet het medewerkerspopulatie er op dit moment uit?  
Momenteel bestaat het grootste deel uit verzorgende IG zo ongeveer 220. Dit zijn mensen met een MBO drie niveau. Daarnaast hebben we ook nog een aantal helpende lopen. Die zijn niveau twee. We zien echter wel dat de laatste jaren dat de helpende voor de intramurale zorg enorm afneemt.  
Een gedeelte van de niveau twee hebben wij zelf wat technische handelingen aangeleerd om bepaalde handelingen binnen de organisatie te kunnen uitvoeren. Hiervoor is namelijk een bekwaamheid certificatie voor nodig.   
  
Welke veranderingen in de toekomst verwacht u ten aanzien van de medewerkerspopulatie?  
Het aantal verpleegkundige is de afgelopen jaren ook toegenomen. Wij verwachten dus dat dit ook de aankomende periode zal blijven stijgen. Zo hebben we dit jaar bijvoorbeeld twee verpleegkundige niveau twee aangenomen en twee verpleegkundige niveau vijf. Op dit moment is er echter nog het meeste vraag naar MBO genoten personeel. Vorig jaar zijn er wel voor het eerst een aantal MBO vier begonnen aan een HBO vijf opleiding.   
  
Waar worden deze HBO vijf dan vooral voor ingezet?  
Dan hebben we het vooral over de wijkverpleegkundige team en het specialistische team binnen de organisatie. Daar zit ook een praktijkopleider die en wijkverpleegkundige en hbo-v is en die is op die plek verantwoordelijk voor de begeleiding van HBO-V studenten. Dit jaar krijgen we voor het eerst een twee eerste HBO-V leerling. Voorheen waren dit eigenlijk alleen maar Hbo-V leerlingen die al enige jaar werkervaring hadden. Die gaan dus echt op locatie hun eerste jaar ook doen.   
  
Hoe verweven jullie nieuwe studenten?  
In 2013 zijn we eigenlijk pas actief begonnen met het extern werven van studenten. Dat had te maken dat er toen der tijd intensiveringsmiddelen vanuit de regering. Dit waren destijds gelden die beschikbaar kwamen voor de werving van nieuwe leerlingen. Bovendien zijn we momenteel ook bezig met het verjongen van ons medewerkersbestand. Zo is van de huidige groep verzorgende ongeveer 30% vijftig jaar of ouder. Dus willen wij ons over een aantal jaar niet in de vingers snijden dan moeten we er toch voor zorgen dat er onderaf toch verjonging komt. Dat houdt echter niet in dat wij geen oude mensen meer aannemen. Zo diplomeert er dit jaar iemand die 52 is.   
  
Hoeveel mensen op jaar basis scholing jullie op of bij?  
Nou mensen die wij dus aannemen als leerling die worden dan BBL leerling. Die gaan één keer in de week naar het ROC in Alphen aan de Rijn. Soms maken wij ook gebruik van het ROC Zoetermeer of ROC Leiden dat ligt vooral aan de woonplaats van de leerling. Daarnaast scholen conform ons beleid iedereen één keer in de twee jaar bij. Daarbij kan je vooral denken aan technische vaardigen. Door middel van onze digitale bibliotheek kunnen medewerkers de theoretische kant thuis in hun eigen tijd leren en de praktische werkzaamheden worden in onze praktijkschool gedaan.  
  
Hoe ziet het beleid er uit ten aanzien van externe scholing?  
Wij hebben een opleidingsbegroting waarvoor ik jaarlijks verantwoordelijk ben om deze begroting op te stellen. Deze begroting stel ik vast door per locatie te inventariseren wat er speelt en welke opleidingswensen er bij zitten. Daar kunnen dus ook opscholingswensen bij zitten. Vervolgens verzamel ik die in de scholing begroting. De vragen van opscholing komen eigenlijk voort uit het beleid van de organisatie.  
  
En in relatie tot het opleiden van management functies?  
Beleidsmatig gezien is er op dit moment vooral één hot item aan de gang en dat zijn de zelfsturende teams. Wijdezorg is intensief bezig om alle teams zelfsturend te krijgen door middel van gelden van Infozorg. Helaas is Infozorg hier niet meer bij betrokken dus vandaar dat er op dit moment twee interne coaches bezig om deze teams te begeleiden. Daarnaast volgt de locatiemanager ook een traject daarnaast. Je kan je namelijk ook voorstellen dat een aantal manager deze verandering erg lastig vinden en dan met name als het gaat om medewerkers los te laten. Die hebben daar moeite mee maar worden daar zowel intern als door een externe organisatie in gecoacht.   
  
Moeten deze managers dan nog opgeschool worden?  
Nee bijna alle bestaande managers hebben eigenlijk wel een management opleiding genoten.   
  
Wat betekent de ontwikkeling van de zelfsturende teams voor management functionarissen binnen Wijdezorg?  
Daar is eigenlijk geen definitieve uitspraak over zo hadden we eerst twee bestuurders en nu hebben we er nog maar één en zoals we het er net al over hadden zijn we van zeven locatiemanagers naar drie locatiemanagers gegaan. Hoe dat precies met die zelfsturing verder gaat is wel interessant om te weten maar in principe is dit concept ingezet omdat goede teams dingen zelf kunnen regelen, er prettiger gewerkt wordt, efficiënter wordt gewerkt en efficiënt is ook goedkoper en mensen hebben er meer plezier in. Dat is eigenlijk de reden dat Wijdezorg hiervoor heeft gekozen.   
  
In welke mate is een medewerker vrij in het maken van een keus ten aanzien van een opleiding en onderwijsinstelling?  
Daar hebben we net een aangepast beleidsstuk over gemaakt en dat heet ‘Wij en scholing”. En in dat stuk hebben we concreet neer gezet welk traject een medewerker moet doorlopen als hij opleidingswensen heeft. Je gaat met je direct leidinggevende daarin overleggen, die beslist namelijk of hij de opleiding wel nuttig genoeg vindt. Op basis daarvan wordt tevens besloten in hoeverre de medewerker financiering krijgt en of hij in werktijd deze opleiding mag volgen. Bovendien is dit ook afhankelijk van hoeveel uren een medewerker werkt. Zo hebben we mensen die acht uur per week werken en je zou je kunnen voorstellen dat deze mensen niet één dag per week een vergoeding daarvoor krijgen. Dus dat stuk is sinds kort goedgekeurd door de ondernemingsraad.   
  
Welke rol speelt u in dit traject?  
Ik heb eigenlijk een adviserende rol. Zo probeer ik bijvoorbeeld de twee coaches die net zijn aangesteld en binnenkort verdieping willen op coaching competenties helpen in wat naar mij het meest past bij die medewerker.   
  
Met welke onderwijsinstellingen heeft u al een samenwerkingsverband lopen?  
In 2013 zijn we dat verband gestart met het ROC toen wij een grote groep in één klas aanleverde. Toen hebben we overleg gehad dat wij het fijn zouden vinden is dat naast de verzorgende IG ook een stukje uit de Welzijnsopleiding MMZ wordt opgenomen. Het studieprogramma voor onze medewerkers is daarin dus gedeeltelijk aangepast.

Welke competenties, binnen Wijdezorg, hebben de huidige en toekomstige zorgprofessionals nodig?   
Waar wij ons sterk voor maken is dat de cliënt meer eigen regie krijgt in de zorg die aan hem geleverd wordt. Dit vraagt van de medewerker inderdaad andere competenties waarin het noodzakelijk is dat zij meer vraag gestuurd te werk gaan. In dit proces wordt het verlenen van de zorg een stuk complexer waardoor er eigenlijk meer ondernemerscompetenties bij komen kijken. Mensen moeten sneller schakelen, met meerdere betrokken samen werken zoals familieleden die ook zorg verlenen, mantelzorger en ga zo maar door.   
  
Op welke aspecten letten jullie bij het afsluiten van een contract met een onderwijsinstelling?  
Ten eerste als er goed mee in gesprek kunt gaan en als je bij de leerlingen terug ziet wat we graag terug willen zien. Dus we kijken dan echt naar de kwaliteit. Gelukkig zijn wij ook in de gelegenheid om minder te letten op de kosten omdat wij het de afgelopen jaren redelijk goed hebben gedaan.   
  
Hoe worden dergelijke opleidingen en samenwerkingsverbanden gefinancierd?  
Ik vind het erg leuk om subsidies aan te vragen en met studiestagefondsen en studiepraktijleren participeren in de sector Zorg en Welzijn. Ik moet nog een beetje aan de bak met de waardigheid en trots van meneer Rijn. In relatie tot opscholing proberen we daar in ieder geval zoveel mogelijk kosten in onder te brengen. Vorig jaar hebben bijna vier ton subsidie alleen aan opleiden en begeleiden gekregen. Zonder deze subsidies wordt het erg lastig.

Leiden jullie ook medewerker van niveau vier naar niveau 5 op?  
Een tweetal medewerkers nu wel, maar wij zijn wel nog steeds aan het zoeken hoe wij niveau vier het beste in kunnen zetten en hoe niveau vijf. Ik roep altijd dat xxx een doen-organisatie is. We beginnen eerst en dan kijken we wat we beter kunnen doen. Vandaar dat er intern nu overleg is hoe niveau 3 zich onderscheidt van niveau 4, want in de praktijk zitten er redelijk wat overeenkomsten in. Voor niveau vijf zien we dat steeds meer thuisblijven dat die zorg zich steeds meer verplaats naar buiten toe en wat we hier aan mensen binnen krijgen is eigenlijk voornamelijk zzp vier of vijf. In relatie tot de thuiszorg zien we dat er steeds meer specialistische thuiszorg nodig is, daardoor willen kijken op welke manier wij daar een rol in kunnen spelen. Eigenlijk komt hier het markt verhaal weer terug en hoe wij ons ten aanzien van onze concurrenten kunnen onderscheiden. Maar terug komend op jouw vraag zijn wij eigenlijk op dit moment aan het bepalen wat de afbakening van niveau vier en vijf is. De locatiemanagers geven op dit moment echter aan dat er meer behoefte is aan niveau vier, dus vandaar dat we meer niveau vier aan het opleiden zijn.   
  
Welke niveau vijf bent u momenteel aan het opleiden?  
Komend jaar gaan er twee HBO-V studenten een duaal leerweg komen volgen. Of die vanuit de HS Leiden, Utrecht of Haagsche hogeschool komen weten we nog niet precies. Maar terug komend op jou vorige vraag is voor ons wel helder waar wij niveau vijf voor gaan inzetten. Die gaan vooral de wijk in en zitten in die specialistische teams en dat soort dingen. Hoe de hrijving van niveau vier eruit gaan zien weten we eigenlijk nog niet.  
  
Bent u bekend met de assoicate degree?  
Ik heb er wel is van gehoord maar ik zou je helaas niet kunnen uitleggen wat dat precies is.   
  
Heeft de organisatie ook een stragegisch hrm beleid?  
Geen idee, ik weet wel dat de personeelsafdeling in 2009 uitgebreid zo hebben we er een kwaliteitsfunctionaris er bij gekregen en mijn leidinggevende wordt nu ondersteund door een andere personeelsadviseur omdat die net geen 800 medewerkers kan adviseren.   
  
Hoe wordt het budget vastgesteld?  
Dat wordt topdown vastgesteld door het MT en vervolgens verdeeld over de locaties.  
  
Hoe staat u tegenover een samenwerkingsverband met een hogeschool?  
Als het gaat om de scholing van niveau drie hebben we dat destijds inderdaad met het ROC gedaan. Maar als het gaat om niveau vier of vijf dan worden er op dit moment geen hogescholen bij betrokken. Het zou wel kunnen dat we op een gegeven ogenblik ons op een bepaald gebied willen specificeren en dan zou het wel relevant zijn.   
  
Is er op dit moment behoefte naar scholing van niveau vier naar vijf in relatie tot management functionarissen?  
In relatie tot management in de zorg is dat niet erg interessant, zeker omdat we ook niet veel mensen scholen van niveau vier naar vijf. De aankomende jaren weet ik eigenlijk ook niet hoe de ontwikkelingen gaan worden. In het ondernemersplan staan echter wel pijlers als nieuwe professionaliteit, eigenregie, maatschappelijk ondernemerschap. Op basis daar van hebben ook naar de rol van de opleiders gekeken, maar dit is vooral maatschappelijk ondernemerschap.   
Ik denk dat de zorgverzekeraar een hele grote invloed hebben op dit proces, in relatie tot de vergoeding van HBO-V’ers die aan de keukentafel indicaties moeten stellen daar focussen we ons eigenlijk allemaal op. Die moeten we namelijk hebben.  
  
En hoe wordt dit beleid aangestuurd?  
Het beleid wordt zowel top-down als bottom-down opgesteld. Zo bepaald het bestuur natuurlijk het budget  
 **Respondent 7.**Welke lagen zijn er binnen uw organisatie uitgehaald?  
In de loop der tijd zijn er managers uit gegaan. Vorig jaar voor de reorganisatie hebben de managers echt uitgedund, eigenlijk erg drastisch. Daarvoor zijn de kwaliteiten van de teammanagers onder de loep genomen.   
  
Over welke aantallen heeft u het?  
We hadden acht locatiemanagers verdeeld over de acht vestigingen en daar moesten uit en dat is door middel van een assesment gedaan. Van daaruit zijn we van acht managers naar vier managers gegaan. Het gevolg hier van is dat deze teamleiders zoals ze nu heten meerdere vestigingen onder zich hebben hangen.   
  
Wat voor gevolgen heeft dit voor de aansturing?  
Ze hebben dus allereest meer bevoegdheden en daardoor ook meer verantwoordelijkheid en ik weet eigenlijk nog niet of ik deze ontwikkeling wel zo slim vindt. De workflow van de teammanagers wordt namelijk zo groot waardoor er bepaalde taken en bevoegdheden versnipperen naar andere. Voor het financiële plaatje begrijp ik het nog wel maar op de lange termijn weet ik niet of je daar wel echt mee gebaat ben, op dit moment zie ik dat namelijk nog niet. Zo zijn er momenteel veel managers die gefrustreerd raken, heel erg druk hebben dat het bijna onmenselijk is. Zeker omdat ze zestig man moeten aansturen, dat is eigenlijk niet te doen. Mij maak je in ieder geval niet wijs dat je dan goede kwaliteit levert.   
  
Hoe ziet de organisatiestructuur er bij uw organisatie uit?  
Bovenaan staat de raad van bestuur daaronder vallen de sectormanagers die verdeeld zijn in de sectoren ondersteunende participatie, thuiszorg en wonen met zorg daaronder vallen de teammanagers en daarna de werkvloer.   
  
Hoeveel medewerkers zijn er binnen uw organisatie werkzaam?  
Zo’n ongeveer 750 medewerkers, terwijl we een tijd terug nog duizend medewerkers hadden rondlopen. We zijn dus bijna gehalveerd.   
  
Wat is jullie visie op het opleidingsbeleid?  
Daar zijn we zelf nog een beetje zoekende in. Zo zaten we vorig jaar dan in een reorganisatie en mochten alleen de verplichte scholing denk dan aan verpleegtechnische vaardigheden die we verplicht zijn om te geven, bhv en reanimatie waren de enige vorm van opleiding die we mochten uitzetten. Het was echt een financieel plaatje, zo was het erop of eronder en dat was letterlijk zo.   
  
Hoe heeft deze reorganisatie er uit gezien en welke gevolgen heeft dat gehad?  
Vorig jaar zijn we reorganisatie ingegaan wat heel erg de niveau twee trof, maar ook heel erg HR. Zo waren wij met vier HR-medewerkers en twee praktijkondersteuners en deze praktijkondersteuners zijn destijds uit zich zelf weg gegaan en in mei kregen we te horen dat twee collega’s van ons weg moesten. Kortom wij bleven met ze tweeën over, dus we zijn toen heel erg aan het worstelen geweest met hoe gaan we dit nou allemaal rondbreien. We hebben namelijk heel veel leerlingen die veel begeleiding nodig hebben en dat zorgde wel voor frustratie.   
  
Hoe staat het daar nu mee?  
Momenteel zijn we toch eigenlijk nog wel een beetje aan het zoeken. Ook bij de adviseurs is het een het een en ander veranderd, zo hebben wij zelf een adviseur gekregen die opleiden in haar pakket heeft zitten. Maar het beleid is nog iets wat nog op de stapel ligt omdat we nog zoveel te doen hebben. En dat beleid wat er nu ligt is zo oud dat dat nu echt niet meer inspeelt op de zorgvraag.   
Het veranderen van niveaus is hier een voorbeeld van. Voorheen was het 1,2,3 en nu is het 3,4,5 wat de vraag. Dus daar zit dus ook een andere aanpak en een andere stukje beleid moet daar opzitten.   
  
Hoe leiden jullie personeel op?  
Dat doen we zowel intern als extern maar voornamelijk doen we dat echt extern. Wij waren ook altijd echt extern inzetten. Maar misschien moeten we ook intern veel meer dingen oppakken. Er zijn namelijk ook veel dingen die wijzelf op kunnen pakken maar door tijdgebrek toch nooit gedaan hebben, maar misschien kunnen we nu dat nog wel oppakken. Zo hebben we genoeg toppers in de organisatie die eventueel personeel kan opleiden, want dan heb je alleen je verletkosten. Daar kijken we dus wel naar maar dat is dus nog niet concreet.   
  
Wie hebben er invloed op het personeelsbeleid?  
Wij schrijven het voorstel en de raad van bestuur geeft er uiteindelijk een klap op, zij zijn beslissend zeg maar.   
  
Hoe wordt het budget gekozen en verdeeld?  
Elk team heeft een budget zeg maar een scholingsbudget en in principe zijn ze daar vrij in in hoe ze dat besteden. Technisch gezien moeten ze in dat team dat zelf met elkaar gaan overleggen, maar eigenlijk stellen zij de vraag aan ons en wij zetten hem uit. Wij zijn dus als het ware als een soort tussenschakel.  
  
Werken jullie hier dan ook in zelfsturende team?  
Ja dat roepen ze ook al tig jaar, maar dat is bij ons niet aan de gang nee.

Welke rol heeft u in dit proces?  
Wij hebben vooral een adviserende rol in dit proces. Wat opvalt is wel dat veel medewerkers weten wat ze willen en vervolgens vragen ze zich af of ze dat kunnen en dan schakelen ze ons in. Daarnaast is er natuurlijk ook een groep die nog zoekende is en vooral bij deze groep duwen we vaak nog wel een andere kant. Dus eigenlijk is het een combinatie van alle twee.   
  
Hoe staat het met het opscholen van medewerkers?  
We hebben een procedure gehad waar we met name niveau twee opgeschoold, omdat we wisten dat vooral deze groep getroffen zou worden in de reorganisatie. Een gedeelte van deze groep kan echter dat niveau niet aan dus vandaar dat we met iedereen een gesprek gehad. Maar er is maar een klein groep geweest die gesolliciteerd heeft voor deze functie. Dus we merkten wel dat mensen terughoudend waren. Zelf denk ik dat dat komt door dat veel mensen boos waren over alle reorganisatie.   
  
Zijn er dan ook personeelsleden van niveau vier naar niveau opgeschoold?  
Eentje die HBO-V volgt, maar dat is gewoon een hele dure opleiding omdat je het volledige collegegeld moet betalen van 7500 euro. Buiten de kosten om was het zo dat we kijken naar wat kunnen we zo’n verpleegkundige hier nu nog bieden. We zijn natuurlijk van zorgcentra met thuiszorg erbij genomen. Je hebt de hand en span dienst en de IG-handelingen en die stap hoger die zijn we nu aan het maken. Die hadden we nog niet gemaakt, waardoor je als je zulke mensen aanneemt eigenlijk niks kan bieden. Ze hebben dus niet echt een doorgroei mogelijkheid qua handelingen. Maar misschien dat het doordat we daar nu wel mee bezig zijn in de toekomst vaker voor komt, maar daarbij blijft dat ik de kosten wel erg hoog vind voor een duale opleiding. Voor het zelfde geld kan je namelijk bij andere meerdere medewerkers opleiden.   
  
Bij welke instellingen leiden jullie medewerkers op?  
Bij het ROC Mondriaan en daarmee hebben we ook een samenwerkingsverband. In dit verband staat echter niet dat wij zoveel studenten per jaar naar hen sturen, het is meer dat we samen kijken naar wat wij voor hen en zij voor ons kunnen beteken.   
  
Hebben jullie dat ook met hogescholen of commerciele instellingen?  
Toen we HBO-V’ers gingen opleiden toen was er in Leiden een lotingssysteem, maar daar kwamen ze niet tussen en toen zijn we naar InHolland Amsterdam gegaan. Maar natuurlijk was het makkelijker geweest als we ze naar de Hogeschool Leiden konden, dat is lekker dichtbij en voor ons het is een stuk makkelijker.   
  
Welke functionarissen hebben jullie aangesteld voor niveau vijf?  
Dat is met name uitvoerende, maar ook uitvoerend op kantoor waar ze extra taken van de teamleiders uitvoeren. We werken natuurlijk ook met wijkverpleegkundige en dan heb je dat niveau nodig om te indiceren. Ze nemen dus eigenlijk behoorlijk wat taken over van de teamleider.   
  
Hoe zit het dan met de wijkverpleegkundige?  
De wijkverpleegkundige die zijn al HBO, die zijn in het verleden al geschoold en die moeten dus identificeren om de identificatie vast te stellen. Maar de wijkzorg zijn eigenlijk gecombineerde teams met niveau twee, drie, vier en niveau vijf mag eigenlijk alleen identificeren.   
  
Welke aspecten vinden jullie belangrijk in het aangaan van een samenwerkingsverband met een onderwijsinstelling?  
Wij hebben allereerst de regel dat we drie offertes moeten aanvragen en met alle drie in gesprek moeten gaan en daaruit voortvloeiend komt weer een plan waarin wij ons advies weer voort spreken. Maar de top wil momenteel toch wel weer kwaliteit. Wij vragen en jij moet draaien even plat gezegd en het mag niet te veel kosten, dat is de boodschap die wij altijd moeten brengen.   
  
Hoe ziet verloopt het traject van het doen van een aanvraag van het volgen van een opleiding?  
Dat verzoeken gaan via de teammanagers. Het is namelijk een onderdeel van het functioneringsgesprek en in dat gesprek bespreken ze wat je nog zou willen wat je aan zou kunnen. En als het echt een specifieke vraag is buiten niveau drie vier vijf om dan wordt die bij ons neergelegd.   
  
Wie keurt het verzoek uiteindelijk goed?  
Dat is een combinatie van zowel de teammanager als de sectormanager. De teammanager geeft dus de fiat, maar die heeft ook weer te maken met de fiat van de sectormanager.   
  
In welke mate is de medewerker vrij in het kiezen van een opleiding?  
Dat wordt momenteel vooral vanuit boven aangestuurd. De directie kijkt naar waar zitten er gaten en hoe kunnen we die door middel van training en opleiding opvullen.   
  
Zijn jullie bekend met de opleiding management in de zorg?  
Ja, want de huidige managers die er nu zitten hebben hem allemaal gedaan zij het hier zij het ergens anders. Maar omdat er zoveel managers weg zijn gegaan zitten deze allemaal op hun plekje en die ga je niet nog een keer die opleiding aanbieden. En als ik in de organisatie een beetje rondkijk zie ik niet echt mensen die daar voor nu in aanmerking voor kunnen komen. Puur omdat we ze op dit moment niet weg kunnen zetten. Op dit moment is de doorgroei mogelijkheid eigenlijk dus gewoon beperkt, maar dat komt bovendien ook omdat de eisen van een teammanager dus danig hoog liggen dat de meeste mensen daar nu toch redelijk terughoudend in zijn.  
  
 Dat zijn ook dingen die van bovenaf aangestuurd worden en doordat er dus minder geld beschikbaar is ga je kijken waar je geld van kan afsnoepen.   
  
Hoe staan jullie tegenover samenwerkingsverbanden met onderwijsinstellingen?  
We hebben nog een restant AG en die zijn momenteel nog naar school aan het ROC. Met hen hebben we overlegt wat er voor een vraag er momenteel bij ons ligt en vervolgens gekeken naar wat zij ons kunnen bieden. Bovendien willen we een officieel geregistreerd certificaat en vervolgens moest er gekeken worden wat er binnen de kaders past.   
  
In hoeverre is het MBO flexibeler en in staat om te voldoen aan jullie vraag in vergelijk tot het HBO?  
Dat hangt er vanaf welke vraag je neer legt als voorbeeld kan je er voor kiezen voor een certificaat wat samenhangt met je oude diploma wat je het recht geeft om een bepaalde titel te voeren. Dat betekent dat je echter niet de titel bent omdat je geen diploma hebt, maar je mag de titel dus wel uitvoeren. Dus daarin zijn ze volgens mij een stuk flexibeler. Bovendien is dit traject nog flexibeler als het BBL traject want dan ben je mensen langer kwijt en bovendien kost het ook meer. Dus het management heef top basis van de snelheid van het traject en de kosten zijn besluit genomen.   
  
Zijn er andere instellingen waarmee jullie dergelijke programma’s hebben gedaan?  
Met commerciële instellingen doen we vooral structurele trainingen zoals verpleegtechnische vaardigheden. Dat valt dus eigenlijk onder bijscholing.   
  
Hoe staat u tegenover duaal onderwijs?  
In vergelijking tot het opleiden van BBL of andere leerlingen dan is duaal onderwijs een stuk interessanter als het gaat de werkuren die verloren gaan. Het opleidingen van medewerkers is gemakkelijker omdat die ten eerste al bekend zijn met het bedrijf en ten tweede vaak op de zelfde afdeling blijven. Dit in tegenstelling tot leerlingen die vaak rouleren van afdeling en bovendien een intensieve begeleiding nodig hebben wat dus voor heel veel onrust zorgt. De kosten voor duaal onderwijs vallen natuurlijk wel een stuk hoger uit.   
  
Hoeveel medewerkers hebben jullie in dienst die duaal onderwijs volgen?  
Dat is er op dit moment één en er komen er twee aan maar die gaan voor verbonden BBL. Die gaan eerst twee jaar voltijd en dan twee jaar duaal onderwijs. En die twee gaan nu beginnen aan hun laatste twee jaar duaal traject aan de Hogeschool Leiden.   
  
Zijn jullie bekend met een Associate Degree?  
Ik heb wel er wel van gehoord maar ik weet nou niet precies wat het inhoudt en hoe het verschilt met een Bachelor opleiding.   
  
Hebben jullie op dit moment een samenwerkingsverband met de Hogeschool Leiden?  
Nee op dit moment hebben we geen samenwerkingsverband niet. De stagiaires hebben we dan, maar ik kan nou niet zeggen dat dat nou heel erg soepel verloopt.   
  
Hebben jullie wel de ambitie om een samenwerkingsverband met de hogeschool aan te gaan?  
Dat zou denk ik wel wenselijk zijn, maar toen die medewerkers wilde starten met de opleiding HBO-v maar uiteindelijk uitgeloot werden, toen hadden we zoiets nou zoek het dan maar ook maar uit dan gaan we wel ergens anders zoeken. Het is ook niet zo dat de medewerkers perse in Leiden geschoold moeten worden, maar het is wel handig als de lijntjes wel kort zijn met een school en omdat het samenwerkingsverband het ROC heel groot omdat het eigenlijk gewoon heel klein is. Dus je kan daardoor ook veel gemakkelijker een vraag aan hen stellen.   
  
Wie is het aanspreekpunt ten aanzien van een dergelijk samenwerkingsverband?  
Dat is een combinatie van zowel de directie als wij als afdeling. Maar als we het hebben over een samenwerkingsverband met de Hogeschool dan denk ik dat een sectormanager daar eerder een goed aanspreekpunt voor is. In Mei ga ik wel naar een bijeenkomst van de hogeschool waarin er met verschillende instanties wordt gesproken welke ontwikkelingen er binnen de sector gaan zijn. Het ROC heeft daarentegen elke zes weken een branchebijeenkomst en hoor wat andere instanties door maken dus zo heb je wel interactie met de opleidingen maar ook met andere organisaties.   
  
En wat is de huidige stand van zaken en hoe verwacht u dit in de toekomst?  
We zijn weer langzaam aan het opkrappen dus we doen het wel weer goed. We hebben nu weer fiat om heel veel uit te zetten. Maar bij onze visie op het opleiden staat kwaliteit toch wel heel hoog in het vaandel. Omdat er nu weer ineens budget is wordt er nu opeens zoveel uitgezet dat je denkt ‘whooh’. Nou kan dus ineens weer van alles.

**Respondent 8.**Welke ontwikkelingen gaan jullie momenteel door?  
De ontwikkelingen waar wij mee te maken hebben is dat de populatie heel erg aan het veranderen is. Daar waar we vroeger de downsyndromers en misschien zelfs wel de verstandelijke gehandicapten hadden komt daar nu ook een andere problematiek bij kijken en dat zijn eigenlijk de jongeren. Die vallen eigenlijk wel tussen wal en schip omdat ze er wel uitzien zoals jij en ik maar alleen niet zo functioneren. Als organisatie zijn we daar nu wel mee bezig om ons daarin te ontwikkelen, maar daar hebben wel nog wel een hoop in te doen. Dat zijn ook wel de ontwikkelingen die we terug in zien in het opleiden dat je hele andere competenties nodig hebt als begeleider op de werkvloer, maar ook de manager die die groepen aanstuurt. Ten behoeve van de zorg die die cliënten vragen en ook nog een visie en een beleid wat we daar op volgen maakt dat we daar nu druk mee bezig zijn.

Welke effect heeft dit op het verlenen van de zorg?  
Normaal was het zorggericht en dan kon een werknemer ook nog wel een beetje begeleidend werken omdat die cliënten van vroeger op zich wel mee viel. Maar dit is echt wel een populatie waarbij je de zorg even uit je mauw schudt. Ik weet niet of die opleidingen bij je bekend zijn maar je hebt medewerker maatschappelijke zorg die is eigenlijk alleen gericht op het begeleidende stukje en we hebben ook veel te maken met de MMZ en de verzorgende IG en daar heb je het verpleegkundige stukje er bij. Omdat die populatie zo veranderd hebben we meer zorg cliënten waardoor we meer complexere vraagstukken hebben liggen. Voorheen konden we iedereen op zich nog wel redelijk doorplaatsen maar tegenwoordig zijn die zorgwoningen dus zo intensief geworden en vragen andere competenties waardoor we veel specifieker moeten gaan kijken dat als we een zorgtype aannemen of die nog wel geschikt is voor dat begeleidende stukje van de patiënt.

Welke effect hebben deze complexere vraagstukken op het personeelsbestand?  
Nou het is niet zo dat we perse hoger opgeleiden nodig hebben, omdat de organisatie nog steeds van mening is dat we dat nog steeds met niveau drie nog steeds afkunnen handelen. Daar kiezen we op dit moment ook wel het meest voor, strategisch gezien ook omdat we van niveau vier heel veel personeel al hebben. Dus strategisch gezien gaan we nu voor niveau 3, maar willen we die wel een bepaald opleidingsgedeelte meenemen en met bepaalde kerncompetenties en aanvullingen binnen dat huidige onderwijs die wij belangrijk achten om hier te kunnen werken met die nieuwe doelgroep.   
  
Hoe worden deze mensen geschoold?  
Wij zijn daar nu mee bezig om te kijken want het huidige onderwijs sluit niet altijd aan bij de wensen van de praktijk. Nou is het elders in het land binnen de organisatie een academie en die zijn we nu aan het ontwikkelingen ook voor de regio Noordwijk en Monster. Die mensen worden dus eigenlijk bijgeschoold, maar dat staat op dit moment ook in de kinderschoenen. Maar wat we willen is inderdaad dat zij gewoon dat diploma krijgen maar met extra keuzedelen en die keuzedelen die kunnen wij als organisatie aanscherpen bijvoorbeeld het omgaan van moeilijk verstaanbaar gedrag, maar ook psychiatrische stoornissen om dat meer op toe te spitsen. Zo kunnen we dus specifieker de medewerkers opleiden.

Hoe ziet de structuur van de organisatie er uit?  
We een raad van bestuur en daar onder vallen de regiodirecteuren in onze regio die twee regio’s aansturen dat zijn regio Noordwijk en Zuid-Holland noord. Die zijn vervolgens weer onderverdeeld in segmenten en die segmenten zijn gegroepeerd in gedrag bijvoorbeeld segment één is de meest intensieve zorg en segment twee al iets minder. En deze segmenten worden weer aangestuurd door verschillende managers en die managers stellen weer hun eigen teams samen en die teams moeten zoveel mogelijk zelfstandig functioneren. Vanuit mijn ervaring blijkt het echter niet altijd makkelijk te zijn voor een team om zelfstandig te opereren.   
  
Waardoor komt dat?  
Dat komt door de leiderschapskwaliteiten, maar ook de bereidheid en bekwaamheid van de medewerkers zelf en in welke mate kan een leider ze leidinggeven moet die ze meer sturen, ondersteunen, motiveren, delegeren eigenlijk die facetten zeg maar. Dat is dus echt per team weer anders in welke mate dat kan. Bovendien ligt het ook aan de populatie waarmee het team te maken heeft. Bij een oudere doelgroep waarbij je minder te maken hebt met familie heb je hele andere vragen dan bij die nieuwe jeugd populatie die nog hun ouders meenemen. Die hebben veel meer socialere competenties nodig omdat ze dus met verschillende betrokkenen te maken hebben. Dat zijn vaak ook vraagstukken die een medewerker nog niet eerder heeft meegemaakt waardoor je zowel met de managers, een medewerker een coach even overleg over moet voeren voordat je je competent genoeg voelt om daar een beslissing over te nemen.   
  
Hoe worden de segmenten aangestuurd?  
Dat kunnen meerdere managers zijn, voor segment twee zijn dat er vijf, voor segment één zijn dat er twee dus dat is erg verschillend. Dat ligt veelal ook aan het aantal woningen en cliënten onder dat segment vallen.   
  
Zijn er in de organisatie structuur nog lagen verdwenen?  
Onder de segment manager zat er vroeg nog een woning coördinator die het team aanstuurde en dat was heel effectief, maar daar zijn we vandaan gekomen en die zijn er toch weer tussenuit gegaan en nu zijn er persoonlijk begeleiders die niveau vier zijn en verantwoordelijk zijn voor de zorg rondom de cliënt, dat alle plannen kloppen, de financiën en wordt ook verwacht dat die coachend bezig zijn. Maar gezien de werkdruk is het lastig zeker omdat er veel van ze wordt gevraagd, vandaar dat ik verwacht dat ze het ook niet zouden redden zonder manager die de eindverantwoordelijkheid draagt. Momenteel zijn ze dus voornamelijk aan het profileren naar wat er gevraagt wordt van de taak-functie omschrijving en dat is waar mensen en een team ook in moeten groeien. Van daaruit verwacht ik wel dat het mogelijk is dat teams zelfsturende worden, maar dat zal zeker niet bij alle teams lukken. Nu is het dus nog een stapje te verder, zeker omdat er nu nog veel aanspraak wordt gedaan op de manager. Dus het blijft ook nog wel heel hiërarchisch tenzij ze dus ook meer bevoegdheden gaan krijgen.   
  
Hoe is de verdeling qua niveaus?  
Er zijn wel niveau vijf mensen. Op de werkvloer zijn dat voornamelijk MWD en SPH, maar die komen dus in dezelfde functie terecht als de niveau vier dus die krijgen geen andere bevoegdheden. Die worden dus allemaal over een kam geschoren. Op het moment dat je van die werkvloer afgaat en richting coach, pedagoog, manager dan heb je te maken met andere opleidingen en dat zijn Management in de Zorg, pedagogiek, coachend trainer, toegepast psychologie die richting zien we vaak terug.   
  
Hoe verhoudt deze opleiding zich tot de managementlagen binnen jullie organisatie?  
Ik denk dat het verschil hier zo klein is tussen de managementlaag en de eerste verantwoordelijke dat ze hier ook niet echt onderuit zullen gaan hierop. Ik denk ook dat dat een verschil maakt in hoe je dat eerder hebt weg gezet. Als ik objectief kijk naar het takenpakket van een manager, dan vind ik die heel groot. Dus dan moet je wel van goede huizen komen als managers, dan heb je wel een behoorlijk takenpakket voor wat daar als ruilrelatie tegenover staat, dan moet je wel echt gemotiveerd zijn.   
  
Welke competenties moeten deze managers hebben?  
Ik denk ik eerste instantie dat dat ten opzichte is van afgelopen jaren niet echt veranderd is, maar ik denk wel dat er meer aandacht voor gekomen is vanuit de regiodirecteuren. Die gaan daar wel weer scherper op zitten op wat die managers wel moeten gaan bieden. Dus de controle is wat meer aan de orde gekomen.   
  
Wat is jullie visie op het opleidingsbeleid?  
Wij moeten blijven ontwikkelen juist omdat de populatie veranderd, maar wat we nu nog zien en dat willen we wel gaan veranderen is dat we ook wel weer dat we te maken hebben met het feit   
  
Waar we nu als organisatie mee te maken hebben is dat we de mensen die we opleiden niet gelijk kunnen houden. Dus moeten we ze dus laten gaan, omdat we nu dus gewoon vol zitten. Dus het doorstroombeleid is dus wel een issue hier. Het is dus ook niet echt heel strategisch gezien het grootste gedeelte ook redelijk oud is. Ik heb echter geen zicht op waarom dit beleid er zo uit ziet. Wat ik zelf denk is dat we als organisatie te hebben met een overschot aan zorgpersoneel. Daardoor kan je die doorstroom dus niet maken. Vandaar dat we nu een leeraanbod hebben om van zorg geschoold te worden naar begeleiden, maar daar moet je wel een type voor zijn. En daar lopen we als organisatie denk ik heel erg tegen aan omdat we heel veel oude zorgtypetjes in de organisatie hebben rondlopen. Dus de vraag is eigenlijk hoe je die kan bewegen van zorgen naar begeleiden en hoe kan je de nieuwe verse garde door laten stromen.   
  
Hoe verloopt het traject van opscholing?  
Ik denk dat dat voornamelijk te maken heeft met de manager waarmee je te maken hebt. De managers delen eigenlijk zelf hun opleidingsbudget in en die zeggen dus ook pietje jij doet het leuk, zou je je niet eens verder willen ontwikkelen en ik denk dat sommige managers ook wel kijken naar medewerkers die managers kunnen worden. Die stimuleren dat wel. Soms ligt het ook bij de medewerker zelf die zeggen dat ze willen doorgroeien of ik wil iets anders dus is er kans voor mij om iets te doen. Dus dat is een wisselwerking, maar de manager die keurt het uiteindelijk goed.   
  
Hoe wordt dat budget aangestuurd?  
De teams krijgen gewoon een pot en daar zit een deel opleidingsgeld in en dat mogen ze zelf inzetten. Als er binnen een segment bijvoorbeeld vijf woonteams zijn dan kunnen er 2 a 3 medewerkers dus erg gelukkig worden, meer budget is er eigenlijk niet. Daarnaast zitten ze ook nog vast aan bij en nascholing en dat moet namelijk ook van dit budget.  
  
Hoe is opscholing geregeld binnen jullie organisatie?  
Het is eigenlijk zo dat het voorheen intern bij- en nascholing werd gefaciliteerd, maar het opleidingsgedeelte dus voor een erkend diploma dat gebeurt echt extern. Maar het is misschien wel een wens om dit ook meer intern aan te bieden zodat we ook specifiek en sneller kunnen inspelen op de ontwikkelingen waar wij als organisatie mee te maken hebben. Nu gaat dat dus door middel van bijscholing opgevangen worden door de academie die we aan het oprichten zijn.   
  
Met welke onderwijsinstellingen werken jullie op dit moment vooral samen?  
Op dit moment zijn dat echt de mbo scholen daar doen we vooral veel zaken mee. Dus met het ROC Mondriaan in leiden doen we veel zaken, maar we zijn ook wel aan het kijken of er meer te halen is. Bijvoorbeeld het ID college daar moeten we weer stagiaire hebben het ROC Leiden die op dit moment behoorlijk onder druk staat, maar daar hebben we ook veel stagiaires van dus daar hebben we vooral met stages te maken. Maar als we echt kijken naar de medewerkers die hier al werken en nog een opleiding gaan volgen dan is dat wel vaak aan het ROC Albeda in Rotterdam.   
  
En hoe zit het met hogenscholen?  
Met hogescholen doen we in principe eigenlijk niks mee, want er worden geen standaard hbo opleiding geboden. Dus als jij de kans krijgt om binnen deze organisatie een hbo opleiding te doen dan is dat omdat je manager je dat gunt. Dit wordt vooral gedaan voor doorgroei mogelijkheden maar ook om extra expertise op te doen. Zo zie je natuurlijk wel dat een SPH’er meer kennis heeft als een mbo’er. En dit eigenlijk altijd deeltijd wordt gedaan, anders is het niet te faciliteren.   
  
In welke mate worden deze opleidingen vergoed?  
Daarin gaan ze creatief mee om, sommige managers zeggen je krijgt het volledig vergoed, andere zeggen je krijgt een deel vergoed of je verlet kosten worden niet verrekent. Voor leerlingen is dit wel geregeld omdat daar een arbeidsovereenkomst aan vast zit.   
  
Waar ligt de nadruk op dit moment bij het opleiden?  
Nu ligt dat voornamelijk op niveau drie. Die vacature is er ook net en die richt zich op leerlingen van niveau drie omdat we van niveau vier er nu dus al genoeg van hebben.   
  
Op welke manier wordt er samengewerkt met het ROC?  
Ik heb met mijn collega nauw contact met het ROC en de examencommissie. Dat contact hebben we maandelijks door werkveld overleggen en daarbij zitten dan ook andere verstandelijk gehandicapten organisaties en dan wordt er kennis uitgewisseld. Dat is op zich wel waardevol, maar soms merken we wel dat school de lijn al heeft uitgezet waardoor het enkel aanhoren is en dat is eigenlijk de voornaamste reden dat we nu aan het kijken zijn of we het zelf niet kunnen.   
  
Hoe ervaren jullie de aansluiting tussen de vraagstukken en wensen die jullie hebben liggen en het onderwijs?  
Die zijn we eigenlijk als het komt ons aanvliegen en op het moment dat wij aangegeven dat we een andere aanvliegroute willen nemen dat het niet kan omdat zij te maken met een overheid die bepaalde kaders en regels hebben opgesteld.   
  
Hoe staan jullie tegenover managers in de zorg?  
Ik weet dat er nu of in het verleden medewerkers die opleiding hebben gedaan en die worden dus echt opgeleid tot een management functie, maar het zou zomaar kunnen dat deze medewerkers niet de kans krijgen om hier toe door te groeien. Dat durf ik eigenlijk niet te zeggen. Het klinkt wel logisch, want ik denk ook wel dat managers daarom mensen op niveau vier opleiden terwijl ze nog geen functie kunnen bieden op niveau vier, maar dat dus wel de competenties binnen halen.  
  
In hoeverre is er meer vraag naar hoger opgeleid personeel binnen jullie organisaties?  
Nee eigenlijk niet.   
  
Wat betekent dit voor de competenties van de lager opgeleiden? Dus in dit geval de niveau drie en vier?  
Eigenlijk verwachten we daar dus heel veel van en de vraag is dan ook of je dat wel kan vragen van niveau drie. Dat is eigenlijk het volgende vraagstuk waar we tegen aan lopen en of dit uberhaupt wel een goede richting is. Wellicht is er een strategisch beleid waar ik nog geen kennis van heb, ik hoop in ieder geval wel dat die er is maar die is mij niet bekend. Zoals wij nu anticiperen met bijvoorbeeld met een werving is het elke keer een vraag van waar zitten we nu. Dus we hebben dan een strategisch overleg en elke keer verandert dat. Vorige keer gingen we nog wel niveau vier werven en nu niet. Dus waarschijnlijk ligt daar wel een hoger plan maar die wordt nog niet uitgerold of gedeeld.   
  
Hoe vaak wisselen jullie heir in?  
Het wisselen van richting doen we ongeveer per half jaar. Maar ik zou niet per definitie zeggen dat dit slim is. Maar daarom zou het kunnen zijn dat wij alleen die schakeling zien maar dat dat wel gebasseerd is op een hoger plan. Ik weet dat er een heel plan is voor een strategische personeelsplanning, maar dat wordt alleen niet gedeeld met onze laag.   
  
Momenteel zijn we dus echt aan het kijken hoe we het opleidingsaanbod beter aan kan sluiten op de wensen en behoeften binnen organisatie en ik denk dat we nu voornamelijk aan het kijken zijn hoe we de medewerkers die we nu hebben competent maken en de mensen die we binnenhalen gelijk die bagage meegeven. Dat is wat er nu bij ons speelt. Tuurlijk willen mensen hoger personeel, maar wel voor het minste prijs ze gaan ze namelijk niet meer betalen. Zo werken er hier psychologen omdat die niet aan een baan kunnen komen en die willen toch wel werken hebben. Daar maken wij dus gebruik van door te zeggen je mag hier werken maar wel met deze arbeidsovereenkomsten.   
  
Hoe staan jullie tegenover een samenwerking met een Hogeschool?  
Voor ons is het eigenlijk niet heel relevant omdat we eigenlijk varen op MBO en alleen het hogere segment wordt geleidt door het HBO. Zodra je de werkvloer afkomt dan beginnen de hbo functies.   
En deze functies proberen voornamelijk extern te werven, met uitzondering van de medewerkers die wel de mogelijkheid krijgen zich te ontwikkelingen naar maar voor hbo wordt daar minder ruimte voor geboden. Dat hbo stuk is bij ons echt een ondergeschoven kloetje. Dus we zijn eigenlijk echt praktijkgericht aan het opleiden en dan heb je dus te maken met mbo.   
  
Hebben jullie in de afgelopen 2 a 3 jaar te maken gehad met een reorganisatie?  
Ja twee jaar geleden heeft die plaats gevonden en toen zijn destijds de regiodirecteuren er tussen uit gegaan en toen is alles in die segmenten ingedeeld toen is er dus wel het één en ander doorgevoerd in relatie tot de managent lagen. Ik denk wel dat het efficiënter is geworden doordat managers meer woningen onder zich hebben gekregen en dat er op nieuw naar gekeken is naar hoeveel caseloten heb jij nou. Dus op die manier is het opnieuw ingedeeld. Van daaruit zijn we van drie regiodirecteuren naar twee overgestapt dus dat is wel een voorbeeld. Daarmee is de organisatie dus wel smaller geworden. Alleen de laag van teamleiders die bestaat nog en of de intentie er is om deze laag er uit te trekken weet ik dan weer niet.   
  
Zijn de zelfsturende teams in uw organisatie daadwerkelijk zelfstandig? Omdat er hier boven eigenlijk nog directe manager boven hangt?  
Het maakt heel veel uit met wat voor personeel je in huis hebt in dat team. Is iedereen gemotiveerd? Wil je allemaal het zelfde doel behalen? Die wederzijdse afhankelijkheid dat zijn echt wel de triggers denk ik en is er een duidelijke visie. Ik coach op verschillende woningen en ik zie dat er genoeg teams zijn die hier in toe in staat zijn dus vandaar dat het redelijk lastig om de teams echt zelfsturende te laten.   
  
**Respondent 9.**  
Wij hebben hier een zorgacedemie en daar maak ik onderdeel van uit. Ik ben onder andere verantwoordelijk voor alle studenten verpleegkunde binnen Erasmus mc die hier stage lopen. Dat is van het eerste tot het vierde leerjaar. Niveau zes komt hier straks ook bij, want de hbo-v van nu is nog niveau 5 en met de nieuwe opleiding bachelor 2020 worden zijn niveau zes. In de Europese kwalificatie framework is het hbo geschaald in zes en vijf en is eigenlijk de eerste twee leerjaren van de hbo-v de associate degree, maar daar kunnen wij niks omdat die niet BIG geregistreerd kunnen worden.   
  
Welke effect gaat dit hebben?  
En aan verpleegkunde opleiding zit een BIG registratie en dat wordt dus niveau zes en daar zijn we eigenlijk wel blij mee, omdat er daardoor een verschil komt tussen taakverdeling. Iedereen gaat als je eenmaal een paar jaar werkzaam bent dan zit je eigenlijk in de middenmoot, maar je wilt juist die hbo’ers uit blijven dagen op hbo-niveau.  
  
Kunt u iets meer vertellen van het EMC?  
We hebben binnen hier binnen het Erasmus ongeveer 30 stage verlenende afdelingen, we zijn ook één van de weinige instellingen in de regio die ook eerste en tweede jaars studenten plaats. Het voordeel daar van is namelijk dat je ze al vroeg bekent maakt met de werken in het ziekenhuis. Binden, boeien en open houden. Die studenten zijn ook het meest positief over de begeleiding omdat ze erg strakke sturing krijgen en ik ben eigenlijk de spin tussen de afdelingen en de onderwijsinstellingen. Ik heb daardoor heel veel contact met de praktijkbegeleiders en een deel van de studenten nemen we ook aan en die beginnen dan een duaal traject in hun derde leerjaar. De hbo-v opleiding is ook één van de weinige opleidingen met een duale variant daar ben ik dus ook verantwoordelijk voor. Met de scholen ben ik de contact persoon en heb ik overleggen met hen en geef ik aan wat de ontwikkelingen zijn in het ziekenhuis want die gaan ontzettend snel en anticiperen scholen daar op nou eigenlijk niet. Het is ook eigenlijk niet mogelijk voor ze. Dus daarom is die verantwoordelijkheid samen voelen en ook delen dat levert wel heel veel op. Dus dat is ook een investering doen. Landelijk gezien heb ik ook in het programma Bachelor 2020 gezeten en heb ik ook contact met de andere UMC’s dat is ook een soort samenwerkingsverband.   
  
Welke ontwikkelingen gaat het EMC momenteel door?  
De complexiteit van de zorg neemt alleen maar toe en meneer Schippers wil dat we nog minder basiszorg leveren, dus dan hebben we het over patiënten die alleen voor deze zorg in aanmerking komen doordat zij hoogstwaarschijnlijk multi problematieken hebben. Anders wordt je verwezen naar een ander ziekenhuis, dus het hele intensieve en specialistische zorg want een UMC is vaak gespecialiseerd in bepaalde ziektebeelden waarvan er maar tien hier in Nederland rondlopen. Je komt ook patiënten tegen vanuit de achterhoek het is heel divers en dat betekent wat voor de verpleegkundige, maar ook voor de leerlingen. Dus als je hier je stage haalt dan heb je ook echt een redelijk stage gehaald om het zo maar te zeggen. Onze uitstroom is daarom vaak ook redelijk hoog. Ik hou dan ook bij waaraan dat ligt. Ligt het aan de afdeling? Aan de student? Of is het onderwijs gebonden problematiek? Voor de rest evalueer ik met de praktijkbegeleiders elk jaar, met de instellingsdocenten en met de studenten. We hebben ook een studentencommissie binnen het UMC dus alle partijen zijn bij het evalueren betrokken. Zeker de studentencommissie is hulpzaam gebleken want zij kijken op een andere manier naar dingen en zij hebben ook andere oplossingen. Dus vandaar dat je soms ook de oplossingen door hun moet laten bedenken want dan werkt die vaak beter. Doordat je hen erbij betrekt voorkom je eigenlijk ook dat mensen gaan klagen.   
  
Wat zijn de voornaamste redenen dat er zo een hoge uitstroom is?  
Het zijn vaak afdeling gebonden factoren. Vorig jaar zijn er bijvoorbeeld twee hbo-v studenten gestopt omdat hun visie op zorg niet overeen kwam met wat zij hier zagen, dus die zijn naar de thuiszorg gegaan. Zij dachten namelijk dat ze echt nog zouden zorgen. Maar dat is niet meer. Anno 2015 was het toen en ik dacht een hbo-v’er die echt alleen nog maar wil zorgen vond ik toen wel opvallend.   
  
Wat is jullie visie op het opleidingsbeleid?  
Daar gaat wel heel veel in veranderen, maar het gaat nog heel langzaam omdat we nog moeten wachten op een aantal zaken. We hebben nu natuurlijk de nieuwe beroepsprofielen en de nieuwe opleidingsprofielen dat gaat allemaal vanaf 2016 in gang. In relatie tot de deskundigheid van de vaste medewerkers hebben we niveau vier die door stromen naar niveau zes dat gaan we nu krijgen, maar ons functiehuis is nog niet ingericht. Wij zijn nu bezig met een projectgroep wat je kan vergelijken met proeftuinen om te kijken naar wat hebben wij nodig aan verpleegkundige, wat is onze zorgzwaarte en wat moet daar aan gekoppeld worden, welke taken en rollen hebben we. Daar zijn we nu mee bezig, dus dat is allemaal nog in de maak. Wij zijn één van de eerste UMC die dat doen en de NFU bemoeit zich daar ook mee. De NFU is een organisatie speciaal voor de academische zieken huizen. Dat wordt dus nu in kaart gebracht dus ik weet niet wat dat gaat betekenen voor het opleiden. In ieder geval hebben we gezegd als goed werkgeverschap bieden wij elkaar zoveel interne kandidaten de mogelijkheid om door te stromen, maar dat is niet op een bepaald beleid gebaseerd.   
  
Hoe werkt deze doorstroming?  
Er is wel een memo dat de mogelijkheid er is en dan moeten ze het kenbaar maken bij hun leidinggevende en hun leidinggevende bepaald of ze wel of niet mogen. En dan hopen wij natuurlijk dat de leidinggevende het natuurlijk doet op basis van wat een kandidaat allemaal laat zien in de praktijk dat iemand het ook echt verdient. Nu bieden we nog maar een beperkt aantal plaatsen van 10 kandidaten gaan wij er ook wel van uit dat de leidinggevende daar wel goed naar kijkt. We betalen dit ook vanuit de subsidie opleiden. Dan wordt dat geld in ieder geval goed besteedt en kunnen we dat natuurlijk ook weer goed verantwoorden.   
  
Wat voor soort kanidaten zijn dit?  
Dat zijn nu vooral vier niveau vier medewerkers die naar niveau zes worden opgeschoold en in sommige gevallen ook wel van niveau 3 naar vier. Dus er is wel een doorstroom. Het opleiding continuüm vinden wij belangrijk dat je als medewerkers door blijft leren, maar niet altijd perse een erkende opleidingen. We vinden het ook heel belangrijk dat hun verpleegkundige hun deskundigheid bijhouden. Dan moet je denken aan bijscholen, we hebben een hele e-learning omgeving waarbij we men modules kunnen volgen. Er is hier ook een beleid wat nu wordt vastgesteld dat elk verpleegkundige elk jaar aan de hand van een thema dat die deskundig is. Bijvoorbeeld veiligheidsmanagement systeem, patiënt veiligheid soort dingen. De ontwikkelingen gaan zo snel op dit moment dat dit wel echt belangrijk is. Er is echter wel een knelpunt, omdat de zorg steeds complexer wordt de turnover ook hoger, de kosten van de ziekenhuizen zijn gigantisch ook de prijzen van de medicatie dat daardoor ook beknippelt wordt op verpleegkundige en de formatie. Dit gebeurt niet alleen qua opleiden maar ook gewoon het aantal op een afdeling. Dus meer met minder. Je moet dus ergens knippen, dus dan is de vraag waar je moet knippen?  
  
Waar wordt er op dit moment geknipt?  
Er zijn recent managementlagen er uit gegaan, we gaan natuurlijk ook naar de nieuwbouw en het anders werken waarbij het personeel dus meer zelfsturend gaat werken. Dus die unithoofden laag die gaat er eigenlijk uit en daar komen regieverpleegkundige, die nu ook nog wel managers worden genoemd, komen daar voor in de plaats. Die gaan daarmee dus grotere eenheden aansturen waardoor ze dus meer span of controle hebben gekregen.  
  
Even voor mijn beeldvorming. Hoe ziet de structuur er van het EMC er uit?  
We hebben een raad van bestuur daaronder hebben we de directeuren, daaronder zitten de managers dus de unithoofden. We hadden eigenlijk nog een laag maar je kan als organisatie wel denken we halen die laag er uit en het wordt allemaal opgelost maar die taken die verdwijnen en moeten ergens worden opgevangen. Dus wat ik nu zie is dat die unithoofden dus al weg zijn, maar naar twee of drie jaar zijn er managers voor in de plaats gekomen want het blijkt toch niet te werken voor regieverpleegkundige.   
  
Wat is het verschil tussen een manager en een regieverpleegkundige?  
Een manager houdt zich met overstijgende taken bezig te denken aan strategische dingen. De regieverpleegkundige is meer bezig met het draaiende houden van de toko en daarmee redt je het hier niet.   
  
Is er nog op andere management functionarissen geknipt?  
Het eramus MC is opgedeeld in thema’s en elk thema heeft een directeur en daaronder de managers en daaronder zou dus de regieverpleegkundige zitten. Maar er zijn per thema niet nog eens managers verdwenen. Dus hij is in die zin niet smaller geworden. Het lastige is dat we hier met thema werken waarbij elke thema hetzelfde moeten inrichtingen, maar nu na drie jaar zitten er al verschillen in naar gelang van wat de behoeften is, waar de knelpunten liggen. Voor het nieuwe thema Dijkzicht zijn nu de sollicitaties bezig daar houden we wel de unithoofden maar die zullen dus dan ook waarschijnlijk manager genoemd worden. Maar die gaan dan zorgkernen aansturen en het thema Dijkszicht is het grootste thema ook met de meeste afdelingen, dus door het samenvoegen van afdelingen krijg je grote zorgkernen en daar komt een unithoofd boven te hangen. Dus van de vier managers blijft er dan nog één over.   
  
Welke competenties moeten deze managers hebben?  
Ze hebben in ieder geval allemaal een management opleiding en er zijn ook wel een aantal die academisch geschoold zijn. Het is namelijk niet meer zo dat iemand met een hbo opleiding zomaar manager kan worden. Vroeger hadden we die unithoofden maar dat waren oud verpleegkundige die veel ervaring hadden en dat is nu niet meer. Nu moet je denken aan opleidingen als IBMG.   
  
Is management in de Zorg er daar ook één van?  
Ja dat kan zeker, maar precies weet ik het niet van iedereen maar ik weet wel dat ze allemaal iets extra’s gedaan en zie je al dat het niet meer een verpleegkundige is. Soms zijn het ook geen verpleegkundige maar juist managers die uit de commerciële sector komen. Dat heeft natuurlijk zo ze voordelen en ze nadelen. Een nadeel is bijvoorbeeld dat ze weinig kennis bezitten over wat er op de werkvloer gebeurt en aan de andere kant kunnen we wel iemand in huis halen die al bakken aan ervaring heeft als managers of leidinggevende zijnde.   
  
Welke ontwikkelingen zijn er gaande betreft het onderwijs en met onderwijsinstellingen?  
Er zijn ontwikkelingen waarbij we aan het kijken zijn om onderwijsinstellingen meer binnen de organisaties kunnen krijgen. Ik ben daar nog heel hard over aan het nadenken of ik het wel een goede ontwikkeling vind want ik zou eigenlijk nog een stap verder willen en kijken kunnen we niet ketenzorg opleiden. Dan doe je recht aan de ontwikkelingen die er nu gaande zijn, want de verpleegkundige van nu is niet de verpleegkundige die we over 10 jaar nodig hebben en daar moeten we nu op anticiperen. Vandaar dat ik nu aan het kijken ben met thuiszorgorganisaties naar wat kunnen we gezamenlijk en wat kunnen we uitwisselen, maar ik heb hier in de organisatie nog niet iedereen mee.  
  
Hoe komt het dat u nog niet iedereen mee heeft?  
Dat komt met name door de hoge werkdruk, veel vacatures dus als je uit gaat wisselen dan mis je ook medewerkers. Maar dat geeft niet want is het niet vandaag dan is het morgen. Dus als we eerst beginnen met de leerlingen dan hebben we die al opgeleid in een brede setting.  
  
Hoe moet ik me dat voorstellen?  
Dat ze in ieder geval tijdens hun opleidingen in alle werksettingen stage hebben gevolgd. Dus niet alleen in het ziekenhuizen maar dus ook bij de thuiszorg enzo. Ik vind ook eigenlijk dat het curriculum van de hogescholen zo breed mogelijk zijn. De context waar je stage in loopt maakt namelijk de verschillen. Zeker omdat de verschillende domeinen veel meer naar elkaar toetrekken maakt dat het belangrijk is dat de verpleegkundige als een soort generalist te werk kan gaan.  
  
Hoe ziet u die samenwerking betreft de ketenzorg voor uw?  
Nu zitten we dan rond de tafel en zijn we aan het kijken naar praktijkleren en hoe kunnen we dat beter en anders vormgeven, het uitwisselen van studenten en nu gaan we ook met een thuiszorgorganisatie heidagen organiseren. Onze problematiek is praktisch het zelfde als waar zij tegen aanlopen, dus je kan alleen maar leren van elkaar en dan heb je één en één is drie waarschijnlijk.   
  
Hoe verwacht u dat die samenwerking zich gaat ontwikkelingen?  
Om een voorbeeld te geven nu zie je al dat patiënten die chemotherapie moeten krijgen, voorheen kwamen zij altijd op de dagbehandeling, maar nu is er al een busje wat rondrijdt met al die zakken chemo en dat bij de patiënt thuis gaat geven. Dat is een specialistisch team die dat doet. Maar vanuit de thuiszorg heb je ook weer verpleegkundige die die patiënten drie keer op een dag binnen lopen, controles doen dus die samenwerking is er al en dat zouden we nog veel verder moeten houden. Ik kan me namelijk voorstellen dat die verpleegkundige over 20 jaar de patiënt gaat volgen en dat de patiënt niet meer binnen en buiten de muren zijn traject volgt, maar dat een verpleegkundige dat gaat doen. Dat zou natuurlijk een hele mooie ontwikkeling zijn. Maar ik denk dat we daar uiteindelijk wel op uitkomen. Want de zorg wordt steeds duurder maar we leven langer dus het betekent ook dat hoe ouder we worden we ook meer problemen we allemaal gaan krijgen en iemand moet daar de regie op hebben en dat kun je al patiënt dat bijna niet. Dus daar heb je ondersteuning bij nodig. Dat vind ik een mooie taak voor een verpleegkundige die als het ware de spin in het web is. Een ander item wat ik in het opleiden heel belangrijk vind is het multidisciplinaire opleiden en dat doen wij hier al op kleine schaal. Zo hebben de geneeskunde studenten gezamenlijk met de hbo-v studenten een college van iemand uit de luchtvaartmaatschappij waarna ze een cases gaan bespreken met elkaar en dan leren ze van elkaar. Want in die cases gaat natuurlijk iets fout en aan wie is dat nou te wijten. Die discussie die ze dan al aangaan met elkaar levert enorm veel op. En dat zou ik zou ik nou ook nog verder willen uitbreiden. Ik weet dat Leiden een aantal jaar geleden ooit geprobeerd heeft om niveau vier en niveau zes bepaalde lessen ook gezamenlijk laten volgen en uiteindelijk is het gestrand op basis van de docenten van de hogeschool die het lastig vonden om op een ander niveau de dingen uit te leggen en dat is zonde. Terwijl ik merk dat de lessen die gezamenlijk worden gegeven dat die verpleegkundige studenten niet onder doen ten opzichte van de geneeskunde studenten.   
  
Hoe staan jullie tegenover blended learning?  
Dat gebeurt hier al redelijk veel, voor een opleiding worden bijvoorbeeld bepaalde lessen niet meer gegeven want je kan je via sirious gaming dit digitaal leren. Ze kunnen ook e-learning volgen, maar het belangrijkste onderdeel is de senario training en die wordt bijvoorbeeld door die luchtvaartmaatschappij en de zorgacademie hier opgezet. Dus daar zijn we momenteel wel veel meer mee bezig. Daarnaast zitten we in de zuid-west regio ook heel veel op locatie waarin we dus mensen opleiden zodat zij daar die trainen en lessen kunnen verzorgen. De hoorcolleges zijn er nog wel bij zeker als je een geweldige arts voor de klas hebt staan is het fijn om eindelijk de dingen aan kan vragen die eigenlijk altijd al wilde, maar het moet veel meer diversiteit zijn en het moet veel meer personalized opleiden zijn en niet meer van wij zoeken uit wat voor iedereen geschikt is. Daar zijn we nu ook bezig om de vaste medewerkers zij moeten namelijk aantonen dat ze bekwaam zijn, maar de weg er naar toe dat kan op diverse manieren.   
  
Wordt er door hogescholen hier ook op ingespeeld?  
Van de hogeschool Leiden weet ik het niet precies maar van de hogeschool Rotterdam zie ik wel dat er steeds meer mee wordt gedaan. Daar zijn ze nu bijvoorbeeld in het eerste jaar van de hbo-v opleidingen bezig met het opsplisten van twee groepen, waarbij de ene groep door middel van leercompetenties en dus binnen kaders zijn doelen moet behalen en andere groep wordt daar gestuurd onderwijs gegeven. Wat het effect daar van is weet ik nog niet want daar zijn ze nu mee bezig. Het voordeel is dat de hogescholen de vrijheid hier toe krijgen en de roc’s kunnen dat nog niet die zijn nameljik gebonden aan zoveel praktijk en theorie uren. Terwijl dit bij de hbo-v’ers dit niet wordt geregistreerd. Dus dat is wel vervelend, want je kan die niveau 3 en 4 wel uitdagen. Daarom hebben die mbo-studenten ook veel moeite met de doorstroom naar het hbo want dat is heel ander onderwijs.   
  
Welke voordelen hebben hogescholen ten opzichte van de roc’s?  
Zoals ik net al zij hebben ze veel meer de ruimte hebben om te experimenten en er zijn ook minder hogescholen dan roc’s. Die kunnen dus ook sneller de koppen bij elkaar steken voor bepaalde opleidingen dan de roc’s want daar zijn er veel meer van. Daarentegen werken we wel samen om het praktijkdeel voor de verpleegkundige gezamenlijk te ontwikkelen. Het is namelijk al erg lastig om verpleegkundige op te leiden op twee niveau’s. Ik zou er bij bijna voor pleiten om er één te deleten, maar dat kan helaas niet. Want je hebt die mbo’ers ook nodig want die hbo’ers stromen vaak toch door naar andere opleidingen die gaan de ibmg, verpleegingschappen die willen niet altijd aan het bed staan die willen ook wat anders.   
  
Aan het begin zij u dat het voor hbo’ers moeilijk is om door te stromen is dat zo?  
Nee er zijn genoeg mogelijkheden maar je hebt wel ervaring nodig dus het duurt wel een aantal jaar voordat je dat ook daadwerkelijk kan doen. Dat zijn ook wel baantjes waarbij je als je het eenmaal bent dan blijf je het ook dus ze liggen ook niet voor het oprapen of je moet slim zijn en je moet iets voor jezelf creeren?  
  
Hoe doen ze dat dan?  
Die bedenken dan iets en die gaan dan met de professor of arts in overleg en soms gebeurt het en soms gebeurt het ook niet. Maar het gebeurt dus wel. Het is ook heel lang zo geweest dat artsen niet wilde, omdat het hun taken zijn maar dat is niet meer van deze tijd. Nu krijgen de verpleegkundige veel meer verantwoordelijkheden en meer taken dus we leggen de lat daar ook meer hoger. Dus we hebben dus ook steeds meer hoog opgeleide verpleegkundige nodig want ze zijn al bijna half arts.   
  
Zoals u eerder aangaf heeft u al een nauwe samenwerking met de hogeschool rotterdam. Hoe ziet deze samenwerking er uit?  
Met werkveld en beroepenveldcommissies bespreken we vooral welke ontwikkelingen er in de instellingen zijn, maar ook waar wij tegenaanlopen met studenten, wat missen wij in het curriculum. Nu bijvoorbeeld met het clinisch redeneren is een belangrijk item dus dat moet echt in het curriculum dus dat wordt dan ingezet, maar we hebben bijvoorbeeld ook al een verbinding met de hogeschool waarbij bepaalde minoren ook hier worden gevolgd zodat voor de studenten ook wat op levert. Daardoor vindt er ook een kruisbestuiving van de docenten van de hogeschool en de docenten en praktijkopleiders hier. Daarnaast volgen degene van de vervolgopleidingen ook de lessen binnen de hogeschool volgen.  
  
In welke mate werken jullie samen met de hogeschool Leiden?  
Daar werken we daar niet mee samen, we hebben alleen een samenwerking met de hogeschool Rotterdam. We voelen ons ook maatschappelijk verantwoordelijk voor de studenten die daar studeren dat is vaak ook een afgevaardigde vanuit Rotterdam natuurlijk, maar er is nog een andere redenen want elke hogeschool heeft ook een eigen curriculum en dat is heel lastig om met diverse curriculum rekening te houden. We hebben met hogeschool Rotterdam en de ROC afgesproken dat er elke week een dagdeel een docent hier aanwezig is, niet voor de lessen, maar loopt wel op afdelingen die zit bij gesprekken bij beoordelingen, daarmee voorkom je ook dat er voortijdige uitstroom nog hoger wordt. Want de docent kan vanuit school andere adviezen geven, maar ook aan de praktijkbegeleider en als je meerdere hogescholen hebt dan gaat dat niet. We hebben dit nu dan één dagdeel in de week maar ik zou dat nog wel uit willen breiden en ik wil ook eigenlijk dat die docenten bij de hogeschool in de praktijk staan. Het is namelijk super belangrijk om als docent zijnde praktijkvoorbeelden te hebben. Dus ik promoot dan ook bij de docenten om een aantal dagen mee te lopen aan het einde van de school jaar. De roc doet dit dan ook veelvuldig die trekt een witte jas aan. Bovendien geven zij aan dat ze dit een meerwaarde is daarnaast vindt de praktijk het ook leuk want die kan heel veel vertellen, soms lopen ze ook alleen met studenten mee. Dus ze nemen echt heel veel mee voor hun lessen voor de inhoud.   
  
Hoe houdt u dat contact met onderwijsinstellingen?  
Door iedere zes weken in ieder geval een afspraak te hebben en van elke onderwijsinstelling hebben een we een vast contact persoon. En we sluiten het schooljaar gezamenlijk af. Zo hebben we één keer in de maand praktijkbegeleidersoverleg en het laatste overleg doen we samen met de instellingendocenten en de afgevaardigde van de studentencommissie dus dan heb je drie partijen we bij elkaar en dan evalueren we het afgelopen schooljaar, wat was er niet? Waar liepen we tegen aan? Hoe is het gegaan en wat gaan we het komende schooljaar tegemoet?  
  
Wie hebben er invloed op het opleidingsbeleid?  
De zorgacedemie en die bepaald met de directie patiëntenzorg bijvoorbeeld voor de vaste medewerkers het beleid dus die worden gezamenlijk vastgesteld en de units mogen hier zelf bepalen wat ze eventueel plaatsen en duale of voltijdsstudenten, maar daar zitten wel verplichtingen aan vast. Zo moeten ze allereerst eerste en tweede jaars studeneten plaatsen en dat is door het bestuur opgelegd. Daar ben ik al heel blij mee, want het liefst komen ze daar mee weg want ze willen eigenlijk ook wat aan de student hebben. Het wordt dus wel gezamenlijk bepaald, zo hebben we ook een begeleidingscommisie en dat is een commissie wat bestaat uit een aantal leidinggevende, p&o adviseur en een onderwijskundige zit daar in en die bepalen hoe en wat.  
  
Hoe zit het met het duale trajecct voor bestaande medewerkers?  
Op dit moment kunnen er 10 tot 12 mensen dit traject kunnen volgen, maar we verwachten wel dat er meer de aankomende tijd want er is ook meer vraag naar. Alleen niet iedereen zal het kunnen natuurlijk maar ik weet ook nog niet hoe het functiehuis eruit gaat zien. Dus stel je voor dat we straks met niveau vier en niveau zes gaan werken zoals we nu ook al doen maar zes krijgt echt bepaalde taken dan zullen we waarschijnlijk minder zes nodig hebben dan we nu al nodig hebben. Dus wat ga je dan doen met de mensen die wel graag willen doorstromen en willen door ontwikkelen. En dat weten we dus nog niet.  
  
Maken jullie hier wel een plan voor?  
In juli moet er eigenlijk al een plan hebben, maar ik denk sowieso dat we met vier en zes blijven werken en er zal ook wel een niveau 2 of 3 aan vastgekoppeld worden, maar in minder maten. Want we kunnen ook niet alleen op niveau zes mikken want een praktijkvoorbeeld laat zien dat als we alleen hbo opleiden dat deze mensen niet in de organisatie blijven. Dus het is ook belangrijk om de mbo’ers op te leiden zeker omdat ze harde werkers zijn en vaak in vergelijking tot de hbo’er ook blijvertjes zijn.   
  
Welke ontwikkelingen verwachten jullie in het management?  
Elke vijf jaar zal dat wel gebeuren (haha).. Ik zit er lang genoeg om te weten dat dit bijna elke vijf jaar heel erg verandert. Je ziet nu dus dat er minder managers nodig zijn maar dat de onderste laag meer moet opvangen. Vandaar dat de managers die er nog wel zijn ook echt managers zijn. Dus daarom moeten ze ook allemaal een management opleiding hebben gedaan.   
  
In Rotterdam hebben we ook de Rotterdamse zorg dat zijn alle zorginstellingen waarbij we de Rotterdamse zorg gezamenlijk aanpakken dit hebben we gedaan omdat we allemaal met dezelfde problematiek te maken hebben. Elke instelling levert een bedrag op zodat die Rotterdamse Zorg gedraaid kan worden dus die hebben een aantal project, arbeidsmarktproblementatiek bijvoorbeeld. Een van zo’n traject is het Zorgpact dus in Rotterdam wordt het heel veel gezamenlijk gedaan. In Leiden wordt dit denk ik minder gedaan.   
  
**Respondent x (wordt niet meegenomen in onderzoek)**Wat is jullie visie op het opleidingsbeleid?  
Wij hebben geen opleidingsbeleid.   
  
Hoe leiden jullie je personeel dan op?  
Elk zelfsturend heeft de vrijheid om in overleg met zijn team te gaan kijken welke opleiding of training hij of zij wil gaan doen. Dit gebeurt dus in overleg met het team en die moet goedkeuring afgeven.  
  
In welke mate ondernemen de medewerkers zelf actie als het gaat om opleiden?  
Nou kijk elk team is werkzaam in een bepaalde wijk, daardoor gaan wij vraaggericht te werk. Dat betekent dat het team inventariseert wat voor een zorg er in nodig is in die wijk. Vervolgens wordt in het team gekeken hebben wij de middelen, capaciteit en kennis in huis om die zorg te verlenen. Als dit ontbreekt dan gaat het team kijken hoe ze dat kunnen opvangen. Dus vanuit deze visie houden ze van zelf de vaardigheden en benodigde kennis bij die zij nodig hebben om die zorg te verlenen.   
  
Hoe groot is jullie organisatie?  
Inmiddels zijn dat er 10000. We zijn de afgelopen jaren enorm gegroeid maar de laatste tijd gaat deze groei gestaag.   
  
Hoe verloopt het proces van een medewerker die een opleiding wil doen?  
De individuele medewerker en de individuele teams hebben een opleidingsbudget, dat is een percentage van hun contracturen wat ze mogen besteden aan opleidingen en dat is de basis. Daarnaast zijn er natuurlijk ook scholingen die het budget bovenuit stijgen als het bijvoorbeeld om hbo-v opleidingen willen doen dan is dat natuurlijk heel langdurige en kostbaar. En als ze dat willen doen dan kunnen dat verzoek indienen bij de regiocoach en deze geeft goedkeuring of niet? Belangrijk is wel dat de medewerker kunt onderbouwen waarom hij juist die opleiding wilt doen en wat het oplevert voor de clienten. Als het dan past binnen de kaders en de regiocoach heeft het voordeel dat hij overzicht heeft van de verschillende expertises die er in de naburige teams zit en op grond van die afwegingen zegt die coach van nou dit is oke.   
  
Hoe worden de teams aangestuurd?  
We hebben helemaal geen managers in huis, we hebben één directeur, de oprichter, en die is eigenlijk de baas, maar voor de rest hebben we niks.

Hoe staan jullie tegenover Management in de Zorg?  
Mensen die deze opleiding hebben gedaan nemen we bij voorbaat niet aan. Het spreekt namelijk tegen je als je mensen met een dergelijke achtergrond aanneemt. Dus het gaat ook nooit gebeuren dat we medewerkers financieren om die opleiding te doen, mochten ze dat echt willen dan moeten ze dat in hun eigen vrije tijd doen maar wij belonen ze er in ieder geval niet voor.   
  
Welke overwegingen maakt de coach bij de goedkeuring van een opleiding?  
Zoals ik al zij kijken we naar wat er nodig is voor de zorg, er zijn bijvoorbeeld ziektebeelden die steeds meer voorkomen en mensen komen ook steeds eerder thuis vanuit het ziekenhuis. Onlangs bijvoorbeeld hebben we veel te doen gehad met mondzorg en daarvoor hebben we toen een online module voor aangeboden dus we kijken echt naar de inhoud.   
  
Aan welke eisen moet een onderwijsinstelling voldoen?  
We hebben inprincipe de afspraak gemaakt dat als mensen een beroepsopleiding volgen dat ze dat via een gesubsidieerde dus een reguliere opleiding doen dus een ROC of hogeschool en daar houden we ons voorlopig aan vast. We hebben laatst twee mensen bij het NCOI een verpleegkundige opleiding laten doen maar dat is niet zo goed bevallen waardoor het niet onze voorkeur heeft.   
  
Naar welke niveau is er vraag naar?  
Iedereen die bij ons al werkt is minimaal niveau drie, maar er is nu wel steeds meer vraag naar niveau vijf. Maar er zijn ook een aantal verzorgende niveau drie die graag doorstomen naar niveau vier en sommige niveau vier vinden het prima zo en sommige willen niveau vijf gaan doen.

Bent u dan ook bekend met associate degree?  
Daar zijn we wel bekend mee ja. We zijn ook heel veel in gesprek met hogescholen om te kijken of het traject van niveau vier naar niveau vijf. maar als een Hogeschool Leiden een traject aanbiedt voor één jaar dan komen we direct naar jullie.   
   
Aan welke competenties moeten een niveau vijf medewerker voldoen?  
Als zij dat traject gaan volgend dan zijn daar gewoon eindtermen aan verbonden en die moeten ze dan toch halen voor een diploma? Wij hebben natuurlijk wel wensen over hoe onze ideale medewerker er uit moet zien en daar besteden we in onze eigen scholen ook veel aandacht aan. Op dit moment worden medewerkers eigenlijk intern breed opgeleid doordat de ontwikkelingen zo enorm snel veranderen waardoor ze dus zo snel mogelijk daar op in kunnen spelen.   
  
Doet u aan co-creatie met hogescholen?  
we hebben samengewerkt met Hogeschool Eden en Saxion en Leiden ook wel een beetje maar dan met de HBO-V plus opleiding. Maar dat is niet echt samenwerken het is meer dat we daar een gesprek hebben omdat medewerkers daar studeren. Bij de andere hogescholen hebben we ook werkveldcommisies waarbij we kijken wat er in de praktijk speelt en hoe we daar gezamenlijk op kunnen inspelen.  
  
Wat is belangrijk in zo’n samenwerking?  
Dat we op één lijn zitten op opleiden en dat we ons gedachtengoed ook op die school alle ruimte krijgt om opgenomen te worden in het curriculum. Dat er dus elementen terugkomen waarbij dagelijks mee te maken krijgen in onze werkzaamheden.   
  
**Respondent 10.**  
Welke ontwikkelingen maakt uw organisatie nu door?  
Wij zijn een landelijke organisatie waarbij wij op dit moment met ongeveer 800 locaties ook veel in beweging zijn. Zo hebben we twee a drie jaar geleden een grote reorganisatie doorgemaakt waarbij we alle kranten en het nieuws haalden.

Wat hield deze reorganisatie in?  
De reorganisatie heeft er voor gezorgd dat de gehele organisatie verdeeld in drie clusters Werk & Begeleiding, cluster Zorg & Wonen en cluster Intensief. Die reorganisatie had destijds eigenlijk alles te maken met geld. Dus binnen het cluster Intensief zitten er vooral patiënten met zorg zwaarte pakket vijf a zes waardoor er ander geld binnen komt dan bij het cluster Zorg Werk & begeleiding. Dat zijn namelijk juist mensen die vanuit de Wmo naar ons toegestuurd worden. Dat is dan ook een cluster dat ontzettend hard moet werken op dit moment om hun hoofd boven water te houden. Het cluster Zorg & Wonen daar valt dit kantoor onder en wij als opleidingsafdeling nemen een centrale positie in voor de gehele organisatie.

Hoe ziet de personele samenstelling eruit binnen deze cluster? Als we het hebben over mbo en hbo personeel?   
Mensen die losgekoppeld zijn van de teams dat zijn vaak hbo-gebonden functies, dus eigenlijk de niet patiëntgebonden functies of wel de ondersteunende dienst en de mensen binnen de teams die de dagelijkse zorg regelen en organiseren om het zo maar te zeggen daar gaan we van uit dat mbo personeel is. Maar we zien dat die meer taken op zich krijgen zoals het schrijven en bijhouden van plannen. Dus we gaan er eigenlijk van uit dat ons mbo-personeel ook analytische en tactische competenties bezit. Het mbo personeel zit vooral in het cluster Zorg & Wonen. Dit heeft te maken met de zorg zwaarte pakket en dus de intensiteit van de zorg die binnen dit cluster verleent wordt. Deze is namelijk in tegenstelling tot het cluster Intensief minder complex. Doordat de zzp’en juist hoger is in dit cluster hebben we vooral hier juist veel ons hbo-genoten personeel werken. Binnen dit gebied is echter geen Intensieve zorg waardoor we zeggen dat mbo voldoende is.

Is het takenpakket van mbo’er de afgelopen tijd nog veranderd en zo ja in welk opzicht?  
Eigenlijk heeft ons mbo personeel meer verantwoordelijkheid gekregen, wat voornamelijk te danken is aan feit dat de zorg complexer wordt. Dus die is de laatste periode afgelopen tijd zeker verzwaard.   
  
Wat voor gevolgen heeft deze reorganisatie gehad op de personele samenstelling?  
Ze zeggen dat het losstaat van deze reorganisatie, maar wij hadden altijd boven de teams een laag mensen zitten die schreven de plannen en die bewaakte het zorgproces en dat is allemaal teruggekomen op de zorglocaties bij de teams die managementlaag zeg maar is er als het ware uitgesneden. Wat we nu wel hebben is een landelijk ondersteunend team wat ingevlogen wordt als het nodig is. Dus boven de teams staan locatiemanagers, het is wel verschillend per locatie hoeveel teams de locatiemanagers onder zich hebben, en de locatiemanagers signaleert of dit ondersteunend team nodig is bij een bepaalde problematiek. Dat is eigenlijk sinds dit jaar ingevoerd maar daar zijn nog geen resultaten van bekend.

Hoe ziet de gehele organisatiestructuur er uit?  
In totaal hebben we nu rond de 8000 medewerkers waarvan het grootste deel werkzaam is in de zelfsturende teams. Daarboven zit dan dus de locatiemanagers daarboven zit weer de regiodirecteur en daarboven de raad van bestuur. Wij hebben binnen Zorg Wonen zeven regiodirecteuren en bij Werk & Begeleiden zitten weer gebiedsmanagers, maar dat is eigenlijk dezelfde laag.   
  
Die tactische laag is dus verdwenen. Welke gevolgen heeft dit gehad op de competenties en taken van zowel de teams als de regiodirecteuren?  
Er is een verandering gaan in de manier van leidinggeven. In die zin dat de leidinggevende steeds meer op afstand moet gaan staan en het team meer zelfsturend te laten zijn. Daarom zie je in sommige teams dat de kwaliteit gemist wordt, omdat ze die aansturing die ze gewend zijn zo nu en dan missen. Per managers is dit trouwens wel heel verschillend. Persoonlijkheid heeft daar mee te maken maar iedereen zoekt daar zijn eigen rol nog een beetje in. Dat is nu gewoon nog een beetje zoekende.

Hoe wordt dit ondersteunend door opleidingen en dergelijke?  
Intern worden er best wel wat mooie opleidingen uitgerold daar voor, dan hebben we het in dit geval over de begeleiders op de locaties over van hoe ga je die zorg nou toch op een andere manier geven om zo mee te gaan in de veranderingen die er op dit moment spelen. Zo verwacht de maatschappij dat wij de cliënten meer zelf de regie geven, zelf dat stapje als professional achteruit durven te doen. Dus daar zijn we intern met opleidingen meer bezig.   
  
En in relatie tot management en development trajecten?  
De locatiemanagers worden daar natuurlijk ook weer in getraind in hoe ze dan hun teams moeten gaan aansturen. Bij de aansturing die nu nodig is wordt er veel meer verwacht dat de manager afstand neemt van de teams en als het waren een coachende rol op zich neemt waarbij de medewerkers en het team zelf moeten aangeven als er problemen zijn.   
  
Hoe worden deze management development op dit moment aangeboden?  
Dit wordt intern aangeboden door middel van trainingsdagen. Tijdens deze dagen worden er externe vooral vanuit de commerciële sector ingevlogen. Zo een dag bestaat veelal uit één inspirerende spreker die de managers op een andere manier aan het denken probeert te zetten en vervolgens worden er gezamenlijk verschillende workshops aangeboden.   
  
In hoeverre hebben deze managers ook een management opleiding gevolgd?  
Het is verplicht dat ze in ieder geval de opleiding management in de zorg hebben gedaan. Gezien het feit dat er maar een aantal managers over zijn gebleven na de reorganisatie maakt dan ook dat bijna iedereen deze opleiding genoten heeft of hier op dit moment mee bezig zijn. Dus er wordt op dit moment nog wel geïnvesteerd in de kwaliteit van die mensen, maar ik verwacht de mensen die momenteel deze opleiding doen wel de laatste zijn.   
  
Wordt dat bij een commerciële of erkende hogeschool afgenomen?  
Er zijn twee mensen die bij het NCOI deze opleiding doen. Ik denk dat ze juist de commerciële kiezen omdat ze daar de mogelijkheid krijgen om in het weekend naar school te gaan en ze kunnen het tempo van de opleiding toch in zekere mate bepalen.   
  
Wordt deze opleiding ook op de Hogeschool Leiden afgenomen?  
Dat zou ik eerlijk gezegd niet weten. Wij hebben ook niet helemaal inzichtelijk wie welke opleiding doet en hoeveel. Dat is haast ook niet bij te houden met zo een grote organisatie.   
  
Is er naast het verdwijnen van een managementlaag ook nog gesneden op het aantal locatiemanagers?  
Nee het snijden van het aantal locatiemanager dat is hier nog niet gaande. Er wordt wel gesproken over dat dat gaat komen maar daar ligt nog geen concreet plan voor op tafel. Dus eigenlijk is dat niet zo. Hiervoor hadden we ook nog teamleiders die boven het team hingen en daarboven stond zelfs nog een manager toen hebben we inderdaad wel op het aantal teamleiders gesneden. Maar daarvoor in de plaats hadden we wel weer meer managers gekregen dus ik weet niet precies hoe ze dat nu gaan doen. Het moet natuurlijk wel behapbaar blijven voor de managers.   
  
Wat is jullie visie op het opleidingsbeleid?  
De bijscholing van het personeel wordt altijd gedacht in de 70/20/10 regel, dat wordt heel erg gepromoot en naar voren gehaald. Daarbij ligt de verantwoordelijkheid ook steeds meer bij de medewerker zelf om aan te geven dat die opgeleid wil worden. Binnen het leerhuis wat we hier hebben organiseren we ook steeds meer verschillende modules voor onze e-learning waar alle medewerkers gebruik van kunnen maken. Dat doen ze wel in hun eigen tijd, maar wij proberen de medewerker wel te stimuleren om constant onderzoek te doen in hoe zij kunnen blijven groeien.   
Dat is dan algemeen. Daarnaast leiden we ook BBL-leerlingen op ongeveer 24 zijn dat hier in de regio. Ondanks dat de arbeidsmarkt onder druk staat zien we gelukkig toch wel dat de medewerker intern een baan aangeboden krijgt of wel extern snel een baan weet te vinden als wij geen contract kunnen aanbieden. Dat is wel heel fijn want we leiden ze niet op voor de WW.  
  
In welke mate leiden jullie mbo personeel op naar hbo niveau?  
We zien dat de instroom de laatste jaren wel wat minder wordt. Zo hadden we een aantal jaar geleden heel veel personeel zonder opleiding rondlopen. Toen zijn we met het NCWB in zee gegaan en die heeft voor ons een intern traject ingezet om dit personeel op te leiden tot mbo drie niveau en daarna door naar mbo vier niveau. Dit traject neemt dus heel erg af omdat deze fase gewoon klaar is.   
  
Werken jullie dan ook samen met ROC’s en Hogescholen?  
Hier in de regio werken we samen met de ROC’s omdat we daar de studenten vandaan krijgen en dat is met de Hogescholen ook zo. Dus deze samenwerking bestaat voornamelijk uit het aanbieden van leer en stage plekken.   
  
Hoe zit het met het opleiden van mbo naar hbo niveau?  
Als een medewerker dat wil dan mag dat wel, maar intern leidt dat soms tot problematieken omdat dit vaak de eigen keus is van de medewerker waarna een studieovereenkomst wordt opgesteld waarin staat vermeld dat de medewerker vaak toch zelf een deel bijdrage moet leveren aan het financieren van de opleiding. Omdat wij dat als werkgever niet van ons personeel vragen wordt dit dus ook niet gestimuleerd. Op het moment dat wij dat wel gaan doen dan houdt dat een hele kanteling in die grote gevolgen heeft voor de financiële kant van de organisatie. Dit maakt ook dat wij de medewerker na het volgen van de opleiding dus ook niet belonen middels een schaalverhoging of een functie.   
  
Hoe ziet het individuele proces er uit als het gaat om het doen van een opleidingsaanvraag?  
Vaak is het zo als de medewerker een opleiding wil doen dat hij naar zijn locatiemanager gaat en die verwijst hun heel vaak naar ons toe om met ons een gesprek aan te gaan om te kijken wat passend zou zijn. Vervolgens met deze tips wordt de aanvraag voorgelegd aan de locatiemanager en die bepaalt of medewerker in aanmerking komt of niet. Wij hebben daarin dus een adviserende rol.  
  
Als we het hebben over het cluster Intensieve Zorg waar er juist veel hbo genoten personeelsleden werkzaam zijn, hoe worden deze personeelsleden geschoold?  
Daar zijn eigenlijk geen aparte programma’s voor. Er zijn wel speciale opleidingen die geschikt zijn voor de doelgroep die binnen deze locaties zorg verleent krijgen. Dus dan hebben we het met name over opleidingen die gericht zijn om bepaalde vaardigheden op te doen speciaal gericht op een bepaald ziektebeeld.   
  
Hoe ligt de verhouding tussen het aantal mbo en hbo personeelsleden?  
Als we het hebben over stageplekken dan kan ik heel vaak de hbo-studenten vaak niet plaatsen omdat er gewoon weg geen begeleiding voor is. Dus ik denk in totaal dat het hbo personeel grofweg 10% van de medewerkerspopulatie in beslag neemt.   
   
In hoeverre hebben jullie als afdeling invloed op het opleidingsbeleid?  
Dat wordt tegenwoordig vanuit het topmanagement aangestuurd. Eerder was dat onderverdeel per regio, maar dat is wel een aantal jaar geleden. Dus nu wordt het eigenlijk allemaal landelijk aangestuurd en in kader gezet. Dus wij zijn daar als afdeling wel minder in betrokken geraakt.   
Daardoor kunnen we ons ook meer focussen op praktische werkzaamheden zoals het begeleiden van medewerkers, leerlingen etc.   
  
Hoe zien de zelfsturende teams er uit?  
Het zijn veelal kleine teams waarbij ze 24-urige diensten draaien. Dus dat is wel erg intensief. Maar hoe dat team is opgebouwd dat verschilt heel erg per locatie. Wel zien we dat de inzet van het personeel veel meer ingezet wordt naar aanleiding van de zorgvraag die er op dat moment heerst.   
Dus de grote wordt uiteindelijk bepaald aan de hand van hoeveel cliënten er wonen ook hoeveel geld er binnen komt en hoeveel contracten er zijn.   
  
Als we het hebben over strategische personeelsplanning hebben jullie dat concreet inzichtelijk?  
Wij als opleidingsafdeling niet maar de HR-afdeling zal dat vast en zeker wel hebben.   
  
In hoeverre werken jullie samen met ROC’s of hogescholen?  
Wij zitten in de werkgroep Zuid-Holland-Zuid, daar zitten we met heel veel ziekenhuizen in maar ook de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidzorg organisaties zijn daar in aanwezig. Tijdens die bijeenkomsten praten we over de invulling van het stagebeleid. Scholen zijn naar ons toe ook wel steeds toegankelijker bijvoorbeeld op het moment dat wij een leereiland kunnen creëren dan bieden zij daar een docent bij aan. Maar dat zit eigenlijk nog in de beginfasen. In Gorinchem is een grote locatie waarbij de docent bijvoorbeeld op de locatie loopt omdat we daar veel studenten kunnen aanbieden. Hier is dat eigenlijk weer helemaal anders, omdat we dat hier nauwelijks hebben. Daarbij hebben wij ook niet de middelen om voor elke locatie dat te doen, het aantal leerlingen moet natuurlijk wel groot genoeg zijn om zo een docent in-company in te huren zeg maar.   
  
Is dat de enige vorm van samenwerking?  
We denken mee in werkbijeenkomst etc, maar dat is het eigenlijk wel om eerlijk te zijn.

**Respondent 11.**Kunt u iets over u zelf vertellen?Sinds een maand, want we komen net uit een reorganisatie, ben ik senior opleiden wat dat dan ook mag betekenen. Voor mij betekent het in ieder geval een fgw stapje opmhoog, dat is altijd leuk. Maar waar het op neer komt dat wij de afdeling opleidingen sinds een jaar hebben gecentraliseerd en de reorganisatie heeft natuurlijk niet alleen effect gehad op de afdeling opleidingen.   
  
Wat betekent deze centralisatie voor jullie als afdeling?  
Ik heb twee colleges waarbij we het opleidingsgebied eigenlijk in een logische drie-eenheid hebben geknipt. Het gedeelte wat gaat over behandelingen daar moeten de medewerkers om de drie jaar laten zien dat ze nog steeds bekwaam zijn. Een deel wat gaat over beroepsopleiding, we hebben een heel groot aantal werknemers in huis die met loopbaan bezig zijn of die zich voorbereiden op de ontwikkelingen zijn, waarbij je kan denken aan de multimorbiteit, toename van de complexe zorg dus ze ziet dat mensen vanuit een laag mbo 1,2,3 verder moet ontwikkelen naar mogelijk mbo vier. Dat vind binnen beroepsopleidingen plaats en dan hebben we nog een poot deskundigheidsbevordering wat ik altijd gemakshalve uitleg als je bent ooit hier met een bepaalde opleiding binnen gekomen of je nou verpleegkundige, verzorgende of arts bent je moet je deskundige op peil houden en beroepsgroepen hebben daar een belangrijke drive in die geven namelijk het aantal accreditatiepunten aan je moet als medewerker namelijk een x aantal punten hebben om je beroep uit te kunnen oefenen en geregistreerd te blijven. Dat is nadruk gecreëerd aan wet en regelgeving. Naast dit deel proberen we ook aan te sluiten op de ontwikkelingen die in de maatschappij en de organisatie gaande zijn en daar de mensen voor opleiden zodat die aansluit er ook is. Daarbij kan je denken aan participatiesamenleving, de klant die veel meer een eigen regie moet, maar ook de medewerker zijn eigen regie moet ontwikkelen.   
  
  
Welke oorzaken hebben tot deze ontwikkelingen geleidt?   
Voor een gedeelte komt dat ook dat de curricula kort geleden zijn herzien, 2020 heb je waarschijnlijk ook iets over gelezen, dus je ziet nu dat al die competentieprofielen en opleidingsprofielen aan het veranderen zijn en dat maakt ook voor organisaties dat ze moeten wat de rol wordt van bijvoorbeeld verpleegkundige niveau zes, vijf of vier. Op het moment dat het onderwijs in beweging komt, komt ook het werkveld in beweging en andersom natuurlijk en ik denk dat veel organisaties net als onze organisatie niet goed genoeg die strategische personeelsplanning in het vizier hebben. Er zijn wel vlootschouwen maar die zijn echt maar op klein teamniveau, maar nooit over de gehele breedte. Maar dat is wel je backbone van opleiden en je krijgt het bijna niet voor elkaar.   
  
Hoe worden de diverse competenties profielen vastgesteld?  
Vanuit onze positie van organisatie zou ik zeggen dat op 40/60. 40 wordt gestuurd door het onderwijs en 60 procent door ons. Die 40% van het onderwijs is gewoon omdat de minister zegt dit en dat moet er gewoon in, dus daar hebben we geen invloed in. Binnen die curricula is wat wij noemen altijd een beetje vrije ruimte en die gebruiken wij om vooral aan te geven dat wij iets willen hebben over aandacht voor de klant, psychiatrie noem maar wat je er in wilt hebben, daar sturen wij heel erg op. Wij sturen ook heel erg op, van ja dat is leuk onderwijs maar wij willen wel dat de casuïstiek als voorbeeld dat die heel erg aansluit bij wat wij zien en zo proberen wij die aansluiting te zoeken. Binnen Rotterdam vind ik dat erg goed gaan, ik vind dat er bijzonder goed geluisterd wordt naar ons als organisatie. Niet alleen naar ons als organisatie wordt geluisterd maar ook op sector breed niveau wordt er invulling gegeven aan die 60% dat wordt in samenspraak gedaan met de andere organisaties. Dus binnen Rotterdam echt wel koppelinitiatieven om te kijken hoe komen wij nou tot een generieke 60% waarin iedereen zo goed mogelijk tevreden in voelt. Het onderwijs is echt een stap aan het maken van oke als dat echt jullie wens is dan gaan wij zorgen dat dat ook komt en dat gaat natuurlijk een beetje met pieken en dalen.   
  
Welke initiatieven worden door nu voor opgezet?  
In Rotterdam doen we het weer een beetje ander. In Rotterdam hebben wij de Rotterdamse zorg dat is een koepel waarin de VVT-organisaties zitten en die richten zich vooral op de medewerker van de toekomst, hoe moet dat er uit zien en wat moet je dan als school en organisatie doen en die proberen dat een beetje te stroomlijnen en die daar zijn dus redelijk belangrijk in. In die Rotterdamse zorg zijn de scholen vertegenwoordig, alle zorg en welzijnsorganisaties, ook in het brede palet zoals de vvt, ziekenhuizen etc. het gaat dus inderdaad breed over de zorg en die proberen dat vooral aan elkaar te kunnen knopen, vaak ook gesteund met subsidietrajecten, zoals het Zorgpact die daar een grote verstrekken in dus daar zit een knooppunt een verbinding om het goed te doen maar ook op meer micro niveau zoals wij met een andere organisatie op dit moment aan het afstemmen dat wij niet meer onze medewerkers naar school brengen maar dat school juist naar ons toe komt. Dus we zijn nu dus pilots gestart waarbij de docent ook daadwerkelijk naar de organisatie toekomt.  
  
Waarom willen jullie dat?  
Het voordeel daarvan is dat je werkelijk de leervraag die iemand heeft op dat moment terplekke ophalen en ter plekke uitzetten en terplekke bij aansluiten en wat het onderwijs daar in doen, dat lukt ze ook beter, is deze leervraag vertalen naar het curriculum dat geeft natuurlijk eindtermen en wat moet je aan het einde van de rit hebben gehaald. Dus die moeten steeds koppeling maken van oke als we dit stukje nu hebben gehad dan kunnen we dat af vinken en zo aan het einde van de rit dat je alles hebt gehaald en dus ook de terug vertaling van er ontbreken nog een aantal stukken en hoe gaan we dat nu in de praktijk brengen. Het heeft wel een heel mooi effect.  
  
Hoe ziet u dat effect in relatie tot duale opleidingen?  
Het is nog te pril om te zeggen dat er meer mensen een duaal traject willen volgen, ik verwacht wel een inter-effect in de zin dat er intern veel meer vraag naar deskundigheid gaat komen. Dus niet zo zeer dat mensen hele opleidingen willen doen, want je zit natuurlijk wel met die grijze golf in de zorg, veel oudere dames, dus ik verwacht niet er echt een hele grote explosie gaat komen op ik wil door opleiden naar een hogere fucntie, maar ik verwacht wel de verdiepingsvraag die komt er denk ik wel. Uiteindelijk, want we hebben nu nog een probleem in de basis deskundigheid ook de zittende groep medewerkers vinden wij niet de kwaliteit van zorg leveren die wij minimaal benoemen. Eerst moeten we dat maar doen en dan mag daarna die verdiepingsvraag komen. Ik zie drie fronten kwaliteit van zorg op dit moment naar een hoger niveau brengen grappig genoeg met de onderwijsinstellingen. In de toekomst verdieping en wellicht nog door opleiden, hoger scholen.   
  
De medewerkers die op dit moment niet de gewenste kwaliteit van zorg kunnen leveren hoe leiden jullie die op?  
Dat gebeurt heel veel in co-creatie want wat we nu aan het doen zijn is dat we met een organisatie aan het kijken of we een leerweek kunnen inrichten, we noemen het ook wel het ‘organisatie’keurmerk, waarin we een aantal verplichte nummers hebben zitten dus even redenerend vanuit de nieuwe medewerker die komt bij ons binnen die komt en die krijgt dan meteen een week school daar zit een introductieprogramma in daar zit de voorbehoudende risicovolle handelingen in die die moet doen, daar zitten de zaken in die de wet vraagt bijvoorbeeld op het gebied van veiligheid, preventie, bhv. Daar zitten een aantal zaken in rondom die cliënt, cliëntbejegening, belevingsgerichte zorg is één van onze uitgangspunten en dat gaat er om dat je luistert naar de cliënt, dat je de cliëntvraag centraal zeten daar zitten dus vooral gesprekstechnieken in. Er zit ook een component in voor de medewerker zelf die moet leren verantwoordelijkheid moet zijn voor zijn eigen loopbaan veel meer dan nu moet kijken ik mis in die wetgeving bepaalde stukken, ik heb niet een aantal zaken afgerond en dat ondersteunen wij met een leer management systeem, maar in het verleden was het veel meer aanbod gestuurd. Dus nu willen we die omdraaiing hebben. De laatste component gaat over het samen oplossen van de zorg, dus in samenwerking met mantelzorg of andere ketens. Dat stuk zijn we aan het ontwikkelen met een externe partner die zich daar in heeft gespecialiseerd heeft.

En waarom kiezen jullie voor een samenwerking met een commercieel bedrijf?  
Er zit natuurlijk heel veel druk in de zorg en ik noemde het net voor we officieel begonnen, rondom productie, productie is geld. Dus onze mensen moeten vooral aan het bed, dus als ik zeg kom jij is een lesje nemen dan staan ze niet aan het bed dan komen er geen inkomsten binnen. Dus wij moeten daarin zoeken van wat kopen we in, wat doen we intern en ik kan nu niet goed inschatten hoe die verhouding gaat liggen, we hebben het binnen deze organisatie over 7500 man die zo een traject moeten gaan lopen. Dus het gaat niet alleen om de nieuwe medewerker maar ook de zittende medewerker dus dat kunnen we niet alleen door een commerciële instelling laten doen. Daar zouden we namelijk ook op failliet kunnen gaan. Dat is gewoon veel te kostbaar. Je hebt subsidies nodig en trainer trainer systeem nodig, want het is uiteindelijk toch goedkoper om een aantal trainers aan te nemen want met 7500 man kan je wel even door, dan dat je dat door middel van een bureau laten doen. Dus het wordt een business case om te kijken hoe dat er uit ziet.

Wat is jullie visie op het opleidingsbeleid?  
Waar wij graag naar toe willen is dat de medewerker zelf ziet weet en misschien nu en dan voelt wat die moet gaan doen, hoe die er voor moet zorgen dat die flexibel is binnen deze organisatie zodat die in kan spelen op wat daar gebeurt maar ook flexibel is voor zichzelf zodat die makkelijker kan stappen binnen organisaties, afdelingen tot hoe breed je het hebben wilt. Dat die dus eigenlijk binnen die zorg makkelijk door kan schuiven en dat we de medewerker ook met landelijk erkende certificaten opgeleid hebben, maar dat die vooral zelf achter het stuur van die ontwikkelauto zit. Daar willen we erg naar toe en dat maakt ook weer een mooie link naar die RotterdamseZorg want die is niet alleen aan het kijken naar die medewerker van de toekomst en welke competenties die moet hebben, maar ook hoe kan die door al die zorginstellingen heen. Dit eigenlijk met als doel dat de medewerker meer de beweging in de zorg volgt en daar gewoon ingezet kan worden.   
  
Aan het begin van het gesprek gaf u aan dat jullie in een reorganisatie zitten. Is dat op dit moment nog gaande of is deze al over?  
Hij loopt nog.   
  
En welke ontwikkelingen zijn gaande die van belang zijn voor het middenkader en het management?  
Nou zoals zoveel organisaties zijn ook wij bezig met zelforganisatie, wij noemen het zelforganisatie niet zelfsturing wij willen wel nadrukkelijk kaders meegeven op het gebied van productiviteit, je ziekteverzuim mag maar zo hoog zijn, we willen dat je netwerken hebt in de wijk waar je werkt. Dat is enerzijds de onderlegger van de reorganisatie en anderzijds is die gewoon puur financieel, want er gaat gewoon meer geld uit dan dat er in komt en dan moet je iets ondernemen. De patiëntgebonden blijven in dit proces op peil, dus de reorganisatie heeft direct effect op de indirecte ondersteuning dus in alle staforganisaties en daar gaat nu een derde krimp op. De teamleiders, het grote management, zit wel aan die teams gebonden maar dat wordt gezien als staf en die hele laag gaat er in relatie tot de zelforganisatie er uit.   
  
Even voor mijn beeldvorming, op welke manier is de structuur van de organisatie opgebouwd?  
We hebben een tweehoofdig bestuur en daar zitten vier directeuren verdeeld over vier verschillende clusters en één directeur van de staf die er naast hangt zeg maar en daar onder hebben we een aantal ondersteunende teams daar zit in een manager maar die heeft dus een grote span of control, daar zit in een coach die de teams helpt met zelforganisatie en daar zit bedrijfsondersteuner en een medewerker kwaliteit en vervolgens hebben de teams. Dus we hebben een redelijk platte organisatie.   
  
Hoeveel ondersteunende teams en managers zijn dit?  
Er zijn twaalf teams en per team zit er één manager in dus in totaal twaalf.   
  
Wat voor gevolgen heeft dat gehad voor de aansturing?  
Nou heel veel de sturing wordt losser en meer op afstand en teams ervaren dat alsof ze in een zwembad gedonderd worden. De teams hebben meer taken en activiteiten erbij gekregen zoals het doen van bestellingen, op het gebied van indicaties, van klachten en hun eigen leerontwikkeling en die verantwoordelijkheid ligt dus nu binnen die teams en niet bij dat ondersteunend team.   
Dat team heeft echt de taak de lijstjes te doen zoals wie heeft scholing a,b,c gevolgd, hoe zitten wij met het aantal uren geïndiceerde zorg en wat leveren we daadwerkelijk. Die teams overleggen deze resultaten met de teams waarin ze dus gezamenlijk kijken wat we nou zien, wat zijn rode lijnen, waar zie je pieken, waar zie je dalen.   
  
Hoe gaat het met duale opleidingen op hbo niveau?  
Dat doen we steeds meer je hebt nu al de BOL-BBL variant waarin de verpleegkundige de eerste twee jaar op school zit en dan kan je in het derde jaar er voor kiezen om je opleiding af te ronden en daar gaan we steeds meer gebruik van maken, mensen vroeg tijdig binden, de dubbele agenda is dat wij de krenten uit de pap willen en verjongen en daar maken we misbruik van onze positie omdat we zo groot zijn hebben wij natuurlijk een stevige aanbod bij de hbo’s dan handelen we ook uit. Heel smerig maar we doen het wel. Het is een survival of the fittest ook bij ons.   
  
En hoe is dat in relatie tot het de ondersteunende teams?  
De ondersteunende teams zijn pas met de reorganisatie gekomen, maar tijdens die reorganisatie zijn wij nieuwe selectieprocedures gestart waarin we op basis van strengere eisen en hogere verwachtingen of wel bestaande managers hebben aangesteld die hieraan voldeden of extern nieuwe managers naar binnen getrokken. Dat geldt ook voor de kwaliteitsmedewerker, de coach en de bedrijfsondersteuner. Dus die hoeven we niet nog maals middel een opleiding op te scholen. Vaak hebben zij al aparte management opleidingen gedaan, waardoor we ze intern middels een management development programma up-to-date houden van de laatste ontwikkelingen en daardoor bijscholen. Voor deze groep hebben ook een aparte toolbox opgericht waarbij allemaal trainingen in zitten op MD gebied. Op het moment dat we merken dat dit te weinig zou zijn of dat we wellicht in een andere fase gaan komen dan sluit ik niet uit dat er weer een management traject weer ontwikkeld wordt maar daar is op dit moment geen sprake van omdat we er vanuit gaan dat iedereen competent is en het kan.   
  
Zijn jullie beken met de opleiding Managent in de Zorg?  
Ja zeker, we hebben destijds een aantal mensen bij de ad opleiding gestuurd bij Sabine Horee dat liep niet helemaal soepel maar we hebben het wel ingestoken en een aantal hebben dat inderdaad afgerond. Ik denk dat het vertrek punt is vooral is aandacht daadwerkelijk luisteren en aansluiten volgens mij zit het veel meer in gesprekstechnieken dan in leiderschapstijlen. Dat moet natuurlijk ook, je moet weten hoe de zorg gefinancierd je moet een idee hebben van coachend leiderschap, maar die elementen zitten op dit moment ook in de HBO-V opleding. Dus volgens mij zit het veel meer in het daadwerkelijk ondersteunen, daadwerkelijk faciliteren, daadwerkelijk luisteren en daadwerkelijk horen. Die medewerker is voor die manager de klant en daar moet die daadwerkelijk naar leren luister en volgens mij zijn we dat volgens mij kwijtgeraakt. Alle methodieken alle dingetjes daar komt iedereen wel uit, dat weten we wel en dat kan je bovendien opzoeken. Met wel de aantekening dat het gaat om het aansluiten van de resultaten die worden gehaald, dan heb ik het niet over resultaatsturing want dat is te hard. Dat gesprek moet je uiteindelijk voert want het gaat wel om de resultaten maar het gaat er om ‘hoe’ je dat gesprek voert.   
  
En welke onderdelen kwamen terug in de assessments van de selectieprocedure?  
Leiderschapsstijlen natuurlijk, ontwikkelingen in de zorg, sturen op financiën, sturen op outcome van teams hoe doet je dat? Sturen op complete chaos want zo een team heeft in het begin helemaal niet in de gaten dat ze met een cockpitgesprek bezig zijn dat soort elementen zaten er in. Van daaruit zijn er dus vervolgens ongeveer de helft a 1/3 afgegaan.  
  
Welke opleidingen hebben deze mensen precies gedaan?  
Ze hebben zoals ik net al zei een management opleiding gedaan maar dat is natuurlijk heel breed. Dat kan een ad traject geweest zijn, dat kan een management in de zorg, dat kan een hele oude IBB, IBS zijn daar kon je die in het verleden halen. Dus een palet, maar wel een management achtergrond.   
  
Hebben die managers vooraf die opleiding gedaan? Of gedurende dat traject?  
Nee voordat dat traject inging en er zit ook een mengeling die echt uit de zorg komen dus de doorgeschoten verpleegkundige en mensen van buitenaf zonder zorgachtergrond. Daar is echter niet bewust gekozen naar een combinatie hier van. Dus het is niet zo dat we die managers gedurende dat traject opgeleid hebben.   
  
Leiden jullie bestaande medewerkers überhaupt nog wel op?  
Ja zeker.   
  
Aan welke functionarissen moet ik dan denken?  
 Ja eigenlijk breed over de hele linie hebben we in ieder geval een groot traject lopen van niveau 1 en 2 naar drie IG, maar als je dat doet ga je van drie naar vier en van vier naar enzovoort want anders slip je dicht. Zo hebben we iets te groot continent niveau 3 opgeleide mensen dus die willen we graag doorbrengen naar niveau vier en vijf. Als je het hebt over percentages ga ik afhaken, dat weet ik niet goed. Een trend die ik wel zie is dat het aantal mensen dat de stap drie IG naar vier maakt relatief klein is. Vier naar zes loopt wat beter, er zijn in ieder geval heel veel mensen die dat willen, maar wij testen ze aan de voorkant en er vallen heel veel mensen af omdat ze het werk en denkniveau op de capaciteitniveau niet halen.  
  
Hoe testen jullie dat?  
We nemen een capaciteiten test af en we testen ze op motivatie en zitten ze onder deze lat dan zeggen we ook tegen de mensen dat we het niet gaan doen.   
  
Op dit moment is er ook een Associate degree, wordt daar ook steeds meer gebruik van gemaakt?  
Nee dat is een stap die wij op dit moment nog niet eccht doen.  
  
Waarom niet?  
Omdat die voor de HBO-verpleegkundige nog niet echt lekker uitgekristalliseerd is dus dat wij nu nog de sprong van vier naar zes maken. De medewerkers die wij op dit moment naar zes toe brengen zijn vaak al langere tijd in dienst waardoor ze al een bak aan bagage hebben en als je dan zegt dat je eerste een tweejarige Ad doen en stroom dan nog is door, dan maak je het traject al weer langer. En mensen vinden dit traject al te lang.  
  
Welke aansluiting zoeken jullie dan?  
Wij zoeken het meer in die beweging dat we die docent meer naar de praktijk toehalen zodat we minder verleturen hebben op school en dan kun je kosten ook wat reduceren en innovatiever om gebruik te maken van docent op afstand via videolearling.   
  
Welk voordelen heeft dat nog meer?  
Naast de kosten zien ze ook direct wat er in de organisatie gebeurt en dat die docenten eindelijk ook daadwerkelijk ziet wat er in de sector gebeurt. Zo is er nu een project wat twinning heet en gesubsidieerd wordt, maar in dit project wordt een docent gekoppeld aan de wijkverpleegkundige. Elke week loopt er één dag een docent mee met een wijkverpleegkundige. Dus daar vind een hele mooi kruisbestuiving plaats. Dus het voornaamste doel is die docent eigenlijk bij te scholen over wat er daadwerkelijk in de sector leeft en gebeurt. Het gaat er hier ook om dat die docenten vervolgens de vertaalslag kunnen maken naar het curriculum van de opleiding.  
  
Hoe ziet het traject van een opleidingsaanvraag er uit?  
Omdat we pas sinds een jaar centraal zijn hebben wij nog niet alle processen binnen opleidingen nog niet helemaal goed ingericht en waar wij naar toe willen is dat wij vanuit die strategische personeelsplanning exact kunnen aangeven hoeveel mensen er opgeleid moeten en kunnen worden. Als we dat inzichtelijk hebben dan zetten we de vacatures daar van op de website en dan kan iedereen eigenlijk solliciteren. Zo garanderen we ook dat iedereen gelijke kansen heeft.   
  
Hoe verloopt de samenwerking met ROC’s en Hogescholen?  
Dat gebeurt echt alleen met instellingen in Rotterdam dat komt omdat we dat sinds kort gecentraliseerd hebben.   
  
Op welke manier dienen onderwijsinstellingen een samenwerking aan te gaan met grote zorginstellingen?  
Ik zou bijna zeggen niet eens zo zeer vanuit een commercieel, acquisitie gedachten maar veel meer uit trend signalering en wat gebeurt er om ons heen en hoe kunnen wij daar samen handen aan voeten aan geven. Aan het begin van de Rotterdamse Zorg was het wel erg zoeken maar op een gegeven moment merk je wel we hebben gewoon een gezamenlijk doel het gaat erom dat we mensen moeten opleiden en het beste voor de klant hier. Dus misschien kom je wel tot een schotting tussen ROC’s en Hogescholen. Natuurlijk is het voor ons van belang dat wij een school aan ons gebonden hebben die kwaliteit levert, maar naar mate je dat meer in een koepel gaat doen ja dan gaat die kwaliteit die gaat nivelleren en hopelijk de hoogte in. Dus ik denk dat gesprekken met zorginstellingen veer meer moeten gaan over trends en waar in zijn wij als school sterk in zijn en ook erkennen waar je niet sterk in bent van weet je dat kun je beter niet aan ons vragen daar moet je voor bij de buren zijn. Ik denk dat we dan onderwijs en zorg naar een hoger niveau toe brengen.

# Bijlage 17 Analyseschema’s

|  |
| --- |
| **Topic: Ontwikkelingen organisatie** |
| **Respondent** | **Antwoord** |
| **1.** | - Financiering en dan met name de maatschappelijk en politieke financiering. Want we moeten een deel van ons geld gaan inleveren. We hebben een vrij grote jeugdspecialist behandelingen en dat is daar nu al voor gaande en dat merken we ook echt. Want die wet is natuurlijk al in gegaan en we hebben te maken met de langdurige zorg waar we nu op aan het anticiperen. - Er werken ongeveer 5500 mensen bij onze organisatie. Een erg groot deel daar van is echter tussen de 45 en 60 jaar oud. Wij zien dus een vergrijzing onder onze medewerkers. |
| **2.** | Door alle verandering ten aanzien van de financiering hebben we een behoorlijke reorganisatie achter de rug en zijn we eigenlijk de structuur van de organisatie op nieuw aan het opbouwen. Dat heeft gevolgen gehad voor ons personeelsbestand, omdat je een soort flexibele schil die je nodig hebt die bij een dergelijke situatie meer of minder kunnen werken. (…) |
| **3.** | We zijn bezig met schouw te maken met wat hebben we aan MBO en HBO personeel hier rond lopen en hoe willen we een verdeling maken. Vandaar dat we ook bezig zijn met het doorzetten van strategische personeelsplanning. We hebben intern namelijk ook te maken met een organisatiestructuur verandering en dan met name in relatie tot de indeling van afdelingen. Gezien onze samenwerkingsverband met Reiner de Graaf en het Grafisch Ziekenhuis in Den Haag gaat dit naar waarschijnlijkheid verschuiven. |
| **4.** | Voor de thuiszorg dus de extramurale zorg dan hebben we met de organisatie gekeken naar kleinschalige en zelfstandige, zelfsturende team. Die zijn er op dit moment, daar zit wel weer een beweging in waarin we aan het kijken zijn of dat wel de geschikte manier is van werken. Voldoen we daar wel mee aan de zorgvraag, die er op dit moment is. |
| **5.** | Waar wij ons sterk voor maken is dat de cliënt meer eigen regie krijgt in de zorg die aan hem geleverd wordt. Dit vraagt van de medewerker inderdaad andere competenties waarin het noodzakelijk is dat zij meer vraag gestuurd te werk gaan. In dit proces wordt het verlenen van de zorg een stuk complexer waardoor er eigenlijk meer ondernemerscompetenties bij komen kijken. Mensen moeten sneller schakelen, met meerdere betrokken samen werken zoals familieleden die ook zorg verlenen, mantelzorger en ga zo maar door. |
| **6.** |  |
| **7.** | Vorig jaar zijn we reorganisatie ingegaan wat heel erg de niveau twee trof, maar ook heel erg HR. Zo waren wij met vier HR-medewerkers en twee praktijkondersteuners en deze praktijkondersteuners zijn destijds uit zich zelf weg gegaan en in mei kregen we te horen dat twee collega’s van ons weg moesten. Kortom wij bleven met ze tweeën over, dus we zijn toen heel erg aan het worstelen geweest met hoe gaan we dit nou allemaal rondbreien. We hebben namelijk heel veel leerlingen die veel begeleiding nodig hebben en dat zorgde wel voor frustratie. |
| **8.** | De ontwikkelingen waar wij mee te maken hebben is dat de populatie heel erg aan het veranderen is. (…) Als organisatie zijn we daar nu wel mee bezig om ons daarin te ontwikkelen, maar daar hebben wel nog wel een hoop in te doen. Dat zijn ook wel de ontwikkelingen die we terug in zien in het opleiden dat je hele andere competenties nodig hebt als begeleider op de werkvloer, maar ook de manager die die groepen aanstuurt. (…). Omdat die populatie zo veranderd hebben we meer zorg cliënten waardoor we meer complexere vraagstukken hebben liggen. Voorheen konden we iedereen op zich nog wel redelijk doorplaatsen maar tegenwoordig zijn die zorgwoningen dus zo intensief geworden en vragen andere competenties waardoor we veel specifieker moeten gaan kijken dat als we een zorgtype aannemen of die nog wel geschikt is voor dat begeleidende stukje van de patiënt. |
| **9.** | De complexiteit van de zorg neemt alleen maar toe en meneer Schippers wil dat we nog minder basiszorg leveren, dus dan hebben we het over patiënten die alleen voor deze zorg in aanmerking komen doordat zij hoogstwaarschijnlijk multi problematieken hebben. Anders wordt je verwezen naar een ander ziekenhuis, dus het hele intensieve en specialistische zorg want een UMC is vaak gespecialiseerd in bepaalde ziektebeelden waarvan er maar tien hier in Nederland rondlopen. &  Er zijn ontwikkelingen waarbij we aan het kijken zijn om onderwijsinstellingen meer binnen de organisaties kunnen krijgen. Ik ben daar nog heel hard over aan het nadenken of ik het wel een goede ontwikkeling vind want ik zou eigenlijk nog een stap verder willen en kijken kunnen we niet ketenzorg opleiden. Dan doe je recht aan de ontwikkelingen die er nu gaande zijn, want de verpleegkundige van nu is niet de verpleegkundige die we over 10 jaar nodig hebben en daar moeten we nu op anticiperen. Vandaar dat ik nu aan het kijken ben met thuiszorgorganisaties naar wat kunnen we gezamenlijk en wat kunnen we uitwisselen, maar ik heb hier in de organisatie nog niet iedereen mee. |
| **10.** | Zo hebben we twee a drie jaar geleden een grote reorganisatie doorgemaakt waarbij we alle kranten en het nieuws haalden. De reorganisatie heeft er voor gezorgd dat de gehele organisatie verdeeld in drie clusters Werk & Begeleiding, cluster Zorg & Wonen en cluster Intensief. Die reorganisatie had destijds eigenlijk alles te maken met geld. Dus binnen het cluster Intensief zitten er vooral patiënten met zorg zwaarte pakket vijf a zes waardoor er ander geld binnen komt dan bij het cluster Zorg Werk & begeleiding. Dat zijn namelijk juist mensen die vanuit de Wmo naar ons toegestuurd worden. Dat is dan ook een cluster dat ontzettend hard moet werken op dit moment om hun hoofd boven water te houden. Het cluster Zorg & Wonen daar valt dit kantoor onder en wij als opleidingsafdeling nemen een centrale positie in voor de gehele organisatie. |
| **11.** |  |

|  |
| --- |
| **Topic: Personeelsbestand** |
| **Respondent** | **Antwoord** |
| **1.** | Nou hebben we wijkzorg, maar daarin zien we dus een verandering waarin mensen langer thuis moeten blijven, we hebben meer technologische aanpassingen thuis en dat betekent ook dat mensen langer thuis kunnen blijven. Je ziet ook dat mensen veel eerder thuiskomen van ziekenhuizen. Voor ons betekent dat een verandering van het personeelsbestand, want door deze ontwikkeling moet je hooggeschoold personeel aannemen. Dat is vaak opleidingsinhoud en daar veranderd ook heel veel. De wijkzorg bij ons zit allemaal in zelfsturende teams daar zijn we drie jaar geleden mee begonnen. Maar dat is wel een andere doelgroep qua personeel. Want mensen die voor thuiszorg kiezen werken behoorlijk zelfstandig, want je werkt alleen bij die cliënt |
| **2.** | We hebben laag geschoold personeel die het in zich hadden zoveel mogelijk geprobeerd door te laten scholen en de mensen die het niet in zich hadden hebben we afscheid van genomen en daarmee zijn we nu zoekend. Want de teams bepalen wat ze van ons afnemen, daar veranderd dus heel veel. |
| **3.** | Ik vind wel dat je als organisatie de HBO’ers die hier komen iets te bieden moet hebben. De laatste tijd is dit echter niet het geval, zo wordt het financieel maar ook qua uitvoering niet beloond. De schaal en het takenpakket van een verpleegkundige MBO en HBO is hier namelijk bijna gelijk. Deze vereffening is vooral te danken aan de huidige omstandigheden en de vele ontwikkelingen. |
| **4.** | Nou we verwachten dat er meer hbo-functies bijkomen, maar dat is echt lastig in te schatten. Er is onderzoek gedaan door de branchevereniging hier in de regio en die geven dat in hun rapport aan. De verwachting is dat het aantal medewerkers rond stabiel blijf, maar dat het niveau wel omhoog zou gaan. Dat is dus de verwachting en dat is voor ons op dit moment heel moeilijk om echt handen en voeten aan te geven. |
| **5.** |  |
| **6.** |  |
| **7.** | Ze hebben dus niet echt een doorgroei mogelijkheid qua handelingen. Maar misschien dat het doordat we daar nu wel mee bezig zijn in de toekomst vaker voor komt (…) |
| **8.** | Nou het is niet zo dat we perse hoger opgeleiden nodig hebben, omdat de organisatie nog steeds van mening is dat we dat nog steeds met niveau drie nog steeds afkunnen handelen. Daar kiezen we op dit moment ook wel het meest voor, strategisch gezien ook omdat we van niveau vier heel veel personeel al hebben. Dus strategisch gezien gaan we nu voor niveau 3, maar willen we die wel een bepaald opleidingsgedeelte meenemen en met bepaalde kerncompetenties en aanvullingen binnen dat huidige onderwijs die wij belangrijk achten om hier te kunnen werken met die nieuwe doelgroep.   Onder de segment manager zat er vroeger nog een woning coördinator die het team aanstuurde en dat was heel effectief, maar daar zijn we vandaan gekomen en die zijn er toch weer tussenuit gegaan en nu zijn er persoonlijk begeleiders die niveau vier zijn en verantwoordelijk zijn voor de zorg rondom de cliënt, dat alle plannen kloppen, de financiën en wordt ook verwacht dat die coachend bezig zijn. Maar gezien de werkdruk is het lastig zeker omdat er veel van ze wordt gevraagd, vandaar dat ik verwacht dat ze het ook niet zouden redden zonder manager die de eindverantwoordelijkheid draagt. Momenteel zijn ze dus voornamelijk aan het profileren naar wat er gevraagd wordt van de taak-functie omschrijving en dat is waar mensen en een team ook in moeten groeien. Van daaruit verwacht ik wel dat het mogelijk is dat teams zelfsturende worden, maar dat zal zeker niet bij alle teams lukken |
| **9.** |  |
| **10.** | Mensen die losgekoppeld zijn van de teams dat zijn vaak hbo-gebonden functies, dus eigenlijk de niet patiëntgebonden functies of wel de ondersteunende dienst en de mensen binnen de teams die de dagelijkse zorg regelen en organiseren om het zo maar te zeggen daar gaan we van uit dat mbo personeel is. Maar we zien dat die meer taken op zich krijgen zoals het schrijven en bijhouden van plannen. Dus we gaan er eigenlijk van uit dat ons mbo-personeel ook analytische en tactische competenties bezit. Het mbo personeel zit vooral in het cluster Zorg & Wonen. Dit heeft te maken met de zorg zwaarte pakket en dus de intensiteit van de zorg die binnen dit cluster verleent wordt. Deze is namelijk in tegenstelling tot het cluster Intensief minder complex. Doordat de zzp’en juist hoger is in dit cluster hebben we vooral hier juist veel ons hbo-genoten personeel werken. Binnen dit gebied is echter geen Intensieve zorg waardoor we zeggen dat mbo voldoende is |
| **11.** | Ik heb twee colleges waarbij we het opleidingsgebied eigenlijk in een logische drie-eenheid hebben geknipt. Het gedeelte wat gaat over behandelingen daar moeten de medewerkers om de drie jaar laten zien dat ze nog steeds bekwaam zijn. Een deel wat gaat over beroepsopleiding, we hebben een heel groot aantal werknemers in huis die met loopbaan bezig zijn of die zich voorbereiden op de ontwikkelingen zijn, waarbij je kan denken aan de multimorbiteit, toename van de complexe zorg  (…) hebben we nog een poot deskundigheidsbevordering wat ik altijd gemakshalve uitleg als je bent ooit hier met een bepaalde opleiding binnen gekomen of je nou verpleegkundige, verzorgende of arts bent je moet je deskundige op peil houden en beroepsgroepen hebben daar een belangrijke drive in die geven namelijk het aantal accreditatiepunten aan je moet als medewerker namelijk een x aantal punten hebben om je beroep uit te kunnen oefenen en geregistreerd te blijven.(…) Naast dit deel proberen we ook aan te sluiten op de ontwikkelingen die in de maatschappij en de organisatie gaande zijn en daar de mensen voor opleiden zodat die aansluit er ook is. Daarbij kan je denken aan participatiesamenleving, de klant die veel meer een eigen regie moet, maar ook de medewerker zijn eigen regie moet ontwikkelen. |
| **12.** |  |

|  |
| --- |
| **Topic: Opleidingsbeleid – visie op** |
| **Respondent** | **Antwoord** |
| **1.** | Dat heeft eigenlijk te maken met Jennix 70-20-10. Daarbij leert de medewerker 10% in de klas, 20% met collega’s en 70% leer je op je werkplek. Natuurlijk geven we veel cursussen, nieuwe informatie geven we via trainingen, klassikale lessen, e-learning of hoe dan ook te leveren. |
| **2.** | Nou nu is dat dus heel erg vraaggericht, maar we hebben altijd inspectie die boven ons hoofd hangt en die bepaald ook een stukje kwaliteit. Van daaruit hebben we aantal programma’s opgesteld en we hebben ook nog steeds een aantal kaders daarin. Dus iedereen moet bijvoorbeeld opgeleid zijn voor de werkzaamheden die hij uitvoert. Je bent dus bevoegd vanuit je opleiding en bekwaam blijf door middel van trainingen. Eigenlijk hebben we gewoon kaders gesteld waarbinnen de medewerkers en een team moeten handelen. Er zijn dus geen concrete regels of procedures gesteld. |
| **3.** | Wij hebben een meerjarig strategisch opleidingsbeleidsplan en dat wordt per afdeling ingevuld en wordt bekeken wat ik komend jaar gaan doen. In het plan staat onder andere wat medewerkers moeten en wat de wensen zijn van de medewerkers. Kortom waar wil de afdeling naar toe. Deze plannen komen uiteindelijk bij elkaar en wordt er vervolgens op basis van de subsidies gekeken in hoeverre de vraag gedekt kan worden. Bovendien wordt 2 a 3% van het eigen loon besteed aan opleiden. |
| **4.** | Als je kijkt naar de niveau 3,4 en 5 opleidingen daar zien we een verschuiving, maar dat zien we meer in het aanbieden van stageplaatsen dan dat we dat meer leerlingen op het hogere niveau aannemen. Dat is binnen de VVT namelijk nog wel lastig om bijvoorbeeld HBO-V’ers een duaal traject te laten volgen, terwijl we ze in de toekomst veel meer nodig zullen hebben met name extramuraal(…)Nu wordt er heel terughoudend gedaan op opleiden omdat zelfsturende teams dat zelf mogelijk bepalen of ze opleiden of niet. Aan de andere kant moeten we wel aan een behoefte voldoen die straks komt. Het grootste deel van ons personeelsbestand is tussen de 45 en de 55. Daar moet je ook op inspelen. Ook gezien het feit dat vijftigplussers aangeven dat ze het zwaar vinden om aan het bed te werken en wisselende diensten zwaar vinden. Vandaar dat we juist meer moeten proberen om in te gaan op jong personeel. |
| **5.** |  |
| **6.** |  |
| **7.** | Daar zijn we zelf nog een beetje zoekende in. Zo zaten we vorig jaar dan in een reorganisatie en mochten alleen de verplichte scholing denk dan aan verpleegtechnische vaardigheden die we verplicht zijn om te geven, bhv en reanimatie waren de enige vorm van opleiding die we mochten uitzetten. Het was echt een financieel plaatje, zo was het erop of eronder en dat was letterlijk zo. (…) Omdat er nu weer ineens budget is wordt er nu opeens zoveel uitgezet dat je denkt ‘whooh’. Nou kan dus ineens weer van alles. |
| **8.** | Ten behoeve van de zorg die die cliënten vragen en ook nog een visie en een beleid wat we daar op volgen maakt dat we daar nu druk mee bezig zijn.(…) Wij moeten blijven ontwikkelen juist omdat de populatie veranderd, maar wat we nu nog zien en dat willen we wel gaan veranderen is dat we nu als organisatie te maken hebben met het feit dat we de mensen die we opleiden niet gelijk kunnen houden. Dus moeten we ze dus laten gaan, omdat we nu dus gewoon vol zitten. Dus het doorstroombeleid is dus wel een issue hier. Het is dus ook niet echt heel strategisch gezien het grootste gedeelte ook redelijk oud is. Ik heb echter geen zicht op waarom dit beleid er zo uit ziet. Wat ik zelf denk is dat we als organisatie te hebben met een overschot aan zorgpersoneel. Daardoor kan je die doorstroom dus niet maken. Vandaar dat we nu een leeraanbod hebben om van zorg geschoold te worden naar begeleiden, (…). Dus de vraag is eigenlijk hoe je die kan bewegen van zorgen naar begeleiden en hoe kan je de nieuwe verse garde door laten stromen. |
| **9.** | Daar gaat wel heel veel in veranderen, maar het gaat nog heel langzaam omdat we nog moeten wachten op een aantal zaken. We hebben nu natuurlijk de nieuwe beroepsprofielen en de nieuwe opleidingsprofielen dat gaat allemaal vanaf 2016 in gang. In relatie tot de deskundigheid van de vaste medewerkers hebben we niveau vier die door stromen naar niveau zes dat gaan we nu krijgen, maar ons functiehuis is nog niet ingericht. Wij zijn nu bezig met een projectgroep wat je kan vergelijken met proeftuinen om te kijken naar wat hebben wij nodig aan verpleegkundige, wat is onze zorgzwaarte en wat moet daar aan gekoppeld worden, welke taken en rollen hebben we. Daar zijn we nu mee bezig, dus dat is allemaal nog in de maak. Wij zijn één van de eerste UMC die dat doen en de NFU bemoeit zich daar ook mee. De NFU is een organisatie speciaal voor de academische zieken huizen. Dat wordt dus nu in kaart gebracht dus ik weet niet wat dat gaat betekenen voor het opleiden. In ieder geval hebben we gezegd als goed werkgeverschap bieden wij elkaar zoveel interne kandidaten de mogelijkheid om door te stromen, maar dat is niet op een bepaald beleid gebaseerd. (…)Er is echter wel een knelpunt, omdat de zorg steeds complexer wordt de turnover ook hoger, de kosten van de ziekenhuizen zijn gigantisch ook de prijzen van de medicatie dat daardoor ook beknippelt wordt op verpleegkundige en de formatie. Dit gebeurt niet alleen qua opleiden maar ook gewoon het aantal op een afdeling. Dus meer met minder. Je moet dus ergens knippen, dus dan is de vraag waar je moet knippen? |
| **10.** | De bijscholing van het personeel wordt altijd gedacht in de 70/20/10 regel, dat wordt heel erg gepromoot en naar voren gehaald. Daarbij ligt de verantwoordelijkheid ook steeds meer bij de medewerker zelf om aan te geven dat die opgeleid wil worden. Binnen het leerhuis wat we hier hebben organiseren we ook steeds meer verschillende modules voor onze e-learning waar alle medewerkers gebruik van kunnen maken. Dat doen ze wel in hun eigen tijd, maar wij proberen de medewerker wel te stimuleren om constant onderzoek te doen in hoe zij kunnen blijven groeien.  Dat is dan algemeen |
| **11.** | Waar wij graag naar toe willen is dat de medewerker zelf ziet weet en misschien nu en dan voelt wat die moet gaan doen, hoe die er voor moet zorgen dat die flexibel is binnen deze organisatie zodat die in kan spelen op wat daar gebeurt maar ook flexibel is voor zichzelf zodat die makkelijker kan stappen binnen organisaties, afdelingen tot hoe breed je het hebben wilt. Dat die dus eigenlijk binnen die zorg makkelijk door kan schuiven en dat we de medewerker ook met landelijk erkende certificaten opgeleid hebben, maar dat die vooral zelf achter het stuur van die ontwikkelauto zit. Daar willen we erg naar toe en dat maakt ook weer een mooie link naar die RotterdamseZorg want die is niet alleen aan het kijken naar die medewerker van de toekomst en welke competenties die moet hebben, maar ook hoe kan die door al die zorginstellingen heen. Dit eigenlijk met als doel dat de medewerker meer de beweging in de zorg volgt en daar gewoon ingezet kan worden. |
| **12.** |  |

|  |
| --- |
| **Topic: Opleidingsbeleid – ontwikkelingen** |
| **Respondent** | **Antwoord** |
| **1.** | Het digitaliseren maakt het voor medewerkers op een andere manier mogelijk om aan hun leervraag te voldoen. Ik persoonlijk geloof er namelijk niet in dat je altijd op een standaard manier de leervraag moet beantwoorden, dat kan namelijk niet altijd. Ik zie de noodzaak van zo een programma dan ook in en hoop dat de medewerkers dat ook gaan doen. |
| **2.** | Omdat we verschillende zorgsoorten hebben komen behaalde handelingen bij de ene groep wel veel meer voor als bij de ander, kon een leidinggevende toen nog bepalen wat zijn bij ons dan de prioriteiten en waarin moeten medewerkers dan in geschoold worden. Nu moet het team dat doen. |
| **3.** | Wat we zien is een verschuiving van de zorg die steeds complexer wordt. Daarom zien we een verschuiving naar HBO personeel. In de afgelopen jaren hebben we vooral veel MBO opgeleid, maar er is momenteel meer behoefte aan HBO-verpleegkundige. Dan niet zozeer op managementniveau direct, maar met name op het zorgvlak. Van hieruit kun je wel denken aan een meer zelfsturende en coördinerende rol, waar meer behoefte aan is. |
| **4.** | In totaal rond de 4500 medewerkers inclusief de ondersteunende dienst. Zorgmedewerkers is zo rond de drie duizend die daadwerkelijk op de werkvloer zit zeg maar. Daar heeft toch al een verschuiving in plaatsgevonden en daar zien we in dat we meer zorgmedewerkers hebben en minder ondersteuning. |
| **5.** | De grootste club is mbo opgeleid, maar er gaat wel een verschuiving plaatsvinden richting die 2020 naar meer hbo, want die zorg wordt ook steeds complexer. Als er dus een significant taakverschil in mbo en hbo gaat plaatsvinden dan zal je ook meer hbo nodig hebben. Hoeveel medewerkers zich precies om laten scholen van mbo naar hbo weten wij ook niet precies daar hebben we geen zicht op, maar er gaat daar wel een verschuiving in plaats vinden |
| **6.** | Op dit moment is er echter nog het meeste vraag naar MBO genoten personeel. Vorig jaar zijn er wel voor het eerst een aantal MBO vier begonnen aan een HBO vijf opleiding. (…) wij zijn wel nog steeds aan het zoeken hoe wij niveau vier het beste in kunnen zetten en hoe niveau vijf. Ik roep altijd dat Wijdezorg een doen-organisatie is. We beginnen eerst en dan kijken we wat we beter kunnen doen. Vandaar dat er intern nu overleg is hoe niveau 3 zich onderscheidt van niveau 4, want in de praktijk zitten er redelijk wat overeenkomsten in. Voor niveau vijf zien we dat steeds meer thuisblijven dat die zorg zich steeds meer verplaats naar buiten toe en wat we hier aan mensen binnen krijgen is eigenlijk voornamelijk zzp vier of vijf. |
| **7.** | Maar het beleid is nog iets wat nog op de stapel ligt omdat we nog zoveel te doen hebben. En dat beleid wat er nu ligt is zo oud dat dat nu echt niet meer inspeelt op de zorgvraag.  Het veranderen van niveaus is hier een voorbeeld van. Voorheen was het 1,2,3 en nu is het 3,4,5 wat de vraag. Dus daar zit dus ook een andere aanpak en een andere stukje beleid moet daar opzitten. (…) Dat wordt momenteel vooral vanuit boven aangestuurd. De directie kijkt naar waar zitten er gaten en hoe kunnen we die door middel van training en opleiding opvullen. |
| **8.** | Wij zijn daar nu mee bezig om te kijken want het huidige onderwijs sluit niet altijd aan bij de wensen van de praktijk. Nou is het elders in het land binnen de organisatie een academie en die zijn we nu aan het ontwikkelingen ook voor de regio Noordwijk en Monster. Die mensen worden dus eigenlijk bijgeschoold, maar dat staat op dit moment ook in de kinderschoenen. Maar wat we willen is inderdaad dat zij gewoon dat diploma krijgen maar met extra keuzedelen en die keuzedelen die kunnen wij als organisatie aanscherpen bijvoorbeeld het omgaan van moeilijk verstaanbaar gedrag, maar ook psychiatrische stoornissen om dat meer op toe te spitsen. Zo kunnen we dus specifieker de medewerkers opleiden. (…)Het wisselen van richting doen we ongeveer per half jaar. Maar ik zou niet per definitie zeggen dat dit slim is. Maar daarom zou het kunnen zijn dat wij alleen die schakeling zien maar dat dat wel gebasseerd is op een hoger plan. Ik weet dat er een heel plan is voor een strategische personeelsplanning, maar dat wordt alleen niet gedeeld met onze laag. (…)  Momenteel zijn we dus echt aan het kijken hoe we het opleidingsaanbod beter aan kan sluiten op de wensen en behoeften binnen organisatie en ik denk dat we nu voornamelijk aan het kijken zijn hoe we de medewerkers die we nu hebben competent maken en de mensen die we binnenhalen gelijk die bagage meegeven. Dat is wat er nu bij ons speelt. Tuurlijk willen mensen hoger personeel, maar wel voor het minste prijs ze gaan ze namelijk niet meer betalen. |
| **9.** |  |
| **10.** | Wij hebben ook niet helemaal inzichtelijk wie welke opleiding doet en hoeveel. Dat is haast ook niet bij te houden met zo een grote organisatie. |
| **11.** | Op het moment dat het onderwijs in beweging komt, komt ook het werkveld in beweging en andersom natuurlijk en ik denk dat veel organisaties net als onze organisatie niet goed genoeg die strategische personeelsplanning in het vizier hebben. Er zijn wel vlootschouwen maar die zijn echt maar op klein teamniveau, maar nooit over de gehele breedte. Maar dat is wel je backbone van opleiden en je krijgt het bijna niet voor elkaar. (…) Het is nog te pril om te zeggen dat er meer mensen een duaal traject willen volgen, ik verwacht wel een inter-effect in de zin dat er intern veel meer vraag naar deskundigheid gaat komen. Dus niet zo zeer dat mensen hele opleidingen willen doen, want je zit natuurlijk wel met die grijze golf in de zorg, veel oudere dames, dus ik verwacht niet er echt een hele grote explosie gaat komen op ik wil door opleiden naar een hogere fucntie, maar ik verwacht wel de verdiepingsvraag die komt er denk ik wel. Uiteindelijk, want we hebben nu nog een probleem in de basis deskundigheid ook de zittende groep medewerkers vinden wij niet de kwaliteit van zorg leveren die wij minimaal benoemen. Eerst moeten we dat maar doen en dan mag daarna die verdiepingsvraag komen. Ik zie drie fronten kwaliteit van zorg op dit moment naar een hoger niveau brengen grappig genoeg met de onderwijsinstellingen. In de toekomst verdieping en wellicht nog door opleiden, hoger scholen. |
| **12.** |  |

|  |
| --- |
| **Topic: Opleidingsbeleid – medewerkers** |
| **Respondent** | **Antwoord** |
| **1.** | Wij hebben continue zo’n 300 nieuwe BBL leerlingen rond lopen en HBO hebben we ook vrij veel maar dat zijn vrij veel zittende medewerkers die nog een andere opleidingen willen doen en soms hebben we ook soms HBO-stagiairs, maar die begeleiding is erg intensief gebleken. |
| **2.** |  |
| **3.** | Dat ligt vooral aan de begeleiding die we niet kunnen bieden. Het is ook mondjes matig dat wij nu sinds kort ook HBO-V’ers in dienst hebben. Daarnaast hebben we niet veel functies op hbo-niveau, dat zijn er niet echt heel veel. Dus wil je mensen echt kunnen boeien, uitdagen en wij aan al hun competenties kunnen voldoen dan heb je meer nodig dan wij vaak kunnen bieden. Met een HBO-V’er kunnen we wel heel ver mee komen, maar in de einde fase van de studie tijdens het afstudeeropdracht kunnen wij intramuraal niet de complexiteit bieden die wel nodig is. Bij de extramurale zorg gaat die wel. Daarnaast zijn we ook niet gewend om echt HBO’ers op te leiden. Onbekend maakt onbemind. |
| **4.** |  |
| **5.** |  |
| **6.** |  |
| **7.** | Dat is er op dit moment één en er komen er twee aan maar die gaan voor verbonden BBL. Die gaan eerst twee jaar voltijd en dan twee jaar duaal onderwijs. En die twee gaan nu beginnen aan hun laatste twee jaar duaal traject aan de Hogeschool Leiden. |
| **8.** |  |
| **9.** | Voor de rest evalueer ik met de praktijkbegeleiders elk jaar, met de instellingsdocenten en met de studenten. We hebben ook een studentencommissie binnen het UMC dus alle partijen zijn bij het evalueren betrokken. Zeker de studentencommissie is hulpzaam gebleken want zij kijken op een andere manier naar dingen en zij hebben ook andere oplossingen. Dus vandaar dat je soms ook de oplossingen door hun moet laten bedenken want dan werkt die vaak beter. Doordat je hen erbij betrekt voorkom je eigenlijk ook dat mensen gaan klagen. |
| **10.** |  |
| **11.** | Er zit natuurlijk heel veel druk in de zorg en ik noemde het net voor we officieel begonnen, rondom productie, productie is geld. Dus onze mensen moeten vooral aan het bed, dus als ik zeg kom jij is een lesje nemen dan staan ze niet aan het bed dan komen er geen inkomsten binnen. Dus wij moeten daarin zoeken van wat kopen we in, wat doen we intern en ik kan nu niet goed inschatten hoe die verhouding gaat liggen, we hebben het binnen deze organisatie over 7500 man die zo een traject moeten gaan lopen. Dus het gaat niet alleen om de nieuwe medewerker maar ook de zittende medewerker dus dat kunnen we niet alleen door een commerciële instelling laten doen. Daar zouden we namelijk ook op failliet kunnen gaan. Dat is gewoon veel te kostbaar. Je hebt subsidies nodig en trainer trainer systeem nodig, want het is uiteindelijk toch goedkoper om een aantal trainers aan te nemen want met 7500 man kan je wel even door, dan dat je dat door middel van een bureau laten doen. Dus het wordt een business case om te kijken hoe dat er uit ziet. |
| **12.** |  |

|  |
| --- |
| **Topic: Opleidingsbeleid – intern opleiden** |
| **Respondent** | **Antwoord** |
| **1.** | Er zitten zowel interne als externe opleidingen. Daarbij werken we veel samen met de Baak, Kessels en Smit maar ook met intern kijken we naar welke mensen hebben we in huis die we eventueel kunnen gebruiken om personeel op te leiden. Zoals bijvoorbeeld onze financieel adviseur die aan een aantal medewerkers een cursus financiële inzichten heeft gegeven. Bovendien werken we ook veel samen met andere organisatie binnen en buiten onze branche en dat werkt. Deze samenwerking gebruiken we vooral om te kijken wat wij van hen kunnen leren en wat zij van ons kunnen leren. |
| **2.** | Mocht een medewerker niet meer bekwaam zijn een bepaalde handeling uit te voeren dan hebben wij een specifiek team voor de hele organisatie die van alle toetsen en bellen op de hoogte zijn en alle technologische ontwikkelingen vanuit het ziekenhuis enz. En dan geven we scholing op de job en dan is het zo dat een medewerker praktische begeleiding krijgt net zo lang diegene in staat is de handeling uit te voeren en het theoretische deel komt erachter aan. (…) Dit heeft bovendien als voordeel dat we geen gaten laten vallen en daardoor ook minder geld door verliezen. (…)Daarom besluiten we eerder om mensen bij te scholen omdat je dan eerder het gewenste resultaat bereikt wat de hogescholen niet kunnen. Dan hoeven ze dus niet opgeschoold te worden naar een ander niveau, maar zij moeten gewoon aan bepaalde competenties voldoen zodat ze kunnen inspelen op onze vraag en onze situatie. |
| **3.** | Dat betekent dat wij voor alle lagen in, maar ook buiten de organisatie een leerprogramma voor is. Het gevolg daarvan is dat wij veel effectiever, efficiënter en bovendien met minder kosten gebaat personeel kunnen opleiden, omdat we een op maat gemaakt leerprogramma aan de medewerker in kwestie aan kunnen bieden. Onze strategie is daarom dusdanig verander dat wij met de aanvraag van de medewerker allereerst kijken naar ons eigen aanbod en vervolgens inventariseren hoe dit de vraag van de medewerker overeenkomt met ons aanbod. Komt dit niet overeen dan kijken we welke andere opleidingen die extern gegeven worden eventueel geschikt zouden zijn.  Het programma wat wij via e-learning aanbieden bestaat uit diverse modules die kort duren en online gevolg kunnen worden. Natuurlijk krijgen wij ook de vraag in hoeverre wij aan tijdsvergoeding doen, maar dat is met een e-learning systeem een stuk gemakkelijker. |
| **4.** | Samen met een team van praktijkopleiders die in elk huis werkzaam zijn, proberen wij de leerlingen, de studenten zo goed moeilijk op te leiden en dat betekent dat we een goed leerklimaat per locatie per setting neer willen zetten en dat we alle laatste ontwikkelingen mee willen nemen. Dat doen we nu met een team van 20 praktijk opleiders en ik ben degene die dat coördineert. We hebben wel opleidingen en de grootste bulk gaat naar de zorgmedewerkers puur omdat zij dat moeten om hun werk goed te doen. Als ik bijvoorbeeld zelf zou moeten doen dan moet dat wel echt extern en moet ik dat zelf bij een ander opleidingsinstituut aangeven. We hebben wel een e-learning programma daarin zitten een heleboel modules die bedoeld zijn voor de zorgmedewerkers. Daarnaast hebben we wel een samenwerking met Good habbits en daarmee geven we heel veel trainingen, zoals bijvoorbeeld omdenken ik noem maar iets en die worden vrijgegeven voor alle medewerkers (…)Maar je merkt dat als het niet gefaciliteerd wordt dat dat altijd wel een drempel opwerpt. Mensen die dit dan toch wel gaan doen zijn vaak medewerkers die hoger opgeleid zijn die daar wel het nut van inzien. |
| **5.** | We hebben het leerplijn daar hangen e-learning modules in en dat is toegankelijk voor alle medewerkers die in het groene hart werken. De teamleider of leidinggevende maakt afspraken en stelt voor het gehele team vast dat elke verpleegkundige binnen een jaar tijd die modules gedaan hebben. |
| **6.** |  |
| **7.** |  |
| **8.** | Het is eigenlijk zo dat het voorheen intern bij- en nascholing werd gefaciliteerd, maar het opleidingsgedeelte dus voor een erkend diploma dat gebeurt echt extern. Maar het is misschien wel een wens om dit ook meer intern aan te bieden zodat we ook specifiek en sneller kunnen inspelen op de ontwikkelingen waar wij als organisatie mee te maken hebben. Nu gaat dat dus door middel van bijscholing opgevangen worden door de academie die we aan het oprichten zijn. |
| **9.** | Dan moet je denken aan bijscholen, we hebben een hele e-learning omgeving waarbij we men modules kunnen volgen. Er is hier ook een beleid wat nu wordt vastgesteld dat elk verpleegkundige elk jaar aan de hand van een thema dat die deskundig is. Bijvoorbeeld veiligheidsmanagement systeem, patiënt veiligheid soort dingen. De ontwikkelingen gaan zo snel op dit moment dat dit wel echt belangrijk is. Er is echter wel een knelpunt, omdat de zorg steeds complexer wordt de turnover ook hoger, de kosten van de ziekenhuizen zijn gigantisch ook de prijzen van de medicatie dat daardoor ook beknippelt wordt op verpleegkundige en de formatie. Dit gebeurt niet alleen qua opleiden maar ook gewoon het aantal op een afdeling. Dus meer met minder. Je moet dus ergens knippen, dus dan is de vraag waar je moet knippen? (…) Op dit moment kunnen er 10 tot 12 mensen dit traject kunnen volgen, maar we verwachten wel dat er meer de aankomende tijd want er is ook meer vraag naar. Alleen niet iedereen zal het kunnen natuurlijk maar ik weet ook nog niet hoe het functiehuis eruit gaat zien. Dus stel je voor dat we straks met niveau vier en niveau zes gaan werken zoals we nu ook al doen maar zes krijgt echt bepaalde taken dan zullen we waarschijnlijk minder zes nodig hebben dan we nu al nodig hebben. Dus wat ga je dan doen met de mensen die wel graag willen doorstromen en willen door ontwikkelen. En dat weten we dus nog niet. |
| **10.** | Intern worden er best wel wat mooie opleidingen uitgerold daar voor, dan hebben we het in dit geval over de begeleiders op de locaties over van hoe ga je die zorg nou toch op een andere manier geven om zo mee te gaan in de veranderingen die er op dit moment spelen. Zo verwacht de maatschappij dat wij de cliënten meer zelf de regie geven, zelf dat stapje als professional achteruit durven te doen. Dus daar zijn we intern met opleidingen meer bezig. |
| **11.** | Wij als opleidingsafdeling hebben geen zicht op het strategische personeelsplanning maar de HR-afdeling zal dat vast en zeker wel hebben. |
| **12.** | Dat gebeurt heel veel in co-creatie want wat we nu aan het doen zijn is dat we met een organisatie aan het kijken of we een leerweek kunnen inrichten, we noemen het ook wel het ‘organisatie’keurmerk (…) |

|  |
| --- |
| **Topic: Opleidingsbeleid – besluitvormingsproces** |
| **Respondent** | **Antwoord** |
| **1.** | Die kenniscentrum, de directie maar ook managers voor hun eigen afdeling maar ook breder dan hun afdeling en wij als opleiders hebben daar veel invloed. |
| **2.** | Dat bepalen we in samenspraak met de raad van bestuur en de ondernemingsraad en die bepalen eigenlijk de kaders van dat beleid. En binnen die kaders kunnen de praktijkopleiders zelf beslissen hoeveel stagiairs ze bijvoorbeeld aannemen dit jaar. |
| **3.** | De direct leidinggevende en de clustermanager nemen hierin echter de rol van beslisser op zich. Deze kijken minder naar de inhoud van het studieprogramma en letten meer naar de kosten. |
| **4.** | De zelfsturende teams kunnen allereerst aangegeven of zij er een leerling bij willen hebben of ze die dus wel of niet kunnen begeleiden. En als ze zelf een opleidingsbehoefte hebben dan kunnen ze dat zelf aangegeven en dan wordt er gekeken of het passend is of niet. Dat kan het team ook zelf bepalen en met goedkeuring van het team moeten ze uiteindelijk naar hun wijkmanager en die geeft het doorslaggevende besluit. Dat kan het team ook zelf bepalen en met goedkeuring van het team moeten ze uiteindelijk naar hun wijkmanager en die geeft het doorslaggevende besluit.  & Wij hebben echt een adviserende rol, daar wil de raad van bestuur want die hebben een strategisch beraad met alle geledingen enzo en die bepalen met elkaar wat het gaat worden. |
| **5.** | Onze directeur bepaald niet het budget maar wel qua opleidingsvisie dat ze daar iets over te zeggen heeft. Wie nou definitief de budgetten vast stelt durf ik niet te zeggen maar volgens mij zijn dat de clustermanagers. |
| **6.** | Wij schrijven het voorstel en de raad van bestuur geeft er uiteindelijk een klap op, zij zijn beslissend zeg maar. |
| **7.** |  |
| **8.** | Ik denk dat dat voornamelijk te maken heeft met de manager waarmee je te maken hebt. De managers delen eigenlijk zelf hun opleidingsbudget in en die zeggen dus ook pietje jij doet het leuk, zou je je niet eens verder willen ontwikkelen en ik denk dat sommige managers ook wel kijken naar medewerkers die managers kunnen worden. Die stimuleren dat wel. Soms ligt het ook bij de medewerker zelf die zeggen dat ze willen doorgroeien of ik wil iets anders dus is er kans voor mij om iets te doen. Dus dat is een wisselwerking, maar de manager die keurt het uiteindelijk goed.(…) Daarin gaan ze creatief mee om, sommige managers zeggen je krijgt het volledig vergoed, andere zeggen je krijgt een deel vergoed of je verlet kosten worden niet verrekent. Voor leerlingen is dit wel geregeld omdat daar een arbeidsovereenkomst aan vast zit. |
| **9.** | De zorgacedemie en die bepaald met de directie patiëntenzorg bijvoorbeeld voor de vaste medewerkers het beleid dus die worden gezamenlijk vastgesteld en de units mogen hier zelf bepalen wat ze eventueel plaatsen en duale of voltijdsstudenten, maar daar zitten wel verplichtingen aan vast. Zo moeten ze allereerst eerste en tweedejaars studenten plaatsen en dat is door het bestuur opgelegd. Daar ben ik al heel blij mee, want het liefst komen ze daar mee weg want ze willen eigenlijk ook wat aan de student hebben. Het wordt dus wel gezamenlijk bepaald, zo hebben we ook een begeleidingscommissie en dat is een commissie wat bestaat uit een aantal leidinggevende, P&O adviseur en een onderwijskundige zit daar in en die bepalen hoe en wat. |
| **10.** | Dat wordt tegenwoordig vanuit het topmanagement aangestuurd. Eerder was dat onderverdeel per regio, maar dat is wel een aantal jaar geleden. Dus nu wordt het eigenlijk allemaal landelijk aangestuurd en in kader gezet. Dus wij zijn daar als afdeling wel minder in betrokken geraakt. Daardoor kunnen we ons ook meer focussen op praktische werkzaamheden zoals het begeleiden van medewerkers, leerlingen etc. |
| **11.** |  |
| **12.** |  |

|  |
| --- |
| **Topic: Opleidingsbeleid – beinvloeder+adviseurs** |
| **Respondent** | **Antwoord** |
| **1.** | Het kennisteam heeft veel invloed als het gaat om dit stuk van het beleid. Dus wel de interne opleidingen. Wij als opleidingsadviseurs hebben invloed op wat zijn de standaarden op grote lijnen zijn. |
| **2.** |  |
| **3.** | In dit proces kijken wij vervolgens vooral naar wat zijn de kosten en wat houdt het studieprogramma nu precies. Er wordt dus wel advies gegeven aan de medeweker.(…\_ In het doen van een aanvraag hebben wij dus een adviserende rol. |
| **4.** | Het gebeurt natuurlijk wel dat wij de medewerkers stimuleren om bij of op te scholen alleen met de zelfsturende teams heeft de medewerkers daar wat meer vrijheid in gekregen. Op dit moment is het dus zo dat zij dat meer zelf moeten gaan signaleren. Dat is nou juist ook het zoeken in zelfsturing van wat hoort nou bij jou en wat hoort bij mij. Dat is op dit moment nog niet vastgesteld en daar zijn we nu dus nog een beetje aan het zoeken. |
| **5.** |  |
| **6.** | Ik heb eigenlijk een adviserende rol. Zo probeer ik bijvoorbeeld de twee coaches die net zijn aangesteld en binnenkort verdieping willen op coaching competenties helpen in wat naar mij het meest past bij die medewerker. |
| **7.** | Wij hebben vooral een adviserende rol in dit proces. Wat opvalt is wel dat veel medewerkers weten wat ze willen en vervolgens vragen ze zich af of ze dat kunnen en dan schakelen ze ons in. Daarnaast is er natuurlijk ook een groep die nog zoekende is en vooral bij deze groep duwen we vaak nog wel een andere kant. |
| **8.** |  |
| **9.** |  |
| **10.** | Vaak is het zo als de medewerker een opleiding wil doen dat hij naar zijn locatiemanager gaat en die verwijst hun heel vaak naar ons toe om met ons een gesprek aan te gaan om te kijken wat passend zou zijn. Vervolgens met deze tips wordt de aanvraag voorgelegd aan de locatiemanager en die bepaalt of medewerker in aanmerking komt of niet. Wij hebben daarin dus een adviserende rol. |
| **11.** |  |
| **12.** |  |

|  |
| --- |
| **Topic: Opleidingsbeleid – proces opleiden** |
| **Respondent** | **Antwoord** |
| **1.** | Dat moeten medewerkers met hun direct leidinggevende waarom jij dat wil en de manager bepaalt dan vervolgens of dit gefinancierd wordt of niet. Als dat niet het geval is komen mensen toch ook vaak naar ons en dan adviseer ik altijd waarom ze het zelf niet doen. Wij als opleidingsadviseur hebben daar ook niks mee te maken en soms kijken wij samen naar welke Hogescholen en welke opleidingen het beste zouden passen bij hun leerwensen. Bovendien kijken wij ook of er al medewerkers zijn geweest die die opleiding gevolgd hebben bij de instelling in kwestie zodat deze persoon als referent kan dienen. |
| **2.** | In principe wordt dat nu in het team bepaald en die kijken naar wat hebben we nodig en hebben we het geld ervoor. Bovendien gaan er naast de studiekosten ook werkuren af van de medewerker in kwestie. Deze moeten dus ook opgevangen worden. Maar als een bepaalde scholing nodig is en het team keurt het goed dan krijgt de medewerker de mogelijkheid om een studie te volgen |
| **3.** | Je hoopt dat er bij de functioneringsgesprekken het jaar daarvoor gekeken is naar wat heb jij als medeweker nodig, wat is daarin je wens, waarmee kun je verder komen en wat denkt de leidinggevende dat jij nodig hebt. Er wordt dus in samenspraak gekeken naar wat de medeweker nodig heeft. Deze wens kan vanuit de organisatie, de afdeling of de medewerker zelf komen. Dat wordt eigenlijk allemaal opgenomen in het opleidingsbeleidsplan. De routing is dan allereest dat er gekeken wordt naar welke opleidingen er intern worden aangeboden. Voldoen die aan deze eisen of wensen dan wordt de medeweker direct ingeschreven met behulp van zijn leidinggevende. Als dit echter niet het geval is dan komen medewerkers naar onze afdeling toe. Deze zoeken vervolgens uit welke externe opleiding geschikt zouden zijn. Wij hebben namelijk verschillende contracten afgesloten met onderwijsinstellingen. |
| **4.** | In eerste instantie vraag je dat bij je eigen leidinggevende, vaak daarna wordt de HR of praktijkopleider er bij betrokken die geven dan advies en geven aan of dat de betreffende opleiding geschikt is voor een medewerker of niet. De uiteindelijk besluit wordt echter door de direct leidinggevende en de manager daarboven genomen. |
| **5.** | Ik schat in dat er geen verplichting op ligt en dat mensen kunnen blijven kiezen of ze mbo opgeleid willen blijven of dat ze hbo willen volgen, maar dat zal dan eerst richting de teamleider gaan en dan vanuit de teamleider naar mijn leidinggevende. |
| **6.** | Daar hebben we net een aangepast beleidsstuk over gemaakt en dat heet (…) en in dat stuk hebben we concreet neer gezet welk traject een medewerker moet doorlopen als hij opleidingswensen heeft. Je gaat met je direct leidinggevende daarin overleggen, die beslist namelijk of hij de opleiding wel nuttig genoeg vindt. Op basis daarvan wordt tevens besloten in hoeverre de medewerker financiering krijgt en of hij in werktijd deze opleiding mag volgen. Bovendien is dit ook afhankelijk van hoeveel uren een medewerker werkt |
| **7.** | Dat verzoeken gaan via de teammanagers. Het is namelijk een onderdeel van het functioneringsgesprek en in dat gesprek bespreken ze wat je nog zou willen wat je aan zou kunnen. En als het echt een specifieke vraag is buiten niveau drie,vier, vijf om dan wordt die bij ons neergelegd.(…) Dat is een combinatie van zowel de teammanager als de sectormanager. De teammanager geeft dus de fiat, maar die heeft ook weer te maken met de fiat van de sectormanager. |
| **8.** |  |
| **9.** | Er is wel een memo dat de mogelijkheid er is en dan moeten ze het kenbaar maken bij hun leidinggevende en hun leidinggevende bepaald of ze wel of niet mogen. En dan hopen wij natuurlijk dat de leidinggevende het natuurlijk doet op basis van wat een kandidaat allemaal laat zien in de praktijk dat iemand het ook echt verdient. |
| **10.** | Vaak is het zo als de medewerker een opleiding wil doen dat hij naar zijn locatiemanager gaat en die verwijst hun heel vaak naar ons toe om met ons een gesprek aan te gaan om te kijken wat passend zou zijn. Vervolgens met deze tips wordt de aanvraag voorgelegd aan de locatiemanager en die bepaalt of medewerker in aanmerking komt of niet. Wij hebben daarin dus een adviserende rol. |
| **11.** | Omdat we pas sinds een jaar centraal zijn hebben wij nog niet alle processen binnen opleidingen nog niet helemaal goed ingericht en waar wij naar toe willen is dat wij vanuit die strategische personeelsplanning exact kunnen aangeven hoeveel mensen er opgeleid moeten en kunnen worden. Als we dat inzichtelijk hebben dan zetten we de vacatures daar van op de website en dan kan iedereen eigenlijk solliciteren. Zo garanderen we ook dat iedereen gelijke kansen heeft. |

|  |
| --- |
| **Topic: Opleidingsbeleid – extern opleiden** |
| **Respondent** | **Antwoord** |
| **1.** | Iedere zorgmanager heeft voor zijn team een budget voor externe opleidingen en dat niet erg groot om eerlijk te zijn. Om mijzelf als voorbeeld te nemen als ik een externe opleiding wil doen dan ga ik met mijn direct leidinggevende om tafel zitten om te kijken in hoeverre hij deze opleiding nuttig acht en dan bepaalt hij vervolgens in welke mate ik de opleiding in eigen tijd moet doen en hoeveel ik zelf moet financieren of gefinancierd krijg. |
| **2.** | Ik val onder de poot ondersteunende diensten dus mij kan je zien als ondersteuner op het gebied van opleidingen. Wat inhoudt dat het team bepaalt wat jij van mij wilt. Natuurlijk heb je een aantal kaders waarbinnen je beweegt, maar het team neemt dingen bij ons af. Zij krijgen dus ook de vrijheid om naar externe hogescholen of private onderwijsinstellingen te gaan. |
| **3.** |  |
| **4.** | We hebben hier een academie daar hebben we zelf trainers die zelf heel veel kunnen zo hebben we een eigen ICT trainer, we doen training on the job daarvan denken we ook dat dat steeds meer gaat ontwikkelen en die we ook steeds meer gaan bieden. Klassikale bijscholing wordt namelijk ook minder. En externe partners dat is maar net wat de behoefte is bijvoorbeeld van een locatie, want we werken wat dat betreft ook vraaggericht als een wijk of expertisecentrum zegt wij hebben scholing nodig op dan gaat de accountmanager kijken wie we daar voor nodig hebben of dat we het zelf kunnen dat soort dingen. |
| **5.** |  |
| **6.** | Wij hebben een opleidingsbegroting waarvoor ik jaarlijks verantwoordelijk ben om deze begroting op te stellen. Deze begroting stel ik vast door per locatie te inventariseren wat er speelt en welke opleidingswensen er bij zitten. Daar kunnen dus ook opscholingswensen bij zitten. Vervolgens verzamel ik die in de scholing begroting. De vragen van opscholing komen eigenlijk voort uit het beleid van de organisatie. |
| **7.** | Dat doen we zowel intern als extern maar voornamelijk doen we dat echt extern. Wij waren ook altijd echt extern inzetten. Maar misschien moeten we ook intern veel meer dingen oppakken. Er zijn namelijk ook veel dingen die wijzelf op kunnen pakken maar door tijdgebrek toch nooit gedaan hebben, maar misschien kunnen we nu dat nog wel oppakken. Zo hebben we genoeg toppers in de organisatie die eventueel personeel kan opleiden, want dan heb je alleen je verletkosten. Daar kijken we dus wel naar maar dat is dus nog niet concreet. |
| **8.** |  |
| **9.** | Dat zijn nu vooral vier niveau vier medewerkers die naar niveau zes worden opgeschoold en in sommige gevallen ook wel van niveau 3 naar vier. Dus er is wel een doorstroom. Het opleiding continuüm vinden wij belangrijk dat je als medewerkers door blijft leren, maar niet altijd perse een erkende opleidingen. |
| **10.** | Als een medewerker van mbo naar hbo opgeleid wil worden dan mag dat wel, maar intern leidt dat soms tot problematieken omdat dit vaak de eigen keus is van de medewerker waarna een studieovereenkomst wordt opgesteld waarin staat vermeld dat de medewerker vaak toch zelf een deel bijdrage moet leveren aan het financieren van de opleiding. Omdat wij dat als werkgever niet van ons personeel vragen wordt dit dus ook niet gestimuleerd. Op het moment dat wij dat wel gaan doen dan houdt dat een hele kanteling in die grote gevolgen heeft voor de financiële kant van de organisatie. Dit maakt ook dat wij de medewerker na het volgen van de opleiding dus ook niet belonen middels een schaalverhoging of een functie. |
| **11.** | Ik zou bijna zeggen niet eens zo zeer vanuit een commercieel, acquisitie gedachten maar veel meer uit trend signalering en wat gebeurt er om ons heen en hoe kunnen wij daar samen handen aan voeten aan geven. Aan het begin van de Rotterdamse Zorg was het wel erg zoeken maar op een gegeven moment merk je wel we hebben gewoon een gezamenlijk doel het gaat erom dat we mensen moeten opleiden en het beste voor de klant hier. Dus misschien kom je wel tot een schotting tussen ROC’s en Hogescholen. Natuurlijk is het voor ons van belang dat wij een school aan ons gebonden hebben die kwaliteit levert, maar naar mate je dat meer in een koepel gaat doen ja dan gaat die kwaliteit die gaat nivelleren en hopelijk de hoogte in. Dus ik denk dat gesprekken met zorginstellingen veer meer moeten gaan over trends en waar in zijn wij als school sterk in zijn en ook erkennen waar je niet sterk in bent van weet je dat kun je beter niet aan ons vragen daar moet je voor bij de buren zijn. Ik denk dat we dan onderwijs en zorg naar een hoger niveau toe brengen. |
| **12.** |  |

|  |
| --- |
| **Topic: Opleidingsbeleid – budget** |
| **Respondent** | **Antwoord** |
| **1.** | Er is een standaard verdeling dat er bij zoveel fte krijgt een manager zoveel geld. Bij sommige afdelingen is het hoger zoals bijvoorbeeld de wetenschappelijk en onze afdeling. |
| **2.** | Nee het team krijgt een totaalbudget, maar wij willen wel toe naar een persoonsgebonden budget. Dat is echter wel lastiger voor mensen die hoger opgeleid willen worden of al hoger opgeleid zijn omdat de kosten hiervoor een stuk hoger liggen.& De locatiemanager is echter wel verantwoordelijk voor het eindbudget want die zegt of er nog genoeg geld is of niet, maar die bepaalt niet of een teamlid in aanmerking komt of niet voor een scholingstraject. Het is in principe zo dat we kijken naar het aantal medewerkers en op basis daarvan wordt het budget opgesteld |
| **3.** | Dat wordt eigenlijk decentraal uitgezet. Wat inhoudt dat er per afdeling wordt gekeken wat het budget is en in hoeverre dit de vraag van de medewerker dekt. Het uiteindelijk budget wordt echter vastgesteld door het topmanagement. |
| **4.** | Dat zit in het gehele budget die een team krijgt. Dat is dus het budget ten aanzien van alle middelen en dus ook qua opleiding en dergelijke. De HR heeft daar wel ideeën voor, want 2% van de loonsom is bestemd om op te leiden en je ziet nu heel erg dat dat moeilijk in te vullen is voor teams. In het begin van het jaar als het budget net is opgesteld dan hebben ze niet helder of ze dat geld ervoor hebben of niet, waardoor ze er aan het einde van het jaar achter komen dat dat geld helemaal niet uitgegeven is. Dus vandaar dat wij vinden dat het geld beter apart kan zetten en een deel daar van alvast centraal organiseren dat dat bedrag dus alleen voor opleiden is. Als HR hebben we daar helaas geen zeggenschap over. |
| **5.** | Wat betreft het opleiden heb ik wel begrepen dat er een persoonsgebonden budget aanwezig is om een symposium of dergelijke bij te wonen. Maar als het gaat om opscholing op deze grote dan is het anders, dat is namelijk weer een ander budget. Daar is de raad van bestuur veel meer mee geboeid. |
| **6.** |  |
| **7.** | Elk team heeft een budget zeg maar een scholingsbudget en in principe zijn ze daar vrij in in hoe ze dat besteden. Technisch gezien moeten ze in dat team dat zelf met elkaar gaan overleggen, maar eigenlijk stellen zij de vraag aan ons en wij zetten hem uit. Wij zijn dus als het ware als een soort tussenschakel. |
| **8.** | De teams krijgen gewoon een pot en daar zit een deel opleidingsgeld in en dat mogen ze zelf inzetten. Als er binnen een segment bijvoorbeeld vijf woonteams zijn dan kunnen er 2 a 3 medewerkers dus erg gelukkig worden, meer budget is er eigenlijk niet. Daarnaast zitten ze ook nog vast aan bij en nascholing en dat moet namelijk ook van dit budget. |
| **9.** |  |
| **10.** |  |
| **11.** |  |
| **12.** |  |

|  |
| --- |
| **Topic: Management/middenkader ontwikkelingen** |
| **Respondent** | **Antwoord** |
| **1.** | Die zijn de afgelopen erg verminderd en sommige functies zijn zelfs verdwenen. Zo zijn we momenteel bezig met het ontwikkelen van een management ontwikkelingsprogramma en dat wordt onder andere gedaan door mijn leidinggevende een collega van mij een zorgdirecteur en een aantal zorgmanagers. De plannen die zij hebben moeten zij verantwoorden aan de directieraad en het raad van bestuur. We hebben twee jaar geleden ook een reorganisatie gehad en toen moesten alle zorgmanagers opnieuw solliciteren, omdat dat een hele andere functie werd. Er werd een laag uitgehaald dus die twee lagen werden eigenlijk één laag. Dan hebben we het over de laag die tussen de directeur en de zorgmanager in zat. Hierdoor kregen zorgmanagers een grote span of controle, een grote verantwoordelijkheid en grotere bevoegdheden. |
| **2.** | De teams zijn nu zelf verantwoordelijk en eigenlijk alles wat op de directe werkvloer gebeurde werd afgedamd door de teamleider. Nu hebben we teamcoaches, maar dat is iets anders als een teamleiders want die zat eigenlijk direct op de zorgverlening en die coacht wel en is beschikbaar voor complexe vraagstukken en die kan de link zijn naar boven of beneden of zorgen voor ondersteuning of opleiding, maar uiteindelijk bepaalt het team. Die teamleider is nu dus weg en momenteel zitten we midden in die omschakeling.   We hebben net gesprekken gevoerd met alle teamleiders om te kijken of wie er geschikt is als coach. Want het vraagt ook andere competenties van de iemand. Daarom kregen deze mensen de mogelijkheid om de benodigde competenties te leren, kan je het niet leren dan houdt het op en dan nemen we afscheid van je. Ik geloof dat we van zestig teamleiders terug moeten naar dertig zorgcoaches en dat heb ik het nu alleen over intramuraal. |
| **3.** | Er zijn al ongeveer 10 jaar geen teamleiders meer en de afgelopen jaren hebben wij zoveel structuren langs zien komen van zelfsturende teams naar teamleiders. Het is echt een schommeling die soms niet meer bij te houden is. |
| **4.** | Nou de managementlaag is er heel erg uitgehaald, zowel intra- als extramuraal. Er zijn extramuraal eigenlijk geen teamleiders meer. Wat je had is dat je per afdeling een afdelingsmanagers had, maar dat is allemaal wel. Je hebt nog wel een aantal projectmanagers die met de hoogste baas dus de directeur dat aansturen(…) Maar het is dus veel platter, veel platter dan dat het was. (…) deze mensen hebben allemaal assessments en trainingen om te kijken of mensen dit aankunnen en of het bij ze past en daar is in het hoger management dus ook een slag geslagen. Een aantal medewerkers hebben vervolgens besloten om het wel of niet te doen en met degene die gekozen hebben om het niet te doen hebben we vervolgens gekeken wat zijn er nog voor opties en wat hebben we nog wel nodig binnen de organisatie. Daar is dus wel naar gekeken. |
| **5.** | Daar is anderhalf jaar geleden een ronde overheen geweest en van daaruit zijn het aantal managers wat wij destijds hadden ongeveer gehalveerd. Ze heten nu dus clustermanager en hebben een cluster onder zich. Dat kan cluster snijdend zijn maar ook niet snijdend zijn.(…) Zowel de cluster managers als de teamleiders hebben meer verantwoordelijkheid gekregen. Zo had elke afdeling vroeger nog zijn eigen afdelingsmanager en dat is eigenlijk nu de teamleider nu maar die heeft één of meerdere afdelingen onder zich. Dus de afdelingsmanagers is weg en dat is dus de teamleider geworden. |
| **6.** | In de loop der tijd zijn er managers uit gegaan. Vorig jaar voor de reorganisatie hebben de managers echt uitgedund, eigenlijk erg drastisch. Daarvoor zijn de kwaliteiten van de teammanagers onder de loep genomen. (…) Het gevolg hier van is dat deze teamleiders zoals ze nu heten meerdere vestigingen onder zich hebben hangen. |
| **7.** | dat komt bovendien ook omdat de eisen van een teammanager dus danig hoog liggen dat de meeste mensen daar nu toch redelijk terughoudend in zijn.(…) |
| **8.** | (…) toen zijn destijds de regiodirecteuren er tussen uit gegaan en toen is alles in die segmenten ingedeeld toen is er dus wel het één en ander doorgevoerd in relatie tot de managent lagen. Ik denk wel dat het efficiënter is geworden doordat managers meer woningen onder zich hebben gekregen en dat er op nieuw naar gekeken is naar hoeveel caseloten heb jij nou. Dus op die manier is het opnieuw ingedeeld. Van daaruit zijn we van drie regiodirecteuren naar twee overgestapt dus dat is wel een voorbeeld. Daarmee is de organisatie dus wel smaller geworden. Alleen de laag van teamleiders die bestaat nog en of de intentie er is om deze laag er uit te trekken weet ik dan weer niet. (…) Nu is het dus nog een stapje te verder, zeker omdat er nu nog veel aanspraak wordt gedaan op de manager. Dus het blijft ook nog wel heel hiërarchisch tenzij de teams dus ook meer bevoegdheden gaan krijgen. Als ik objectief kijk naar het takenpakket van een manager, dan vind ik die heel groot. Dus dan moet je wel van goede huizen komen als managers, dan heb je wel een behoorlijk takenpakket voor wat daar als ruilrelatie tegenover staat, dan moet je wel echt gemotiveerd zijn. |
| **9.** | Er zijn recent managementlagen er uit gegaan, we gaan natuurlijk ook naar de nieuwbouw en het anders werken waarbij het personeel dus meer zelfsturend gaat werken. Dus die unithoofden laag die gaat er eigenlijk uit en daar komen regieverpleegkundige, die nu ook nog wel managers worden genoemd, komen daar voor in de plaats. Die gaan daarmee dus grotere eenheden aansturen waardoor ze dus meer span of controle hebben gekregen.(…) . We hadden eigenlijk nog een laag maar je kan als organisatie wel denken we halen die laag er uit en het wordt allemaal opgelost maar die taken die verdwijnen en moeten ergens worden opgevangen. Dus wat ik nu zie is dat die unithoofden dus al weg zijn, maar naar twee of drie jaar zijn er managers voor in de plaats gekomen want het blijkt toch niet te werken voor regieverpleegkundige.  (…) Een manager houdt zich met overstijgende taken bezig te denken aan strategische dingen. De regieverpleegkundige is meer bezig met het draaiende houden van de toko en daarmee redt je het hier niet.  & Ik zit er lang genoeg om te weten dat dit bijna elke vijf jaar heel erg verandert. Je ziet nu dus dat er minder managers nodig zijn maar dat de onderste laag meer moet opvangen. Vandaar dat de managers die er nog wel zijn ook echt managers zijn. Dus daarom moeten ze ook allemaal een management opleiding hebben gedaan. |
| **10.** | wij hadden altijd boven de teams een laag mensen zitten die schreven de plannen en die bewaakte het zorgproces en dat is allemaal teruggekomen op de zorglocaties bij de teams die managementlaag zeg maar is er als het ware uitgesneden. Wat we nu wel hebben is een landelijk ondersteunend team wat ingevlogen wordt als het nodig is. Dus boven de teams staan locatiemanagers, het is wel verschillend per locatie hoeveel teams de locatiemanagers onder zich hebben, en de locatiemanagers signaleert of dit ondersteunend team nodig is bij een bepaalde problematiek. Dat is eigenlijk sinds dit jaar ingevoerd maar daar zijn nog geen resultaten van bekend.(…) Nee het snijden van het aantal locatiemanager dat is hier nog niet gaande. Er wordt wel gesproken over dat dat gaat komen maar daar ligt nog geen concreet plan voor op tafel. Dus eigenlijk is dat niet zo. Hiervoor hadden we ook nog teamleiders die boven het team hingen en daarboven stond zelfs nog een manager toen hebben we inderdaad wel op het aantal teamleiders gesneden. Maar daarvoor in de plaats hadden we wel weer meer managers gekregen dus ik weet niet precies hoe ze dat nu gaan doen. Het moet natuurlijk wel behapbaar blijven voor de managers. |
| **11.** | Nou zoals zoveel organisaties zijn ook wij bezig met zelforganisatie, wij noemen het zelforganisatie niet zelfsturing wij willen wel nadrukkelijk kaders meegeven op het gebied van productiviteit, je ziekteverzuim mag maar zo hoog zijn, we willen dat je netwerken hebt in de wijk waar je werkt. Dat is enerzijds de onderlegger van de reorganisatie en anderzijds is die gewoon puur financieel, want er gaat gewoon meer geld uit dan dat er in komt en dan moet je iets ondernemen. De patiëntgebonden blijven in dit proces op peil, dus de reorganisatie heeft direct effect op de indirecte ondersteuning dus in alle staforganisaties en daar gaat nu een derde krimp op. De teamleiders, het grote management, zit wel aan die teams gebonden maar dat wordt gezien als staf en die hele laag gaat er in relatie tot de zelforganisatie er uit. |
| **12.** |  |

|  |
| --- |
| **Topic: Management/middenkader competenties** |
| **Respondent** | **Antwoord** |
| **1.** | Vooral aansturing, goede aansturing en dat het huis op orde is, mensen durven te laten gaan zodat ze fouten kunnen maken en daarvan kunnen leren. Dat vindt een groot gedeelte toch nog wel moeilijk. |
| **2.** | Zoals ik net zei komt dat voor een groot deel doordat we de veiligheid van de patiënt kunnen garanderen en bovendien kan er daardoor een relatie tussen medewerker en cliënt ontstaan. Ook het geld is een belangrijke reden zeker omdat de managementlaag veel kost en toch alleen op kantoor zit. Daarom hebben we destijds besloten om de managers teamcoaches te maken en die coachen op een andere manier en het team regelt zijn eigen zaken. & Bedrijfskunde, maar dat komt ook omdat ik management in de zorg ook meer zie als een middenkader functie en dat heeft die HBO-V’er ook al een stukje in huis en waar die locatiemanager tegen aanloopt is dat zij veel commerciëler moeten kunnen denken. Dus vandaar dat ze dan voor bedrijfskunde kiezen. Bovendien denken veel medewerkers ook al wel dat zij over management competenties bezitten. In relatie financiële competenties is dit echter minder het geval dus dan ga je eerder die kant op. |
| **3.** | De zorgmanager zijn meer gericht op een all-over coördinatie van meerdere afdelingen. Die vallen dan sector snijden. Maar daar onder hebben wij geen teamleider, waardoor het redelijk zelfsturende teams zijn en worden aangestuurd door de zorgmanager. Maar omdat de zorgmanager veel meer afdelingen bedienen is dat echt een klein gedeelte van het geheel. Maar onder deze laag verschuift het zwaarte punt echter wel op HBO-genoten personeel. Dat wil echter niet zeggen dat we meer HBO’ers als MBO’ers zullen krijgen. |
| **4.** | Nee eigenlijk missen de managers niet zo veel, wel projectmedewerkers want het gaat vaak om kort of langdurende projecten. Dus dan hebben we het over projectleiders die weten hoe je een project moet opbouwen en hoe die goed opgezet moet worden dat is denk ik op dit moment veel belangrijjke in de zorg dan managers want die willen we niet meer met ze allen. Als ik dat bij ons zo zie dan worden er heel veel projecten gestart en ook worden afgerond en weer geimplementeerd en daar heb je ook echt mensen voor nodig die dat echt kunnen op een bepaalde manier, die de juiste weg weten te bewandelen, mensen erbij kunnen betrekken |
| **5.** | Dat vraagt nogal wat omdat de afspraken die je met zorgverzekeraars maakt moeten we behalen. Daar is het clustermanagers eindverantwoordelijk voor maar de teamleider moet er voor zorgen dat het daar op de werkvloer draait, dat de patiënt daar zorg krijgt en dat ze daar opgenomen kunnen worden. Dat vraagt dus met name analytische en ondernemende competenties. Vooral een clustermanager heeft hier dus mee te maken want de teamleider is dus meer bezig met hoe is het nou met me team en de ontwikkeling van me team en is bezig met het waarborgen va de kwaliteit van de zorg. Bij de teamleider zit dus nog echt een hiërarchie. Zo moet een teamleider ook zijn eigen jaarplan opstellen gebaseerd aan het plan van het cluster en het grotere plan van het ziekenhuis en in dit plan zit ook het onderdeel teamontwikkeling. Dus de functie van teamleider is dus veel zwaarder geworden en daarom zie je dan ook dat er door middel van assessments meer voorwaarden en eisen aan worden gesteld. |
| **6.** | Tot voor kort waren deze mensen volledig eindverantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken in de zorg in hun locatie. Over het algemeen zijn dit redelijk praktische mensen die te maken hebben met het feit dat een medewerker bijvoorbeeld ziek is en er een avonddienst moet worden geregeld. Vanwege de complexiteit van die functie hebben we daar nog steeds één zorgmanager per locatie voor. (…) Deze mensen combineren echter deze functie met andere verantwoordelijkheden. Zo is de zorgmanager op deze locatie ook de arbo-coördinator voor de hele organisatie. |
| **7.** | Ze hebben dus allereest meer bevoegdheden en daardoor ook meer verantwoordelijkheid en ik weet eigenlijk nog niet of ik deze ontwikkeling wel zo slim vindt. De workflow van de teammanagers wordt namelijk zo groot waardoor er bepaalde taken en bevoegdheden versnipperen naar andere. Voor het financiële plaatje begrijp ik het nog wel maar op de lange termijn weet ik niet of je daar wel echt mee gebaat ben |
| **8.** | Vanuit mijn ervaring blijkt het echter niet altijd makkelijk te zijn voor een team om zelfstandig te opereren. (…) Dat komt door de leiderschapskwaliteiten, maar ook de bereidheid en bekwaamheid van de medewerkers zelf en in welke mate kan een leider ze leidinggeven moet die ze meer sturen, ondersteunen, motiveren, delegeren eigenlijk die facetten zeg maar. Dat is dus echt per team weer anders in welke mate dat kan. Bovendien ligt het ook aan de populatie waarmee het team te maken heeft. (…) Ik denk ik eerste instantie dat dat ten opzichte is van afgelopen jaren niet echt veranderd is, maar ik denk wel dat er meer aandacht voor gekomen is vanuit de regiodirecteuren. Die gaan daar wel weer scherper op zitten op wat die managers wel moeten gaan bieden. Dus de controle is wat meer aan de orde gekomen. |
| **9.** | Ze hebben in ieder geval allemaal een management opleiding en er zijn ook wel een aantal die academisch geschoold zijn. Het is namelijk niet meer zo dat iemand met een hbo opleiding zomaar manager kan worden. Vroeger hadden we die unithoofden maar dat waren oud verpleegkundige die veel ervaring hadden en dat is nu niet meer. Nu moet je denken aan opleidingen als IBMG. |
| **10.** | Er is een verandering gaan in de manier van leidinggeven. In die zin dat de leidinggevende steeds meer op afstand moet gaan staan en het team meer zelfsturend te laten zijn. Daarom zie je in sommige teams dat de kwaliteit gemist wordt, omdat ze die aansturing die ze gewend zijn zo nu en dan missen. Per managers is dit trouwens wel heel verschillend. Persoonlijkheid heeft daar mee te maken maar iedereen zoekt daar zijn eigen rol nog een beetje in. Dat is nu gewoon nog een beetje zoekende. |
| **11.** |  |

|  |
| --- |
| **Topic: Management/middenkader opleiden** |
| **Respondent** | **Antwoord** |
| **1.** | Management opleidingen moeten bij een HBO-opleiding gedaan worden. Ik adviseer altijd doe dat vooral niet bij NCOI of al die toetser en bellen. (…)Nou niet om de inhoud want die zal best goed zijn, maar met name omdat de commerciële sector minder bezig zijn met persoonlijke ontwikkeling door middel van supervisie en intervisie en dat vinden wij nou juist zo belangrijk. Hogescholen leggen wel deze nadruk op persoonlijk ontwikkeling, vandaar dat advies. Dit wordt echter niet altijd gehonoreerd. Medewerkers en hun direct leidinggevende hebben daar dus toch een zekere mate van vrijheid in. |
| **2.** | Nee, eigenlijk niet, zeker niet omdat de zelfsturende teams geen managers nodig hebben. Iedereen is in dit team gelijk. Wel heeft een ieder een eigen deskundige waarop het team kan terug vallen. Dus als de ene medewerker goed is in het plannen van bepaalde werkzaamheden dan neemt hij dit op zich, maar uiteindelijk zijn ze samen eindverantwoordelijk. |
| **3.** | Wij kijken eerst naar de werkervaring van de medewerker, waarna we vervolgens bepalen in hoeverre hij nog management competenties nodig heeft. Zo zijn er vorig jaar twee nieuwe zorgmanagers aangesteld die op advies van ons vooraf bij ICM een management opleiding hebben gevolgd. Die bieden in vergelijk tot onder instellingen een iets korter en op maat gemaakt programma, vandaar de keus voor deze instelling. |
| **4.** | Ik zit niet in de raad van bestuur maar ik verwacht dat we de komende jaren wat er nu is dat we het daarmee moeten gaan doen. |
| **5.** |  |
| **6.** | Beleidsmatig gezien is er op dit moment vooral één hot item aan de gang en dat zijn de zelfsturende teams. De organisatie is intensief bezig om alle teams zelfsturend te krijgen door middel van gelden van Infozorg. Helaas is Infozorg hier niet meer bij betrokken dus vandaar dat er op dit moment twee interne coaches bezig om deze teams te begeleiden. Daarnaast volgt de locatiemanager ook een traject daarnaast. Je kan je namelijk ook voorstellen dat een aantal manager deze verandering erg lastig vinden en dan met name als het gaat om medewerkers los te laten. Die hebben daar moeite mee maar worden daar zowel intern als door een externe organisatie in gecoacht. &  Nee bijna alle bestaande managers hebben eigenlijk wel een management opleiding genoten. |
| **7.** |  |
| **8.** | Op het moment dat je van die werkvloer afgaat en richting coach, pedagoog, manager dan heb je te maken met andere opleidingen en dat zijn Management in de Zorg, pedagogiek, coachend trainer, toegepast psychologie die richting zien we vaak terug. (..)  Ik denk dat dat voornamelijk te maken heeft met de manager waarmee je te maken hebt. De managers delen eigenlijk zelf hun opleidingsbudget in en die zeggen dus ook pietje jij doet het leuk, zou je je niet eens verder willen ontwikkelen en ik denk dat sommige managers ook wel kijken naar medewerkers die managers kunnen worden.(…) |
| **9.** | Ze hebben in ieder geval allemaal een management opleiding en er zijn ook wel een aantal die academisch geschoold zijn. Het is namelijk niet meer zo dat iemand met een hbo opleiding zomaar manager kan worden. Vroeger hadden we die unithoofden maar dat waren oud verpleegkundige die veel ervaring hadden en dat is nu niet meer. Nu moet je denken aan opleidingen als IBMG.  (…) maar precies weet ik het niet van iedereen maar ik weet wel dat ze allemaal iets extra’s gedaan en zie je al dat het niet meer een verpleegkundige is. Soms zijn het ook geen verpleegkundige maar juist managers die uit de commerciële sector komen. Dat heeft natuurlijk zo ze voordelen en ze nadelen. Een nadeel is bijvoorbeeld dat ze weinig kennis bezitten over wat er op de werkvloer gebeurt en aan de andere kant kunnen we wel iemand in huis halen die al bakken aan ervaring heeft als managers of leidinggevende zijnde. |
| **10.** | De locatiemanagers worden daar natuurlijk ook weer in getraind in hoe ze dan hun teams moeten gaan aansturen. Bij de aansturing die nu nodig is wordt er veel meer verwacht dat de manager afstand neemt van de teams en als het waren een coachende rol op zich neemt waarbij de medewerkers en het team zelf moeten aangeven als er problemen zijn.(…) |
| **11.** | De ondersteunende teams zijn pas met de reorganisatie gekomen, maar tijdens die reorganisatie zijn wij nieuwe selectieprocedures gestart waarin we op basis van strengere eisen en hogere verwachtingen of wel bestaande managers hebben aangesteld die hieraan voldeden of extern nieuwe managers naar binnen getrokken. Dat geldt ook voor de kwaliteitsmedewerker, de coach en de bedrijfsondersteuner. Dus die hoeven we niet nog maals middel een opleiding op te scholen. Vaak hebben zij al aparte management opleidingen gedaan, waardoor we ze intern middels een management development programma up-to-date houden van de laatste ontwikkelingen en daardoor bijscholen. Voor deze groep hebben ook een aparte toolbox opgericht waarbij allemaal trainingen in zitten op MD gebied. Op het moment dat we merken dat dit te weinig zou zijn of dat we wellicht in een andere fase gaan komen dan sluit ik niet uit dat er weer een management traject weer ontwikkeld wordt maar daar is op dit moment geen sprake van omdat we er vanuit gaan dat iedereen competent is en het kan. Van daaruit zijn er dus vervolgens ongeveer de helft a 1/3 afgegaan. & Ze hebben zoals ik net al zei een management opleiding gedaan maar dat is natuurlijk heel breed. Dat kan een ad traject geweest zijn, dat kan een management in de zorg, dat kan een hele oude IBB, IBS zijn daar kon je die in het verleden halen. Dus een palet, maar wel een management achtergrond. |
| **12.** |  |

|  |
| --- |
| **Topic: Opleidingsbehoeften** |
| **Respondent** | **Antwoord** |
| **1.** | We hebben net een notitie uitgedaan naar het MT waar in staat dat wij denken dat er veel meer behoefte is aan HBO of WO opgeleid personeel. Dat is bijna ‘topsecret want we hebben natuurlijk veel MBO drie en niveau 4, maar als je ziet de complexiteit van de zorg en de complexiteit van de maatschappij waarmee de begeleiders te maken krijgen. Heel veel mensen die HBO, dus niveau vijf of zes genoten zijn functioneren eigenlijk als niveau vier en krijgen ook als niveau 4 uitbetaalt. Daarom kijken we nu naar hoe we de niveau vijf willen gaan inzetten. Hierdoor zijn we druk bezig met onderzoek hoe we gaan opleiden? |
| **2.** | Dat is heel wisselend en dat heeft er ook mee te maken omdat er in ieder geval een verpleegkundige in dat team moet zitten. In principe zou je er meer moeten hebben maar we moeten ook naar het geld kijken en naar welke zorgverlening er gevraagd wordt. Het is dus heel wisselend, zeker omdat een teams soms zelf de vrijheid krijgt om een team samen te stellen. (…) Dat ligt dus echt aan de wijk en wat daar gevraagd wordt. We hebben eigenlijk ook een hele tijd competentiegericht gedacht en dat is toch weer een beetje aan het terug komen. |
| **3.** |  |
| **4.** |  |
| **5.** | Toch meer onderzoeks- en analytische vaardigheden. |
| **6.** |  |
| **7.** |  |
| **8.** |  |
| **9.** |  |
| **10.** |  |
| **11.** | Wij zoeken het meer in die beweging dat we die docent meer naar de praktijk toehalen zodat we minder verleturen hebben op school en dan kun je kosten ook wat reduceren en innovatiever om gebruik te maken van docent op afstand via videolearling.(…) Naast de kosten zien ze ook direct wat er in de organisatie gebeurt en dat die docenten eindelijk ook daadwerkelijk ziet wat er in de sector gebeurt. Zo is er nu een project wat twinning heet en gesubsidieerd wordt, maar in dit project wordt een docent gekoppeld aan de wijkverpleegkundige. Elke week loopt er één dag een docent mee met een wijkverpleegkundige. Dus daar vind een hele mooi kruisbestuiving plaats. Dus het voornaamste doel is die docent eigenlijk bij te scholen over wat er daadwerkelijk in de sector leeft en gebeurt. Het gaat er hier ook om dat die docenten vervolgens de vertaalslag kunnen maken naar het curriculum van de opleiding. |
| **12.** |  |

|  |
| --- |
| **Topic: houding ten opzichte van HO** |
| **Respondent** | **Antwoord** |
| **1.** |  |
| **2.** | In Amsterdam hebben we veel contact met de hogeschool Amsterdam en InHolland en dan met name de opleiding verpleegkunde omdat dat ons natuurlijk raakt. Bovendien hebben we hier een Sigra en dat is een overkoepelend orgaan(…) Maar wat zij zien is dat de Hogescholen eigenlijk te traag zijn voor de veranderingen in de zorgverlening. (…). Wat er dan gebeurd als je dat afspreekt met hogescholen betekent dat het curriculum aangepast moet worden, nou ook dat lukt dit jaar niet maar misschien kunnen we dat volgend jaar invoeren. Daar lopen wij tegen aan. (…) Omdat we in deze regio zitten kiezen we in eerste instantie voor de HvA of InHolland maar daar hebben medewerkers ook wat in te vertellen. |
| **3.** |  |
| **4.** | Associate degree? Nee die term zegt mij niet zo veel. Misschien dat dat overeenkomt met het MBO/HBO traject waarbij de MBO-student een leerprogramma krijgt aangeboden waardoor hij gemakkelijk kan doorstromen naar het HBO. & Ja eigenlijk wel. Het nadeel van hogescholen vinden wij dat het te lang duurt en er soms modules worden gegeven of competenties aangeleerd worden die niet aansluiten bij onze vraag (…). De wereld van de Hogescholen ligt wel heel ver weg van onze werkpraktijk. Wat jammer is dat veel instellingen heel erg de nadruk proberen te leggen op competentiegericht leren maar vervolgens een heel studieprogramma aanbieden die een studenten dient te doorlopen terwijl er ook competenties tussen zitten die minder relevant zijn. |
| **5.** |  |
| **6.** | Ik heb er wel is van gehoord maar ik zou je helaas niet kunnen uitleggen wat dat precies is. |
| **7.** | In vergelijking tot het opleiden van BBL of andere leerlingen dan is duaal onderwijs een stuk interessanter als het gaat de werkuren die verloren gaan. Het opleidingen van medewerkers is gemakkelijker omdat die ten eerste al bekend zijn met het bedrijf en ten tweede vaak op de zelfde afdeling blijven. Dit in tegenstelling tot leerlingen die vaak rouleren van afdeling en bovendien een intensieve begeleiding nodig hebben wat dus voor heel veel onrust zorgt. De kosten voor duaal onderwijs vallen natuurlijk wel een stuk hoger uit. (…)maar daarbij blijft dat ik de kosten wel erg hoog vind voor een duale opleiding. Voor het zelfde geld kan je namelijk bij andere meerdere medewerkers opleiden.   Ik heb wel er wel van gehoord maar ik weet nou niet precies wat het inhoudt en hoe het verschilt met een Bachelor opleiding. |
| **8.** | Met hogescholen doen we in principe eigenlijk niks mee, want er worden geen standaard hbo opleiding geboden. Dus als jij de kans krijgt om binnen deze organisatie een hbo opleiding te doen dan is dat omdat je manager je dat gunt. Dit wordt vooral gedaan voor doorgroei mogelijkheden maar ook om extra expertise op te doen. Zo zie je natuurlijk wel dat een SPH’er meer kennis heeft als een mbo’er. En dit eigenlijk altijd deeltijd wordt gedaan, anders is het niet te faciliteren.  & Die zijn we eigenlijk als het komt ons aanvliegen en op het moment dat wij aangegeven dat we een andere aanvliegroute willen nemen dat het niet kan omdat zij te maken met een overheid die bepaalde kaders en regels hebben opgesteld. |
| **9.** | maar het moet veel meer diversiteit zijn en het moet veel meer personalized opleiden zijn en niet meer van wij zoeken uit wat voor iedereen geschikt is. Daar zijn we nu ook bezig om de vaste medewerkers zij moeten namelijk aantonen dat ze bekwaam zijn, maar de weg er naar toe dat kan op diverse manieren. (…) Zoals ik net al zij hebben ze veel meer de ruimte hebben om te experimenten en er zijn ook minder hogescholen dan de ROC’s. Die kunnen dus ook sneller de koppen bij elkaar steken voor bepaalde opleidingen dan de ROC’s want daar zijn er veel meer van. Daarentegen werken we wel samen om het praktijkdeel voor de verpleegkundige gezamenlijk te ontwikkelen. Het is namelijk al erg lastig om verpleegkundige op te leiden op twee niveaus. Ik zou er bij bijna voor pleiten om er één te deleten, maar dat kan helaas niet. Want je hebt die mbo’ers ook nodig want die hbo’ers stromen vaak toch door naar andere opleidingen die gaan de IBMG, verpleging schappen die willen niet altijd aan het bed staan die willen ook wat anders. |
| **10.** |  |
| **11.** | Vanuit onze positie van orgnisatie zou ik zeggen dat op 40/60. 40 wordt gestuurd door het onderwijs en 60 procent door ons. Die 40% van het onderwijs is gewoon omdat de minister zegt dit en dat moet er gewoon in, dus daar hebben we geen invloed in. Binnen die curricula is wat wij noemen altijd een beetje vrije ruimte en die gebruiken wij om vooral aan te geven dat wij iets willen hebben over aandacht voor de klant, psychiatrie noem maar wat je er in wilt hebben, daar sturen wij heel erg op. Wij sturen ook heel erg op, van ja dat is leuk onderwijs maar wij willen wel dat de casuïstiek als voorbeeld dat die heel erg aansluit bij wat wij zien en zo proberen wij die aansluiting te zoeken. Binnen Rotterdam vind ik dat erg goed gaan, ik vind dat er bijzonder goed geluisterd wordt naar ons als organisatie. Niet alleen naar ons als organisatie wordt geluisterd maar ook op sector breed niveau wordt er invulling gegeven aan die 60% dat wordt in samenspraak gedaan met de andere organisaties. Dus binnen Rotterdam echt wel koppelinitiatieven om te kijken hoe komen wij nou tot een generieke 60% waarin iedereen zo goed mogelijk tevreden in voelt. Het onderwijs is echt een stap aan het maken van oke als dat echt jullie wens is dan gaan wij zorgen dat dat ook komt en dat gaat natuurlijk een beetje met pieken en dalen.  (…) Op dit moment wordt nog niet de stap gezet om gebruik te maken van een Associate Degree. De medewerkers die wij op dit moment naar zes toe brengen zijn vaak al langere tijd in dienst waardoor ze al een bak aan bagage hebben en als je dan zegt dat je eerste een tweejarige Ad doen en stroom dan nog is door, dan maak je het traject al weer langer. En mensen vinden dit traject al te lang. |
| **12.** |  |

|  |
| --- |
| **Topic: algemeen MIZ/Hogeschool** |
| **Respondent** | **Antwoord** |
| **1.** | Management in de Zorg doen we zowel in Leiden als in Rotterdam als in Utrecht. Dat ligt er eigenlijk aan waar ze wonen en hoe ze hun referenties zoeken. Een praktijkopleider van ons is hier direct bij betrokken en heeft een kort lijntje met de Hogeschool Leiden als de andere Hogescholen. Van de Haagsche Hogeschool vind ik dat ze wispelturig zijn en Leiden vond ik altijd degelijk en beheersmatig, soms kan je van één van beide gebruiken en dan hebben we contact met deze opleidingen. |
| **2.** | We werken wel samen met Leiden en omdat we die stagiares krijgen gaan de praktijkopleider ook naar Leiden toe want die hebben ook weer afspraken met elkaar. Dus zo wel, maar in de regio overleggen gaat Leiden niet mee met ons. Leiden is volgens mij ook veel meer op de kant van Den Haag opgericht en Amsterdam is een eigen wereld wat dat betreft. Ook omdat we gehalveerd zijn hebben we veel minder tijd voor al die overleggen en het is leuk maar je ziet eigenlijk te weinig resultaat. Dus we kijken eigen naar wie heeft er mee te maken zoals bijvoorbeeld de praktijkopleiders en die maken wonen deze gesprekken ook bij en zij maken die afspraken. |
| **3.** | Een dergelijk besluit om met een onderwijsinstelling in zee te gaan is vaak gebaseerd op goede ervaringen. In het verleden hadden we bijvoorbeeld van zowel Leiden als Den Haag studenten maar wij hebben sinds enkele jaren een contract met Haagsche Hogeschool afgesloten. Ik sta daar zeker voor open. Want iedereen die iets goeds in de aanbieding heeft wat wellicht iets toevoegt aan ons zorgaanbod is interessant. Bovendien zijn wij niet een al te grote organisatie wat inhoudt dat we redelijk laagdrempelig zijn. Dat komt er dus op neer dat de Hogeschool eigenlijk gewoon contact met ons moet opzoeken, zeker als ze ons iets te bieden of te vragen hebben. |
| **4.** |  |
| **5.** |  |
| **6.** |  |
| **7.** |  |
| **8.** |  |
| **9.** |  |
| **10.** |  |
| **11.** |  |
| **12.** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Topic: houding/kennis/gedrag MIZ** | |
| **Respondent** | **Antwoord** |
| **1.** | Nou onze managers zijn nu al voldoende opgeleid en medewerkers die ambitie hebben om meer leiding te gaan geven die kunnen dat zelf ook op kunnen pakken. Ik verwacht echter niet snel dat ze daarvoor naar Management in de Zorg zouden gaan omdat dit voor medewerkers vaak toch door het lange studieprogramma te intensief is. Dit aspect komt vaak vanuit diverse adviesgesprekken terug. |
| **2.** | Ik heb wel gehoord van die opleiding in Leiden maar nu je het me zo direct vraagt heb ik geen idee wat de inhoud van deze opleiding precies is. Ik heb me daar eigenlijk nooit in verdiept omdat de management in de zorg al niet aansluit bij wat wij zoeken. Zoals we al besproken hebben wij namelijk geen managers meer en als we het hebben over de locatiemanagers dan hoor ik eigenlijk nooit dat zij die opleiding volgen of die kiezen wat anders. |
| **3.** | Maar ik moet heel eerlijk zeggen dat de aansluiting met die opleiding heel lastig is gebleken omdat de mensen die Management in Zorg hebben gestudeerd en vervolgens zijn aangenomen als zorgmanager vaak toch de werkervaring en feeling missen van de werkvloer. In relatie tot de zelfsturende teams waarin we nu werken zien we toch dat we zo nu en dan toch een teamleider missen die structuur aan brengt. Soms nemen we daarom toch iemand tijdelijk aan om dit te realiseren. Dus of die er in de toekomst toch niet weer een beetje gaat komen zou zo maar weer kunnen. & Nou ik zie het nu niet zo snel gebeuren. Zeker niet met de structuurontwikkelingen die wij nu doorgaan. Bovendien hebben we echt een strategisch personeelsplanning nodig en dat kunnen we dan uiteindelijk pas beantwoorden. |
| **4.** | Kostentechnisch als je een opleiding volgt en daarnaast werkt dan krijg je dat wel weer terug en al duurt een opleiding twee of drie jaar dan brengen die mensen toch altijd nieuwe dingen en inzichten met zich mee. De kosten of de duur van een studieprogramma wegen daar niet tegen op, dus zo werkt het bij ons niet we kijken dus ook naar wat het ons dus oplevert. Ja die hebben wij ook gehad, maar de term op zich werkt al niet in het voordeel want management in de zorg we willen geen managers. Dat komt ook omdat we ook gezegd hebben dat we managers ook niet meer gaan opleiden (…) Die managers staan daar boven en die laag willen we niet meer, dus zorg dat daar een andere opleidingsterm voor komt. Ik durft echter niet precies te zeggen wat er in die opleiding geleerd wordt moet ik eerlijk zeggen dus ik kan niet zeggen welke andere term er voor in de plaats moet komen. |
| **5.** | Maar de hogeschool Leiden is in mijn beleving juist wel heel erg snel in het inspelen op de vraag vanuit de sector.  & Ik blijf dan toch echt denken aan de bmg en dat staat volgens mij voor business management gezondheidszorg. Zou dat dan een andere naam gekregen hebben? Misschien is het namelijk het zelfde ik heb daar geen idee van om eerlijk te zijn. |
| **6.** | In relatie tot management in de zorg is dat niet erg interessant, zeker omdat we ook niet veel mensen scholen van niveau vier naar vijf. De aankomende jaren weet ik eigenlijk ook niet hoe de ontwikkelingen gaan worden. In het ondernemersplan staan echter wel pijlers als nieuwe professionaliteit, eigenregie, maatschappelijk ondernemerschap. Op basis daar van hebben ook naar de rol van de opleiders gekeken, maar dit is vooral maatschappelijk ondernemerschap. |
| **7.** | Ja, want de huidige managers die er nu zitten hebben hem allemaal gedaan zij het hier zij het ergens anders. Maar omdat er zoveel managers weg zijn gegaan zitten deze allemaal op hun plekje en die ga je niet nog een keer die opleiding aanbieden. En als ik in de organisatie een beetje rondkijk zie ik niet echt mensen die daar voor nu in aanmerking voor kunnen komen. Puur omdat we ze op dit moment niet weg kunnen zetten. Op dit moment is de doorgroei mogelijkheid eigenlijk dus gewoon beperkt (…) |
| **8.** | Ik weet dat er nu of in het verleden medewerkers die opleiding hebben gedaan en die worden dus echt opgeleid tot een management functie, maar het zou zomaar kunnen dat deze medewerkers niet de kans krijgen om hier toe door te groeien. Dat durf ik eigenlijk niet te zeggen. Het klinkt wel logisch, want ik denk ook wel dat managers daarom mensen op niveau vier opleiden terwijl ze nog geen functie kunnen bieden op niveau vier, maar dat dus wel de competenties binnen halen. |
| **9.** | maar het moet veel meer diversiteit zijn en het moet veel meer personalized opleiden zijn en niet meer van wij zoeken uit wat voor iedereen geschikt is. Daar zijn we nu ook bezig om de vaste medewerkers zij moeten namelijk aantonen dat ze bekwaam zijn, maar de weg er naar toe dat kan op diverse manieren.  Van de hogeschool Leiden weet ik het niet precies maar van de hogeschool Rotterdam zie ik wel dat er steeds meer mee wordt gedaan |
| **10.** | Het is verplicht dat ze in ieder geval de opleiding management in de zorg hebben gedaan. Gezien het feit dat er maar een aantal managers over zijn gebleven na de reorganisatie maakt dan ook dat bijna iedereen deze opleiding genoten heeft of hier op dit moment mee bezig zijn. Dus er wordt op dit moment nog wel geïnvesteerd in de kwaliteit van die mensen, maar ik verwacht de mensen die momenteel deze opleiding doen wel de laatste zijn. (…)Er zijn twee mensen die bij het NCOI deze opleiding doen. Ik denk dat ze juist de commerciële kiezen omdat ze daar de mogelijkheid krijgen om in het weekend naar school te gaan en ze kunnen het tempo van de opleiding toch in zekere mate bepalen. (…) Of deze opleiding ook afgenomen wordt bij de Hogeschool Leiden dat zou ik eerlijk gezegd niet weten. Wij hebben ook niet helemaal inzichtelijk wie welke opleiding doet en hoeveel. Dat is haast ook niet bij te houden met zo een grote organisatie. |
| **11.** | Ja zeker, we hebben destijds een aantal mensen bij de ad opleiding gestuurd bij Sabine Horee dat liep niet helemaal soepel maar we hebben het wel ingestoken en een aantal hebben dat inderdaad afgerond. Ik denk dat het vertrek punt is vooral is aandacht daadwerkelijk luisteren en aansluiten volgens mij zit het veel meer in gesprekstechnieken dan in leiderschapstijlen. Dat moet natuurlijk ook, je moet weten hoe de zorg gefinancierd je moet een idee hebben van coachend leiderschap, maar die elementen zitten op dit moment ook in de HBO-V opleding. Dus volgens mij zit het veel meer in het daadwerkelijk ondersteunen, daadwerkelijk faciliteren, daadwerkelijk luisteren en daadwerkelijk horen. Die medewerker is voor die manager de klant en daar moet die daadwerkelijk naar leren luister en volgens mij zijn we dat volgens mij kwijtgeraakt. Alle methodieken alle dingetjes daar komt iedereen wel uit, dat weten we wel en dat kan je bovendien opzoeken. Met wel de aantekening dat het gaat om het aansluiten van de resultaten die worden gehaald, dan heb ik het niet over resultaatsturing want dat is te hard. Dat gesprek moet je uiteindelijk voert want het gaat wel om de resultaten maar het gaat er om ‘hoe’ je dat gesprek voert. |
| **12.** |  |

|  |
| --- |
| **Topic: samenwerking HS Leiden** |
| **Respondent** | **Antwoord** |
| **1.** |  |
| **2.** |  |
| **3.** | Ik sta daar zeker voor open. Want iedereen die iets goeds in de aanbieding heeft wat wellicht iets toevoegt aan ons zorgaanbod is interessant. Bovendien zijn wij niet een al te grote organisatie wat inhoudt dat we redelijk laagdrempelig zijn. Dat komt er dus op neer dat de Hogeschool eigenlijk gewoon contact met ons moet opzoeken, zeker als ze ons iets te bieden of te vragen hebben. & Wat ik heel interessant vind zijn de onderzoeken die door studenten worden gedaan. Als organisatie kan je met die informatie vaak beter anticiperen op alle trends en ontwikkelingen. Eigenlijk een soort kennisuitwisseling waarbij ook de visie van de Hogeschool op het hoger gezondheidszorgonderwijs gedeeld wordt kan interessant voor ons zijn. |
| **4.** | Wij zitten voornamelijk in werkveldcommissies en dergelijke zoals bijvoorbeeld ook bij de Hogeschool Leiden bij Dik Dijkstra, Lucienne die organiseren het tactisch werkoverleg waarin we met alle organisaties die studenten afnemen van Leiden met elkaar gesproken wordt over alle ontwikkelingen maar ook over de inhoud van studieprogramma’s en hoe deze in de toekomst ingevuld moeten worden |
| **5.** | (…)duaal als we het aanbieden met de Hogeschool Leiden. Mijn collega die stage coördinator is coördineert alle stages in van de keuken tot aan de raad van bestuur en zij werkt met meerdere hogescholen samen. Dat komt niet alleen omdat het fysiek verder weg ligt maar ook puur omdat wij ook minder hbo studenten hebben. Dus het belang om daar regelmatig te gaan zitten voor bijeenkomsten is voor mij dan ook minder relevant. |
| **6.** |  |
| **7.** | Nee op dit moment hebben we geen samenwerkingsverband niet. De stagiaires hebben we dan, maar ik kan nou niet zeggen dat dat nou heel erg soepel verloopt. (…)Dat zou denk ik wel wenselijk zijn, maar toen die medewerkers wilde starten met de opleiding HBO-v maar uiteindelijk uitgeloot werden, toen hadden we zoiets nou zoek het dan maar ook maar uit dan gaan we wel ergens anders zoeken. Het is ook niet zo dat de medewerkers perse in Leiden geschoold moeten worden, maar het is wel handig als de lijntjes wel kort zijn met een school en omdat het samenwerkingsverband het ROC heel groot omdat het eigenlijk gewoon heel klein is. Dus je kan daardoor ook veel gemakkelijker een vraag aan hen stellen. |
| **8.** | Met hogescholen doen we in principe eigenlijk niks mee, want er worden geen standaard hbo opleiding geboden. |
| **9.** | Voor ons is het eigenlijk niet heel relevant omdat we eigenlijk varen op MBO en alleen het hogere segment wordt geleidt door het HBO. Zodra je de werkvloer afkomt dan beginnen de hbo functies.  En deze functies proberen voornamelijk extern te werven, met uitzondering van de medewerkers die wel de mogelijkheid krijgen zich te ontwikkelingen naar maar voor hbo wordt daar minder ruimte voor geboden. Dat hbo stuk is bij ons echt een ondergeschoven kloetje. Dus we zijn eigenlijk echt praktijkgericht aan het opleiden en dan heb je dus te maken met mbo. (…) Daar werken we daar niet mee samen, we hebben alleen een samenwerking met de hogeschool Rotterdam. We voelen ons ook maatschappelijk verantwoordelijk voor de studenten die daar studeren dat is vaak ook een afgevaardigde vanuit Rotterdam natuurlijk, maar er is nog een andere redenen want elke hogeschool heeft ook een eigen curriculum en dat is heel lastig om met diverse curriculum rekening te houden. |
| **10.** |  |
| **11.** |  |
| **12.** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Topic: samenwerking onderwijsinstellingen** | |
| **Respondent** | **Antwoord** |
| **1.** | Onze praktijkopleider zijn erg actief in het MBO en geven daar ook trainingen omdat we daar ook het meeste van afnemen. Destijds hebben we dat ook gedaan met de Haagse Hogeschool omdat zij ook trainingen van onze praktijk opleiders wilde inkopen, alleen zijn we dit toen niet aangegaan omdat de prijs die zij ervoor wilde betalen onder het uurloon lag wat wij hen aanbieden. Als we het hebben over de Hogescholen dan zie ik met uitzondering van de Hogeschool Leiden dat docenten vaak niet weten wat er gaan is in de zorgsector. Co-creatie is in dit proces dus gewoon heel belangrijk. |
| **2.** | Vooral (…) Omdat het voor veel mensen dit lastig is en omdat de duur van een dergelijk programma vaak toch lang is hebben we afspraken gemaakt met een commercieel bedrijf. Met dit bedrijf hebben we vervolgens afgesproken dat de twee modules die het meeste voorkomen in de directe zorgverlening en de handelingen op de werkvloer die worden gecertificeerd. (…)OMaar ook hebben we opscholing van MBO naar HBO maar dat is veel minder. Vaak doen we dat met commerciële bedrijven omdat deze veel eerder kunnen inspelen op onze vraag. Die kunnen namelijk het studieprogramma naar onze situatie en onze vraag aanpassen met hogescholen is dat toch een stuk lastiger. En dat eerste willen en dan kijken we vaak ook nog over de schouder mee. |
| **3.** | . Ik moet wel zeggen dat er een heel veel opleidingen vast staan die in ons bestand zitten. Er zijn heel veel beroeps gerelateerde opleidingen waarmee wij met diverse scholen al contracten mee hebben. & Op dit moment minder als voorheen. Dat komt met name omdat de begeleiders van de studenten die hier stage lopen of duaal onderwijs volgen met verschillende eisen, opbouw van studieprogramma’s en opdrachten vanuit diverse onderwijsinstellingen moeten dealen. Voor hen wordt het daarom erg intensief en dus tevens onoverzichtelijk wie wat moet opleveren en welke eisen er gesteld worden. Als leidinggevende wil je daar dus ook niet te veel tijd aan kwijt zijn. Daarom streven we naar eenduidigheid en besloten om met een aantal instellingen een samenwerkingsverband aan te gaan |
| **4.** | Nou allereest kijken we naar de competenties die worden geleerd en of dat overeenkomt met onze vraag, de nadruk ligt dus wel op wat wij wensen en wat is het effect van de opleiding. De kosten zijn ook een belangrijk aspect, is het inderdaad iets wat wij zelf moeten inkopen omdat we zelf die expertise niet in huis hebben of kunnen we op een andere manier toch die expertise ons eigen maken. We merken in alle ontwikkelingen die gaande zijn wel dat er van bovenaf wel meer druk op komt te staan ook op de snelheid en kosten van het volgen van opleidingen dan wel intern dan wel extern. |
| **5.** | De verkorte opleiding gaat via het ROC Id college en de leerlingen gaan daar heen. Dat samenwerkingsverband dateert al heel lang. (….) Mijn leidinggevende is daar mee bezig maar ik weet dat ze met proeftuinen bezig zijn waarin ze aan het kijken zijn wat nou de taken van mbo en hbo verpleegkundige zijn en zitten daar nog veel verschillen in, nou eigenlijk niet. Maar zij is in gesprek, heeft onder andere de hogeschool gesproken en allerlei andere partijen. Door middel van klankboordgroepen en dat soort bijeenkomsten hebben ze overleg met elkaar, bovendien organiseert het ROC allemaal informatiebijeenkomsten waar zowel ik als mijn leidinggevende naar toe kunnen. Dus die twee lagen worden bediend, korte lijnen met de teamleider van de unit zorg en ik als praktijkopleider heb weer korte leiden met de studieloopbaanbegeleiders. sproken. Ik kan je daarom niet vertellen hoe wij ons exact oriënteren. |
| **6.** | In 2013 zijn we dat verband gestart met het ROC toen wij een grote groep in één klas aanleverde. Toen hebben we overleg gehad dat wij het fijn zouden vinden is dat naast de verzorgende IG ook een stukje uit de Welzijnsopleiding MMZ wordt opgenomen. Het studieprogramma voor onze medewerkers is daarin dus gedeeltelijk aangepast. & Maar als het gaat om niveau vier of vijf dan worden er op dit moment geen hogescholen bij betrokken. Het zou wel kunnen dat we op een gegeven ogenblik ons op een bepaald gebied willen specificeren en dan zou het wel relevant zijn. |
| **7.** | Wij hebben allereerst de regel dat we drie offertes moeten aanvragen en met alle drie in gesprek moeten gaan en daaruit voortvloeiend komt weer een plan waarin wij ons advies weer voort spreken. Maar de top wil momenteel toch wel weer kwaliteit. Wij vragen en jij moet draaien even plat gezegd en het mag niet te veel kosten, dat is de boodschap die wij altijd moeten brengen. |
| **8.** | Op dit moment zijn dat echt de mbo scholen daar doen we vooral veel zaken mee. Dus met het ROC Mondriaan in leiden doen we veel zaken, maar we zijn ook wel aan het kijken of er meer te halen is (…) Ik heb met mijn collega nauw contact met het ROC en de examencommissie. Dat contact hebben we maandelijks door werkveld overleggen en daarbij zitten dan ook andere verstandelijk gehandicapten organisaties en dan wordt er kennis uitgewisseld. Dat is op zich wel waardevol, maar soms merken we wel dat school de lijn al heeft uitgezet waardoor het enkel aanhoren is en dat is eigenlijk de voornaamste reden dat we nu aan het kijken zijn of we het zelf niet kunnen. |
| **9.** | Met de scholen ben ik de contact persoon en heb ik overleggen met hen en geef ik aan wat de ontwikkelingen zijn in het ziekenhuis want die gaan ontzettend snel en anticiperen scholen daar op nou eigenlijk niet. Het is ook eigenlijk niet mogelijk voor ze. Dus daarom is die verantwoordelijkheid samen voelen en ook delen dat levert wel heel veel op. Dus dat is ook een investering doen.  (…)  Met werkveld en beroepenveldcommissies bespreken we vooral welke ontwikkelingen er in de instellingen zijn, maar ook waar wij tegenaanlopen met studenten, wat missen wij in het curriculum. (…) maar we hebben bijvoorbeeld ook al een verbinding met de hogeschool waarbij bepaalde minoren ook hier worden gevolgd zodat voor de studenten ook wat op levert. Daardoor vindt er ook een kruisbestuiving van de docenten van de hogeschool en de docenten en praktijkopleiders hier. (…)  Door iedere zes weken in ieder geval een afspraak te hebben en van elke onderwijsinstelling hebben een we een vast contact persoon. En we sluiten het schooljaar gezamenlijk af. Zo hebben we één keer in de maand praktijkbegeleidersoverleg en het laatste overleg doen we samen met de instellingendocenten en de afgevaardigde van de studentencommissie dus dan heb je drie partijen we bij elkaar en dan evalueren we het afgelopen schooljaar, wat was er niet? Waar liepen we tegen aan? Hoe is het gegaan en wat gaan we het komende schooljaar tegemoet? |
| **10.** | Hier in de regio werken we samen met de ROC’s omdat we daar de studenten vandaan krijgen en dat is met de Hogescholen ook zo. Dus deze samenwerking bestaat voornamelijk uit het aanbieden van leer en stage plekken.  & Wij zitten in de werkgroep Zuid-Holland-Zuid, daar zitten we met heel veel ziekenhuizen in maar ook de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidzorg organisaties zijn daar in aanwezig. Tijdens die bijeenkomsten praten we over de invulling van het stagebeleid. Scholen zijn naar ons toe ook wel steeds toegankelijker bijvoorbeeld op het moment dat wij een leereiland kunnen creëren dan bieden zij daar een docent bij aan. Maar dat zit eigenlijk nog in de beginfasen. |
| **11.** | In Rotterdam doen we het weer een beetje ander. In Rotterdam hebben wij de Rotterdamse zorg dat is een koepel waarin de VVT-organisaties zitten en die richten zich vooral op de medewerker van de toekomst, hoe moet dat er uit zien en wat moet je dan als school en organisatie doen en die proberen dat een beetje te stroomlijnen en die daar zijn dus redelijk belangrijk in. In die Rotterdamse zorg zijn de scholen vertegenwoordig, alle zorg en welzijnsorganisaties, ook in het brede palet zoals de vvt, ziekenhuizen etc. het gaat dus inderdaad breed over de zorg en die proberen dat vooral aan elkaar te kunnen knopen, vaak ook gesteund met subsidietrajecten, zoals het Zorgpact die daar een grote verstrekken in dus daar zit een knooppunt een verbinding om het goed te doen maar ook op meer micro niveau zoals wij met een andere organisatie op dit moment aan het afstemmen dat wij niet meer onze medewerkers naar school brengen maar dat school juist naar ons toe komt. Dus we zijn nu dus pilots gestart waarbij de docent ook daadwerkelijk naar de organisatie toekomt. & Het voordeel daarvan is dat je werkelijk de leervraag die iemand heeft op dat moment terplekke ophalen en ter plekke uitzetten en terplekke bij aansluiten en wat het onderwijs daar in doen, dat lukt ze ook beter, is deze leervraag vertalen naar het curriculum dat geeft natuurlijk eindtermen en wat moet je aan het einde van de rit hebben gehaald. Dus die moeten steeds koppeling maken van oke als we dit stukje nu hebben gehad dan kunnen we dat af vinken en zo aan het einde van de rit dat je alles hebt gehaald en dus ook de terug vertaling van er ontbreken nog een aantal stukken en hoe gaan we dat nu in de praktijk brengen. Het heeft wel een heel mooi effect. |
| **12.** |  |

# Bijlage 18 Frequentie tabellen

De belangrijkste frequentie tabellen zijn in deze bijlage opgenomen.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wat is uw geslacht?** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | a) man | 6 | 17,1 | 17,1 | 17,1 |
| b) vrouw | 29 | 82,9 | 82,9 | 100,0 |
| Total | 35 | 100,0 | 100,0 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Statistics** | | | |
| Wat is uw leeftijd? | | | |
| N | | Valid | 35 |
| Missing | 0 |
| Mean | | | 38,34 |
| **In welke sector binnen Zorg en Welzijn bent u werkzaam?** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | Frequency | | Percent | | Valid Percent | | Cumulative Percent | |
| Valid | a)UMC�s | | | | | 7 | | 20,0 | | 20,0 | | 20,0 | |
| b)Algemene en overige ziekenhuizen | | | | | 8 | | 22,9 | | 22,9 | | 42,9 | |
| d)Verpleging, verzorging en thuiszorg | | | | | 11 | | 31,4 | | 31,4 | | 74,3 | |
| e)Gehandicaptenzorg | | | | | 6 | | 17,1 | | 17,1 | | 91,4 | |
| g)Overig farmaceutische zorg, tandartsen, mondzorg of bloedbanken | | | | | 1 | | 2,9 | | 2,9 | | 94,3 | |
| j)Kinderopvang | | | | | 1 | | 2,9 | | 2,9 | | 97,1 | |
| Anders, namelijk: | | | | | 1 | | 2,9 | | 2,9 | | 100,0 | |
| Total | | | | | 35 | | 100,0 | | 100,0 | |  | |
| **{Anders, namelijk: sectoren zorg}** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | Frequency | | Percent | | Valid Percent | | Cumulative Percent | |
| Valid | 9999 | | | | 34 | | 97,1 | | 97,1 | | 97,1 | |
| Penitentiaire Inrichting | | | | 1 | | 2,9 | | 2,9 | | 100,0 | |
| Total | | | | 35 | | 100,0 | | 100,0 | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bij welke organisatie bent u momenteel werkzaam?** | | | | | | | | | | |
|  | | | | Frequency | | Percent | Valid Percent | | Cumulative Percent | |
| Valid | `s Heeren Loo | | | 1 | | 2,9 | 2,9 | | 2,9 | |
| `s Heerenloo | | | 1 | | 2,9 | 2,9 | | 5,7 | |
| Alrijne | | | 2 | | 5,7 | 5,7 | | 11,4 | |
| Behandelcentrum Middenweg Ipse de Bruggen | | | 1 | | 2,9 | 2,9 | | 14,3 | |
| Berkhout Marente | | | 1 | | 2,9 | 2,9 | | 17,1 | |
| Erasmus MC | | | 1 | | 2,9 | 2,9 | | 20,0 | |
| Haagse- Wijk en woonzorg | | | 1 | | 2,9 | 2,9 | | 22,9 | |
| Het Raamwerk | | | 1 | | 2,9 | 2,9 | | 25,7 | |
| Ipse de Bruggen | | | 1 | | 2,9 | 2,9 | | 28,6 | |
| Lange Land ziekenhuis | | | 1 | | 2,9 | 2,9 | | 31,4 | |
| Laurens | | | 1 | | 2,9 | 2,9 | | 34,3 | |
| Lumc | | | 1 | | 2,9 | 2,9 | | 37,1 | |
| LUMC | | | 5 | | 14,3 | 14,3 | | 51,4 | |
| Marente | | | 2 | | 5,7 | 5,7 | | 57,1 | |
| Ministerie van Veiligheid en Justitie, DJI | | | 1 | | 2,9 | 2,9 | | 60,0 | |
| RdGG | | | 1 | | 2,9 | 2,9 | | 62,9 | |
| Rodekruis ziekenhuis | | | 1 | | 2,9 | 2,9 | | 65,7 | |
| Skippyplepijn kinderopvang | | | 1 | | 2,9 | 2,9 | | 68,6 | |
| Spaarne Gasthuis | | | 1 | | 2,9 | 2,9 | | 71,4 | |
| St. Antonius | | | 1 | | 2,9 | 2,9 | | 74,3 | |
| SVG groep gemiva | | | 1 | | 2,9 | 2,9 | | 77,1 | |
| Tandhaven | | | 1 | | 2,9 | 2,9 | | 80,0 | |
| Topaz | | | 5 | | 14,3 | 14,3 | | 94,3 | |
| Ziekenhuis Amstelland | | | 1 | | 2,9 | 2,9 | | 97,1 | |
| Zonnehuisgroep Amstelland | | | 1 | | 2,9 | 2,9 | | 100,0 | |
| Total | | | 35 | | 100,0 | 100,0 | |  | |
| **Wat is het postcode adres van deze locatie?** | | | | | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | | Valid Percent | | | Cumulative Percent | |
| Valid | 1087 CL | 1 | 2,9 | | 2,9 | | | 2,9 | |
| 1180 AH | 1 | 2,9 | | 2,9 | | | 5,7 | |
| 1185 XJ | 1 | 2,9 | | 2,9 | | | 8,6 | |
| 1942 LE | 1 | 2,9 | | 2,9 | | | 11,4 | |
| 2132 | 1 | 2,9 | | 2,9 | | | 14,3 | |
| 2161 EL | 1 | 2,9 | | 2,9 | | | 17,1 | |
| 2201 AC | 1 | 2,9 | | 2,9 | | | 20,0 | |
| 2211 HW | 2 | 5,7 | | 5,7 | | | 25,7 | |
| 2215 | 2 | 5,7 | | 5,7 | | | 31,4 | |
| 2215 LZ | 1 | 2,9 | | 2,9 | | | 34,3 | |
| 2225 | 1 | 2,9 | | 2,9 | | | 37,1 | |
| 2300 | 1 | 2,9 | | 2,9 | | | 40,0 | |
| 2316 CJ | 1 | 2,9 | | 2,9 | | | 42,9 | |
| 2324 KS | 1 | 2,9 | | 2,9 | | | 45,7 | |
| 2333 | 1 | 2,9 | | 2,9 | | | 48,6 | |
| 2333 AZ | 1 | 2,9 | | 2,9 | | | 51,4 | |
| 2333 IA | 1 | 2,9 | | 2,9 | | | 54,3 | |
| 2333 ZA | 2 | 5,7 | | 5,7 | | | 60,0 | |
| 2334 CK | 1 | 2,9 | | 2,9 | | | 62,9 | |
| 2350CC | 1 | 2,9 | | 2,9 | | | 65,7 | |
| 2381 AD | 1 | 2,9 | | 2,9 | | | 68,6 | |
| 2404ca | 1 | 2,9 | | 2,9 | | | 71,4 | |
| 2411 | 1 | 2,9 | | 2,9 | | | 74,3 | |
| 2471 PB | 1 | 2,9 | | 2,9 | | | 77,1 | |
| 2542 XA | 1 | 2,9 | | 2,9 | | | 80,0 | |
| 2625DA | 1 | 2,9 | | 2,9 | | | 82,9 | |
| 2642 JK | 1 | 2,9 | | 2,9 | | | 85,7 | |
| 2652 | 1 | 2,9 | | 2,9 | | | 88,6 | |
| 2681 JH | 1 | 2,9 | | 2,9 | | | 91,4 | |
| 2725 | 1 | 2,9 | | 2,9 | | | 94,3 | |
| 3015 CE | 1 | 2,9 | | 2,9 | | | 97,1 | |
| 3447 | 1 | 2,9 | | 2,9 | | | 100,0 | |
| Total | 35 | 100,0 | | 100,0 | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wat is uw postcodeadres?** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | 1056 CK | 1 | 2,9 | 2,9 | 2,9 |
| 1424 EG | 1 | 2,9 | 2,9 | 5,7 |
| 1431 | 1 | 2,9 | 2,9 | 8,6 |
| 1951 BH | 1 | 2,9 | 2,9 | 11,4 |
| 2132 | 1 | 2,9 | 2,9 | 14,3 |
| 2161 | 1 | 2,9 | 2,9 | 17,1 |
| 2162 | 1 | 2,9 | 2,9 | 20,0 |
| 2171 EH | 1 | 2,9 | 2,9 | 22,9 |
| 2201 | 1 | 2,9 | 2,9 | 25,7 |
| 2211 RL | 1 | 2,9 | 2,9 | 28,6 |
| 2211DW | 1 | 2,9 | 2,9 | 31,4 |
| 2215 | 1 | 2,9 | 2,9 | 34,3 |
| 2215JV | 1 | 2,9 | 2,9 | 37,1 |
| 2225 | 1 | 2,9 | 2,9 | 40,0 |
| 2225 XR | 1 | 2,9 | 2,9 | 42,9 |
| 2311 | 1 | 2,9 | 2,9 | 45,7 |
| 2312 PV | 1 | 2,9 | 2,9 | 48,6 |
| 2314 CT | 1 | 2,9 | 2,9 | 51,4 |
| 2316 GJ | 1 | 2,9 | 2,9 | 54,3 |
| 2331 | 1 | 2,9 | 2,9 | 57,1 |
| 2342 BS | 1 | 2,9 | 2,9 | 60,0 |
| 2371 RN | 1 | 2,9 | 2,9 | 62,9 |
| 2391 | 1 | 2,9 | 2,9 | 65,7 |
| 2404ax | 1 | 2,9 | 2,9 | 68,6 |
| 2405 | 1 | 2,9 | 2,9 | 71,4 |
| 2441 | 1 | 2,9 | 2,9 | 74,3 |
| 2516 | 1 | 2,9 | 2,9 | 77,1 |
| 2548 RE | 1 | 2,9 | 2,9 | 80,0 |
| 2614MT | 1 | 2,9 | 2,9 | 82,9 |
| 2625 | 1 | 2,9 | 2,9 | 85,7 |
| 2651 MK | 1 | 2,9 | 2,9 | 88,6 |
| 2724 | 1 | 2,9 | 2,9 | 91,4 |
| 2901 | 1 | 2,9 | 2,9 | 94,3 |
| 3191 | 1 | 2,9 | 2,9 | 97,1 |
| 3543 | 1 | 2,9 | 2,9 | 100,0 |
| Total | 35 | 100,0 | 100,0 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wat is de totale omvang (aantal medewerkers totaal) van de organisatie waar u werkzaam bent?** | | | | | | | | | |
|  | | Frequency | | Percent | Valid Percent | | | Cumulative Percent | |
| Valid | a) 0-50 | 4 | | 11,4 | 11,4 | | | 11,4 | |
| b) 51-200 | 6 | | 17,1 | 17,1 | | | 28,6 | |
| c) 201-500 | 9 | | 25,7 | 25,7 | | | 54,3 | |
| d) 501-1000 | 4 | | 11,4 | 11,4 | | | 65,7 | |
| 1001 of meer | 12 | | 34,3 | 34,3 | | | 100,0 | |
| Total | 35 | | 100,0 | 100,0 | | |  | |
| **In geval van meerdere locaties, wat is de omvang van de locatie waar u werkzaam bent?** | | | | | | | | | |
|  | | Frequency | | Percent | Valid Percent | | | Cumulative Percent | |
| Valid | a) 0-50 | 1 | | 2,9 | 2,9 | | | 2,9 | |
| b) 51-200 | 1 | | 2,9 | 2,9 | | | 5,7 | |
| c) 201-500 | 2 | | 5,7 | 5,7 | | | 11,4 | |
| d) 501-1000 | 2 | | 5,7 | 5,7 | | | 17,1 | |
| 1001 of meer | 29 | | 82,9 | 82,9 | | | 100,0 | |
| Total | 35 | | 100,0 | 100,0 | | |  | |
| **Welke MIZ opleiding heeft u gevolgd?** | | | | | | | | | | |
|  | | | Frequency | | | Percent | Valid Percent | | Cumulative Percent | |
| Valid | a) AD | | 13 | | | 37,1 | 37,1 | | 37,1 | |
| b) BD (direct ingestroomd) | | 15 | | | 42,9 | 42,9 | | 80,0 | |
| c) BD (ingestroomd via AD) | | 7 | | | 20,0 | 20,0 | | 100,0 | |
| Total | | 35 | | | 100,0 | 100,0 | |  | |
| **Wat was u vooropleiding?** | | | | | | | | | |
|  | | Frequency | | Percent | Valid Percent | | | Cumulative Percent | |
| Valid | a)MBO 4 | 22 | | 62,9 | 62,9 | | | 62,9 | |
| b)HAVO/VWO | 3 | | 8,6 | 8,6 | | | 71,4 | |
| c)HBO | 10 | | 28,6 | 28,6 | | | 100,0 | |
| Total | 35 | | 100,0 | 100,0 | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wat was de directe aanleiding voor het volgen van deze opleiding? Meerdere antwoorden mogelijk. (a) Verzocht door de HRM of P&O afdeling)** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | 0 | 33 | 94,3 | 94,3 | 94,3 |
| a) Verzocht door de HRM of P&O afdeling | 2 | 5,7 | 5,7 | 100,0 |
| Total | 35 | 100,0 | 100,0 |  |
| **Wat was de directe aanleiding voor het volgen van deze opleiding? Meerdere antwoorden mogelijk. (b) Op verzoek van mijn leidinggevend/in samenspraak met mijn leidinggevende)** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | 0 | 18 | 51,4 | 51,4 | 51,4 |
| b) Op verzoek van mijn leidinggevend/in samenspraak met mijn leidinggevende | 17 | 48,6 | 48,6 | 100,0 |
| Total | 35 | 100,0 | 100,0 |  |
| **Wat was de directe aanleiding voor het volgen van deze opleiding? Meerdere antwoorden mogelijk. (c) Eigen initiatief: verbetering arbeidspositie)** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | 0 | 17 | 48,6 | 48,6 | 48,6 |
| c) Eigen initiatief: verbetering arbeidspositie | 18 | 51,4 | 51,4 | 100,0 |
| Total | 35 | 100,0 | 100,0 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wat was de directe aanleiding voor het volgen van deze opleiding? Meerdere antwoorden mogelijk. (d) Voor persoonlijke ontwikkeling)** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | 0 | 19 | 54,3 | 54,3 | 54,3 |
| d) Voor persoonlijke ontwikkeling | 16 | 45,7 | 45,7 | 100,0 |
| Total | 35 | 100,0 | 100,0 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wat was de directe aanleiding voor het volgen van deze opleiding? Meerdere antwoorden mogelijk. (e) Eigen initiatief: verdieping kennis)** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | 0 | 23 | 65,7 | 65,7 | 65,7 |
| e) Eigen initiatief: verdieping kennis | 12 | 34,3 | 34,3 | 100,0 |
| Total | 35 | 100,0 | 100,0 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wat was de directe aanleiding voor het volgen van deze opleiding? Meerdere antwoorden mogelijk. (f) Anders, namelijk:)** | | | | | | | | | |
|  | | Frequency | | Percent | | Valid Percent | | Cumulative Percent | |
| Valid | 0 | 33 | | 94,3 | | 94,3 | | 94,3 | |
| f) Anders, namelijk: | 2 | | 5,7 | | 5,7 | | 100,0 | |
| Total | 35 | | 100,0 | | 100,0 | |  | |
| **{Anders,namelijk: reden tot het volgen van opleiding}** | | | | | | | | | | |
|  | | | Frequency | | Percent | | Valid Percent | | Cumulative Percent | |
| Valid | 9999 | | 33 | | 94,3 | | 94,3 | | 94,3 | |
| verplicht door raad van bestuur | | 1 | | 2,9 | | 2,9 | | 97,1 | |
| verplicht door werkgever | | 1 | | 2,9 | | 2,9 | | 100,0 | |
| Total | | 35 | | 100,0 | | 100,0 | |  | |
| **Welke route heeft u gevolgd bij het zoeken naar informatie over opleidingen en instellingen?** | | | | | | | | | | |
|  | | | Frequency | | Percent | | Valid Percent | | Cumulative Percent | |
| Valid | a) Eerst informatie over opleidingen, vervolgens informatie over instellingen (eerst wat, toen waar) | | 14 | | 40,0 | | 40,0 | | 40,0 | |
| b) Eerst informatie over instellingen, vervolgens informatie over opleidingen (eerst waar, toen wat) | | 2 | | 5,7 | | 5,7 | | 45,7 | |
| c) Tegelijkertijd informatie over opleidingen en instellingen | | 11 | | 31,4 | | 31,4 | | 77,1 | |
| d) Anders, namelijk: | | 8 | | 22,9 | | 22,9 | | 100,0 | |
| Total | | 35 | | 100,0 | | 100,0 | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **{Anders, namelijk: route kiezen opleiding}** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | 9999 | 27 | 77,1 | 77,1 | 77,1 |
| alleen opleidingen | 1 | 2,9 | 2,9 | 80,0 |
| instelling werkt nauw samen met HS Leiden | 1 | 2,9 | 2,9 | 82,9 |
| moest van Topaz bij HS Leiden | 1 | 2,9 | 2,9 | 85,7 |
| op advies van collega`s en regiomanager | 1 | 2,9 | 2,9 | 88,6 |
| via manager | 1 | 2,9 | 2,9 | 91,4 |
| via medestudent direct ingeschreven | 1 | 2,9 | 2,9 | 94,3 |
| via mijn manager | 1 | 2,9 | 2,9 | 97,1 |
| via werkgever | 1 | 2,9 | 2,9 | 100,0 |
| Total | 35 | 100,0 | 100,0 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wie heeft een rol gespeeld in het afgeven van de goedkeuring van deze opleiding? Meerdere antwoorden mogelijk. (a)Direct leiding gevende)** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | 0 | 10 | 28,6 | 28,6 | 28,6 |
| a)Direct leiding gevende | 25 | 71,4 | 71,4 | 100,0 |
| Total | 35 | 100,0 | 100,0 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wie heeft een rol gespeeld in het afgeven van de goedkeuring van deze opleiding? Meerdere antwoorden mogelijk. (b)HRM manager)** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Frequency | | | Percent | | | Valid Percent | | | Cumulative Percent | | |
| Valid | 0 | 30 | | | 85,7 | | | 85,7 | | | 85,7 | | |
| b)HRM manager | 5 | | | 14,3 | | | 14,3 | | | 100,0 | | |
| Total | 35 | | | 100,0 | | | 100,0 | | |  | | |
| **Wie heeft een rol gespeeld in het afgeven van de goedkeuring van deze opleiding? Meerdere antwoorden mogelijk. (c)Locatiemanager)** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Frequency | | | Percent | | | Valid Percent | | | Cumulative Percent | | |
| Valid | 0 | | 28 | | | 80,0 | | | 80,0 | | | 80,0 | | |
| c)Locatiemanager | | 7 | | | 20,0 | | | 20,0 | | | 100,0 | | |
| Total | | 35 | | | 100,0 | | | 100,0 | | |  | | |
| **Wie heeft een rol gespeeld in het afgeven van de goedkeuring van deze opleiding? Meerdere antwoorden mogelijk. (d) Anders, namelijk:)** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | Frequency | | | Percent | | | Valid Percent | | | Cumulative Percent | | |
| Valid | 0 | | | 29 | | | 82,9 | | | 82,9 | | | 82,9 | | |
| d) Anders, namelijk: | | | 6 | | | 17,1 | | | 17,1 | | | 100,0 | | |
| Total | | | 35 | | | 100,0 | | | 100,0 | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **{anders, namelijk: goedkeuring}** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | 9999 | 29 | 82,9 | 82,9 | 82,9 |
| directeur | 1 | 2,9 | 2,9 | 85,7 |
| Divisiemanager | 1 | 2,9 | 2,9 | 88,6 |
| locatiemanager uit andere locatie | 1 | 2,9 | 2,9 | 91,4 |
| raad van bestuur | 1 | 2,9 | 2,9 | 94,3 |
| regio directeur | 1 | 2,9 | 2,9 | 97,1 |
| verpleegkundig manager | 1 | 2,9 | 2,9 | 100,0 |
| Total | 35 | 100,0 | 100,0 |  |

**Concurrenten**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Welke andere opleidingen heeft u voor uw definitieve besluit in overweging genomen?** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | - | 9 | 25,7 | 25,7 | 25,7 |
| AD | 1 | 2,9 | 2,9 | 28,6 |
| bedrijfskunde | 1 | 2,9 | 2,9 | 31,4 |
| Docentenopleiding en personeel & arbeid | 1 | 2,9 | 2,9 | 34,3 |
| Engels, orthoptie en optometrie | 1 | 2,9 | 2,9 | 37,1 |
| geen | 10 | 28,6 | 28,6 | 65,7 |
| Geen | 1 | 2,9 | 2,9 | 68,6 |
| geen andere | 4 | 11,4 | 11,4 | 80,0 |
| HBO zorgmanagement | 1 | 2,9 | 2,9 | 82,9 |
| interne opleidingen. echter is de desbetreffende opleiding nog niet doorgezet | 1 | 2,9 | 2,9 | 85,7 |
| Management in de Zorg | 2 | 5,7 | 5,7 | 91,4 |
| management opleiding NCOI | 1 | 2,9 | 2,9 | 94,3 |
| NCOI Management in de zorg | 1 | 2,9 | 2,9 | 97,1 |
| NCOI management opleidingen | 1 | 2,9 | 2,9 | 100,0 |
| Total | 35 | 100,0 | 100,0 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Welke andere onderwijsinstellingen heeft u voor uw definitieve besluit in overweging genomen? (bv. HS Rotterdam, HS Utrecht, NCOI, LOI etc.)** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | - | 6 | 17,1 | 17,1 | 17,1 |
| geen | 11 | 31,4 | 31,4 | 48,6 |
| Geen | 1 | 2,9 | 2,9 | 51,4 |
| geen andere | 1 | 2,9 | 2,9 | 54,3 |
| Haagsche hogeschool en NCOI | 1 | 2,9 | 2,9 | 57,1 |
| Haagse Hogeschool | 1 | 2,9 | 2,9 | 60,0 |
| HAN en HS Amsterdam | 1 | 2,9 | 2,9 | 62,9 |
| Hogeschool rotterdam | 1 | 2,9 | 2,9 | 65,7 |
| Hogeschool Rotterdam | 1 | 2,9 | 2,9 | 68,6 |
| Hogeschool Utrecht | 1 | 2,9 | 2,9 | 71,4 |
| hs rotterdam | 1 | 2,9 | 2,9 | 74,3 |
| HS Rotterdam | 1 | 2,9 | 2,9 | 77,1 |
| InHolland | 2 | 5,7 | 5,7 | 82,9 |
| NCOI | 3 | 8,6 | 8,6 | 91,4 |
| NCOI en Hogeschool Rotterdam | 1 | 2,9 | 2,9 | 94,3 |
| NCOI ivm studiebelasting, flexibiliteit in combinatie met prive en werk | 1 | 2,9 | 2,9 | 97,1 |
| NCOI, LOI, Rotterdam en Hogeschool Amsterdam | 1 | 2,9 | 2,9 | 100,0 |
| Total | 35 | 100,0 | 100,0 |  |

**Besluit**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wie betaalt het collegegeld van uw opleiding?** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | a)Werkgever | 30 | 85,7 | 85,7 | 85,7 |
| b)Zelf | 2 | 5,7 | 5,7 | 91,4 |
| c)Deels werkgever, deels zelf | 3 | 8,6 | 8,6 | 100,0 |
| Total | 35 | 100,0 | 100,0 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **{anders, namelijk: budget}** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | 9999 | 31 | 88,6 | 88,6 | 88,6 |
| eigen spaarrekening | 1 | 2,9 | 2,9 | 91,4 |
| KIPS | 1 | 2,9 | 2,9 | 94,3 |
| Kwaliteitsimpuls van rijksoverheid | 1 | 2,9 | 2,9 | 97,1 |
| zelf | 1 | 2,9 | 2,9 | 100,0 |
| Total | 35 | 100,0 | 100,0 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wie was, naast uzelf, de beslisser in dit proces (benoem functie)?** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | direct leidinggevende | 3 | 8,6 | 8,6 | 8,6 |
| Direct leidinggevende | 1 | 2,9 | 2,9 | 11,4 |
| directe leidinggevende | 1 | 2,9 | 2,9 | 14,3 |
| directeur | 1 | 2,9 | 2,9 | 17,1 |
| Directeur | 1 | 2,9 | 2,9 | 20,0 |
| gebieds/regio manager | 1 | 2,9 | 2,9 | 22,9 |
| Hoofd | 1 | 2,9 | 2,9 | 25,7 |
| HRM manager | 1 | 2,9 | 2,9 | 28,6 |
| ik zelf | 3 | 8,6 | 8,6 | 37,1 |
| leidinggeven (locatiemanager) | 1 | 2,9 | 2,9 | 40,0 |
| leidinggevende | 4 | 11,4 | 11,4 | 51,4 |
| Leidinggevende | 2 | 5,7 | 5,7 | 57,1 |
| leidinggevende afdeling | 1 | 2,9 | 2,9 | 60,0 |
| locatiemanager | 1 | 2,9 | 2,9 | 62,9 |
| Locatiemanager | 1 | 2,9 | 2,9 | 65,7 |
| Locatiemanager en afdeling opleidingen | 1 | 2,9 | 2,9 | 68,6 |
| Locatiemanager, HRM manager en Raad van Bestuur | 1 | 2,9 | 2,9 | 71,4 |
| manager | 2 | 5,7 | 5,7 | 77,1 |
| Manager | 1 | 2,9 | 2,9 | 80,0 |
| mijn manager, de organisatie en het thuisfront | 1 | 2,9 | 2,9 | 82,9 |
| niemand behalve ik | 1 | 2,9 | 2,9 | 85,7 |
| Raad van Bestuur | 1 | 2,9 | 2,9 | 88,6 |
| Raad van bestuur en HRM manager | 1 | 2,9 | 2,9 | 91,4 |
| regiodirecteur | 1 | 2,9 | 2,9 | 94,3 |
| verder niemand | 1 | 2,9 | 2,9 | 97,1 |
| verpleegkundig manager | 1 | 2,9 | 2,9 | 100,0 |
| Total | 35 | 100,0 | 100,0 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Welke partijen hebben u in dit proces advies gegeven (benoem functie)?** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | - | 5 | 14,3 | 14,3 | 14,3 |
| adviseur P&O | 1 | 2,9 | 2,9 | 17,1 |
| collega teamleiders | 1 | 2,9 | 2,9 | 20,0 |
| Collega`s die net zijn afgestudeerd | 1 | 2,9 | 2,9 | 22,9 |
| directe leidinggevende, mede teamleiders | 1 | 2,9 | 2,9 | 25,7 |
| familie en verpleegkundig manager | 1 | 2,9 | 2,9 | 28,6 |
| geen | 4 | 11,4 | 11,4 | 40,0 |
| hoofd opleidingen | 1 | 2,9 | 2,9 | 42,9 |
| hrm manager | 1 | 2,9 | 2,9 | 45,7 |
| HRM manager | 2 | 5,7 | 5,7 | 51,4 |
| leidinggevende | 1 | 2,9 | 2,9 | 54,3 |
| Leidinggevende | 2 | 5,7 | 5,7 | 60,0 |
| Leidinggevende en afdelingsleider | 1 | 2,9 | 2,9 | 62,9 |
| Leidinggevende en P&O | 1 | 2,9 | 2,9 | 65,7 |
| mijn coach | 1 | 2,9 | 2,9 | 68,6 |
| niemand | 2 | 5,7 | 5,7 | 74,3 |
| opleiding functionaris | 1 | 2,9 | 2,9 | 77,1 |
| P&O adviseur | 1 | 2,9 | 2,9 | 80,0 |
| p&o afdeling | 1 | 2,9 | 2,9 | 82,9 |
| P&O consultant | 1 | 2,9 | 2,9 | 85,7 |
| p&o en advies van collega`s | 1 | 2,9 | 2,9 | 88,6 |
| partner, regiodirecteur en verwanten | 1 | 2,9 | 2,9 | 91,4 |
| verder niemand | 1 | 2,9 | 2,9 | 94,3 |
| verpleging manager | 1 | 2,9 | 2,9 | 97,1 |
| zowel locatiemanager als opleidingsadviseur | 1 | 2,9 | 2,9 | 100,0 |
| Total | 35 | 100,0 | 100,0 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bij welke functionaris dient u een verzoek tot opleiding in (naam+functie+afdeling)?** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Askria Schalen HRM Manager | 1 | 2,9 | 2,9 | 2,9 |
| Directeur | 1 | 2,9 | 2,9 | 5,7 |
| divisie manager en verpleging manager | 1 | 2,9 | 2,9 | 8,6 |
| E. Timmermans P&O | 1 | 2,9 | 2,9 | 11,4 |
| e.a. beunder, leidinggevende vtrc | 1 | 2,9 | 2,9 | 14,3 |
| het hoofd van de afdeling | 1 | 2,9 | 2,9 | 17,1 |
| Hoofd | 1 | 2,9 | 2,9 | 20,0 |
| hoofd opleidingen | 1 | 2,9 | 2,9 | 22,9 |
| Hoofdopleidingen | 1 | 2,9 | 2,9 | 25,7 |
| hrm manager | 1 | 2,9 | 2,9 | 28,6 |
| HRM manager | 1 | 2,9 | 2,9 | 31,4 |
| Ilse van Esch | 1 | 2,9 | 2,9 | 34,3 |
| Janny Roders Manager Alrijne academy | 1 | 2,9 | 2,9 | 37,1 |
| leidinggevende | 2 | 5,7 | 5,7 | 42,9 |
| Leidinggevende | 1 | 2,9 | 2,9 | 45,7 |
| leidinggevende/manager | 1 | 2,9 | 2,9 | 48,6 |
| locatiemanager | 2 | 5,7 | 5,7 | 54,3 |
| locatiemanager Overrhijn | 1 | 2,9 | 2,9 | 57,1 |
| M. Van Geffen hoofd zorg | 1 | 2,9 | 2,9 | 60,0 |
| manager afdeling/wetenschapsbureau | 1 | 2,9 | 2,9 | 62,9 |
| Manager ellen hoezen divisie 2 | 1 | 2,9 | 2,9 | 65,7 |
| manager facilitaire dienst | 1 | 2,9 | 2,9 | 68,6 |
| mijn leidinggevende. is de eigenaar van de praktijk | 1 | 2,9 | 2,9 | 71,4 |
| nvt | 1 | 2,9 | 2,9 | 74,3 |
| Opleidingfunctionaris afdeling p&o | 1 | 2,9 | 2,9 | 77,1 |
| opleidingsfunctionaris | 1 | 2,9 | 2,9 | 80,0 |
| P&O consultant | 1 | 2,9 | 2,9 | 82,9 |
| P&O manager van de kwaliteit | 1 | 2,9 | 2,9 | 85,7 |
| sectormanager | 1 | 2,9 | 2,9 | 88,6 |
| verpleegkundig manager | 1 | 2,9 | 2,9 | 91,4 |
| was geen verzoek | 1 | 2,9 | 2,9 | 94,3 |
| Wouter Dannenberg, verpleegkundige manager, Acute opname afdeling | 1 | 2,9 | 2,9 | 97,1 |
| zorgmanager | 1 | 2,9 | 2,9 | 100,0 |
| Total | 35 | 100,0 | 100,0 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hoe waarschijnlijk is het (op een schaal van 0 tot 10) dat u MIZ zou aanbevelen aan vrienden of collega�s?** | | | | | |
|  | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | 6 | 1 | 2,9 | 2,9 | 2,9 |
| 7 | 5 | 14,3 | 14,3 | 17,1 |
| 8 | 15 | 42,9 | 42,9 | 60,0 |
| 9 | 9 | 25,7 | 25,7 | 85,7 |
| 10 | 5 | 14,3 | 14,3 | 100,0 |
| Total | 35 | 100,0 | 100,0 |  |

Bijlage 19 Reflectieverslag scriptieproces

Mijn eerste uitdaging bij dit laatste onderdeel van mijn studie commerciële economie was het verkrijgen van een (afstudeer)opdracht bij een bedrijf/organisatie. Dit proces verliep allerminst soepel. Ik was in eerste instantie voornemens om een ondernemersplan op te leveren als eindproduct. Dit leek mij echt het ultiem haalbare resultaat van deze studie. Een afstudeeropdracht opleveren en direct een fundament hebben voor een eigen horeca onderneming. Een droom van mij....! Het voordeel zou zijn dat ik het proces van een ondernemingsplan al doorlopen zou hebben met de begeleiding vanuit de studie. Dat leek mij echt het beste van alles!! Echter door een aantal factoren is dat niet gelukt. Allereerst bleek in de aanloop naar de verantwoording een discussie te zijn of het ondernemersplan als eindproduct mocht dienen om af te studeren. Helaas bleef dat heel lang onduidelijk... In tweede instantie waren de eigenaren van het horecaconcept, dat ik als uitgangspunt wilde nemen, uiteindelijk niet echt bereid om dit binnen de bestaande situatie te laten onderzoeken. Ik heb daar het gevoel aan overgehouden dat de leiding dit intern een te spannende opdracht vond. Zij moesten natuurlijk toestemming geven om binnen het huidige concept te komen tot een optimalisatie van een van de vestigingen en of een opdracht te geven om te willen laten onderzoeken welke uitbreidingsmogelijkheden er zijn binnen het huidige horeca concept. Ik heb na een intensief traject van gesprekken binnen de LHS en binnen binnen deze horeca onderneming moeten concluderen dat het vooral mijn wens was en dat de opdrachtgever het mij als persoon wel gunde (heb daar namelijk een aantal jaar gewerkt) maar daar zelf niet direct een noodzaak of vraag had liggen.

Dit werd dus les 1! Ik bleek in dat traject prima in staat mensen mee te nemen op mijn ideeën, te kunnen overtuigen, ruimte te kunnen zoeken binnen mogelijkheden die ik zag maar toen het uiteindelijk in een definitieve opdracht vastgelegd moest worden bleek zowel de LHS niet echt overtuigd en de opdrachtgever niet intrinsiek gemotiveerd dit verder een vervolg te geven. Ik mag concluderen dat ik het 'spel' van krachten en belangen in de relatie meestal wel mijn zaken voor elkaar krijg...maar dat ik als persoon inhoudelijk nog wel wat sterker mag worden op het maken van afspraken. Vooral in een zakelijke omgeving, context.

Binnen mijn studie bleek ik inmiddels aangeland te zijn in de week van het moment waarop de afstudeeropdracht moest beginnen.... Tja en daar stond ik dan...met lege handen op het moment dat de opdracht bij de studiebegeleiding binnen moest zijn. Het goede nieuws was dat ik een ervaring rijker was geworden. Ik werd geconfronteerd met een lesje loslaten... Dat bleek heel, heel moeilijk. Ik had het gevoel van verlies. De belangrijkste reden waarom ik na de HAVO had gekozen voor commerciële economie ging niet door. Een eigen onderneming, daar was het om te doen. Thuis met mijn ouders, familie en vrienden veel gesproken en gediscussieerd over waar het voor mij in deze studie om ging... Was het nou echt die eigen zaak of moest ik nu vooral willen afstuderen?? Ik realiseerde mij uiteindelijk dat ik moest willen afstuderen. Maar het conflict tussen hoofd en hart voelde ik tot in mijn haarvaten. Naast het goede gesprek hierover merkte ik dat ik tijd nodig had om mij weer te kunnen focussen. Wat hielp maar ook grote indruk maakte was een gesprek met mijn opa. Mij zeer dierbaar en op dat moment terminaal ziek.... Hij wist dat hij niet lang meer zou leven en het moment van afstuderen van mij niet meer zou halen. Ik besefte dat op dat moment nog niet. Ik ben zijn oudste klein kind waar hij verschrikkelijk trots op was. Tenminste dat zei hij altijd.... Hij zei op een middag tegen mij dat hij het toch wel heel jammer vond dat hij niet meer zou meemaken dat ik mijn diploma kreeg. Op dat moment schrok ik daar van... Ik zou immers nog maar een half jaartje nodig hebben om deze fase af te ronden. Het werd ineens duidelijk dat hij verwachte voor die tijd overleden te zijn. Dat moment kwam binnen.. Het bracht mij terug in het besef van nu, hier, dichtbij. Een pijnlijk verdrietig moment. Ik zat ergens op een roze wolk te kijken naar de toekomst. Twee werelden die samen kwamen in mij en mij deden beseffen dat ik NU wat moet... Kortom ik realiseerde me dat ik een opdracht moest hebben. Dat was het moment dat ik naar de studiebegeleiders ben gegaan en hulp heb gevraagd. Over mijn eigen schaduw ben gestapt om het doel van afstuderen te halen. Dit bleek les 2. Dat is gelukt omdat de LHS in de persoon van mw. Tak mij bij MIZ een opdracht gaf. Het bleek pionieren, welke opdracht lag er precies, welke eisen stelt de studie, wat voor soort onderzoek zou ik dan moeten doen, wie wordt mijn begeleider vanuit de opdrachtgever en wie vanuit de studie. Heel veel onzekerheden en veranderingen kwamen op mij af. Ik die niet uitblink in het aangaan van veranderingen wel met het hoofd (heb geleerd dat ik vertrouwen moeten hebben) maar niet met het hart. Ik probeerde vooral rustig te blijven en structuur aan te brengen zodat ik overzicht zou krijgen. Ik ben gestart met het kennismaken met een nieuwe werkomgeving die die mij warm ontvangen heeft. Er was ruimte om vragen te stellen, uk mocht meelopen en ontving vooral veel nieuw informatie. De eerste dagen misschien wel weken heb ik mij op momenten verbaasd. Een commercieel econoom die een duik mocht nemen in de zorgsector. Ongeveer de laatste sector waar ik verwachte te zullen landen. Ik die toch wel in mijn directe omgeving bekend sta als een redelijk control freak. En nu zat ik binnen een dag in een totale nieuwe omgeving met een eerste vraag ga je inlezen in de veranderingen, ontwikkelingen binnen de zorg sector. Vanuit mijn persoonlijkheid vind ik het belangrijk om gezond te leven, dus regelmatig te sporten, gezond te eten en metaal in balans te zijn maar meer had ik op dat moment echt niet met deze sector. Daar komt nog bij dat op dat moment mijn opa steeds zieker werd en zijn zorg van bijvoorbeeld het ziekenhuis en zo steeds meer op afstand kwam te staan. Hij was immers opgegeven. In dat moment leek ook het ook wel weer dat een aantal zaken samen vielen. Ik kreeg mijn lesje 3. Omgaan met veranderingen (niet mijn ‘core business’) en daarop inspelen in een korte tijd bleek noodzakelijk. Ik was dankbaar dat ze mij bij de LHS vertrouwen hadden gegeven om bij hen te mogen afstuderen terwijl bijna dagelijks aan mij de vraag was... Bart wees kritisch, geef ons feedback! En ik, die vooral in de flow zat van weer lekker aan de slag te zijn en mijn draai aan te zoeken was. Eigenlijk was ik diep van binnen blij. Dus hoezo feedback geven? De wereld is mooi...!

Al snel werd duidelijk dat ik interviews mocht afnemen bij de huidige studenten populatie. Het was lekker om na al dat lezen en lezen weer eens concreet bezig te zijn met het maken van een vragenlijst, uitzetten en via de docenten mijn respons te krijgen. Daar bleek wel een kleine valkuil te zitten. Ik rekende, beetje naïef misschien op een hele hoge respons omdat niet ik maar de docent de vragenlijst uitzette. Dit bleek niet in alle gevallen op te gaan. Instructie van mijn kant, mijn enthousiasme en mijn belang was niet automatisch die van de ander. Het duurde in sommige gevallen best wel even voordat ik, na een aantal rappels eindelijk mijn ingevulde vragenlijsten terug kreeg. Vriendelijk blijven maar ook het besef dat je je doel wilt halen werd les 4. Sturen op je eigen resultaat in een omgeving waar dagelijks andere zaken aan de orde zijn bleek een uitdaging. Ik vind dat ik dat op dat moment redelijk heb gedaan. Achteraf had ik bijvoorbeeld eerder rond moeten zijn met die interviews omdat dit onderdeel voor mijn scriptie proces eigenlijk eerder afgerond had moeten zijn.

Mijn kwalitatieve onderzoek heb ik gericht op zorginstanties die op dit moment geen studenten opleiden bij MIZ. Ik heb 13 instanties gebeld met te verzoek om een afspraak en bij 12 heb ik een gesprek gehad. Ik was blij met het resultaat. Het ging redelijk voorspoedig om een gesprek gepland te krijgen en ik mag inmiddels ook concluderen dat ik echt hele leuke, waardevolle gesprekken heb kunnen voeren. Ook fijn om in het veld lekker zelfstandig en concreet bezig te zijn. Ik heb het ervaren als een kans om een fragmentarische inkijk te krijgen bij organisaties. In kwaliteit van de geïnterviewde mensen, in diversiteit van beleidsuitgangspunten, in hoe belangrijk financiële middelen zijn, het wel of niet werken vanuit een visie etc. etc. Kortom het was inspirerend! Daar zat mijn energie. Dit bleek les 5 of beter gezegd inzicht 5.

Het beschrijven van het theoretisch kader en het maken van de keus of ik onderzoek zou gaan doen of dat ik een beroepsproduct zou gaan op te leveren waren wel mijn grootste worstelingen. De begeleiding van de heer Rijcken is in mijn proces heel waardevol geweest. Hij heeft mij vooral mijn eigen proces gegund.....! Daardoor kon ik in eerste instantie mijn eigen pad belopen zonder dat ik het idee had dat hij regelmatig bijstuurde. Hij stelde vooral goede open vragen om mij te richten. Naarmate wij verder in de tijd kwamen en de druk om effectief te zijn toenam werd hij ook strenger, stelde vaker de vraag ‘to the point’ te zijn en heeft mij regelmatig op het hart gedrukt dat ik zelf een beslissing moest nemen. En vooral dat laatste was mijn grootste struikelblok. Ik bleek een pleaser. We zijn aangeland bij les 6. Ik wilde graag iedereen tevreden stellen en had niet altijd voldoende besef wat ik eigenlijk als resultaat wilde opleveren. Ik wist het eigenlijk wel maar vond het vooral lastig om daar voor te gaan staan. Ruimte te creëren. Ik vrees dat ik hiermee meneer Rijcken af en toe tot wanhoop heb gebracht.

En juist in die periode was ik natuurlijk ook volop aan het schrijven voor mijn scriptie. De onzekerheid sloeg regelmatig toe. Ik ben namelijk helemaal geen schrijver. Dus les 7 lag op de loer. De confrontatie met heel veel open eindjes. Gesprekken van mijn kwalitatief onderzoek die wel uitgeschreven waren maar nog onvoldoende diepgaand geanalyseerd, de enquêtes die maar beperkt binnen kwamen, de opbouw/structuur van de scriptie moest inmiddels echt ingevuld gaan worden.... Waar, hoort welke informatie? En ondertussen tikt de tijd door en blijk ik vooral een confrontatie te hebben met de klok. Momenten van diepe dalen waarin ik onzeker dacht dat ik tot nu toe nog nooit iets voor mijn studie niet gehaald had maar werden afgewisseld met het gevoel dat dat moment nu toch echt aangebroken was..... Ik ging het net (niet)d halen. Het was teveel ... Ik wist niet meer waar ik moest beginnen en ondertussen voel je aan alles...tik ...tak...tik...tak....Dat zijn dan ook de momenten waarop bij de knop omgaat niets meer belangrijk is dan lezen, schrijven, denken, schrijven, krassen etc. Dagen achter elkaar. Focussen en knallen!

Af en toe dwaalden mijn gedachten af. Mijn opa is in maart overleden. Dat was een heftige tijd door het verlies maar ook omdat het moment van afscheid nemen gepland was. Zijn eigen keus om nog helder bij geest zijn fysieke lijden te stoppen. Ik was daarbij, begeleid door de huisarts. Heb gesproken op zijn uitvaart... Hij, die een onderwijsman was in ‘hart en nieren’(heb op de lagere school regelmatig bij hem in de klas gezeten) en ik, mocht (niet geregisseerd/gepland) voor een mooie onderwijsinstelling mijn afstudeeropdracht doen. De cirkel lijkt rond. Al snel in april jl. werd mij duidelijk dat de zorginstanties die ik voor mijn scriptie heb onderzocht allemaal een vorm van eigen regie, zelfsturende professionals nastreven. Mijn grote voorbeeld heeft zijn afscheid van dit leven zo geregisseerd dat ik ook met mijn hand op mijn hart kan zeggen dat door deze paralellen voor mij de cirkel echt rond is!!!

Al met al waren het vele l(levens)lessen ineen. Bij mij is er acceptatie op het feit dat ik zover ben met mijn scriptie. Ik realiseer mij dat ik tijd heb verloren die ten koste is gegaan van mijn scriptieproces. Had ik het anders willen doen? Beslist niet! Ik heb ook bewust de tijd genomen die nodig was voor mijzelf om te kunnen doen wat ik vond dat ik moest doen met de grootste levensles tot nu toe.

Inmiddels is het augustus 2016 en sta ik aan de vooravond van de deadline van de tweede (dus laatste) inleverdatum… Opnieuw een heel spannend moment. Onzekerheden genoeg. Is het onderzoek en het adviesrapport wel wat ze er van verwachten?….Is het concreet genoeg? Etc. etc. Ik kan echt zeggen dat de scriptie morgen in een completere vorm definitief wordt. Maar of het nu wel ruimvoldoende of zelfs goed is moet ik afwachten. Niet mijn beste eigenschap, geduld hebben.

Ik kijk terug op het moment waar ik mijn eerste boordeling kreeg. Natuurlijk eerst van de interne docenten daarna van de externe beoordelaar. Helaas (net) niet voldoende. Ik had eerlijk gezegd toch nog een beetje hoop op een (kleine) voldoende. Dat is niet gelukt. De feedback loog er niet om… Jammer! Maar de boodschap was duidelijk. Ik ben eigenlijk direct aan de slag gegaan om de feedback te verwerken. Daarna heb ik 1 week vakantie gehouden in Spanje. Mijn vrienden uit Leuven bezocht. Vorig jaar mocht ik met behulp van een Erasmusbeurs 6 maanden in Leuven studeren. Daar heb ik een hele gave tijd gehad met Italianen, Spanjaarden, Cyprioten, Grieken, Engelsen en Ieren. De beste verjaardag (toevallig mijn 21e) ooit gevierd! Daar is een vriendenband voor het leven ontstaan. We waren allemaal (ver) van huis, studeren in het Engels en we hadden elkaar. Allemaal ingrediënten die veroorzaakten dat het een geweldige tijd werd. Ik was toen bijna niet gegaan omdat ik het op dat moment heel spannend vond en nu terugkijkend had ik het nooit willen missen.

Bij hen in Spanje mocht ik 1 week logeren bij 1 van mijn vrienden…. Het was HEERLIJK, RELAXED en super gezellig. Ik ben uitgerust en super ontspannen teruggekomen. Lekker ritme, fijne leef cultuur. En had bij terugkomst eigenlijk direct mijn focus weer terug. Ik ben er aan toe om vrij te zijn dit studietraject af te sluiten… Mijn full time studie (reis) af te ronden. Toe aan een nieuwe stap. Die gaat vooral bestaan uit werken, andere ervaringen op te doen en daarnaast zeker een studie, een master. Niet het aankomende jaar maar wellicht het jaar erop.

Ik hoop van harte dat ik eind september het diploma in ontvangst mag nemen.. Met oprecht trots! (….omdat in het laatste gesprek met opa hij toch nog even kwijt wilde dat hij het wel heel erg jammer vond dat hij mij niet meer zou zien afstuderen……dat is eigenlijk al genoeg!) Kortom aan hem draag ik dit diploma op!

Bart