

STRATEGISCH MANAGEMENT
VOOR DE GEZONDHEIDS-
EN WELZIJNSSECTOR

Strategisch management voor de gezondheids- en welzijnssector

RAF DE RYCKE
PAUL GEMMEL

Derde herziene druk: februari 2015

Tweede druk: augustus 2013

D/2015/45/202 – ISBN 978 94 014 2657 2 – NUR 860, 801

Vormgeving cover: Studio Lannoo / Keppie & Keppie

Vormgeving binnenwerk: Jurgen Leemans

© Raf De Rycke, Paul Gemmel & Uitgeverij Lannoo nv, Tielt, 2015.

Uitgeverij LannooCampus maakt deel uit van Lannoo Uitgeverij,
de boeken- en multimediativisie van Uitgeverij Lannoo nv.

Alle rechten voorbehouden.

Niets van deze uitgave mag verveelvoudigd worden en/of
openbaar gemaakt, door middel van druk, fotokopie,
microfilm, of op welke andere wijze dan ook, zonder
voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Uitgeverij LannooCampus
Erasme Ruelensvest 179 bus 101
3001 Leuven
België
www.lannoocampus.be

‘Het menselijk verstand is nooit tevreden
met de zaken zoals ze zijn
het is steeds op zoek om de dingen beter te maken
en de dingen beter te doen
het veronderstelt dat alles verbeterd kan worden.’

Harlow H. Curtice

Wij dragen dit boek op aan alle huidige en toekomstige
leidinggevers en beleidsverantwoordelijken die zich inzetten
in de gezondheids- en welzijnssector.

Inhoud

Voorwoord	15
-----------	----

DEEL 1

SOORTEN MANAGEMENTTAKEN EN ALGEMENE TRENDS IN MANAGEMENTLAND	21
---	----

Hoofdstuk 1

Soorten managementtaken	22
--------------------------------	----

Operationeel management	25
Strategisch management	28
Structurerend management	48
Vergelijking tussen operationeel, strategisch en structurerend management	50
Institutioneel management	52

Hoofdstuk 2

Algemene trends	56
------------------------	----

Intuïtief strategisch management	56
Management van de levensfase	57
Een plattere organisatiestructuur	58

DEEL 2

STRATEGISCH-MANAGEMENTPROCES	61
------------------------------	----

Hoofdstuk 1

Missie	63
---------------	----

Procesmatige aanpak voor een missieformulering	67
Criteria waaraan een goede missie moet beantwoorden	68
Situering van de missie binnen het strategisch plan	70
Belang van de missie	71
Types van missies	72
Verspreiding van de missie	72

Hoofdstuk 2	
Strategische analyse	73
Product-marktcombinaties	73
Concurrentieanalyse	75
Omgevingsonderzoek	80
Intern onderzoek	89
Confrontatie tussen omgevingsonderzoek en intern onderzoek	97
Hoofdstuk 3	
Strategische keuzes	103
Strategisch spanningsveld	104
Strategieniveaus	105
Soorten strategieën	107
Soorten strategieën voor de ziekenhuisapothek	110
Hoofdstuk 4	
Strategische beslissingen	114
Oesterbank-concept	116
Hoofdstuk 5	
Implementatie	130
Algemene aandachtspunten	130
Implementatieaspecten van enkele samenwerkingsmodellen	142
Hoofdstuk 6	
Evaluatie	156
Budgettering	158
Benchmarking	164
Social auditing	168
Hoofdstuk 7	
De balanced scorecard en het EFQM-model	169
Balanced scorecard	170
Efqm-model	175
DEEL 3	
ENKELE TRENDS IN DE GEZONDHEIDS- EN WELZIJNSSECTOR	179

Hoofdstuk 1	
Zorgverandering	181
Hoofdstuk 2	
Naar een minder actieve rol van de overheid?	196
Hoofdstuk 3	
De toenemende betrokkenheid van de cliënten	199
Hoofdstuk 4	
Sociaal ondernemerschap	204
Hoofdstuk 5	
Kwaliteit en veiligheid	207
Hoofdstuk 6	
De toenemende inspraak van het personeel, de artsen en de vakbondsorganisaties	210
Hoofdstuk 7	
De toenemende aandacht voor principes en regels van goed bestuur	213
Hoofdstuk 8	
De Europese dimensie	220
Hoofdstuk 9	
Aangepaste beheersstructuren en de intrede van lekenbestuurders in voorzieningen opgericht door congregaties	224
Hoofdstuk 10	
Commercialisering van de zorg	226
Hoofdstuk 11	
Zoektocht naar alternatieve financieringsbronnen voor vastgoed	231

DEEL 4	
DE ORGANISATIE VAN ZORG- EN WELZIJSORGANISATIES: STRUCTUREN EN VERANDERING	237
Hoofdstuk 1	
Organisatiestructuren	240
De functionele structuur	241
De divisiestructuur	242
De matrixstructuur	243
Van een functionele structuur naar een divisiestructuur	245
Procesgerichtheid	246
Van een unitair paradigma naar een netwerkparadigma	247
Hoofdstuk 2	
Netwerkorganisaties	250
Enkele vaststellingen en evoluties inzake netwerken	250
Behoefte aan netwerkbeleid	252
Basisprincipes	254
Netwerkmodellen	255
Netwerkcriteria	257
Een praktische toepassing op de sector geestelijke gezondheidszorg	259
Hoofdstuk 3	
Organisatieverandering	263
Een Tayloristische visie op organisaties	264
Organisaties als 'complex adaptieve systemen'	264
Een zorginstelling als complex adaptief systeem	272
Organisatieverandering en leiderschap	273
DEEL 5	
VERANTWOORDELIJKE ORGANEN VOOR HET STRATEGISCH MANAGEMENT	275
Hoofdstuk 1	
Raad van Bestuur	279
Strategische opdracht	279

Criteria voor de samenstelling van de Raad van Bestuur	284
Profiel voor een bestuurder	288
Rekruteringsmogelijkheden	290
Tijdsbesteding en vergoeding	291
Evaluatie van de Raad van Bestuur	293
Vorming en bijscholing van bestuurders	295
Hoofdstuk 2	
Algemene Vergadering	297
Hoofdstuk 3	
Directie	299
Hoofdstuk 4	
Rolevolutie	304
Epiloog	
Bijlagen	
Evaluatie van een Raad van Bestuur	311
Enquête inzake strategisch management	315
Enquête inzake stakeholders	321
Noten	323
Trefwoordenregister	334

Lijst van figuren en tabellen

Figuur 1: Soorten managementtaken	24
Figuur 2: Proactief versus reactief management	30
Figuur 3: Strategisch-managementproces	33
Figuur 4: Doen we de juiste dingen? En doen we de dingen juist?	35
Figuur 5: RAPLEX-omgeving	36
Figuur 6: Verhouding routinematige versus niet-routinematige beslissingen op grond van het soort management	52
Figuur 7: Werken aan en met een missie	64
Figuur 8: Strategisch plan	71
Figuur 9: Het vijfkrachtenmodel	76
Figuur 10: Omgevingsanalyse	84
Figuur 11: Dienstlevenscyclus van een rusthuis	92
Figuur 12: Het strategisch spanningsveld	104
Figuur 13: Strategieniveaus	106
Figuur 14: Strategieën voor een ziekenhuisapotheek	111
Figuur 15: Lizardmodel	119
Figuur 16: De lerende organisatie	140
Figuur 17: Overzicht van samenwerkingsmodellen	146
Figuur 18: Performantie van de gemiddelde kosten van organisaties en interorganisatiele netwerken	151
Figuur 19: Performantie van de kwaliteit van dienstverlening van organisaties en interorganisatiele netwerken	151
Figuur 20: Balanced scorecard	172
Figuur 21: EFQM-model	176
Figuur 22: Verband tussen de levenscyclus van een organisatie, product of dienst en de leiderschapsstijl	182
Figuur 23: Organogram van een psychiatrisch ziekenhuis	193
Figuur 24: Cliëntenparticipatieladder	201
Figuur 25: Vuurlijnmanagement	203
Figuur 26: Voorstelling sociaal ondernemerschap als combinatie van het nemen van verantwoorde risico's binnen een lerende organisatie en een innovatief, gedreven en inspirerend vermogen	205
Figuur 27: Voorstelling sociaal ondernemerschap uitgaande van de dimensies profit versus non-profitsector en gereglementeerde versus vrije markt	206
Figuur 28: Keuzematrix voor infrastructuurfinanciering	235
Figuur 29: Het perpetuum mobile van organiseren	238

Figuur 30: Continuüm van integratie op basis van functie en output	245
Figuur 31: Matrixorganisatie voor een zorgprogramma	259
Figuur 32: Organogram van een art. 107 netwerk	262
Figuur 33: De onderliggende dynamieken van complex adaptieve systemen	266
Figuur 34: Complexe patronen in zwermen van spreeuwen	268
Figuur 35: Managementbevoegdheden op grond van delegatie en toezicht	302
Tabel 1: Timemanagementmatrix	38
Tabel 2: Verschilpunten tussen leiders en managers	43
Tabel 3: Vergelijking tussen soorten management op het vlak van opdracht, processen, besluitvorming en vaardigheden	51
Tabel 4: Kwaliteitsevaluatie van een missie	70
Tabel 5: PMC-matrix voor een psychiatrisch centrum	75
Tabel 6: Concurrentieanalyse	79
Tabel 7: Analyse van de omgevingsontwikkelingen	83
Tabel 8: Relevantiematrix kansen en bedreigingen	89
Tabel 9: BCG-matrix	91
Tabel 10: BCG-matrix voor een gezondheids- en welzijnsinstelling	91
Tabel 11: BCG-matrix voor een rusthuis	93
Tabel 12: Evaluatiematrix sterkten en zwakten	97
Tabel 13: SWOT-matrix	99
Tabel 14: Matrix van typestrategieën	102
Tabel 15: Het budgetteringsproces	163
Tabel 16: Benchmarkingsproces	165
Tabel 17: Succesvolle benchmarking	167
Tabel 18: Netwerkmogelijkheden in functie van rechtspersoonlijkheid, inzet van middelen en aansturing/regie	256
Tabel 19: Performantiecriteria voor een netwerk	258
Tabel 20: Tijdsbestedingsraming voor bestuurders	292
Tabel 21: Rolevoluitie bij het management	305

Voorwoord

Gezondheids- en welzijnszorg enerzijds en management anderzijds zijn begrippen die vandaag de dag meer en meer met elkaar in verband worden gebracht. Zeker in een tijd dat de social-profitsector geconfronteerd wordt met fundamentele beleidsproblemen en nieuwe uitdagingen, loont het de moeite oplossingen te zoeken vanuit een managementoptiek. Vraaggestuurde zorg, naadloze zorg, toenemende professionalisering van de zorg, inspraak en participatie, patiëntenrechten, vermaatschappelijking van de zorg, maatschappelijke legitimering, besparingen op het overheidsbudget, diversificatie en specialisatie van het aanbod, groeiende afhankelijkheid van netwerken van complementaire en concurrerende voorzieningen, schaalvergroting, deconcentratie, nieuwe financieringssystemen: het zijn enkele voorbeelden van hedendaagse ontwikkelingen die op een bedrijfsmatige wijze moeten worden benaderd. Om effectief op deze uitdagingen te kunnen reageren en bij voorkeur zelfs te anticiperen worden de verantwoordelijken van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen verplicht ruime aandacht te besteden aan het strategisch management. Onder gezondheidsvoorzieningen vallen ziekenhuizen (universitaire, algemene en psychiatrische ziekenhuizen), psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven voor beschut wonen, rust- en verzorgingsinstellingen, centra voor geestelijke gezondheidszorg, therapeutische gemeenschappen ... Voorbeelden van welzijnsvoorzieningen zijn rustoorden, serviceflats, diensten Kind en Gezin, voorzieningen voor bijzondere jeugdzorg, voorzieningen binnen de sector gehandicaptenzorg (multifunctionele centra en flexibel aanbod meerderjarigen, centra voor ontwikkelingsstoornissen, revalidatiecentra, thuisbegeleidingsdiensten, diensten begeleid wonen, diensten zelfstandig wonen, beschutte en sociale werkplaatsen, consultatiebureaus, centra voor beroepsopleiding ...). Al deze voorzieningen met maatschappelijk nut stellen veel mensen tewerk en creëren een belangrijke toegevoegde waarde. In Vlaanderen zorgen al deze voorzieningen voor een

tewerkstellingsvolume van ongeveer 300.000 personen. De laatste tien jaar kende de social profit een jaarlijkse gemiddelde groei van 5%. Als gevolg van de vele maatschappelijke noden op het vlak van gezondheid en welzijn wordt tegen 2019 een totaal tewerkstellingsvolume verwacht van 345.000 personen, hetgeen overeenkomt met een gemiddelde jaarlijkse groeivoet van 2,3%. In de SERV-rapportenreeks over indirecte werkgelegenheid is becijferd dat voor elke honderd personen werkzaam in de Belgische gezondheids- en welzijnssector er indirect dertig werkzaam zijn in andere sectoren van de economie. Zo zorgt deze sector dus ook indirect voor substantiële bijkomende tewerkstelling en toegevoegde waarde¹. In Nederland vinden we in grote lijnen dezelfde benamingen van voorzieningen terug. Specifieke termen treffen we onder meer aan in de sector geestelijke gezondheidszorg, waar de initiatieven voor beschut wonen bekend zijn onder de naam regionale instituten beschermde woonvormen (RIWB's) en de centra voor geestelijke gezondheidszorg voorkomen onder de benaming regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG's). Een ander voorbeeld betreft de rustoordensector, waar men in Nederland de termen verzorgingstehuizen en verpleeghuizen hanteert. In de verzorgingstehuizen treffen we vooral de minder zwaar zorgbehoevende bejaarden aan, in tegenstelling tot de verpleeghuizen, die bedoeld zijn voor de zwaar zorgbehoevende bejaarden en die hun wortels hebben in de gezondheidszorg.

De meeste van deze voorzieningen zijn niet op winst gericht ('not for profit') en maken aldus deel uit van de quataire sector: de niet-commerciële dienstverlening. Binnen de ouderensector streeft een stijgend aantal woon- en zorgcentra met een vennootschapsstructuur winst na ("for profit"). Deze centra situeren zich in de tertiaire sector van de commerciële dienstverlening.

Empirisch onderzoek toont aan dat nog te veel gezondheids- en welzijnsvoorzieningen een medium profile vertonen op het vlak van strategisch management. Een nog te grote groep van voorzieningen komt veel te weinig op een bewuste manier tot strategisch management en volgt eerder een 'reactorstrategie': ze gaan over tot veranderingen bij acute interne situaties of bij een fundamentele externe bedreiging. Foutieve strategieën of het ontbreken van strategieën leiden tot het missen van kansen en/of het niet afwenden van bedreigingen. Goede intenties volstaan niet langer om in te spelen op nieuwe trends en noden. Het voortbestaan van deze voorzieningen zal hoe langer hoe meer afhangen van de mate waarin de

principes van strategisch management op een professionele wijze worden ontwikkeld. Een van de doelstellingen van dit werk is de verantwoordelijken van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen ervan te overtuigen dat strategisch management moet uitgroeien tot een continu proces, zodat men als het ware verplicht wordt om alle veranderingen van interne en externe aard permanent te volgen en het belang ervan voor de eigen voorziening in te schatten.

Net zoals in de ondernemingswereld houden ook in de gezondheids- en welzijnssector de verantwoordelijken zich als manager bezig met het reilen en zeilen van hun kleine, middelgrote of grote voorziening of organisatie, van de solistische huisartsenpraktijk tot het omvangrijke universitaire ziekenhuis. Velen onder hen kun je bestempelen als professionele managers. De aard en dosering van de managementvraagstukken verschillen van manager tot manager. Een hoofdverpleegkundige in een ziekenhuis zal zich meer bezighouden met management van de onder zijn leiding staande uitvoerende werkzaamheden (operationeel management). Een directielid zal actief zijn op het vlak van de uitvoering van de begroting en het inzetten van personeel (structurerend management). Een bestuurder zal dan weer meer oog hebben voor de doelstellingen van de organisatie (strategisch management). Niet alleen de plaats in de organisatie is belangrijk voor de managementopdracht, ook de vrijheidsgraad die men heeft. De resultaten van het structurerend en strategisch management moeten door de verschillende belanghebbenden als voldoende legitiem worden ervaren (institutioneel management).

Als gevolg van een aantal ontwikkelingen in het gezondheids- en welzijnslandschap en een aantal nieuwe inzichten vanuit de praktijk, drong zich een derde herdruk op met een aantal aanvullingen. Een eerste aanvulling gebeurde bij het thema over de missie (hoofdstuk 1 van deel 2). Om de missie op een meer gestructureerde en objectieve wijze te evalueren werd een tabel ingelast met een aantal criteria. Meer aandacht is gegaan naar de inventarisatie van de belangrijkste stakeholders (hoofdstuk 2 van deel 1 over het omgevingsonderzoek). In de bijlagen werd hiertoe een instrument toegevoegd. Een nieuwe tabel werd ingelast om de omgevingsanalyse nog beter te ondersteunen. In deel drie vond een belangrijke actualisering plaats van de trends in de gezondheids- en welzijnssector en werden 3 nieuwe trends toegevoegd: sociaal ondernemerschap, kwaliteit en veiligheid en de zoektocht naar alternatieve financieringsbronnen voor infrastructuur.

In een eerste deel wordt ingegaan op het algemeen denkkader van management binnen de social-profitsector en op enkele trends in managementland die belangrijk zijn voor het strategisch management. Bij het algemeen denkkader gaat de aandacht naar de volgende vier vormen van management: operationeel, structurerend, strategisch en institutioneel management. Er wordt ook een vergelijking gemaakt tussen het operationeel, structurerend en strategisch management. Het intuïtief strategisch management, het management van de levensfase en een plattere organisatiestructuur worden als voorbeelden gegeven van enkele algemene trends.

In deel twee komen de volgende vijf delen van het strategisch managementproces aan bod: de missie, de strategische analyse, de strategische keuzes, de implementatie en de controle. Een afzonderlijk hoofdstuk gaat over strategische beslissingen. Deel twee wordt afgesloten met de bespreking van de balanced scorecard en het EFQM-model.

Deel drie behandelt 11 specifieke trends in de gezondheids- en welzijnssector: de zorgverandering, naar een minder actieve rol van de overheid?, het sociaal ondernemerschap, kwaliteit en veiligheid, de toenemende inspraak van personeel, artsen en vakbondsorganisaties, de toenemende aandacht voor principes en regels van goed bestuur, de Europese dimensie, de aangepaste beheersstructuren en de intrede van lekenbestuurders in voorzieningen opgericht door congregaties, de commercialisering en de zoektocht naar alternatieve financieringsbronnen voor vastgoed.

Deel vier heeft betrekking op de organisatie van zorg- en welzijnsvoorzieningen. Achtereenvolgens wordt gefocust op de organisatiestructuren, netwerkorganisaties en organisatieverandering.

In hoofdstuk 3 van deel vier wordt organisatieverandering veel uitgebreider behandeld met aandacht voor nieuwe modellen uit de organisatiedynamica zoals complex adaptieve systemen.

In het laatste deel gaat alle aandacht naar de organen die bevoegd zijn voor het strategisch management: de Algemene Vergadering, de Raad van Bestuur en de directie.

In de bijlagen kunt u een model van een evaluatieformulier aantreffen voor een Raad van Bestuur, een test om het strategisch denk- en handlingsvermogen van uw organisatie of voorziening te laten evalueren door de Raad van Bestuur en een enquête inzake stakeholders.

Het geheel steunt op drie pijlers: de theoretische benadering vanuit de profitsector, een vertaling van deze benadering naar de gezondheids- en

welzijnssector en eigen ervaring opgedaan met strategisch management in het beheer van verschillende gezondheids- en welzijnsvoorzieningen.

Deze klassieker mag niet langer ontbreken op de boekenplank van personen of organisaties die direct (bestuurders, directies, artsen, staf-medewerkers, kaderpersoneel, overheden, koepelorganisaties, verzekeringsinstellingen ...) of indirect (politici, syndicale organisaties, toeleveranciers ...) met de strategische dimensie van zorg te maken hebben. Dit boek is ook interessant voor al wie zich in de toekomst in de gezondheids- en welzijnssector in een besturende of leidinggevende functie wil inzetten. Aangezien het grootste gedeelte van de inhoud zowel relevant is voor België als voor Nederland en een aantal specifieke Nederlandse accenten werden gelegd, kunnen we niet anders dan het boek ook aan onze noorderburen warm aan te bevelen.

Bijzondere dank gaat uit naar prof. dr. M. Buelens, prof. dr. J. de Rijcke en naar prof. N. Van Robaeys voor de nuttige commentaren, en naar de heer Etienne Verschraege voor de vormgeving.

Graag willen we u de lectuur van dit boek aanbieden. Suggesties tot aanvulling of verbetering zijn altijd welkom.

DEEL 1

R. De Rycke

Soorten managementtaken en algemene trends in managementland

*‘Het begin van alle orde bestaat erin de woorden
een juiste betekenis te geven.’*

Confucius

Soorten managementtaken

In elke voorziening die behoort tot de gezondheids- of welzijnssector vinden activiteiten plaats met het oog op de bevrediging van maatschappelijke behoeften. Zo worden in een ziekenhuis activiteiten ontplooid om patiënten na diagnose te behandelen, in een rustoord om bejaarden te verzorgen in combinatie met een woonfunctie, in een orthopedagogisch centrum om personen met een handicap te huisvesten, ondersteunen en begeleiden, in een beschutte werkplaats om personen met een handicap passende tewerkstelling aan te bieden ... Alle activiteiten die worden uitgeoefend in het kader van de maatschappelijke bestaansredenen, kun je omschrijven als het primaire proces dat gemanaged moet worden. Het feit dat de gezondheids- en welzijnssector niet uit zijn op eigen profijt of het maken van winst voor de inbrengers van kapitaal, maakt in wezen geen verschil uit met het management van de profitsector. De punten van overeenkomst op managementvlak zijn veel talrijker en belangrijker dan de verschilpunten. Dit proces verloopt altijd in de vorm van het omzetten van een input of invoer (bijvoorbeeld menselijke energie, financiële middelen, apparatuur, meubilair, voedingswaren, medicatie, informatica, gebouwen) in een output of uitvoer (bijvoorbeeld patiënten met een somatische of psychische aandoening die genezen zijn, kinderen en adolescenten met een problematische opvoedingssituatie die een behandeling hebben gekregen, ouderen die een geïntegreerde medische, verzorgende, verpleegkundige en paramedische zorg en sociale ondersteuning krijgen in een passende woon- en leefomgeving). In gezondheids- en welzijnsvoorzieningen nemen de inputs met een immaterieel karakter (zoals de competentie en de inzet van medewerkers) een belangrijke plaats in. Het managen van alle medewerkers verbonden aan de organisatie is elementair voor een optimaal functionerend primair proces. Het proces dat zich afspeelt, is een dienstverleningsproces. Gezondheids- en welzijnsvoorzieningen zijn professioneel dienstverlenende organisaties

die hun primaire proces afstemmen op de unieke zorgbehoeften van hun individuele cliënten. Het dienstverleningspakket is een samenhangend geheel van verschillende diensten (bijvoorbeeld behandeling, verzorging, begeleiding ...) en producten (bijvoorbeeld medicatie, voeding ...), die op verschillende plaatsen kunnen worden verleend (bijvoorbeeld in een voorziening, in het thuismilieu van de cliënt ...).

Empson² inventariseert de kerntaken van het management binnen een dienstverlenende organisatie als volgt:

- het scheppen en verspreiden van kennis binnen de organisatie;
- het werven en motiveren van medewerkers die over deze kennis beschikken;
- het ontwikkelen van nauwe en op potentiële samenwerking gerichte betrekkingen met cliënten.

De belangrijkste functie voor gezondheids- en welzijnsvoorzieningen bestaat erin voorwaarden te scheppen opdat vele medewerkers specialistische kennis zouden kunnen samenbundelen om diensten te produceren. Kennis moet hierbij ruim geïnterpreteerd worden. Ervaring, oordeel, intuïtie en waarden maken ook deel uit van kennis.

In vergelijking met producten vertonen diensten de volgende eigenschappen: ontastbaar karakter, prestatie en gebruik vallen in principe samen, heterogeniteit in processen en resultaten, geen mogelijkheid om een voorraad aan te leggen en het maatkarakter. Het management heeft voor de omzettingsactiviteiten van input naar output verschillende soorten taken: plannen, organiseren, leiden en controleren. Management kan in de brede betekenis omschreven worden als het geheel van menselijke activiteiten om op een doeltreffende en doelmatige wijze een of meer doelstellingen te bereiken op basis van aanwending van middelen. Al naargelang de aard van de activiteiten kunnen verschillende soorten management onderscheiden worden.

In de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen kunnen de volgende vier soorten managementtaken zinvol onderscheiden worden: operationeel management, strategisch management, structurerend management en institutioneel management. Ze kennen een eigen problematiek en aanpak³. Deze soorten management maken het primaire proces mogelijk. Een deel van de output of uitgaande stroom is bestemd voor andere

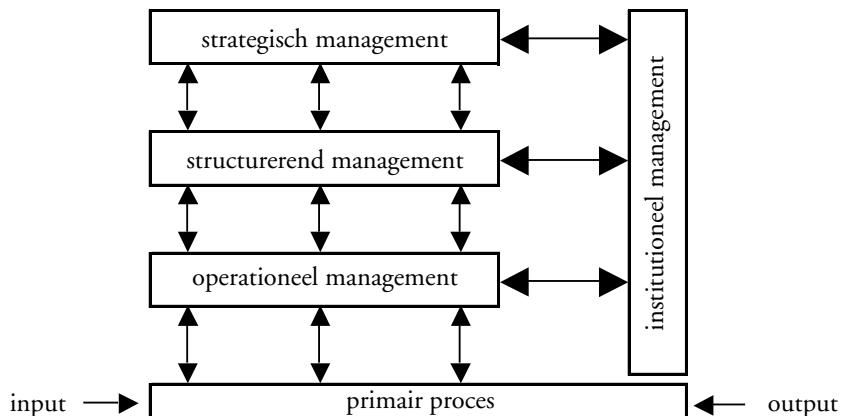
voorzieningen binnen de gezondheids- en welzijnssector (bijvoorbeeld de verwijzing van een patiënt na een behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis naar een initiatief beschut wonen, de verwijzing van een patiënt na een heelkundige ingreep in een algemeen ziekenhuis naar een dienst kortverblijf van een rustoord ...).

In gezondheids- en welzijnsvoorzieningen kunnen altijd twee processen onderscheiden worden: het inhoudelijkere proces (bijvoorbeeld het klinisch proces in een ziekenhuis) en het organisatieproces. Dat maakt van deze voorzieningen complexe organisaties.

Tegenover het primaire proces heeft het management een aantal opdrachten: de uitvoerende opdrachten van de primaire functie(s) en facilitaire diensten (operationeel management), de allocatie en organisatie van productiefactoren (structurerend management), de bepaling van doeleinden (strategisch management) en de legitimering van de organisatie bij de maatschappij, de overheid en de medewerkers (institutioneel management). De schematische voorstelling illustreert deze differentiatie van soorten managementtaken.

Schematische voorstelling van soorten managementtaken:

Figuur 1: Soorten managementtaken



Bron: Snellen in zijn boek Gezondheidszorg en management.
Beleidsvragen in de gezondheidszorg.

In deze schematische voorstelling zien we dat het institutioneel management op de drie andere vormen van management moet worden betrokken.

Het strategisch management bepaalt zowel welke input (bijvoorbeeld welke zorgnoden van cliënten worden toegelaten, welke verzorgings- of begeleidingsnoden aanvaardbaar zijn) als welke output (resultaat van behandeling, verzorging, begeleiding ...) van het primaire proces de organisatie wil nastreven. Aangezien het primaire proces niet van de ene dag op de andere kan worden gewijzigd of bijgestuurd, is strategisch management per definitie een aangelegenheid van halflange tot lange termijn.

Alle gezondheids- en welzijnsvoorzieningen hebben te maken met deze vier soorten managementtaken, ongeacht hun capaciteit, organisatiestructuur of financieringswijze. Dat wil niet zeggen dat elke verantwoordelijke van welk niveau dan ook, met deze vier aspecten van management te maken zal hebben of er in dezelfde mate mee geconfronteerd zal worden.

OPERATIONEEL MANAGEMENT

Het operationeel management houdt zich bezig met de realisatie van vooraf vastgestelde doeleinden en is bijgevolg duidelijk doelgericht. Men gaat ervan uit dat de primaire functie vaststaat. Dit soort management is gericht op het bereiken van concrete doelstellingen door middel van mensen die hiertoe geïnspireerd en gemotiveerd moeten worden. Op dit managementniveau speelt het leiderschap dan ook een belangrijke rol. Leiderschap is het sturen van de uitvoerende activiteiten of werkzaamheden die de primaire functie van de organisatie uitmaken en van de uitvoerende werkzaamheden die in de ondersteunende afdelingen plaatsvinden. De operationele manager voert in principe zelf niets uit, hij stuurt de uitvoering die door anderen geschiedt (allerlei dagelijkse organisatorische, financiële en administratieve werkzaamheden). In de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen bevindt dit management zich op het niveau van de diensten en afdelingen. Voorbeelden van operationele managers zijn de hoofdverpleegkundigen in ziekenhuizen, de hoofden van de logistieke diensten in het algemeen (voedingsdiensten, schoonmaakdiensten ...), de groepschefs als verantwoordelijken van leefeenheden in orthopedagogische centra ...