



WAGENINGEN
UNIVERSITY & RESEARCH

MSc Thesis

As part of the Master Programme:

Management, Economics and Consumer Studies

The Feasibility of Nursing Activities in the Conventional Hotel Industry

Marciano Millenaar

Wageningen University & Research

6th of December 2017



The Feasibility of Nursing Activities in the Conventional Hotel Industry

Author: Marciano Millenaar
Student Number: 910815572030
Date: 06-12-2017
Study Programme: Management, Economics and Consumer Studies
Chair Group: Management Studies
Course Code: MST-80433
Scientific Supervisor: Prof. Dr. S.W.F. Omta
Scientific Co-supervisor: Dr. G. Van der Velde

ABSTRACT

The Dutch healthcare environment has changed, people are living longer independently and healthcare professionals are facing troubles with transferring patients from hospital to further care institutions efficiently. This study deals with assessing the feasibility of implementing nursing activities into conventional hotels. A literature study and an empirical quantitative study are conducted in order to gain a better understanding of the fit between nursing activities and conventional hotels. The literature study consisted of two parts: a literature overview concerning *diversification* and a literature overview concerning *strategic fit*. In addition, the feasibility of integrating nursing activities into conventional hotels is explored by means of examining the following six elements: market attractiveness, competitive advantage, risk, corporate culture, organisational structure and management system. In order to assess the six components of strategic fit a questionnaire is conducted among three panels of relevant industry experts, whereafter the results are validated by semi-structured interviews. The three expert groups agree on a position between 'neutral' and 'more or less agree' as regards the feasibility of implementing nursing activities in conventional hotels. A strategic fit between nursing activities and conventional hotels thus has not been found unambiguously, but also has not been contradicted.

PREFACE

This master thesis is part of the master programme Management, Economics and Consumer Studies and is submitted in partial fulfilment of the requirements for the degree of Master of Science. In this master thesis I investigated the feasibility of implementing nursing activities in conventional hotels. I am very grateful to be involved in a research with such a high social relevance and I hope to have contributed to new insights for companies with an interest in implementing nursing activities.

The subject of this study originated from a practical observation I have gained. The research question emerged from the need of Van der Valk Hotel Tiel to investigate the possibilities of implementing a healthcare hotel. Since I had the strong need to investigate a current issue for a company, a cooperation between Van der Valk Hotel Tiel and me emerged. I would like to express a special thanks to the management of Van der Valk Hotel Tiel to let me into the company. Next, I would like to thank all of the participants of this study for their contribution. Without their expertise, this research could not have been accomplished.

I would like to express a special thanks to my supervisors Prof. Dr. S.W.F. Omta and Dr. G. Van der Velde for their support, critical note and contribution to the thinking process. Especially the support and the confidence of Dr. G. Van der Velde has ensured that this thesis is accomplished. Furthermore, I would like to thank T. Blokzijl for his support and advice in the initial phase of this thesis. Finally, I would like to thank P. Gerrits for the continuous discussions during the process and for keeping interest.

Marciano Millenaar

06-12-2017

TABLE OF CONTENTS

Abstract.....	3
Preface	4
1 Introduction	6
1.1 Social Relevance.....	6
1.2 Scientific Relevance	6
1.3 The Objective	7
1.4 Problem Statement.....	7
2 Previous Literature	9
Part 1: Diversification.....	9
2.1 Definition of Diversification	9
2.2 Diversification Strategy: a Typology	9
2.3 Diversification in the Hospitality Industry	11
Part 2: Strategic Fit.....	14
2.4 Definition of Strategic Fit	14
2.5 Assessment of Strategic Fit.....	14
3 Methodology	17
3.1 Research Design	17
3.2 Selection of Instruments	17
3.3 Implementation of Instrument.....	18
3.4 Selection of Sample.....	18
3.5 Methods of Analysis	19
3.6 Validity and Reliability.....	20
4 Results.....	22
4.1 Degree of Agreement	22
4.2 Similarity Between Groups	23
4.3 Internal Consistency of the Constructs.....	23
4.4 Outcome per Construct	24
4.5 Overall Outcome.....	26
5 Conclusion and discussion	27
5.1 Conclusion	27
5.2 Discussion	28
Bibliography	30
Appendix 1: Questionnaire	33
Appendix 2: Transcript Interview 1	43
Appendix 3: Transcript Interview 2	48

1 INTRODUCTION

1.1 SOCIAL RELEVANCE

This study deals with assessing the feasibility of implementing nursing activities into conventional hotels. In addition, the relevance of this study is the demand for residence and care for patients after being discharged from hospital. In recent years, namely, multiple new financing systems are implemented in the Dutch healthcare industry. Major transformations took place in response to changing views about self-reliance and participation in relation to health (Nationale Wetenschapsagenda, 2016). As a result, the Dutch Minister of Health and the Director of General Curative Care have expressed their concerns about the transfer of patients between hospital, home and brief hospitalisation (Van den Dungen, 2016). The Dutch healthcare environment has changed, people are living longer independently and healthcare professionals are facing troubles with transferring patients from hospital to further care institutions efficiently (Van den Dungen, 2016).

According to the Minister, the biggest issue is the gap between hospitalisation and going home (Zorginstellingen, 2015). Especially elderly have the urgent need for care when they are discharged from hospital. The Minister argues that nursing homes and rehabilitations centres are often not accessible due to an under capacity and high admission criteria. In addition, home care is not sufficient (Zorginstellingen, 2015). Guest houses and healthcare hotels could be a possible solution, but these facilities are in general not widely spread (Zorginstellingen, 2015). Since conventional hotels are geographically more widely spread, adding healthcare activities to the services of a conventional hotel could be an opportunity. In general this includes the adjustment of hotel rooms, the provision of nursing and additionally offering services as physiotherapy or psychiatry. However, although implementing healthcare activities into a conventional hotel seems to be a solution for the healthcare industry, one can argue the attractiveness from the perspective of a hotel operator and thus the feasibility of this reasoning.

1.2 SCIENTIFIC RELEVANCE

To gain a better understanding of implementing nursing activities into a conventional hotel, it is important to conceptualise this phenomenon. In literature, the addition of new activities into a company, in this case nursing activities into a conventional hotel, is referred to as *diversification*. Diversification is defined as the increase in a company's products and markets, by the implementation of new activities which are related or unrelated to the current competences (Lichtenthaler, 2005). Hence, diversification can be implemented by entering new markets with existing products or services, which could be new to the company (Park & Jang, 2012).

Firstly, in the hospitality industry, diversification has been considered an important growth strategy for the increase of profitability and market share (Lee & Jang, 2007). However, diversification is possible in various shapes and sizes and not every application is equally successful. Effects of diversification on business performance vary by for example the relatedness of diversification, the degree of diversification and the suitability of diversification activities (Ooi et al., 2014). Therefore not all diversification activities are equally applicable to any company and thus it is unknown whether adding nursing activities to the current portfolio of conventional hotels is attractive from the perspective of hotel operators.

Secondly, literature suggests that the feasibility of a diversification project is largely dependent on the type of industries in which the new activity and the current business are situated and the fit between both. Although the effects of diversification on business performance in general have frequently been investigated by researchers, the empirical results of

those studies often appeared to be contradictory and therefore the actual effects of industry-specific diversification remain unclear (Park & Jang, 2012). Datta et al. (1991) suggest that these contradictions in findings emerge due to disregarding industry structure (Datta et al., 1991). In addition, Park & Jang (2012) argue that effects of diversification strategy are unpredictable and could be misleading when industry-specific factors of both the current and target industry are ignored.

Thirdly, literature suggests that the hospitality industry in general is known for low profitability and high risk (Park & Jang, 2012). Furthermore, the hospitality industry is characterised by high volume and low market growth (Ooi et al., 2014). As a result, diversification by means of unrelated activities could easily lead to relatively large performance gain when the new activities are situated in an average or highly profitable market. This explanation is endorsed by Park & Jang (2012), but contradictory to the general views regarding the relationship between diversification and business performance. Rumelt (1982), namely, suggests that unrelated diversification is one of the least performing types of diversification strategies (Rumelt, 1982). Related diversification, on the other hand, has found to be relatively profitable because of the company's ability to extend core skills into the related new activities (Bettis, 1981).

1.3 THE OBJECTIVE

The main objective of this study is to gain a better understanding of the fit between nursing activities and conventional hotels.

1.4 PROBLEM STATEMENT

Since there is controversy about the effects of unrelated and related diversification and since researchers argue the importance of including industry-specific effects to diversification studies, there can be concluded that the feasibility of a diversification strategy have to be studied by itself in order to gain insights into the strategic fit between the new activities and the companies involved. In addition, the question arises whether offering nursing activities in conventional hotels may be considered an opportunity for conventional hotels. In order to examine this, it is important to introduce the terms feasibility and strategic fit. Literature indicates feasibility of a diversification strategy as the consideration of a large number of micro and macro issues (Das & Mohanty, 1981). A method to analyse these issues is the assessment of strategic fit between companies and the new activities. The assessment of strategic fit provides insights into the appropriate levels of control, required resources and amount of risk, which are associated with the diversification strategy (Robinson & Lundstrom, 2003). The strategic fit of a diversification strategy is indicated by assessing factors which determine an organisational fit. Literature indicates the following six internal and external strategic fit factors to be judged: market attractiveness, competitive advantage, risk, corporate culture, organisational structure and management systems (Robinson & Lundstrom, 2003). Subsequently, from this point of view the main question to be answered is:

- To what extent is the integration of nursing activities in conventional hotels feasible? (GRQ)

The problem statement is divided in the following three specific research questions (SRQ's):

Part 1: Previous Literature

- What are the characteristics and effects of diversification in the conventional hotel industry? (SRQ 1)

- How can the six components of strategic fit between nursing activities and conventional hotels (i.e., market attractiveness, competitive advantage, risk, corporate culture, organisational structure and management systems) be measured and assessed? (SRQ 2)

Part 2: Empirical Research

- To what extent do healthcare professionals, conventional hotel operators and healthcare hotel operators agree upon the six components of the strategic fit between nursing activities and conventional hotels? (SRQ 3)

2 PREVIOUS LITERATURE

Conventional hotels could be able to improve their value proposition with the integration of nursing activities. This new activity is aimed at people who are dependent on caregivers, but who are not eligible for hospitalisation. Apparently when conventional hotels implement such a strategy they choose to diversify, by means of integrating the activities of a healthcare hotel in their conventional hotel. Hence, the implementation of nursing activities is an example of an uncommon new product-market combination, conducted by a conventional hotel. This development within the hospitality industry is interesting because of the apparent low relatedness between the core business and the new activities and could be indicated as a diversification strategy.

The first part of this chapter describes relevant literature about diversification in general and diversification in the hospitality industry in particular and is composed of the following elements: definition of diversification, effects of relatedness, effects of industry structure and diversification in the hospitality industry. As a result the first part provides an answer to the first research question: *What are the characteristics and effects of diversification in the hospitality industry?* The second part of this chapter describes the components of a feasibility assessment from the perspective of strategic fit. The output of this chapter will be used for the empirical research, as a means to the development of the research instrument. This part contains the paragraphs: strategic fit and assessment of strategic fit and therewith provides an answer to the second research question: *How can the components of strategic fit be measured in order to perform a feasibility assessment?*

PART 1: DIVERSIFICATION

2.1 DEFINITION OF DIVERSIFICATION

In a conventional way, diversification as a corporate growth strategy is defined as the changes in characteristics of the company's product line and market structure, by means of introducing new products in new markets. In addition, diversification requires new skills, new techniques and new facilities (Ansoff, 1957). More pragmatically, diversification is defined as the increase in a company's products and markets, by the implementation of new activities which are related or unrelated to the current competences (Lichtenthaler, 2005). Thus, diversification can also be implemented by entering new markets with existing products or services, which could be new to the company (Park & Jang, 2012). In that way, diversification can be interpreted as differentiating markets, whereby more than one target market is focused on (Lee & Jang, 2007). This renewed definition will be used in this study, because it is commonly used in the current literature and provides a clear view of how the term diversification strategy is used. Subsequently, this definition of diversification strategies is the premise of this literature chapter.

2.2 DIVERSIFICATION STRATEGY: A TYPOLOGY

Diversification has been considered an important strategy for increasing market share and financial benefits (Lee & Jang, 2007). Especially within hospitality industry diversification strategies are more and more applied in the past decades (Mahasuweerachai & Qu, 2015). Many hotels can be typified as partially or highly diversified (Chen & Chang, 2012). However, diversification is possible in various shapes and sizes and not every application is equally successful. Therefore effects of diversification on business performance are in general being typified by: 1) the suitability of diversification activities and 2) the relatedness of diversification (Ooi et

al., 2014). In addition, not all diversification activities are equally applicable to any business and to any industry. The following two paragraphs elaborate on the these two typologies.

Suitability of Diversification Activities

Since Rumelt (1974) has laid the foundation of diversification measurement theory, with the development of his classification scheme, many strategic management researchers have continued to elaborate on this theory. The effects of diversification on business performance in general have frequently been investigated by researchers. Nevertheless, the empirical results of those studies often appeared to be contradictory and therefore the actual industry-specific effects of diversification on business performance remain unclear (Park & Jang, 2012). Datta et al. (1991) suggest that these contradictions in findings emerge due to disregarding industry structure (Datta et al., 1991). Hence, prior studies which identified a relationship between diversification and business performance need to be examined on industry-specific factors in order to determine what differences in performance can be explained by diversification in general and what parts are due to intervention of industry-specific aspects (Bettis, 1981). Nevertheless, Rumelt (1982) concluded that companies with a related diversification strategy outperform unrelated diversification strategies, even after interposing industry-specific variables (Rumelt, 1982). However, additional profits of highly diversified companies were significantly high because these companies were found to operate in very profitable, highly concentrated markets with a lot of potential. Therefore, large effects on business performance depend on the potential of the market and the internal capability to utilise that opportunity (Christensen & Montgomery, 1981).

Diversification has been conceptualised in literature by three mutually related aspects: degree of diversification, mode of diversification and type of diversification. In which the degree of diversification is associated with a measurement of additional activities relative to the main activities. The mode of diversification indicates the company's approach which is used in order to diversify into different markets. The third and last aspect, type of diversification, refers to the relatedness between the different activities in a company's portfolio (Datta et al., 1991). Datta et al. (1991) argue that findings based on the relationship between the degree of diversification and profitability are inconclusive without intervention of industry-specific variables. Hence, in order to achieve a better understanding of diversification in a specific industry, the researchers added industry structure as a variable. This variable consists of an analysis of: the presence of barriers to entry, degree of concentration, degree of capital intensity, degree of market growth and presence of technical change (Datta et al., 1991).

Both the lack of focus on relatedness of diversification with the core business and the negligence of industry-specific effects result in inconsistency and contradiction in research findings (Ooi et al., 2014). Moreover, many researchers excluded time as a variable in their studies, whereby the sample companies did not have the time to achieve effects as synergy and economy of scope. Those researchers focused on cross-sectional performance of diversification, rather than recognising the long term (Park & Jang, 2013). Datta et al. (1991) argue that effects of diversification on business performance are influenced by the type of industry, degree of market concentration and degree of market growth. For example, within one and the same study results were both significantly positive and significantly negative when industry-specific aspects were respectively added and omitted (Datta et al., 1991). This contradiction emphasises the importance of adding industry-specific variables. That is why Park & Jang (2012) argue that effects of diversification strategy are unpredictable and could be misleading when industry-specific factors of both the current and target industry are ignored. To summarise: industry-specific factors have an important influence on the success of diversification

strategies: i.e., when results turn out to be disappointing, the problem is often not the diversification itself but the conditions under which it is performed (Datta et al., 1991).

Relatedness of Diversification

The difference between related and unrelated diversification is typified by the relationship between the nature of the core industry versus the nature of the diversified segments. The new activities could have high correlation with the main business or not: i.e., they could be related or unrelated to the core competences (Ooi et al., 2014). Christensen & Montgomery (1981) suggest that companies that operate in markets with limited potential are the most common candidates for a diversification strategy. These companies most likely detect a similar low potential market which they could enter by means of limited diversification. Hence, they are supposed to implement an unrelated diversification strategy. On the other hand, companies that operate in highly profitable and highly concentrated markets can only achieve and retain a high level of performance when they utilise their core capabilities and competences. These companies are forced to adopt a related diversification strategy (Christensen & Montgomery, 1981). Both theoretical arguments and empirical findings on the performance of related and unrelated diversification are contradictory. Nevertheless most of the researchers conclude that related diversification enhances profitability more than unrelated diversification (Park & Jang, 2013).

Rumelt's (1974) suggestion that related diversification has superior performance relative to unrelated diversification has widely been accepted (Park & Jang, 2012). Related diversification has found to be one of the best performing types of diversification strategies (Rumelt, 1982). In addition, related diversification appears to be relatively profitable because of the company's ability to extend core skills into the related new activities. As a result of their study, Bettis (1981) found that companies which implement a related diversification strategy outperform unrelated diversification companies with one to three percentage point, based on return of assets (Bettis, 1981). An explanation is that companies with a related diversification strategy have to deal with relatively low additional costs because they hardly have to adapt to the new and familiar business environment (Ooi et al., 2014). Moreover, a company's ability to acquire above average market share in a new market suggests that they possess the right capacities and competences which are necessary to succeed in high potential markets. This situation mainly occurs when the diversification activity is related to the main business, because it allows a company to transfer their capabilities and competences to this new activity (Christensen & Montgomery, 1981).

By contrast, other researchers conclude that unrelated diversification is preferred above related diversification. First, it has generally been accepted that fluctuations among profits reduce due to the implementation of a diversification strategy. However, in that case unrelated diversification is associated with a larger risk reduction effect (Park & Jang, 2012). Second, profitability can be increased by unrelated diversification strategies due to the efficiency with which internal capital can be distributed among businesses within the company's portfolio, i.e., the company is in an excellent position to achieve cost of capital reduction. Moreover, companies with an unrelated diversification strategy obtain a variety of investment options. Which is in contrast to related diversification, where the investment options are more or less equivalent to the current situation (Park & Jang, 2012).

2.3 DIVERSIFICATION IN THE HOSPITALITY INDUSTRY

This paragraph provides a background of the attendance of diversification in the hospitality industry. After the growth of the hospitality industry as a result of the popularisation of the travel market in the forties, both the economic depression of the seventies and the saturation of

domestic markets in the eighties led to the industry's seek for growth opportunities (Jang & Tang, 2009; Tang & Jang, 2010). As a consequence, the hotel industry has become highly diversified in terms of implementing additional services and continued to seek for expandability (Jang & Tang, 2009; Tang & Jang, 2010). In order to search for economic expansion possibilities, companies in the hospitality industry have introduced a variety of new products and services using a brand extension strategy since the nineties: e.g., Marriot's developments including Marriot Marquis, JW Marriot, Marriot's Fairfield Inn and Courtyard by Marriot, as well as Holiday Inn introducing The Holiday Inn Express and Holiday Inn Crowne Plaza (Rompf, 1999).

The nineties' drive to expand can be illustrated with the development in utilising the most related activity: food & beverages (F&B) (Rompf, 1999; Yeh et al., 2012). To provide a view of the financial ratio between the room sales and food & beverages: the degree of profits in for example the United States' hospitality industry is respectively eighty and twenty percent of the total revenue (Yeh et al., 2012). Nevertheless, despite a relatively low share of total revenue and low profitability, F&B is acknowledged as an important and necessary contributor to the customer experience (Yeh et al., 2012). Therefore, F&B provide a significant contribution to the total profitability of a hotel company, by being essential for the hotel occupancy rate. This phenomenon is noticed and exploited by for example the Asian hospitality industry, by focusing more on the supply of additional benefits (Chen & Chang, 2012). In addition, an increasing tendency for F&B utilisation is observable: e.g. the revenue share of F&B in Asian markets has become even larger than the revenue share of room sales (Chen & Chang, 2012). In that way Asian markets could serve as a reference for the European and United States' hospitality industry with respect to utilising for example F&B as additional activities. In order to get insight into the effects of diversification on the hospitality industry, the following two paragraphs elaborate on the two earlier discussed typologies: 1) suitability of diversification strategies and 2) relatedness of diversification.

Suitability of Diversification Activities in the Hospitality Industry

The service sector, in particular the hospitality industry, in both developed and developing countries has undergone a massive growth in the past decade (Park et al., 2011; Alon et al., 2012). Hotel chains have expanded with a wide variety of growth strategies (Martorell-Cunill et al., 2014). The most common external growth strategies in the hospitality industry in the last decade have been: franchising, leaseholds, management contracts, joint ventures, diversification, mergers and acquisitions (Claver et al., 2006; Martorell-Cunill et al., 2008; Park & Jang, 2011). In the hospitality industry, especially diversification has been considered an important growth strategy for the increase of profitability and market share (Lee & Jang, 2007). In addition, diversification of activities has proved to be one of the major strategies of company development (Ginevičius, 2009).

Although a diversification strategy does not guarantee profit improvement, it is considered as a valuable growth strategy to achieve long-term financial goals. While implementing such a strategy, companies target various consumer groups, rather than targeting one specific customer segment (Lee & Jang, 2007). Consequently, hotels within the hospitality industry are distinguishable in several market segments. A commonly used hotel segmentation system includes a classification of six hotel types: luxury, upper upscale, upscale, midscale with food & beverage, midscale without food & beverage and economy (Lee et al., 2011; Stringham & Gerdes, 2012; Tanford et al., 2012; Xaio et al., 2012). This segmentation system is based on the average daily room rate (ADR) and available services of the hotel (Stringham & Gerdes, 2012). In that way the segmentation system takes into account the degree of diversification

and each of these market segments has different target groups and thus different customer segments (Lee & Jang, 2007; Lee et al., 2011).

The different forms of economic expansion such as diversification and other integration strategies have a different influence on the scope and success of competitive advantage and therefore on the overall business performance. Companies should grow continuously throughout their existence, in order to maintain their competitive position or even gain competitive advantage (Robins & Wiersema, 1995; Claver et al., 2006). The other way around rival companies attempt to do the same, causing an environment of continuous search for expandability within the industry (Claver et al., 2006). However, due to the current competitive environment in the hospitality industry, companies seem to find it difficult to seek for new expansion opportunities to meet the required growth rate. Growing by means of utilising the existing product-market combinations can become difficult because of saturation of expansion possibilities, with as a result that companies attempt to implement a growth strategy that involve the launch of activities in other markets or create new product-market combinations (Claver, et al., 2006).

Relatedness of Diversification in the Hospitality Industry

The hospitality industry in general is known for low profitability and high risk (Park & Jang, 2012). In addition, the hospitality industry is characterised by high volume and low market growth (Ooi et al., 2014). As a result, when a company implements a related diversification strategy, low performance can be expected, since the new activities are quite similar to the primary business. On the other hand, this statement contains a positive explanation in terms of diversification opportunities as well. In this particular situation, unrelated diversification could easily lead to relatively large performance gain when the new activities are situated in an average or highly profitable market. This explanation is endorsed by Park & Jang (2012), but contradictory to the general views of the relationship between diversification and business performance. In addition, Park & Jang (2012) argue that profitability could decrease at a low level of diversification due to exceedance of additional costs relative to the additional benefits (Park & Jang, 2012). This argument provides a possible explanation for Choi et al. (2011) their findings that diversification in the hospitality industry has a significant negative impact on business performance (Choi et al., 2011). Ooi et al. (2014) found a significant negative impact as well, although their results only apply to related diversification in hospitality industry, since the reverse has been found with respect to unrelated diversification (Ooi et al., 2014).

Park & Jang (2012) found evidence that with respect to the level of related diversification in the hospitality industry, profitability decreases up to a certain point and increases thereafter: i.e., the costs of diversification outweigh the benefits at a low level of related diversification and the reverse applies to a high level of related diversification. In contrast, the opposite applies to unrelated diversification. The profitability increases to a certain level of unrelated diversification and decreases thereafter. This means that the relatively profitable impact that occurs at a low level of unrelated diversification are dominated by the costs at a high level of unrelated diversification. Furthermore, evidence has been found on profitability which is maximised and risk which is minimised when related and unrelated diversification are mixed in equal proportions (Park & Jang, 2012). However, due to the industry-specific factors which are included in this study, results only apply to the hospitality industry and could not be generalised to other industries.

Finally, Ooi et al. (2014) indicated that it is unknown whether related diversification or unrelated diversification is most appropriate to enhance business performance in hospitality industry. It is the trade-off between respectively the positive effects of market synergy between the activities due to the ability of transferring core capabilities versus the minimisation of risks

due to protection against unforeseen market decline in the highly unstable hospitality industry (Ooi et al., 2014). This suggestion is endorsed by the study of Lee & Jang (2007), who found empirical evidence that unrelated diversification in hospitality industry slightly outperforms related diversification, but evidently not to a great extent (Lee & Jang, 2007). Ooi et al. (2014) argue that within hospitality industry risk minimisation is more significant as being an influence on business performance than synergistic effects or other related advantages. As a consequence, hotels should target industries without tourism related activities: i.e., they should implement unrelated diversification (Ooi et al., 2014).

PART 2: STRATEGIC FIT

2.4 DEFINITION OF STRATEGIC FIT

Strategic fit has found to be fundamental in strategic management due to the premise that the initial strategy paradigm is associated with the concept of alignment between organisational resources and the external environment (Venkatraman & Camillus, 1984; Robinson & Lundstrom, 2003). The principle of strategic fit is defined as the degree of alignment between the company's strategy, the competitive situation, the organisation culture, and the type of leadership. Superior business performance has found to be associated with high degrees of alignment between these four elements (Chorn, 1991). In addition, strategic fit has been approached by a broad field of concepts and methods of inquiry. However, not all researchers recognise the entire range of variables involved with strategic fit, with limited perspectives as a consequence. For example, many researchers in the field of strategic management focus primarily on external market structure related variables and company's behavioural variables, rather than taking the internal organisational variables into account (Venkatraman & Camillus, 1984). Successful implementation of a diversification plan, however, relies on the internal fit with the companies involved as well (Robinson & Lundstrom, 2003).

The elements that contribute to strategic fit can be judged from a holistic perspective, that integrates the internal and external factors (Venkatraman & Camillus, 1984). That is why in this master thesis the approach of Robinson & Lundstrom (2003) regarding the assessment of strategic fit between organisations and a new environment was applied. Robinson & Lundstrom (2003) included both aligning internal and external elements in their model in order to achieve a comprehensive view of the situation. In that way the model is consistent with the schools of thoughts of researchers who focus on the strategic fit in which external factors in the environment align with internal factors of the organisations (Robinson & Lundstrom, 2003).

2.5 ASSESSMENT OF STRATEGIC FIT

The assessment of strategic fit provides insights into the appropriate levels of control, required resources and amount of risk, which are associated with the diversification strategy (Robinson & Lundstrom, 2003). Robinson & Lundstrom (2003) designed a model that can be used to assess the fit between organisations and a new environment. The framework contains a practical screening tool which is diverse enough for application in a variety of situations, irrespective of the type of industry (Robinson & Lundstrom, 2003).

Components of Strategic Fit

The selection of an appropriate and feasible diversification strategy follows out of an integrative assessment of the fit between the organisation and external factors and the fit between the

organisation and internal factors. The external factors are related to strategy formulation and include the following three elements: market attractiveness, competitive advantage and risk. The internal factors contribute to the successful implementation of the strategy and include: corporate culture, organisational structure and management systems (Robinson & Lundstrom, 2003). The assessment of these six elements can be described as follows:

- The *attractiveness of the market* in which the organisation is intended to expand depends on the characteristics of the current market or markets in which the organisation is involved. The characteristics of the new market are considered to be related to the current labour force characteristics, population characteristics and cultural norms (Robinson & Lundstrom, 2003).
- The level of *competitive advantage* which could potentially result from the implementation of the intended new activities is associated with the level of competition, demand, service quality and managerial skills. The position with respect to these elements organisations realise in the new markets could vary from the competitive position in the current market or markets. A distinctive competence in the current market could be a non-distinctive skill in the targeted market and vice versa (Robinson & Lundstrom, 2003).
- Regardless of the arrangements of an organisation, a diversification strategy brings along a certain level of *risk*. Risk is distinguishable in two major categories: economical risk and political risk. Political risk includes the stability of the local government and the political attitude towards the diversification. Economical risk mainly concerns the nationwide economic stability (Robinson & Lundstrom, 2003).
- *Corporate culture* relates to the shared collection of beliefs, expectations and values in the organisation. An important factor in strategic fit is the level of similarities of these elements between organisations in the targeted market and the current organisation. Absence of cultural similarities result in tighter control, requirement of more recourses and a higher level of risk (Robinson & Lundstrom, 2003).
- *Organisational structure* refers to the processes and mechanisms used by the organisations. Important factors are the level of specialisation and standardisation. In addition, the degree to which organisations are able to integrate and adapt operational characteristics is of high importance when an organisation intends to diversify (Robinson & Lundstrom, 2003).
- Leadership vision affects the direction of organisations and is therewith the most important factor in *management systems*. Another consideration in strategic fit is the degree of bias towards action within the organisation (Robinson & Lundstrom, 2003). Organisations with an orientation towards action have been found flexible and proactive, which is an advantage for diversification strategies.

Measurement Variables

Figure 1 shows the measurement variables of a strategic fit assessment. The measurement variables are derived from the corresponding components and all together form the integrated assessment tool.

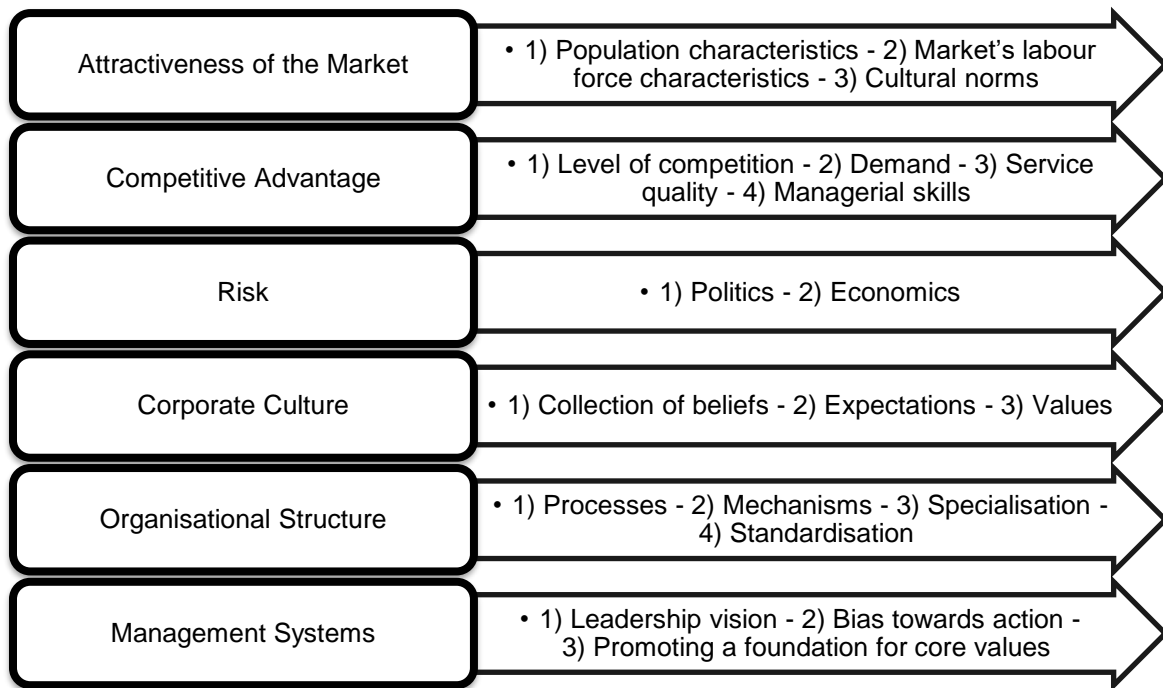


Figure 1: Components of strategic fit and measurement variables, based on: Robinson & Lundstrom (2003).

3 METHODOLOGY

3.1 RESEARCH DESIGN

In order to obtain an overall view as it stands in the time of the study, quantitative methods are used. The feasibility of integrating nursing activities into conventional hotels is explored by means of examining the following six elements: market attractiveness, competitive advantage, risk, corporate culture, organisational structure and management systems (Robinson & Lundstrom, 2003). First, desk research is conducted in order to obtain a conceptual framework. Second, the conceptual framework resulted in several variables, which are operationalised to a questionnaire. The questionnaire is conducted among three panels of industry experts. Third, the results of the questionnaire are validated by semi-structured interviews. Table 2 provides a view of the specific research questions and the corresponding research methods.

SRQ	Question	Method
1	What are the characteristics and effects of diversification in the conventional hotel industry?	Literature research
2	How can the six components of strategic fit between nursing activities and conventional hotels (i.e., market attractiveness, competitive advantage, risk, corporate culture, organisational structure and management systems) be measured and assessed?	Literature research
3	To what extent do healthcare professionals, conventional hotel operators and healthcare hotel operators agree upon the six components of the strategic fit between nursing activities and conventional hotels?	Empirical research: Questionnaire Interviews

Table 2: Research methods

3.2 SELECTION OF INSTRUMENTS

The first part of this study provided an answer to the first and second research question (SRQ 1 and SRQ 2). This part consists of desk research and resulted in a 'previous literature' chapter. First, desk research is used to get insights into the characteristics and the effects of diversification with respect to the hospitality industry. In order to do so, literature concerning differentiation strategies is studied. Second, literature regarding the assessment of feasibility of a diversification strategy is applied in order to contribute to the empirical research.

The second part of this study provides an answer to the third research question (SRQ 3) and consists of empirical research. First, to gain insights into the judgement of industry experts regarding the integration of nursing activities into a conventional hotel, a questionnaire with questions in the form of statements on an ordinal scale is conducted among healthcare professionals, hotel operators and healthcare hotel operators. The statements elaborated on the previously conducted desk research. A questionnaire as an instrument was chosen because of the nature of this study. The aim of this study is not to broaden the insights of the subject but to assess the applicability of gathering two variables. In this way consistence in data and comparability is more valuable than obtaining in-depth information. Second, interviews are conducted in order to validate the results of the questionnaire. The interview was semi-structured of nature and elaborated on the statements from the questionnaire. The interviews are conducted among healthcare hotel managers, with practical experience in both hotels and healthcare.

The questionnaire (appendix 1) is composed of the six components of strategic fit (i.e., constructs). Each construct consists of several measurement variables. Next, the measurement variables are subdivided in several statements (VAR1 – VAR42). A seven point Likert

scale is used to allow the respondents to rate the statements. In addition, the questionnaire is used as a guide for the semi-structured interview as well. The respondents were asked to react on a number of statements, in order to contribute to the outcome of the questionnaire. The interviews were recorded, transcribed (appendix 2 and 3) and served as an substantiation of the results of the questionnaires.

3.3 IMPLEMENTATION OF INSTRUMENT

The questionnaire was conducted by obtaining a captive audience. The respondents had a specific function with a close relationship to the subject of this study. In addition, the involvement with respect to the study was very high and thus the response rate was high as well. Furthermore the researcher had both personal and business contact with several respondents. These key informants are deployed as lobbyists for the study. Furthermore, in order to increase the response rate, the respondents within the network of the researcher are used as a reference to prospective informants. The prospective respondents are firstly approached by email with the request to participate in this study. Then, the questionnaire was send with a covering letter to the willing participants.

Questioning

Statements on an ordinal scale were used to form the questionnaire. The questionnaire was composed of statements with a categorical Likert scale, upon which the respondent must respond by denoting the degree of agreement with these statements. As a result, each item on the scale has the same weight for each statement, which increases the comparability. Statements are chosen above open-ended questions because of the ability to analyse the similarity between the responses. In that way the outcome of the questionnaire made it possible to perform an assessment of the strategic fit, which is the purpose of this study. In addition, the quantitative data was very suitable to perform a Cohen's kappa analysis and Kruskal-Wallis test.

3.4 SELECTION OF SAMPLE

The questionnaire was distributed among a sample of industry experts. The sample required the selection of qualified experts who have an understanding of the relevant issues. The industry experts are divided in three panels in order to make a distinction in nature of expertise. The first panel consisted of healthcare professionals, who possess an expertise which is associated with healthcare activities. These industry experts originated from one of the following categories: academics, politicians and healthcare experts. The participants were in the possession of an academic degree or a degree of higher professional education with at least fifteen years of working experience. The second panel consisted of practitioners and included conventional hotel operators. The participants were in charge of reputable conventional hotels randomly spread across the country in the function of general manager, operational director, chief executive officer or director. Finally, the third panel consisted of healthcare hotel operators.

The study population is determined by non-random expert sampling. The sample size was not predetermined, since this research is aimed at quality above quantity of the sample. The sample size is based upon a number of considerations in addition to the available resources. In this case the two main considerations were: first, the ease in accessing the potential respondents and second, the judgement that the respondents had extensive knowledge about the event. In addition, the primary consideration in expert sampling was the judgement

of the researcher as to which respondents provide the best information to achieve the objectives of this study. Only experts who were the most likely to have the required expertise and were willing to take the effort were approached. All the respondents were carefully selected known experts in the field of interest of this study.

The experts are high-level professional practitioners, generally active in managing boards or supervisory boards. There is aimed at quality over quantity in the composition of the sample. Respondents were acquired by approaching several reputable hotels and approaching all healthcare hotels which are active in The Netherlands. Furthermore the network of the researcher is used to acquire participants and in addition, the respondents are asked for recommendations. A varied and high-quality sample is formed after several weeks of careful selection. The sample is finally determined on sixteen experts, subdivided into three panels. In addition, two experts are acquired to participate as respondent for the additional interviews. The composition of the panels is shown in the tables below.

Panel 1		
R1	Mr. H. Jonkmans	Director of Servicepunt Thuiswonen Foundation
R3	Mrs. Y. Son-Stolk	President of social domain work group, politician, councillor, several healthcare related supervisory boards
R5	Mrs. T. Vermeulen	Director of Servicepunt Thuiswonen Foundation
R6	Mr. S.J. Vegter	Director of iZovator, commissioner of healthcare hotels, several healthcare related supervisory boards
R7	Mr. J. Sundermann	General Practitioner Medical Practice (pensionary), commissioner of healthcare hotels, several healthcare related supervisory boards
R15	Mrs. L. Vaandrager	Associate Professor of Wageningen University

Table 3: Panel 1, Healthcare professionals

Panel 2		
R2	Mr. J. Rutgers	Director of Hotel Operations of Trans World Hotels & Entertainment
R4	Mr. B. Van den Hauten	General Manager of several NH Hotels
R8	Mr. I. Groothuis	Director of De Krim Texel
R9	Mrs. P. Egbring	Director of Hotel de Tabaksplant
R11	Mrs. Y. Van Veenendaal	General Manager of Van der Valk Hotel Barcarola
R13	Mr. M. Andeweg	General Manager of Van der Valk Hotels Tiel

Table 4: Panel 2, Conventional hotel operators

Panel 3		
R10	Mr. M. Vieten	Director of Healthcare hotel De Kim
R12	Mr. T. Berkhout	Care Manager of Topaz Revitel
R14	Mrs. E. Keller	Care Coördinator of Van der Valk Care
R15	Mrs. M. De Vries	Care Manager of Van der Valk Vitaal

Table 5: Panel 3, Healthcare hotel operators

3.5 METHODS OF ANALYSIS

Cohen's Kappa coefficient

First, the processed data of the questionnaires is analysed by calculating the Cohen's kappa coefficient. Cohen's kappa is an often used and popular descriptive statistic for summarising the cross classification of nominal variables with identical categories. Cohen's kappa is an overall measurement of agreement across certain categories (Warrens, 2011). The test is used in this research to shows the degree of agreement between the three panels.

The Cohen's kappa coefficient is measured using SPSS. The respondents are placed in the columns and the questions are placed in the rows. The number of variables are indicated as the number of items (N=42) and the number of panels are indicated as the number of raters.

Subsequently, the answers of the questionnaires are subdivided in three categories: negative answers (outcome=1, 2 or 3), neutral answers (outcome=4) and positive answers (outcome=5, 6 or 7). Finally, the three raters (i.e., panels) are compared mutually.

Kruskal-Wallis test

Second, the processed data of the questionnaires is analysed by conducting the Kruskal-Wallis test. The Kruskal-Wallis test is a non-parametric method for testing whether different samples originate from the same distribution. The Kruskal-Wallis test is also indicated as one-way ANOVA on ranks and is a method to compare two or more independent samples. When the test is significant, one of the samples stochastically dominates one or more other samples. The test is used in this research to find out the similarity between the three panels by indicating the presence of agreement per statement.

The Kruskal-Wallis test is conducted using SPSS. First, The questions are placed in the columns and the respondents are placed in the rows. Second, an extra variable is added in order to indicate the panel to which a respondent belongs. At last, the mutual relationship between the panels with regard to the variables (i.e., the statements) are measured.

Cronbach's Alpha

Third, the Cronbach's Alpha is measured in order to indicate the internal consistency. The aim of Cronbach's Alpha is to estimate the reliability of the test. Cronbach's Alpha indicates the expected correlation between several variables that are expected to measure the same construct. The test is used in this research to find out the internal consistency of the constructs and subsequently exclude variables that do not sufficiently contribute to the construct.

The Cronbach's Alpha is measured using SPSS. First, the questions are placed in the columns and the respondents are placed in the rows. Second, the Cronbach's Alpha is measured per construct, with the variables (i.e., the statements) included which belong to that particular construct. Next, when the Cronbach's Alpha is found < 0.7 , variables with a reduced correlation are excluded one by one.

Mean per Construct

At last, the mean per construct and the overall mean is measured. The questionnaire consisted of six constructs (i.e., the components of strategic fit). Each construct consisted of several correlated statements, with an outcome between one and seven (i.e., seven point Liker scale). Per statement the mean is measured using SPSS. Next, per construct the mean is measured as well. At last, with the mean of the six constructs one overall outcome is obtained. This outcome represents the extent to which integrating nursing activities into conventional hotels is feasible.

3.6 VALIDITY AND RELIABILITY

In order to ensure the internal reliability of the research the Cronbach's Alpha is measured for each of the constructs. Statements that did not sufficiently contribute to the construct were excluded. The external reliability is a limitation of this research, since the sample is not representative. As a result the measurements are not completely generalisable, but must be considered as a first step towards generalisability. Nevertheless, in order to ensure the highest achievable external reliability within this research, high-level respondents were acquired solely.

In order to ensure the internal validity of the test, a questionnaire with a seven point Likert scale was used. Furthermore, all of the respondents were presented the same questionnaire, regardless of their expertise. Limitations occur to the external validity since the sample selection is exposed to selection bias. Next, the panels are homogeneous of nature and therefore not completely generalisable. However, external validity was increased by carefully selecting the sample and the use of multiple panels with several fields of expertise.

4 RESULTS

4.1 DEGREE OF AGREEMENT

The degree of agreement between the three panels is of high importance for this study because it provides insights into the presence of similarity between the opinion of different types of experts. The degree of agreement between the three panels was measured by identifying the Cohen's kappa between the panels mutually. The results are displayed below.

Symmetric Measures Panel 1 vs Panel 2					
		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Measure of Agreement	Kappa	,025	,152	,170	,865
N of Valid Cases		42			

Table 6: Degree of agreement between panel 1 and panel 2

Symmetric Measures Panel 1 vs Panel 3					
		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Measure of Agreement	Kappa	,371	,135	2,747	,006
N of Valid Cases		42			

Table 7: Degree of agreement between panel 1 and panel 3

Symmetric Measures Panel 2 vs Panel 3					
		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Measure of Agreement	Kappa	,245	,152	1,720	,085
N of Valid Cases		42			

Table 8: Degree of agreement between panel 2 and panel 3

Table 6 shows a Kappa of 0.025, which can be interpreted as a slight degree of agreement. In addition, table 7 shows a Kappa of 0.371, which can be interpreted as a fair degree of agreement. The value is relatively high compared to the Kappa of panel 1 versus panel 2. This indicates a relatively high degree of agreement between healthcare professionals and healthcare hotel operators and a relatively low degree of agreement between healthcare professionals and conventional hotel operators. Furthermore, table 8 shows a Kappa of 0.245, which can be interpreted as a fair degree of agreement. The value is relatively high compared to the Kappa of panel 1 versus panel 2 and relatively low compared to the Kappa of panel 1 versus panel 3. The degree of agreement between conventional hotel operators and healthcare hotel operators can thus be interpreted as relatively mediocre. The table below shows the overall relative degree of agreement.

Panels	Expert groups	Degree of agreement
1 vs 2	Healthcare professionals vs hotel managers	Relatively high
1 vs 3	Healthcare professionals vs healthcare hoteliers	Relatively low
2 vs 3	Hotel managers vs healthcare hoteliers	Relatively mediocre

Table 9: overall relative degree of agreement

4.2 SIMILARITY BETWEEN GROUPS

The similarity between the panels is indicated by the Kruskal-Wallis test. The outcome provides insights into the presence of agreement per statement. The null hypothesis is that the medians of the three panels per variable are equal and the alternative hypothesis is that at least one median of one panel is different from the median of at least one other panel. Table 10 shows a significant test for variable 9 and variable 23, which assumes that one of the panels stochastically dominates at least one other panel. Disagreement between at least two panels is thus found for variable 9 and variable 23.

Similarity Between the Panels								
	VAR01	VAR02	VAR03	VAR04	VAR05	VAR06	VAR07	VAR08
Asymp. Sig.	,092	,548	,916	,522	,991	,880	,260	,160
	VAR09	VAR10	VAR11	VAR12	VAR13	VAR14	VAR15	VAR16
Asymp. Sig.	,035	,302	,095	,374	,345	,075	,498	,903
	VAR17	VAR18	VAR19	VAR20	VAR21	VAR22	VAR23	VAR24
Asymp. Sig.	,333	,855	,260	,690	,567	,859	,045	,770
	VAR25	VAR26	VAR27	VAR28	VAR29	VAR30	VAR31	VAR32
Asymp. Sig.	,566	,927	,193	,724	,808	,640	,354	,424
	VAR33	VAR34	VAR35	VAR36	VAR37	VAR38	VAR39	VAR40
Asymp. Sig.	,429	,065	,266	,106	,216	,770	,632	,896
	VAR41	VAR42						
Asymp. Sig.	,864	,615						

Table 10: Kruskal-Wallis test

4.3 INTERNAL CONSISTENCY OF THE CONSTRUCTS

An estimate of the reliability of the test is provided by measuring the Cronbach's alpha per construct. The alpha provides insights into the expected correlation between several tests that are supposed to measure the same construct. As a consequence, variables that do not sufficiently contribute to the construct are excluded. Table 11 shows the Cronbach's alpha per construct. As a result, the variables 1, 2, 23, 33, 34 are excluded in the continuation of the research. After excluding these irrelevant variables, the internal consistency of the constructs 1, 2, 4 and 5 is acceptable. In addition, the internal consistency of construct 3 and 6 is respectively questionable and good. Excluding more variables within construct 3 did not lead to a significantly higher Cronbach's Alpha.

Construct	Variables	Excluded	Cronbach's Alpha
1 Attractiveness of the Market	VAR01 – VAR11	VAR01, VAR02	0,703
2 Competitive Advantage	VAR12 – VAR19	VAR12	0,759
3 Risk	VAR20 – VAR27	VAR23	0,615
4 Corporate Culture	VAR28 – VAR31		0,712
5 Organisational Structure	VAR32 – VAR37	VAR33, VAR34	0,732
6 Management Systems	VAR38 – VAR42		0,876

Table 11: Cronbach's alpha per construct

4.4 OUTCOME PER CONSTRUCT

Construct 1: Attractiveness of the Market

The experts are neutral towards the statement that healthcare professionals are suitable to work in a hotel with care (variable 3). This is endorsed by interview respondent 1, who stated that healthcare professionals are not necessarily suitable, but on the other hand are able to be suitable: “*The employees have to be trained intensively. I think it is possible, but the employees must understand the standards and procedures of a hotel*”. Furthermore, the low outcome of variable 6 is notable. The experts are predominately negative towards the statement that an average care client is in the possession of sufficient financial resources to fund a long-term stay in a care institute (variable 6). In addition, the experts are positive towards cultural norms within the market. They believe that care clients are not negative towards treatment in a conventional hotel (variable 11), which is endorsed by interview respondent 2 who believes that clients are more at ease and recover faster in a comfortable setting. Finally both the experts and interview respondent 2 confirm that care clients are a promising target group for conventional hotels. However, this applies to a certain extent: “*Not every target group is suitable for a hotel. It is not possible to have clients of nursing homes with an indication of high complex care. This is not possible because a hotel is arranged differently*”.

Statistics Construct 1										
		VAR03	VAR04	VAR05	VAR06	VAR07	VAR08	VAR09	VAR10	VAR11
N	Valid	16	16	15	16	16	16	16	15	16
	Missing	0	0	1	0	0	0	0	1	0
Mean		4,3750	5,1875	4,1333	2,7500	4,5625	4,4375	4,8750	3,8667	5,8125

Table 12: Mean per variable - Construct 1

Construct 2: Competitive Advantage

As regards competitive advantage, the outcome of the variables is predominately positive. The experts strongly believe that hotels are able to deliver a better level of hospitality than nursing homes (variable 18). In addition, they believe that care clients have more need for hospitality during their stay (variable 15) and care clients are open to the provision of care in a conventional hotel (variable 14). Interview respondent 2 stated: “*Care clients have the need for hospitality. Providing hospitality is mostly not possible in nursing homes due to the lack of time and the shortage of employees*”. However, from the perspective of the management skills no competitive advantage will be achieved. The experts are relatively negative towards the statement that the skills of an average hotel management are sufficient for offering healthcare activities in a hotel (variable 19).

Statistics Construct 2								
		VAR13	VAR14	VAR15	VAR16	VAR17	VAR18	VAR19
N	Valid	16	16	16	16	16	16	16
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		4,8125	5,6250	5,8750	4,8125	4,1250	6,0625	3,6875

Table 13: Mean per variable - Construct 2

Construct 3: Risk

The experts are predominately negative towards the statement that the implementation of healthcare activities entails few economical risks (variable 25). This is the highest form of risk

according to the experts. The second highest risk is regulations: the experts are relatively negative towards the statement that regulations will not be an obstacle for the implementation of healthcare activities in a conventional hotel (variable 21). This is partly endorsed by interview respondent 2: *“Every hotel with the right facilities is able to meet the regulations and certifications, but it requires a huge investment in time and energy”*.

Statistics Construct 3								
		VAR20	VAR21	VAR22	VAR24	VAR25	VAR26	VAR27
N	Valid	15	16	16	16	15	16	16
	Missing	1	0	0	0	1	0	0
Mean		4,6667	3,7500	4,5000	4,5000	3,3333	5,1875	4,5625

Table 14: Mean per variable - Construct 3

Construct 4: Corporate Culture

The experts agree upon the statement that offering healthcare activities in a conventional hotel fits within the company culture (variable 31). Both the experts and interview respondent 1 take a neutral position. Interview respondent 1 indicates the need for a shift in culture, since healthcare professionals have a different attitude towards guests than hotel employees: *“they find it difficult, but executives must manage this”*. This in contrast to the absence of a need for a shift in culture for conventional hotel employees. The experts are predominately positive towards the statement that hotel employees are willing to adapt to a new situation (variable 30).

Statistics Construct 4					
		VAR28	VAR29	VAR30	VAR31
N	Valid	16	16	16	16
	Missing	0	0	0	0
Mean		4,2500	4,4375	4,9375	4,0625

Table 15: Mean per variable - Construct 4

Construct 5: Organisational Structure

The experts believe that both the work of healthcare professionals and the work procedures in the sector are generally standardised (variable 36 and 37). Interview respondent 2 believes that healthcare professionals should adopt the standardised procedures from hotels as well: *“There are standard operational procedures in the hotel industry as regards how an employee should pick up a phone or how they should appeal to a guest. Healthcare professionals could work with these procedures as well”*.

Statistics Construct 5					
		VAR32	VAR35	VAR36	VAR37
N	Valid	16	16	16	16
	Missing	0	0	0	0
Mean		4,3125	3,9375	4,9375	5,1250

Table 16: Mean per variable - Construct 5

Construct 6: Management Systems

The experts are completely neutral towards the statement that implementing healthcare activities in a hotel fits in the average positioning of a hotel (variable 38). This is endorsed by interview respondent 2 who is not convinced that every hotel is suitable for health care activities: “I am not convinced that a small-scale hotel possesses the right facilities to let the clients relax and to offer healthcare activities. When a hotel does have the right facilities on the other hand, the opportunities are great”.

Statistics Construct 6						
		VAR38	VAR39	VAR40	VAR41	VAR42
N	Valid	16	16	15	16	15
	Missing	0	0	1	0	1
Mean		4,0000	3,6250	4,0667	4,6250	4,5333

Table 17: Mean per variable - Construct 6

4.5 OVERALL OUTCOME

Table 18 and 19 show the mean of the six constructs and the overall mean. All of the outcomes are in between 4.00 and 5.00, which indicates a position between ‘neutral’ and ‘more or less agree’. The outcome is thus predominantly positive. The overall outcome of the test is a value of 4.50, which is exactly in between ‘neutral’ and ‘more or less agree’.

Statistics Constructs							
		CON01	CON02	CON03	CON04	CON05	CON06
N	Valid	9	7	7	4	4	5
	Missing	0	2	2	5	5	4
Mean		4,444444	4,999857	4,357143	4,421875	4,578125	4,170000

Table 18: Mean per construct

Statistics Overall		
N	Valid	6
	Missing	0
Mean		4,49524067

Table 19: Overall outcome

5 CONCLUSION AND DISCUSSION

5.1 CONCLUSION

This research is conducted to find an answer to the question: *To what extent is the integration of nursing activities in conventional hotels feasible?* An empirical quantitative study and a literature study are conducted in order to gain a better understanding of the fit between nursing activities and conventional hotels. The literature study consisted of two parts: a literature overview concerning *diversification* and a literature overview concerning *strategic fit*. In addition, in the empirical study three panels of relevant experts were presented a questionnaire. The questionnaire consisted of 42 variables, which together included the components of strategic fit.

Research question 1

The first part of the literature study provides an answer to the first research question: *What are the characteristics and effects of diversification in the conventional hotel industry?* First, diversification can be defined as the entry into new markets with existing products or services, which could be new to the company. Diversification can be interpreted as differentiating markets, whereby more than one target market is focused on. However, not all diversification activities are equally applicable to any business and to any industry.

Second, the difference between related and unrelated diversification is typified by the relationship between the nature of the core industry versus the nature of the diversified segments. On the one hand, related diversification has found to be one of the best performing types of diversification strategies. In addition, related diversification turns out to be relatively profitable because of the company's ability to extend core skills into the related new activities. By contrast, other researchers conclude that unrelated diversification is preferred above related diversification because fluctuations among profits reduce due to the implementation of a diversification strategy and profitability can be increased by unrelated diversification strategies due to the efficiency with which internal capital can be distributed among businesses within the company's portfolio.

Third, industry-specific factors have an important influence on the success of diversification strategies. Effects of diversification on business performance are influenced by the type of industry, degree of market concentration and degree of market growth. Large effects on business performance depend on the potential of the market and the internal capability to utilise that opportunity. Both the lack of focus on relatedness of diversification with the core business and the negligence of industry-specific effects result in inconsistency and contradiction in research findings.

Fourth and final, The hospitality industry in general is known for low profitability and high risk. As a result, when a company implements a related diversification strategy, low performance can be expected, since the new activities are quite similar to the primary business. On the other hand, unrelated diversification could easily lead to relatively large performance gain when the new activities are situated in an average or highly profitable market. In addition, within hospitality industry risk minimisation is more significant as being an influence on business performance than synergistic effects or other related advantages. As a consequence, hotels should implement unrelated diversification.

Research question 2

The second part of the literature study provides an answer to the second research question: *How can the six components of strategic fit between nursing activities and conventional hotels*

(i.e., market attractiveness, competitive advantage, risk, corporate culture, organisational structure and management systems) be measured and assessed? The assessment of strategic fit provides insights into the appropriate levels of control, required resources and amount of risk, which are associated with the diversification strategy. The external factors are related to strategy formulation and include the following three elements: market attractiveness, competitive advantage and risk. The internal factors contribute to the successful implementation of the strategy and include: corporate culture, organisational structure and management systems. In addition, the measurement variables are derived from the corresponding components and all together form the integrated assessment tool.

Research question 3

The empirical part of the study provides an answer to the third research question: *To what extent do healthcare professionals, conventional hotel operators, and healthcare hotel operators agree upon the six components of the strategic fit between nursing activities and conventional hotels?* From the results it is shown that the three panels do not agree with each other in the same extent. The degree of agreement between healthcare professionals (panel 1) and conventional hotel operators (panel 2) is relatively high. In contrast to the degree of agreement between healthcare professionals (panel 1) and healthcare hotel operators (panel 3), which is relatively low. This outcome is striking since one could expect the highest level of conformity between two panels with matching specialisations (i.e., conventional hotel operators versus healthcare hotel operators or healthcare professionals vs healthcare hotel operators). Overall, the degree of agreement between the three expert panels can be interpreted as fair.

In addition, the similarity between the opinions of healthcare professionals, conventional hotel operators, and healthcare hotel operators have been proven as well. The results show that disagreement is measurable on only two of the 42 variables. The three expert groups do not agree on the statement that potential regular hotel guests will not drop out when they are aware of the care offer at the hotel with care and on the statement that insurers will fully reimburse nursing in a hotel with care. As regards the forty other statements no disagreement between the three expert groups is found.

General research question

The three specific research questions provide an answer to the general research question: *To what extent is the integration of nursing activities in conventional hotels feasible?* From the results it is shown that the integration of nursing activities in conventional hotels is in a moderate degree feasible. The three expert groups agree on a position between 'neutral' and 'more or less agree' as regards the feasibility of implementing nursing activities in conventional hotels. A strategic fit between nursing activities and conventional hotels thus has not been found unambiguously, but also has not been contradicted.

5.2 DISCUSSION

The Dutch healthcare environment has changed, people are living longer independently and healthcare professionals are facing troubles with transferring patients from hospital to further care institutions efficiently. The biggest issue is the gap between hospitalisation and going home. Since conventional hotels are geographically widely spread and since conventional hotels offer residence, adding healthcare activities to the services of a conventional hotel could be an opportunity. In addition, the question arose whether offering nursing activities in conventional hotels may be considered an opportunity for conventional hotels. However, controversy existed about the effects of unrelated and related diversification, since researchers argued the

importance of including industry-specific effects to diversification studies. Therefore this study focused fully on the fit between nursing activities and conventional hotels as a specific form of diversification. The results have shown that a strategic fit has not been found unambiguously. In addition, offering nursing activities in conventional hotels cannot be considered a great opportunity for conventional hotels, according to this study. Although the opposite has not been proven as well.

This study is focused on the perspective of experts from three different fields: healthcare professionals, conventional hotel operators and healthcare hotel operators. However, the sample size within each panel was insufficient for a representative view of the population, resulting in a reduced external reliability. An aim for representativeness is recommended in further researches. Furthermore, this study omits an important variable: the perspective of the consumer. Further research into the perspective of both care clients and regular conventional hotel guests is strongly recommended to further formulate a judgment about the opportunities for conventional hotels.

Since the social relevance of this study is high, further research is strongly recommended. On the one hand one may find other solutions to the problem (e.g. other suitable facilities for residence). On the other hand it is strongly advised to investigate how to make the integration of nursing activities in conventional hotels more attractive for conventional hotels. Investigating the possible role of the government can be a first step in this.

BIBLIOGRAPHY

- Alon, I., Ni, L., & Wang, Y. (2012). Examining the determinants of hotel chain expansion through international franchising. *International Journal of Hospitality Management*, Vol. 31, 379-386.
- Ansoff, H. (1957). Strategies for Diversification. *Harvard Business Review*, Vol. 35, 113-124.
- Bettis, R. (1981). Differences in Related and Unrelated Diversified Firms. *Strategic Management Journal*, Vol. 2, No. 4, 379-393.
- Chen, C., & Chang, K. (2012). Diversification strategy and financial performance in the Taiwanese hotel industry. *International Journal of Hospitality Management*, Vol. 31, 1030-1032.
- Chorn, N. (1991). The "Alignment" Theory: Creating Strategic Fit. *Management Decision*, Vol. 29, No. 1, 20-24.
- Christensen, H., & Montgomery, C. (1981). Corporate Economic Performance: Diversification Strategy Versus Market Structure. *Strategic Management Journal*, Vol. 2, No. 4, 327-343.
- Claver, E., Andreu, R., & Quer, D. (2006). Growth strategies in the Spanish hotel sector: determining factors. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, Vol. 18, No. 3, 188-205.
- Das, R., & Mohanty, B. (1981). Choosing a Diversification Project in a Regulated Economy. *Long Range Planning*, Vol. 14, 78-86.
- Datta, D., Rajagopalan, N., & Rasheed, A. (1991). Diversification and performance: Critical review and future directions. *Journal of Management Studies*, Vol. 28, No. 5, 529-558.
- Ginevičius, R. (2009). Quantitative evaluation of unrelated diversification of enterprise activities. *Journal of Civil Engineering and Management*, Vol. 15, No. 1, 105-111.
- Jang, S., & Tang, C. (2009). Simultaneous impacts of international diversification and financial leverage on profitability. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, Vol. 33, No. 3, 347-368.
- Lee, M., & Jang, S. (2007). Market diversification and financial performance and stability: A study of hotel companies. *Hospitality Management*, Vol. 26, 362-375.
- Lee, S., Xiao, Q., & Ho Kang, K. (2011). An examination of US hotel segment strategy: diversified, concentrated or balanced? *Tourism Economics*, Vol. 17, No. 6, 1257-1274.
- Lichtenthaler, E. (2005). Corporate diversification: identifying new businesses systematically in the diversified firm. *Technovation*, Vol. 25, 697-709.
- Mahasuweerachai, P., & Qu, H. (2015). The effect of multiple hotel brand extensions. *Tourism and Hospitality Research*, Vol. 15, No. 1, 27-38.
- Martorell-Cunill, O., Gil-Lafuente, A., Socías Salvà, A., & Mulet Forteza, C. (2014). The growth strategies in the hospitality industry from the perspective of the forgotten effects. *Compute Math Organ Theory*, Vol. 20, 195-210.
- Nationale Wetenschapsagenda. (2016). *093 Hoe kunnen innovatie, kwaliteit en toegankelijkheid van de geïnstitutionaliseerde en informele zorg bevorderd worden?* Retrieved April 22, 2016, from Wetenschapsagenda: <https://vragen.wetenschapsagenda.nl/cluster/hoe-kunnen-innovatie-kwaliteit-en-toegankelijkheid-van-de-ge%C2%AD%C3%AFnstitutionaliseerde-en>

- Ooi, C., Hooy, C., & Mat Som, A. (2014). Corporate Diversification and Firm Performance: Evidence from Asian Hotel Industry. *SHS Web of Conferences*, 1-7.
- Park, K., & Jang, S. (2011). Mergers and acquisitions and firm growth: Investigating restaurant firms. *International Journal of Hospitality Management*, Vol. 30, 141-149.
- Park, K., & Jang, S. (2012). Effect of diversification on firm performance: Application of the entropy measure. *International Journal of Hospitality Management*, Vol. 31, 218-228.
- Park, K., & Jang, S. (2013). Effects of within-industry diversification and related diversification strategies on firm performance. *International Journal of Hospitality Management*, Vol. 34, 51-60.
- Park, K., Jo Phillips, W., Canter, D., & Abbott, J. (2011). Hospitality and tourism research rankings by author, university, and country using six major journals: the first decade of the new millennium. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, Vol. 35, No. 3, 381-416.
- Robins, J., & Wiersema, M. (1995). A Resource-Based Approach to the Multibusiness Firm: Empirical Analysis of Portfolio Interrelationships and Corporate Financial Performance. *Strategic Management Journal*, Vol. 16, No. 4, 277-299.
- Robinson, G., & Lundstrom, W. (2003). Market expansion strategy: development of a conceptual market expansion decision scorecard. *Strategic Change*, Vol. 12, 259-272.
- Rompf, P. (1999). Consumer's evaluation of a new product bearing a familiar name: An exploratory study on brand equity extensions in the hospitality industry. *Journal of Vacation Marketing*, Vol. 5, No. 3, 253-262.
- Rumelt, R. (1982). Diversification Strategy and Profitability. *Strategic Management Journal*, Vol. 3, No. 4, 359-369.
- Stringham, B., & Gerdes, J. (2012). An Investigation of the Traveler Rating Lexicon Across Hotel Segments. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, Vol. 13, 187-211.
- Tanford, S., Carola, R., & Kim, Y. (2012). Determinants of customer loyalty and purchasing behavior for full-service and limited-service hotels. *International Journal of Hospitality Management*, Vol. 31, 319-328.
- Tang, C., & Jang, S. (2010). Does international diversification discount exist in the hotel industry? *Journal of Hospitality & Tourism Research*, Vol. 34, No. 2, 225-246.
- Van den Dungen, B. (2016, February 2). Praktijktteam zorg op de juiste plek. *Praktijktteam zorg op de juiste plek*. Den Haag, Zuid-Holland, Nederland: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Venkatraman, N., & Camillus, J. (1984). Exploring the Concept of "Fit" in Strategic Management. *The Academy of Management Review*, Vol. 9, No. 3, 513-525.
- Warrens, M. (2011). Cohen's kappa is a weighted average. *Statistical Methodology*, Vol. 8, 473-484.
- Xaio, Q., O'Neill, J., & Mattila, A. (2012). The role of hotel owners: the influence of corporate strategies on hotel performance. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, Vol. 24, No. 1, 122-139.
- Yeh, C., Chen, C., & Hu, J. (2012). Business diversification in the hotel industry: a comparative advantage analysis. *Tourism Economics*, Vol. 18, No. 5, 941-952.

Zorginstellingen. (2015, November 3). *Praktijkteam moet knelpunten zorg gaan aanpakken*. Retrieved April 25, 2016, from Zorginstellingen: <http://www.zorginstellingen.nl/nieuws/praktijkteam-moet-knelpunten-zorg-gaan-aanpakken-21830>

APPENDIX 1: QUESTIONNAIRE

Onderzoeker

M.J. Millenaar (student Management, Economics and Consumer Studies)

Onderzoeksvraag

In hoeverre is de integratie van zorgactiviteiten in conventionele hotels haalbaar?

Inleiding

Dit onderzoek heeft tot doel inzicht te verkrijgen in de 'fit' tussen verpleging enerzijds en conventionele hotels anderzijds (gezamenlijk aangeduid als: *hotels met zorg*). Deze vragenlijst zal worden verspreid onder een panel van experts en een panel van hoteleigenaren/-managers. Het onderzoek zal worden afgerond omstreeks november 2017. Wanneer u interesse heeft in de onderzoeksresultaten kunt u deze opvragen via marciano.millenaar@wur.nl. Deze vragenlijst neemt ongeveer vijf minuten in beslag. Gelieve elke vraag te beantwoorden door één keuzemogelijkheid aan te vinken. Eventuele correcties graag duidelijk kenbaar maken. Eventuele toelichtingen op de vragen kunt u kwijt in de open velden aan het einde van de vragenlijst. Niet alle vragen zullen betrekking hebben op uw expertiseveld. Gelieve ook deze vragen te beantwoorden.

Definiëring

Hotel met zorg: conventioneel hotel waar verpleging en andere gerelateerde zorgactiviteiten worden aangeboden. Dit onder andere door: aanpassingen in de hotelkamer, aanpassingen in het hotel, verzorging door verpleegkundigen en beschikbaarheid van paramedici.

Hartelijk dank voor uw medewerking.

1 MARKTAANTREKKELIJKHEID

1.1 KENMERKEN VAN DE ARBEIDSMARKT

1 Het aanbod op de arbeidsmarkt van zorgprofessionals in de sector verpleging is hoog.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

2 Zorgprofessionals in de sector verpleging zijn bereid om in een *hotel met zorg* te werken.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

3 Zorgprofessionals in de sector verpleging zijn geschikt om in een *hotel met zorg* te werken.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal

- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

1.2 KENMERKEN VAN DE DOELGROEP

4 Zorgpatiënten zijn een kansrijke doelgroep voor de hotelbranche.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

5 Onder de doelgroep zorgpatiënten is grote behoefte aan verblijf in verpleeginstellingen.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

6 De gemiddelde zorgpatiënt heeft voldoende bestedingsruimte om een verpleeginstelling langdurig te bekostigen.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

7 De doelgroep zorgpatiënten is bereid om een eigen bijdrage te betalen voor een verblijf in een *hotel met zorg*.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

1.3 CULTURELE NORMEN

8 Reguliere hotelgasten vinden het geen probleem wanneer zij in een *hotel met zorg* in contact komen met zorgpatiënten.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens

Volledig eens

9 Potentiele reguliere hotelgasten zullen niet afhaken wanneer zij op de hoogte zijn van het zorgaanbod in het *hotel met zorg*.

Volledig oneens

Overwegend oneens

Meer dan gemiddeld oneens

Neutraal

Meer dan gemiddeld eens

Overwegend eens

Volledig eens

10 Zorgpatiënten toelaten in het hotel past in de doorsnee cultuur van een hotel.

Volledig oneens

Overwegend oneens

Meer dan gemiddeld oneens

Neutraal

Meer dan gemiddeld eens

Overwegend eens

Volledig eens

11 Zorgpatiënten vinden het geen probleem te worden verzorgd in een hotel.

Volledig oneens

Overwegend oneens

Meer dan gemiddeld oneens

Neutraal

Meer dan gemiddeld eens

Overwegend eens

Volledig eens

2 CONCURRENTIEVOORDEEL

2.1 MATE VAN CONCURRENTIE

12 De mate van concurrentie in het zorgaanbod tussen *hotels met zorg* zal laag blijven.

Volledig oneens

Overwegend oneens

Meer dan gemiddeld oneens

Neutraal

Meer dan gemiddeld eens

Overwegend eens

Volledig eens

2.2 VRAAG

13 De vraag naar verblijf in verpleeginstellingen is groter dan het aanbod.

Volledig oneens

Overwegend oneens

Meer dan gemiddeld oneens

Neutraal

Meer dan gemiddeld eens

Overwegend eens

Volledig eens

14 Zorgpatiënten staan open voor zorgverlening in een hotel.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

15 Zorgpatiënten hebben meer behoefte aan 'hospitality' tijdens hun verblijf in een verpleeginstelling.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

2.3 SERVICEKWALITEIT

16 Hotels kunnen de benodigde kwaliteit van verpleging leveren.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

17 Hotels kunnen betere kwaliteit van verpleging leveren dan verpleegtehuizen.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

18 Hotels kunnen betere 'hospitality' leveren dan verpleegtehuizen.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

2.4 MANAGEMENTVAARDIGHEDEN

19 Het competentieniveau van een doorsnee hotelmanagement is toereikend voor het aanbieden van zorgactiviteiten in een hotel.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens

- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

3 RISICO

3.1 POLITIEK

20 Een hotel zal de benodigde certificeringen verkrijgen voor het aanbieden van zorgactiviteiten in het hotel.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

21 Regelgeving zal geen obstakel zijn voor de implementatie van zorgactiviteiten in een hotel.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

22 De overheid staat achter het aanbieden van zorgactiviteiten in een hotel.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

3.2 ECONOMIE

23 Verzekeraars zullen verpleging in een *hotel met zorg* volledig vergoeden.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

24 Verzekeraars zullen verpleging in een *hotel met zorg* gedeeltelijk vergoeden.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal

- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

25 Het aanbieden van verpleging in een *hotel met zorg* bevat weinig economische risico's voor het hotel.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

26 De implementatie van verpleging in een hotel vergt een relatief hoge financiële investering voor het hotel.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

27 De implementatie van verpleging in een hotel is rendabel voor het hotel.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

4 BEDRIJFSCULTUUR

4.1 GEDEELDE OVERTUIGING

28 De doorsnee medewerker van een hotel staat open voor verandering binnen het hotel.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

29 De doorsnee medewerker van een hotel staat open voor het aanbieden van zorgactiviteiten in het hotel.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens

- Overwegend eens
- Volledig eens

4.2 VERWACHTINGEN

30 De doorsnee medewerker van een hotel is bij verandering bereid zich aan te passen aan de nieuwe situatie.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

4.3 WAARDEN

31 Het aanbieden van zorgactiviteiten in een hotel past in de doorsnee bedrijfscultuur van een hotel.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

5 ORGANISATIESTRUCTUUR

5.1 PROCESSEN

32 De huidige activiteiten van een hotel dragen bij aan de implementatie van verpleging in het *hotel met zorg*.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

33 De interne communicatie binnen een hotel is toereikend voor het aanbieden van zorgactiviteiten in het hotel.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

5.2 SPECIALISATIE

34 De werkzaamheden van zorgprofessionals in de sector verpleging hebben een hoge mate van specialisatie.

- Volledig oneens

- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

35 Hotelmedewerkers kunnen worden ingezet voor uitvoering van zorgactiviteiten in het *hotel met zorg*.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

5.3 NORMALISATIE

36 De werkzaamheden van zorgprofessionals in de sector verpleging zijn gestandaardiseerd.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

37 De werkprocedures in de verpleging zijn gestandaardiseerd.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

6 MANAGEMENTSYSTEMEN

6.1 LEIDERSCHAPSVISIE

38 Het aanbieden van zorgactiviteiten in een hotel past in de doorsnee positionering van een hotel.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

6.2 ACTIVITEIT

39 Een doorsnee hotelmanagement staat achter het aanbieden van zorgactiviteiten in het hotel.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens

- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

40 Een doorsnee hotelmanagement zal zich proactief inzetten voor de implementatie van zorgactiviteiten in het hotel.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

6.3 FUNDAMENT VOOR KERNWAARDEN

41 Hotelwerknemers zullen zich betrokken voelen bij de zorgactiviteiten in het hotel.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

42 Hotelwerknemers zullen zich proactief inzetten voor de implementatie van verpleging in het hotel.

- Volledig oneens
- Overwegend oneens
- Meer dan gemiddeld oneens
- Neutraal
- Meer dan gemiddeld eens
- Overwegend eens
- Volledig eens

I Wat is uw naam? (optioneel)

.....

II Waar bent u werkzaam?

.....

III In welke branche bent u werkzaam?

.....

IV Wat is uw functie?

.....

V Kunt u een korte omschrijving geven van de bedrijfsactiviteiten?

.....

.....
.....
.....

VI Hoeveel jaar werkervaring heeft u in uw huidige- of in een soortgelijke rol?

.....
VII Wat is uw hoogst genoten opleidingsniveau?

.....
Toelichting op vragen / opmerkingen

APPENDIX 2: TRANSCRIPT INTERVIEW 1

Respondent: Mrs. R. Bousema – Care Manager of Healthcare hotel De Wartburg

R: Wij doen het dus andersom. Wij hebben een stevige zorgorganisatie en daarin hebben we gedacht we gaan een hotel doen. Dus dat is een andersom-gedachte van hotels die denken: wij gaan zorg doen.

I: Dus jullie waren van oorsprong zorgaanbieder en nog steeds en jullie zijn daarnaast een conventioneel hotel begonnen?

R: Ja nou ja een zorghotel dus. We hebben Axion Continu, we hebben heel veel locaties we hebben drie takken van sport. Dus we doen thuiszorg, verzorgd wonen en wat hier aan de overkant zit is mensen met een PG. Mensen met langdurige zorg, Die worden ook uit een andere pot betaald zeg maar. En we hebben regeling revalidatie en herstel en wij horen als zorghotel daar bij. En we hebben dan een revalidatiecentrum. En we zijn een nieuw zorghotel aan het bouwen waar je net geweest bent. Dus ja, en eigenlijk dit gebouw kwam leeg en toen dacht de voormalig bestuurder wat doen we nu met dit gebouw. Het was een verzorgingstehuisachtige situatie. Maar het gebouw was gewoon oud dus we dachten we gooien het plat en toen kwam het idee in 2012 om hier een zorghotel van te maken.

I: Het is vrij nieuw dus?

R: Ja het is een nieuw concept geworden. Maar wel vanuit de zorgkant en wij moesten juist meer vanuit de hotelkant binnenhalen.

I: Dus meer vanuit de hospitality-kant?

R: Ja dus de vraag was hoe doe je dat dan? Hoe haal je een hotel in de zorg?

I: Zijn jullie dit gaan onderzoeken of is dit op basis van kennis binnenhalen?

R: Ja kennis binnenhalen. Zorg dat kunnen we, daar zijn we goed in. Hoe doe je hotel? Mijn leidinggevende heeft heel veel contacten in de hotelwereld. Bij Van der Valk, bij Karel Vijvers in Utrecht. Daar hebben we heel veel contact mee gezocht. Wij zijn hotel tenzij... en dat is best lastig. Ik kom ook uit de zorg. Hoe doe je een hotel dan? Dat doe je door veel te lezen en te kijken: wat wil je zelf in een hotel? Wat doe je in een hotel? Dus gekeken en contact gezocht met mensen in de hotellerie. En ook qua inrichten hebben we daar naar gekeken. Je wil het ook echt zijn. We willen een hotel zijn. Maar dan wel vanuit de zorgkant.

I: Het onderzoek wat ik doe is eigenlijk net andersom maar komt in wezen op hetzelfde neer, al is het de omgekeerde kant: kan er in een conventioneel hotel zorg worden aangeboden?

R: We doen nu ook de Biltse Hoek. Het loopt hier zo goed dat we te weinig kamers hebben. We hebben contact gezocht met een aantal Van der Valken en ook Ibis. Nu in Van der Valk de Biltse Hoek hebben we tien kamers waar we in een bestaande hotel zorg leveren. Alleen de mensen die daar komen zijn mensen die op herstellingsbasis komen of op eerstelijnsverblijf of particuliere gasten. We hebben daar wel een zorgteam. Dag en nacht is er iemand van de verpleegkundige. Alleen mensen die daar zijn doen een beroep op eerstelijnszorg. Dus ze gaan naar hun eigen huisarts. We hebben daar wel fysiotherapie, maar doen dat wel vanuit de eerstelijns. Die worden op een andere manier gefinancierd. Andere financiering dan hier.

I: waar zit het verschil in?

R: Die mensen komen op basis van herstellingszorg, dus als je verzekerd bent en je bent aanvullend verzekerd dan kun je in je pakket herstellingszorg hebben. Zilverkruis heeft het sinds 1 januari uit hun pakket gezet.

I: Daar is het niet meer mogelijk dus?

R: Nee dat geeft echt wel problemen. Keizershof bijvoorbeeld doet geen GSZ-revalidatie wat we hier bijvoorbeeld doen. Dat ga ik zo wel even uitleggen. Dus de herstellzorggasten hebben contact met hun zorgverzekeraar en vragen of ze gebruik mogen maken van herstellzorg. Wij hebben contracten met alle verzekeraars en zij geven aan of het dan kan. Afhankelijk van hoe je verzekerd bent krijg je 1000 euro of 10 dagen. Je betaalt dan een deel bij. En we hebben mensen die komen uit het eerstelijnsverblijf. Eerstelijnsverblijf, daar sturen ook heel veel organisaties op. Zit nu in het basispakket en dan heb je hoog en laag. Maar daar zit maar weinig behandeling in, zoals fysiotherapie. Dat is voor ons heel on-aantrekkelijk omdat wij vaste therapeuten in dienst hebben. In de Biltsche Hoek hebben we dat niet. Mensen betalen een beetje bij. We zitten in een hotelsetting. Je kan ook eerstelijnsverblijf krijgen in een verpleeghuis of in een soort verblijfkamer ofzo. Maar hier kom je in een hotel waar je hotelfaciliteiten hebt, zoals een zwembad. Daar vragen we iets voor bij. Mensen krijgen dan bijvoorbeeld 100 euro vergoed en dan betalen ze 70 euro bij.

I: dat is dan voor eigen rekening?

R: Dat betalen ze zelf inderdaad en daarnaast moet de zorg natuurlijk betaald worden. Dit is alleen om te mogen verblijven. De zorg wordt betaald uit het eerstelijnsverblijf. We hebben daar deskundigen die zijn opgeleid als wijkdeskundigen. Zij indexeren die mensen en geven aan hoeveel zorg er nodig is bij een bepaalde indicatie. En dan halen we het geld uit de pot van de wijkthuiszorg. Maar hier in de Wartburg hebben we ook wel eens wat van dit soort mensen, maar veel mensen hebben een DBC en hebben een multidisciplinaire aanpak nodig. Zij krijgen fysiotherapie en logopedie en een psycholoog, net wat er nodig is en in hun pakket zit. Dat is een hele andere financieringsstroom. Dat kunnen wij hier alleen maar doen omdat wij vaste behandelaars en vaste artsen in dienst hebben.

I: Verzekeringstechnisch is dit dus genuanceerd?

R: Ja de Krim bijvoorbeeld richt zich met name op de herstellzorg en particuliere zorg. Van der Valk Tiel doet dat ook. Ze vliegen de zorg in vanuit de thuiszorg. Ze vliegen een dergelijke thuiszorgorganisatie in in het hotel. De behandelaars zijn gewoon vanuit de buurt en worden gevraagd of zij de behandelingen willen doen. Wij hebben een eigen zorgteam en eigen behandelaars. Dat is een heel ander concept. Eigenlijk doen wij een soort van revalidatiecentrum/verpleeghuisachtige setting in een hotel.

I: Aan de hand van een aantal stellingen zal ik vragen naar jouw kijk op de zaak. De eerste: zorgprofessionals in de sector verpleging zijn geschikt om in een zorghotel te werken.

R: Dat denk ik niet zomaar. De mensen die we hier hebben, hebben we daar echt heel erg op getraind. Het kan wel maar mensen moeten wel echt snappen wat je nu met een hotel wil doen. Er zijn doorlopende dilemma's. Mensen uit de zorg willen helpen. Mensen in de hotellerie willen ook helpen. Maar als je het hebt over eigen regie, zelfstandigheid, stimuleren en activeren, wat je ook eigenlijk wil doen in de zorg. Tenminste in deze setting. Je wil niet alles uit handen nemen. Tenminste dat willen wij. Ik kan me ook voorstellen dat je hotels hebt waar je mensen helemaal in de watten legt, maar ik ben ervan overtuigd dat dat niet goed voor een mens is want dan word je afhankelijk van zorg. Dat is echt een omdraaiing in het hoofd, dat is echt ingewikkeld.

I: dus die scheidingslijn is vrij lastig, tussen: wanneer vertroetel je mensen teveel en wanneer moet je juist wel weer hospitality bieden?

R: Juist. Wanneer ga je met je handen op de rug en wanneer ben je wel in de zorg. Ik weet toen we hier net begonnen dachten mensen: oh we hebben het beste van een hotel en het beste van een ziekenhuis. Een druk op de knop en we krijgen een glas water. Zo werkt het hier niet en in een hotel eigenlijk ook niet. Als je op de knop drukt, betaal je roomservice kosten. We hebben daar een soort modus voor gevonden. Als mensen het zelf kunnen, betalen ze roomservice. Als mensen echt bedlegerig en ziek

zijn krijgen ze zorg. Wij noemen dat medische roomservice. Daar zit wel iets ingewikkelds in. Niet iedereen kan dat, niet iedereen snapt dat.

I: En zoek je dat dan meer bij de zorgprofessionals die daar moeite mee hebben om daar een keuze in te maken?

Ja die vinden dat best lastig. We sturen daarop aan als leidinggevenden. Ik geef heel direct feedback en we doen ook alles via de backoffice. In de zorg is het heel normaal om op de gang te babbelen over allerlei dingen. In de hotellerie zie je dat dus echt niet he.

I: Een andere cultuur dus?

R: Ook het directe van het aangeven wat je oké vindt en niet oké, die aansturing is in de zorg veel minder. Dat doen wij dus wel veel meer. Dan is alles veel duidelijker. We werken ook met SLP's. Dat zijn standaard operationele procedures, die heb je in de hotellerie ook. Zo neem je de telefoon op, zo klopt je op de deur, hoe zie je er uit.

I: Dus echt uitgewerkte protocollen?

R: Ja ook dat is heel ongebruikelijk in de zorg.

I: Dus eigenlijk zijn jullie de cultuur binnen het bedrijf gaan aanpassen?

R: Ja. De professionele afstand proberen we bijvoorbeeld ook te bewaren. Geen mevrouwtjes maar altijd aanspreken met u. Je bent tijdelijk in het hotel. We vragen eigenlijk meteen: wanneer gaat u weer weg? Net als in een hotel. Je merkt ook dat als mensen hier langer blijven, we hebben bijvoorbeeld een meneer die verblijft hier al negen maanden, dat is niet oké. Ze gaan zich dan overal mee bemoeien, opeens vinden ze het eten te duur of andere dingen te duur of niet oké.

I: Een beetje de attitude die je in een verpleeginstelling zou verwachten?

R: Ja ze zijn dan teveel gehospitaliseerd.

I: Dus dan zou het advies zijn: houd het binnen de normen van een hotel. In een hotel verblijf je ook niet lang.

R: Ja precies. Nog een voorbeeld: we hadden een mevrouw die verbleef op een kamer. Die kamer is vrij vooraan, waar iedereen langs loopt. Die mevrouw is er niet meer maar verbleef daar. We praten ook in hoteltaal trouwens. We zeggen niet: u ligt op de kamer of we zetten u op de kamer, wat zorgtaal is. Nee, wij zeggen: ik begeleid u naar uw kamer of u verblijft op uw kamer. We proberen activiteit in de taal te brengen, wat ook lastig is in de zorg. Maar goed, die mevrouw verbleef op die kamer en vond het heel fijn met het gordijn open te liggen, want je kijkt naar de vijver en dat is leuk. En tja het is een gast, dus prima. Maar mevrouw heeft een zonde in en had keelkanker en moest de hele tijd slijm spugen in een bak. En ze lag ook veel op bed met de mond open en dat is niet erg prettig om te zien. Dat is dus zo.. wat is nu zorg en wat is hotel? Vanuit een hotel zou je denken dat het niet goed is als mensen aankomen en dit aangezicht is het eerste wat mensen zien.

I: In een conventioneel hotel zal je dat nog veel meer hebben. Hoe zouden de reguliere gasten reageren op het verblijf van zorgpatiënten?

R: Dat is erg interessant. Bij Van der Valk in Tiel zien we dat dat eigenlijk heel prima gaan. Maar goed, dat zijn relatief goede mensen. Dat zijn mensen die maar heel kort bij ons zijn. Dus meer de herstelzorggroep. Hier heb je soms best hele zieke mensen.

I: Wat zou dan de reden zijn dat het bij Van der Valk wel goed gaat?

R: Nou dat zijn mensen die toch lichtere zorg hebben en toch wat meer in het leven staan dan de mensen die we hier hebben. Die echt ziek zijn.

I: En de mensen die echt ziek zijn, de hier liggen? Zou dat een doelgroep zijn voor hotels? Zou dit binnen conventionele hotels mogelijk zijn?

R: Dat is een interessante vraag. Als je zo'n mevrouw hebt met keelkanker en met zondes, een luier en zuurstof. Vind je dat als hotelgast prettig om daar naast te zitten? Of als iemand heel vies aan het eten is. We hebben nu een meneer die er al heel lang is en half verlamd is, die zit wel heel rommelig te eten. Tja vind je dat prettig?

I: Dat blijft dus een open vraag?

R: Ja ik vraag me af als je op vakantie bent of je dat fijn vindt. Ik heb een seizoenkaart bij FC Utrecht en we hadden een nieuwe plek. En toen zat ik dus op een plek waar voor mij allemaal mensen met ALS zaten. Allemaal hele zieke zielige mensen in een rolstoel. Ik wil daar niet zitten! Ik ben alleen maar aan het opletten of de zuurstof wel goed zit. Eigenlijk wil je dat in je vrije tijd niet zien. Dat is ook wel meer vanuit mijn zorgkant dat dat niet prettig is om in je vrije tijd al die mensen te zien. Tuurlijk moeten die mensen daar zijn, dat is prima. Maar wil ik dit zien?

I: Denk je alsnog wel dat zorgpatiënten een kansrijke doelgroep zijn voor de hotelbranche?

R: In principe moet men doen wat ze willen doen. Ik zie echt wel wat in een samenwerking. Voor de lichte zorg zie ik het echt wel, maar de zware zorg? Ik denk dat we van elkaar moeten leren. Als ik kijk naar de samenwerking met Van der Valk, dat gaat fantastisch. Maar dan voor de lichte zorg. Ik zie hier niet mensen met halfzijdige verlammingen rondlopen. Nou ja, voor vakantie misschien. Maar voor revalidatie denk ik niet.

I: Er is natuurlijk een gat. Men wordt vanuit het ziekenhuis vroegtijdig naar huis gestuurd. Er is behoefte aan bedden. Een antwoord daarop is misschien de hotellerie. Hoe zie jij dat?

R: Dan praat je over mensen die eigenlijk nog niet naar huis kunnen, die echt zorg nodig hebben. Hoe haal je dan die deskundigheid goed in je hotel? En hoe voldoe je dan aan al die regels en krijg je de financiering rond? Dat is waar hotels tegenaan lopen. Van der Valk kan dat misschien financieren uit andere middelen, maar het is wel een lastige tak van sport. Ik denk juist dat die samenwerking heel mooi zou kunnen zijn. Zoals nu in het Domstate hotel: dat we contact hebben met de hotellerie. Van: hé help ons eens mee, denk eens mee en hoe doen we dit nu? Wij zijn dan weer goed in zorg.

I: Jij zou dan als conventioneel hotel een zorgpartij binnenhalen om de zorg uit te voeren?

R: Ja dat zou ik echt doen. Want dat is echt een andere wereld. Daar weet je als hotel niet genoeg van. Zij weten veel van hospitality en dat is fijn en goed. Als je bij Van der Valk kijkt hoe zij met dingen omgaan, hoe zij dingen managen. Dan denk ik: oh ja, oké, leuk, prima. Maar dat is makkelijker te leren dan andersom. Hoe is dan die zorg? Hoe ga je met kwetsbare mensen om? Terwijl dat eigen regie en die zelfstandigheid, dat kunnen wij dan weer leren van de hotellerie. Mensen in hun eigenwaarde laten.

I: Staat die zorgdoelgroep zelf wel open voor zorgverlening in een hotel?

R: Niet iedereen. Mensen die hier zijn, zijn mensen die heel proactief zijn. Mensen die het van te voren al hebben uitgezocht. Of ze hebben het gehoord. Die passen hier. Die kunnen alleen op hun kamer zijn, eigen regie voeren, zelf op een knopje drukken. Maar ook zichzelf kunnen vermaken. Wij hebben hier bijvoorbeeld geen welzijnsprogramma. We hebben het wel eens geprobeerd omdat mensen zeggen: ja we missen een beetje activiteiten. En organiseren we vervolgens iets, komt er geen hond op af. Dus dat is ook niet echt interessant. Dus dat is zoeken van: hoe doen we dat dan? Sommige mensen zijn er gewoon echt bij gebaat, die vinden het heerlijk. En anderen gaan hier dood. Die zeggen: ik zie hier niemand, wat moet ik hier? Als je het heerlijk vindt om op je kamer te zitten met je boek en met je

revalidatie bezig bent en mensen om je heen hebt of juist van stilte houdt en niet van die reuring, daar is het heerlijk voor.

I: Zijn ze dan heel erg op zoek naar de hospitality of juist niet?

R: Ik denk dat sommige mensen het heel fijn vinden die professionele afstand en de eigen regie. En een bepaalde luxe.

I: Even overall gezien: jullie hebben die cultuur hier aangepast. Jullie zijn het als hotelier gaan aanpakken. Hoe reageerde de doelgroep daarop?

R: De mensen vinden het hier heel fijn. Heb je onze cijfers gezien? Als je op zorgkaart kijkt, zie je dat we heel goed scoren. We hebben vanmiddag vergadering en zag ik dat we vorige maand een negen hadden, dat is heel hoog. Het hangt meestal op de voeding dat mensen niet zo tevreden zijn. Maar nee, mensen vinden het heel fijn. Wij zijn er van overtuigd dat als je in een prettige omgeving bent, je beter herstelt en je sneller goed voelt. Ik was een tijdje geleden opgenomen in het ziekenhuis, allemaal niet zo prettig. Zie ik daar matrassen met van die grote urineplekken staan. Ik wil daar niet zijn!

I: Dus eigenlijk binnen het spectrum van verpleegtehuis aan de ene kant en hotel aan de andere kant, wil je in het midden zitten?

R: Ja we willen volledig op zorg zitten, we willen de allerbeste zijn in zorg. Wat is belangrijk als je niet lekker bent? Wil je dan een hotel of wil je goede zorg? Ik denk dat die deskundigheid van goede zorg veel belangrijker is. En als die goede zorg in een fijne setting is en je voelt je welkom... We werken daar heel hard aan. Dan verzinnen we weer wat en dan gaan we weer met elkaar praten, van: hoe zit dat dan die combinatie? Ja ik denk dat de sleutel zit in die samenwerking. Maar wel in een zorgsetting. Want je moet aan zoveel dingen voldoen, aan regelgeving en zo. Je kan niet zomaar zeggen: we gaan aan zorg doen. In elk geval niet complexe zorg.

I: De certificeringen en regelgeving die je noemt. Is dat goed mogelijk voor hotels om die stap te maken?

R: Ik denk dat dat best moeilijk is. De omgekeerde weg, zoals bij ons, is makkelijker te realiseren. Je hebt wel regelgeving daarvoor maar men kijkt meer naar de cijfers van hoe tevreden zijn mensen en hoe is dat. En daar gebruiken wij die hotellerie voor. Op de zorg zit natuurlijk inspectie en alles zit daar op. Wij zijn pas ICO-gecertificeerd, in januari gaan we weer herkeuren. Je moet daar zoveel voor doen. Ik denk dat dat een lastige zaak is voor hotels, zeker de complexe zorg. Voor lichte zorg is dat een andere zaak.

I: Om samen te vatten: hotels kunnen de zorgkwaliteit leveren, mits ze er een partij bijhalen die daar gespecialiseerd in is?

R: Ja dat zou ik doen ja, dat zou ik adviseren.

APPENDIX 3: TRANSCRIPT INTERVIEW 2

Respondent: Mrs. M. De Vries – Care Manager of Van der Valk Vitaal

I: Ik zal je de eerste stelling voordragen: zorgprofessionals in de sector verpleging zijn geschikt om in een hotel met zorg te werken. Hoe denk jij daar over?

R: Die zijn geschikt om in een hotel met zorg te werken. Alleen moeten ze wel bijgeschoold worden in hospitality. De zorgprofessionals die hier komen moeten wel duidelijk die richting op willen omdat je verpleegkundig technisch op een ander niveau zit.

I: Hoe uit zich dat?

Hospitality is eigenlijk het pampere van mensen. Mensen het naar hun zin maken en zorgen dat zij zich comfortabel voelen. Dat is onder andere het doel van een hotel met zorg. Dit terwijl dit in de gezondheidszorg juist wordt afgeleerd. Dat je de mensen juist niet moet pampere en zelfredzaam moet maken. Wij maken de mensen ook wel zelfredzaam, maar op een andere manier. We halen net dat kopje koffie even extra of net wat meer aandacht voor het eten. In een gewoon verpleeghuis of in een ziekenhuis is daar de tijd niet meer voor. Dus die zorgprofessionals die weer terug willen naar de klantvriendelijkheid zijn hier juist heel erg op hun plek. Terwijl in het ziekenhuis en verpleeghuizen dit er juist afgehaald is omdat daar geen budget voor is.

I: Hoe regeert de cliënt daar op?

R: Die vinden het hier heerlijk. Die hebben meestal als de cliënt bij ons weg gaat en de doelstellingen zijn bereikt, dan gaan ze weg en dan zeggen ze: nou het was net een vakantie. En dat is net wat je wil bereiken. Het is ook zo dat mensen dat mensen in een comfortabele omgeving, niet ziekhuis of verpleeghuis gerelateerd, sneller herstellen. Daar is wetenschappelijk onderzoek naar gedaan.

I: We gaan naar de volgende stelling: zorgpatiënten zijn een kansrijke doelgroep voor de hotelbranche. Wat denk jij daarvan?

R: In zeer zekere zin wel. Maar dan moet je wel de categorieën bekijken en welke doelgroepen je dat kan bieden. Je kan niet elke doelgroep in een hotel hebben. Je kunt bijvoorbeeld geen echte verpleeghuiscliënten in een hotel hebben. Dat gaat niet omdat je anders ingericht bent. En dan moet je ook aan andere eisen voldoen.

I: Hoe ben je dan anders ingericht?

R: Als we het dan hier over Van der Valk hebben is het zo dat de hotelkamers zijn aangepast. Het zijn mindervaliden hotelkamers. Wij kiezen er dan voor dat de hotelkamers hetzelfde zijn zodat er ook gewoon mensen die gewoon valide zijn er kunnen verblijven. Als je een verpleegtehuis bent heb je echt hele andere aanpassingen nodig.

I: Eigenlijk zijn het mensen met een beperkte zorgbehoefte?

R: Ja het is laagcomplex. Hier is gekozen voor laagcomplexe revalidatie. Voor bijvoorbeeld een burn-out kan je hier uitrusten, dan zijn wij zeer geschikt. Maar als je echt hoge zorg nodig hebt... want een zorghotel is eigenlijk zo dat je gewoon naar huis gaat. De doelstelling is om je weer fit te maken en dan gewoon terug naar de thuissituatie. Als je complexe zorg doet, zoals verpleeghuiszorg, die gaan niet meer naar huis. Dus dan zouden ze hier blijven wonen en dat is niet de doelstelling.

I: Zorgpatiënten staan open voor zorgverlening in een hotel.

R: op het moment dat mensen weten dat ze hier een soort vakantie hebben en weer opknappen, wil iedereen wel bij ons zijn. Het eten is goed, de ambiance is goed, tja...

I: Geldt dat vakantie houden alleen voor mensen met laagcomplexe zorg of geldt het ook voor mensen die meer verpleging nodig hebben?

R: We kunnen zorgvakanties doen maar je moet wel kijken hoeveel zorg iemand nodig heeft en wat het prijskaartje is. Als je naar ons budget kijkt, het budget wat is vastgesteld, dat is twee uur zorg. Als je iemand hebt die meer dan twee uur zorg nodig heeft dan moeten we meer mensen inhuren. Dan wordt het best wel duur en je wilt ook geen tellerstellingen. We hebben op dit moment ook geen dagprogramma. Als je mensen hebt met hoog complexe zorg die een vakantie willen, dan zal je een dagprogramma moeten bieden. Want tja die kunnen niet zomaar naar buiten of iets. En daar zijn wij op dit moment niet op ingesteld.

I: De volgende stelling is: zorgpatiënten hebben meer behoefte aan hospitality tijdens hun verblijf in een verpleeginstelling.

R: Ja als mensen in een verpleeginstelling zijn hebben mensen daar wel behoefte aan.

I: Wat is de reden dat ze dat niet krijgen?

R: Personeelstekort. Ik heb zelf in een verpleeginstellingen gewerkt. Dat is wel heel lang geleden maar ik heb in het Vrijthof gewerkt. Daar is gewoon geen tijd voor. Als je tien mensen hebt die echt hoog complex zijn in zo'n verpleeghuis ben je blij als je ze voor tien uur gewassen gestreken in de ontbijtzaal hebt zitten.

I: Hotels kunnen de benodigde kwaliteit van verpleging leveren.

R: Ja, als je ziet hoe wij ingericht zijn. Dat kan, want wij huren van een thuiszorgorganisatie het personeel in. Die kijken naar kwaliteit en diploma's en BIG-geregistreerd en die zorgen dat het personeel goed geschoold is. Dus dan kan je die kwaliteit leveren.

I: Dan heb je het in principe alleen over de medewerkers. Maar als je naar de inrichting kijkt van het hotel?

R: De inrichting ook ja. Kunnen we gewoon leveren. Als alles rolstoelvriendelijk is en deuren gaan automatisch open, kun je heel veel doen.

I: Hotel kunnen betere hospitality leveren dan verpleegtehuizen.

R: Nou ja, weet je, het is wel zo dat het thema gastvrijheid in de gezondheidszorg heel hoog staat. Want daar krijg je prijzen en awards voor. Dus ze proberen het wel. Maar het is gewoon een geldkwestie. Als iemand in een instelling zit, heeft onze zorgverzekeraar en onze regering het zo duur gemaakt daar dat er altijd wordt bekibbeld op personeel. Ik ben er van overtuigd dat je zorg goedkoper kan maken. Dat is dan in een hotel met zorg, dan is de zorg eigenlijk goedkoper.

I: Hoe komt dat?

R: Dat komt omdat je aan andere eisen moet voldoen dan verpleegtehuizen.

I: Minder eisen?

R: Minder eisen ja. Andere eisen.

I: En waarom is dat?

R: Ja ik heb eigenlijk geen flauw idee. Regelgeving. En de meeste verpleegtehuizen zijn ook vanuit de regering vastgesteld en gesubsidieerd. Ze zijn met een hele andere start begonnen. Het is eigenlijk hoe we het nu doen, is eigenlijk een nieuwe impuls in de wereld van de zorg. Van hoe kun je op een andere manier goedkopere zorg geven.

I: Een mooi bruggetje naar de volgende: regelgeving zal geen obstakel zijn voor de implementatie van zorgactiviteiten in een hotel.

R: Nee als je de regelgeving, de WTZI en alles gewoon doet...

I: Dat is standaard?

R: Ja dan moet je wel audits doen en dan komen ze kijken of jij geschikt bent. Je krijgt niet zomaar een certificaat, daar moet je wel wat voor doen. Daar komen ze voor kijken. En dan krijg je zo'n certificaat.

I: En dan word je aangemerkt als zorghotel?

R: Dan word je aangemerkt als zorghotel ja. Dan heb je een WTZI nodig en een SHNZ-certificaat. Daar is nu wel discussie over, over dat certificaat. Of je dat moet hebben of niet.

I: En hoe groot is die investering in tijd en energie? Zou ieder hotel dat kunnen krijgen?

R: Ieder hotel zou het kunnen krijgen natuurlijk. Maar het kost veel tijd en energie om al je randvoorwaarden op orde te hebben.

I: Noem er is een aantal.

R: Je moet je kamers op orde hebben. Je moet laten zien hoe hygiënisch je werkt. De randvoorwaarden die ook een verpleeghuis heeft, van hoe je moet werken, moet je op orde hebben. Daarom doen we ook de ISO. De ISO is het kwaliteitssysteem. Het laat zien dat je kwaliteit levert. Je kunt de dingen aanvragen en in principe komen ze kijken of alles goed ingericht is. Je krijgt natuurlijk audits zoals in het ziekenhuis. Of dat je aan de papierwinkel voldoet.

I Verzekeraars zullen verpleging in een hotel met zorg volledig vergoeden.

R: Nee doen ze niet. Er zijn zelfs verzekeraars die een hotel met zorg er volledig uitgehaald hebben, doen ze niet meer. Op dit moment ziet de zorgverzekeraar nog niet de meerwaarde van een hotel met zorg. Wat eigenlijk voor de zorgverzekeraar goedkoper is.

I: Waarom is dat goedkoper?

R: je koopt de zorg anders is. Je hebt een arrangementprijs en dat is het. Een ziekenhuis is een veel groter gebouw, moet aan veel meer andere dingen voldoen. Er lopen een hoop andere professionals rond.

I: Een dagopname in een ziekenhuis kost meer dan een dag in een zorghotel?

R: Een dagopname kost gemiddeld tussen de 500 en 700 euro en wij hebben een arrangement van 245. Het ziekenhuis is gewoon een stuk duurder. Die prijzen zijn opgegaan in de loop der jaren. Een ziekhuis heeft ook andere apparatuur. Er staat een CT-scan en dat soort dingen. In een verpleeghuis ook. Daar zitten activiteiten bij en de fysio is in dienst. Alles is in dienst van het verpleegtehuis. Onze fysiotherapie kunnen we aanschakelen op het moment dat het nodig is. Ze hebben gewoon hun eigen praktijk. Ik moet wel zeggen dat in het ziekenhuis dat je ook als particulier gewoon terecht zijn, dat zijn ze aan het veranderen. Maar bijvoorbeeld de catering, wij hebben hier een hotel, de catering gaan gewoon mee. In het ziekenhuis moet je een speciale catering voor de cliënten hebben.

I: Dus alle randvoorwaarden heb je al in huis terwijl een ziekenhuis of verpleegtehuis dat moet creëren.

R: Ja zoiets moet je opzetten.

I: Dus eigenlijk is een hotel een uitgelezen mogelijkheid om zorg aan te bieden.

R: ja dan kan je bijvoorbeeld ook zeggen dat dagverpleging, dat als je een infuusje nodig hebt of iets anders... waarom moet je op zo'n duur ziekenhuisbed gaan liggen? Het ziekenhuisbed kost gemiddeld 1000 euro per dag omdat al die disciplines erom heen zitten.

I Waar op dat moment geen gebruik van gemaakt wordt.

R: Waar op dat moment geen gebruik van gemaakt wordt. Dus die bedden hebben een bepaalde prijs-categorie en dat is in een hotel met zorg niet. Dus je vlieg aan een geriater. Als je die nodig hebt, huren wij die in. Die is hier niet in dienst van ons, die is er niet altijd. Maar het is ook een heel ander stukje zorg. Eigenlijk moet je het zo zien dat verpleegtehuizen is hoog complex. Maar mensen die moeten revalideren gaan ook naar verpleegtehuis. Dus die gaan in diezelfde prijs-categorie mee.

I: Terwijl dat niet nodig is.

R: Terwijl dat niet nodig is.

I: Even samengevat: laag complexe zorg zou je moeten verplaatsen naar hotels met zorg, want qua kosten zit je daar een stuk lager.

R: Bijvoorbeeld iemand die geopereerd is... tegenwoordig heb je natuurlijk wel heel snel dat mensen heel snel naar huis gaan. Maar je zou kunnen zeggen dat mensen na een operatie, die blijven nog wel eens iets langer. Die kun je ook hier laten herstellen.

I: Eigenlijk dus een enorme kans voor de zorg in Nederland?

R: Het is een super kans. Alleen de zorgverzekeraars zijn er nog niet aan toe. Die doen daar best wel heel moeilijk over, om contracten te krijgen. Vroeger hadden we de topkamers. Mensen moesten daarvoor bij betalen. Nu hebben we de eerstelijnsverblijven, dat zijn mensen die ongeplande zorg nodig hebben. Ongeplande zorg zoals een Vrijthof, die hebben ook bedden daarvoor. Vanuit de zorgverzekeraar krijg je daar heel weinig geld voor, dus mensen willen dat ook niet. De verpleegtehuizen willen dat ook eigenlijk liever niet meer, die eerstelijnszorg. Maar die mensen moeten wel een plekje hebben. Maak daar nou gewoon geld voor, wat een normaal bedrag is. En dat kan heel goed in een hotel met zorg.

I: Wat wordt er nu dan wel vergoed?

R: Bijvoorbeeld als je een EOV-indicatie hebt, een eerstelijnsverblijf, dan wordt er 100 procent vanuit de basisverzekering vergoed. De cliënt ziet dat ook geen rekening of iets. Mensen kunnen ook particulier hier komen. Maar wat bijvoorbeeld ook vergoed wordt: mensen hebben in de polis dat het zorghotel

vergoed wordt. En wat er dan vergoed wordt is het verblijf. Dat wordt dan vergoed. Wat je wel kan doen is de zorg die je levert als verpleegkundige, dat houd je bij in een zorgplan. Hoeveel minuten je voor de HDL doet, de dagelijkse lichaamsbehoefte. Doe je een kathetertje wisselen, doe je nog iets anders, allemaal van die verpleegkundige dingen. Dat breng je allemaal in kaart en daar verbind je codes aan. Dus dan kun je die zorg ook nog vergoeden. Dus stel je voor dat je een polis hebt die zegt 100 euro per dag. Vijftien dagen lang krijg je 100 euro per dag voor het verblijf. Dan proberen wij die zorg te declareren, want anders zou die thuiszorg krijgen. Dus die thuiszorg verschuif je naar het hotel met zorg en dat wordt dan afgerekend. Als wij geen contract daar mee hebben wordt maar 75 procent van de contracten die ze hebben, vergoed.

I: Dat is dan puur voor het verblijf?

R: Voor het verblijf heb je een bepaald bedrag wat in de polis staat. En als je dan bij ons mag blijven is het goed. En dan heb je niet gecontracteerde zorg en dat wordt dan voor 75 procent vergoed. Daar komen mensen soms dan best wel mee uit. Stel je voor dat mensen per dag misschien voor 100 euro zorg nodig hebben. 100 euro krijgen ze vergoed voor het verblijf, dat zijn twee aparte dingen. Dan blijft er nog 45 euro over om bij te betalen. Sommige verzekeringen betalen alles. Het kan ook zo zijn dat mensen hier komen voor het ontzorgen van de mantelzorgen. Dan nemen wij tijdelijk die zorg over. En als je die zorgen over neemt dan kan dat ook. Er zijn heel veel wegen qua financiën die naar Rome leiden.

I: Je moet dus heel wat potjes bij elkaar rapen. Brengt dat niet een enorme administratieve last met zich mee?

R: Nou als je het op een gegeven moment goed in kaart hebt niet. Op een gegeven moment weet je wel welke verzekeraar wat doet. Het enige vervelende is dat verzekeraars elk jaar de producten veranderen. Sommige zorgverzekeraars hebben bijvoorbeeld hulp aan huis. Dat bedrag van bedrag aan huis kan je dan eigenlijk gebruiken om zorg in te kopen bij ons. Sommige mensen hebben een PGB. Mensen die zelf de PGB beheren die kunnen ook onze zorg kopen, want dan mag je zelf je zorg kopen. Er zijn heel veel verschillende manieren.

I: Laatste stelling: het aanbieden van zorgactiviteiten in een hotel past in de doorsnee positionering van een hotel.

R: Dat kan maar dan het is net wat het verwachtingspatroon is, daar gaat het om. Zoals bij ons wij hebben een heerlijk zwembad natuurlijk. Het is een zorgactiviteit om hier te revalideren of lekker te ontspannen bijvoorbeeld. Als je dat ontspannen ziet als een zorgactiviteit, dat kan heel goed in een hotel. Wij hebben ook een prachtige fitness om te revalideren natuurlijk. Ik vind dat wij als Van der Valk er heel goed op ingesteld zijn om zorgactiviteiten te doen. Maar of dat in elk hotel kan, daar ben ik niet van overtuigd. Ik ben er niet van overtuigd dat als je een kleinschalig hotel hebt, die niet alle faciliteiten hebben om te kunnen ontspannen en om zorgactiviteiten te doen, dat is moeilijk. Wij zijn een uitgelezen hotel waar dat wel kan.

I: Dus conclusie: ja mits de randvoorwaarden en faciliteiten daar op ingesteld zijn.

R: Inderdaad.