

Top-of-mind bij Huisartsen



Auteur: Mitchel Bil
Studentnummer: S1080271
Hogeschool: University of Applied Science Leiden
Opdrachtgever: De Mauritskliniek
Bedrijfsbegeleider: Janneke van Munster
Afstudeerbegeleider: Piet Hein Coebergh
Eerste beoordelaar: Corine Hoppenbrouwers
Collegejaar: 2020-2021
Datum en plaats: 25 december 2020, Den Haag
Inleverdatum: 4 januari 2020
Conceptueel model: The Corporate Identity Mix van Birkigt & Stadler (1988).
Aantal woorden: 16143

Samenvatting

Deze scriptie beschrijft het onderzoek naar het imagoprobleem van de Mauritskliniek onder huisartsen. De reden voor dit onderzoek is dat het merendeel van de beoogde huisartsen in Nederland bekend is met de organisatie, maar hier niet regelmatig naar doorverwijst. De doelstelling van het onderzoek is de organisatie adviseren over hoe het imago onder de beoogde huisartsen te verbeteren is en welke communicatie(strategie) daarbij past. De doelgroep van dit onderzoek is te definiëren als huisartsen die werkzaam zijn in de regio's waarin de Mauritskliniek actief is.

De situatieschets beschrijft de voornaamste factoren die de organisatie beïnvloeden. De Mauritskliniek biedt dermatologische zorg op vier locaties in Nederland: Den-Haag, Amsterdam, Utrecht en Nijmegen. Van de omzet van de kliniek komt 90% uit verzekerde zorg. Deze zorg is afkomstig van doorverwijzingen vanuit huisartsen. De kernwaarden die de kliniek wil uitstralen zijn "persoonlijk", "duidelijk" en "goed geregeld".

De belangrijkste stromingen in de theorie voor de probleemstelling 'Hoe kan de organisatie haar imago onder de huisartsen verbeteren?' zijn algemeen imago-onderzoek en imago-onderzoek gericht op de medische wereld. Op het gebied van imago-onderzoek zijn de theorieën van Birkigt en Stadler (1988), Abratt (1989), Van Riel en Balmer (1997), Markwick en Fill (1997), Gray en Balmer (1998), Balmer en Soenen (1999), Balmer (2001) en Van Grinten (2016) kritisch vergeleken. Hiernaast blijkt uit Berendsen (2009), Berendsen, Benneker en Meyboom-de Jong (2007) en Marshall (1998) dat huisartsen en specialisten verschillende behoeften hebben als het aankomt op de samenwerking en communicatie. De centrale theorie in dit onderzoek is The Corporate Identity Mix van Birkigt en Stadler (1988). Deze centrale theorie veronderstelt dat de organisatie het probleem kan oplossen door de identiteit van de organisatie in lijn te brengen met het vanuit de doelgroep gewenste imago. Dit aan de hand van passende symboliek, gedrag en communicatie. Deze mogelijke verbeteringen zijn uitgewerkt in drie hypothesen.

De onderzoeksmethoden zijn deskresearch en kwalitatief onderzoek. Deskresearch ter beantwoording van de deelvraag over de identiteit van de organisatie. Daarnaast test kwalitatief onderzoek de overige deelvragen en hypothesen. De reden voor kwalitatief onderzoek is dat de organisatie behoefte heeft aan verdiepende inzichten vanuit de doelgroep.

De voornaamste resultaten van het onderzoek zijn dat de patiënt de meeste invloed heeft op de keuze voor een specifieke specialist of kliniek bij een doorverwijzing en dat het organiseren van een nascholing voor huisartsen de kliniek meer top-of-mind maakt. Verder heerst er een positief beeld van de organisatie bij de respondenten. De organisatie draagt de kernwaarden "duidelijk" en "goed geregeld" succesvol uit. De organisatie draagt de kernwaarde "persoonlijk" echter in mindere mate uit. Een andere eigenschap is commercieel. Dit is voor een zorginstelling een negatieve eigenschap. De belangrijkste communicatie tussen een specialist en een huisarts betreft de patiëntenbrief. Tot slot draagt de symboliek van een organisatie (de visuele uitingen) weinig bij aan het beeld dat de huisartsen van de organisatie hebben.

Naar aanleiding van de resultaten van dit onderzoek zijn de volgende conclusies te trekken: De invloed van de patiënt in de keuze voor een specifieke specialist bij een doorverwijzing is vele malen groter dan verwacht. Er is een tekort aan communicatie vanuit de organisatie waardoor de organisatie niet top-of-mind is bij de huisartsen. De organisatie weet de kernwaarde “persoonlijk” onvoldoende over te brengen bij de respondenten terwijl deze kernwaarde juist bijdraagt aan het top-of-mind zijn bij de huisartsen. Door middel van het organiseren van nascholingen kan de organisatie een persoonlijke connectie maken met de huisartsen en expertise uitstralen, hierdoor brengt de organisatie de identiteit in lijn met het imago. Tot slot is symboliek relevanter voor patiënten dan voor huisartsen, maar is het van belang om te voorkomen dat de symboliek een commerciële uitstraling heeft.

Op basis van de resultaten en de conclusies van dit onderzoek is een aantal aanbevelingen geformuleerd gericht op het in lijn brengen van de identiteit met het imago, namelijk: zorg dat de patiënt weet wat hij of zij kan verwachten door vooraf te communiceren met wie de patiënt een afspraak heeft en hoe deze afspraak eruitziet. Distribueer één keer per jaar een informatieve folder en breng een boekwerk uit over veelvoorkomende ziektebeelden. Haal de huisartsen de kliniek binnen door middel van nascholingen en open dagen. En tot slot: creëer een zichtbare samenwerking met de huisartsen om patiënten sneller van dienst te zijn door middel van teleconsulten en een telefoonlijn speciaal voor collegiaal overleg.

Om de aanbevelingen van dit onderzoek te realiseren, is de onderstaande implementatiestrategie geformuleerd. Als communicatiemiddelen zijn e-mail, folders, boekwerken en (beeld)bellen geschikt. De totale (geschatte) kosten van implementatie bedragen € 21.122 (het grootste deel hiervan, namelijk € 10.475, betreft de boekwerken). De totale (geschatte) toename van het aantal consulten per jaar bedraagt 2000. Dit leidt tot € 210.000 extra opbrengsten op jaarbasis. De kosten van de implementatie wegen op tegen de opbrengsten indien uit de onderstaande acties 235 additionele consulten voortkomen.

Voorwoord

Een scriptie schrijven met mijn mate van dyslexie is niet eenvoudig gebleken. Het voltooien van deze scriptie was dan ook nooit gelukt zonder de hulp van mijn vriendin en mijn ouders. Daarnaast wil ik graag Meneer Coebergh bedanken voor de begeleiding, het meelezen en de feedback, hier heb ik veel aan gehad. Daarnaast heeft mevrouw Bredeveld ook veel geholpen en meegedacht. Hiernaast wil ik ook de Mauritskliniek bedanken dat ze mij de mogelijkheid en het vertrouwen hebben gegeven om dit onderzoek uit te mogen voeren.

Mitchel Bil

Inhoudsopgave

1. Probleemformulering.....	7
1.1 Aanleiding.....	7
1.2 Probleemstelling	8
1.3 Doelstelling.....	9
1.4 Deelvragen	10
1.5 Doelgroep.....	11
1.6 Beperkingen en begrenzingen	11
2. Situatieschets	13
2.1 Identiteit	13
2.2 De bedrijfsvoering van de organisatie	14
2.3 Invloed COVID-19	15
3. Theoretisch kader.....	16
3.1 Imago	16
3.2 Huisartsen en specialisten.....	17
3.3 Conceptueel model	17
3.4 Hypotheses.....	19
4. Methodologie	22
4.1 Methoden van onderzoek.....	22
4.2 Operationalisatie van deelvragen en hypothesen.....	23
5. Resultaten	26
5.1 Het algemene beeld van de Mauritskliniek	26
5.2 Doorverwijzingen.....	27
5.3 Informatievoorkeuren	28
5.4 Het gedrag van de Mauritskliniek.....	29
5.5 De symboliek van de Mauritskliniek.....	30
5.6 De communicatie van de Mauritskliniek	30
5.7 Beantwoording hypothesen	31
6. Conclusies	33
7. Aanbevelingen	36
7.1 Blij patiënt is blij huisarts	36
7.2 Jaarlijkse informatiefolder.....	36
7.3 Nascholingen, lunchsessies en open dagen	38
7.4 Korte lijntjes, snelle samenwerking.....	39
8. Implementatie	41
8.1 Blij patiënt is blij huisarts	41
8.2 Jaarlijkse informatiefolder.....	42

8.3 Nascholingen, lunchsessies en open dagen	44
8.4 Korte lijntjes, snelle samenwerking	45
Bronnenlijst	47
Bronnen persoonlijke communicatie	49

1. Probleemformulering

Dit hoofdstuk beschrijft het imago probleem van de Mauritskliniek onder huisartsen. Het merendeel van de huisartsen is bekend met de organisatie, maar verwijst patiënten niet regelmatig door naar de organisatie. Om nader onderzoek naar dit onderwerp te verrichten, luidt de probleemformulering als volgt: *"Hoe kan de organisatie haar imago onder de huisartsen verbeteren?"*. Het doel van het onderzoek is om inzicht te verkrijgen in de wensen en de behoeften van de huisartsen, teneinde een communicatieadvies te formuleren dat resulteert in een toename van het aantal verwijzingen door deze doelgroep.

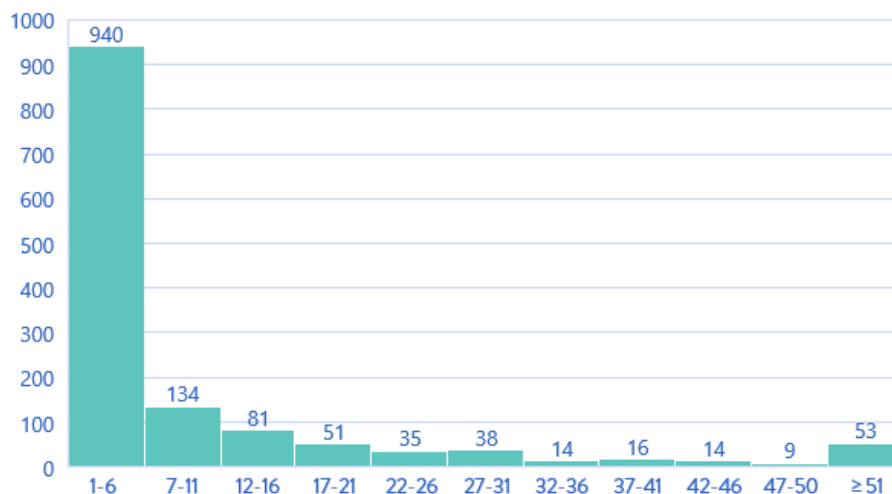
1.1 Aanleiding

De Mauritskliniek is een organisatie die voornamelijk gericht is op dermatologische zorg. De kliniek is vergelijkbaar met een polikliniek in een ziekenhuis, een afdeling waar mensen terecht kunnen voor een medische consultatie of kleine behandeling door een arts. Hierbij is geen opname in het ziekenhuis voorzien. De arts kan daarbij gebruikmaken van de uitgebreidere (technische en administratieve) voorzieningen van een ziekenhuis. De Mauritskliniek heeft vier regionale behandelcentra in Den Haag, Utrecht, Amsterdam en Nijmegen.

Het probleem van de organisatie heeft betrekking op het lage aantal doorverwijzingen vanuit huisartsen in de regio's waar de Mauritskliniek actief is. De zorgverzekeraar vergoedt in veel gevallen de verleende zorg van de Mauritskliniek indien de patiënt een doorverwijzing heeft gekregen van een huisarts. Van de totale omzet is ruim 90% afkomstig van deze verzekerde zorg (J. van Munster, persoonlijke communicatie, 8 september 2020).

In de regio's waarin de Mauritskliniek actief is (Haaglanden, Utrecht, Amsterdam, Nijmegen) zijn 2.027 huisartsen werkzaam (Nivel, 2018). Uit gegevens van de Mauritskliniek blijkt dat er momenteel 1387 artsen zijn die patiënten doorverwijzen naar de kliniek (J. Hijdra, persoonlijke communicatie, 1 oktober 2020). Dit houdt in dat het percentage huisartsen in de directe omgeving dat doorverwijst naar de Mauritskliniek 68% is.

In onderstaande figuur (1) is weergegeven hoe vaak de huisartsen in 2020 naar de Mauritskliniek hebben doorverwezen. Elke huisarts is ingedeeld in een categorie op basis van het aantal doorverwijzingen in 2020. De categorie "1-6" heeft betrekking op het aantal huisartsen dat in 2020 minimaal een en maximaal zes keer heeft doorverwezen. Dit is uiteengezet in een histogram (figuur 1), waarbij de y-as laat zien hoeveel huisartsen in een specifieke groep vallen. In dit histogram is te zien dat de meeste huisartsen, namelijk 68% (940 van de 1387), een tot zes keer per jaar doorverwijzen. Uit deze cijfers blijkt dat het merendeel van de huisartsen in de regio bekend is met de kliniek, maar maximaal een keer per twee maanden een patiënt doorverwijst naar de kliniek.



Figuur 1: Aantal verwijzingen per verwijzer in 2020 (J. Hijdra, persoonlijke communicatie, 1 oktober 2020)

Het aantal patiënten dat de huisartsen in de eerdergenoemde regio's doorverwezen naar dermatologische zorg lag in 2019 rond de 120.000 (Landelijke Huisartsen Vereniging, 2019). Het aantal patiënten dat de Mauritskliniek in 2019 behandeld heeft op basis van een verwijzing van een huisarts was 19.821 (J. Hijdra, persoonlijke communicatie, 1 oktober 2020). Het tekort aan verwijzingen is daarom niet het gevolg van het aantal dermatologische patiënten in de regio's.

Uit vooronderzoek onder zeven huisartsen in de regio Haaglanden blijkt dat niet elke huisarts in de regio de expertise van de Mauritskliniek voldoende kent om patiënten naar de kliniek door te verwijzen. Een enkele huisarts gaf aan de kliniek te kennen van naam, maar niet naar de kliniek door te verwijzen. De reden hiervoor was dat de expertise van de kliniek niet bekend was bij de desbetreffende huisarts. Daarnaast waren twee huisartsenpraktijken in het geheel niet bekend met de Mauritskliniek. Deze informatie komt overeen met de eerdergenoemde 68% van de huisartsen die wel doorverwijzen naar de Mauritskliniek. Tot de 32% van de huisartsen die niet doorverwijzen behoren artsen die niet bekend zijn met de kliniek. De overige vier praktijken gaven aan sporadisch door te verwijzen naar de Mauritskliniek, maar de kliniek niet actief aan te bevelen.

De combinatie van bovenstaande gegevens en cijfers toont aan dat het merendeel van de beoogde huisartsen enigszins bekend is met de organisatie. Daarnaast is gebleken dat een groot gedeelte van de huisartsen slechts enkele keren per jaar doorverwijst (namelijk een tot zes keer per jaar). Tevens is inzichtelijk dat er voldoende vraag is naar dermatologische zorg. Uit deze cijfers valt te concluderen dat de meeste huisartsen de organisatie kennen en een beeld over de organisatie hebben, maar toch niet naar de organisatie doorverwijzen. Om deze reden is het van belang om te onderzoeken welk beeld de doelgroep heeft van de organisatie en wat de organisatie kan doen om dit beeld te beïnvloeden.

1.2 Probleemstelling

Het is voor de organisatie niet inzichtelijk wat de huisartsen ertoe aanzet om wel of niet door te verwijzen naar de Mauritskliniek, ondanks het feit dat het grootste deel van de huisartsen (minimaal 68%, zie aanleiding) wel bekend is met de kliniek. De

Mauritskliniek meent een overtuigende propositie te hebben, zoals geformuleerd op de website: "Wij gaan voor hoge kwaliteit zorg op een prettige manier. Persoonlijk, duidelijk en goed geregeld.". Toch slaagt de Mauritskliniek er maar beperkt in huisartsen patiënten naar de Mauritskliniek door te laten verwijzen. Kennelijk zijn de beoogde huisartsen nog niet voldoende overtuigd van de toegevoegde waarde van de Mauritskliniek, zodat er ruimte voor verbetering lijkt in het imago van de Mauritskliniek.

De probleemstelling van dit onderzoek luidt daarom als volgt:

"Hoe kan de organisatie haar imago onder de huisartsen verbeteren?"

Het 'imago' is in dit verband te omschrijven als *het beeld dat de huisartsen hebben van de Mauritskliniek*. Het is momenteel onvoldoende inzichtelijk welke elementen bijdragen aan een positieve of negatieve beeldvorming van de kliniek onder de huisartsen. Hiermee is eveneens niet inzichtelijk wat de huisartsen ertoe aanzet om de patiënten door te verwijzen naar de Mauritskliniek. Voor elke patiënt die de huisarts doorverwijst, maakt de huisarts een weloverwogen keuze om wel of niet door te verwijzen naar de Mauritskliniek. Het is van belang om bloot te leggen welke motivatie ten grondslag ligt aan deze keuze.

Het 'verbeteren' in bovenstaande probleemstelling is gericht op het top-of-mind zijn. Top-of-mind zijn houdt in deze context in dat een huisarts in de regio bij dermatologische zorg direct aan de Mauritskliniek denkt. De organisatie wil graag een overtuigender imago hebben onder de doelgroep en hiermee meer top-of-mind te zijn aangezien 90% van de omzet afkomstig is uit deze doelgroep.

1.3 Doelstelling

Om het onderzoek vorm te geven, is het van belang om de doelstelling van het onderzoek te formuleren. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen de organisatiedoelstelling en de onderzoeksdoelstelling. De onderzoeksdoelstelling hoeft niet per se overeen te komen met de doelstelling vanuit de organisatie. Het onderzoek dient echter bij te dragen aan het bereiken van de doelstelling vanuit de organisatie. Het is daarom van belang om vast te stellen wat onderzocht moet worden in opdracht van de organisatie, met welk doel en waarom dit voor de organisatie relevant is. De doelstelling van dit onderzoek luidt als volgt:

"De doelstelling van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen in het imago dat de Mauritskliniek geniet onder de doelgroep, teneinde een (marketing)communicatieadvies te geven over het verbeteren van het imago aan de hand van de verwachtingen en de voorkeuren van de doelgroep."

De bovenstaande onderzoeksdoelstelling is gericht op het verkrijgen van de noodzakelijke informatie om doeltreffend met de doelgroep te communiceren, om vervolgens een (marketing)communicatieadvies op te stellen. Hierdoor kan de organisatie de doelgroep beter bereiken. Dit draagt bij aan de doelstelling vanuit de organisatie. Deze doelstelling luidt als volgt:

"De doelstelling vanuit de organisatie is om het doorverwijzingspercentage onder huisartsen te verhogen."

Deze organisatiedoelstelling komt voort uit de wens van de organisatie om het aantal patiënten vanuit huisartsen te verhogen. Het is hiervoor van belang dat de communicatie met de huisartsen duidelijk en doeltreffend is. Om dit te realiseren, dient de organisatie te achterhalen welke kanalen de huisartsen prefereren en aan welke content zij behoefte hebben. Inzichten op dit gebied dragen bij aan het opstellen van een effectief (marketing)communicatieadvies.

1.4 Deelvragen

Om de centrale onderzoeksvraag te beantwoorden, zijn diverse ondersteunende deelvragen opgesteld. Deze deelvragen dienen ter ondersteuning van het beantwoorden van de algehele onderzoeksvraag. De antwoorden op de deelvragen leiden uiteindelijk tot een beantwoording van de probleemstelling: *Hoe kan de organisatie haar imago onder de huisartsen verbeteren?* De deelvragen van het onderzoek luiden als volgt:

Deelvraag 1: Wat heeft de Mauritskliniek de huisartsen en daarmee haar patiënten te bieden?

Deze deelvraag geeft inzicht in de identiteit van de Mauritskliniek. Hierbij staat de Mauritskliniek centraal. Wat zijn de sterke punten van de organisatie? Wat kan de organisatie de doelgroep en de patiënten bieden? In andere woorden: wat wil de organisatie aan de doelgroep laten zien? Goed zicht op de identiteit helpt beter begrijpen waar het imago van de organisatie wel of niet past.

Deelvraag 2: Hoe komt een doorverwijzing van een huisarts naar een specialist of kliniek tot stand?

De organisatie heeft de wens om het doorverwijzingspercentage te verhogen. Hierdoor is het proces ten aanzien van een doorverwijzing een belangrijk onderdeel in het beantwoorden van de algehele onderzoeksvraag. Een analyse van het verloop van dit proces is daarom van belang. De beantwoording van deze deelvraag draagt bij aan het opstellen van een gericht (marketing)communicatieadvies dat past binnen de huidige processen met betrekking tot doorverwijzingen.

Deelvraag 3: Wat vinden huisartsen bij een doorverwijzing belangrijk in de keuze voor een specifieke specialist of kliniek?

In deze deelvraag staat niet de Mauritskliniek centraal, maar staat daarentegen de doelgroep centraal. Wat vindt de doelgroep belangrijk? Welke aspecten van de organisatie dragen bij aan een mogelijke doorverwijzing? Welke aspecten vindt de doelgroep relevant bij het tot stand komen van de keuze voor een specialist? De wensen en de behoeften van de doelgroep helpen in het bepalen van het imago dat de organisatie uit wil dragen richting de doelgroep.

Deelvraag 4: Welke communicatie-/informatievoorziening prefereert de doelgroep?

Deze deelvraag dient als verdieping op het communiceren met de doelgroep. De organisatie is erbij gebaat om de communicatie en de informatie af te stemmen op de wensen en de behoeften van de doelgroep, om hiermee zo doeltreffend mogelijk te communiceren. De eerste stap in een doeltreffende communicatie met de doelgroep is om voor de communicatie en de informatievoorziening kanalen te kiezen waar de

doelgroep bekend en comfortabel mee is. Daarnaast is het van belang dat de gecommuniceerde content overeenkomt met de interesses van de doelgroep.

1.5 Doelgroep

De doelgroep van dit onderzoek zijn de huisartsen die werkzaam zijn in de regio's waarin de Mauritskliniek actief is. Er zijn in Nederland 12.766 huisartsen actief (Nivel, 2019). Om deze doelgroep verder af te bakenen, zijn alleen artsen in de vier regio's waarin de Mauritskliniek opereert relevant. Deze regio's zijn: Amsterdam, Nijmegen, Haaglanden en Utrecht. Volgens Nivel (2019) zijn in deze vier regio's 2.027 huisartsen werkzaam.

Om in Nederland het beroep huisarts uit te mogen oefenen, is een universitaire opleiding van negen jaar vereist, bestaande uit een zesjarige opleiding tot basisarts en een driejarige specialisatie tot huisarts. Voor de leeftijd en de man-vrouwverhouding van de huisartsen in Nederland is gebruikgemaakt van cijfers van Nivel (2018), zie onderstaande tabel 1. Van deze huisartsen is 58% vrouw en 42% man (Nivel, 2019).

Leeftijd	Mannen (%)	Vrouwen (%)	Totaal (%)
<30	0,2	0,5	0,3
30-34	5,3	14,5	10,2
35-39	8,5	19,5	14,4
40-44	11,8	19,3	15,8
45-49	12,4	17	14,9
50-54	14,3	13,3	13,7
55-59	19,7	9	13,9
60-64	22,5	6,4	13,9
>= 65	5,4	0,6	2,8
Totaal	100	100	100

Tabel 1: Verdeling geslacht en leeftijd onder Nederlandse huisartsen (Nivel, 2019)

De doelgroep bestaat uit Nederlandse huisartsen. Deze zijn vrijwel allemaal dertig jaar of ouder en per definitie hoogopgeleid vanwege het negenjarige opleidingstraject aan een universiteit. Daarnaast zijn de huisartsen die behoren tot de doelgroep werkzaam in een van de vier regio's waarin de Mauritskliniek opereert.

1.6 Beperkingen en begrenzings

Voor dit onderzoek geldt een aantal begrenzings. Allereerst is het van belang om te vermelden dat dit onderzoek heeft plaatsgevonden tijdens de COVID-19-pandemie. Hierdoor zijn interviews voornamelijk via digitale middelen afgenomen.

Uit eerder onderzoek (J. van Munster, persoonlijke communicatie, 8 september 2020) van de organisatie is gebleken dat de doelgroep van dit onderzoek een laag responspercentage heeft bij kwantitatief onderzoek. Om deze reden is ervoor gekozen om een kwalitatief onderzoek uit te voeren. Daarnaast biedt een kwalitatief onderzoek de mogelijkheid om door te vragen naar de achterliggende motivatie van de respondenten. Tijdens de COVID-19 pandemie is het lastiger om face-to-face-contact met de doelgroep te verwezenlijken. Dit heeft diverse gevolgen voor het onderzoek. Ten eerste is het via digitale middelen lastiger om interviews af te nemen, aangezien de non-verbale communicatie digitaal minder tot haar recht komt. Daarnaast kan de beperking van face-to-face-contact invloed hebben op het aantal huisartsen dat bereid is om mee te werken aan het onderzoek. Doordat de interviews plaats zullen vinden via videobellen is participatie minder laagdrempelig. Deelname aan het onderzoek is enkel mogelijk

indien de participanten de beschikking hebben over een computer met een camera en een microfoon en kennis hebben over het gebruik hiervan.

Daarnaast vereist kwalitatief onderzoek meer tijd en aanpassing van de respondenten. In het geval van kwantitatief onderzoek voldoet het online invullen van een vragenlijst op een zelf uitgekozen tijdstip, terwijl bij kwalitatief onderzoek een interview moet plaatsvinden op een van tevoren gedefinieerde datum en tijd. Dit leidt wederom tot een potentiële beperking van het aantal huisartsen dat bereid is mee te werken aan het onderzoek.

De COVID-19-pandemie versterkt deze beperking, doordat huisartsen het momenteel druk hebben als gevolg van de pandemie (Batenburg et al., 2020). Bij het benaderen van de doelgroep (huisartsen in de relevante regio's) om deel te nemen aan het onderzoek kwam dit feit eveneens naar voren. Om deze reden is de lengte van het interview ingekort tot 20 minuten per respondent. Deze beperking van de interviewduur heeft tot gevolg dat het niet altijd mogelijk is om volledig in te gaan op de achterliggende motivatie van de respondent.

Het onderzoek heeft alleen betrekking op de verzekerde zorg. Zoals in de aanleiding en de situatieschets is toegelicht, vormt de verzekerde zorg 90% van de inkomsten van de Mauritskliniek. Deze inkomsten zijn volledig afhankelijk van de huisartsen. De onverzekerde zorg valt buiten de scope van dit onderzoek.

2. Situatieschets

De situatieschets beschrijft de voornaamste factoren die de organisatie beïnvloeden. De Mauritskliniek biedt dermatologische zorg op vier locaties in Nederland: Den-Haag, Amsterdam, Utrecht en Nijmegen. Van de omzet van de kliniek komt 90% uit verzekerde zorg. Deze zorg is afkomstig van doorverwijzingen vanuit huisartsen. De kernwaarden die de kliniek wil uitstralen zijn “persoonlijk”, “duidelijk” en “goed geregeld”.

2.1 Identiteit

De Mauritskliniek biedt dermatologische zorg op vier locaties in Nederland: Den-Haag, Amsterdam, Utrecht en Nijmegen. Voor de communicatie maakt de organisatie gebruik van diverse middelen. Deze middelen zijn hieronder nader uitgewerkt. Allereerst komen de sociale media van de organisatie aan bod. De organisatie post elke week minimaal twee berichten op Facebook en Instagram. Daarnaast heeft de organisatie een eigen website: www.mauritskliniek.nl. Op deze website is informatie te vinden over diverse dermatologische aandoeningen. Het is op deze website ook mogelijk om een afspraak te maken, een webinar te bekijken of de laatste ontwikkelingen van de organisatie te volgen. Daarnaast zijn op de website van de organisatie ook nieuwsitems uit diverse vakbladen te vinden.

Voor zowel huisartsen als particulieren bestaat de mogelijkheid om direct contact op te nemen met de organisatie via het callcenter. Op de website is het daarnaast mogelijk om een terugbelverzoek aan te vragen om nadere informatie te verkrijgen. Ook is het mogelijk om per e-mail een vraag te stellen.

Uit een gesprek met de marketingmanager (J. van Munster, persoonlijke communicatie, 5 oktober 2020) blijkt dat weinig communicatie richting de huisartsen plaatsvindt. In het verleden zijn mailingen verstuurd die slecht zijn beoordeeld volgens de marketingmanager (J. van Munster, persoonlijke communicatie, 5 oktober 2020). De informatie sloot volgens de marketingmanager niet aan op de behoeften en de voorkeuren van de huisartsen.

Tussen de organisatie en de huisarts vindt contact plaats op drie gebieden. Tijdens deze contactmomenten komt het gedrag van de organisatie tot uiting. Ten eerste vindt contact plaats op het gebied van de behandeling en het traject. Wanneer een huisarts vragen heeft over een behandeling van een patiënt door de organisatie, kan de huisarts hierover zowel telefonisch als per e-mail contact opnemen met de organisatie.

Ten tweede vindt contact plaats tussen de organisatie en de huisartsen met betrekking tot de patiënten. De huisarts verwijst een patiënt door naar een specialist om te achterhalen of zijn of haar vermoeden correct is. Het is volgens de marketingmanager van belang om na een gestelde diagnose een terugkoppeling te geven aan de desbetreffende huisarts. Hierdoor neemt de organisatie de huisarts mee in het derde onderdeel, namelijk het behandeltraject van een specifieke patiënt.

Wanneer er iets misgaat, onderzoekt een externe onafhankelijke klachtencommissie de situatie om na te gaan of een fout is gemaakt. Wanneer dit het geval is komt hier een advies uit naar voren om een vergelijkbare fout in het vervolg te voorkomen.

De marketingmanager geeft ook aan dat het van belang is om het gedrag van de organisatie te staven aan de kernwaarden van de organisatie (J. van Munster, persoonlijke communicatie, 5 oktober 2020). De kernwaarden van de organisatie zijn:

“persoonlijk”, “duidelijk” en “goed geregeld”. Volgens de marketingmanager zijn deze kernwaarden terug te zien in de communicatie van de organisatie richting de huisartsen. De specialisten van de organisatie communiceren in de taal van de patiënt en de huisarts, rekening houdend met de persoon. Het is tevens van belang om procedures zoals het verkrijgen van een herhaalrecept zo duidelijk mogelijk te maken. Ook dient de organisatie altijd bereikbaar te zijn voor de patiënt en de huisarts.

Voor de symboliek maakt de organisatie gebruik van het huisstijldocument van de organisatie. De eerste uiting van symboliek die de Mauritskliniek gebruikt, is het logo (figuur 2). Dit logo komt in alle uitingen van de organisatie naar voren. Op de website, op sociale media en in presentaties is het logo altijd aanwezig. Het logo bevat de kleuren turquoise, donkerblauw en lichtblauw. Ditzelfde kleurenschema komt terug in alle uitingen van de organisatie.



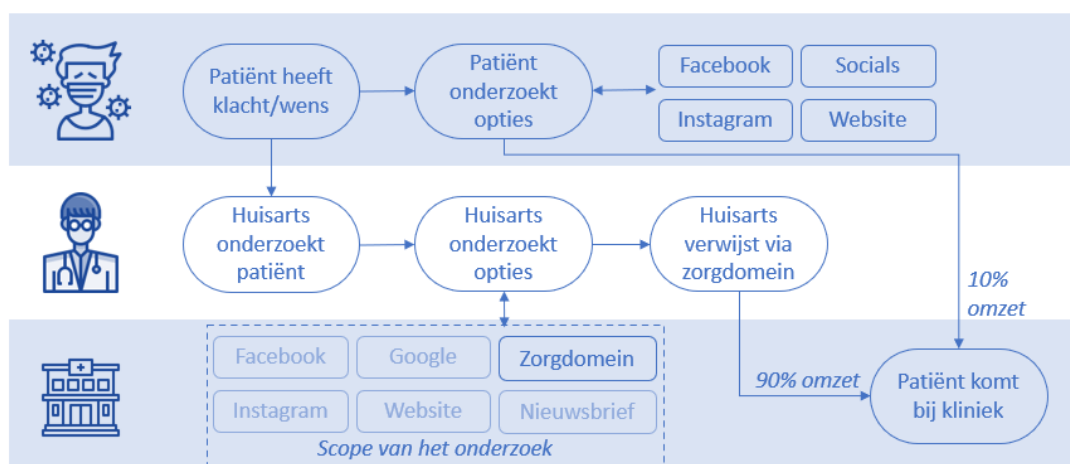
Figuur 2: Logo Mauritskliniek

Het fotogebruik van de organisatie is afhankelijk van het type uiting van de organisatie. Uit het huisstijlhandboek (J. Hijdra, persoonlijke communicatie, 23 september 2020) blijkt dat veel stockfoto's met een medische achtergrond zijn gebruikt. Deze foto's dienen voor de sociale media en de website van de organisatie (J. Hijdra, persoonlijke communicatie, 23 september 2020). Al met al heeft de Mauritskliniek dus in communicatie, gedrag en symboliek niet bepaald een aparte, bijzondere, krachtige identiteit. Dit hoeft geen probleem te zijn maar het helpt niet om op te vallen of te overtuigen.

2.2 De bedrijfsvoering van de organisatie

Om de zorgverlening en de communicatie vanuit de Mauritskliniek toe te lichten, is onderstaande figuur (3) gecreëerd aan de hand van een persoonlijk gesprek met de marketingmanager van de organisatie. Op het moment dat een patiënt klachten ervaart of een bepaalde wens heeft, kan deze patiënt op twee manieren bij de Mauritskliniek terecht komen. De patiënt kan zelf zijn of haar opties onderzoeken, eventueel gebruikmakend van de sociale mediakanalen en de website van de kliniek, en zich vervolgens zelf melden bij de Mauritskliniek. Deze groep valt buiten de scope van dit onderzoek en is verantwoordelijk voor 10% van de omzet van de Mauritskliniek.

De tweede mogelijkheid is dat de patiënt zich meldt bij zijn of haar huisarts. De huisarts onderzoekt en bespreekt de opties en verwijst de patiënt vervolgens door naar een specialist, in dit geval de Mauritskliniek. Dit is het onderdeel van het proces dat binnen de scope van dit onderzoek valt. Deze groep patiënten is verantwoordelijk voor 90% van de omzet van de Mauritskliniek.

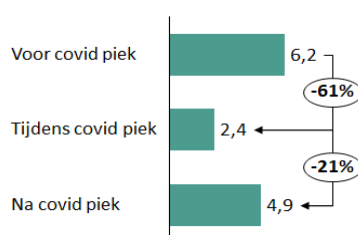


Figuur 3: Communicatieschema Mauritskliniek (J. van Munster, persoonlijke communicatie, 8 september 2020)

Het is voor dit onderzoek relevant om een beeld te verkrijgen van de totstandkoming van een doorverwijzing. Uit het proces is op te maken dat een huisarts te kwalificeren is als een tussenpersoon bij een doorverwijzing. Dit heeft te maken met de functie die de huisarts in het Nederlandse zorgsysteem bekleedt. Om zorg vergoed te krijgen, dient een patiënt eerst naar de huisarts te gaan en tijdens een consult zijn of haar klachten te bespreken. De huisarts maakt vervolgens de afweging of er gegronde redenen zijn voor een verwijzing naar specialistische zorg. Het is voor dit onderzoek relevant om een beeld te verkrijgen van de totstandkoming van een doorverwijzing.

2.3 Invloed COVID-19

Door de huidige COVID-19-pandemie is het aantal patiënten dat een huisarts bezoekt afgenomen. In een rapport van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (Heins et al., 2020) is te lezen dat het aantal consulten voor niet-urgente zorg eind maart met 61% gedaald is ten opzichte van de periode voor de coronapieak (15 maart). Dit is relevant voor de Mauritskliniek, aangezien de organisatie voornamelijk in niet-urgente dermatologische zorg voorziet. Uit ditzelfde rapport (Heins et al., 2020) blijkt daarnaast dat het aantal consulten voor deze niet-urgente zorg van 2,4 per 1000 inwoners tijdens de COVID-19-pieak gestegen is tot 4,9 consulten per 1000 inwoners na de coronapieak. Het aantal consulten is echter nog steeds ruim 20% lager dan voor de coronaperiode, toen dit aantal op 6,2 consulten per 1000 inwoners lag (figuur 4). Het doorverwijzingspercentage heeft betrekking op het aantal patiënten dat de huisarts na een consult doorverwijst naar de Mauritskliniek. Vanwege het dalende aantal potentiële patiënten dient het doorverwijzingspercentage te stijgen om dezelfde omzet te behalen als in 2019. Om deze reden is het tekort aan verwijzingen vanuit de huisartsen een urgent vraagstuk voor de kliniek.



Figuur 4: Cijfers huisartsconsulten ten aanzien van COVID-19 (Heins et al., 2020)

3. Theoretisch kader

De belangrijkste stromingen in de theorie voor de probleemstelling 'Hoe kan de organisatie haar imago onder de huisartsen verbeteren?' zijn algemeen imago-onderzoek en imago-onderzoek dat is gericht op de medische wereld. Op het gebied van imago-onderzoek zijn de theorieën van Birkigt en Stadler (1988), Abratt (1989), Van Riel en Balmer (1997), Markwick en Fill (1997), Gray en Balmer (1998), Balmer en Soenen (1999), Balmer (2001) en Van Grinten (2016) kritisch vergeleken. Daarnaast blijkt uit Berendsen (2009), Berendsen et al. (2007) en Marshall (1998) dat huisartsen en specialisten verschillende behoeften hebben ten aanzien van de samenwerking en de communicatie. De gekozen centrale theorie is *The Corporate Identity Mix* van Birkigt en Stadler (1988). Dit is het oudste model op het gebied van imago-onderzoek en de andere artikelen zijn op dit model gebaseerd. Dit heeft geleid tot extensieve peer-to-peercontrole van het model. Deze centrale theorie veronderstelt dat de organisatie het probleem kan oplossen door de identiteit van de organisatie in lijn te brengen met het vanuit de doelgroep gewenste imago aan de hand van passende symboliek, gedrag en communicatie. Deze mogelijke verbeteringen zijn uitgewerkt in drie hypothesen.

3.1 Imago

De grondleggers van de theorie over de identiteit en het imago van een organisatie zijn Birkigt en Stadler (1988) met het model *The Corporate Identity Mix*. De drie factoren die volgens deze onderzoekers aan de identiteit van een organisatie bijdragen, zijn communicatie, gedrag en symboliek. De combinatie van deze drie onderdelen vormt de persoonlijkheid (de identiteit) van een organisatie. Birkigt en Stadler (1988) geven daarnaast aan dat het imago een afspiegeling is van de ervaring van de doelgroep met de identiteit. Abratt (1989) heeft vervolgens een model ontwikkeld voor het managen van het *corporate image* van een organisatie door het identificeren van verschillen in *corporate philosophy*, *corporate identity* en *corporate image*. Wanneer sprake is van een groot verschil tussen deze categorieën, kan de organisatie dit vervolgens aanpassen, zodat alles weer in een lijn is en één geheel vormt.

Van Riel en Balmer (1997) gebruiken het model van Birkigt en Stadler (1988) als basis voor hun reputatieschema. Zij stellen echter dat het model van Birkigt en Stadler (1988) niet volledig is, aangezien het model alleen de persoonlijkheid van een organisatie in kaart brengt. Als uitbreiding hierop hebben Van Riel en Balmer (1997) daarom onderdelen toegevoegd aan het model. Deze onderdelen hebben betrekking op de geschiedenis van de organisatie, de strategie, de resultaten en de omgeving. Markwick en Fill (1997) hebben het model van Abratt (1989) uitgebreid door onderscheid te maken tussen het imago van een organisatie en de reputatie van een organisatie aan de hand van het *corporate identity management process framework* (CIMP). Door het beeld te begrijpen dat de stakeholders van de organisatie hebben, kan de organisatie een competitief voordeel verkrijgen. Naast Markwick en Fill (1997) had Van Riel (1995) dezelfde strekking met het toevoegen van reputatie als onderdeel van corporate communicatie.

Gray en Balmer (1998) stellen dat een organisatie de *corporate identity* communiceert door de *corporate communications* van de organisatie. Dit zorgt vervolgens voor een *corporate image* en een *corporate reputation*. De communicatie is in deze theorie een middel waarmee een bedrijf de gewenste reputatie verkrijgt. Dit wijkt af van de theorie van Birkigt en Stadler (1988) waarin communicatie een onderdeel is van de identiteit.

Om de zwakke plekken in de identiteit van de organisatie te lokaliseren, ontwikkelden Balmer en Soenen (1999) de ACID-test. De afkorting ACID staat voor *actual identity*, *communicated identity*, *ideal identity* en *desired identity*. Later past Balmer (2001) de ACID-test aan door een extra waarde toe te voegen aan het model, namelijk de *conceived identity*. De nieuwgevormde AC2ID-test neemt de visie van de identiteit op in het model aan de hand van deze nieuwe waarde. Om het verschil in identiteit en imago in kaart te brengen, is de theorie "Mind the Gap" van Van Grinten (2016) toepasbaar. Deze theorie maakt het achterhalen van het verschil tussen de gewenste identiteit, de werkelijke identiteit, de fysieke identiteit en het imago inzichtelijk. Dit is eenvoudig uit te voeren aan de hand van een stappenplan voor de analyse van een eventuele kloof tussen deze factoren.

3.2 Huisartsen en specialisten

Een andere relevante stroming in de literatuur is onderzoek naar de samenwerking tussen huisartsen en specialisten. Berendsen (2009) omschrijft dat in de samenwerking tussen huisartsen en specialisten in Nederland vaak een belangenconflict speelt. Specialist vinden voortdurende kennisdeling relevant om de kennis van de huisartsen actueel te houden, terwijl huisartsen na een bepaald kennisniveau zich liever focussen op een ander specialisme. De huisartsen leggen bij voorkeur de focus op het opbouwen van wederzijds respect en status. Daarnaast vinden de huisartsen het van belang dat de specialisten inzicht hebben in de werkwijze van de huisartsen. Uit een eerder onderzoek van Berendsen et al. (2007) blijkt dat de huisartsen aangaven dat het verbeteren van de samenwerking tussen de huisartsen en de specialisten het doorverwijzingsproces versnelt en leidt tot betere communicatiekanalen tussen de huisartsen en de specialisten.

Ook in Engeland blijkt uit onderzoek dat vaak sprake is van een belangenverschil in de samenwerking tussen huisartsen en specialisten. Marshall (1998) stelt dat specialisten meer gefocust zijn op de ontwikkeling van nieuwe technieken, terwijl huisartsen veelal op zoek zijn naar informatie die direct toepasbaar is in het klinische werk.

3.3 Conceptueel model

Birkigt en Stadler hebben een boek uitgebracht onder de titel *Corporate Identity: Grundlagen, Funktionen, Fallbeispiele*. Het model is aan de hand van deze originele publicatie verklaard. De gehanteerde definitie van identiteit is aan de hand van Birkigt en Stadler (1988): "*In der wirtschaftlichen Praxis ist Demnach Corporate Identity die strategisch geplante und operativ eingesetzte Selbstdarstellung und Verhaltensweise eines Unternehmen nach innen und außen auf Basis einer festgelegten Unternehmensphilosophie, einer langfristigen Unternehmenszielsetzung und eines definierten – alle Handlungsinstrumente des Unternehmens in einheitlichem Rahmen nach innen und außen zur Darstellung zu bringen*" (Birkigt & Stadler, 1988, p. 23).

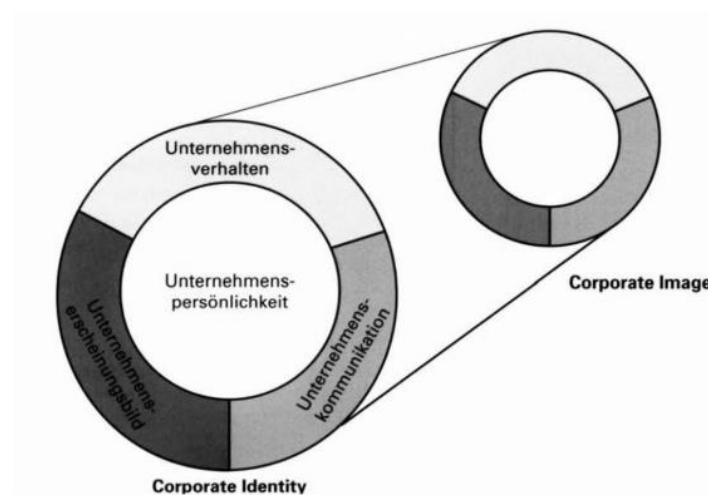
In de bovenstaande quote staat dat volgens Birkigt en Stadler de identiteit van een organisatie een combinatie is van verschillende factoren. De identiteit is opgebouwd uit de strategisch geplande zelfpresentatie, in combinatie met het gedrag dat de organisatie zowel naar binnen als naar buiten uitdraagt met behulp van de ondernemersfilosofie, de langetermijndoelstelling en het gewenste beeld van de organisatie. Elk onderdeel is hierin een handelingsinstrument van het gehele beeld dat de organisatie zowel naar binnen als naar buiten wil uitdragen. Imago is volgens Birkigt en Stadler (1988):

"Corporate Image dagegen sein Fremdbild. Image ist also die Projektion der Identity im sozialen Feld" (Birkigt & Stadler, 1988, p. 23). In de bovenstaande quote stellen Birkigt en Stadler dat het corporate image gelijk is aan het publieke imago van een organisatie. Het imago van een organisatie is een weerspiegeling van de identiteit richting de buitenwereld.

De Corporate Identity Mix van Birkigt en Stadler uit (1988) is gekozen als conceptueel model van dit onderzoek. Naast extensieve peer-to-peercontrole zijn de specifieke eigenschappen van het model die overeenkomen met de werkelijke situatie een reden om voor dit model te kiezen. Uit eerdere gegevens blijkt dat de doelgroep reeds bekend is met de organisatie en reeds een beeld heeft van de organisatie. Dit beeld is te linken aan de drie onderdelen van de persoonlijkheid van het model van Birkigt en Stadler (1988). Daarnaast valt op dat veel andere modellen op het gebied van identiteit en imago gebaseerd zijn op dit model. Dit versterkt het belang van het gekozen model in dit specifieke geval. De Corporate Identity Mix van Birkigt en Stadler uit (1988) is weergegeven in figuur 5.

Unternehmenspersönlichkeit/ Corporate Identity

In deze theorie staat de bedrijfsidentiteit centraal. Volgens Birkigt en Stadler (1988) is het corporate image een weerspiegeling van deze bedrijfsidentiteit. Zij stellen dat de bedrijfsidentiteit op te delen in drie onderdelen: gedrag, communicatie en symboliek.



Figuur 5: Corporate Identity Mix (Birkigt & Stadler 1998)

1. Unternehmensverhalten/gedrag vanuit de organisatie

Birkigt en Stadler (1988) geven aan dat gedrag een belangrijk onderdeel is van de identiteit. Daarnaast stellen Birkigt en Stadler (1988) dat het gedrag van een organisatie invloed heeft op de persoonlijkheid van de organisatie en hierdoor ook op het corporate image van de organisatie. Het corporate image van de organisatie is namelijk een weerspiegeling van de identiteit.

2. Unternehmenskommunikation/communicatie van de organisatie

Volgens Birkigt en Stadler (1988) is de communicatie van een organisatie het meest flexibel van de drie onderdelen waaruit de identiteit bestaat. Birkigt en Stadler (1988) benadrukken dat communicatie op het gebied van planning, strategie (op de korte

termijn en op de lange termijn) en tactiek van groot belang is. Door het gebruik van nieuwe sociale media in hedendaagse communicatie (zoals Facebook, LinkedIn en Instagram) is deze stelling van de auteurs zeker aan de orde. Het verspreiden en aanpassen van de berichtgeving verloopt nu vele malen sneller dan voorheen. Hierdoor dient de organisatie flexibel te zijn in de cycli van de bedrijfscommunicatie.

3. Unternehmenserscheinungsbild/symboliek van de organisatie

Birkigt en Stadler (1988) verklaren dat de symboliek alle visuele uitingen van een organisatie betreft. Daarnaast stellen Birkigt en Stadler (1988) dat logo's en vooraf bepaalde stijlregels, zoals lettertypen en het kleurenpalet (ook wel de huisstijl genoemd), ook behoren tot de symboliek. Daarnaast blijkt uit deze theorie dat de symboliek bijdraagt aan het verwezenlijken van een eensgezinde communicatie.

3.4 Hypotheses

De drie geformuleerde hypothesen hebben betrekking op de individuele onderdelen uit de Corporate Identity Mix van Birkigt en Stadler (1988), namelijk gedrag, communicatie en symboliek. Dit maakt het mogelijk om de onderdelen van de Corporate Identity Mix te analyseren, om het effect op het algehele imago in kaart te brengen.

Hypothese 1 gericht op gedrag

Volgens Birkigt en Stadler (1988) is het gedrag van de organisatie het belangrijkste instrument bij het uitdragen van de identiteit van de organisatie. Het gedrag uit zich volgens Birkigt en Stadler (1988) bijvoorbeeld door verkoopgedrag, financieringsgedrag, communicatiegedrag of sociaal gedrag. Om deze reden is het van belang dat het gedrag van de organisatie aansluit op de kernwaarden van de organisatie. Deze kernwaarden zijn: "persoonlijk", "duidelijk" en "goed geregeld" (zie 2.1 identiteit). Als de organisatie het gedrag laat aansluiten op de identiteit, brengt dit de identiteit in lijn met het imago.

Als een organisatie haar identiteit wil uitdragen, dan is het van belang dat het gedrag van de organisatie op deze identiteit aansluit, zodat de identiteit en het imago overeenkomen.

De hierbij geformuleerde hypothese richt zich op het communicatiegedrag en sociale gedrag van de organisatie. Op het gebied van het communicatiegedrag van de organisatie is uit de situatieschets naar voren gekomen dat de organisatie momenteel geen of nauwelijks informatie deelt met de doelgroep. Op het gebied van het sociale gedrag is belangrijk om te weten of de doelgroep de kernwaarde "persoonlijk" ook daadwerkelijk ervaart. Deze hypothese test zich door respondenten te bevragen over verscheidenen gedragsaanpassingen.

"Das weitaus wichtigste und wirksamste Instrument der Corporate Identity ist das schlüssige Verhalten des Unternehmens mit seinen Auswirkungen und Folgen. Jede wirtschaftliche Organisation stellt sich gegenüber Dritten weitaus stärker durch ihr Verhalten als etwa durch ihre Verlautbarungen dar, mehr durch Taten als durch Worte: so durch ihr Vertriebsverhalten, ihr Finanzierungsverhalten, ihr Kommunikationsverhalten, ihr Sozialverhalten. In diesem Verhalten spiegelt sich die Zwecke, denen das Unternehmen dient, und die Ziele, die es verfolgt."

"Verreweg het belangrijkste en meest effectieve instrument van de identiteit is het samenhangende gedrag van de onderneming met de effecten en consequenties daarvan. Elke economische organisatie presenteert zich veel meer aan derden door haar gedrag dan bijvoorbeeld door haar uitspraken, meer door daden dan door woorden: bijvoorbeeld

door haar verkoopgedrag, haar financieringsgedrag, haar communicatiegedrag, haar sociale gedrag. Dit gedrag weerspiegelt de doelen die het bedrijf dient en de doelen die het nastreeft."

Hypothese 2 gericht op symboliek

Volgens Birkigt en Stadler (1988) is de symboliek het uniforme samenspel van merkontwerp, grafisch ontwerp en architectonisch ontwerp. De symboliek heeft continuïteit nodig, maar dient ook mee te veranderen met de veranderende identiteit van de organisatie. Deze continuïteit zorgt ervoor dat de organisatie herkenbaar is voor de doelgroep. Deze hypothese heeft tot doel om te achterhalen of de huidige symboliek van de organisatie nog wel aansluit op de kernwaarden (en hiermee de identiteit) van de organisatie, namelijk: "persoonlijk", "duidelijk" en "goed geregeld". Als de organisatie de symboliek laat aansluiten op de identiteit, brengt dit de identiteit in lijn met het imago.

Als een organisatie haar identiteit wil uitdragen, dan is het van belang dat de symboliek van de organisatie op deze identiteit aansluit, zodat de identiteit en het imago overeenkomen.

De interviews zijn erop gericht om te achterhalen hoe de doelgroep de huidige symboliek ervaart, zodat de organisatie de huisstijl en de logo's beter kan aansluiten op de huidige identiteit van de organisatie. Daarnaast heeft deze hypothese tot doel om te achterhalen wat de wensen en de behoeften zijn omtrent de symboliek van de organisatie.

"Die Unternehmenspersönlichkeit stellt sich dar in ihrem Erscheinungsbild, das zu optimaler Geschlossenheit gebracht wird durch das einheitliche Zusammenwirken von Marken-Design, Grafik-Design, Architektur-Design. Das Erscheinungsbild braucht Kontinuität, es bedarf aber auch eines kontinuierlichen Wandels, synchron mit einer sich wandelnden Identity."

"De bedrijfspersoonlijkheid komt tot uiting in de symboliek, dat door het uniforme samenspel van merkontwerp, grafisch ontwerp en architectonisch ontwerp optimaal tot stand komt. De symboliek heeft continuïteit nodig, maar het heeft ook continue verandering nodig, gesynchroniseerd met een veranderende identiteit."

Hypothese 3 gericht op communicatie

Volgens Birkigt en Stadler (1988) is communicatie het meest flexibele instrument voor het uitdragen van de identiteit, zowel op korte termijn (evenement gerelateerd) als op lange termijn (planning en strategisch gerelateerd). Hierbij benoemen Birkigt en Stadler (1988) dat communicatie belangrijk is voor het in contact staan met de doelgroep. De doelgroep komt namelijk in aanraking met de communicatiemiddelen van de organisatie waardoor deze de identiteit van de organisatie beïnvloeden. Om deze reden is het van belang dat de communicatie van de organisatie aansluit op de kernwaarden van de organisatie. Deze kernwaarden zijn: "persoonlijk", "duidelijk" en "goed geregeld" (zie 2.1 identiteit). Als de organisatie de communicatie laat aansluiten op de identiteit, brengt dit de identiteit in lijn met het imago.

Als een organisatie haar identiteit wil uitdragen, dan is het van belang dat de communicatie van de organisatie op deze identiteit aansluit, zodat de identiteit en het imago overeenkomen.

De hierbij geformuleerde hypothese heeft tot doel om te achterhalen wat en hoe de organisatie moet communiceren, zodat de communicatie bijdraagt aan het uitdragen van

de identiteit naar de doelgroep. De vragen rondom deze hypothese richten zich op de mate waarin de communicatie overeenkomt met de identiteit van de organisatie. Hiernaast zijn de vragen gericht op de door de doelgroep geprefereerde communicatiemiddelen, communicatievormen en communicatieplatformen.

"Die Kommunikation ist das Instrument mit der höchsten Flexibilität innerhalb des Identitäts-Mix, denn sie erlaubt sowohl planungsgesteuerten, langfristig-strategischen als auch anlassbedingten, schnellen taktischen Einsatz."

"Communicatie is het instrument met de grootste flexibiliteit binnen de identiteitsmix, omdat het zowel planning gestuurd, lange termijn strategisch als evenement gerelateerd, snel tactisch gebruik mogelijk maakt."

4. Methodologie

De methoden van onderzoek zijn deskresearch en kwalitatief onderzoek. Deskresearch dient ter beantwoording van de deelvraag over de identiteit van de organisatie. Kwalitatief onderzoek is gericht op de hypothesen en de overige deelvragen. De keuze voor kwalitatief onderzoek is gebaseerd op het feit dat de organisatie behoefte heeft aan verdiepende inzichten van de doelgroep ten aanzien van de verbetering van het imago. De doelgroep bestaat uit de huisartsen die in 2020 patiënten hebben doorverwezen naar een van de vestigingen van de Mauritskliniek.

4.1 Methoden van onderzoek

Volgens Verhoeven (2011) is deskresearch een hulpmiddel voor het verzamelen van relevante, bestaande informatie. Deskresearch is ingezet voor de situatieschets en deelvragen. In het kader van de deskresearch is gebruikgemaakt van de volgende wetenschappelijke informatiebronnen: Google Scholar, de HBO Kennisbank, de mediatheek van de Hogeschool Leiden en het boek *100+ Management Models* (Trompenaars & Coebergh, 2014). Deze informatiebronnen zijn gekozen, omdat op deze literatuur een controle door collega-wetenschappers plaatsvindt. Dit dient als een vorm van verificatie, waardoor de literatuur betrouwbaar is. Daarnaast rust dit onderzoek op kwalitatief onderzoek. Deze onderzoeksvorm past goed bij de doelgroep omdat die – zeker in tijden van Corona – naar alle waarschijnlijkheid weinig zin en tijd heeft om op grote schaal een vragenlijst over identiteit en imago van de Mauritskliniek in te vullen. Daarentegen biedt kwalitatief onderzoek de gelegenheid te sparren met betrokkenen en de doelgroep zelf mee te laten denken naar mogelijke verbeteringen ten aanzien van de huidige werkwijze.

Verhoeven (2011) beschrijft kwalitatief onderzoek als een-op-een-interviews aan de hand van een vooropgestelde topic guide. Deze topic guide bevat een overzicht van de onderwerpen die tijdens het onderzoek aan bod komen. Deze onderwerpen zijn onderverdeeld in verschillende categorieën, zodat er zowel structuur als een theoretische onderbouwing voor de vragen aanwezig is. Deze interviewvorm staat bekend als een semigestructureerd interview. Om tot een afspiegeling van de doelgroep te komen, volstaat het om twaalf tot zestien interviews af te nemen. Het daadwerkelijke aantal benodigde respondenten is afhankelijk van de vraag of verzadiging in de antwoorden optreedt. Volgens Verhoeven (2011) is bij kwalitatief onderzoek verzadiging de limiterende factor. Verzadiging in de antwoorden treedt op als extra interviews geen nieuwe informatie opleveren. Daarnaast is het van belang om de interviews te transcriberen en de antwoorden te coderen aan de hand van analyseschema's.

De onderzoekseenheden van dit imago-onderzoek zijn de huisartsen, de database van de organisatie en een openbare medische database (Nationale Zorgautoriteit, z.d.). Deze databases houden bij hoeveel patiënten door de organisatie zijn behandeld en hoeveel patiënten in totaal een behandeling hebben ondergaan voor dermatologische aandoeningen. Dit is opgedeeld per jaar en per aandoening. Het nemen van een steekproef zorgt voor een representatief beeld van de doelgroep. Voor de grootte van deze steekproef zijn meerdere factoren van belang. Allereerst is het van belang om vast te stellen wat voor soort onderzoek plaatsvindt. In dit geval vindt het onderzoek plaats in kwalitatieve vorm. Volgens Verhoeven (2011) is het bij deze onderzoeksvorm van belang om interviews af te nemen totdat verzadiging optreedt. De richtlijn van Verhoeven (2011) geeft aan dat in de praktijk verzadiging in de antwoorden optreedt nadat twaalf tot zestien interviews zijn afgenomen.

Bij het selecteren van de respondenten is gekeken naar de verwijzingen vanuit de respondent richting de organisatie in het jaar 2020. De respondenten zijn gerangschikt op basis van het aantal verwijzingen en aselect geselecteerd om deel te nemen aan het onderzoek.

Naast de rangschikking op basis van het aantal verwijzingen, is ook geselecteerd op de regio's waarin de huisartsen actief zijn. Deze verdeling gebaseerd op de regio is van belang, omdat het aantal verwijzers in de verschillende regio's uiteenloopt. In onderstaande tabel (2) is te zien dat in de regio Haaglanden de meeste verwijzers gevestigd zijn. Hier is rekening mee gehouden in het onderzoek door meer respondenten in deze regio te benaderen.

Vestiging	Aantal verwijzers in 2020	Aantal verwijzingen in 2020	Aantal bevroegde huisartsen
Den Haag	500	6167	6
Amsterdam	235	1326	2
Nijmegen	302	3724	3
Utrecht	350	2340	3
Totaal	1387	13557	14

Tabel 2: Regio-indeling respondenten (J. Hidra, persoonlijke communicatie, 1 oktober 2020)

4.2 Operationalisatie van deelvragen en hypothesen

Verhoeven (2011) stelt dat de analyse van de onderdelen van het model en de koppeling met de interviewvragen van belang zijn om het onderzoek inzichtelijk te maken. Om dit geheel vorm te geven, is een topic guide gecreëerd (bijlage A). Deze topic guide is toegespitst op het gekozen theoretisch model (Corporate Identity mix, Birkigt & Stadler). Vervolgens zijn de deelvragen betrokken in de topic guide om aan te geven waarom diverse onderwerpen van belang zijn.

Het kwalitatieve onderzoek heeft tot doel om de volgende deelvragen te beantwoorden:

- 2) Hoe komt een doorverwijzing van een huisarts naar een specialist/kliniek tot stand?
- 3) Wat vinden huisartsen belangrijk voor het doorverwijzen naar een specialist/kliniek?
- 4) Welke communicatie-/informatievoorziening prefereert de doelgroep?

Ter beantwoording van deze deelvragen zijn vragen gesteld aan de respondenten die betrekking hebben op de aspecten die uit de deskresearch en de theorie naar voren zijn gekomen.

Het is van belang om te achterhalen hoe de respondenten de organisatie omschrijven. Dit maakt inzichtelijk wat is blijven hangen bij de respondent en geeft een algeheel beeld van de organisatie onder de doelgroep. Om te achterhalen of het onderzoek daadwerkelijk tot verbeteringen leidt, is het noodzakelijk om een nulmeting op te vragen. Oftewel: wat vinden de respondenten op dit moment van de organisatie, zonder dat de verbeteringen zijn doorgevoerd?

Ten aanzien van de symboliek van de organisatie is het van belang om in te gaan op diverse onderdelen die invloed hebben op deze symboliek. De respondenten zijn wellicht bekend met de logo's, de huisstijl en het beeldmateriaal, maar hoe denken zij hierover?

En sluit dit aan op de organisatie? In dit onderdeel krijgen de respondenten toonmateriaal te zien (bijlage B).

Ten aanzien van het gedrag van de organisatie is het van belang om te achterhalen of het contact van de doelgroep met de organisatie aansluit op het imago van de organisatie. Zijn er bijvoorbeeld dingen die de respondent verwacht op het gebied van het gedrag waaraan de organisatie niet voldoet?

Ten aanzien van de communicatie van de organisatie is het van belang om te achterhalen of deze communicatie aansluit op de voorkeuren van de respondenten. Hechten de respondenten veel waarde aan platformen waarop de organisatie niet actief is? Verwachten de respondenten een bepaalde tone-of-voice van de organisatie?

Naast de vragen ten aanzien van de algemene perceptie van de doelgroep, zijn vragen gesteld met betrekking tot de doorverwijzingen naar specialisten. Wat motiveert een huisarts om over te gaan tot het doorverwijzen van de patiënt naar een medisch specialist? Daarnaast maakt de huisarts voor elke patiënt die hij of zij doorverwijst een weloverwogen keuze om de patiënt wel of niet door te verwijzen naar de Mauritskliniek. Het is dan ook van belang om inzichtelijk te maken wat ten grondslag ligt aan deze keuze.

Het kwalitatieve onderzoek heeft tevens tot doel om onderstaande hypothesen te verifiëren of te weerleggen:

Hypothese 1: Als een organisatie haar identiteit wil uitdragen, dan is het van belang dat het gedrag van de organisatie op deze identiteit aansluit, zodat de identiteit en het imago overeenkomen.

Aangezien het gedrag het belangrijkste instrument is bij het uitdragen van de identiteit, is het relevant om ook dit onderdeel te bespreken in de interviews. Vragen over de contactmomenten met de organisatie dienen om te achterhalen of het huidige gedrag aansluit op de identiteit. In de topic guide is een aantal vragen opgenomen om deze hypothese te testen (bijlage A). Deze vragen zijn gericht op zowel de kernwaarden (persoonlijk, duidelijk en goed geregeld) van de organisatie als op het gewenste gedrag. Besproken verbeter mogelijkheden zijn laagdrempelige mogelijkheden tot collegiaal overleg, ontmoetingen faciliteren tussen huisartsen en specialisten en het persoonlijk maken van de ervaring. Aan het eind van dit onderdeel is het noodzakelijk om te vragen of de genoemde verbeteringen ervoor zorgen dat het gedrag van de organisatie beter aansluit op de identiteit.

Hypothese 2: Als een organisatie haar identiteit wil uitdragen, dan is het van belang dat de symboliek van de organisatie op deze identiteit aansluit, zodat de identiteit en het imago overeenkomen.

Volgens Birkigt en Stadler (1988) is de symboliek het uniforme samenspel van merkontwerp, grafisch ontwerp en architectonisch ontwerp. De symboliek die de doelgroep ervaart komt voort uit het logo, de website, de emailvormgeving en de huisstijl. Het interview heeft tot doel om te achterhalen of de symboliek aansluit op de huidige kernwaarden van de organisatie. Ter ondersteuning van deze vragen is een aantal voorbeelden van de symboliek van de organisatie getoond. Besproken verbeter mogelijkheden zijn foto's van de specialisten (het persoonlijk maken) en een huisarts (verwijzer) specifieke website. Aan het eind van dit onderdeel is het noodzakelijk om te

vragen of de genoemde verbeteringen ervoor zorgen dat het symboliek van de organisatie beter aansluit op de identiteit.

Hypothese 3: Als een organisatie haar identiteit wil uitdragen, dan is het van belang dat de communicatie van de organisatie op deze identiteit aansluit, zodat de identiteit en het imago overeenkomen.

Volgens Birkigt en Stadler (1988) is de communicatie het meest flexibele instrument voor het uitdragen van de identiteit, zowel op korte termijn (evenement gerelateerd) als op lange termijn (planning en strategisch gerelateerd). Om te achterhalen of de huidige communicatie in lijn is met de identiteit van de organisatie, zijn enkele vragen opgesteld die zijn gericht op de perceptie van de huidige berichtgeving. Indien de communicatie in de ogen van de doelgroep niet aansluit op de identiteit, volgen er vragen om te achterhalen wat de organisatie in de communicatie dient te wijzigen om de communicatie wel aan te laten sluiten op deze identiteit. Een besproken verbetermogelijkheid is het vaker proactief informatie delen. Dit kan via mail, via de website, of via een derde partij. Aan het eind van dit onderdeel is het noodzakelijk om te vragen of de genoemde verbeteringen ervoor zorgen dat de communicatie van de organisatie beter aansluit op de identiteit.

5. Resultaten

De voornaamste resultaten van het onderzoek zijn dat de patiënt de meeste invloed heeft op de keuze voor een specifieke specialist of kliniek bij een doorverwijzing en dat het organiseren van een nascholing de kliniek meer top-of-mind maakt. Verder heerst er een positief beeld van de organisatie bij de respondenten. De organisatie draagt de kernwaarden “duidelijk” en “goed geregeld” succesvol uit. De organisatie draagt de kernwaarde persoonlijk echter in mindere mate uit. Een andere eigenschap is commercieel. Dit is voor een zorginstelling een negatieve eigenschap. De belangrijkste communicatie tussen een specialist en een huisarts betreft de patiëntenbrief. Tot slot draagt de symboliek van een organisatie (de visuele uitingen) weinig bij aan het beeld dat de huisartsen van de organisatie hebben.

Bij het benaderen van de doelgroep (huisartsen in de relevante regio's) om deel te nemen aan het onderzoek kwam naar voren dat het een drukke periode is voor de huisartsen. Door een combinatie van de huidige COVID-19-crisis en de grieprijke periode gaven veel huisartsen aan geen tijd te hebben voor het onderzoek. Om deze reden is de lengte van het interview ingekort tot 20 minuten per respondent. Van de 250 gebelde huisartsen hebben uiteindelijk 14 huisartsen aangegeven mee te willen werken aan het onderzoek. Deze beperking van de beschikbare tijd heeft tot gevolg gehad dat het niet altijd mogelijk was om volledig in te gaan op de achterliggende motivatie van de respondenten.

Beantwoording deelvraag 1: Wat heeft de Mauritskliniek de huisartsen en daarmee haar/zijn patiënten te bieden?

De Mauritskliniek heeft op het gebied van dermatologie een belangrijke functie in het behandelen van doorverwezen patiënten. De zorg vanuit de kliniek is in veel instanties vergoed wanneer de patiënt naar de specialist is doorverwezen door een huisarts. De expertise van de kliniek is dermatologische zorg en de kliniek heeft een groot aantal artsen met deze specialisatie in huis.

De Mauritskliniek streeft ernaar om haar kernwaarden uit te dragen. Deze kernwaarden zijn “goed geregeld”, “persoonlijk” en “duidelijk”. De organisatie streeft ernaar om veel aandacht te hebben voor de patiënt en voor de huisarts. Dit komt naar voren in het callcenter van de organisatie dat is ingericht om vragen van de huisartsen en de patiënten snel te beantwoorden.

5.1 Het algemene beeld van de Mauritskliniek

Een van de onderwerpen die in de interviews aan bod komt, is het algemene beeld dat de huisartsen van de Mauritskliniek hebben. Wanneer de respondenten een beeld schetsen van de Mauritskliniek, schetsen zij over het algemeen een positief beeld (bijlage D, analyseschema 1). Om het beeld van de kliniek in kaart te brengen, is gevraagd wat de kans is op een schaal van 1 tot 10 dat de respondenten patiënten of kennissen doorverwijzen naar de kliniek. De respondenten geven ter beantwoording van deze vraag cijfers van 5 tot 10. Deze cijfers vormen echter geen volledige afspiegeling van het beeld dat de respondenten van de kliniek hebben. Vanwege de invloed van de patiëntvoorkeur op de keuze voor een specialist bij een verwijzing vallen de cijfers lager uit dan het cijfer dat de respondenten als algemeen cijfer aan de kliniek zouden toekennen (respondent 10). Respondent 12 geeft aan dat de Mauritskliniek niet voldoende uitblinkt in de zorg die de kliniek levert: “Ze excelleren niet zover in zorg dat ik zeg: nou wacht maar een paar dagen langer, dan ben je aan een goed adres.”

De kernwaarden die de Mauritskliniek wil uitdragen, zijn “persoonlijk”, “duidelijk” en “goed geregeld”. Het is lastig in te schatten hoe persoonlijk de kliniek is op het moment dat een huisarts geen gezicht heeft bij de specialist die de patiënt gaat behandelen (respondent 10). Ook is het bij het verwijzen naar de kliniek nog niet bekend bij welke specialist de patiënt terecht gaat komen (respondent 9). Volgens respondent 11 kan juist een kleine kliniek zich onderscheiden op het gebied van persoonlijkheid. De respondenten geven aan de andere kernwaarden over het algemeen te herkennen.

Een andere eigenschap van de Mauritskliniek die naar voren komt uit de interviews is commercieel. Respondenten 1 en 4 benoemen deze eigenschap als een van de eerste eigenschappen (bijlage D, analyseschema 2). Patiëntenzorg zou niet als een verdienmodel moeten fungeren. Om deze reden is de associatie met het commerciële aspect van de kliniek negatief. Toch komen uit de gesprekken overwegend positieve eigenschappen naar voren, zoals een korte wachttijd, klantvriendelijk en benaderbaar. Respondent 2 geeft aan: “snelle toegangstijd, goeie expertise, prettige ervaringen terug gehoord, toenaderbaar, toegankelijk.”

5.2 Doorverwijzingen

Het tweede onderwerp waarover de huisartsen bevraagd zijn, is het doorverwijzingsproces. Hierbij is gesproken over de procesmatige kant: hoe komt een doorverwijzing tot stand? Tevens is gesproken over de beïnvloedbare kant: wat bepaalt de keuze voor de specialist waarnaar een huisarts doorverwijst?

Beantwoording deelvraag 2: Hoe komt een doorverwijzing van een huisarts naar een specialist/kliniek tot stand?

De huisartsen kiezen in vier situaties voor een doorverwijzing naar een specialist (bijlage D, analyseschema 3). Ten eerste verwijzen de huisartsen door in het geval van spoed. Respondent 12 geeft aan door te verwijzen op het moment dat alarmsymptomen zichtbaar zijn. Ten tweede verwijst een huisarts een patiënt door als de huisarts niet weet wat er speelt bij de patiënt, en de huisarts zelf niet in staat is om het benodigde onderzoek uit te voeren. Ten derde kan de huisarts een patiënt doorverwijzen als de huisarts wel weet wat het probleem is, maar de behandeling niet binnen de scope van de huisarts valt. Tot slot komt het voor dat patiënten zelf om een verwijzing vragen, bijvoorbeeld als zij geruststelling nodig hebben.

De verwijzingen verlopen voor het grootste deel via de applicatie ZorgDomein. Medici moeten ervoor betalen om via de applicatie verwijzingen te ontvangen. Hierdoor komt het voor dat bepaalde medici (voornamelijk paramedici) niet aangesloten zijn bij ZorgDomein. Bij een verwijzing via ZorgDomein komt de uitslag van het onderzoek meestal op korte termijn terug bij de huisarts via het eigen digitale systeem.

Beantwoording deelvraag 3: Wat vinden huisartsen bij een doorverwijzing belangrijk in de keuze voor een specifieke specialist/kliniek?

De voornaamste trigger (die door vrijwel alle respondenten is benoemd, zie bijlage D, analyseschema 4) in de keuze voor een specifieke specialist is het gegeven dat de patiënt reeds een voorkeur heeft voor een specifieke organisatie of specialist. Dit heeft vaak te maken met de locatie van de specialist. Ook de wachttijd heeft invloed op de keuze voor een specifieke specialist. In bepaalde omstandigheden adviseren de huisartsen de patiënt om naar een bepaalde specialist te gaan. Respondenten 2, 4, 10 en 12 geven aan actief te adviseren bij specifieke klachten waarvan bekend is dat bepaalde specialisten of organisaties daar veel ervaring mee hebben. Zo geeft

respondent 10 het voorbeeld van knieproblematiek: "Soms denk je van: goh, weet je, voor een knie of knieproblematiek, jonge sporter, dan zou ik echt specifiek naar die vent gaan". In enkele gevallen, wanneer de huisarts negatieve ervaringen te horen krijgt over een bepaalde specialist, kiest de huisarts ervoor om het advies te geven aan de patiënt om deze specialist niet te benaderen (respondent 1 en 7).

Patiënten hebben vaak het idee dat alle medische informatie beschikbaar is voor alle artsen. Dit is echter nog niet het geval. Dit is voor huisartsen direct een belangrijke trigger ten aanzien van het adviseren van een specialist, nadat gekozen is voor een verwijzing. Op het moment dat een patiënt al bekend is in een bepaald ziekenhuis of een bepaalde kliniek, kiezen artsen vaak ervoor om de patiënt opnieuw naar dit ziekenhuis of deze kliniek te verwijzen (respondent 1, 2, 4, 5, 6, 10 en 12). Of beter gezegd; om de patiënten te adviseren om opnieuw naar die locatie te gaan. Respondent 10 geeft in dit verband aan dat het niet wenselijk is om bij vergelijkbare problemen een andere specialist te benaderen die het initiële onderzoek opnieuw moet uitvoeren.

5.3 Informatievoorkeuren

In dit onderzoek is aan de huisartsen gevraagd wat hun voorkeuren zijn ten aanzien van de informatievoorziening. Hierbij is niet alleen gevraagd naar het soort informatie dat beschikbaar dient te zijn, maar ook naar de platformen waarop de huisarts actief is.

De meest voorkomende informatie die huisartsen ontvangen van specialisten is de patiëntenbrief. Respondent 11 geeft aan dat het van belang is dat de patiëntenbrief snel terug bij de huisarts is, aangezien de patiënt de huisarts soms al snel opbelt met vervolgvragen (bijlage D, analyseschema 6). Daarnaast is behoefte aan een korte en bondige brief, zonder voor de huisarts nutteloze informatie (respondent 1, 4 en 11). Respondent 1 omschrijft de gewenste brief als volgt: "Als iemand klaar is, dan wil ik weten: 'de behandeling is goed, de patiënt is tevreden en iemand komt bij u terug'". Respondent 12 geeft aan ook behoefte te hebben aan informatie tijdens het onderzoek, bijvoorbeeld als de specialisten nog vervolgonderzoeken uitvoeren.

Daarnaast geeft respondent 7 aan behoefte te hebben aan informatie met betrekking tot de klachten waarvoor de huisarts patiënten kan doorverwijzen naar de kliniek en waarin de kliniek uitblinkt. Respondent 6 geeft aan te willen weten waar de kliniek echt goed in is en op welke gebieden de kliniek zich onderscheidt. Voor welke behandelingen en klachten dienen de huisartsen patiënten naar de Mauritskliniek door te verwijzen en waarom? Hierop aanvullend is het relevant om te weten welke nieuwe technieken ontwikkeld of beschikbaar zijn binnen de kliniek (respondent 2, 3, 4, 8 en 9). Respondent 8 geeft aan dat als de huisartsen niet weten wat de kliniek te bieden heeft, zij ook geen patiënten kunnen doorverwijzen naar de kliniek.

De huisartsen hebben tevens behoefte aan een persoonlijker en duidelijker beeld van de specialisten die werkzaam zijn bij de Mauritskliniek. In dit verband hebben zij behoefte aan daadwerkelijk een gezicht bij de naam (respondent 2), maar ook aan meer vakgerelateerde informatie (respondent 3 en 5). De huisartsen willen van de specialisten weten: wie ben je? Wat is je interessegebied? Wat is je expertise of subspecialisatie? Ben je gepromoveerd?

Respondent 11 geeft ook aan interesse te hebben in inhoudelijke informatie, zoals persoonlijke feedback na een verwijzing. Als iets in de verwijzing niet klopte of

onvolledig was, kan het terugkoppelen hiervan zorgen voor een leerzame en persoonlijke touch.

Beantwoording deelvraag 4: Welke communicatie-/informatievoorziening prefereert de doelgroep?

De huisartsen benoemden meerdere platformen waarop zij informatie verzamelen (bijlage D, analyseschema 5). De vakbladen die zij benoemden zijn *Huisarts & Wetenschap*, *Tijdschrift voor Gerontologie & Geriatrie* en *Arts & Auto*. Deze vakbladen beschikken over een eigen website waarop eveneens informatie te vinden is. Daarnaast noemt respondent 6 klacht specifieke websites en maakt respondent 7 gebruik van Google. Op het gebied van dermatologie is huidziekten.nl een veelgenoemde site. Tot slot zijn de richtlijnen van de standaard van het Nationale Huisartsen Genootschap (NHG-standaard) een bron van informatie (respondenten 3, 6 en 7).

5.4 Het gedrag van de Mauritskliniek

De omgang en de ervaringen met de patiënten staan centraal (bijlage D, analyseschema 7). Dit geldt voor de kwaliteit van de geleverde zorg, maar ook voor het proces eromheen. Het is van belang dat er voldoende tijd en aandacht is voor de patiënt (respondent 7). Daarnaast is een persoonlijke benadering van belang, bijvoorbeeld door van tevoren een foto van de behandelende specialist te delen: "Het zou natuurlijk heel sympathiek zijn, dat hij direct een foto erbij krijgt van: dit is uw dokter." (respondent 9). Soms is het bij het maken van een afspraak nog onduidelijk welke specialist de patiënt daadwerkelijk gaat behandelen. Dit komt met name voor in klinieken waarin veel specialisten werkzaam zijn. Respondenten 5 en 9 vinden het belangrijk om aan de patiënt te vertellen wat de patiënt kan verwachten. Respondent 9 benadrukt hierbij de procesmatige kant: "Krijgt de patiënt telkens de arts of veel arts-assistenten te zien. Ook hoe de patiënt wordt ingelicht, via de arts of de verpleegkundige specialist".

Het hoofdpunt is de kwaliteit van de zorg. Het gedrag dat de huisartsen wenselijk achten van de Mauritskliniek sluit daarop aan. Hoe kan een zorgverlener de patiënt zo snel en volledig mogelijk verder helpen? Volgens de respondenten 5, 6, 7 en 9 hebben de huisartsen behoefte aan een laagdrempelige mogelijkheid tot collegiaal overleg. Het is noodzakelijk dat de specialist hiervoor openstaat en de huisarts niet het gevoel geeft tot last te zijn. Dit kan ertoe leiden dat de huisarts bepaalde vragen niet meer stelt, wat direct afdoet aan de kwaliteit van de zorg (respondent 5).

Het collegiaal overleg kan ook via een groepsplatform plaatsvinden. Op dit platform kan een huisarts een casus voorleggen, waarna de specialisten advies kunnen geven over de diagnose en de behandeling (respondent 5). Respondenten 6, 9 en 11 geven tevens aan behoefte te hebben aan goede teleconsultatie-mogelijkheden, waarbij de specialist meekijkt bij een patiënt. Volgens respondent 6 leidt dit tot snellere antwoorden voor de patiënt, aangezien een huisarts met een kort lijntje bij de dermatoloog snel met adviezen bij de patiënt terug kan komen.

De beste manier om top-of-mind te zijn, is om een persoonlijke indruk achter te laten, bijvoorbeeld door middel van nascholing (respondent 5). Indien een specialist of een organisatie door middel van nascholing aantoont daadwerkelijk expertise in huis te hebben, blijft dit beter hangen dan wanneer de organisatie een folder verstuurt (respondent 5, 6, 8, 10 en 13). Een van de respondenten merkte in dit verband op: "Als je dan goeie scholing krijgt van iemand die kennis heeft en boven de stof staat, waar je dus vertrouwen in hebt, dan straalt dat positief af op de organisatie." (respondent 13). Respondent 10 geeft aan dat deze nascholingen ook plaats kunnen vinden in de vorm

van een lunchsessie, waarbij een specialist laagdrempelig informatie geeft over een bepaald onderwerp. Respondent 12 benoemt de behoefte om een keer binnen te kijken bij de kliniek. Huisartsen zijn bij ziekenhuizen vaak wel een keer binnen zijn geweest, privé of tijdens hun coschappen, maar bij een kliniek is dit niet het geval.

5.5 De symboliek van de Mauritskliniek

Voordat de respondenten beelden van de Mauritskliniek te zien kregen, is aan de respondenten gevraagd wat zij verwachten van de visuele uitingen van een medisch specialist (bijlage D, analyseschema 10). Hieruit kwam nogmaals de behoefte naar voren aan het hebben van een gezicht bij de specialisten (respondent 1, 2, 6, 11, 12 en 14): “Dat zou een verbetering zijn, dat je meer een smoelwerk krijgt van de kliniek” (respondent 2). Daarnaast is het van belang dat de visuele uitingen overzichtelijk en duidelijk zijn (respondenten 3, 5, 7 en 12).

Respondent 11 gaf aan dat de informatie waarnaar patiënten op zoek zijn afwijkt van de informatie waarnaar huisartsen op zoek zijn. Om deze reden is het van belang om een aparte pagina beschikbaar te stellen met informatie die voor de huisartsen relevant is. Naast het gezicht van de specialist, kan deze pagina informatie bevatten over de expertise van de individuele specialist. Na het bespreken van de verwachtingen is beeldmateriaal van de Mauritskliniek getoond (bijlage B) en is gevraagd welke indruk deze uitingen op de huisartsen maken (bijlage D, analyseschema 11). Hieruit kwam nogmaals naar voren dat er een verschil is tussen hetgeen relevant is voor een huisarts en hetgeen relevant is voor een patiënt. Respondenten 2, 4 en 6 gaven aan dat het getoonde beeldmateriaal relevanter is voor patiënten dan voor collega-huisartsen. Dit is met name het geval omdat de meeste verwijzingen via ZorgDomein verlopen (respondent 4) en ZorgDomein geen afbeeldingen of foto's bevat.

De kleurstelling in het beeldmateriaal komt flets over (respondent 4). Respondent 8 omschreef het beeldmateriaal als nietszeggend en niet sprankelend. Respondenten 2, 3, 4 en 5 gaven aan dat de visuele uitingen van de kliniek aansloten op de kernwaarden: “persoonlijk”, “duidelijk” en “goed geregeld”. Ook in de visuele uitingen kwam het commerciële aspect van de organisatie naar voren (respondent 1 en 7), onder andere door de cosmetische informatie.

Over het algemeen dragen de visuele uitingen niet bij aan het beeld dat de huisartsen hebben van de kliniek (bijlage D, analyseschema 12, respondent 2, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 12 en 13). Respondent 8 geeft aan dat dit komt doordat de informatie op de website voornamelijk patiënteninformatie is in plaats van professionele informatie. Wanneer de visuele uitingen commercieel overkomen, zoals volgens respondenten 1 en 7 bij de Mauritskliniek het geval is, hebben deze uitingen echter een negatief effect.

5.6 De communicatie van de Mauritskliniek

De respondenten hebben geen herinnering aan niet patiënt gerelateerde communicatie-uitingen vanuit de organisatie richting de huisartsen (bijlage D, analyseschema 13, respondenten 4, 5, 6, 10 en 14). De enige communicatie die de respondenten zich voor de geest konden halen, zijn de patiëntenbrieven. Dit zijn de brieven die de organisatie verstuurt ter afsluiting van een behandeltraject in de kliniek. Respondenten 1, 2, 3, 4 en 5 geven aan dat de patiënten brieven duidelijk, goed geregeld en persoonlijk zijn. De waarde ‘persoonlijk’ is een waarde die de huisartsen voornamelijk van de patiënten terug moeten horen (respondent 9).

Met de respondenten is gesproken over het communicatiegedrag van de Mauritskliniek, of specifieker gezegd: het proactief versturen van informatie door de kliniek (bijlage D, analyseschema 8). Hieruit komt naar voren dat de huisartsen behoefte hebben aan deze informatie, maar dat het ook een gevoelig onderwerp is (respondent 2, 4, 7, 9, 10 en 11). Er is een dunne scheidslijn tussen het delen van relevante informatie en opdringerige reclame verzenden. Zo geeft respondent 4 aan dat informatie over nieuwe technieken altijd handig is, maar dat deze informatie soms overkomt als reclame en dat wringt.

Respondenten 2, 4, 9 en 10 geven aan informatie over nieuwe ontwikkelingen graag proactief te ontvangen, aangezien deze informatie relevant is voor hun dagelijkse werk. Een van de respondenten geeft aan: "Kijk, als zij iets nieuws gaan bieden, moet je het wel weten, want anders kunnen we hier niet naar verwijzen" (respondent 10). In dit verband geven de respondenten aan dat het van belang is dat de gedeelde informatie daadwerkelijk relevant is voor de huisartsen en dat de huisartsen niet te vaak informatie ontvangen. Het delen van niet-relevante informatie of het te vaak delen van informatie komt opdringerig over (respondent 7).

Daarnaast is besproken in hoeverre het communicatiegedrag van de organisatie invloed heeft op het beeld van de organisatie (bijlage D, analyseschema 9) en op de kans dat de huisartsen patiënten naar de organisatie doorverwijzen. Ook hier komt de dunne scheidslijn tussen relevante informatie en reclame naar voren. Het proactief delen van informatie die voor de huisarts relevant is, draagt positief bij aan het beeld van de organisatie (respondent 2, 3, 4, 7, 9, 11, 12 en 13). Respondent 7 geeft aan waarde te hechten aan deze informatie, omdat hij daardoor beter weet naar wat voor organisatie hij de patiënten verwijst. Op het moment dat het communicatiegedrag overkomt als een reclamestunt, is dit effect echter negatief (respondent 4).

Als de communicatie in orde is, heeft dit een positief effect op het beeld van de organisatie en de kans om naar de organisatie door te verwijzen (bijlage D, analyseschema 14, respondent 1, 3, 5, 6, 7, 12, 13 en 14). Door duidelijk, goed geregeld en persoonlijk te communiceren, zal de kliniek meer top-of-mind zijn bij de huisartsen. Dit leidt ertoe dat de kans op een actieve aanbeveling toeneemt (respondent 5). Respondent 4 zet ook bij de communicatie de kanttekening dat het een negatief effect heeft op het beeld van de organisatie als de communicatie commercieel overkomt.

5.7 Beantwoording hypotheses

In het theoretisch kader (3.4) van dit onderzoek zijn drie hypotheses opgesteld op basis van de drie onderdelen van *The Corporate Identity Mix*: gedrag, communicatie en symboliek. Op basis van de resultaten kan het onderzoek deze hypotheses aannemen of verwerpen.

Beantwoording hypothese 1: Als een organisatie haar identiteit wil uitdragen, dan is het van belang dat het gedrag van de organisatie op deze identiteit aansluit, zodat de identiteit en het imago overeenkomen.

Uit de resultaten komt naar voren dat er onder de huisartsen behoefte is aan laagdrempelige mogelijkheden tot collegiaal overleg maar dat het belangrijk is dat de specialist hiervoor open staat. Hiernaast blijkt dat het faciliteren van face-to-face ontmoetingen door middel van open dagen, nascholingen of lunchsessies zorgt voor het achterlaten van een persoonlijke indruk. Tot slot zorgt het van tevoren communiceren met welke specialist de patiënt te maken krijgt voor een persoonlijkere ervaring voor

zowel de patiënt als de huisarts. Door de verbeteringen toe te passen draagt de organisatie de kernwaarden “persoonlijk”, “duidelijk” en “goed geregeld” beter uit naar de doelgroep. Hierdoor komen de identiteit en het imago van de organisatie met elkaar overeen. Op basis van deze informatie neemt het onderzoek deze hypothese aan.

Beantwoording hypothese 2: Als een organisatie haar identiteit wil uitdragen, dan is het van belang dat de symboliek van de organisatie op deze identiteit aansluit, zodat de identiteit en het imago overeenkomen.

Uit de resultaten komt naar voren dat er behoefte is aan het hebben van een gezicht bij een specialist in de vorm van een smoeienboek of webpagina. Hiernaast blijkt dat huisartsen op het gebied van symboliek andere behoeften hebben dan patiënten. Het hebben van een huisarts specifieke pagina op de website van de organisatie zal hierom bijdragen aan het uitdragen van de kernwaarden “duidelijk” en “goed geregeld”. Door de verbeteringen toe te passen draagt de organisatie de kernwaarden dus beter uit naar de doelgroep. Hierdoor komen de identiteit en het imago van de organisatie met elkaar overeen. Op basis van deze informatie neemt het onderzoek deze hypothese aan.

Beantwoording hypothese 3: Als een organisatie haar identiteit wil uitdragen, dan is het van belang dat de communicatie van de organisatie op deze identiteit aansluit, zodat de identiteit en het imago overeenkomen.

Uit de resultaten komt naar voren dat de huisartsen behoefte hebben aan informatie vanuit de organisatie. Er is echter een dunne scheidslijn tussen het delen van relevante informatie en het verzenden opdringerige reclame. Het toepassen van de verbetering betreffende het proactief delen van informatie draagt bij aan de identiteit van de organisatie indien de informatie niet als reclame overkomt. Hiernaast draagt het communiceren van informatie gericht op behandelingen, expertise en patiënten bij aan het in lijn brengen van de identiteit met het imago van de organisatie. Op basis van deze informatie neemt het onderzoek deze hypothese aan.

6. Conclusies

Naar aanleiding van de resultaten van dit onderzoek zijn de volgende conclusies te trekken: De invloed van de patiënt in de keuze voor een specifieke specialist bij een doorverwijzing is vele malen groter dan verwacht. Er is een tekort aan communicatie vanuit de organisatie waardoor de organisatie niet top-of-mind is bij de huisartsen. De organisatie weet de kernwaarde 'persoonlijk' onvoldoende over te brengen bij de respondenten terwijl deze kernwaarde juist bijdraagt aan het top-of-mind zijn bij de huisartsen. Door middel van het organiseren van nascholingen kan de organisatie een persoonlijke connectie maken met de huisartsen en expertise uitstralen, hierdoor brengt de organisatie de identiteit in lijn met het imago. Tot slot is symboliek relevanter voor patiënten dan voor huisartsen, maar is het van belang om te voorkomen dat de symboliek een commerciële uitstraling heeft.

Patiëntvoorkeuren als grootste driver

Wat opvallend is in de resultaten is de rol die de huisartsen aan de patiënten toekennen in de keuze voor een specialist. De respondenten geven aan dat de patiënt vandaag de dag vaak al zelf een duidelijke voorkeur heeft voor een specifieke specialist. Deze voorkeur kan gebaseerd zijn op ervaringen van vrienden of kennissen, maar ook op basis van simpele eigenschappen, zoals locatie en wachttijd. Het is voor de organisatie van belang om dit te realiseren, aangezien dit betekent dat het imago van de organisatie onder de huisartsen onlosmakelijk verbonden is met het imago van de organisatie onder de patiënten. De respondenten gaven aan dat de voorkeur van de patiënt leidend is in dit proces, terwijl van tevoren de verwachting was dat de patiënt binnenkomt met een bepaald ziektebeeld en de huisarts de patiënt verwijst naar een bepaalde specialist. De invloed van de patiënt is daarom vele malen groter dan in eerste instantie werd gedacht.

Tekort aan communicatiedeling

Uit de onderzoeksresultaten is tevens gebleken dat de respondenten niet bekend zijn met communicatie vanuit de organisatie, afgezien van de patiëntenbrieven. Dit inzicht kwam echter overeen met de verwachting, aangezien uit de situatieschets is gebleken dat de organisatie weinig tot geen informatie verstuurt naar de respondenten. Volgens Birkigt en Stadler (1988) is communicatie cruciaal in het overbrengen van de identiteit van de organisatie. Dit verklaart dan ook waarom de organisatie bij de huisartsen (in de relevante regio's) niet top-of-mind is. De respondenten hebben echter aangegeven behoefte te hebben aan het ontvangen van informatie van de kliniek. De informatie waaraan behoefte is, heeft voornamelijk betrekking op het behandelaanbod van de kliniek. De respondenten willen weten: waarvoor kan een huisarts een patiënt doorverwijzen? En wat is de expertise van de kliniek? Een huisarts kan een patiënt immers niet doorverwijzen naar een kliniek als de huisarts niet weet welke behandelingen de kliniek aanbiedt. Deze behoefte aan praktische informatie komt ook in de literatuur naar voren. Marshall (1998) toont aan dat huisartsen behoefte hebben aan informatie die direct toepasbaar is in het klinische werk.

Daarnaast hebben de huisartsen behoefte aan informatie die is gerelateerd aan veel voorkomende aandoeningen (binnen het expertisegebied van de kliniek). Tot slot is het van belang om meer procesmatige informatie te communiceren. Voorbeelden hiervan zijn de vraag waar de zorg van de Mauritskliniek ophoudt (wanneer draagt de kliniek een patiënt over aan een andere specialist of een ziekenhuis) en hoe een afspraak bij de kliniek eruitziet. Dit draagt bij aan het managen van de verwachtingen van zowel de

patiënten als de huisartsen. Dit voorkomt dat huisartsen een negatief beeld krijgen van de organisatie, doordat bepaalde diagnostiek niet binnen de organisatie beschikbaar is.

Gebrek aan persoonlijk beeld

De kernwaarden die de organisatie wil uitstralen, zijn “duidelijk”, “goed geregeld” en “persoonlijk”. De laatste kernwaarde (persoonlijk) blijkt niet goed over te komen bij de respondenten. De respondenten geven wel aan dat het vormen van een gezicht bij de organisatie van groot belang is. Het uitdragen van de derde kernwaarde draagt daarmee ook bij aan het top-of-mind zijn bij de huisartsen. De respondenten geven echter ook aan dat de patiënten die bij de huisarts terugkomen na een behandeling bij de organisatie, een grote invloed hebben op de vraag hoe persoonlijk de organisatie overkomt op de huisartsen. Het is begrijpelijk dat de huisarts naar de ervaringsdeskundige, in dit geval de patiënt, luistert om een beeld te krijgen van de organisatie. Uit de literatuur is gebleken dat het gedrag van een organisatie een grote impact heeft op het beeld dat een persoon van een organisatie heeft (Birkigt & Stadler, 1988). In dit verband is echter opvallend dat uit de onderzoeksresultaten naar voren komt dat het gedrag richting de patiënten een grotere impact heeft op het imago dan het gedrag richting de huisartsen, zelfs voor het imago onder de huisartsen. Dit komt naar voren in de situatie waarin de huisarts een patiënt doorverwijst naar de kliniek en de patiënt weer terugziet op het spreekuur, waar de patiënt de ervaring met de desbetreffende kliniek deelt met de huisarts.

Connectie maken en expertise overdragen

Hoewel de ervaringen van de patiënten met de kliniek een grote invloed hebben op het beeld dat huisartsen van de kliniek hebben, is het tevens relevant om een persoonlijke band met de huisartsen op te bouwen. In de reguliere gang van zaken ontmoet de specialist de huisarts niet. De huisarts verwijst de patiënt door naar een specialist en ontvangt een verslag. Toch blijkt het waardevol om deze ontmoetingen te stimuleren. In tegenstelling tot een ziekenhuis (via privé-zaken of coschappen) is een huisarts vaak nog nooit binnen geweest in de kliniek. Aangezien de respondenten aangeven dat zij een adviesfunctie hebben in de keuze voor een specialist, is het van belang dat zij weten wat de expertise van de kliniek is. Als de huisartsen een keer de specialisten gesproken hebben en een beter beeld hebben van de expertise of de subspecialisatie van de specialisten, verwijzen zij patiënten sneller door naar deze specialisten. Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat nascholingen de beste manier zijn om dit te bewerkstelligen. Door middel van nascholingen koppelt een huisarts namelijk niet alleen een gezicht aan een specialist, maar krijgt de huisarts ook direct een bevestiging van de expertise van deze specialist. De respondenten geven aan dat het via nascholing mogelijk is om echt een plekje bemachtigen in het hoofd van de huisarts. Hierdoor is de organisatie meer top-of-mind op het moment dat een patiënt advies vraagt over de keuze voor een specialist.

Een andere manier om in nauw contact te komen met de huisartsen (en de zorg voor de patiënten te versnellen) is door middel van collegiaal overleg. Dit overleg is mogelijk aan de hand van teleconsulten of een telefonisch adviesgesprek met een huisarts. Berendsen (2009) toont aan dat huisartsen zich in de samenwerking willen focussen op het opbouwen van wederzijds respect en status. Het onderzoek bevestigt dit. Het is in het collegiale overleg dus van belang om de huisartsen het gevoel te geven dat de kliniek (en de specialist) de samenwerking waardeert en dat deze niet als een last voelt voor de specialisten.

Commerciële visuele uitingen ontwijken

Een laatste opvallend onderzoeksresultaat heeft betrekking op de symboliek van de organisatie. De huisartsen geven aan dat de symboliek slechts in mindere mate interessant is voor hen als doelgroep. De huisartsen spreken zichzelf echter meermaals tegen door aan te geven dat een commercieel ogende symboliek een negatief effect heeft op het beeld dat zij van de kliniek hebben. Hieruit blijkt dat de symboliek wel degelijk een effect kan hebben op het algehele beeld van de huisartsen over de organisatie, maar dat deze invloed vooral negatief is. Dit komt wederom overeen met de literatuur over symboliek (Birkigt & Stadler, 1988). De negatieve tendens die de huisartsen ervaren bij de commercieel ogende symboliek van de organisatie heeft wel degelijk invloed op het beeld van de organisatie als geheel.

7. Aanbevelingen

Op basis van de resultaten en de conclusies van dit onderzoek is een aantal aanbevelingen geformuleerd gericht op het in lijn brengen van de identiteit met het imago, namelijk: zorg dat de patiënt weet wat hij of zij kan verwachten door vooraf te communiceren met wie de patiënt een afspraak heeft en hoe deze afspraak eruitziet. Distribueer één keer per jaar een informatieve folder en breng een boekwerk uit over veelvoorkomende ziektebeelden. Haal de huisartsen de kliniek binnen door middel van nascholingen en open dagen. En tot slot: creëer een zichtbare samenwerking met de huisartsen om patiënten sneller van dienst te zijn door middel van teleconsulten en een telefoonlijn speciaal voor collegiaal overleg.

7.1 Blijde patiënt is blijde huisarts

Uit de resultaten en de conclusies van het onderzoek komt naar voren dat het beeld dat de huisarts van de organisatie heeft sterk afhankelijk is van de terugkoppeling vanuit patiënten. In andere woorden: uit het onderzoek is gebleken dat het gedrag van de kliniek jegens de patiënten bijdraagt aan het imago van de kliniek onder de huisartsen. Uit de gesprekken met de huisartsen is een aantal dingen naar voren gekomen op basis waarvan de organisatie deze terugkoppeling vanuit de patiënten kan beïnvloeden.

Het voordeel dat een kliniek kan hebben ten opzichte van een ziekenhuis is gelegen in de persoonlijke indruk bij de patiënt. Om dit gevoel te stimuleren, dient de organisatie op het moment dat de patiënt een afspraak maakt hier al een persoonlijke draai aan te geven. Dit bereikt de organisatie door per e-mail een afspraakbevestiging te versturen met de naam en de foto van de specialist die de patiënt gaat behandelen. Daarnaast dient deze mail een duidelijke omschrijving van het proces met betrekking tot de afspraak te bevatten. De organisatie kan hiervoor de volgende formuleringen gebruiken: "Bij binnenkomst in de kliniek meld je jezelf bij de balie. Hierna word je naar de juiste wachtkamer geleid. Dokter ... haalt je daar op. Tijdens deze afspraak zal alleen gesproken worden over eventuele behandelingen, er zal nog geen actie ondernomen worden."

Het vergroten van de tevredenheid onder patiënten heeft meerdere effecten. Zoals hierboven omschreven, leidt de positieve terugkoppeling naar de huisartsen ertoe dat de huisartsen de kliniek sneller actief aanbevelen. Daarnaast speelt het gegeven mee dat de patiënt de grootste drijfveer is in de keuze voor een specialist. Door de patiënt een goed gevoel te geven, vergroot de kliniek de kans dat de patiënt in het vervolg een voorkeur voor de Mauritskliniek uitspreekt. Tevens vergroot de kliniek de kans dat de patiënt deze positieve ervaring deelt met de persoonlijke omgeving en hierdoor mensen uit de omgeving van de patiënt ook voor de kliniek kiezen.

7.2 Jaarlijkse informatiefolder

Uit de resultaten en de conclusies is ook naar voren gekomen dat het proactief delen van informatie met de doelgroep positief bijdraagt aan het beeld dat de doelgroep heeft van de organisatie. Deze informatie moet echter niet opdringerig zijn en niet als reclame overkomen. Om deze reden is het advies om één keer per jaar actief informatie te distribueren. Dit dient informatie te zijn die voor de huisartsen relevant is in het uitvoeren van de dagelijkse werkzaamheden. De relevante informatie bestaat uit twee categorieën: informatie die direct gerelateerd is aan de Mauritskliniek en algemene vakgerelateerde informatie.

Als de huisartsen hun werk optimaal willen uitvoeren zijn er een aantal dingen die ze moeten (willen) weten van specialisten en klinieken. Zo willen de huisartsen weten waarvoor zij patiënten kunnen doorverwijzen naar een specifieke specialist of kliniek, in dit geval de Mauritskliniek. Daarnaast willen de huisartsen weten voor welke klachten zij patiënten naar de kliniek 'moeten' doorverwijzen, oftewel waar de expertise van de kliniek ligt. Tot slot willen de huisartsen graag een beter beeld krijgen van de specialisten als persoon. Dit is mogelijk door middel van een smoelenboek. Het advies aan de organisatie is dan ook om elk jaar een folder te creëren met de volgende onderdelen:

1) Evenementenagenda

- a. Hierin direct laten zien welke interessante bijeenkomsten gepland staan voor de huisartsen.
 - i. Nascholingen
 - ii. Open dagen
 - iii. Lunchsessie-mogelijkheden (op uitnodiging)

2) De expertise van de Mauritskliniek

- a. Het is belangrijk om hiermee te beginnen, zodat de kliniek direct aan de huisartsen laat zien waar de kliniek voor staat.
- b. In dit verband dient de organisatie niet alleen te beschrijven waar de expertise ligt, maar dient de organisatie ook te onderbouwen waarom dit de expertise van de organisatie is.
 - i. Hoe vaak doet de organisatie dit?
 - ii. Wat onderscheidt de organisatie van andere organisaties?
- c. Link naar de bijbehorende websitepagina's onder het kopje voor verwijzers (QR-code)

3) Nieuwe behandelingen/klachten/ziektebeelden

- a. Om te voorkomen dat huisartsen stoppen met lezen omdat de informatie al bekend is, dient de organisatie alleen nieuwe ontwikkelingen te beschrijven.
- b. Omschrijf hier voor welke specifieke behandelingen de huisartsen patiënten kunnen doorverwijzen, maar ook voor welke klachten, zodat huisartsen ook voor een nog onbekende diagnose patiënten kunnen doorverwijzen.
- c. Verwijs hierbij ook naar de volledige lijst van het aanbod.
- d. Link naar de bijbehorende websitepagina's onder het kopje voor verwijzers (QR-code)

4) Smoelenboek

- a. Bij het smoelenboek is het van belang dat de huisartsen in een oogopslag een mentale notitie maken van de gezichten en de (sub)specialisaties van de specialisten.
- b. De organisatie dient het smoelenboek vorm te geven per hoofdspecialisatie en onder de foto's (minimale) informatie over de specialisten toe te voegen.
 - i. Subspecialisatie
 - ii. Naam
 - iii. *Eventuele additionele informatie*
- c. Link naar de bijbehorende websitepagina onder het kopje voor verwijzers (QR-code)

5) Totaaloverzicht van de behandelingen, de klachten en de ziektebeelden

- a. Het totale aanbod in een folder plaatsen is niet mogelijk vanwege de omvang van het aanbod. Het advies hier is om een lijst met behandelcategorieën of klachtcategorieën weer te geven die de huisartsen alsnog stimuleren om verder te kijken ('goh, ik wist helemaal niet dat de kliniek dat soort dingen ook kon').
- b. Om ervoor te zorgen dat de huisartsen vervolgens zonder al te veel moeite de volledige lijst met behandelingen of klachten op het gekozen gebied kunnen inzien, is het wenselijk dat de QR-codes (en daarmee webpagina's) overeenkomen met de geprinte categorieën.

Daarnaast geven de huisartsen aan behoefte te hebben aan algemene informatie ten aanzien van veelvoorkomende ziektebeelden. Deze informatie is in grote mate reeds beschikbaar op de website van de Mauritskliniek. Dit biedt de organisatie de ruimte om uitgebreid de eigen expertise te tonen. Het is echter van belang dat dit niet het gevoel wekt dat de informatie als verkooppraatje dient. Het advies is dan ook om elk jaar de informatie over veelvoorkomende ziektebeelden (binnen de specialisaties die aanwezig zijn in de Mauritskliniek) te bundelen en te distribueren in de vorm van een boekwerk. Het hoofddoel van het boekwerk is niet om de Mauritskliniek top-of-mind te maken, maar om de huisartsen te helpen om sneller en beter diagnoses te stellen op basis van de informatie in het boek. Indien dit boek een waardevolle toevoeging vormt op de dagelijkse werkzaamheden van de huisartsen, draagt dit bij aan een positief beeld van de Mauritskliniek onder de huisartsen.

De informatie die in deze bundel terug dient te komen, is hieronder uiteengezet. De daadwerkelijke opzet en uitvoering dienen besproken te zijn met de specialisten en getest te zijn bij de huisartsen. De bundel dient ten minste de volgende informatie te bevatten:

- 1) Inhoudsopgave op basis van symptomen (voor snelle herkenning)
- 2) Veelvoorkomende ziektebeelden
 - a. Waar herken je ze aan?
 - b. Waar komt het door?
 - c. Wat kan de huisarts eraan doen?
 - d. Wat kan een specialist (in het algemeen, niet Mauritskliniek-gerelateerd) eraan doen?
 - e. Link naar de relevante Mauritskliniek-pagina (QR-code)

Door het boek over veelvoorkomende aandoeningen een hulpstuk in het dagelijkse werk van de huisartsen te maken, ervaren de huisartsen de bijgeleverde informatiefolder over de Mauritskliniek positiever. Daarnaast gaven de huisartsen aan dat zij de website huidziekte.nl raadplegen. Kennisdeling in de vorm van een samenwerking met deze website is een interessante mogelijkheid, omdat de huisartsen reeds frequent gebruikmaken van deze website. De organisatie kan deze samenwerking vormgeven aan de hand van een informatieve blog met dezelfde informatie die is opgenomen in het boekwerk.

7.3 Nascholingen, lunchsessies en open dagen

Om de Mauritskliniek top-of-mind te maken bij de huisartsen, is het van belang dat de huisartsen kennismaken met de expertise en de specialisten van de organisatie. Door een beeld te creëren van de medewerkers van de kliniek, blijft de organisatie meer in de gedachte van de huisartsen hangen. In het onderzoek is naar voren gekomen dat de

huisartsen geen gezicht hebben bij de organisatie (en de specialisten die er werken) en in veel gevallen de vestigingen van de kliniek niet hebben bezocht. De ziekenhuizen in de omgeving hebben de huisartsen daarentegen vaak reeds bezocht tijdens hun coschappen of tijdens privébezoeken. Om deze reden hebben de huisartsen een beter beeld van de ziekenhuizen dan van de kliniek. Het advies met betrekking tot de persoonlijke ontmoetingen tussen de huisartsen en de specialisten treedt uiteraard pas in werking op het moment dat deze ontmoetingen geen risico meer vormen in verband met het huidige COVID-19-virus.

Birkigt en Stadler (1988) geven aan dat als een organisatie de eigen identiteit niet volledig overbrengt, sprake is van invulling van de identiteit. Dit in plaats van het zelf portretteren aan de hand van gedrag, communicatie en symboliek. Het gebrek aan een duidelijk beeld van de kliniek en de specialisten heeft daarmee effect op het imago van de organisatie, doordat de doelgroep dit beeld zelf invult. Wanneer de huisartsen een kijkje in de keuken krijgen bij de organisatie en kennismaken met de specialisten is er minder ruimte voor eigen invulling.

Er zijn meerdere manieren om dit te bewerkstelligen. Het advies aan de organisatie is om een mix van technieken te gebruiken. De eerste (en hoogstwaarschijnlijk meest effectieve) techniek betreft het organiseren van nascholingen, idealiter op locatie. Het organiseren van nascholingen heeft namelijk een veelvoudige werking. Ten eerste maakt een huisarts hier hoogstwaarschijnlijk tijd voor vrij, omdat elke huisarts de verplichting heeft om veertig uur per jaar nascholing te volgen. Daarnaast zorgt de nascholing ervoor dat de organisatie heel duidelijk de expertise en kennis van stof aan de huisartsen toont. Het derde voordeel houdt in dat de huisartsen hierdoor ook direct op de hoogte zijn van het feit dat zij patiënten met de besproken ziektebeelden naar de kliniek kunnen doorverwijzen. Tot slot creëert deze nascholing een ontmoeting tussen de huisartsen en de specialisten, waardoor de huisartsen een beeld van de kliniek en de organisatie krijgen. Het is om deze reden wenselijk om de nascholingen te organiseren in het gebouw waar de kliniek ook patiënten ontvangt en om tijdens de nascholing meerdere specialisten aan het woord te laten, zodat de huisartsen kennis kunnen maken met deze specialisten.

Een andere voor de huisartsen laagdrempeligere manier om het imago van de kliniek te verbeteren is om 'lunchsessies' bij de huisartspraktijken te organiseren. Door tijdens de lunchpauze van de huisartsen met één of twee specialisten een praatje te houden over een specifiek onderwerp, vindt een soort nascholing plaats op kleinere schaal. Daarnaast toont het (voor de huisartsen) laagdrempelige aspect nog sterker de intentie van de specialisten om met de huisartsen samen te werken.

Een laatste, voor de organisatie wat laagdrempeligere techniek is het faciliteren van rondleidingen of open dagen. Hierdoor krijgen de huisartsen een beeld van de kliniek en de locatie waar zij hun patiënten naartoe sturen, zonder dat de organisatie een uitgebreide nascholing hoeft voor te bereiden. Tijdens een open dag kunnen de specialisten zich tevens voorstellen aan (een aantal van) de huisartsen.

7.4 Korte lijntjes, snelle samenwerking

De huisartsen geven aan de zorg voor de patiënt voorop te stellen. Als de organisatie duidelijk aan de huisartsen overbrengt dat de kliniek ook de zorg voor de patiënt vooropstelt, heeft dit een positief effect op het beeld dat de huisartsen hebben van de organisatie. Het advies aan de organisatie is dan ook om aan de huisartsen te tonen dat

de specialisten graag samenwerken met de huisartsen om de patiënt zo snel en goed mogelijk te helpen.

Deze samenwerking kan de organisatie op twee manieren vormgeven: door (telefonische) adviesgesprekken tussen de huisarts en de specialist en door teleconsulten inclusief de patiënten. Bij beide methodes is het van belang om de huisartsen het gevoel te geven dat de specialist mee wil denken en dat de vragen van de huisartsen geen last vormen voor de specialisten. Dit bereikt de organisatie door een telefoonlijn op te zetten specifiek voor het collegiaal overleg die direct uitkomt bij een van de specialisten, idealiter reeds met een selectie op (sub)specialisatie.

Door de huidige COVID-19-crisis is beeldbellen gebruikelijker dan een jaar geleden. De organisatie kan hier gebruik van maken door juist nu driehoeks-teleconsulten te promoten. Het aanbieden van teleconsulten met zowel de patiënt als de huisarts heeft meerdere voordelen. Ten eerste is de patiënt hierdoor snel geholpen. Ten tweede is de huisarts direct op de hoogte van alle informatie die de patiënt meekrijgt. Dit voorkomt vragen over de behandeling en het behandeltraject na het terugkeren van een patiënt bij de huisarts.

8. Implementatie

Om de aanbevelingen van dit onderzoek te realiseren, is de onderstaande implementatiestrategie geformuleerd. Als communicatiemiddelen zijn e-mail, folders, boekwerken en (beeld)bellen geschikt. De totale (geschatte) kosten van implementatie bedragen € 21.122 (het grootste deel hiervan, namelijk € 10.475, betreft de boekwerken). De totale (geschatte) toename van het aantal consulten per jaar bedraagt 2.000. Dit leidt tot € 210.000 extra opbrengsten op jaarbasis. De kosten van de implementatie wegen op tegen de opbrengsten indien uit de onderstaande acties 235 additionele consulten voortkomen.

De vier aanbevelingen uit het vorige hoofdstuk dragen bij aan het top-of-mind zijn en de persoonlijke connectie met de huisartsen. Dit heeft effect op het aantal verwijzingen door de huisartsen. Het is lastig om het effect van de aanbevelingen los van elkaar in te schatten. Op basis van de reacties van de huisartsen ten aanzien van het effect van de verschillende onderdelen op het totale cijfer, is de verwachting dat de organisatie het aantal verwijzingen met circa 10% kan verhogen door de bovenstaande aanbevelingen te implementeren. Dit levert per jaar 2.000 extra doorverwijzingen op.

De gebruikte uurtarieven voor het berekenen van de implementatiekosten van de aanbevelingen zijn als volgt:

- Fotograaf extern inhuren: € 80 (prijzen-fotograaf.nl, z.d.)
- Marketeer intern tijd vrijmaken: € 45,00 (loonwijzer.nl, z.d.)
- Specialist intern tijd vrijmaken: € 57,80 (loonwijzer.nl, z.d.)

Aangezien het lastig is het daadwerkelijke effect van de aanbevelingen te voorspellen, is ook aandacht besteed aan het aantal additionele consulten dat nodig is om de aanbevelingen rendabel te maken. Volgens een vergelijkingswebsite ligt het gemiddelde tarief voor een eerste dermatologisch consult op € 120 (independer.nl, z.d.). Het uurloon van een specialist bedraagt € 28,90 (loonwijzer.nl, z.d.), vanwege sociale lasten kost dit de organisatie het dubbele: € 57,80. Om de opbrengsten van een verwijzing te benaderen, is met een half uur werktijd van een specialist gerekend. Dit houdt in dat de opbrengsten per additionele verwijzing ongeveer € 90,00 bedragen.

8.1 Blij patiënt is blij huisarts

De eerste aanbeveling betreft het creëren van een bevestigingsmail om de verwachtingen van de patiënten te managen. Deze e-mail bevat informatie over het verloop van de aankomende afspraak en een foto van de specialist met wie de patiënt de afspraak heeft. In onderstaande figuur (6) is een template opgenomen voor deze e-mail.

Beste [aanhef] [patientnaam],

Op [datum] aanstaande heeft u een afspraak met mij in de kliniek [vestiging]. Bij deze afspraak gaan we samen kijken naar uw [klacht]. De afspraak betreft een eerste consult. Dit houdt in dat er nog geen behandeling plaatsvindt. Echter, we bespreken wel de mogelijkheden hiertoe.

Met vriendelijke groet,
Dokter [specialist]
Mauritskliniek

Wie is mijn behandelaar?

Uw behandelaar stelt zich graag voor.

BEKIJK HET MEDISCH TEAM →



Mauritskliniek



Figuur 6: Template persoonlijke afspraakbevestiging

Met de implementatie van dit initiatief verbetert de persoonlijke connectie tussen de organisatie en de patiënten, en indirect ook de persoonlijke connectie met de huisartsen. Dit leidt tot een toename van het aantal verwijzingen door de huisartsen. In tabel 3 is een implementatieschema opgesteld. Hierin komt naar voren dat de kosten van het implementeren van deze e-mail ongeveer € 1.000 bedragen. Dit betekent dat als dit initiatief twaalf of meer verwijzingen oplevert, de opbrengsten van het initiatief de kosten van de implementatie overstijgen. Een bijkomend voordeel van de implementatie is dat vernieuwde portretten beschikbaar zijn van alle specialisten, die tevens beschikbaar zijn voor andere doeleinden.

Actie	Kostenopbouw	Kosten
Specialisten fotograferen	8 uur, fotograaf	€ 640
Specialist-specifieke informatie verzamelen	4 uur, marketeer	€ 180
Mail-template inbouwen	2 uur, marketeer	€ 90
Automatisering mailsysteem	2 uur, marketeer	€ 90
Totaal		€ 1.000

Tabel 3: Implementatieplan bevestigingsmail

8.2 Jaarlijkse informatiefolder

De tweede aanbeveling betreft het jaarlijks delen van informatie met de huisartsen. Deze informatiedeling bestaat uit drie onderdelen: een Mauritskliniek-specifieke folder, een boekwerk met veelvoorkomende ziektebeelden en een samenwerking met de website huidziekten.nl.

Het eerste implementatieplan heeft betrekking op de creatie van een folder. Het distribueren van een folder brengt de organisatie onder de aandacht van de huisartsen(praktijken) waar momenteel nog geen relatie mee is. Daarnaast dient de folder als een middel om het aantal bezoekers van de website, de nascholingen en de open dagen te verhogen. In tabel 4 is een implementatieschema opgesteld. Hierin komt naar voren dat de kosten van het creëren van deze folder rond de € 1.850 liggen. Dit betekent dat als dit initiatief 21 of meer verwijzingen oplevert, de opbrengsten van het initiatief de kosten van de implementatie overstijgen.

Actie	Kostenopbouw	Kosten
Evenementenagenda kortsluiten en opstellen	2 uur, marketeer	€ 90
Inhoud creëren nieuwe behandelingen	2 uur brainstorm, specialist + 8 uur content, marketeer	€ 475,60
Inhoud creëren expertisegebieden	2 uur brainstorm, specialist + 8 uur content, marketeer	€ 475,60
Smoelenboek creëren	4 uur, marketeer	€ 180
Overzicht veelvoorkomende ziektebeelden	2 uur brainstorm, specialist + 8 uur content, marketeer	€ 475,60
Drukkosten (reclameland.nl, z.d.)	2500 folders	€ 162,80
Totaal		€ 1.859,60

Tabel 4: Implementatieplan folder Mauritskliniek

Het tweede implementatie-initiatief betreft het creëren van een boekwerk met veelvoorkomende ziektebeelden. Dit boekwerk stelt de huisartsen in staat om sneller hun dagelijkse werkzaamheden uit te voeren. Op het moment dat de huisartsen dit boekwerk kunnen raadplegen tijdens de dagelijkse gang van zaken, is de organisatie meer top-of-mind bij de huisartsen. Daarnaast neemt het verkeer naar de website van de Mauritskliniek toe, door subtiële verwijzingen naar behandelingen in de kliniek. In onderstaande figuur (7) is een voorbeeldpagina van dit boekwerk opgenomen.

Verschuinselen van acne

Acne is een veelvoorkomende huidaandoening die op iedere leeftijd voorkomt, zowel bij mannen als bij vrouwen. Acne komt meestal voor in het gezicht, rug, borst of schouders. Kenmerkend voor acne is een combinatie van een vette en glimmende huid, kleine witte bultjes of zwarte puntjes, rode pukkels met of zonder gele puskopje en de restjes die achterblijven van de acne (littekens).

Voeg foto's aandoening in

De behandeling van acne

Veel mensen ervaren acne als zeer hinderlijk en cosmetisch storend in hun dagelijks leven. Acne kan bovendien blijvende littekens achterlaten. Een goede behandeling van acne kan de vorming van littekens voorkomen. Mogelijke therapieën tegen acne zijn:

QR

Acnetherapie

Acnetherapie bestaat uit het oppervlakkig reinigen van de huid. De behandeling van acne is per patiënt en per vorm van acne verschillend. De specialist zal de huid bekijken en een behandelplan opstellen. Daarmee wordt bepaald welke acne behandeling het beste resultaat zal geven.

QR

Blauw lichttherapie

Bij blauw lichttherapie wordt gewerkt met licht dat een specifieke intensiteit en kleur heeft. De verschillende lichtgolven hebben elk een eigen uniek effect op de verschillende lagen van de huid. Wanneer de huid wordt belicht met blauw licht vindt een reactie plaats waarbij de bacterie (P.acnés) wordt geneutraliseerd.

QR

Huid therapeutische peeling

Een peeling is een behandeling waarbij er op een gecontroleerde manier een dun laagje huid wordt verwijderd ter verbetering of verjonging van de huid. Kleine beschadigingen in de huid, zoals pigmentvlekken, acne, kleine littekens en rimpels verdwijnen.

(12)

Figuur 7: Template voorbeeldpagina boekwerk veelvoorkomende ziektebeelden

In tabel 5 is een implementatieschema opgesteld. Het implementatieplan gaat uit van een startoplage van vijfhonderd stuks. De organisatie kan echter ervoor kiezen om meer

boeken te drukken. Uit het implementatieplan komt naar voren dat de kosten voor het maken en drukken van het boekwerk rond de € 10.500 liggen. Dit bedrag bestaat grotendeels uit de drukkosten. Dit betekent dat als dit initiatief bij een startoplage van vijfhonderd boeken 116 of meer verwijzingen oplevert, de opbrengsten van het initiatief de kosten van de implementatie overstijgen.

Actie	Kostenopbouw	Kosten
Structuur boekwerk bepalen	8 uur, marketeer	€ 360
Informatie over ziektebeelden verzamelen op de website	40 uur, marketeer	€ 1.800
Informatie invoegen	40 uur, marketeer	€ 1.800
Vormgeving boekwerk	20 uur, marketeer	€ 900
Drukkosten (drukwerknodig.nl, z.d.)	500 stuks, € 11,23 per stuk	€ 5.615
Totaal		€ 10.475

Tabel 5: Implementatieplan boekwerk veelvoorkomende ziektebeelden

De laatste aanbeveling ten aanzien van de informatiedeling met de huisartsen heeft betrekking op het opzetten van een samenwerking tussen de organisatie en de website huidziekten.nl. De huisartsen gebruiken deze website reeds. Een samenwerking tussen de organisatie en de website huidziekten.nl creëert hierdoor extra zichtbaarheid onder de huisartsen. Daarnaast is dit een laagdrempelige manier om de expertise van de Mauritskliniek te delen. Tot slot leidt deze samenwerking tot een grotere naamsbekendheid bij de huisartsen waar de organisatie op dit moment nog geen relatie mee heeft. In tabel 6 is een implementatieschema opgesteld. Hierin komt naar voren dat de kosten van het implementeren van deze e-mail rond de € 2.600 liggen. Dit betekent dat als dit initiatief 29 of meer verwijzingen oplevert, de opbrengsten van het initiatief de kosten van de implementatie overstijgen.

Actie	Kostenopbouw	Kosten
Meeting opzetten en voorbereiden huidziekten.nl	1 uur, marketeer	€ 45
Samenwerking afstemmen	2 uur, marketeer	€ 90
Maandelijks blogcontent aan laten dragen	2 uur, specialist, 12 maanden	€ 1.387,20
Maandelijks blog vormgeven	2 uur, marketeer, 12 maanden	€ 1.080
Totaal (jaarlijks)		€ 2.602,20

Tabel 6: Implementatieplan samenwerking huidziekten.nl

8.3 Nascholingen, lunchsessies en open dagen

Een andere aanbeveling is om nascholingen, lunchsessies en open dagen te organiseren. Vooral het creëren van een kwalitatief hoogstaande nascholing neemt veel tijd in beslag. Nascholingen zijn echter van belang om wederom in contact te komen met de huisartsen en de expertise van de organisatie te tonen. De nascholing versterkt de persoonlijke band tussen de specialisten en huisartsen. Tevens bieden nascholingen de huisartsen inzicht in de expertise van de specialisten. Tijdens een nascholing is het van belang dat er meerdere specialisten aanwezig zijn om persoonlijke ontmoetingen te stimuleren. In tabel 7 is een implementatieschema opgesteld. Hierin komt naar voren dat de kosten van het implementeren van deze nascholingen ongeveer € 3.500 bedragen. Dit betekent dat als dit initiatief 39 of meer verwijzingen oplevert, de opbrengsten van het initiatief de kosten van de implementatie overstijgen. Doordat de organisatie in het verleden ook nascholingen georganiseerd heeft, zijn er geen additionele kosten voor het huren of

aanschaffen van de benodigde apparatuur, deze is beschikbaar in de opslag van de organisatie.

Actie	Kostenopbouw	Kosten
Definiëren onderwerp nascholing	1 uur brainstorm, specialist	€ 57,80
Aandragen inhoud	16 uur, specialist	€ 924,80
Opzetten schema nascholing	1 uur, marketeer	€ 45
Creëren lesmateriaal nascholing	4 uur, marketeer	€ 180
Opzetten en uitsturen uitnodigingen nascholing	2 uur, marketeer	€ 90
Aanwezigheid nascholing	8 uur, marketeer + 4 specialisten	€ 2.209,60
Totaal		€ 3.507,20

Tabel 7: Implementatieplan nascholingen organiseren

De organisatie van de lunchsessies vereist niet veel additionele voorbereiding. De desbetreffende specialist kan de gepresenteerde inhoud volledig overnemen van de nascholingen. De marketeer dient hoogstens twee uur te besteden aan het inkorten van de stof, dit kost € 45. Daarnaast moet een specialist ongeveer anderhalf uur inplannen om bij de lunchsessie aanwezig te zijn. De kosten hiervoor bedragen € 43,35. Dit betekent dat één extra verwijzing de kosten kan dekken.

Voor het organiseren van een open dag is minder voorbereiding nodig dan voor het organiseren van een nascholing. Tijdens de open dag is de aanwezigheid van de specialisten eveneens van groot belang. Het advies in dit verband is om een grotere groep specialisten gefaseerd aanwezig te laten zijn tijdens de open dag. Hierdoor komen de huisartsen met relatief veel specialisten in aanraking. In tabel 8 is een implementatieschema opgesteld. Hierin komt naar voren dat de kosten van het organiseren van deze open dag ongeveer € 1270 bedragen. Dit betekent dat als dit initiatief veertien of meer verwijzingen oplevert, de opbrengsten van het initiatief de kosten van de implementatie overstijgen.

Actie	Kostenopbouw	Kosten
Opzetten schema nascholing	1 uur, marketeer	€ 45
Opzetten en uitsturen uitnodigingen nascholing	2 uur, marketeer	€ 90
Aanwezigheid open dag	8 uur, marketeer + 1 uur, 10 specialisten	€ 938
Cateringkosten	Inschatting € 10 per persoon, 20 personen	€ 200
Totaal		€ 1.273

Tabel 8: Implementatieplan open dag organiseren

8.4 Korte lijntjes, snelle samenwerking

De laatste aanbeveling is om een telefoonnummer te creëren voor collegiaal overleg tussen de huisartsen en de organisatie. Dit faciliteert een snelle en laagdrempelige samenwerking tussen de organisatie en de huisartsen. Hierdoor kunnen de huisartsen snel schakelen met de specialisten en daardoor patiënten sneller en beter helpen. Daarnaast zorgt regelmatig contact tussen de huisartsen en de specialisten ervoor dat de huisartsen een beter beeld krijgen van de specialisten die werkzaam zijn bij de organisatie. Hierdoor krijgen de huisartsen een persoonlijker beeld van de organisatie in het geheel. In tabel 9 is een implementatieschema opgesteld. Hierin komt naar voren

dat de kosten van het implementeren van dit telefoonnummer rond de € 405 liggen. Dit betekent dat als dit initiatief vijf of meer verwijzingen oplevert, de opbrengsten van het initiatief de kosten van de implementatie overstijgen.

Actie	Kostenopbouw	Kosten
Opzetten specialisten-telefoonnummer	1 uur, marketeer	€ 45
Kosten extra nummer toevoegen	-	€ 0
Opstellen werkomschrijvingen	4 uur, marketeer	€ 180
Inlichten specialisten	2 uur, marketeer	€ 90
Inlichten huisartsen	2 uur, marketeer	€ 90
Totaal		€ 405

Tabel 9: Implementatieplan collegiaal overleg telefoonlijn

Bronnenlijst

- Abratt, R. (1989). *A new approach to corporate image management process*, Journal of Marketing Management, Vol. 5, No. 1, pp. 63-76.
- Balmer, J. (2001). *Corporate identity, corporate branding and corporate marketing*. Bradford: The University of Bradford.
- Balmer, J. & Soenen, G.B. (1999). *The Acid Test of Corporate Identity Management*. Journal of Marketing Management.
- Batenburg, R., Vis, E., Keuper, J., Bosmans, M., Leemrijse, C. (2020). *Drukke en uitgestelde zorgvraag door de coronapandemie: regionale verschillen. Gevolgen corona in de huisartsenpraktijk*. Utrecht: Nivel, 2020. Opgehaald van <https://nivel.nl/nl/nieuws/regionale-verschillen-tussen-huisartsenpraktijken-drukke-en-uitgestelde-zorgvraag-door>
- Berendsen, A. (2009). *Samenwerking tussen huisarts en specialist - Wat vinden de patiënten en de dokters?*. z.n. Opgehaald van <https://core.ac.uk/download/pdf/232461754.pdf>
- Berendsen, A.J., Benneker, W.H., Meyboom-de Jong, B. (2007). *Motives and preferences of general practitioners for new collaboration models with medical specialists: a qualitative study*. BMC Health Serv Res 7, 4. Opgehaald van <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-4>
- Birkigt, K. & Stadler, M.M. (1988). *Corporate Identity, Grundlagen, Funktionen, Fallbeispiele*. Landsberg/Lech: Verslag Moderne Industrie.
- Drukwerknodig.nl. (z.d.). *Hardcover wire-o boek drukken*. Geraadpleegd op 22 december 2020, van <https://www.drukwerknodig.nl/boeken/hardcover-wire-o-boek-drukken/>
- Gray, E.R. & Balmer, J. (1998). *Managing Corporate Image and Corporate Reputation*, Long Range Planning Vol. 31,
- Grinten, J. van der & Weijnand-Schut, H. (2016). *Mind the Gap (3^e druk)*. Amsterdam: Boom Lemma.
- Heins, M., Hek, K., Hooiveld, M., Hendriksen, J. & Korevaar, J. Impact coronapandemie op zorgvraag bij huisartsen (factsheet A). Utrecht: Nivel, 2020.
- Independer.nl. (z.d.). *Wat kost mijn behandeling in een ziekenhuis/huidaandoening*. Geraadpleegd op 22 december 2020, van <https://www.independer.nl/ziekenhuis/info/wat-kost-mijn-behandeling-in-een-ziekenhuis/huidaandoening.aspx>
- Landelijke Huisartsen Vereniging, (2019). *Kerncijfers huisartsenzorg*. Geraadpleegd op 1 oktober 2020, van <https://www.lhv.nl/uw-beroep/over-de-huisarts/kerncijfers-huisartsenzorg>
- Loonwijzer.nl. (z.d.). *Salaris-check marketing professional*. Geraadpleegd op 22 december 2020, van <https://loonwijzer.nl/salaris/salarischeck?job-id=2431020000000#/>

Loonwijzer.nl. (z.d.). *Salarissen cruciale beroepen: zorg*. Geraadpleegd op 22 december 2020, van <https://loonwijzer.nl/salaris/salarischeck/salarissen-cruciale-beroepen>

Markwick, N. & Fill, C. (1997). *Towards a framework for managing corporate identity*. European Journal of Marketing, Vol. 31, pp. 396-409

Marshall, M.N. (1998). *Marshall: Qualitative study of educational interaction between general practitioners and specialists*. Opgehaald van <https://www.bmj.com/content/316/7129/442.short>

Nederlandse Zorgautoriteit. (z.d.). *opendisdata* [Databank]. Geraadpleegd op 23-09-2020, van <https://www.opendisdata.nl>

Nivel, (2018). *Cijfers uit de registratie van huisartsen*. Geraadpleegd op 23 september 2020, van <https://www.nivel.nl/sites/default/files/pdf/Cijfers-uit-de-registratie-van-huisartsen-peiling-2018.pdf>

Nivel, (2019). *Verwijzingen naar de tweede lijn*. Geraadpleegd op 1 oktober 2020, van <https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/verwijzingen-naar-de-tweede-lijn>

Prijzen-fotograaf.nl. (z.d.). *Prijzen fotograaf*. Geraadpleegd op 22 december 2020, van <https://prijzen-fotograaf.nl/>

Reclameland.nl. (z.d.). *Folders drukken en printen*. Geraadpleegd op 22 december 2020, van https://www.reclameland.nl/drukken/folders?gclid=CjwKCAiA8ov_BRAoEiwAOZogwfh8ikEwIIavMq_VQbH3Nr35R5pn95W3Jwft8OD8Vc-YZOrpCAUEXxoCfoIQAvD_BwE

Riel, C.B.M. van (1995). *Principles of corporate communication*. London: Prentice Hall.

Riel, C.B.M. van & Balmer, J. (1997). *Corporate identity: the concept, it's measurements and management*. European journal marketing.

Trompenaars, F. & Coebergh, P.H. (2014). *100+ Management Models: How to Understand and Apply the World's Most Powerful Business Tools*. Oxford: Infinite Ideas.

Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek. Praktijkboek voor methoden en technieken (4^e druk)*. Den Haag: Boom Lemma.

Bronnen persoonlijke communicatie

J. van Munster, persoonlijke communicatie, 8 september 2020:

Gesproken met de marketingmanager (van Munster) over de omzetcijfers. 90% van de omzet komt vanuit de verzekerde zorg. Slechts 10 % van de omzet komt vanuit onverzekerde zorg. In dit gesprek kwam ook een vorig kwantitatief onderzoek aan bod. De marketingmanager gaf aan dat het responspercentage onder huisartsen laag was.

J. Hijdra, persoonlijke communicatie, 23 september 2020:

De afdeling personeelszaken van de organisatie (Hijdra) heeft inzage gegeven in het huisstijldocument van de organisatie. Het kleurenpalet en het gebruik van beeldmateriaal kwamen in dit document beknopt aan bod. Vooral het belang van beelden bij sociale media kwam naar voren.

J. Hijdra, persoonlijke communicatie, 1 oktober 2020:

De afdeling personeelszaken van de organisatie (Hijdra) heeft de cijfers omtrent verwijzingen van de laatste vijf jaar getoond. Hieruit is op te maken dat er in het jaar 2020 1.387 verwijzende huisartsen zijn. Ook is te zien dat er 19.821 behandelingen plaatsvonden in het jaar 2020. Dit bestand mag echter niet gepubliceerd worden aangezien er ook winstdelingen in staan.

J. van Munster, persoonlijke communicatie, 5 oktober 2020:

Inzage in het aantal contactmomenten met huisartsen van verschillende regio's. Het kwam neer op veel verkeerde mailadressen en nauwelijks contact met de huisartsen. In het verleden is er een keer een mailing geweest. Alleen was deze volgens de marketingmanager niet geschikt. De marketingmanager heeft in het gesprek geuit graag te onderzoeken of de kernwaarden overeenkomen met de bevindingen van de doelgroep. Daarnaast is de symboliek, communicatie en het gedrag van de organisatie besproken.