

“Bij alles wat we doen, staat de beste behandeling van de patiënt voorop”

UMC Utrecht Cancer Center



## Zoveel wensen, zoveel kanalen

Onderzoek naar informatie-uitwisseling via interne communicatiekanalen binnen het UMC Utrecht Cancer Center aan de hand van de *Media Richness Theory*.

### Masterscriptie

Student: *Ilona Hoeve*

Studentnummer: 3825523

### Definitieve versie

Datum: 03-07-2016

### Universiteit Utrecht

Opleiding: *Bestuurs- en*

*Organisatiewetenschap*

Programma: *Communicatie, Beleid*  
*en Management*

Eerste lezer: *dr. Pauline Hörmann*

Tweede lezer: *prof. dr. Eugène Loos*

### UMC Utrecht

Stagebegeleider: *Anouk de Vries*

Met speciale dank aan: *Marjolein*  
*Antonides*



## Samenvatting

In dit onderzoek wordt een studie uitgevoerd bij het UMC Utrecht Cancer Center. Het UMC Utrecht Cancer Center is een divisie binnen het UMC Utrecht waarin alle oncologische zorg samengebracht is. De divisie bestaat nu circa twee jaar en komt voort uit de *joint venture* tussen de kankerzorg van het UMC Utrecht en het Antoni van Leeuwenhoek die spaak liep.

De communicatieafdeling van het UMC Utrecht Cancer Center vraagt zich af hoe ze verschillende interne communicatiekanalen in kan zetten ter ondersteuning van de informatie-uitwisseling tussen medewerkers binnen de divisie. De focus ligt in dit onderzoek met name op de nieuwsbrief en het intranet. Deze twee communicatiekanalen staan onder de redactie van de afdeling Communicatie, terwijl andere kanalen, zoals bijvoorbeeld e-mail en het afdelingsoverleg, ingevuld worden door de gebruikers zelf. Bij de vorming van de divisie heeft de communicatieafdeling zelf de inhoud van de nieuwsbrief en het intranet (Connect) bepaald, en de afdeling wil nu graag weten of de medewerkers tevreden zijn en welke verbeterpunten doorgevoerd kunnen worden.

De hoofdvraag luidt: *Hoe kan de communicatieafdeling van de divisie UMC Utrecht Cancer Center interne communicatiekanalen inzetten om daarmee tegemoet te komen aan uiteenlopende wensen van medewerkers rond informatie-uitwisseling?*

Dit onderzoek heeft een interpretatieve methodologie. Voor het theoretische deel van het onderzoek is een literatuurreview uitgevoerd. Voor het empirische deel van het onderzoek is gebruikgemaakt van *mixed methods*. Als eerste is een documentanalyse uitgevoerd om de formele communicatielijnen te ontdekken. Als tweede is een survey uitgestuurd naar de artsen, verpleegkundigen en laboranten van de divisie. Hierin is bekeken welke interne communicatiekanalen de medewerkers voor welk soort informatie kiezen. Ook is gekeken hoe tevreden de medewerkers zijn met de interne communicatiekanalen. Als derde zijn er elf interviews gehouden met artsen, laboranten en verpleegkundigen, met als doel te bepalen welke condities bepalend zijn voor de keuze in intern communicatiekanaal, en welke wensen zij hebben met betrekking tot de interne communicatiekanalen.

In de literatuurreview staan twee *sensitizing concepts* centraal: mediarijkheden en de professionele organisatie. Mediarijkheden worden bestudeerd omdat deze theorie inzicht kan geven in de keuzes die mensen maken bij het selecteren van een intern communicatiekanaal voor informatie-uitwisseling. Volgens de *Media Richness Theory* (Daft & Lengel, 1986) kunnen communicatiekanalen ingedeeld worden op hun rijkheid. Rijke kanalen kunnen dubbelzinnigheid van een boodschap verminderen, terwijl minder rijke kanalen onzekerheid van een boodschap kunnen verminderen. Hoe rijk een kanaal is, hangt af van vier aspecten: directe feedback, meerdere signalen, personalisatie en taalvariëteit.

De literatuur over professionele organisaties wordt bestudeerd om te ontdekken welke informatiebehoefte medewerkers in dit soort organisaties hebben. Ziekenhuizen zijn goede voorbeelden van professionele organisaties, en ook het UMC Utrecht Cancer Center valt onder deze categorie. Mintzberg (1992) zet vijf verschillende organisatiestructuren uiteen, waarvan de professionele bureaucratie één is. De professionele bureaucratie, ook wel professionele organisatie, wordt gekenmerkt door een grote uitvoerende kern met gespecialiseerde medewerkers. Deze medewerkers, ook wel professionals genoemd, hebben de zeggenschap over hun eigen werk. Het middenmanagement is klein en de ondersteunende diensten,

zoals financiën en ICT, worden zo veel mogelijk uit handen gegeven. De professionals hebben een grote informatiebehoefte, omdat ze onderling het werk moeten coördineren (Hage et al. 1971).

In het empirisch onderzoek zijn een documentanalyse, survey en interviews uitgevoerd. In de documentanalyse zijn de formele overlegstructuren en communicatielijnen onderzocht, om te ontdekken hoe informatie-uitwisseling tussen de divisieleiding en de medewerkers op de werkvloer verloopt. Uit de documentanalyse blijkt dat er zowel horizontale als verticale overlegstructuren bestaan binnen het UMC Utrecht Cancer Center. Via de verticale overlegstructuren stroomt informatie vanuit de divisieleiding en het managementteam naar de medewerkers op de werkvloer. Andersom stroomt informatie van de werkvloer via dezelfde leidinggevenden richting de divisieleiding. Dit heet het *linking-pin* principe.

In de survey is gekeken naar de keuzes in interne communicatiekanalen die de medewerkers maken voor het verkrijgen van informatie. Uit de survey blijkt dat de medewerkers een gesprek met een collega kiezen als ze informatie willen verkrijgen voor het uitvoeren van hun eigen werkzaamheden. Ze kiezen voor een gesprek met een leidinggevende als ze informatie willen verkrijgen over opleidingsmogelijkheden en personeelsaangelegenheden. Ze lezen de nieuwsbrief van de divisie voor intern nieuws en informatie over financiële resultaten en de visie van het managementteam. Ze bekijken Connect voor uiteenlopende soorten informatie, waarbij kwaliteit en patiëntveiligheid en personeelsswisselingen en vacatures de grootste categorieën zijn.

In de survey is ook gekeken naar de tevredenheid van de medewerkers met de interne communicatiekanalen als het gaat om het verkrijgen en het delen van informatie. Hier blijkt dat de medewerkers het meest tevreden zijn over de gesprekken met hun collega's en leidinggevenden, zowel voor het verkrijgen als voor het delen van informatie. Als het gaat om het verkrijgen van informatie, zijn ze het minst tevreden met de werkconferentie. Als het gaat om het delen van informatie, zijn ze het minst tevreden met de werkconferentie, Connect en de nieuwsbrief.

De interviews hadden als doel te onderzoeken welke factoren bepalen waarom medewerkers voor een bepaald intern communicatiekanaal kiezen. Uit de interviews blijkt dat de medewerkers het liefste *face-to-face* communiceren met hun collega's, omdat het onduidelijkheden in de communicatie weg kan halen, non-verbale signalen door kan geven en omdat het als persoonlijker ervaren wordt. De medewerkers kiezen voor een telefonisch gesprek als hun collega verder weg zit en het niet mogelijk is hier snel naar toe te lopen. Ze kiezen voor e-mail als de boodschap weinig nuance behoeft, niet urgent is of als ze meerdere collega's tegelijkertijd willen bereiken.

Daarnaast is in de interviews ook gevraagd welke wensen de medewerkers hadden aangaande informatie-uitwisseling via de interne communicatiekanalen. Het bleek dat de medewerkers vinden dat ze te veel e-mails ontvangen, waardoor ze niet goed kunnen filteren welke berichten belangrijk zijn. De medewerkers zijn tevreden met de nieuwsbrief: door de diversiteit van berichten spreekt er altijd wel een bericht aan. De medewerkers zijn minder tevreden over Connect. Ze vinden het platform niet gebruiksvriendelijk. Daarnaast hebben ze geen behoefte aan interviews met collega's op de Connectpagina van het UMC Utrecht Cancer Center. De artsen hebben nog diverse aanvullingen op de bestaande interne communicatiekanalen, waaronder de behoefte aan meer informatie over de tumorwerkgroepen op Connect.



Naar aanleiding van het onderzoek kan de hoofdvraag beantwoord worden. Ten eerste kan de communicatieafdeling het beste niet e-mail, maar de formele communicatielijnen gebruiken om (nieuwe) informatie te verspreiden onder de medewerkers, zodat alle medewerkers goed geïnformeerd blijven. De medewerkers bleken namelijk hun e-mails niet altijd aandachtig te (kunnen) lezen, terwijl gesprekken met leidinggevenden en formele overleggen wel goed verlopen. Ten tweede kan de afdeling de berichten in de nieuwsbrief divers houden, om daarmee tegemoet te komen aan de uiteenlopende wensen van de medewerkers. De diversiteit zorgt ervoor dat er voor iedere medewerker iets interessants in staat. Ten derde kan de afdeling de informatieverschaffing op Connect verbeteren. Op de landingspagina van het UMC Utrecht Cancer Center op Connect moeten vooral taakinformatie (betreft eigen werkzaamheden) en sociale informatie (betreft personeelszaken) centraal staan. Medewerkers gebruiken het intranet namelijk om deze twee soorten informatie te verkrijgen.

Uit de bevindingen en de conclusie volgt een drieledig advies. Ten eerste wordt geadviseerd om de nieuwsbrief divers te houden. Diversiteit in zowel het soort informatie, als in de besproken onderwerpen en afdelingen, zorgt ervoor dat alle medewerkers interesse houden en de nieuwsbrief blijven lezen. Ten tweede wordt geadviseerd om de landingspagina van het UMC Utrecht Cancer Center op Connect anders in te richten. De interviews moeten een minder prominente rol krijgen, en de tumorwerkgroepen kunnen een eigen subpagina krijgen om zichzelf voor te stellen en mededelingen te plaatsen. Als derde wordt geadviseerd om de verpleegkundigen en laboranten meer te betrekken bij de divisie. Hiervoor wordt het 'visiedragersmodel' voorgesteld.



# Inhoudsopgave

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Inleiding</b>                                    | <b>1</b>  |
| 1.1 Geschiedenis: ontstaan van een nieuwe divisie      | 1         |
| 1.2 Aanleiding en probleemstelling                     | 1         |
| 1.3 Onderzoeksvragen                                   | 2         |
| 1.4 Relevantie   | 3         |
| 1.4.1 Wetenschappelijke relevantie                     | 3         |
| 1.4.2 Maatschappelijke relevantie                      | 4         |
| 1.4.3 Praktische relevantie                            | 4         |
| 1.5 Leeswijzer   | 4         |
| <b>2. Methoden</b>                                     | <b>5</b>  |
| 2.1 Mixed methods                                      | 5         |
| 2.2 Literatuurreview                                   | 6         |
| 2.2.1 Zoekproces                                       | 6         |
| 2.2.2 Theorie als basis voor empirie                   | 7         |
| 2.3 Documentanalyse                                    | 8         |
| 2.3.1 Onderzochte documenten                           | 8         |
| 2.3.2 Analyse  | 8         |
| 2.3.3 Validiteit en betrouwbaarheid                    | 9         |
| 2.4 Survey   | 9         |
| 2.4.1 Communicatie-audit                               | 9         |
| 2.4.2 Pre-test   | 10        |
| 2.4.3 Respondenten                                     | 11        |
| 2.4.4 Analyse  | 11        |
| 2.4.5 Validiteit en betrouwbaarheid                    | 12        |
| 2.5 Interviews   | 12        |
| 2.5.1 Topics   | 12        |
| 2.5.2 Pre-test   | 13        |
| 2.5.3 Respondenten                                     | 13        |
| 2.5.4 Analyse  | 14        |
| 2.5.5 Validiteit en betrouwbaarheid                    | 15        |
| <b>3. Theoretisch kader</b>                            | <b>17</b> |
| 3.1 Interne communicatie: kennis en informatie         | 17        |
| 3.1.1 Kennis   | 17        |
| 3.1.2 Informatie                                       | 18        |
| 3.2 Mediarijkheden                                     | 19        |
| 3.2.1 Het begrip 'mediarijkheden'                      | 19        |
| 3.2.2 Aannames van Daft & Lengel                       | 21        |
| 3.2.3 Empirisch bewijs                                 | 21        |
| 3.2.4 Kritiek op de Media Richness Theory              | 22        |
| 3.2.5 Beantwoording deelvraag 1                        | 24        |
| 3.3 Communicatie in professionele organisaties         | 25        |
| 3.3.1 Organisatiestructuren van Mintzberg              | 25        |
| 3.3.2 Kenmerken van professionele organisaties         | 27        |
| 3.3.3 Informatiebehoefte in professionele organisaties | 28        |
| 3.3.4 Beantwoording deelvraag 2                        | 29        |
| 3.4 Synthese   | 29        |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>4. Organisatorische context</b>                     | <b>31</b> |
| 4.1 UMC Utrecht  | 31        |
| 4.1.1 Missie   | 31        |
| 4.1.2 Drie pijlers                                     | 31        |
| 4.1.3 Kankerzorg                                       | 32        |
| 4.2 Organisatiestructuur                               | 32        |
| 4.2.1 Organisatiestructuur UMC Utrecht                 | 32        |
| 4.2.2 Organisatiestructuur UMC Utrecht Cancer Center   | 34        |
| <b>5. Empirisch onderzoek</b>                          | <b>36</b> |
| 5.1 Documentanalyse                                    | 36        |
| 5.1.1 Communicatiekanalen voor informatie-uitwisseling | 36        |
| 5.1.2 Formele overlegstructuren                        | 36        |
| 5.1.3 Nieuwsbrief                                      | 38        |
| 5.1.4 Connect  | 39        |
| 5.1.5 Beantwoording deelvraag 3                        | 39        |
| 5.2 Survey   | 40        |
| 5.2.1 Kanaalkeuze en informatiebehoefte                | 40        |
| 5.2.2 Tevredenheid                                     | 41        |
| 5.2.3 Leesfrequentie nieuwsbrief en intranet           | 42        |
| 5.2.4 Beantwoording deelvragen 4a en 4b                | 43        |
| 5.3 Interviews   | 44        |
| 5.3.1 Communicatie tussen professionals                | 44        |
| 5.3.2 Informatiebehoefte                               | 45        |
| 5.3.3 Kennisuitwisseling                               | 46        |
| 5.3.4 Conditie voor kanaalkeuze                        | 46        |
| 5.3.5 Wensen interne communicatiekanalen               | 47        |
| 5.3.6 Beantwoording deelvragen 5a en 5b                | 48        |
| <b>6. Resultaten en analyse</b>                        | <b>50</b> |
| 6.1 Kennisuitwisseling                                 | 50        |
| 6.2 Kanaalkeuze en mediarijkheden                      | 51        |
| 6.3 Informatiebehoefte van professionals               | 52        |
| 6.4 Verbondenheid met de divisie                       | 52        |
| <b>7. Conclusie</b>                                    | <b>53</b> |
| <b>8. Advies</b>                                       | <b>55</b> |
| 8.1 Nieuwsbrief  | 55        |
| 8.2 Connect  | 55        |
| 8.3 Betrokkenheid verpleegkundigen en laboranten       | 55        |
| <b>9. Discussie</b>                                    | <b>57</b> |
| 9.1 Reflectie op het onderzoeksproces                  | 57        |
| 9.2 Suggesties voor vervolgonderzoek                   | 57        |
| <b>Bibliografie</b>                                    | <b>59</b> |



**Bijlagen**

Bijlage 1 – Documentenlijst

Bijlage 2 – Organogrammen

*2a. UMC Utrecht*

*2b. UMC Utrecht Cancer Center*

Bijlage 3 – Analyse documenten

*3a. Nieuwsbrief*

*3b. Connect*

Bijlage 4 – Survey

*4a. Introductietekst*

*4b. Inhoudelijke vragen*

*4c. Demografische kenmerken*

Bijlage 5 – Tabellen survey

Bijlage 6 – Respondenten interviews

Bijlage 7 – Codeboom

Bijlage 8 – Topiclijst

Bijlage 9 – Lijst met afkortingen



# 1. Inleiding

Kanker is een verzamelnaam voor meer dan honderd ziekten waarbij er een probleem is met de celdeling in het lichaam. Eén op de drie Nederlanders krijgt kanker in de loop van zijn of haar leven en iedere Nederlander krijgt er mee te maken: als patiënt of als naaste (UMC Utrecht, n.d.b). De ziekte brengt veel emoties met zich mee voor de patiënt en zijn omgeving, zoals ongeloof, wanhoop, boosheid en verdriet (Stichting Kanker.nl, 2014). Bij het UMC Utrecht is de kankerzorg ondergebracht in de divisie UMC Utrecht Cancer Center. De divisie streeft ernaar om zorg op topniveau te leveren (UMC Utrecht, n.d.a). De medewerkers doen er alles aan om de patiënt te genezen, en wanneer dit niet meer mogelijk is om goede palliatieve zorg te bieden. Palliatieve zorg is zorg gericht op verzachting van de klachten van de patiënt, zoals pijn- en symptoombestrijding. Het heeft als doel om een patiënt zo lang mogelijk een goede kwaliteit van leven te geven. Hoe dit eruit ziet, wordt in het UMC Utrecht Cancer Center samen met de patiënt bepaald (UMC Utrecht, n.d.c).

## 1.1 Geschiedenis: ontstaan van een nieuwe divisie

De divisie UMC Utrecht Cancer Center bestaat nu circa twee jaar als aparte divisie. Voorheen kwamen artsen en verpleegkundigen die in de kankerzorg werken uit verschillende divisies, zoals 'Hart & Longen' of 'Interne Geneeskunde'. In 2014 is de kankerzorg vanuit verschillende divisies gecentreerd in de resultaat verantwoordelijke eenheid (RVE) Oncologie (UMC Utrecht, 2015a, p.8). De RVE Oncologie was een tijdelijke divisie die opgericht was ter voorbereiding op de samenwerking met het Antoni van Leeuwenhoek (AVL). De kankerzorg uit het UMC Utrecht zou namelijk vanaf 2017 samen met het AVL een *joint venture* vormen onder de naam AVL Ziekenhuizen (Antonides, 2014, p.8).

Begin 2015 liep de fusie tussen de RVE Oncologie van het UMC Utrecht en het Antoni van Leeuwenhoek mis. "Het was te moeilijk om de structuur van het UMCU en het AVL in elkaar te schuiven tot één bedrijfsvoering" (Zorgvisie, 2015). De RVE Oncologie werd een op zichzelf staande divisie met de naam UMC Utrecht Cancer Center (UMC Utrecht, 2015b).

## 1.2 Aanleiding en probleemstelling

Het huidige onderzoek richt zich op de interne communicatie binnen de nieuwe divisie. De divisie UMC Utrecht Cancer Center bestaat uit ruim 800 medewerkers verdeeld over tien afdelingen (persoonlijke communicatie, De Vries, 25 februari 2016). In dit onderzoek richt ik me op de professionals in de zorg: artsen, verpleegkundigen en laboranten. Ik richt mij op deze groep, omdat het de grootste groep medewerkers betreft. Circa twee derde van de medewerkers van de divisie UMC Utrecht Cancer Center zijn arts, verpleegkundige of laborant (persoonlijke communicatie, Knol, 24 maart 2016). Daarnaast richt ik me op deze groep omdat de overige medewerkers, zoals het secretariaat, het afsprakenbureau en de afdeling Financiën en ICT, in dienst staan van de zorgprofessionals en ondersteuning bieden bij het uitvoeren van hun werkzaamheden.

De afdeling Communicatie faciliteert de verspreiding van informatie over de divisie. Hiervoor zetten ze verschillende methoden in, waaronder e-mail, werkconferenties, een digitale nieuwsbrief en het intranet. Ook zijn er formele afdelings- en werkoverleggen binnen de divisie. De communicatieafdeling ziet de overleggen tussen leidinggevenden en medewerkers als het belangrijkste interne communicatiekanaal voor het uitwisselen van informatie. De overige kanalen, zoals de werkconferentie en de nieuwsbrief, zien ze als ondersteunend aan deze overleggen. Het ideaalbeeld van de afdeling is dan ook dat leidinggevenden

nieuws en informatie verspreiden onder de medewerkers. De structuur van de divisie is dan ook hiërarchisch: leidinggevendens verspreiden informatie naar de medewerkers op de werkvloer. Daarop aanvullend verstuurt de communicatieafdeling een nieuwsbrief en maken zij de informatie beschikbaar via het intranet (persoonlijke communicatie, De Vries, 24 maart 2016). De nieuwsbrief en het intranet staan dan ook onder de redactie van de afdeling Communicatie, terwijl andere kanalen, zoals e-mail en het afdelingsoverleg, ingevuld worden door de gebruikers zelf.

Bij de vorming van de divisie in 2014 is de communicatieafdeling met een nieuwsbrief gestart en hebben de redacteurs zelf de inhoud bepaald. Hetzelfde geldt voor de intranetpagina van de divisie. De medewerkers van de divisie zijn echter heel gevarieerd: van artsen tot verpleegkundigen, van mensen aan het bed van de patiënt tot leidinggevendens met een kantoorfunctie (persoonlijke communicatie, De Vries, 24 maart 2016). De communicatieafdeling vraagt zich dan ook af hoe ze de communicatiekanalen, zoals de nieuwsbrief en het intranet, in kunnen zetten ter ondersteuning van de informatie-uitwisseling tussen al deze medewerkers met hun verschillende wensen rond het verkrijgen en het delen van informatie. Ze wil graag meer inzicht in de verspreiding van informatie over de medewerkers van de divisie en het gebruik van de verschillende communicatiekanalen hierin. De afdeling kan hierdoor uiteindelijk de inzet van de kanalen verbeteren naar de wensen en het gebruik van de medewerkers. Ik leg de nadruk op de nieuwsbrief en het intranet, omdat deze kanalen onder de redactie van de afdeling Communicatie vallen.

Ik kijk niet naar de externe communicatie tussen het UMC Utrecht Cancer Center en andere divisies, patiënten of stakeholders. Ook bestudeer ik in dit onderzoek niet de interne communicatie binnen de verschillende afdelingen die onder de divisie vallen. Ik richt me niet op alle elementen van de samenwerking tussen de medewerkers, maar enkel op informatie-uitwisseling en de keuzes die hierin gemaakt worden.

### 1.3 Onderzoeksvragen

Het onderzoek wordt uitgevoerd voor de afdeling Communicatie van het UMC Utrecht Cancer Center. De vraag die in dit onderzoek centraal staat, is dan ook vanuit het perspectief van deze afdeling bekeken. De hoofdvraag luidt:

Hoe kan de communicatieafdeling van de divisie UMC Utrecht Cancer Center interne communicatiekanalen inzetten om daarmee tegemoet te komen aan uiteenlopende wensen van medewerkers rond informatie-uitwisseling?

Om de hoofdvraag te beantwoorden, pas ik *mixed methods* toe. Ik doe theoretisch en empirisch onderzoek en binnen het empirische onderzoek combineer ik kwalitatieve en kwantitatieve methoden. Door verschillende invalshoeken te nemen, kan ik het onderwerp vanuit een holistische blik bekijken.

Als eerste bestudeer ik de literatuur over de twee *sensitizing concepts* 'mediarijkheid' en 'professionele organisaties'. De literatuurreview heeft als doel om inzicht te krijgen in het onderzoeksonderwerp en dient tevens als basis voor het empirisch deel van het onderzoek. Ik onderzoek twee theoretische deelvragen:

**Deelvraag 1:** Hoe kunnen verschillende interne communicatiekanalen ingezet worden volgens de *Media Richness Theory*?

**Deelvraag 2:** Wat is de informatiebehoefte van medewerkers in professionele organisaties (zoals een ziekenhuis) volgens de wetenschappelijke literatuur?



Als tweede voer ik een documentanalyse uit. Hierbij analyseer ik interne en openbare documenten over het UMC Utrecht en de divisie UMC Utrecht Cancer Center. Dit deel van het onderzoek heeft als doel om beter inzicht te krijgen in de bestaande overlegstructuren en communicatiekanalen binnen de divisie. De deelvraag die hierbij hoort, luidt:

**Deelvraag 3:** Welke formele rapportage- en overlegstructuren (met de daarbij behorende formele interne communicatielijnen) bestaan er binnen de divisie UMC Utrecht Cancer Center?

Als derde doe ik een kwantitatief onderzoek, namelijk een survey onder artsen, verpleegkundigen en laboranten die voor de divisie werken. De survey heeft als doel om generaliseerbare uitspraken te kunnen doen over het gebruik van, en de tevredenheid met, de interne communicatiekanalen van het UMC Utrecht Cancer Center. Bij dit onderdeel horen de volgende deelvragen:

**Deelvraag 4a:** Welke interne communicatiekanalen kiezen medewerkers van het UMC Utrecht Cancer Center voor het verkrijgen van welke soort informatie?

**Deelvraag 4b:** Hoe beoordelen medewerkers van het UMC Utrecht Cancer Center de mogelijkheden om informatie te verkrijgen en te delen via verschillende interne communicatiekanalen?

Als vierde doe ik een kwalitatief onderzoek. Ik interview vijf artsen, drie verpleegkundigen en drie laboranten. De interviews hebben als doel om inzicht op te doen in de keuzes die de professionals maken betreffende de interne communicatiekanalen. Daarnaast hebben de interviews als doel om de wensen en verbeterpunten van de professionals in kaart te brengen. Hierbij horen twee deelvragen:

**Deelvraag 5a:** Op basis van welke factoren selecteren medewerkers van het UMC Utrecht Cancer Center interne communicatiekanalen voor informatie-uitwisseling?

**Deelvraag 5b:** Welke wensen hebben medewerkers van het UMC Utrecht Cancer Center wat betreft informatie-uitwisseling via interne communicatiekanalen?

## 1.4 Relevantie

Het onderzoek is zowel wetenschappelijk als maatschappelijk relevant. Daarnaast heeft het onderzoek ook praktische relevantie voor het UMC Utrecht Cancer Center, omdat aan het onderzoek een adviesvraag gekoppeld is.

### 1.4.1 Wetenschappelijke relevantie

De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek ligt met name in de theoretische benadering. Het eerste *sensitizing concept* is mediarijkheid, welke ik bestudeer aan de hand van de *Media Richness Theory* (Daft & Lengel, 1986). De *Media Richness Theory* is ontwikkeld om te verklaren welke communicatiekanalen managers gebruiken voor de informatie-uitwisseling met hun medewerkers (zie paragraaf 3.2). In dit onderzoek kijk ik of de theorie ook gebruikt kan worden om de mediakeuzes van artsen, verpleegkundigen en laboranten bij interne communicatie te begrijpen. Law (2013) spreekt de verwachting uit dat medewerkers (onbewust) een minder geschikt kanaal kiezen om zo hun eigen kennispositie in de organisatie te behouden. Deze theorie noemt hij de *Communication-appropriation Perspective* (zie paragraaf 3.2.4). Doordat ik onder andere een kwalitatieve benadering gekozen heb, konden de gebruikers van de betreffende kanalen (artsen, verpleegkundigen en laboranten) aangeven waarom ze bepaalde keuzes in communicatiekanalen maken. Hiermee onderzoek ik of de *Communication-appropriation Perspective* van toepassing is in het UMC Utrecht Cancer Center.

Het tweede *sensitizing concept* is de professionele organisatie (Mintzberg, 1992). Hierbij kijk ik naar de informatiebehoefte van medewerkers, ook wel professionals, binnen deze specifieke organisatiestructuur (zie paragraaf 3.3.3). Dit onderwerp blijkt nog weinig onderzocht te zijn in de wetenschappelijke literatuur, waardoor het huidige onderzoek een relevante bijdrage levert.

#### **1.4.2 Maatschappelijke relevantie**

Het onderzoek is relevant voor organisaties met een professionele organisatiestructuur. Deze organisaties zijn gebaat bij effectieve interne communicatie om medewerkers met hun eigen patiënten en hun eigen voorkeuren goed te kunnen laten samenwerken en om informatie zo goed mogelijk uit te wisselen. Een ziekenhuis is een typisch voorbeeld van een professionele organisatie (zie paragraaf 3.3.2). Goede communicatie in een ziekenhuis komt uiteindelijk de patiënt ten goede. Wanneer artsen en andere professionals goed geïnformeerd zijn over nieuwe ontwikkelingen, behandelingen, onderzoeken en werkwijzen, kunnen ze dit gebruiken bij de behandeling van de patiënt.

#### **1.4.3 Praktische relevantie**

Het onderzoek heeft tevens als doel om een advies uit te kunnen brengen aan de communicatieafdeling van het UMC Utrecht Cancer Center over de inhoud en de inzet van de (digitale) communicatiekanalen binnen de divisie. De nadruk ligt hierbij weer op de nieuwsbrief en het intranet, omdat de inhoud van deze communicatiekanalen grotendeels door de afdeling Communicatie bepaald wordt. Het advies is geformuleerd in hoofdstuk 8 en zal hopelijk navolging vinden in de praktijk van het UMC Utrecht Cancer Center.

### **1.5 Leeswijzer**

Allereerst zal ik in hoofdstuk 2 de methode toelichten. In hoofdstuk 3 bespreek ik het theoretisch kader. Ik kijk hierbij naar de twee *sensitizing concepts* 'mediarijkheid' en 'professionele organisaties'. In dit hoofdstuk zullen tevens deelvraag 1 en 2 beantwoord worden. In hoofdstuk 4 schetst ik de context van dit onderzoek: ik zal hier de organisatie UMC Utrecht en de divisie UMC Utrecht Cancer Center bespreken. In hoofdstuk 5 bespreek ik de bevindingen uit het empirisch onderzoek. Hierbij kijk ik naar de documentanalyse, de survey en de interviews. In dit hoofdstuk beantwoord ik deelvragen 3 tot en met 5. Daarna zal ik in hoofdstuk 6 de theorie aan het empirisch onderzoek koppelen en de resultaten hiervan bespreken. In hoofdstuk 7 geef ik de belangrijkste conclusies van dit onderzoek en zal ik de hoofdvraag beantwoorden. In hoofdstuk 8 doe ik enkele aanbevelingen over de inzet van de interne communicatiekanalen binnen het UMC Utrecht Cancer Center. Ik sluit af met een discussie in hoofdstuk 9. Hier geef ik tevens enkele suggesties voor vervolgonderzoek.

Tijdens de looptijd van dit onderzoek is het UMC Utrecht onder verscherpt toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg komen te staan. Aanleiding hiervoor waren de incidenten op de afdelingen Keel-, Neus- en Oorheelkunde en Hoofd-Hals Chirurgische Oncologie (IGZ, 2016). De laatste afdeling valt onder de divisie UMC Utrecht Cancer Center. Vanzelfsprekend heeft dit effect gehad op de medewerkers van het UMC Utrecht Cancer Center. Zo kregen de medewerkers bijvoorbeeld tijdens de werkconferentie van april de mogelijkheid om hun ervaringen en emoties te delen. Hierbij kwam vooral naar voren dat patiënten en familieleden van de werknemers vragen gingen stellen over de betrouwbaarheid van de zorg binnen het UMC Utrecht (persoonlijke waarneming, 19 april 2016). Het huidige onderzoek spitst zich echter toe op interne communicatie en niet op externe communicatie. Wanneer de respondenten over het verscherpte toezicht spraken, werd het dan ook alleen in de context van interne communicatie genoemd.

## 2. Methoden

In dit onderzoek werk ik vanuit een interpretatieve methodologie. Het uitgangspunt van mijn onderzoek is dat 'de waarheid gecreëerd wordt tussen de mensen', in dit geval de professionals van het UMC Utrecht Cancer Center. Ik kan als onderzoeker de waarheid dan ook niet simpelweg observeren, maar vraag mensen naar hun ervaringen (Haverland & Yanow, 2012, p.6). Mijn rol als onderzoeker binnen deze benadering is het verzamelen en vergelijken van de verschillende betekenissen die de respondenten geven.

Mijn hoofdvraag luidt:

Hoe kan de communicatieafdeling van de divisie UMC Utrecht Cancer Center interne communicatiekanalen inzetten om daarmee tegemoet te komen aan uiteenlopende wensen van medewerkers rond informatie-uitwisseling?

Ik zal mijn hoofdvraag beantwoorden aan de hand van meerdere onderzoeksmethoden. Ik ben begonnen met een literatuurreview. Vervolgens heb ik een empirisch onderzoek gedaan, waarbij ik een documentanalyse, survey en interviews uitgevoerd heb. In dit hoofdstuk licht ik de verschillende methoden en de keuze voor *mixed methods* toe.

### 2.1 Mixed methods

Historisch gezien zijn er twee paradigma's waarin onderzoek gedaan wordt: kwantitatief en kwalitatief. Johnson et al. (2007) beargumenteren dat hier een derde paradigma aan toegevoegd kan worden, namelijk die van *mixed methods* (pp.112-113). Definities van *mixed methods* spreken meestal over een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve methoden, maar ook verschillende methoden binnen één van deze paradigma's worden weleens *mixed methods* genoemd (p.121). In dit onderzoek combineer ik een kwantitatieve methode met twee kwalitatieve methoden, waardoor er zeker sprake is van *mixed methods*.

De keuze voor *mixed methods* heeft een tweeledig doel: een brede blik op het onderwerp en het optimaal waarborgen van de validiteit van de resultaten (Johnson et al., 2007, p.122). Met de brede blik wordt bedoeld dat het onderzoeksonderwerp vanuit verschillende hoeken bekeken wordt. Zo kan een kwantitatief onderzoek inzicht geven in statistische verschillen tussen groepen, terwijl een kwalitatief onderzoek tot ideeën kan leiden die de onderzoeker zelf nog niet bedacht had. Daarnaast kunnen door middel van kwalitatief onderzoek verschillende ervaringen en interpretaties in kaart gebracht worden. Met het garanderen van de validiteit wordt bedoeld dat door verschillende methoden te hanteren, de beperkingen in de validiteit van de ene methode opgevuld kunnen worden door de andere methode. In het geval van drie of meer verschillende methoden wordt dit ook wel *triangulation* genoemd (Johnson et al, 2007, p.122; O'Leary, 2014, p.132). De resultaten van het kwantitatieve onderzoek kunnen bijvoorbeeld gemakkelijk gegeneraliseerd worden over alle medewerkers, terwijl het kwalitatieve onderzoek meer diepgang biedt en inzicht geeft in bijvoorbeeld de beweegredenen van de respondenten.

In dit onderzoek heb ik gekozen voor *mixed methods* om een holistische blik op de interne communicatie en kanaalkeuze binnen het UMC Utrecht Cancer Center te krijgen. Zo keek ik in de derde deelvraag naar de formele overlegstructuren, waarbij ik door middel van een documentanalyse de interne communicatie *top-down* bekeken heb. Bij de deelvragen 5a en 5b interviewde ik medewerkers zonder leidinggevende functie, zodat ik hier de *bottom-up* visie kon ontdekken.

De deelvragen zijn als volgt:

**Deelvraag 1:** Hoe kunnen verschillende interne communicatiekanalen ingezet worden volgens de *Media Richness Theory*?

**Deelvraag 2:** Wat is de informatiebehoefte van medewerkers in professionele organisaties (zoals een ziekenhuis) volgens de wetenschappelijke literatuur?

**Deelvraag 3:** Welke formele rapportage- en overlegstructuren (met de daarbij behorende formele interne communicatielijnen) bestaan er binnen de divisie UMC Utrecht Cancer Center?

**Deelvraag 4a:** Welke interne communicatiekanalen kiezen medewerkers van het UMC Utrecht Cancer Center voor het verkrijgen van welke soort informatie?

**Deelvraag 4b:** Hoe beoordelen medewerkers van het UMC Utrecht Cancer Center de mogelijkheden om informatie te verkrijgen en te delen via verschillende interne communicatiekanalen?

**Deelvraag 5a:** Op basis van welke factoren selecteren medewerkers van het UMC Utrecht Cancer Center interne communicatiekanalen voor informatie-uitwisseling?

**Deelvraag 5b:** Welke wensen hebben medewerkers van het UMC Utrecht Cancer Center wat betreft informatie-uitwisseling via interne communicatiekanalen?

Deelvragen 1 en 2 heb ik onderzocht door een studie van de wetenschappelijke literatuur. Deze vragen worden besproken in het theoretisch kader. Deelvraag 3 heb ik onderzocht met een documentanalyse. Ik heb mij verdiept in de (interne) documenten en verslagen van het UMC Utrecht, om beter inzicht te krijgen in de formele rapportage- en overlegstructuren. Deze structuren beïnvloeden de interne communicatie en daarmee ook de kanalen die voor deze communicatie gekozen worden. Deelvraag 4a en 4b heb ik beantwoord door middel van een kwantitatieve methode. Ik heb een digitale survey opgesteld, welke ik gebaseerd heb op bestaande communicatie-audits (Michels, 2012; Hogendoorn, in Reijnders et al., 2015). Door middel van deze survey kon ik algemene conclusies trekken over het gebruik van de communicatiekanalen binnen de divisie, welke ik verder ondervraagd heb in de interviews. Deelvraag 5a en 5b heb ik bekeken met een kwalitatieve methode. Ik heb elf artsen, laboranten en verpleegkundigen geïnterviewd en hen gevraagd naar hun beleving en hun wensen met betrekking tot de interne communicatiekanalen. De verschillende methoden zal ik uiteenzetten in de volgende paragrafen. In paragraaf 2.2 bespreek ik de literatuurreview, in paragraaf 2.3 de documentanalyse, in paragraaf 2.4 de survey en in paragraaf 2.5 de interviews.

## 2.2 Literatuurreview

In hoofdstuk 3 bespreek ik de literatuurreview, waarin de *sensitizing concepts* 'mediarijkheid' en 'professionele organisaties' centraal staan. Voor deze literatuurreview ben ik op zoek gegaan naar verschillende relevante artikelen en boeken die aansluiten bij de hoofd- en deelvragen. Dit zoekproces licht ik toe in paragraaf 2.1.1. De literatuur beantwoordt niet alleen de eerste twee deelvragen, maar dient ook als basis voor het empirisch onderzoek. Dit proces licht ik toe in paragraaf 2.1.2.

### 2.2.1 Zoekproces

Het zoekproces voor de literatuur liep parallel aan het formuleren van de deelvragen. Toen het onderwerp en de hoofdvraag van dit onderzoek bekend waren, ben ik mij gaan verdiepen in de theoretische benaderingen die hierbij pasten. Vanuit voorkennis uit mijn bachelor- en masteropleiding ben ik bij de twee *sensitizing concepts* gekomen. De belangrijkste literatuur die hierbij hoorde, namelijk de artikelen van Daft & Lengel (1986), Daft et al. (1987) en Mintzberg (1992) waren dan ook al bekend. Aan de hand van deze twee concepten heb ik de eerste twee deelvragen geformuleerd en ben ik op zoek gegaan naar aanvullende literatuur.



De start van mijn zoektocht naar literatuur begon bij mijn voorkennis en verzameling van geprinte artikelen. In de bachelorcursus 'Communicatie, media en interactie' (CI3V14303) is de *Media Richness Theory* met bijhorende kritiek uitgebreid besproken. De artikelen van Dennis & Kinney (1998) en Fulk (1993) behoren tot mijn voorkennis uit deze cursus. De uiteenzetting over kennis van Clegg et al. (2011) en het artikel van Law (2013) over de *Communication-appropriation Perspective* komen uit voorkennis van de mastercursus 'Kennis delen en samenwerken in organisaties' (USG6020). Vervolgens ben ik via Google Scholar op zoek gegaan naar aanvullende literatuur. Via de zoekterm 'Media Richness Theory' en 'media richness' kwam er vooral veel kritiek naar voren. Het artikel van El-Shinnawy & Markus (1997) heb ik hieruit gekozen, omdat het de *Media Richness Theory* in de nieuwe media test, een suggestie die Daft et al. (1987, p.364) zelf geven voor verder onderzoek. Het artikel van Kahai & Cooper (2003) heb ik gekozen omdat het een reflectie biedt op alle eerdere artikelen over de *Media Richness Theory* die ik bestudeerd hebt, en omdat dit artikel de theorie aantoonde voor andere groepen dan managers. Ik heb daarna ook nog gezocht op 'mediarijkheid', maar vond hierbij geen officieel gepubliceerde literatuur. De zoekresultaten betroffen andere scripties en essays van studenten.

Daarna ben ik gaan zoeken naar combinaties van de zoekwoorden 'organisatiestructuur', 'professionele organisatie', 'informatiebehoefte' en 'communicatie', en de Engelstalige vertalingen hiervan. De resultaten van deze zoektermen waren publicaties die gericht waren op externe communicatie en marketing. Ik heb de zoekresultaten vervolgens verfijnd met de zoekterm 'interne communicatie' (en 'internal communication'). Ook hier waren de resultaten beperkt: de zoekresultaten bestonden onder meer uit ongepubliceerde resultaten, zoals scripties, en resultaten die alsnog gericht waren op externe communicatie. In de resultaten heb ik één relevant artikel gevonden, namelijk die van Hage et al. (1971). Het artikel is gedateerd, maar door de weinige zoekresultaten en de relevante inhoud heb ik besloten dit artikel toch te gebruiken. Ik ben vervolgens verder gaan kijken in de voorkennis die ik had uit mijn bacheloropleiding, en ben uitgekomen bij twee algemenere theorieën: die over informatiebehoefte in organisaties (Reijnders, 2002 & 2015) en die over *need for cognition*, ofwel een algemene behoefte aan kennis die mensen kunnen hebben (Hoeken et al., 2012).

### **2.2.2 Theorie als basis voor empirie**

De literatuurreview in hoofdstuk 3 bespreekt de belangrijkste *sensitizing concepts* van dit onderzoek. *Sensitizing concepts* zijn "attenderende, gevoelig makende of richtinggevende begrippen" (Boeije, 2012, p.47). Ze bepalen vanuit welk gedachtegoed de onderzoeker zijn onderzoek doet (p.81). Bowen (2006) beargumenteert zelfs dat elke onderzoeker *sensitizing concepts* gebruikt, zelfs als hij zich hier niet bewust van is, of deze niet formuleert. De concepten kunnen bijvoorbeeld uit voorkennis komen. Ze helpen de onderzoeker met het bepalen van de richting van zijn onderzoek (pp.13-14).

In dit onderzoek dienen de literatuurreview en de bijhorende *sensitizing concepts* als basis voor het empirisch onderzoek. De categorisering van informatie door Reijnders et al. (2015) en Choo et al. (2006) dienen als basis voor de documentanalyse van de nieuwsbrieven en het intranet. De aannames van de *Media Richness Theory* dienen als basis voor de survey, waarin ik aan de respondenten gevraagd heb om voor een aantal boodschappen hun voorkeur in intern communicatiekanaal aan te geven. Ze konden bij elke boodschap één kanaal aangeven, dus het communicatiekanaal dat ze het meest geschikt achtten voor de boodschap. De literatuur geeft ook richting aan de topics voor de interviews. Zo staan de begrippen 'informatiebehoefte', 'kennis' en 'interne communicatiekanalen' op de topiclijst. De *sensitizing concepts* zijn overigens niet hetzelfde als de codes. De codeboom is pas na de interviews geformuleerd,

waardoor er ook ruimte was voor codes die ik als onderzoeker vooraf niet bedacht had op basis van de wetenschappelijke literatuurstudie. In paragraaf 2.5.4 ga ik verder in op het proces van coderen.

## **2.3 Documentanalyse**

In de documentanalyse heb ik verschillende interne en openbare documenten over het UMC Utrecht Cancer Center bekeken. Een documentanalyse probeert de onderzochte groepen te begrijpen door het bestuderen van de documenten die zij zelf produceren (O'Leary, 2014, p.136). De documentanalyse had als doel om deelvraag 3 te beantwoorden en de context te schetsen van de organisatie, de divisie en de communicatiekanalen die gebruikt worden binnen de divisie. De context staat beschreven in hoofdstuk 4 en de empirische resultaten van de documentanalyse zijn gerapporteerd in hoofdstuk 5.

### **2.3.1 Onderzochte documenten**

Voor de documentanalyse heb ik tien verschillende documenten en het intranet bekeken. De meeste documenten zijn alleen voor intern gebruik, zoals de beleidsstukken van het UMC Utrecht Cancer Center en de nieuwsbrieven van de divisie. Een aantal documenten zijn openbaar, zoals de publicatie van Blijham & Müter (2010) en het jaarverslag (UMC Utrecht, 2014).

Het grootste gedeelte van de documenten is aangedragen door de begeleiders op de afdeling Communicatie van het UMC Utrecht Cancer Center. Zij hebben de toegang tot de interne documenten geregeld en de documenten toegelicht waar nodig. Sommige documenten heb ik aangevraagd naar aanleiding van de gesprekken op de afdeling en de presentaties tijdens het Centrale Introductie Programma voor nieuwe medewerkers. Ik heb toegang gekregen tot alle gevraagde documenten. De gepubliceerde documenten heb ik via Google Scholar en de website van het UMC Utrecht gevonden. Het boek van Klijn (2010) was in mijn eigen bezit en het boek van Blijham & Müter (2010) heb ik geleend van de Universiteitsbibliotheek Amsterdam.

De documenten staan vermeld onder de juiste categorieën in de bibliografie. Een overzicht van de interne documenten die gebruikt zijn voor de analyse staat in bijlage 1. De begeleiders hebben inzage gekregen in de interne niet-gepubliceerde documenten.

### **2.3.2 Analyse**

Voor de analyse zijn de documenten in twee onderwerpen onderverdeeld. Het eerste onderwerp is de organisatiestructuur van het UMC Utrecht en de divisie UMC Utrecht Cancer Center. De documenten over dit onderwerp zijn geanalyseerd op dezelfde manier als een literatuurreview. Ik heb de documenten gelezen, samengevat en de relevante delen beschreven, geparafraseerd en geciteerd in een casusbeschrijving.

Het tweede onderwerp is de interne communicatie. Hieronder vallen de nieuwsbrieven en het intranet. Ik heb de laatste vier nieuwsbrieven geanalyseerd, en de intranetpagina's die onder de divisie UMC Utrecht Cancer Center vallen en dus onder het beheer van de communicatieafdeling van de divisie. Deze (digitale) documenten heb ik geanalyseerd aan de hand van de categorisering die ik in het theoretisch kader vastgesteld heb. De categorieën zijn: taakinformatie, beleidsinformatie, beheerinformatie, sociale informatie en *social maintenance* (zie paragraaf 3.1.2). De resultaten van de categorisering zijn vervolgens in het empirische hoofdstuk beschreven.

### 2.3.3 Validiteit en betrouwbaarheid

Om de validiteit te waarborgen, is de methode van analyse gegrond in de wetenschappelijke theorie. De categorisering van soorten informatie is gebaseerd op twee verschillende auteurs die zowel enige overlap als verschil tonen. Doordat ik meerdere categorisering van meerdere auteurs bekeken heb, kan geconcludeerd worden dat de gekozen categorisatie een volledig beeld toont van de mogelijke soorten informatie.

Om de betrouwbaarheid te waarborgen, hebben de begeleiders inzage gekregen in de interne niet-gepubliceerde documenten. Zij konden zo controleren of de vermelde inhoud van het contexthoofdstuk en de gedane analyses klopten met de inhoud van de documenten.

## 2.4 Survey

De derde stap in het onderzoek betrof een survey. Een survey is "a questionnaire that asks a range of individuals the same questions related to their characteristics, attributes, how they live, or their opinions" (O'Leary, 2014, p.202). De survey diende om generaliseerbare uitspraken over het gebruik van de verschillende interne communicatiekanalen binnen de divisie te kunnen doen. Met de uitkomsten van de survey konden deelvragen 4a en 4b beantwoord worden. De survey bestond uit tien vragen, waarvan zes inhoudelijke vragen over de communicatiekanalen en vier demografische vragen. De survey is gemaakt met de tool Qualtrics, welke beschikbaar gesteld is vanuit de Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschap en was online toegankelijk voor respondenten via een hyperlink die zij in hun e-mail hebben ontvangen. De volledige survey staat in bijlage 4. De resultaten van de survey worden besproken in hoofdstuk 5.

### 2.4.1 Communicatie-audit

De vragen in de survey zijn gebaseerd op twee bestaande communicatie-audits. Op die manier hoefde de constructvaliditeit van de vragenlijst niet getest te worden (zie ook paragraaf 2.4.5). De eerste audit is van Hogendoorn (2015). Deze auteur heeft een communicatie-audit opgesteld als digitale bijlage bij het *Basisboek interne communicatie* van Reijnders et al. (2015). In deze communicatie-audit wordt de stand van de volledige interne communicatie getoetst. Voor dit onderzoek waren alleen deel 2 en deel 3 relevant, namelijk 'informatiebehoefte en -uitwisseling' en 'tevredenheid over de communicatiemiddelen'. De vragen zijn omgevormd naar het doel van dit onderzoek, waardoor de boodschappen en communicatiekanalen die voor het UMC Utrecht Cancer Center relevant zijn, genoemd worden. Daarnaast vraag ik bij de verschillende boodschappen niet naar de hoeveelheid informatie die de respondenten willen ontvangen, maar naar het communicatiekanaal dat ze hiervoor gebruiken. De vraag naar de combinatie tussen boodschap en kanaal komt voort uit de literatuurreview over mediarijkheden.

De tweede audit waar ik mij op baseer is van Michels (2012). Deze auteur geeft een voorbeeld van een ICA-audit. ICA staat voor *International Communication Association* (p.120). De eerste vijf vragen van de ICA-audit zijn de basis voor de tweede helft van mijn survey. Zo heb ik de eerste twee vragen samengevoegd. Ik vraag dus niet naar een rapportcijfer voor interne communicatie in het algemeen, maar bevraag de beschikbaarheid van de informatie (vraag 2 van de ICA-audit) met een rapportcijfer. Ook vraag ik hoe vaak de respondenten de interne nieuwsbrief en het intranet lezen (vraag 3 van de ICA-audit) en hoe geschikt ze verschillende interne communicatiekanalen (e-mail, nieuwsbrief, intranet, werkoverleg/afdelingsoverleg, werkconferentie en gesprekken met collega's en direct leidinggevend) vinden voor het verkrijgen van informatie (gebaseerd op vraag 5 van de ICA-audit). Naar aanleiding van de feedback van mijn begeleider

heb ik deze laatste vraag ook omgevormd naar het delen van informatie en deze extra vraag aan de survey toegevoegd. Een communicatiekanaal kan immers erg geschikt zijn voor het verkrijgen van informatie, maar minder geschikt zijn voor het delen van informatie en vice versa.

Als laatste vraag ik de respondenten om enkele demografische kenmerken. Deze zijn weer gebaseerd op de communicatie-audit van Hogendoorn (2015) en op het advies van deze auteur achteraan de vragenlijst gezet. De antwoordopties bij de vraag hoe lang de respondenten al werkzaam zijn voor de organisatie, zijn toegespitst op het UMC Utrecht Cancer Center. Zo heb ik een onderscheid gemaakt tussen 'minder dan 1 jaar', '1-2 jaar' en '2-5 jaar', omdat de divisie in de afgelopen twee jaar grote organisatorische veranderingen doorgemaakt heeft (zie paragraaf 1.1).

#### **2.4.2 Pre-test**

De survey is getest door twee laboranten die mij kennen. Deze laboranten zijn uitgesloten van deelname aan de survey. De data die zij ingevuld hebben tijdens de pre-test, zijn voor aanvang van de survey verwijderd en niet meegenomen in het onderzoek. De pre-test was erop gericht om spelfouten, onduidelijke formuleringen, missende antwoordopties en technische problemen te ontdekken.

De belangrijkste bevindingen uit de pre-test waren een tweetal missende antwoordopties bij de eerste vraag. Naast de nieuwsbrief van het UMC Utrecht Cancer Center hebben de verschillende afdelingen vaak zelf ook nog een nieuwsbrief. Hier kan een respondent tevens informatie vandaan halen. Hetzelfde geldt voor het zorgconcept, een intern boekje met de missie en waarden van het UMC Utrecht Cancer Center. Deze twee communicatiekanalen zijn toegevoegd aan de antwoordopties bij de eerste vraag, maar niet aan de bevraagde kanalen in de tweede en derde vraag. De afdelingsnieuwsbrieven zijn niet divisiebreed toegankelijk en vallen daardoor niet binnen de afbakening van dit onderzoek. Het zorgconcept is een eenmalige uitgave. Het kan daarom niet gebruikt worden om nieuwe informatie te delen, waardoor het niet mogelijk is om de tevredenheid over het delen van informatie via dit kanaal te meten.

Uit de pre-test kwam ook naar voren dat het communicatiekanaal 'Connect' niet voor iedereen duidelijk is. Connect is het intranet van het UMC Utrecht (zie hoofdstuk 4) en heette voorheen Scoop. Eén van de pre-testers meldde dat werkinstructies nu onder Connect vallen, maar voorheen op een aparte site stonden. Op Scoop was toen alleen personeelsinformatie en nieuws te vinden. Om duidelijk te maken dat het bij het communicatiekanaal 'Connect' over het gehele nieuwe intranet gaat, heb ik het advies van de pre-testers opgevolgd en dit kanaal overal als 'Connect (mijnumc.nl)' benoemd. Zo was het voor de beide pre-testers wel duidelijk dat het om het intranet gaat waar zij zowel werkinstructies als personeelsinformatie vandaan kunnen halen.

Als laatste zijn er nog een aantal spelfouten en een onduidelijke formulering uit de introductietekst gehaald. De onduidelijke formulering betrof de titel 'laborant'. In het onderzoek kijk ik alleen naar professionals die met patiëntenzorg te maken hebben. In het geval van het UMC Utrecht Cancer Center vallen hier radiotherapeutisch en radiodiagnostisch laboranten onder. Als ik alleen de benaming 'laborant' zou gebruiken, vallen hier strikt genomen ook medewerkers in het lab onder. Zij hebben echter niet te maken met de directe patiëntenzorg. Om duidelijk te maken om welke groep laboranten het gaat, wordt de groep op advies van de pre-testers in de introductietekst benoemd als 'laborant/MBB'er'. MBB'er betekent Medisch Beeldvormings- en Bestralingsdeskundige. De afkorting is binnen deze beroepsgroep bekend.



### 2.4.3 Respondenten

De survey stond open voor alle artsen, verpleegkundigen en laboranten die voor minimaal de helft van hun aanstelling bij het UMC Utrecht voor de divisie UMC Utrecht Cancer Center werkten. Deze eisen zijn geformuleerd in de introductietekst van de survey en de respondenten moesten expliciet aangeven aan de eisen te voldoen voordat zij verder konden navigeren naar de vragen.

De survey is via e-mail verspreid naar alle unithoofden van de verpleegkundigen en de laboranten. Aan hen is gevraagd de survey door te sturen naar de medewerkers in hun unit en tevens zelf de survey in te vullen. Artsen zijn benaderd via de secretaresses van de verschillende afdelingen die onder het UMC Utrecht Cancer Center vallen. De secretaresses is niet gevraagd om zelf de survey in te vullen, omdat zij buiten de onderzochte groep vielen. Alle medewerkers die aan de voorwaarden voldeden, mochten meewerken, dus er is sprake van *volunteer sampling* (O'Leary, 2014, p.190). Doordat de survey via de unithoofden en secretaresses verspreid is, bestaat echter wel de kans dat niet alle deelnamegerechtigde medewerkers de survey ontvangen hebben. Er kan immers een unithoofd of secretaresse geen gehoor gegeven hebben aan de oproep tot doorsturen. Het was technisch echter niet mogelijk om de volledige groep artsen, verpleegkundigen en laboranten zelf te benaderen, zonder daarbij ook al het ondersteunend personeel van de divisie een e-mail te sturen.

De survey is op maandag 25 april 2016 verstuurd naar de unithoofden en secretaresses. Op dinsdag 3 mei vond er een werkoverleg plaats tussen de verpleegkundige leidinggevenden van het UMC Utrecht Cancer Center. De leidinggevenden hebben na afloop van het overleg een herinnering van de survey in hun mailbox ontvangen met de vraag deze in te vullen en door te sturen. De secretaresses van de artsen en de unithoofden van de laboranten hebben op maandag 9 mei een herinnering ontvangen met de vraag deze nogmaals door te sturen naar de medewerkers. De survey is op maandag 16 mei gesloten.

In totaal hebben 163 respondenten de survey geopend, waarvan 148 de survey ook werkelijk gestart zijn door aan te geven aan de voorwaarden te voldoen. 87 respondenten hebben de survey volledig ingevuld. Vragenlijsten die niet volledig waren ingevuld, zijn niet meegenomen in het onderzoek. De respondentengroep bestaat uit 19 artsen, 35 verpleegkundigen en 33 laboranten. 26% van de respondenten is man en 74% is vrouw. Van het totaal aantal respondenten gaven 12 (14%) aan een leidinggevende functie te bekleden.

### 2.4.4 Analyse

Na het verzamelen van de kwantitatieve data is deze gedownload vanuit Qualtrics en geïmporteerd in het statistiekprogramma SPSS. De data is volledig geanalyseerd door middel van deze software. Tabellen en grafieken zijn gemaakt in Microsoft Excel. Voordat de data gerapporteerd en geanalyseerd kon worden, zijn eerst de niet volledige regels uitgesloten door middel van de optie *select cases*. Variabelen die niet relevant zijn voor dit onderzoek, maar toch door Qualtrics aan de dataset gevoegd zijn, heb ik verwijderd. Het gaat hier bijvoorbeeld om de geografische locatie van de respondent en de tijd en datum waarop de respondent de survey gestart en geëindigd heeft.

In de data van de demografische kenmerken heb ik een aanpassing gedaan. Bij vraag 10 moesten de respondenten aangeven hoe lang ze in het UMC Utrecht werkten. Er waren slechts 3 respondenten in de categorie 'minder dan 1 jaar' en 6 respondenten in de categorie '1-2 jaar'. Omdat dit te weinig respondenten zijn om statistisch gegronde uitspraken over te doen, zijn de twee groepen samengevoegd tot één categorie, te weten 'minder dan 2 jaar'.

Bij de eerste vraag moesten de respondenten aangeven welke interne communicatiekanalen zij het meest geschikt vonden voor een twaalftal soorten informatie. Deze data is nominaal, waardoor er alleen percentages uitgerekend zijn. De tweede en derde vraag zijn op intervalniveau gemeten met een Likertschaal. Voor deze vragen zijn dan ook gemiddelden, t-toetsen en ANOVA's uitgerekend. Vraag vier en vijf zijn weer nominaal. Hiervoor heb ik Chi-kwadraten uitgerekend. De laatste inhoudelijke vraag, het rapportcijfer, is op rationiveau. Hier konden gemiddelden, t-toetsen en ANOVA's voor uitgerekend worden. De demografische kenmerken zijn enkel gebruikt als afhankelijke variabelen.

#### **2.4.5 Validiteit en betrouwbaarheid**

De validiteit van de survey wordt gewaarborgd doordat ik gebruikgemaakt heb van bestaande en recente communicatie-audits (Michels, 2012; Hogendoorn, 2015). Deze auteurs hebben de vragen opgesteld naar aanleiding van literatuurreviews en testen in de praktijk. De vragen meten dan ook werkelijk het gebruik van communicatiekanalen en de tevredenheid met de interne communicatie. Dit hoefde ik daarom zelf niet te testen. Omdat ik de introductietekst wel zelf geschreven had, en de formuleringen van de vragen omgebouwd had naar de situatie in het UMC Utrecht Cancer Center, was er wel een pre-test nodig. De adviezen van de pre-testers heb ik opgevolgd, waardoor de survey voor de huidige groep respondenten zowel begrijpelijk als valide was.

De betrouwbaarheid van de survey wordt gewaarborgd doordat de online tool Qualtrics gebruikt is. Deze tool zorgt ervoor dat de vragen uit de survey voor elke respondent in elke browser goed leesbaar zijn. De survey is tussentijds niet gewijzigd, dus de vragen waren voor elke respondent op precies dezelfde manier geformuleerd. In de survey wordt alleen met statistische gegevens gewerkt, waardoor er geen sprake is van mogelijke problemen met beoordelaarsbetrouwbaarheid.

### **2.5 Interviews**

Als laatste onderdeel zijn er elf semigestructureerde interviews uitgevoerd onder artsen, verpleegkundigen en laboranten. De interviews vonden plaats in de periode 3 mei tot en met 20 mei en zijn opgenomen met een *smartphone*. In de interviews vroeg ik de respondenten naar verschillende topics die uit de literatuurreview voortgekomen waren. De interviews hadden als doel om deelvraag 5a en 5b te beantwoorden. De bevindingen uit de interviews worden besproken in hoofdstuk 5.

#### **2.5.1 Topics**

De topics zijn geformuleerd aan de hand van de literatuurreview, waarbij de onderzochte deelvragen telkens in gedachte gehouden zijn. Op advies van een gastdocent bij het Scriptie Plus traject begon ik met een hele brede vraag, namelijk hoe de respondent het liefste communiceert. Hierbij was de focus nog niet op interne communicatie gelegd. Door met deze brede vraag te beginnen, kan ik de respondent nog niet gestuurd hebben en konden zij met hun eigen ideeën komen.

Belangrijke topics zijn 'onderlinge communicatie', 'informatiebehoefte' en 'tevredenheid interne communicatiekanalen'. De eerste twee topics komen voort uit de literatuur over communicatie in professionele organisaties (paragraaf 3.3). Het laatste topic komt voor uit de literatuur over mediarijkheden (paragraaf 3.2). Door naar de onderlinge communicatie te vragen, wilde ik ontdekken hoe de communicatie tussen professionals verloopt. Door te vragen naar de informatiebehoefte, kon ik initiële ideeën opdoen over de informatiebehoefte in een professionele organisatie. Hier kon ik namelijk weinig gepubliceerde wetenschappelijke literatuur over vinden (zie ook paragraaf 2.2.1). Het topic

'tevredenheid interne communicatiekanalen' is gerelateerd aan de *Media Richness Theory*. Onder dit topic vroeg ik welke communicatiekanalen de respondenten gebruiken en waarop ze de keuze voor een communicatiekanaal baseren. Dit kon ik vervolgens koppelen aan de uitkomsten van de literatuurreview en de survey.

Aan het einde zoomde ik in op twee specifieke kanalen: de nieuwsbrief en de intranetpagina van de divisie. Hier heb ik extra aandacht aan besteed, omdat de communicatieafdeling graag adviezen wil ontvangen over deze kanalen. Ik vroeg de respondenten dan ook niet alleen naar de leesfrequentie en de tevredenheid, maar ook naar de gewenste inhoud en eventuele tips om daar de adviezen op te kunnen baseren. De topiclijst heb ik eerst nog verbeterd naar aanleiding van een pre-test. Dit proces bespreek ik in de volgende paragraaf. De definitieve topiclijst is te vinden in bijlage 7.

### **2.5.2 Pre-test**

Om de inhoud en de volgorde van de topics te controleren, heb ik een pre-test uitgevoerd. Voor deze pre-test heb ik een laborant gevraagd om mee te werken. De pre-test was een interview zoals alle anderen, maar had niet als doel om data te vergaren voor de resultaten. Het doel van de pre-test was om de topiclijst te verbeteren. Het pre-testinterview is dan ook niet getranscribeerd en gecodeerd. De respondent is vooraf geïnformeerd over het doel van de pre-test. Zij wist dat de antwoorden niet meegenomen zouden worden, maar heeft zoals gevraagd wel inhoudelijk geantwoord op de vragen, zodat ik in kon schatten welke delen wel en niet goed liepen.

De belangrijkste bevinding uit de pre-test was dat de volgorde van de topics goed liep. De topics beginnen heel breed, zoomen vervolgens in op communicatiekanalen en als laatste wordt er specifiek naar de nieuwsbrief en het intranet gevraagd. Een aantal topics moest wel verder gespecificeerd worden. Zo was de openingsvraag te algemeen en begreep de pre-tester niet precies wat zij moest antwoorden. Deze vraag is dan ook gewijzigd van 'hoe communiceer jij het liefste' naar 'hoe communiceert u het liefste met collega's'. De twee opvolgende kopjes met topics zijn ongewijzigd gebleven. Bij het kopje 'tevredenheid interne communicatiekanalen' heb ik de beschrijving 'inclusief face-to-face' toegevoegd, omdat het voor de pre-tester onduidelijk was dat ze hier ook over mocht spreken bij dit topic.

Tussen de topics over informatiebehoefte en de tevredenheid is een kopje 'kennis' toegevoegd. Dit topic is toegevoegd na feedback van de scriptiebegeleider. Het onderwerp was namelijk wel besproken in het theoretisch kader, maar stond nog niet in de topiclijst.

De topics onder 'Nieuwsbrief' en 'Connect' zijn naar aanleiding van de pre-test verder uitgebreid. Wanneer de respondent vertelt dat hij of zij één van deze kanalen weinig tot nooit gebruikt, kan ik doorvragen waarom dit zo is. Dit is tevens een goed bruggetje naar het volgende topic, namelijk de tevredenheid. Tijdens de pre-test kwamen er meerdere elementen van de inhoud van de nieuwsbrief en Connect ten sprake. In de topiclijst staat onder het topic 'inhoud' dan ook niet alleen meer het onderscheid tussen aanvullende of nieuwe informatie, maar ook het onderscheid tussen hard en zacht nieuws. Als laatste bleek het einde van het interview wat abrupt te zijn. Daarom heb ik een afsluitende vraag toegevoegd waarbij de respondent zaken kon bespreken die nog niet aan bod waren gekomen.

### **2.5.3 Respondenten**

De respondentengroep bestond uit vijf artsen, drie verpleegkundigen en drie laboranten. De respondenten waren medewerkers zonder leidinggevende functie.

De ongelijke verdeling tussen de drie groepen is vooraf bewust gekozen, omdat er bij de onderzoeker en begeleiders het vermoeden bestond dat verpleegkundigen en laboranten wellicht dezelfde gebruiken, wensen en ideeën zouden hebben. Door voor deze verdeling te kiezen, konden de verpleegkundigen en laboranten samengevoegd worden tot één groep met zes respondenten tegenover de groep artsen met vijf respondenten. Het bleek inderdaad dat de groep laboranten en verpleegkundigen samengevoegd kon worden (zie paragraaf 5.3).

Bij het selecteren van respondenten is er gebruikgemaakt van de *hand-picked sampling* techniek (O'Leary, 2014, p.190). De stagebegeleider vanuit het UMC Utrecht Cancer Center heeft de namen van de respondenten aangedragen. Hierbij zijn medewerkers uit de gehele breedte van de divisie gekozen: ze werken voor verschillende afdelingen, hebben verschillende specialisaties en werken kort of juist lang voor het UMC Utrecht. Door de respondenten op deze manier te selecteren, kon ik als onderzoeker een representatieve groep mensen interviewen. De elf interviews geven dan ook inzicht in de wensen van de professionals over de hele divisie, en niet alleen in de medische, heelkundige of radiotherapeutische disciplines. De laboranten komen logischerwijs wel allemaal van dezelfde afdeling, omdat er alleen laboranten voor de afdeling radiotherapie werken. Binnen deze groep is er voor variatie gezorgd door medewerkers uit verschillende units en specialisaties te selecteren. De volledige lijst met respondenten, inclusief functies en afdelingen, is te vinden in bijlage 6.

Aan de respondenten is gevraagd of zij een eigen kamer of vergaderruimte tot hun beschikking hadden, waar wij niet gestoord konden worden tijdens het interview. Indien dit het geval was, ben ik bij de respondent langs gegaan om zo de bereidheid tot medewerking te vergroten. In alle andere gevallen vonden de interviews plaats in een vergaderruimte in gebouw Q, waar de afdeling Communicatie zich ook bevindt.

#### **2.5.4 Analyse**

De interviews zijn zoals gezegd opgenomen. De opnames zijn teruggeluisterd en getranscribeerd. In de transcripten zijn de gesprekken letterlijk opgeschreven, inclusief versprekingen en uitspraken als 'eh'. De intonatie van de interviewer en respondenten zijn niet meegenomen.

Om de transcripten te analyseren, heb ik deze gecodeerd. Boeije (2012, p.85) bespreekt drie fasen van coderen, te weten open codering, axiale codering en selectieve codering. In mijn onderzoek zijn deze drie fasen niet zo duidelijk af te bakenen en was er sprake van een geleidelijk proces. Ik ben begonnen met open coderen, maar begon al snel een structuur te herkennen in de codering. Daarom ben ik bij het vierde interview al begonnen met het opstellen van een tijdelijke codeboom. Deze codeboom was nog niet compleet. De tak 'communicatie tussen professionals' stond er toen bijvoorbeeld nog niet bij. Ook heb ik later in het proces nog een onderscheid gemaakt tussen 'wensen' en 'verbeterpunten' onder de tak 'communicatiekanalen'. Na het coderen van zeven van de elf interviews bleek de codeboom compleet te zijn. Vanuit de overige transcripten zijn toen geen nieuwe codes meer gekomen. Ik heb de transcripten die nog niet gecodeerd waren naar de definitieve codeboom opnieuw bekeken en gecodeerd. Dit past binnen het proces van selectief coderen, waarbij de onderzoeker een structuur aanbrengt in de gegevens (Boeije, 2012, p.105).

In een enkel geval begonnen de respondenten te spreken over externe communicatie, bijvoorbeeld over communicatie met de patiënt. Deze uitspraken zijn niet gecodeerd, omdat ze buiten het onderwerp van dit onderzoek vallen. In

de interviews heb ik ook geprobeerd zo snel mogelijk de focus terug te leggen op interne communicatie.

Boeije (2012, p.92) maakt onderscheid tussen *in-vivo codes* en *constructed codes*. *In-vivo codes* zijn gebaseerd op woorden die de respondenten zelf gebruiken, terwijl *constructed codes* gebaseerd zijn op de literatuurstudie of andere voorkennis van de onderzoeker. In mijn codering heb ik vooral gebruikgemaakt van *constructed codes*. De bewoording die de respondenten gebruikten waren op inhoudelijk niveau, zoals de namen van de patiëntsystemen. Ik wilde de codes echter op een overkoepelend niveau hebben, aansluitend bij de deelvragen en de theorie, waardoor de meeste codes *constructed codes* zijn geworden. Boeije (2012, p.93) maakt ook onderscheid tussen beschrijvende en interpreterende codes. Ik maak gebruik van beiden in mijn codering. Zo zijn de codes onder de tak 'informatiebehoefte' beschrijvend, terwijl de codes 'explicit' en 'tacit' onder de tak 'kennis' interpreterende codes zijn. De definitieve codeboom staat in bijlage 8.

### **2.5.5 Validiteit en betrouwbaarheid**

In het kwalitatieve deel van dit onderzoek heb ik een interpretatieve rol als onderzoeker. Dat betekent dat ik als onderzoeker de uitspraken van de respondenten analyseer en categoriseer door middel van de codes die in de vorige paragraaf besproken zijn. Het doel van kwalitatief onderzoek is dan ook niet om tot één algemene uitspraak te komen, maar om verschillende perspectieven van de respondenten te kunnen ontdekken (O'Leary, 2014, p.130). De interpretatieve rol behoeft echter wel extra toelichting om de validiteit, betrouwbaarheid en eventuele generaliseerbaarheid van de uitspraken in dit onderzoek te waarborgen.

Om de validiteit van dit onderzoek te waarborgen, heb ik verschillende strategieën van Morse et al. (2002, p.18) toegepast. Er is sprake van *methodological coherence*. Voor elke deelvraag heb ik opnieuw gekeken welke methode hier het beste bij past. Om die reden onderzoek ik dan ook alleen deelvraag 5a en 5b met een kwalitatieve methode. Bij deelvraag 5a was er sprake van tegenstrijdige bevindingen in de (kwantitatief georiënteerde) literatuur, waardoor een kwalitatieve aanpak het beste was: de respondenten konden zelf met ideeën komen waarom zij bepaalde keuzes voor communicatiekanalen maken, zonder dat ik als onderzoeker al met suggesties kom. Deelvraag 5b is specifiek gericht op de wensen van de professionals binnen het UMC Utrecht Cancer Center en kon niet uit de literatuurreview gehaald worden. Ook hier was het daarom belangrijk om niet zelf met opties te komen, maar de respondenten te laten formuleren welke wensen zij hadden. Ik heb tevens gebruikgemaakt van de validiteitsstrategie *the sample must be appropriate*. Deze strategie houdt in dat ik respondenten heb gekozen die het beste de organisatie representeren. In dit onderzoek heb ik bewust gekozen voor een diverse groep medewerkers die op verschillende afdelingen binnen de divisie werken, zoals toegelicht in paragraaf 2.5.3.

Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te waarborgen, was er sprake van een continue wisselwerking tussen dataverzameling en de literatuur en deelvragen. Morse et al. (2002, p.18) noemt dit *thinking theoretically*. Tijdens de interviews had ik continue twee perspectieven. Ik keek zowel op microniveau naar de individuele respondenten, als op macroniveau naar de theorieën die uit de literatuurreview voortgekomen waren. Op die manier is er in dit deel van het onderzoek aandacht geweest voor de verschillen tussen respondenten, maar was het tevens mogelijk om de data uit de interviews te gebruiken voor de beantwoording van de deelvragen. Deze twee perspectieven verklaren ook waarom het coderen een geleidelijk proces is geworden. Doordat ik tijdens het

coderen de literatuur en deelvragen in mijn achterhoofd had, begon ik geleidelijk structuren te herkennen in de antwoorden van de respondenten.

Om kwalitatieve data te kunnen generaliseren, hoeft de onderzoeker niet per se enorme getallen aan respondenten te spreken, maar is het vooral van belang dat de respondenten bewust gekozen worden. Hierdoor kan de onderzoeker diepgang bereiken in plaats van alleen maar oppervlakkige ideeën op te doen (Cleary et al., 2014, p.473). Zoals beschreven in paragraaf 2.5.3 heb ik een hele bewuste keuze gemaakt in de respondenten voor de interviews en representeren zij de gehele breedte van zorgprofessionals binnen het UMC Utrecht Cancer Center. Cleary et al. (2014, p.474) noemen ook het uittesten van de topiclijst als belangrijk punt voor de validiteit en generaliseerbaarheid van de uitkomsten. Ik heb de topiclijst dan ook voorafgaand aan het eerste interview doorgenomen in een pre-test met een respondent die aan de kenmerken van het onderzoek voldeed. Dit heb ik besproken in paragraaf 2.5.2.

Als laatste is *saturation* van belang voor het bereiken van generaliseerbaarheid van kwalitatief onderzoek. "Saturation is reached when all questions have been thoroughly explored in detail and no new concepts or themes emerge in subsequent interviews" (Trotter, 2012, in Cleary et al., 2014, p.474). Dit punt is bij de verschillende onderzochte groepen op een andere manier bereikt. Na vijf interviews met verpleegkundigen en laboranten had ik al een goed beeld van hun wensen en betrokkenheid bij het UMC Utrecht Cancer Center. Toen ik in het zesde interview weer dezelfde soort antwoorden kreeg, was het duidelijk dat het saturatiepunt bij deze groep bereikt was. Bij artsen werd na drie interviews al duidelijk dat zij de communicatie op een gelijke manier beoordeelden, maar elke arts kwam wel met hele andere wensen en verbeterpunten wat betreft de communicatiekanalen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat wat betreft de beoordeling van de interne communicatie het saturatiepunt binnen de vijf gehouden interviews bereikt is. Wat betreft de wensen en verbeterpunten is dit saturatiepunt niet volledig bereikt. Ik kan dan ook alleen concluderen dat de wensen heel uiteenlopend zijn, maar niet dat ik alle wensen volledig in kaart heb kunnen brengen. Het was echter binnen het tijdsbestek van dit onderzoek niet mogelijk om nog meer artsen te interviewen. Om die reden doe ik in paragraaf 9.2 suggesties voor vervolgonderzoek op dit punt.



### 3. Theoretisch kader

In dit onderzoek ligt de focus op kanaalkeuze bij informatie-uitwisseling tussen medewerkers binnen het UMC Utrecht Cancer Center. Hierbij staan twee *sensitizing concepts* centraal: mediarijkheden en de professionele organisatie. Mediarijkheden is een theoretische benadering om kanaalkeuze te bestuderen en wordt om die reden bestudeerd als *sensitizing concept*. De aandacht voor de professionele organisatie komt voort uit de keuze voor een ziekenhuis als onderzoeksonderwerp. Ziekenhuizen worden vaak genoemd als typische voorbeelden van professionele organisaties en dit kan van invloed zijn op de interne communicatie (zie paragraaf 3.3).

Om de context van interne communicatie te schetsen kijk ik eerst naar informatie en kennis (paragraaf 3.1), en zoom ik vervolgens in op mediarijkheden (paragraaf 3.2). Aan het einde van paragraaf 3.2 zal ik deelvraag 1 beantwoorden. Daarna zal ik mij verdiepen in de professionele organisatiestructuur en de rol die communicatie hierbinnen speelt (paragraaf 3.3). Aan het einde van paragraaf 3.3 zal ik deelvraag 2 beantwoorden.

#### 3.1 Interne communicatie: kennis en informatie

Interne communicatie is "een proces van continue uitwisseling van boodschappen en de betekenisgeving daarvan tussen personen die beroepshalve betrokken zijn bij de organisatie" (Reijnders et al., 2015, p.40). Interne communicatie heeft als doel om medewerkers effectief te laten samenwerken en kennis uit te wisselen (Reijnders, 2002, p.7). Kennis staat dus centraal in interne communicatie.

##### 3.1.1 Kennis

Clegg, Kornberger & Pitsis (2011) definiëren kennis als "that which is a part of the stock of ideas, meanings, and more or less explicit understandings and explanations of how phenomena of interest actually work or are structured or designed and relate to other phenomena" (p.334). Kennis zit dus opgesloten in onze gedachten en vormt onderling verbanden met andere kennis die we bezitten. We kunnen ons meer of minder bewust zijn van deze kennis. Nonaka & Takeuchi (1995, in Clegg et al., 2011, p.337) onderscheiden twee vormen van kennis, te weten *tacit knowledge* en *explicit knowledge*. *Tacit knowledge* is kennis die we toepassen zonder dat we deze kunnen uitleggen of opschrijven. Het betreft bijvoorbeeld de kennis die we nodig hebben om te fietsen. We zijn ons niet bewust van deze kennis, maar toch springen we op de fiets en rijden we weg. *Explicit knowledge* is kennis waar we ons bewust van zijn en waar we over kunnen praten en reflecteren. Dit soort kennis kan gemakkelijk opgeschreven en overgedragen worden, zodat anderen die deze kennis nog niet bezitten ervan kunnen leren.

Er zijn vier manieren om kennis te creëren, namelijk *socialization*, *combination*, *internalization* en *articulation* (Nonaka, 1991, in Clegg et al., 2011, pp.337-339). Bij *socialization* leren mensen gedragscodes van elkaar zonder hierover na te hoeven denken of over te hoeven reflecteren. De kennis komt niet uit geschreven documenten of boeken, maar betreft het imiteren en overnemen van het gedrag van anderen. De kennisoverdracht is dus van *tacit* naar *tacit*. Bij *combination* wordt bewuste kennis uitgewisseld tussen mensen. Zij combineren als het ware de kennis die zij hebben. Het gaat hier om kennis waar beide partijen zich al bewust van zijn, dus de kennisoverdracht is dan ook van *explicit* naar *explicit*. Bij *internalization* wordt bewuste kennis deel van het handelen van een persoon. De geleerde informatie wordt als vanzelfsprekend en onbewust, oftewel geïnternaliseerd. De beweging van de kennis is dus van *explicit* naar *tacit*.



Bij *articulation* is er sprake van nieuwe kennis die beschikbaar komt. Hierbij wordt onbewuste kennis omgezet in bewuste kennis, bijvoorbeeld door mensen te vragen naar hun beweegredenen bij het uitvoeren van bepaalde handelingen. Hierbij is de beweging van *tacit* naar *explicit*. Volgens Clegg et al. (2011, p.339) is dit één van de moeilijkste, maar ook één van de meest waardevolle manieren van kennisvergaring binnen een organisatie. *Articulation* is moeilijk, omdat mensen zich niet bewust zijn van *tacit knowledge*. Het is bijvoorbeeld heel lastig om de cultuur van een organisatie uit te leggen aan een nieuwe collega. Aan de andere kant is *articulation* wel heel waardevol. Als de onbewuste kennis bewust gemaakt wordt, kan deze kennis gemakkelijker gedeeld worden met anderen. De nieuwe collega kan dan bijvoorbeeld gelijk inspelen op de organisatiecultuur en is zich bewust van de stappen die hij of zij moet nemen om een verandering in gang te zetten. Figuur 1 illustreert de vier manieren van kenniscreatie.

|                    | Tacit knowledge      | Explicit knowledge     |
|--------------------|----------------------|------------------------|
| Tacit knowledge    | <i>Socialization</i> | <i>Internalization</i> |
| Explicit knowledge | <i>Articulation</i>  | <i>Combination</i>     |

**Figuur 1 – Dimensies van *tacit knowledge* en *explicit knowledge* (gebaseerd op figuur 9.1 uit Clegg et al., 2011, p.338)**

### 3.1.2 Informatie

Informatie zijn feiten of gegevens die voor de ontvanger van belang zijn. "Of een gegeven ook werkelijk informatie is, verschilt [dus] per individu" (Reijnders et al., 2015, p.44). Reijnders et al. (2015, pp. 44-45) zetten vier soorten informatie binnen organisaties uiteen, namelijk taakinformatie, beleidsinformatie, beheerinformatie en sociale informatie. Taakinformatie is informatie ten behoeve van het primaire proces. Het gaat hierbij over werkinstructies, de verdeling van het werk onder werknemers en problemen bij de uitvoering. Beleidsinformatie is informatie die de richting van de organisatie aangeeft. Het gaat hierbij om projectinformatie, reorganisaties en de missie van de organisatie. Beheerinformatie is informatie over de voortgang van de organisatie. Voorbeelden van beheerinformatie zijn verslagen over resultaten en klanttevredenheid. Sociale informatie is informatie over personeelszaken. Hierbij gaat het om nieuwe benoemingen, maar ook om cursussen, ziekteverzuim en personeelsbijeenkomsten.

Choo et al. (2006) geven een andere categorisatie van soorten informatie: *task performance*, *self-efficacy* en *social maintenance*. Informatie over *task performance* helpt medewerkers in een organisatie om de situatie of het probleem te begrijpen en instrumentele informatie waardoor een medewerker weet wat hij of zij moet doen. *Self-efficacy* is motiverende informatie waardoor de persoon zich betrokken blijft voelen, zoals informatie die de status, reputatie en prestaties van de persoon bevestigen. *Social maintenance* betreft informatie die relaties tussen werknemers verder op kan bouwen en informatie die medewerkers helpt om met andere in verbinding te komen. Om de categorisaties van Reijnders et al. (2015) en Choo et al. (2006) te vergelijken, heb ik deze schematisch weergegeven in tabel 1.

**Tabel 1 – Vergelijking tussen de informatiecategorisatie van Reijnders et al. (2015) en Choo et al. (2006)**

| Informatie over...                           | Categorisering van Reijnders et al. (2015) | Categorisering van Choo et al. (2006) |
|--|--|---------------------------------------|
| Taakuitvoering                               | Taakinformatie                             | Task-performance                      |
| Status en reputatie                          | -  | Self-efficacy                         |
| Richting van de organisatie                  | Beleidsinformatie                          | -                                     |
| Voortgang en klanttevredenheid               | Beheerinformatie                           | -                                     |
| Personeelszaken                              | Sociale informatie                         | -                                     |
| Opbouwen sociale relaties tussen medewerkers | -  | Social maintenance                    |

Uit deze tabel blijkt dat de eerste categorie van de beide auteurs hetzelfde is. In deze categorie valt alle informatie die werknemers nodig hebben voor het primaire proces, i.e. voor het uitvoeren van hun taken. De andere categorieën zijn verschillend en vullen elkaar aan. Zo zijn er twee typen sociale informatie te onderscheiden. De categorie 'sociale informatie' van Reijnders et al. (2015) betreft personeelszaken zoals personeelsbijeenkomsten en nieuwe benoemingen, terwijl de categorie *social maintenance* van Choo et al. (2006) vooral gericht is op het opbouwen van sociale relaties, bijvoorbeeld informatie over de werkzaamheden van een collega en de mogelijkheden om samen te werken.

In de analyse van de nieuwsbrief en het intranet van mijn onderzochte divisie, het UMC Utrecht Cancer Center, zal ik de informatie categoriseren naar vijf categorieën die gebaseerd zijn op Reijnders et al. (2015) en Choo et al. (2006). Uit tabel 1 blijkt dat er zes verschillende categorieën te onderscheiden zijn, maar in de analyse zal *self-efficacy* niet meegenomen worden. *Self-efficacy* is namelijk informatie over status, reputatie en prestaties van een individuele medewerker. Deze categorie is persoonsgebonden, dus zal niet voorkomen in communicatie-uitingen die voor een grotere groep bedoeld zijn, zoals bij een nieuwsbrief en intranet het geval is. De categorieën die wel in de analyse gebruikt zullen worden, zijn: taakinformatie, beleidsinformatie, beheerinformatie, sociale informatie en *social maintenance*.

### 3.2 Mediarijkhed

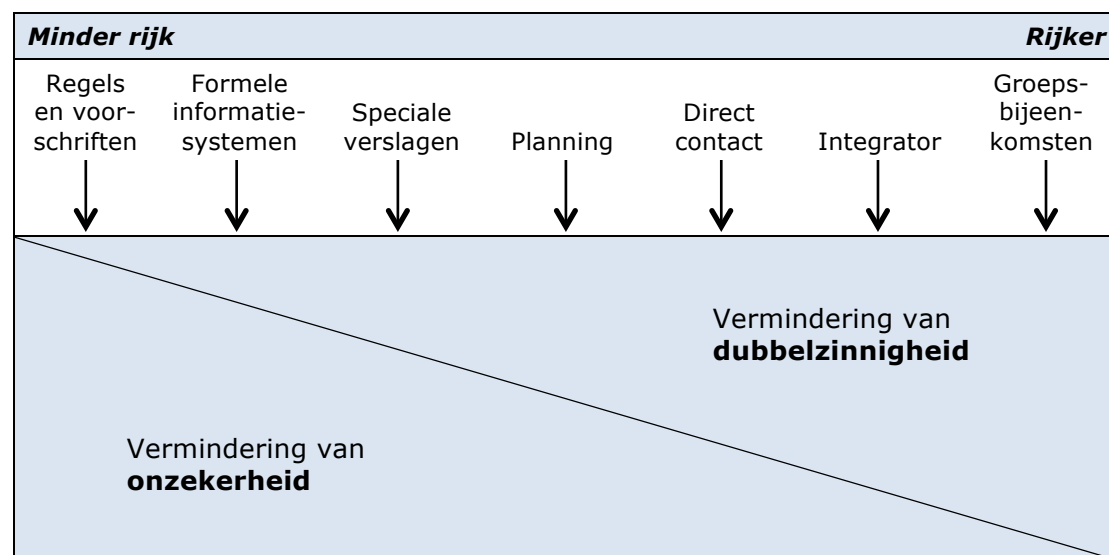
De *Media Richness Theory* werd in 1986 geponeerd door Daft & Lengel. De theorie beschrijft welke communicatiekanalen managers gebruiken. Dit is een belangrijk onderwerp binnen de interne communicatie, omdat managers 80% van hun tijd besteden aan communiceren (Mintzberg, 1973, in Daft et al., 1987, p.360). Latere onderzoekers bewijzen de *Media Richness Theory* ook voor communicatie tussen respondenten op gelijkwaardige niveaus in de organisatie, bijvoorbeeld tussen medewerkers zonder managementfunctie (Kahai & Cooper, 2003). Er zijn echter ook kritiek en ontkrachtende bewijzen tegen de theorie, die besproken zullen worden in paragraaf 3.2.4.

#### 3.2.1 Het begrip 'mediarijkhed'

Voor het verwerken van informatie kan een organisatie verschillende kanalen kiezen, zoals formele rapportages of groepsbijeenkomsten. Daft & Lengel (1986) spreken in dit opzicht over 'media', en zij leggen uit dat er vier aspecten zijn om te bepalen hoe rijk een medium (of communicatiekanaal) is:

- Directe feedback; in hoeverre de interpretatie van de ontvanger gelijk gecontroleerd kan worden.
- Meerdere signalen; in hoeverre er meerdere signalen tegelijkertijd verzonden kunnen worden, zoals lichaamstaal, intonatie en boodschap.
- Personalisatie; in hoeverre verschillen in referentiekaders overbrugd kunnen worden.
- Taalvariëteit; in hoeverre complexe en subjectieve boodschappen verwerkt kunnen worden (Daft & Lengel, 1986, p.560).

Hoe meer deze aspecten aanwezig zijn, hoe rijker het medium is. Rijke media verkleinen de dubbelzinnigheid van informatie, terwijl minder rijke media de onzekerheid van informatie verkleinen. Figuur 2 illustreert dit voor een zevental traditionele communicatiekanalen.



**Figuur 2 – Communicatiekanalen en hun vermogen om onzekerheid of dubbelzinnigheid te verminderen (gebaseerd op figuur 2 uit Daft & Lengel, 1986, p.561)**

De keuze voor een rijker of minder rijk kanaal kan dus onzekerheid of dubbelzinnigheid van informatie verkleinen. Dit zijn twee belangrijke kenmerken van de informatie waar managers mee te maken krijgen volgens Daft & Lengel (1987, p.357). Onzekerheid betekent een gebrek aan informatie. Wanneer een organisatie niet genoeg informatie heeft om haar taken uit te voeren, is er sprake van onzekerheid. Managers reageren hierop door meer informatie te vergaren en door bestaande data verder te analyseren. Dubbelzinnigheid betekent de aanwezigheid van meerdere tegenstrijdige signalen over de situatie van de organisatie. Dubbelzinnigheid leidt vaak tot verwarring, onenigheid en onbegrip. Het ontstaat doordat managers verschillende referentiekaders hebben waaruit zij denken en handelen. Dubbelzinnigheid kan verkleind worden door het uitwisselen van (subjectieve) denkbeelden om vervolgens samen tot een definitie van het probleem te komen (Daft et al., 1987, p.357). Samenvattend kan dus gezegd worden dat managers informatie verwerken om onzekerheid en dubbelzinnigheid te verkleinen (Daft & Lengel, 1986, p.554). Daft & Lengel (1986) verduidelijken dit door middel van het kwadrant uit figuur 3.

|                         |      |  |             |  |
|-------------------------|------|--|-------------|--|
|                         |      | Laag   | Onzekerheid | Hoog   |
|                         | Hoog | <p>Af en toe dubbelzinnige en onduidelijke gebeurtenissen.</p> <p>Managers definiëren problemen en verzamelen meningen.</p>              |             | <p>Veel dubbelzinnige en onduidelijke gebeurtenissen.</p> <p>Managers definiëren problemen, zoeken naar antwoorden, verzamelen objectieve data en wisselen meningen uit.</p> |
| <b>Dubbelzinnigheid</b> |      | <p>Duidelijke en goed gedefinieerde situaties.</p> <p>Managers hebben weinig antwoorden nodig en verzamelen routine objectieve data.</p> |             | <p>Veel goed gedefinieerde problemen.</p> <p>Managers stellen veel vragen, zoeken naar expliciete antwoorden en verzamelen nieuwe kwantitatieve data.</p>                    |
|                         | Laag |  |             |  |

**Figuur 3 – Twee doelen van informatieverwerking  
(gebaseerd op figuur 1 uit Daft & Lengel, 1986, p.557)**

### 3.2.2 Aannames van Daft & Lengel

Daft & Lengel (1986, pp.555-556) expliciteren een aantal aannames waarop zij hun theorie baseren. De eerste aanname is dat organisaties open sociale systemen zijn die informatie moeten verwerken, maar dat organisaties tegelijkertijd een beperkte capaciteit hebben om dit te doen. De reden hiervoor is dat menselijke omgevingen veel kwesties bevatten die vaag en slecht gedefinieerd zijn. De interpretatie van data kan daarom niet in routines vastgelegd worden. De tweede aanname is dat informatieverwerking niet alleen op het niveau van de individu, maar ook op het niveau van de organisatie als geheel plaatsvindt. Informatieverwerking op organisatieniveau betreft bijvoorbeeld het delen van informatie tussen managers, zodat zij tot een gezamenlijke interpretatie kunnen komen. Hiervoor zijn dikwijls samenwerkingen en coalities tussen managers nodig. De derde aanname is dat het verwerken van informatie beïnvloed wordt door de hiërarchie en werkverdeling binnen de organisatie. Elke afdeling heeft een eigen manier van werken en past andere technieken van informatieverwerking toe. Als de organisatie haar taken succesvol uit wil voeren, moeten deze processen tussen de afdelingen afgestemd worden, anders ontstaat er onzekerheid en dubbelzinnigheid over de informatie die verwerkt is. Hoewel in een andere volgorde, noemen Daft, Lengel & Trevino (1987, pp.356-357) dezelfde drie aannames.

### 3.2.3 Empirisch bewijs

In 1987 testten Daft, Lengel & Trevino de *Media Richness Theory* onder 95 managers van een groot petrochemisch bedrijf. Hiervoor gebruikten ze vier onderzoeksmethoden: interviews waarin naar de dagelijkse taken en benodigdheden van de manager gevraagd werd, de *critical incident technique* waarbij aan de managers gevraagd werd om recente gebeurtenissen te beschrijven waarin zij de verschillende onderzochte media gebruikt hebben, een vragenlijst waarbij managers een medium moesten selecteren voor de gebeurtenissen die tijdens de *critical incident technique* naar voren gekomen waren, en een evaluatie van het prestatiebeoordelingssysteem van het bedrijf (Daft et al., 1987, pp.360-361). De onderzoekers concludeerden dat managers rijkere media kiezen voor dubbelzinnige boodschappen, en dat het selecteren van een geschikt medium bij kan dragen aan de prestatiebeoordeling van de manager (pp.361-363). Hiermee hebben ze de hypothesen die ze opwierpen bij het introduceren van de *Media Richness Theory* bevestigd. Ze geven wel aan dat er nog meer onderzoek gedaan moet worden naar de relatie tussen

dubbelzinnigheid en kanaalkeuze als het gaat om nieuwe media (p.364). Dit is onder andere onderzocht door Dennis & Kinney (1998), wier onderzoek ik zal bespreken in de volgende paragraaf.

### 3.2.4 Kritiek op de Media Richness Theory

De *Media Richness Theory* is in de afgelopen dertig jaar door vele auteurs onderzocht en weinigen vonden dezelfde uitkomsten als Daft et al. (1987). In deze paragraaf bespreek ik enkele van deze onderzoeken. Als eerste kijk ik naar een tweetal onderzoeken die de *Media Richness Theory* in nieuwe media onderzoeken. Daarna neem ik de kritiek en herdefinitie van de theorie door Kahai & Cooper (2003) onder de loep. Vervolgens beschouw ik twee alternatieve verklaringen voor mediumkeuze: sociale systemen en de *Communication-appropriation Perspective*.

#### **Nieuwe media**

El-Shinnawy & Markus (1997) onderzoeken de toepasbaarheid van de *Media Richness Theory* in de nieuwe media. Zij geven aan dat de link tussen het onderzoek van Daft et al. (1997) en nieuwe media in eerdere literatuur al wel voorondersteld is, maar dat het nog niet empirisch onderzocht is (p.444). De onderzoekers kijken dan ook in hoeverre de *Media Richness Theory* de keuze tussen verschillende nieuwe media kan verklaren in situaties waar informatie dubbelzinnig of onzeker is. Hierbij kijken ze naar e-mail en voicemail (p.445). Voicemail is hierbij een rijk medium en e-mail een minder rijk medium (p.447).

De onderzoekers hebben een questionnaire en gestructureerde interviews gehouden met 31 respondenten van een grote organisatie op het gebied van onderzoek en ontwikkeling van luchtvaart en defensie (p.451). Ze concluderen dat ze alleen het verband tussen mediumkeuze en onzekerheid aan konden tonen voor nieuwe media, en niet het verband tussen mediumkeuze en dubbelzinnige boodschappen. Daarnaast vonden ze een sterke voorkeur voor e-mail over voicemail, wat verder niets te maken had met de rijkheid van het medium (p.462).

El-Shinnawy & Markus (1997, pp.462-464) geven een drietal verklaringen voor hun bevindingen. Ten eerste zijn de vier aspecten die de rijkheid van een medium bepalen (zie paragraaf 3.3.2) op een andere manier aanwezig in de nieuwe media. E-mail wordt bijvoorbeeld gezien als een minder rijk medium omdat er alleen tekst verzonden wordt, maar het is tevens een medium waar potentieel heel snel feedback uitgewisseld kan worden. Ten tweede waarderen mensen een communicatie soms om andere redenen dan de rijkheid. De respondenten in dit onderzoek gaven vaak de voorkeur voor e-mail omdat het gedocumenteerd en doorgestuurd kan worden. Ten derde maakt de *Media Richness Theory* geen duidelijk onderscheid tussen zenders en ontvangers, waardoor verschillen tussen mensen genegeerd worden. Volgens El-Shinnawy & Markus (1997) zijn sommige mensen vaker een initiatiefnemer en zender van informatie, terwijl anderen vaker ontvanger zijn. Ik verwacht daarnaast dat het uitblijven van de bevindingen ook met het onderzoeksdesign te maken kan hebben. 31 respondenten is een heel klein aantal voor een questionnaire en geven daardoor wellicht geen significante en generaliseerbare uitkomst.

Dennis & Kinney (1998) deden tevens een empirisch onderzoek naar de *Media Richness Theory* in combinatie met nieuwe media. Zij bekijken de communicatiekanalen *computer mediated communication* (tekstgebaseerde chat) welke een lage rijkheid heeft, en *audio-video* (videochat), welke een hoge rijkheid heeft. 132 respondenten werkten in groepen van twee en moesten meer of minder dubbelzinnige informatie uitwisselen om gezamenlijk tot een beslissing te komen. De factor onzekerheid is in dit onderzoek niet meegenomen (pp.262-

264). De resultaten tonen geen significante verschillen tussen de groepen zoals op basis van de *Media Richness Theory* verwacht konden worden (p.267). De mogelijke verklaringen hiervoor zoeken Dennis & Kinney (1998) echter voornamelijk in hun eigen onderzoeksdesign (p.267). Daarnaast geven ze aan dat mediumkeuze wellicht meer beïnvloed wordt door persoonlijke voorkeur, gemak en kosten, dan door de juiste 'fit' tussen taak en communicatiekanaal (p.269).

### **Keuze versus gebruik**

Kahai & Cooper (2003) bespreken in hun literatuurreview het weinige empirische bewijs dat gepaard gaat met de *Media Richness Theory*. Zij zien tevens dat verschillende empirische studies niet de kanaalkeuze van nieuwe media kunnen verklaren. Een duidelijk kritiekpunt dat deze onderzoekers aandragen is het feit dat de meeste van de onderzoeken kijken naar mediumkeuze in plaats van mediumgebruik (p.264). Oftewel, de studies kijken welke communicatiekanalen de gebruikers kiezen in plaats van hoe het gebruik effect heeft op de prestatiebeoordeling die Daft et al. (1987) maten. Echter, de onderzoeken die dit wel maten, waaronder het onderzoek van Dennis & Kinney (1998), kunnen de *Media Richness Theory* ook niet empirisch bewijzen (Kahai & Cooper, 2003, p.264).

Kahai & Cooper (2003) gaan in hun eigen onderzoek terug naar de basis van de *Media Richness Theory*. Ze hebben gekeken naar twee van de vier aspecten van mediarijkeid, namelijk directe feedback en meerdere signalen (zie paragraaf 3.2.1). De 94 respondenten in dit onderzoek waren geen managers zoals bij Daft et al. (1987), maar voor deze groep hebben Kahai & Cooper (2003) de *Media Richness Theory* kunnen bevestigen.

### **Sociale systemen**

Omdat het empirisch bewijs voor de *Media Richness Theory* bescheiden is, komt Fulk (1993) met een alternatieve theorie. Fulk (1993) beargumenteert dat een communicatiekanaal geen vaststaande betekenis heeft, maar dat deze door iedere gebruiker op een andere manier geïnterpreteerd kan worden. Zo kan telefonisch contact voor de ene persoon snelheid en persoonlijkheid uitstralen, terwijl het bij een ander juist in verband gebracht wordt met onderbreking van zijn of haar werkzaamheden. De betekenis van communicatiekanalen komt tot stand in sociale systemen (p.922). Dit betekent dat een communicatiekanaal binnen een bepaalde cultuur of binnen een organisatie anders gebruikt en geïnterpreteerd kan worden. Zo is het bijvoorbeeld in de ene organisatie gebruikelijk om een collega te mailen als je een korte mededeling hebt, terwijl het in de andere organisatie gebruikelijk is om met dezelfde mededeling naar de collega toe te lopen voor *face-to-face* contact.

Fulk (1993) deed empirisch onderzoek om deze aannames te toetsen. Ze heeft een survey gehouden onder 551 medewerkers van een petrochemisch bedrijf waarin ze kijkt naar het communicatiekanaal e-mail (pp.931-932). Hiermee toont ze aan dat de sociale systemen waarin de werknemers zich bevinden inderdaad van invloed zijn op de voorkeuren en het gebruik van het communicatiekanaal (p.941).

### **Communication-appropriation Perspective**

Law (2013) komt met een alternatieve verklaring waarom medewerkers niet altijd kiezen voor het optimale communicatiekanaal volgens de *Media Richness Theory*. Hij kijkt hierbij vanuit het perspectief van de medewerker op de werkvloer en niet vanuit het perspectief van de manager. Dit doet hij om drie redenen. Ten eerste zijn de doelen van informatie delen op organisatieniveau anders dan op individueel niveau. De organisatie deelt informatie om schaalvoordelen te vergroten en te kunnen innoveren. Medewerkers daarentegen

moeten hun deskundigheid en waarde voor de organisatie bewijzen door het delen van hun kennis. Ten tweede is de doelstelling van het management anders dan de doelstelling van de medewerkers. Managers moeten de organisatiestructuur, de sfeer in de organisatie en de communicatietechnologieën beheren. Medewerkers moeten vooral hun eigen communicatiegedrag beheren om zo van andere medewerkers te kunnen leren en hun eigen kennis aan anderen over te kunnen dragen. Ten derde bestaat er een spanning tussen de organisatie en de medewerkers over de verdeling van tijd en middelen die beschikbaar zijn voor het delen van kennis. Managers willen kennis vooral binnen de eigen organisatie houden en beschermen tegen concurrenten. Welke strategieën de medewerkers op dit punt houden is nog niet onderzocht en wordt in het huidige artikel bekeken (Law, 2013, pp.359-360).

Ondanks dat Law (2013) geen empirisch onderzoek uitvoert, is zijn theoretische benadering wel aannemelijk. Hij baseert zijn argument op Foucaults theorie dat kennis macht is (Foucault, 1980, in Law, 2013, p.361). Volgens Law (2013) kiezen medewerkers bewust niet voor het communicatiekanaal dat de juiste rijkheid voor de boodschap heeft, maar kiezen ze een kanaal waarbij ze zelf de bron van kennis blijven. Dit is belangrijk, omdat ze op deze manier hun eigen waarde en macht in de organisatie weten te behouden.

Law (2013) maakt gebruik van de tegenstelling tussen *tacit knowledge* en *explicit knowledge* (zie paragraaf 3.1.1) om zijn *Communication-appropriation Perspective* toe te lichten. Voor *tacit knowledge* kan volgens de *Media Richness Theory* het beste een rijk medium gekozen worden om de boodschap over te brengen, bijvoorbeeld een persoonlijk gesprek. Medewerkers kiezen echter om strategische redenen voor een minder rijk medium, zoals geschreven teksten, zodat de essentie van de kennis bij de zender blijft. Voor *explicit knowledge* kan het beste een minder rijk medium gekozen worden, bijvoorbeeld een geschreven tekst. Medewerkers kiezen er hier voor om de informatie via een persoonlijk gesprek over te dragen. De ontvanger kan dan niet alle informatie onthouden en structureren in zijn of haar gedachten, waardoor de zender de bron van de informatie blijft (Law, 2013, p.363). Op deze manier kunnen medewerkers hun eigen kennispositie in de organisatie behouden, omdat zij de bron van de informatie blijven.

### **3.2.5 Beantwoording deelvraag 1**

Deelvraag 1 luidt: *Hoe kunnen verschillende interne communicatiekanalen ingezet worden volgens de Media Richness Theory?* Ik heb vanuit de theoretische analyse gevonden dat communicatiekanalen ingedeeld kunnen worden op hun rijkheid. Deze indeling is gebaseerd op vier aspecten: directe feedback, meerdere signalen, personalisatie en taalvariëteit. Hoe meer een communicatiekanaal deze aspecten faciliteert, hoe rijker het ingedeeld wordt. Persoonlijke gesprekken en groepsoverleggen zijn rijke kanalen, terwijl schriftelijke rapportages en het vastleggen van regels en procedures minder rijk zijn. Rijke kanalen helpen bij het verminderen van dubbelzinnigheid, terwijl minder rijke kanalen helpen bij het verminderen van onzekerheid. Zo kunnen managers in een groepsgesprek hun verschillende visies uitwisselen en gezamenlijk tot een definitie van een probleem komen. Hierin hebben zij dus de dubbelzinnigheid van de informatie weten te verkleinen. Aan de andere kant staan er rapporten en jaarverslagen waarin managers elkaar informeren over de stand van zaken op hun afdeling. Deze verslagen met objectieve kwantitatieve data helpen bij het verminderen van onzekerheid. Alle lezers weten hoe de afdeling gepresteerd heeft.

Volgens de aannames van Daft et al. (2007) en Kahai & Cooper (2003) kunnen nieuwe media aan de hand van de *Media Richness Theory* ingedeeld worden. Chat en e-mail zijn in dat geval minder rijk, omdat ze alleen tekstuele informatie



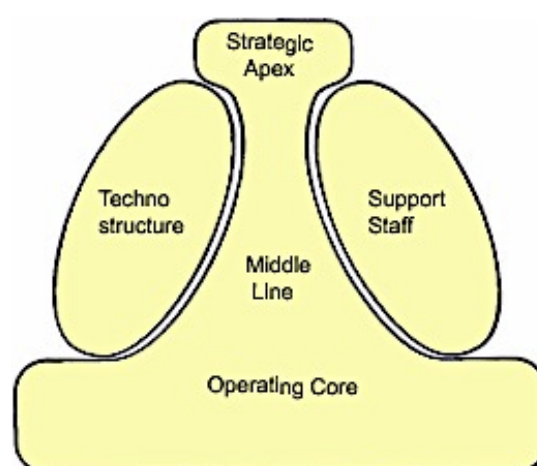
kunnen verzenden. Voicemail en videochat zijn rijkere kanalen, omdat deze ook intonatie meesturen. In het geval van videochat is zelf lichaamstaal zichtbaar en directe feedback mogelijk. Uit de verschillende onderzoeken die aangehaald worden blijkt echter dat deze aannames nog niet empirisch onderbouwd kunnen worden. Bij het gebruiken van nieuwe media moet er dus ook rekening gehouden worden met alternatieve beweegredenen voor de kanaalkeuze. Zo kan de persoonlijke voorkeur van de zender of van de organisatie een rol spelen. Ook kan het gemak en de beschikbaarheid van de verschillende communicatiekanalen meespelen. Daarnaast is het mogelijk dat medewerkers om strategische redenen een minder geschikt communicatiekanaal kiezen, zoals de *Communication-appropriation Perspective* voorspelt. Dit doen zij om zelf de bron van informatie te blijven en hiermee de eigen kennispositie en macht in de organisatie te waarborgen.

### 3.3 Communicatie in professionele organisaties

In de organisatiwetenschap worden traditioneel gezien vijf verschillende organisatiestructuren onderscheiden, gebaseerd op het klassieke werk van Mintzberg (1979, in Bolman & Deal, 2008, p.79). Eén van deze structuren is de professionele bureaucratie, ook wel professionele organisatie genoemd. Ziekenhuizen worden vaak als typische voorbeelden van deze organisatiestructuur genoemd (zie o.a. De Bruijn & Noordegraaf, 2010; Trappenburg, 2011). In dit hoofdstuk zal ik bondig de verschillende organisatiestructuren toelichten. Omdat ik in mijn onderzoek kijk naar de communicatie in een ziekenhuis, zal ik vervolgens inzoomen op de professionele organisatiestructuur en de informatiebehoefte binnen deze organisaties.

#### 3.3.1 Organisatiestructuren van Mintzberg

Organisatiestructuren zijn "het totaal van de verschillende manieren waarop het werk in afzonderlijke taken is verdeeld en de wijze waarop deze taken vervolgens worden gecoördineerd" (Mintzberg, 1992, p.2). Mintzberg (1992) zet vijf organisatiestructuren uiteen waarin vijf soorten medewerkers in meer of mindere mate een rol spelen. Dit zijn de uitvoerende kern, de strategische top, het middenkader, de technostructuur en de ondersteunende diensten (pp.10-11). De vijf groepen komen samen in een basisstructuur, welke weergegeven is in figuur 4.



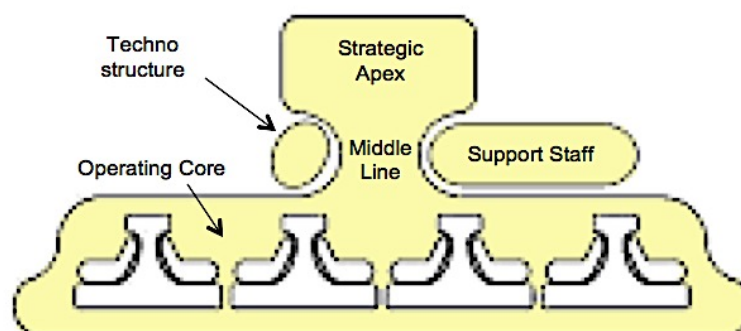
**Figuur 4 – Basisstructuur van een organisatie (gebaseerd op figuur 1-2 uit Mintzberg, 1992, p.12, afbeelding van [www.makeprogress.se](http://www.makeprogress.se))**

De uitvoerende kern bestaat uit medewerkers die het basiswerk van de organisatie doen. Het betreft werkt dat direct te maken heeft met de productie van de organisatie, of dit nu producten of diensten zijn. De uitvoerende kern

transformeert de input van de organisatie tot output en zorgt voor de distributie en verkoop van deze output (Mintzberg, 1992, pp.13-14). De strategische top bestaat uit mensen die verantwoordelijk zijn voor de gehele organisatie. Dit zijn de eigenaar of CEO, topmanagers, en de medewerkers die deze mensen ondersteunen, zoals secretaresses en assistenten (pp.14-15). Middenmanagers behoren niet tot de strategische top, omdat zij niet verantwoordelijk zijn voor de gehele organisatie, maar alleen voor hun afdeling. Middenmanagers staan dan ook tussen de top en de uitvoerende kern in en behoren tot het middenkader (pp.15-16). De technostructuur bestaat veelal uit analisten die controles uitvoeren en kijken naar veranderingen in de omgeving. Zij ontwikkelen indien nodig nieuwe werkwijzen. Ook hier vallen administratieve ondersteuners weer binnen de groep (pp.16-17). De ondersteunende diensten zijn medewerkers die de gehele organisatie ondersteunen, zoals de personeelsafdeling, bewakers en schoonmakers (pp.17-18). De vijf groepen zijn in meer of mindere mate aanwezig in de verschillende organisatiestructuren die Mintzberg (1992) vervolgens uiteenzet.

Mintzberg (1992) onderscheidt vijf organisatiestructuren, te weten: eenvoudige structuur, machinebureaucratie, adhocratie, divisiestructuur en professionele bureaucratie. De eenvoudige structuur komt vaak voor in kleine organisaties. In deze structuur is weinig tot geen technostructuur aanwezig en er zijn weinig middenmanagers en ondersteunend personeel (Mintzberg, 1992, pp.166-169). De machinebureaucratie komt voor bij grotere organisaties met veel medewerkers. De werkzaamheden sterk geroutineerd en geformaliseerd. Hierdoor is de organisatie hiërarchisch van aard en is het middenkader groot (Mintzberg, 1992, pp.172-180). De adhocratie is met name zichtbaar in organisaties die zich op geavanceerde innovaties richten. Er is geen sprake van klassieke arbeidsverdeling, planning- en controlesystemen worden vermeden en de nadruk ligt op flexibiliteit (Mintzberg, 1992, pp.267-268).

De volgende structuur die Mintzberg (1992) bespreekt is de divisiestructuur. Omdat het UMC Utrecht een divisiestructuur heeft, zal ik hier dieper op ingaan. Organisaties met een divisiestructuur bevatten "quasi-autonome elementen die met elkaar verbonden zijn door een centrale bestuurlijke structuur" (Mintzberg, 1992, p.226). De eenheden heten divisies en bevinden zich in de uitvoerende kern van de centrale organisatie. Divisies worden ingedeeld naar de wensen van de markt en krijgen zeggenschap over alle uitvoerende functies die zij nodig hebben. Zo heeft elke divisie zijn eigen afdeling inkoop, techniek en marketing, en zijn de divisies minder afhankelijk van elkaar. De structuur komt vooral voor bij grote commerciële bedrijven (pp.226-227). De divisiestructuur is weergegeven in figuur 5.

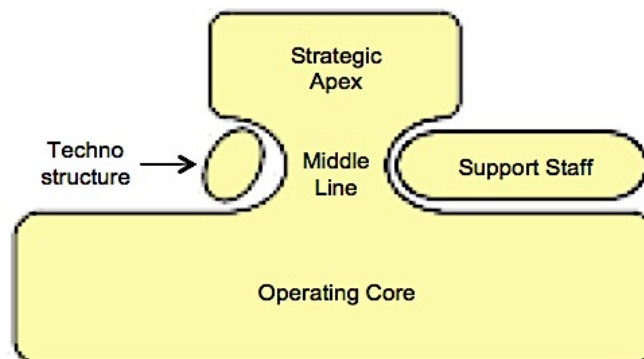


**Figuur 5 – Divisiestructuur (gebaseerd op figuur 11-2 uit Mintzberg, 1992, p.236, afbeelding van [www.makeprogress.se](http://www.makeprogress.se))**

De laatste structuur van Mintzberg (1992) die ik toe zal lichten is de professionele bureaucratie. Omdat in mijn onderzoek de focus ligt op deze organisatiestructuur, zal ik deze structuur uitgebreid bespreken in de volgende paragraaf.

### 3.3.2 Kenmerken van professionele organisaties

In de professionele bureaucratie, ook wel de professionele organisatie, ligt de nadruk op de uitvoerende kern die bestaat uit goed getrainde specialisten, die professionals genoemd worden. Deze professionals hebben een grote mate van controle en zeggenschap over hun eigen werk (Mintzberg, 1992, p.199). Voorbeelden van professionele organisaties zijn scholen, ziekenhuizen en accountancybedrijven (p.200). Mintzberg (1992) spreekt over een bureaucratie, omdat er van tevoren normen vastgelegd worden. Bij de machinebureaucratie komen deze vanuit de organisatie zelf, maar bij de professionele bureaucratie komen de normen grotendeels van onafhankelijke beroepsorganisaties. Leden van de uitvoerende kern zijn lid van deze beroepsorganisaties en bepalen samen met collega's uit andere organisaties welke standaarden de beroepsgroep zichzelf toekent (p.201). De technostructuur en het middenkader zijn in een professionele organisatie klein, omdat de sterk gespecialiseerde medewerkers deze taken zelf uit moeten voeren. Een ander heeft simpelweg te weinig kennis van het vakgebied om bijvoorbeeld de resultaten te kunnen analyseren. Er is wel een groot aandeel ondersteunend personeel. Taken die de professional uit handen kan geven, zoals het ontwikkelen van een ICT-infrastructuur, leiden hem dan niet af van zijn specialistische werkzaamheden (p.204). De structuur van een professionele bureaucratie is weergegeven in figuur 6.



**Figuur 6 - Structuur van een professionele bureaucratie (gebaseerd op figuur 10-1 uit Mintzberg, 1992, p.205, afbeelding van [www.makeprogress.se](http://www.makeprogress.se))**

Professionele organisaties hebben een "uiterst gedecentraliseerde structuur [...], zowel horizontaal als verticaal" (Mintzberg, 1992, p.205). Dit betekent dat de macht over het werk bij de professionals ligt, oftewel in de uitvoerende kern, en niet bij de managers. Managers hebben slechts een ondersteunende rol. De Bruijn & Noordegraaf (2010, p.7) beargumenteren echter dat de ondersteunende en dienstverlenende rol van een manager van professionals verouderd is. Door de toenemende druk om sneller en effectiever te werken hebben managers een andere rol aangenomen. Zij richten zich nu op overkoepelende problemen, innovatie en verantwoording naar de top en naar de buitenwereld (p.18). Trappenbrug (2011, p.185) voegt hier wel aan toe dat managers nog steeds de professionele ideologie en autonomie van de uitvoerende kern moeten respecteren.

De Bruijn & Noordegraaf (2010) zien dat professionals onderling niet altijd goed kunnen samenwerken, met name als het gaat om andere beroepsgroepen. "Relaties tussen verpleegkundigen en artsen, bijvoorbeeld, of chirurgen en anesthesisten kunnen flink verstoord zijn" (p.16). Hiermee willen ze illustreren

dat professionals *connective capacities* nodig hebben: vaardigheden om onderling te kunnen communiceren en samenwerken. In een ziekenhuis worden deze vaardigheden bijvoorbeeld zichtbaar als artsen samen een behandelplan voor een patiënt moeten opstellen. Naast de *connective capacities* hebben professionals ook *critical capacities* nodig. Dit zijn de meer traditionele vaardigheden van professionals waarbij ze kritisch reflecteren op nieuwe kennis, op het eigen handelen en op maatschappelijke ontwikkelingen (p.15). In een ziekenhuis komt dit bijvoorbeeld terug op het moment dat verpleegkundigen onderling controleren of ze de juiste medicatie klaargelegd hebben.

### 3.3.3 Informatiebehoefte in professionele organisaties

Ik heb weinig officieel gepubliceerde wetenschappelijke literatuur kunnen vinden waarin de link gelegd wordt tussen organisatiestructuur en informatiebehoefte (zie paragraaf 2.2.1). Ik zal in deze paragraaf dan ook eerst kijken naar literatuur over informatiebehoefte in organisaties in algemene zin. Reijnders (2002 & 2015) geeft een model van de informatiebehoefte binnen organisaties. Vervolgens zal ik kijken naar het begrip *need for cognition*, wat oorspronkelijk uit de literatuur over overtuigingskracht komt (Petty & Cacioppo, 1982/1986, in Hoeken et al., 2012, p.74). Als laatste zoom ik in op de informatiebehoefte in organisaties met een professionele structuur. Alhoewel meer dan veertig jaar oud, wordt er in het artikel van Hage et al. (1971) wel een link gelegd tussen organisatiestructuur, interne communicatie en informatiebehoefte hierbinnen.

Volgens Reijnders (2002 & 2015) hangt de informatiebehoefte van een medewerker samen met de mate waarin hij of zij zich identificeert met de organisatie. Zo hebben managers en leidinggevendenden veel interesse in beleidsinformatie, terwijl medewerkers op de werkvloer hier minder behoefte aan hebben. Deze medewerkers voelen zich juist meer betrokken bij de eigen afdeling, en hebben dan ook behoefte aan informatie op dat niveau. Algemeen kan gesteld worden dat "hoe sterker een onderwerp iemand raakt of iemand dat belangrijk vindt, des te groter zijn behoefte aan informatie over dat onderwerp zal zijn" (Reijnders et al., 2015, p.45). Daarnaast is er ook een verschil tussen *want to know* en *need to know*. *Want to know* is informatie die een medewerker zelf nodig denkt te hebben voor het uitvoeren van zijn werk. *Need to know* is de mate waarin de manager aan deze informatiebehoefte wil voldoen. Als de *want to know* groter is dan de *need to know* is er sprake van een *underload*. De medewerker heeft dan naar eigen zeggen te weinig informatie om zijn taken goed uit te kunnen voeren. Als de *need to know* groter is dan de *want to know* is er sprake van een *overload*. De medewerker krijgt dan te veel informatie, die hij niet allemaal kan verwerken (Reijnders, 2002, p.15).

Het begrip *need for cognition* komt oorspronkelijk uit de literatuur over overtuigingskracht van teksten (Petty & Cacioppo, 1982 & 1986, in Hoeken et al., 2012, p.74), maar is ook hier van toepassing. *Need for cognition* geeft aan in welke mate mensen het prettig vinden om over dingen na te denken. "Mensen met een hoge *need for cognition* zijn gevoelig voor intellectuele uitdagingen en prefereren complexe taken. Mensen met een lage *need for cognition* vinden het vervelend om diep over zaken na te denken. Zij geven de voorkeur aan eenvoudige, overzichtelijke taken" (Hoeken et al., 2012, p.74). Professionals zijn hoog opgeleid en staan dus open voor intellectuele uitdagingen. Het is daarom aannemelijk dat zij over het algemeen een hoge *need for cognition* hebben. Het begrip specificeert niet op welk gebied de intellectuele uitdaging moet liggen, maar spreekt over een algemene behoefte en interesse voor informatie. Wel kan geconcludeerd worden dat professionals over het algemeen dus een grotere informatiebehoefte zullen hebben dan medewerkers van een andere organisatievorm, zoals bijvoorbeeld een machinebureaucratie.

Hage, Aiken & Marrett (1971) doen onderzoek naar de verbanden tussen organisatiestructuur en communicatie binnen organisaties. Het onderzoek is lang geleden uitgevoerd, maar is tot op heden vrij uniek als het gaat om de expliciete link tussen interne communicatie en organisatiestructuur. Aangezien de onderzoekers zich nog niet konden baseren op de organisatiestructuren van Mintzberg, kijken zij naar drie dimensies van organisatiestructuur die ze baseren op hun eigen literatuurreview. Deze dimensies zijn: complexiteit, centralisatie en formalisatie (p.860). Complexiteit is de mate waarin een organisatie zich gespecialiseerd heeft. Dit meten de onderzoekers door te kijken naar het aantal specialisten in een organisatie en door te kijken naar de hoeveelheid professionele activiteiten van medewerkers buiten de organisatie om (p.866). Centralisatie betreft de verdeling van macht binnen een organisatie. Dit wordt gemeten door te kijken naar de mate waarin medewerkers betrokken zijn in het aannemen van nieuwe personeel, de promotie van andere medewerkers, het aannemen van nieuwe werkwijzen en het bedenken van nieuwe producten en diensten (p.868). Formalisatie betreft de nadruk op regels en voorschriften binnen de organisatie (p.860).

Hage et al. (1971) keken naar geplande en ongeplande overleggen tussen de medewerkers in zestien maatschappelijke werk- en rehabilitatieorganisaties. Ze keken tevens naar het niveau waarop deze overleggen plaatsvonden: op organisatiebreed niveau of op afdelingsniveau (pp.863-865). Ze concluderen dat wanneer een organisatie meer verschillende specialistische medewerkers heeft de hoeveelheid communicatie toeneemt. Deze communicatie vindt vooral op horizontaal niveau plaats, dat wil zeggen: tussen medewerkers van verschillende afdelingen die onderling op gelijk niveau staan. De toegenomen communicatie is nodig zodat specialisten onderling het werk kunnen coördineren (p.869). De specialistische organisatiestructuur waar Hage et al. (1971) over spreken is vergelijkbaar met de professionele bureaucratie die Mintzberg (1979, in Bolman & Deal, 2008, p.79) acht jaar later definieert. De bevindingen van Choo et al. (2006) kunnen hier tevens aan gelinkt worden. Zij concluderen dat medewerkers van organisaties die professionele diensten leveren geloven dat ze informatie nodig hebben om effectief hun werk uit te kunnen voeren en dat het delen van informatie hierbij noodzakelijk is (p.506).

### **3.3.4 Beantwoording deelvraag 2**

Deelvraag 2 luidt: *Wat is de informatiebehoefte van medewerkers in professionele organisaties (zoals een ziekenhuis) volgens de wetenschappelijke literatuur?* Ik heb vanuit de theorie over organisatiestructuren gevonden dat ziekenhuizen doorgaans professionele organisaties zijn. De uitvoerende kern van professionele organisaties bestaat uit specialistische medewerkers, ook wel professionals genoemd. Deze medewerkers zijn hoog opgeleid, hebben heel veel kennis over een specifiek onderwerp en reflecteren kritisch op de eigen beroepsgroep. Aangezien professionals hoog opgeleid zijn, is het aannemelijk dat hun *need for cognition* hoog is. Dit betekent dat zij een grotere informatiebehoefte hebben dan lager opgeleide medewerkers die bijvoorbeeld de uitvoerende kern van een machinebureaucratie vormen. Uit het onderzoek van Hage et al. (1971) kan tevens geconcludeerd worden dat specialisten die op gelijk niveau werken een grotere informatiebehoefte hebben, omdat zij onderling het werk moeten coördineren. Aangezien het middenkader van een professionele organisatie klein is, en managers vaak inhoudelijk niet de juiste kennis hebben, moeten professionals onderling informatie uitwisselen.

### **3.4 Synthese**

De literatuurreview dient als basis voor de documentanalyse, de survey en de interviews. In de documentanalyse kijk ik als eerste naar beleidsstukken en het organogram van het UMC Utrecht en de divisie UMC Utrecht Cancer Center. Op

basis van deze documenten kan ik beoordelen welke organisatiestructuur (of organisatiestructuren) van Mintzberg (1992) van toepassing zijn op het bestudeerde ziekenhuis. Daarnaast zal ik een aantal recente nieuwsbrieven en het intranet bekijken. Voor de analyse van deze documenten kan ik de vier informatiecategorieën van Reijnders et al. (2015) gebruiken. Dit zijn taakinformatie, beleidsinformatie, beheerinformatie en sociale informatie. Daarnaast wordt ook de categorie *social maintenance* van Choo et al. (2006) meegenomen, omdat deze categorie een duidelijke toevoeging is op de vier categorieën van Reijnders et al. (2015). De categorieën helpen mij om inzicht te krijgen in de soorten nieuws die verspreid worden over de medewerkers van het UMC Utrecht Cancer Center.

De aannames die de *Media Richness Theory* doet over het gebruik van verschillende communicatiekanalen neem ik mee in de survey. Ik ga verschillende soorten communicatieboodschappen selecteren en vraag de respondenten om aan te geven welk kanaal zij hiervoor zouden gebruiken. Ook ga ik de respondenten vragen hoe tevreden zij zijn met de verschillende interne communicatiekanalen, zowel om informatie te verzenden als om informatie te ontvangen.

In de interviews ga ik de respondenten vragen naar de beweegredenen achter de keuze voor en (on)tevredenheid met de verschillende communicatiekanalen. De verschillende onderzoeken en verklaringen uit paragraaf 3.2.4 kunnen mij vervolgens helpen met het coderen en interpreteren van deze data. Zo kan het zijn dat mensen expliciet of impliciet aangeven dat er bepaalde gebruiken heersen binnen de divisie als het gaat om kanaalkeuze. Dit kan dan een reden zijn waarom zij niet het beste kanaal volgens de *Media Richness Theory* kiezen, maar voor een communicatiekanaal dat binnen de divisie gebruikelijk is.

In de interviews zal ik de respondenten tevens gaan vragen naar hun informatiebehoefte. Aangezien ik weinig onderzoeken kon vinden over de informatiebehoefte in combinatie met organisatiestructuur, kunnen de uitkomsten bijdragen aan het wetenschappelijk debat. Daarnaast kunnen de inzichten gekoppeld worden aan beweegredenen die de respondenten aandragen voor de keuze die zij maken in het gebruik van verschillende communicatiekanalen. Ook zal ik de respondenten vragen naar de communicatie met directe collega's en met de andere professionals in de organisatie.



## 4. Organisatorische context

Het UMC Utrecht Cancer Center is onderdeel van het UMC Utrecht. Het UMC Utrecht Cancer Center is één van de twaalf divisies binnen het ziekenhuis. In dit hoofdstuk schets ik de context van zowel de gehele organisatie als van de divisie.

### 4.1 UMC Utrecht

Het Universitair Medisch Centrum Utrecht is één van de acht academische ziekenhuizen in Nederland (RIVM, 2014b). Het UMC Utrecht is in 2000 ontstaan vanuit een samenvoeging van het Academisch Ziekenhuis Utrecht (AZU), het Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ) en de Medische Faculteit van de Universiteit Utrecht (MFU) (UMC Utrecht, 2015a, p.5).

#### 4.1.1 Missie

De missie van het UMC Utrecht is om “een internationaal toonaangevend universitair medisch centrum [te zijn] waarin kennis over gezondheid, ziekte en zorg voor patiënt en samenleving wordt gemaakt, getoetst, gedeeld en toegepast” (UMC Utrecht, 2015a, p.5). Dit past goed bij hun wettelijke functie als academisch ziekenhuis. Een academisch ziekenhuis verschilt van een algemeen ziekenhuis op drie functies die het extra vervult:

- Topreferentiefunctie: diagnoses en behandelingen verzorgen die weinig voorkomen en daardoor specialistische kennis vereisen.
- Werkplaatsfunctie: onderzoek en onderwijs bieden aan de medische faculteit van de verbonden universiteit.
- Ontwikkelingsfunctie: ontwikkelen van nieuwe behandelmethoden.

(VWS & OCW, 1998; RIVM, 2014a; UMCG, n.d.)

Het UMC Utrecht focust zich in het bijzonder op zes speerpunten in de zorg, te weten: *Brain, Infection & Immunity, Circulatory Health, Personalized Cancer Care, Regenerative Medicine and Stem Cells en Child Health* (UMC Utrecht, 2015a, pp.5-6). Door middel van deze speerpunten wil het UMC Utrecht zich onderscheiden van andere (academische) ziekenhuizen. Doordat elk ziekenhuis zich richt op andere onderzoeksgebieden, kunnen zij onderling kennis delen en kan een patiënt met een specifieke zorgvraag binnen het juiste instituut behandeld worden (UMC Utrecht, 2015a, p.7). De zes speerpunten zijn verweven in zowel het onderzoek als de specialistisch zorg van het UMC Utrecht. Hierbij staat de patiënt altijd centraal. Dit wordt geïllustreerd in figuur 7.

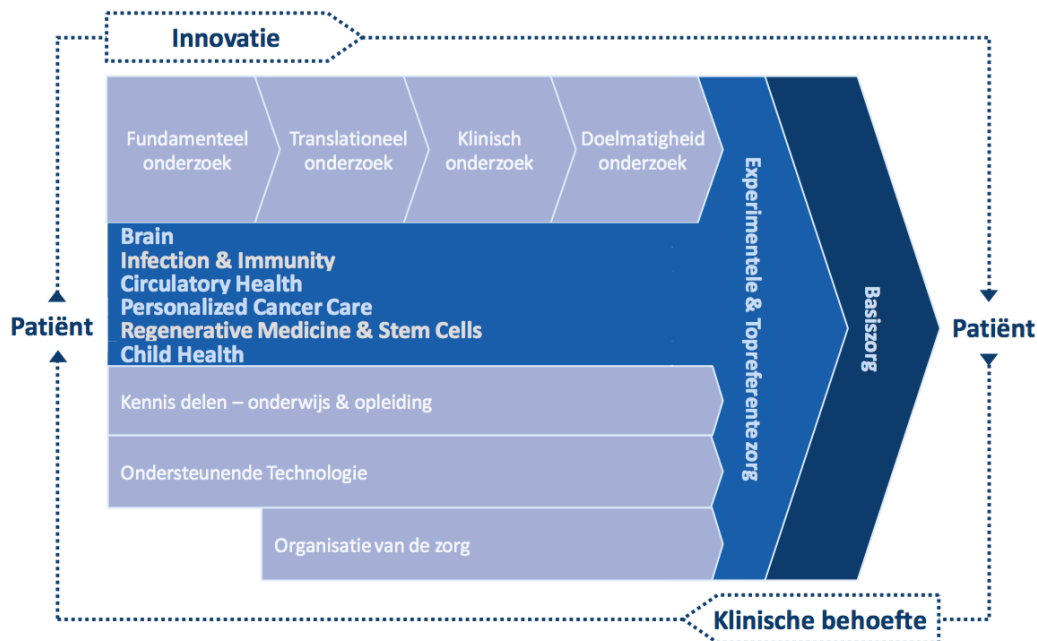
#### 4.1.2 Drie pijlers

Het UMC Utrecht heeft als academisch ziekenhuis drie pijlers. Deze pijlers overstijgen de speerpunten en betreffen de drie hoofdtaken van het ziekenhuis. Het gaat om ‘zorg’, ‘onderzoek en maatschappij’ en ‘onderwijs’ (UMC Utrecht, 2015a, p.7). Onder zorg valt zowel de basiszorg als de specialistische zorg. Het onderzoek van het UMC Utrecht wordt vaak in samenwerking met maatschappelijke partners uitgevoerd, waardoor deze pijler ‘onderzoek en maatschappij’ heet (*ibid*). Het onderwijs van het UMC Utrecht wordt in samenwerking met de Faculteit Geneeskunde van de Universiteit Utrecht verzorgd en betreft diverse bachelor-, master- en PhD-opleidingen.

De drie pijlers van het UMC Utrecht maken dat de organisatie complex is en soms tegenstrijdige doelstellingen heeft. Aan de ene kant zijn de patiëntenzorg, het onderzoek en het onderwijs met elkaar verweven. Zo draagt onderzoek bij aan de patiëntenzorg en worden in het onderwijs nieuwe onderzoekers en behandelend artsen opgeleid. Aan de andere kant bestaan er spanningen tussen de drie pijlers. Het UMC Utrecht moet continu bepalen en verantwoorden naar welke doelstelling de meeste aandacht en dus het meeste geld gaat. Zo komt de patiëntenzorg



uiteraard op de eerste plaats, maar kan onderzoek deze patiëntenzorg juist weer verbeteren (Klijn, 2010, p.314).



**Figuur 7 – De zes speerpunten zijn verweven in het onderzoek en de zorg van het UMC Utrecht (UMC Utrecht, 2016)**

#### 4.1.3 Kankerzorg

De kankerzorg van het UMC Utrecht is ondergebracht in de divisie UMC Utrecht Cancer Center. De missie van het UMC Utrecht Cancer Center is om “een (inter)nationaal leidend *Academic Comprehensive Cancer Center* te zijn waar grote groepen patiënten aantoonbaar de beste multidisciplinaire en meest innovatieve individuele zorg krijgen, waar *practice changing* onderzoek wordt verricht en kwalitatief hoogwaardige opleidingen worden aangeboden” (UMC Utrecht Cancer Center, 2016a, p.1). De nadruk op individuele zorg sluit aan bij het speerpunt *Personalized Cancer Care* van het UMC Utrecht. Dit betekent dat de patiënt een behandeling of combinatie van behandelingen op maat krijgt (Van der Wall, 2015, p.6). Indien mogelijk is deze behandeling gericht op genezing, anders op het verbeteren van de kwaliteit van leven. Het UMC Utrecht Cancer Center werkt nauw samen met het Antoni van Leeuwenhoek en andere regionale, nationale en internationale zorgpartners om deze individuele zorg continu te kunnen verbeteren (*ibid*, p.3).

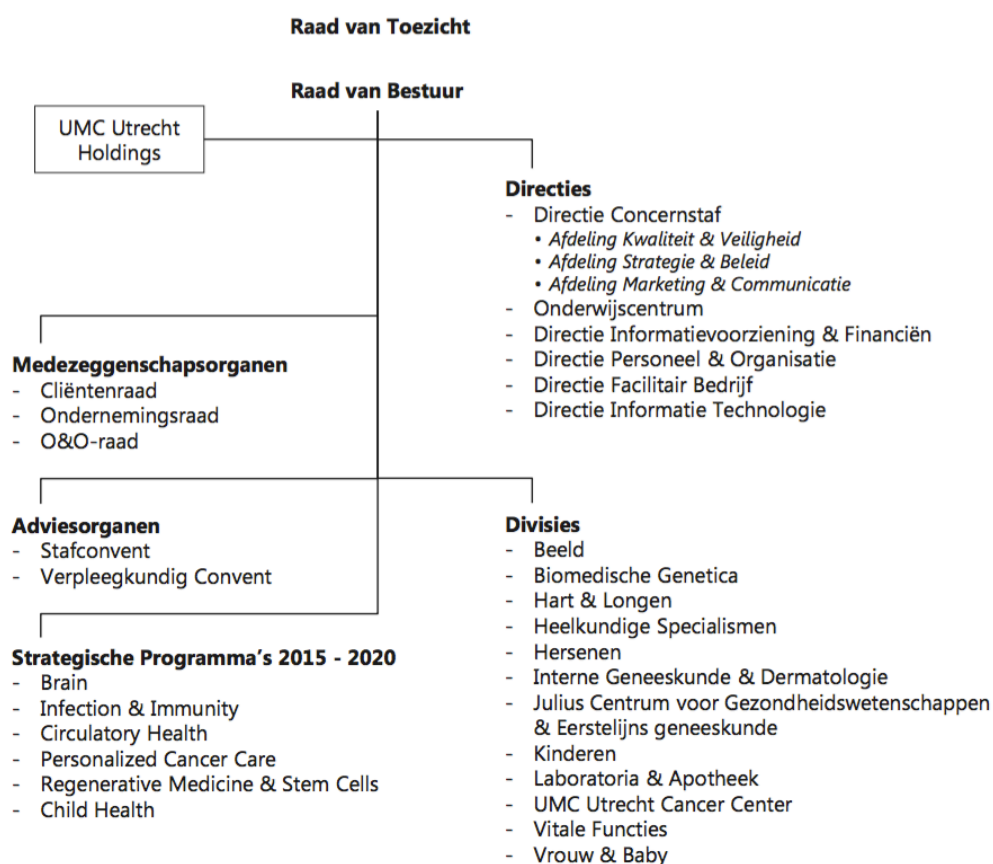
#### 4.2 Organisatiestructuur

In 2001 startte het project ‘Nieuwe besturingsfilosofie en organisatiestructuur’ (B&O) in het UMC Utrecht. De uitkomst van dit project was een nieuwe organisatiestructuur waarbij de zorg in het UMC Utrecht onderverdeeld werd in diverse divisies (Blijham & Müter, 2010, p.53). Alhoewel er tussen 2001 en nu wel wijzigingen plaats hebben gevonden in de benamingen en verdelingen van de divisies, staat de divisiestructuur binnen het UMC Utrecht tot op heden overeind. Ik zal eerst de organisatiestructuur van het UMC Utrecht toelichten en vervolgens inzoomen op de organisatiestructuur van de divisie UMC Utrecht Cancer Center.

##### 4.2.1 Organisatiestructuur UMC Utrecht

De zorg in het UMC Utrecht is onderverdeeld in twaalf divisies. Daarnaast kent het UMC Utrecht een aantal directies, medezeggenschapsorganen en adviesorganen die in dienst staan van de zorg, het onderzoek en het onderwijs.

Overkoepelend aan de divisies kent het UMC Utrecht de zes eerder genoemde speerpunten, ook wel strategische programma's genoemd. In figuur 8 staat het organogram van de organisatie.



**Figuur 8 - Organogram van het UMC Utrecht per september 2015 (UMC Utrecht, 2015b)**

Het organogram is thematisch in plaats van hiërarchisch opgesteld. Dit betekent dat er, buiten de positie van de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur, geen hiërarchische structuur te ontdekken valt in het organogram. Zo vallen de divisies bijvoorbeeld niet onder de directies, maar ondersteunen de directies de raden, divisies, medezeggenschapsorganen en adviesorganen. De strategische programma's zijn ook geen afdelingen op zich, maar overlappende thema's die verweven zijn met de zorg en het onderwijs van het UMC Utrecht (zie paragraaf 4.1.1).

De organisatiestructuur van het UMC Utrecht is een divisiestructuur. De twaalf divisies hebben namelijk elk een eigen stafbureau, met bijvoorbeeld een eigen secretariaat, personeelszaken, ICT-ondersteuning en een communicatieafdeling. Ze hebben dus zeggenschap over alle uitvoerende functies die zij nodig hebben. Het UMC Utrecht heeft wel een strategische top met een Raad van Bestuur en een Raad van Toezicht en de centrale ondersteunende diensten zijn ondergebracht in vijf directies.

De divisies binnen het UMC Utrecht hebben zelf bestuurlijke verantwoordelijkheid. Hiervoor zijn volgens Blijham & Mütter (2010, pp.55-56) drie dingen van belang. Ten eerste moeten de divisies professionele samenhang vertonen. Dit betekent dat de afdelingen en specialismen binnen een divisie in het gedachtengoed van de professional samen moeten hangen. Zo is een arts binnen de divisie UMC

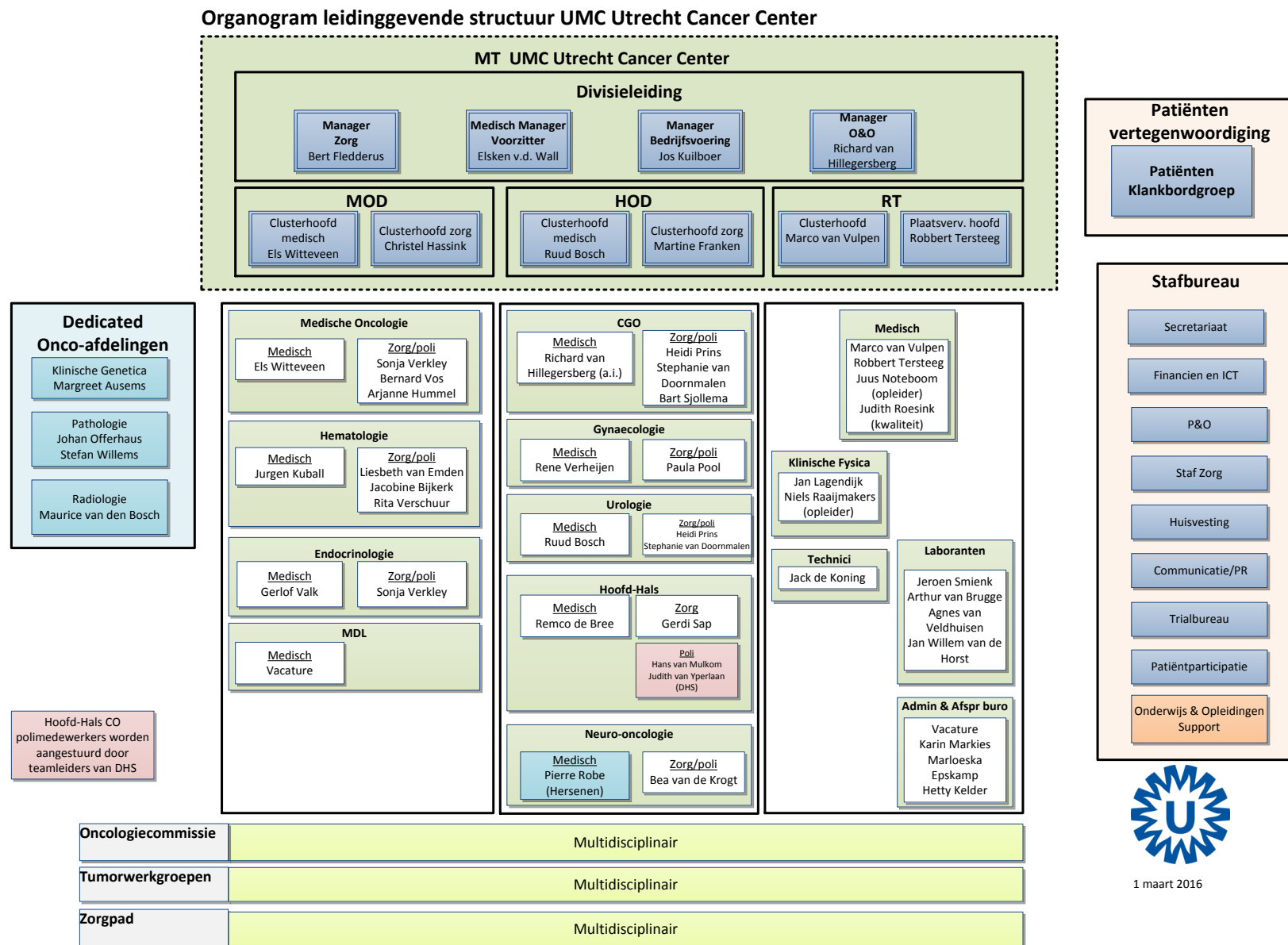
Utrecht Cancer Center bijvoorbeeld dagelijks bezig met het bestrijden van kanker, waardoor deze divisie een professionele samenhang vertoont. Ten tweede moet een topprofessional de divisie leiden. Dit betekent dat een inhoudelijk en medisch specialist de divisie leidt, en niet een manager van buitenaf. Hierdoor heeft de divisieleiding inhoudelijk gezag en een natuurlijk overwicht. Ten derde moet de divisievoorzitter hiërarchisch boven de afdelingshoofden staan. Als dit niet het geval is, kunnen afdelingshoofden direct naar de centrale Raad van Bestuur stappen en wordt de divisievoorzitter (en dus de samenhang in de divisie) gepasseerd, waardoor de autonomie van de divisie in het geding komt.

#### **4.2.2 Organisatiestructuur UMC Utrecht Cancer Center**

De divisie UMC Utrecht Cancer Center is verdeeld in drie clusters, welke gebaseerd zijn op de structuur van het Antoni van Leeuwenhoek. Het UMC Utrecht had deze structuur overgenomen om de voorgenomen *joint venture* tussen de toenmalige RVE Oncologie en het AVL te vergemakkelijken (Antonides, 2014, p.10). De drie clusters zijn de Medische Oncologische Disciplines (MOD), de Heelkundig Oncologische Disciplines (HOD) en de Radiotherapie (RT). Onder de MOD vallen vier afdelingen en onder de HOD vallen vijf afdelingen. De RT bestaat maar uit één afdeling, en is dus naast een cluster ook de benaming van de afdeling. Boven de clusters staat de divisieleiding. De divisieleiding vormt samen met de clusterhoofden het managementteam. In figuur 9 op de volgende bladzijde staat het organogram van het UMC Utrecht Cancer Center.

Uit de figuur wordt duidelijk dat de divisie UMC Utrecht Cancer Center de kenmerken van een professionele organisatie heeft. Zo is er een grote uitvoerende kern met tien verschillende afdelingen. De uitvoerende kern staat centraal in het organogram. De artsen (in het organogram 'medisch'), verpleegkundigen (in het organogram 'zorg/poli') en laboranten hebben de zeggenschap over hun eigen specialistische werk. De strategische top is dan ook klein. De divisieleiding bestaat slechts uit vier personen. Het managementteam bestaat uit tien personen: de divisieleiding en de clusterhoofden. Het managementteam is bewust multidisciplinair ingericht om de missie van het UMC Utrecht Cancer Center te kunnen waarborgen (UMC Utrecht Cancer Center, 2016a, pp.1-2).

Rechts in het organogram staan de ondersteunende diensten. Het is kenmerkend voor een professionele organisatie om zo veel mogelijk van het administratieve werk uit handen te geven aan de ondersteunende diensten. Het stafbureau van het UMC Utrecht Cancer Center voldoet duidelijk aan dit kenmerk, door zaken als financiën, ICT, huisvesting, communicatie en patiëntparticipatie te organiseren voor de professionals in de zorg. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de divisie UMC Utrecht Cancer Center een professionele organisatie is.



**Dedicated Onco-afdelingen**

Klinische Genetica  
Margreet Ausems

Pathologie  
Johan Offerhaus  
Stefan Willems

Radiologie  
Maurice van den Bosch

**Medische Oncologie**

Medisch  
Els Witteveen

Zorg/poli  
Sonja Verkley  
Bernard Vos  
Arjanne Hummel

**Hematologie**

Medisch  
Jurgen Kuball

Zorg/poli  
Liesbeth van Emden  
Jacobine Bijkerk  
Rita Verschuur

**Endocrinologie**

Medisch  
Gerlof Valk

Zorg/poli  
Sonja Verkley

**MDL**

Medisch  
Vacature

**CGO**

Medisch  
Richard van Hillegersberg (a.i.)

Zorg/poli  
Heidi Prins  
Stephanie van Doormalen  
Bart Sjollem

**Gynaecologie**

Medisch  
Rene Verheijen

Zorg/poli  
Paula Pool

**Urologie**

Medisch  
Ruud Bosch

Zorg/poli  
Heidi Prins  
Stephanie van Doormalen

**Hoofd-Hals**

Medisch  
Remco de Bree

Zorg  
Gerdi Sap

Poli  
Hans van Mulkom  
Judith van Yperlaan (DHS)

**Neuro-oncologie**

Medisch  
Pierre Robe (Hersenen)

Zorg/poli  
Bea van de Krogt

**Medisch**

Marco van Vulpen  
Robbert Tersteeg  
Jus Noteboom (opleider)  
Judith Roesink (kwaliteit)

**Klinische Fysica**

Jan Lagendijk  
Niels Raaijmakers (opleider)

**Technici**

Jack de Koning

**Laboranten**

Jeroen Smienk  
Arthur van Brugge  
Agnes van Veldhuisen  
Jan Willem van de Horst

**Admin & Afspr. buro**

Vacature  
Karin Markies  
Marloeska  
Epskamp  
Hetty Kelder

**Patiënten vertegenwoordiging**

Patiënten Klankbordgroep

**Stafbureau**

Secretariaat

Financien en ICT

P&O

Staf Zorg

Huisvesting

Communicatie/PR

Trialbureau

Patiëntparticipatie

Onderwijs & Opleidingen Support

**Hoofd-Hals CO**  
polimedewerkers worden aangestuurd door teamleiders van DHS

Oncologiecommissie

Multidisciplinair

Tumorwerkgroepen

Multidisciplinair

Zorgpad

Multidisciplinair



1 maart 2016

**Figuur 9 – Organogram UMC Utrecht Cancer Center per maart 2016 (UMC Utrecht Cancer Center, 2016b)**

## 5. Empirisch onderzoek

Het empirisch onderzoek bestond uit drie delen, te weten een documentanalyse, een survey en interviews. In dit hoofdstuk worden deze drie deelonderzoeken gepresenteerd. In hoofdstuk 6 (resultaten en analyse) koppel ik de bevindingen uit het empirische deel van mijn onderzoek aan de data die uit het literatuuronderzoek zijn gekomen.

### 5.1 Documentanalyse

In de documentanalyse heb ik gekeken naar interne documenten om een goed beeld te krijgen van de communicatiekanalen binnen het UMC Utrecht Cancer Center en om deelvraag 3 te kunnen beantwoorden. Omdat de communicatieafdeling aangegeven heeft graag meer inzicht te willen krijgen in twee specifieke kanalen (de nieuwsbrief en het intranet), zal ik deze nader bekijken in de paragrafen 5.1.3 en 5.1.4.

#### 5.1.1 Communicatiekanalen voor informatie-uitwisseling

De medewerkers van het UMC Utrecht kunnen diverse interne communicatiekanalen kiezen om informatie uit te wisselen. Zoals binnen elke organisatie, is het ook in het UMC Utrecht mogelijk om een *face-to-face* gesprek aan te gaan via telefoon en e-mail. Daarnaast heeft het UMC Utrecht een intranetomgeving, genaamd Connect, die binnen de gehele organisatie gebruikt wordt. Patiëntinformatie wordt geregistreerd en onderling gedeeld via het softwaresysteem HiX.

Wanneer medewerkers specifiek op zoek zijn naar informatie over de divisie UMC Utrecht Cancer Center, kunnen zij gebruikmaken van de communicatiekanalen binnen de divisie, namelijk het *Zorgconcept*, de werkconferentie, de digitale nieuwsbrief en de landingspagina van de divisie op Connect. Het *Zorgconcept* is een intern informatieboekje waarin duidelijk gemaakt wordt wat de divisieleiding verstaat onder goede zorg. In het boekje staat wat de patiënt kan verwachten van de medewerkers en wat de divisieleiding verwacht van de medewerkers (Van der Wall, 2015). De werkconferentie is een maandelijkse bijeenkomst waarin telkens één van de afdelingen binnen de divisie zichzelf presenteert, en er ruimte is voor beleidsmatige mededelingen en presentaties. De digitale nieuwsbrief van het UMC Utrecht Cancer Center wordt maandelijks verspreid en bevat nieuws en verhalen over de divisie. De landingspagina van de divisie op Connect bevat interviews met medewerkers en informatie over het UMC Utrecht Cancer Center.

Als laatste zijn er ook nog communicatiekanalen die specifiek binnen een afdeling gebruikt worden. Zo heeft elke afdeling zijn eigen afdelingsoverleg, welke vaak werkoverleg genoemd wordt (UMC Utrecht Cancer Center, 2016a, p.2). Een aantal afdelingen, zoals de medische oncologie, hematologie en radiotherapie, hebben een digitale afdelingsniewsbrief waarin afdelingsspecifiek nieuws verspreid wordt (persoonlijke communicatie, Antonides, 18 mei 2016).

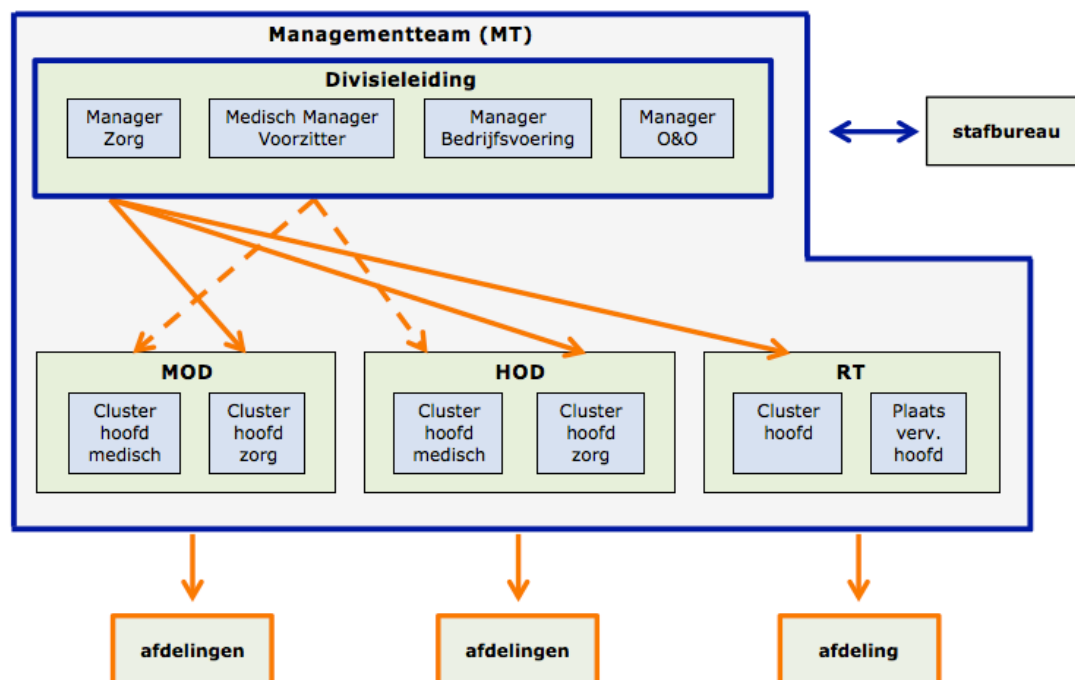
#### 5.1.2 Formele overlegstructuren

De divisie UMC Utrecht Cancer Center is een zogenaamde lijnorganisatie. Dit betekent dat de informatie binnen de divisie van de strategische top via de leidinggevenden naar de medewerkers op de werkvloer stroomt. De stafafdelingen bevinden zich niet in deze lijnorganisatie, maar zijn juist ondersteunend aan de leidinggevenden en medewerkers (Vasalic, 2016, pp.3-6).

Binnen de divisie zijn er diverse horizontale en verticale overlegstructuren. Op horizontaal niveau vinden er overleggen plaats binnen de strategische top. Zowel de divisieleiding als het managementteam vergadert op tweewekelijkse basis. In deze vergaderingen staat het beleid en de ontwikkeling van de divisie centraal.

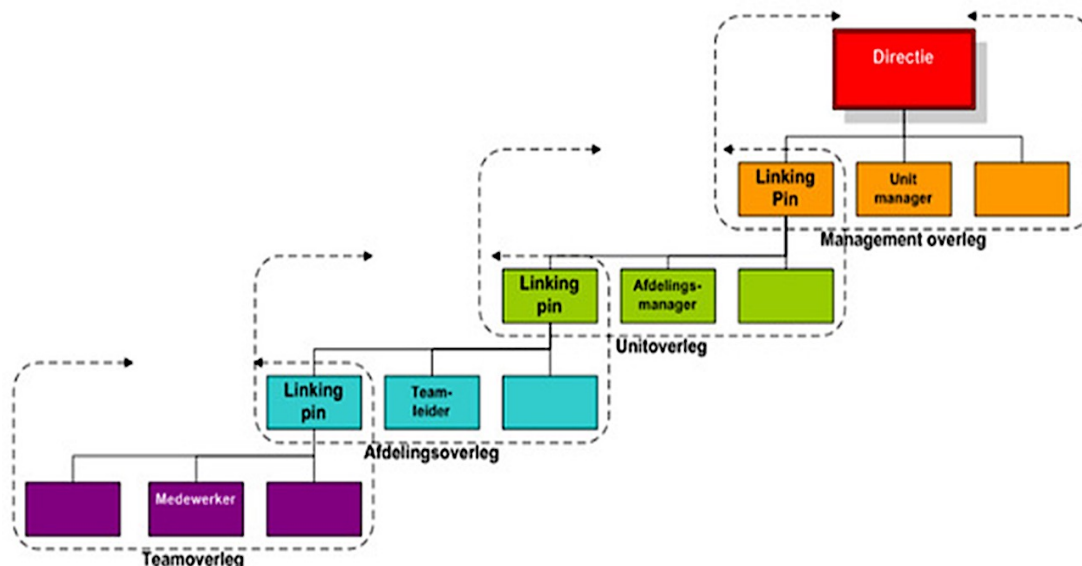
Daarnaast vergadert de divisieleiding zes maal per jaar met vertegenwoordigers van de stafafdelingen. In deze overleggen worden projecten en lopende zaken besproken en geëvalueerd. Er zijn ook diverse overleggen op verticaal niveau. De leden van de divisieleiding hebben elk een aandachtsgebied, waarbinnen zij de clusterhoofden informeren. Zo vergadert de medisch manager met de medisch clusterhoofden, en de manager zorg met de clusterhoofden zorg en radiotherapie. De manager onderzoek en onderwijs overlegt met beleidsmedewerkers op dit gebied. De clusterhoofden overleggen op hun beurt weer met de afdelingshoofden en unithoofden. Als laatste heeft elke afdeling ook nog een eigen overleg, waarin het afdelingshoofd de medewerkers informeert (UMC Utrecht Cancer Center, 2016a, p.2).

Om de verschillende overleggen te illustreren, heb ik ze schematisch weergegeven in figuur 10. De figuur geeft een versimpelde weergave van de complexe overlegstructuren binnen het UMC Utrecht Cancer Center. De blauwe lijnen geven de horizontale overlegstructuren aan en de oranje lijnen de verticale overlegstructuren.



**Figuur 10 - Schematische weergave van de informatie-uitwisselingen via de formele overlegstructuren binnen het UMC Utrecht Cancer Center**

De informatie in de lijnorganisatie stroomt niet alleen *top-down*, maar ook *bottom-up*, via dezelfde formele structuren. Dit wordt het *linking-pin* principe genoemd (Vasalic, 2016, p.7). Medewerkers kunnen informatie delen met elkaar en de leidinggevenden tijdens het afdelingsoverleg. De afdelingshoofden kunnen deze informatie meenemen naar het clusteroverleg. De clusterhoofden kunnen de informatie vervolgens weer bespreken met de divisieleiding in het managementteamoverleg. Het *linking-pin* principe is weergegeven in figuur 11.



**Figuur 11 - Het *linking-pin* principe in de *bottom-up* communicatielijnen (Vasalic, 2016, p.7)**

### 5.1.3 Nieuwsbrief

De nieuwsbrief van het UMC Utrecht Cancer Center wordt eens per maand verstuurd naar alle medewerkers van de divisie. Medewerkers hebben de mogelijkheid om zichzelf in of uit te schrijven voor de nieuwsbrief, waardoor geïnteresseerden van andere divisies de nieuwsbrief ook kunnen ontvangen en ongeïnteresseerden van de divisie UMC Utrecht Cancer Center de nieuwsbrief niet meer hoeven te ontvangen.

Ik heb vier uitgaven van de nieuwsbrief geanalyseerd aan de hand van de vijf categorieën uit het theoretisch kader: taakinformatie, beleidsinformatie, beheerinformatie, sociale informatie en *social maintenance*. Deze analyse staat in bijlage 3a. Uit de analyse blijkt dat de nieuwsbrieven een gebalanceerde mix tussen beleidsinformatie, beheerinformatie, sociale informatie en *social maintenance* bevatten. Beleidsinformatie en beheerinformatie kunnen ook wel 'hard nieuws' genoemd worden. Deze nieuwsberichten bevatten feiten, visies en rapportages over het UMC Utrecht Cancer Center. Sociale informatie en *social maintenance* kunnen ook wel 'zacht nieuws' genoemd worden. Deze nieuwsberichten gaan over de werkzaamheden en ervaringen van (nieuwe) medewerkers en informatie over publiekslezingen en cursussen.

De categorie taakinformatie is weinig aanwezig in de nieuwsbrieven. Dit is goed te verklaren: taakinformatie is vaak per beroepsgroep verschillend, terwijl de nieuwsbrief is gericht aan alle medewerkers van de divisie. De taakinformatie die wel in de nieuwsbrief staat, gaat dan ook grote groepen medewerkers aan. In de nieuwsbrief van januari 2016 (Antonides et al., 2016a) staat een aankondigingsbericht over het trialbureau. Dit bericht bevat taakinformatie voor alle onderzoekers en onderzoekmedewerkers (zoals research verpleegkundigen). In de nieuwsbrief van februari 2016 (Antonides et al. 2016b) staat een taakinformatiebericht over de *Basic Life Support* trainingen. Dit bericht is bedoeld voor alle zorgprofessionals die patiëntencontact hebben. In de nieuwsbrief van maart 2016 (Antonides et al., 2016c) bestaat de taakinformatie uit een bericht over het nieuwe softwaresysteem HiX. Dit bericht is belangrijk voor alle medewerkers die met patiëntinformatie werken, dus zowel zorgprofessionals als ondersteuners.



Opvallend is dat elke nieuwsbrief begint met een beheerinformatiebericht. Dit is informatie over de voortgang van (een project binnen) het UMC Utrecht Cancer Center, of informatie over patiënttevredenheid. Deze berichten geven de medewerkers een organisatorische blik op de divisie. Zo begint de nieuwsbrief van december 2015 (Antonides et al., 2015) met een kerstspeech waarin succesverhalen en -cijfers van het afgelopen jaar benoemd worden. De nieuwsbrief van maart (Antonides et al., 2016c) bericht als eerste over de voortgang van de bouw van het gastenverblijf, een ruimte waar familie en naasten van de patiënten in de toekomst kunnen verblijven.

#### 5.1.4 Connect

Connect is het intranet van het UMC Utrecht. Dit intranet is in gebruik sinds 10 februari 2016 en vervangt het eerdere intranet Scoop (Antonides et al., 2016b). De divisie UMC Utrecht Cancer Center heeft een eigen landingspagina op Connect, met een aantal subpagina's, zoals een nieuwsoverzicht, interviews met medewerkers, informatie over de stafafdelingen, presentaties van lezingen en symposia en het agendaoverzicht. Ik heb de nieuwsberichten en pagina's geanalyseerd aan de hand van de vijf categorieën uit het theoretisch kader: taakinformatie, beleidsinformatie, beheerinformatie, sociale informatie en *social maintenance*. Deze analyse staat in bijlage 3b.

De landingspagina heeft een aantal secties met verschillende soorten informatie. Op de landingspagina is er beleidsinformatie te vinden, zoals de visie en het organogram, beheerinformatie, zoals nieuws en verslagen, en sociale informatie, namelijk een overzicht uit de agenda. In het nieuwsoverzicht is ook een diversiteit aan soorten informatie te vinden. Op de eerste pagina staan tien nieuwsberichten, waarvan drie beleidsinformatie bevatten, twee beheerinformatie, drie sociale informatie en twee *social maintenance*. De overige pagina's met onderliggende subpagina's zijn minder divers. Onder 'Interviews Cancer Center' staan 33 interviews met medewerkers. Al deze subpagina's zijn *social maintenance*. De pagina's van de stafafdelingen, het onderwijs en het agendaoverzicht bevatten sociale informatie. De pagina's onder 'Volg hier de bouw van het Cancer Center' bevatten afbeeldingen en verslagen over de huisvesting. Dit betreft beheerinformatie.

Wat opvalt aan de omgeving van het UMC Utrecht Cancer Center op Connect is dat er geen taakinformatie te vinden is. Het valt ook op dat er veel sociale informatie te vinden is. Dit laatste is echter goed te verklaren. Sociale informatie gaat namelijk over personeelsaangelegenheden, inclusief contactgegevens en personeelsbijeenkomsten. Het is belangrijk dat deze informatie niet voor externen, zoals patiënten en de pers, zichtbaar is. Op Connect moeten medewerkers inloggen en kunnen alleen zij bij deze informatie. Als laatste valt op dat er veel subpagina's *social maintenance* betreffen. Dit valt te verklaren door te kijken naar het grote aantal subpagina's onder de interviews met medewerkers, namelijk 33.

#### 5.1.5 Beantwoording deelvraag 3

Deelvraag 3 luidt: *Welke formele rapportage- en overlegstructuren (met de daarbij behorende formele interne communicatielijnen) bestaan er binnen de divisie UMC Utrecht Cancer Center?* Uit de documentanalyse blijkt dat het UMC Utrecht Cancer Center een lijnorganisatie is. De informatie stroomt via diverse overleggen zowel *top-down* als *bottom-up*. De informatie stroomt *top-down* via verticale overlegstructuren. De divisieleiding en clusterhoofden overleggen in het managementteam. De clusterhoofden informeren vervolgens weer de afdelings- en unithoofden. *Bottom-up* stroomt de informatie via het *linking-pin* principe. Hierbij stroomt de informatie via dezelfde strategische contactpersonen (unithoofden, afdelingshoofden, clusterhoofden) richting de strategische top.

De afdeling Communicatie bevindt zich in het stafbureau. Ze ondersteunt de formele communicatielijnen binnen het UMC Utrecht Cancer Center. Daarnaast heeft de afdeling ervoor gekozen om de informatie beschikbaar te stellen via een maandelijkse digitale nieuwsbrief en op de eigen landingspagina op het intranet Connect.

## 5.2 Survey

87 zorgprofessionals binnen het UMC Utrecht Cancer Center hebben deelgenomen aan de survey. Ze hebben hiermee inzicht gegeven in de communicatiekanalen die zij kiezen om verschillende soorten informatie te verkrijgen. Ook hebben ze aangegeven hoe tevreden ze zijn met de communicatiekanalen binnen de divisie, zowel voor het verkrijgen als voor het delen van informatie. In deze paragraaf rapporteer ik de bevindingen. De bijhorende tabellen en statistieken zijn gerapporteerd in bijlage 5.

### 5.2.1 Kanaalkeuze en informatiebehoefte

De meest gebruikte kanalen voor het verkrijgen van informatie zijn gesprekken met collega's, gesprekken met leidinggevenden, de nieuwsbrief, Connect, en 'anders'. De totale aantallen zijn te vinden in tabel 2 in bijlage 5. De gesprekken met collega's worden vooral gebruikt om informatie over de eigen werkzaamheden te verkrijgen. De gesprekken met leidinggevenden worden vooral gebruikt om informatie te verkrijgen over opleidingsmogelijkheden en personeelsaangelegenheden. De onderstaande figuren illustreren deze bevindingen.



**Figuur 12 – Gekozen informatie bij het communicatiekanaal 'gesprek met collega'**



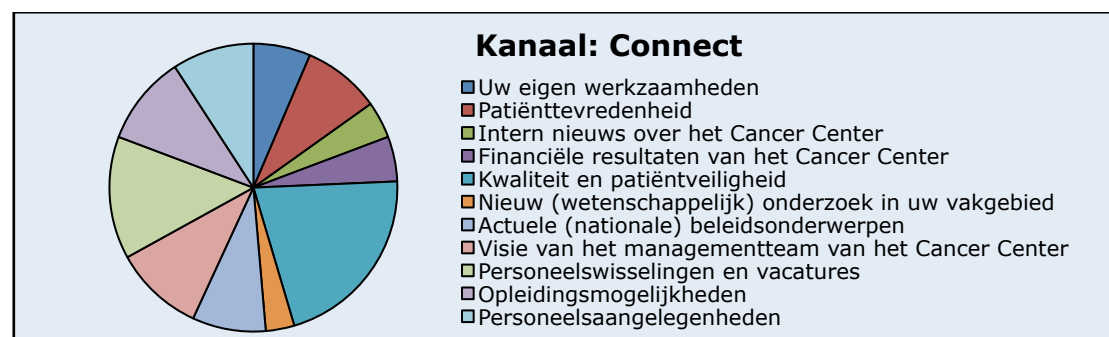
**Figuur 13 - Gekozen informatie bij het communicatiekanaal 'gesprek met direct leidinggevende'**

De respondenten gebruiken de nieuwsbrief het meeste voor het verkrijgen van intern nieuws over het UMC Utrecht Cancer Center, en daarnaast ook veel voor informatie over de financiële resultaten en de visie van het managementteam. Connect wordt voor een grote diversiteit aan informatievergaring gebruikt. Hierbij

zijn de grootste categorieën kwaliteit en patiëntveiligheid en personeelsswisselingen en vacatures. Deze categorieën overheersen echter niet zo sterk als bij de andere communicatiekanalen, wat betekent dat Connect voornamelijk divers gebruikt wordt. De onderstaande figuren illustreren de bevindingen van de nieuwsbrief en Connect.



**Figuur 14 – Gekozen informatie bij het communicatiekanaal 'nieuwsbrief UMC Utrecht Cancer Center'**



**Figuur 15 – Gekozen informatie bij het communicatiekanaal 'Connect (mijnumc.nl)'**

Als laatste werd de optie 'anders' vaak gekozen. De respondenten blijken vooral andere communicatiekanalen te gebruiken voor nieuw (wetenschappelijk) onderzoek in hun vakgebied en voor actuele (nationale) beleidsonderwerpen. Aangezien ze hiervoor niet één van de interne communicatiekanalen gebruiken, zoeken ze deze informatie naar verwachting extern, bijvoorbeeld via wetenschappelijke tijdschriften en in de media.

### 5.2.2 Tevredenheid

Over het algemeen zijn de professionals tevreden over de beschikbaarheid van informatie binnen het UMC Utrecht Cancer Center. Zij geven gemiddeld een rapportcijfer van 6.9 (SD=0.80). Er was een significant verschil tussen de drie beroepsgroepen ( $F(2, 84)=3.26, p<0.05$ ). Verpleegkundigen gaven gemiddeld het hoogste cijfer met een 7.1 (SD=0.67). Artsen gaven een rapportcijfer van 6.7 (SD=1.07) en laboranten tevens een 6.7 (SD=0.68). Er was ook een significant verschil tussen leidinggevenden en normale medewerkers ( $t(85)=-3.17, p<0.005$ ). Leidinggevenden gaven gemiddeld een 7.5 (SD=0.67) en de andere medewerkers een 6.7 (SD=0.77). Er waren geen significante verschillen in de rapportcijfers afhankelijk van hoe lang de respondent voor het UMC Utrecht werkt ( $F(3,83)=0.67, p=0.57$ ). Het geslacht van de respondenten was tevens niet bepalend voor het rapportcijfer ( $t(85)=0.82, p=0.41$ ).

De respondenten is gevraagd hoe tevreden zij zijn met de volgende kanalen voor het ontvangen en het delen van informatie: e-mail, Connect, nieuwsbrief,

werkoverleg/afdelingsoverleg, werkconferentie, gesprekken met collega's en gesprekken met direct leidinggevend. Ze gaven hiervoor een antwoord op een 7-punts schaal. De precieze gemiddelden en standaarddeviaties staan gerapporteerd in tabel 3 in bijlage 5.

De werkconferentie en de gesprekken met collega's en leidinggevend worden voor beide communicatierichtingen gelijk beoordeeld. De respondenten zijn dus even tevreden over de mogelijkheid om informatie te delen als te ontvangen middels deze drie kanalen. Bij de andere vier kanalen is er een significant verschil. De respondenten zijn meer tevreden over de mogelijkheden die e-mail en het afdelingsoverleg bieden om informatie te delen dan te ontvangen. Bij Connect en de nieuwsbrief is dit andersom: de medewerkers zijn meer tevreden over de mogelijkheden om informatie te ontvangen dan te delen via deze kanalen (zie t-toetsen in tabel 4 in bijlage 5).

Wanneer het gaat om het verkrijgen van informatie, worden de gesprekken met collega's en met leidinggevend significant beter beoordeeld dan de andere communicatiekanalen. De medewerkers beoordelen dus het directe *face-to-face* contact als beste. De werkconferentie wordt daarentegen significant slechter beoordeeld dan de andere communicatiekanalen als het gaat om het verkrijgen van informatie (zie t-toetsen in tabel 6 in bijlage 5).

Wanneer het gaat om het delen van informatie worden gesprekken met collega's en leidinggevend ook significant beter beoordeeld dan de andere communicatiekanalen. Uitzondering hierbij is e-mail, welke geen significant verschil vertoont met de gesprekken met leidinggevend. Connect, de nieuwsbrief en de werkconferentie worden slechter beoordeeld dan de andere kanalen als het gaat om het delen van informatie. Tussen deze kanalen is er ook weer een significant verschil tussen Connect en de nieuwsbrief, waarbij Connect als slechtste beoordeeld wordt voor het delen van informatie (zie t-toetsen in tabel 7 in bijlage 5).

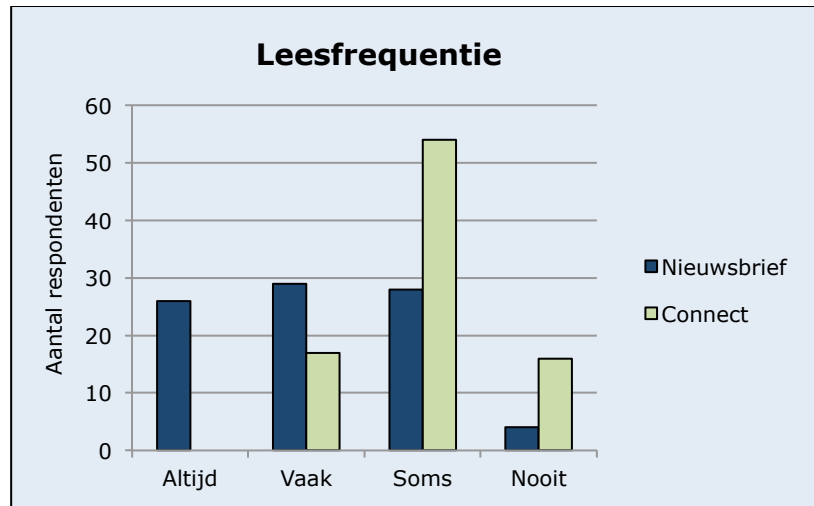
Er zijn enkele significante verschillen tussen de drie beroepsgroepen (zie alle ANOVA's in tabel 5 in bijlage 5). Deze verschillen tussen de groepen zit met name in de kanalen die per afdeling zelf ingevuld worden. Er is een significant verschil als het gaat om het verkrijgen van informatie door middel van het werkoverleg/afdelingsoverleg ( $F(2, 84)=5.38, p<0.01$ ). Uit een post-hoc Scheffe test werd duidelijk dat dit verschil zich tussen de laboranten en verpleegkundigen bevindt. Voor het verkrijgen van informatie zijn verpleegkundigen iets meer tevreden over het afdelingsoverleg en laboranten iets minder tevreden.

Er zijn tevens significante verschillen tussen de drie beroepsgroepen als het gaat om de beoordeling van de gesprekken met de direct leidinggevend. Deze verschillen zijn er zowel voor het verkrijgen van informatie ( $F(2, 84)=5.19, p<0.005$ ) als voor het delen van informatie ( $F(2, 84)=1.70, p<0.05$ ). Uit de post-hoc Scheffe test werd duidelijk dat in beide gevallen de verschillen opnieuw tussen de laboranten en verpleegkundigen liggen. Laboranten beoordelen de gesprekken met hun leidinggevend slechter dan de verpleegkundigen, zowel voor het verkrijgen als het delen van informatie.

### **5.1.3 Leesfrequentie nieuwsbrief en intranet**

In het advies aan de communicatieafdeling zullen zoals gezegd de nieuwsbrief en de landingspagina van het UMC Utrecht Cancer Center op het intranet (Connect) centraal staan, omdat de medewerkers van deze afdeling de inhoud van deze twee communicatiekanalen zelf invullen. Om een goed beeld te krijgen van deze twee kanalen, heb ik de respondenten in de survey gevraagd naar de leesfrequentie van de nieuwsbrief en de pagina's van het UMC Utrecht Cancer

Center op Connect. De resultaten staan gerapporteerd in tabellen 8 en 9 in bijlage 5 en zijn schematisch weergegeven in de onderstaande figuur.



**Figuur 16 - Zelfgerapporteerde leesfrequentie van de nieuwsbrief en de landingspagina op Connect**

De meeste medewerkers geven aan de nieuwsbrief altijd, vaak of soms te lezen. De meeste medewerkers geven aan de pagina op Connect soms te lezen. De nieuwsbrief wordt dus vaker gelezen dan Connect. De beroepsgroep had geen invloed op de leesfrequentie van de nieuwsbrief ( $X^2=4.29$ ,  $p=0.64$ ) of de leesfrequentie van de pagina op Connect ( $X^2=1.15$ ,  $p=0.89$ ). Hoe lang de respondent werkzaam was in het UMC Utrecht had tevens geen invloed op de leesfrequentie van de nieuwsbrief ( $X^2=10.05$ ,  $p=0.35$ ) of op de leesfrequentie van de pagina op Connect ( $X^2=5.28$ ,  $p=0.51$ ).

De functie had wel invloed op de leesfrequentie van de nieuwsbrief ( $X^2=19.63$ ,  $p<0.001$ ). Leidinggevendenden geven vaker aan de nieuwsbrief 'altijd' te lezen ( $z=3.4$ ) en minder vaak de nieuwsbrief 'vaak' te lezen ( $z=-2.0$ ) dan normale medewerkers. Leidinggevendenden zijn dus trouwere lezers dan normale medewerkers. De functie had geen invloed op de leesfrequentie van de pagina's van het UMC Utrecht Cancer Center op Connect ( $X^2=3.96$ ,  $p=0.14$ ).

#### **5.2.4 Beantwoording deelvragen 4a en 4b**

Deelvraag 4a luidt: *Welke interne communicatiekanalen kiezen medewerkers van het UMC Utrecht Cancer Center voor het verkrijgen van welke soort informatie?* Uit de eerste vraag van de survey blijkt dat de medewerkers voor een gesprek met hun collega kiezen als zij informatie willen verkrijgen over hun eigen werkzaamheden. Ze kiezen voor een gesprek met hun leidinggevende als ze informatie willen verkrijgen over opleidingsmogelijkheden en personeelsaangelegenheden. De nieuwsbrief van het UMC Utrecht Cancer Center wordt vooral gelezen om op de hoogte te blijven van intern nieuws, en daarnaast voor financiële resultaten en de visie van het managementteam. De medewerkers kiezen bij een grote diversiteit van boodschappen voor Connect, waarbij de categorieën kwaliteit en patiëntveiligheid en personeelsswisselingen en vacatures iets groter zijn dan de andere boodschappen. Voor informatie over nieuw (wetenschappelijk) onderzoek en actuele (nationale) beleidsonderwerpen kiezen de medewerkers vaak voor 'anders', welke naar verwachting externe communicatiekanalen betreffen, zoals wetenschappelijke tijdschriften en de media.

Deelvraag 4b luidt: *Hoe beoordelen medewerkers van het UMC Utrecht Cancer Center de mogelijkheden om informatie te verkrijgen en te delen via verschillende interne communicatiekanalen?* Uit de tweede en derde vraag van de survey is gebleken dat de medewerkers de gesprekken met collega's en leidinggevendenden het beste beoordelen, zowel voor het verkrijgen als voor het delen van informatie. Zij zijn dus het meest tevreden met deze communicatiekanalen. De medewerkers zijn het minst tevreden met de werkconferentie voor het verkrijgen van informatie. Als het gaat om het delen van informatie zijn ze het minst tevreden met de werkconferentie, Connect en de nieuwsbrief, waarbij Connect als slechtste beoordeeld wordt. Deze bevindingen sluiten tevens aan bij de toetsen tussen het verzenden en ontvangen van informatie via hetzelfde kanaal. Hieruit blijkt namelijk dat de medewerkers minder tevreden zijn over het delen van informatie via de nieuwsbrief en Connect dan over het verkrijgen van informatie via deze kanalen.

Er zijn kleine significante verschillen gemeten tussen de verpleegkundigen en de laboranten. Laboranten zijn minder tevreden dan verpleegkundigen als het gaat om het verkrijgen van informatie uit het werkoverleg/afdelingsoverleg. Laboranten zijn ook minder tevreden dan verpleegkundigen als het gaat om het verkrijgen en het delen van informatie in de gesprekken met hun direct leidinggevendenden. Er waren geen significante verschillen tussen artsen en de andere beroepsgroepen.

### **5.3 Interviews**

In 11 interviews hebben artsen (5 respondenten), verpleegkundigen (3 respondenten) en laboranten (3 respondenten) aangegeven hoe ze de communicatie binnen het UMC Utrecht Cancer Center beoordelen, welke keuzes zij maken als ze een communicatiekanaal selecteren voor de interne communicatie, en welke wensen zij hebben met betrekking tot de interne communicatiekanalen. De volledige lijst met respondenten staat in bijlage 6.

#### **5.3.1 Communicatie tussen professionals**

De professionals beoordelen de onderlinge communicatie over het algemeen erg goed. Vooral de communicatie die de professionals met hun directe collega's hebben, wordt erg goed beoordeeld. Deze directe collega's hoeven niet per se in dezelfde beroepsgroep te vallen. Zo werkt verpleegkundige V2 vooral veel samen met de artsen op zijn afdeling. De communicatie met deze directe collega's beoordeelt hij "als uitstekend". Verpleegkundige V3 heeft zowel verpleegkundigen als artsen als directe collega's en beoordeelt de communicatie ook goed, wat hij toelicht met de uitspraak: "dat we laagdrempelig met elkaar contact hebben". Ook de artsen beoordelen de onderlinge communicatie goed. Arts A1 spreekt tevens over laagdrempelig contact, en arts A3 zegt: "we weten elkaar altijd te vinden". Als er negatieve zaken besproken moeten worden, is daar ook ruimte voor. Laborant L3 vertelt: "We hebben in de laborantengroep hebben we een aantal jaar terug alweer eh training gehad allemaal in het geven van feedback, dus als d'r iets is wat eh gevoelens bij in het spel komen, dat we daar ook op een goede manier mee eh kunnen omgaan".

De reden dat de respondenten de directe communicatie goed beoordelen, lijkt te liggen in de fysieke afstand tussen de collega's. Zo vindt arts A4 dat de communicatie met zijn collega's goed loopt, "want de andere twee zitten hiernaast". Dit is echter ook gelijk het punt waar de communicatie met andere afdelingen of andere beroepsgroepen niet altijd even goed loopt. Alhoewel de respondenten over het algemeen ook best tevreden waren over de communicatie met de collega's die iets verder van hen weg stonden, zagen ze hier soms ook kleine obstakels. Er is hierbij geen duidelijk onderscheid te maken tussen de communicatie tussen verschillende afdelingen of tussen verschillende



beroepsgroepen. Arts A1 geeft aan dat de communicatie tussen verschillende afdelingen niet altijd helder is: "daar is de communicatie wat ondoorzichtiger ineens". Laborant L1 geeft aan dat bij haar de communicatie tussen de laboranten en de artsen van dezelfde afdeling af en toe wat minder goed loopt: "ik heb 't, soms het idee dat artsen niet altijd precies weten wat wij dan doen". Ze legt dit verder uit: "soms dan is d'r gewoon wat onduidelijkheid over eh, over wat we willen of zo".

Niet alle respondenten konden zich overigens in dit beeld vinden. Verpleegkundige V1 vindt de communicatie met de artsen juist ook laagdrempelig, en laborant L3 geeft aan net zo snel feedback te geven aan artsen als aan laboranten als hij iets ziet wat niet volgens de regels verloopt.

### 5.3.2 Informatiebehoefte

De professionals moeten een grote hoeveelheid informatie verwerken voor het uitoefenen van hun dagelijkse werkzaamheden: patiëntinformatie zoals diagnose en behandelplan, algemene protocollen en werkinstructies, en het studieprotocol als de patiënt deelneemt aan een wetenschappelijke studie. Veel van de patiëntinformatie wordt uit HiX (het ziekenhuisinformatiesysteem) gehaald. Omdat elke patiënt uniek is, is de informatiebehoefte van de professionals op dit gebied dan ook erg groot. De protocollen en werkinstructies halen de medewerkers van Connect. De medewerkers kijken niet altijd fysiek in de protocollen. Zo geeft arts A5 aan dat ze de protocollen uit haar hoofd kent. Laborant L2 geeft aan dat bij een normale bestraling de protocollen al ingevoerd zijn, terwijl ze deze bij de MRI nog helemaal zelf moet bedenken. In het laatste geval is haar informatiebehoefte dan ook groter.

De informatiebehoefte om in het UMC Utrecht te werken is ook redelijk groot, alhoewel de professionals hiervoor minder informatie hoeven te verwerken dan voor de dagelijkse werkzaamheden op hun eigen afdeling. De informatie die de medewerkers van het UMC Utrecht nodig hebben, betreft praktische informatie en informatie over calamiteiten. Praktische informatie betreft de organisatiecultuur, de organisatiestructuur, informatie over patiëntveiligheid en hygiëne, maar ook waar de medewerkers hun werkkleding vandaan kunnen halen. Informatie over calamiteiten betreft informatie over brandveiligheid, reanimatie en het verscherpte toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Als het gaat om de informatiebehoefte op het niveau van de divisie, het UMC Utrecht Cancer Center, dan is hier een duidelijk verschil te zien tussen verpleegkundigen en laboranten aan de ene kant, en artsen aan de andere kant. De verpleegkundigen en laboranten hebben een kleine informatiebehoefte als het gaat om de divisie. Een enkeling geeft aan dat het wel handig is om iets te weten van waar het UMC Utrecht Cancer Center voor staat (respondent L1) en hoe de divisie ontstaan is (respondent V1), maar het merendeel geeft aan zich niet erg betrokken te voelen bij de divisie. Zo zegt laborant L3: "op dit moment heb ik niet het gevoel dat ik binnen het UMC Utrecht Cancer Center werk". Verpleegkundige V2 zegt: "ik zie dat niet zo los van elkaar", waarbij hij doelt op het verschil tussen het UMC Utrecht en de divisie UMC Utrecht Cancer Center. Verpleegkundige V3 zegt: "ik zie dat eh met al die verschillende divisies waar ik gewerkt heb eh dat als één van de vele".

De artsen hebben een grotere informatiebehoefte als het gaat om de divisie, maar uit hun antwoorden blijkt ook dat deze informatiebehoefte niet zo groot is als op het niveau van de eigen afdeling of het UMC Utrecht in het algemeen. Arts A3 heeft behoefte aan een eigen herkenbare website, "zowel voor intern, maar ook voor extern". Arts A4 geeft aan dat hij graag wil weten hoe het met het Cancer Center gaat en wie waarvoor aanspreekbaar is. Deze informatie haalt hij



veelal uit de nieuwsbrief. Hij zegt hierover: "Het is natuurlijk nog een beetje ongrijpbaar voor iedereen. Iedereen voelt zich nog heel erg ook verweven met z'n oude divisie. En dan is het des te belangrijker dat de nieuwe divisie heel zichtbaar wordt." Ook arts A5 vindt het erg belangrijk om op de hoogte te zijn van de structuur van de divisie, zodat ze weet met welke vraag ze naar welke persoon toe kan gaan. Arts A2 geeft daarentegen aan eigenlijk geen extra informatie over het UMC Utrecht Cancer Center nodig te hebben: "ik denk dat het een soort van virtuele eh container is en dat je op zich d'r niks over hoeft te weten."

### 5.3.3 Kennisuitwisseling

Veel van de kennis die de professionals binnen het UMC Utrecht Cancer Center bezitten en met elkaar delen is zogenaamde *tacit knowledge*. Ze hebben diverse specialistische opleidingen moeten doen en werkervaring opgedaan om te weten hoe ze de patiënt het beste kunnen behandelen. De uitwisseling van kennis gaat dan ook bij voorkeur *face-to-face*. Zo legt laborant L2 uit dat de behandeling voor elke patiënt anders is, en "dat past niet allemaal in protocollen". Ook als er onduidelijkheden zijn, is *face-to-face* communicatie het meest geschikt. Zo gaat laborant L3 graag "face-to-face even samen zitten aan een probleem". Arts A2 geeft aan dat de zoekfuncties binnen de landelijke richtlijnen niet goed werken, en dat hij daarom graag mondeling kennis uitwisselt met collega's: "Als je een collega vraag dan kan je heel specifiek dat stukje vertellen wat iemand nodig heeft eh voor de volgende stap."

Artsen wisselen vaak kennis uit in multidisciplinaire overleggen (MDO's) en tumorwerkgroepen. Deze overleggen zijn afdelingoverstijgend en vinden dus op het niveau van de divisie plaats. De nieuwe vakinhoudelijke kennis komt uit wetenschappelijke publicaties, die vervolgens in de verschillende overleggen besproken wordt. Arts A1 geeft aan dat het belangrijk is om de wetenschappelijke publicaties niet alleen te lezen, maar ook met elkaar te bespreken: "hierin is denk ik toch de eh de interactie wel heel goed he, dus de discussie mondeling is d- is de- heeft toch wel meerwaarde". De nieuwe kennis die in deze overleggen aan bod gekomen is, wordt vervolgens verwerkt in de protocollen en werkinstructies. Arts A4 legt uit: "die procedures die schriftelijk vastgelegd zijn, worden vastgesteld tijdens de tumorwerkgroep". De wetenschappelijke publicaties en de protocollen bevatten *explicit knowledge*, omdat de kennis opgeschreven (en dus geëxpliciteerd) is. De mondelinge overleggen daarentegen zijn vooral gericht op *tacit knowledge*: de wetenschappelijke kennis wordt bediscussieerd op de praktische toepasbaarheid. De kennis wordt dus van *explicit knowledge* (wetenschappelijke publicatie) omgezet in *tacit knowledge* (tumorwerkgroep) en vervolgens weer in *explicit knowledge* (protocol).

### 5.3.4 Conditie voor kanaalkeuze

Alle respondenten geven aan het liefste *face-to-face* te communiceren met hun collega's. Ze kiezen voor dit communicatiekanaal omdat het onduidelijkheden weg kan halen, non-verbale signalen door kan geven, misverstanden kan voorkomen en omdat het persoonlijker is. Naast de *face-to-face* communicatie, maken de medewerkers ook veel gebruik van telefoon en e-mail. De keuze tussen een *face-to-face* of telefonische communicatie is vooral gebaseerd op de afstand tussen de twee gesprekspartners. Zo zegt arts A4: "als iemand hier op deze gang zit dan loop ik d'r altijd naar toe" en "als de collega in het Q-gebouw zit, bij het Cancer Center, dan bel ik, want dat is voor mij ver weg". De professionals kiezen vooral voor e-mail als de boodschap niet urgent is en weinig nuance behoeft. Voor een urgente boodschap kiezen de respondenten unaniem niet voor e-mail. Verpleegkundige V2 zegt over zijn keuze: "kan er gewoon even rustig tijd overheen eh gaan, dan eh doe ik dat eh gerust op de e-mail". Daarnaast is e-mail een handig medium als veel mensen bereikt moeten worden, waardoor

verpleegkundige V3 bijvoorbeeld voor e-mail kiest als hij een vergadervoorstel wil doen.

Voor patiëntgerelateerde informatie kiezen de respondenten over het algemeen voor het ziekenhuisinformatiesysteem HiX. Verpleegkundige V2 zegt "dat heeft natuurlijk een grote voorkeur als eh eh al je patiëntgerelateerde zaken ook duidelijk wil registreren, en dat die informatie niet verloren gaat". De laboranten geven soms ook patiëntinformatie op papier door. Laborant L1 vertelt dat ze hiervoor kiezen omdat de laboranten in de ochtend op het toestel een papieren daglijst pakken, en de specifieke patiëntgerelateerde informatie dan op de juiste plek aanwezig is. Ook hier is e-mail geen goede optie. Ze zegt: "die e-mail, die kan je, 't kan ook zijn dat je die pas 's middags opent".

### **5.3.5 Wensen interne communicatiekanalen**

De medewerkers hebben nog diverse wensen en verbeterpunten als het gaat om de interne communicatiekanalen bij het UMC Utrecht Cancer Center. De professionals vinden dat ze te veel mails ontvangen waardoor ze niet alle mail goed kunnen lezen. De uitspraak van arts A4 illustreert dit: "je krijgt honderdvijftig e-mails per dag, nou ja, die kan je onmogelijk allemaal eh verwerken". Laborant L2 geeft aan niet altijd duidelijk is welke mails wel en niet belangrijk zijn voor haar: "dan vind ik het lastig om daar dingen uit te filteren dat het alleen voor mij is".

De medewerkers zijn over het algemeen tevreden met de nieuwsbrief. Ze scannen de nieuwsbrief en klikken vervolgens door op de berichten die ze interessant vinden. De meeste medewerkers vinden de combinatie van zogenaamde harde en zachte informatie interessant. Dit betekent dat de medewerkers zowel informatie over de missie en plannen van het UMC Utrecht Cancer Center als verhalen van collega's en patiënten zouden lezen. Verpleegkundige V2 legt uit dat hij het liefste de artikelen leest die direct relatie hebben met zijn werk. Daarin maakt het dus niet uit of het bijvoorbeeld een beleidsmatig artikel of een testimonial van een collega is. De medewerkers vinden dat de nieuwsbrief in ieder geval gedeeltelijk nieuwe informatie moet bevatten om interessant te zijn. Verpleegkundige V1 vindt het bijvoorbeeld fijn om zich eerst in te kunnen lezen, voordat nieuwe ontwikkelingen besproken worden in het afdelingsoverleg. Arts A3 geeft aan dat hij de nieuwsbrief vaak niet uitgebreid leest omdat er geen nieuwe informatie in staat. Aan de andere kant geven een aantal respondenten aan dat het ook niet erg zou zijn als informatie op meerdere manieren verspreid zou worden. Arts A1 zegt hierover: "maar het is wel goed als het in de nieuwsbrief nog een keer eh toegelicht wordt of eh ook concreet ergens staat". De nieuwsbrief wordt door de artsen ook ervaren als een communicatiekanaal waarin het UMC Utrecht Cancer Center meer betekenis krijgt. Arts A2 zegt hierover: "ik denk dat het eh goed is om eh aan zo'n virtueel iets eh inhoud te kunnen geven met een nieuwsbrief".

De medewerkers zijn een stuk minder tevreden over Connect. Ze geven aan Connect vooral te gebruiken voor het opzoeken van werkinstructies, contactgegevens en personeelszaken. Deze informatie is echter niet goed te vinden. De indeling van Connect met de grote gekleurde blokken is onoverzichtelijk en de zoekfunctie werkt slecht. De ervaring van arts A3 illustreert dit goed. Hij wilde een colonscopie (i.e. dikke darmonderzoek) aanvragen voor een patiënt en zocht op Connect hoe hij dat moest doen. Hij vertelt:

"Dan kom ik er eigenlijk niet zo goed uit hoe 'k dat dan moet doen, terwijl dat nou typisch iets is waarvan ik denk: nou dat kan je nou heel makkelijk via zo'n intranet eh. Als ik dan zou kunnen kijken: sneldiagnostiek, MDL, hoe meld ik iemand aan,

enzovoort, hoe gaat dat.. nou dan ben je in één keer klaar. Nu moe- nu duurt het lang voordat ik daar dan achter ben.”

De meeste medewerkers geven aan Connect enkel te gebruiken voor de praktische informatie, en daarom geen interesse te hebben in interviews met collega's via dit medium. Verpleegkundige V3 zegt hierover: “misschien wel als- als sub- af eh –pagina ofzo, [...] maar dat het niet meteen eh eh op het voorblad of zo hoeft te- hoeft te staan”. Laborant L1 vormde een uitzondering op de andere respondenten. Zij vond het wel leuk om via Connect interviews te lezen met collega's die bijvoorbeeld promoveren of een bepaalde prijs gewonnen hebben.

De verpleegkundigen en laboranten waren over het algemeen tevreden met de interne communicatiekanalen die nu aangeboden worden binnen het UMC Utrecht Cancer Center. De artsen hadden echter nog diverse ideeën en toevoegingen. Arts A1 zou graag op Connect willen lezen over de verschillende onderzoekslijnen binnen het UMC Utrecht. Hierbij kunnen artsen hun projecten presenteren en hebben andere medewerkers de mogelijkheid om op de projecten te reageren. Ook zou hij graag een extra werkconferentie zien binnen het UMC Utrecht Cancer Center. Deze nieuwe werkconferentie is dan speciaal voor de specialisten, waarbinnen een promotietraject of onderzoekslijn besproken kan worden. Arts A2 mist een aantal sociale communicatiekanalen. Als eerste ziet hij graag een Whatsapp-achtig platform om snel af te kunnen stemmen met zijn directe collega's, bijvoorbeeld om af te spreken wie naar een bespreking gaat. Daarnaast zou hij ook een Facebook-achtig platform voor bedrijven zien, “waarbij je eh allerlei berichten gewoon in een tijdlijn ziet”. Arts A3 zou graag een pagina op Connect zien voor de tumorwerkgroep. Op deze pagina zou dan informatie en mededelingen over de tumorwerkgroep kunnen staan. Arts A5 zou ook graag een centrale plek hebben waar alle informatie over de tumorwerkgroepen kan komen te staan. Dit zou op intranet kunnen, maar als het gaat om vertrouwelijke informatie denkt ze dat een interne opslagschijf beter geschikt is.

### **5.3.6 Beantwoording deelvragen 5a en 5b**

Deelvraag 5a luidt: *Op basis van welke factoren selecteren medewerkers van het UMC Utrecht Cancer Center interne communicatiekanalen voor informatie-uitwisseling?* Uit de interviews is gebleken dat de medewerkers een grote voorkeur hebben voor *face-to-face* contact met hun collega's. Dit kanaal heeft de voorkeur van de medewerkers omdat het onduidelikheden in de informatie-uitwisseling kan weghalen, de gesprekspartners kunnen non-verbale signalen uitwisselen en ze vinden het persoonlijker. Wanneer collega's ver weg zitten en het lastiger wordt om een *face-to-face* gesprek aan te gaan, kiezen de medewerkers voor een telefonisch gesprek. De professionals kiezen voor e-mail als de boodschap weinig nuance behoeft en niet urgent is, of als ze veel mensen tegelijkertijd willen bereiken. Voor het doorgeven en registreren van patiëntinformatie kiezen de meeste medewerkers voor het ziekenhuisinformatiesysteem HiX, omdat de informatie dan niet verloren kan gaan. Daarnaast geven de laboranten ook patiëntinformatie door op papier, omdat zij met papieren daglijsten werken.

Deelvraag 5b luidt: *Welke wensen hebben medewerkers van het UMC Utrecht Cancer Center wat betreft informatie-uitwisseling via interne communicatiekanalen?* Uit de interviews is gebleken dat de medewerkers vinden dat ze erg veel e-mails ontvangen, waardoor ze deze niet allemaal goed kunnen filteren op belangrijke berichten. Als het gaat om de nieuwsbrief, dan zijn de medewerkers tevreden. Door de diversiteit in berichten spreken er altijd wel een aantal berichten aan waarop ze vervolgens doorklikken. De medewerkers zien het liefste nieuwe informatie in de nieuwsbrief, maar ze vinden het niet erg als iets al

bekend is en in de nieuwsbrief verder toegelicht wordt. De medewerkers zijn een stuk minder tevreden over Connect. Ze vinden het intranet niet gebruiksvriendelijk. De grote blokken maken het onoverzichtelijk en de zoekfunctie werkt niet goed. De medewerkers hebben over het algemeen gesproken geen interesse in interviews met collega's of patiënten op Connect, omdat ze het intranet vooral gebruiken voor het terugzoeken van praktische informatie. De artsen hebben nog diverse aanvullingen op de interne communicatiekanalen. Zo zouden ze graag meer informatie over de onderzoekslijnen binnen het UMC Utrecht of de tumorwerkgroepen binnen het UMC Utrecht Cancer Center op intranet vinden. Ook hebben de artsen behoefte aan meer platformen om kennis uit te wisselen. Eén van de artsen zag dit voor zich door een extra werkconferentie voor specialisten te organiseren, terwijl anderen dit liever via Whatsapp, Facebook of een interactief platform op Connect zien.

## 6. Resultaten en analyse

Nu zowel de theoretische (hoofdstuk 2) als de empirische (hoofdstuk 5) deelvragen onderzocht en beantwoord zijn, zal ik in dit hoofdstuk de twee onderdelen aan elkaar koppelen en de gevonden resultaten analyseren. Hierbij houd ik de structuur uit het theoretisch kader aan.

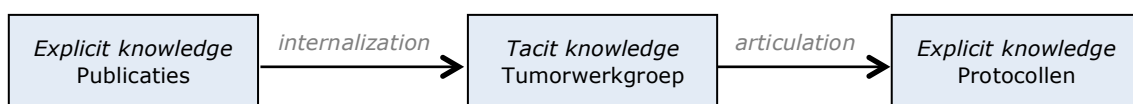
### 6.1 Kennisuitwisseling

Uit de interviews bleek dat de meeste professionals mondeling kennis overdragen, omdat elke situatie en elke patiënt anders is. Er is dan ook sprake van uitwisseling van *tacit knowledge* (zie paragraaf 5.3.3). In het theoretisch kader is de beweging van *tacit* naar *tacit* gedefinieerd als *socialization* (zie paragraaf 3.1.1). Bij deze beweging leren de professionals elkaars handelingen en gedrag, zonder dat hierbij geschreven documenten komen kijken. Dit uit zich niet alleen in het bekijken en overnemen van elkaars handelingen, maar ook in het mondeling bespreken en discussiëren van een bepaalde behandeling of patiënt. De onderstaande figuur illustreert deze beweging.



Figuur 17 – De uitwisseling van *tacit knowledge*

Nieuwe kennis halen de professionals, met name de artsen, uit wetenschappelijke publicaties. Dit bespreken ze vervolgens in tumorwerkgroepen en daarna wordt het verwerkt in protocollen. Er vindt dus een beweging plaats van *explicit knowledge* naar *tacit knowledge* naar *explicit knowledge* (zie paragraaf 5.3.3). Deze bewegingen zijn in het theoretisch kader gedefinieerd als *internalization* en *articulation* (zie paragraaf 3.1.1). De beweging van *explicit* naar *tacit* is *internalization*. Er is hier sprake van kennis die geschreven staat in wetenschappelijke publicaties, en die door bespreking en discussie in de tumorwerkgroepen geïnternaliseerd wordt. De artsen bespreken hoe ze de gepubliceerde kennis kunnen toepassen in hun dagelijkse werkzaamheden: de behandeling van de patiënt. Na het proces van *internalization* volgt het proces van *articulation*. Bij *articulation* wordt *tacit knowledge* omgezet in *explicit knowledge*. Dit gebeurt als de protocollen geschreven of aangepast worden. De artsen proberen dan de nieuwe behandelmethoden (i.e. gedrag) om te zetten in een geschreven document. Volgens Clegg et al. (2011, zie paragraaf 3.1.1) is dit een lastig proces, omdat mensen zich meestal niet bewust zijn van de *tacit knowledge*. Veel van de behandelmethoden zullen voor de artsen dan ook in hun hoofd hebben zitten, waardoor het lastig is om ze stap voor stap te formuleren in een protocol. Dit is echter wel een belangrijke stap, want de protocollen kunnen onderling gedeeld worden. Dit bevordert de kennisuitwisseling en maakt daarnaast dat de professionals elkaars werkzaamheden makkelijker kunnen controleren. De onderstaande figuur illustreert de beweging vanaf de wetenschappelijke publicaties tot de aanpassing van protocollen.



Figuur 18 – De beweging van kennis van wetenschappelijke publicaties tot protocollen

## 6.2 Kanaalkeuze en mediarijkheid

Uit de survey is gebleken dat de medewerkers het meeste kiezen voor gesprekken met collega's en leidinggevendenden. De nieuwsbrief en Connect worden gekozen voor het verkrijgen van verschillende soorten informatie (zie paragraaf 5.2.1). Als deze kanalen op de *Media Richness Theory* van Daft & Lengel (1986, zie paragraaf 3.2.1) beoordeeld moeten worden, dan zijn de gesprekken een rijker communicatiekanaal dan de nieuwsbrief en Connect. Dit komt omdat de gesprekken met collega's en leidinggevendenden meer ruimte geven voor directe feedback, het verzenden van meerdere signalen, personalisatie en taalvariëteit: de vier aspecten die Daft & Lengel (1986) definiëren van een rijk communicatiekanaal. Rijkere kanalen verminderen dubbelzinnigheid en minder rijke kanalen kunnen onzekerheid verminderen. Onzekerheid betekent een gesprek aan informatie en dubbelzinnigheid betekent de aanwezigheid van meerdere tegenstrijdige signalen.

De professionals in het UMC Utrecht Cancer Center kiezen inderdaad voor de rijkere communicatiekanalen bij potentieel dubbelzinnige informatie. Ze kiezen namelijk voor een gesprek met een collega als ze informatie willen verkrijgen over de eigen werkzaamheden en voor een gesprek met een leidinggevende als ze informatie willen verkrijgen over opleidingsmogelijkheden en personeelsaangelegenheden. De eigen werkzaamheden zijn voor een professional vaak uiteenlopend en specialistisch, waardoor de dubbelzinnigheid groot kan zijn. Ook opleidingsmogelijkheden en personeelsaangelegenheden kunnen per persoon verschillen, waardoor deze informatie dubbelzinnig kan zijn.

De minder rijke kanalen, de nieuwsbrief en Connect, worden gebruikt voor het verkrijgen van intern nieuws, financiële resultaten en de visie van het managementteam (nieuwsbrief) en informatie over kwaliteit en patiëntveiligheid en personeelsswisselingen en vacatures (Connect). Met uitzondering van de visie van het managementteam zijn dit inderdaad boodschappen die eerder onzeker dan dubbelzinnig zijn. De onzekerheid over intern nieuws, financiële resultaten, kwaliteit en patiëntveiligheid en personeelsswisselingen en vacatures kan namelijk weggehaald worden door meer informatie te vergaren. Bij de visie van het managementteam ligt dit anders: informatie over dit onderwerp is eerder dubbelzinnig. De visie kan mogelijk op verschillende manieren geïnterpreteerd worden, waardoor een rijker medium deze dubbelzinnigheid beter weg zou kunnen halen.

De bevindingen uit de survey sluiten aan bij de bevindingen uit de interviews (zie paragraaf 5.3.4). In de interviews gaven de respondenten aan het liefste *face-to-face* informatie uit te wisselen, vooral als de boodschap nuance behoeft. Zij gaven ook letterlijk aan dat het *face-to-face* communicatiekanaal onduidelijkheden weg kan halen, zoals door de *Media Richness Theory* voorspeld werd. Een andere belangrijke bevinding uit de interviews was echter de fysieke afstand tussen de twee gesprekspartners. Voor de respondenten uit de interviews was dit een belangrijke factor bij het kiezen van een communicatiekanaal, terwijl de *Media Richness Theory* dit niet voorspeld heeft.

De bevindingen suggereren dat er geen sprake is van strategische keuzes zoals de *Communication-appropriation Perspective* (Law, 2013) voorspelde. Volgens deze theorie kiezen medewerkers bewust een minder geschikt communicatiekanaal om informatie te delen, zodat zij zelf de bron van informatie blijven (zie paragraaf 3.2.4). Medewerkers blijken echter grotendeels volgens de voorspellingen van de *Media Richness Theorie* een communicatiekanaal te kiezen, en wijken hier alleen vanaf als er praktische bezwaren zijn, zoals de fysieke afstand tot hun collega.

### **6.3 Informatiebehoefte van professionals**

In het theoretisch kader was gebleken dat er weinig onderzoek te vinden was over informatiebehoefte van professionals. Wel bleek uit een onderzoek van Hage et al. (1971) dat professionals onderling veel informatie moeten uitwisselen voor het uitvoeren van hun werkzaamheden (zie paragraaf 3.3.3). Uit de interviews is gebleken dat de professionals inderdaad een grote informatiebehoefte hebben voor het uitvoeren van hun werkzaamheden (zie paragraaf 5.3.2). De informatie die ze vooral nodig hebben bestaat uit patiëntinformatie en werkinstructies. De uitwisseling van de patiëntinformatie gebeurt vooral via het ziekenhuisinformatiesysteem HiX en het uitwisselen van werkinstructies gaat via het intranet Connect. Naast de informatiebehoefte voor het uitvoeren van de werkzaamheden, bleken de professionals ook behoefte te hebben aan informatie over de organisatie: het UMC Utrecht. De medewerkers hadden op dit niveau praktische informatie en informatie over calamiteiten nodig. Op het niveau van de divisie UMC Utrecht Cancer Center was de informatiebehoefte een stuk kleiner. Daar hadden alleen de artsen informatie nodig, zoals over de structuur en hiërarchie, maar deze behoefte was kleiner dan op het niveau van de eigen afdeling en de volledige organisatie.

### **6.4 Verbondenheid met de divisie**

In het contexthoofdstuk is het ideaalbeeld van de divisiestructuur van het UMC Utrecht door Blijham & Müter (2010) uiteengezet (zie paragraaf 4.2). Deze divisiestructuur was de uitkomst van het project 'Nieuwe besturingsfilosofie en organisatiestructuur' (B&O). Eén van de belangrijkste kenmerken van de divisies moest zijn dat de afdelingen binnen de divisie samenhang vertonen vanuit het gedachtegoed van de professional. Uit de interviews is echter gebleken dat de verpleegkundigen en laboranten zich niet verbonden voelen met deze samenhang in de divisie UMC Utrecht Cancer Center (zie paragraaf 5.3.2). Zij zijn vooral betrokken op het niveau van de eigen afdeling en hebben daarom ook geen behoefte aan informatie over de overkoepelende divisie.



## 7. Conclusie

In de voorgaande hoofdstukken zijn de zes deelvragen beantwoord. In het theoretisch kader zijn deelvragen 1 en 2 beantwoord en in het empirische hoofdstuk zijn deelvragen 4 tot en met 6 beantwoord. Hier zal ik de antwoorden op de deelvragen eerst kort samenvatten. Vervolgens beantwoord ik de hoofdvraag.

Deelvraag 1 is: *Hoe kunnen verschillende interne communicatiekanalen ingezet worden volgens de Media Richness Theory?* Uit de theoretische analyse is gebleken dat persoonlijke gesprekken en groepsoverleggen rijke kanalen zijn, en dat schriftelijke rapportages en regels en procedures minder rijke kanalen zijn. Rijke kanalen helpen bij het verminderen van dubbelzinnigheid en minder rijke kanalen helpen bij het verminderen van onzekerheid.

Deelvraag 2 is: *Wat is de informatiebehoefte van medewerkers in professionele organisaties (zoals een ziekenhuis) volgens de wetenschappelijke literatuur?* Uit de theoretische analyse is gebleken dat dit onderwerp nog weinig onderzocht is. Wel kon er geconcludeerd worden dat specialisten die op gelijk niveau werken een grotere informatiebehoefte hebben, omdat zij onderling het werk moeten coördineren.

Deelvraag 3 luidt: *Welke formele rapportage- en overlegstructuren (met de daarbij behorende formele interne communicatielijnen) bestaan er binnen de divisie UMC Utrecht Cancer Center?* Uit de documentanalyse is gebleken dat de informatie zowel *top-down* als *bottom-up* stroomt. De informatie stroomt *top-down* via verticale overlegstructuren. De divisieleiding en clusterhoofden overleggen in het managementteam. De clusterhoofden informeren vervolgens de afdelings- en unithoofden. *Bottom-up* stroomt de informatie via het *linking-pin* principe. Hierbij stroomt de informatie via dezelfde strategische contactpersonen (unithoofden, afdelingshoofden, clusterhoofden) richting de strategische top.

Deelvraag 4a is: *Welke interne communicatiekanalen kiezen medewerkers van het UMC Utrecht Cancer Center voor het verkrijgen van welke soort informatie?* Uit de survey blijkt dat medewerkers voor een gesprek met hun collega kiezen als zij informatie willen verkrijgen over hun eigen werkzaamheden. Ze kiezen voor een gesprek met hun leidinggevende als ze informatie willen verkrijgen over opleidingsmogelijkheden en personeelsaangelegenheden. Ze lezen de nieuwsbrief vooral om op de hoogte te blijven van intern nieuws, financiële resultaten en de visie van het managementteam. Connect wordt benaderd voor een grote diversiteit aan informatie, waarbij kwaliteit en patiëntveiligheid en personeelsswisselingen en vacatures de belangrijkste categorieën waren.

Vervolgens is deelvraag 4b: *Hoe beoordelen medewerkers van het UMC Utrecht Cancer Center de mogelijkheden om informatie te verkrijgen en te delen via verschillende interne communicatiekanalen?* Uit de survey blijkt dat de medewerkers de gesprekken met collega's en leidinggevendenden het beste beoordelen, zowel voor het verkrijgen als voor het delen van informatie. De medewerkers zijn het minst tevreden met de werkconferentie voor het verkrijgen van informatie. Als het gaat om het delen van informatie zijn ze het minst tevreden met de werkconferentie, Connect en de nieuwsbrief, waarbij Connect als slechtste beoordeeld wordt.

Deelvraag 5a luidt: *Op basis van welke factoren selecteren medewerkers van het UMC Utrecht Cancer Center interne communicatiekanalen voor informatie-uitwisseling?* Uit de interviews blijkt dat de medewerkers het liefste voor *face-to-*

face communicatie kiezen, omdat het onduidelijkheden in de informatie-uitwisseling kan weghalen, ze non-verbale signalen kunnen uitwisselen en omdat het persoonlijker is. De medewerkers kiezen voor een telefonisch gesprek als de collega verder weg zit en ze niet gemakkelijk naar de persoon toe kunnen lopen. Ze kiezen voor e-mail als de boodschap weinig nuance behoeft en niet urgent is, of als ze veel mensen tegelijkertijd willen bereiken. Patiëntinformatie wordt gecommuniceerd via het ziekenhuisinformatiesysteem HiX, omdat de informatie dan niet verloren kan gaan.

Tot slot luidt deelvraag 5b: *Welke wensen hebben medewerkers van het UMC Utrecht Cancer Center wat betreft informatie-uitwisseling via interne communicatiekanalen?* Uit de interviews blijkt dat de medewerkers vinden dat ze erg veel e-mails ontvangen, waardoor ze deze niet allemaal goed kunnen filteren op belangrijke berichten. De medewerkers zijn tevreden met de nieuwsbrief van het UMC Utrecht Cancer Center en waarderen de diversiteit in de berichten. De medewerkers zijn niet tevreden over Connect: ze vinden het intranet niet gebruiksvriendelijk. De grote blokken maken het onoverzichtelijk en de zoekfunctie werkt niet goed. Ze gebruiken Connect voor het terugzoeken van praktische informatie, en hebben daarom geen interesse om interviews te lezen op dit kanaal. Een aantal artsen zou graag een subpagina op Connect zien waarin de tumorwerkgroepen zichzelf voor kunnen stellen en onderling informatie kunnen delen.

De hoofdvraag in dit onderzoek is: *Hoe kan de communicatieafdeling van de divisie UMC Utrecht Cancer Center interne communicatiekanalen inzetten om daarmee tegemoet te komen aan uiteenlopende wensen van medewerkers rond informatie-uitwisseling?* Ik kan concluderen dat de medewerkers verschillende wensen hebben als het gaat om informatie-uitwisseling via de interne communicatiekanalen. De medewerkers gaven aan dat ze overspoeld worden door e-mail. Hierdoor lezen ze niet alle berichten even aandachtig door. Daarnaast gaven ze aan wel goed op de hoogte gehouden te worden door hun leidinggevende. De formele overlegstructuren ondersteunen de informatie-uitwisseling dus goed. De communicatieafdeling kan deze inzichten gebruiken door niet e-mail, maar de formele overlegstructuren te gebruiken om (nieuwe) informatie te verspreiden onder de medewerkers.

De communicatieafdeling zet nu al de nieuwsbrief en het intranet (Connect) in om de verspreiding van informatie te ondersteunen. De medewerkers bleken verschillende wensen te hebben als het ging om de inhoud van de nieuwsbrief. Sommigen lezen het liefste de beleidsmatige informatie, terwijl anderen liever de interviews met patiënten en collega's lezen. Ook bleek het dat de medewerkers het liefste de informatie lezen die hun eigen werkzaamheden of afdeling aangaat. De communicatieafdeling kan dan ook het beste de berichten in de nieuwsbrief divers houden, om daarmee tegemoet te komen aan de uiteenlopende wensen van de medewerkers. Daarnaast kan de nieuwsbrief ook bijdragen aan het bevorderen van het gevoel van eenheid onder de medewerkers van de divisie.

Connect werd vooral gebruikt om informatie te verkrijgen, maar de medewerkers bleken niet tevreden te zijn over deze functionaliteit. De communicatieafdeling kan dan ook tegemoet komen aan de wensen van de medewerkers door de informatieverschaffing op Connect te verbeteren. De medewerkers zoeken vooral naar taakinformatie (informatie over hun eigen werkzaamheden) en sociale informatie (informatie over personeelszaken). De communicatieafdeling kan de landingspagina van het UMC Utrecht Cancer Center zelf invullen, en kan dan ook deze twee soorten informatie centraal stellen op de landingspagina.

## 8. Advies

Nu de bevindingen en conclusie besproken zijn, kan ik een gegrond advies geven aan de communicatieafdeling van het UMC Utrecht Cancer Center. In dit hoofdstuk presenteer ik een driedelig advies. Het advies is gebaseerd op de resultaten en analyses, waardoor het goed aansluit bij het gebruik en de wensen van de medewerkers als het gaat om de interne communicatiekanalen. Ook hier ligt de nadruk weer op de nieuwsbrief en Connect. Daarnaast geef ik in paragraaf 8.3 een advies om de betrokkenheid van de verpleegkundigen en laboranten te vergroten.

### 8.1 Nieuwsbrief

De medewerkers bleken tevreden te zijn met de nieuwsbrief. De meeste medewerkers gaven in de survey aan om de nieuwsbrief soms, vaak of altijd te lezen. Uit de interviews bleek dat vooral de diversiteit in berichten aanspreekt. Het is daarom belangrijk om de nieuwsbrief divers te houden. Hierbij gaat het niet alleen om afwisseling tussen beleidsinformatie, beheerinformatie, sociale informatie en *social maintenance*, maar ook om diversiteit in onderwerpen en afdelingen. De medewerkers vonden het namelijk vooral interessant om artikelen te lezen die een directe relatie hebben met hun eigen werkzaamheden. Daarnaast is het belangrijk om de nieuwsbrief regelmatig te blijven verzenden, omdat de nieuwsbrief bij kan dragen aan de eenheid en de visie binnen het UMC Utrecht Cancer Center.

### 8.2 Connect

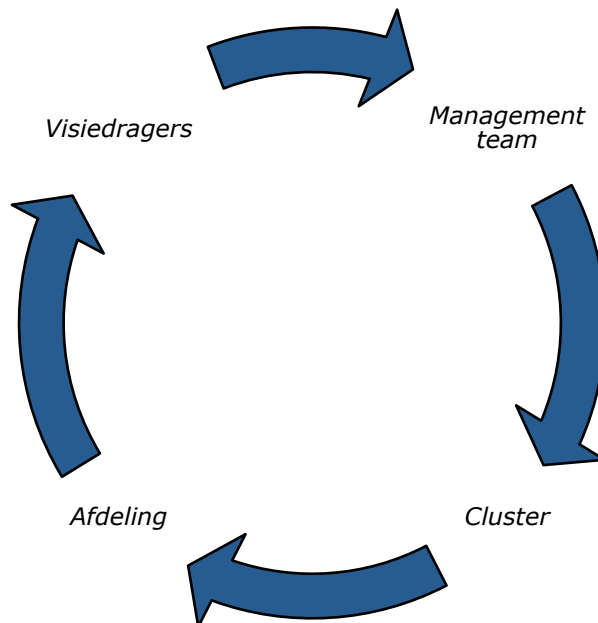
De medewerkers leken niet erg tevreden te zijn met Connect. Ze vinden het intranet niet gebruiksvriendelijk door de vormgeving en de slechte zoekfunctie. Deze functies zijn echter niet in het beheer van de communicatieafdeling van het UMC Utrecht Cancer Center. De communicatieafdeling bepaalt alleen de inhoud van de landingspagina van de divisie, zoals geanalyseerd in de documentanalyse. Uit de survey en de interviews bleek dat de medewerkers Connect vooral gebruiken om praktische informatie op te zoeken over hun werkzaamheden en personeelsaangelegenheden, oftewel taakinformatie en sociale informatie. Uit de documentanalyse bleek echter dat de Connectpagina van het UMC Utrecht Cancer Center vooral veel *social maintenance* en sociale informatie bevatte, en geen taakinformatie. Ik adviseer dan ook om deze pagina anders in te gaan richten. Als eerste is het belangrijk om de interviews, die verantwoordelijk zijn voor het grote aandeel van *social maintenance*, minder prominent zichtbaar te maken op Connect. In plaats van een volledige subpagina met 33 interviews, kan deze informatie ook dieper geplaatst worden, zodat het bijvoorbeeld via een button bereikbaar is. Hierdoor kunnen eventuele geïnteresseerden de interviews wel nalezen, maar neemt deze informatie niet onnodig veel ruimte in. Daarnaast kunnen er nieuwe subpagina's aangemaakt worden voor de tumorwerkgroepen. Dit was één van de wensen waar de artsen mee kwamen. Zij willen op deze pagina's graag informatie en mededelingen over tumorwerkgroepen zien. Ook kan er contactinformatie toegevoegd worden, zodat andere geïnteresseerden in contact kunnen komen met de tumorwerkgroep. Hierdoor worden taakinformatie en sociale informatie op deze pagina's gecombineerd.

### 8.3 Betrokkenheid verpleegkundigen en laboranten

Bij het onderzoeken van de informatiebehoefte van de professionals werd duidelijk dat verpleegkundigen en laboranten een weinig informatie nodig hadden op het niveau van de divisie, omdat zij zich niet erg betrokken voelen op dit niveau. In de analyse is dit gekoppeld aan de visie Blijham & Müter (2010) die aangeven dat het belangrijk is dat professionals zelf de samenhang in de divisie zien (zie paragraaf 6.4). Om die reden doe ik hier aanbevelingen voor het

bevorderen van de betrokkenheid van verpleegkundigen en laboranten bij het UMC Utrecht Cancer Center.

De visie van het UMC Utrecht Cancer Center wordt geformuleerd door het managementteam. Dit wordt vervolgens door middel van de diverse verticale overleggen besproken in het afdelingsoverleg. De verpleegkundigen en laboranten die deelnemen aan het afdelingsoverleg staan dus ver van het managementteam af. Als zij hun ideeën over de divisie willen delen, gaat dit nu via de dezelfde verticale structuur (het *linking-pin* principe) richting het managementteam. Dit betekent dat er meerdere personen en meerdere lagen met leidinggevenden tussen de medewerker en het managementteam staan. Hierdoor kunnen de medewerkers afgeschrikt worden of het gevoel krijgen dat hun inbreng niet serieus genomen zal worden. Ik wil daarom een circulair model voorstellen, waarin enthousiaste verpleegkundigen en laboranten de mogelijkheid krijgen om met het managementteam in gesprek te gaan en samen betekenis te geven aan de visie van het UMC Utrecht Cancer Center en de manier waarop de visie tot uiting komt in de dagelijkse werkzaamheden. Deze verpleegkundigen en laboranten noem ik 'visiedragers'. Het visiedragersmodel is weergegeven in figuur 19.



**Figuur 19 – Het visiedragersmodel voor het vergroten van de betrokkenheid van verpleegkundigen en laboranten bij het UMC Utrecht Cancer Center**

De visiedragers en het management kunnen op een regelmatige basis met elkaar afspreken, bijvoorbeeld één of twee keer per kwartaal. Zoals duidelijk wordt uit het model stroomt de informatie vanuit het managementteam nog steeds via de bestaande overleggen met de clusterhoofden en afdelingshoofden naar de medewerkers. Hierdoor blijven alle verpleegkundigen en laboranten op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen. Bij het contact tussen de visiedragers en het managementteam is het vooral van belang dat de visiedragers hun blik op het UMC Utrecht Cancer Center met het managementteam kunnen delen, waardoor de pijl tussen deze twee partijen ook één richtingsverkeer is. Hierdoor verandert er dus niets aan de *top-down* structuur, maar alleen aan de *bottom-up* structuur.

## 9. Discussie

Ter afsluiting van dit onderzoek reflecteer ik op het proces en de resultaten. In paragraaf 9.1 zal ik ingaan op het onderzoeksproces en mijn rol als onderzoeker. In paragraaf 9.2 geef ik suggesties voor vervolgonderzoek op basis van de bevindingen uit dit onderzoek.

### 9.1 Reflectie op het onderzoeksproces

Over het geheel genomen is het onderzoeksproces goed verlopen. De medewerking en toegang tot de documenten van het UMC Utrecht was goed geregeld, waardoor het onderzoeken van de organisatorische context voorspoedig liep. Bij het empirisch onderzoek was het lastiger om respondenten te vinden. Veel van de potentiële respondenten reageerden niet of laat op het verzoek om mee te werken aan de survey of de interviews. Dit komt waarschijnlijk omdat de professionals erg druk waren met hun zorgtaken, en omdat zowel de survey als de verzoeken om mee te werken aan een interview verstuurd zijn via e-mail. Uit het onderzoek bleek dat de respondenten een grote hoeveelheid e-mails krijgen en niet genoeg tijd hebben om deze grondig door te lezen. Waarschijnlijk zijn mijn mails daarom niet door iedereen gelezen en had een andere methode van benaderen wellicht tot meer respons kunnen leiden.

In paragraaf 3.2.1 rapporteerde ik het zoekproces van de literatuur. Tijdens het zoeken van de literatuur heb ik de zoekwoorden en de gevonden artikelen genoteerd. Toen het zoekproces al bijna ten einde was, ontving ik een document gebaseerd op Ridley (2008, p.43) om het zoekproces beter te administreren. In dit document worden niet alleen de zoekwoorden en zoekresultaten genoteerd, maar ook de datum, de verschillende zoekmachines en de relevante boeken en tijdschriften. Andere onderzoekers zou ik dan ook aanraden om in de toekomst de methode van Ridley (2008) te gebruiken voor het rapporteren van het zoekproces.

### 9.2 Suggesties voor vervolgonderzoek

In paragraaf 5.3.5 is gebleken dat artsen uiteenlopende wensen hadden als het ging om aanvullingen op de bestaande interne communicatiekanalen. Op dit onderwerp is het punt van verzadiging dan ook niet bereikt: als er nieuwe artsen geïnterviewd zouden worden, zouden zij waarschijnlijk met andere ideeën en wensen komen. Dit onderwerp kan daarom verder uitgewerkt worden in vervolgonderzoek. Eerst moet er verzadiging optreden in de suggesties van de artsen. Dit kan het beste door middel van een kwalitatieve methode, bijvoorbeeld met interviews of een focusgroep. Vervolgens kan met een kwantitatieve methode onderzocht worden hoeveel draagvlak er is onder de artsen voor de verschillende suggesties.

Uit het onderzoek is gebleken dat de verpleegkundigen en laboranten zich niet erg verbonden voelen met de divisie. Zij bekijken hun werkzaamheden vooral op het niveau van hun eigen afdeling (zie paragraaf 5.3.2). Dit past niet bij de visie van de 'Nieuwe besturingsfilosofie en organisatiestructuur', waarbij divisies professionele samenhang moeten vertonen (zie paragraaf 4.2). In hoofdstuk 8 heb ik hier al een aanbeveling over gedaan. Verder onderzoek kan gedaan worden naar het bevorderen van de eenheid binnen het UMC Utrecht Cancer Center, waarbij de nadruk ligt op het betrekken van de verpleegkundigen en laboranten.

In dit onderzoek is gekeken naar de professionals die binnen het UMC Utrecht Cancer Center werken. Zo moesten de respondenten van de survey en de interviews minimaal de helft van hun aanstelling voor deze divisie werken. Er zijn

echter ook professionals, vooral artsen, die voor meer dan de helft van hun aanstelling voor een andere divisie werken. Ook zijn er professionals die officieel niet voor de divisie UMC Utrecht Cancer Center werken, maar voor een zogenaamde 'dedicated onco-afdeling' van een andere divisie (zie organogram UMC Utrecht Cancer Center, bijlage 2b). Deze personen werken wel nauw samen met het UMC Utrecht Cancer Center. Uit het huidige onderzoek is gebleken dat er kleine obstakels zijn in de communicatie tussen professionals die verder van elkaar wegstonden, bijvoorbeeld van verschillende afdelingen (zie paragraaf 5.3.1). Vervolgonderzoek kan zich daarom richten op de interne communicatie tussen professionals van verschillende divisies en verschillende afdelingen binnen het UMC Utrecht.

Als laatste kan het huidige onderzoek ook uitgebreid worden naar andere organisaties. In paragraaf 3.3.3 is gebleken dat er weinig onderzoek te vinden was over informatiebehoefte van medewerkers in professionele organisaties. In dit onderzoek is al ondervonden dat de professionals in een ziekenhuis een grote informatiebehoefte hebben voor de uitvoering van hun dagelijkse werkzaamheden (zie paragraaf 5.3.2). Dit kan echter verder bekeken worden in een vergelijkend onderzoek met andere professionele organisaties, zoals advocatenkantoren, scholen en universiteiten.

# Bibliografie

## Literatuur

- Blijham, G. & Müter, E. (2010). *Samenspel en samenklank: De besturingsfilosofie en organisatiestructuur van het UMC Utrecht*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Boeije, H. (2012). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma.
- Bolman, L.G. & Deal, T.E. (2008). *Reframing Organizations: Artistry, Choice, and Leadership*. New York: John Wiley & Sons.
- Bowen, G.A. (2006). Grounded theory and sensitizing concepts. *International journal of qualitative methods*, 5(3), 12-23.
- Buijn, J.A. de, & Noordegraaf, M. (2010). Professionals versus managers? De onvermijdelijkheid van nieuwe professionele praktijken. *Bestuurskunde*, 3, 6-20.
- Choo, C.W., Furness, C., Paquette, S., Berg, H. van den, Detlor, B., Bergeron, P. & Heaton, L. (2006). Working with information: information management and culture in a professional services organization. *Journal of Information Science*, 32(6), 491-510.
- Cleary, M., Horsfall, J. & Hayter, M. (2014). Data collection and sampling in qualitative research: does size matter? *Journal of advanced nursing*, 70(3), 473-475.
- Clegg, S.R., Kornberger, M. & Pitsis, T. (2011). Managing Knowledge and Learning: Communities, Collaboration, Boundaries. In: Clegg, S.R., Kornberger, M. & Pitsis, T. (Eds.), *Managing and Organizations: An Introduction to Theory and Practice* (pp. 333-360). London: Sage.
- Daft, R.L. & Lengel, R.H. (1986). Organizational information requirements, media richness and structural design. *Management science*, 32(5), 554-571.
- Daft, R.L., Lengel, R.H. & Trevino, L.K. (1987). Message equivocality, media selection, and manager performance: Implications for information systems. *MIS quarterly*, 355-366.
- Dennis, A.R. & Kinney, S.T. (1998). Testing media richness theory in the new media: The effects of cues, feedback, and task equivocality. *Information systems research*, 9(3), 256-274.
- El-Shinnawy, M. & Markus, M.L. (1997). The poverty of media richness theory: explaining people's choice of electronic mail vs. voice mail. *International Journal of Human-Computer Studies*, 46(4), 443-467.
- Fulk, J. (1993). Social construction of communication technology. *Academy of Management journal*, 36(5), 921-950.
- Haverland, M. & Yanow, D. (2012). A hitchhiker's guide to the public administration research universe: Surviving conversations on methodologies and methods. *Public Administration Review*, 72(3), 401-408.
- Hoeken, J.A.L., Hornikx, J.M.A., & Hustinx, L.G.M.M. (2012). *Overtuigende teksten. Onderzoek en ontwerp*. Bussum: Coutinho.
- Johnson, R.B., Onwuegbuzie, A.J. & Turner, L.A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of mixed methods research*, 1(2), 112-133.
- Kahai, S.S., & Cooper, R.B. (2003). Exploring the core concepts of media richness theory: The impact of cue multiplicity and feedback immediacy on decision quality. *Journal of Management Information Systems*, 20(1), 263-299.
- Klijn, A. (2010). *Verlangen naar verbetering: 375 jaar academische geneeskunde in Utrecht*. Amsterdam: Boom.
- Law, K.K. (2013). Managing Knowledge Transfer – A Communication-appropriation Perspective. *Asia-Pacific Journal of Management Research and Innovation*, 9(4), 359-367.
- Michels, W.J. (2012). *Communicatieplanner*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Mintzberg, H. (1992). *Organisatiestructuren* [Structure in fives: designing effective organizations] (Utrechtse Vertaal Associatie, Vert.). Schoonhoven: Academic Service.
- Morse, J.M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K. & Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International journal of qualitative methods*, 1(2), 13-22.
- O'Leary, Z. (2014). *The essential guide to doing your research project*. London: Sage.
- Reijnders, E. (2002). *Interne communicatie: aanpak en achtergronden*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Reijnders, E., Hogendoorn, M., Koning, A., Laat, C. de & Silfhout, L. van (2015). *Basisboek interne communicatie*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.



Ridley, D. (2008). *The literature review: A step-by-step guide for students*. London: Sage.

Trappenburg, M.J. (2011). Professionals en managers. In: Noordegraaf, M., Geuijen, C.H.M. & Meijer, A.J. (Eds.), *Handboek publiek management* (pp.165-190). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

## Digitale bronnen

Hogendoorn, M. (2015). Voorbeeld communicatie-audit. In: Reijnders, E., Hogendoorn, M., Koning, A., Laat, C. de & Silfhout, L. van (2015). *Basisboek interne communicatie* (p.90). Geraadpleegd via <http://www.internecommunicatie.vangorcum.nl/www/internecommunicatie/> (15 maart 2016).

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) (2016). *Inspectie stelt Universitair Medisch Centrum Utrecht onder verscherpt toezicht*. Geraadpleegd via <http://www.igz.nl/actueel/nieuws/inspectie-stelt-universitair-medisch-centrum.aspx> (24 april 2016).

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (2014a). *Algemene en academische ziekenhuizen*. Geraadpleegd via <http://www.zorgatlas.nl/zorg/ziekenhuizenzorg/algemene-en-academische-ziekenhuizen/> (15 mei 2016).

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (2014b). *Ziekenhuizen september 2014: academische en algemene ziekenhuizen inclusief buitenpoliklinieken*. Geraadpleegd via [http://www.zorgatlas.nl/object\\_binary/o20687\\_ziekenhuizen\\_2014.pdf](http://www.zorgatlas.nl/object_binary/o20687_ziekenhuizen_2014.pdf) (15 mei 2016).

Rudolfsson, L. (2015). *Organisationers arketyper*. Geraadpleegd via <http://www.makeprogress.se/organisationers-arketyper/> (4 april 2016).

Stichting Kanker.nl (2014). *Diagnose kanker, wat nu?*. Geraadpleegd via <https://www.kanker.nl/bibliotheek/omgaan-met-kanker/omgaan-met/5370-diagnose-kanker-wat-nu> (25 april 2016).

UMC Utrecht (2015a). *Jaardocument UMC Utrecht 2014*. Geraadpleegd via <http://www.umcutrecht.nl/getmedia/cfa8fefb-8fdf-4011-afd7-70737bb1a697/Jaarverslag-2014.pdf.aspx> (15 maart 2016).

UMC Utrecht (2015b). *Organogram UMC Utrecht*. Geraadpleegd via <https://www.umcutrecht.nl/getmedia/e88360fe-f61a-46f0-8ffc-6c075377fed4/Organogram-UMC-Utrecht.pdf.aspx> (15 maart 2016).

UMC Utrecht (n.d.a). *Cancer Center*. Geraadpleegd via <http://www.umcutrecht.nl/nl/Ziekenhuis/Afdelingen/Cancer-Center> (25 april 2016).

UMC Utrecht (n.d.b). *Over kanker*. Geraadpleegd via <http://www.umcutrecht.nl/nl/Ziekenhuis/Afdelingen/Cancer-Center/Over-kanker> (25 april 2016).

UMC Utrecht (n.d.c). *Palliatieve zorg*. Geraadpleegd via <http://www.umcutrecht.nl/nl/Ziekenhuis/Afdelingen/Cancer-Center/Palliatieve-zorg> (25 april 2016).

Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) (n.d.). *Topreferente zorg*. Geraadpleegd via [https://www.umcg.nl/NL/Zorg/Volwassenen/Algemeen/PatientInEenUniversitairMedischCentrum/topreferente\\_zorg/Paginas/default.aspx](https://www.umcg.nl/NL/Zorg/Volwassenen/Algemeen/PatientInEenUniversitairMedischCentrum/topreferente_zorg/Paginas/default.aspx) (15 mei 2016).

Zorgvisie (2015). *Fusie oncologie UMC Utrecht en AvL loopt spaak*. Gepubliceerd 20 januari 2015, geraadpleegd via <http://www.zorgvisie.nl/Huisvesting/Nieuws/2015/1/Fusie-UMC-Utrecht-en-AvL-loopt-spaak-1687947W/> (25 april 2016).

## Grijze literatuur

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) & Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (OCW) (1998). *Positionering academische ziekenhuizen*. Tweede Kamer 1998-1999, 26 275, nr.1.

## Afstudeeronderzoeken

Antonides, E.M. (2014). *Take care! Een onderzoek naar de betekenisgeving van middenmanagers aan de joint venture van het UMC Utrecht en het Antoni van Leeuwenhoek met betrekking tot de oncologische zorg* (Masterscriptie). Organisaties, Verandering en Management, Bestuurs- en Organisationswetenschap, Universiteit Utrecht, Utrecht. Geraadpleegd via [http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/324488?\\_ga=1.224312667.1514899362.1461323343](http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/324488?_ga=1.224312667.1514899362.1461323343) (1 maart 2016).

## Interne documenten

Antonides, E.M. (Ed.) (n.d.). UMC Utrecht Cancer Center. *Connect* (intranet). Intern geraadpleegd (20 mei 2016).

Antonides, E.M., Brugge, D.I.R. van der & Vries, A. de (Eds.) (2015). *Nieuws UMC Utrecht Cancer Center: december 2015*. Intern geraadpleegd (29 maart 2016).

Antonides, E.M., Brugge, D.I.R. van der & Vries, A. de (Eds.) (2016a). *Nieuws UMC Utrecht Cancer Center: januari 2016*. Intern geraadpleegd (21 maart 2016).

Antonides, E.M., Brugge, D.I.R. van der & Vries, A. de (Eds.) (2016b). *Nieuws UMC Utrecht Cancer Center: februari 2016*. Intern geraadpleegd (21 maart 2016).

Antonides, E.M., Brugge, D.I.R. van der & Vries, A. de (Eds.) (2016c). *Nieuws UMC Utrecht Cancer Center: maart 2016*. Intern geraadpleegd (21 maart 2016).

UMC Utrecht (2016). Algemene introductie Raad van Bestuur. *Centraal Introductie Programma*. Intern geraadpleegd (15 mei 2016).

UMC Utrecht Cancer Center (2016a). *Notitie besturingsfilosofie UMC Utrecht Cancer Center*. Intern geraadpleegd (29 maart 2016).

UMC Utrecht Cancer Center (2016b). *Organogram leidinggevende structuur UMC Utrecht Cancer Center*. Intern geraadpleegd (15 mei 2016).

Vasilic, T. (2016). *Overlegstructuur UMC Utrecht Cancer Center: MT overleg 10 februari 2016*. Intern geraadpleegd (22 maart 2016).

Wall, E. Van der (2015). *Zorgconcept UMC Utrecht Cancer Center*. Tijdelijke versie, juni 2015. Intern geraadpleegd (25 februari 2016).

## Persoonlijke communicatie

Anouk de Vries, communicatieadviseur, UMC Utrecht Cancer Center, 25 februari 2016, 24 maart 2016.

Dick Knol, Junior Business Analyst, UMC Utrecht Cancer Center, 24 maart 2016.

Marjolein Antonides, communicatiemedewerker, UMC Utrecht Cancer Center, 18 mei 2016.



## Bijlage 1 – Documentenlijst

In deze documentenlijst staan de documenten die door het UMC Utrecht gepubliceerd zijn en die ik gebruikt heb voor de documentanalyse in hoofdstuk 4. De documenten zijn ook APA-genoteerd in de literatuurlijst. Publicaties over het UMC Utrecht die gebruikt zijn voor het schetsen van de context staan alleen vermeld in de literatuurlijst.

1. **Jaardocument UMC Utrecht 2014.** Document, online geraadpleegd via <http://www.umcutrecht.nl/getmedia/cfa8fefb-8fdf-4011-afd7-70737bb1a697/Jaarverslag-2014.pdf.aspx>
2. **Organogram UMC Utrecht.** Document, online geraadpleegd via <https://www.umcutrecht.nl/getmedia/e88360fe-f61a-46f0-8ffc-6c075377fed4/Organogram-UMC-Utrecht.pdf.aspx>
3. **Algemene introductie Raad van Bestuur.** Presentatie, geraadpleegd via intranet.
4. **Organogram leidinggevende structuur UMC Utrecht Cancer Center.** Document, geraadpleegd via intranet.
5. **Overlegstructuur UMC Utrecht Cancer Center.** Presentatie, digitaal ontvangen via stagebegeleider.
6. **Besturingsfilosofie UMC Utrecht Cancer Center.** Document, digitaal ontvangen via stagebegeleider.
7. **Zorgconcept UMC Utrecht Cancer Center.** Document, geprint ontvangen via stagebegeleider.
8. **Nieuwsbrieven UMC Utrecht Cancer Center.** Vier exemplaren: december 2015, januari 2016, februari 2016 en maart 2016. Document, digitaal ontvangen via stagebegeleider.
9. **UMC Utrecht Cancer Center.** Intranet, online geraadpleegd via <https://team.mijnumc.nl/connect/cancercenter/Paginas/default.aspx> (inlog vereist).

## **Bijlage 2 – Organogrammen**

Op de volgende pagina's staan de organogrammen van:

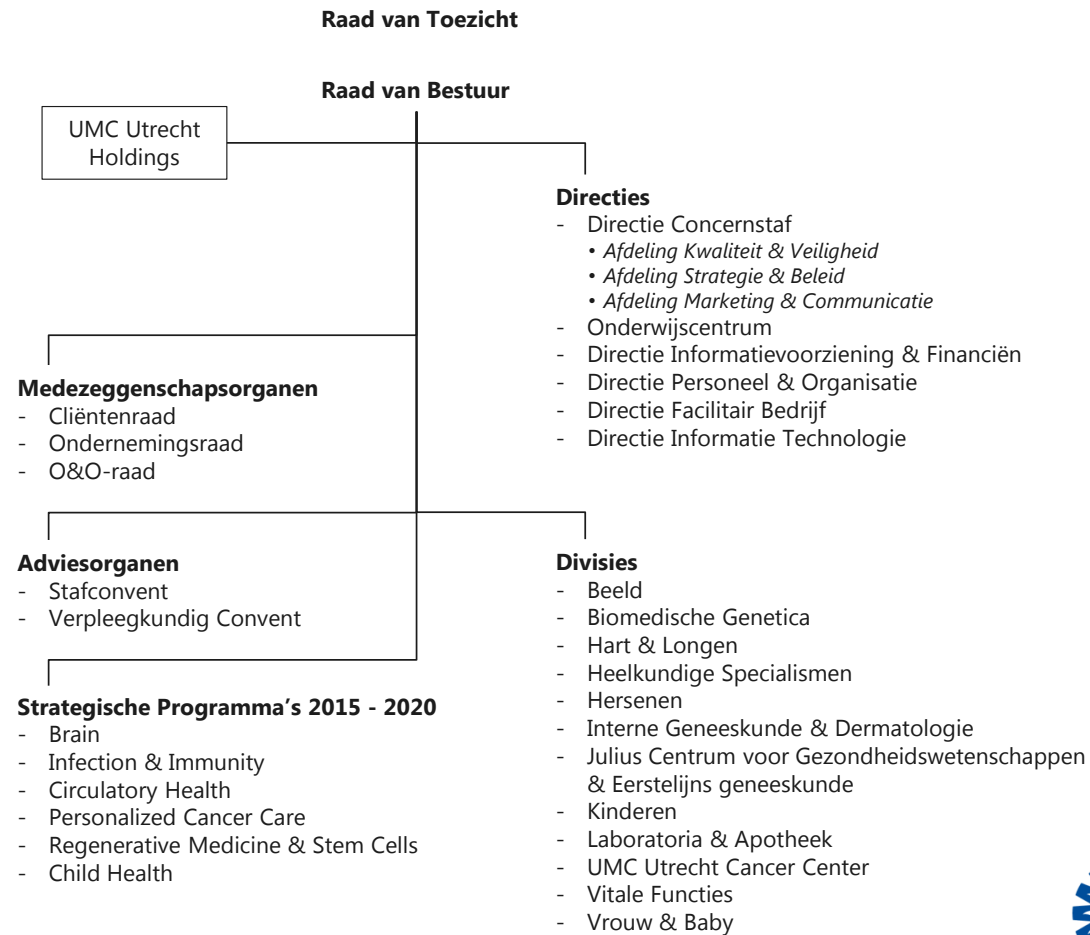
### **2a. UMC Utrecht**

Het organogram van de volledige organisatie, waarin onder andere de 12 divisies genoemd staan.

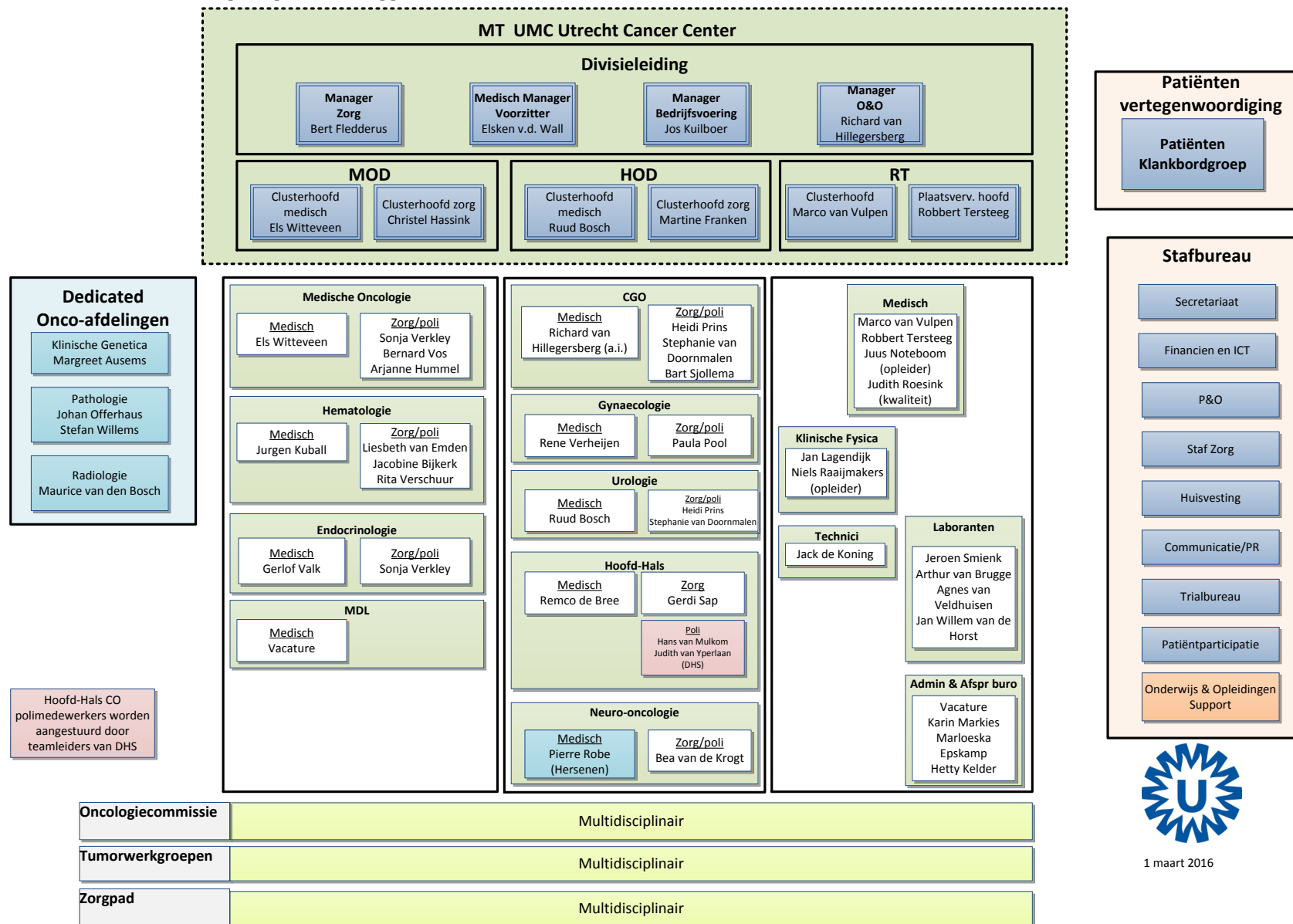
### **2b. UMC Utrecht Cancer Center**

Het organogram van de onderzochte divisie.

# Organogram UMC Utrecht



## Organogram leidinggevende structuur UMC Utrecht Cancer Center



1 maart 2016



## Bijlage 3 – Analyse documenten

### 3a. Nieuwsbrief

| <b>December 2015</b><br>(Antonides et al., 2015) | <b>Januari 2016</b><br>(Antonides et al., 2016a) | <b>Februari 2016</b><br>(Antonides et al., 2016b) | <b>Maart 2016</b><br>(Antonides et al., 2016c) |
|--|--|---|--|
| <i>Linker kolom</i>                              |  |   |  |
| Beheerinformatie                                 | Beheerinformatie                                 | Beheerinformatie                                  | Beheerinformatie                               |
| Beleidsinformatie                                | Social maintenance                               | Beleidsinformatie                                 | Beheerinformatie                               |
| Sociale informatie                               | Social maintenance                               | Taakinformatie                                    | Taakinformatie                                 |
| Social maintenance                               | Beleidsinformatie                                | Sociale informatie                                | Social maintenance                             |
| Beleidsinformatie                                | Beheerinformatie                                 | Beleidsinformatie                                 | Social maintenance                             |
| Beleidsinformatie                                | Sociale informatie                               | Beleidsinformatie                                 | Beheerinformatie                               |
| Social maintenance                               | Sociale informatie                               | Beheerinformatie                                  | Sociale informatie                             |
| Social maintenance                               | Taakinformatie                                   |   | Beleidsinformatie                              |
| Sociale informatie                               |  |   |  |
| <i>Rechter kolom</i>                             |  |   |  |
| Social maintenance                               | Social maintenance                               | Social maintenance                                | Social maintenance                             |
| Sociale informatie                               | Sociale informatie                               | Sociale informatie                                | Sociale informatie                             |

| <b>Soort informatie</b> | <b>Aantal</b> |
|-------------------------|---------------|
| Taakinformatie          | 3             |
| Beleidsinformatie       | 8             |
| Beheerinformatie        | 8             |
| Sociale informatie      | 10            |
| Social maintenance      | 11            |

### 3b. Connect

| Pagina  | Sectie                | Soort informatie   |
|---|-----------------------|--------------------|
| <b>Landingspagina UMC Utrecht Cancer Center</b> | Over ons              | Beleidsinformatie  |
|   | Organogram            | Beleidsinformatie  |
|   | Nieuws                | Beheerinformatie   |
|   | Uitgelicht            | Sociale informatie |
|   | Agenda                | Sociale informatie |
| <b>Nieuwsoverzicht</b>                          | Nieuwsbericht 1       | Beheerinformatie   |
|   | Nieuwsbericht 2       | Beleidsinformatie  |
|   | Nieuwsbericht 3       | Sociale informatie |
|   | Nieuwsbericht 4       | Social maintenance |
|   | Nieuwsbericht 5       | Beheerinformatie   |
|   | Nieuwsbericht 6       | Beleidsinformatie  |
|   | Nieuwsbericht 7       | Sociale informatie |
|   | Nieuwsbericht 8       | Social maintenance |
|   | Nieuwsbericht 9       | Sociale informatie |
|   | Nieuwsbericht 10      | Beleidsinformatie  |
| <b>Interviews</b>                               | <i>33 subpagina's</i> | Social maintenance |
| <b>Stafafdelingen</b>                           | <i>10 subpagina's</i> | Sociale informatie |
| <b>Onderwijs</b>                                | <i>4 subpagina's</i>  | Sociale informatie |
| <b>Volg hier de bouw van het Cancer Center</b>  | <i>7 subpagina's</i>  | Beheerinformatie   |
| <b>Agendaoverzicht</b>                          |                       | Sociale informatie |

| Soort informatie   | Aantal | Aantal incl. subpagina's |
|--------------------|--------|--------------------------|
| Taakinformatie     | 0      | 0                        |
| Beleidsinformatie  | 5      | 5                        |
| Beheerinformatie   | 4      | 11                       |
| Sociale informatie | 7      | 21                       |
| Social maintenance | 3      | 36                       |

## Bijlage 4 – Survey

### 4a. Introductietekst

Geachte heer, mevrouw,

Fijn dat u mee wilt werken aan deze enquête.

Voor mijn afstudeeronderzoek van de opleiding Communicatie, Beleid en Management aan de Universiteit Utrecht doe ik onderzoek naar de interne communicatie van de divisie UMC Utrecht Cancer Center. Als onderdeel van dit onderzoek neem ik een enquête af onder artsen, verpleegkundigen en laboranten binnen de divisie.

De enquête bestaat uit een aantal vragen over uw wensen en tevredenheid met de communicatiemiddelen van het UMC Utrecht Cancer Center. Het invullen van de enquête kost ongeveer 5 minuten.

De enquête is anoniem. Niet volledig ingevulde enquêtes zullen niet meegenomen worden in het onderzoek.

Bij vragen of opmerkingen kunt u mailen naar [I.J.Hoeve-2@umcutrecht.nl](mailto:I.J.Hoeve-2@umcutrecht.nl).

Alvast bedankt voor uw medewerking.

---

U kunt meedoen aan dit onderzoek als u voldoet aan de volgende kenmerken:

- U bent werkzaam bij het UMC Utrecht Cancer Center als arts, verpleegkundige of laborant/MBB'er.
- Indien u voor verschillende divisies/afdelingen binnen het UMC Utrecht werkt, moet u minimaal 50% van uw aanstelling voor de divisie UMC Utrecht Cancer Center werken.
- U hoeft niet per se een voltijd aanstelling te hebben.

Indien u niet aan de beschrijving voldoet, wil ik u hartelijk danken voor uw interesse. U kunt de enquête nu sluiten.

Indien u wel voldoet aan de beschrijving, selecteert u 'ik voldoe aan de kenmerken' en kunt u de enquête vervolgen.

☐ Ik voldoe aan de kenmerken

## 4b. Inhoudelijke vragen

Hieronder staan verschillende onderwerpen. Stel, u bent op zoek naar informatie over deze onderwerpen, welk communicatiekanaal zou u hier dan voor kiezen? Via het dropdownmenu kunt u een keuze maken.

|   |                      |
|---|----------------------|
| Uw eigen werkzaamheden                              | <input type="text"/> |
| Kwaliteit en patiëntveiligheid                      | <input type="text"/> |
| Patiënttevredenheid                                 | <input type="text"/> |
| Intern nieuws over het Cancer Center                | <input type="text"/> |
| Financiële resultaten van het Cancer Center         | <input type="text"/> |
| Nieuw (wetenschappelijk) onderzoek in uw vakgebied  | <input type="text"/> |
| Actuele (nationale) beleidsonderwerpen              | <input type="text"/> |
| Visie van het management team van het Cancer Center | <input type="text"/> |
| Personeelswisselingen en vacatures                  | <input type="text"/> |
| Opleidingsmogelijkheden                             | <input type="text"/> |
| Personeelsaangelegenheden                           | <input type="text"/> |

*Opties in dropdownmenu:*

- *Gesprek met collega*
- *Gesprek met leidinggevende*
- *Email naar collega*
- *Email naar leidinggevende*
- *Connect (mijnumc.nl)*
- *Nieuwsbrief Cancer Center*
- *Nieuwsbrief van de eigen afdeling*
- *Werkoverleg*
- *Werkconferentie*
- *Zorgconcept*
- *Anders*
- *N.v.t.*

Hoe tevreden bent u met de mogelijkheden die de volgende kanalen u bieden **om informatie te verkrijgen** over het Cancer Center?

|   | Heel erg<br>ontevreden | Ontevreden            | Ietwat<br>ontevreden  | Ietwat<br>tevreden    | Ietwat<br>tevreden    | Tevreden              | Heel erg<br>tevreden  |
|---|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Email                                   | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Connect (mijnumc.nl)                    | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nieuwsbrief Cancer Center               | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Werkoverleg/afdelingsoverleg            | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Werkconferentie                         | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gesprekken met collega's                | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gesprekken met direct<br>leidinggevende | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Hoe tevreden bent u met de mogelijkheden die de volgende kanalen u bieden **om informatie te delen** met uw collega's binnen het Cancer Center?

|   | Heel erg<br>ontevreden | Ontevreden            | Ietwat<br>ontevreden  | Ietwat<br>tevreden    | Ietwat<br>tevreden    | Tevreden              | Heel erg<br>tevreden  |
|---|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Email                                   | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Connect (mijnumc.nl)                    | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nieuwsbrief Cancer Center               | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Werkoverleg/afdelingsoverleg            | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Werkconferentie                         | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gesprekken met collega's                | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gesprekken met direct<br>leidinggevende | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Hoe vaak leest u **de nieuwsbrief** van het Cancer Center?

- ☐ Altijd
- ☐ Vaak
- ☐ Soms
- ☐ Nooit

Hoe vaak leest u de informatie over het Cancer Center **op Connect** (mijnumc.nl)?

- ☐ Altijd
- ☐ Vaak
- ☐ Soms
- ☐ Nooit

Welk rapportcijfer zou u geven voor de beschikbaarheid van informatie binnen het UMC Utrecht Cancer Center?

Kies een getal tussen de 1 en 10. U mag één decimaal gebruiken.

#### **4c. Demografische kenmerken**

Tot slot volgen er nog enkele vragen over uw achtergrond.

Tot welke beroepsgroep behoort u?

- ☐ Arts
- ☐ Verpleegkundige
- ☐ Laborant

Welke functie omschrijft uw werkzaamheden het beste?

- ☐ Medewerker
- ☐ Leidinggevende

Hoe lang bent u al werkzaam in het UMC Utrecht (inclusief werkzaamheden voor andere divisies)?

- ☐ Minder dan 1 jaar
- ☐ 1-2 jaar
- ☐ 2-5 jaar
- ☐ 5-10 jaar
- ☐ Meer dan 10 jaar

Wat is uw geslacht?

- ☐ Vrouw
- ☐ Man



## Bijlage 5 – Tabellen survey

**Tabel 2 - Aantallen in de keuze van communicatiekanalen bij het verkrijgen van verschillende soorten informatie**

| Soort informatie                                   | Communicatiekanaal |     |   |    |     |     |    |    |    |    |     |    |
|--|--------------------|-----|---|----|-----|-----|----|----|----|----|-----|----|
|  | 1                  | 2   | 3 | 4  | 5   | 6   | 7  | 8  | 9  | 10 | 11  | 12 |
| Uw eigen werkzaamheden                             | 44                 | 20  | 3 | 3  | 14  | 0   | 1  | 0  | 0  | 0  | 2   | 0  |
| Patiënttevredenheid                                | 11                 | 11  | 1 | 6  | 19  | 10  | 6  | 7  | 0  | 0  | 15  | 1  |
| Intern nieuws over het Cancer Center               | 0                  | 3   | 0 | 2  | 9   | 66  | 3  | 1  | 1  | 0  | 2   | 0  |
| Financiële resultaten van het Cancer Center        | 0                  | 5   | 1 | 6  | 11  | 25  | 0  | 6  | 3  | 0  | 9   | 21 |
| Kwaliteit en patiëntveiligheid                     | 11                 | 9   | 0 | 2  | 46  | 2   | 1  | 9  | 0  | 2  | 5   | 0  |
| Nieuw (wetenschappelijk) onderzoek in uw vakgebied | 6                  | 0   | 0 | 2  | 7   | 8   | 10 | 4  | 5  | 0  | 44  | 1  |
| Actuele (nationale) beleidsonderwerpen             | 3                  | 4   | 0 | 2  | 18  | 6   | 2  | 8  | 4  | 2  | 28  | 10 |
| Visie van het managementteam van het Cancer Center | 2                  | 8   | 0 | 2  | 22  | 23  | 0  | 3  | 4  | 11 | 5   | 7  |
| Personeelwisselingen en vacatures                  | 6                  | 12  | 1 | 6  | 30  | 5   | 7  | 10 | 0  | 1  | 7   | 2  |
| Opleidingsmogelijkheden                            | 2                  | 48  | 0 | 7  | 22  | 1   | 0  | 0  | 0  | 0  | 6   | 1  |
| Personeelsaangelegenheden                          | 8                  | 23  | 1 | 6  | 20  | 3   | 7  | 12 | 0  | 0  | 7   | 0  |
| <b>Totaal</b>                                      | 93                 | 143 | 7 | 44 | 218 | 149 | 37 | 60 | 17 | 16 | 130 | 43 |

- Legenda:**
- 1 Gesprek met collega
  - 2 Gesprek met leidinggevende
  - 3 Email naar collega
  - 4 Email naar leidinggevende
  - 5 Connect
  - 6 Nieuwsbrief Cancer Center
  - 7 Nieuwsbrief van de eigen afdeling
  - 8 Werkoverleg/afdelingsoverleg
  - 9 Werkconferentie
  - 10 Zorgconcept
  - 11 Anders
  - 12 N.v.t.

**Tabel 3 - Gemiddelden (en standaarddeviaties) van de tevredenheid met de communicatiekanalen voor het verkrijgen en het delen van informatie, gemiddeld genomen en uitgesplitst naar beroepsgroep**

| Communicatiekanaal                   | Richting informatie | Gemiddeld   | Uitgesplitst naar beroepsgroep |                 |             |
|--------------------------------------|---------------------|-------------|--------------------------------|-----------------|-------------|
|                                      |                     |             | Arts                           | Verpleegkundige | Laborant    |
| Email                                | Verkrijgen          | 4.49 (0.94) | 4.42 (1.07)                    | 4.71 (0.46)     | 4.30 (1.19) |
|                                      | Delen               | 4.67 (0.82) | 4.53 (0.96)                    | 4.86 (0.65)     | 4.55 (0.87) |
| Connect (mijnumc.nl)                 | Verkrijgen          | 4.23 (1.08) | 3.84 (1.12)                    | 4.23 (1.19)     | 4.45 (0.87) |
|                                      | Delen               | 3.66 (1.18) | 3.21 (1.23)                    | 3.91 (1.29)     | 3.64 (0.96) |
| Nieuwsbrief Cancer Center            | Verkrijgen          | 4.45 (0.82) | 4.37 (0.68)                    | 4.46 (0.89)     | 4.48 (0.83) |
|                                      | Delen               | 4.07 (1.08) | 3.74 (1.20)                    | 4.23 (0.97)     | 4.09 (1.10) |
| Werkoverleg/afdelingsoverleg         | Verkrijgen          | 4.52 (0.78) | 4.53 (0.70)                    | 4.80 (0.47)     | 4.21 (0.96) |
|                                      | Delen               | 4.71 (0.68) | 4.58 (0.69)                    | 4.91 (0.45)     | 4.58 (0.83) |
| Werkconferentie                      | Verkrijgen          | 3.92 (0.97) | 4.00 (0.88)                    | 4.11 (0.90)     | 3.67 (1.05) |
|                                      | Delen               | 3.93 (1.03) | 3.95 (1.03)                    | 4.09 (1.04)     | 3.76 (1.03) |
| Gesprekken met collega's             | Verkrijgen          | 4.77 (0.73) | 4.63 (0.90)                    | 4.94 (0.42)     | 4.67 (0.85) |
|                                      | Delen               | 4.86 (0.65) | 4.79 (0.54)                    | 4.91 (0.78)     | 4.85 (0.57) |
| Gesprekken met direct leidinggevende | Verkrijgen          | 4.79 (0.73) | 4.95 (0.62)                    | 5.00 (0.54)     | 4.48 (0.87) |
|                                      | Delen               | 4.83 (0.69) | 4.95 (0.71)                    | 5.00 (0.49)     | 4.58 (0.79) |

**Tabel 4 - Paired-samples t-toetsen op de tevredenheid met de communicatiekanalen tussen het verkrijgen en het delen van informatie**

| Communicatiekanaal                   | t     | df | p     |    |
|--------------------------------------|-------|----|-------|----|
| Email                                | -2.02 | 86 | 0.046 | *  |
| Connect (mijnumc.nl)                 | 5.26  | 86 | 0.000 | ** |
| Nieuwsbrief Cancer Center            | 4.29  | 86 | 0.000 | ** |
| Werkoverleg/afdelingsoverleg         | -2.83 | 86 | 0.006 | ** |
| Werkconferentie                      | -0.12 | 86 | 0.906 |    |
| Gesprekken met collega's             | -1.18 | 86 | 0.240 |    |
| Gesprekken met direct leidinggevende | -0.58 | 86 | 0.567 |    |

\* = significant op  $p < 0.05$

\*\* = significant op  $p < 0.01$

**Tabel 5 - ANOVA-toetsen op de tevredenheid met de communicatiekanalen tussen de drie beroepsgroepen**

| Communicatiekanaal                   | Richting informatie |       |       |       |      |       |         |
|--------------------------------------|---------------------|-------|-------|-------|------|-------|---------|
|                                      | Verkrijgen          |       |       | Delen |      |       |         |
|                                      | F                   | df    | p     |       | F    | df    | p       |
| Email                                | 1.73                | 2, 84 | 0.183 |       | 1.06 | 2, 84 | 0.204   |
| Connect (mijnumc.nl)                 | 2.00                | 2, 84 | 0.141 |       | 3.06 | 2, 84 | 0.110   |
| Nieuwsbrief Cancer Center            | 0.12                | 2, 84 | 0.884 |       | 1.50 | 2, 84 | 0.276   |
| Werkoverleg/afdelingsoverleg         | 5.38                | 2, 84 | 0.006 | **    | 1.19 | 2, 84 | 0.075   |
| Werkconferentie                      | 1.95                | 2, 84 | 0.149 |       | 0.92 | 2, 84 | 0.427   |
| Gesprekken met collega's             | 1.70                | 2, 84 | 0.190 |       | 0.10 | 2, 84 | 0.792   |
| Gesprekken met direct leidinggevende | 5.19                | 2, 84 | 0.008 | **    | 1.70 | 2, 84 | 0.025 * |

\* = significant op  $p < 0.05$

\*\* = significant op  $p < 0.01$

**Tabel 6 - Paired-samples t-toetsen voor de tevredenheid met de verschillende kanalen voor het verkrijgen van informatie**

| Communicatiekanaal                   | Email |    |          | Connect |    |          | Nieuwsbrief |    |          |
|--------------------------------------|-------|----|----------|---------|----|----------|-------------|----|----------|
|                                      | t     | df | p        | t       | df | p        | t           | df | p        |
| Email                                | -     | -  | -        | -       | -  | -        | -           | -  | -        |
| Connect (mijnumc.nl)                 | 2.10  | 86 | 0.039 *  | -       | -  | -        | -           | -  | -        |
| Nieuwsbrief Cancer Center            | 0.42  | 86 | 0.676    | -1.76   | 86 | 0.082    | -           | -  | -        |
| Werkoverleg/afdelingsoverleg         | -0.24 | 86 | 0.813    | -2.15   | 86 | 0.034 *  | -0.61       | 86 | 0.543    |
| Werkconferentie                      | 4.85  | 86 | 0.000 ** | 2.39    | 86 | 0.019 *  | 4.25        | 86 | 0.000 ** |
| Gesprekken met collega's             | -2.58 | 86 | 0.012 *  | -3.87   | 86 | 0.000 ** | -2.64       | 86 | 0.010 *  |
| Gesprekken met direct leidinggevende | -2.82 | 86 | 0.006 ** | -4.04   | 86 | 0.000 ** | -3.08       | 86 | 0.003 ** |

| Communicatiekanaal                   | Afdelingsoverleg |    |          | Werkconferentie |    |          | Gesprek collega's |    |       |
|--------------------------------------|------------------|----|----------|-----------------|----|----------|-------------------|----|-------|
|                                      | t                | df | p        | t               | df | p        | t                 | df | p     |
| Email                                | -                | -  | -        | -               | -  | -        | -                 | -  | -     |
| Connect (mijnumc.nl)                 | -                | -  | -        | -               | -  | -        | -                 | -  | -     |
| Nieuwsbrief Cancer Center            | -                | -  | -        | -               | -  | -        | -                 | -  | -     |
| Werkoverleg/afdelingsoverleg         | -                | -  | -        | -               | -  | -        | -                 | -  | -     |
| Werkconferentie                      | 5.55             | 86 | 0.000 ** | -               | -  | -        | -                 | -  | -     |
| Gesprekken met collega's             | -3.08            | 86 | 0.003 ** | -7.25           | 86 | 0.000 ** | -                 | -  | -     |
| Gesprekken met direct leidinggevende | -3.80            | 86 | 0.000 ** | -8.36           | 86 | 0.000 ** | -0.30             | 86 | 0.765 |

\* = significant op  $p < 0.05$

\*\* = significant op  $p < 0.01$

**Tabel 7 - Paired-samples t-toetsen voor de tevredenheid met de verschillende kanalen voor het delen van informatie**

| Communicatiekanaal                   | Email |    |       |    | Connect |    |       |    | Nieuwsbrief |    |       |    |
|--------------------------------------|-------|----|-------|----|---------|----|-------|----|-------------|----|-------|----|
|                                      | t     | df | p     |    | t       | df | p     |    | t           | df | p     |    |
| Email                                | -     | -  | -     |    | -       | -  | -     |    | -           | -  | -     |    |
| Connect (mijnumc.nl)                 | 7.65  | 86 | 0.000 | ** | -       | -  | -     |    | -           | -  | -     |    |
| Nieuwsbrief Cancer Center            | 4.70  | 86 | 0.000 | ** | -3.88   | 86 | 0.000 | ** | -           | -  | -     |    |
| Werkoverleg/afdelingsoverleg         | -0.58 | 86 | 0.567 |    | -7.88   | 86 | 0.000 | ** | -5.04       | 86 | 0.000 | ** |
| Werkconferentie                      | 5.94  | 86 | 0.000 | ** | -1.83   | 86 | 0.070 |    | 1.05        | 86 | 0.295 |    |
| Gesprekken met collega's             | -2.35 | 86 | 0.021 | *  | -8.63   | 86 | 0.000 | ** | -5.79       | 86 | 0.000 | ** |
| Gesprekken met direct leidinggevende | -1.77 | 86 | 0.080 |    | -8.16   | 86 | 0.000 | ** | -5.40       | 86 | 0.000 | ** |

| Communicatiekanaal                   | Afdelingsoverleg |    |       |    | Werkconferentie |    |       |    | Gesprek collega's |    |       |  |
|--------------------------------------|------------------|----|-------|----|-----------------|----|-------|----|-------------------|----|-------|--|
|                                      | t                | df | p     |    | t               | df | p     |    | t                 | df | p     |  |
| Email                                | -                | -  | -     |    | -               | -  | -     |    | -                 | -  | -     |  |
| Connect (mijnumc.nl)                 | -                | -  | -     |    | -               | -  | -     |    | -                 | -  | -     |  |
| Nieuwsbrief Cancer Center            | -                | -  | -     |    | -               | -  | -     |    | -                 | -  | -     |  |
| Werkoverleg/afdelingsoverleg         | -                | -  | -     |    | -               | -  | -     |    | -                 | -  | -     |  |
| Werkconferentie                      | 5.55             | 86 | 0.000 | ** | -               | -  | -     |    | -                 | -  | -     |  |
| Gesprekken met collega's             | -3.08            | 86 | 0.003 | ** | -7.62           | 86 | 0.000 | ** | -                 | -  | -     |  |
| Gesprekken met direct leidinggevende | -3.80            | 86 | 0.000 | ** | -7.68           | 86 | 0.000 | ** | 0.56              | 86 | 0.580 |  |

\* = significant op  $p < 0.05$

\*\* = significant op  $p < 0.01$

**Tabel 8 - Frequentie waarin respondenten de nieuwsbrief van het UMC Utrecht Cancer Center lezen**

| <b>Frequentie</b> | <b>Absoluut</b> | <b>Percentage</b> |
|-------------------|-----------------|-------------------|
| Altijd            | 26              | 30%               |
| Vaak              | 29              | 33%               |
| Soms              | 28              | 32%               |
| Nooit             | 4               | 5%                |

**Tabel 9 - Frequentie waarin respondenten informatie van het UMC Utrecht Cancer Center op Connect lezen**

| <b>Frequentie</b> | <b>Absoluut</b> | <b>Percentage</b> |
|-------------------|-----------------|-------------------|
| Altijd            | 0               | 0%                |
| Vaak              | 17              | 20%               |
| Soms              | 54              | 62%               |
| Nooit             | 16              | 18%               |

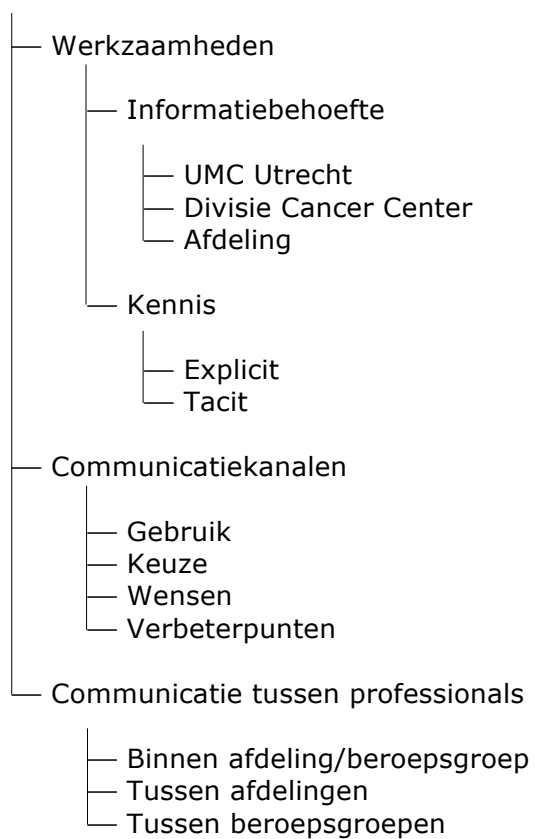
## Bijlage 6 – Respondenten interviews

| Respondent              | Datum interview | Voornaam, achternaam, titels      | Functie                                | Cluster | Afdeling                                  | Unit                        | Tijd werkzaam in UMC Utrecht |
|-------------------------|-----------------|-----------------------------------|--|---------|---|-----------------------------|------------------------------|
| <b>Artsen</b>           |                 |                                   |  |         |   |                             |                              |
| <b>A1</b>               | 03/05/2016      | <b>Richard Meijer MD PhD FEBU</b> | Oncologisch uroloog                    | HOD     | Urologie                                  | -                           | 4 jaar                       |
| <b>A2</b>               | 10/05/2016      | <b>Joost Verhoeff MD PhD</b>      | Radiotherapeut                         | RT      | Radiotherapie                             | -                           | 0,5 jaar                     |
| <b>A3</b>               | 11/05/2016      | <b>Dr. Arjen Witkamp</b>          | Oncologisch chirurg                    | HOD     | Chirurgische Gastro-intestinale Oncologie | -                           | 9,5 jaar                     |
| <b>A4</b>               | 18/05/2016      | <b>Henk Schreuder MD PhD</b>      | Oncologisch gynaecoloog                | HOD     | Gynaecologie                              | -                           | 20 jaar                      |
| <b>A5</b>               | 20/05/2016      | <b>Miriam Koopman MD PhD</b>      | Internist-oncoloog                     | MOD     | Medische Oncologie                        | -                           | 7 jaar                       |
| <b>Laboranten</b>       |                 |                                   |  |         |   |                             |                              |
| <b>L1</b>               | 04/05/2016      | <b>Annick Scheeren</b>            | Radiotherapeutisch laborant            | RT      | Radiotherapie                             | D (urologie & gynaecologie) | 3,5 jaar                     |
| <b>L2</b>               | 04/05/2016      | <b>Monique Boere</b>              | Radiotherapeutisch laborant            | RT      | Radiotherapie                             | C (mamma)                   | 23 jaar                      |
| <b>L3</b>               | 04/05/2016      | <b>Rogier Schokker</b>            | Specialistisch laborant Brachytherapie | RT      | Radiotherapie                             | D (urologie & gynaecologie) | 13 jaar                      |
| <b>Verpleegkundigen</b> |                 |                                   |  |         |   |                             |                              |
| <b>V1</b>               | 03/05/2016      | <b>Marja van Beek</b>             | Research verpleegkundige               | MOD     | Medische Oncologie                        | Research                    | 31 jaar                      |
| <b>V2</b>               | 04/05/2016      | <b>Nick van der Meij</b>          | Verpleegkundig specialist              | MOD     | Endocrinologie                            | -                           | 12,5 jaar                    |
| <b>V3</b>               | 10/05/2016      | <b>Maarten van Elst MSc</b>       | Verpleegkundig specialist              | HOD     | Urologie                                  | -                           | 23 jaar                      |



## Bijlage 7 – Codeboom

### Interne communicatie UMC Utrecht Cancer Center



## Bijlage 8 – Topiclijst

**Algemeen:** hoe communiceert u het liefste met collega's?

### Onderlinge communicatie

- Beoordeling communicatie directe collega's
- Beoordeling communicatie met anderen van divisie
  - Indien arts: specialist van andere afdeling, verpleegkundige, laborant.
  - Indien verpleegkundige/laborant: artsen en specialisten.
- Waar wringt het

### Informatiebehoefte

- Voor beroep/specialisme: veel/weinig, wat voor soort
- Om te werken in UMC Utrecht: veel/weinig, wat voor soort
- Om te werken in divisie Cancer Center: veel/weinig, wat voor soort

### Kennis

- Wat voor kennis nodig bij beroepsuitoefening
- Hoe delen met collega's
  - Makkelijk mondeling uit te leggen?
  - Makkelijk op te schrijven in werkinstructies?

### Tevredenheid interne communicatiekanalen (incl. face-to-face)

- Welke veel gebruikt
- Waarvoor
- Welke overbodig

### Nieuwsbrief

- Leesfrequentie
  - Indien weinig: waarom?
- Tevredenheid
- Inhoud
  - Aanvullend of nieuw?
  - Hard of zacht?
- Tips

### Connect (mijnumc.nl)

- Leesfrequentie
  - Indien weinig: waarom?
- Tevredenheid
- Inhoud
  - Aanvullend of nieuw?
  - Hard of zacht?
- Tips

**Afsluiting:** Zijn er nog dingen niet aan bod gekomen die u wel graag wilt noemen?

## Bijlage 9 – Lijst met afkortingen

| <b>Organisaties</b>          |   |
|------------------------------|---|
| <b>UMC</b>                   | Universitair Medisch Centrum              |
| <b>WKZ</b>                   | Wilhelmina Kinderziekenhuis               |
| <b>AVL</b>                   | Antoni van Leeuwenhoek                    |
| <b>Organisatieonderdelen</b> |   |
| <b>MFU</b>                   | Medische Faculteit Universiteit Utrecht   |
| <b>UCC</b>                   | UMC Utrecht Cancer Center                 |
| <b>Clusters</b>              |   |
| <b>MOD</b>                   | Medische Oncologische Disciplines         |
| <b>HOD</b>                   | Heelkundige Oncologische Disciplines      |
| <b>RT</b>                    | Radiotherapie                             |
| <b>Afdelingen</b>            |   |
| <b>MDL</b>                   | Maag-, Darm en Leverziekten               |
| <b>CGO</b>                   | Chirurgische Gastro-Intestinale Oncologie |