

Ziekenhuisbeleid : een toetsing van beleid en beleidsvorming in het algemene ziekenhuis aan bedrijfskundige criteria

Citation for published version (APA):

Mur-Veeman, I. M. (1981). *Ziekenhuisbeleid : een toetsing van beleid en beleidsvorming in het algemene ziekenhuis aan bedrijfskundige criteria*. [Dissertatie 1 (Onderzoek TU/e / Promotie TU/e), Industrial Engineering and Innovation Sciences]. Technische Hogeschool Eindhoven. <https://doi.org/10.6100/IR176492>

DOI:

[10.6100/IR176492](https://doi.org/10.6100/IR176492)

Document status and date:

Gepubliceerd: 01/01/1981

Document Version:

Uitgevers PDF, ook bekend als Version of Record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.tue.nl/taverne

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

openaccess@tue.nl

providing details and we will investigate your claim.

ZIEKENHUISBELEID

I.M. MUR – VEEMAN

ZIEKENHUISBELEID

EEN TOETSING VAN BELEID EN BELEIDSVORMING IN HET ALGEMENE
ZIEKENHUIS AAN BEDRIJFSKUNDIGE CRITERIA

HOSPITAL POLICY-MAKING

TESTING HOSPITAL POLICY-MAKING ON CRITERIA FROM INDUSTRIAL
SCIENCES

(with summary in English)

PROEFSCHRIFT

*ter verkrijging van de graad van doctor
in de technische wetenschappen aan de
Technische Hogeschool Eindhoven,
op gezag van de rector magnificus,
Prof. Ir. J. Erkelens, voor een commissie
aangewezen door het college van decanen
in het openbaar te verdedigen op
vrijdag 20 maart 1981 te 16.00 uur*

door

INGRID MARINA MUR-VEEMAN

geboren te Amersfoort

Dit proefschrift is goedgekeurd door de promotoren:

Prof. Dr. H. Feitsma

Prof. Dr. Ir. A.C.J. de Leeuw

I	UITGANGSPUNTEN	1
1.	De doelstelling van deze studie	1
2.	De bedrijfskundige optiek	2
3.	Het theoretisch model van de bedrijfskundige: bruikbaar voor prescriptie en descriptie	2
4.	Knelpunt en probleem	4
5.	De onderzoeksvraagstelling	4
6.	Methodologische keuzen	6
7.	De indeling van het boek: een gids voor de lezer	6
	Noten	7
II	BELEIDSVORMING IN DE COMPLEXE ORGANISATIE: EEN THEORETISCHE REFLECTIE	8
1.	Inleiding	8
2.	Het begrip organisatie	8
3.	Beleid en beleidsvorming	10
3.1.	Een omschrijving	10
3.2.	Beleid, een structuur van operationele en niet- operationele doelcomponenten	11
3.2.1.	De functie van doelstellingen	11
3.2.2.	Individueel doel, groepsdoel, organisatiedoel	12
3.2.3.	Doelen en middelen	13
3.3.	Het beleidvormingsproces, een normatief model	20
3.3.1.	Enkele algemene kenmerken van het beleid- vormingsproces	22
3.3.2.	De inputs en outputs van de deelprocessen	27
3.3.3.	De deelprocessen van het beleidvormingsproces	30
3.3.4.	Besluitvorming in een complexe situatie	34
4.	Het begrip complexiteit	35
4.1.	Kenmerken van complexiteit in algemene termen	35
4.2.	Complexiteit van omgeving, organisatie en besluit- vorming betreffende de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie	38
4.3.	Kenmerken van de complexe omgeving	40
4.4.	Kenmerken van de complexe organisatie	43

4.4.1. Heterogeniteit als kenmerk van de complexe organisatie	43
4.4.2. De overige kenmerken van de complexe organisatie	53
4.5. Kenmerken van de complexe besluitvorming betreffende de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie	56
5. Problemen bij een complexe besluitvorming en mogelijke oplossingen daarvan	59
5.1. Problemen bij de complexe besluitvorming	59
5.2. Mogelijke oplossingen van de problemen bij de complexe besluitvorming	60
5.2.1. De kwaliteit van degenen die de beslissingen moeten nemen	60
5.2.2. De kwaliteit van de gehanteerde procedures	61
5.2.3. De kwaliteit van de informatie	66
6. Samenvatting en bespreking	68
Noten	71
III BELEIDSVORMING IN EEN COMPLEXE ORGANISATIE: HET NEDERLANDSE ALGEMENE ZIEKENHUIS	74
1. Inleiding	74
2. Het nut van de historische benadering	74
3. Het ziekenhuis in historisch perspectief	75
3.1. Van de vroege middeleeuwen tot de negentiende eeuw	76
3.2. De negentiende eeuw	79
3.3. De twintigste eeuw	82
3.3.1. Toename van complexiteitskenmerken	83
4. Het hedendaagse ziekenhuis als samenstel van participanten in het proces van de vorming van het algemeen beleid	99
4.1. Instanties, groepen en personen in het ziekenhuis	100
4.1.1. De top van de formele hiërarchie	100
4.1.2. Instanties, groepen en personen voor delegatie en advies	104
4.1.3. Samenvatting	113
4.2. De omgeving van het ziekenhuis	114
5. Knelpunten bij de vorming van het algemeen beleid in het ziekenhuis	118
5.1. De kwaliteit van de beslissers	119

	blz.
5.2. De kwaliteit van de gehanteerde procedures	121
5.3. De kwaliteit van de informatie	121
5.4. Zijn de knelpunten ook problemen?	121
Noten	122
IV DE OPZET VAN HET VELDONDERZOEK	127
1. Inleiding	127
2. De onderzoeksvraagstelling	129
3. Methodologische keuzen	130
3.1. Het type onderzoek en het onderzoeksobject	130
3.2. De methoden en technieken van onderzoek	132
3.2.1. De studie van schriftelijke bronnen	133
3.2.1.0. De politieke functie van documenten	133
3.2.1.1. Voordelen en nadelen van de studie van schriftelijke bronnen	134
3.2.1.2. Keuze van de te bestuderen groepen	136
3.2.1.3. Keuze van de documenten	136
3.2.1.4. Keuze van de te bestuderen tijdsperiode	137
3.2.1.5. Keuze tussen het traceren van één onder- werp of de bestudering van alle onder- werpen uit de documenten	137
3.2.1.6. Keuze van de technieken van inhouds- analyse	137
3.2.1.7. Geldigheid en betrouwbaarheid van inhoudsanalyse	139
3.2.1.8. Gebruikte analyse technieken	140
3.2.1.9. Documenten die niet in aanmerking kwamen voor kwalitatieve of kwantitatieve inhoudsanalyse	142
3.2.2. De interviews	142
3.2.2.1. De interviews in het kader van de case- study	143
3.2.2.2. De interviews met de directieleden uit dertig ziekenhuizen	144
4. Samenvatting	148
Noten	149

	blz.
V HET VELD VAN ONDERZOEK	151
1. Inleiding	151
2. De case-study	152
2.1. Enige achtergrondinformatie over de drie ziekenhuizen en hun omgeving	152
2.1.1. De ziekenhuizen en hun bestuursstructuur	152
2.1.2. De omgeving	153
2.2. De resultaten van de bronnenstudie	156
2.2.1. Inventarisatie van contacten	156
2.2.2. De resultaten van de kwalitatieve inhoudsanalyse	157
2.2.2.1. De opsporing van de documenten	160
2.2.2.2. De beoordeling van de inhoud van de documenten	161
2.2.3. De resultaten van de kwantitatieve inhoudsanalyse	165
2.2.4. Bespreking van de bronnenstudie	172
2.3. De resultaten van de interviews	178
2.3.1. De visie van de respondenten op de oc-noc- structuur	178
2.3.2. De visie van de respondenten op de verandering van de oc-noc-structuur	180
2.3.3. De visie van de respondenten op de rol van de participanten	186
2.3.4. Bespreking van de interviewresultaten	195
2.4. Ziekenhuis C	198
3. De interviews met directieleden uit dertig ziekenhuizen	200
3.1. Inleiding	200
3.2. De mening van de respondenten over de inhoud van de oc-noc-structuur	200
3.3. De mening van de respondenten over de verandering van de oc-noc-structuur	201
3.4. De mening van de respondenten over de rol van de participanten	202
3.5. Bespreking	205
Noten	207

	blz.
VI. SLOTBESCHOUWING	208
1. Inleiding	208
2. Conclusies van inhoudelijke aard	208
2.1. Kenmerken van beleidsinhoud, totstandkoming van het beleid en de participanten aan het beleid	208
2.2. Knelpunten en problemen	209
2.3. Oplossingen voor knelpunten en problemen	216
2.3.1. De kwaliteit van de beslissers	217
2.3.1.1. Het bestuur	217
2.3.1.2. De verhouding tussen directie en bestuur	218
2.3.1.3. De directie	218
2.3.1.4. De diensthoofden	221
2.3.1.5. De medische staf	222
2.3.1.6. De ondernemingsraad	224
2.3.2. De kwaliteit van de besluitvormingsprocedures	225
2.3.3. De kwaliteit van de informatie	230
2.4. De realiseerbaarheid van de voorgestelde oplossingen	231
2.4.1. Een methode tot organisatieverandering	231
2.4.2. Het overheidsbeleid	234
3. Conclusies van theoretische aard	235
3.1. De betekenis van de bedrijfskundige optiek bij de studie van beleid en beleidsvorming in een organisatie	235
3.2. Het nut van de gebruikte onderzoeksmethoden en de onderzoekbaarheid van beleid en beleidsvorming	241
3.2.1. Herkomst van de gehanteerde methoden en technieken	242
3.2.2. De keuze van de case-study, gevolgd door een uitbreiding naar een grotere populatie	242
3.2.3. De notulenstudie	244
3.2.4. Omissies	246
3.2.5. Goede en nuttige kanten van de gebruikte methodiek	247
3.2.6. De wisselwerking tussen theorievorming en empirisch onderzoek	249
4. Nawoord	249
Noten	251

Summary	blz. 253
Aangehaalde literatuur	255
Register	261

I. UITGANGSPUNTEN

1. De doelstelling van deze studie

Ten gevolge van veranderingen op maatschappelijk en politiek, economisch en technisch gebied hebben zich in de ziekenhuisorganisatie tamelijk ingrijpende veranderingen voorgedaan, die hebben geleid tot ingewikkelde vraagstukken op het gebied van beleid en bestuur. De toegenomen complexiteit van de ziekenhuisorganisatie en van de omgeving waarin het ziekenhuis functioneert, deden het overzicht over en het inzicht in de situatie waarin de organisatie verkeerde, afnemen.

In deze situatie werden vragen als: "In welke richting zullen of moeten de toekomstige ontwikkelingen in het ziekenhuis gaan?" en "Waardoor worden deze ontwikkelingen beïnvloed?", steeds moeilijker te beantwoorden.

Men kan ook denken aan heel concrete problemen, die de betrokkenen hebben: Een staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne die zich zorgen maakt om de toenemende kosten in de gezondheidszorg; een ziekenhuisdirectie, die zich bedreigd voelt door het groeiend aantal beperkende overheidsmaatregelen; een verpleegkundige, die zo graag wat meer aandacht aan zijn patiënten zou willen besteden, maar daarvoor geen tijd heeft; een ziekenhuisbestuur, dat merkt dat het totaal niet op de hoogte is van de gang van zaken in het huis.

Het vinden van antwoorden op dergelijke vragen en problemen, vereist een belangrijke mate van inzicht, die door de toegenomen complexiteit juist grotendeels verloren is gegaan.

De studie, waarover in het navolgende verslag wordt gedaan, is mede verricht om de werkers in de gezondheidszorg die concrete problemen hebben, te helpen dit inzicht te verwerven.

Deze studie betreft het beleid en de beleidsvorming in het Nederlandse algemene ziekenhuis. Een belangrijke overweging bij het ontamen van deze studie was voorts, dat genoemde vraagstukken en problemen vanuit bedrijfskundig oogpunt een interessant studieobject vormen.

Uit het voorgaande betoog is de doelstelling van deze studie af te leiden, die in het kort als volgt omschreven kan worden:

"Vanuit een bedrijfskundige optiek inzicht verwerven in beleid en beleidsvorming in het Nederlandse algemene ziekenhuis".

Op de betekenis van het begrip 'bedrijfskundige optiek' wordt in onderstaande paragraaf nader ingegaan.

2. De bedrijfskundige optiek

Het hanteren van een bedrijfskundige optiek betekent in de eerste plaats dat nagegaan dient te worden in hoeverre bedrijfskundige inzichten, theoretische noties en methoden een bijdrage kunnen leveren aan het verwerven van kennis over en inzicht in het object van studie.

Daarbij gaat het de bedrijfskundige niet in de eerste plaats om een nadere uitdieping van bepaalde aspecten afzonderlijk, zoals de menselijke geest voor de psycholoog, structuren en relaties tussen mensen voor de socioloog, financiële vraagstukken voor de econoom. Het gaat de bedrijfskundige eerder om de samenhang tussen deze en andere aspecten, voorzover zij bij het functioneren van organisaties een rol spelen. Men zou kunnen zeggen: de bedrijfskundige vertrekt in dit opzicht vanuit een 'bredere' visie dan vele andere wetenschapsbeoefenaren.

De bedrijfskundige optiek betekent nog meer.

Terwijl bepaalde wetenschappen (bijvoorbeeld de sociologie, de geschiedkunde) voornamelijk gericht zijn op 'verklaren', richt de bedrijfskundige zich op praktische toepassing van de verworven theoretische inzichten, op een normatieve benaderingswijze, door het geven van aanbevelingen voor het oplossen van knelpunten en problemen. Op het onderscheid tussen de concepten 'knelpunt' en 'probleem' wordt in paragraaf 4 nader ingegaan. Eerst volgt een nadere uiteenzetting over het theoretisch model, dat de bedrijfskundige hanteert.

3. Het theoretisch model van de bedrijfskundige: bruikbaar voor prescriptie en descriptie

In het kader van zijn normatieve benadering zal de bedrijfskundige in grote lijnen als volgt te werk gaan.

Hij zal, gebruik makend van reeds verworven theoretische inzichten en tevens trachtend deze inzichten verder te ontwikkelen, overgaan tot de constructie van een theoretisch model. Zijn uitgangspunt, dat is gebaseerd op bepaalde theoretische veronderstellingen, is daarbij dat het model, in de praktijk gebracht, zal leiden tot 'gunstige' effecten.

Zijn aanbevelingen voor 'verbetering' van een praktijksituatie zullen dan ook altijd mede zijn afgeleid van zijn theoretisch model.

Met andere woorden, wanneer hij constateert dat situaties en gebeurtenissen in de praktijk niet overeenkomen met hetgeen zij volgens het model zouden behoren te zijn - hij spreekt dan van een 'knelpunt' - zal hij trachten de realiteit te veranderen in de richting zoals die volgens het model 'goed' is.

In dat geval is er sprake van prescriptie. Dat wil zeggen, aldus De Leeuw (1974), dat dan enigerlei doelstelling (namelijk datgene wat volgens het model 'goed' is) tot uitgangspunt zal worden genomen om vervolgens een op die doelstelling toegespitste structurering te bewerkstelligen (namelijk het veranderen van de praktijksituatie in de richting van hetgeen volgens het model 'goed' is).

Het theoretisch model van de bedrijfskundige kan echter niet alleen voor prescriptie, dus als normatief model, dienen. Het kan tegelijkertijd ook voor descriptie gebruikt worden. Dit is het geval, wanneer het wordt gehanteerd als

- waarnemingskader, aan de hand waarvan de praktijk wordt beschreven
- analytisch kader, aan de hand waarvan de beschreven praktijk-situatie wordt geanalyseerd.

Bij descriptie is dus geen sprake van een doelstelling, die de ontwerper tot een door hem geaccepteerd uitgangspunt voor zijn ontwerp verheft (De Leeuw, 1974).

Overigens wijst De Leeuw er nog op dat de veronderstelling dat descriptie waarde vrij en prescriptie waarde gebonden zou zijn als te simplistisch terzijde geschoven dient te worden.

Juist in het geval dat een prescriptief model tevens als descriptief model gebruikt zal worden, wordt deze gedachte tegengesproken.

Immers door het prescriptief model tevens als waarnemingskader te gebruiken, wordt op een bepaalde, niet waardevrije manier naar de

werkelijkheid gekeken. Bij gebruik van een ander model zou de praktijk dan ook op een andere manier worden beschreven. In feite kijkt een wetenschappelijk onderzoeker altijd vanuit een bepaald model, vanuit een bepaalde optiek naar de werkelijkheid. Dikwijls blijft dit model echter impliciet. In het kader van deze studie zal getracht worden het hier gehanteerde model wel te expliciteren.

4. Knelpunt en probleem

In het voorgaande is reeds opgemerkt, dat de bedrijfskundige zal spreken van een knelpunt, indien de werkelijkheid niet overeenkomt met het in zijn theoretisch model gestelde. Daarbij gaat hij er tevens vanuit, dat zijn model 'goed' is.

Het begrip 'knelpunt' kan dus altijd alleen in relatie tot een bepaalde theorie begrepen worden. Het begrip 'probleem' daarentegen kan alleen begrepen worden in relatie tot een bepaalde praktijksituatie en de subjectieve beleving van de participanten daarvan.

Zo kan het voorkomen, dat een situatie op grond van een theoretisch model als knelpunt wordt beschouwd, terwijl de participanten diezelfde situatie niet als probleem ervaren, met andere woorden, geen 'probleemhebbers' (Kramer, 1978) zijn. Een probleemhebber is, aldus Kramer, een actor (individu, groep, organisatie) die zich een voorstelling maakt van een praktijksituatie, maar ontdekt dat er spanning aanwezig is tussen deze voorstelling en datgene wat hij wil. Een probleemhebber is, zoals Ulrich (1977) het formuleerde, "a purposeful system in an unsatisfactory purposeful state". Een gemeenschappelijk kenmerk van de begrippen knelpunt en probleem is, dat in beide gevallen sprake is van een zekere spanning. In het eerste geval is dit een spanning tussen theorie en praktijk, in het tweede geval een spanning tussen een ervaren en een gewenste praktijksituatie.

5. De onderzoeksvraagstelling

Aangezien hier de bedrijfskundige optiek als uitgangspunt wordt genomen, ligt het voor de hand dat de onderzoeksvraagstelling moet leiden tot conclusies van zowel theoretische en methodologische als van praktische aard. De meer op de praktijk gerichte

vraag, die is afgeleid uit het hier ontwikkelde theoretisch model, is als volgt geformuleerd:

1. Wat zijn de kenmerken van beleid en beleidsvorming in het algemeen ziekenhuis, met name betreffende de inhoud, het proces en de participanten?

De volgende vragen moeten leiden tot conclusies van theoretische aard:

2. Wat zijn - in het licht van de theoretische overwegingen - de knelpunten in beleid en beleidsvorming in het algemeen ziekenhuis?
3. Op welke wijze kunnen eventuele knelpunten worden aangepakt?
4. Wat is de betekenis van de bedrijfskundige optiek of benaderingswijze in het kader van beleidsonderzoek, met andere woorden op welke wijze kan een dergelijke optiek een bijdrage leveren tot het verkrijgen van inzicht in beleid en beleidsvorming in een organisatie, het opsporen van knelpunten en problemen, en het aandragen van suggesties en ideeën om die knelpunten en problemen weg te nemen?

Ten aanzien van het methodologische aspect tenslotte, zijn de volgende vragen geformuleerd:

5. Wat is het nut van - bedrijfskundige - methoden en technieken van onderzoek?
6. In hoeverre is een ingewikkelde materie als beleid en beleidsvorming onderzoekbaar?

Indien op deze vragen een bevredigend antwoord zou zijn gevonden, is, naar ik meen, de doelstelling van deze studie bereikt.

Allereerst zullen, als eerste stap naar het verwezenlijken van deze doelstelling, deze vragen in onderzoek vertaald moeten worden, hetgeen weer zekere consequenties heeft voor de wijze waarop het onderzoek uitgevoerd en opgezet zal worden. In dit verband dienen een aantal methodologische keuzen te worden gemaakt.

De opzet die de onderzoeker als vertrekpunt neemt, de onderzoeksvraagstelling, het theoretisch kader én de reeds gemaakte methodologische keuzen zijn bepalend voor de alternatieven, die op een gegeven ogenblik gekozen worden.

6. Methodologische keuzen

Een eerste, en wel cruciaal keuzemoment doet zich voor, wanneer moet worden vastgesteld of een theoretisch onderzoek dan wel een veldonderzoek dan wel beide verricht dienen te worden.

Met het oog op de hier gehanteerde bedrijfskundige optiek, ligt het voor de hand dat zowel een theoretisch onderzoek als een veldonderzoek moeten worden uitgevoerd.

Bij het theoretisch onderzoek gaat het om een uitdieping van de gehanteerde begrippen, en wel de inhoudelijke betekenis van die begrippen en de onderlinge samenhang. Voorts dient een model te worden opgebouwd, omdat een basis nodig is om veronderstellingen te maken betreffende beleid en beleidsvorming in het ziekenhuis en mogelijke knelpunten in dat beleid. Bovendien is de constructie van een model essentieel, omdat anders het waarnemingskader dat nodig is bij het verrichten van het veldonderzoek, zou ontbreken.

Voor de uitvoering van een veldonderzoek is gekozen, omdat op deze wijze nagegaan kan worden of er overeenkomsten zijn tussen de praktijk en hetgeen in het theoretisch model is gesteld en in hoeverre het theoretisch model dient te worden 'bijgesteld'.

Bovendien kan door het verrichten van een veldonderzoek nagegaan worden in hoeverre het mogelijk is een moeilijk grijpbare materie als beleid en beleidsvorming te onderzoeken.

Met name uit dit laatste punt is af te leiden, dat het veldonderzoek, qua methoden, een experimenteel karakter zal dragen. Er zijn nog weinig methoden ontwikkeld om beleid te onderzoeken (1). Het veldonderzoek zal derhalve slechts enkele aanzetten kunnen geven tot de ontwikkeling van genoemde methoden.

7. De indeling van het boek: een gids voor de lezer

Gelet op het bovenstaande spreekt het welhaast vanzelf dat in de navolgende hoofdstukken uitvoerig stil gestaan zal worden bij praktische, theoretische en methodologische aspecten. Voor de lezers, die niet in al die aspecten zijn geïnteresseerd, moge onderstaande toelichting als leidraad dienen.

Hoofdstuk II is met name van belang voor diegenen, die een meer theoretisch dan praktisch gerichte belangstelling hebben. Dit hoofdstuk bevat namelijk een meer uitvoerige theoretische reflec-

tie. Daarbij komt aan de orde een uitwerking van begrippen als beleid, beleidsvorming, organisatie en complexiteit. Voorts wordt aandacht besteed aan de constructie van een theoretisch model.

Degenen die geïnteresseerd zijn in de historische ontwikkeling van de ziekenhuisorganisatie, zullen in hoofdstuk III een beschrijving vinden van de wijze waarop het ziekenhuis zich door de eeuwen heen heeft ontwikkeld van een relatief eenvoudige tot een uiterst complexe organisatie.

In hoofdstuk IV wordt nader ingegaan op de methodologische keuzen, die zijn gemaakt ten behoeve van het veldonderzoek.

Hoofdstuk V zal in eerste instantie de meeste aandacht trekken van degenen, die in de gezondheidszorg werkzaam zijn. Hier komen namelijk de resultaten van het veldonderzoek aan de orde.

Vervolgens zal ook hoofdstuk VI, met name waar het gaat om conclusies en aanbevelingen van praktische aard, van belang zijn voor de 'werkers in het veld'.

Daarnaast zijn in hoofdstuk VI ook conclusies van theoretische en methodologische aard opgenomen, hetgeen inhoudt een reflectie over de eigen studie.

Tenslotte worden in dit hoofdstuk nog enkele opmerkingen gemaakt met betrekking tot de vraag in hoeverre de doelstelling van deze studie is bereikt.

Noten.

1. In het proefschrift van Kooiman (1970), getiteld 'Besturen is beslissen' en het proefschrift van Ringeling (1978), getiteld 'Beleidsvrijheid van ambtenaren; het spijtoptantenprobleem als illustratie van de activiteiten van ambtenaren bij de uitvoering van beleid. Alphen a/d Rijn, 1978.

II BELEIDSVORMING IN DE COMPLEXE ORGANISATIE: EEN THEORETISCHE REFLECTIE

1. Inleiding

In dit hoofdstuk zal de aandacht gericht worden op de begripsvorming rond de thema's die mij, in het kader van de onderzoeksdoelstelling en de onderzoeksvraagstelling, interesseren. Zoals uit het voorgaande hoofdstuk is af te leiden gaat het daarbij met name om de begrippen beleid en beleidsvorming, complexiteit en organisatie.

Alvorens nader in te gaan op de drie eerstgenoemde begrippen zal eerst een uiteenzetting worden gegeven over de wijze waarop het begrip organisatie in deze studie wordt opgevat. Vervolgens worden de begrippen beleid en beleidsvorming behandeld. Na een beschouwing over het begrip beleid dat wordt gekoppeld aan het begrip beleidsvorming, wordt aan de hand van een model nader ingegaan op de aard van het beleidsvormingsproces en de invloeden die daarop inwerken. Daarna komt de vraag aan de orde wat het wil zeggen wanneer sprake is van beleid en beleidsvorming in een complexe organisatie. Daarbij wordt nader ingegaan op de betekenis van het begrip complexiteit en op de specifieke kenmerken en problemen die zich voordoen bij de beleidsvorming in een complexe organisatie. Achterliggende veronderstelling is, dat (toenemende) complexiteit van de organisatie en de omgeving waarin de organisatie zich bevindt, gepaard gaat met (toenemende) complexiteit van de beleidsvorming in die organisatie.

2. Het begrip organisatie

Over de betekenis van het begrip organisatie bestaat in de literatuur reeds geruime tijd een discussie, die momenteel evenwel wat is afgezwakt.

Getuige de vele omschrijvingen van het begrip organisatie kan gesteld worden dat er niet één bepaalde en eenduidige omschrijving van "de organisatie" is te geven. Dit is ook niet zo verwonderlijk aangezien hetgeen men onder een organisatie verstaat per definitie een deel is van de theorievorming rond die verschijnselen en aspecten van een organisatie die men wil bestuderen.

Vrij algemeen aanvaard is op het ogenblik een driedimensioneel organisatiebegrip waarin organisatie wordt opgevat als activiteit

(proces), als resultaat van die activiteit (structuur) en als institutie. (Grochla, 1972; Kieser en Kubicek, 1978; Staehle, 1973). Om inzicht te krijgen in beleid en beleidvorming is het mijns inziens nodig om op verschillende wijzen naar een organisatie te kijken. Zo is het nodig om een organisatie te zien als een doelgericht systeem, aangezien de begrippen beleid en beleidsvorming in deze studie in termen van doelen zullen worden beschreven. In dit verband kan men bijvoorbeeld denken aan een definitie van Hill e.a. (1974), waarin de organisatie wordt opgevat als:

"... die Gesamtheit der auf die Erreichung von Zwecken und Zielen gerichteten Massnahmen, durch die ein soziales System strukturiert wird und die Aktivitäten der zum System gehörenden Menschen, der Einsatz von Mitteln und die Verarbeitung von Informationen geordnet werden".

In bovenstaande definitie zijn de elementen structuur en proces van het driedimensionele organisatiebegrip terug te vinden. Gezien de betekenis die in deze studie wordt gehecht aan het beleidsvormingsproces is het noodzakelijk een omschrijving van de organisatie te geven die iets meer zegt van de aard van en de participanten aan dat proces. In dit verband zijn de opvattingen van Thompson (1967) en Simon (1976) verhelderend. Thompson, omdat hij de organisatie opvat als een open systeem, dat een aantal uitwisselingsrelaties met zijn omgeving onderhoudt, en Simon, omdat hij nader ingaat op de aard van de activiteiten en processen binnen de organisatie. In de opvatting van Simon heeft het begrip organisatie betrekking op:

"... the complex pattern of communication and relationships in a group of human beings. This pattern provides to each member of the group much of the information and many of the assumptions, goals and attitudes that enter into his decisions, and provides him also with a set of stable and comprehensible expectations as to what the other members of the group are doing and how they will react to what he says and does. The sociologist calls this pattern a "role system": to most of us it is known as an "organization"."

Met deze omschrijvingen van en opvattingen over de organisatie zijn een aantal manieren aangegeven om de organisatie te bekijken.

In feite is het "kijken naar de organisatie op verschillende niveaus van aggregatie" (zie ook par. 3.2.).

De definities van Simon en Hill zeggen iets over hetgeen binnen de organisatie gebeurt: Simons definitie is gericht op het niveau van de participanten (personen of groepen) in de organisatie en hun onderlinge relaties. Door Hill's definitie wordt de aandacht gericht op de wijze waarop de onderlinge relaties en doelstellingen van de participanten vorm krijgen en gestructureerd worden. In Thompson's definitie gaat het om het niveau van de organisatie: niet de doelstellingen en relaties binnen de organisatie zijn daarbij van belang, maar de relaties tussen de organisatie, als totaliteit of als systeem, met andere systemen in de omgeving van de organisatie.

Deze definities zijn gekozen omdat zij relevant zijn voor de theorie rond de begrippen beleid, beleidsvorming en complexiteit die in het navolgende wordt ontwikkeld. In deze theorie wordt het "kijken op verschillende niveaus van aggregatie" toegepast en komen doelstellingen, structuren en relaties tussen participanten binnen en buiten de organisatie aan de orde.

3. Beleid en beleidsvorming

3.1. Een omschrijving

Beleid wordt in deze studie opgevat als een geheel van doelstellingen en de wegen daarheen. Het is een globaal streefbeeld van de toekomstige situatie en de wijze waarop men die situatie zou kunnen bereiken, een streefbeeld berustend op perspectief en verwachting (1). Beleid wordt zichtbaar en begripbaar, herkenbaar en kenbaar in de plannen die men maakt, in de wijze waarop men die plannen voorbereidt en uitwerkt, en in de wijze waarop men ze uitvoert. In wezen gaat het hier om een verzameling processen, die als belangrijkste kenmerk hebben: besluitvorming, plaatsvindend in de interactie tussen groepen en personen.

Het zijn processen die voorts een, althans in theoretisch opzicht, identificeerbare input en output hebben - plannen, voorstellen etc. - en die plaats vinden op verschillende niveaus van aggregatie.

Genoemde processen vat ik samen onder het begrip "beleidvormingsproces".

In het onderstaande volgt een nadere uitwerking van de hier omschreven begrippen beleid en beleidsvorming.

3.2. Beleid, een structuur van operationele en niet-operationele doelcomponenten

Beleid is hier omschreven als een geheel van doelstellingen en de wegen daarheen. Hiermee is, blijkens gegevens uit de literatuur, een zeer discutabel begrip naar voren gebracht, in casu doelstelling of doel. De discussies hierover concentreren zich rond een aantal thema's waarvan de belangrijkste in het navolgende besproken zullen worden.

3.2.1. De functie van doelstellingen

Bij de vraag naar de functie van doelstellingen gaat het om de vraag naar de reden of redenen van het stellen of formuleren van doelen. In de sociale wetenschappen worden vaak doelen geformuleerd om gedrag te verklaren (De Leeuw, 1977). Doelstellingen kunnen voorts nog andere functies hebben, zoals: (De Leeuw, 1977)

- prescriptieve doelstellingen, waarin gesteld wordt wat het doel van een organisatie zou behoren te zijn;
- politieke doelstellingen, die gericht zijn op het beïnvloeden van anderen. In dit verband kan het bijvoorbeeld voorkomen, dat door middel van een bepaalde doelstelling een al dan niet bewust onjuist antwoord wordt gegeven op de vraag waarom men een bepaalde beslissing heeft genomen, als de werkelijke reden naar verwachting niet of minder geaccepteerd wordt door de betrokkenen.

De mate waarin prescriptieve en politieke doelstellingen door de betrokkenen geaccepteerd worden is afhankelijk van hun waarden en normen (Botter, 1970; Cyert en March, 1972; De Leeuw, 1977)

en van hun belangen. Dit betekent mijns inziens

twee dingen: ten eerste zal bij uiteenlopende waarden, normen en belangen van de betrokkenen aan de vaststelling en acceptatie van doelstellingen een min of meer uitgebreid onderhandelingsproces voorafgaan. Ten tweede zullen doelstellingen aan veranderingen onderhevig zijn ten gevolge van genoemde onderhandelingen

of ten gevolge van verschuivingen van waarden en normen of veranderde omstandigheden, bijvoorbeeld ten gevolge van toegenomen kennis of macht, gewijzigde economische omstandigheden en dergelijke meer. In het dagelijks leven ziet men hiervan voorbeelden te over, zoals bijvoorbeeld de gebeurtenissen rond een kabinetsformatie (2) of de onderhandelingen tussen werkgevers en werknemers.

3.2.2. Individueel doel, groepsdoel, organisatiedoel

Een discussiepunt dat in de organisatieliteratuur van tijd tot tijd met meer of minder elan naar voren wordt gebracht, betreft de vraag of het aanvaardbaar is te stellen dat zowel individuen als groepen als organisaties doelen hebben (Silverman, 1970). In feite gaat het hier om de vraag of het doelconcept toepasbaar is op meerdere niveaus van aggregatie. Naar mijn mening is de discussie over deze vraag weinig relevant, wanneer men ervan uitgaat dat doelen geen intrinsieke eigenschappen zijn van de bestudeerde objecten, of dit nu individuen, groepen of organisaties zijn (De Leeuw, 1977). Dit uitgangspunt behoeft wel enige toelichting: zoals reeds is opgemerkt wordt in de sociale wetenschappen vaak gebruik gemaakt van doelstellingen ter verklaring: gedrag wordt verklaard als logisch en rationeel indien sprake is van een doelstelling waarnaar wordt gestreefd. Met andere woorden, een doelstelling wordt toegekend of toegeschreven aan het bestudeerde object ter verklaring van het gedrag ervan. In die zin zijn doelen geen intrinsieke eigenschappen van het bestudeerde object. Daarmee wordt het mogelijk het doelconcept op meerdere aggregatieniveaus toe te passen (De Leeuw, 1977). Dit kan zowel op individueel niveau, zoals bijvoorbeeld in de inducement-contribution theorie van Barnard (1938) en van March en Simon (1958) gebeurt, als op het niveau van een groep of organisatie, zoals bijvoorbeeld plaatsvindt in de theorie over organisationeel leren van Cyert en March (1972). In deze studie wordt uitgegaan van bovengenoemd standpunt dat organisaties, evenals overigens groepen en individuen, geen doelstellingen hebben, maar dat men hun wel een of meer doelstellingen kan toeschrijven.

3.2.3. Doelen en middelen

Een laatste discussiepunt omtrent het doelconcept, dat hier aan de orde wordt gesteld betreft het onderscheid tussen doelen en middelen. Ik zal hier wat langer bij stilstaan, aangezien dit de essentie raakt van het hier gehanteerde begrip beleid, als samenstel van doelstellingen en de wegen daarheen ofwel de middelen om tot de doelstellingen te geraken. Het gaat daarbij met name om de samenhang tussen doelstellingen en middelen.

Verschillende auteurs (Cyert en March, 1972; Dror, 1968; Perrow, 1974) wijzen erop dat de algemene doelen van een organisatie, waarover de leden het eens zijn - het reclasseren van delinquenten, voldoende winst behalen - zeer dubbelzinnig en uitermate vaag zijn. Deze doelen gaan pas betekenis krijgen wanneer gespecificeerd wordt op welke wijze en met welke middelen zij bereikt dienen te worden. De wijze waarop deze specificatie zou kunnen verlopen is door March en Simon weergegeven in een model, genoemd doel-middelen hiërarchie (3). Deze ziet er als volgt uit:

1. Men begint een algemeen doel te stellen
2. Vervolgens probeert men een aantal middelen te ontdekken, die men in algemene termen specificeert, om dit doel te bereiken.
3. Daarna beschouwt men elk van deze middelen als nieuw sub-doel en gaat dan naar een nieuw aantal meer gedetailleerde middelen zoeken om dit nieuwe (sub)doel te bereiken.

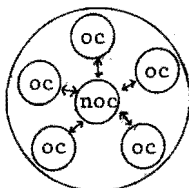
Bij het bovenstaande kunnen een aantal kritische kanttekeningen worden gemaakt. Simon heeft dit zelf reeds gedaan in zijn boek "Administrative Behavior", dat twaalf jaar eerder werd gepubliceerd dan het boek "Organizations", waarin hij samen met March een nadere uitwerking geeft van genoemde doel-middelen hiërarchie. Het is eigenlijk merkwaardig dat hij zijn eerder geuite kritiek op de doel-middelen hiërarchie in het later gepubliceerde "Organizations" niet heeft doorgetrokken.

De kritiek die men op de doel-middelen hiërarchie kan leveren, betreft het volgende:

Ten eerste kan deze doel-middelen hiërarchie geen vastomlijnd stabiel gegeven zijn, maar een door de tijd heen veranderend geheel. Doelen veranderen immers, zoals in het voorgaande reeds is opgemerkt. De onderzoeker die een organisatie gaat bestuderen, staat nooit aan het begin van de hiërarchie, maar staat als het ware op een bepaald

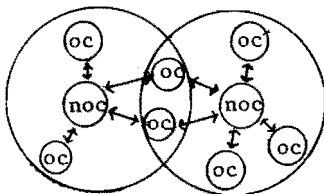
tijdstip midden in het proces van veranderende doelen en middelen. Dit vond ook plaats tijdens het veldonderzoek dat ten behoeve van deze studie is verricht.

Ten tweede veronderstellen March en Simon met hun doel-middelen hiërarchie een tamelijk duidelijke scheiding tussen doelen en middelen. Het is zeer de vraag of dit wel mogelijk is. Lindblom (1971) wees er al op dat waarden, objectieven en strategieën in de empirie niet zuiver van elkaar zijn te onderscheiden, maar integendeel sterk verstrengeld zijn. Wegens deze verstrengeling is de doel-middelen hiërarchie dikwijls niet geschikt of slecht bruikbaar, aldus Lindblom. Ter illustratie van genoemde verstrengeling van doelen en middelen kan nog opgemerkt worden dat de formulering van het doel mede afhankelijk is van de beschikbare middelen, bijvoorbeeld het budget (Cyert en March, 1972). Samenvattend kan gezegd worden dat de terminologie van March en Simon wat minder gelukkig is, aangezien hiermee voorbij wordt gegaan aan een wezenlijk aspect van de relatie tussen doelen en middelen: er wordt een scheiding verondersteld die niet of nauwelijks is te maken. Een doelstelling en de middelen ter realisering daarvan zijn immers zo nauw met elkaar verweven dat beide in wezen slechts gezien kunnen worden als componenten van één geheel. Om de relatie tussen deze beide duidelijker aan te geven, stel ik derhalve voor gebruik te maken van een nieuwe, hier te ontwikkelen terminologie: doelstellingen zullen in het vervolg beschouwd worden als de niet-operationele componenten (noc) en middelen als de operationele componenten (oc) van eenzelfde verschijnsel dat met de term doel zal worden aangeduid. Schematisch gezien ziet een doel in bovengestelde zin er als volgt uit:



Figuur II.1. Een doel bestaande uit een niet-operationele component en vijf operationele componenten, benodigd om de niet-operationele component te realiseren

Opgemerkt zij dat tussen de oc's onderling ook nog relaties kunnen bestaan. Dit is verder niet aangegeven om deze en de volgende figuren zo overzichtelijk mogelijk te houden. Aan individuen, groepen en organisaties kunnen meerdere doelen tegelijk worden toegeschreven. Daarbij kan het voorkomen dat één of meer operationele componenten elkaar overlappen. Dit is in simpele vorm weergegeven in figuur II.2.



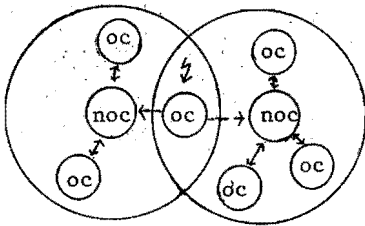
Figuur II.2. Twee verschillende doelen met twee gemeenschappelijke operationele componenten

Ter illustratie het volgende voorbeeld:

De uitbreiding van het functiepakket van een ziekenhuis met bijvoorbeeld het specialisme cardiologie kan gezien worden als een operationele component om twee niet-operationele componenten te realiseren: enerzijds het scheppen of uitbreiden van behandelingsmogelijkheden voor de cardiologische patiënten in de regio en anderzijds het ontwikkelen van een rol van betekenis voor het ziekenhuis, met name ten opzichte van andere ziekenhuizen in de regio.

Het kan voorkomen dat een bepaalde operationele doelcomponent soms, vaak of altijd wordt ervaren als bevorderend voor de ene en belemmerend voor de andere niet-operationele doelcomponent. In de praktijk betekent dit dat er prioriteiten gesteld moeten worden.

Zo kan de uitbreiding van het functiepakket in bovengenoemd voorbeeld ertoe bijdragen dat het ziekenhuis in de regio een belangrijke positie gaat innemen, terwijl deze uitbreiding een belemmering kan gaan vormen voor het streven de werkbelasting van de verpleging te verlichten. Beide doelen zijn dan met elkaar in conflict. In figuur II.3. wordt dit schematisch weergegeven.



- positieve relatie, dat wil zeggen, dat de ene component de realisering van de andere component bevordert
- - - negatieve relatie, dat wil zeggen, dat de ene component de realisering van de andere component belemmert.
- ⚡ conflict

Figuur II.3. Twee conflicterende doelen

In geval van conflicterende doelen vinden bij een ongeveer gelijke machtsverdeling tussen én binnen organisaties, groepen of individuen onderhandelingen plaats, met behulp waarvan men tot een compromis zal trachten te komen. Bij een zeer ongelijke machtsverhouding tussen de betrokken partijen vinden óf helemaal geen onderhandelingen plaats óf leiden de gevoerde onderhandelingen niet tot een compromis, maar tot een eenzijdige prioriteitsstelling. In beide gevallen zal de machtigste partij zijn niet-operationele doelcomponenten kunnen realiseren ten koste van de zwakste partij. In bovengenoemd voorbeeld van de uitbreiding van het functiepakket van een ziekenhuis zullen bij een ongeveer gelijke machtsverdeling tussen alle betrokken groepen, zoals bijvoorbeeld directie, medische staf, verpleging, technisch personeel etc. vooraf overleg plaatsvinden tussen (vertegenwoordigers van) deze groepen, waarbij dan getracht zal worden een compromis te vinden, bijvoorbeeld door een oplossing te zoeken die het minst belemmerend is voor de doelcomponenten van de betrokkenen of door bijstelling van hun doelcomponenten. Bij een ongelijke machtsverdeling zullen de zwakkere groepen niet of nauwelijks bij het overleg betrokken worden, of komt een oplossing uit de bus waarbij geen of weinig rekening gehouden wordt met de consequenties van de betreffende operationele doelcomponent voor de doelen van de zwakkere groepen. Deze redenering doortrekkend kan men veronderstellen dat een bepaalde structuur van operationele en niet-operationele doelcomponenten, in het vervolg oc-noc-structuur genoemd, iets zegt over de invloeden die de leden van een organisatie of groep op de totstandkoming of verandering daarvan uitoefenen, met andere woorden een oc-noc-structuur geeft informatie over de machtsverhoudingen binnen een organisatie of groep.

Over de aard van genoemde oc-noc-structuur nog het volgende: in deze structuur is een hiërarchisch principe herkenbaar, niet in de zin van het meer gebruikelijk hiërarchieconcept (in Weberiaanse zin), waarin relaties van onderschikking en bovenschikking zijn opgenomen, maar in de zin van het hiërarchie concept dat Simon (1965) introduceerde in zijn theorie over complexe systemen. Dergelijke systemen nemen dikwijls de vorm van een hiërarchie aan, aldus Simon. Onder een hiërarchisch systeem verstaat Simon een systeem dat is samengesteld uit samenhangende subsystemen, die elk weer hiërarchisch van structuur zijn tot het laagste niveau van een elementair subsysteem is bereikt. Daarbij kan men van een willekeurig subsysteem uitgaan als zijnde het elementaire subsysteem. Zo werden, aldus Simon, slechts een vijftigtal jaren geleden de atomen als elementaire delen gezien, terwijl zij momenteel voor de beoefenaar der nucleaire fysica complexe systemen zijn. Zo kan men een organisatie zien als een samenstel van diensten, van afdelingen, van groepen of van individuen. Daarbij wordt de organisatie in steeds andere mate van detail bekeken. Met de in het voorgaande besproken opvattingen en omschrijvingen van de organisatie zijn hiervan reeds een aantal voorbeelden gegeven. Opgemerkt zij dat in een organisatie de hiërarchie in de zin van relaties van onder- en bovenschikking, ook wel de "formele" hiërarchie genoemd, niet altijd hoeft samen te vallen met het hiërarchieconcept van Simon. Zo kan bijvoorbeeld de individuele ziekenhuisdirecteur als elementair subsysteem, dus als element van het laagste hiërarchisch niveau worden beschouwd, terwijl hij zich hoog in de formele hiërarchie van het ziekenhuis bevindt. Ik conceptualiseerde de eerder genoemde oc-noc-structuur in hiërarchische zin, maar dan volgens het hiërarchieconcept van Simon. Dat wil zeggen dat men de oc's en noc's in steeds grotere mate van detail kan uiteenleggen.

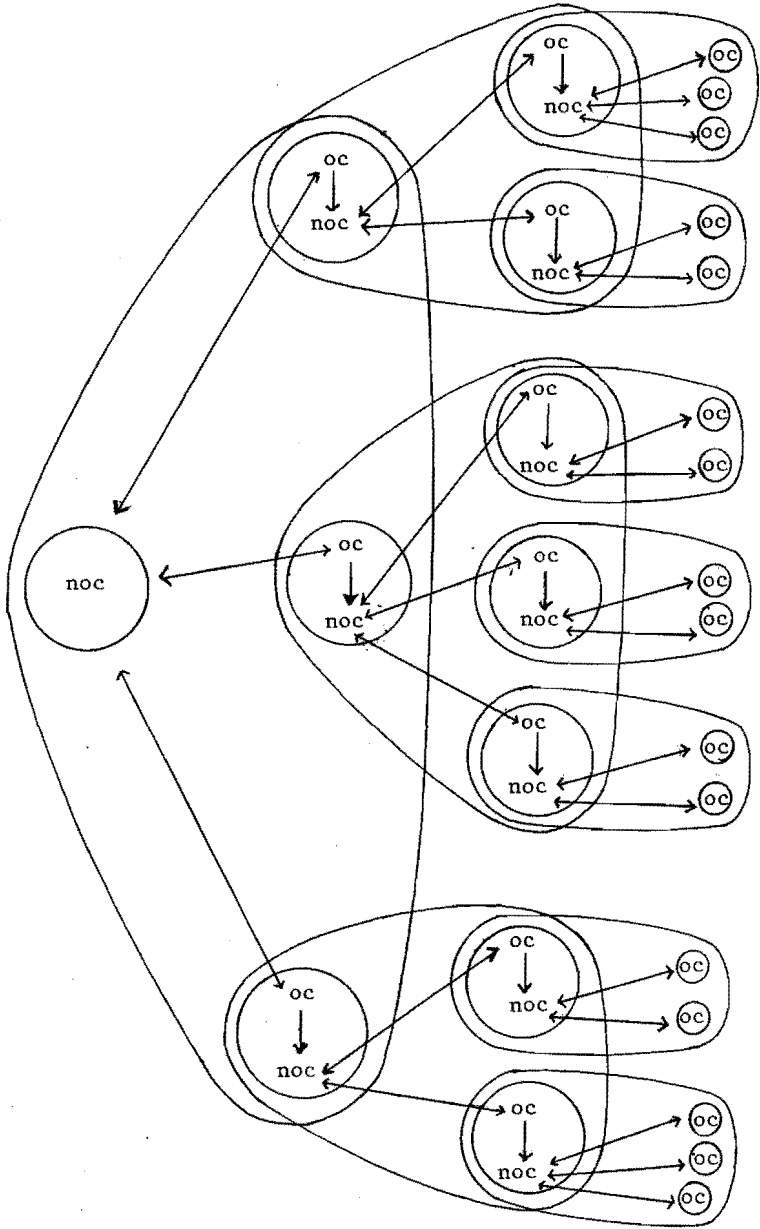
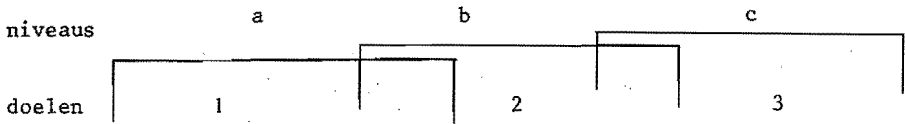
In een organisatie verschuiven zij bovendien, afhankelijk van het aggregatieniveau waarop zij worden bekeken. Zo kan bijvoorbeeld hetgeen op het niveau van een deel der organisatie (bijvoorbeeld een dienst of afdeling) als noc wordt beschouwd, op het niveau van de gehele organisatie als oc gelden. In con-

creto kan bijvoorbeeld op het niveau van de verpleegkundige dienst in het ziekenhuis als nog gelden "het zorgdragen voor een optimale verpleging van de opgenomen patiënten"; terwijl deze nog, gezien op het niveau van de organisatie als totaal beschouwd kan worden als een oc ter realisering van een noc die inhoudt "het zorgdragen voor de behandeling en verzorging van de zieke mens".

In de literatuur is een dergelijke opvatting over organisatie-doelstellingen ook wel terug te vinden, zij het dan in wat andere termen. Zo meen ik een soortgelijke opvatting te herkennen in Simon's 'On the concept of organisational goal' (1964). Hetzelfde principe van het uiteenleggen van doelcomponenten in steeds grotere mate van detail is herkenbaar in het met name in de Verenigde Staten nogal eens gehanteerde "Planning, Programming and Budgeting System" (PPBS).

Een vereenvoudigde weergave van de complexe oc-noc-structuur is in figuur II.4. tot uiting gebracht. Daarin zijn aangegeven de doelen 1, 2 en 3 op respectievelijk de niveaus a, b en c. Dit is slechts een voorbeeld, zoals ook de aantallen oc's en noc's willekeurig gekozen zijn. Voorts zijn in deze figuur alleen oc's aangegeven die de realisering van de noc's bevorderen en niet die welke de realisering ervan belemmeren.

Wanneer men hiërarchische structuren - hiërarchisch in de zin van het hiërarchie-concept van Simon - wil bestuderen is de keuze van het niveau, in casu de mate van detail, van groot belang. Deze keuze hangt af van het te bestuderen probleem (Kramer en Kickert, 1978). Uit het eerste hoofdstuk is af te leiden op welk niveau de te bestuderen problemen liggen, en wel voornamelijk op organisationeel en interorganisationeel niveau. Voor de te bestuderen oc-noc-structuur betekent dit dat we gaan kijken naar doelen die betrekking hebben op of consequenties hebben voor het gehele ziekenhuis, zoals bijvoorbeeld een uitbreiding van het functiepakket, het opbouwen van een samenwerkingsrelatie met een ander ziekenhuis etc. Deze voorbeelden hebben duidelijk betrekking op de aggregatieniveaus die onderwerp van studie zullen zijn.



Figuur II.4. De hiërarchische oc-noc-structuur

In de empirie zal dit waarschijnlijk niet altijd zo duidelijk zijn, aangezien verwacht kan worden dat noch de onderzoeker noch de participanten aan het proces van totstandkoming of verandering van de oc-noc-structuur altijd kunnen overzien of bepaalde doelen consequenties hebben voor de gehele organisatie dan wel voor een deel van de organisatie dan wel voor enkele organisatieleden.

3.3. Het beleidvormingsproces, een normatief model

In de voorgaande paragraaf is het beleid weergegeven als structuur van operationele en niet-operationele doelcomponenten (oc-noc-structuur). In het onderstaande wordt nader ingegaan op de verandering van de oc-noc-structuur, in casu het beleidvormingsproces. De bespreking van het beleidvormingsproces zal geschieden aan de hand van een model. Zoals in het eerste hoofdstuk reeds is opgemerkt, zal dit model twee functies vervullen, en wel:

- 1e. De functie van prescriptief ofwel normatief model. Uitgangspunt in deze studie is het hanteren van een bedrijfskundige optiek en een dergelijke optiek vraagt immers om een normatieve benadering.

- 2e. De functie van waarnemingskader, dat nodig is wanneer straks een aantal methodologische keuzen gemaakt moeten worden om de theoretische noties te kunnen vertalen in een concrete onderzoeksvraagstelling.

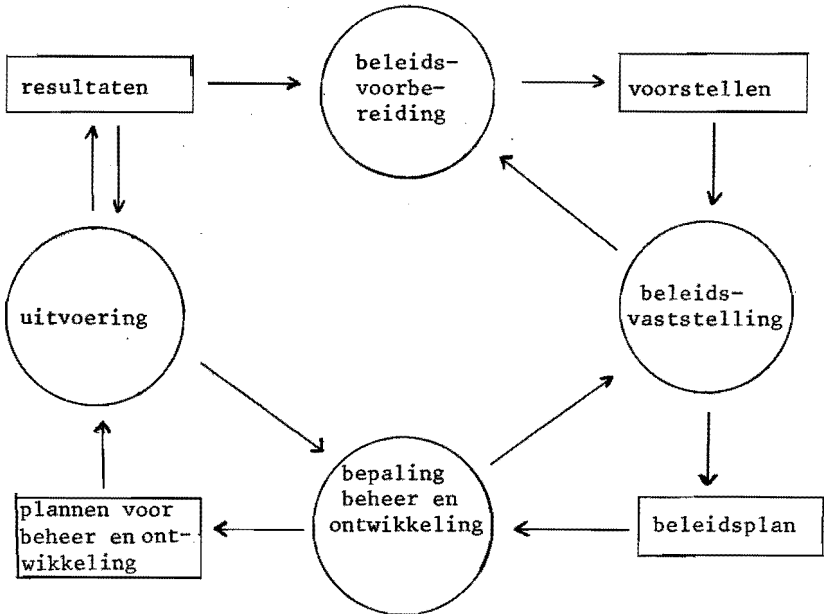
Laatstgenoemde functie komt in hoofdstuk IV ter sprake. Hier zal de aandacht gericht worden op de eerstgenoemde functie.

Indien men zich voorstelt een normatief model te construeren van het beleidvormingsproces zal men zich moeten afvragen ten eerste hoe dit proces dient plaats te vinden, met andere woorden welke fasen of stadia doorlopen dienen te worden, en ten tweede wie aan dit proces behoren deel te nemen, met andere woorden wie de participanten aan dit proces behoren te zijn. Voor de duidelijkheid zij opgemerkt dat met participanten zowel individuen als collectiviteiten bedoeld kunnen worden.

Voor een antwoord op deze vragen gaan we terug naar de omschrijving van beleid, die in paragraaf 3.1. is gegeven. Daarin is gesteld dat beleid - dat later is gekenschetst als een structuur van operationele en niet-operationele doelcomponenten - kenbaar en herkenbaar wordt

in de plannen die men maakt, in de wijze waarop men die plannen voorbereidt en uitwerkt en in de wijze waarop men ze uitvoert. Voorts is gezegd dat het daarbij gaat om besluitvormingsprocessen, plaatsvindend in de interactie tussen groepen en personen en met een, althans in theoretisch opzicht, identificeerbare input en output. In figuur II.5. is weergegeven hoe de samenhang tussen voorbereiding, vaststelling, uitwerking en uitvoering tezamen met hun inputs en outputs behoort te zijn.

Opgemerkt dient te worden dat het schema in figuur II.5. zeer simplistisch is. Bij de bespreking ervan zullen nadere verfijningen en detailleringen worden aangebracht, waaruit zal moeten blijken dat het niet zo simplistisch is als op grond van dit schema verondersteld kan worden.



○ processen
□ inputs en outputs van die processen

Figuur II.5. Een schematische voorstelling van het beleidsvormingsproces

De verschillende elementen van bovengeschetst schema zullen nu achtereenvolgens aan de orde komen.

Onder beleidsvoorbereiding kan men zich denken het onderhouden van communicatie, het doorlopen van bepaalde procedures (bijvoorbeeld begrotingsprocedures), het verzamelen en verwerken van gegevens, zowel vanuit de organisatie als vanuit de omgeving van de organisatie, hetgeen dient te resulteren in een aantal voorstellen, waaruit tijdens de beleidsvaststelling een keuze gemaakt dient te worden en waaraan tevens prioriteiten moeten worden toegerekend.

De beleidsvaststelling moet leiden tot een beleidsplan, waarin in grote lijnen is aangegeven waar men heen wil en hoe dit dient te gebeuren. Hierbij gaat het dus om een doel of doelen die in figuur II.4. als doel op niveau 1 is weergegeven. Dit doel vraagt om een verdere uitwerking, waarbij het met name gaat om een uitwerking van deelaspecten van het beleidsplan en om de vaststelling van de wijze waarop middelen verkregen en gebruikt kunnen worden, in casu de verdere uiteenlegging van de noc's en oc's in steeds grotere mate van detaillering. Dit proces, dat ik bepaling van beheer en ontwikkeling heb genoemd, zal resulteren in een aantal plannen die richting moeten geven aan de verdere uitvoering. Gegevens over de resultaten daarvan zullen weer als informatiebron moeten dienen bij de beleidsvoorbereiding.

Naar aanleiding van dit schema volgt nu een bespreking waarin nader ingegaan wordt op een aantal algemene kenmerken van het beleidvormingsproces, op de onderscheiden inputs en outputs van de deelprocessen en op de deelprocessen zelf. Tenslotte zal aandacht besteed worden aan de vraag wanneer het beleidvormingsproces ingewikkeld van aard wordt.

3.3.1. Enkele algemene kenmerken van het beleidvormingsproces.

Theorie en praktijk

Er zij met nadruk op gewezen dat de in het model onderscheiden fasen in de empirie lang niet zo gemakkelijk zijn te scheiden. Ook zullen de fasen niet altijd in de gestelde volgorde doorlopen worden. Sommige fasen kunnen zelfs worden overgeslagen.

Men zou wel kunnen veronderstellen dat op bepaalde tijdstippen het accent meer ligt op de ene fase dan op de andere. De ene fase kent dan een sterkere intensiteit dan de andere (De Leeuw, 1978). Wisselingen in intensiteit kunnen in een zeer snel, maar ook in een langzaam tempo verlopen. Deze veronderstellingen steunen onder meer op de gegevens van een onderzoek dat door Witte (1972) is verricht. Witte onderzocht 233 besluitvormingsprocessen en kwam tot de conclusie dat, met name bij besluitvormingsprocessen met betrekking tot innovaties, inderdaad een aantal fasen waren te onderscheiden, zoals het verzamelen van informatie, het ontwikkelen van alternatieven, het evalueren van alternatieven en het maken van keuzen. Er was echter geen sprake van de in de literatuur voorgestelde volgorde van fasen. Volgens Witte bestond een besluitvormingsproces uit een veelheid van deelbeslissingen. Ook binnen het besluitvormingsproces dat tot die deelbeslissingen leidde was geen bepaalde volgorde van fasen te herkennen (Mintzberg, 1976).

Toepasbaarheid van het model

Gezien de voorgaande beschouwingen over beleid als oc-noc-structuur - een structuur die aggregatieniveau-onafhankelijk is en inhoudelijk per niveau varieert - zal het geen verwondering wekken dat ook bovenstaand schema als aggregatieniveau-onafhankelijk gezien dient te worden. Dit betekent dat het bruikbaar is voor de analyse van de beleidsvorming van zowel individuen, groepen, als organisaties.

Van belang is voorts op te merken dat beleidvormingsprocessen, die zich afspelen op verschillende niveaus in een organisatie (bijvoorbeeld dat van individuen of groepen) niet los van elkaar staan: er is sprake van in elkaar grijpende cycli. Een probleem is de vraag hoe die processen op de verschillende niveaus zich tot elkaar verhouden. Hiermee wordt een zeer ingewikkelde materie aangesneden, waarover mogelijk slechts na diepgaande studie bepaalde uitspraken gedaan kunnen worden.

Ik heb dit probleem in het kader van deze studie nog niet kunnen oplossen.

Zoals reeds is opgemerkt gaat het in deze studie om de beleidsvorming op het niveau van de organisatie, in het vervolg kortweg de vorming van het algemeen beleid genoemd.

Informatie en communicatie

Er zij op gewezen dat in het schema in figuur II.5. terugkoppelingen van informatie zijn opgenomen, zowel tussen de deelprocessen en hun directe outputs, als tussen de uiteindelijke output (resultaten) en de beleidsvoorbereiding. Dit is nodig voor de evaluatie op grond waarvan de processen bijgestuurd kunnen worden. Hier kom ik straks bij de bespreking van genoemde outputs en inputs nog nader op terug.

Voorts dient opgemerkt te worden dat ten behoeve van de voortgang van het beleidvormingsproces een communicatienet opgebouwd moet worden. Het opstellen, uitwerken en invoeren van plannen voor de realisering van zo'n communicatienet - waarbij zaken aan de orde komen als het bepalen van de frequentie van vergaderingen, het vaststellen van wie wel aan een bespreking deel zal nemen en wie niet, het inbouwen van de mogelijkheid van ad-hoc overleg en dergelijke meer - kan gerekend worden onder het "beleid van het beleid" ofwel het meta-beleid. Onder meta-beleid versta ik het ontwerpen of gericht veranderen van de wijze waarop de verandering van de oc-noc-structuur dient plaats te vinden.

Het nut van de vorming van een algemeen beleid ofwel de verandering van de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie

Het is van belang te wijzen op een belangrijk verschil tussen beslissingen die genomen worden in het kader van de vaststelling van het algemeen beleid én beslissingen die genomen worden in het kader van de bepaling van beheer en ontwikkeling en de uitvoering van dat beleid. Ansoff (1965) merkt op dat de eerstgenoemde beslissingen (4) in tegenstelling tot de laatstgenoemde niet automatisch aandacht vragen, terwijl ze ook moeilijker zijn te ontdekken. Daarom vragen ze speciale aandacht. Ze kosten tijd en geld, maken de organisatie minder flexibel (men legt zich immers voor langere tijd vast) en staan de organisatie niet toe gebruik te maken van het "delay principle", dat wil zeggen het afwachten van nieuwe ontwikkelingen om vervolgens op de meest gunstige in te kunnen spelen. Maar het achterwege laten van een expliciete beleidsvaststelling kent ook nadelen aldus Ansoff. Zo zal de organisatie, bij het ontbreken van

regels om nieuwe mogelijkheden te zoeken, in het wilde weg gaan zoeken, en voorts niet kunnen beoordelen of een bepaalde kans goed is en of die kans zeldzaam is dan wel of zich in de toekomst nog betere kansen zullen voordoen. Bovendien zal de organisatie bij het ontbreken van een beleidsplan - dat de mogelijkheid biedt tot bijsturing - ook niet kunnen bepalen of de middelen (blijvend) efficiënt worden gebruikt. Daarnaast zal de organisatie niet of nauwelijks kunnen anticiperen op veranderingen. Verder wijst Frömming (1977) erop dat men bij het ontbreken van een duidelijk beleidsplan (5) meestal niet verder komt dan het opstellen van zeer onsamenhangende, tegengestelde en vaag geformuleerde eisen. In een dergelijke situatie is de kans groot dat consensus over de verdeling van de middelen voornamelijk of uitsluitend bereikt wordt via het uitspelen van machtsposities door middel van manipulaties die de participanten aan het besluitvormingsproces toepassen, hetgeen de efficiëntie en effectiviteit van de organisatie over het algemeen niet ten goede komt.

Uitgaande van het rationele model van beleid heeft het dus wel degelijk zin zich op systematische wijze met het algemeen beleid bezig te houden (6). Lemmens en Smeets (1977) geven een overzicht van de functies die dergelijke activiteiten kunnen vervullen (7):

- "a. Het beter voorbereiden van (strategische) beslissingen. Hierdoor kan het risico verkleind worden dat er verkeerde beslissingen worden genomen en dat er op een later tijdstip crisismanagement moet plaatsvinden. Dit is eigenlijk een rechtstreeks gevolg van het anticiperend (vooruitdenkend) bezig zijn.
- b. Het beter tegemoet komen aan de steeds sterker wordende roep om een duidelijke strategie of een duidelijk beleid, zowel vanuit de omgeving als vanuit de onderneming zelf. Hierbij kan gedacht worden aan verschillende belangengroepen: ondernemingsraden, vakbeweging, banken, milieugroepen, consumentenorganisaties, overheidsinstanties enz.
- c. Het beter sturen van allerlei activiteiten (van mensen en afdelingen) in duidelijk afgesproken richtingen.

- d. Het vergroten van de betrokkenheid van de medewerkers bij het hele ondernemingsgebeuren. Indien bij het proces van strategievorming de nodige openheid betracht wordt en gelegenheid tot het ventileren van ideeën ingebouwd is, kan hiervan een sterk motiverende werking uitgaan.
- e. Het verminderen van onzekerheid, doordat men beter weet hoe men er voor staat en waar men heen wil.
- f. Het verminderen van de complexiteit doordat de veelheid aan informatie beter geordend is.
- g. Het opsporen van potentiële problemen. Dit is een direct gevolg van het vooruitdenkend bezig zijn.
- h. Het vergroten van efficiency en effectiviteit van het management (het besturen) van de onderneming, doordat veelvuldiger actief vorm gegeven wordt aan de toekomst van de onderneming ("ageren in plaats van reageren")."

Tot zover Lemmens en Smeets.

Gezien bovenstaande beschouwing is te verwachten dat in het hier gepresenteerde beleidsmodel voorgeschreven wordt dat men zich in een organisatie bezig dient te houden met de vaststelling van een algemeen beleid.

De mate waarin men dat behoort te doen is evenwel een andere vraag. Dat zal afhankelijk zijn van de situatie en de omstandigheden waarin de organisatie verkeert. De noodzaak om veel aandacht te besteden aan een algemeen beleidsplan doet zich vooral voor wanneer de organisatie zelf ingewikkeld is, wanneer zij in sterke mate wordt geconfronteerd met een veelheid van snelle veranderingen in haar omgeving en wanneer zij ook in staat is om op deze veranderingen in te spelen. Het gaat hierbij met name om veranderingen van economische, sociale, politieke, technologische en ecologische aard (Lemmens en Smeets, 1977).

De kwaliteit van beleidsbeslissingen

Uiteindelijk gaat het erom dat er goede beslissingen genomen worden, namelijk die beslissingen die het beleidsplan realiseerbaar maken.

Volgens Gälweiler (1974) zijn drie factoren bepalend voor de kwaliteit van dergelijke beslissingen en wel:

- de kwaliteit van degenen die deze beslissingen moeten nemen, in casu hun specifieke mentale vaardigheden
- de kwaliteit van de gehanteerde procedures (systematiek en methodieken)
- de kwaliteit van de beschikbare informatie.

Lemmens en Smeets (1977) wijzen erop dat tussen deze drie factoren een sterke wisselwerking bestaat, namelijk in die zin dat een minder goede, respectievelijk goede kwaliteit van één van de factoren, de beide andere factoren in negatieve respectievelijk positieve zin beïnvloedt. Indien bijvoorbeeld de gehanteerde procedures slecht ontwikkeld zijn, zal de beschikbare informatie van minder goede kwaliteit zijn (te omvangrijk, onsystematisch, met een gebrek aan essentiële gegevens) en zullen de beslissers, ook al beschikken zij in principe over de juiste vaardigheden, minder goede beslissingen gaan nemen.

3.3.2. De inputs en outputs van de deelprocessen

In het navolgende zullen eerst enkele algemene opmerkingen gemaakt worden over de inputs en outputs van de in figuur II.5. onderscheiden deelprocessen. Opgemerkt zij dat deze deelprocessen op zich weer een beleidvormingsproces zijn op een ander aggregatieniveau. Hiermee is een voorbeeld gegeven van het probleem van de in elkaar grijpende cycli dat in par. 3.3.1. is aangesneden. Na genoemde algemene opmerkingen volgt een korte bespreking van die inputs en outputs die nog enige toelichting behoeven, namelijk het beleidsplan en de plannen voor beheer en ontwikkeling.

Enkele algemene opmerkingen

Gesteld kan worden dat in alle genoemde inputs en outputs eerdergenoemde oc-noc-structuur kenbaar en herkenbaar dient te zijn. Als zodanig geven zij enerzijds informatie over de inhoud van het beleid, maar anderzijds ook over de voorafgaande processen. In het voorgaande is immers reeds opgemerkt dat de oc-noc-structuur iets zegt over de onderlinge relaties, met name de machtsverhoudingen tussen de participanten aan die processen.

Voorts zij erop gewezen dat, en in het voorgaande is dit al even ter sprake gekomen, de inputs en outputs van de processen de basis

vormen voor evaluatie. Zij zijn immers de resultaten van die processen en resultaten kunnen gezien worden als de proef op de som van hetgeen waaruit zij voortkwamen. Zij kunnen gebruikt worden bij de evaluatie van zowel de deelprocessen als ook van het totale proces. Dit laatste betekent dat men aan de hand van het bereiken of niet bereiken van de in de plannen gestelde doelen kan nagaan of het proces naar wens is verlopen (Frömning, 1977).

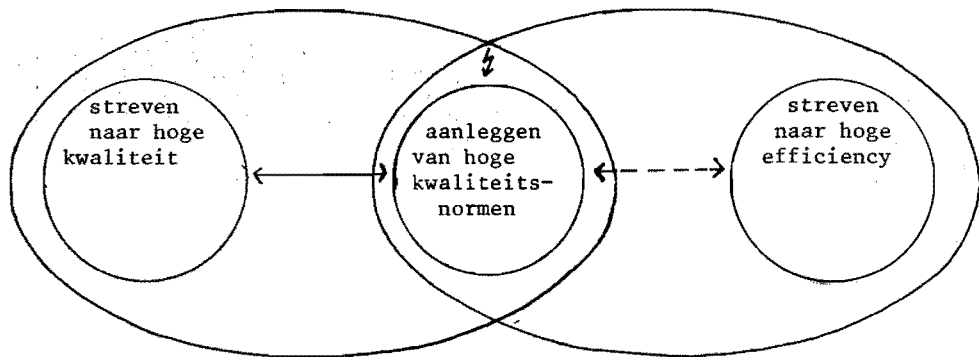
Het beleidsplan en de plannen voor beheer en ontwikkeling

Bij de bespreking van deze plannen wordt ingegaan op de vraag wat de inhoud zou dienen te zijn van een algemeen beleidsplan voor de organisatie en de daaruit voortvloeiende plannen voor beheer en ontwikkeling. Dat wil in de hier gehanteerde concepties zeggen: het gaat om de vraag hoe de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie behoort te zijn en op welke wijze de oc's en noc's in nader detail uiteengelegd moeten worden.

In navolging van Frömning (1977) wordt hier uitgegaan van het standpunt dat een algemeen beleidsplan de volgende elementen dient te bezitten:

- a. noties over de organisatiedoelen die voor langere termijn zullen gelden. Daarbij dienen de noc's én oc's op het niveau van de organisatie te worden aangegeven, waarbij aandacht besteed zal moeten worden aan:
- b. noties over kwantiteit
- c. noties over kwaliteit
- d. noties over het economisch principe: de (economische) mogelijkheden die aanwezig zijn of verworven moeten worden voor het bereiken van de gestelde doelen.

Frömning wijst erop dat een algemeen beleidsplan per definitie een tegenstrijdigheid bevat in de vorm van eisen die zowel aan de kwaliteit als ten behoeve van de efficiency gesteld moeten worden. Het aanleggen van hoge kwaliteitseisen brengt immers meestal hoge kosten met zich mee. In feite gaat het hier om twee conflicterende doelen, dat wil zeggen doelen met een gemeenschappelijke operationele component die de niet-operationele component van het ene doel bevordert en die van het andere doel belemmert. In onderstaande figuur is dit, in zeer eenvoudige vorm, uitgebeeld.



- positieve relatie
- - - negatieve relatie
- ⚡ conflict

Figuur II.6. Een voorbeeld van twee conflicterende doelen

Gezien genoemde inherente tegenstelling is het van belang, aldus Frömming, dat bij de vaststelling van het gewenste kwaliteitsniveau steeds de terugwerking van de kwaliteitseisen op de kosten wordt bekeken.

In de plannen voor beheer en ontwikkeling krijgen de in het beleidsplan aangegeven operationele doelcomponenten de status van niet-operationele doelcomponenten, die op hun beurt verder uiteengelegd dienen te worden in een aantal operationele componenten. Deze operationele componenten zullen in concreto betrekking hebben op, wat Ansoff (1965) noemt, het organiseren en ontwikkelen van middelen. Hieronder wordt dan verstaan:

- het structureren van de organisatie of delen daarvan, in casu het verdelen van taken en bevoegdheden en het structureren van de communicatie ten behoeve van de afstemming van die taken.
- het structureren van het productieproces, bijvoorbeeld het opstellen van werkschema's, het regelen van goederenstromen etc.
- het ontwikkelen en aantrekken van middelen als vermogen, personeel, apparatuur en accommodatie.

Daaronder valt ook het uitwerken van de doelen van de delen van de organisatie, zoals in het ziekenhuis bijvoorbeeld op medisch en verpleegkundig gebied etc.

De plannen voor beheer en ontwikkeling dienen, al dan niet na een nog verdere specificatie en uitwerking, richting te geven aan de uitvoering.

3.3.3. De deelprocessen van het beleidvormingsproces

De deelprocessen zijn in paragraaf 3.1. gekarakteriseerd als besluitvormingsprocessen, plaatsvindend in de interactie tussen groepen en personen. Het beschouwen van beleidvormingsprocessen als besluitvormingsprocessen betekent dat men bij de analyse van genoemde processen gebruik kan maken van begrippen en inzichten inzake besluitvorming. In het kader hiervan volgt nu een bespreking van de participanten aan het besluitvormingsproces, waarna vervolgens kort zal worden ingegaan op de belangrijkste besluitvormingsmodellen uit de organisatieliteratuur.

De participanten

Volgens Kieser en Kubicek (1977) behoren degenen die zich bezighouden met het nemen van beslissingen over doelen op het niveau van de organisatie tot de zogenaamde Kerngruppe. Uit de organisatieliteratuur is af te leiden dat in veel organisaties de leden van de kerngroep dezelfde zijn als de leden van de organisatietop, in casu het bovenste deel van de formele organisatiehiërarchie (8).

Zo zegt Chandler (1962) bijvoorbeeld dat de top zich het meest bezighoudt en ook behoort bezig te houden met brede strategische beslissingen met betrekking tot de gehele organisatie, in casu beslissingen betreffende het algemeen beleid. De taak die in dit verband verricht moet worden komt neer op een afstemming van de noc's en oc's op het niveau van de organisatie ofwel, zoals Fayol (1916) zegt, het tot een eenheid smeden van alle uiteenlopende commerciële, technische, financiële en andere activiteiten van de onderneming. Daarnaast zal er door middel van delegatie en coördinatie voor gezorgd moeten worden, aldus Chandler (1962), dat de dagelijkse gang van zaken in de organisatie glad en efficiënt verloopt.

In termen van het hier gehanteerde model van beleidsvorming (figuur II.5.) kan gezegd worden dat de taak van de leden van de organisatie-top de volgende twee elementen bevat:

- zorg voor de ontwikkeling van het algemeen beleid, door middel van delegatie en coördinatie van de beleidsvoorbereiding en het nemen van beslissingen in het kader van de beleidsvaststelling
- zorg voor de uitwerking en uitvoering, eveneens door middel van delegatie en coördinatie.

Deze activiteiten zijn te plaatsen in respectievelijk het rechterdeel en het linkerdeel van het schema in figuur II.5 (9). Ook Ansoff (1965) wijst erop dat beslissingen over het algemeen beleid centraal (in casu door de organisatietop) worden genomen.

Gesteld kan worden dat in situaties waarin het nodig is een slagvaardig beleid te voeren, bijvoorbeeld bij veel snelle veranderingen in de omgeving of indien zich in de omgeving ontwikkelingen voordoen die een bedreiging vormen voor het voortbestaan van de organisatie, centralisatie van beslissingen betreffende het algemeen beleid wenselijk is. Dit betekent mijns inziens niet dat deze beslissingen buiten de overige organisatieleden om genomen dienen te worden. Lemmens en Smeets (1977) hebben er reeds op gewezen dat een sterk motiverende werking kan uitgaan van het betrachten van de nodige openheid en het inbouwen van de gelegenheid tot het ventileren van ideeën. Ook Frömming (1977) is van mening dat de zogenaamde "lagere regionen" dienen te participeren in het beleidvormingsproces, in die zin dat zij meewerken aan het specificeren van operationele doelcomponenten. Voorts zouden zij naar mijn mening kunnen adviseren bij kwesties inzake het algemeen beleid. Hierdoor wordt tevens aangesloten bij de vigerende democratiseringstendens in onze maatschappij.

Op deze wijze krijgen de organisatieleden een eigen verantwoordelijkheid te dragen en zullen zij meer achter de gestelde doelen staan. In dat geval is wel een goede coördinatie van het handelen van de gedecentraliseerde beslissingseenheden gewenst, aldus Frömming (1977). Dit is mijns inziens te realiseren, indien de oc-noc-structuur logisch is opgebouwd, dat wil zeggen dat alle of de meeste operationele doelcomponenten eenduidig van de niet-operationele doelcomponenten zijn afgeleid.

Opgemerkt zij voorts dat ook bij de bestudering van de participanten aan het proces van de vorming van het algemeen beleid in een organisatie de kwestie van aggregatieniveaus weer een rol speelt.

Ik meen dat de onderzoeker voor het verkrijgen van inzicht in dit proces dient te kijken op zowel individueel als op groeps-niveau en zelfs op het niveau van organisaties, met name indien het gaat om interorganisationele relaties: zowel een individu als een groep als een organisatie kan derhalve als "een beslisser" gezien worden.

Indien sprake is van meer dan twee participanten bestaat de mogelijkheid dat zich coalities vormen. Kirsch (1977) zegt hierover het volgende:

"Ein Teil der Verhandlungsteilnehmer schliesst sich zusammen, um ihre Forderungen und Manipulationsversuche gegenüber den anderen aufeinander abzustimmen und ihnen grösseren Nachdruck zu Verleihen. Die Bildung solcher Koalitionen ist selbst Gegenstand von Verhandlungen"...(10)... "die sich auch nach ihrer Bildung fortsetzen, um die jeweils zu stellenden Forderungen und zu ergreifenden Taktiken in der eigentlichen Verhandlung abzusprechen. Meist lassen sich die Mitglieder bei den Verhandlungen auch durch einen Repräsentanten vertreten."

Kirsch wijst er overigens op dat bij organisatorische besluitvorming de coalitievorming dikwijls niet expliciet plaatsvindt:

"Die Existenz solcher "stillschweigenden" Koalitionen ist meist schwer nachweisbar, da ihr Entstehen das Ergebnis impliziter Aushandlungsprozesse ist, die nicht zu einer expliziten Koalitionsvereinbarung führen."

Dit maakt het werk van de onderzoeker van organisatorische besluitvormingsprocessen er niet eenvoudiger op.

Tenslotte is van belang, en wel omdat dit iets zegt van de wijze waarop de oc-noc-structuur verandert, dat Kirsch een overzicht geeft van manipulatietactieken, zoals bijvoorbeeld bedreigen, beloven, de onderhandelingspartners voor voldongen feiten plaatsen, zich beroepen op het reciprociteitsbeginsel en dergelijke meer.

Besluitvormingsmodellen

Aangezien modellen over het verloop van het besluitvormingsproces in de literatuur een belangrijke plaats innemen, zal ik hier in het kort nader op ingaan en mijn standpunt hierover kenbaar maken. Van veel gewicht in de organisatieliteratuur zijn mijns inziens de zogenaamde fasenmodellen.

Verschillende auteurs vatten besluitvorming op als een proces, bestaande uit een aantal opeenvolgende, duidelijk te onderscheiden fasen. Het aantal onderscheiden fasen varieert bij de verschillende schrijvers van drie tot acht of meer.

Volgens Mintzberg (1976) is wellicht de meest bekende indeling, Simon's "intelligence-design-choice" trichotomie, waarmee bedoeld wordt dat een besluitvormingsproces bestaat uit achtereenvolgens het beoordelen van een situatie waarin een beslissing moet worden genomen, het ontwerpen van een "keuze-model", waarin alle mogelijke alternatieven en hun voordelen en nadelen zijn opgenomen, en tenslotte het doen van een keuze uit de verzamelde alternatieven.

Dror (1968) geeft een goed overzicht van de fasen-modellen, die men in de literatuur kan aantreffen. Hij koppelt hieraan een bespreking van het in de verschillende modellen gehanteerde begrip rationaliteit.

Dror wijst erop dat het denken over besluitvorming en beleidsvorming voornamelijk is gebaseerd op het zogenaamde "pure-rationality-model". Dit model is dikwijls zelfs prescriptief van aard, met andere woorden, het wordt opgevat als h et ideale patroon van besluitvorming, waarnaar besluitvormers te allen tijde dienen te streven.

Volgens Dror bestaat het "pure-rationality-model" uit zes fasen en wordt besluitvorming per definitie rationeler geacht naarmate deze fasen in werkelijkheid ook - in de gestelde volgorde - doorlopen worden en de kenmerken van het model dichter benaderen. Daarmee is dan tevens een manier aangegeven om de rationaliteit van beslissingen te meten.

In navolging van Dror zou ik evenwel willen stellen dat beleidsvorming volgens dit model op een enkele uitzondering na in feite onmogelijk is. Als factoren die dit belemmeren kunnen genoemd worden cognitieve en emotionele beperkingen (11), belangentegenstellingen, belangenconflicten, machtsuitoefening, onderhandelingen etc.

Het komt mij voor dat noch de veronderstellingen over rationaliteit, noch de veronderstellingen over de opeenvolging van fasen die in deze modellen worden gehanteerd, bruikbaar zijn voor de onderzoeker van besluitvormingsprocessen. Rationaliteit kan mijns inziens niet gezien worden als een absolute grootheid. Veel hangt af van de omstandigheden, in casu de achtergronden en belangen van de beslisser, de positie die hij inneemt en bepaalde

voorkeuren, verlangens en opvattingen. Een beslissing, die uiteindelijk verkeerd uitpakt, kan op het moment dat hij werd genomen toch de beste zijn geweest, gezien de omstandigheden waarin de beslisser zich bevond, de kennis waarover hij beschikte en de opvattingen die hij erop nahield (Wagenaar, 1977). Met andere woorden, de beslisser gedroeg zich wel degelijk rationeel, in die zin dat zijn gedrag verklaarbaar was. Hier is sprake van rationeel gedrag in ruime zin: rationeel gedrag is verklaarbaar gedrag (Kickert, 1977 en 1979).

Tenslotte nog een kritische opmerking over het fasenconcept. In een theoretisch model over besluitvorming kan het fasenconcept zeer bruikbaar zijn, daar het kan functioneren als middel tot ordening van de ingewikkelde materie. Ik heb er in mijn model van het beleidvormingsproces dan ook gebruik van gemaakt (zie figuur II.5.). Bij toepassing van het model in het kader van empirisch onderzoek dient men echter twee zaken in het oog te houden. Ten eerste is het zeer waarschijnlijk dat de in het model opgenomen fasen in de empirie niet zo gemakkelijk te onderscheiden zijn, hoewel dit toch ook weer niet geheel onmogelijk is. Ten tweede is niet te verwachten dat de fasen doorlopen zullen worden in de in het model voorgestelde volgorde. Mogelijk zal de ene fase op een bepaald moment wel een sterkere intensiteit kennen dan de andere fase. Daarbij zullen wisselingen in intensiteit waarschijnlijk niet in een gelijkmatig tempo verlopen. In paragraaf 3.3.1. is hier reeds op gewezen.

3.3.4. Besluitvorming in een complexe situatie

Op grond van het voorgaande kan gezegd worden dat besluitvorming, zelfs als deze plaatsvindt in een relatief overzichtelijke situatie, gekarakteriseerd kan worden als een ingewikkeld proces. De ingewikkeldheid van besluitvorming neemt snel toe, naarmate de situatie waarin besluiten worden genomen eveneens complexer wordt.

Bovenstaande opmerking roept een aantal vragen op, zoals:

- wanneer is sprake van een complexe situatie?
- welke betekenis dient gegeven te worden aan het begrip complex of complexiteit?

Uitgangspunt in deze studie is nu dat "besluitvorming in een complexe situatie" wordt opgevat als besluitvorming die plaatsvindt in een complexe organisatie, functionerend in een complexe omgeving.

Dit uitgangspunt impliceert de veronderstelling dat er een positief verband bestaat tussen complexiteit van organisatie, omgeving en besluitvorming ten aanzien van het algemeen beleid van die organisatie. Indien dus bijvoorbeeld vastgesteld kan worden dat een organisatie complex is, dan zal zij per definitie functioneren in een complexe omgeving, terwijl de besluitvorming betreffende het algemeen beleid, waardoor de verandering van de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie tot stand komt, eveneens per definitie complex zal zijn.

In het navolgende zal ingegaan worden op de betekenis van het begrip complexiteit, waarbij het accent zal liggen op de kenmerken die kunnen worden toegeschreven aan respectievelijk een complexe organisatie, een complexe omgeving en een complexe besluitvorming met betrekking tot de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie.

Daarbij zal tevens de vorengenoemde veronderstelling betreffende het verband tussen complexiteit van organisatie, omgeving en besluitvorming aan de orde komen.

4. Het begrip complexiteit

Het begrip complexiteit wordt dikwijls zo gemakkelijk gebruikt, maar wat is nu de betekenis ervan?

Bij de navolgende uiteenzetting over complexiteit zal ik mij met name refereren aan de opvattingen van Menzl (1977). Deze auteur heeft een wat minder gebruikelijke zienswijze op complexiteit, wanneer hij zegt dat met het begrip complexiteit uitdrukking wordt gegeven aan een veelheid ofwel variëteit van betrekkingen (Beziehungsreichtum) tussen de elementen van een

systeem. Hij voegt er nadrukkelijk aan toe dat niet het aantal elementen, maar het aantal betrekkingen maatgevend is. Volgens Menzl is het begrip variëteit echter nog te abstract. Derhalve dient naar een aantal indicatoren gezocht te worden, met behulp waarvan het begrip variëteit meer concreet kan worden gemaakt. Deze indicatoren kunnen dan als kenmerken of criteria gezien worden, aan de hand waarvan de mate van complexiteit van een systeem vastgesteld kan worden. Menzl zegt daarvan het volgende:

"Es handelt sich dabei um Merkmale welche für die Beurteilung von Faktoren der organisatorischen Situation verwendet werden. Wir bezeichnen solche Faktoren als situative Einflussfaktoren der Organisation". . ."Lediglich als Beispiele solcher Einflussfaktoren seien Marktleistungen, Anlagen, Aufgabenarten, Beschaffungsmärkte, Führungsstrategie usw. genannt."

Zoals uit het voorgaande (in par. 3.3.4.) is af te leiden, zal ik de organisatie in zijn geheel, de omgeving van de organisatie en de besluitvorming betreffende de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie als dergelijke factoren beschouwen.

In het onderstaande wordt in algemene termen een korte beschrijving gegeven van genoemde kenmerken of criteria. Vervolgens wordt nader uiteengezet welke betekenis aan deze kenmerken gegeven kan worden wanneer men ze betreft op respectievelijk de organisatie, de omgeving en de besluitvorming ten aanzien van de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie.

4.1. Kenmerken van complexiteit in algemene termen

1. Relatieve betekenis

Dit is eigenlijk een selectie criterium, in die zin dat daardoor onbelangrijke factoren van verder onderzoek worden uitgesloten: zo worden alleen belangrijke elementen en samenhangen bij de analyse van een factor meegenomen.

2. Heterogeniteit

Met heterogeniteit wordt de mate van verscheidenheid ofwel differentiatie van een factor aangegeven.

3. Dynamiek

Het criterium dynamiek verwijst naar de snelheid waarmee een factor verandert. Kieser (1971) noemt drie kenmerken met be-

hulp waarvan de mate van dynamiek beoordeeld kan worden, namelijk:

- de frequentie waarmee veranderingen optreden
- de kracht van de veranderingen
- de regelmaat waarin de veranderingen voorkomen.

4. Onbepaaldheid

Dit kenmerk zegt iets over de mate waarin men kan beschikken over gegevens of kennis over een factor.

5. Vervlechting

Met het criterium vervlechting wordt aangegeven in hoeverre de delen van een systeem afhankelijk van elkaar en van andere systemen of delen daarvan kunnen worden gevormd ofwel in hoeverre een structurele integratie van die delen met andere systemen of systeemdelen mogelijk is.

Thompson (1967) onderscheidt drie vormen van vervlechting ofwel, zoals hij dat noemt, interdependentie, en wel de volgende:

- "pooled interdependence". In dat geval gebruiken de systeemdelen de hulpbronnen die het totale systeem levert als input en leveren zij hun output ook weer aan het totale systeem af
- "sequential interdependence". Daarbij is de output van een deel van het systeem een voor een ander deel noodzakelijke input
- "reciprocal interdependence". In dit geval gebruikt elk deel van het systeem de output van andere delen als input.

6. Tijdsoriëntering

Het criterium tijdsoriëntering heeft betrekking op de tijdshorizon waaraan plannen en beslissingen gebonden zijn.

7. Continuïteit

Met continuïteit wordt een aanduiding gegeven van de mate waarin schommelingen en veranderingen in een factor aanwezig zijn.

8. Risico

Hiermee wordt een aanduiding gegeven van de relatieve omvang van schade of verliezen die een factor kan opleveren.

9. Omvang

Aan de grootte of omvang van een factor wordt in talrijke theoretische en empirische verhandelingen over de organisatie aandacht geschonken. Meestal gaat het daarbij om de omvang van het totale systeem.

10. Beschikbaarheid

Hiermee wordt bedoeld de mate waarin men over een factor kan

beschikken. De factor "financiën" bijvoorbeeld kan in een onderneming vrij omvangrijk, maar niet vrij beschikbaar zijn.

11. Productiviteit

Met dit criterium wordt aangeduid de mate waarin prestaties worden geleverd in relatie tot de omvang en beschikbaarheid van een factor.

Wanneer de elf bovengenoemde kenmerken in hoge mate voorkomen, is er sprake van een grote complexiteit van een factor. Dit met uitzondering van de factor beschikbaarheid. Hiervoor geldt het omgekeerde. Overigens kan de mate waarin genoemde kenmerken voorkomen nooit in absolute zin, maar altijd alleen in relatieve zin vastgesteld of geschat worden, dat wil zeggen vergelijkenderwijs, bijvoorbeeld in vergelijking met een vroegere situatie of met andere factoren. De problemen die zich voordoen in een complexe situatie en die aan degenen die in een dergelijke situatie moeten functioneren om een oplossing vragen, zijn het best te omschrijven als onoverzichtelijkheid, onbestuurbaarheid en onzekerheid.

Menzl (1977) merkt in dit verband op dat een oplossing voor genoemde problemen gezocht dient te worden in het reduceren of juist genereren van variëteit door middel van organisatie, in casu organisatie als activiteit, dat wil zeggen structureren en coördineren. De noodzaak tot variëteitsreductie is vanuit organisatorisch oogpunt makkelijk te begrijpen, aldus Menzl, maar ook variëteitsgenerering zal in bepaalde gevallen nodig zijn. In par. 4.4. wordt hiervan een voorbeeld gegeven.

4.2. Complexiteit van omgeving, organisatie en besluitvorming betreffende de oc-noc-structuur van de organisatie

Nu de door Menzl genoemde complexiteitskenmerken in algemene termen zijn beschreven, zal ik in het navolgende aangeven op welke wijze zij mijns inziens kunnen worden toegepast op respectievelijk de omgeving, de organisatie en de besluitvorming ten aanzien van de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie.

In bijgaand overzicht heb ik daarvan een korte samenvatting opgenomen, waarna het een en ander nader zal worden toegelicht. Daarbij zal ik mij baseren op de opvattingen die hieromtrent in de organisatieliteratuur zijn te vinden.

complexiteits- kenmerken	omgeving	organisatie	besluitvorming m.b.t. oc-noc- structuur op niveau organisatie
relatieve betekenis	belang omgeving voor orga- nisatie	belang organisatie voor omgeving	belang besluitvorming voor organisatie
heterogeniteit	verscheidenheid van voor de organisatie belangrijke orga- nisaties, groepen en indi- viduen	differentiatie van organisatiestructuur	verscheidenheid van beslissingen
dynamiek	frequentie van snelle en krachtige veranderingen van verschillende aard	frequentie van snelle en krachtige veranderingen in technologie en organisatie- structuur	frequentie waarmee snelle en krachtige beslissingen genomen moeten worden
onbepaaldheid	hoeveelheid informatie die organisatie heeft over omgeving	hoeveelheid informatie over de organisatie zelf	hoeveelheid informatie over consequenties van beslissingen
vervlechting	samenhang tussen (delen van) organisatie en omgeving	samenhang tussen delen van de organisatie	samenhang tussen beslissingen
tijdsoriëntering	tijdshorizon van voor de or- ganisatie relevante gebeur- tenissen	tijdshorizon van organisa- torische handelingen	tijdshorizon van beslissingen
continuïteit	stabiliteit van economische omgeving	stabiliteit van productie- proces en aanbod van pro- dukten	stabiliteit van beslissings- noodzaak
risico	kans op schade, berokkend door bepaalde gebeurtenissen, aan organisatie	kans op schade berokkend door productieproces, aan organisatie	kans op schade berokkend door beslissingen, aan organisatie
omvang	aantal organisaties, groepen en individuen die voor orga- nisatie relevant zijn	aantal organisatieleden	aantal beslissingen
beschikbaarheid	beschikbaarheid van door or- ganisatie benodigde inputs en ruimte voor opname outputs van organisatie	beschikbaarheid van soort- gelijke organisaties in de omgeving	beschikbaarheid van beslis- singsmomenten
productiviteit	relatie tussen aantal voor organisatie relevante parti- cipanten en aantal prestaties	relatie tussen aantal orga- nisatieleden en aantal prestaties	relatie tussen het aantal beslissers en het aantal beslissingen

Overzicht II.1. De betekenis die hier wordt toegekend aan elf complexiteitskenmerken, wanneer zij worden toegepast op de omgeving van de organisatie, de organisatie en de besluitvorming met betrekking tot de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie.

Bovenstaand overzicht bevat een groot aantal factoren, maar is toch, evenals hetgeen in figuur II.5. in beeld is gebracht, nog slechts een simplificatie van de werkelijkheid. Dit komt omdat de complexiteitsfactoren in werkelijkheid - zowel onderling als toegepast op verschillende factoren - samenhangen, in die zin dat het voorkomen van één kenmerk bevorderlijk kan zijn voor het ontstaan of voorkomen van een ander. Zo draagt bijvoorbeeld een toename in omvang van een organisatie bij tot de toename van de relatieve betekenis van die organisatie. Zo hebben voorts Lawrence en Lorsch (1969) aan de hand van hun onderzoeksbevindingen kunnen aantonen, dat een duidelijk verband bestaat tussen de mate van heterogeniteit van de organisatie en de mate van dynamiek in de omgeving. Op zich is de samenhang tussen complexiteitskenmerken van de organisatie enerzijds en van de omgeving anderzijds niet zo verwonderlijk, wanneer men in het kader van de open-systeemconceptie ervan uitgaat dat het functioneren van de organisatie mede afhankelijk is van de condities die door de omgeving aan de organisatie worden gesteld.

Uit het bovenstaande is af te leiden dat in de organisatieliteratuur wel een aantal gegevens zijn te vinden over de relatie tussen de complexiteitskenmerken. De onderzoeken op dit terrein zijn evenwel nog niet zo ver gevorderd dat deze relaties ook volledig in kaart gebracht kunnen worden, zo dit al mogelijk is.

Ik zal derhalve bij onderstaande toelichting op overzicht II.1. volstaan met het aangeven van die relaties voorzover dit mede op basis van gegevens uit de literatuur mogelijk is. Er zij met nadruk op gewezen, dat het aantal aangegeven relaties zeker niet uitputtend is, terwijl ook niet duidelijk aangegeven kan worden hoe sterk de samenhangen zijn.

4.3. Kenmerken van de complexe omgeving

De kenmerken van de complexe omgeving zullen bekeken worden vanuit het oogpunt van de organisatie. Omgeving wordt hier immers opgevat in relatie tot de organisatie, met andere woorden, het gaat om de omgeving van een organisatie voor zover zij van belang is voor die organisatie. Thompson (1967) spreekt hier van "relevante omgeving".

In het onderstaande zullen de in overzicht II.1. genoemde complexiteitskenmerken van de omgeving nader toegelicht worden. Om dublures te voorkomen zal de relatie tussen deze complexiteitskenmerken enerzijds en die van de organisatie en de besluitvorming met betrekking tot de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie anderzijds in de desbetreffende paragrafen (4.2. en 4.3.) worden besproken.

Relatieve betekenis

Met het kenmerk relatieve betekenis wordt aangegeven in welke mate participanten, in casu organisaties, groepen en personen, uit de omgeving van belang zijn voor de organisatie. Dit kenmerk zegt dus iets van de relatie tussen organisatie en omgeving. Ik meen dat genoemde participanten van groot belang zijn voor de organisatie, indien zij veel invloed kunnen uitoefenen op de input- en outputrelaties die de organisatie met de omgeving onderhoudt. Zo zal voor het ziekenhuis de overheid een participant met een grote relatieve betekenis zijn, aangezien zij door het vaststellen van bindende richtlijnen ten aanzien van bijvoorbeeld beddenaantal, investeringen, tarieven en dergelijke, de speelruimte waarbinnen het ziekenhuis een eigen beleid kan vaststellen in belangrijke mate bepaalt.

Heterogeniteit

Een organisatie functioneert in een sterk heterogene omgeving, indien zij wordt geconfronteerd met een verscheidenheid van organisaties, groepen en personen in die omgeving, die alle een hoge relatieve betekenis voor die organisatie hebben.

Dynamiek

De omgeving van een organisatie bezit een hoge dynamiek, indien zich daarin met regelmaat vele snelle en krachtige (in casu met vergaande consequenties) veranderingen voordoen, die hun invloed op de organisatie doen gelden. Rhenman (1969) spreekt in dat geval van een turbulente omgeving. Zo is bijvoorbeeld het functioneren van het ziekenhuis sterk beïnvloed door de snelle ontwikkeling, de verbetering en verfijning van door medici gebruikte apparatuur, die op universiteiten, in laboratoria en in commerciële bedrijven plaatsvonden.

Onbepaaldheid

Indien sprake is van een hoge onbepaaldheid van de omgeving, dan betekent dit dat de organisatieleden gebrek hebben aan informatie over de omgeving en voorts in onzekerheid verkeren over de consequenties die alternatieve beslissingen hebben voor de relaties met de omgeving enerzijds en over de kans dat bepaalde effecten van externe invloedsfactoren zullen optreden anderzijds. Deze karakterisering van de onbepaaldheid van de omgeving is ontleend aan Duncan (1972).

Vervlechting

De mate van vervlechting tussen organisatie en omgeving wordt bepaald door de mate waarin (delen van) de organisatie en de omgeving structureel zijn te integreren. Hoe groter de structurele integratie, des te groter ook de (al dan niet wederzijdse) afhankelijkheid is. Menzl wijst er nog op dat deze afhankelijkheid op verschillende gebieden betrekking kan hebben, bijvoorbeeld op economisch gebied, technisch gebied en dergelijke.

Tijdsoriëntering

In een omgeving met een lange tijdsoriëntering zullen voor de organisatie belangrijke gebeurtenissen zich afspelen tegen de achtergrond van een verre tijdshorizon, bijvoorbeeld een wetenschappelijke ontdekking die de in de organisatie gebruikte technische processen radicaal verandert.

Continuïteit

In de organisatieliteratuur wordt onder continuïteit van de omgeving dikwijls de continuïteit van de economische omgeving verstaan of met andere woorden de mate van stabiliteit van de economische verhoudingen in de omgeving. In deze opvatting wordt continuïteit van de omgeving onder meer bepaald door schommelingen in de grondstofprijzen, schommelingen in vraag en aanbod en dergelijke.

Risico

Een bepaalde, bijvoorbeeld een instabiele, omgeving kan voor de organisatie een groot risico opleveren. Dit kan het geval zijn, wanneer een organisatie functioneert in een land dat gekenmerkt wordt door een grote mate van politieke of economische instabiliteit.

Omvang

De omvang van de omgeving van de organisatie wordt bepaald door het aantal organisaties, groepen en personen in de omgeving die invloed

uitoefenen op de input- en outputrelaties die de organisatie met de omgeving onderhoudt. Het gaat hier dus om het aantal participanten uit de omgeving met een hoge relatieve betekenis voor de organisatie.

Beschikbaarheid

Hierbij gaat het om de mate waarin de inputs die de omgeving aan de organisatie moet leveren in die omgeving beschikbaar zijn én om de mate waarin de omgeving zich beschikbaar stelt om de outputs van de organisatie op te nemen.

Productiviteit

Bij productiviteit van de omgeving denk ik aan de verhouding tussen het aantal participanten met een voor de organisatie hoge relatieve betekenis en het aantal prestaties (produkten, verrichtingen, wetten, maatregelen) dat die participanten als input voor de organisatie leveren.

4.4. Kenmerken van de complexe organisatie

Bij de behandeling van de kenmerken van de complexe organisatie zal een aparte paragraaf worden gewijd aan het kenmerk heterogeniteit. Vervolgens zullen de overige kenmerken besproken worden.

4.4.1. Heterogeniteit als kenmerk van de complexe organisatie

Bij het kenmerk heterogeniteit, ook wel structurele differentiatie genoemd, zal ik wat langer stilstaan. Niet alleen omdat het hier om een zeer essentieel organisatiekenmerk gaat, maar ook omdat juist dit kenmerk in de organisatieliteratuur meestal wordt aangeduid met de term complexiteit.

Een illustratie hiervan vormt onderstaande omschrijving die Hall (1972) geeft van wat hij onder een complexe organisatie verstaat.

"The meaning is basically that complex organisations contain many subparts requiring coordination and control, and the more complex the organisation is, the more serious the issue is."

Hall werkt dit verder uit wanneer hij ingaat op de verschillende componenten van het aldus gedefinieerde begrip complexiteit, namelijk horizontale en verticale differentiatie - dooranderen ook wel interne differentiatie ge-

noemd (Limperg, 1966) - en ruimtelijke spreiding - ook wel externe differentiatie genoemd (Limperg, 1966).

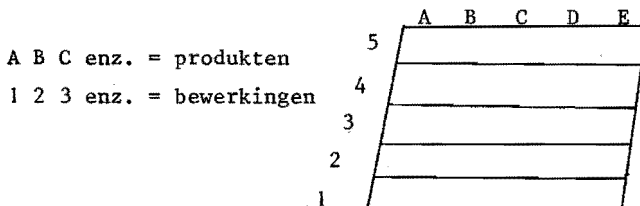
In het onderstaande zal nader ingegaan worden op de componenten horizontale en verticale differentiatie, dus de interne differentiatie. Externe differentiatie zal hier buiten beschouwing gelaten worden, aangezien deze component in de ziekenhuiswereld nog nauwelijks een rol speelt.

Horizontale differentiatie

Horizontale differentiatie betreft de wijze waarop de taken die de organisatie vervult, zijn onderverdeeld over de leden (Hall, 1972). Dit kan gebeuren op twee manieren, namelijk via verbijzondering naar bewerkingen of via verbijzondering naar produkten. Eigenlijk leiden beide manieren van verbijzondering tot specialisatie, maar meestal wordt alleen de verbijzondering naar produkten met de term specialisatie aangeduid. In het onderstaande volgt hiervan een nadere explicatie.

a. Verbijzondering naar bewerkingen

Bij deze manier van verbijzondering worden de te verrichten taken minitieus onderverdeeld naar verschillende bewerkingen aan dezelfde of eventueel verschillende produkten. Veelal resulteert dit in een samenstel van routinetaken. Als voorbeeld hiervan kan dienen een mogelijke taakverdeling in een meubelfabriek waarin de taken in het kader van het produktieproces zijn verbijzonderd tot bijvoorbeeld bewerkingen als zagen, schaven, timmeren, lakken etc., bewerkingen die elk door verschillende personen of groepen worden verricht. Het produktieschema van een bedrijf met een takenpakket dat op deze wijze volledig gedifferentieerd is, ziet er als volgt uit: (Feitsma, 1964)

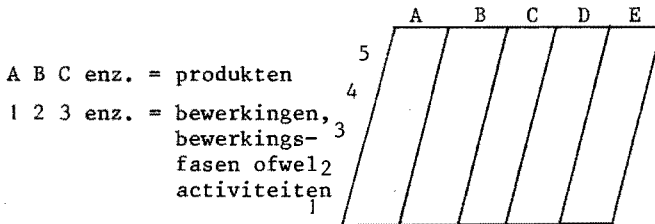


Figuur II.7. Produktieschema van een bedrijf met volledige verbijzondering naar bewerkingen

b. Verbijzondering naar produkten ofwel "specialisatie".

In geval van verbijzondering naar produkten wordt een samenhangende reeks activiteiten bijeengevoegd en aan "specialisten", in casu professionele beroepsbeoefenaren of ambachtslieden, ten uitvoer gegeven.

Zij dienen hun taken op eigen gezag en onder eigen verantwoording te vervullen (Hall, 1972). Voorbeelden van gespecialiseerde arbeid zijn onder meer de taken van een wetenschappelijk onderzoeker op een research laboratorium, van een hoogleraar op een universiteit en van een arts in het ziekenhuis. In geval van volledige specialisatie ziet het produktieschema van een bedrijf er als volgt uit: (Feitsma, 1964)



Figuur II.8. Produktieschema van een bedrijf met volledige verbijzondering naar produkten

Verschillende schrijvers (Hage, 1965; Price, 1968) koppelen de mate van specialisatie in een organisatie, die zij dan zien als mate van complexiteit, direct aan het opleidingsniveau van de organisatieleden. Price (1968) zegt in dit verband:

"Complexity may be defined as the degree of knowledge required to the output of the system. The degree of complexity of an organization can be measured by the degree of education of its members. The higher the education, the higher the complexity."

Dit lijkt mij een nog beperkter omschrijving van complexiteit, aangezien de beide andere componenten, te weten verbijzondering naar bewerkingen en verticale differentiatie, buiten beschouwing worden gelaten.

Wel wordt uit deze omschrijving duidelijk dat in een organisatie, waarin sprake is van een belangrijke mate van horizontale differentiatie via specialisatie, een groot deel van de organisatieleden een hoog gekwalificeerde (beroeps)opleiding achter de rug hebben en derhalve gezien kunnen worden als professionele beroepsbeoefenaren. Indien de leden van een professie bovendien een centrale rol spelen bij het vervullen van de primaire taak van de organisatie - volgens Miller en Rice (1967) is dit "the task that it must perform if it is to survive" - spreekt men van een professionele organisatie (De Moor, 1967). In geval dat de leden van die betreffende professie daarbij ook nog een aanzienlijke zeggenschap hebben bij het vaststellen van de doeleinden en prestatienormen - in casu bij de vorming en verandering van de ocnoc-structuur op het niveau van de organisatie - is sprake van een autonome professionele organisatie (De Moor, 1967). De leden van de professie behoren dan ook tot de zogenaamde kerngroep, die in par. 3.3.3. reeds ter sprake is gebracht. Hiermee is een belangrijk verschil aangegeven tussen autonome professionele organisaties enerzijds en niet-autonome professionele organisaties en niet-professionele organisaties anderzijds. In het eerste geval bestaat de kerngroep immers per definitie uit de leden van de professie en de organisatietop, in casu de bovenste laag van de formele organisatiehiërarchie. In het laatste geval bestaat de kerngroep alleen uit de organisatietop. Aangezien het niet onwaarschijnlijk is dat het ziekenhuis als autonome professionele organisatie gekarakteriseerd kan worden - dit met het oog op de vermoedelijk centrale rol en positie van de beoefenaren van "de professie bij uitstek" (Freidson, 1973), in casu de artsen - meen ik er goed aan te doen hier wat dieper in te gaan op de betekenis van de professionele beroepsbeoefenaar in de organisatie.

De professionele beroepsbeoefenaar in de organisatie

In de literatuur - vooral in de sociologische literatuur - wordt veel aandacht geschonken aan de begrippen professie en professionalisering (Barber, 1965; Goode, 1957; Parsons, 1949; Smelser,

1967; Vollmer en Mills, 1966). De discussie richt zich met name op de kenmerken die van een beroep een professie zouden maken, zoals bijvoorbeeld het bestaan van een lange gespecialiseerde opleiding; het hanteren van bepaalde symbolen, die vaak in een formele organisatie zijn gebracht; autonomie etc. Genoemde discussie wil ik hier buiten beschouwing laten, aangezien die in het kader van deze studie minder relevant geacht kan worden. Van grotere relevantie voor deze studie zijn de opmerkingen van De Moor (1967), omdat die betrekking hebben op de rol en positie van de professionele beroepsbeoefenaar in de organisatie.

De essentie van genoemde rol en positie is, aldus De Moor, autonomie op grond van collegiale betrekkingen. Voor zover controle op de taakvervulling van de professionele functionaris nodig is, vindt hij alleen die van zijn beroepsgenoten acceptabel. Van belang is tevens te vermelden dat de professionele functionaris twee soorten loyaliteit kent: die ten opzichte van zijn beroepsgenoten en die ten opzichte van de organisatie waar hij werkt. Dit leidt ertoe dat hij een minder sterke binding heeft met de organisatie dan andere organisatieleden, vooral wanneer hij door een grote deskundigheid makkelijker van organisatie kan wisselen.

Om de aard van de professionele organisatie - zoals reeds vermeld wordt hieronder verstaan een organisatie waarin de leden van een professie een centrale rol spelen bij het vervullen van de primaire taak van de organisatie - goed te kunnen begrijpen dient het volgende niet onvermeld te blijven: de aanwezigheid van de voor die organisatie belangrijke professionele groep zal tot zekere spanningen leiden. In de eerste plaats de spanning tussen, wat De Moor noemt, formele positie, met name die van de leiders van de organisatie (ofwel de bovenste laag van de formele organisatiehiërarchie) enerzijds en deskundigheid, met name die van de professionele functionaris anderzijds. De Moor wijst erop, dat professionele functionarissen beschikken over een belangrijke mate van gezag en macht, die berust op hun deskundigheid.

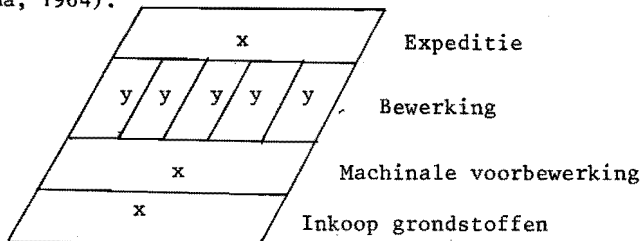
Zij zijn immers de meest deskundige uitvoerders van activiteiten die rechtstreeks leiden tot de vervulling van de primaire taak van de organisatie. Het enige machtsmiddel waarover de leiders van de organisatie beschikken zijn geldmiddelen. Genoemde spanningen kunnen wel wat verminderd worden door bestuursfuncties op het professionele werkterrein te laten vervullen door leden van de professie (De Moor, 1967). Er evenwel van uitgaande dat het leiden van een organisatie gezien kan worden als een vak dat de nodige deskundigheid en vaardigheid vereist (Chandler, 1962; Hall, 1972), is het mijns inziens niet uitgesloten dat in dat geval nieuwe problemen ontstaan. De professionele functionaris beschikt immers niet over een dergelijke deskundigheid en vaardigheid: hij is daar niet voor opgeleid. Een andere spanningsbron is gelegen in het feit dat binnen de professionele organisatie twee structuurtypen naast elkaar bestaan: enerzijds een zekere hiërarchische gezagsstructuur rond financieel-organisatorische zaken en anderzijds een weinig hiërarchische, vrij platte structuur van collegiale betrekkingen op het professionele werkterrein (De Moor, 1967). Dit levert mijns inziens weinig problemen op indien beide structuren gescheiden van elkaar functioneren. Moeilijker wordt het indien degenen die binnen de verschillende structuren functioneren, nauw met elkaar moeten samenwerken. De waarden en normen die binnen beide structuren van kracht zijn willen dan wel eens botsen, vooral wanneer de professionele functionaris zich in zekere mate moet aanpassen aan die welke binnen de hiërarchische structuur van kracht zijn. Vermoedelijk is dit in het ziekenhuis het geval, met name tijdens de veranderingen van de oc-noc-structuur. In het volgende hoofdstuk kom ik hier nader op terug.

c. Verbijzondering naar bewerkingen en produkten gecombineerd

In het voorgaande is aangegeven hoe het produktieproces is gestructureerd indien sprake is van volledige verbijzondering naar bewerkingen of volledige verbijzondering naar produkten. In de praktijk worden meestal de voordelen van beide gecombineerd: een deel van het produktieproces wordt via verbijzondering naar pro-

dukten door "specialisten" ten uitvoer gebracht, terwijl een ander deel via verbijzondering naar bewerkingen door "niet-specialisten" wordt uitgevoerd.

Het productieproces is dan weer te geven in een zogenaamd gemengd schema. In figuur II.9. is hiervan een voorbeeld gegeven (Feitsma, 1964).

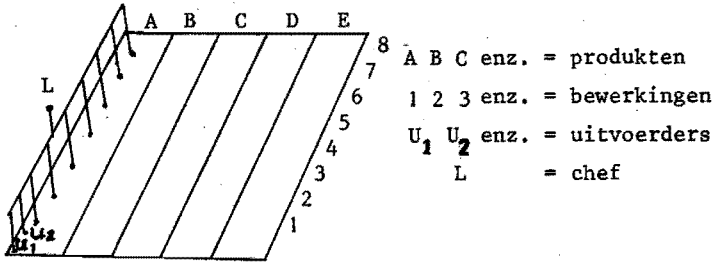


Figuur II.9. Een voorbeeld van een zogenaamd gemengd produktieschema

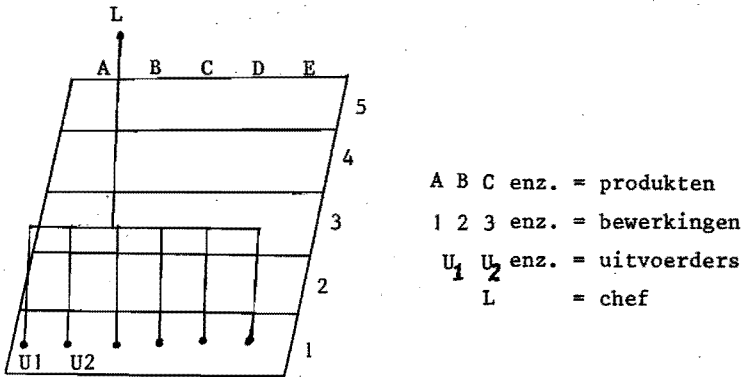
Verticale differentiatie

Behalve horizontale differentiatie is binnen een organisatie verder nog sprake van verticale differentiatie, ook wel differentiatie in leiding en uitvoering genoemd (Limperg, 1966). Verticale differentiatie ofwel de formele hiërarchie is één van de belangrijkste kenmerken van het bureaucratisch model (12). Kenmerkend voor bedoelde hiërarchie is dat er een aan regels gebonden orde van controle- en supervisiebevoegdheden bestaat (Stevens, 1978). Hall (1972) merkt op dat verticale differentiatie minder gecompliceerd is dan horizontale differentiatie. Voor verticale differentiatie zijn ook meer directe indicatoren op te stellen, bijvoorbeeld het aantal hiërarchische niveaus. Voorts kan opgemerkt worden dat deze vorm van differentiatie als het ware over de beide vormen van horizontale differentiatie (Limperg, 1966) heen valt, met andere woorden, leiding en uitvoering kunnen op verschillende manieren gecombineerd worden met de eerder geschetste productieschema's.

Een eenvoudig voorbeeld hiervan wordt gegeven in de twee onderstaande figuren, waarin twee van de genoemde produktieschema's worden gecombineerd met twee niveaus van leidinggeven (Feitsma, 1964)

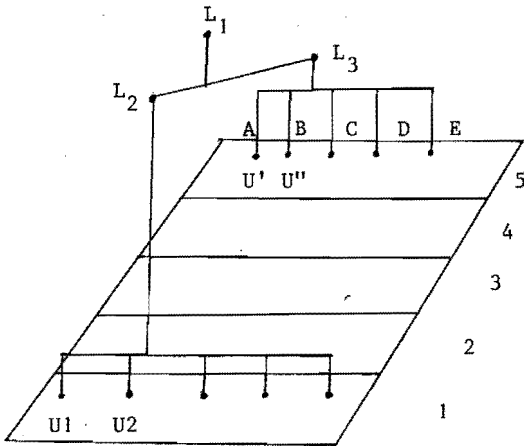


Figuur II.10. Negen uitvoerders die verschillend werk doen onder leiding van dezelfde chef.



Figuur II.11. Zes uitvoerders die hetzelfde werk doen onder leiding van dezelfde chef

Deze schema's zijn ook uit te breiden met meerdere niveaus van leidinggeven. In figuur II.12. is dit in vereenvoudigde vorm weergegeven.



- A B C enz. = produkten
- 1 2 3 enz. = bewerkingen
- U₁ U₂ enz. = uitvoerders
- L₂ en L₃ = chefs van de uitvoerders
- L₁ = chef van L₂ en L₃

Figuur II.12. Een naar bewerkingen gedifferentieerd productieschema gecombineerd met drie niveaus van leidinggeven

Over de taken van de leiders L₁, L₂ en L₃ kan het volgende worden gezegd:

L₁ kan vanuit zijn positie de werkzaamheden van L₂ en L₃ overzien. Hij is daardoor in staat, en dit behoort ook tot zijn taak, genoemde werkzaamheden te coördineren, zonder dat hij zich direct bezig hoeft te houden met de uitvoering. Anders gezegd: de werkzaamheden van L₁ zijn abstracter van aard, ofwel zij liggen op een "hoger" aggregatieniveau dan die van L₂ en L₃. Voor L₁ zijn de werkzaamheden van L₂ en L₃ ook van uitvoerende aard. Voor U₁, U₂ etc. zijn deze werkzaamheden evenwel van leidinggevende aard.

Samenhang tussen heterogeniteit van de organisatie en complexiteit van de omgeving

De resultaten van verschillende onderzoeken, bijvoorbeeld die van Lawrence en Lorsch (1967), hebben aangetoond dat een duidelijk verband bestaat tussen heterogeniteit van de organisatiestructuur en complexiteit van de omgeving: de structuur van de organisatie wordt gedifferentieerder naarmate bijvoorbeeld de omvang en heterogeniteit van de omgeving toeneemt, hetgeen tot uiting komt in een groter aantal en een grotere verscheidenheid van participanten in de omgeving, die voor de organisatie een hoge relatieve betekenis hebben en die een groot aantal uiteenlopende eisen aan de organisatie zullen stellen.

In het ziekenhuis is zo bijvoorbeeld de noodzaak ontstaan tot uitbreiding van specialismen en de daaraan verbonden afdelingen, gezien de vraag van steeds meer en van een steeds grotere verscheidenheid van participanten in de samenleving naar meer behandelingsmogelijkheden.

Het antwoord op de toegenomen complexiteit van de omgeving en daarmee van de eisen die de omgeving aan de organisatie stelde, werd gevonden in het weergeven van de omgevingsstructuur in de eigen organisatiestructuur, hetgeen in dit geval neerkwam op variëteitsgenerering. Rhenman (1969) spreekt hier van 'mapping'.

Gevolgen van heterogeniteit van de organisatie

In het voorgaande is wat langer stilgestaan bij het complexiteitskenmerk heterogeniteit van de organisatie omdat dit kenmerk altijd bepaalde problemen oproept en zich ook ontwikkelt in situaties die consequenties hebben voor de vorming van het algemeen beleid in een organisatie. Op deze plaats wil ik volstaan met het aangeven van de aard van genoemde problemen en situaties. Verschillende auteurs hebben onderzoek verricht naar de consequenties en context van heterogeniteit van de organisatie. Op de belangrijkste bevindingen van een aantal auteurs zal ik nader ingaan, met name omdat zij mijns inziens relevant geacht kunnen worden in het kader van deze studie. Zo is uit onderzoek gebleken dat horizontale en verticale differentiatie altijd problemen van coördinatie (van de verschillende doelcomponenten) en communicatie doen ontstaan (Blau en Schoenherr (1971); Hall, 1972). Hoe groter een dergelijke differentiatie, des te groter

de kans op dergelijke problemen (Hall, 1972). Lawrence en Lorsch (1967) troffen voorts bij een vergelijkend onderzoek van organisaties met een verschillende mate van horizontale en verticale differentiatie de meeste conflicten aan in de organisatie die het verst was gedifferentieerd. Blau en Schoenherr (1971) constateerden dat in gedifferentieerde organisaties de neiging bestaat steeds meer functionarissen aan te nemen die zich uitsluitend bezig houden met coördinatie, conflictreductie etc. Deze constatering sluit aan bij de bevinding van Chandler (1962) dat in grote organisaties zeer veel functionarissen meer tijd besteden aan dergelijke activiteiten (Chandler spreekt hier van "besturing") dan aan uitvoerend werk.

4.4.2. De overige kenmerken van de complexe organisatie

Relatieve betekenis

De relatieve betekenis van de organisatie in de huidige westerse samenleving is evident.

Immers, het lidmaatschap aan de primaire groep (familie, gezin, vriendenkring) is in onze samenleving gedurende de laatste 100 jaar sterk afgenomen, terwijl het lidmaatschap aan - overigens steeds omvangrijker wordende - organisaties van steeds groter belang is geworden voor de leden van onze samenleving: organisaties beheersen het arbeidsleven, het economisch leven, de dienstverlening en het religieuze leven.

Dynamiek

Onder dynamiek van de organisatie zal ik verstaan de snelheid waarmee veranderingen optreden in:

- de technologie, die wordt aangewend om de primaire taak van de organisatie te vervullen
- de organisatiestructuur, met name de snelheid waarmee horizontale en verticale differentiatie optreedt
- de onderlinge relaties tussen de participanten in de organisatie in het algemeen en in de kerngroep in het bijzonder.

Analoog aan hetgeen over het verband tussen heterogeniteit en complexiteit van de omgeving is gezegd, ligt het voor de hand te veronderstellen dat een verband bestaat tussen de snelheid waarmee veranderingen in de organisatie enerzijds en veranderingen in de omgeving anderzijds optre-

den. Zo houdt de hoge vlucht van de medische technologie in het ziekenhuis (en in relatie daarmee de snel voortschrijdende differentiatie van de ziekenhuisorganisatie) in de periode na de tweede wereldoorlog verband met de snelle vooruitgang van de medische wetenschap en de technische mogelijkheden in de omgeving van het ziekenhuis, die juist in die periode plaatsvond.

Onbepaaldheid

De onbepaaldheid van de organisatie is groot, wanneer de participanten:

- over onvoldoende informatie beschikken omtrent de eigen organisatie (functioneren, structuur en dergelijke)
- in onzekerheid verkeren over de consequenties die alternatieve beslissingen voor de organisatie zullen hebben
- niet in staat zijn te overzien hoe groot de kans is dat bepaalde effecten van interne invloedsfactoren (bijvoorbeeld verloop van personeel, ziekteverzuim, conflicten) zullen optreden.

Vervlechting

De mate van vervlechting van de organisatie wordt bepaald door de mate waarin de delen van de organisatie zijn te integreren en derhalve van elkaar afhankelijk zijn. Er zij nog eens op gewezen dat deze afhankelijkheid hier in navolging van Thompson (1967) wordt opgevat als betrekking hebbend op de input- en outputrelaties tussen de delen van de organisatie. Menzl spreekt in dit geval van "prozessuale Verflechtung".

Tijdsoriëntering

In een organisatie met een lange tijdsoriëntering wordt de speelruimte voor organisatorisch handelen gekenmerkt door een verre tijdshorizon, bijvoorbeeld zoals het geval is in een organisatie waar het accent ligt op ontwikkeling en onderzoek in tegenstelling tot een bedrijf voor damesmode. Laatstgenoemd bedrijf wordt geconfronteerd met een lage continuïteit van de omgeving, dat wil zeggen met veel en soms grote schommelingen in de vraag naar produkten.

Continuïteit

In navolging van Woodward (1965) en Harvey (1968) zal continuïteit van de organisatie hier worden opgevat als de mate waarin sprake is van een ononderbroken produktieproces en een continu aanbod van produkten.

Risico

Met het kenmerk risico van de organisatie wordt aangegeven in welke mate het produktieproces schade kan berokkenen aan de leden van de organisatie (bijvoorbeeld een fabriek van springstoffen) of aan de leden van de samenleving.

Omvang

Met de omvang van de organisatie wordt hier aangeduid de mate waarin de organisatie werkgelegenheid biedt. Met andere woorden, het gaat hierbij om het aantal arbeidsplaatsen en de omvang van het personeelsbestand (Pugh en Hickson, 1969). Verwacht kan worden, dat een omvangrijke organisatie een hoge relatieve betekenis heeft in de samenleving.

Beschikbaarheid

Hierbij gaat het om de mate waarin de samenleving over een bepaald type organisatie kan beschikken. De mate van beschikbaarheid van een organisatie hangt nauw samen met de marktsituatie in de omgeving: zij wordt mede bepaald door de vraag naar een bepaald produkt of een bepaalde dienst en de mate waarin grondstoffen en kennis ter beschikking zijn of komen om bedoeld produkt of dienst te kunnen leveren. De mate van beschikbaarheid van een organisatie beïnvloedt weer mede de vraag in de samenleving. Zo is bijvoorbeeld door de toename van medisch-technische kennis, en daarmee door de toename van het aantal ziekenhuisbedden, de vraag naar ziekenhuisopname en naar technisch gezien hoog gekwalificeerde medische hulp (bijvoorbeeld nierdialyse, open-hart-operaties) sterk gestegen.

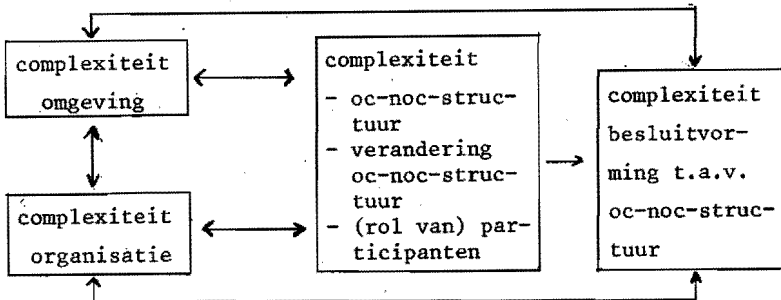
Productiviteit

Hierbij gaat het om het aantal prestaties, te meten in produkten, verrichtingen of anderszins, dat een vastgesteld aantal organisatieleden levert. Als oorzaken van een hoge produktiviteit worden meestal genoemd een hoog kennisniveau, de juiste mentaliteit en een sterke motivatie bij de organisatieleden (Menzl, 1977). Echter ook ontwikkelingen in de omgeving, zoals een in korte tijd sterk toegenomen vraag of het ter beschikking komen van tijds- en kostenbesparende technieken doen de produktiviteit toenemen.

4.5. Kenmerken van een complexe besluitvorming betreffende de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie

In par. 3.3.4. is gesteld dat de besluitvorming ten aanzien van de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie per definitie complex is, indien deze plaatsvindt in een complexe organisatie, functionerend in een complexe omgeving.

Achterliggende veronderstelling is dat een positieve samenhang bestaat tussen complexiteit van organisatie en omgeving enerzijds en complexiteit van de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie, de verandering van die structuur en de (rol van de) participanten anderzijds (zie figuur II.13.).



Figuur II.13. De samenhang tussen complexiteit van omgeving en organisatie enerzijds en complexiteit van oc-noc-structuur, de verandering daarvan en de (rol van de) participanten anderzijds, resulterend in een complexe besluitvorming ten aanzien van de oc-noc-structuur.

In bovenstaande figuur is met de pijlen aangegeven dat het gaat om beïnvloeding, die in beide richtingen kan werken.

In de contingency theory zal aan deze pijlen wel een bepaalde richting worden gegeven: indien men de gebeurtenissen in de omgeving beschouwt als randvoorwaarde voor hetgeen in de organisatie gebeurt, wordt het accent gelegd op de invloed van de omgeving op de organisatie.

Men kan het echter ook omkeren, wanneer men ervan uitgaat, dat de organisatie zelf zijn eigen omgeving kiest. Het is dus afhankelijk van de gehanteerde theoretische optiek, in welke richting men de beïnvloedingslijnen ziet lopen.

Relatieve betekenis

De relatieve betekenis van beslissingen die ten aanzien van de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie worden genomen, wordt bepaald door de noodzaak om in die organisatie veel aandacht te besteden aan (de totstandkoming en verandering van) het algemeen beleid. Lemmens en Smeets (1977) wezen er reeds op dat dit met name het geval is wanneer de organisatie functioneert in een dynamische omgeving.

Heterogeniteit

Er zal een verscheidenheid van beslissingen genomen moeten worden ten aanzien van de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie, wanneer deze structuur zelf sterk gedifferentieerd is en er een verscheidenheid van participanten bij betrokken is. Deze situatie zal zich met name voordoen in een sterk heterogene organisatie, functionerend in een sterk heterogene omgeving. In dat geval zal immers sprake zijn van een verscheidenheid van participanten in organisatie en omgeving, met elk hun eigen (soms of vaak tegenstrijdige) doelcomponenten, die, wil de organisatie bestuurbaar blijven, tot een zekere mate van integratie (en wel op het niveau van de organisatie) gebracht moeten worden. In dit licht gezien zijn de eerder genoemde bevindingen van Lawrence en Lorsch (1967), Blau en Schoenherr (1971) en Hall (1972) betreffende de toename van coördinatieproblemen en conflicten naarmate de differentiatie van de organisatiestructuur toeneemt, zeer plausibel.

Dynamiek

De besluitvorming ten aanzien van de oc-noc-structuur is dynamisch, wanneer op dit terrein veel beslissingen in een hoog tempo genomen moeten worden. Met name is dit het geval wanneer genoemde oc-noc-structuur, om welke reden dan ook, aan snelle veranderingen onderhevig is.

Onbepaaldheid

De onbepaaldheid van de beslissingen is groot bij een grote onbepaaldheid en een lange tijdsoriëntering van organisatie en omgeving. De onzekerheid over de consequenties van beslissingen neemt immers toe, indien zij genomen moeten worden op basis van weinig of kwalitatief slechte informatie en indien de uitwerking van die beslissingen pas op langere termijn zichtbaar worden.

Vervlechting

De samenhang tussen beslissingen, hetgeen betekent dat eenmaal genomen beslissingen in belangrijke mate (mede) bepalend zijn voor de inhoud van andere beslissingen, is groter naarmate de oc's en noc's op het niveau van de organisatie een sterkere onderlinge samenhang vertonen ofwel sterk vervlochten zijn. In dat geval zullen ook de plannen voor beheer en ontwikkeling, waarin deze oc-noc-structuur meer gedetailleerd wordt uiteengelegd (zie figuur II.4.) een sterke mate van onderlinge samenhang vertonen.

Tijdsoriëntering

In organisaties met een verre tijdshorizon zullen de consequenties van beslissingen die ten aanzien van de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie worden genomen, vermoedelijk pas op langere termijn zichtbaar worden. In het voorgaande is er reeds op gewezen dat dit de onbepaaldheid van de besluitvorming doet toenemen.

Continuïteit

Indien sprake is van een hoge continuïteit van besluitvorming ten aanzien van de oc-noc-structuur, dan betekent dit dat voortdurend innoverende beslissingen met betrekking tot die structuur genomen moeten worden. Dit zal onder meer voorkomen wanneer de structuur gekenmerkt wordt door een grote dynamiek en bovendien een groot aantal doelcomponenten omvat. Voorts zal met name de mate van dynamiek van de omgeving hierop van invloed zijn: indien in de omgeving vele en snelle veranderingen optreden, zal de organisatie tot innovatief gedrag worden gedwongen.

Risico

In geval van een grote onbepaaldheid van het besluitvormingsproces ten aanzien van de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie neemt vermoedelijk de kans toe dat bedoelde beslissingen zullen leiden tot schade voor (delen van) de organisatie en de omgeving.

Omvang

Indien sprake is van een omvangrijke oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie, en tevens van een sterke heterogeniteit van die structuur, zal het aantal beslissingen dat ten aanzien van die structuur genomen moet worden vermoedelijk toenemen. In dat geval zal men immers telkens aandacht moeten besteden aan de afstemming

van die doelcomponenten en aan het reduceren van conflicten. Dit gebeurt met name wanneer de tegenstrijdigheid van de doelcomponenten van de verschillende participanten door de betrokkenen onaanvaardbaar geacht wordt.

Beschikbaarheid

Met beschikbaarheid wordt hier bedoeld op de beslissingsruimte die de oc-noc-structuur toelaat. De besluitvorming wordt gekenmerkt door een grote beschikbaarheid, indien de oc-noc-structuur een zodanige vorm aanneemt, dat de participanten bij het nemen van hun beslissingen de keuze hebben uit een groot aantal aanvaardbare alternatieven: hoe meer de doelcomponenten interfereren, des te kleiner het aantal aanvaardbare alternatieven en derhalve hoe kleiner de beschikbaarheid is.

Productiviteit

Hierbij gaat het om het aantal beslissingen dat in verhouding tot het aantal beslissers wordt genomen.

5. Problemen bij een complexe besluitvorming en mogelijke oplossingen daarvoor

5.1. Problemen bij de complexe besluitvorming

Aan het eind van par. 4.2. is er reeds op gewezen dat de invulling van de complexiteitskenmerken, toegepast op respectievelijk de omgeving, de organisatie en de besluitvorming ten aanzien van de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie, en voorts de opmerkingen over de samenhang tussen de kenmerken geenszins uitputtend zou zijn. Het gaat hier om een zo ingewikkelde materie, dat een afzonderlijke diepgaande studie nodig zou zijn om een goed inzicht te verkrijgen in de betekenis van en de samenhang tussen die factoren. Dit zou in het kader van deze studie te ver voeren. Voorgaande beschrijving was voornamelijk bedoeld om enig begrip te krijgen van de soort problemen die ontstaan wanneer de besluitvorming over de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie complex is.

In het voorgaande zijn deze problemen reeds ter sprake gekomen bij de bespreking van de diverse complexiteitskenmerken. Samengevat gaat het hierbij om het volgende:

a. problemen rond de coördinatie van doelcomponenten van interne

en externe participanten en in samenhang daarmee, communicatieproblemen en conflicten;

- b. onzekerheid ten aanzien van de gevolgen van beslissingen;
- c. onoverzichtelijkheid van de situatie waarin beslissingen genomen moeten worden.

5.2. Mogelijke oplossingen van de problemen bij complexe besluitvorming

In par. 4.1. is reeds opgemerkt dat een oplossing voor genoemde problemen, aldus Menzl (1977) gezocht dient te worden in het reduceren of juist genereren van variëteit door middel van organisatie als activiteit, dat wil zeggen structureren en coördineren. De vraag dient zich nu aan hoe aan dit organiseren vorm gegeven dient te worden en aan welke voorwaarden voldaan moet zijn, indien men daadwerkelijk wil komen tot reductie van variëteit. Er zij met nadruk op gewezen dat uit onderzoek is gebleken (Hall, 1972; Lawrence en Lorsch, 1967) dat de enige beste aanpak om te komen tot complexiteitsreductie niet bestaat. Hall (1972) zegt in dit verband:

...."there is no one best way to organize for the purpose of achieving the highly varied goals of organizations within a highly varied environment".

Desondanks is het wel mogelijk hieromtrent een aantal uitspraken te doen, met name over de voorwaarden waaraan voldaan moet worden, wil complexiteitsreductie tot stand komen. Hiervoor gaan wij terug naar par. 3.3.1., waarin is gesteld dat het er uiteindelijk om gaat dat er goede beslissingen worden genomen. In dat verband werden, in navolging van Gälweiler (1974), een drietal factoren genoemd, die de kwaliteit van beslissingen bepalen, namelijk:

- de kwaliteit van degenen die deze beslissingen moeten nemen
- de kwaliteit van de gehanteerde procedures
- de kwaliteit van de beschikbare informatie.

In het navolgende wordt hierop nader ingegaan.

5.2.1. De kwaliteit van degenen die beslissingen moeten nemen

Het gaat hier om de mate waarin de structuur van de beslissingsorganen geschikt is (zie par. 5.2.2.) en voorts om de mate waarin de functionarissen bekwaamheden bezitten om goede beslissingen met betrekking tot de oc-noc-structuur op het niveau van de orga-

nisatie te nemen.

Het antwoord op de vraag wat onder bekwaam verstaan dient te worden is afhankelijk van de soort problemen die de betreffende functionaris dient op te lossen en de situatie waarin hij moet functioneren. In het algemeen kan gesteld worden, dat functionarissen die verantwoordelijkheid dragen voor de vorming van het algemeen beleid in de organisatie dienen te beschikken over (13):

- een geëigende opleiding (met managementtraining, kennisoverdracht op economisch terrein, op het gebied van beheer, personeel en organisatie, etc.)
- een zekere dosis creativiteit
- flexibiliteit, in casu het vermogen zich snel aan veranderende situaties aan te passen, bereidheid nieuwe mogelijkheden te zoeken, ontvankelijkheid voor nieuwe ideeën. Dit geldt vooral in organisaties met een hoge dynamiek en een hoge vervlechting, in een snel veranderende omgeving
- vermogen abstract te denken, snel te combineren, te deduceren en conclusies te trekken. Dit is vooral vereist bij een hoge heterogeniteit, vervlechting, dynamiek en continuïteit
- bereidheid risico's te nemen, met name indien het gaat om beslissingen bij een hoge dynamiek en onbepaaldheid, lange tijdsoriëntering en een hoog risico
- vermogen te delegeren, vooral in organisaties met een heterogene structuur.

Deze functionarissen dienen ook in voldoende mate aanwezig te zijn, waarmee wordt bedoeld dat een zodanige hoeveelheid mankracht ofwel capaciteit aanwezig dient te zijn dat de taken in het kader van de beleidsvorming adequaat vervuld kunnen worden. Enerzijds kan hiertoe volstaan worden met het part-time inschakelen van functionarissen, anderzijds bestaat de noodzaak een zeker aantal functionarissen full-time in te zetten op zaken als coördinatie, communicatie, conflictreductie etc.

Voorts dienen functionarissen aanwezig te zijn met specifieke deskundigheden, zoals op het gebied van het verzamelen, verwerken en analyseren van informatie en op het gebied van evaluatie-methodieken.

5.2.2. De kwaliteit van de gehanteerde procedures

Er zij op gewezen dat het begrip "procedures" hier in ruime zin

wordt opgevat, van procedures om te komen tot coördinatie van doelcomponenten tot het hanteren van evaluatiemethoden en voor-spellingstechnieken. In het onderstaande volgt hierop een nadere toelichting.

Een goede coördinatie

Men kan spreken van twee typen coördinatie die in het kader van de verandering van de oc-noc-structuur beide de nodige aandacht verdienen, en wel interne coördinatie en externe coördinatie. Interne coördinatie is weer onder te verdelen in coördinatie van doelcomponen-ten en coördinatie van taken (Fromming, 1977).

Bij de coördinatie van doelcomponenten zullen zich problemen van tweeërlei aard voordoen:

1. Problemen rond de afweging van kwaliteit en kwantiteit tegen de mogelijkheden in economische zin.

Frömming (1977) komt in dit verband met een mogelijke oplossing, die Adam (1972) relativering van het economisch principe noemt.

Daarbij komt het erop neer, dat de participanten aan de beleidsvorming het in de loop van het onderhandelingsproces eerst eens moeten worden over de prioriteitstelling van de doelen. Hierbij moeten zij in de eerste plaats kwalitatieve minimumeisen stellen. Pas dan mag het economisch principe toegepast worden. In wezen komt dit neer op: eerst minimumeisen stellen aan de kwaliteit en in het kader daarvan de kosten minimaliseren.

Het komt mij voor dat deze oplossing slechts in bepaalde omstandigheden, bijvoorbeeld bij een niet al te grote schaarste aan middelen, de meest optimale is. In andere gevallen zal men mogelijk gedwongen zijn van het omgekeerde uit te gaan: eerst de maximale economische mogelijkheden vaststellen en in het kader daarvan de kwaliteitseisen maximaliseren. Even afgezien van de vraag hoe men dit het beste kan doen, dit is immers afhankelijk van de omstandigheden, kan mijns inziens wel gezegd worden dat men in elk geval dient zorg te dragen voor duidelijke regels betreffende de afweging van kwantiteit en kwaliteit tegen de economische mogelijkheden. Indien dit niet gebeurt bestaat een grote kans dat geprobeerd zal worden zich te verzekeren van zo hoog mogelijke budgetschattingen, zonder de daadwerkelijke kwaliteit van de prestaties in de calculatie te betrekken. Als het uitgavenbudget eenmaal in de begroting is opgenomen, dan wordt

het bedrag uitgegeven, ook wanneer in het geheel geen dwingende noodzaak daartoe bestaat. Door het budget volledig op te gebruiken verhindert men een verlaging van het budget bij de vaststelling van de volgende begroting.

2. Problemen die het gevolg zijn van een zekere mate van tegenstrijdigheid welke te verwachten is tussen de doelen van verschillende afdelingen, groepen en individuen (Frömming, 1977; Walton, 1966). In het voorgaande is in dit verband gesproken van interfererende doelcomponenten. Frömming (1977) wijst erop dat men bij de afstemming van de doelen van die verschillende groepen, individuen etc., ervoor zorg dient te dragen dat niet een bepaalde groep de besluitvormingsprocessen zodanig gaat domineren dat de doelen van de andere groepen naar de achtergrond worden gedrukt.

Dit gevaar is mijns inziens met name in een autonome professionele organisatie niet denkbeeldig.

Het probleem van de coördinatie van taken wordt ook wel eens het organisatieprobleem bij uitstek genoemd. Het is op te lossen door op een bepaalde manier vorm te geven aan de samenwerkingsrelaties tussen afdelingen, groepen en individuen in de organisatie. Galbraith (1977) geeft hiervoor een aantal methoden aan, zoals bijvoorbeeld het ontwikkelen van regels, programma's en procedures, het aanstellen van functionarissen die zich daarmee bezig dienen te houden (Galbraith noemt hen managers) Het zijn dezelfde als L_1 , L_2 en L_3 in figuur II.12.), het creëren van overschotten van materiële bronnen, personeel etc. ("slack resources") etc.

Er zij op gewezen dat een en ander dikwijls weer leidt tot een toename van structurele heterogeniteit, bijvoorbeeld van verticale differentiatie.

Externe coördinatie is in dit hoofdstuk omschreven als de afstemming tussen de eisen die vanuit de omgeving en de eisen die vanuit de organisatie gesteld kan worden. Volgens Lawrence en Lorsch (1967) zijn organisaties het meest effectief wanneer zij erin slagen goede oplossingen te vinden voor problemen van externe coördinatie, dat wil zeggen dat zij dan in staat zijn een zekere integratie van beide typen eisen tot stand te brengen. Een dergelijke integratie kan een organisatie op verschillende manieren teweeg brengen (Rhenman, 1969), namelijk door middel van:

1. "Mapping", in casu het weergeven van de omgeving in de eigen structuur, zodat aanpassing aan de omgeving met weinig moeilijkheden verloopt.

In het voorgaande is er reeds op gewezen dat dit bij een complexer wordende omgeving voor de organisatie neerkomt op variëteitsgenerering. Een goede variëteitsgenerering houdt in dat de problemen worden opgesplitst in deelproblemen, die relatief onafhankelijk van elkaar opgelost kunnen worden. Op deze wijze wordt de beleidsproblematiek overzichtelijk, waardoor de organisatie beter bestuurbaar wordt.

2. "Matching", in casu het samen met een andere organisatie inspelen op de omgevingseisen. In dit geval trachten beide organisaties elkaars zwakheden en krachten te begrijpen en aan te vullen. Dit leidt mijns inziens wel tot een toename van het complexiteitskenmerk vervlechting.

3. "Joint optimization" en "joint consultation", in casu een combinatie van "mapping" en "matching".

Gezien bovenstaande is het plausibel te veronderstellen dat in dit geval sprake zal zijn van een toename van structurele heterogeniteit en vervlechting.

4. "Dominance", in casu het omgekeerde van "mapping": de organisatie slaagt erin de eigen structuur in de omgeving weer te geven, zodat de omgeving zich aan moet passen aan de organisatie. Dit betekent mijns inziens een toename van de relatieve betekenis van de organisatie.

Goede besluitvormingsprocedures

Onder goede besluitvormingsprocedures zou ik in grote lijnen het volgende willen verstaan:

1. Het scheppen en handhaven van duidelijkheid in de manier waarop de besluitvorming dient plaats te vinden. Afhankelijk van de situatie en de soort beslissingen behoort men te beschikken over verschillende manieren om tot besluiten te komen. Indien het gaat om routine beslissingen - bijvoorbeeld in het kader van de uitvoering, maar ook deels bij de voorbereiding, vaststelling en uitwerking van het beleid - dan is het zinvol vaste regels of programma's te ontwikkelen om te komen tot snelle en eenduidige besluiten. Indien het gaat om niet-routine

tinematige beslissingen (bijvoorbeeld in het kader van het meta-beleid of bij beslissingen die voor de eerste maal genomen moeten worden) dan kan men niet van vaste regels of programma's gebruik maken (March en Simon, 1958). Ten eerste omdat die, bij nieuwe beslissingen, nog niet ontwikkeld zijn en ten tweede omdat dergelijke beslissingen een zekere ruimte voor creativiteit vereisen.

2. Het scheppen van duidelijkheid over de participanten die behoren deel te nemen aan de besluitvorming (wie wel en wie niet) en over de rol die zij behoren te vervullen (als (mede)beslissers, adviseur of informant). In de systeemleer zal men in dit verband spreken van de structurering van het besturend orgaan (BO). Wanneer men een studie maakt van het algemeen beleid ofwel het beleid op het niveau van de organisatie, dient men (in de systeemtheoretische visie) het orgaan dat zich met de vorming van het algemeen beleid bezig houdt te beschouwen als het BO en de organisatie als het BS (bestuurd systeem). De systeemleer zegt nu dat het BO een weerspiegeling dient te zijn van het BS. Indien het BS een complexe organisatie is, dan stelt dit nogal wat eisen aan het BO. Zo zullen in het BO niet alleen zodanige capaciteiten aanwezig moeten zijn dat het de complexe problemen het hoofd kan bieden, maar dient bovendien de taakverdeling zodanig te zijn dat de coördinatie zo soepel mogelijk verloopt, bijvoorbeeld door één persoon de zorg toe te vertrouwen voor de coördinatie van die activiteiten en/of afdelingen die zeer nauw met elkaar samenhangen of samenwerken. De in het BO vereiste deskundigheid dient mede hierop afgestemd te worden.
3. Het ontwikkelen en hanteren van technieken ten behoeve van het nemen van beslissingen in diverse omstandigheden. Men kan hier bijvoorbeeld denken aan technieken voor besluitvorming bij onzekerheid, voorspellingstechnieken etc.

Evaluatie

Onder evaluatie wordt hier verstaan toetsing van verrichte activiteiten en handelingen. De resultaten van deze toetsing dienen gebruikt te worden om genoemde activiteiten en handelingen zo nodig bij te sturen. Hiervoor is nodig de ontwikkeling en vastlegging van criteria aan de hand waarvan getoetst kan worden. Er

is reeds op gewezen dat het beleidsplan en de plannen die daaruit voortvloeien als evaluatie instrument kunnen dienen, omdat daarin vastgelegd behoort te zijn welke doelen men wenst te bereiken en welke eisen men mag stellen aan kwantiteit en kwaliteit binnen de gegeven of te verkrijgen economische mogelijkheden (Frömming, 1977). Vervolgens is een min of meer gedetailleerde uitwerking van genoemde evaluatiecriteria nodig, waarbij tevens aandacht besteed zal moeten worden aan evaluatiemethoden. Voorts spreekt het haast vanzelf dat de informatievoorziening ten behoeve van de evaluatie goed moet kunnen functioneren en dat bovendien mensen beschikbaar moeten zijn, die hun tijd (al dan niet gedeeltelijk) voor evaluatie kunnen vrij maken.

Delegatie

De betekenis van delegatie wordt mijns inziens goed aangegeven door Jung Yul Yoo (1975) wanneer hij delegatie omschrijft als:

...."eine Übertragung der Aufgaben von Vorgesetzten an nachgeordnete Stellen mit Entsprechenden Kompetenzen. (Übertragung von Entscheidungskompetenzen)."

Ik zou hieraan willen toevoegen dat degene die de bevoegdheden delegeert er wel verantwoordelijk voor blijft dat degene aan wie hij delegeert deze bevoegdheden aankan. In elke verticaal gedifferentieerde organisatie komt delegatie voor. Het is een noodzakelijk onderdeel van de coördinatie van taken.

5.2.3. De kwaliteit van de informatie

De kwaliteit van de informatie is afhankelijk van de kwaliteit van de informatievoorziening.

Wegens de cognitieve beperkingen van de mens, die het hem onmogelijk maken de enorme overvloed van vaak zeer gedetailleerde informatie in zijn oorspronkelijke vorm op te nemen en te verwerken (March en Simon, 1958), is het nodig de verzameling en bewerking van informatie te structureren. Dit houdt mijns inziens het volgende in:

1. het opbouwen en in stand houden van een zo eenvoudig maar wel zo effectief mogelijk communicatienetwerk, dat zich niet alleen binnen, maar ook buiten de organisatie dient uit te strekken
2. het ontwikkelen en hanteren van criteria voor selectie van de juiste informatie

3. het ontwikkelen en hanteren van methoden van informatieverzameling, verwerking en analyse op grond waarvan informatie gecompriemd of in de vorm van voorstellen doorgegeven kan worden aan degenen die dat behoeven.
4. het kunnen beschikken over functionarissen die in staat zijn deze activiteiten uit te voeren.

Bovenstaande zou ik willen aanvullen met de volgende opmerking: men ontkomt niet aan een zekere mate - en in complexe organisaties is dit een grote mate - van "onzekerheidsabsorptie". Deze vindt plaats wanneer uit oorspronkelijke gegevens een aantal gevolgtrekkingen worden gemaakt, die vervolgens in plaats van de gegevens zelf worden doorgegeven naar andere delen of personen in de organisatie (March en Simon, 1958). De ontvanger van de informatie is hierdoor sterk beperkt in zijn vermogen de juistheid van de informatie te beoordelen. Hij zal volledig moeten vertrouwen op zijn informatiebron, aldus March en Simon (1958). Zij voegen hieraan toe dat degenen die beschikken over de oorspronkelijke gegevens binnen de organisatie een belangrijke mate van invloed kunnen uitoefenen.

Voorts merken zij op:

"Both the amount and the locus of uncertainty absorption affect the influence structure of the organization."

Zij wijzen er vervolgens op dat onzekerheidsabsorptie dikwijls, bewust en onbewust, wordt gebruikt als een techniek om macht te verwerven en uit te oefenen. Verschillende auteurs hebben op dit terrein onderzoek verricht. Zij merken op dat manipulatie van informatie (achterhouden, gedeeltelijk doorgeven, op een bepaalde manier interpreteren) een belangrijk aspect is van politieke besluitvorming (Kirsch, 1977; Pettigrew, 1973; Zwart, 1972). Het effect hiervan kan enigszins teruggebracht worden door, waar mogelijk, over te gaan tot reductie van de informatiebehoefte, bijvoorbeeld door de organisatie zo te structureren dat afzonderlijke eenheden zelf over informatiebronnen kunnen beschikken en in staat zijn deze informatie zelf te verwerken (Galbraith, 1977). In feite gaat het hier om een bepaalde manier van coördinatie van taken, die het gevolg is van de manier waarop men onzekerheidsabsorptie wil laten plaatsvinden. Ook March en Simon (1958) wezen reeds op het verband tussen coördinatie en onzekerheidsabsorptie.

6. Samenvatting en bespreking

In dit hoofdstuk is een model ontwikkeld van beleid en beleidsvorming in de complexe organisatie. Aangegeven is reeds enkele malen, dat dit model twee functies heeft. Enerzijds functioneert het als prescriptief ofwel normatief model, dat wil zeggen dat met behulp van het model wordt uiteengezet hoe beleid en beleidsvorming in een complexe organisatie behoren te zijn en behoren te verlopen. Anderzijds kan het functioneren als descriptief model, dat wil zeggen als waarnemingskader bij het bestuderen van beleid en beleidsvorming in een complexe organisatie.

In het voorgaande is het model in prescriptieve vorm gepresenteerd, in de volgende hoofdstukken zal het als descriptief model gaan functioneren.

De belangrijkste elementen van het model zullen in onderstaande vijf punten kort worden samengevat.

1. Beleid is omschreven als een geheel van doelstellingen en de wegen daarheen; een globaal streefbeeld van de toekomstige situatie en de wijze waarop men die situatie zou kunnen bereiken, een streefbeeld berustend op perspectief en verwachting. Vervolgens is dieper ingegaan op de relatie tussen datgene wat men wil bereiken enerzijds en de wijze waarop men dat wil bereiken anderzijds. In dit verband is beleid voorgesteld als een structuur van operationele en niet-operationele doelcomponenten, kortweg oc-noc-structuur, die toegeschreven kan worden aan organisaties, groepen, individuen etc., met andere woorden die van toepassing geacht kan worden op meerdere niveaus van aggregatie. Daarbij is aangegeven dat het in deze studie vooral gaat om het beleid op het niveau van de organisatie, kortweg het algemeen beleid genoemd.

Voorts is opgemerkt dat genoemde oc-noc-structuur niet statisch van aard is, maar door de tijd heen aan verandering onderhevig. Dit proces van verandering van de oc-noc-structuur door de tijd heen en wel onder invloed van de participanten aan het proces, is beleidsvorming genoemd.

2. Uiteengezet is hoe een beleidvormingsproces zou dienen te verlopen. Daarbij zijn een aantal fasen onderscheiden, die bestaan uit processen en hun inputs en outputs. De processen zijn ge-

karakteriseerd als besluitvormingsprocessen, plaatsvindend in de interactie tussen groepen en personen. In de inputs en outputs van de processen dient de oc-noc-structuur kenbaar en herkenbaar te zijn.

3. Gesteld is dat besluitvorming snel complexer wordt naarmate de situatie waarin de besluiten worden genomen eveneens complexer wordt. Daarbij is in het kader van deze studie "besluitvorming in een complexe situatie" opgevat als besluitvorming die plaatsvindt in een complexe organisatie, functionerend in een complexe omgeving.
4. Complexiteit laat zich herkennen door het in hoge mate voorkomen van de volgende elf kenmerken: relatieve betekenis, heterogeniteit, dynamiek, onbepaaldheid, vervlechting, tijdsoriëntering, continuïteit, risico, omvang, beschikbaarheid, produktiviteit. Deze kenmerken zijn op verschillende aggregatieniveaus toepasbaar. Hier zijn zij toegepast op de omgeving, de organisatie en de besluitvorming ten aanzien van de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie. Daarbij is erop gewezen dat er tussen de elf factoren, zowel onderling als toegepast op verschillende niveaus, een zekere samenhang bestaat.
5. Tenslotte is nagegaan welk soort problemen ontstaan, wanneer besluitvorming ten aanzien van de oc-noc-structuur complex is en voorts op welke wijze deze problemen opgelost of gereduceerd zouden kunnen worden.

Met het model dat hierboven kort is samengevat, is getracht enige structuur aan te brengen in een uiterst ingewikkelde materie, met name door beleid, beleidsvorming en complexiteit uiteen te leggen in verschillende componenten en factoren en vervolgens aan te geven hoe de relaties zijn tussen deze componenten en factoren. Er zij evenwel met nadruk op gewezen dat dit model als een sterke simplificatie beschouwd dient te worden, vooral omdat sprake is van sterke interdependentie tussen de verschillende componenten. In de voorgaande paragrafen is hier reeds met een aantal voorbeelden op gewezen. Deze interdependentie laat zich in de volgende punten samenvatten.

1. Er zal sprake zijn van een samenhang tussen beleidsinhoud, beleidvormingsproces en participanten aan dit proces. Zo zal bijvoorbeeld de aard van de oc-noc-structuur informatie kunnen geven over de machtsverhoudingen tussen de participanten.
2. Het beleidvormingsproces bevat een aantal deelprocessen die lang niet altijd volgens de voorgestelde volgorde zullen verlopen: er zal sprake zijn van terugkoppeling, herhaling en gelijktijdig voorkomen - mogelijk wel met een verschillende intensiteit - van de diverse processen.
3. In bovenstaande is reeds gewezen op de samenhang tussen de complexiteitskenmerken. Zo is er bijvoorbeeld sprake van een samenhang tussen:
 - dynamiek van de omgeving enerzijds en relatieve betekenis van de besluitvorming betreffende de oc-noc-structuur van de organisatie en heterogeniteit van de organisatiestructuur anderzijds
 - heterogeniteit en omvang van de organisatie
 - etc.
4. Voorts kan sprake zijn van een wisselwerking tussen de complexiteitskenmerken en hun effecten. Dit wil zeggen dat de oplossingen die gezocht worden om de effecten van de complexiteitskenmerken aan te pakken, kunnen leiden tot een toename van dezelfde of andere complexiteitskenmerken.

Zo vraagt de opbouw van een goede informatievoorziening, die nodig is voor de aanpak van problemen, welke het gevolg zijn van diverse complexiteitskenmerken, ook weer om meer functionarissen en een verdergaande interne differentiatie, hetgeen een toename van de heterogeniteit en omvang betekent. Zo is een organisatie met een grote omvang en een sterk heterogene structuur geneigd meer mensen in dienst te nemen om de problemen die een dergelijke structuur bij de beleidsvorming veroorzaakt, aan te pakken. Dit betekent evenwel weer een toename van de heterogeniteit ten gevolge van een toenemende horizontale en verticale differentiatie. Hall (1972) wijst in dit verband op, wat hij noemt, een "interesting paradox":

"While large organizations can experience savings through the economics of large size, the complexity that is related to large size creates cross-pressures to add managerial personnel for control, coordination and conflict-reduction functions."

Na deze algemene beschouwing over beleid en beleidsvorming in de complexe organisatie en de problemen die hiermee samenhangen, wordt de behandelde theorie toegespitst op het algemeen ziekenhuis. Hiervoor gaan we naar het volgende hoofdstuk.

Noten

1. Deze definitie wordt door Vollebergh in zijn colleges gebruikt.
2. De onderhandelingen tijdens een kabinetsformatie, waarbij verschillende participanten samen tot de vorming van een kabinet willen komen, beogen in de eerste plaats het zodanig op elkaar afstemmen en integreren van de doelstellingen van de participanten, dat samenwerking in een kabinet mogelijk wordt. Tijdens dit proces vinden verschuivingen in de inhoud van de doelstellingen van de participanten plaats. Zo kan bijvoorbeeld, terwille van het bereiken van de gewenste coalitie, de ene participant een doelstelling als belastingverhoging laten vallen of afzwakken, omdat deze sterk interfereert met een door de andere participant als uiterst belangrijk geachte doelstelling als stabilisering van de belastingdruk.
3. March en Simon hebben de uitwerking van hun doel-middelen-hiërarchie mede ontleend aan C.J. Haberstroh, die hierop ingaat in zijn boek Processes of internal control in firms (1957).
4. Ansoff spreekt hier van "strategische beslissingen", waarmee hij mijns inziens hetzelfde bedoelt als hier onder beslissingen in het kader van de vaststelling van het algemeen beleid wordt verstaan.
5. Frömming spreekt hier van "Oberziel".
6. Er zij op gewezen dat het systematisch aandacht besteden aan het algemeen beleid wel eens vrij zinloos zou kunnen zijn, indien men uitgaat van een niet-rationeel model, zoals bijvoorbeeld Lindblom's (1971) model van "muddling through".
Met deze opmerking wil ik de hier gehanteerde optiek relativeren.

7. Ook Lemmens en Smeets spreken hier van strategische beslissingen, een term die zij ook wel eens aanduiden met "beleid" of "beleidsbeslissingen".
8. Met "formele" organisatiehiërarchie doel ik op het hiërarchieconcept in de traditionele betekenis van ordening volgens onder- en bovenschikking, zoals dit wordt gehanteerd in het bureau-cratie-model van Weber. Dit in tegenstelling tot de eerder behandelde hiërarchie-opvatting van Simon.
9. Kuin (1977) drukt zich in dit verband nog concreter uit wanneer hij de essentiële elementen van besturen (ofwel beleidsvorming) als volgt omschrijft:
 - het onderkennen van wat er gedaan moet worden
 - het vaststellen en toewijzen van taken
 - het scheppen van een organisatie, d.w.z. een vast patroon van taakverdeling en samenwerking
 - het houden van toezicht op de uitvoering
 - het oplossen van problemen en conflicten
 - het benaderen van een optimale verhouding tussen middelen en resultaat
 - het regelen van de betrekkingen met de aangrenzende buitenwereld.
10. Een goed voorbeeld hiervan vormt bijvoorbeeld de reeks onderhandelingen die plaatsvindt ten tijde van een kabinetsformatie.
11. Ook March en Simon (1958) beschouwen deze factoren als belemmeringen om te komen tot een zuiver rationele besluitvorming. Zij introduceren in dit verband de begrippen "bounded rationality", (met andere woorden menselijke rationaliteit is aan bepaalde grenzen gebonden), en "satisficing man" in plaats van "maximizing man" (met andere woorden, de mens zoekt niet het beste alternatief, maar zoekt tot hij een alternatief heeft gevonden dat voldoet).

12. Andere kenmerken van het bureaucratiemodel zijn (Stevens, 1978):

- er bestaat een verplichting tot het schriftelijk vastleggen van besluitvormingsprocessen en van genomen beslissingen
- ten aanzien van werkzaamheden bestaan er bevoegdheden en voorschriften die nauw omschreven zijn
- er vindt een trapsgewijze loopbaanontwikkeling plaats, afhankelijk van leeftijd en gebleken capaciteiten
- taken worden uitgevoerd volgens vaste regels, zonder dat deze taken persoonsgebonden zijn.

13. Deze eigenschappen zijn niet zo maar uit de lucht gegrepen. Zij kunnen afgeleid worden van de eisen die voortkomen uit de diverse taken en rollen, die dergelijke functionarissen dienen te vervullen en te spelen.

Kuin (1977) heeft een overzicht gegeven van bedoelde taken (zie noot 10).

Voorts kan worden verwezen naar Mintzberg (1980), die op grond van observatie van de feitelijke activiteiten van leidinggevende functionarissen in hun dagelijks werk, een inventarisatie heeft gemaakt van genoemde rollen.

III BELEIDSVORMING IN EEN COMPLEXE ORGANISATIE: HET NEDERLANDSE ALGEMENE ZIEKENHUIS

1. Inleiding

De beschouwing over het ziekenhuis als complexe organisatie, die in dit hoofdstuk aan de orde komt, zal als volgt verlopen. Aan de hand van de in het vorige hoofdstuk besproken complexiteitskenmerken zal ik trachten aannemelijk te maken dat de complexiteit van het ziekenhuis in de loop der tijd is toegenomen. Alvorens hiertoe over te gaan zal eerst nog even stil gestaan worden bij de zin van de historische benadering bij de bestudering van organisaties. De schets van de historische ontwikkeling zal aangevuld worden met een beeld van de huidige ziekenhuisorganisatie.

De lijn van het vorige hoofdstuk doortrekkend, zal bij deze beschouwing over het ziekenhuis aandacht besteed worden aan de complexiteit van organisatie en omgeving, alsmede van de besluitvorming ten aanzien van het beleid op het niveau van de organisatie. Het is welhaast vanzelfsprekend dat daarbij een nadere beschouwing plaatsvindt van de zogenaamde "kerngroep" die, naar ik in het vorige hoofdstuk reeds heb aangenomen, in het ziekenhuis bestaat uit de bovenste laag van de formele organisatiehiërarchie en de groep professionele beroepsbeoefenaren. Aan het eind van het hoofdstuk hoop ik aan te kunnen geven wat de knelpunten in het ziekenhuisbeleid zijn, in casu situaties, die afwijken van hetgeen zij volgens het theoretisch model zouden behoren te zijn. Opgemerkt is reeds dat dit niet altijd betekent dat deze knelpunten door de participanten zelf ook als een probleem worden ervaren.

2. Het nut van de historische benadering

Verschillende auteurs (Chandler, 1962; Jaques, 1951 e.a.) maken bij de studie van organisaties gebruik van de historische benadering. Zij doen dit omdat een dergelijke benadering kan bijdragen tot een beter begrip van de organisatie. Jaques (1951) zegt in dit verband:

"In order to understand the present situation, it is necessary to consider the dynamics of certain outstanding historical

events whose definite mark is left on the pattern of the present".

Ik meen dat dit een goede reden is voor een verkenning van de historie van het ziekenhuis. Mijn uitgangspunt bij een dergelijke verkenning zal zijn dat de ontwikkelingen die leidden tot een toename van de complexiteit van het ziekenhuis gezien kunnen worden als de door Jaques genoemde "outstanding historical events" ofwel saillante punten in de geschiedenis die een stempel hebben gedrukt op de tegenwoordige organisatie.

Daarbij zal ik nagaan of veranderingen van bepaalde complexiteitskenmerken ook leidden tot aanpassingen van de bestuursstructuur (de participanten), de procedures en de informatievoorziening, zoals deze zich op grond van het model zouden moeten voltrekken.

Een andere reden om aandacht te besteden aan de historie van de ziekenhuisorganisatie ligt in de veronderstelling dat een beschouwing over de historische ontwikkeling van een organisatie een bijdrage zou kunnen leveren tot de organisatietheorie, zoals bijvoorbeeld tot de ontwikkeling van nieuwe theoretische concepten. In de organisatieliteratuur zijn hiervan voorbeelden te vinden. Zo heeft de bestudering van de historie van het leger belangrijke organisatiethoretische begrippen opgeleverd, zoals het begrip "span of control" (Gulick en Urwick, 1937) (1).

Samenvattend kan gezegd worden dat de zin van de historische benadering gelegen is in een vergroting van inzicht in de organisatie en een mogelijke bijdrage tot de organisatietheorie.

3. Het ziekenhuis in historisch perspectief

De historie van het ziekenhuis wil ik in drie perioden onderverdelen en wel de volgende:

1e. Van de vroege middeleeuwen tot de negentiende eeuw.

In deze zeer lange periode vonden weinig fundamentele veranderingen in complexiteit plaats. Het ziekenhuis had een geheel andere functie in de samenleving dan tegenwoordig. Het was niet zozeer een instelling voor de behandeling en genezing van kwalen, maar eerder een plaats waar onderdak en verzorging werd geboden aan armen en later aan zieke armen.

2e. De negentiende eeuw.

In deze eeuw is in Europa het begin van een aantal veranderingen in complexiteit te bespeuren, die de basis hebben gelegd voor het ziekenhuis zoals het in deze tijd functioneert.

3e. De twintigste eeuw.

Dit tijdvak werd gekenmerkt door zeer snelle en ingrijpende veranderingen die resulteerden in de tegenwoordige complexe ziekenhuisorganisatie.

In het onderstaande zullen genoemde perioden achtereenvolgens besproken worden.

3.1. Van de vroege middeleeuwen tot de negentiende eeuw

De voorloper van het Europese ziekenhuis is het vroeg middeleeuwse godshuis of gasthuis (Querido, 1967). Deze instelling was niet speciaal voor zieken bestemd, maar functioneerde in het kader van de armenzorg. Vanuit het gasthuis werden gaven gedistribueerd en werd onderdak geboden aan de armen, die in de middeleeuwse standenmaatschappij een blijvende en ook maatschappelijk geaccepteerde groep vormden. De arme paste in het godsdienstige waardenpatroon van die tijd. Hij was zelfs een noodzakelijk element, want hoe zou men anders de werken van barmhartigheid kunnen verrichten, waardoor men de hemel kon beërven?

In dit verband merkt Querido (1967) het volgende op:

"Geen middeleeuwer zou op de gedachte komen, dat een zieke gebaat zou zijn met een opname in een inrichting, om hem van zijn ziekte te genezen. Men werd in een inrichting opgenomen omdat men invalide, oud en arm was, omdat men eten behoefde, een rustplaats, warmte en licht. Dat onder deze opgenomenen zieken waren, spreekt vanzelf. Dat de mensen, die in de inrichting verbleven op den duur ziek konden worden, is ook begrijpelijk.... Er was geen sprake van dat men een acuut zieke zou opnemen; dit begon pas in de achttiende eeuw. Oorspronkelijk was de gasthuisopname - behalve wat betreft reizigers - een permanente zaak, met het doel een blijvende verzorging te vinden."

Oorspronkelijk was de armenzorg een zaak van de kerk. De kloosters vervulden hierbij een belangrijke rol. De inkomsten van de gasthuizen waren onder meer afkomstig van schenkingen en legaten. Aan het eind van de middeleeuwen, toen met de opkomst van de Renaissance, religieuze waarden als belangrijkste basis van het gedrag aan betekenis afnamen, werd een meer wereldse liefdadigheid de drijfveer. Langzamerhand ging deze wereldse liefdadig-

heid ook inrichtingen onder eigen bestuur stichten. Vooral de gilden deden dit. Voorts werd steeds meer door de overheid gefinancierd, die in ruil daarvoor controle en toezicht op de gang van zaken in het gasthuis vroeg.

Omstreeks 1300 ging - althans in de Noordelijke Nederlanden - het bestuur van de gasthuizen definitief over van de kerkelijke naar de wereldlijke overheid. Op het Concilie van Vienne in 1311 werd besloten dat de geestelijken het bestuur moesten overdragen aan "deugdelijke, voorzichtige en welbepaalde mannen."

Querido (1967) zegt hierover het volgende:

"Zeer algemeen werden hiervoor door de plaatselijke overheid enige notabelen aangewezen, eerst voor de controle op het geldelijk beheer, later voor het bestuur van de gehele inrichting, terwijl zij weer verantwoordelijk waren tegenover het stadsbestuur. De op deze wijze gevormde colleges konden óf zichzelf aanvullen - onder goedkeuring van het plaatselijke gezag - óf werden door dit gezag benoemd; het was in het algemeen een ereambt, waaraan men zich niet dan om gewichtige redenen kon onttrekken. Ook wanneer de instelling geheel het eigendom van de plaatselijke overheid was, bleef deze bestuursvorm gewoonlijk gehandhaafd."

Deze gasthuisbesturen hielden zich zowel met wat grotere beheerszaken als met de dagelijkse gang van zaken bezig.

In de zestiende eeuw ging het maatschappelijk instituut voor de armenzorg ten gevolge van een teruggang in het economisch leven van karakter veranderen: in plaats van een directe uiting van christelijke of wereldse liefdadigheid werd het een aan de harde werkelijkheid aangepaste minimumvoorziening.

Valide armen en proveniers (2) werden in aparte oudeliedenhuizen ondergebracht, terwijl alleen de invaliden en chronisch zieken in het gasthuis werden opgenomen. Voor het eerst kwam het geneeskundig probleem naar voren: het gasthuis werd een ziekenhuis, maar het was een ziekenhuis voor armen. De zieken die in financieel betere omstandigheden verkeerden, werden thuis verpleegd. Van een afgesplitste gezinsfunctie was toen nog geen sprake.

Met de opkomst van het medisch probleem in de gasthuizen deden tevens de geneesheren, doctoren en chirurgijns (3), hun intrede,

De visites der doctoren aan patiënten, die aanvankelijk slechts éénmaal per week plaatsvonden, geschieden in de zeventiende en achttiende eeuw dagelijks. Meestal werd eenmaal per week door de doctoren visite gelopen met de chirurgijns samen. De visites werden in een uiterst snel tempo afgewerkt, daar de gasthuisdokter zijn ambt meestal beschouwde als een bijbaantje, waarvan hij zich zo vlug mogelijk af maakte.

De kwaliteit van de verpleging en verzorging was slecht. Het charitatieve element was eruit verdwenen. Op de ziekenzalen van de gast- of ziekenhuizen werkte "meiden en knechts" die niet bepaald door charitatieve motieven werden gedreven. Ontvreemding der - schamele - bezittingen en verwaarlozing der verpleegden was bijvoorbeeld een heel gewone zaak.

Deze situatie heeft zich eeuwenlang gehandhaafd. Er vonden, zoals reeds is opgemerkt, weinig fundamentele veranderingen plaats. Toch zijn in deze periode een aantal gebeurtenissen aan te wijzen die zijn te interpreteren als veranderingen van de volgende complexiteitskenmerken:

1. Vervlechting van organisatie en omgeving

De toenemende controle en toezicht die de overheid vroeg in ruil voor financiële tegemoetkomingen, betekende een toename van het complexiteitssymptoom vervlechting. Deze toename tekent zich nog wat duidelijker af wanneer de wereldlijke overheid het bestuur van de gasthuizen overneemt.

Interessant is op te merken dat de huidige ziekenhuisbesturen nog veel gelijkenis vertonen met die oorspronkelijke besturen. Ook aan de werving van nieuwe bestuursleden is nog weinig veranderd.

2. Relatieve betekenis van de organisatie

In het tijdvak van economische verslechtering kreeg het gasthuis in de samenleving de betekenis van opvangcentrum voor invalide en chronisch zieke armen. Met deze functieverandering - van gasthuis naar armenziekenhuis - waardoor werd voldaan aan een voor de samenleving belangrijke minimumvoorziening, nam de relatieve betekenis van het ziekenhuis vermoedelijk toe.

3. De heterogeniteit van de organisatie

Met de intrede der geneesheren kwam een professionele beroepsgroep het ziekenhuis binnen. Hierdoor werd de basis gelegd voor de latere ontwikkeling van horizontale en (indirect ook) verticale differen-

tatie, ofwel voor de toename van de heterogeniteit in het ziekenhuis.

Wat betreft de overige complexiteitskenmerken traden in bedoelde periode geen belangwekkende veranderingen op. In de organisatie waren derhalve ook nauwelijks aanpassingen nodig.

3.2. De negentiende eeuw

In de negentiende eeuw valt in Europa een begin te bespeuren van een aantal ontwikkelingen die zouden leiden tot ingrijpende veranderingen in de gezondheidszorg in het algemeen en in het ziekenhuis in het bijzonder.

In de eerste plaats dient genoemd te worden de ontwikkeling dat men zich bewust wordt van de betekenis van de volksgezondheid als element van maatschappelijke zorg, waarvoor de nationale overheden verantwoordelijkheid behoren te dragen. Dit kwam tot uiting in een streven bij de regering naar een actieve welvaartspolitiek en welzijns-politiek.

Naast de uitwerking van wetten betreffende de geneeskundige opleiding en geneesmiddelen, trachtte de rijksoverheid ook door preventieve zorg de volksgezondheid te beschermen, bijvoorbeeld door middel van bestrijding van besmettelijke ziekten en de verbetering van het leefmilieu, zoals woonsituatie en riolering.

Bij de bewustwording van de betekenis van de volksgezondheid als maatschappelijk element hebben een aantal artsen en medici een stimulerende rol gespeeld.

Dit bewustwordingsproces heeft lange tijd in beslag genomen. Pas de Gezondheidswet van 1901 maakte het de overheid mogelijk een meer blijvende greep op de materie van de volksgezondheid te krijgen (Van den Eerenbeemt, 1977).

Van zeer groot belang is verder dat in de negentiende eeuw het begin is te signaleren van de, later steeds sneller voortschrijdende, ontwikkelingen in de medische wetenschap. Wetenschappelijke ontwikkelingen uit die tijd en de daaruit voortvloeiende nieuwe behandelingswijzen (bijvoorbeeld bacteriologie, asepsis, narcose) droegen ertoe bij dat het zelfs zinvol ging worden herstel in het ziekenhuis te zoeken (Querido, 1967). Er zij wel op gewezen dat deze ontwikkelingen in de negentiende eeuw in de kinderschoenen stonden en pas in de twintigste eeuw tot volle ont-

plooiing kwamen. Ook kon men in de negentiende eeuw getuige zijn van een verdergaande professionalisering in de geneeskunde. Zo vond bijvoorbeeld in die tijd in een aantal Europese landen de oprichting plaats van professionele beroepsverenigingen op geneeskundig terrein (Freidson, 1973). Tenslotte kan gezegd worden dat in de negentiende eeuw het beginpunt ligt van de opkomst van de verpleging als beroep met een hoeveelheid eigen kennis, vaardigheden, methoden en technieken. Een belangrijke rol bij genoemde veranderingen speelde de Engelse Florence Nightingale (4). Zij heeft de aanzet gegeven tot de ontwikkeling van de verpleging als beroep ten dienste van het medisch werk. Tijdens de Krimoorlog, waar zij heentrok met een team verpleegsters, werd de basis gelegd voor de verpleging als vak, maar ook voor de relatie tussen verplegende en arts. Nightingale stond haar verpleegsters niet toe om op eigen initiatief diensten te verlenen. Dit mocht alleen op order van de artsen gebeuren. Zo was het zelfs verboden de patiënten te wassen of voedsel te verstrekken, indien de arts hiertoe geen schriftelijke opdracht had gegeven. Zo werd alles wat de zuster deed een functie van datgene wat de dokter voor de patiënt nodig achtte. De verpleging werd een ondergeschikt deel van de technische arbeidsverdeling rond het medisch werk (Freidson, 1973). Genoemde ontwikkelingen in de medische wetenschap en in de verpleging kunnen beschouwd worden als de aanvang van een belangrijke verschuiving in de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie. Deze verandering heeft zich in de twintigste eeuw volledig doorgezet: de medische behandeling werd de meest centrale doelcomponent in deze structuur, terwijl de verpleging en verzorging in die structuur van doelcomponenten een minder belangrijke plaats gingen innemen. Overigens vond in de negentiende eeuw ook een opleving plaats van het religieuze charitatieve element in de verpleging. In die tijd ontstonden in Nederland vele zorgende congregaties, die tot ver in de twintigste eeuw hebben voortbestaan.

Uit het bovenstaande is af te leiden dat in de 19e eeuw een verdere toename plaats vond van de ook in de vorige paragraaf genoemde complexiteitskenmerken:

1. Vervlechting van organisatie en omgeving

Hierbij gaat het met name om een toenemende vervlechting van de

organisatie en de overheid. Dit als gevolg van de ontwikkeling dat men de zorg voor de volksgezondheid steeds meer als een zaak van de overheid ging beschouwen.

Deze vervlechting heeft zich in een latere periode steeds verder doorgezet: er kwamen meer wetten, meer gedetailleerde voorschriften en regels, meer beleidsorganen. In de volgende paragraaf kom ik hier nader op terug.

2. Relatieve betekenis van de omgeving

Vermoedelijk nam, met name door de toenemende bemoeienis van de overheid met de volksgezondheid, de relatieve betekenis van de omgeving voor het ziekenhuis toe: door de gezondheidswetgeving die - zij het langzaam - op gang kwam en de maatregelen op het gebied van de preventieve zorg, werd het doen en laten van de overheid van steeds grotere invloed op de gang van zaken in het ziekenhuis.

3. Relatieve betekenis van de organisatie

Verondersteld kan worden dat de relatieve betekenis van het ziekenhuis in de samenleving toenam op het moment dat het zinvol ging worden herstel in het ziekenhuis te zoeken.

4. Heterogeniteit van de organisatie

De organisatiestructuur bleef aanvankelijk nog vrij eenvoudig. De toename van de overige complexiteitskenmerken was nog niet van dien aard dat een aanzienlijke aanpassing van de organisatiestructuur en de bestuursstructuur noodzakelijk was. De leiding over de zusters was in handen van een moeder- of broeder-overste, later in protestantse huizen bij een besturende moeder en in de lekenhuizen bij een vrouw die wegens haar idealisme of haar maatschappelijke stand gezag kon uitoefenen. Onder deze zuster stonden direct alle andere zusters. Men moet hierbij niet denken aan een omvangrijke verplegingsdienst. Uit de literatuur is op te maken dat het aantal zusters in de verschillende huizen varieerde tussen de vijf en vijftientig (Rijpstra-Verbeek, 1968). Voorts vond een enkele verandering plaats aan de "top" van het ziekenhuis. De meeste besturen gingen namelijk over tot de aanstelling van een boekhouder voor het dagelijks beheer der gelden. Deze had met de interne gang van zaken weinig bemoeienis (Groffen, 1963).

3.3. De twintigste eeuw

De ontwikkelingen die in de negentiende eeuw wat aarzelend begonnen, kwamen in de twintigste eeuw tot volledige ontplooiing. Voor de tweede wereldoorlog voltrokken zij zich in een wat meer geleidelijk maar wel gestadig tempo. Na 1945 kwamen zij in een stroomversnelling terecht waardoor het ziekenhuis werd gevormd tot de instelling die het nu is: een geneeskundig centrum, een concentratie van voorzieningen, met ruimten voor onderzoek, behandeling en operatie, met deskundig personeel en deskundige staven.

Dit centrum heeft tevens een opleidingsfunctie, vooral voor aanstaande artsen en verpleegkundigen (Querido, 1967).

Genoemde ontwikkelingen zijn van tweeërlei aard. Met name gaat het hier om de hoge vlucht die de medische technologie heeft genomen en om bepaalde maatschappelijke en demografische ontwikkelingen, die het gevolg waren van enerzijds het hoge peil van de medische voorzieningen en anderzijds van zekere verschuivingen in het patroon van normen en waarden, van levensstijl en levensgewoonten.

De snelle vooruitgang van de medische wetenschap, andere gewoonten op het gebied van hygiëne, de verbetering van voeding, woon- en leefmilieu hebben ertoe bijgedragen dat bepaalde ziekten, zoals bijvoorbeeld tuberculose en andere infectieziekten met succes bestreden konden worden. Daarna kon de bestrijding van ziekten, zoals chronische nierziekten, hart- en vaatziekten, ter hand genomen worden. De veranderde levensgewoonten en de successen die door de medische wetenschap werden geboekt hadden voor de samenleving bepaalde gevolgen, zoals een aantal demografische veranderingen, bijvoorbeeld een afname van de zuigelingen- en kindersterfte en een toename van het aantal bejaarden. Dit heeft nieuwe behoeften gecreëerd en de eisen die aan de gezondheidszorg worden gesteld, verhoogd (De Koning en Wiebenga, 1978). Door de afname van zuigelingen- en kindersterfte is de kans op gezondheidsafwijkingen toegenomen. Door de hogere levensverwachtingen werd en wordt steeds meer een beroep gedaan op geriatrie dienstverlening en verzorging. Door de vooruitgang die werd geboekt bij de bestrijding van ernstige ziekten zijn de latente behoeften van bepaalde categorieën patiënten, zoals hart- en nierpatiënten, omgezet in een onmiddellijke en permanente vraag (De Koning en Wiebenga, 1978). Voor de uitvoering van de nieuwe en steeds specialistischer be-

handelwijzen waren tevens meer en ingewikkelder apparatuur, goede accommodatie en een aantal hulpfuncties nodig. Aangezien deze zaken in het ziekenhuis het best gerealiseerd konden worden, werd deze instelling voor de gespecialiseerde arts de meest geschikte plaats om zijn werk te doen.

Het gevolg was een grotere en andersoortige patiëntenstroom naar het ziekenhuis, mede bevorderd door de totstandkoming van een stelsel van sociale voorzieningen. Het ontstaan van deze voorzieningen was een gevolg van een verschuiving in onze maatschappij naar waarden als gelijkheid en gelijkgerechtigdheid, in het kader waarvan de opvatting groeide dat iedere burger recht heeft op en gebruik moet kunnen maken van goede voorzieningen op het gebied van de gezondheidszorg.

Voor het ziekenhuis leidden bovengenoemde ontwikkelingen tot grote veranderingen zowel in de organisatie als ook in het orgaan dat zich bezighoudt met de beleidsvorming met betrekking tot deze organisatie, in casu, naar ik heb aangenomen, de kerngroep, bestaande uit de organisatietop en (vertegenwoordigers van) de professionele groep: de medische specialisten.

3.3.1. Toename van complexiteitskenmerken

De bovengenoemde ontwikkelingen in de ziekenhuisorganisatie kunnen organisatiesociologisch gekenmerkt worden als bureaucratisering en professionalisering (Stevens, 1978).

In het licht van de in het vorige hoofdstuk ontwikkelde theoretische veronderstellingen geef ik er de voorkeur aan bedoelde ontwikkelingen te beschouwen als een toename van complexiteitskenmerken van omgeving, organisatie en besluitvorming ten aanzien van het beleid op het niveau van de organisatie.

In het onderstaande zal voor alle in het voorgaande hoofdstuk behandelde complexiteitskenmerken (overzicht II.1.) bekeken worden, in hoeverre zij, toegepast op de omgeving, de organisatie en de beleidsvorming op het niveau van de organisatie, zijn toegenomen. Daarbij komt tevens aan de orde welke aanpassingen in de bestuursstructuur, de besluitvormingsprocedures en de informatievoorziening plaatsvonden.

1. Relatieve betekenis

a. De omgeving

In het voorgaande is er reeds op gewezen dat de relatieve betekenis van de omgeving van het ziekenhuis toenam door de steeds belangrijkere rol van de overheid op het terrein van de gezondheidszorg.

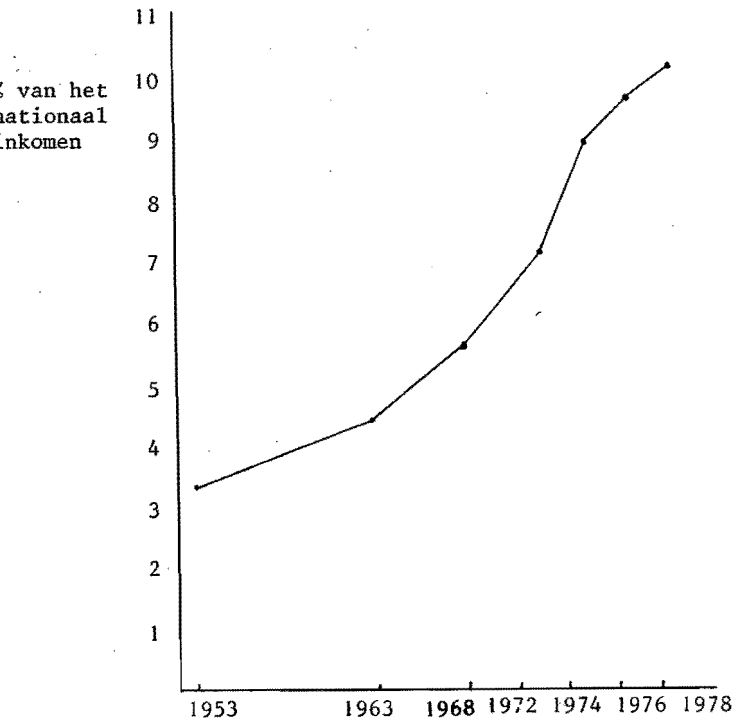
Niet alleen echter de toenemende invloed van de overheid, maar ook die van andere participanten in de omgeving van het ziekenhuis, zoals beroepsverenigingen, adviesorganen, het verzekeringswezen en toeleveringsbedrijven, heeft ertoe geleid dat de relatieve betekenis van de omgeving van het ziekenhuis is toegenomen. In paragraaf 4.2. kom ik hier nog uitvoerig op terug.

b. Organisatie

De in het ziekenhuis werkzame, steeds meer gespecialiseerde artsen slaagden er steeds beter in om, met behulp van steeds verfijnder apparatuur en ondersteund door steeds deskundiger personeel, een oplossing te vinden voor de ook steeds moeilijker wordende problemen van de cliënten. Genoemde problemen werden en worden in de samenleving bovendien van groot belang geacht en zijn ook zeer emotioneel geladen: uiteindelijk gaat het immers om de vraag van leven en dood. Deze ontwikkeling leidde tot een sterke toename van de relatieve betekenis van het ziekenhuis, die nog bevorderd wordt door de enorme kostenstijgingen die het gevolg waren van de toenemende vraag naar, meestal duurdere, geneeskundige behandelwijzen. Zo zijn in de periode 1963-1972 de kosten van de gezondheidszorg met ongeveer 450% gestegen. Dit is in procenten van het nationaal inkomen een stijging van 4,5 naar 7,2. In 1978 werd ruim 10% van het nationaal inkomen aan de gezondheidszorg besteed (5).

In figuur III.1. is aangegeven hoe de stijging van de kosten van de gezondheidszorg in procenten van het nationaal inkomen in de periode van 1953 t/m 1979 is verlopen.

Aangezien de ziekenhuizen hiervan een belangrijk deel (nl. 27% in 1978) voor hun rekening nemen, kan men veronderstellen dat ook hierdoor hun relatieve betekenis is toegenomen; het zijn immers organisaties die gebruik maken van een belangrijk deel van de gemeenschapsgelden.



Figuur III.1. Stijging in procenten van het nationaal inkomen dat aan gezondheidszorg werd uitgegeven gedurende de periode 1953-1979.

c. Beleidsvorming op het niveau van de organisatie

Volgens het in hoofdstuk II ontwikkelde model moet verondersteld worden dat de relatieve betekenis van de beleidsvorming op het niveau van de organisatie gelijktijdig met de toename van complexiteitskenmerken van omgeving en organisatie ging toenemen. In de literatuur heb ik evenwel geen gegevens kunnen vinden die erop wijzen dat men zich in het ziekenhuis in de eerste helft van de twintigste eeuw bewust werd van de toenemende relatieve betekenis van die beleidsvorming.

Pas in de zeventiger jaren is, blijkens de vele artikelen over ziekenhuisbeleid en topstructuur in vaktijdschriften zoals "Het Ziekenhuis" en "Medisch Contact" en blijkens de vele congressen en symposia over dit onderwerp, deze bewustwording van de relatieve betekenis van het beleid op gang gekomen.

2. Heterogeniteit

a. Omgeving

Uit het voorgaande is reeds af te leiden dat het ziekenhuis in de loop van de twintigste eeuw te maken heeft gekregen met een steeds grotere diversiteit van organisaties, groepen en personen die de gang van zaken in het ziekenhuis mede beïnvloeden.

In paragraaf 4.2. wordt hierover een nadere uiteenzetting gegeven.

b. Organisatie

Eveneens is reeds gewezen op een zeer fundamentele verandering in de oc-noc-structuur van het ziekenhuis, namelijk de centrale plaats, die medisch-technische doelcomponenten in de oc-noc-structuur van het ziekenhuis zijn gaan innemen en de verschuiving van verzorgende en verpleegkundige doelcomponenten naar een duidelijk minder centrale plaats in die structuur dan voorheen.

In de loop van de twintigste eeuw schreed de medische specialisatie steeds verder voort: Was er eerst nog alleen sprake van "basisspecialismen", zoals bijvoorbeeld interne geneeskunde en chirurgie (vanouds de doctoren en chirurgijns), later splitsten die zich verder in "deelspecialismen", zoals bijvoorbeeld endocrinologie, cardiologie, orthopedie, urologie etc.

In het ziekenhuis leidde dit tot opsplitsing van de verpleegafdelingen volgens genoemde specialismen. In kleinere ziekenhuizen vindt men voornamelijk afdelingen volgens basisspecialismen, in grotere ziekenhuizen zijn zij verder gesplitst volgens deelspecialismen.

Naast de specialisatie van het medisch werk heeft eveneens een specialisatie bij verpleging en paramedische beroepen plaats gevonden. Zo kent men nu de kraamverpleegkundige, de anaesthesieverpleegkundige, de operatie-assistent etc. Voorts zijn de laatste jaren in de verpleging nieuwe taken ontstaan, zoals op

het terrein van leidinggeven en met betrekking tot de psychosociale begeleiding van de patiënt. De specialisatie in de paramedische sector laat zich herkennen in het ontstaan van beroepen als de röntgenlaborant, klinisch-chemisch analist, fysiotherapeut etc.

Naast de hier geschetste specialisatie (ofwel verbijzondering naar produkten), heeft in het ziekenhuis ook een belangrijke mate van verbijzondering naar bewerkingen en voorts van verticale differentiatie plaats gevonden, zowel in activiteiten met betrekking tot de patiënten, bijvoorbeeld opname, patiëntenadministratie, hotelmatige verzorging etc., als met betrekking tot de organisatie die rond de medische behandeling en de daarbij benodigde hulpfuncties werd opgebouwd. Ik denk hierbij onder meer aan inkoop, administratie, financiën, technische dienst, personeelszaken etc.

Men kan dus zeggen, dat het "produktieproces" van het ziekenhuis is onder te brengen in een zogenaamd gemengd schema, waarvan in het vorige hoofdstuk een voorbeeld is gegeven. De toenemende verticale differentiatie kwam tot uiting in een steeds omvangrijker hiërarchie van onderafdelingen, afdelingen en diensten: zeer kenmerkend voor het bureaucratiseringsproces, zouden organisatie-sociologen zeggen. Andere, met verticale differentiatie samenhangende kenmerken van bureaucratisering zijn onder meer het toenemend gewicht van onpersoonlijke en rationele regels en de concentratie van bestuurlijke middelen aan de top. Dit leidt tot een specifieke gezagsstructuur, die door Weber wordt getypeerd als "legal domination". Deze vorm van "domination" vindt zijn grondslag in het geloof in de juistheid van de wet (Mouzelis, 1967; Nisbet, 1967).

Stevens (1978) wijst er overigens op, dat het bureaucratisch model voor het ziekenhuis slechts gedeeltelijk opgaat. Dit komt door de specifieke relatie die de medisch specialisten met het ziekenhuis onderhouden en het professionele karakter van de organisatie. De positie van de specialist komt in paragraaf 4.1. nog nader aan de orde.

c. Beleidsvorming op het niveau van de organisatie

Volgens het hier ontwikkelde model zal de verscheidenheid van beslissingen ten aanzien van het beleid op het niveau van de organisatie, mét de toename van de complexiteit van omgeving en organi-

satie zijn toegenomen in de loop van de twintigste eeuw.

Van belang is derhalve te weten hoe de top van de organisatie, die immers als onderdeel van de kerngroep die verscheidenheid van beslissingen moet nemen, zich aan deze verandering heeft aangepast. Met het oog hierop, volgt nu een korte schets van de veranderingen, die zich sinds de 19e eeuw in de structuur van de top hebben voorgedaan.

Tot ver in de twintigste eeuw hadden de bestuursleden nog bemoeienis met de dagelijkse gang van zaken, bijvoorbeeld in de keuken en de operatiekamer. Zuster Meyboom vertelt hierover enkele boeiende anekdotes, zoals bijvoorbeeld het geval dat een bestuurslid de operatiekamer kwam inspecteren en daarbij met de punt van zijn wandelstok de steriele lakens optilde (Rijpstra-Verbeek, 1968). Pas rond 1930 ging de medische zorg een zodanig dominante rol spelen in het ziekenhuis dat de behoefte ontstond de leiding van het ziekenhuis toe te vertrouwen aan artsen, om op deze wijze het instituut op de veranderende doelstelling bij te sturen. Deze artsen combineerden aanvankelijk een directeursfunctie met een eigen specialistische praktijk (Groot, 1969). Het waren vooral de internisten die deze functie vervulden. Dit werd onder meer veroorzaakt door het feit dat de internisten de eersten waren die geconcentreerd in een bepaald ziekenhuis gingen werken (Salomons, 1970). In die tijd ging het bestuur zich ook steeds meer distantiëren van de dagelijkse gang van zaken. De directrice werd, evenals de verpleging zelf, naar de tweede plaats geschoven. Samenvattend kan worden gezegd dat de top van het ziekenhuis in de jaren voor de tweede wereldoorlog de volgende kenmerken had (vrij naar Burkens, 1969):

- a. aan het hoofd stond een bestuur dat zonder invloed of advies van directie of medewerkers werd benoemd. Het bestuur had in alles een beslissende stem, maar was eigenlijk bijzonder bang om zich te mengen in medische zaken. De verantwoordelijkheid hiervoor werd afgewezen op grond van de opvatting dat het ziekenhuis alleen zorg behoorde te dragen voor goede verpleging en verzorging, maar verder niet in staat was het medisch handelen te regelen en te beoordelen. Het ziekenhuis bemoeide zich zelfs niet met de keuze van de artsen die er patiënten opnamen en werkten, omdat het ziekenhuis "open" was. Specialististen werden

dus zonder meer toegelaten of uitsluitend op grond van formele kenmerken gekozen, namelijk op grond van hun bevoegdheden hun specialisme uit te oefenen;

- b. er was een directie met als centrale figuur een arts, meestal part-time directeur en daarnaast praktizerend specialist; met een verpleegkundig directrice, moeder-overste, beherend zuster of hoofd verpleging, die ondergeschikt was aan de geneesheer-directeur en vaak de typerende titel "adjunct-directrice" droeg; met een administrateur als een zeer ondergeschikte figuur. Hij bezat niet zo'n erg hoge opleiding en had zich meestal omhoog gewerkt vanuit zijn functie als boekhouder. Zijn taak lag alleen op het gebied van de administratie in engere zin.

Kort voor en na de oorlog deden zich, met name ten gevolge van de toenemende complexiteit van het ziekenhuis, een aantal veranderingen voor.

In de eerste plaats werd het voor de medische leiders steeds moeilijker om de directeursfunctie te combineren met een eigen medisch specialistische praktijk. De leidinggevende taak ging, wegens de de toegenomen complexiteit, zoveel facetten omvatten dat hier langzamerhand van een gehele dagtaak sprake was. Bovendien kon de combinatie van directeursfunctie en specialistenpraktijk gemakkelijk leiden tot een rolconflict: de rol van directeur en die van specialist dienen totaal andere belangen (Salomons, 1970). De specialist als individueel handelende arts heeft een bepaalde binding met zijn patiënten en ook bepaalde financiële belangen, terwijl voor de directeur de belangen van het ziekenhuis meer in overeenstemming zullen zijn met zijn eigen belangen.

In de tweede plaats ging de econoom in de directie een steeds belangrijker rol spelen. Het ziekenhuis was niet alleen ontdekt als medische instelling, men kreeg ook geleidelijk meer oog voor de economische en financiële belangen van het ziekenhuis (Groot, 1969). Voorlopig bleef men de econoom echter zien als een functionaris die verantwoordelijk was voor de administratieve verslaglegging en het rekenwerk, zoals men de medisch directeur verantwoordelijk achtte voor de medische gang van zaken in het ziekenhuis. Volgens Groot (1969) won pas in de jaren vijftig de veronderstelling veld, dat zaken als leiding geven en organiseren niet beschouwd kunnen worden als bijprodukten van andere deskundigheden, maar dat

het hier vraagstukken betreft, die voor hun aanpak specifieke deskundigheid vereisen. De gedachte dat het bij de leiding van het ziekenhuis gaat om niet te delen verantwoordelijkheden en dat bij dergelijke functies het leiding geven op de eerste plaats en andere deskundigheden op de tweede plaats komen, won enig terrein. Bovenstelde ontwikkeling van de ziekenhuistop overziende, moet geconcludeerd worden dat de veranderingen in de structuur van de top niet altijd als de (volgens het hier ontwikkelde model) juiste aanpassingen aan de toename van complexiteit gezien kunnen worden.

Zo hebben wel aanpassingen plaatsgevonden aan de verschuivingen in de oc-noc-structuur van het ziekenhuis (met name door een medicus en een econoom in de directie op te nemen), maar bleef een aanpassing aan de toegenomen heterogeniteit van organisatie en omgeving achterwege: het kwam niet (en gedurende de laatste jaren slechts aarzelend) tot de aanstelling van directieleden en staf-functionarissen (in casu voldoende bekwame functionarissen), die zouden kunnen zorgen voor een reductie van complexiteit door middel van afstemming van doelcomponenten van participanten in en buiten de organisatie.

3. Dynamiek

a. Omgeving

Uit de in het voorgaande geschetste ontwikkelingen in de twintigste eeuw is af te leiden, dat zich in de omgeving van het ziekenhuis, met name na de tweede wereldoorlog, in een toenemend tempo een aantal veranderingen voltrokken, die hun invloed op het ziekenhuis deden gelden.

Men kan hier bijvoorbeeld denken aan de, vooral gedurende de laatste jaren, sterke groei van de overheidsbemoeienis en aan de snelle technische ontwikkelingen (medische technieken, automatisering van de administratie, technische hulpmiddelen ten behoeve van de civiele dienst).

b. Organisatie

Met name de technische ontwikkelingen brachten in de organisatie ook een vergroting van de dynamiek te weeg, vooral met betrekking tot de taakstelling van de organisatie en de uitwerking van die taakstelling. Bij de bespreking van het complexiteitskenmerk heterogeniteit is dit

reeds aan de orde geweest.

Het lijkt verwonderlijk dat de relaties tussen de participanten in het ziekenhuis, in casu artsen, personeel en patiënten, niet in hetzelfde tempo zijn veranderd. Dit heeft vermoedelijk te maken met de traditionele basis waarop het gezag van de arts berust. Sinds de laatste jaren zijn hierin geleidelijk enkele veranderingen te bespeuren. Zo is de hoge status, die de artsen, aldus Freidson (1973), verwierven wegens hun deskundigheid op een terrein dat hoge waardering geniet bij de bevolking, enigszins afgenomen. Hierdoor veranderde de relatie tussen artsen en ziekenhuispersoneel en tussen artsen en patiënten enigszins. Zo vraagt het ziekenhuispersoneel meer erkenning voor zijn deskundigheid op eigen terrein. Zo verlangen steeds meer patiënten meer en duidelijker informatie en een ruimere gelegenheid tot eigen inbreng bij de behandeling. De kwaliteit van het werk van de arts wordt voorzichtig ter discussie gesteld, ook door de artsen zelf via medical audit ofwel intercollegiale toetsing (6).

c. Beleidsvorming op het niveau van de organisatie

Volgens mijn theoretisch model kan verondersteld worden, dat de frequentie waarop snelle en doortastende beslissingen betreffende het algemeen beleid genomen moeten worden, mét de toename van complexiteit van organisatie en omgeving, is toegenomen.

Het is de vraag in hoeverre het ziekenhuis zich hieraan heeft aangepast door bijvoorbeeld het in dienst nemen van bekwaame functionarissen, het ontwikkelen van goede besluitvormingsprocedures en een goede informatievoorziening.

Op grond van gegevens uit de literatuur (Greve, 1977, e.a.) kan verondersteld worden dat deze aanpassingen nog steeds nauwelijks of slechts zeer aarzelend op gang zijn gekomen.

4. Onbepaaldheid

Verondersteld kan worden dat, mede door de toenemende heterogeniteit in de omgeving, de organisatie en de beleidsvorming op organisatieniveau, voor degenen die in het ziekenhuis werkzaam zijn, de onoverzichtelijkheid is toegenomen. Dit betekent voor hen onder meer een vergroting van de onzekerheid over de gevolgen van beslissingen en van het onvermogen om te bepalen hoe groot de kans is dat bepaalde effecten van bepaalde invloedsfactoren zullen optreden (in casu een

grotere onvoorspelbaarheid). Met andere woorden, de complexiteit werd in de perceptie van de participanten alleen maar groter (7). Uitgaande van de veronderstelling dat de participanten toch grip wilden houden op deze situatie, ontstond de behoefte aan reductie van onoverzichtelijkheid en onvoorspelbaarheid, die tot uiting kwam in een grote informatiebehoefte. Aangezien de ontwikkeling van methoden voor verzameling en analyse van informatie en de werving van voldoende en bekwaam personeel op dit terrein, aanvankelijk geen gelijke tred heeft gehouden met genoemde ontwikkelingen (Greve, 1977; Mercx, 1973) kan worden aangenomen dat het complexiteitskenmerk "onbepaaldheid" in de ziekenhuiswereld is toegenomen.

5. Vervlechting

a. Omgeving

De vervlechting binnen de omgeving als wel tussen de omgeving en het ziekenhuis is in de loop van de twintigste eeuw steeds meer toegenomen.

Dit is af te leiden uit het toenemend aantal relaties van (al dan niet wederzijdse) afhankelijkheid tussen organisaties, groepen en personen in de omgeving, zowel onderling als met de ziekenhuisorganisatie.

In de eerste plaats dient hier genoemd te worden de, reeds eerder genoemde sterkere afhankelijkheidsrelatie van het ziekenhuis met de overheid en haar adviesorganen (die onderling ook weer afhankelijk van elkaar zijn, bijvoorbeeld op het terrein van advisering en financiering).

De nog weinig gedetailleerde Gezondheidswet uit 1901 liet nog wel veel ruimte voor de ontplooiing en ontwikkeling van het particulier initiatief en de individuele instellingen voor gezondheidszorg. Aangezien de gezondheidszorg op geen enkele andere wijze gestructureerd en gereguleerd werd - zij functioneert immers buiten het spanningsveld van het vrije marktmechanisme (De Koning en Wiebenga, 1978) - was zij uitgegroeid tot een samenstel van talloze vaak inefficiënt en langs elkaar heen werkende organisaties en instellingen (hetgeen voor het ziekenhuis een sterke toegenomen heterogeniteit van de omgeving betekende). Pas na de tweede wereldoorlog ontstond bij de overheid een groeiende behoefte aan een strakkere

organisatie van de gezondheidszorg, niet in het minst op grond van de sterke wens tot kostenbeheersing op dit terrein. Uit onder meer de Structuurnota Gezondheidszorg 1974, van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, en uit talloze wetten en wettelijke maatregelen, waarvan de per 1 september 1979 van kracht geworden gewijzigde Wet Ziekenhuisvoorzieningen (8) een goed voorbeeld is, is af te leiden dat de overheid zich tot taak heeft gesteld om te komen tot goede coördinatie en functionele afstemming van de verschillende gezondheidsvoorzieningen. Men kan hierbij in concreto denken aan de afstemming van de werkzaamheden

- van de ziekenhuizen onderling
- tussen de ziekenhuizen en andere instellingen voor gezondheidszorg waar patiënten worden opgenomen, zoals verpleeghuizen en psychiatrische instellingen.

Men spreekt in dit geval ook wel van afstemming binnen de intramurale gezondheidszorg ofwel de tweede lijn of het tweede echelon.

Voorts gaat het om de afstemming

- tussen instellingen voor intramurale gezondheidszorg enerzijds en instellingen voor extramurale gezondheidszorg, in casu instellingen waar geen patiënten worden opgenomen, zoals bijvoorbeeld kruisverenigingen, sociaal-psychiatrische diensten etc., en voorts zelfstandige werkers in de extramurale gezondheidszorg, zoals bijvoorbeeld huisartsen, anderzijds
- binnen de extramurale gezondheidszorg ofwel de eerste lijn of het eerste echelon.

De druk om te komen tot steeds meer interorganisationele samenwerking en gemeenschappelijke programma's heeft ertoe geleid dat het ziekenhuis terecht is gekomen in een dicht web van interorganisationele relaties binnen de gezondheidszorg (hetgeen opnieuw een blijk is van de toegenomen heterogeniteit van de omgeving). Het einde van deze ontwikkelingen is nog niet in zicht.

Behalve van de overheid is het ziekenhuis in toenemende mate afhankelijk geworden van (de outputs) andere organisaties.

Dit houdt onder meer verband met de toenemende specialisatie, die een verhoging van het kennisniveau en het opleidingspeil impliceerde en dus leidde tot een grotere afhankelijkheid van de outputs van instellingen voor onderzoek en onderwijs. De hoog ontwikkelde technologie, de grotere personeelsomvang en de grotere

patiëntenstroom, maakten het ziekenhuis steeds meer afhankelijk van de industrie en wel voor het verkrijgen van apparatuur, geneesmiddelen, verbandmiddelen, voedsel, kleding en dergelijke meer. Met het bovenstaande zijn slechts enkele voorbeelden gegeven van vervlechting binnen de omgeving en tussen omgeving en ziekenhuis.

b. Organisatie

Gedachtig aan de sterk toegenomen heterogeniteit van de ziekenhuisorganisatie, zal het de lezer niet verwonderlijk voorkomen, dat ook de vervlechting binnen het ziekenhuis, sterk is toegenomen.

Met name de verbijzondering naar verrichtingen, zowel binnen de diensten (bijvoorbeeld de verpleging (9) en het laboratorium) als tussen de diensten (bijvoorbeeld de verpleging en de civiele dienst en de verpleging en de operatiekamer), heeft de afhankelijkheidsrelaties tussen de delen van de ziekenhuisorganisatie doen toenemen.

In termen van Thompson (1967) kan gezegd worden dat met name de "sequential interdependence" (bijvoorbeeld het voedsel dat de civiele dienst verstrekt is voor de verpleging en noodzakelijke input bij de verzorging van de patiënten) en de "reciprocal interdependence" (bijvoorbeeld de verpleging "maakt de patiënt gereed" voor de operatiekamer en de operatiekamer "levert de patiënt weer af" aan de verpleging) in het ziekenhuis veelvuldig voorkomen.

Volgens Thompson (1967) vereisen de verschillende soorten "interdependence" ook verschillende soorten coördinatie: voor de "sequential interdependence" is met name coördinatie door middel van planning geschikt, terwijl bij "reciprocal interdependence" coördinatie door middel van wederzijdse aanpassing de meest aangewezen weg is.

Deze laatste vorm van coördinatie vereist wel een goed communicatienet en een goed lopende informatie-uitwisseling. De gegevens uit de literatuur (Greve, 1977; De Koning en Wiebenga, 1978; Mercx, 1973) wijzen er evenwel niet op dat in het ziekenhuis de ontwikkeling van planningsmethoden, informatievoorziening e.d., goed op gang is gebracht. Bovendien, er is reeds op gewezen, waren de relaties tussen artsen, personeel en patiënten niet van dien aard dat zij veel ruimte gaven voor een open communicatie en een makkelijke informatie-uitwisseling.

c. Beleidsvorming op het niveau van de organisatie

Verwacht kan worden dat bij een hoge mate van vervlechting de be-

slissingen die ten aanzien van het algemeen beleid worden genomen, een sterke samenhang zullen vertonen. Immers, indien tussen twee systeemdelen een relatie van onderlinge afhankelijkheid bestaat, is de kans groot dat een beslissing die leidt tot veranderingen bij het ene systeemdeel, consequenties zal hebben voor het andere systeemdeel.

6. Tijdsoriëntering

Niet alleen in de omgeving van het ziekenhuis vonden in toenemende mate ontwikkelingen plaats die voor het ziekenhuis leidden tot consequenties op de langere termijn (bijvoorbeeld de wetgeving, technische vooruitgang, toename van kennis), maar ook in het ziekenhuis vonden steeds meer gebeurtenissen plaats en werden steeds meer beslissingen genomen met consequenties voor de langere termijn. Men kan bijvoorbeeld denken aan beslissingen die langdurige invloed hebben op de bedrijfsvoering (zoals grote investeringen in kostbare apparatuur met een lange levensduur), beslissingen op het terrein van bouwkundige voorzieningen of met betrekking tot nieuwe samenwerkingsvormen in de gezondheidszorg.

Beslissingen met een langere tijdshorizon leiden tot een toename van de onvoorspelbaarheid. In het voorgaande is reeds betwijfeld of in het ziekenhuis de ontwikkeling van methoden om voorspelbaarheid te reduceren, met deze ontwikkeling gelijke tred heeft gehouden.

7. Continuïteit

a. Omgeving

In de loop van de 20e eeuw is de economische stabiliteit van de omgeving van het ziekenhuis belangrijk toegenomen. Door de sociale wetgeving en de ontwikkeling van het verzekeringswezen was het ziekenhuis in toenemende mate verzekerd van inkomsten. Deze situatie bestaat nog steeds, maar met name gedurende het laatste decennium zijn er toch enige schommelingen opgetreden in de economische omgeving van het ziekenhuis door de kostenbeperkende maatregelen van de overheid. Desalniettemin kan gezegd worden dat het ziekenhuis, zeker vergeleken bij het bedrijfsleven, over het algemeen te maken heeft met een grote economische stabiliteit in de omgeving.

b. Organisatie

Het ziekenhuis is in de loop van de 20e eeuw geworden tot een continu-bedrijf en wordt in de literatuur dikwijls ook als zodanig gekarakteriseerd. Dit betekent dat de "produktie" - met name verpleging, verzorging, begeleiding, diagnose en therapie - en het aanbod van "produkten" continue voortgang vindt. Gedurende bepaalde perioden van het etmaal (avond en nacht) en de week (het weekend) is er weliswaar een teruggang in intensiteit en frequentie van genoemde activiteiten, vooral van diagnose en therapie, maar voor opvang en behandeling van acute gevallen dient men toch ten alle tijde gereed te staan.

c. Beleidsvorming op het niveau van de organisatie

In het vorige hoofdstuk is er reeds op gewezen, dat beslissingen op het terrein van het algemeen beleid niet automatisch de aandacht vragen (Ansoff, 1965), zodat de noodzaak om op dit terrein continu beslissingen te nemen zich lang niet altijd expliciet manifesteert.

Dit betekent echter niet dat deze noodzaak dan ook niet aanwezig is. In het vorige hoofdstuk (par. 3.3.1.) is er reeds op gewezen dat deze noodzaak in het ziekenhuis wel degelijk aanwezig is, met name wegens de snelle veranderingen in omgeving en organisatie. Daardoor is voortdurend anticiperen en zo nodig, met het oog daarop, bijsturen van het beleid van groot belang.

8. Risico

a. Omgeving

De vraag of het risico in de omgeving is toegenomen, is mede afhankelijk van de positie van waaruit men zich deze vraag stelt.

Zo zal de individuele ziekenhuisdirectie vermoedelijk eerder van mening zijn dat de kostenbeperkende maatregelen van de overheid schade toebrengen aan zijn organisatie dan bijvoorbeeld de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

b. Organisatie

Ten aanzien van de ontwikkeling van het risico in de organisatie is eveneens geen duidelijke uitspraak te doen. In het onderstaande zal ik dit nader toelichten.

In het ziekenhuis vonden in toenemende mate steeds ingrijpende behandelingen plaats en werd van steeds ingewikkelder werkwijzen gebruik gemaakt. Bij falen, zoals bijvoorbeeld ten gevolge van fouten bij de medicijnendistributie, bij narcose etc. zijn de gevolgen dikwijls verstrekkend of zelfs fataal. Voorts is het infectiegevaar sterk toegenomen, omdat vele patiënten met de meest uiteenlopende ziekten onder één dak verenigd zijn. Daartegenover staat dat, door betere methoden en technieken van onderzoek en behandeling, verfijnder technische hulpmiddelen en betere methoden ter voorkoming en bestrijding van infecties, de kans op falen is afgenomen, zeker in vergelijking met de situatie in het begin van de twintigste eeuw. Veel hangt af van de deugdelijkheid en kwaliteit van apparatuur, organisatie en communicatie en voorts van de deskundigheid en zorgvuldigheid van degenen die werkzaam zijn in sectoren met een verhoogd risico. In de literatuur en in het maatschappelijk verkeer wordt hier wel eens aan getwijfeld (Smalhout, 1972; Illich, 1978).

c. Beleidsvorming op het niveau van de organisatie

Gesteld kan worden dat het risico dat kleeft aan beslissingen op het terrein van het algemeen beleid van het ziekenhuis gedurende de 20e eeuw aanzienlijk groter is geworden.

Immers, wegens de langer geworden tijdshorizon en de toegenomen vervlechting van de beslissingen ten aanzien van het algemeen beleid, zullen de consequenties van foutieve beslissingen nog lange tijd en op verschillende terreinen, niet alleen binnen maar ook buiten het ziekenhuis, te merken zijn.

9. Omvang

a. Omgeving

Gezien het vorenstaande spreekt de sterk toegenomen omvang van de omgeving van het ziekenhuis welhaast vanzelf: verschillende malen is reeds gewezen op het steeds groter aantal organisaties, groepen en personen in de omgeving, waarmee het ziekenhuis min of meer nauwe relaties onderhoudt.

b. Organisatie

Ook de omvang van het ziekenhuis in termen van het personeelsbestand, aantallen specialisten en jaarlijks opgenomen patiënten is in de loop van de 20e eeuw toegenomen.

Vermoedelijk heeft de toegenomen omvang mede bijgedragen tot de toename van de differentiatie van de organisatie.

c. Beleidsvorming op het niveau van de organisatie

Evenals bij de continuïteit van beslissingen is verondersteld, kan ten aanzien van het aantal te nemen beslissingen betreffende het algemeen beleid, aangenomen worden dat de noodzaak om veel beslissingen te nemen op dit terrein zich niet altijd expliciet behoeft te manifesteren, maar vermoedelijk steeds dringender is geworden. Dat de noodzaak om veel beslissingen te nemen ten aanzien van het algemeen beleid is toegenomen, zou men kunnen afleiden uit de ontwikkeling dat de aanvanke-lijke part-time werkende geneesheer-directeur steeds meer het veld moest ruimen voor de full-time werkende directeur-geneesheer.

10. Beschikbaarheid

a. Omgeving

Gesteld kan worden dat in de loop van de 20e eeuw het door het ziekenhuis toenemend aantal benodigde inputs (medicijnen, apparatuur, voeding, personeel, patiënten) over het algemeen in steeds ruimere mate beschikbaar kwam.

Door de kostenbeperkende maatregelen van de overheid (tot uiting komend in personeelsnormen en het tarievenstelsel) wordt deze groei sinds enkele jaren enigszins afgeremd.

Het ziekenhuis wordt overigens niet geconfronteerd met het probleem van gebrek aan afzetmogelijkheden van zijn "produkten", zoals in het bedrijfsleven wel het geval kan zijn.

b. Organisatie

In de 20e eeuw is het aantal ziekenhuisorganisaties aanvanke-lijk sterk gegroeid. Deze ontwikkeling hing onder meer samen met de toename van mogelijkheden tot en vraag naar medische behandeling.

Voor de toekomst is een zekere afname van het aantal ziekenhuizen niet onwaarschijnlijk, gezien de beperkingen die door de overheid middels de 4% norm (10) zijn aangebracht.

c. Beleidsvorming op het niveau van de organisatie

Gezien de in het voorgaande geschetste ontwikkelingen is het aannemelijk te veronderstellen dat de beslissingsruimte, die de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie in het

ziekenhuis toelaat, in de loop van de tijd is afgenomen. Gelet op onder meer het toegenomen aantal participanten in en buiten het ziekenhuis en de toename van heterogeniteit in en buiten het ziekenhuis, is te verwachten dat de kans op het voorkomen van conflicterende doelcomponenten aanzienlijk groter is geworden.

11. Productiviteit

Ongetwijfeld is de productie in en buiten het ziekenhuis gedurende de laatste decennia enorm toegenomen. Moeilijker is te bepalen in hoeverre het aantal produkten en beslissingen is toegenomen in verhouding tot het aantal participanten, organisatieleden of beslissers.

Aannemelijk is dat de productiviteit op sommige terreinen is gestegen, gezien de verbetering van technieken en technische hulpmiddelen.

In het bovenstaande is aannemelijk gemaakt dat het ziekenhuis in de loop van de 20e eeuw werd geconfronteerd met een - min of meer - sterke toename van alle complexiteitskenmerken van omgeving, organisatie en besluitvorming ten aanzien van het beleid op het niveau van de organisatie.

Daarbij is aangegeven dat de daaraan (volgens het theoretisch model) noodzakelijke aanpassingen in termen van kwaliteitsverbetering van personeel, procedures en informatievoorzieningen vermoedelijk niet in voldoende mate hebben plaatsgevonden.

4. Het hedendaagse ziekenhuis als samenstel van participanten in het proces van de vorming van het algemeen beleid

Bij de bespreking van de historische ontwikkeling van het ziekenhuis is vooral uitgegaan van de in hoofdstuk II genoemde organisatieconcepties van Hill (1974) en Thompson (1967), door het accent te leggen op het structurele aspect van de ziekenhuisorganisatie en door het ziekenhuis tevens te beschouwen als open systeem.

In het onderstaande komt het organisatieconcept van Simon meer aan de orde, door het ziekenhuis te beschrijven op het niveau van de participanten. Het accent ligt hierbij op een beschrijving van hun achtergronden, hun positie en hun onderlinge verhoudingen.

De achterliggende veronderstelling is dat op deze wijze enig inzicht wordt verkregen in hun rol als participant bij de vorming van het algemeen beleid. Het verkrijgen van een dergelijk inzicht acht ik, met het oog op het hier gehanteerde theoretisch model zeer belangrijk, omdat immers volgens dit model de oc-noc-structuur verandert onder invloed van de participanten. Aangezien hiertoe ook de participanten uit de omgeving gerekend kunnen worden, zal op dezelfde wijze een schets worden gegeven van de omgeving van het ziekenhuis.

4.1. Instanties, groepen en personen in het ziekenhuis

4.1.1. De top van de formele hiërarchie

Het bestuur

Aangezien de rechtsvorm waarbinnen het Nederlandse algemene ziekenhuis functioneert over het algemeen de Stichting en soms de Vereniging is (11), wordt het ziekenhuis bestuurd door een bestuur.

Samenstelling

De samenstelling van het bestuur berust, zoals uit het voorgaande is vermeld, op een eeuwenlange traditie. Zoals het gasthuisbestuur uit de veertiende eeuw, bestaat het ziekenhuisbestuur nu meestal nog steeds uit een aantal - meest plaatselijke - notabelen. Gitmans en Van Wersch (1976) merken over de samenstelling van de huidige ziekenhuisbesturen het volgende op:

...."de samenstelling van het ziekenhuisbestuur (is) primair gebaseerd op de filosofie dat het bestuur dient te bestaan uit een aantal deskundigen op verschillende gebieden, zoals financieel economische deskundigen, managers, deskundigen uit de sector gezondheidszorg, juristen etc. De belangrijke positie die artsen, accountants, advocaten, rechters, notarissen en professoren in de besturen innemen wijst in dezelfde richting."

Het aantal bestuursleden kan sterk variëren. Er lijkt geen verband te bestaan tussen de grootte van het ziekenhuis en de omvang van het bestuur (12). De bestuursleden ontvangen, volgens traditie, geen honorarium voor hun activiteiten. Nieuwe bestuursleden worden meestal door de zittende bestuursleden gekozen (coöptatie) (13). Gedurende de laatste jaren wordt het coöptatiebeginsel in toenemende mate ter discussie gesteld. Er wordt gedacht over andere manieren

om bestuursleden te werven (14). Tevens is een discussie gaande over de vraag of de honoraire status van de bestuursleden al dan niet gehandhaafd dient te blijven.

Taken en bevoegdheden

In zeer algemene zin zijn de Stichtings- en Verenigingsbesturen volgens de statuten belast met het besturen van de Stichting, resp. de Vereniging. Zij bepalen het algemeen beleid en het gezicht van de organisatie naar buiten.

Dit komt overeen met de in hoofdstuk II geponeerde veronderstelling dat met name de top van de organisatie zich bezig behoort te houden met het nemen van beslissingen over doelen op het niveau van de organisatie. Voorts is hier een parallel te trekken met de door onder andere Thompson (1967) geuite stelling, dat de organisatie-top de functie heeft van "boundary-control", in casu het bewaken van de relaties met de omgeving.

In het kader van het model van het beleidvormingsproces dat in het vorige hoofdstuk is gepresenteerd (zie o.m. figuur II.5.), betekent dit mijns inziens dat het bestuur in dat geval dient zorgt te dragen voor:

- de voorbereiding en vaststelling van het algemeen beleidsplan ofwel de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie. Vollebergh (1971) geeft aan wat dit in concreto zou kunnen betekenen, zoals bijvoorbeeld bepaling van doel en functie van het ziekenhuis, de keuze van de specialismen, de omvang en het toelatingsbeleid, het financieringsbeleid (waarin volgens het hier gehanteerde beleidsmodel tot uitdrukking moet komen de afweging van kwantiteit, kwaliteit en kosten), het vaststellen van de organisatiestructuur en het personeelsbeleid. Ik meen dat aan deze lijst, hoewel zij een goed beeld geeft van de aard van de bestuurstaak, een belangrijk aspect van de bestuurstaak ontbreekt, en wel de notie dat bij de ontwikkeling van het beleidsplan de nodige aandacht besteed dient te worden aan de afstemming van doelcomponenten van de participanten binnen én buiten het ziekenhuis;
- de uitwerking van een aantal van bovengenoemde operationele en niet-operationele doelcomponenten, en wel voorzover zij betrekking hebben op de organisatie als totaal. Dit zo nodig gekoppeld aan enkele uitvoerende activiteiten, zoals het zorg dragen voor

aanstelling en regeling van de arbeidsvoorwaarden van de directie en leden van de medische staf en de benoeming van de voorzitter van de medische staf. Opgemerkt zij dat hier een aantal zaken aan de orde zijn, die liggen op het terrein van het meta-beleid (zie hoofdstuk II, par. 3.3.1.);

- de toetsing en evaluatie, en zo nodig bijsturing van het proces van de vorming van het algemeen beleid en het algemeen beleid zelf. Aan een goede beleidsvorming is volgens het theoretisch model immers onverbrekkelijk een voortdurende evaluatie verbonden.
- Een belangrijk deel van zijn taken zal het bestuur moeten delegeren aan een ander orgaan, de directie. Aangenomen kan immers worden, dat de bestuursleden, die hun bestuurstaak als onbezoldigden naast hun dagelijkse activiteiten vervullen, niet in staat zullen zijn tot een goede uitvoering van een dergelijk takenpakket, dat door de complexiteit van ziekenhuis en omgeving zo omvangrijk en ingewikkeld is geworden. Het is dan ook niet verwonderlijk dat verschillende auteurs (Gitmans en Van Wersch, 1976; Vollebergh, 1971) de ontwikkeling signaleren, dat de ziekenhuisbesturen in toenemende mate afstand nemen van zowel de voorbereiding als de nadere uitwerking van het algemeen beleid. In concreto betekent dit dat het bestuur steeds minder zelf initieert en het accent in zijn werkzaamheden verschuift naar de bekrachtiging van in de organisatie voorbereide beslissingen.
- Opvallend is overigens dat in de beschouwingen in de literatuur over het ziekenhuisbestuur zo weinig is te vinden over het zogenaamde dagelijkse bestuur, een instelling die in een aantal ziekenhuizen voorkomt. Een dagelijks bestuur wordt meestal ingesteld ten behoeve van een snellere afhandeling van lopende zaken en de voorbereiding der bestuursvergaderingen. In dit kader heeft het dagelijks bestuur meer contacten met de directie dan de overige bestuursleden. Hierdoor beschikt het dagelijks bestuur ook over meer informatie en is het meer betrokken bij de organisatie dan degenen die niet in het dagelijks bestuur zitting hebben.

De directie

Samenstelling

In de meeste ziekenhuizen werd tot voor kort een directie aange-troffen van een samenstelling, die door Struik (1973) wordt aan-

geduid met de term "klassieke samenstelling". Een directie volgens de klassieke samenstelling bestaat uit twee of drie personen. De driehoofdige directie omvat gewoonlijk een medisch en economisch directeur en een verpleegkundig directrice.

De tweehoofdige directie volgens de klassieke samenstelling, bestaat meestal uit een medisch en economisch directeur, vaak aangevuld met een verpleegkundig adjunct-directrice.

Het laatste komt volgens Struik (1973) vooral in kleinere ziekenhuizen voor. Overigens zij opgemerkt, dat uit mijn onderzoeksgegevens valt af te leiden, dat de klassieke directie meer en meer gaat plaatsmaken voor directies met een andere samenstelling, bijvoorbeeld met algemeen of bedrijfskundig directeuren, directeuren patiëntenzorg, directeuren personeel en organisatie etc.

Taken en bevoegdheden

De directie is, gezien de reeds genoemde noodzaak tot delegatie door het bestuur, aangesteld om de dagelijkse leiding op zich te nemen, hetgeen mijns inziens betekent coördinatie van uitwerking en uitvoering van het algemeen beleid. Hierin ligt het leidinggeven aan de dagelijkse gang van zaken besloten. Op grond van hetgeen zojuist over het bestuur is opgemerkt, kan gezegd worden dat de directie steeds meer wordt belast met de voorbereiding van beslissingen in het kader van het algemeen beleid, beslissingen die door het bestuur meestal alleen formeel worden bekrachtigd. Dit betekent in feite dat deze beslissingen reeds op een eerder tijdstip zijn genomen.

Samenvattend kan gezegd worden dat de taak van de directie derhalve beide door Chandler (1962) genoemde aspecten bevat, namelijk de zorg voor brede strategische beslissingen met betrekking tot de gehele organisatie en voorts de zorg voor het glad en efficiënt verlopen van de dagelijkse gang van zaken in de organisatie.

Met betrekking tot de onderlinge taakverdeling tussen de directieleden kan het volgende gezegd worden:

In de klassieke directie lijkt de opleidingsachtergrond van de betrokkenen nog steeds bepalend te zijn voor de samenstelling der ziekenhuisdirectie. Gewoonlijk houdt dan de medisch directeur zich met medische zaken bezig, de economisch directeur met de economische bedrijfsvoering en de verpleegkundig directeur met zaken betreffende de verpleging.

De coördinatie van deze deelterreinen, om nog maar niet te spreken van de coördinatie van externe en interne doelcomponenten, zal in dat geval vermoedelijk te weinig aan bod komen.

Kennelijk wordt deze omissie in de praktijk steeds manifester, aangezien men in steeds meer ziekenhuizen overgaat tot de aanstelling van een 'algemeen directeur'.

Verondersteld kan worden dat de directie bij de uitvoering van zijn ingewikkelde en omvangrijke taak gebruik zal moeten maken van delegatie, zowel van de voorbereiding als de uitwerking, uitvoering en evaluatie van het beleid, en adviezen zal moeten inwinnen van degenen die het meest betrokken zijn bij of het meest deskundig zijn op de verschillende deelgebieden waarover beslissingen genomen moeten worden. Voor delegatie en advies kan de directie zich wenden tot de diensthoofden en eventueel aanwezige functionarissen op het terrein van beleidsvoorbereiding en beleidsevaluatie, terwijl medische staf en ondernemingsraad voornamelijk als adviseurs zullen optreden.

4.1.2. Instanties, groepen en personen voor delegatie en advies

De diensthoofden

De formele hiërarchie van het ziekenhuis is opgebouwd uit een aantal diensten, die op hun beurt weer zijn gesplitst in afdelingen. Tussen de ziekenhuizen bestaan verschillen in opvattingen over wat als dienst en wat als afdeling beschouwd dient te worden. Zo wordt in sommige ziekenhuizen bijvoorbeeld de opleiding voor verpleegkundigen als dienst, in andere ziekenhuizen als afdeling gezien. Dit verschil in opvattingen bestaat overigens niet alleen tussen de ziekenhuizen, maar ook binnen de ziekenhuizen tussen de verschillende participanten. Dit komt onder meer omdat het geclassificeerd worden als diensthoofd dan wel als afdelingshoofd consequenties heeft voor de rol die men als participant bij de beleidsvorming op het niveau van de organisatie kan spelen: als diensthoofd is men dikwijls beter in staat invloed uit te oefenen op het algemeen beleid dan als afdelingshoofd.

In de formele hiërarchie vallen de diensthoofden direct onder de directie, een reden waarom zij ook wel eens het tweede echelon worden genoemd. Hun taak bestaat in de eerste plaats uit het

leidinggeven aan de diensten. Dit brengt met zich mee, dat zij soms ook als staffunctionaris functioneren, namelijk op het moment dat zij informatie over hun diensten geven en op grond daarvan advies uitbrengen aan de directie.

Ten gevolge van hun leidinggevende taak beschikken zij immers over meer uitgebreide en gedetailleerde gegevens betreffende hun dienst, die voor de directie van belang zijn bij de beleidsvoorbereiding. Op grond van deze positie, namelijk als informatiebron van de directie betreffende het gebeuren in de organisatie, zouden zij een aanzienlijke invloed kunnen uitoefenen op de beleidsvorming. Te verwachten is dat de hoofden van diensten die betrokken zijn bij de patiëntenzorg, zoals de verpleging, de paramedische diensten (röntgen, fysiotherapie) en diensten ten behoeve van de psychosociale begeleiding van patiënten, een belangrijker participant zijn bij de beleidsvorming, dan hoofden van de zogenaamde ondersteunende diensten, zoals civiele, technische en administratief-economische dienst. De eerstgenoemden zijn immers betrokken bij de zogenaamde "primaire taak" van de organisatie (Miller en Rice, 1951).

Over het functioneren en de achtergrond van de diensthoofden is uit de literatuur echter weinig bekend. Tot nu toe is hier weinig onderzoek naar verricht. Op grond van de schaarse gegevens is het aannemelijk te veronderstellen dat de diensthoofden dikwijls zijn opgeklommen vanuit wat lager gelegen posities in de hiërarchie en geen of weinig specifieke opleiding of training hebben genoten op het terrein van leidinggeven. Dit terwijl hun leidinggevende taak de laatste jaren ingewikkelder is geworden, gezien de toegenomen heterogeniteit en grotere omvang van het ziekenhuis. Zo is bijvoorbeeld in wat grotere ziekenhuizen een verplegingsdienst van 500 of meer personeelsleden geen uitzondering. Ook de diensthoofden hebben derhalve in hun dagelijks functioneren te maken gekregen met een complexer proces van beleidsvorming.

Gezien het bovenstaande is het aannemelijk te veronderstellen dat hier een aanpassing aan de toename van complexiteit, zoals volgens het hier gehanteerde theoretisch model zou moeten gebeuren, in onvoldoende mate heeft plaatsgevonden.

Functionarissen op het terrein van beleidsvoorbereiding en beleids-evaluatie

Voorzover mij bekend zijn in het ziekenhuis momenteel weinig functionarissen of afdelingen uitsluitend werkzaam op het terrein van de beleidsvoorbereiding en beleidsevaluatie. Dergelijke staffunctionarissen of stafafdelingen ontbreken nagenoeg, in tegenstelling tot industriële ondernemingen, waar stafafdelingen meer gebruikelijk zijn (Merckx, 1973). Een ontwikkeling in de richting van meer stafafdelingen en staffunctionarissen lijkt in de ziekenhuizen wel, zij het wat aarzelend, op gang te komen. Zo hebben sommige, meestal wat grotere ziekenhuizen een organisatiedeskundige, arbeidsanalist of directie-assistent in dienst (15).

Ook op dit terrein heeft een onvoldoende aanpassing plaatsgevonden aan de toename van complexiteit: de beleidsvoorbereiding in een complexe organisatie vraagt immers om voldoende en bekwame functionarissen, die zich met deze taak dienen bezig te houden.

De medische staf

In de medische staf zijn verenigd de beoefenaren van de medische professie en meestal enkele andere academici die direct met de patiëntenzorg te maken hebben (16). In het navolgende zal de aandacht gericht worden op de beoefenaren van de medische professie en hun positie in het ziekenhuis, ook weer gezien in het licht van hun rol als participant in de vorming van het algemeen beleid van het ziekenhuis.

In het voorgaande hoofdstuk is reeds nader ingegaan op de positie die de professionele beroepsbeoefenaar in een organisatie inneemt. Daarbij werd erop gewezen dat autonomie op grond van collegiale betrekkingen gezien kan worden als de essentie van genoemde positie. Dit betekent voor de medicus ('de specialist') in het ziekenhuis, dat hij een geheel eigen verantwoordelijkheid draagt voor de uitvoering van zijn werk en zijn relatie met zijn patiënten, hetgeen hij zelf noemt zijn "medische verantwoordelijkheid". Over deze autonome positie van de medisch specialist en de gevolgen die deze positie heeft voor het functioneren van de ziekenhuisorganisatie, zegt Stevens (1978) het volgende:

"De medisch specialist legt de nadruk op maximale autonomie vanwege het onvoorspelbare karakter van de gevallen die hij

moet behandelen. Het ontbreken van volledig gestandaardiseerde behandelingsmethoden valt echter moeilijk te rijmen met een hoge mate van formalisering, bureaucratisering en specialisering van functies.

In het algemeen heerst daarom onder medisch specialisten de opvatting, dat regels tot een minimum beperkt moeten blijven en dat alle diensten in het ziekenhuis alle noodzakelijke ondersteuning moeten geven zonder dat men zich op het terrein van de specialist begeeft. Hierin ligt ook de basis voor mogelijke conflicten tussen medisch specialisten en andere ziekenhuismedewerkers. Regels en coördinatie zijn noodzakelijk. Er dient afstemming te bestaan tussen de werkzaamheden van de medisch specialisten en de overige ziekenhuismedewerkers of, met andere woorden, tussen de collegiale autoriteitsstructuren en de bureaucratische autoriteitsstructuren."

Gezien het bovenstaande is te verwachten dat de oc-noc-structuur van het ziekenhuis een groot aantal conflicterende doelcomponenten bevat en dat derhalve de afstemming van die doelcomponenten veel deskundigheid, vaardigheid en persoonlijke inzet van de participanten vereist.

Bovendien is de positie van de specialist, naar het mij voorkomt, niet alleen een bron van spanningen en conflicten. Zij vormt ook een stevige basis voor zijn macht in de organisatie.

Immers, zoals op grond van bestaande machtstheorieën kan worden aangenomen (Mulder, 1977), wordt macht onder meer ontleend aan het feit dat men voor zijn omgeving een bron van onzekerheid is (De Sitter, 1971) en zo de omgeving kan manipuleren.

Het fundament van de machtsbasis van de specialist wordt nog versterkt doordat zijn gezag niet alleen legitiem (Freidson, 1973) maar ook, in Weberiaanse zin, traditioneel van aard is.

De deskundigheid van de dokter, waaraan hij zijn gezag én status mede ontleent is in onze Westerse maatschappij immers traditioneel. Gezien bovengeschetste machtspositie van de specialist én gezien het feit dat hij bovendien wordt geacht het belangrijkste aandeel te leveren aan de vervulling van de primaire taak van het ziekenhuis, kan verondersteld worden dat hij een zeer invloedrijke participant zal zijn in het proces van de vorming van het algemeen beleid.

In dat geval zou het ziekenhuis in termen van De Moor (1967) gekenschetst kunnen worden als een autonome professionele organisatie.

Een saillant aspect van de positie van de medicus in het ziekenhuis is voorts zijn relatie met de organisatie. In het vorige hoofdstuk is reeds opgemerkt dat de professionele beroepsbeoefenaar over het algemeen al een minder sterke binding heeft met de organisatie waar hij werkzaam is en een vrij sterke band heeft met collega's van dezelfde professie. Voor de medicus in het ziekenhuis zal dit des te meer gelden, daar hij meestal geen dienstverband heeft met deze organisatie. Hij verricht zijn arbeid in het ziekenhuis als "zelfstandig ondernemer", op vrijwillige basis, als een gast die het ziekenhuis dient én door het ziekenhuis gediend wordt (Freidson, 1973).

Als zodanig wordt hij in het ziekenhuis toegelaten, in een aantal gevallen via een toelatingscontract waarin een aantal afspraken tussen hem en het ziekenhuis zijn vastgelegd. Deze toelating impliceert dat het ziekenhuis de specialist voor de behandeling van zijn patiënten een aantal faciliteiten verleent, zoals ruimten, apparatuur en personeel. Bij toelating wordt de specialist meestal verplicht gesteld lid te worden van de medische staf, de instantie die onder meer tot taak heeft te waken voor een verantwoorde beroepsuitoefening. Via de medische staf wordt eveneens mede vorm gegeven aan de rol van de specialist als participant bij de vorming van het algemeen beleid, met name in de functie van adviseur van de directie. Het komt mij voor dat in het kader van deze studie juist deze rol van de medische staf - namelijk als adviseur van de directie bij de vorming van het algemeen beleid - van grote importantie is. In het onderstaande zal hierop nader ingegaan worden. De overige rollen die de medisch specialist in het ziekenhuis vervult(17) zullen als minder relevant zijnde voor het doel van mijn studie buiten beschouwing worden gelaten. Verwacht kan worden dat de specialisten met name zullen participeren in de totstandkoming van het medisch beleid, waarbij het bijvoorbeeld gaat om vraagstukken als de keuze van specialismen, de bepaling van prioriteiten bij investeringen en het toelatings- en benoemingsbeleid van specialisten (Vollebergh, 1971). Hieraan kan nog een, in het kader van mijn vraagstelling, belangrijk as-

pect worden toegevoegd, namelijk de wijze waarop de externe samenwerking, met name die met (specialisten uit) andere ziekenhuizen, vorm dient te krijgen. Uitgaande van de veronderstelling dat het medisch beleid vergaande consequenties zal hebben voor het algemeen beleid, immers het gaat hierbij om het beleid betreffende de primaire taaksector, kan gezegd worden dat de medisch specialisten langs deze weg veel inbreng zullen hebben bij de vorming van het algemeen beleid. Om de implicaties van deze situatie goed te kunnen begrijpen is het van belang de specifieke positie van vergaande autonomie en ongebondenheid van de medicus in het ziekenhuis in het oog te houden. Zo is hij wat betreft zijn inkomen niet van het ziekenhuis afhankelijk, heeft hij geen superieuren en wordt zijn werk niet beoordeeld door functionarissen uit de ziekenhuisbureaucratie. Dit betekent dat hij in een positie is om zich te kunnen onttrekken aan zo goed als alle verplichtingen die elk lid van een organisatie heeft, inclusief het dragen van een zekere verantwoordelijkheid ten opzichte van die organisatie (18). Deze situatie kan tot een dilemma leiden voor de functionarissen aan de top van de formele hiërarchie van het ziekenhuis, in casu bestuur en directie. Bij belangrijke beslissingen omtrent de primaire taak die juist op dit niveau genomen worden, dient men, om te komen tot een evenwichtige oc-noc-structuur en een verantwoorde uitwerking en uitvoering daarvan, enerzijds rekening te houden met de consequenties die dergelijke beslissingen voor de gehele organisatie hebben, anderzijds kan men niet voorbijgaan aan de wensen van degenen die de primaire taak in stand houden, maar tegelijkertijd geen of weinig verantwoordelijkheid ten opzichte van die organisatie willen dragen. Genoemd dilemma ontstaat wanneer sprake is van tegenstrijdige doelcomponenten van groepen of afzonderlijke personeelsleden enerzijds en de autonome specialisten anderzijds, hetgeen in feite betekent, dat er sprake is van tegenstrijdige belangen tussen personeelsleden en specialisten. In dat geval zijn verschillende oplossingen mogelijk. Zo zouden de topfunctionarissen advies kunnen inwinnen bij zowel de specialisten (via de medische staf) als de organisatieleden (via hoofden en ondernemingsraad) om vervolgens te proberen om tot een compromis te komen. Zo zouden zij ook de prioriteit kunnen leggen bij de één (de specialisten) of de ander (de organisatie).

Het overleg tussen de topfunctionarissen en de medische staf verloopt in belangrijke mate via het bestuur van de medische staf. Daarnaast is overleg mogelijk met specialisten-maatschappen (in casu een groep specialisten met dezelfde specialisatie - zoals bijvoorbeeld interne geneeskunde, chirurgie, kindergeneeskunde - die zich geassocieerd hebben) of met individuele specialisten.

De ondernemingsraad

Sinds enige jaren zijn ook de ziekenhuizen door de wetgever verplicht tot de instelling van een ondernemingsraad (OR), die de directie dient te adviseren, onder meer op het terrein van het algemeen beleid. De OR in het ziekenhuis blijkt evenwel niet probleemloos te functioneren. Dit is echter een meer algemeen verschijnsel, dat zowel in de industriële als de dienstverlenende sector voorkomt.

Als oorzaken hiervoor kunnen onder andere worden genoemd (Koning, 1975; De Zwaan, 1974):

- het feit dat verschillende groepen binnen de organisatie aan de OR soms verschillende functies toekennen. Hierdoor zullen onduidelijkheden ontstaan over de vraag wat de rol van de OR als participant in de beleidsvorming dient te zijn;
- de tegenstelling tussen de voorzitter en de leden van de OR;
- het verschil in opleidingsniveau tussen de OR-leden;
- ongetraindheid en onvoldoende deskundigheid bij de OR-leden met betrekking tot de ingewikkelde problemen die zich bij de vorming van het algemeen beleid voordoen;
- het moeizame contact met de achterban of het ontbreken van dit contact.

Voor de ziekenhuisorganisatie levert de OR nog een aantal specifieke moeilijkheden. Deze moeilijkheden liggen op verschillende terreinen.

Moeilijkheden op juridisch terrein zijn bijvoorbeeld:

- het feit dat onzekerheid bestaat over de bevoegdheden van de directeur om beslissingen te nemen en beleidslijnen vast te stellen (Gitmans en Van Wersch, 1976).
- het feit dat de Wet op de Ondernemingsraden is ontworpen voor industriële organisaties en niet is toegesneden op non-profit organisaties als het ziekenhuis (Van Wijmen, 1975).

Moeilijkheden op het vlak der sociale relaties en maatschappelijke betrekkingen zijn onder meer (Boekholdt, 1977):

- de geringe ervaring van het ziekenhuispersoneel met participatie in een ondernemingsraad;
- het verschil in strijdbaarheid van vakbonden binnen de gezondheidszorg en bijvoorbeeld die in de industrie.

Daartegenover staat de waarschijnlijk veel grotere inbreng van de medisch specialisten in het algemeen beleid, die wordt veroorzaakt door hun vrij aanzienlijke machtspositie ten gevolge van hun centrale rol bij de vervulling van de primaire taak van het ziekenhuis, hun hoge status, hun autonome, moeilijk grijpbare en oncontroleerbare positie, hun beter verbaal toegerust zijn wegens de hoge opleiding die zij hebben genoten, en het krachtiger optreden van hun beroepsverenigingen.

Met het oog op bovenstaande kan verondersteld worden, dat de OR vermoedelijk niet de meest belangrijke participant is bij de vorming van het algemeen beleid.

De patiënten

In het voorgaande zijn de patiënten nog nauwelijks ter sprake gekomen, terwijl toch op grond van het feit dat zij uiteindelijk de bestaansgrond van het ziekenhuis rechtvaardigen, aannemelijk gemaakt kan worden dat zij een zekere rol als participant bij de vorming van het algemeen beleid van het ziekenhuis behoren te vervullen, ook al zijn zij niet als leden van de ziekenhuisorganisatie te beschouwen. Op grond van de veronderstelling evenwel dat hun rol als participant in de beleidsvorming van geringe betekenis zal zijn, is tot dusver nog weinig aandacht besteed aan de patiënten. Voor deze veronderstelling zijn de volgende redenen aan te voeren.

In de eerste plaats zal het merendeel van de patiënten waarschijnlijk niet direct een verband zien tussen de oc-noc-structuur van het ziekenhuis en de eigen individuele doelcomponenten. De patiënt zal weinig geïnteresseerd zijn in vraagstukken betreffende de wijze waarop de hulp die hem geboden wordt georganiseerd en gepland is, als hij zelf maar zo goed mogelijk behandeld en verzorgd wordt.

In de tweede plaats verkeert de patiënt meestal niet direct in zodanige omstandigheden dat hij zich in beleidsvraagstukken zal willen verdiepen. Onderzoekingen hebben uitgewezen dat de positie van de patiënt in het ziekenhuis wordt gekenmerkt door een zeer sterke afhankelijkheid, terwijl een ziekenhuisopname bij de patiënt steeds zeer sterke emoties, gevoelens van onzekerheid en angst oproept (Bremer, 1963). Dichter (1954) verklaart de onzekerheid uit het onvermogen van de patiënten om de ziekenhuissituatie aan te kunnen. De uitspraken van de door hem geïnterviewde patiënten wijzen er evenwel op dat deze onzekerheid mede veroorzaakt wordt door de angst en dreiging die het ziek zijn met zich mee brengt (Bremer, 1963; Freidson, 1973). De afhankelijkheid van de arts en verpleegkundige, veroorzaakt door het ziek zijn, wordt nog vergroot door bepaalde omstandigheden die het verblijf in het ziekenhuis met zich mee brengt: de patiënt raakt zijn privacy grotendeels kwijt, hij belandt in een hem onbekende situatie met vele regels en verplichtingen, hij wordt vaak geconfronteerd met een gebrek aan informatie over zijn ziekte en over wat er met hem gebeuren gaat. Daar komt nog bij dat hij voor de ziekenhuisorganisatie in de eerste plaats niet als individu, maar als economische grootheid van belang is, gezien het feit dat de inkomsten van het ziekenhuis volledig afhankelijk zijn van het aantal opgenomen patiënten (19). Dit zijn naar mijn mening niet bepaald omstandigheden, waaronder iemand veel interesse zal hebben voor of initiatieven zal ontplooiën betreffende vraagstukken van algemeen beleid in het ziekenhuis.

In de derde plaats is het aannemelijk te veronderstellen dat de betrokkenheid van de patiënt bij het ziekenhuisgebeuren niet groot zal zijn, aangezien zijn verblijf in deze instelling veelal van korte duur is en hij na zijn ontslag waarschijnlijk geneigd is deze periode zo snel mogelijk te vergeten. Het is dan ook niet verwonderlijk dat belangstelling voor en activiteiten met betrekking tot het ziekenhuisbeleid ook alleen bij chronische patiënten, zoals bijvoorbeeld hart- en nierpatiënten, is te signaleren, in die zin dat hun participatie in het beleidsvormingsproces tot uiting komt in een vorm van belangenbehartiging via een eigen patiëntenvereniging.

Tenslotte kan nog opgemerkt worden, dat in samenhang met maatschappelijke tendensen als democratisering en de verhoging van het onderwijspeil, de mondigheid van de patiënt, de eigen inbreng en de vraag om informatie zal toenemen. Dit kan betekenen dat de patiënt in de toekomst een wat belangrijker rol zal gaan spelen als participant bij de beleidsvorming in het ziekenhuis. In het licht van bovenstaande beschouwingen kan evenwel verwacht worden dat deze rol vooralsnog tamelijk gering zal zijn en eerder gestalte zal krijgen op indirecte dan op directe wijze, via woordvoerders en vertegenwoordigers van de patiënt, zoals bijvoorbeeld een ombudsman, maatschappelijk werkers of consumentenverenigingen.

4.1.3. Samenvatting

Samenvattend kan over de rol van de in het voorgaande besproken participanten bij de vorming van het algemeen beleid in het ziekenhuis het volgende gezegd worden.

Het bestuur zou, gezien zijn taak, een zeer invloedrijke participant zijn, ware het niet dat de bestuursleden op grond van hun honoraire status weinig tijd aan het ziekenhuis kunnen besteden, daardoor ook weinig specifieke en gedetailleerde kennis over het ziekenhuis bezitten en derhalve hun taak grotendeels aan de directie moeten delegeren. Indien er een dagelijks bestuur is ingesteld, waarvan de leden meer tijd voor het ziekenhuis ter beschikking hebben, zal de invloed van het bestuur vermoedelijk wat groter zijn.

De directie die, middels delegatie door het bestuur, de belangrijkste taak in het kader van de beleidsvoorbereiding dient te verrichten, kan, als zijnde de top van de organisatiehiërarchie en als punt, waar alle informatie betreffende de organisatie, die nodig is voor de voorbereiding van het algemeen beleid, een zeer invloedrijke participant zijn.

De rol van de diensthoofden bij de beleidsvorming kan, wegens hun positie als belangrijkste informatiebron van de directie, van belang zijn. Dit is wel mede afhankelijk van de vraag of zij van deze positie gebruik maken.

Ook het belang van de staffunctionarissen, indien aanwezig, zal voornamelijk berusten op de mate waarin zij toeleverings bron van informatie van de directie zijn.

De groep medisch specialisten is vermoedelijk een zeer invloedrijke participant, gezien de machtspositie die zij, om een aantal redenen, in het ziekenhuis bezit.

De OR zal waarschijnlijk een duidelijk minder invloedrijke participant zijn, wegens de specifieke moeilijkheden waarmee een OR in het algemeen en in het bijzonder in het ziekenhuis heeft te kampen.

De patiënt zal als participant bij de beleidsvorming nauwelijks meedoen, gezien zijn tijdelijke en ook zeer afhankelijke positie in het ziekenhuis en gezien het gebrek aan interesse dat hij zal hebben voor het algemeen beleid van het ziekenhuis.

4.2. De omgeving van het ziekenhuis

In het voorgaande hoofdstuk en de voorgaande paragraaf is de omgeving expliciet bij de beschouwing betrokken. Immers, uitgaande van de opensysteemconceptie, dient verondersteld te worden dat hetgeen in de omgeving van de organisatie gebeurt, van grote invloed is op de ontwikkelingen binnen de organisatie.

Kubicek (1975) heeft de invloed van de omgeving op de organisatie geanalyseerd door onderzoek naar de "Umgebungsbedingungen", de randvoorwaarden of "constraints" die door de omgeving aan de organisatie worden opgelegd en waarbinnen de organisatie dient te functioneren. Deze aanpak wordt met name in de "contingency"-literatuur (Kubicek, 1975; Rhenman, 1969) theoretisch onderbouwd.

Een beschouwing van de participanten in de omgeving, die invloed hebben op het stellen van die randvoorwaarden en die op deze wijze invloed uitoefenen op de vorming van het algemeen beleid in het ziekenhuis, is hier derhalve zeker op zijn plaats.

Aan de hand van een schema (zie figuur III.2.) zal uiteengezet worden welke participanten in de omgeving in die zin voor het ziekenhuis relevant zijn en welke relaties tussen het ziekenhuis en die participanten zijn te herkennen.

De lijn van het beleidvormingsmodel uit hoofdstuk II doortrekkend, zullen deze participanten worden verdeeld in groepen die worden verondersteld een rol te spelen bij de voorbereiding en vaststelling van het algemeen beleid en die van belang zijn voor de uit-

werking en uitvoering van dit beleid. Laatstgenoemden zullen, zoals in de vorige paragraaf ook reeds is gebeurd, onderscheiden worden in participanten betrokken bij de primaire dan wel de ondersteunende taak. De relaties tussen ziekenhuis en participanten in de omgeving spelen zich af in de bredere maatschappelijke context. De aldaar vigerende ontwikkelingen (cultureel, technisch, demografisch etc.) beïnvloeden het gehele systeem.

In het onderstaande volgt een korte bespreking van de in figuur 4 vermelde instellingen, groepen en personen.

Beleidsorganen en beleidsadviesorganen

Hieronder worden verstaan:

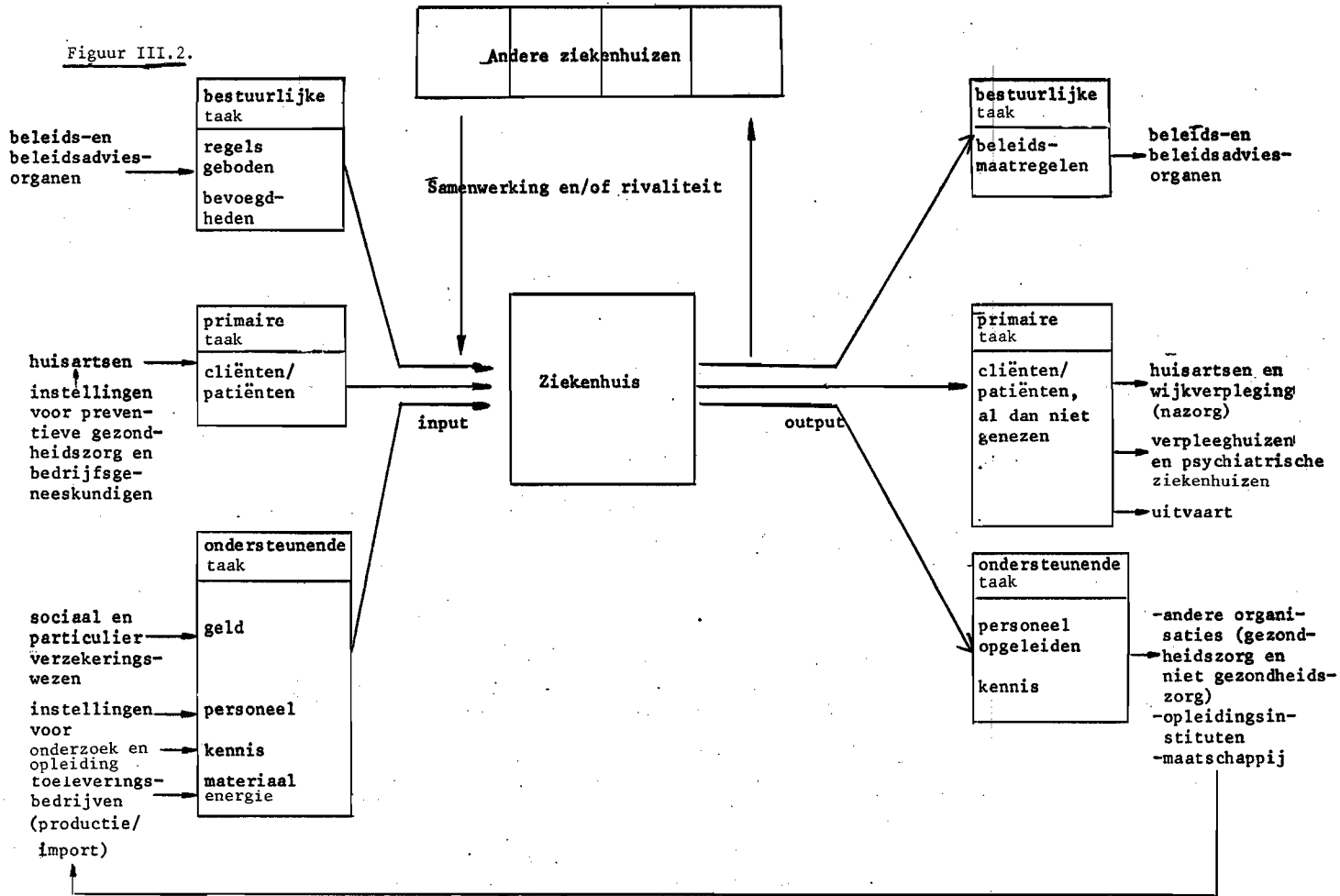
- organen in de overheidssfeer, zoals de Rijks-, Provinciale en Gemeentelijke overheid, en hun adviesorganen zoals bijvoorbeeld de Provinciale Raden voor de Volksgezondheid, het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ), en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen (CvZ);
- organen in de particuliere sfeer, zoals beroepsorganisaties, kruisverenigingen, de Nationale ZiekenhuisRaad etc.

In paragraaf 3.3.1. is reeds verschillende malen gewezen op de steeds belangrijker rol van de overheid en haar adviesorganen als participanten bij de beleidsvorming in het ziekenhuis. Daarbij zijn tevens de consequenties hiervan in de vorm van concrete maatregelen en voorschriften, die bij genoemde beleidsvorming als "constraints" zijn gaan functioneren, ter sprake gebracht. Voorts dient gewezen te worden op de tamelijk actieve rol van vooral de medische beroepsverenigingen bij de totstandkoming van een regeling omtrent de toelating van specialisten in het ziekenhuis.

Huisartsen en instellingen voor preventieve gezondheidszorg en bedrijfsgeneeskunde

Waarschijnlijk zullen de huisartsen en instellingen voor preventieve gezondheidszorg en bedrijfsgeneeskunde in directe zin geen rol van betekenis spelen bij de beleidsvorming in het ziekenhuis. Indirect zijn zij wel van groot belang. Zij, met name de huisartsen, zorgen er immers via het systeem van verwijzing naar de specialisten voor dat het ziekenhuis wordt voorzien van cliënten

Figuur III.2.



(patiënten), zodat de organisatie economische draaiende gehouden kan worden.

Het sociaal en particulier verzekeringswezen

Met betrekking tot de ontwikkelingen in de sector van sociale zekerheid is reeds opgemerkt dat er een uitgebreid stelsel van sociale voorzieningen is ontstaan, waardoor de gezondheidszorg voor een ieder toegankelijk is geworden. Voor de ziekenhuizen betekende dit onder meer een toename van de patiëntenstroom, terwijl zij de organisaties uit de sector sociale zekerheid (ziekenfondsen en particuliere verzekeraars) tevens ontmoeten als mede-onderhandelaars bij het vaststellen van de tarieven.

Instellingen voor opleiding

Van een directe rol van de instellingen voor opleiding als participant bij de beleidsvorming in het ziekenhuis kan over het algemeen niet of nauwelijks gesproken worden. In indirecte zin is er vermoedelijk echter wel sprake van een zekere invloed van deze instellingen.

Het ziekenhuis is immers afhankelijk van de kwaliteit van de "opgeleiden" die deze instellingen afgeven.

Voorts zullen met name de medische faculteiten van belang zijn, aangezien zij een belangrijke rol spelen bij de scholing en (attitude)vorming van de zeer belangrijke participanten bij de vorming van het algemeen beleid, die de specialisten vermoedelijk zijn.

Instellingen voor onderzoek

Ook de instellingen voor onderzoek zijn voornamelijk indirect een belangrijke participant: zo hebben de resultaten van onderzoek, verricht in genoemde instituten, zoals bijvoorbeeld medische faculteiten, technische hogescholen en commerciële research laboratoria, een bijdrage geleverd tot de ontwikkeling van de medische technologie, hetgeen mede heeft geleid tot een verschuiving in de oc-noc-structuur van het ziekenhuis, in casu van verzorging en verpleging naar medische behandeling en verpleging via moderne technieken en met behulp van ingewikkelde hoogwaardige apparatuur. Ook nu nog is van een dergelijke invloed sprake, in die zin dat de onderzoeksresultaten van genoemde instellingen

nog steeds (mede) zorgen voor verschuiving in en uitbreiding van ziekenhuisfuncties, met name in de richting van een verdergaande medische specialisatie. Voorts voldoen deze instellingen aan de vraag naar ziekenhuispersoneel met een steeds hoger gekwalificeerde opleiding.

Toeleveringsbedrijven

Ook van een directe participatie van toeleveringsbedrijven in de beleidsvorming van het ziekenhuis zal over het algemeen geen sprake zijn. Zij zijn uiteraard wel van belang voor de voorziening van energie en alle mogelijke materialen, van verfijnde medische apparatuur tot de meest eenvoudige gebruiksgoederen.

Instellingen, groepen en personen in de eerstelijns en tweedelijns gezondheidszorg

Voor de nazorg en doorstroming van patiënten zijn de instellingen, groepen en personen uit de eerstelijns en tweedelijns gezondheidszorg voor het ziekenhuis van belang. Tot nu toe was er evenwel nauwelijks sprake van directe participatie van deze instellingen, groepen en personen bij de beleidsvorming in het ziekenhuis. In het kader van ontwikkelingen als regionalisering, hetgeen onder meer betekent afstemming van voorzieningen voor gezondheidszorg binnen een bepaalde regio, komt hierin momenteel een duidelijke verandering: door de toenemende schaarste worden de ziekenhuizen steeds meer gedwongen tot afstemming van hun doelcomponenten. Vooral het overleg tussen de ziekenhuizen onderling is nu duidelijk op gang gekomen, gezien de oprichting overal in den lande van regionale overlegorganen, waaraan vertegenwoordigers - met name afgevaardigden van besturen, directies en medische staven - uit de ziekenhuizen in een bepaalde regio deelnemen. Dit overleg spitst zich toe op bepaalde samenwerkingsvormen, bijvoorbeeld een gezamenlijke apotheek of verpleegkundige opleiding, op de beddenverdeling en de verdeling van het takenpakket, met name met betrekking tot de deelspecialismen en kostbare apparatuur.

5. Knelpunten bij de vorming van het algemeen beleid in het ziekenhuis
Alvorens nader in te gaan op de knelpunten die zich in het ziekenhuis voordoen bij de verandering van de oc-noc-structuur op het

niveau van de organisatie, meen ik er goed aan te doen nog eens te herhalen hoe het begrip knelpunt in deze studie wordt opgevat.

Er is sprake van een knelpunt indien een situatie niet is, zoals zij volgens op grond van een theoretisch model geformuleerde veronderstellingen zou behoren te zijn. De vraag wat als knelpunt beschouwd kan worden is in deze conceptie dus afhankelijk van het theoretisch model dat wordt gehanteerd. In het licht van het hier gehanteerde model is dit voor het ziekenhuis als volgt te vertalen.

Er is sprake van een knelpunt indien in het ziekenhuis niet die aanpassingen hebben plaatsgevonden, die de veranderingen in complexiteit van de omgeving van het ziekenhuis, van het ziekenhuis zelf en van de besluitvorming ten aanzien van het algemeen beleid, vereisen. Op grond van het in hoofdstuk II (par. 5) gestelde kan gezegd worden dat deze aanpassingen dienen te bestaan uit de verbetering van de kwaliteit van de beslissers, de gehanteerde procedures en de informatie.

In de voorgaande beschouwing over de veranderingen in complexiteit die zich in het ziekenhuis in (vooral de tweede helft van) de 20e eeuw hebben voorgedaan en voorts in de bespreking van de participanten aan de beleidsvorming in het hedendaagse ziekenhuis, zijn reeds die momenten aangegeven, waarop bedoelde aanpassingen in onvoldoende mate hebben plaatsgevonden.

In het onderstaande volgt hiervan een samenvatting.

5.1. De kwaliteit van de beslissers

In het vorige hoofdstuk is reeds aangegeven dat het hier gaat om de structuur van de besluitvormende organen en bepaalde kwaliteiten van de individuele beslissers.

Uit onderstaande beschouwing over de structuur van de kerngroep en de personeelsformatie kan afgeleid worden dat juist op het punt van de kwaliteit van de beslissers weinig of minstens een vertraagde aanpassing aan de snelle veranderingen in complexiteit heeft plaatsgevonden.

De structuur van de kerngroep

De huidige ziekenhuisbesturen dragen meestal de volledige verantwoordelijkheid voor een beleid dat wegens de toegenomen complexiteit zoveel aspecten bevat dat zij het, wegens de relatief beperkte tijd, die zij aan het ziekenhuis kunnen besteden en hun gebrek aan speci-

fieke kennis over het organisatiegebeuren, niet meer in zijn geheel kunnen overzien. Zij delegeren de voorbereiding derhalve aan hun directie, een orgaan dat echter niet de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor het beleid draagt. De structuur van deze directie is over het algemeen in onvoldoende mate aangepast aan de eisen die de beleidsvorming in een complexe organisatie stelt: immers, de directie is nog zeer dikwijls samengesteld als "vertegenwoordiging van belangengroeperingen", in casu medisch, verpleegkundig, economisch/administratief, in plaats van bijvoorbeeld op basis van een verdeling naar aandachtsgebieden, waarbij een aandachtsgebied die activiteiten of afdelingen dient te omvatten die sterk van elkaar afhankelijk zijn (dat wil zeggen met een grote mate van vervlechting). In deze situatie zal er weinig ruimte zijn voor de coördinatiefunctie, ofwel de afstemming van de doelcomponenten van participanten (binnen en buiten de organisatie). Bovendien vormt de opleiding van deze directiefunctionarissen onvoldoende waarborg voor het herkennen van de noodzaak van de coördinatiefunctie voor het adequaat vervullen van deze functie. De derde participant in de kerngroep, en wel de groep medisch specialisten, bestaat uit functionarissen, die qua opleiding ook niet voorbereid zijn op een taak in het kader van de beleidsvorming in het ziekenhuis. Bovendien zullen zij weinig interesse hebben in de problemen die zich op organisatorisch vlak in het ziekenhuis voordoen, zolang maar de condities aanwezig zijn, die zij nodig achten voor de vervulling van hun medische taak. Desondanks kan deze groep als een invloedrijke participant bij de beleidsvorming worden beschouwd: zij bezitten een duidelijke machtspositie, onder meer omdat zij voor de organisatieleden een bron van onzekerheden vormen.

De personeelsformatie

Functionarissen die nodig zijn om de in een situatie van toegenomen complexiteit voorkomende problemen op te lossen - ik denk hier met name aan staffunctionarissen ten behoeve van de informatieverzameling en informatie-analyse, conflictreductie en advisering aan de directie - ontbreken of zijn nog in onvoldoende mate aanwezig in het hedendaagse ziekenhuis.

Tevens is het de vraag of de hoofden van dienst, gezien hun achtergrond zoals die in par. 4.1.2. is geschetst, in voldoende mate zijn

toegerust voor de vervulling van hun taak, die immers ten gevolge van de toegenomen complexiteit een grotere verscheidenheid van aspecten bevat.

5.2. De kwaliteit van de gehanteerde procedures

Besluitvorming in een complexe situatie vereist, zo is op basis van het theoretische model gesteld, de ontwikkeling en hantering van voorspellingsmethoden en evaluatiemethoden, van systematische data-verzameling, van een goede communicatiestructuur, van procedures en regels voor het nemen van besluiten en dergelijke meer. De aandacht hiervoor is in de ziekenhuiswereld pas recentelijk ontstaan. Het ontbreken of de schaarse aanwezigheid van voldoende en bekwame (staf)functionarissen zal zich hier doen gelden: hierdoor is er geen of weinig tijd en deskundigheid aanwezig voor het ontwikkelen van bovengenoemde procedures en methodieken.

5.3. De kwaliteit van de informatie

Aangezien functionarissen ten behoeve van de informatievoorziening in het ziekenhuis in onvoldoende mate aanwezig zijn en de procedures en methoden hiervoor ook nog niet voldoende ontwikkeld zijn, zal de kwaliteit van de informatie ten behoeve van de beleidsvorming in het ziekenhuis een knelpunt zijn. Tevens is de communicatiestructuur nog nauwelijks aangepast aan het type coördinatie, in casu coördinatie door wederzijdse aanpassing, die in de ziekenhuisorganisatie vereist is. Immers, hiervoor is een flexibele en open communicatiestructuur nodig (Thompson, 1967). Pas zeer recentelijk zijn een aantal ontwikkelingen op gang gekomen, die kunnen leiden tot een meer open communicatie tussen artsen, ziekenhuispersoneel en patiënten.

5.4. Zijn de knelpunten ook problemen?

Met de opsomming van de knelpunten die uitgaande van het theoretisch kader zijn geformuleerd, is nog niet aangegeven in hoeverre deze knelpunten ook als problemen worden ervaren door de participanten in de ziekenhuiswereld.

Door het verrichten van een veldonderzoek is getracht op deze vraag een antwoord te vinden. In de volgende twee hoofdstukken wordt hierop nader ingegaan.

Noten

1. Opmerkelijk is overigens dat de ziekenhuiswereld geen grote "organisatiedenkens" (een Fayol, een Simon) heeft opgeleverd. Degenen die belangrijke bijdragen hebben geleverd aan de ontwikkeling van de organisatietheorie, zijn eerder afkomstig uit het leger, de overheid en de industrie. Dit is des te opmerkelijker, wanneer we beseffen dat de ziekenhuisorganisatie ouder is dan vele industriële bedrijven.

2. Het instituut van de proveniers (praebendiërs ofwel kostgangers) hield het volgende in: het was toegestaan om zich in het gasthuis in te kopen. Men kreeg dan toegang en verzorging in ruil voor een som geld of een andere gift. Men werd ook als provenier beschouwd wanneer men was toegelaten op voorwaarde bepaalde werkzaamheden voor het gasthuis te verrichten. De proveniers waren in een aparte afdeling ondergebracht. In totaal kende het gasthuis drie afdelingen: het passantenhuis, waar de vreemdelingen op doorreis de nacht konden doorbrengen; de afdeling voor de zieken en armen en de afdeling voor de proveniers (Querido, 1967).

3. De chirurgijns waren practici, aldus Querido (1967), de mannen van het mes, die zich hadden geëmancipeerd uit die gilden, waar met vlijmscherpe gereedschappen werk gewerkt: de barbiers en de klompenmakers. Zij waren oorspronkelijk de aderlaters. Langzamerhand gingen zij ook andere operaties verrichten, tot dat uiteindelijk bijna alle operaties aan hen werden toevertrouwd. De doctoren waren academisch gevormd. Het waren theoretici, die zich hadden gespecialiseerd in inwendige ziekten. Zij werkten met poeders, drankjes, pillen, dieet, leefregel en bad.

4. Beschouwingen over leven en werk van Florence Nightingale zijn onder meer te vinden bij Freidson (1973) en Querido (1967). Freidson (1973) heeft zich hierbij gebaseerd op de volgende literatuur:
Cecil Woodham-Smith, Florence Nightingale, New York, 1951.
Brian Abel-Smith, A history of Nursing Profession, Londen, 1960 .

5. Bronnen van de in deze paragraaf gebruikte statistische gegevens:
 1. Kosten gezondheidszorg tussen 1963 en 1972 gestegen met ongeveer 450%, in: Medisch Contact, no. 30, 1975.
 2. Statistisch Zakboek 1979. Centraal Bureau voor de Statistiek. 's-Gravenhage, 1979.
 3. Financieel overzicht van de gezondheidszorg. Uitgave van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, september 1979.

6. Medical audit of intercollegiale toetsing is een methode om de kwaliteit van het eigen medisch handelen en dat van collega's te toetsen en te verbeteren. Alleen de medisch specialisten zelf nemen hieraan deel. Zij toetsen en evalueren vooral door middel van specifieke experimenten, projecten, onderzoeken, die in de kring van collega's besproken worden. Een medische staf die de medical audit samen aanpakt, stelt een medical audit commissie in, die de toetsing organiseert, begeleidt, bewaakt en evalueert.

7. In termen van Hutte (1956, 1960) zou men ook kunnen zeggen, dat het subjectief taakveld van de participanten onoverzichtelijk is geworden.

8. Het in werking treden van de gewijzigde Wet ziekenhuisvoorzieningen, betekent een toename van overheidsmaatregelen, regels en voorschriften ten aanzien van de intramurale gezondheidszorg. Zo geeft deze wet aan de overheid de bevoegdheid tot planning van de intramurale voorzieningen voor gezondheidszorg. Kort gezegd houdt dit het volgende in:

De minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne stelt, gehoord het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, richtlijnen vast die bij het ontwerpen van de plannen in acht moeten worden genomen. Deze richtlijnen hebben onder meer betrekking op behoefte-criteria, samenhang, functie-omschrijvingen en gebiedsindelingen.

Het ontwerpen van de plannen wordt, onder aanwijzingen van de minister, aan de provinciale besturen opgedragen.

Voorts worden in de wet uitgebreide en gedetailleerde voorschriften en regels gegeven, waaraan de ziekenhuizen gebonden zijn bij nieuwbouw en verbouw.

Daarnaast krijgt de overheid een belangrijke inbreng bij de beslissing

over sluiting van ziekenhuisvoorzieningen en bij de financiering van gevolgen daarvan.

9. De verbijzondering naar verpleegkundige verrichtingen wordt ook wel functionele verpleging genoemd: het verpleegkundig werk wordt opgedeeld in kleine onderdelen, waardoor steeds dezelfde handelingen (bijvoorbeeld medicijnen uitdelen, prikken, verbinden) bij een groot aantal patiënten worden verricht door één verpleegkundige. Het werk is dus taakgericht en niet patiëntgericht (Langendijk, 1975).
10. De 4% norm van de overheid stelt dat er op elke 1000 inwoners niet meer dan 4 ziekenhuisbedden mogen zijn. Men spreekt altijd van 4% norm, maar eigenlijk is de norm 3,85%.
11. Volgens gegevens van de Nationale Ziekenhuis Raad (NZR) zijn van de bij deze organisatie aangesloten ziekenhuizen 80% een Stichting en 20% een Vereniging (Van Wijmen, 1975). Een nadere uitzetting over deze twee rechtsvormen is te vinden bij Van Wijmen (1975). In het kort komt het hierop neer, dat de Stichting een monistische structuur kent (zij heeft geen leden; het bestuur is het belangrijkste en wettelijk enige orgaan van de Stichting), terwijl de Vereniging democratisch is opgezet (er is een bestuur en een ledenvergadering, aan wie het bestuur verantwoording is verschuldigd). Gitmans en Van Wersch (1976) kwamen evenwel op basis van onderzoeksgegevens tot de conclusie dat de Vereniging als rechtsvorm voor het algemene ziekenhuis juridisch wel, maar in de praktijk meestal niet meer functioneert: de algemene ledenvergaderingen worden door vrijwel niemand bezocht, het lidmaatschap lijkt te zijn gereduceerd tot het betalen van een minimale jaarlijkse contributie. Opgemerkt zij nog dat een klein aantal ziekenhuizen buiten de twee bovengenoemde rechtsvormen vallen. In dit verband kan men bijvoorbeeld denken aan Congregatie- en Gemeenteziekenhuizen.
12. Uit een onderzoek van het bureau Twijnstra en Gudde bleek bijvoorbeeld dat de bestuursgrootte in de Twentse ziekenhuizen varieerde van 5 tot 22 leden. Daarbij bleek er geen verband te bestaan tussen grootte van het

ziekenhuis (in aantal bedden) en omvang van het bestuur (Verlinden en Willemsen, 1972).

13. Gitmans en Van Wersch (1976) merkten op grond van hun onderzoeksgegevens uit zestien ziekenhuizen op, dat er statutair niets vastgelegd lijkt te zijn over de invloed van de werkers in het ziekenhuis op de bestuurssamenstelling. Evenwel is er in de praktijk in verschillende ziekenhuizen toch sprake van een zekere invloed op de bestuursamenstelling van de kant van directie, medische staf en ondernemingsraad.
14. Festen (1975) geeft een beknopt overzicht van de ideeën die op dit gebied leven. Hij noemt daarin bijvoorbeeld een bestuur dat bestaat uit vertegenwoordigers, die gekozen worden door middel van getrapte verkiezingen door de burgers, naast vertegenwoordigers van elk echelon, een vertegenwoordiger van het ziekenfonds en een communicatiedeskundige (Thiadens). Bergsma (1971) noemt als mogelijkheid een bestuur dat is samengesteld uit vertegenwoordigers van de sectoren politiek, kerk en/of levensbeschouwing, gezondheidszorg en arbeidsorganisaties. Ook Gitmans en Van Wersch (1976) geven een aantal suggesties betreffende de werving van de bestuursleden. Deze suggesties impliceren de wenselijkheid van de invloed van ziekenhuismedewerkers en potentiële patiënten op de benoeming van bestuursleden.
15. In twee van de drie ziekenhuizen, waar ik een case-study heb verricht (zie hoofdstuk V) was een organisatiekundige aanwezig. Dezen hielden zich ook met beleidsvoorbereidend werk bezig. Zo was bijvoorbeeld de organisatiekundige in één van de ziekenhuizen betrokken bij de opstelling van de medische plannen.
16. In de ziekenhuizen die bij de case-study (zie hoofdstuk V) waren betrokken, waren dit bijvoorbeeld de klinisch-chemicus, de bacterioloog en de pastor.
17. De Statuscommissie (1965) stelt in haar prae-advies over de organisatorische positie van de medisch specialist in het Nederlandse algemene ziekenhuis dat de arts in het ziekenhuis drie rollen be-

kleedt, namelijk:

- de rol van behandelend geneesheer,
- de rol van de "afdelingsgeneesheer",
- de rol van de specialist inzake de belangenbehartiging.

18. Men kan in dit verband bijvoorbeeld denken aan:

- het zich houden aan gemaakte afspraken en regels (op tijd komen, een zekere hoeveelheid werk leveren van een zekere kwaliteit, samenwerken met andere organisatieleden en dergelijke meer);
- de bereidheid het eigen werk en handelen aan controle en evaluatie te onderwerpen;
- geen dingen doen die het functioneren van de organisatie belemmeren of die de organisatie op andere wijze schade toebrengen.

19. De ziekenhuizen verwerven hun inkomsten op basis van de prijs die zij de patiënten per verpleegdag rekenen. Deze prijzen dienen zij jaarlijks (althans wanneer zij overgaan tot prijsverhoging en dit vindt meestal jaarlijks plaats) ter goedkeuring aan het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven voor te leggen en te beargumenteren. Dit geldt ook voor iedere wijziging die zij in de tarieven willen aanbrengen.

IV DE OPZET VAN HET VELDONDERZOEK

1. Inleiding

Na de theoretische beschouwingen en de toespitsing ervan op de ziekenhuisorganisatie, die in de voorgaande twee hoofdstukken aan de orde zijn geweest, zal in dit en het volgende hoofdstuk nader worden ingegaan op het veldonderzoek. In hoofdstuk I is reeds vermeld dat het veldonderzoek is verricht om na te gaan in hoeverre het model functioneert als waarnemingskader en analytisch kader en voorts als normatief model. Dit betekent dat nagegaan dient te worden of het model

- de mogelijkheid biedt tot vertaling van de theoretische noties in een vraagstelling voor empirisch onderzoek én of het tevens als uitgangspunt kan dienen bij de keuze van methoden en technieken van empirisch onderzoek met behulp waarvan een beschrijving van de praktijksituatie gegeven kan worden.

Kort samengevat: nagegaan dient te worden of het model kan leiden tot praxiologische uitspraken (Grochla, 1972; Kubicek, 1975) (in casu, het model als waarnemingskader)

Indien een antwoord op deze vragen is gevonden, kan tevens een uitspraak worden gedaan over de vraag in hoeverre een moeilijk grijpbare materie als beleid en beleidsvorming onderzoekbaar is.

- gebruikt kan worden bij de analyse van onderzoeksgegevens (in casu, het model als analytisch kader)

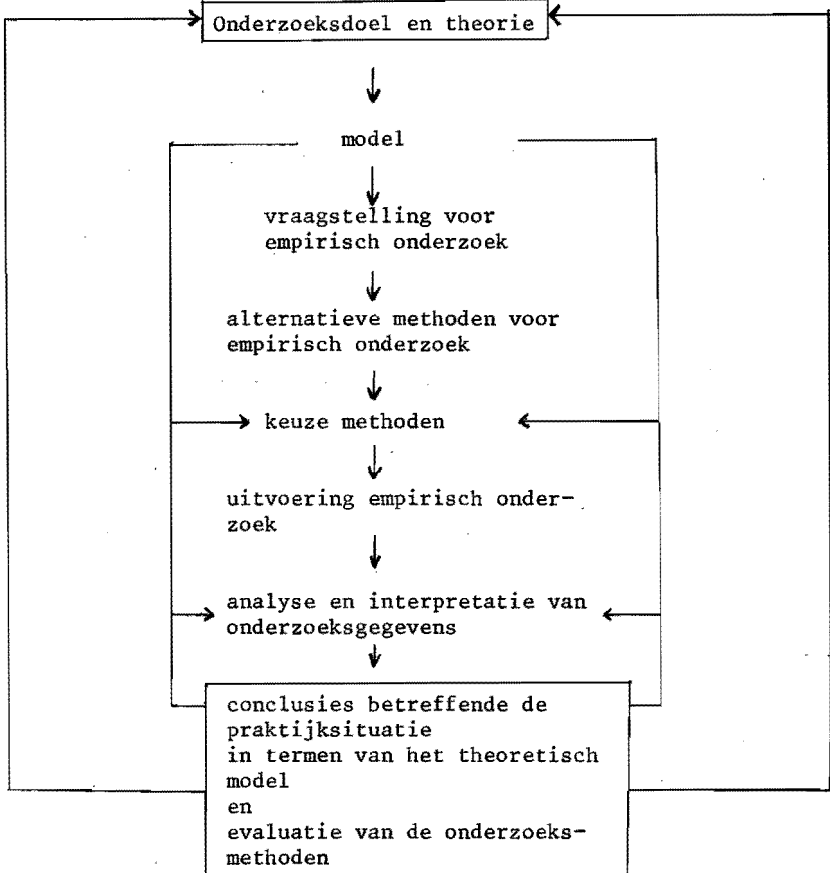
- geschikt is voor het opsporen van knelpunten en problemen en het aangeven van oplossingen daarvoor (in casu, het model als normatief kader).

Niet ondenkbaar is overigens, dat de onderzoeksresultaten zullen leiden tot bijstelling van het model.

In feite gaat het hier dus om een cyclisch proces: het operationaliseren van onderzoeksdoel en theoretische noties in een vraagstelling voor empirisch onderzoek, methoden en technieken van onderzoek en analyse, gevolgd door een terugkoppeling van onderzoeksresultaten naar onderzoeksdoel en theorie.

In principe kan dit proces zich eindeloos herhalen.

In figuur IV.1. heb ik dit proces in beeld gebracht.



Figuur IV.1. Een reconstructie van het onderzoeksproces

Voor de opzet van het veldonderzoek dient dus in de eerste plaats de onderzoeksdoelstelling vanuit de gehanteerde theoretische optiek vertaald te worden in een meer concrete vraagstelling. Hierop wordt nader ingegaan in paragraaf 2.

Een volgende stap in de operationalisering van het onderzoek is, zoals reeds in het eerste hoofdstuk is vermeld, het doen van een aantal methodologische keuzen. In paragraaf 3 wordt hier uitvoerig op ingegaan.

Na afronding van deze paragraaf zijn wij zover dat wij - in het volgende hoofdstuk - kunnen overgaan tot de vermelding van de onderzoeksgegevens.

Het laatste hoofdstuk zal gewijd worden aan de terugkoppeling van onderzoeksresultaten naar onderzoeksdoel en theorie.

2. De onderzoeksvraagstelling.

Door de formulering van een concrete onderzoeksvraagstelling wordt het gebied waarover gegevens verzameld gaan worden nader afgebakend. Voor de formulering van de onderzoeksvragen gaan wij terug naar het beleidsmodel dat in de hoofdstukken II en III is ontwikkeld.

In dit model zijn drie elementen onderscheiden aan de beleidsvorming, ofwel de verandering van de structuur van operationele en niet-operationele doelcomponenten (oc-noc-structuur) op het niveau van de organisatie, door de tijd heen en wel de volgende:

- processen, die gekarakteriseerd zijn als die besluitvormingsprocessen, waardoor de verandering van de oc-noc-structuur tot stand komt.

Onder deze processen wordt met name verstaan: beleidsvoorbereiding, beleidsvaststelling, bepaling beheer en ontwikkeling en uitvoering.

- de inputs en outputs van deze processen. In genoemde inputs en outputs wordt de oc-noc-structuur zichtbaar en herkenbaar. Hieronder is in concreto te verstaan: voorstellen, beleidsplan, plannen voor beheer en ontwikkeling en resultaten.
- de participanten die aan de processen deelnemen en daardoor de inhoud van de oc-noc-structuur beïnvloeden.

Het ligt voor de hand dat de concrete onderzoeksvraagstelling zich op deze drie elementen zal richten.

Meer in concreto wordt de vraagstelling geconcentreerd rond:

- het thema van de inhoud van het algemeen beleid van het ziekenhuis, waarbij het erom gaat de meest saillante kenmerken daarvan op te sporen.
- het thema van de beleidsvorming, waarbij het erom gaat de activiteiten op te sporen, die ten behoeve van de vorming van het algemeen beleid in het ziekenhuis plaatsvinden.
- het thema van de participanten, aan de vorming van het algemeen beleid in het ziekenhuis, waarbij het gaat om de vraag welke participanten een belangrijke invloed op die beleidsvorming uitoefenen.

In dit verband dient nog het volgende opgemerkt te worden. Omdat het ziekenhuis in deze studie wordt opgevat als een open systeem,

zal niet alleen gekeken worden naar de invloeden van binnen de organisatie, maar ook naar de invloeden van buiten de organisatie. Voor de vertaling van de drie bovengenoemde thema's in onderzoeksactiviteiten dienen, zoals reeds is opgemerkt, een aantal methodologische keuzen gemaakt te worden, die in het onderstaande nader besproken zullen worden.

3. Methodologische keuzen

3.1. Het type onderzoek en het onderzoeksobject

In de onderzoeksdoelstelling wordt gesproken van inzicht verwerven in beleid en beleidsvorming in het Nederlandse algemene ziekenhuis. Indien men op deze manier naar beleid wil gaan kijken, is het een onontkoombare eis, dat het onderzoeksmateriaal zo wordt geordend, dat de eenheid van het onderzoeksobject "het Nederlandse algemene ziekenhuis" wordt behouden.

Het komt mij voor dat in dit geval de case-study zeer geschikt is, aangezien bij dit type onderzoek elke sociale eenheid in zijn totaliteit wordt beschouwd.

Dit is een groot voordeel, juist wanneer men bedrijfskundig onderzoek verricht. Daarbij dienen immers vele aspecten in hun samenhang bekeken te worden. Dit is even zeer een voordeel, indien men beleidsonderzoek verricht, want bij de beleidsvorming spelen immers, zoals op grond van het gestelde in hoofdstuk II kan worden aangenomen, een groot aantal aspecten in hun onderlinge samenhang een rol.

Bovendien kan men, bij het verrichten van een case-study, voor de ordering van het onderzoeksmateriaal gebruik maken van alle methoden die ook bij andersoortige ordeningen van het materiaal benut worden (Goode en Hatt, 1956). Voorts kan opgemerkt worden dat case-studies reeds vanaf het begin van het organisatie-onderzoek een bijdrage hebben geleverd aan de verificatie van theoretische concepten (Büschges, 1977). Vele reeds klassiek geworden onderzoeken kunnen als case-studies gekarakteriseerd worden, zoals bijvoorbeeld de Hawthorne-experimenten van Roethlisberger en Dickson (1940), het onderzoek Streetcorner-society door Whyte (1955) en het onderzoek naar de informele structuur van het management in enkele bedrijven door Dalton (1959).

Als een belangrijk nadeel van de case-study kan evenwel genoemd worden de geringe generaliseerbaarheid van de verkregen resultaten (Büschges, 1977). Aangezien in de doelstelling van dit onderzoek gesproken wordt van "het" Nederlandse ziekenhuis, dient toch een zekere mate van generaliseerbaarheid gewaarborgd te worden.

Bovengestelde argumenten overwegende is gekozen voor een case-study betreffende het algemeen beleid en de vorming daarvan in drie Nederlandse ziekenhuizen (in het vervolg de ziekenhuizen A, B en C genoemd), gevolgd door interviews met de directieleden van een groter aantal ziekenhuizen. Hiertoe is gekozen voor een aselecte steekproef van 30 uit alle (bijna 170) algemene ziekenhuizen in Nederland (1), aangezien de mate waarin de gegevens uit deze steekproef naar de totale populatie kunnen worden gegeneraliseerd, redelijk geacht kan worden (2).

Voorts wil ik er op wijzen dat bij de vergelijking van de onderzoeksresultaten van de case-study met die van de interviews in de dertig ziekenhuizen de nodige voorzichtigheid betracht dient te worden, gezien de verschillende methoden en populaties die hierbij betrokken waren. In paragraaf 3.2.2.2. kom ik hier nader op terug.

De argumenten die een rol speelden bij de keuze van de drie bewuste ziekenhuizen die bij de case-study zijn betrokken, waren van drieërlei aard. Zij waren gerelateerd aan:

1. De reden waarom de betreffende ziekenhuizen zijn benaderd.

Het verzoek om het onderzoek te mogen uitvoeren werd gericht aan ziekenhuizen waarmee reeds in het kader van andere onderzoeken (3) contacten bestonden. Met een dergelijke aanpak kon het onderzoek verricht worden in ziekenhuizen, waarin men niet geheel vreemd aankeek tegen bedrijfskundig of sociaal onderzoek. Juist bij een onderzoek op een toch vaak als gevoelig ervaren terrein van beleid en beleidsvorming leek het mij een voordeel dat degenen op wie het onderzoek was gericht in zekere mate waren gewend aan bedrijfskundig of sociaal onderzoek.

2. De bereidheid van de ziekenhuizen mee te doen aan het onderzoek. In totaal is met zes ziekenhuizen contact gelegd. Drie van hen waren niet bereid met het onderzoek mee te doen, waarbij voorna-

melijk als argument werd aangevoerd dat het onderzoek op dat tijdstip ongelegen kwam, wegens specifieke beleidsproblemen, die op dat moment speelden, met name fusie. Dit zou wel kunnen betekenen dat ziekenhuizen waar op dat moment gecompliceerde beleidsproblemen speelden, buiten het onderzoek zijn gebleven.

3. Factoren als grootte, omgeving, bestuursstructuur.

Ten behoeve van de generaliseerbaarheid is in deze factoren enige variatie aangebracht (4). Op deze wijze zouden eventuele conclusies niet alleen behoeven te gelden voor een bepaald type ziekenhuis, bijvoorbeeld een ziekenhuis van een bepaalde grootte, in een bepaalde omgeving en met een bepaalde bestuursstructuur.

Tenslotte nog een opmerking over de groepen binnen het ziekenhuis, die bij het onderzoek zijn betrokken.

In hoofdstuk II is reeds opgemerkt dat het onderzoek gericht zou worden op degenen die zich het meest bezighouden met de vorming van het algemeen beleid, de zogenaamde "kerngroep" (Kieser en Kubicek, 1977) (5). Uitgaande van de in hoofdstuk III naar voren gebrachte veronderstelling, dat in het ziekenhuis de organisatietop (bestuur en directie) en de medische staf tot de "kerngroep" behoren, spreekt het vanzelf dat in elk geval deze instanties bij het onderzoek betrokken worden. Op de vraag in hoeverre hoofden (diensthoofden, afdelingshoofden, verpleeghoofden) en ondernemingsraad tot genoemde kerngroep behoren, is vooralsnog geen duidelijk antwoord te geven. Om hieromtrent meer duidelijkheid te verkrijgen is besloten om ook deze groepen bij het onderzoek te betrekken.

3.2. De methoden en technieken van onderzoek

Uit de onderzoeksvraagstelling is af te leiden dat het onderzoek gericht zal zijn op het verzamelen van gegevens over:

- de inhoud van de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie
- de wijze waarop deze oc-noc-structuur verandert.
- de invloed die de participanten uitoefenen op de verandering van genoemde oc-noc-structuur.

Op grond van het in hoofdstuk II gestelde mag aangenomen worden dat deze drie thema's onderling samenhangen. Zo is er in dat hoofdstuk reeds op gewezen dat de inhoud van de oc-noc-structuur iets zegt over de invloed van de participanten, dat wil zeggen dat de oc's en noc's van de meest invloedrijke participanten vermoedelijk do-

minant zullen zijn in die structuur. Zo kan ook verondersteld worden dat de activiteiten, die in het kader van de beleidsvorming verricht worden, mede bepalend zijn voor de invloed van die participanten: Gebruik van bijvoorbeeld technisch verfijnde methoden van data-verzameling zal degenen die deze technieken beheersen een zekere macht verlenen. Doorredenerend kan men zelfs stellen dat de participanten met de meeste invloed een zodanige planning van de activiteiten in het kader van de beleidsvorming (meta-beleid) zullen maken, dat zij zelf de meeste invloed zullen behouden.

Voor het verkrijgen van gegevens over de drie bovengenoemde thema's, zal de onderzoeker een keuze moeten doen uit de hem ter beschikking staande onderzoeksmethoden, waarbij hij meestal geconfronteerd wordt met een aantal beperkingen, die zijn keuze mede beïnvloeden. Pragmatisch gesteld kan men er vooralsnog van uitgaan dat in elk geval op snelle wijze enige grip op de zaak verkregen zou kunnen worden door de aandacht te richten op die plaatsen waar iets van de oc-noc-structuur en de verandering daarvan kenbaar wordt en vastgelegd is: in concrete beslissingen, discussiepunten, de communicatiestructuur, procedures en plannen, zoals dit alles in schriftelijke stukken is vastgelegd. Met betrekking tot deze schriftelijke stukken kan men, behalve aan beleidsplannen, beleidsnota's en jaarverslagen ook denken aan notulen van vergaderingen. Men komt in dat geval terecht bij de analyse van schriftelijke bronnen ofwel secundair materiaal, zoals de socioloog zegt.

3.2.1. De studie van schriftelijke bronnen

3.2.1.0. De politieke functie van documenten

Alvorens nader in te gaan op de voordelen en nadelen die de studie van schriftelijke bronnen in het algemeen met zich meebrengt en op de eisen waaraan een dergelijke studie moet voldoen, zou ik eerst het volgende willen opmerken.

Indien men notulen en beleidsstukken kiest als schriftelijke bronnen voor het verzamelen van gegevens over de oc-noc-structuur van een organisatie, dient men zich te realiseren dat de beweringen die in genoemde documenten worden gedaan, geen exacte weerspiegeling van de oc-noc-structuur en de verandering daarvan

zullen zijn, maar eerder als politieke documenten gezien dienen te worden. Deze documenten hebben een politieke functie, zowel binnen als buiten de organisatie.

Zo zou de politieke functie van een beleidsplan bijvoorbeeld kunnen liggen in de bedoeling van de opstellers ervan, daarmee druk uit te oefenen op externe instanties om financiële middelen te leveren voor het verwezenlijken van bepaalde plannen, zoals nieuwbouw. Zo kan een participant een bepaalde doelstelling of overtuiging uitspreken, die hij in feite niet zo sterk aanhangt, maar op grond waarvan hij andere participanten ertoe kan brengen een door hem gewenste keuze te doen. Pas in dit perspectief gezien krijgen de documenten betekenis. Dit maakt ze zeer geschikt als onderzoeksmateriaal.

Immers bij de theoretische beschouwingen in hoofdstuk II is reeds naar voren gebracht dat juist het politieke aspect - met andere woorden de belangen van de participanten, de invloed die zij uitoefenen op de besluitvorming, hun onderlinge relaties, de manipulaties en tactieken die zij hanteren - van groot belang is voor de wijze waarop de besluitvorming betreffende de verandering van de oc-noc-structuur verloopt.

3.2.1.1. Voordelen en nadelen van de studie van schriftelijke bronnen

a. Voordelen

De studie van schriftelijke bronnen kent de volgende voordelen:

- met behulp van een bronnenstudie worden die sociale verschijnselen toegankelijk die niet geschikt zijn voor onderzoek door middel van interviews, enquêtes of observatie omdat zij óf in het verleden hebben plaats gevonden óf een gebied betreffen waarop met andere methoden geen grip is te krijgen.
- de studie van schriftelijke bronnen is een onontbeerlijk instrument voor de voorbereiding van een onderzoek door middel van andere onderzoeksmethoden, zoals interviews en observatie. De gegevens die de bronnenstudie oplevert, dienen in dat geval te-zamen met het theoretisch model, als basis voor de te stellen vragen of de te hanteren observatiecriteria en de te kiezen observatie-objecten
- de gegevens van de schriftelijke bronnenstudie kunnen gebruikt worden als controle van interviewgegevens en observatiegegevens

- de studie van schriftelijke bronnen opent de mogelijkheid om historische veranderingen vast te stellen ten aanzien van sociale verschijnselen, zoals gedrag, waarden, normen en meningen.
- de studie van schriftelijke bronnen sluit beïnvloeding door de onderzoeker van de door hem onderzochte gebeurtenissen uit.

b. Nadelen

De studie van schriftelijke bronnen kent ook nadelen, waarvan als belangrijkste de volgende genoemd kunnen worden:

De te bestuderen documenten zijn niet vervaardigd ten behoeve van het onderzoek, maar om andere redenen. Dit leidt ertoe dat:

- zij niet altijd die gegevens bevatten die de onderzoeker in het kader van zijn onderzoeksdoel zou willen hebben. Zo is mij bijvoorbeeld gebleken dat notulen weinig informatie over tactische manoeuvres en manipulaties tijdens de besluitvorming bevatten.
- de inhoud varieert, afhankelijk van het doel waarvoor zij geschreven zijn en afhankelijk van degene(n) die ze geschreven heeft (hebben). Ter toelichting zij opgemerkt dat:
 - reeds gewezen is op de politieke functie van bepaalde documenten
 - de documenten, afhankelijk van het doel waarvoor ze geschreven zijn, zeer beknopt of juist zeer uitgebreid kunnen zijn. Vooral het eerste kan hinderlijk zijn voor de onderzoeker
 - de documenten een persoonlijke interpretatie kunnen bevatten van de schrijver(s) of degene(n) die tot het schrijven ervan opdracht heeft (hebben) gegeven.

De nadelen maken een aanvulling met gegevens, verkregen via andere onderzoeksmethoden, zoals het houden van interviews, noodzakelijk. Het houden van interviews heeft bovendien als voordeel dat de onderzoeker een persoonlijke, zij het subjectieve indruk krijgt van de sfeer in de organisatie.

Dit kan van nut zijn bij de interpretatie van de onderzoeksgegevens.

Er is overigens reeds op gewezen dat de studie van schriftelijke bronnen ook zeer geschikt is voor aanvulling met andere onderzoeksmethoden. De gegevens die een dergelijke studie oplevert kunnen immers de basis vormen voor te stellen interviewvragen of op te zetten observatiecriteria, terwijl zij tevens kunnen dienen als controle van de via de andere onderzoeksmethoden verkregen gegevens.

In het kader van dit onderzoek is gekozen voor een aanvulling met interviews. In paragraaf 3.2.2 kom ik hier nader op terug.

Eerst zal ingegaan worden op een aantal keuzen die in het kader van de bronnenstudie moesten worden gemaakt.

3.2.1.2. Keuze van de te bestuderen groepen

In het voorgaande is dit reeds ter sprake geweest. Voor de duidelijkheid wordt er hier nog eens op gewezen dat de keuze gevallen is op documenten van degenen van wie wordt verondersteld dat zij behoren tot de kerngroep, in casu bestuur, directie en medische staf, en van degenen van wie nagegaan zal worden of zij wel of niet tot de kerngroep behoren, in casu ondernemingsraad, diensthoofden, afdelingshoofden en verpleeghoofden.

Door de keuze van de documenten die betrekking hebben op juist deze participanten wordt dan wel de opsporing van anderen die eventueel ook tot de kerngroep zouden behoren, bemoeilijkt. Het was mij evenwel niet mogelijk om alle documenten van alle groepen in de drie ziekenhuizen te bestuderen.

3.2.1.3. Keuze van de documenten

Voor de keuze van de te bestuderen documenten gaan we weer terug naar het theoretisch model dat in hoofdstuk II is ontwikkeld. Met dit model als waarnemingskader ligt de keuze van deze stukken voor de hand, namelijk:

1. Documenten waarin iets is vastgelegd over de processen. Hierbij kan men denken aan notulen van vergaderingen en stukken waarin gegevens zijn te vinden omtrent de communicatiestructuur, zoals vergaderschema's en organisatieschema's en eventuele procedures, zoals de begrotingsprocedures.
2. Documenten waarin iets is vastgelegd over de inputs en outputs van de processen, met name stukken waarin gegevens zijn te vinden over beleidsvoorstellen (conceptnota's), het beleidsplan voor de organisatie als geheel, plannen voor beheer en ontwikkeling (stukken over het beleid van een deel van de organisatie en financiële stukken) en de uitvoering (jaarverslagen).

Deze documenten zijn opgespoord door ernaar te vragen tijdens een aan het onderzoek voorafgaand ongestructureerd interview met de directieleden en/of bestuursleden. Ook naderhand is nog, op basis van de gegevens uit reeds bestudeerde documenten, een aantal documenten ter inzage gevraagd.

In bijlage I (tabel 1.1. en tabel 1.2.) is een overzicht opgenomen van alle bestudeerde documenten.

3.2.1.4. Keuze van de te bestuderen tijdsperiode

Om pragmatische redenen is gekozen voor de bestudering van documenten, die betrekking hebben op een tijdsperiode van twee jaar. Deze periode leek mij lang genoeg om eventuele veranderingen van de oc-noc-structuur, van besluitvormingsprocedures en participanten te kunnen signaleren en ook weer niet zo lang, dat ik bij de bestudering van deze stukken in tijdnood zou komen.

Deze keuze betekende overigens wel dat onderwerpen die reeds langer dan twee jaar speelden moeilijker te traceren waren. In de praktijk bleek dit evenwel weinig problemen op te leveren.

3.2.1.5. Keuze tussen het traceren van één onderwerp of de bestudering van alle onderwerpen uit de documenten

In het licht van het theoretisch model en de hiervan afgeleide vraagstelling is het wel haast vanzelfsprekend dat gekozen is voor het bestuderen van alle onderwerpen die in de documenten aan de orde kwamen. Het gaat immers om het opsporen van de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie in zo mogelijk al zijn facetten. Het bestuderen van alle onderwerpen biedt hiertoe uiteraard meer mogelijkheden dan het traceren van één onderwerp. In het laatste geval zal vermoedelijk slechts een klein deel van de oc-noc-structuur worden opgespoord, alhoewel men daarvan dan wel een diepgaander studie zou kunnen maken. Dit was door de keuze van de bestudering van alle onderwerpen weer minder goed mogelijk.

3.2.1.6. Keuze van de technieken van inhoudsanalyse

Men kan onderscheid maken tussen een tweetal technieken van inhoudsanalyse, namelijk kwalitatieve en kwantitatieve inhoudsanalyse. Beide technieken zijn tijdens het onderzoek toegepast. De kwantitatieve inhoudsanalyse levert uiteraard meer cijfermatige, 'harde' gegevens op, die geschikt zijn voor statistische bewerkingen. De kwalitatieve analyse leidt eerder tot kennis van inhoudelijke aspecten en samenhangen. In het onderstaande zullen beide typen inhoudsanalyse nader besproken worden.

a. Kwalitatieve inhoudsanalyse

Bij kwalitatieve inhoudsanalyse gaat het om een uitvoerige subjectieve analyse van documenten, die gegrond is op een rationele, in casu intersubjectief te controleren basis, waarbij de documenten op zich of geplaatst in hun historisch maatschappelijke context, worden bestudeerd.

Intersubjectief te controleren zijn de vaststelling van een aantal kenmerken van de documenten, zoals de onderstaande (Büschges, 1977), die in het kader van deze studie zijn gekozen:

- de doelstelling
- de totale thematiek
- de verschillende afzonderlijke thema's
- het vergaderproces (alleen bij de notulen)
- het taalgebruik
- het tijdsbestek
- de schrijver(s)

Opgemerkt zij, dat de keuze van de drie eerstgenoemde kenmerken samenhangen met de vraag naar de inhoud van de oc-noc-structuur, de twee daarop volgende met de vraag naar de activiteiten ten behoeve van de beleidsvorming en het laatste kenmerk met de vraag naar de participanten.

In paragraaf 3.2.1.8. volgt hierop nog een nadere toelichting.

Subjectief zijn daarentegen interpretatie, beoordeling en evaluatie van de op bovenstaande wijze geanalyseerde inhoud (Büschges, 1977).

Over het algemeen wordt de kwalitatieve inhoudsanalyse gebruikt in de fase van voorbereiding en ontwikkeling van een onderzoekproject of bij de opzet van een onderzoek, voorts bij onderzoek met een wat bredere theoretische basis of wanneer gebruik wordt gemaakt van meer dan één onderzoeksmethode (Büschges, 1977).

Vele onderzoekers hebben de kwalitatieve inhoudsanalyse reeds met succes gehanteerd, zoals bijvoorbeeld Gouldner (1954), Bendix (1956) en Pettigrew (1973).

b. Kwantitatieve inhoudsanalyse

Bij kwantitatieve inhoudsanalyse wordt er naar gestreefd de analyse zo systematisch en objectief mogelijk te maken, waardoor intersubjectieve overdraagbaarheid en controleerbaarheid mogelijk wordt.

Deze vorm van inhoudsanalyse kan op verschillende manieren uitgevoerd worden. Büschges (1977) noemt in dit verband onder meer frequentie-

analyse, ruimte-analyse en intensiteitsanalyse (6).

Er dient op gewezen te worden dat ook deze techniek, hoewel objectiever dan de kwalitatieve inhoudsanalyse, zijn beperkingen kent. Men blijft immers afhankelijk van de betekenis die aan de woorden en woordcombinaties wordt gehecht. Büschges (1977) vestigt hierop de aandacht als hij wijst op het probleem

...."das darin liegt, dass jede Inhaltsanalyse für die Zuweisung der ermittelten Inhaltselemente - der Worte, der Wortkombinationen, Satzteile, Sätze oder längeren Argumente - zu einer der vorgesehenen Analysekategorien auf die Feststellung der Bedeutung der sprachlichen Konfigurationen angewiesen ist. Manifest ist der Inhalt der Dokumente nur in so weit, als innerhalb eines bestimmten Sprachkreises ein Konsens über die herkömmliche, von Situation und Absicht des Verfassers und des Lesers unabhängige Bedeutung eines Sprachsymbols oder einer Wortfolge besteht."

Van belang is derhalve de kwaliteit van het schema van criteria of categorieën dat bij de analyse wordt gebruikt. In het kader hiervan dient het aan de volgende eisen te voldoen (Büschges, 1977):

1. Elke categorie moet geformuleerd zijn in het kader van het onderzoeksdoel
2. Elke categorieën-indeling moet volledig zijn, dat wil zeggen dat alle gegevens erin ondergebracht moeten kunnen worden
3. De categorieën moeten elkaar wederzijds uitsluiten
4. Elke categorie mag slechts van één classificatie-principe afgeleid zijn.

3.2.1.7. Geldigheid en betrouwbaarheid van inhoudsanalyse

Met betrekking tot de kwalitatieve en kwantitatieve inhoudsanalyse bestaan tot nu toe nog geen uitgewerkte theorieën, met behulp waarvan de geldigheid en betrouwbaarheid eenduidig geëvalueerd kan worden. Toch is hierover wel iets te zeggen. Zo zal de geldigheid van de analyse onder meer afhangen van (Büschges, 1977):

- de oorsprong van de documenten
- de kwaliteit van het categorieën-schema
- de trefzekerheid van de gehanteerde operationaliseringen en de vaststelling der indicatoren.

Dikwijls evenwel ontbreekt een empirische controle voor deze geldigheid, daar voor deze controle criteria van buiten de geanalyseerde tekst nodig zijn. De geldigheid van een dergelijke studie berust derhalve meestal op haar plausibiliteit (Büschges, 1977). De betrouwbaarheid van de inhoudsanalyse is afhankelijk van (Büschges, 1977):

- het beoordelingsvermogen van degene die codeert
- de nauwkeurigheid waarmee de categorieën zijn gedefinieerd
- de duidelijkheid van de aanwijzingen volgens welke geklassificeerd dient te worden
- de complexiteit van het materiaal.

3.2.1.8. Gebruikte analyse technieken

In het kader van dit onderzoek is besloten eerst ter verkenning van het terrein een kwalitatieve inhoudsanalyse te verrichten. Alle documenten zijn daarbij bekeken op de kenmerken die in het voorgaande, bij de bespreking van de kwalitatieve inhoudsanalyse zijn genoemd. Bij de vaststelling van de afzonderlijke thema's van de documenten is met name gekeken naar de aspecten die beleidsplannen, volgens de in hoofdstuk II uitgewerkte theoretische noties, zouden moeten bevatten, in casu noties over de doelstelling van de organisatie, kwaliteit, kwantiteit en het economisch principe. Voorts is bekeken of er gegevens in stonden over de procesmatige aspecten, zoals (evaluatie)procedures, communicatie en het verzamelen van informatie. Bij de notulen-analyse is tevens nog getracht een uitspraak te doen over het vergaderproces, dat wil zeggen dat bekeken is op welke 'fasen' van besluitvorming het accent lag tijdens de vergaderingen: op de informatieuitwisseling, het afwegen van alternatieven of het nemen van besluiten. Dit om iets te weten te komen over de wijze waarop de verandering van de oc-noc-structuur tot stand komt. Vervolgens is besloten tot een, zij het beperkte, kwantitatieve inhoudsanalyse van de documenten.

Beperkt in die zin dat:

- slechts een deel van de stukken op deze wijze is geanalyseerd, namelijk de notulen van de vergaderingen van bestuur, dagelijks bestuur, medische staf en ondernemingsraad, over een periode van één, op het moment van onderzoek meest recente jaar.

In bijlage I (tabel 1.3. is een overzicht gegeven van de documenten die onderworpen zijn aan deze kwantitatieve analyse.

- slechts één manier van analyse is toegepast, namelijk frequentie-analyse. Onder frequentie-analyse wordt verstaan: de vaststelling van de mate waarin bepaalde thema's, gebeurtenissen, sleutelwoorden, personen etc. in de documenten aan de orde komen.

Als eenheid van analyse is genomen datgene wat in de notulen als afzonderlijk onderwerp aan de orde werd gesteld. (zie voor een overzicht van het aantal onderwerpen: bijlage I (tabel 1.3.).

De overwegingen die een rol speelden bij de keuze van de documenten en de keuze van de wijze van analyseren, waren gebaseerd op:

- het doel van het onderzoek. Aangezien dat gericht is op het verkrijgen van inzicht in beleid en beleidsvorming op het niveau van de organisatie, lag het voor de hand dat voor een nadere bestudering juist die documenten werden gekozen die de meeste gegevens over het algemeen beleid bevatten. Op grond van de kwalitatieve inhoudsanalyse kon aangenomen worden dat dit juist de notulen van bovengenoemde groeperingen waren, waarbij overigens op het moment van keuze nog enige twijfel bestond over de mate waarin dit voor de notulen van de ondernemingsraden gold.

Er zij op gewezen dat met name op dit punt de persoonlijke interpretatie van de onderzoeker een belangrijke rol heeft gespeeld.

Deze keuze is echter weloverwogen gedaan - daarom is in het geval waar twijfel bestond, namelijk de notulen van de ondernemingsraad besloten ook die documenten bij de kwantitatieve analyse te betrekken - na gesprekken met enkele deskundigen (organisatie-adviseurs, onderzoekers), die eveneens een deel van de notulen hebben bekeken.

- pragmatische gronden. Gezien de beperkte tijd en mankracht die mij voor het onderzoek ter beschikking stonden en de omvangrijke hoeveelheid werk die een dergelijke analyse met zich meebrengt, was het onmogelijk alle stukken op meer dan één wijze aan een kwantitatieve inhoudsanalyse te onderwerpen
- de aard van het materiaal. De notulen vormden, in tegenstelling tot de overige documenten, een zeer grote hoeveelheid onderzoeksmateriaal, waarvan door middel van de kwalitatieve analyse nog slechts een globale indruk verkregen kon worden. Met behulp van een kwantitatieve analyse zou dit materiaal mogelijk beter ge-

structureerd kunnen worden.

Over het categorieënschema dat bij de kwantitatieve inhoudsanalyse is gebruikt kan nog het volgende worden opgemerkt:

De categorieën zijn afgeleid van de theorie en onderzoeksvraagstelling, die in het kader van de onderzoeksdoelstelling - in casu het verwerven van inzicht in het algemeen beleid en de vorming daarvan in het Nederlandse algemene ziekenhuis - zijn uitgewerkt en geformuleerd. Zij hebben betrekking op de inhoud van de oc-noc-structuur, de activiteiten ten behoeve van de verandering daarvan door de tijd heen en de participanten, zowel binnen als buiten het ziekenhuis. In bijlage 1 is hiervan een nadere specificatie te vinden.

Opgemerkt zij dat naderhand een aantal categorieën zijn geschrapt, omdat tijdens de analyse was gebleken dat:

- het dikwijls voorkwam dat de gegevens niet te klassificeren waren in de gebruikte categorieën
- de categorieën elkaar lang niet altijd wederzijds uitsloten.

3.2.1.9. Documenten die niet in aanmerking kwamen voor kwalitatieve of kwantitatieve inhoudsanalyse

Vergaderschema's en organisatieschema's waren niet geschikt voor kwalitatieve of kwantitatieve inhoudsanalyse. Toch waren zij wel van nut voor het onderzoek, omdat:

- zij informatie gaven over de instanties, groepen en personen die in het ziekenhuis aanwezig waren en hun formele onderlinge verhoudingen
- zij gebruikt konden worden voor het inventariseren van formele contacten.

3.2.2. Interviews

De studie van schriftelijke bronnen is, zoals in het voorgaande reeds is opgemerkt, aangevuld met interviews, enerzijds in drie bij de case-study betrokken ziekenhuizen, anderzijds met de directieleden van dertig via een aselecte steekproef gekozen ziekenhuizen. Evenals de studie van schriftelijk materiaal kennen interviews een aantal voordelen en nadelen, waarop ik hier verder niet in zal gaan. In de methodologische literatuur worden deze zaken uitvoerig behandeld. (Büschges, 1977; Riley, 1963; Segers, 1975; Sell-

titz, 1966; Swanborn, 1971).

In het onderstaande zullen achtereenvolgens de interviews in het kader van de case-study en de interviews met de directieleden in dertig ziekenhuizen worden besproken.

3.2.2.1. De interviews in het kader van de case-study

Zowel voor als na de studie van de schriftelijke bronnen zijn interviews gehouden in de drie bij de case-study betrokken ziekenhuizen.

a. Functies van de interviews

Genoemde interviews hadden de volgende functies:

- het verzamelen van gegevens ten behoeve van de bronnenstudie.
Hiervoor waren met name de interviews bedoeld die werden gehouden voordat met de bronnenstudie werd begonnen. Dit ter algemene oriëntatie van de onderzoeker. Het ging daarbij om het verkrijgen van algemene informatie over het ziekenhuis en de relaties die het ziekenhuis met zijn omgeving onderhield.
- het verzamelen van gegevens ter aanvulling op de bronnenstudie.
Aangezien de bronnenstudie naar mijn mening op enkele punten onvoldoende gegevens opleverde of kon opleveren, zijn de vragen juist op die terreinen gericht waarover nog aanvullende informatie nodig was, namelijk over:
 - de wijze waarop de betrokken personen het algemeen beleid en de vorming daarvan in hun ziekenhuis percipieerden
 - de activiteiten ten behoeve van de vorming van het algemeen beleid, de invloeden op dat beleid en de verandering daarvan.
- het verzamelen van gegevens ter controle van de conclusies, getrokken op basis van het materiaal van de bronnenstudie.

De respondenten

De interviews bedoeld ter verkrijging van algemene informatie over het ziekenhuis, zijn gehouden met personen, waarvan verondersteld werd dat zij redelijk goed op de hoogte waren van de gang van zaken in het ziekenhuis en tevens van de problematiek betreffende het algemeen beleid. Dit waren onder meer directieleden, een directie-assistent en een lid van de medische staf.

In bijlage 2 (tabel 2.1.) is een overzicht opgenomen van aantal en functie van de personen die in dit verband zijn geïnterviewd. De interviews die bedoeld waren om aanvullende informatie op de bronnenstudie te verkrijgen en tevens dienden ter controle van conclusies, getrokken op basis van de bronnenstudie, zijn gehouden met leden van die groepen en instanties waarvan de notulen zijn bestudeerd. Als richtlijn bij de keuze van de respondenten is aangehouden: willekeurig twee leden van elke groep of instantie, met uitzondering van de directie, waarvan alle leden werden geïnterviewd. Een overzicht van degenen die in dit verband zijn geïnterviewd, is eveneens opgenomen in bijlage 2 (tabel 2.2.).

c. De interviewtechnieken

Bij de interviews is gebruik gemaakt van twee verschillende technieken, namelijk het ongestructureerde interview en het halfgestructureerde interview. In bijlage 2 (tabel 2.3.) is een overzicht opgenomen van het aantal gestructureerde en ongestructureerde interviews.

De interviews die bedoeld waren om algemene informatie over het ziekenhuis te verkrijgen waren ongestructureerd. Wel had ik een lijstje met onderwerpen die aan de orde moesten komen, maar de loop van het gesprek werd verder door de respondenten bepaald.

De interviews ter aanvulling op en ter controle van de bronnenstudie waren bijna alle halfgestructureerd. Zij verliepen aan de hand van een van te voren opgestelde lijst met zogenaamde open vragen, met andere woorden vragen zonder voorgestructureerde antwoord-categorieën.

In bijlage 2 is een overzicht van genoemde vragen te vinden.

Tenslotte zij nog opgemerkt dat met name in ziekenhuis C na de bestudering van de schriftelijke bronnen twee ongestructureerde interviews zijn gehouden om meer informatie te verkrijgen over bepaalde beleidskwesties, die in de documenten wel ter sprake kwamen, maar waarover beperkte of onduidelijke informatie werd gegeven. Deze interviews werden gehouden met de direct betrokkenen: een hoofd van dienst en een verpleegkundig afdelingshoofd.

3.2.2.2. De interviews met de directieleden uit dertig ziekenhuizen

Zoals in paragraaf 3.1 reeds is opgemerkt, zijn na de case-study interviews gehouden met directieleden van dertig ziekenhuizen, die door middel van een aselechte steekproef uit alle algemene ziekenhuizen

in Nederland waren gekozen. In het onderstaande wordt hierop nader ingegaan.

a. Functie van de interviews

Opgemerkt is reeds dat de geringe generaliseerbaarheid van de case-study als onderzoekstype problematisch was in het kader van het bereiken van de onderzoeksdoelstelling "inzicht verkrijgen in het algemeen beleid en de vorming ervan in "het" Nederlandse algemene ziekenhuis". Er zij nog eens nadrukkelijk op gewezen dat dit de enige reden was voor het houden van interviews in een groter aantal ziekenhuizen.

Overigens dient ook hier een voorbehoud gemaakt te worden: tenslotte waren niet alle (170) ziekenhuizen bij het onderzoek betrokken. Dit was alleen al om pragmatische redenen onmogelijk. Bovendien was het aannemelijk te veronderstellen dat niet alle ziekenhuizen hun medewerking aan het onderzoek zouden toezeggen.

Opgemerkt is reeds dat de mate waarin de gegevens van deze steekproef naar de totale populatie kunnen worden gegeneraliseerd, redelijk geacht kan worden. Dit neemt niet weg, dat bij het trekken van conclusies altijd enige voorzichtigheid betracht moet worden omtrent uitspraken over de geldigheid van die conclusies voor alle ziekenhuizen.

b. Keuze van de ziekenhuizen

Het besluit om een steekproef op aselechte wijze te trekken was het gevolg van de omstandigheid dat het materiaal van de case-study geen duidelijke criteria had opgeleverd met behulp waarvan een gestratificeerde steekproef getrokken zou kunnen worden.

Voor het verkrijgen van respons door dertig ziekenhuizen was het nodig 36 ziekenhuizen aan te schrijven (7). Zes ziekenhuizen waren niet bereid aan het onderzoek deel te nemen. Drie ziekenhuizen noemden als reden voor hun weigering het feit dat zij juist waren verwickeld in een fusie. In één ziekenhuis was het niet mogelijk de directieleden binnen een bepaalde tijdsperiode te spreken te krijgen. Twee ziekenhuizen gaven geen reden op voor hun weigering.

c. Keuze van de respondenten

De belangrijkste reden om te kiezen voor directieleden als respondenten was de op grond van de gegevens uit de literatuur en de case-

study veronderstelde centrale rol van de directie in het beleidvormingsproces.

De directie neemt vermoedelijk een sleutelpositie in tussen beleidsvoorbereiding en beleidsvaststelling enerzijds en beleidsuitwerking en beleidsuitvoering anderzijds.

Voorts is gebleken dat de directie - in elk geval formeel - de meeste contacten onderhoudt met de groepen en instanties in het ziekenhuis en daarbuiten, terwijl zij tevens lijkt te fungeren als een soort intermediair tussen het bestuur en de overige groepen en instanties in het ziekenhuis. Een probleem bij de keuze van de leden van één instantie als respondenten is evenwel, dat hun antwoorden niet te controleren zijn met behulp van gegevens uit documenten en de meningen van de leden van andere instanties in het ziekenhuis. Het is derhalve noodzakelijk om bij de interpretatie van de antwoorden van de ondervraagde directieleden enige veronderstellingen te betrekken over hun specifieke overwegingen en percepties bij de beantwoording van de vragen. Zo is het bijvoorbeeld aannemelijk dat directieleden geneigd zijn bij eventuele verschillen van mening met de medische staf, met andere woorden de spanning tussen formele positie (in de bureaucratie) en professie, hun positie ten opzichte van de staf wat gunstiger voor te stellen dan zij misschien in werkelijkheid is. Zo zullen zij voorts de oorzaken van mogelijke problemen vermoedelijk niet in de eerste plaats zoeken in het eigen functioneren, maar die eerder leggen bij zaken als gebrek aan mankracht of externe omstandigheden.

Tenslotte nog het volgende:

Bij de introductie van het onderzoek in de ziekenhuizen is verzocht om een interview met alle directieleden. In de praktijk bleek dit evenwel niet mogelijk, aangezien sommige directieleden langdurig afwezig waren of absoluut weigerden de vragen te beantwoorden. Het is mij niet mogelijk te beoordelen wat hiervan precies de gevolgen zijn geweest voor de onderzoeksresultaten.

In bijlage 2 (tabel 2.4.) is aangegeven welke directieleden in de ziekenhuizen aanwezig waren en vervolgens welke directieleden de vragen hebben beantwoord. Opgemerkt dient te worden dat de medisch en economisch directeuren oververtegenwoordigd bleken te zijn in de groep respondenten. Tezamen geven zij 61% van de antwoorden. Wegens dit overwicht van genoemde directeuren is door

een vergelijking van antwoordcategorieën nagegaan of er enig verschil was te constateren tussen de antwoorden van de verschillende typen functionarissen. Deze verschillen bleken evenwel zo miniem te zijn dat verondersteld kan worden dat de oververtegenwoordiging van medisch en economisch directeuren nauwelijks van invloed zal zijn geweest op de interview-resultaten.

d. De gehanteerde interviewtechniek

De interviews zijn gehouden aan de hand van een vragenlijst met voorgestructureerde antwoordcategorieën, aangevuld met enkele open vragen. Bij de open vragen ging het voornamelijk om een toelichting bij de voorgestructureerde vragen. Naast veertien vragen betreffende zogenaamde objectieve gegevens, zoals grootte en rechtsvorm van de ziekenhuizen, de samenstelling van de directie en dergelijke, waren achttien vragen over beleid en beleidsvorming in de vragenlijst opgenomen.

Het is vanzelfsprekend, dat deze vragen waren afgeleid van de vraagstelling, die op grond van de theoretische overwegingen is geformuleerd. De vragen hadden derhalve betrekking op de inhoud van de oc-noc-structuur, de activiteiten ten behoeve van de verandering van deze structuur en de invloeden die op genoemde veranderingen inwerken.

Voorts is het even vanzelfsprekend dat de nadere uitwerking van de vragen werd bepaald door de conclusies die op grond van de case-study werden getrokken. Opgemerkt zij dat een deel van de vragen dezelfde waren als die welke tijdens de interviews in het kader van de case-study waren gesteld. De antwoordcategorieën waren in dat geval samengesteld op grond van de antwoorden die op de interviewvragen tijdens de case-study waren gegeven.

De achttien vragen over beleids en beleidsvorming die tijdens de interviews met de directieleden in de dertig ziekenhuizen zijn gesteld, zijn opgenomen in bijlage 2.

e. Bewerking van de gegevens

Bij de analyse van het materiaal dat de interviews in de dertig ziekenhuizen opleverde, is gebruik gemaakt van enkele eenvoudige bewerkingsmethoden.

Met behulp van de computer zijn frequentieverdelingen, gemiddelden

en standaarddeviaties berekend.

Vervolgens is door het vergelijken van antwoordcategorieën nagegaan of bepaalde zogenaamde "objectieve" factoren, met name de functie van de respondent, aantal bedden, overbedding in de regio (naar de 4% -norm) en accommodatie (in casu nieuwbouw of oudbouw) van invloed waren op de wijze, waarop de vragen werden beantwoord.

4. Samenvatting

Voor de praktische uitvoering van het veldonderzoek, dat bedoeld is om na te gaan in hoeverre de praktijk aansluit bij het theoretisch model en de op grond daarvan veronderstelde knelpunten, is een concrete onderzoeksvraagstelling geformuleerd. Deze onderzoeksvraagstelling is afgeleid uit het theoretisch model, dat in hoofdstuk II is ontwikkeld. De vraagstelling bestaat, op grond van dit model, uit drie delen, die betrekking hebben op:

1. De inhoud van het algemeen beleid en wel de meest saillante kenmerken daarvan.
2. De vorming van het algemeen beleid en wel de activiteiten die in het kader daarvan plaatsvinden.
3. De participanten en wel degenen die een belangrijke invloed op beleid en beleidsvorming uitoefenen.

Ten behoeve van de uitvoering van het veldonderzoek dienden vervolgens een aantal methodologische keuzen te worden gemaakt. Als belangrijkste keuzen kunnen de volgende genoemd worden:

Ten aanzien van het type onderzoek en de onderzoeksobjecten:

- de uitvoering van een case-study betreffende de zogenaamde kerngroep in drie Nederlandse algemene ziekenhuizen, gevolgd door interviews met de directieleden van, via een aselechte steekproef gekozen, dertig ziekenhuizen.

Ten aanzien van de methoden en technieken van onderzoek:

- het uitvoeren, in het kader van de case-study, van een studie van schriftelijke bronnen, met behulp van kwalitatieve en kwantitatieve inhoudsanalyse.
- het houden van ongestructureerde en halfgestructureerde interviews in het kader van de case-study
- het gebruik van een gestructureerde vragenlijst bij de interviews met de directieleden van de dertig ziekenhuizen.

In het voorgaande is aangegeven welke argumenten bij de verschillende keuzen een rol speelden. Deze argumenten werden bepaald door de onderzoeksdoelstelling; de theoretische overwegingen; de concrete vraagstelling die op grond van de theorie werd geformuleerd; reeds eerder gedane methodologische keuzen en pragmatische redenen.

Noten

1. Bij het trekken van de steekproef is gebruik gemaakt van:

NZI-rapport 77.106.

Lijst van erkende instellingen van intramurale gezondheidszorg in Nederland per 01.01.1977.

In deze lijst kwamen 168 algemene ziekenhuizen voor.

2. Ter toelichting hierop het volgende:

Bij een in de steekproef gevonden fractie p in een bepaalde antwoordcategorie kan een 95%-betrouwbaarheidsinterval voor de populatiefractie worden bepaald. Om een idee te geven van de grootte van een dergelijk interval (bij een steekproef van 30 uit 170) is in het onderstaande voor een vijftal p -waarden de bijbehorende intervallen gegeven.

P	.10	.20	.30	.40	.50
<u>+</u>	.12	.15	.17	.18	.19

Wanneer bijvoorbeeld in de steekproef een $p = .20$ wordt gevonden dan is een 95%-betrouwbaarheidsinterval voor de populatiefractie gegeven door (.05, .35).

3. Bedoeld worden hier onderzoeken verricht in het kader van het Ziekenhuis Research Project van de Afdeling der Bedrijfskunde van de Technische Hogeschool Eindhoven, door de Werkgroep 2000 of door het GITP.
4. Gegevens hierover zijn te vinden in tabel V.1., hoofdstuk V.

5. Dit betekent wel, dat verschijnselen als participatie en democratisering niet als zodanig zijn onderzocht.
6. Büschges (1977) kent de volgende betekenis toe aan deze termen:
Frequentie-analyse: vaststelling van de mate waarin bepaalde thema's, gebeurtenissen, sleutelwoorden, personen etc. in de documenten aan de orde komen.
Ruimte-analyse: de meting en telling van de ruimte die bepaalde passages in de tekst, die bij bepaalde categorieën zijn ingedeeld, innemen.
Intensiteitsanalyse: de vaststelling van de sterkte of intensiteit waarmee opvattingen en meningen naar voren worden gebracht.
7. Bij de introductie van het onderzoek heeft de Nationale ZiekenhuisRaad haar medewerking verleend door het schrijven van een aanbevelingsbrief.

V HET VELD VAN ONDERZOEK

1. Inleiding

In dit hoofdstuk zal nader worden ingegaan op de gegevens die het veldonderzoek heeft opgeleverd.

Het gaat daarbij om een zeer grote hoeveelheid materiaal dat, wilde men daar enig overzicht en inzicht in bewaren, zorgvuldig en strak geordend moest worden.

Nu zijn er verschillende ordeningsprincipes mogelijk.

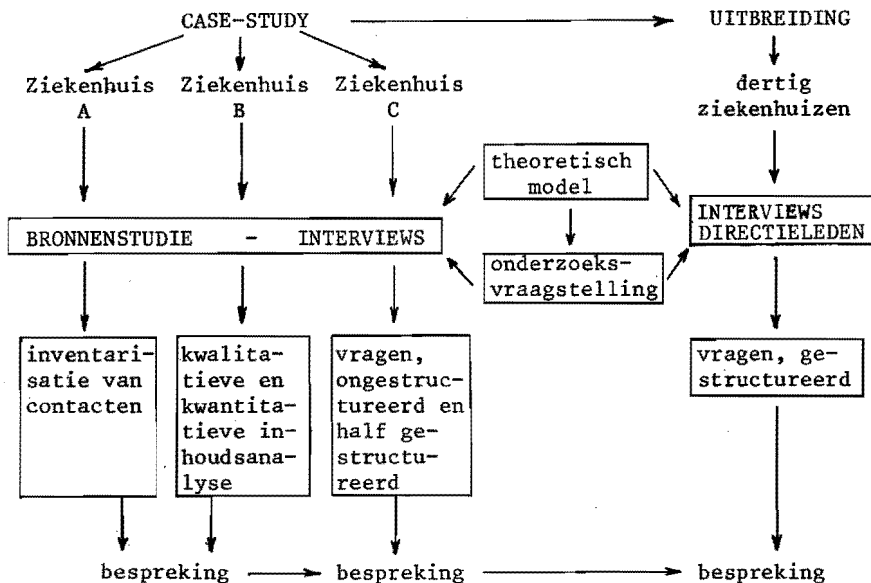
Zo kan men als eerste ordeningsprincipe het theoretisch model nemen, bijvoorbeeld alle gegevens betreffende de beleidsvoorbereiding, de beleidsvaststelling enzovoorts bijeenzetten, ongeacht de methoden waarmee zij zijn verzameld. Dit heeft als voordeel dat de lijn van theorie naar praktijk zo rechtstreeks en duidelijk mogelijk getrokken kan worden.

Zo kan men ook de gehanteerde methoden als eerste ordeningsprincipe nemen, door het materiaal van de bronnenstudie - onderverdeeld naar kwalitatieve en kwantitatieve inhoudsanalyse - en dat van de interviews afzonderlijk te vermelden. Dit heeft als voordeel dat de resultaten, die de verschillende methoden hebben opgeleverd, snel en direct met elkaar vergeleken kunnen worden.

Gekozen is voor laatstgenoemd ordeningsprincipe, omdat zo op vrij eenvoudige wijze een indruk verkregen kan worden van de mate waarin de resultaten van de verschillende methoden op elkaar aansluiten dan wel elkaar tegenspreken. Bovendien blijft het mogelijk het theoretisch model bij de verschillende methoden als leidraad te doen fungeren en wel op de wijze, zoals in hoofdstuk IV, paragraaf 3.2.1.6. is uiteengezet.

In figuur V.1. is aangegeven hoe de ordening van het materiaal heeft plaatsgevonden. Daarmee is dan tevens de opzet van dit hoofdstuk in beeld gebracht.

Voor de goede orde zij nog vermeld, dat de oorspronkelijke gegevens en enkele toelichtingen in de bijlagen 3 t/m 8 zijn opgenomen. In dit hoofdstuk blijft de vermelding van de gegevens beperkt tot enkele samenvattende grafieken en tabellen.



Figuur V.1. Een weergave van de wijze waarop het empirisch materiaal geordend is.

2. De case-study

2.1. Enige achtergrondinformatie over de drie ziekenhuizen en hun omgeving

In deze paragraaf zal in het kort enige achtergrondinformatie worden gegeven over de drie ziekenhuizen A, B en C, die aan het onderzoek hebben meegewerkt, alsmede over de omgeving waarin zij functioneren. Over de wijze waarop het onderzoek in de ziekenhuizen is geïntroduceerd, zij verwezen naar bijlage 3.

2.1.1. De ziekenhuizen en hun bestuursstructuur

Voor de overzichtelijkheid zijn een aantal gegevens van de drie ziekenhuizen in twee tabellen naast elkaar gezet. Het waren gegevens die gemakkelijk op voorhand te krijgen waren. In tabel V.1. staan, in afgeronde getallen, een aantal kenmerken die, gezien de theorie (1) mogelijk relevant zijn, zoals omvang in bedden en personeelsaantal, de omvang van de medische staf, voorts bezettingspercentage en gemiddelde verpleegduur.

Tabel V.1. Enkele algemene gegevens van de drie ziekenhuizen die aan het onderzoek hebben deelgenomen.

	Ziekenhuis A	Ziekenhuis B	Ziekenhuis C
Aantal bedden	300	450	600
Aantal medewerkers	500	750	1250
Aantal medisch specialismen	17	20	19
Aantal specialisten	37	48	50
Bezettingspercentage in 1975	92%	95%	82%
Gemiddelde verpleegduur in 1975	14,5 dagen	14,5 dagen	13,5 dagen

In tabel V.2. zijn globaal enkele kenmerken van de bestuursstructuur opgenomen.

Met verwijzing naar de theorie kan gezegd worden dat daarmee enige informatie over de kwaliteit van de beslisser wordt gegeven.

De exacte samenstelling van de directies is niet in de tabel opgenomen, omdat de ziekenhuizen daardoor te zeer herkenbaar zouden zijn.

Hierover kan wel opgemerkt worden, dat in elk van de ziekenhuizen een medische directeur en een economisch of algemeen/bedrijfskundig directeur aanwezig was. In de ziekenhuizen B en C waren nog enkele andere directieleden aanwezig, waaronder een verpleegkundig directeur.

2.1.2. De omgeving

Dat hier stil gestaan wordt bij de omgeving van de drie ziekenhuizen ligt wel zeer voor de hand. Immers, in de hier gehanteerde theoretische conceptie, wordt de omgeving als een invloedrijke variabele bij de vorming van het algemeen beleid gezien.

Tabel V.2. Een beknopt overzicht van een aantal kenmerken van de bestuursstructuur van de drie ziekenhuizen waarop de case-study was gericht

	Ziekenhuis A	Ziekenhuis B	Ziekenhuis C
Juridische status	Stichting	Stichting	(semi-) overheid
Grootte bestuur	+ 7 leden	+ 7 leden	+ 7 leden
Wervingsprincipe bestuursleden	Op voordracht van verschillende groepen binnen en buiten het ziekenhuis	Volgens het <u>coöptatie-beginsel</u>	Deels aangewezen door de <u>gemeente</u> deels volgens het <u>coöptatie-beginsel</u>
Grootte dagelijks bestuur	4 leden	3 leden	Geen dagelijks bestuur aanwezig
Grootte medisch stafbestuur	5 leden	5 leden	5 leden

Wat betreft de omgeving van de drie ziekenhuizen is gekeken naar overeenkomsten en verschillen in die omgevingsvariabelen, die de speelruimte voor een eigen beleidsvoering in belangrijke mate bepalen, zoals - in termen van het model - de relaties met beleidsorganen en beleidsadviesorganen, de "concurrentiepositie" en de "marktsituatie", waarin de ziekenhuizen zich bevinden.

Wat betreft de beleidsorganen en de beleidsadviesorganen functioneren de ziekenhuizen globaal gezien in dezelfde omgeving, aangezien zij alle te maken hebben met dezelfde typen instanties, zoals genoemd in hoofdstuk III, paragraaf 4.2. (ministerie, COZ, provincie, provinciale raad).

Met betrekking tot de "concurrentiepositie" en de "marktsituatie", waarin de ziekenhuizen zich bevinden, zijn wel enige duidelijke verschillen te constateren.

In dit opzicht lijken de ziekenhuizen A en B het meest op elkaar en verschillen zij beide van ziekenhuis C.

Zo zijn de ziekenhuizen A en B gevestigd in een regio, die is aangewezen als bevolkingsgroeiern. Dit betekent, dat er voor de ziekenhuizen mogelijkheden tot expansie aanwezig zijn.

Beide ziekenhuizen hebben als naaste buur een groter ziekenhuis.

alleen wat betreft beddenaantal, maar ook wat betreft voorzieningen. Dit laatste geldt vooral voor ziekenhuis A. Dit kan een remmende factor voor de groei van deze ziekenhuizen betekenen. Immers, het verwerven of uitbreiden van bepaalde voorzieningen, zoals nierdialyse en hartchirurgie, wordt een moeilijke, zo niet onmogelijke zaak, waarover hard onderhandeld moet worden, vooral wanneer deze voorzieningen reeds bij de grote buur aanwezig zijn.

Ziekenhuis C is gevestigd in een dichtbevolkte streek. Het is het grootste ziekenhuis in die regio, met in de directe nabijheid een drietal kleinere ziekenhuizen. Ziekenhuis C beschikt niet alleen over het grootste beddenaantal, maar ook over de meeste voorzieningen. In de regio, waar overigens sprake is van "overbedding", neemt het duidelijk een vooraanstaande plaats in. In termen van het theoretisch model kan gezegd worden, dat de externe afstemming in ziekenhuis C gemakkelijker via "dominance" zal kunnen geschieden dan in de ziekenhuizen A en B. De overbedding in de regio zal overigens weinig ruimte overlaten voor expansie in termen van beddenaantal.

Verder kan nog opgemerkt worden, dat ziekenhuis C wegens zijn semi-overheidsstatus sterkere banden heeft met de plaatselijke overheid dan de beide andere ziekenhuizen. Verwacht kan derhalve worden, dat de overheidsinvloed in ziekenhuis C iets sterker zal zijn, hetgeen zich bijvoorbeeld kan uiten in het hanteren van meer bureaucratische procedures bij de beleidsvorming.

Alle drie de ziekenhuizen participeren in een of meerdere overlegorganen, waarvan de ziekenhuizen in de regio deel uitmaken. De ziekenhuizen vaardigen naar dit overleg een bestuurslid, een directielid en een lid van de medische staf af.

Binnen deze overlegorganen zijn een aantal afspraken gemaakt, waarvan één van de belangrijkste wel is de overeenkomst dat de ziekenhuizen elkaar op de hoogte zullen houden van voorgenomen uitbreidingen en investeringen.

Verder nemen de medische staven van de drie ziekenhuizen deel aan interstaf(be)raad in de regio. Voorts kan nog opgemerkt worden dat alle drie de ziekenhuizen zich "opleidingsziekenhuis" kunnen noemen in het kader waarvan zij een affiliatie-overeenkomst hebben met een - voor elk verschillende - universiteit.

Samenvattend kan gezegd worden dat uit bovenstaande globale omschrijving van de drie ziekenhuizen en hun positie in de omgeving, zich

de complexiteitskenmerken omvang en heterogeniteit (in termen van aantal en diversiteit van voor de ziekenhuizen belangrijke participanten) en voorts van relatieve betekenis en vervlechting (in termen van concurrentiepositie en marktsituatie) gemakkelijk laten herkennen.

2.2. De resultaten van de bronnenstudie

2.2.1. Inventarisatie van contacten

Alvorens met de kwalitatieve en kwantitatieve inhoudsanalyse van documenten te beginnen, is eerst een inventarisatie van contacten gemaakt.

Deze is gebaseerd op door de directies verstrekte vergaderschema's en lijsten van directiecontacten. Er zij op gewezen dat het hierbij gaat om formele contacten.

Dit is niet alleen gedaan om enig inzicht te verkrijgen in de communicatiestructuur - en daarmee over de rol van de participanten bij de beleidsvorming - binnen de kerngroep en tussen de kerngroep en de organisatie, maar ook ten behoeve van de opsporing van voor het onderzoek relevante notulen, vergaderstukken en andere documenten. De contacten zijn gerubriceerd in de volgende categorieën:

- zogenaamde "grote" vergaderingen, zoals vergaderingen van bestuur, medische staf of diensthoofden;
- vergaderingen van vertegenwoordigers van instanties of groepen met de directie of een deel van de directie, zoals bijvoorbeeld het overleg tussen dagelijks bestuur, directie en bestuur van de medische staf;
- vergaderingen van vaste commissies, in casu commissies die op een bepaald moment worden ingesteld en tot de permanente overlegvormen behoren, zoals bijvoorbeeld commissies van het bestuur of van de medische staf;
- vergaderingen van ad-hoc commissies en werkgroepen. Deze zijn in het leven geroepen om bepaalde beleidskwesties voor te bereiden of uit te werken. Zij worden weer opgeheven wanneer hun taak is beëindigd;
- werkbesprekingen tussen directieleden en dienst- of afdelingshoofden.

Een overzicht van deze contacten, in termen van aantal contacten per 2 maanden, is opgenomen in bijlage 4.

Op grond van de gegevens in deze tabel kon de - formele - communicatiestructuur in de drie ziekenhuizen in beeld worden gebracht, zoals in de figuren V.2., V.3. en V.4. (zie volgende bladzijde) is weergegeven. Uitgaande van het in de theorie gehanteerde onderscheid kerngroep - overige participanten in de organisatie, geeft de inventarisatie van contacten aanleiding tot de volgende opmerkingen.

In ziekenhuis A lag het zwaartepunt van de communicatie duidelijk bij die tussen bestuur, directie en medische staf, in casu de participanten waarvan is aangenomen dat zij tot de kerngroep behoren.

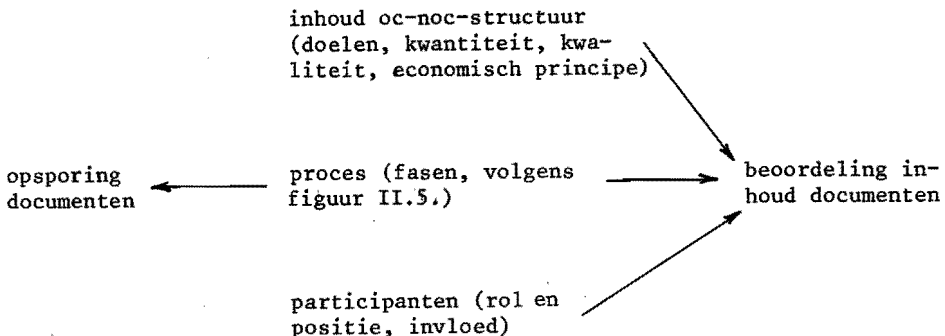
In ziekenhuis B kon dit verschijnsel ook geconstateerd worden, zij het dat daar meer uitwerking was gegeven aan de communicatie tussen directie en de overige participanten in de organisatie, met name de hoofden van diensten, afdelingen en verpleging.

In ziekenhuis C was het zwaartepunt van de communicatie duidelijk verschoven van contacten tussen de participanten van de kerngroep naar contacten tussen directie en overige participanten.

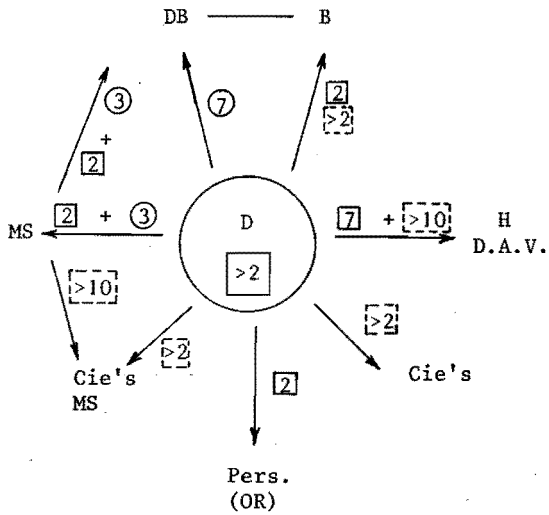
2.2.2. De resultaten van de kwalitatieve inhoudsanalyse

Bij de bronnenstudie heeft de theorie enerzijds bij de opsporing van de documenten en anderzijds bij de beoordeling van de inhoud van de documenten als leidraad gefungeerd.

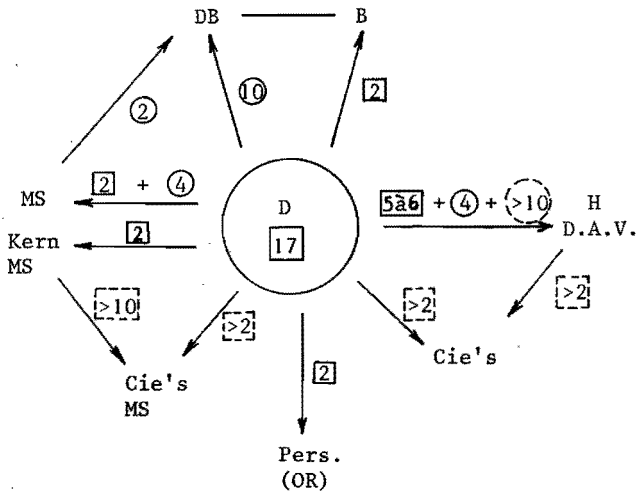
In schema V.2. is in beeld gebracht hoe dit in zijn werk is gegaan.



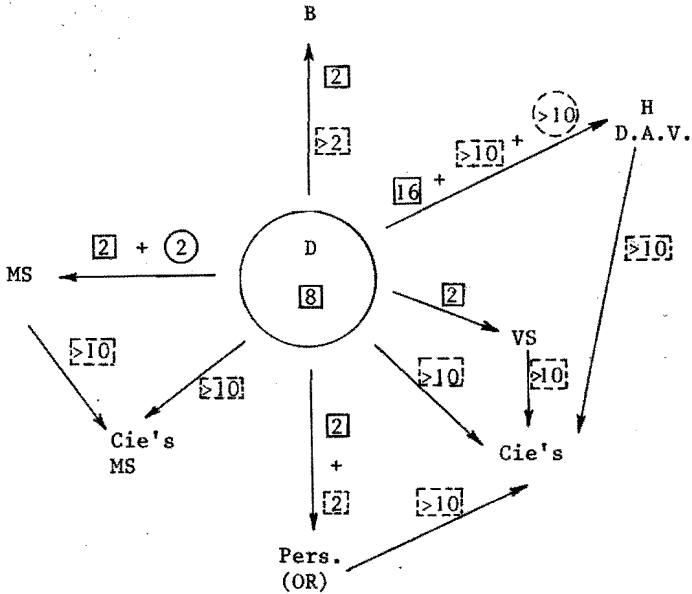
Schema V.1. De wijze waarop de theorie als leidraad fungeerde bij de opsporing van documenten en de beoordeling van de inhoud daarvan.



Figuur V.2. De communicatiestructuur in ziekenhuis A



Figuur V.3. De communicatiestructuur in ziekenhuis B



Figuur V.4. De communicatiestructuur in ziekenhuis C

Verklaring letters:

- B = Bestuur
- DB = Dagelijks Bestuur
- D = Directie
- MS = Medische Staf
- Cie's MS = Medische Staf- commissies
- Pers. (OR) = Personeel-Ondernemingsraad
- Cie's = commissies
- VS = Verpleegkundige Staf
- H, D.A.V. = Dienst-, afdelings- en verpleeghoofden

verklaring cijfers:

- $\boxed{2}$ = aantal "grote" vergaderingen
- $\textcircled{2}$ = aantal overlegvormen tussen instanties en (deel van) directie
- $\boxed{2}$ = aantal commissies, vast en/of ad-hoc
- $\textcircled{2}$ = aantal werkbesprekingen
- >10 = meer dan 10

2.2.2.1. De opsporing van de documenten

In hoofdstuk IV (par. 3.2.1.3.) is reeds aangegeven hoe het in hoofdstuk II ontwikkelde theoretisch model (met name figuur II.5.) is aangewend bij de keuze van de te analyseren documenten, die tijdens het veldonderzoek zijn opgespoord aan de hand van de vergaderschema's en door de directies ernaar te vragen.

Het ging daarbij om documenten, waarvan verondersteld kan worden, dat zij

- a. een rol spelen en informatie geven over het proces van beleidsvorming, zoals notulen van vergaderingen;
- b. informatie geven over de in het theoretisch model onderscheiden fasen van beleidsvorming, in casu:
 - de beleidsvoorbereiding : beleidsvoorstellen
 - de beleidsvaststelling : beleidsplannen
 - de uitwerking van het beleid: plannen over bepaalde onderwerpen, (beheer en ontwikkeling) voor bepaalde diensten of instanties
 - de beleidsuitvoering : jaarverslagen

In bijlage 1 is aangegeven welk van deze documenten in de drie ziekenhuizen opgespoord konden worden.

Commentaar

Afgaande op de hoeveelheid en variëteit van documenten die in de ziekenhuizen aanwezig waren, kan gezegd worden dat de beleidsvorming in ziekenhuis C het meest volgens de in hoofdstuk II ontwikkelde theorie leek te verlopen. Opvallend is met name dat in de ziekenhuizen A en B een beleidsplan op het niveau van de organisatie ontbrak, terwijl er wél uitgewerkte plannen van de medische staf aanwezig waren. De nadelen van het ontbreken van zo'n beleidsplan, zoals naar voren gebracht door Ansoff (1965) en Frömming (1977), zijn reeds in hoofdstuk II genoemd. Op basis daarvan kan verondersteld worden dat in de ziekenhuizen A en B de evaluatie van het beleid minder gemakkelijk en de afstemming van de doelcomponenten van de participanten minder inzichtelijk en duidelijk zal verlopen dan in ziekenhuis C.

2.2.2.2. De beoordeling van de inhoud van de documenten

In bijlage 5 is in de overzichten 1 tot en met 4 een bespreking opgenomen van de documenten die informatie geven over de vier onderscheiden fasen in de beleidsvorming, terwijl in de overzichten 5.5. tot en met 5.12. een bespreking van de notulen volgt. Daarbij is gebruik gemaakt van de in hoofdstuk IV (paragraaf 3.2.1.) genoemde kenmerken, die zijn afgeleid uit de theorie. Daarnaast is aangegeven of de door Frömming (1977) genoemde noties over doelstellingen, kwantiteit, kwaliteit en economisch principe in de documenten waren terug te vinden. Opgemerkt zij nog dat van elk van de vier typen documenten (corresponderend met de onderscheiden fasen in de beleidsvorming) juist die in de overzichten zijn opgenomen, waarvan in minstens twee van de drie ziekenhuizen een vergelijkbaar exemplaar was te vinden, bijvoorbeeld de plannen van de medische staf, die in de categorie plannen voor beheer en ontwikkeling in de ziekenhuizen A en B aanwezig waren. Dit om te voorkomen dat de verslaglegging zich teveel zou toespitsen op specifiek één ziekenhuis. Een uitzondering hierop is gemaakt voor een in het theoretisch model zo belangrijk document als het beleidsplan, dat alleen in ziekenhuis C aanwezig was; ook dit is in het overzicht opgenomen.

Voorts zijn om dezelfde redenen, ook alleen de notulen van die vergaderingen besproken die in minstens twee van de drie ziekenhuizen werden gehouden.

Uitgaande van het theoretisch kader kunnen over de aldus geanalyseerde documenten de volgende opmerkingen gemaakt worden.

De oc-noc-structuur

Zowel uit de documenten, die betrekking hebben op de in de theorie onderscheiden fasen van de beleidsvorming als uit de notulen van de vergaderingen is af te leiden dat de medische doelcomponenten bij de kerngroep relatief veel aandacht kregen. Daarbij kwam nauwelijks aan de orde in hoeverre deze doelcomponenten zijn te verenigen met en zijn af te stemmen op die van instanties en groepen in de organisatie. In ziekenhuis C leek de belangstelling voor de doelcomponenten van laatstgenoemde groepen en instanties relatief het grootst te zijn.

Daarnaast vormden de doelcomponenten die betrekking hebben op de

externe afstemming - zoals onderhandelingen en afspraken met ziekenhuizen in de regio, de reactie op en verwerking van overheidsmaatregelen en dergelijke meer - een relatief belangrijk veld van aandacht.

Het kwantiteitsaspect werd in de voorstellen, plannen, uitvoeringsverslagen en notulen, vooral verwoord in termen van aantallen specialisten, specialismen, medische functies, bedden, apparatuur en accommodatie.

Het kwaliteitsaspect kwam met name in ziekenhuis A vooral aan de orde in termen van kwantiteit van medische voorzieningen, in casu hoe groter en gevarieerder het aantal specialisten, specialismen en apparatuur is, des te beter de kwaliteit van de geboden zorg zal zijn. In de ziekenhuizen B en C leek men de medische kwaliteit mede te bezien in het licht van de intercollegiale toetsing of medical audit, waaraan in beide ziekenhuizen veel aandacht werd besteed. Alleen in ziekenhuis C kwam ook de kwaliteit van de verpleging en de psychosociale zorg ter sprake. Over de kwaliteit van het management was in de beleidsdocumenten en notulen nauwelijks iets te vinden. Het financiële aspect kwam met regelmaat aan de orde, in de begrotingsprocedures, bij beslissingen over de aanschaf van apparatuur of plannen voor bouw of verbouw. Alleen echter in de documenten van ziekenhuis C werd iets gezegd over kostenbewaking; het voornemen werd geuit hiervoor een systeem te ontwikkelen. De afweging van kwaliteit en kwantiteit tegen kosten - in casu het economisch principe - kreeg geen noemenswaardige aandacht.

De verandering van de oc-noc-structuur

In de voorgaande paragraaf is reeds opgemerkt dat, met name in de ziekenhuizen A en B, enkele van de in de theorie onderscheiden fasen in het besluitvormingsproces niet expliciet waren uitgewerkt.

Voorts is opmerkelijk dat zowel in de beleidsdocumenten als in de notulen zeer weinig werd gezegd over de methoden en procedures van informatieverzameling, de communicatie, het ontwerpen en gebruiken van besluitvormingsprocedures, voorspellingsmethodieken en vergadertechnieken. Ook over de evaluatie van het beleid was relatief weinig in de stukken te vinden.

Alleen in het jaarverslag van ziekenhuis C was een globale eva-

luatie van het algemeen beleid opgenomen aan de hand van het tevoren opgestelde beleidsplan.

De analyse van de notulen gaf ook nog informatie over de aard van het overleg dat tijdens de vergaderingen werd gevoerd. De vergaderingen van de besturen en medische staven werden gekenmerkt door informatie-uitwisseling, opinievorming en besluitvorming. In de vergaderingen van de directies en de diverse vormen van overleg tussen dagelijkse besturen, medische staven en directies lag het accent vooral op discussie/opinievorming en besluitvorming. De vergaderingen van hoofden en ondernemingsraden in de ziekenhuizen A en B werden in belangrijke mate gekenmerkt door informatie-overdracht van directie naar de vergadering.

Discussie, opinievorming en besluitvorming kwamen daar in mindere mate voor. In ziekenhuis C was het accent in deze vergaderingen meer verschoven naar informatie-uitwisseling tussen de participanten, opinievorming en besluitvorming.

De participanten

De kwalitatieve inhoudsanalyse gaf nog relatief weinig informatie over de participanten. Wel kan gezegd worden dat de auteurs van de bestudeerde beleidsdocumenten voornamelijk te vinden waren bij de directie en de medische staf. Volledigheidshalve zij opgemerkt, dat in ziekenhuis C enkele beleidsdocumenten, die hier niet nader zijn besproken, waren geschreven door speciaal daarvoor ingestelde commissies c.q. werkgroepen, bijvoorbeeld de nota over de structuur van de verplegingsdienst.

Een globaal idee van de rol van de participanten bij de beleidsvorming kan voorts gegeven worden door onderstaande weergave van de subjectieve indruk die de onderzoeker na lezing van de notulen kreeg van de gang van zaken tijdens de verschillende vergaderingen.

Tijdens de algemene bestuursvergaderingen kwamen in de drie ziekenhuizen voornamelijk de "grotere" beleidsvraagstukken, bijvoorbeeld de regionale samenwerking en grote investeringen aan de orde. Over de dagelijkse gang van zaken in het ziekenhuis werd weinig gesproken. In de ziekenhuizen A en B bestond een frequent overleg tussen dagelijks bestuur en directie: in ziekenhuis A éénmaal per twee weken, in ziekenhuis B éénmaal per week (zie ook figuur V.2. en figuur V.3.). In beide ziekenhuizen hadden de leden van het dagelijks bestuur ook

beduidend meer contacten in huis dan de overige bestuursleden, waaronder een rechtstreeks contact met het bestuur van de medische staf. Toch leek het dagelijks bestuur in beide ziekenhuizen niet geheel op dezelfde wijze te functioneren. Het dagelijks bestuur in ziekenhuis B richtte zich vooral op beleidskwesties op langere termijn, die tijdens de vergaderingen met de directie ook expliciet en in zijn geheel werden doorgesproken, terwijl het dagelijks bestuur in ziekenhuis A zich meer bezighield met detailkwesties.

In de ziekenhuizen B en C vertoonde het directie-overleg een opvallende overeenkomst: in beide ziekenhuizen kon dit overleg gezien worden als het "scharnierpunt" tussen twee typen vergaderingen: enerzijds het "beleidsoverleg" op het niveau van bestuur en medische staf en anderzijds het meer op de dagelijkse gang van zaken gerichte overleg op het niveau van dienst-, afdelings- en verpleeghoofden en de OR. Ook bij de medische staf kreeg, vooral in de ziekenhuizen B en C en in een wat mindere mate in ziekenhuis A, het externe beleid, met name de samenwerkingsproblematiek veel aandacht. Met organisatorische kwesties hield de staf zich weinig bezig, in ziekenhuis C was hiervoor relatief de meeste belangstelling.

In alle drie de ziekenhuizen vond een overleg tussen de directie en het bestuur van de medische staf plaats. In ziekenhuis C waren hiervan geen notulen beschikbaar.

In de ziekenhuizen A en B was dit overleg vooral gericht op zaken waar de medische staf zich min of meer nauw bij betrokken voelde. Het ging hierbij met name om de voorbereiding van "stafzaken" die in de grote vergaderingen (bij bestuur, medische staf) gebracht zouden worden, of de uitwerking van deze zaken nadat zij in de grote vergaderingen aan de orde waren geweest.

De vergaderingen van de hoofden van diensten en (verpleeg)afdelingen hadden vooral betrekking op de eigen dienst of afdeling. Meestal werd dit niet in een breder kader, namelijk dat van het ziekenhuis als totaal geplaatst. In ziekenhuis C leek men dit relatief het meest te doen.

Tussen de OR-vergaderingen van de drie ziekenhuizen waren enige verschillen te constateren:

De OR van ziekenhuis A hield zich relatief het minst bezig met beleidskwesties met betrekking tot het ziekenhuis als totaal. Men kreeg hierover ook relatief de minste informatie. De meeste aandacht werd be-

steed aan secundaire arbeidsvoorwaarden en detailkwesties betreffende de dagelijkse gang van zaken.

De OR van ziekenhuis B hield zich ook in belangrijke mate bezig met secundaire arbeidsvoorwaarden en de dagelijkse gang van zaken, maar er werd wat meer over "grotere" beleidskwesties gesproken dan in ziekenhuis A. Dit ging voornamelijk in de vorm van informatie van de kant van de directie aan de OR.

In de OR van ziekenhuis C vond relatief de meeste discussie plaats over beleidszaken. Verder hield deze OR zich ook bezig met actuele kwesties en secundaire arbeidsvoorwaarden. Afwijkend van de gang van zaken bij de beide andere OR's was, dat in de OR van ziekenhuis C het eigen functioneren, de doelstelling en de rol van de OR herhaaldelijk expliciet aan de orde werden gesteld. Bij deze OR verliep ook het contact met de achterban relatief het best.

2.2.3. De resultaten van de kwantitatieve analyse

Het motief om over te gaan tot een kwantitatieve analyse van een deel van de notulen hing samen met de aard van de resultaten van de kwalitatieve analyse. De notulen van de diverse vergaderingen vertegenwoordigden namelijk een zeer grote hoeveelheid onderzoekmateriaal. Het was niet eenvoudig hier enig overzicht over en inzicht in te verkrijgen. De kwalitatieve inhoudsanalyse van de notulen gaf, in tegenstelling tot de overige documenten die veel overzichtelijker waren, nog slechts een globale indruk van hetgeen werd besproken.

Om deze globale indrukken aan te scherpen tot een duidelijker beeld en om de grote hoeveelheid informatie beter te structureren werd, zoals in het vorige hoofdstuk is gezegd, besloten tot genoemde kwantitatieve inhoudsanalyse. Deze analyse is, om een aantal in hoofdstuk IV reeds aangegeven redenen, beperkt tot een deel van de notulen van bestuur, dagelijks bestuur, directie, medische staf en ondernemingsraad.

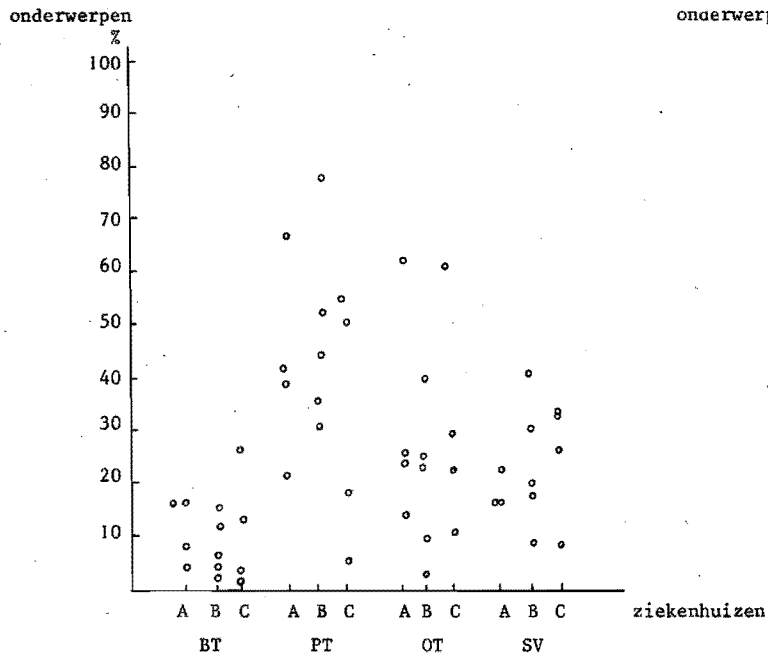
Het categorieënschema, met behulp waarvan de kwantitatieve inhoudsanalyse is uitgevoerd, is te vinden in bijlage 1. Er zij nog eens op gewezen, dat de criteria en categorieën zijn afgeleid uit het theoretisch model, met als belangrijkste elementen de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie en de verandering daarvan door de tijd heen, onder invloed van de participanten. De formulering

van de criteria is mede bepaald door de resultaten van de kwantitatieve analyse, met name betreffende die punten, waarover nog slechts een globale indruk bestond en die nauwkeuriger gegevens vereisten, zoals tijdsbestek, vergaderproces, inhoud van de onderwerpen. Onderstaande bespreking van de resultaten van de kwantitatieve analyse wordt geïllustreerd door een aantal strooidiagrammen en staafdiagrammen. Deze zijn afgeleid van de scores, die in de tabellen 6.1. t/m 6.11. en de overzichten 6.1. en 6.2. in bijlage 6 zijn opgenomen.

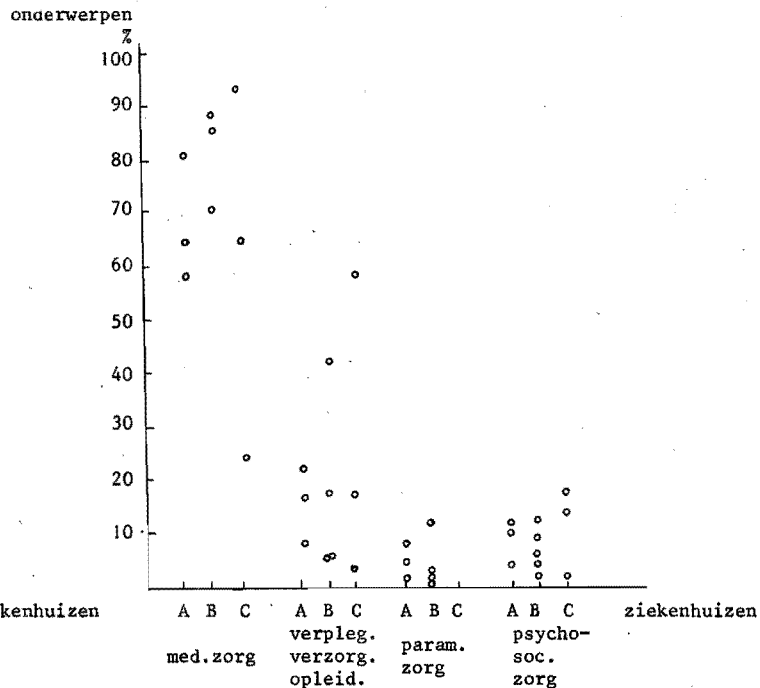
De oc-noc-structuur

In de figuren V.5, V.6. en V.7. wordt een beeld gegeven van de wijze waarop in de notulen aandacht wordt besteed aan de in de theorie onderscheiden taaksectoren (bestuurlijk, primaire en ondersteunende taaksector) en aan de relaties tussen die sectoren, respectievelijk tussen ziekenhuis en omgeving (structuur vraagstukken), betrekking hebbend op een essentieel onderdeel van de theorie, namelijk de coördinatie. Op de verticale as is het aantal behandelde onderwerpen (in percentages) afgezet; op de horizontale as de ziekenhuizen en daaronder de onderscheiden categorieën. Elk punt in het diagram geeft de score van de diverse typen vergaderingen (bestuur, dagelijks bestuur etc.) aan.

Uit figuur V:5. is af te lezen, dat de primaire taaksector de meeste belangstelling kreeg, terwijl de structuurvraagstukken en de ondersteunende taaksector een ongeveer gelijke en de bestuurlijke taaksector de minste belangstelling kregen. Gezien de grote belangstelling die in de notulen van met name bestuur, dagelijks bestuur, directie en medische staf was te signaleren voor de primaire taaksector is vervolgens nagegaan welk soort onderwerpen uit de primaire taaksector, in casu onderwerpen op het terrein van de medische zorg, de verpleging, de paramedische diensten of de psycho-sociale zorg in die notulen het meest aan de orde kwamen. In figuur V.6. is duidelijk te zien, dat dit met name de medische zorg is. Daarbij kwamen het meest ter sprake (tabel 6.5., bijlage 6): de personele mutaties binnen de medische staf (vooral het toelaten van stafleden), apparatuur en accommodatie, regelingen en contracten en de relaties die de stafleden in het ziekenhuis onderhouden, vooral die tussen de stafleden onderling (maatschappen, commissies,



Figuur V.5. De mate waarin de in de notulen behandelde onderwerpen betrekking hebben op de bestuurlijke taaksector (BT), primaire taaksector (PT), ondersteunende taaksector (OT) en en structuurvraagstukken (SV).



Figuur V.6. De mate waarin de in de notulen behandelde onderwerpen uit de primaire taaksector betrekking hebben op de medische zorg, verpleging, verzorging en opleiding, paramedische zorg en psycho-sociale zorg.

taakverdeling en dergelijke meer). De taakinhoud van de stafleden kwam vooral aan de orde in de notulen van de vergaderingen van de medische staven in de ziekenhuizen B en C. Dit met name in het kader van de intercollegiale toetsing ofwel medical audit, waaraan in beide ziekenhuizen veel aandacht werd besteed.

Aangezien structuurvraagstukken, die betrekking hebben op coördinatie en structurering, in het licht van het theoretisch model als beleidsrelevante zaken kunnen worden opgevat, is aan deze categorie eveneens nadere aandacht besteed. Bekeken is of de structuurvraagstukken die in de notulen ter sprake kwamen betrekking hadden op interne structuren (interne afstemming), externe structuren (afstemming tussen instanties in de omgeving) of structuren van externe samenwerking (de afstemming tussen ziekenhuis en instanties in de omgeving).

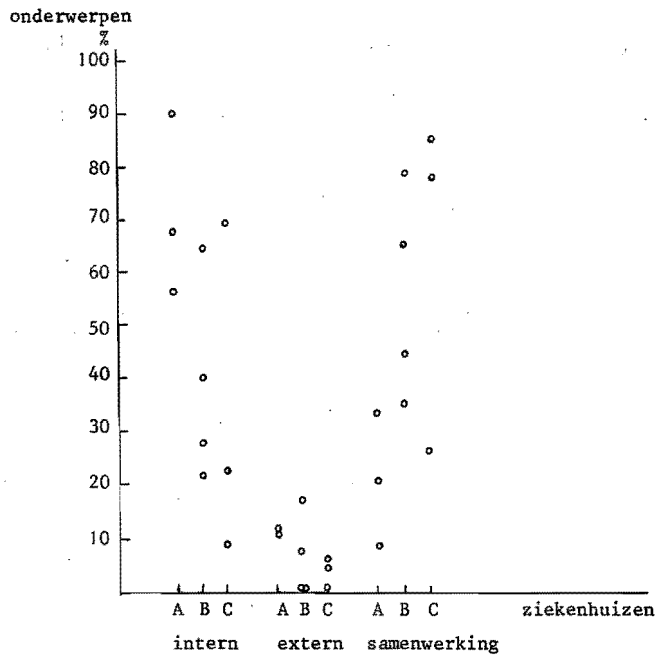
Uit figuur V.7. is af te leiden, dat de interne afstemming vooral in ziekenhuis A veel aandacht kreeg, terwijl men zich in de ziekenhuizen B en C meer leek te richten op de externe samenwerking. Op grond van een nadere analyse van de inhoud van de vraagstukken van externe samenwerking, die in beide laatstgenoemde ziekenhuizen ter sprake kwamen, kan gezegd worden dat hierbij de belangstelling vooral uitging naar de afstemming op regionaal niveau, met name met naburige ziekenhuizen.

In figuur V.8. is in beeld gebracht op welke termijn de onderwerpen uit de notulen betrekking hadden volgens het bij de scoring gehanteerde onderscheid in korte, middellange en lange termijn. Daarin komt naar voren, dat men zich tijdens de vergaderingen enerzijds relatief vaak op korte termijn kwesties leek te richten en anderzijds veel zaken besprak die op middellange en lange termijn speelden.

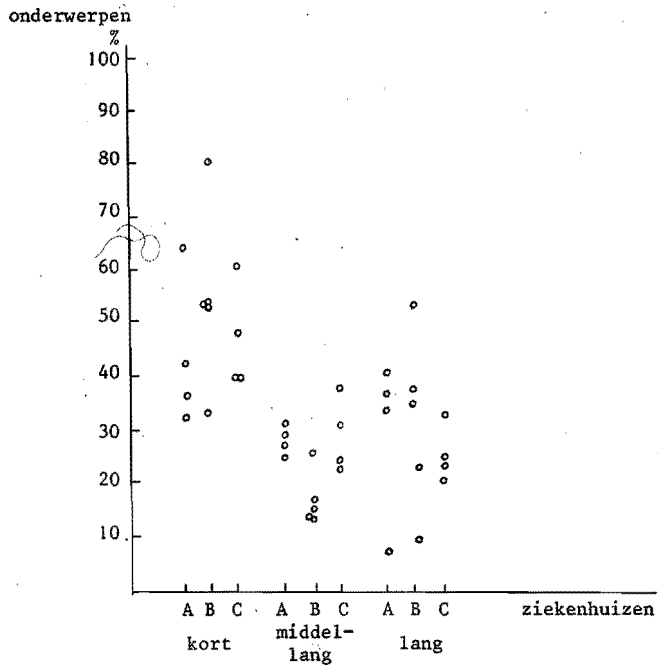
De verandering van de oc-noc-structuur

In figuur V.9. is informatie te vinden over de mate waarin in de notulen de operationele en niet-operationele doelcomponenten werden geëxpliciteerd. Aangegeven is bij hoeveel procent van de onderwerpen zowel operationele als niet-operationele doelcomponenten werden genoemd en bij hoeveel procent van de onderwerpen alleen operationele of alleen niet-operationele doelcomponenten ter sprake kwamen (2).

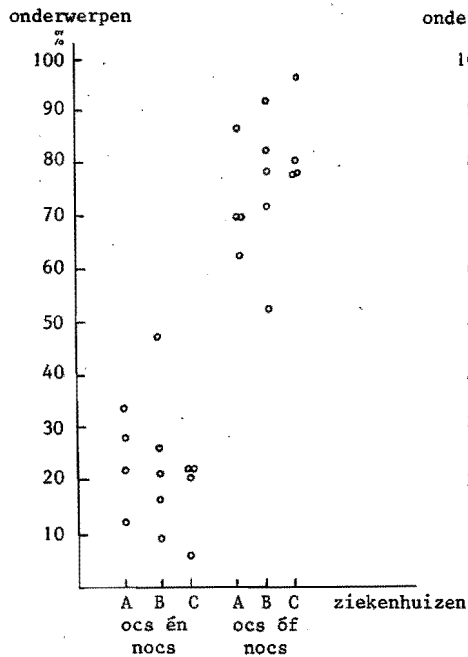
Duidelijk is in deze figuur te zien, dat in de notulen relatief weinig sprake was van het noemen van zowel operationele als niet-operationele



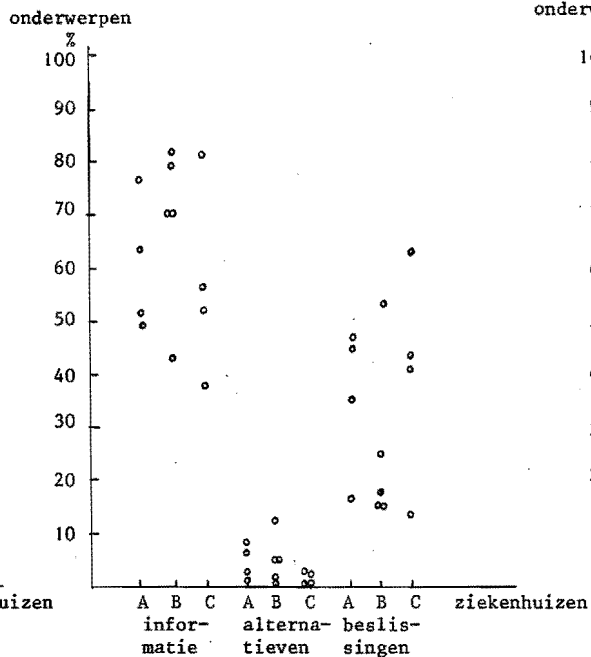
Figuur V.7. De mate waarin de in de notulen behandelde onderwerpen betreffende structuurvraagstukken betrekking hebben op interne vraagstukken, externe vraagstukken en vraagstukken betreffende externe samenwerking.



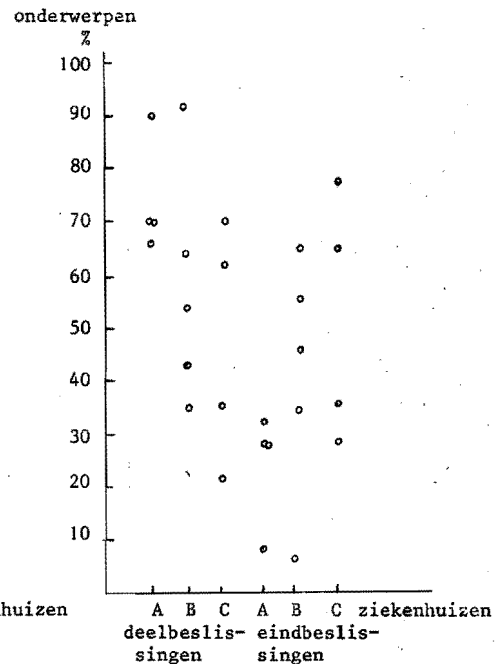
Figuur V.8. De mate waarin de in de notulen behandelde onderwerpen betrekking hebben op korte, middellange en lange termijn.



Figuur V.9. De mate waarin in de notulen sprake is van explicatie van doelcomponenten bij de behandeling van de onderwerpen.



Figuur V.10. De mate waarin in de notulen bij de behandeling van de onderwerpen sprake is van informatie-overdracht of informatie-uitwisseling, het noemen van alternatieven en nemen van beslissingen.



Figuur V.11. De mate waarin in de notulen sprake is van het nemen van deelbeslissingen dan wel eindbeslissingen.

doelcomponenten bij de aan de orde gestelde onderwerpen.

Met betrekking tot de vraag in hoeverre het voorkomen van de beslissingfasen informatieverstrekking en/of informatie-uitwisseling, het noemen en bespreken van alternatieven en het nemen van een beslissing in de notulen van de vergaderingen herkenbaar waren, geeft figuur V.10. meer informatie. In figuur V.11. is te zien van welke aard die beslissingen waren, te weten eindbeslissingen, waarmee een bepaalde kwestie wordt afgerond, of deelbeslissingen, waarmee een zaak nog niet is afgerond (zie bijlage 1).

Uit figuur V.10. is af te leiden, dat de informatiefase tijdens de vergaderingen vrij intensief was. Het noemen van alternatieven kwam relatief weinig voor.

Voorts lijkt het aantal deelbeslissingen dat tijdens de vergaderingen genomen werd, relatief groter te zijn dan het aantal eindbeslissingen.

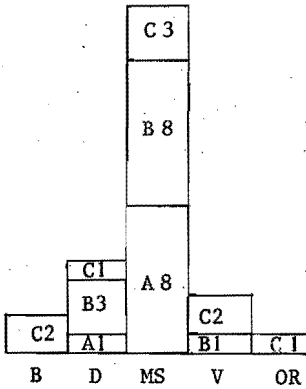
De participanten

Op grond van de veronderstelling, dat degenen die door de participanten aan de vorming van het algemeen beleid belangrijk en invloedrijk worden geacht, dikwijls ter sprake komen tijdens vergaderingen, is in de notulen van de vergaderingen van bestuur, directie en medische staf nagegaan wie daarin genoemd worden. In de figuren V.12. en V.13. is aangegeven wie in de notulen uit de drie ziekenhuizen het meest ter sprake kwamen.

In de staven is aangegeven:

- met letters: de ziekenhuizen A, B en C
- met cijfers: het aantal malen, dat instanties (als totaal, delen daarvan of individuele leden daaruit) in de notulen van de diverse typen vergaderingen het meest werden genoemd.

De figuren zijn gebaseerd op de overzichten 6.1. en 6.2. in bijlage 6.



B = bestuur, als totaal, groepen of personen daaruit
 D = directie, als totaal, een deel daarvan of individuele directieleden

MS = medische staf, als totaal, groepen of personen daaruit
 V = verpleging, als totaal, groepen of personen daaruit
 OR = ondernemingsraad, als totaal, groepen en personen daaruit

Figuur V.12. Een weergave van de instanties, groepen en personen in de ziekenhuizen A, B en C, die in de notulen het meest werden genoemd.

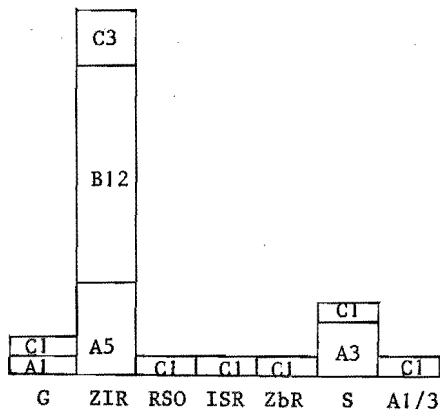
Uit figuur V.12. is af te leiden, dat vooral in de notulen uit de ziekenhuizen A en B de medische staf en groepen en personen behorend tot die staf het meest ter sprake kwamen. In de notulen van ziekenhuis C leek de aandacht meer verdeeld te zijn over instanties, groepen en personen uit verschillende sectoren van het ziekenhuis.

De informatie die figuur V.13. oplevert, geeft aanleiding tot de veronderstelling dat vooral de naburige ziekenhuizen of groepen en personen uit die ziekenhuizen ter sprake kwamen tijdens de genoemde vergaderingen. Vooral in ziekenhuis B was dat het geval.

4. Bespreking van de bronnenstudie

Wat kan nu aan de hand van de bronnenstudie én vanuit de hier gehanteerde theoretische optiek gezegd worden van beleid en beleidsvorming op het niveau van de organisatie in de drie ziekenhuizen?

Een eerste vraag die de theorie mij doet stellen, is: Is de besluitvorming ten aanzien van de organisatie inderdaad complex? Om op deze vraag een antwoord te vinden dient nagegaan te worden in hoeverre deze besluitvorming de kenmerken draagt, zoals in hoofdstuk II (over-



- G = gemeente, als totaal, delen daarvan of functionarissen daaruit
 ZIR = ziekenhuizen in de regio, delen daarvan of functionarissen daaruit
 RSO = regionaal samenwerkingsorgaan, delen daarvan of functionarissen daaruit
 ISR = interstaf(be)raad, delen of leden daarvan
 ZBR = ziekenhuizen buiten de regio, delen daarvan of functionarissen daaruit
 S = sollicitanten
 A1/3= artsen uit eerste of derde lijns gezondheidszorg.

Figuur V.13. Een weergave van de organisaties, delen daarvan of personen in de omgeving, die in de notulen uit de ziekenhuizen A, B en C het meest werden genoemd.

zicht II.1. en paragraaf 4.5.) zijn genoemd en beschreven. Daartoe dient echter eerst bekeken te worden wie zich met deze besluitvorming bezighouden. Ik meen dat het bij uitstek de directie is, die is betrokken bij de besluitvorming over de oc-noc-structuur hun op het niveau van de organisatie immers:

- de directies van de drie ziekenhuizen waren nauw betrokken bij de besluitvorming over de zogenaamde grotere beleidsvraagstukken (externe samenwerkingsstructuren, inspelen op beslissingen van externe beleidsorganen, investeringen, medisch beleid en dergelijke meer) enerzijds via participatie aan vergaderingen van bestuur en medische staf en directie-overleg, het overleg met dagelijks bestuur en bestuur van de medische staf (fig. V.2., V.3., V.4.), anderzijds via (participatie aan) het schrijven van documenten betreffende de voor-

bereiding en vaststelling van het beleid (overzichten 5.1. en 5.2., bijlage 5);

- de directies hielden zich bezig met de uitwerking en uitvoering van het beleid, enerzijds via participatie aan directie-overleg, vergaderingen met hoofden en ondernemingsraad, werkbeprekingen met diensthoofden, commissies en werkgroepen (fig. V.2., V.3. en V.4.), anderzijds via (participatie aan) het schrijven van documenten met betrekking tot de uitwerking en uitvoering van het beleid (overzichten 5.3. en 5.4., bijlage 5).

Bekijken wij het werk van de directie nader, dan kan gezegd worden dat:

- hier een relatief klein aantal personen participeert in het nemen van een groot aantal beslissingen, zowel relatief als absoluut (fig. V.10. V.11; tab. 6.10. en 6.11., bijlage 6).

Er lijkt sprake te zijn van een grote produktiviteit en omvang;

- deze beslissingen een grote invloed zullen hebben op het reilen en zeilen van de organisatie. Zo heeft de beslissing om een nieuw specialisme of specialist aan te trekken of de beslissing meer ingewikkelde en verfijnde apparatuur aan te schaffen (deze beslissingen komen relatief vaak voor: tabel 6.5., bijlage 6) gevolgen voor de werklust en soms ook de personeelssamenstelling van de verpleging, de paramedische diensten, de technische dienst, de administratie, de opname en de civiele dienst.

Er lijkt dus sprake te zijn van een grote relatieve betekenis;

- sprake is van een diversiteit van beslissingen, bijvoorbeeld: oplossing van individuele personeelsproblemen (tijdens directie-overleg en werkbeprekingen met hoofden) afspraken met het naburige ziekenhuis (tijdens vergaderingen en overleg met bestuur, dagelijks bestuur en (bestuur van de) medische staf), investeringen in verbouwingen in huis (tijdens vergaderingen met bestuur, dagelijks bestuur en hoofden, directie-overleg, werkbeprekingen met hoofden civiele en technische dienst, in een commissievergadering), toelating van specialisten (tijdens vergaderingen met bestuur, dagelijks bestuur en (bestuur van de) medische staf en directie-overleg), personeelsregels en regelingen, huishoudelijke zaken, zoals de verlichting in het fietsenrek, het plaatsen van koffie-automaten (tijdens directie-overleg, vergaderingen van hoofden en ondernemingsraad).

Er lijkt dus sprake te zijn van een grote heterogeniteit;

- er vaak en snel beslissingen genomen moeten worden, gezien het grote aantal te nemen beslissingen en de beperkte tijd (in manuren) die de directies ter beschikking staat.

Er lijkt dus sprake te zijn van een hoge dynamiek;

- deze beslissingen vermoedelijk op basis van weinig en mogelijk kwalitatief minder goede informatie genomen moeten worden, aangezien de ontwikkeling en het hanteren van methoden van informatieverzameling, voorspelling, planning en evaluatie in de drie ziekenhuizen niet gebruikelijk leken te zijn.

Er lijkt dus sprake te zijn van een hoge onbepaaldheid;

- deze beslissingen dikwijls nauw met elkaar zullen samenhangen, zoals externe samenwerkingsafspraken en investeringen in kostbare apparatuur; uitbreiding van specialisten-aantal en verandering of wijziging en accommodatie; uitbreiding van de polikliniek en verandering of wijziging in accommodatie.

Er lijkt dus sprake te zijn van een grote vervlechting;

- dat weliswaar een groot aandeel van deze beslissingen op de korte termijn gericht zijn, maar dat ook middellange tot lange termijn veelvuldig aan de orde zijn (fig. V.8. tab. 6.8., bijlage 6 en overzichten 5.1. t/m 5.12., bijlage 5), bijvoorbeeld; investeringen, bouw, verbouw, apparatuur, aantrekken van medisch specialisten, externe samenwerkingsafspraken.

Er lijkt dus in zekere mate sprake te zijn van een verre tijds-horizon;

- de noodzaak lijkt te bestaan om met grote regelmaat beslissingen te nemen met betrekking tot structurele vernieuwingen. Zo vraagt het aantrekken van specialisten en specialismen om nieuwe samenwerkingsafspraken en tussen diverse categorieën personeel (bijvoorbeeld verpleging en paramedische diensten). Zo kan de uitbreiding van een dienst vragen om een nieuwe structuur van leidinggeven voor die dienst; zo vragen afspraken met een naburig ziekenhuis over gezamenlijke aanschaf en gebruik van een kostbaar apparaat om nieuwe samenwerkingsafspraken tussen specialisten en personeel van beide ziekenhuizen.

Er lijkt dus sprake te zijn van een hoge continuïteit;

- deze beslissingen een hoge mate van risico in zich kunnen dragen, gezien de vermoedelijke hoge onbepaaldheid van de besluitvorming.

Er lijkt dus sprake te zijn van een groot risico;

- de oc-noc-structuur vermoedelijk weinig beslissingsruimte overlaat, gezien het relatief kleine aantal alternatieven dat tijdens de vergaderingen ter sprake kwam (fig. V.10., tabel 6.10., bijlage 6).

Er lijkt dus sprake te zijn van een lage beschikbaarheid.

Bovenstaande overziend, geeft de bronnenstudie aanleiding tot de veronderstelling dat de besluitvorming in de drie ziekenhuizen ten aanzien van de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie inderdaad complex was. Dit komt overeen met de veronderstellingen die hierover in hoofdstuk III (paragraaf 3.3.1.) zijn gedaan.

Wat leert de bronnenstudie ons nog meer? In het onderstaande wordt hierop nog nader ingegaan in een afzonderlijke bespreking van de drie elementen die de centrale thema's van de theorie en het empirisch onderzoek vormden.

De oc-noc-structuur

Hoewel er, gelet op het bovenstaande, reden bestaat om aan te nemen, dat de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie een diversiteit van doelcomponenten bevat, doen de resultaten van de bronnenstudie vermoeden, dat de aandacht van de organisatietop in de drie ziekenhuizen (en vooral in de ziekenhuizen A en B) voornamelijk was gericht op medische doelcomponenten. Immers, in de beleidsdocumenten en de notulen van het formele overleg werd hiervoor de belangrijkste plaats ingeruimd. Daarbij valt op dat beslissingen ten aanzien van medische doelcomponenten nauwelijks doorvertaald leken te worden in de consequenties daarvan voor de organisatie, hetgeen voor de afstemming van de doelcomponenten van de diverse participanten toch nodig zou zijn. Dit kwam vooral tot uiting in de medische plannen van de ziekenhuizen A en B.

Voorts kan gezegd worden dat in alle drie de ziekenhuizen de externe afstemming, met name die met ziekenhuizen in de eigen regio, voornamelijk gericht leek te zijn op de afstemming van medische doelcomponenten, zoals het gezamenlijk aanschaffen en gebruiken van kostbare apparatuur, samenwerking ten behoeve van superspecialismen (bijvoorbeeld cardiologie), het vormen van maatschappen en dergelijke meer. In tabel 6.6., bijlage 6, is hier iets van te zien: in alle drie de ziekenhuizen waren het de medisch specialisten, die zich tijdens hun vergaderingen relatief het

meest bezighielden met vraagstukken van externe samenwerking. Indicatie voor de dominantie van de medische doelcomponenten in de externe afstemming is voorts, dat alle drie de ziekenhuizen naast een bestuurslid en een directielid ook een lid van de medische staf hadden afgevaardigd naar de vergaderingen van het regionaal overleg (paragraaf 2.1.2.).

Op grond van bovenstaande kan de veronderstelling geponeerd worden, dat complexiteitsreductie in de drie ziekenhuizen vooral plaatsvindt door reductie van het algemeen beleid tot voornamelijk medisch beleid. Indien wij de oc-noc-structuur nog bekijken aan de hand van de kenmerken die in hoofdstuk II (paragraaf 3.2.2.) zijn genoemd als van belang zijnde voor het beleidsplan, in casu doeloriëntering, kwantiteit, kwaliteit en economisch principe, kan het volgende gezegd worden.

In de beleidsdocumenten en notulen werd vooral aandacht besteed aan kwantiteit in termen van aantallen specialismen, specialisten, apparatuur, personeel, patiënten en dergelijke meer. Vooral in de ziekenhuizen A en B werd dit met name gezien in het licht van de concurrentiepositie van het ziekenhuis ten opzichte van naburige ziekenhuizen. Alleen in het beleidsplan in ziekenhuis C kwamen noties voor over de afstemming van de geboden zorg op de vraag van de bevolking (collectieve doeloriëntering).

Het kwaliteitsaspect kwam relatief weinig ter sprake en dan voornamelijk in termen van medische kwaliteit, in het kader van de intercollegiale toetsing in de ziekenhuizen B en C.

Van een weloverwogen afweging van kwantiteit en kwaliteit tegen kosten het economisch principe - leek nog nauwelijks sprake te zijn. In ziekenhuis C bestond in de beleidsdocumenten nog de meeste belangstelling voor het kostenvraagstuk.

De verandering van de oc-noc-structuur

Aan het begin van deze paragraaf is de complexiteit van de besluitvorming met betrekking tot de oc-noc-structuur (waardoor de oc-noc-structuur kan veranderen) reeds uitvoerig ter sprake geweest. De bronnenstudie geeft nog enige, zij het beperkte informatie, over dit proces, met name met betrekking tot de mate waarin het beleid tijdens de vergaderingen van bestuur, dagelijks bestuur, medische staf en ondernemingsraad expliciet ter tafel kwam. Gezien de beperkte mate waarin bij de behandeling van een onderwerp zowel de operationele als de niet-operationele componenten

besproken werden (fig. V.9., tab. 6.9., bijlage 6), kan verondersteld worden dat het beleid - althans in genoemde vergaderingen - niet zozeer expliciet aan de orde kwam.

Voorts zij nog gewezen op het gegeven dat slechts in één van de drie ziekenhuizen documenten aanwezig waren die betrekking hadden op alle in het theoretisch model onderscheiden fasen in de beleidsvorming. Het ontbreken van beleidsstukken over bepaalde fasen (met name de beleidsvaststelling en de uitvoering) in de beide andere ziekenhuizen, is een ondersteuning van de veronderstelling dat men zich op zijn minst lang niet altijd expliciet met het algemeen beleid leek bezig te houden.

Wat betreft de invloed van de participanten op het algemeen beleid, is in de documenten relatief weinig directe informatie te vinden, doch de resultaten van de bronnenstudie doen het sterke vermoeden rijzen, dat in elk geval de directie en (het bestuur van) de medische staf belangrijke participanten zijn. Van de externe participanten lijken vooral de naburige ziekenhuizen een belangrijke invloed te hebben (fig. V.13., overzichten 6.1. en 6.2., bijlage 6).

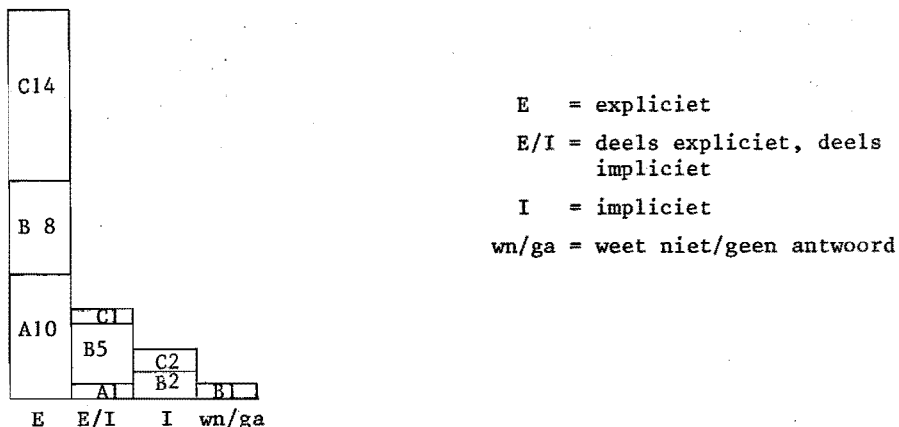
2.3. De resultaten van de interviews

De resultaten van de half gestructureerde interviews worden in het onderstaande vermeld in enkele staafdiagrammen en in de vorm van uitspraken door de respondenten. In bijlage 7 zijn de tabellen opgenomen waarvan de staafdiagrammen zijn afgeleid.

2.3.1. De visie van de respondenten op de oc-noc-structuur

In het voorgaande is opgemerkt, dat de oc-noc-structuur in de beleidsdocumenten en notulen niet duidelijk was geëxpliciteerd. Aan de respondenten is gevraagd in hoeverre zij van mening waren, dat er in hun ziekenhuis sprake was van een expliciet beleid.

In figuur V.14. wordt een beeld gegeven van de wijze waarop is geantwoord.



Figuur V.14. Een weergave van de mate waarin de respondenten in de ziekenhuizen A, B en C het beleid in hun ziekenhuis expliciet respectievelijk impliciet vonden. De getallen geven het aantal respondenten aan dat het betreffende antwoord gaf.

Uit bovenstaande figuur is af te leiden, dat de helft tot tweederde van de respondenten van mening was, dat er in hun ziekenhuis sprake was van een duidelijk beleid. Ter toelichting, waardoor de cijfers in deze tabel meer betekenis krijgen, volgen in het onderstaande nog een aantal uitspraken van respondenten in de drie ziekenhuizen.

Een directielid in ziekenhuis A:

"Er is wel een duidelijk stuk beleid in dit ziekenhuis, met name zoals het tot uiting komt in het overleg tussen bestuur, directie en medische staf. Het is echter beperkt tot de medisch specialistische ontplooiing en activiteiten".

Een diensthoofd in ziekenhuis B:

"Het hangt ervan af welke personeelscategorie het betreft. Voor mij is het beleid duidelijk, daar ik aan besprekingen deelneem waar ik het hoor. Een willekeurige leerling weet het niet".

Een directielid in ziekenhuis B:

"Het komt wel op tafel, maar niet altijd zo duidelijk. Er zijn dingen die langzaam rijpen, dan pas krijg je er zicht

op en kun je je afvragen: wat moeten wij daarmee?"

Een bestuurslid in ziekenhuis C:

"Ik ben er wel eens bang voor dat men niet weet wat het beleid is, omdat een aantal werknemers zich niets van structuren en beleid aantrekken. De kritiek op de beleidsnota's is nog te gematigd".

Voorts is de respondenten in de ziekenhuizen B en C (deze vraag is later toegevoegd) gevraagd wat naar hun mening de uitgangspunten waren die bij de beleidsvorming werden gehanteerd. Uit tabel 2 in bijlage 7 is af te leiden, dat in ziekenhuis B vooral werd genoemd het streven naar groei en ontwikkeling en het behoud van de eigen zelfstandigheid, in casu het kwantiteitsaspect werd benadrukt. In ziekenhuis C (tabel 7.3., bijlage 7) zag het merendeel van de respondenten het streven naar een optimale gezondheidszorg als belangrijk uitgangspunt, hetgeen onder meer te bereiken zou zijn door de ontwikkeling van meer patiëntgericht bezig zijn, de ontwikkeling van medical audit en de verpleegkundige professie, het verbeteren van de opleiding en de zorg voor mensen in en rond het bed. Hieruit spreekt een meer collectieve doeloriëntering en aandacht voor het kwaliteitsaspect.

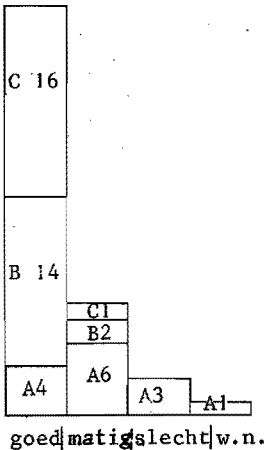
2.3.2. De visie van de respondenten op de verandering van de oc-noc-structuur

De vragen betreffende de verandering van de oc-noc-structuur waren gericht op de informatie-uitwisseling en communicatie en voorts op de procedures en technieken die gehanteerd kunnen worden om genoemde verandering tot stand te brengen.

In figuur V.15. is aangegeven hoe de respondenten antwoordden op de vraag hoe zij de informatie-uitwisseling in hun ziekenhuis beoordeelden.

In tegenstelling tot de respondenten in de ziekenhuizen B en C waren de respondenten in ziekenhuis A weinig tevreden over de informatievoorziening. Beide directieleden en een bestuurslid vonden de informatievoorziening zelfs gebrekkig of slecht. Een bestuurslid merkte in dit verband op:

"Sommige dingen worden bewust niet doorgegeven. De meeste infor-



Figuur V.15. Een weergave van de beoordeling door de respondenten in de ziekenhuizen A, B en C van de informatie-uitwisseling in hun ziekenhuis. De cijfers geven het aantal respondenten aan dat het betreffende antwoord gaf.

matie die bij het bestuur komt is gezeefd door de directie en de medische staf".

Een lid van de medische staf zei daarentegen:

"Het gebeurt nooit dat er ontwikkelingen zijn waar de staf niets van weet. Ook het bestuur is goed geïnformeerd".

Een diensthoofd merkte op:

"Ik heb wel de mogelijkheid om informatie te vragen, maar ik weet soms niet wát ik moet vragen".

Een verpleeghoofd had een ander probleem met de informatievoorziening:

"Het ziekenhuis doet wel z'n best je erbij te betrekken, maar de taal waarin ze spreken is te moeilijk. De helft begrijp ik niet.

Als verpleegkundige heb je daarvoor te weinig opleiding".

De mate waarin men de informatie-uitwisseling goed vond, leek samen te hangen met de mate waarin men meende zelf over voldoende informatie te beschikken: hoe meer men van mening was zelf over voldoende informatie te beschikken des te beter vond men de informatievoorziening. De directieleden en bestuursleden meenden vooral onvoldoende informatie over de gang van zaken in huis te hebben. Notulen-uitwisseling vond nauwelijks plaats.

Wat betreft het samenstellen van agenda's kan gezegd worden dat dit per type vergadering nogal verschilde: vergaderingen van

bestuur en dagelijks bestuur werden voornamelijk door de leden van het dagelijks bestuur geagendeerd, vergaderingen van de medische staf door het stafbestuur, van de OR door de voorzitter en de secretaris samen en de hoofdenvergaderingen door de directie. In ziekenhuis B waren de meeste respondenten van mening dat de informatie-uitwisseling goed, voldoende en open was en dat zij zelf over voldoende informatie beschikten. Bij doorvragen kwamen er echter toch een aantal problemen rond de informatie-uitwisseling naar voren. Als grootste probleem beschouwde men over het algemeen het gebrek aan respons vanuit het ziekenhuis. De volgende opmerkingen van respectievelijk een diensthoofd en een directielid zijn in deze illustratief:

"Er wordt op alle gelederen informatie verstrekt. De respons is echter nihil. Op de hoofdenvergadering bijvoorbeeld worden maar enkele vragen gesteld en het zijn ook altijd dezelfde die vragen hebben. De verpleeghoofdenvergadering wordt gemanipuleerd. Ze kunnen zich niet uiten wegens de tegenwoordigheid van de directie".

en:

"Hoeveel moeite moet je niet doen ze te bereiken. Het blijft altijd ergens hangen; het wordt niet doorgegeven. Ik merk dat het niet bij de jongsten terecht komt".

Ook in ziekenhuis B was weinig sprake van uitwisseling van notulen. Wat betreft het samenstellen van agenda's van vergaderingen kan uit de antwoorden van de respondenten opgemaakt worden dat vooral de directie hier de hand in had, bijvoorbeeld voor de vergaderingen van bestuur en dagelijks bestuur, de ondernemingsraad (samen met de secretaris) en de hoofdenvergaderingen.

In ziekenhuis C was men in eerste instantie tevreden over de informatie-uitwisseling, maar bij doorvragen leken er toch weer een aantal problemen te zijn. Een groot probleem was, dat de hoeveelheid, vaak schriftelijke, informatie vaak als te veel en te ongestructureerd werd ervaren of dat in de grote stroom informatie juist die welke men nodig had, ontbrak. Zo merkte bijvoorbeeld een diensthoofd op:

"Meestal is de informatie-uitwisseling erg goed. Soms is er teveel papier. Er worden teveel brieven geschreven. Soms heb je informatie nodig die er dan niet blijkt te zijn".

Een verpleeghoofd meende:

"We krijgen zoveel informatie, dat we het niet meer kunnen verwerken. Wel heb je het idee dat je soms te weinig informatie hebt om de grote lijnen te zien".

Over het algemeen waren de respondenten van mening dat zij zelf goed geïnformeerd waren, maar vroegen zij zich af of dit wel voor alle groepen en personen in het ziekenhuis gold. Notulen-uitwisseling vond in ziekenhuis C op beperkte schaal plaats. Voor het agenderen van vergaderingen werkte men veel met agendacommissies. De agenda van de bestuursvergadering werd opgesteld door de voorzitter van het bestuur en de medisch directeur.

In ziekenhuis C is tijdens de interviews voorts nog nader ingegaan op de verschillende overlegvormen via (ad-hoc) commissies en werkgroepen, hetgeen men zelf noemde: horizontaal overleg.

Over het algemeen werd de indruk gewekt dat men wel tevreden was over dit horizontaal overleg, maar verschillende respondenten maakten toch wel enig voorbehoud. Zo waren sommigen van mening dat het horizontaal overleg organisatorisch wel vorm had gekregen, maar dat het in werkelijkheid nog niet zo leefde. Eén van de respondenten merkte verder op dat inspraak hebben nog niet betekent dat je altijd maar je zin moet krijgen. Bovendien wekte het horizontaal overleg een stuk onduidelijkheid in de hand: "men weet niet (of zegt niet te weten) bij wie men met bepaalde problemen moet aankloppen".

Ook werd opgemerkt dat het overleg niet voldoende gestructureerd en begeleid werd. Het kwam bijvoorbeeld voor dat vier commissies met hetzelfde bezig waren. Tevens was er door de vele vormen van overleg nogal eens sprake van vertraging en verzanding. Tenslotte vonden een aantal respondenten het toch wel moeilijk hun deelname aan commissies, werkgroepen en besprekingen te combineren met hun drukke werkzaamheden.

Zoals reeds is opgemerkt was er toch wel een zekere mate van tevredenheid waarneembaar betreffende het horizontaal overleg. Zo werd opgemerkt dat hierdoor de sfeer toch wel beter was en de motivatie hoger. Daar profiteert ook de patiënt weer van, dacht men.

Tenslotte kan nog opgemerkt worden dat in alle drie de ziekenhuizen ook de informele contacten en het informeel overleg ter

sprake kwamen. Informeel overleg leek een belangrijk deel van de bestaande contacten te vormen, maar de opmerkingen hierover bleven nogal vaag.

Zo werd in ziekenhuis B gezegd door een diensthoofd:

"In privégesprekken worden proefballonnetjes opgelaten. Aan de hand van reacties daarop wordt de koers bepaald, mede bepaald".

Een afdelingshoofd in ziekenhuis C zei:

"Persoonlijk krijg ik veel informatie via informele contacten".

Een bestuurslid uit ziekenhuis A merkte op:

"Ik heb het gevoel dat informeel meer speelt dan in de notulen staat. De notulen zijn niet onwaar, maar gezeefd".

Met betrekking tot mogelijke procedures, methoden en technieken die men bij de beleidsvorming zou kunnen hanteren kan, op basis van de interviewgegevens opgemerkt worden dat daarvan in de drie ziekenhuizen op beperkte schaal gebruik werd gemaakt.

De meest gebruikelijke procedures, die elk jaar op vaste tijden werden doorlopen, waren die voor de opstelling van de beide begrotingen. De exploitatiebegroting, die voor het grootste deel uit personeelskosten bestaat, werd in alle drie de ziekenhuizen in overleg tussen personeelszaken, diensthoofden, afdelingshoofden en directie opgesteld. In ziekenhuis A hadden ook enkele bestuursleden hiermee bemoeienis (via de zogenaamde financiële commissie). De procedure voor de investeringsbegroting werd in alle drie de ziekenhuizen op een vast tijdstip gestart door het hoofd administratie of inkoop, met het rondsturen van formulieren aan diensthoofden, afdelingshoofden en specialisten, waarop zij hun wensen, vergezeld van een motivatie, kenbaar konden maken. Een eerste screening gebeurde in de drie ziekenhuizen door de directie al of niet in overleg met het hoofd administratie of inkoop.

In ziekenhuis A werd de begroting vervolgens in een medische en niet-medische investeringscommissie gebracht, die de directie moesten adviseren. Vervolgens kwam de begroting in de reeds eerder genoemde financiële commissie, bestaande uit enkele bestuursleden en directieleden. De respondenten waren over het algemeen van mening dat laatstgenoemde commissie nogal wat invloed had. Een bestuurslid merkte in dit verband op:

"Als de financiële commissie iets wel goed vindt, komt het er wel door. Andersom is het ook zo: als de financiële commissie iets niet wil, komt 't er ook niet door".

Na de financiële commissie kwam de begroting ter goedkeuring in het bestuur.

In de ziekenhuizen B en C werd de begroting na een eerste screening door de directie met de diensthoofden, afdelingshoofden en specialisten doorgesproken.

Een specialist in ziekenhuis B zei over de procedure:

"Kijk, het is heel simpel. Je krijgt elk jaar een papiertje van het hoofd inkoop, waarop je kunt zetten wat je graag wilt hebben. Nou, en dan bid je maar dat het doorgaat. Op een gegeven moment krijg je alles terug. Ieder kan dan zien wat ieder wel of niet krijgt. Er moet wat af, dat is een pijnlijk proces. Samen met de directie en het hoofd inkoop ga je daarover praten. In het algemeen kunnen veel dingen wel".

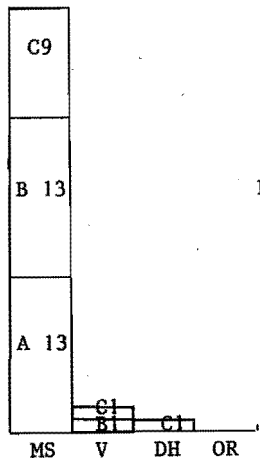
In ziekenhuis B gingen na dit "pijnlijke proces" alle gegevens terug naar het hoofd inkoop. Deze maakte dan de totale begroting op, die tenslotte ter goedkeuring aan het bestuur werd voorgelegd. In ziekenhuis C ging de begroting, na de gesprekken tussen directie, hoofden en specialisten, die door een directielid werden gekarakteriseerd als "een moeizaam werk", eerst ter advies naar de ondernemingsraad, dan naar het bestuur en tenslotte ter goedkeuring naar de gemeente: ziekenhuis C was immers een semi-overheidsinstelling.

Gezgd kan worden dat de begrotingsprocedure in ziekenhuis C de langste weg volgde, waarbij iets meer mogelijkheden tot inspraak, met name via het advies van de ondernemingsraad, werd geboden dan in de beide andere ziekenhuizen. In hoeverre hiervan in werkelijkheid gebruik werd gemaakt is evenwel moeilijk te zeggen. Zoals reeds is opgemerkt, werd in geen van de drie ziekenhuizen veel gebruik gemaakt van andere procedures. In de ziekenhuizen B en C werd enig onderzoek verricht ten behoeve van de informatieverzameling, maar dit gebeurde weinig systematisch. Evaluatie gebeurde globaal en onsystematisch of nauwelijks of helemaal niet. Zo merkte een diensthoofd in ziekenhuis B op:

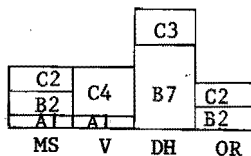
"Niemand legt verantwoording af. Eigenlijk wordt er nooit verantwoording afgelegd. Evaluatie gebeurt niet of niet goed".

2.3.3. De visie van de respondenten op de rol van de participanten

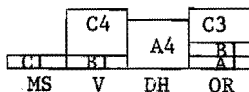
In de figuren V.16. tot en met V.21. is in beeld gebracht wat de respondenten dachten van de rol van de medische staf, de verpleging, de diensthoofden en de ondernemingsraad bij de beleidsvorming. De cijfers in de figuren geven het aantal respondenten aan.



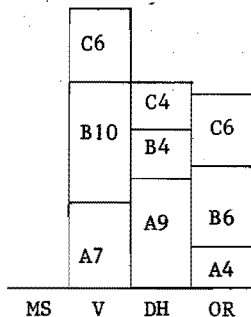
Figuur V.16. Het aantal respondenten dat de rol van medische staf, verpleging, diensthoofden en ondernemingsraad groot, belangrijk of actief achtte.



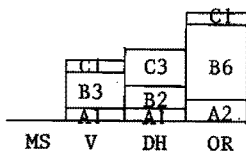
Figuur V.17. Het aantal respondenten dat de rol van medische staf, verpleging, diensthoofden en ondernemingsraad vrij groot of redelijk achtte.



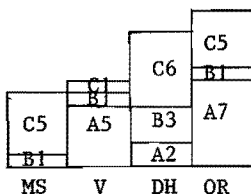
Figuur V.18. Het aantal respondenten dat meende, dat de betekenis van de rol van medische staf, verpleging, diensthoofden en ondernemingsraad toenam of op gang kwam.



Figuur V.19. Het aantal respondenten dat de rol van de medische staf, verpleging, diensthoofden en ondernemingsraad niet groot of vrij passief achtte.



Figuur V.20. Het aantal respondenten dat de rol van de medische staf, verpleging, diensthoofden en ondernemingsraad niet of nauwelijks belangrijk of passief achtte.



Figuur V.21. Het aantal respondenten dat te kennen gaf, dat de rol van medische staf, verpleging, diensthoofden en ondernemingsraad voor hen niet duidelijk was of dat zij het niet wisten.

In het algemeen kan opgemerkt worden dat in de perceptie van de respondenten uit ziekenhuis A de medische staf een belangrijke rol speelde, terwijl van de kant van de andere groepen daar weinig tegenover werd gesteld. Ook in ziekenhuis B waren de respondenten van mening dat de medische staf een belangrijke

rol speelde, maar daar stond een actievere rol van anderen, met name van de diensthoofden tegenover.

In ziekenhuis C was de rol van de medische staf volgens de respondenten eveneens groot, maar leek in hun perceptie de inbreng van de andere groepen, met name de verpleging en ook de ondernemingsraad, toe te nemen.

Tenslotte kan nog opgemerkt worden dat in de drie ziekenhuizen over het algemeen meer zicht bestond op de rol van medische staf en verpleging dan op de rol van diensthoofden en ondernemingsraad.

In het onderstaande volgt een bespreking van de rol die de genoemde groepen volgens de respondenten speelden bij de beleidsvorming.

De rol van de medische staf

De meest gehoorde argumenten voor de belangrijk en actief geachte rol van de medische staf waren:

- de rol van de staf is essentieel, want de werking van het ziekenhuis wordt bepaald door het werk van de staf
- de staf komt met de meeste initiatieven; uiteindelijk krijgen zij ook altijd hun zin
- het gaat om hun eigen belangen, hun eigen "winkel"
- zij zijn in staat op hetzelfde niveau met directie en bestuur te overleggen.

Een bestuurslid uit ziekenhuis C merkte in dit verband op:

"Ze hebben de belangrijkste stem in het kapittel. Je bent erg afhankelijk van hun kwaliteit en inzet, zonder dat je er veel richting aan kunt geven. Ze maken het beleid wel niet zelf, maar je moet zo dikwijls je beleid op hen afstemmen, dat hun rol toch van groot belang is".

Ook de opmerkingen van een bestuurslid uit ziekenhuis A zijn in deze illustratief:

"Het is gewoon een historisch gegroeide situatie. De artsen hebben een duidelijker plateau waarop ze hun zegje kunnen zeggen. Het bestuur van de staf vergadert ook met de directie. De verpleging heeft zo'n plateau niet. Zij zijn van de kaart in een gesprek met de staf. De twee partijen zijn erg onevenwichtig in hun mogelijkheden.

Ik voel de staf aan als een macht. Je ziet ze niet, maar toch voel je goed dat ze er zijn. Wat zij willen wordt door de directie in het bestuur geleid. Het bestuur kan zich hier

niet tegen verzetten. Hun voorstellen worden ook altijd overgenomen, maar wie ben ik, dat ik er tegenin zou gaan. Het wordt logisch gesteld, maar het is natuurlijk gezeefde informatie".

Een directielid in ziekenhuis B vertelde:

"Alles wat op 't medisch vlak ligt, is uiterst belangrijk. Het probleem is: ze zitten niet in de hiërarchie, maar participeren wel in het overleg. Daar zijn ze uiterst belangrijk. De opinie die in de medische staf leeft is de basis voor de besluitvorming. Er moet heel wat gebeuren, willen directie en bestuur niet ingaan op een goed gefundeerde mening van de medische staf".

De verpleging

Met betrekking tot de verpleging werd over het algemeen gezegd dat zij vroeger helemaal niets in te brengen had, maar dat gedurende de laatste jaren een ontwikkeling naar een actievare rol van de verpleging op gang komt. Vooral in ziekenhuis C werd deze ontwikkeling gesignaleerd, terwijl men in ziekenhuis A hier het minst aan toe leek te zijn. Voorts was men van mening dat de verpleging vooral op eigen terrein actiever werd, maar dat haar rol bij de behandeling van vraagstukken op het terrein van het algemeen beleid nog gering was.

Een verpleeghoofd in ziekenhuis A merkte in dit verband op:

"Ik heb nog niet meegemaakt dat we ergens bij betrokken werden. De hoofdenvergadering is meer praten over koetjes en kalfjes. Dat is 't toch niet. Wat het wel zou moeten zijn weet ik ook niet. 't Is moeilijk. Maar soms denk ik van die hoofdenvergadering: wat een verloren tijd. Ieder zit ook zo vol met praktische problemen dat er geen tijd is om nieuwe dingen aan te snijden".

Een specialist in ziekenhuis C zei het volgende:

"Ten aanzien van de verpleegkundige beleidslijnen hebben zij een grote C. Maar kom je in grotere projecten, dan doen ze niet mee. Ze komen nu wat in het geweer en we beginnen te leren ze erbij te halen".

Een directielid in ziekenhuis B:

"De verpleging mocht van mij wel eens wat meer op z'n poot spelen. Bij tijd en wijle doen ze dat wel, maar soms denk je: "dutton ze nou in of zo". Ze hebben het

De diensthoofden

Over de rol van de diensthoofden werden in alle drie de ziekenhuizen nogal tegenstrijdige meningen naar voren gebracht: de een vond dat zij wel een belangrijke rol speelden, de ander niet. Dit leek onafhankelijk te zijn van de positie van de respondenten. Over het algemeen was men het er wel over eens dat de rol van de diensthoofden het meest tot uiting kwam in individuele adviezen aan de directie, op het eigen terrein en op grond van de eigen deskundigheid. Als groep leken zij één minder belangrijke rol te spelen bij de beleidsvorming.

Zo sprak een OR-lid in ziekenhuis B:

"Er zijn een aantal diensthoofden die wel degelijk invloed hebben, via hun specifieke deskundigheid. Bij belangrijke beslissingen kunnen ze niet gepasseerd worden".

Een bestuurslid in ziekenhuis C merkte op:

"In het bestuur merk je weinig van de rol van de diensthoofden. Zij dragen met elkaar stenen aan, maar je moet ver terug zoeken om na te gaan wat hun bijdrage is".

De rol van de ondernemingsraad

Ook over de rol van de ondernemingsraad werd verschillend gedacht. In alle drie de ziekenhuizen werd zowel de opmerking dat de ondernemingsraad niets voorstelde, als de opmerking dat de raad toch een redelijk belangrijke rol speelde, gehoord.

Voorts werd gewezen op specifieke problemen waar ondernemingsraden ook in het algemeen mee te kampen hebben, zoals:

- het contact met de achterban; vooral in de ziekenhuizen A en B werd hierop gewezen
- vergadertechnische problemen
- opleidingsniveau, mondigheid en inzicht van de leden.

Een diensthoofd in ziekenhuis C merkte over de OR op:

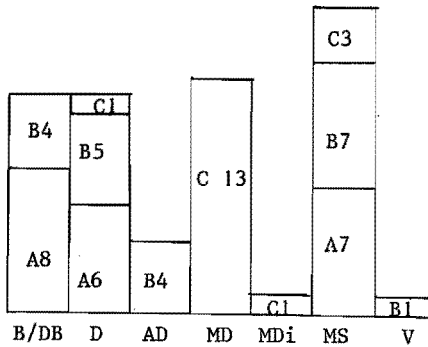
"Ze functioneren nog niet optimaal. Ze worden wél goed geïnformeerd, zoveel dat de diensthoofden zich zorgen maken: ze weten meer dan de diensthoofden. Dáár horen we of een investeringsbegroting geaccepteerd is".

Een directielid in ziekenhuis B sprak:

"Ze functioneren wel moeilijk. Het gaat voornamelijk om persoonlijke aangelegenheden: studiefaciliteiten, finan-

ciële aspecten, niet om grotere zaken".

In figuur V.22. wordt een beeld gegeven van de wijze waarop de respondenten antwoordden op de vraag wie in huis naar hun mening zeer veel invloed uitoefenden op de vorming van het algemeen beleid.



Figuur V.22. Het aantal malen dat bestuur of dagelijks bestuur (B/DB), directie (D), algemeen directeur (AD), medisch directeur (MD), medische directie (MDi), medische staf (MS) en verpleging (V) in de ziekenhuizen A, B en C werden genoemd als zeer invloedrijk bij de beleidsvorming.

In ziekenhuis A hadden bestuur, directie en medische staf in de perceptie van de respondenten bijna evenveel invloed bij de beleidsvorming.

Over de invloed van het dagelijks bestuur zei een bestuurslid in dit ziekenhuis:

"Als je het eigenlijk goed analyseert, komen de dingen in het dagelijks bestuur tot stand. Het algemeen bestuur bekrachtigt alleen. Er wordt wel gevraagd: "Bent U het er mee eens?" Dat is moeilijk te beantwoorden, daar je te weinig informatie hebt".

Een lid van de ondernemingsraad sprak:

"De medische staf heeft de meeste invloed. De inbreng van de staf komt voort uit het motief dat zij hier hun brood moeten verdienen. De arts heeft een heel andere invalshoek; hij is hier niet in loondienst, kan zich daarom meer permitteren. Bovendien heeft hij meer status als medicus. Ook schermen zij altijd met hun "medische verantwoordelijkheid". Daar zou ik ook niets tegenin willen brengen".

In ziekenhuis B lag de meeste invloed in de perceptie van de respondenten meer bij de directie: de directie als totaal of de persoon van de algemeen directeur. Toch werden ook de medische staf en, in mindere mate, het (dagelijks) bestuur als invloedrijke instanties bij de beleidsvorming gezien.

Een bestuurslid bracht zijn mening als volgt naar voren:

"De algemeen directeur heeft een heel sterke inbreng. Hij heeft een heel grote invloed op de algemene beleidsvorming. Zijn sterke positie komt ook door z'n externe contacten en zijn deskundigheid. Verder mag de inbreng van het dagelijks bestuur niet onderschat worden; die is erg substantieel".

In ziekenhuis C werd, zoals reeds is opgemerkt, in hoofdzaak de medisch directeur - en wel, zoals de respondenten opmerkten, voornamelijk om zijn persoonlijke eigenschappen - gezien als degene met de meeste invloed op het beleid.

Een lid van de medische staf merkte in dit verband op:

"De medisch directeur heeft de meeste invloed. Hij werkt vreselijk hard, heeft veel kennis van zaken, weet het steeds beter, is vreselijk goed geïnformeerd. De medische staf drukt ook wel een stempel op het beleid, maar niet meer zo geprononceerd als vroeger onder andere directies. Er is ook meer inbreng van personeelszaken, commissies en zo".

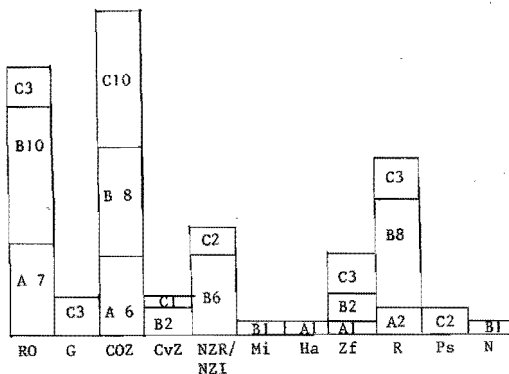
Een verpleeghoofd sprak:

"Het is de medisch directeur, die de meeste invloed heeft. Hij is een uitgesproken leider".

Een bestuurslid merkte op:

"Verreweg de meeste invloed heeft de medisch directeur. Hij steekt ver boven alles uit. Kan goed formuleren. Hij zegt altijd dat hij eigenlijk gelijk heeft. Een nadeel is: hij heeft gelijk. Hij is voortrekker, altijd".

Een beeld van de antwoorden op de vraag wie buiten het ziekenhuis naar de mening van de respondenten zeer veel invloed had op het beleid in het ziekenhuis wordt gegeven in figuur V.23.



Figuur V.23. Het aantal malen dat de rijksoverheid (RO), gemeente (G), het centraal orgaan ziekenhuistarieven (COZ), het college voor ziekenhuisvoorzieningen (CvZ), de nationale ziekenhuisraad of het nationaal ziekenhuisinstituut (NZR/NZI), de medische inspectie (Mi), de huisartsen (Ha), het ziekenfonds (Zf), de regionale situatie dan wel de naburige ziekenhuizen (R), de politieke situatie of publieke opinie (Ps) en niemand (N) werden genoemd in de ziekenhuizen A, B en C als zeer invloedrijk bij de beleidsvorming.

Uit figuur V.23. is af te leiden, dat in alle drie de ziekenhuizen vooral het COZ, de rijksoverheid en de regionale (ziekenhuis)situatie werden gezien als zeer invloedrijk op de beleidsvorming.

In alle drie de ziekenhuizen zag men een sterke toename van de overheidsinvloed. Deze invloed werd dikwijls als een belemmering voor de eigen beleidsvorming en soms zelfs als een bedreiging ervaren.

Illustratief zijn in dit verband de opmerkingen van een specialist in ziekenhuis B:

"De laatste jaren verschijnt "Den Haag" als een voortdurende dreiging boven ons hoofd. Dit straalt uit naar lagere organen. Natuurlijk is een zekere ordening wel noodzakelijk, maar subjectief ervaar je 't wel als een dreiging".

Een bestuurslid in ziekenhuis A bracht een gelijksoortige mening naar voren:

"Het is begrijpelijk dat er wat gecoördineerd moet worden. Maar zij werken voor de ziekenhuizen nu meer beleidsafremmend. Het ministerie gaat steeds meer invloed krijgen, maar wat zij doen, dat is toch geen beleid, dat is alleen

maar kappen".

In ziekenhuis C werd meerdere malen gewezen op bepaalde tegenstrijdigheden in het overheidsbeleid. Een bestuurslid merkte in dit verband bijvoorbeeld op:

"Die inconsequenties in dat overkoepelend beleid! Of zelfs het ontbreken van beleid! Zo willen ze aan de ene kant het beddenaantal terug en verkorting van verpleegduur. Maar je krijgt een afstraffing als je het doet".

Wat betreft het COZ werd vrijwel unaniem naar voren gebracht dat deze instantie zo invloedrijk was omdat zij aan de geldkraan draaide. Over het functioneren van het COZ bestonden evenwel een aantal tegengestelde meningen. Zo sprak een diensthoofd in ziekenhuis A:

"Het COZ heeft niet voldoende gereedschap om alles te overzien. Bij goed onderbouwde aanvragen krijg je dan ook heus wel wat van ze gedaan".

Een directielid in ziekenhuis B merkte daarentegen op:

"Zij zijn de enigen die weten waar ze over praten. Ze hebben een stevige documentatie over het proces in het ziekenhuis zelf. Er is een gebrek aan instanties die over dezelfde kennis beschikken. Zij zijn de enige instelling die goed functioneert. Ze hebben een goede staf. Ze maken duidelijkheid van de vage kreten uit Den Haag".

Met betrekking tot de invloed van de regionale (ziekenhuis)situatie werd onder meer het volgende gezegd:

Een diensthoofd in ziekenhuis B:

"Wat je doet is afhankelijk van je directe omgeving. Bij het ontwikkelen van bepaalde specialismen, wordt altijd eerst naar het andere ziekenhuis gekeken".

Een bestuurslid uit ziekenhuis A zei:

"In de totale regio is de situatie als volgt: het ene ziekenhuis moet ten koste van het andere groeien. Dit leidt gewoon tot een gevecht op leven en dood".

Op de vraag aan de respondenten naar de wijze waarop zij de eigen invloed op het beleid zagen werd niet altijd een duidelijk antwoord gegeven. De meeste respondenten vonden dit moeilijk te bepalen. Sommigen noemden vooral de wijze waarop zij meenden invloed te kunnen uitoefenen, zoals een hoofd in ziekenhuis A:

"Ik heb eens in de veertien dagen een werkbespreking met de directeur-geneesheer. Ik vind het prettig, dat ik dan veel dingen kwijt kan".

Anderen meenden alleen zelf invloed te hebben voor zover het 't eigen vakgebied betrof en weer anderen maakten op meer indirecte wijze duidelijk hoe zij de eigen invloed percipieerden, zoals een bestuurslid in ziekenhuis B:

"Ach, we hebben in doorsnee toch wel klaar gekregen wat we wilden".

en een hoofd in ziekenhuis B:

"Als ik het idee had dat ik niks kon inbrengen, dan gaf ik de moed op. Je hebt altijd wel een beetje het idee van wel".

De antwoorden op de vraag wie in huis inzage zou moeten krijgen in het rapport waarin de onderzoekgegevens vermeld zouden worden, liepen in de drie ziekenhuizen niet ver uiteen. Het meest werden in dit verband bestuur en directie genoemd (beide 18 maal), vervolgens de medische staf (15 maal), de diensthoofden en/of afdelingshoofden (13 maal) en tenslotte de ondernemingsraad (12 maal) en degenen die aan het onderzoek hadden meegewerkt (12 maal).

2.3.4. Bespreking van de interviewresultaten

De interviewresultaten zullen besproken worden aan de hand van de drie thema's, die hier telkens weer terugkomen, omdat zij in de theorie en de vraagstelling van het empirisch onderzoek zo'n belangrijke plaats innemen: de (inhoud van de) oc-noc-structuur, de verandering daarvan en de participanten die invloed uitoefenen op die verandering. Aan dit laatste thema wordt de meeste aandacht besteed, omdat de meeste interviewvragen hierop betrekking hadden. Waar mogelijk zullen vergelijkingen met de resultaten van de bronnenstudie worden getrokken.

De oc-noc-structuur

Hoewel (op grond van de gegevens in figuur V.9.) verondersteld kon worden, dat tijdens de vergaderingen het beleid niet expliciet aan de orde kwam, waren de meeste respondenten, ook diensthoofden en leden van de ondernemingsraden, van mening dat het in hun ziekenhuis gevoerde beleid voor henzelf althans duidelijk was. Wel twijfelde men er - ook in alle drie de ziekenhuizen - aan of die duidelijkheid ook bij het overige personeel bestond.

Uit het bovenstaande is af te leiden, dat de weinig expliciete formulering van het beleid tijdens vergaderingen er nog niet toe behoefte te leiden, dat de participanten menen de inhoud van het beleid niet te kennen. In met name de ziekenhuizen A en B werden vooral medische doelcomponenten genoemd in verband met de beleidsinhoud. Dit versterkte het op grond van de bronnenstudie geuite vermoeden, dat vooral in die ziekenhuizen sprake was van dominantie van medische doelen. In ziekenhuis C daarentegen werden door de respondenten eerder niet medische doelcomponenten genoemd.

De verandering van de oc-noc-structuur

Wat betreft de informatievoorziening waren de respondenten in ziekenhuis A weinig tevreden, terwijl men in de beide andere ziekenhuizen wel tevreden leek te zijn. Toch bleken er, bij doorvragen, in beide ziekenhuizen problematische aspecten aan de informatievoorziening te kleven.

In ziekenhuis B meende men op directieniveau onvoldoende informatie en respons vanuit het huis ("van onderaf") te krijgen, een probleem dat overigens ook in ziekenhuis A, zowel van bestuurszijde als van directiezijde, naar voren werd gebracht.

In ziekenhuis C had men, afgaande op de antwoorden van de respondenten, duidelijk moeite met de reductie van de grote hoeveelheid en verscheidenheid van de informatie, die men kreeg via participatie aan velerlei overlegvormen zoals commissies en werkgroepen. Mogelijk houdt dit verband met het ontbreken van procedures, methoden en technieken ten behoeve van de informatieverzameling en de beleidsvorming. Immers, de interviews bevestigden het vermoeden, op grond van de bronnenstudie geuit, dat op dit terrein, met uitzondering van de begrotingsprocedures, nog weinig was ontwikkeld in de drie ziekenhuizen.

De rol van de participanten

Het op grond van de bronnenstudie geuite vermoeden dat de directie en de medische staf belangrijke participanten zijn bij de beleidsvorming lijkt door de interviewresultaten geheel bevestigd te worden.

In ziekenhuis C leek, afgaande op de antwoorden van de respondenten, sprake te zijn van de uitgesproken invloed van één persoon uit de directie, namelijk de medisch directeur. Met name persoonlijke eigenschappen, in hoofdstuk II genoemd als één van de aspecten van de kwaliteit van de beslisser, werden genoemd als de belangrijkste reden

voor die invloed.

Duidelijk komt in de antwoorden en uitspraken naar voren hoe groot de invloed van de medische staf in de perceptie van de respondenten is en op welke gronden de medische staf zo'n invloed heeft.

Men ziet de (kwaliteit van de) staf als onontbeerlijk voor het goed functioneren van het ziekenhuis (geciteerde uitspraken van een bestuurslid uit ziekenhuis C en een directielid uit ziekenhuis A), terwijl zij eigenlijk ongrijpbaar zijn, niet te beïnvloeden of te sturen (geciteerde uitspraken van bestuursleden uit de ziekenhuizen A en C en een directielid uit ziekenhuis B). Dit bevestigt de op grond van de theorie geuite veronderstelling dat de medische staf een invloedrijke en machtige participant zal zijn, omdat zij als degenen die de "core-technology" beheersen en beoefenen, tevens ook een bron van onzekerheid zijn (3). Dit laatste wegens hun ongrijpbare positie in het ziekenhuis. Wat betreft de invloed van de participanten kan voorts nog gezegd worden, dat de rol van het bestuur belangrijk werd geacht door de respondenten die afkomstig waren uit de ziekenhuizen waar een dagelijks bestuur aanwezig was (de ziekenhuizen A en B).

Tenslotte zij nog vermeld, dat de rol van verpleging, diensthoofden en ondernemingsraad bij de vorming van het algemeen beleid door de respondenten van duidelijk minder grote betekenis werd geacht dan die van de medische staf, directie en bestuur. Dit komt overeen met het beeld dat bij lezing van de notulen van de verschillende vergaderingen naar voren kwam en dat onder meer weergegeven is in de subjectieve indruk van de onderzoeker van deze vergaderingen (paragraaf 2.2.2.2.).

In ziekenhuis C leek, gezien de antwoorden van de respondenten, de betekenis van de medische staf en het bestuur af te nemen, terwijl die van verpleging, diensthoofden en ondernemingsraad meer tot ontwikkeling leek te komen. Een dergelijke ontwikkeling is ook te zien in het beeld van de communicatiestructuur in dit ziekenhuis, dat is gegeven in figuur V.3.

Wat betreft de invloed vanuit de omgeving werd die van de overheid en haar adviesorgaan het COZ, het krachtigst gevoeld door de respondenten uit alle drie de ziekenhuizen. Het leek erop dat men hier nog erg aan moest wennen. Men zag het dikwijls eerder als een belemmering voor de gehele beleidsvorming dan als "constraint" waarbinnen men aan het beleid zou kunnen werken. Een aantal respondenten stond in dit verband de regionale situatie en de afstemming van het eigen beleid op dat van

andere ziekenhuizen, reeds tamelijk scherp voor ogen: "het wordt steeds meer rekening houden met de anderen". In theoretische termen zou men dit kunnen beschouwen als het begin van een verschuiving van, zoals Rhenman (1969) het noemt, "dominance" naar "mapping" of zelfs "matching". Ook op grond van inhoud van de documenten is deze veronderstelling te poneren, gezien de aandacht die daarin geschonken wordt aan het regionaal overleg en samenwerkingsprojecten met andere ziekenhuizen.

2.4. Ziekenhuis C

In het voorgaande is vooral de nadruk gelegd op de overeenkomsten tussen de drie ziekenhuizen. Toch zal uit het verslag van de onderzoeksresultaten naar voren zijn gekomen, dat ziekenhuis C een wat afwijkend beeld te zien gaf vergeleken bij de beide andere ziekenhuizen en wel omdat in dit ziekenhuis:

- de aandacht enigszins leek te verschuiven van medische doelcomponenten naar doelcomponenten van andere participanten;
- in de oc-noc-structuur van de organisatie relatief het meest die aspecten herkenbaar waren, die in het theoretisch model zijn genoemd als essentieel voor een "goede" oc-noc-structuur, te weten noties over de algemene doelen, kwantiteit, kwaliteit en het economisch principe;
- documenten te vinden waren, betreffende alle in het theoretisch model genoemde fasen van het beleidvormingsproces;
- een duidelijke ontwikkeling van andere overlegvormen, waardoor meer participanten bij de beleidsvorming betrokken werden, was te signaleren;
- een begin van terugkoppeling en evaluatie van het algemeen beleid plaatsvond, zij het heel globaal, in het jaarverslag;
- een verschuiving in de invloed van de verschillende participanten leek op te treden, te weten:
 - . een vergeleken bij de beide andere ziekenhuizen minder belangrijke rol van bestuur en medische staf
 - . een ontwikkeling van de betekenis van de verpleging, hoofden en ondernemingsraad.

Voor de verschillen tussen ziekenhuis C en de beide andere ziekenhuizen zijn vanuit de theorie gezien wel een aantal redenen te vinden, zoals:

- de betekenis van de core-technology

Het ontwikkelen en uitbreiden van de core-technology in termen van functies, specialisten, specialismen en apparatuur, was in ziekenhuis C tot een minder dwingende noodzaak geworden, aangezien dit ziekenhuis reeds over het meest uitgebreide pakket medische voorzieningen (en grootste beddenaantal) in de regio beschikte;

- kenmerken van de bestuursstructuur als factor van invloed op de kwaliteit van de beslissers. In het voorgaande is reeds gewezen op de grote invloed die de medisch directeur leek te hebben op de beleidsvorming in ziekenhuis C.

Juist deze directeur was, aldus de respondenten, degene die de ontwikkeling naar andere overlegvormen, meer inbreng van de verpleging en dergelijke initieerde en krachtig stimuleerde.

Voorts zou de grote invloed van de medisch directeur, tezamen met het ontbreken van een dagelijks bestuur een reden kunnen zijn voor de minder grote invloed van het bestuur.

Tenslotte kan verondersteld worden, dat de banden met de gemeentelijke overheid die ziekenhuis C op grond van zijn status als semi-overheidsinstelling had, enige invloed uitoefenden op de beleidsvorming. Zo kwam het beleidsplan, in ziekenhuis C als enige aanwezig, mede tot stand in opdracht van de gemeente. De wijze waarop dit beleidsplan was opgebouwd deed ook denken aan een opbouw volgens een bij de overheid nogal gebruikelijk planningsstelsel, en wel PPBS, in casu Planning, Programming and Budgeting System (4).

- de invloed van de omgeving.

Gezien de dominante positie van ziekenhuis C in de omgeving, met name wat betreft de core-technology, was de relatieve betekenis van hetgeen andere ziekenhuizen op dit terrein deden voor ziekenhuis C niet zo groot als voor de ziekenhuizen A en B. Ook deze omstandigheid kan ertoe bijgedragen hebben, dat de aandacht voor de core-technology in ziekenhuis C minder groot was. Bovendien bood de regionale situatie voor ziekenhuis C wegens de overbedding nauwelijks mogelijkheden voor expansie van de klinische functie. Het is derhalve niet verwonderlijk dat plannen voor uitbreiding in ziekenhuis C alleen betrekking hadden op uitbreiding van de polikliniek;

De resultaten van de case-study overziend, blijft de vraag open naar de generaliseerbaarheid van deze resultaten. In hoeverre is

de gang van zaken in de drie ziekenhuizen in meer algemene zin gebruikelijk? Door middel van de reeds in het voorgaande genoemde interviews met directieleden uit dertig, via een aselechte steekproef getrokken, ziekenhuizen is ernaar gestreefd de resultaten van de case-study in een wat ruimer kader te plaatsen. In het onderstaande wordt hier nader op ingegaan.

3. De interviews met directieleden uit dertig ziekenhuizen

3.1. Inleiding

Voor het verkrijgen van de medewerking van de directieleden is met hen schriftelijk contact opgenomen. De directies van zes ziekenhuizen waren niet bereid aan het onderzoek mee te werken. Zij zijn vervangen door de directies van zes (eveneens aselekt gekozen) ziekenhuizen. De gestructureerde vragenlijst is tijdens een gesprek van een interviewer met de directieleden ingevuld. Deze gesprekken vonden meestal met de directieleden afzonderlijk plaats. Enkele directieleden hebben de lijst, na een toelichting van de interviewer, zelfstandig ingevuld. Dit kwam met name voor in die gevallen, dat men te weinig tijd voor een gesprek beschikbaar had. De resultaten van deze interviews zullen beschrijvenderwijs worden gegeven. Voor de cijfermatige gegevens moge ik verwijzen naar rapport nummer 78.011 van het Ziekenhuis Research Project, getiteld Ziekenhuisbeleid (Mur-Veeman en Van Lierop, 1978).

In bijlage 8 zijn enkele achtergrondgegevens van de dertig ziekenhuizen opgenomen en vergeleken met die van de drie ziekenhuizen van de case-study.

3.2. De mening van de respondenten over de inhoud van de oc-noc-structuur

Naar het oordeel van de respondenten hadden belangrijke aspecten van het algemeen beleid betrekking op uitbreiding, met name van bouwkundige voorzieningen, specialisten en disciplines en het voeren van een goed personeelsbeleid. Dit in het kader van het streven naar een zo goed mogelijke patiëntenzorg, hetgeen inhield een kwalitatief goede verpleegkundige en medische behandeling, vanuit een menselijke benadering tegen lage kosten.

Wat betreft de aandachtsverdeling over de verschillende taaksectoren bij bestuur en directie kwam uit de antwoorden van de directieleden een iets

ander beeld naar voren dan op grond van de case-study kan worden aangenomen. Was uit de case-study in de drie ziekenhuizen af te leiden dat de primaire taaksector de meeste aandacht genoot bij de besturen en directies (met uitzondering van het bestuur van ziekenhuis C), volgens de directieleden in de dertig ziekenhuizen bestond bij de besturen de meeste belangstelling voor structuurvraagstukken en de bestuurlijke sector, zaken die in de ziekenhuizen A, B en C minder vaak aan de orde kwamen in de notulen. Het is niet onmogelijk dat de wenselijkheid dat het bestuur zich vooral met de grote lijnen en bestuurlijke vraagstukken bezighoudt, in de perceptie van de directieleden een rol heeft gespeeld.

De termijn waarop het beleid was gericht was, aldus de geïnterviewde directieleden, vooral korte termijn of een combinatie van korte en lange termijn.

3.3. De mening van de respondenten over de verandering van de oc-noc-structuur

De vragen betreffende de verandering van de oc-noc-structuur hadden betrekking op de communicatie zowel binnen als tussen de ziekenhuizen en voorts op de stand van zaken betreffende de evaluatie van het medisch handelen.

Gevraagd naar het voorkomen van verschillende vormen van overleg in huis, in casu formeel overleg, informeel overleg, vaste commissies en ad-hoc commissies, werd het formeel overleg (via vaste vergaderingen, zoals die van bestuur, directie, medische staf, diensthouders en ondernemingsraad) als de meest voorkomende overlegvorm genoemd, gevolgd door informeel overleg en overleg via vaste commissies. Ad-hoc commissies werden in dit verband het minst vaak genoemd als veelvuldig voorkomende overlegvorm.

Voorts zij nog gewezen op de belangrijke rol die de respondenten aan het informeel overleg toekenden. De gegevens uit de case-study waren op dit punt tamelijk vaag - de onderzoeksmethodiek was hierop ook niet gericht - hoewel ook daaruit afgeleid kan worden dat informeel overleg een belangrijke communicatievorm is bij de beleidsvorming.

Vermeldenswaard is verder dat alle dertig ziekenhuizen waarvan de directieleden zijn geïnterviewd, waren betrokken bij regionaal overleg tussen ziekenhuizen binnen een bepaald gebied. Dit overleg vond plaats binnen, meestal nog niet zo lang bestaande,

overlegorganen of samenwerkingsverbanden, waarin de ziekenhuizen, meestal vertegenwoordigd door leden van bestuur en directie én medische staf (hetgeen ook in de ziekenhuizen A, B en C het geval was) met elkaar de regionale situatie en mogelijke vormen van samenwerking bespraken.

Over de achterliggende bedoelingen van regionale samenwerkingsverbanden geeft onderstaande uitspraak van een respondent enige opening van zaken:

"De overheid probeert steeds meer grip op de ziekenhuizen te krijgen. Via het overlegorgaan kun je proberen tot een gezamenlijke standpunt-formulering te komen".

Ten aanzien van de evaluatie van het medisch handelen ("intercollegiale toetsing" of "medical audit") is aan de geïnterviewde directieleden niet alleen gevraagd of in hun ziekenhuis sprake was van een of andere vorm van medical audit, maar ook wat deze vorm van medical audit inhield. Dit omdat in de ziekenhuizen B en C sprake was van een relatief ver ontwikkelde vorm van medical audit, hetgeen inhield:

- de aanwezigheid van een medical audit commissie, die op vastgestelde tijdstippen beraadslaagt;
- het regelmatig (in casu meerdere malen per jaar) voorkomen van onderzoeken naar de kwaliteit van het medisch handelen, op initiatief en/of onder leiding van de medical audit commissie. Deze onderzoeken verlopen dan als volgt:
het systematisch verzamelen en analyseren van gegevens, gevolgd door een bespreking in de medische staf.

Deze meer ontwikkelde vorm van medical audit kwam in zeven (23%) van de dertig ziekenhuizen voor, althans volgens de ondervraagde directieleden.

3.4. De mening van de respondenten over de rol van de participanten

Over de rol van de participanten waren de respondenten van mening, dat vooral de diensthoofden een actieve rol speelden.

Op grond van de gegevens van de case-study zouden deze resultaten niet verwacht worden. Toch zijn zij niet geheel onverklaarbaar, indien men er van uitgaat dat de antwoorden van de respondenten mede werden bepaald door opvattingen over de wenselijkheid van bepaalde antwoorden,

zoals de wenselijkheid van participatie aan belangrijke beslissingen door alle betrokkenen, en voorts door hun perceptie ten gevolge van hun specifieke positie.

Inmers, directieleden hebben in het kader van frequent voorkomende werkbeprekingen intensief contact met de diensthoofden. De rol van de medische staf werd voorts door alle respondenten zeer belangrijk of belangrijk geacht, terwijl de rol van de ondernemingsraad het minst vaak als belangrijk werd gezien. Voorts zagen de directieleden zichzelf als degenen met de meeste invloed op de beleidsvorming. Eén van de respondenten gaf hierop de volgende toelichting:

"Mijnz inziens heeft de directie de meeste invloed omdat zij de diverse, dikwijls parallele, maar soms ook min of meer tegengestelde belangen (zo lijkt het in eerste instantie dikwijls) tot een samenhangend geheel dient te vertalen, naar het bestuur en de diverse participanten in de beleidsvorming".

Na de directie had de medische staf de meeste invloed op de beleidsvorming, aldus de respondenten. De meest gehoorde verklaringen hiervoor werden gezocht in de omstandigheid dat de staf min of meer "los staat" van het ziekenhuis, terwijl het ziekenhuis afhankelijk is van de staf. Voorts werd door enkele respondenten erop gewezen dat de stafleden "het bestuur rechtstreeks kunnen informeren".

Bij bestuur en dagelijks bestuur is meer sprake van formele invloed, aldus de respondenten. Het beleid dat door de directie wordt voorbereid, kunnen zij goedkeuren of afkeuren. Overigens dient erop gewezen te worden dat aan het dagelijks bestuur door de respondenten meer invloed werd toegekend dan aan het algemeen bestuur.

De invloed van de diensthoofden was volgens de respondenten sinds kort aan het toenemen. Aan de diensthoofden werd steeds vaker advies gevraagd en zij werden in sommige ziekenhuizen ook naar cursussen en trainingen gestuurd om in de toekomst beter te kunnen functioneren wat dit aspect betreft. De ondernemingsraad werd meer gezien als een belangengroep. Men was van mening dat de invloed van de raad afhing van de samenstelling ervan.

Met betrekking tot de participanten buiten het ziekenhuis kan gezegd worden dat de respondenten het COZ een aanzienlijke invloed toeschreven en vervolgens de Rijksoverheid; 58 (94%) respectievelijk 45 (73%) respondenten waren deze mening toegedaan. Bovendien achtte men de invloed van de overige adviesorganen (bijvoorbeeld het College voor Ziekenhuisvoorzieningen) ook niet gering. Voorts waren 40 (64%) respondenten van mening dat de situatie en de regio en/of andere ziekenhuizen eveneens van invloed waren.

Uit de toelichting die in deze aan de respondenten is gevraagd kan afgeleid worden dat het COZ en de Rijksoverheid invloedrijk geacht werden omdat zij de financiële middelen bewaken en de ontplooiingsmogelijkheden bepalen. Ter illustratie volgen in het onderstaande een aantal uitspraken rond dit thema:

"Er is sprake van een duidelijke "indirecte" nationalisatie van de ziekenhuizen, dat wil zeggen de Rijksoverheid oefent via het COZ de meeste invloed uit".

"Je kunt niets veranderen in het ziekenhuis zonder dat het COZ het toestaat. Je kunt alleen "je zin" krijgen als je op dezelfde lijn zit als de Rijksoverheid".

De invloed van de regionale situatie en van andere ziekenhuizen in de regio werd geplaatst in het kader van de beperkingen die overheid (en COZ) oplegden.

Onderstaande uitspraak van een van de respondenten kan gezien worden als een goede samenvatting van de mening, die in het algemeen door de respondenten naar voren werd gebracht:

"De Rijksoverheid heeft invloed door een reeks van voor-
schriften.

Dan komt het COZ, is belangrijk voor het hele pakket van
voorzieningen.

Dan de andere ziekenhuizen. Dit is een kwestie van het
maken van afspraken met betrekking tot voorzieningen.

Ten vierde de situatie in de regio. De toekomstige plaats
van het ziekenhuis kan hierdoor bepaald worden: de plaats,
functies enzovoort".

Met betrekking tot het vóórkomen van rivaliteit in de relaties tussen ziekenhuizen in dezelfde regio waren 42 (68%) respondenten van mening dat onderlinge rivaliteit een belangrijk kenmerk was van genoemde relaties. Van degenen die de onderlinge rivaliteit een belangrijk kenmerk achtten van de relaties tussen de ziekenhuizen, was driekwart (76%) van oordeel dat deze rivaliteit van invloed was op de beleidsvorming in de ziekenhuizen. Vijf respondenten waren deze mening niet toegeedaan.

Het merendeel van de respondenten, die rivaliteit als een kenmerk van de relaties tussen de ziekenhuizen zagen (resp. 88% en 84%) gaf tevens aan dat genoemde rivaliteit vooral tot uiting kwam bij het vaststellen van investeringen en bij de besluitvorming omtrent het aantrekken van specialisten en specialismen.

3.5. Bespreking

Wat betreft de inhoud van de oc-noc-structuur kan gezegd worden dat de antwoorden van de directieleden slechts een heel globale indruk gaven van de inhoud van het algemeen beleid, dat in grote lijnen weinig afweek van hetgeen de case-study aan gegevens opleverde.

Met betrekking tot de overlegvormen, die in de ziekenhuizen werden gehanteerd, kan gezegd worden dat het werken met ad-hoc commissies en werkgroepen, zoals in ziekenhuis C veel werd gedaan, weinig voorkomt. Regionaal overleg is wel algemeen gebruikelijk.

Wat betreft de toetsing van het medisch handelen, wijzen de gegevens erop dat dit niet op grote schaal voorkomt, zoals in de ziekenhuizen B en C wel het geval was.

Bij vergelijking met de case-study over de invloed van de participanten in het ziekenhuis kan het volgende gezegd worden. Ook in de gegevens van de case-study zijn aanwijzingen te vinden voor de veronderstelling dat directie en medische staf invloedrijke participanten zijn in het proces van beleidsvorming, terwijl verpleging en ondernemingsraad als minder invloedrijke participanten gezien kunnen worden. Evenals de respondenten bij de case-study zocht de geïnterviewde directie een verklaring voor de invloed van de medische staf in de omstandigheid dat zij niet tot de organisatie behoorden. De antwoorden van de directieleden leveren evenwel een iets ander beeld op ten aanzien van de rol van de diensthoofden en het bestuur.

Eerstgenoemden kenden zij een belangrijker en laatstgenoemde een minder belangrijke rol toe dan op grond van de gegevens van de case-study aangenomen zou kunnen worden.

Bij nadere analyse van de gegevens van de interviews zijn evenwel toch enkele overeenkomsten met de case-study te vinden.

Met name de herhaaldelijk gehoorde opmerking dat de inbreng van de diensthoofden pas sinds kort aan het toenemen was, vooral via advisering aan de directie.

Voorts is vermeldenswaard dat op de vraag naar concrete voorbeelden van de inbreng van de diensthoofden steeds kwesties werden genoemd op het terrein van de uitwerking van het beleid, bijvoorbeeld suggesties betreffende het aanbrengen of verbeteren van technische voorzieningen en accommodatie of de opzet van een winkeltje voor bezoekers in de hal van het ziekenhuis.

Met betrekking tot de rol van het bestuur werd vooral van een formele invloed gesproken door de respondenten. De rol van het dagelijks bestuur, indien aanwezig, werd duidelijk groter geacht en van een iets andere aard, namelijk via overleg met de directie, het beschikken over meer informatie, het "de directieleden voor de voeten lopen".

Tenslotte is vermeldenswaard, dat de enquêteresultaten informatie opleverden die als aanvulling op de case-study kan worden gezien en wel met name het gegeven dat de fusieproblematiek een actuele kwestie is in de ziekenhuiswereld. Zo had een derde van de ziekenhuizen die betrokken waren bij de enquête, in meerdere of mindere mate te maken met fusieproblemen. In enkele ziekenhuizen was de fusie zelfs reeds gerealiseerd. Drie van de zes ziekenhuizen die niet bereid waren aan de enquête mee te werken, gaven als reden hiervoor op, dat zij juist in een fusie verwickeld waren.

Tot zover de vermelding van de resultaten van het empirisch onderzoek, waarvan de case-study het belangrijkste onderdeel vormde.

In het volgende hoofdstuk wordt een samenvatting gegeven van hetgeen, vanuit de hier gehanteerde theoretische optiek, als kenmerkend voor beleid en beleidsvorming in het ziekenhuis gezien kan worden. Daarop volgt een meer uitgebreide beschouwing over hetgeen deze kenmerken ons leren over het ziekenhuisbeleid, en in welke richting de oplossingen van bepaalde knelpunten gezocht dienen te worden.

Noten

1. Deze kenmerken zijn met name in verband te brengen met de complexiteitskenmerken omvang en produktiviteit.
2. Er zij op gewezen dat niet altijd zo makkelijk was te bepalen wanneer een concrete uitspraak in de notulen als operationele doelcomponent of als niet-operationele doelcomponent aange-merkt moest worden. De interpretatie van de onderzoeker speelt hierbij een belangrijke rol. Bij de vaststelling of sprake was van een operationele dan wel niet-operationele doelcomponent dan wel van beide componenten, is uitgegaan van het niveau van waar de participanten het beleid bezien. Zo zijn bijvoorbeeld uitspraken over het belang van intercollegiale toetsing in de notulen van de medische staf opgevat als niet-operationele doelcomponenten, en uitspraken over onderzoek in het kader van die intercollegiale toetsing als operationele doelcomponenten. Eenzelfde uitspraak over het belang van intercollegiale toetsing in de bestuursnotulen zijn opgevat als een operationele doelcomponent, terwijl opmerkingen over de verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg in diezelfde notulen tot de niet-operationele doelcomponenten zijn gerekend.
3. Het begrip 'core-technology' of 'technical core' wordt met name bij Thompson (1967) aangetroffen.
De 'core-technology' omvat al die activiteiten en (productie-) technieken, waaromheen de organisatie is opgebouwd en die voor het voortbestaan van de organisatie voor wezenlijk belang zijn: zij vormen het 'hart' van de organisatie.
4. Dit planningssysteem is afkomstig uit de Verenigde Staten. De term is voor het eerst gebruikt door Alice Revlin (Schick, 1973).

VI. SLOTBESCHOUWING

1. Inleiding

De opzet van deze studie, waarvan in het voorgaande verslag is gedaan, laat zich als volgt samenvatten:

Eerst is vanuit de bedrijfskundige optiek een theoretisch model ontwikkeld, dat een aantal criteria bevat aan de hand waarvan het ziekenhuisbeleid beoordeeld kan worden.

Vervolgens heeft een operationalisering van de theorie plaats gevonden, dat wil zeggen dat de theoretische noties zijn vertaald in een concrete vraagstelling en methoden en technieken van empirisch onderzoek.

De volgende stap bestond uit het verrichten van empirisch onderzoek en een toetsing van het ziekenhuisbeleid aan de bedrijfskundige criteria.

Deze weg is afgelegd in de veronderstelling dat zo een antwoord gevonden zou kunnen worden op vragen van tweeërlei aard; enerzijds theoretische en methodologische vragen en anderzijds vragen van praktische aard. In het eerste hoofdstuk (paragraaf 5) zijn deze vragen reeds vermeld.

In het navolgende zal bekeken worden of het mogelijk is deze vragen nu te beantwoorden.

2. Conclusies van inhoudelijke aard

2.1. Kenmerken van de beleidsinhoud, de totstandkoming van het beleid en de participanten aan de beleidsvorming

Afgaande op de onderzoeksgegevens komen de belangrijkste kenmerken van beleid en beleidsvorming in het algemene ziekenhuis op het volgende neer (1):

- a. Een gebrekkige afstemming van de doelcomponenten van de betrokken participanten en dominantie van medische doelcomponenten.
- b. Meer aandacht voor kwantiteit dan kwaliteit, met name in termen van aantal (medische) voorzieningen, bijvoorbeeld aantallen specialisten en specialismen, voorts van persoonsaantallen en patiëntenaantallen. Dit echter eerder gezien in het licht van de concurrentiepositie van het zie-

kenhuis ten opzichte van andere ziekenhuizen, dan met het oog op een goede afstemming van de geboden zorg op de vraag van de bevolking.

- c. Het vrijwel ontbreken van een weloverwogen afweging van kwaliteit en kwantiteit tegen kosten, in casu het economisch principe.
- d. Het ontstaan van een verschuiving in het externe beleid van - in Rhenmans termen - 'dominance' naar 'mapping' of zelfs 'matching': in plaats van te trachten de omgeving aan te passen aan de organisatie, probeert men steeds vaker de organisatie aan te passen aan de omgeving en soms zelfs samen met andere organisaties (ziekenhuizen) in te spelen op de bepaalde omgevingseisen.
- e. Het ontbreken of in beperkte mate aanwezig zijn van bepaalde fasen uit het in hoofdstuk II ontwikkelde theoretische model van de beleidsvorming, zoals de opstelling van een algemeen beleidsplan, nader uitgewerkte plannen voor delen van de organisatie, evaluatie en dergelijke meer.
- f. Moeilijkheden rond de communicatie en informatie-uitwisseling
- g. Een schaarse aanwezigheid van planningsmethodieken, evaluatietechnieken, analyse-instrumenten.
- h. Het vrijwel ontbreken van functionarissen die zich kunnen bezighouden met activiteiten in het kader van de beleidsvorming.
- i. Een sterke inbreng in de beleidsvorming van de kant van de medische staf en daarnaast een relatief zwakke inbreng van andere participanten, zoals diensthoofden, verpleeghoofden en ondernemingsraad.
- j. Enkele onduidelijkheden in de rol en positie van het bestuur en in de verhouding tussen bestuur en directie.
- k. Het gebrek aan tijd bij de directieleden om zich met de beleidsvorming bezig te houden, aangezien de dagelijkse gang van zaken een groot deel van hun tijd in beslag neemt.

2.2. Knelpunten en problemen

Het is interessant op te merken dat de knelpunten, die op grond van mijn bedrijfskundige analyse waren te verwachten ook gevonden c.q. ervaren werden door degenen die in het ziekenhuis werkzaam waren. Zo hadden de volgende groepen (of leden van die groepen) de volgende problemen:

a. Het bestuur:

Gebrek aan informatie over de gang van zaken in huis.

b. Bestuur en directie:

Onduidelijkheden in hun onderlinge verhoudingen (en soms conflicten daarover).

c. Bestuur, directie en medische staf:

Gebrek aan informatie over externe ontwikkelingen.

Onzekerheid over en zich bedreigd voelen door externe ontwikkelingen.

d. Bestuur, directie, diensthoofden, verpleeghoofden:

Ongrijpbaarheid van de medische staf en onzekerheid (onvoorspelbaarheid) over hun handelen.

e. De directie:

Gebrek aan informatie van beneden naar boven.

Gebrek aan delegatiemogelijkheden aan de diensthoofden.

f. Diensthoofden, verpleeghoofden en ondernemingsraad:

Onzichtbaarheid van besluitvormingsprocessen ten aanzien van het algemeen beleid.

Eigenlijk zijn bovenomschreven kenmerken en problemen niet anders dan concrete symptomen van hetgeen, uitgaande van de theorie, reeds in meer abstracte termen is geformuleerd en wel:

- problemen rond de coördinatie van doelcomponenten van interne en externe participanten en, in samenhang daarmee, communicatieproblemen en conflicten;
- onzekerheid ten aanzien van de gevolgen van beslissingen;
- onoverzichtelijkheid van de situatie waarin beslissingen genomen moeten worden.

Wat is er nu eigenlijk in het ziekenhuis aan de hand?

Is een en ander vanuit de organisatietheorie bezien verklaarbaar? Wanneer wij vanuit de organisatiethoretische gedachtenontwikkeling naar het ziekenhuis kijken, dan zijn er een aantal hoofdmomenten, waarvan als de belangrijkste gekenmerkt kunnen worden, de snelle ontwikkeling van de medische technologie en voorts de ontwikkeling van de professionele organisatie enerzijds en van de bureaucratie in Weberiaanse zin anderzijds. Dit laatste is in hoofdstuk III reeds beschreven: de opbouw van een steeds gedifferentieerder hiërarchie, de ontwikkeling en vastlegging van bevoegdheden, voorschriften en regels. Deze ontwikkeling hing nauw samen met de groei van de com-

plexiteit van organisatie en omgeving. Immers, bureaucratie is een ideaal instrument om de complexe vraagstukken aan te pakken, die het gevolg zijn van het massale karakter van de moderne samenleving (Stevens, 1978). Het is een specifiek gezagsinstrument: volgens Weber zelfs de zuiverste vorm van legaal gezag; zij ontstaat wanneer de legitieme gezagsdragers gebruik maken van een bureaucratisch bestuursapparaat om de handhaving van de orde te garanderen (Kieser en Kubicek, 1978).

Er zij met nadruk op gewezen, dat het begrip bureaucratie hier niet de (negatieve) betekenis heeft, die het in het dagelijks spraakgebruik heeft gekregen. Het wordt hier gehanteerd louter als organisatiethoretisch begrip: een methode om een organisatie te structureren, als antwoord op toegenomen en toenemende complexiteit.

Ondanks de steeds verdergaande bureaucratische ontwikkeling in het ziekenhuis, is deze organisatie toch niet te karakteriseren als een echte bureaucratische organisatie: de bureaucratie is als het ware opgebouwd rondom een professionele groep, de medische specialisten. Deze groep is georganiseerd volgens eigen, van de bureaucratie afwijkende principes, met meer horizontale relaties, een beloningsstelsel dat niet door de organisatie zelf, "van bovenaf" wordt onderhouden, maar door externe instanties: het verzekeringswezen en uiteindelijk de cliënt. Hun gezag berust eerder op traditionalistische gronden, dan dat zij ontleend wordt aan een bureaucratische positie.

De leden van deze professionele groep zijn tevens mét de snelle voortschrijding van de medische technologie, de beoefenaren van de 'core-technology' (Thompson, 1967) van het ziekenhuis bij uitstek geworden. In termen van de hier gehanteerde theorie zou men kunnen zeggen, dat zij de meeste invloed hebben op de meest centrale niet-operationele doelcomponenten in de oc-noc-structuur op het niveau van de ziekenhuisorganisatie.

Niet alleen overigens de medische staf, maar ook het ziekenhuisbestuur valt eigenlijk buiten de bureaucratische organisatie. Qua instelling en bevoegdheden past bij het ziekenhuisbestuur eerder de traditionalistische dan de bureaucratische vorm van leiderschap. De directie verkeert wel in een zeer moeilijke positie; zij dreigt in een voortdurend heen en weer slingeren tussen het traditionalis-

tische enbureaucratische 'kamp' tussen de wal en het schip te geraken. Immers, de directie als toporgaan van de bureaucratische organisatie en bovendien steeds meer geneigd te bureaucratiseren in een poging tot reductie van de toenemende complexiteit, dient bij de vorming van het algemeen beleid voortdurend juist met de meer traditionalistische participanten (bestuur en medische staf) nauw samen te werken. Zij kan haar bureaucratische gezagsinstrument niet gebruiken om invloed uit te oefenen op de medische specialisten, die zelf wel - het is reeds gezegd - de meeste invloed hebben op de meest centrale niet-operationele doelcomponenten van het ziekenhuis.

In de praktijk zien wij dat de directie, als bureaucratisch toporgaan, toch het meest rekening lijkt te houden met de meest traditionalistische groep in het ziekenhuis: de medische staf.

Immers, de noodzakelijke complexiteitsreductie vindt er plaats door reductie van het algemeen beleid tot een voornamelijk medisch beleid, óók door de directie. Dit lijkt paradoxaal, maar is toch wel verklaarbaar.

Afgezien van de belangrijke invloed die de medische staf op het ziekenhuisbeleid heeft, meen ik dat hier ook een rol speelt de omstandigheid dat belangrijke operationele doelcomponenten van de directie enerzijds en van de medische staf anderzijds, zoals het, ongeacht de kosten, zorgen voor een gevarieerd pakket medische voorzieningen in termen van apparatuur, accommodatie, specialisten en specialismen, elkaar overlappen.

Het doet er dan niet toe dat deze operationele doelcomponenten zijn afgeleid van voor beide groepen verschillende niet-operationele doelcomponenten: het streven naar een betekenisvolle positie van het ziekenhuis in de regio bij bestuur en directie en het beschermen van de eigen praktijk en het creëren van goede werkomstandigheden bij de medische staf.

Aangezien de positie van het ziekenhuis in de regio grotendeels wordt bepaald door de voorzieningen die het kan bieden en het, in dit licht gezien, vooral gaat om de afstemming van de eigen medische doelcomponenten op die van de externe participanten ligt het voor de hand dat de directie, die belast is met de coördinatie van doelcomponenten van de verschillende participanten, in geval van tegenstrijdige doelcomponenten van medische staf enerzijds en

andere participanten anderzijds, die van de medische staf zal laten prevaleren. Hierop is bij de interviews tijdens de case-study ook herhaaldelijk gewezen. Ik citeer nogmaals een directielid van ziekenhuis B:

"Alles wat op medisch vlak ligt is uiterst belangrijk. Het probleem is: ze zitten niet in de hiërarchie, maar participeren wel in het overleg. Daar zijn ze uiterst belangrijk. De opinie die in de medische staf leeft, is de basis voor de besluitvorming. Er moet heel wat gebeuren, willen directie en bestuur niet ingaan op een goed gefundeerde mening van de medische staf".

Zo werken directie en medische staf én bestuur mee aan (zoals overigens in elke organisatie met het oog op de continuïteit gebeurt) de afscherming van de 'core-technology' tegen bedreiging en schadelijke invloeden van buiten. Zij doen dit voornamelijk door middel van, wat Thompson (1967) noemt 'buffering', het zorgen voor een grote 'voorraad' hoogwaardige apparatuur, specialisten, specialismen, ruimtelijke accommodatie, paramedisch personeel en dergelijke meer.

Hierdoor krijgt de patiënt, als het ware bij toeval, een uitstekende medisch-technische behandeling. Edoch, andere aspecten van de patiëntenzorg, zoals de psycho-sociale opvang van de patiënt en zijn familie, komen op de achtergrond, als zijnde onbelangrijk voor de afscherming van de core-technology en daarmee voor de continuïteit van de organisatie.

Door dit alles heeft het bestuursklimaat in het ziekenhuis een karakter gekregen, dat men eigenlijk niet zou verwachten in een dienstverlenende organisatie. Het vertoont een duidelijke gelijkenis met wat Horringa (1966) noemt "het ingenieursklimaat". Horringa omschrijft het ingenieursklimaat, dat hij aantroef in ondernemingen waarin uitvinden, ontwerpen, en construeren op basis van een natuurwetenschappelijk-technische opleiding de voor het succes van een onderneming bepalende "kritieke activiteit" vormt, op de volgende wijze:

" Het domineren van de "kritieke activiteit" van het construeren
" boven die van verkopen en fabriceren uit zich in dit bestuurs-
" klimaat vooral in een onvoldoende rekening houden met de
" kostprijsaspecten van werkvoorbereiding, voorraadbeheer,

" seriegrootte en modelwijzigingen.
" Wanneer de constructeur aan een serieproduct een kleine ver-
" betering meent te kunnen aanbrengen, gaat hij eenvoudig zijn gang.
" Het arbeidsaspect is in het ingenieursklimaat weinig geïntegreerd,
" hetgeen zich manifesteert in grillige uitschieters naar boven en
" naar beneden. De grondgedachte is eigenlijk ambachtelijk; zolang
" aan elke machine een vakman staat, die volgens de hem verstrekte
" tekening goed werk levert, is het arbeidsvraagstuk opgelost.
" Al het andere is toegift. Aspecten van coördinatie, samenwerking
" en algemene bedrijfsinformatie komen weinig uit de verf".

Voor het ziekenhuis laat zich dit als volgt vertalen:

" Het domineren van de kritieke activiteit van de medische behandeling
" boven die van de verpleging, verzorging, economisch-administratieve
" en civieltechnische handelingen, uit zich in dit bestuursklimaat
" vooral door onvoldoende rekening houden met de kostprijsaspecten van
" het medisch handelen, van de consequenties daarvan voor de
" organisatie, van de andere aspecten (verpleegkundig, psycho-sociaal)
" van de behandeling van de patiënt. Wanneer de specialist een kleine
" verbetering kan aanbrengen in de medische behandeling van een patiënt,
" gaat hij eenvoudig zijn gang. Het arbeidsaspect is weinig geïntegreerd
" hetgeen zich manifesteert in grillige uitschieters naar boven en naar
" beneden.
" De grondgedachte is eigenlijk ambachtelijk: zolang elk specialisme,
" dat in het ziekenhuis wordt beoefend, in handen is van een vakman,
" die in de ogen van leken goed werk levert, is het arbeids-
" vraagstuk opgelost.
" Aspecten van coördinatie, samenwerking en algemene bedrijfs-
" informatie komen weinig uit de verf".

Ik wijs er wel op, dat met het bovenstaande een typologie is gegeven; daarmee worden - per definitie - een aantal zwart-wit uitspraken gedaan, die in werkelijkheid talloze nuanceringen kennen. Vermoedelijk zal ook de realiteit in het moderne ziekenhuis zich steeds meer gaan verwijderen van het beeld dat in deze typologie wordt geschetst: de aandacht voor het kostenvraagstuk, coördinatie-problemen, externe samenwerking - niet alleen op medisch gebied - en professioneel management neemt toe: de talloze artikelen, symposia en congressen over dit onderwerp wijzen in deze richting (Mur-Veeman, 1979).

Terugkomend op de verwevenheid van bureaucratie en traditionalisme kan nog gezegd worden dat deze verwevenheid de gehele organisatie heeft doortrokken. Dit kan duidelijk gemaakt worden aan de hand van enkele door Parsons (1960) gehanteerde concepten, waarop de bureaucratie, aldus Mouzelis (1967), van toepassing geacht kan worden.

Parsons onderscheidde in de organisatie drie subsystemen en wel:

- het 'technological subsystem' in casu het primaire proces of wel de kritieke activiteit, nodig om de organisatie te continueren (Miller en Rice, 1967; Horrynga, 1966).
- het 'managerial subsystem', dat is opgebouwd ten behoeve van het proces van organiseren en om te bemiddelen tussen het 'technological subsystem' en de onmiddellijke omgeving.
- het 'institutional subsystem' dat werkt als verbinding tussen de 'technological' en 'managerial' subsystemen en de omgeving van de organisatie.

Deze drie subsystemen zijn in het ziekenhuis niet uitsluitend bureaucratisch of uitsluitend traditionalistisch. In elk van die subsystemen functioneren participanten, die het bureaucratisch dan wel het traditionalistisch gezag vertegenwoordigen.

In onderstaand schema is dit in kaart gebracht.

		Gezagsvorm	
		Bureaucratisch	Traditionalistisch
Sub- systeem	Technological	Verpleging, paramedisch personeel, personeel ondersteunende diensten	Medische staf
	Managerial	Directie, Diensthoofden	Medische staf
	Institutional	Directie	Medische staf Bestuur

Schema VI.1. Verwevenheid van bureaucratisch en traditionalistisch gezag.

Het bovenstaande overziende dient men zich af te vragen of in een dergelijke situatie een adequate afstemming van de doelcomponenten van de diverse participanten überhaupt mogelijk is. Vermoedelijk niet. De structuur is té heterogeen, de doelcomponenten van de diverse participanten zullen teveel tegenstrijdigheden bevatten, zij zullen zich niet naar één gezagsbron voegen en zijn derhalve niet te manipuleren, compromissen zijn moeilijk, zo niet onmogelijk.

Om een adequate afstemming wel te bereiken, zal een integratie van beide gezagsvormen nodig zijn. De ontwikkelingen die zich gedurende de laatste jaren voordoen, wijzen in de richting van een verdergaande bureaucrativering (nogmaals, bureaucratie niet in negatieve zin bedoeld). Men kan in dit verband bijvoorbeeld denken aan het streven naar een bestuur volgens het Raad van Commissarissenmodel, het toekennen van welomschreven bevoegdheden aan de directie, het vastleggen van regels en afspraken in een toelatingscontract voor de medische specialisten. Het zijn allemaal stappen in de richting van een verdere bureaucrativering van de ziekenhuisorganisatie. Juist nu in vele industriële bedrijven de bureaucrativeringsfase achter de rug lijkt te zijn en men daar gaat experimenteren met andere organisatievormen zoals projectorganisatie en matrixorganisatie, begint in het ziekenhuis de bureaucrativering meer en meer op gang te komen, een fase die een complexe organisatie vermoedelijk doorlopen moet, wil zij verder tot ontwikkeling komen.

2.3. Oplossingen voor knelpunten en problemen

Naast de integratie van de bureaucratistische en traditionalistische gezagsvormen zijn, uitgaande van de in deze studie gehanteerde theoretische optiek, nog een aantal andere wegen aan te geven, om tot de oplossing van de gesignaleerde knelpunten en problemen te komen. Ik denk hier met name aan de verbetering van de kwaliteit van die factoren, die de kwaliteit van de beslissingen bepalen en wel:

- de kwaliteit van de beslissers
- de kwaliteit van de gehanteerde besluitvormingsprocedures
- de kwaliteit van de beschikbare informatie.

Hierbij zij aangetekend, dat daarnaast voorwaarden geschapen moeten worden om deze verbeteringen te kunnen aanbrengen.

2.3.1. De kwaliteit van de beslissers

Concepten zoals 'doel', 'participant' en 'beslisser' worden hier op verschillende aggregatieniveaus toegepast (zie hoofdstuk II). Dit houdt in dat bijvoorbeeld een beslisser een individuele persoon, maar even goed een groep kan zijn.

In deze opvatting wordt de kwaliteit van de beslissers niet alleen bepaald door eigenschappen en kwaliteiten van personen, maar ook door de structuur van beslissingsorganen.

2.3.1.1. Het bestuur

Wegens de toegenomen complexiteit van de ziekenhuisorganisatie kan de bestuurstaak niet anders inhouden dan fiatteren, controleren, signaleren en globaal evalueren. De bestuurstaak blijft van belang voor de bewaking van de kwaliteit van het management en voor de toetsing van het beleid aan maatschappelijke ontwikkelingen, waarden en normen. Dit wil overigens niet zeggen dat het bestuur de enige instantie zou zijn, waar evaluatie plaats dient te vinden. In de lijn van de ontwikkelingen in de praktijk, die vanuit het oogpunt van een wenselijke integratie van de bureaucratische en traditionalistische gezagsvormen ook zijn toe te juichen, is het aan te bevelen dat het bestuur verder ont- daan wordt van traditionalistische elementen, zoals het coöp- tatiebeginsel en het uitgangspunt dat alle bestuursleden mensen van aanzien moeten zijn.

De discussie over de meest wenselijke bestuurssamenstelling en werving van bestuursleden is evenwel nog niet afgerond. Zo zijn voorstanders en tegenstanders van bijvoorbeeld het bestuur, dat is samengesteld uit vertegenwoordigers van groepen buiten het ziekenhuis en/of binnen het ziekenhuis (Rapport Commissie van de Burg, 1977) nog niet uitgepraat. Anderen pleiten weer voor een bestuur met leden die bepaalde bekwaamheden en kennis bezitten (financieel, medisch) en/of leden die goede relaties hebben met invloedrijke externe participanten. In het laatste geval komt de notabele via een achterdeur weer binnen, maar dan wel met een duidelijke functie in het 'spel' van de veranderende doelcomponenten.

Het lijkt mij nu nog niet het geschikte moment en de juiste plaats om een duidelijke uitspraak te doen over deze materie.

De hier ontwikkelde theorie was daarop ook niet toegespitst. Ik wil mij daarom beperken tot de opmerking dat, in het licht van de hier wenselijk geachte bestuurstaak, een grote mate van bestuurlijke capaciteit en bestuurlijke ervaring en zeker ook een grote mate van wijsheid in het bestuur aanwezig moet zijn.

2.3.1.2. De verhouding tussen directie en bestuur

Om de directie in staat te stellen werkelijk leiding te geven aan de beleidsvorming, dient een overdracht van bijna alle bevoegdheden van het bestuur (met uitzondering bijvoorbeeld van de benoeming van directieleden) aan de directie plaats te vinden. Met het oog hierop is een dagelijks bestuur niet wenselijk. De kans bestaat dan immers dat hierdoor weer verwarring van bestuurstaken en directietaken optreedt. Een kwalitatief 'goede' directie, in casu een directie met de juiste structuur, waarin de juiste functies worden vervuld en waarin de juiste capaciteiten en bekwaamheden zijn vertegenwoordigd, zal ook de steun van een dagelijks bestuur niet nodig hebben.

Samenvattend kan worden gezegd dat ik de voorkeur geef aan een bestuur volgens het zogenaamde Raad van Commissarissenmodel, waarvoor Gitmans en Van Wersch (1976) eveneens hebben gepleit. Zij deden dat wel op andere - namelijk juridische - en geen organisatiekundige gronden.

2.3.1.3. De directie.

Ik meen dat er geen uitspraak is te doen over de meest wenselijke exacte samenstelling van de directie. Dit is teveel afhankelijk van de omstandigheden, bijvoorbeeld grootte van het ziekenhuis, eisen van de omgeving, en van de mogelijkheden op een bepaald moment.

Wél is aan te geven welke functies in een directie vervuld moeten worden, waarbij het bijvoorbeeld niet geheel onmogelijk zou zijn dat één persoon twee functies zou kunnen vervullen of twee personen één functie. Vanuit de optiek van het hier gehanteerde theoretisch kader kan gesteld worden dat het meest centrale aspect van de beleidsvorming is de voortdurende afstemming van de doelcomponenten van enerzijds de interne participanten onderling en anderzijds tussen de interne en externe participanten; een afstemming, die

blijvend aandacht vraagt omdat de oc-noc-structuur door de tijd heen verandert.

In de praktijk betekent dit dat de directieleden verschillende rollen moeten kunnen vervullen, zoals onder meer (Mintzberg, 1980):

- de liaisonrol: het nemen van initiatief bij het tot stand brengen en onderhouden van contacten binnen en buiten de organisatie;
- de informatiecentrumrol: het opnemen en selecteren van informatie;
- de ondernemersrol: het aangeven van nieuwe ideeën en mogelijke richtingen bij de afstemming van de doelcomponenten; het leiding geven aan projecten in de organisatie, zoals verbouw en nieuwbouw;
- de rol van troubleshooter en conflictoloog: het ingrijpen in verstoringen in de dagelijkse regelmaat;
- de onderhandelaarsrol: het voeren van onderhandelingen, die van belang zijn voor de gehele organisatie, zoals met het COZ, de overheid en dergelijke meer;
- de leidersrol: het optreden als een duidelijk en overtuigend leider.

Daaraan kan nog worden toegevoegd: het nemen van initiatieven tot en stimuleren van de ontwikkeling van het algemeen beleid. Wat betekent dit nu voor de eisen die aan de directieleden zelf en aan de samenstelling van de directie gesteld moeten worden? In de eerste plaats is het niet wenselijk, en kan het zelfs gevaarlijk en bedenkelijk zijn, dat de directieleden zijn opgeleid in de disciplines, die het primaire proces in het ziekenhuis beheersen dan wel daarbij een zeer belangrijke rol spelen (in casu medisch en verpleegkundig).

Niet wenselijk, omdat het manager zijn op topniveau andere eisen stelt dan waaraan met kennis en bekwaamheden op het terrein van genoemde disciplines kan worden voldaan. Een manager in het ziekenhuis behoeft geen zieken te kunnen genezen of verplegen. Dat is zijn taak niet, zoals uit het voorgaande moge blijken. Er is een andere, specifieke know-how nodig om een ingewikkelde organisatie als het ziekenhuis te kunnen leiden: men moet kunnen onderhandelen, kunnen abstraheren, kunnen combineren en deduceren;

men moet (zodanig snel) beslissingen kunnen nemen, waarbij verschillende belangen en consequenties zo goed mogelijk tegen elkaar zijn afgewogen; men moet leiding kunnen geven, kunnen overtuigen, creatief zijn.

Opname van functionarissen met een medische of verpleegkundige opleiding kan zelfs gevaarlijk en bedenkelijk zijn, omdat de mogelijkheid bestaat dat zij zich gaan opwerpen als belangenvertegenwoordigers van hun professionele groep. Dit hoort op het directieniveau niet thuis: wanneer op dit niveau beslissingen genomen moeten worden, dient de strijd van de tegengestelde belangen (met andere woorden de conflicterende doelcomponenten) reeds elders gestreden te zijn.

Voorts wil ik er met nadruk op wijzen, dat de opleiding in genoemde disciplines zelfs een belemmering kan vormen om de taak van ziekenhuismanager op het niveau van de organisatie adequaat te vervullen. Juist de medische opleiding is erop gericht om individueel te leren werken, individueel beslissingen te nemen, vanuit een zeer specifieke optiek (natuurkundig-technisch) problemen op te lossen. Juist de verpleegkundige opleiding is er nog in zekere (soms grote) mate op gericht om belangrijke beslissingen aan anderen te leren overlaten en prompt opdrachten uit te voeren. In de ziekenhuiswereld kan men dan ook nogal eens de uitspraak beluisteren dat verpleegkundigen 'doe-mensen' zijn.

Overigens wil ik met bovenstaand betoog niet zeggen, dat er geen artsen of verpleegkundigen zouden zijn, die niet adequaat leiding kunnen geven aan een ziekenhuisorganisatie. Deze bekwaamheid zal dan echter niet direct zijn terug te leiden tot hun medische of verpleegkundige kennis, maar eerder tot andere bekwaamheden.

Uit het voorgaande is af te leiden, dat de vraag welk soort opleiding directiefunctionarissen dan wél moeten hebben, niet zo makkelijk is te beantwoorden. Een 'goede' directiefunctionaris kan 'van origine' een econoom zijn, een bedrijfskundige, een socioloog of misschien zelfs een arts. Het gaat dus niet om de aard van de specialisatie, maar eerder om het niveau van de opleiding en de mate waarin de desbetreffende functionaris zich de eerder genoemde bekwaamheden heeft eigen gemaakt.

Dat in zoveel ziekenhuizen nog medisch en verpleegkundig directeuren aanwezig zijn dan wel nog steeds geworven worden, beschouw ik als een voorbeeld van traditionalistisch denken, dat in een organisatie met nog een aantal sterk traditionalistische elementen als het ziekenhuis, ook te verwachten is: "de directeur van het ziekenhuis zij een medicus", zoals vroeger in het onderwijs werd gedacht: "de rector van het gymnasium zij een classicus".

Om iets te kunnen zeggen van de samenstelling van de directie, zal bekeken moeten worden wat de belangrijkste kenmerken zijn van de eerder genoemde directierollen of directietaken. Hierin zijn mijns inziens drie belangrijke aspecten te herkennen en wel:

- het bedrijfsmatige aspect (intern en financieel management);
- het externe aspect (afstemming met externe participanten);
- het ontwikkelingsaspect (beleid en informatie).

Deze aspecten dienen alle op directieniveau de nodige aandacht te krijgen. Hiermee wil ik niet zeggen, dat deze aspecten rechtstreeks in functies vertaald moeten worden, maar wel dat zij in de functies moeten worden ingebouwd.

Zo kan ik mij een directie voorstellen, die bestaat uit een algemeen directeur, die de coördinatie binnen de directie op zich neemt tezamen met de externe zaken; voorts een directeur personeel (medisch, verpleegkundig en overig personeel) en organisatie; tenslotte een directeur financiën. De beleidsontwikkeling zal dan tot het werkterrein van alle directeuren, ieder vanuit de eigen optiek, dienen te behoren.

Een andere combinatie zou kunnen zijn: een algemeen directeur die zowel de interne organisatie en de externe afstemming voor zijn rekening neemt en een directeur financiën.

Een en ander zal mede afhankelijk zijn van factoren als de grootte van het ziekenhuis, de complexiteit van de problematiek op een bepaald moment (bijvoorbeeld nieuwbouw of fusie) en dergelijke meer.

2.3.1.4. De diensthoofden

Gezien de grote complexiteit van de interne organisatie van het ziekenhuis, is het nodig dat op het niveau onder de directie

decompositie plaatsvindt, in casu het uiteenleggen van de directietaak in diverse afzonderlijke taakvelden of taaksectoren. Als leidraad kan men daarbij aanhouden de opvatting, dat de scheidingslijnen tussen de taaksectoren daar komen te liggen waar sprake is van een zwakke interactie, zoals tussen de financieel administratieve sector en de huishoudelijke dienst. Zo kan ik mij voorstellen, dat in een klein ziekenhuis de verpleegkundige sector en de huishoudelijke dienst, die ten behoeve van de verzorging van de patiënt veel met elkaar te maken hebben, onder één diensthoofd komen te vallen; ook een combinatie van verpleging en opname is denkbaar of een combinatie van opname, verpleging en operatiekamer.

In principe bestaat de taak van de diensthoofden uit dezelfde aspecten als die van de directie (intern en extern management en beleidsontwikkeling), maar dan op een ander niveau. Daarbij functioneren zij ook als informatiebron voor de directie. De diensthoofden zullen dan ook moeten beschikken over meer specialistische kennis ten aanzien van hun sector dan de directie. Dit is dan ook de plaats waar specifieke kennis op medisch, verpleegkundig en ander terrein nodig is. Hier zal de belangenvertegenwoordiging voor de specifieke deelterreinen ook naar voren mogen en moeten komen.

Wat betreft de eisen die aan de diensthoofden qua opleiding, bekwaamheden en ervaring zijn te stellen, kan gezegd worden dat zij van een zodanig niveau moeten zijn, dat de directie de leiding op de onderscheiden deelterreinen zonder meer aan hen moet kunnen delegeren.

2.3.1.5. De medische staf

Gelet op hetgeen in de voorgaande hoofdstukken is gezegd, verdient het aanbeveling dat de onzekerheid die de medische staf in het spel van veranderende doelcomponenten teweegbrengt, in belangrijke mate wordt gereduceerd. De vraag is dan op welke wijze dit moet gebeuren.

Dienen de medisch specialisten volledig opgenomen te worden in de bureaucratie, dat wil zeggen ook in dienstverband aangesteld te worden of gaat dit te ver?

Wordt hierdoor het innovatief vermogen en de arbeidsmotivatie van de specialisten niet teveel belemmerd?

De discussie hierover is nog lang niet afgerond. Zeker is, dat door directe opname van de specialisten in dienstverband zonder meer, nog geen oplossing voor alle problemen is gevonden.

Het probleem van 'de eigen winkel' en de hieruit voortvloeiende belangentegenstellingen met het ziekenhuis wordt dan wel opgelost, maar dat wil niet zeggen dat de specialisten dan meteen op alle mogelijke manieren geïntegreerd zouden zijn in het ziekenhuis en zich daarnaar ook zouden gedragen.

Ik meen dan ook dat een meer zinvolle eerste stap eerder ligt in de richting van een mentaliteitsverandering van de specialisten, naar een grotere "organisation-mindedness". Heel concreet houdt dit in het bewust zijn van het feit, dat zij in een organisatie functioneren, dat die organisatie niet alleen afhankelijk is van hen, maar zij ook van die organisatie; dat hun handelen consequenties heeft voor die organisatie, die uiteindelijk ook weer hun neerslag vinden in hun eigen functioneren; dat zij daarom zullen moeten leren mee te denken bij het zoeken naar oplossingen voor organisatieproblemen en beleidsvraagstukken; dat hun plannen en wensen kosten met zich meebrengen; dat de keuze voor een bepaald project of plan uit kostenoogpunt inhoudt dat een ander project of plan niet verwezenlijkt kan worden.

Een dergelijke houding komt echter niet vanzelf. Daartoe is in de eerste plaats een vermeerdering van kennis, met name van organisatiekundige denkwijzen en van organisatieproblemen nodig. Waarom zou het ziekenhuis zelf (in casu de directie) hiertoe niet een eerste stap ondernemen? Zij kan pogingen in het werk stellen de specialisten te overtuigen van de noodzaak van deze kennis in hun specifieke situatie en vervolgens aan de medische staf faciliteiten ter beschikking stellen (bijvoorbeeld in de vorm van cursussen) om zich deze kennis eigen te maken. Als dit meer ingeburgerd zou zijn, zou het beschikken over bedrijfskundige en organisatiekundige kennis zelfs als een voorwaarde voor de toelating in het ziekenhuis kunnen gaan gelden.

Ook de overheid kan hier een bijdrage leveren door opname van bedrijfskundige vakken in het studiepakket van medische studenten verplicht te stellen. Het is immers te verwachten, dat de

medicus steeds meer in organisatorische verbanden zal gaan werken; ook bijvoorbeeld in de eerste lijn, hetgeen door het overheidsbeleid zelfs gestimuleerd wordt.

Een volgende stap ten behoeve van de eerder genoemde onzekerheidsreductie is het maken en vastleggen van regels en duidelijke, soms ook dwingende afspraken, bijvoorbeeld:

- de verplichting een waarnemingsrooster op te stellen, waaraan elke specialist zich ook zal moeten houden;
- duidelijke afspraken omtrent tijdstip van aanwezigheid, in verband met spreekuren, operaties en stafbesprekingen;
- de verplichting jaarlijks een duidelijke en goed onderbouwde begroting in te dienen, waarin prioriteiten worden gesteld, alternatieven (mèt voordelen en nadelen) worden genoemd etc.

Van groot belang in deze is, dat men komt tot een duidelijke afbakening van de professionele autonomie.

Daarnaast zal de opleiding, met name waar het gaat om de regulering van aantallen specialisten (door middel van toelating tot de opleiding) niet meer alleen in handen van de specialisten dienen te blijven. Ook hier ligt een taak voor de overheid. Mogelijk is dienstverband tenslotte een laatste logische stap op de weg naar de integratie van de specialisten in de ziekenhuisorganisatie. Een aantal van de meest genoemde nadelen daarvan, zoals het wegvallen van de arbeidsmotivatie en het niet meer kunnen voldoen aan de vraag, kunnen ondervangen worden door meer specialisten op te leiden, tijdens de opleiding een andere arbeidsfilosofie te ontwikkelen en andere (bedrijfskundige) kennis toe te voegen en tevens door de materiële arbeidsomstandigheden (zoals de verplichting van de praktijk (af)koop-sommen) aan te passen.

Tenslotte wil ik er nogmaals op wijzen, dat opname van de specialisten in dienstverband op dit moment en zonder de noodzakelijke voorbereidingen niet de meest aangegeven weg zal zijn. Dit houdt overigens wel in, dat het tot stand brengen van de boven omschreven veranderingen zeer veel tijd zal vergen.

2.3.1.6. De ondernemingsraad

In het licht van de nieuwe Wet op de Ondernemingsraden, krijgt de ondernemingsraad meer mogelijkheden zich te ontplooiën als

participant aan de beleidsvorming. Mede met het oog hierop zou de ondernemingsraad, naast de belangenbehartiging, bij uitstek een signalerende functie kunnen vervullen, door, bijvoorbeeld bij het geven van ongevraagd advies, minder gunstige consequenties van beleidsbeslissingen voor personeel en organisatie aan de orde te stellen. Goede contacten met de 'achterban' zijn hiervoor wel noodzakelijk. Hiermee wordt een algemeen probleem van vele ondernemingsraden in ziekenhuizen en andere organisaties aangesneden. De ondernemingsraden zouden er goed aan doen zich ernstig te bezinnen op de wijze waarop dit probleem aangepakt zou kunnen worden. Men zou bijvoorbeeld eens kunnen nagaan welke oplossingen hiervoor gevonden zijn bij ondernemingsraden waar dit contact wel goed of beter loopt.

Voorts zal een periodieke bezinning op en evaluatie van doel en functioneren van de raad eveneens op zijn plaats zijn.

Problemen als onvoldoende kennis en deskundigheid, gebrek aan spreekvaardigheid en dergelijke zullen gereduceerd kunnen worden door scholing en training van de OR-leden, zoals reeds in vele ziekenhuizen gebruikelijk is.

Voorts zou men bijvoorbeeld bij de kandidaatstelling van leden voor de ondernemingsraad van te voren eens na kunnen gaan in hoeverre de voorgedragen kandidaten reeds over dergelijke vaardigheden beschikken.

2.3.2. De kwaliteit van de besluitvormingsprocedures

Uitgaande van de theorie ligt de conclusie voor de hand dat een blijvende expliciete aandacht voor de besluitvorming in het kader van het algemeen beleid de eerste stap moet zijn naar een verbetering van de kwaliteit van de besluitvormingsprocedures.

Een volgende stap is het aanbrengen van meer systematiek in deze besluitvorming. De theorie geeft aan op welke wijze dit dient te gebeuren: door het continu werken aan en uitwerken van plannen op diverse niveaus (algemeen beleidsplan, plannen voor beheer en ontwikkeling, uitvoeringsplannen) en door terugkoppelen, evalueren en bijsturen van deze plannen. Dit maakt de planning tot een systematisch cyclisch proces.

Van essentieel belang is daarbij een goed doordacht beleidsplan, dat als basis gebruikt kan worden voor de overige plannen; dat ook

gebruikt kan worden als evaluatie-instrument voor de uitvoering en dat op zijn beurt, afhankelijk van de resultaten van de uitgewerkte plannen en de uitvoering, voortdurend bijgesteld dient te worden.

Op de vraag aan welke vereisten een dergelijk beleidsplan zou moeten voldoen, kan binnen het raam van de hier gehanteerde theorie, geantwoord worden dat het plan in elk geval noties moet bevatten omtrent doeloriëntering, kwantiteit, kwaliteit en economisch principe.

Indien wij dit voor het ziekenhuis moeten invullen is, met name met het oog op de ontwikkelingen buiten het ziekenhuis, een collectieve doeloriëntering noodzakelijk, waarbij kwantitatieve én kwalitatieve afstemming van de zorg op de vraag in het raam van de economische mogelijkheden van groot belang is.

Bedoeld wordt hier "de vraag" in termen van de bestaande en toekomstige behoeften in de maatschappij, gerelateerd aan datgene wat door de gezamenlijke instellingen van gezondheidszorg geboden kan worden (2).

Het opnemen van noties over kwaliteit en kwantiteit heeft nogal wat consequenties: het vraagt om de ontwikkeling van kwantiteitsnormen en kwaliteitsnormen op verschillende terreinen, niet alleen ten aanzien van het medisch en verpleegkundig handelen, maar ook ten aanzien van het management, in casu leidinggeven en organiseren. Het ontwikkelen van dergelijke normen is vermoedelijk één van de moeilijkste en meest tijdrovende taken die men zich kan stellen. Mogelijk ligt in het stimuleren en ondersteunen van een dergelijke normen-ontwikkeling een taak voor de NZR. Ook staf-functionarissen, in dienst van het ziekenhuis, zijn nodig om een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van de planningsmethodieken en evaluatiemethodieken.

Een veel voorkomend misverstand is overigens dat de ontwikkeling van normen te kostbaar zal worden en dat bovendien het streven naar kwaliteitsverbetering altijd tot kostenverhoging zal leiden. Het tegendeel kan het geval zijn. Zo zal kwaliteitsverbetering en een goede evaluatie ervoor zorgen, dat beschikbare middelen besteed worden op die plaatsen waar zij een beter rendement opleveren, zodat onnodige kosten geëlimineerd worden.

Met behulp van de door Rhenman (1969) ontwikkelde maatstaven voor

externe en interne efficiency is het zelfs mogelijk op dit terrein meer nauwkeurige evaluaties uit te voeren (3).

Een goed ontwikkeld algemeen beleidsplan zal overigens ook voldoende aanknopingspunten bieden om de initiatieven van de medische specialisten te kunnen beoordelen. Dit zou, zoals verschillende respondenten tijdens het onderzoek naar voren brachten, niet mogelijk zijn omdat zij niet beschikken over voldoende kennis en informatie op het terrein waarop de medische specialisten zich bewegen. Ik betwijfel echter of de autonomie van de arts op het professionele vlak moet impliceren, dat hij zonder meer aanspraak kan maken op de geldmiddelen. Degenen die verantwoordelijkheid dragen voor het beheren van deze geldmiddelen, kan niet het recht ontzegd worden zich een oordeel te vormen over de noodzaak en kwaliteit van de initiatieven van de medische staf.

Indien de aspecten doeloriëntering, kwantiteit, kwaliteit en economisch principe in het beleidsplan goed uitgewerkt zijn, dan kunnen daaraan bepaalde criteria ontleend worden om initiatieven van de medische staf te toetsen. Bijvoorbeeld de mate waarin initiatieven zijn afgestemd op de maatschappelijke behoeften en aansluiting vinden bij bepaalde ethische waarden, de mate waarin zij tegemoet komen aan eisen van efficiency, bijvoorbeeld het aantal uren waarin kostbare apparatuur gebruikt wordt, de mate waarin meerdere specialisten of ziekenhuizen er gebruik van kunnen maken en voorts de mate waarin een bepaalde handeling een effectieve verbetering in de gezondheids-toestand van de patiënten teweeg brengt.

Van groot belang is voorts, dat het beleidsplan niet blijft op het niveau van de beschouwingen. Er moeten aanzetten tot actie in te vinden zijn. Er moeten punten zijn aangegeven waarop direct beslissingen genomen kunnen worden, met name over de verdere uitwerking: over wát uitgewerkt moet worden; wat éérst uitgewerkt moet worden; wie het moet doen, wanneer het moet gebeuren en wanneer het klaar moet zijn.

Met het aangeven van prioriteiten en termijnen wordt tevens duidelijk dat niet alles in één keer (perfect) gereed kan zijn. Dit hoeft ook niet. Het plan wordt op deze wijze wél reëler en concreter: het zal geen overspannen verwachtingen wekken en het zal de betrokkenen meer aanspreken. Dit is een zeer belangrijke voorwaarde waaraan het plan moet voldoen, wil het werkelijk gaan functioneren als (nuttig)

instrument bij de besluitvorming over het algemeen beleid.

Als men zich afvraagt wie er bij de samenstelling van het algemeen beleidsplan en de overige plannen betrokken moeten zijn, dient men zich wel te bedenken dat een goed plan niet gemaakt kan worden buiten de betrokkenen om. Het is niet goed wanneer de directie zich, vaak nog in opdracht van ondernemingsraad, diensthoofden, medische staf of bestuur, een week of wat terugtrekt en dan te voorschijn komt met 'het plan'. De kans is groot, dat dit plan niet gaat 'leven' en binnen afzienbare tijd in een la verdwijnt. De participanten in huis zullen daarom zelf zoveel mogelijk betrokken moeten worden - en daardoor ook verantwoordelijkheid dragen - bij de opstelling van het plan, door delen ervan zelf te schrijven, informatie aan te dragen, standpunten naar voren te brengen, discussie aan te gaan. Dit geldt ook voor de invoering, evaluatie en bijsturing van de plannen.

Hoe komt men nu tot de opstelling van een goed beleidsplan? (4) Daarvoor is in de eerste plaats een analyse nodig van de situatie waarin men verkeert en de mogelijkheden die men heeft. Het gaat derhalve om een inventarisatie van:

- externe factoren die niet of nagenoeg niet zijn te beïnvloeden, bijvoorbeeld overbedding, vastgestelde overheidsnormen, wettelijke verplichtingen. Deze factoren zullen als randvoorwaarde voor de beleidsontwikkeling geaccepteerd moeten worden;
- externe factoren, die wel zijn te beïnvloeden. Bijvoorbeeld nog te stellen overheidsnormen, de voorbereiding van regionale of provinciale plannen voor gezondheidszorgvoorzieningen;
- interne (beïnvloedbare) factoren.

Op deze wijze krijgt men meer zicht op de eigen beleidsruimte en kan men vervolgens de aandacht richten op de inhoud van het plan zelf. Dit laatste is in het bovenstaande reeds meer uitvoerig aan de orde geweest.

Terugkomend op de externe factoren zij het volgende opgemerkt. Op grond van de onderzoeksgegevens moet ik concluderen, dat de participanten in het ziekenhuis veel te weinig aandacht besteden aan externe ontwikkelingen. Het overheidsbeleid wordt door hen als een bedreiging ervaren, niet in de laatste plaats wegens de onbekendheid ermee. Men heeft onvoldoende kennis over de wijze

waarop het overheidsbeleid tot stand komt, wat dit beleid inhoudt en op welke wijze het beïnvloed kan worden.

Samenwerking tussen de instellingen biedt één van de mogelijkheden om het overheidsbeleid te beïnvloeden. De ziekenhuisdirecteur, die niet gemotiveerd is tot een dergelijke samenwerking - hij raakt immers een deel van zijn autonomie kwijt - realiseert zich niet, dat instellingen met een goede samenwerkingsrelatie daarvoor een stukje autonomie ten opzichte van de overheid terugkrijgen. Wanneer samenwerkende instellingen een aantal concurrentie-overwegingen ten opzichte van elkaar opzij zetten, overeenstemming bereiken over de wijze waarop de gezondheidszorg in de eigen regio gestalte moet krijgen en dit voorleggen aan de betrokken overheidsorganen, hebben zij voor zichzelf een reële mogelijkheid geschapen de ontwikkelingen in de eigen gezondheidsregio - en daarmee ten aanzien van de eigen instelling - te beïnvloeden.

Ook door zitting te nemen in of contacten te leggen met adviesorganen zoals de provinciale raden voor de volksgezondheid, commissies en werkgroepen van deze raden en van de provinciale besturen, (inter)departementale werkgroepen, opent men wegen om informatie over het overheidsbeleid te verkrijgen en invloed uit te oefenen bij de totstandkoming van dit beleid.

Waarom overigens accepteren de ziekenhuizen nog steeds de gebruikelijke procedure van individuele onderhandelingen met het COZ? Is deze gang van zaken voor henzelf uiteindelijk wel de meest voordelige?

Naast de verbetering van de externe besluitvormingsprocedures, kunnen ook suggesties voor verbeteringen van de interne besluitvorming aangedragen worden.

Men kan hier, behalve aan de verbetering van de kwaliteit van de beslissers, denken aan het aantrekken van staffunctionarissen ten behoeve van het verzamelen en structureren van informatie (zie par. 2.3.3.), en de ontwikkeling van besluitvormingsmethoden.

Voorts kan men, waar dit nodig is, denken aan verbeteringen in de organisatiestructuur, bijvoorbeeld wijzigingen aanbrengen in de structurele differentiatie, in casu bepaalde delen van de organisatie loskoppelen of juist samenvoegen. Dit om een betere afstemming tussen de delen te bewerkstelligen.

2.3.3. De kwaliteit van de informatie

De kwaliteit van de informatie is, behalve van de communicatiestructuur, ook afhankelijk van de mate waarin men gebruik kan maken van systematische data-verzameling, informatie-analyse, voorspellingsmethoden en voorspellingstechnieken.

De communicatiestructuur dient gekenmerkt te worden door flexibiliteit, deelname en betrokkenheid van participanten uit alle hiërarchische niveaus van de organisatie. Om te voorkomen dat de participanten door teveel en niet-relevante informatie worden overspoeld is reductie van de hoeveelheid informatie door structurering en distributie van de informatie volgens een bepaalde systematiek eveneens noodzakelijk.

Een dergelijke, zoals March en Simon (1958) het noemen, onzekerheidsabsorptie, bergt wel enige gevaren in zich, zoals de kans op machtsvorming bij degenen die moeten zorgdragen voor de structurering en distributie van de oorspronkelijke informatie. Door middel van periodieke evaluatie kan een dergelijke ontwikkeling evenwel bewaakt en bijgestuurd worden. Voorts ben ik mij ervan bewust dat de ontwikkeling van het communicatiesysteem tijd en mankracht vergt. Daar staat tegenover dat het systeem, eenmaal ontwikkeld, een bijdrage kan leveren aan het efficiënter functioneren van de organisatie en op dat moment slechts nog tijd voor bewaking en bijsturing vergt.

Ook de ontwikkeling van methodieken voor data-verzameling, voorspellingsmethoden en procedures zal de nodige tijd, mankracht en deskundigheid vragen.

Hieraan kan tegemoet worden gekomen door functionarissen aan te trekken met specifieke deskundigheden, bijvoorbeeld op het terrein van verzameling en analyse van bedrijfsgegevens en van gegevens over externe ontwikkelingen.

In geval het aantrekken van dergelijke functionarissen op moeilijkheden stuit, kan bijscholing en training van reeds in dienst zijnde functionarissen nog mogelijkheden bieden.

Voorts zal het gebruik van de computer een vooruitgang betekenen voor de snelle verzameling en analyse van informatie.

Ook hier geldt weer: er moeten functionarissen zijn die deze technische vorm van informatieverzameling beheersen, maar bovendien ook

weten hoe deze gegevens geïnterpreteerd én hoe zij gebruikt kunnen worden.

2.4. De realiseerbaarheid van de voorgestelde oplossingen

De realiseerbaarheid van de voorgestelde oplossingen zal van verschillende factoren afhangen. Twee vragen zijn hier van essentieel belang, namelijk:

- de vraag of er methoden zijn te vinden om veranderingen binnen de organisatie te bewerkstelligen. Immers, het gaat om tamelijk fundamentele veranderingen: van relaties tussen groepen en personen, van organisatiestructuren, van handelwijzen en attitudes. In termen van het theoretisch model kan men zeggen, dat het gaat om verschuivingen in de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie, waar de meest centrale doelcomponenten bij betrokken zijn;
- de vraag of de condities geschapen kunnen worden om deze veranderingen tot stand te brengen.

Veel zal afhangen van de wijze waarop de overheid zich opstelt en bereid is het eigen beleid kritisch te bezien en zo nodig bij te sturen.

2.4.1. Een methode tot organisatieverandering

Op basis van hetgeen in de literatuur over de veranderbaarheid van centrale normen, attitudes en doelstellingen wordt gezegd (zie onder meer: Krech, Krutchfield en Ballachey, 1962; Rhenman, 1969) kan verondersteld worden, dat de weerstand tegen verandering groter is naarmate het om de meer centrale componenten uit de oc-noc-structuur gaat. Voor het teweeg brengen van dergelijke veranderingen zal veel tijd nodig zijn en voorts de toepassing van een zorgvuldig ontworpen en deskundig gehanteerde verandingsstrategie.

De organisatie-ontwikkelingsliteratuur (Bekke, 1976; Beckhard, 1969; Blake and Mouton, 1964; Lawrence and Lorsch, 1969; Zwart, 1972) biedt in deze een aantal aanknopingspunten, in de vorm van een aantal modellen met behulp waarvan gerichte verandering van organisaties tot stand gebracht zou kunnen worden. Ook Horrynga (1966) gaat hier nader op in.

Een uitvoerige behandeling van de vraag, welk model in welke om-

standigheden het meest geschikt zou zijn, zou hier te ver voeren.

Daarvoor zal een afzonderlijke studie noodzakelijk zijn. Ik beperk mij hier tot het geven van een kort overzicht van de modellen, die in de literatuur worden aangereikt, een overzicht dat ook geenszins de pretentie heeft volledig te zijn, maar dat mogelijk een handreiking kan zijn voor diegenen die de mogelijkheden van organisatie-ontwikkeling willen onderzoeken. Zwart (1972) wijst erop dat organisatie-ontwikkeling een permanent proces is, waarbij de inzet van de verandering het totale systeem is, waarbij het gaat om het werken aan de realisering van doelgerichte samenwerkingsverbanden. Hierbij dient men op systematische wijze te werk te gaan en zich niet te laten leiden door "trial and error" of improvisaties.

Indien deze ontwikkeling wordt gerealiseerd met behulp van een deskundige of deskundigen, spreekt Zwart van professionele organisatie-ontwikkeling. De deskundige zal streven naar actualisering van het vermogen van de participanten in de organisatie (Zwart spreekt hier van 'cliëntsysteem') om zelfstandig doelstellingen te ontwerpen, zelfstandig te kiezen voor alternatieve doelstellingen en ze vervolgens te realiseren.

Het model, met behulp waarvan dit gerealiseerd moet worden zal, aldus Zwart, niet primair een verklaringsmodel, maar een beslissingsmodel moeten zijn; met andere woorden, het moet voldoen aan de eis van decisionele operationaliteit.

Het aantal modellen op het gebied van de organisatie-ontwikkeling, dat aan deze eis voldoet, is echter nog zeer beperkt. Volgens Zwart doet het grid-model van Blake en Mouton (1964) wel aan deze eis, maar dit model heeft als nadeel dat het gericht is op een gefixeerd doel (5).

Andere modellen zijn te vinden bij Lawrence en Lorsch (1969) en Beckhard (1969). Deze auteurs geven aan dat gerichte verandering van de organisatie teweeggebracht kan worden door het doorlopen van een aantal fasen. Lawrence en Lorsch omschrijven deze fasen als diagnose, planning van actie, implementatie en evaluatie. Beckhard noemt diagnose, strategische planning, educatie, advies en training en evaluatie.

Wat betreft de training en educatie merkt Zwart op, dat in ons

land gedurende de laatste decennia door externe instituten steeds meer de nadruk wordt gelegd op "follow-up in de werksituatie". Dit houdt in dat externe bijscholing niet voldoende wordt geacht voor het bereiken van gedragsverandering in de organisatie. De gedragsverandering die men door externe bijscholing bij functionarissen teweeg brengt, moet ingebed zijn in een totale structureel organisatorische veranderingsstrategie, anders wordt de geïnduceerde gedragsverandering in de organisatie verstikt.

Behalve de modellen van Blake en Mouton, Lawrence en Lorsch en Beckhard zijn in de organisatie-ontwikkelingsliteratuur ook modellen te vinden, die zijn geïnspireerd op het veranderingsmodel van Lewin (1947), dat neerkomt op een indeling van het veranderingsgebeuren in de volgende drie fasen:

- "unfreezing": het 'ontdooien' van het actuele niveau van functioneren;
- "moving" : het feitelijk bewegen naar een gewijzigd niveau van functioneren;
- "freezing" : het consolideren van de nieuwe evenwichtssituatie.

De meeste organisatie-ontwikkelingsmodellen hebben gemeen, dat zij een werkwijze voorstaan, waarbij het veranderingsproces vanuit de top van de organisatie wordt geïnitieerd en ondersteund. Ook Zwart geeft in het door hem ontwikkelde polariteiten-model (6) er de voorkeur aan, het proces van organisatie-ontwikkeling aan de top te beginnen. Hij definieert "top" als die groep van mensen, die een beslissende invloed uitoefenen op het algemene beleid, met andere woorden, in termen van de hier gehanteerde theorie, de kerngroep.

Een uitgebreide bespreking van organisatie-ontwikkelingsmodellen is voorts nog te vinden bij Bekke (1976). Deze auteur steunt in belangrijke mate op de door Zwart ontwikkelde gedachten.

Bekke pleit voor een organisatie-ontwikkelingsmodel, waarin niet gefixeerde doelen, maar waarin confrontaties van doelalternatieven centraal staan.

Deze opvatting past wel bij het in deze studie naar voren gebrachte beeld van beleid als structuur van elkaar overlappende en conflicterende doelcomponenten; een structuur die verandert onder invloed van de participanten, waarbij zij opgemerkt dat het handelen van

die participanten beïnvloed kan worden door bepaalde systeemwetmatigheden.

2.4.2. Het overheidsbeleid

Het is in het voorgaande al eens gezegd: de veranderingen waarover hier gesproken wordt, zullen veel tijd, mankracht en tijdelijk ook middelen vragen. Voorts zullen bepaalde wettelijke voorschriften, regels en opleidingseisen bijgesteld moeten worden. De wijze waarop de overheid hierop inspeelt, zal van wezenlijk belang zijn voor het bereiken van veranderingen, die ook werkelijk als verbeteringen gezien kunnen worden.

In de eerste plaats zal de overheid ten aanzien van de gezondheidszorg een consistent beleid moeten voeren. Men dient zich de consequenties van het eigen beleid te realiseren en de daaropvolgende maatregelen ook daarmee in overeenstemming brengen.

Zo kan men niet de kostenbeheersing in de gezondheidszorg centraal stellen in het beleid en tegelijkertijd de instellingen die hier dan ook werk van maken (bijvoorbeeld door een zorgvuldig opnamebeleid) 'afstraffen', onder meer door bij een laag bezettingspercentage beddenreductie te eisen en tevens 'het bed' als eenheid voor tariefstelling blijven handhaven.

In de tweede plaats zal de overheid de financiering van bepaalde verbeteringen mogelijk moeten maken. Indien de staatssecretaris niet toestaat, dat een verbetering van het management en de managementstaffunctie financieel mogelijk wordt gemaakt (bijvoorbeeld via de tariefstelling), zal van een werkelijke verbetering in dit opzicht weinig of niets terecht kunnen komen.

Daarnaast zou de verbetering van de managementfunctie van overheidszijde bevorderd kunnen worden door bijvoorbeeld op dit terrein bepaalde eisen te stellen aan de afzonderlijke instellingen, zoals dit ook op het terrein van bouw en verbouw geschiedt.

In de derde plaats zal de overheid, wil er werkelijk iets terecht komen van de plannen tot verdere structurering van de gezondheidszorg, aan de afzonderlijke instellingen de nodige ruimte dienen te geven om een eigen beleid te vormen, een beleid dat in vele opzichten een gemeenschappelijk beleid van die instellingen zal moeten worden. Het opleggen van gedetailleerde plannen en talloze veruitgewerkte richtlijnen inzake de gewenste ontwikkeling per regio,

zijn hier uit den boze. De overheid zal slechts een kader kunnen en mogen aangeven; een kader dat de instellingen in nader overleg moeten gaan invullen.

In de vierde plaats zal de overheid, daar waar de instellingen behoefte hebben aan ondersteuning van hun gezamenlijk overleg, dienen te zorgen voor daadwerkelijke begeleiding van dit proces, door het beschikbaar stellen van mankracht en faciliteiten.

Ten vijfde zal de overheid iets kunnen doen aan de opleiding van degenen die in de gezondheidszorg gaan werken. In het voorgaande is reeds als voorbeeld genoemd, de opname van bepaalde vakken in het vakkenpakket van de medische opleiding.

Met de bovenstaande suggesties wil ik niet pretenderen volledig te zijn, maar in elk geval de, in het raam van het hier gehanteerde theoretische model, meer essentiële punten aan te geven, die van belang zijn voor de verbetering van het ziekenhuisbeleid en alles wat daarmee samenhangt.

Tenslotte nog dit. Ik heb een pleidooi gehouden voor een planmatige aanpak. Ik meen dat dit goed is, maar ik zou wel willen waarschuwen tegen een overwaardering van planning. Het planmatig bezig zijn kan zo makkelijk worden tot een doel op zich; het doel dat de planning moet dienen, kan zo makkelijk uit het oog worden verloren. Daarom is het noodzakelijk ook de planningsactiviteiten zelf met regelmaat te evalueren; om even afstand te nemen en je af te vragen: 'waar zijn we mee bezig. gaat het nog wel om het doel waarvoor de planning werd opgezet?'. Bovendien zou het goed zijn als we ons realiseerden, dat niet alle knelpunten, niet alle problemen met louter planning zijn op te lossen.

Nogmaals, dit doet niets af aan het nut en het belang van planning als instrument van beleidsvorming in complexe organisaties. Men dient dit instrument echter wel op zijn juiste waarde te schatten en dienovereenkomstig te gebruiken, wil het ook optimaal benut kunnen worden.

3. Conclusies van theoretische aard

3.1. De betekenis van de bedrijfskundige optiek bij de studie van beleid en beleidsvorming in een organisatie

Met deze studie is een voorbeeld gegeven van de wijze waarop een

onderzoeksobject vanuit een bedrijfskundige optiek wordt benaderd. In hoofdstuk I is reeds aangegeven, dat kenmerkend voor een bedrijfskundige optiek is, dat deze vraagt om:

- een normatieve benadering, door de opzet van een model, waarvan verondersteld wordt dat het, in de praktijk gebracht, gunstige effecten zal teweegbrengen. Hiermee wordt tevens een kader gegeven waarmee het onderzoeksveld benaderd kan worden, hetgeen betekent dat men in de praktijk kan gaan kijken in hoeverre die beantwoordt aan het model. In die zin functioneert het model als waarnemingskader. Voorts kan hetzelfde model functioneren als analytisch kader, dat wil zeggen dat het gebruikt kan worden voor een analyse van de situatie, hetgeen vervolgens moet leiden tot het opsporen van knelpunten. Deze aanpak vormt een goede basis om te voldoen aan de volgende eis die de bedrijfskundige optiek stelt, namelijk:
- het aangeven van oplossingen voor de gevonden knelpunten. Deze oplossingen moeten uit het model zijn af te leiden
- een "bredere" benadering waarin niet één, maar meerdere facetten van het onderwerp van studie in hun onderlinge samenhang bekeken worden.

In het onderstaande volgt een nadere beschouwing over het nut van de bovengeschetste benadering zowel in het algemeen als voor de studie van beleid en beleidsvorming in een organisatie in het bijzonder.

Aangezien de bedrijfskundige benadering niet alleen is gericht op analyseren en verklaren maar tevens vraagt om een normatieve benadering aan de hand van een theoretisch model op basis waarvan praktische problemen opgespoord en aangepakt moeten kunnen worden, biedt een dergelijke benadering mogelijkheden op tweeërlei gebied:

1. De ontwikkeling van het theoretisch model vraagt om een theoretische studie en een grondige theoretische doordenking. Deze aanpak zal in de eerste plaats kunnen leiden tot een bijdrage - hoe klein ook - aan de theorie, waardoor de theoretische ontwikkeling een stapje vooruit wordt geholpen. Bovendien wordt, in het geval dat tevens een veldonderzoek wordt verricht, door een grondige theoretische doordenking vooraf een goede basis gelegd voor de opzet en uitvoering van een dergelijk veldonderzoek.

2. De eis van de normatieve benadering, die moet leiden tot het opsporen en aanpakken van problemen, kan degenen die in de praktijk functioneren helpen bij het verkrijgen of vergroten van inzicht in de eigen situatie en bij het reduceren of oplossen van de problemen waarmee zij worden geconfronteerd.

Samengevat kan gezegd worden dat onderzoek, vanuit een bedrijfskundige optiek verricht, zowel theoretische als praktische betekenis heeft. Voorts meen ik te mogen stellen dat de bedrijfskundige optiek zeer geschikt is voor de studie van juist een onderwerp als beleid en beleidsvorming in organisaties. Immers, zoals uit deze studie is af te leiden, dient men een verscheidenheid van facetten op te sporen en in hun samenhang te bekijken, wil men het object van studie, in casu beleid en beleidsvorming, beter gaan begrijpen. Het gaat daarbij om zaken als structuren en methodieken, eigenschappen en gedrag van mensen, onderlinge menselijke relaties (en de politieke aspecten daarvan), inhoudelijke en financiële aspecten, waarbij met name de samenhang tussen deze facetten van groot belang is voor het verkrijgen van inzicht in onderhavige materie. Terwijl nu door de afzonderlijke disciplines het accent wordt gelegd op één of enkele van genoemde facetten afzonderlijk - zo richt de psychologie zich voornamelijk op menselijke eigenschappen en menselijk gedrag, de sociologie voornamelijk op structuren en menselijke relaties, de economie voornamelijk op financiële aspecten - tracht de bedrijfskunde, zoals reeds is opgemerkt, een bredere visie te ontwikkelen door zich te richten op al deze facetten in hun onderlinge samenhang. Naast dit voordeel levert de bedrijfskundige benadering ook problemen op: naarmate deze studie vorderde kwam steeds duidelijker naar voren, dat het bestuderen van velerlei facetten in hun onderlinge samenhang een studie complexer maakt. Dit impliceert - en dit is welhaast vanzelfsprekend - dat de afzonderlijke facetten van het onderwerp van studie met minder diepgang en minder gedetailleerd bestudeerd kunnen worden (7). Bij de uitwerking van alleen al het theoretisch onderzoek werd mij duidelijk hoe ingewikkeld alleen al het begrip complexiteit was, wanneer men het uiteen ging leggen in de verschillende kenmerken en zich ging verdiepen in de samenhang daartussen. Alleen dit laatste zou al een afzonderlijke studie vereisen. De gevolgen van de nood-

zaak tot beperking kan de bedrijfskundige enigszins opvangen door, waar mogelijk, gebruik te maken van inzichten en verworvenheden van andere disciplines. In dat geval dient hij er wel rekening mee te houden, dat hij geconfronteerd kan worden met de onverenigbaarheid van verschillende theorieën. Een nieuw probleem dus. Bovendien zal hij nooit over de gespecialiseerde kennis en inzichten ten aanzien van de afzonderlijke aspecten of facetten kunnen beschikken die de meer gespecialiseerde wetenschapsbeoefenaar bezit. In dit licht gezien is het goed te beseffen dat ook de bedrijfskundige benadering zijn beperkingen heeft en slechts één benadering naast vele andere is. Voorts dient erop gewezen te worden dat bepaalde oplossingen, die de bedrijfskundige kan aandragen op grond van zijn theoretisch model, in de praktijk niet altijd haalbaar zijn om verschillende redenen, zoals de volgende:

- er kunnen teveel tegenstrijdige belangen mee zijn gemoeid
- de oplossing kan afhankelijk zijn van de medewerking van teveel uiteenlopende groepen en personen
- sommige oplossingen kosten teveel tijd, omdat bijvoorbeeld een mentaliteitsverandering van bepaalde groepen nodig is
- sommige oplossingen zijn te kostbaar.

Juist in het geval dat dergelijke situaties zich voordoen zijn kennis en inzichten omtrent menselijke gedragswijzen en attitudes, omtrent wederzijdse menselijke relaties en interacties, omtrent kosten vraagstukken noodzakelijk. Op dit terrein kunnen psychologische, sociologische, politicologische en economische wetenschappen de nodige bijdragen leveren.

Samenvattend kan gezegd worden dat de bedrijfskundige benadering zeer geschikt lijkt te zijn voor de bestudering van een onderwerp als beleid en beleidsvorming in een organisatie, waarbij zeer veel facetten in hun onderlinge samenhang een belangrijke rol spelen. Daar staan enkele nadelen tegenover die de bedrijfskundige, wil hij de voordelen van de bedrijfskundige benadering optimaal benutten, zo goed mogelijk dient op te vangen door:

- zich voortdurend bewust te zijn van de beperkingen van deze benadering
- gebruik te maken van de kennis en inzichten van andere disciplines. Hiertoe dient hij de bijdragen van die disciplines op hun waarde te kunnen schatten.

Zo meen ik, dat de in de sociologie zeer essentiële theorie over bureaucratisch en traditionalistisch gezag bijzonder goede aanknopingspunten biedt om de ziekenhuisorganisatie te analyseren en te begrijpen.

- de sterke kanten van de bedrijfskundige benadering te benutten door het accent te leggen op de verscheidenheid van en de samenhang tussen facetten, zoals de interactie tussen organisatie en omgeving, structuren en de wijze waarop zij door mensen worden ingevuld, persoonlijke eigenschappen gecombineerd met de positie van een bepaalde functionaris. Juist omdat een dergelijke benadering zeer veel facetten omvat, dient de bedrijfskundige:
 - het onderwerp van studie zo goed mogelijk af te bakenen en het onderzoeksmateriaal zo goed mogelijk te structureren
 - het onderwerp van studie van te voren theoretisch goed te doordenken. Eerst dan kan een verantwoord theoretisch model ontwikkeld worden, waarmee de basis wordt gelegd voor de vertaling van de theorie naar de concrete situatie, voor het verkrijgen van inzicht in praktische problemen en voor het zoeken naar een aanpak van die problemen.

Op welke wijze is in deze studie vorm gegeven aan de bedrijfskundige optiek? Ik meen te mogen stellen dat dit op de volgende wijze is gebeurd:

- a. Getracht is een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van een voor de bedrijfskunde zeer belangrijke theorie, namelijk die betreffende de relatie tussen doelen en middelen. Verschillende auteurs, zoals March en Simon (1958), Lindblom (1971) en Cyert en March (1972) hebben zich hiermee bezig gehouden. Met de ontwikkeling van de idee van operationele en niet-operationele doelcomponenten en hun onderlinge samenhang (oc-noc-structuur) is beoogd de relatie tussen doelen en middelen scherper en duidelijker te formuleren. Uitgangspunt was hierbij de idee van Lindblom (1971) dat doelen en middelen zo zeer verstrengeld zijn dat zij hooguit te onderscheiden, maar niet te scheiden zijn en derhalve beschouwd moeten worden als componenten van één geheel.

Door de structuur van operationele en niet-operationele doelcomponenten vervolgens als een door de tijd heen veranderende grootte en bovendien als, zoals De Leeuw (1977) het noemt, aggregatieniveau onafhankelijk op te vatten, werd het geheel in een ruimer kader geplaatst en kan het derhalve meer algemeen toepasbaar geacht worden.

Tevens meen ik de uitwerking van de relatie tussen enerzijds het begrip complexiteit in de ruime betekenis van het woord, zoals Menzl (1977) voorstaat, en anderzijds de oc-noc-structuur en de verandering daarvan als een bijdrage aan de theorie te mogen opvatten. In dit licht dient met name de historische beschouwing over het ziekenhuis gezien te worden.

- b. Het model dat op grond van bovenstaande theoretische beschouwingen is ontwikkeld is vervolgens op verschillende manieren gehanteerd: als normatief model, als waarnemingskader en als analytisch kader. Bij de operationalisering en het veldonderzoek fungeerde het als waarnemingskader. Bij de analyse van de onderzoeksgegevens diende het als analytisch kader en bij het opsporen van knelpunten en het aandragen van oplossingen functioneerde het als normatief model. Voor de oplossingen is tevens aangegeven de vermoedelijke realiseerbaarheid ervan, door te wijzen op de belemmeringen die zich in deze zullen voordoen:

- belangentegenstellingen en het inleveren van macht door bepaalde groepen en door individuele ziekenhuizen
- de lange tijdsperiode die ermee gemoeid zal zijn, wegens een toch noodzakelijke mentaliteitsverandering bij de betrokkenen
- de aanvankelijke kosten, die in deze tijd van bezuinigingen een belangrijke rol zullen spelen.
- de medewerking van externe instanties, die onontbeerlijk is.

Deze belemmeringen behoeven evenwel niet te betekenen dat het werken in de richting van de aangegeven oplossingen zinloos is. Door te wijzen op de modellen die in de organisatie-ontwikkelingsliteratuur worden gegeven zijn ook een aantal strategieën aangegeven, die op langere termijn tot verandering kunnen leiden. Eveneens is gewezen op een aantal concrete voorwaarden, die de overheid dient te scheppen, willen er ooit wezenlijke veranderingen tot stand komen.

Opgemerkt zij overigens dat door de wijze waarop dit onderzoek

is aangepakt nog wel een aantal vragen overblijven. Vragen die stuk voor stuk betrekking hebben op de problematiek van de afzonderlijke aspecten, zoals:

- het economische principe: het vraagstuk van de kostenbeheersing afgewogen tegen kwantiteit en kwaliteit
- de kwaliteitstoetsing: het vraagstuk van de ontwikkeling van kwaliteitsnormen en toetsingsmethoden
- het verloop van micro-processen tijdens de besluitvorming met betrekking tot het algemeen beleid: de interactie tussen personen, de rol van informeel overleg, de betekenis van manipulatie en andere politieke processen.

Het ontbreken van informatie over en inzicht in bovengenoemde vraagstukken is deels het gevolg van de gehanteerde bedrijfskundige optiek, waardoor eerder het accent op samenhangen dan op afzonderlijke aspecten is gelegd, en deels door de gehanteerde onderzoeksmethoden die reeds toegepast moesten worden toen zij nog niet geheel waren uitgekristalliseerd en op een aantal punten onvoldoende waren uitgewerkt. In het onderstaande wordt hierop nader ingegaan.

3.2. Het nut van de gebruikte onderzoeksmethoden en de onderzoekbaarheid van beleid en beleidsvorming

In het eerste hoofdstuk is reeds aangegeven dat, gezien de omstandigheden waaronder het onderzoek is verricht (8), het veldonderzoek niet anders kon zijn dan onderzoek, waarbij met methoden en technieken werd geëxperimenteerd. Dit brengt de verplichting met zich mee andere onderzoekers te informeren over de ervaringen die met de gehanteerde onderzoeksmethoden zijn opgedaan en voorts een uitspraak te doen met betrekking tot de vraag in hoeverre het onderwerp van studie, in dit geval beleid en beleidsvorming in een organisatie, onderzoekbaar is.

Ten aanzien van de gebruikte onderzoeksmethoden zal nader ingegaan worden op de volgende punten:

- de herkomst van de gehanteerde methoden en technieken
- de mate waarin de keuze van de case-study, gevolgd door een onderzoek bij een grotere populatie ter wille van de generaliseerbaarheid, een geschikte keuze was
- de bruikbaarheid van de notulenstudie
- omissies in de gebruikte onderzoeksmethodieken

- de goede en nuttige kanten van de gebruikte onderzoeksmethodieken. Bij de behandeling van deze punten zullen, waar mogelijk, de nodige aanbevelingen worden gedaan voor eventueel verder onderzoek. Tenslotte zullen nog enige opmerkingen worden gemaakt over de wisselwerking tussen theorievorming en empirisch onderzoek

3.2.1. Herkomst van de gehanteerde methoden en technieken

Het gebruik van specifieke bedrijfskundige methoden en technieken, zoals het maken van multimomentopnamen, tijdschrijven, het verrichten van kwaliteitsmetingen, leek mij niet geschikt voor het onderzoek van een complexe en moeilijk grijpbare materie als beleid en beleidsvorming in een organisatie.

In dit verband was het nodig gebruik te maken van methoden en technieken die in de sociale wetenschappen zijn ontwikkeld en worden gehanteerd, zoals het bestuderen van secundair materiaal (bronnenstudie) en het interview.

3.2.2. De keuze van de case-study, gevolgd door een uitbreiding naar een grotere populatie.

Het komt mij voor dat de keuze van de case-study in het kader van een onderzoek naar beleid en beleidsvorming in een organisatie, inderdaad een gelukkige keuze is, juist om het argument dat in hoofdstuk IV is aangedragen ter verdediging van deze keuze: verschijnselen als beleid en beleidsvorming in een organisatie omvatten zoveel facetten, die pas in hun onderlinge samenhang betekenis krijgen, dat voor de bestudering daarvan een methode nodig is waarbij, zoals kenmerkend is voor de case-study, elke sociale eenheid in zijn totaliteit wordt beschouwd. Anders zal de onderzoeker geen grip kunnen krijgen op de samenhang tussen de terzake doende facetten.

De case-study als methode laat zich overigens uitstekend combineren met de bedrijfskundige benadering aangezien, zoals in het voorgaande reeds is betoogd, kenmerkend voor deze benaderingswijze is dat zij zich richt op de samenhang tussen een veelheid van aspecten.

Een probleem blijft de generaliseerbaarheid van de resultaten van de case-study. Dit probleem kan inderdaad opgelost worden door het onderzoek later naar een grotere populatie te verbreden. In het

kader van deze studie is dit ook gebeurd, maar de wijze waarop dit geschiedde heeft aanleiding gegeven tot enkele problemen. Het eerste probleem werd veroorzaakt door de gehanteerde onderzoekstechniek: het gestructureerde interview. De onderzoeker blijft hierdoor namelijk altijd sterk afhankelijk van hetgeen de respondenten hem meedelen. Immers, hij kan deze informatie niet toetsen aan gegevens die hij via andere methoden heeft verzameld. Het is dus zaak dat de gebruikte vragenlijst volledig uitgekristalliseerde en getoetste vragen bevat. De vragenlijst die tijdens dit onderzoek is gebruikt, voldeed mijns inziens onvoldoende aan deze eis: er kon bijvoorbeeld geen proefonderzoek verricht worden om de vragen te toetsen.

Enige vragen bleken achteraf onvoldoende zorgvuldig geformuleerd, terwijl ook enige relevante vragen achteraf bleken te ontbreken. Zo zijn naar mijn mening onvoldoende vragen gesteld over het beleidsplan en het beleidvormingsproces.

Derhalve kunnen de interviews in de dertig ziekenhuizen het best als een proefonderzoek ten behoeve van de toetsing van de vragenlijst worden gezien.

Een tweede probleem leverde achteraf gezien de keuze van de onderzoekspopulatie. Om pragmatische redenen, in casu het gebrek aan tijd en mankracht, zijn de interviews gehouden met slechts één - zij het een zeer belangrijke - van de participanten in het beleidvormingsproces in het ziekenhuis, namelijk de directie. Door deze keuze was het niet mogelijk de uitspraken van de respondenten te toetsen aan die van andere participanten en moesten teveel veronderstellingen worden ingebouwd omtrent de perceptie van directieleden. Het bovenstaande geeft aanleiding tot een tweetal opmerkingen:

- a. De generaliseerbaarheid van de resultaten van dit onderzoek dient beperkt geacht te worden. De reden waarom de resultaten van de interviews in de dertig ziekenhuizen toch zijn vermeld ligt hierin, dat zij de gegevens van de case-study in grote lijnen niet tegenspreken, terwijl zij bovendien enkele nieuwe gegevens opleverden, met name omtrent de fusieproblematiek.
- b. Indien een onderzoeker die een case-study heeft verricht zijn onderzoek terwille van de generaliseerbaarheid wil uitbreiden, is het aanbevelenswaardig om:

- bij gebruik van de interviewmethode de vragenlijst uiterst zorgvuldig op te stellen en de vragen van te voren door middel van een proefonderzoek te testen
- de onderzoekspopulatie met grote zorgvuldigheid te kiezen, namelijk zo, dat parallellen getrokken kunnen worden met de populatie van de case-study.

Er zij overigens wel op gewezen dat de uitvoering van bovenstaande aanbevelingen veel tijd en mankracht vergt.

3.2.3. De notulenstudie

Uit de bestudeerde notulen was af te leiden dat tijdens formele vergaderingen de informatiefase zeer intensief lijkt te zijn. Tevens was in sommige vergaderingen sprake van een tamelijk grote intensiteit van de laatste fase van de besluitvorming: het nemen van een besluit.

Bestudering van notulen houdt derhalve in dat:

- de onderzoeker veel te weten komt over de informatie die wordt gebruikt bij de beleidsvorming
- de onderzoeker kennis neemt van de (formele) besluiten die worden genomen
- de onderzoeker minder zicht krijgt op:
 - . de wijze waarop met de informatie wordt gewerkt
 - . de wijze waarop besluiten worden "voorgekookt"
 - . eventuele tactische manoeuvres, manipulaties en dergelijke.

Een en ander is wel afhankelijk van de wijze waarop de notulen zijn opgesteld: beknopt, bijvoorbeeld als besluitenlijst, of uitvoerig met een beschrijving van het verloop van bepaalde processen. Bij de bestudeerde notulen kwamen beide typen voor. De meer uitvoerige notulen leverden duidelijk meer informatie op over de processen, maar toch bleven op dit terrein nog wel wat vragen over.

Op basis van het voorgaande kan gezegd worden dat notulen redelijk goede informatie geven over de inhoudelijke kant van het beleid, maar als hulpmiddel om te komen tot het inzicht in processen wel in gebreke blijven. Zij dienen daarom ook aangevuld te worden met andere methoden van data-verzameling. Daarvoor bieden zij ook wel goede aanknopingspunten, bijvoorbeeld:

- voor het vinden van andere schriftelijke bronnen

- voor het vinden van sleutelfiguren in de beleidsvorming
- voor het opstellen van vragen die tijdens interviews gesteld kunnen worden.

Voorts kan gesteld worden dat, zoals Büschges (1977) reeds opmerkte, een zeer goed analyseschema bij de bestudering van notulen een belangrijke eis is. Geconcludeerd moet worden dat het schema dat bij dit onderzoek is gebruikt nog onvoldoende was uitgewerkt. Dit werd onder andere veroorzaakt door het feit dat aanvankelijk is geprobeerd via de notulen toch grip te krijgen op de procesmatige kanten. Zoals in bovenstaande reeds is uiteengezet bleek tijdens het onderzoek dat notulen zich hier juist minder goed voor lenen, want:

- dikwijls was de informatie over processen niet aanwezig of onvoldoende
- soms was deze informatie niet geschikt voor scoring, dat wil zeggen niet in te delen in de gebruikte scorings-categorieën.

Tenslotte meen ik te moeten stellen dat de opvatting dat notulen vooral gezien dienen te worden in het licht van de politieke betekenis die zij hebben, zekere consequenties heeft voor de onderzoeksmethoden. Achteraf bezien is hieraan tijdens dit onderzoek te weinig aandacht geschonken. Op de bedoelde consequenties kom ik in het onderstaande nader terug.

Op basis van deze ervaringen kunnen de volgende aanbevelingen gegeven worden aan de onderzoeker, die de notulenstudie als onderzoeksmethode wil gaan hanteren:

1. De onderzoeker dient zich bewust te zijn van de beperkte toepassingsmogelijkheden van notulen voor onderzoeksdoeleinden.
2. Het, in geval van kwantitatieve analyse, te gebruiken analyseschema dient goed uitgewerkt en voorbereid te worden. Het verdient aanbeveling het schema van te voren te toetsen via een proefonderzoek.
3. De onderzoeker dient het analyseschema zorgvuldig te hanteren: criteria die bij de scoring twijfel oproepen dienen buiten beschouwing gelaten te worden.
4. Gezien bovenstaande dient een notulenstudie in een onderzoek de plaats te krijgen die het toekomt, namelijk als aanloop tot een aanknopingspunt voor verder onderzoek. Hiervoor is een dergelijke studie bepaald zeer geschikt.

5. Om grip te krijgen op de politieke betekenis van notulen is het van belang de volgende zaken na te gaan:
 - . de wijze waarop de participanten de notulen percipiëren en de functie die zij eraan toekennen
 - . de belangstelling die de participanten hebben voor deelname aan bepaalde vergaderingen
 - . de deelnemers die tijdens de vergaderingen domineren
 - . de redenen waarom deelnemers tijdens vergaderingen wegblijven (bijvoorbeeld in verband met de behandeling van bepaalde onderwerpen of omdat zij de vergadering niet belangrijk vinden)
 - . de aard van de onderwerpen die telkens naar een volgende vergadering worden verschoven en de reden daarvan
 - . de aard van de onderwerpen waarover telkens snel of steeds positieve of steeds negatieve beslissingen worden genomen
 - . de aard van de onderwerpen die ongemerkt van de agenda verdwijnen zonder dat daarover de nodige beslissingen zijn genomen.
6. Om de onder 5. genoemde zaken te kunnen nagaan zijn ook andere onderzoeksmethoden dan die van de bronnenstudie nodig. Hiervoor komen in aanmerking:
 - participerende observatie. Hierdoor kunnen mogelijk ook de informele kanten van het beleidvormingsproces opgespoord worden
 - interviews, mogelijk zelfs meer dan één, met sleutelfiguren in het beleidvormingsproces, aan de hand van vragen die zijn afgeleid uit het materiaal dat de notulenstudie opleverde.

3.2.4. Omissies

Tijdens het onderzoek is relatief weinig aandacht besteed aan de informele processen die tijdens de beleidsvorming plaatsvinden. Dit zou als een omissie opgevat kunnen worden, waardoor minder zicht is verkregen op bepaalde aspecten en fasen in het beleidvormingsproces, zoals bijvoorbeeld de wederzijdse beïnvloeding tussen de participanten buiten de formele vergaderingen om, de wijze waarop coalities worden gevormd en afspraken worden gemaakt omtrent te voeren tactieken tijdens formeel overleg.

Opgemerkt is reeds dat door de aanpak die in het kader van deze studie is gehanteerd, met name de bedrijfskundige benaderingswijze, niet diep ingegaan kon worden op de afzonderlijke facetten

van de beleidsvorming. Een dergelijke aanpak is ook niet specifiek kenmerkend voor de bedrijfskundige benaderingswijze, waarbij immers een bredere visie voorop staat en het accent wordt gelegd op de samenhang tussen de veelheid van aspecten. Een diepgaander studie van het informele aspect zou derhalve meer op het terrein liggen van de afzonderlijke disciplines, zoals bijvoorbeeld de psychologie of de sociale psychologie. Indien onderzoek door de beoefenaren van genoemde disciplines waardevolle gegevens zou opleveren, zou de bedrijfskundige daar ongetwijfeld dankbaar gebruik van maken. Overigens kan, afgaande op de gegevens die dit onderzoek heeft opgeleverd, gesteld worden dat het achterwege laten van diepgaand onderzoek naar informele aspecten van de beleidsvorming niet zo ernstig is als men op het eerste gezicht zou denken: het onderzoek blijkt toch wel informatie te hebben opgeleverd op grond waarvan fundamentele problemen in de beleidsvorming opgespoord konden worden.

Een andere omissie in het kader van dit onderzoek ligt in het ontbreken van een uitgebreide toetsing van de gebruikte onderzoeksmethoden. Ik wil er in dit verband nog eens met nadruk op wijzen dat het hier ging om een experimenteel, verkennend onderzoek, waarbij de toetsing van de gehanteerde onderzoeksmethoden op geldigheid en betrouwbaarheid niet direct op de voorgrond heeft gestaan, maar eerder de vraag of beleid en beleidsvorming met de ter beschikking staande onderzoeksmethoden inderdaad onderzoekbaar zijn. Dit wil niet zeggen dat het eerstgenoemde geheel buiten beschouwing is gebleven. In het onderstaande, waarin de goede en nuttige kanten van de gebruikte methodiek worden besproken, wordt hierop nader ingegaan.

3.2.5. Goede en nuttige kanten van de gebruikte methodiek

De gehanteerde onderzoeksmethodiek heeft, naar ik meen de volgende positieve kanten:

- a. het gebruik van de verschillende onderzoeksmethoden tijdens de case-study leverde een goede basis voor de controle op de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten. Deze controle werd mogelijk door:
 - . vergelijking van de gegevens die de verschillende typen documenten opleverden

- . toetsing aan de hand van de interviewgegevens van de veronderstellingen die op grond van de documentenstudie werden gedaan.
- . vergelijking van de antwoorden van de verschillende respondenten.
- b. Het feit dat het onderzoek in meer dan één ziekenhuis is verricht maakt de onderzoeksgegevens minder afhankelijk van de specifieke omstandigheden waarin één bepaald ziekenhuis verkeert.
- c. Het feit dat de case-study werd uitgebreid met interviews in een groter aantal ziekenhuizen, die, ondanks de omissies in en minder gelukkige keuzen bij de opzet ervan, toch steun geven voor de veronderstelling dat de problematiek in de drie ziekenhuizen van de case-study een meer algemeen voorkomende problematiek in de ziekenhuiswereld lijkt te zijn, terwijl tevens verondersteld kan worden dat de aanpak in ziekenhuis C van de case-study vermoedelijk tamelijk uitzonderlijk is.

Met het voorgaande betoog, waarin de voordelen en nadelen van en de omissies in de gebruikte onderzoeksmethoden zijn geïnventariseerd, waarna een aantal aanbevelingen zijn gedaan voor verder onderzoek, meen ik aangegeven te hebben op welke wijze zij van nut zijn geweest bij het onderzoek van beleid en beleidsvorming in een organisatie en op welke wijze zij nog verbeterd kunnen worden.

Op grond hiervan kan gesteld worden dat met behulp van de gehanteerde onderzoeksmethoden een zekere grip is verkregen op beleid en beleidsvorming in een organisatie, al hoewel dit nog niet uitputtend ten aanzien van alle afzonderlijke facetten heeft plaats gevonden. Dit laatste is overigens een gevolg van het feit dat bij het onderzoek de bedrijfskundige benaderingswijze is gehanteerd. In verband hiermee zou ik willen opmerken dat de wijze waarop de onderzoeker grip krijgt op het onderzoeksobject en de wijze waarop hij tegen dit onderzoek aankijkt altijd gekleurd wordt door zijn theoretische uitgangspunten en de methoden die hij gebruikt: "de naakte feiten" bestaan niet (9).

De ervaringen, opgedaan met deze studie doen veronderstellen dat beleid en beleidsvorming in een organisatie in elk geval vanuit een bedrijfskundige optiek wel onderzoekbaar lijken te zijn. Op dit punt aangekomen, zijn naar mijn mening, de laatste drie vragen van de vraagstelling die in hoofdstuk I zijn

geponeerd, beantwoord.

Rest mij nog enige opmerkingen te maken over de wisselwerking tussen theorievorming en empirisch onderzoek, die elke onderzoeker toch een zekere frustratie zal opleveren.

3.2.6. De wisselwerking tussen theorievorming en empirisch onderzoek

Naar mijn ervaring komt de onderzoeker, die empirisch onderzoek wil verrichten op basis van goed doordachte theoretische uitgangspunten, aanvankelijk moeilijk aan dit onderzoek toe. Het voortdurend dōrtheoretiseren en het aanbrengen van theoretische verfijningen is een zeer tijdrovend en moeilijk te doorbreken proces, dat alleen gestopt kan worden door op een gegeven moment daadwerkelijk aan de opzet van het empirisch onderzoek te beginnen.

Door de kennis en ervaring, tijdens dit onderzoek opgedaan, veranderen weer zijn theoretische inzichten en heeft hij opnieuw de behoefte aan een theoretisch onderzoek, het uitdiepen van theoretische concepten en het aanbrengen van theoretische verfijningen. Hierdoor wordt hij achteraf geconfronteerd met de notie dat zijn empirisch onderzoek lacunes vertoont en wel op die punten waar hij tot nieuwe theoretische inzichten is gekomen.

Op grond hiervan wenst hij opnieuw empirisch onderzoek te gaan verrichten, iets wat in de praktijk meestal niet mogelijk is.

De onderzoeker zal daarom moeten leren leven met deze 'frustratie' en leren accepteren dat het 'volmaakte' onderzoek niet realiseerbaar is, aangezien hij altijd gevangen zal blijven in de vicieuze cirkel van theoretiseren, empirisch onderzoek, theoretiseren enzovoort.

4. Nawoord

In het eerste hoofdstuk is het doel van deze studie geëxpliciteerd in de volgende bewoordingen:

"Vanuit een bedrijfskundige optiek inzicht verwerven in het Nederlandse algemene ziekenhuis".

Deze onderzoeksdoelstelling en de theoretische overwegingen hebben geleid tot een zedelijke vraagstelling. In datzelfde eerste hoofdstuk is gesteld dat het doel van deze studie bereikt zou zijn, indien een bevredigend antwoord op deze vragen gegeven zou kunnen worden.

Met een beschouwing over de bedrijfskundige optiek, het nut van de gebruikte onderzoeksmethoden en de onderzoekbaarheid van beleid en beleidsvorming in een organisatie en voorts met het aangeven van de belangrijkste kenmerken van beleid en beleidsvorming in het ziekenhuis, het noemen van de knelpunten die daarin op grond van de theoretische overwegingen zijn aan te wijzen, het inventariseren van door de participanten ervaren problemen en het aangeven van de manieren waarop die knelpunten aangepakt zouden kunnen worden, meen ik een antwoord gevonden te hebben op bovengenoemde onderzoeksvraagstelling. Ik meen dat het verkregen inzicht in beleid en beleidsvorming met name betrekking heeft op de samenhang tussen de veelheid van aspecten die aan deze materie zijn te herkennen. Een meer gedetailleerde uitwerking van die aspecten ligt meer op het terrein van de afzonderlijke disciplines.

De aangegeven manieren om knelpunten aan te pakken, dienen in een aantal gevallen nog nader uitgewerkt te worden: slechts de wegen die men zou moeten inslaan en, zeer globaal, de strategieën die men daarbij kan hanteren, zijn aangegeven. Ongetwijfeld zullen zij veel tijd en aanvankelijk veel geld kosten, maar vermoedelijk op de langere termijn voordeliger zijn.

Op dit moment gaat het in de eerste plaats nog om een bewustwording bij de betrokkenen van de aard van de problematiek en van de wegen die ingeslagen moeten worden om de problematiek op te lossen. In dit verband zal tevens een zekere mentaliteitsverandering nodig zijn in de gehele gezondheidszorg. Indien deze studie een bijdrage zal leveren tot dit bewustwordingsproces en een aanzet zal geven tot die mentaliteitsverandering, dan kan zij ook betekenis hebben voor degenen, die werkzaam zijn in de praktijk van de gezondheidszorg.

Noten.

1. Ik wil hier nogmaals een relativerende opmerking maken ten aanzien van de opsomming van de kenmerken van beleid en beleidsvorming en de door de participanten ervaren problemen. Immers, zij zijn gevonden met behulp van de hier gehanteerde onderzoeksmethoden en daardoor mede afhankelijk van de aard van die methoden. Bij hantering van andere onderzoeksmethoden zouden de accenten vermoedelijk anders zijn gelegd.

2. Hierbij is kennis van de volgende factoren van groot belang (De Koning en Wiebenga, 1978):

- ontwikkelingen in het behoeftenpatroon en de afstemming van de aard van de voorzieningen op deze ontwikkelingen
- ontwikkelingen in de medische wetenschap en de vooruitgang van de praktische behandelingsmogelijkheden
- de nationale en regionale onderling-functionele afstemming van gezondheidszorgvoorzieningen en de geconcipieerde functie van het ziekenhuis in dit veld
- de sociaal-economische, financiële, maatschappelijke ontwikkelingen en ontwikkelingen in het denken over management in non-profit organisaties.

3. Externe efficiëncy is, aldus Rhenman, een maatstaf voor de waarde die aan producten van een organisatie toegekend kan worden in relatie tot de kosten van de gebruikte bronnen of grondstoffen. Externe efficiëncy kan als volgt uitgedrukt worden:

$$\frac{\text{Price index for products}}{\text{Price index for production factors}}$$

Interne efficiëncy is een maatstaf voor de kwaliteit van de organisatie als instrument om grondstoffen te transformeren in producten.

Interne efficiëncy kan als volgt uitgedrukt worden:

$$\frac{\text{Input quantity(products)}}{\text{Output quantity (production)}}$$

Totale efficiëncy is dan interne efficiëncy maal externe efficiëncy.

4. De hier omschreven methode wordt gebruikt bij het GITP te Nijmegen. Deze methode is afgeleid van het gestelde door Ansoff (1976).

5. Zwart merkt in dit verband op: (p.160)

"Het determinerende uitgangspunt van Blake en Mouton is namelijk een tweedimensionale theorie over het leiderschap, de 'managerial grid'. Alles is gericht op het effectueren van de zogenaamde '9.9.-stijl' van management, welke te bepalen is als team management. Vanuit een long-studionale beschouwing van het organisatieverschijnsel rijst echter de vraag of een dergelijke stijl van leidinggeven in alle gevallen het juiste antwoord is op de probleemsituatie van de cliënt."

6. Het polariteitenmodel van Zwart wordt zo genoemd omdat essentieel voor dit model is dat het is opgebouwd uit de volgende fundamentele polariteiten:

- verleden en toekomst
- idee en werkelijkheid

7. Feitsma (1968) heeft er in zijn openbare les evenwel op gewezen dat partiële theorieën heel goed kunnen voldoen.

8. Niet alleen zijn er in de literatuur niet of nauwelijks voorbeelden van nauwkeurig uitgewerkte en getoetste methoden voor beleidsonderzoek, maar ook waren mij niet de tijd en mankracht gegeven om deze methoden van te voren zorgvuldig uit te werken en te toetsen.

9. Dit standpunt wordt uitgedragen en uitgewerkt in de zogenaamde observatietheorie.

SUMMARY

The purpose of this study was to get insight into policy-making in general hospitals in The Netherlands, especially from the point of view of industrial sciences. A great deal of this insight seemed to be obstructed by the growing complexity of hospital organization and its environment.

Briefly, the procedure practised was as follows.

First a theoretical model was developed. This model contains a few criteria for testing hospital policy-making.

The next step concerns the operationalization of the theory in concrete questions and methods of empirical research.

The last step deals with the conducting of both the empirical research and testing hospital policy-making on the criteria from the theoretical model.

Chapter 1 contains the arguments that have lead to this study.

Chapter 2 concentrates on a more elaborated explanation of concepts as organisation and environment, policy and policy-making, (organization) goal and complexity.

Next a theoretical model based on organization theories is developed.

Chapter 3 deals with the historical development of the Dutch hospital to a complex organization, functioning in a complex environment.

Chapter 4 is devoted to the operationalization of the theoretical notions into concrete questions and research methods. We decided to conduct a case study in three hospitals, which was completed with interviews with members of the Bords of Directors in thirty other hospitals in order to ensure a more general applicability of the outcome of the case study

Chapter 5 presents the results of the empirical research.

Chapter 6 contains the conclusions: theoretical and methodological conclusions as well as practical conclusions.

Finally a few recommendations are given to improve the process of hospital policy-making.

AANGEHAALDE LITERATUUR

- Adam, D., KH-Management in Konfliktfeld zwischen medizinischen und wirtschaftlichen Zielen. Eine Studie über Möglichkeiten zur Verbesserung der Strukturorganisation und des Entscheidungsprozesses im Krankenhaus. Wiesbaden, 1972
- Ansoff, H.I., Corporate Strategy. New York, 1965.
- Ansoff, H.I. e.a., From strategic planning to strategic management. New York etc., 1976.
- Barber, B., "Some problems in the sociology of the professions", in: K.S. Lynn (ed.), The professions of America. Boston, 1965.
- Barnard, C.I., The functions of the executive. Cambridge, 1938.
- Beckhard, R., Organization development: Strategies and models. Cambridge, Mass., 1969.
- Bekke, A.J.G.M., Duurzaamheid en verandering in organisaties. Rotterdam, 1976.
- Bendix, R., Work and authority in industry. New York, 1956.
- Bergsma, J., "Notities over de functie van het ziekenhuisbestuur", in: Het Ziekenhuis, 1 (1971) 11, pp. 557-560.
- Blake, R.R. en J.S. Mouton, The managerial grid. Houston, 1967.
- Blau, P.M. en R.A. Schoenherr, The structure of organizations. New York, 1971.
- Boekholdt, M.G., "Beleids- en besluitvormingsstructuur", in: W. van Gorp, J.C.M. Hattinga Verschure en J.L.M. Zuidberg (red.), Heel het ziekenhuis, Lochem, 1977.
- Botter, C., Industrie en organisatie. Deventer, 1970.
- Bremer, J.J.C.B., De ziekenhuispatiënt: een hoofdstuk uit de medische psychologie. Nijmegen, 1972.
- Burkens, J.C.J., "De topstructuur in het Nederlandse ziekenhuis", in: Ons Ziekenhuis, 31 (1969) 7, pp. 225-260.
- Büschges, G., P. Lütke-Bornefeld, Praktische Organisationsforschung. Hamburg, 1977.
- Chandler, A.P., Strategy and structure, Massachusetts, 1962.
- Cyert, R.M. and J.M. March, "The Behavioral Theory of the Firm, a behavioral science and economics amalgam", in: Deci, Gilmer and Kam (eds.), Readings in Industrial Organizational Psychology. New York, 1972.
- Dalton, M., Men who manage: fusions of feeling and theory in administration. New York, 1959.
- Dichter, E., "A psychological study of the hospital-patient relationship I", in: The modern hospital, 83 (1954).
- Dror, Y., Policymaking reexamined. Scranton (Penn.), 1968.
- Duncan, R.D., "Characteristics of Organization Environments and Perceived Environmental Uncertainty", in: Administrative Science Quarterly, 17 (1972), pp. 313-327.
- Eerenbeemt, H.F.J.M. van den, "Maatschappelijke veranderingen en gezondheidszorg in het verleden". Veranderende gezondheidszorg. Inleidingen gehouden op het symposium in Tilburg, 20-21-22 januari 1977.
- Fayol, H., Administration industrielle et générale. Paris, 1916.
- Feitsma, H., Organisatieleer I. Samenvatting colleges najaarssemester 1964. Technische Hogeschool Eindhoven, 1964.

- Feitsma, H., Organisatieleer. Enige aantekeningen bij functie en inhoud. Openbare les gegeven bij de aanvaarding van het ambt van lector in de organisatieleer aan de Technische Hogeschool te Eindhoven. Eindhoven, 1968.
- Festen, H., "De samenstelling van het ziekenhuisbestuur". Het Ziekenhuis, (1975) pp. 34-38.
- Financieel overzicht van de gezondheidszorg. Uitgave van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1979.
- Freidson, E., Profession of medicine, New York, 1973.
- Frömming, N., Management im Krankenhaus aus Verhaltenswissenschaftlicher Sicht. Baden-Baden, 1977.
- Galbraith, J.R., Organization design. Massachusetts, 1977.
- Gälweiler, A., Unternehmensplanung. Frankfurt/New York, 1974.
- Gitmans, W.J.M. en P.J.M. van Wersch, Knelpunten in de bestuursstructuur van het algemene ziekenhuis. Deventer, 1976.
- Goode, W.J., "Community within a community: The professions", in: American Sociological Review, 22 (1957) 194.
- Goode, W.J. en P.K. Hatt, "Die Einzelfallstudie", in: R. König, Praktische Sozialforschung II. Beobachtung und Experiment. Köln, 1956.
- Gouldner, A.W., Patterns of industrial Bureaucracy. Glencoe, Ill., 1954.
- Greve, W.B. de, "Knelpunten en beleidsvragen in het ziekenhuis", in: Het Ziekenhuis, 7 (1977) 20.
- Grochla, E., Unternehmungsorganisation. Reader und Abstracts. Reinbek bei Hamburg, 1972.
- Groffen, W.H., Horizontaal organiseren. Alphen aan de Rijn, 1963.
- Groot, L.M.J., "Management in ziekenhuizen", in: Tijdschrift voor Efficiënt Directiebeleid (TED), 12 (1969) pp. 494-498.
- Gulick, L. en L. Urwick (eds.) Papers on the science of administration. New York, 1937.
- Hage, J., "An axiomatic theory of organisations", in: Administrative Science Quarterly, 10 (1965) 3.
- Hall, R.H., Organisations, structure and process. Englewood Cliffs, New Jersey, 1972.
- Harvey, E., "Technology and the structure of organizations", in: American Sociological Review, 33, (1968).
- Hill, W., R. Feilbaum en P. Ulrich, Organisationslehre: Ziele, Instrumente und Bedienungen der Organisation sozialer Systeme. Bern/Stuttgart, 1974.
- Horringa, D., Ondernemingsbestuur in de moderne samenleving. Utrecht/Antwerpen, 1966
- Hutte, H.A., Moeten en mogen in de arbeidsgemeenschap. Inaugurale rede, Groningen, 1956.
- Hutte, H.A., "Ontwerp voor een Nederlandse arbeids-sociatrie III," in: Mens en Onderneming, 14 (1960), p. 359.
- Illich, I., Grenzen aan de geneeskunde. Baarn, 1978 (2e druk; 1979; Engelse uitgave; 1975).
- Jaques, E., The changing culture of a factory. Tavistock, 1961.
- Jung Yul Yoo, Der Einfluss der Organisation auf die Spitalkosten und Ansätze zu ihrer Senkung durch organisatorische Massnahmen. Aarau, 1975.

- Kieser, A., "Zur wissenschaftlichen Begründbarkeit von Organisationsstrukturen", in: Zeitschrift für Organisation, 40 (1971) pp. 239-249.
- Kieser, A. en H. Kubicek, Organisation. Berlin, 1977.
- Kieser, A. en H. Kubicek, Organisationstheorieën I. Stuttgart etc., 1978.
- Kickert, W.J.M. Rationaliteit en besluitvorming. Rapport nummer 37, Vakgroep Organisatiekunde, Technische Hogeschool Eindhoven, Afdeling der Bedrijfskunde, Eindhoven, 1977.
- Kickert, W.J.M., Organisation of decision-making. A systems-theoretical approach. Helmond, 1979.
- Kirsch, W., Einführung in die Theorie der Entscheidungsprozesse. Zweite durchgesehene und ergänzte Auflage der Bände I bis III als Gesamtausgabe. Wiesbaden, 1977.
- Koning, F., "Omtrent de ondernemingsraad", in: Sociaal Maandblad Arbeid (S.M.A.) 30 (1975) 2, pp. 85-91.
- Koning, P.C., de en A.H. Wiebenga, "Strategische beleidsvorming in ziekenhuizen. Actueel maar haalbaar?", in Intermediair, 14 (1978) 3
- Kooiman, J., Besturen is beslist. Meppel, 1971.
- "Kosten gezondheidszorg tussen 1963 en 1972 gestegen met ongeveer 450%", in: Medisch Contact, 30 (1975).
- Krech, D., R.S. Crutchfield en E.L. Ballachey, Individual in society. New York etc., 1962.
- Kramer, N.J.T.A., Systeem in probleem. Leiden/Antwerpen, 1978.
- Kramer, N.J.T.A. en W.J.M. Kickert, Studieleidraad systeemleer. (College aan de afdeling Bedrijfskunde van de Technische Hogeschool Eindhoven). Eindhoven, 1978.
- Kubicek, H., Empirische Organisationsforschung: Konzeption und Methodik. Stuttgart, 1975.
- Kuin, P., Management is meer. Amsterdam, 1977.
- Kuipers, J.H. en B. Schaake, in gesprek met L.C. Cassee en G. van der Veen, in: Mens en Onderneming (1980) 3, pp 239-255
- Langendijk, A.W.G.M., Groepsverpleging. Motivatie tot een veranderingsproces. Lochem, 1975.
- Lawrence, P.R. en J.W. Lorsch, Organisation and environment: managing differentiation and integration. Boston, 1967.
- Lawrence, P.R. en J.W. Lorsch, Developing organizations: diagnosis and action. Cambridge, Mass., 1969.
- Leeuw, A.C.J. de, Systeemleer en organisatiekunde. Leiden, 1974.
- Leeuw, A.C.J. de, Besturing en verandering van en in systemen. Nota, Technische Hogeschool Eindhoven, Afdeling der Bedrijfskunde. Eindhoven, 1977.
- Leeuw, A.C.J. de, Adviesprocessen en probleemoplossing. (Interne nota afdeling Bedrijfskunde van de Technische Hogeschool Eindhoven). Eindhoven, 1978.
- Lemmens, J.P. en J.M. Smeets, Strategievorming in de middelgrote onderneming. Deventer, 1977.
- Lewin, K., "Frontiers in group dynamics", in: Human Relations, 1 (1947).
- Limberg, jr. T., Bedrijfseconomie V. Leer van de inwendige organisatie. Deventer, 1966.
- Lindblom, C.E., "The science of 'Muddling Through'", in: H.J. Ansoff (ed.), Business Strategy. Victoria Australia, 1971.

- March, J.G. and H.A. Simon, Organizations. New York, 1958
- Menzl, A., Die Gestaltung komplexer Unternehmungsorganisationen.
Bern/Stuttgart, 1977.
- Mercx, R.J.M., "Hoe beheersen we de ziekenhuiskosten", in: Het Ziekenhuis, 3 (1973) 7, pp. 378-379.
- Miller, E.J. and A.K. Rice, Systems of organisation. London, 1967.
- Mintzberg, H., The nature of managerial work. Englewood Cliffs, 1980 (2e druk).
- Mintzberg, H., D. Raisinghani and A. Theoret, "The structure of unstructured decision processes," in: Administrative Science Quarterly, 21 (1976), pp. 246-275.
- Moor, R.A. de, De universaliteit: een professionele organisatie. (Dies-rede) Katholieke Hogeschool Tilburg, 1967.
- Mouzelis, N.P., Organisation and bureaucracy. An analysis of modern theories. London, 1967.
- Mulder, M., Het spel om de macht. Meppel, 1975 (4e druk).
- Mur-Veeman, I.M., "Beleidsvorming in algemene ziekenhuizen: een illustratie," in: Management in beweging, verslag van een symposium van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren e.a., Rotterdam, 1979.
- Mur-Veeman, I.M. en M.A.W.A. van Lierop, Ziekenhuisbeleid. De resultaten van een enquête naar het algemeen beleid in dertig algemene ziekenhuizen. Eindhoven, 1978.
- Naaborg, R., Beleidsvorming in de gezondheidszorg. Rotterdam, 1979
- Nisbet, R., The sociological tradition. London, 1967.
- N.Z.I.-rapport 77.106. Lijst van erkende instellingen van intramurale gezondheidszorg in Nederland per 01.10.1977. Utrecht, 1977.
- Parsons, T., Essays in sociological theory, pure and applied. Glencoe, 1949.
- Parsons, T., Structure and process in modern societies. Illinois, 1960.
- Perrow, L., Organisaties in kritisch perspectief. Alphen a.d. Rijn/Brussel, 1974.
- Pettigrew, A., The politics of organizational decision-making. London, 1973.
- Price, J.L., Organisational effectiveness: an inventory of propositions. Homewood, Ill., 1968.
- Pugh, D.S. and D.J. Hickson, "The context of organizational structures," in: Administrative Science Quarterly, 14 (1969).
- Querido, A., Godshuizen en gasthuizen. Een geschiedenis van de ziekenverpleging in West-Europa. Amsterdam, 1967.
- Rapport van de commissie van advies inzake het democratisch en doelmatig functioneren van gesubsidieerde instellingen. (Rapport commissie van der Burg). 's-Gravenhage, 1977.
- Rapport van de statuscommissie. Prae-advies over de organisatorische positie van de medisch specialist in het algemeen ziekenhuis. Utrecht, 1965.
- Rhenman, E., Organization theory for long-range planning. London, 1969.
- Riley, M.W., Sociological Research. I, A case approach. New York and Burlingame, 1963.

- Ringeling, A.B., Beleidsvrijheid van ambtenaren; het spijptantantenprobleem als illustratie van de activiteiten van ambtenaren bij de uitvoering van beleid. Alphen a/d Rijn, 1978.
- Roethlisberger, F.J. en W.J. Dickson, Management and the worker. Cambridge, 1939.
- Rosenthal, U., M.P.C.M. van Schendelen en G.H. Scholten, Openbaar bestuur. Alphen a/d Rijn, 1977.
- Rijpstra-Verbeek, M., Dienend in het wit. Het levensverhaal van zuster F. Meyboom, Lochem, 1968 (2e druk).
- Salomons, H., "De medische manager in de gezondheidszorg", in: Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 48 (1970).
- Schick, A., "A death in the bureaucracy: the demise of federal PPP", in: Public Administration Review, 1973, pp. 146-156.
- Segers, J.H.G., Sociologische onderzoeksmethoden. Assen/Amsterdam, 1975.
- Selltiz, C., M. Jahoda, M. Deutsch, S.W. Cook, Research methods in Social Relations. New York, 1966.
- Silverman, D., The theory of organisations, London, 1970.
- Simon, H.A., Administrative behavior. New York, 1945 (3e druk met nieuwe inleiding: 1976).
- Simon, H.A., "The architecture of complexity", in: Proceedings of the American Society, 106 (1962), pp. 467-482.
- Simon, H.A., "On the concept of organisational goal", in: Administrative Science Quarterly, 9 (1964) 1, pp. 1-23.
- Sitter, L.U., Het spel om de knikkers, oratie, Technische Hogeschool Eindhoven, 1971.
- Smalhout, B., De dood op tafel. (Inaugurale rede). Rijksuniversiteit Utrecht, 1972.
- Smelser, N.J. (ed.), Sociology: An introduction. New York, 1967.
- Staehele, W.H., Organisation und Führung sozio-technischer Systeme, Grundlagen einer Situationstheorie. Stuttgart, 1973.
- Statistisch Zakboek 1979. Centraal Bureau voor de Statistiek, 's-Gravenhage, 1979.
- Stevens, F.C.J., "De organisatie van het algemeen ziekenhuis", in: C.W. Vroom e.a., Organisatiesociologie. 's-Gravenhage, 1978.
- Structuurnota Gezondheidszorg. 's-Gravenhage, 1974.
- Struik, A.H.M., "De ziekenhuisdirectie", in: Het Ziekenhuis, (1973) pp. 532-539.
- Swanborn, P.G., Aspecten van sociologisch onderzoek. Meppel, 1971.
- Thompson, J.D., Organizations in action. New York, 1967.
- Ulrich, W., "The design of problem-solving systems", in: Management Science, 23 (1977), 10.
- Verlinden, J.P. en H.J. Willemsen, Twentse ziekenhuizen. Op weg naar de toekomst. Rapport van Raadgevend Bureau Twijnstra en Gudde, november 1972.
- Vollebergh, J.J.A., "Het ziekenhuisbestuur", in: Het Ziekenhuis, 1 (1971) 2, pp. 58-68.
- Vollebergh, J.J.A., "Ziekenhuis en ondernemingsraad", in: Het Ziekenhuis, (1975), pp. 428-432.
- Vollmer, H.M. en D.L. Mills (eds.), Professionalization. Englewood Cliffs, New York, 1966.

- Wagenaar, W.A., De beste stuurliedempen de put. Hoe mensen beslissen, toegelicht aan de hand van spreekwoorden. Baarn, 1977.
- Walton, R.E., "Theory of conflict in lateral organizational relationships", in: J.R. Lawrence (ed.), Operational Research and the Social Sciences. London, 1966.
- Whyte, W.F., Streetcorner society. Chicago, 1955.
- Witte, E., "Field research on complex decision-making processes. The phase theorem", in: International Studies of Management and Organizations. (1972) pp. 156-182.
- Woodward, J., Industrial organization: theory and practice, London, 1965.
- Wijmen, F.C.B. van, Het Ziekenhuis, democratisering en bestuursstructuur. Lochem, 1975.
- Zwaan, F.H. de, "Hoe goed doet de OR het?" in: Mens en Onderneming, 25 (1974) 4, pp. 216-231.
- Zwart, C.J., Professionele organisatie-ontwikkeling. Een bijdrage tot synthese van organisatiekunde en veranderingskunde. Rotterdam, 1972.

REGISTER

- activiteit kritieke-213, 215
- actor 4
- adviesorganen 84
- affiliatie - overeenkomst 155
- afstemming externe-162
 - van ocs en nocs 30
- aggregatie niveaus van-10, 12, 51, 68
- analyse frequentie- 138, 141, 150
 - intensiteits- 139, 150
 - notulen- 140
 - ruimte- 139, 150
- anticiperen 25
- arts gespecialiseerde-83
- asepsis 79
- aspect(en) bedrijfsmatige-221
 - externe-221
 - financieel- 162
 - methodologische-5,6
 - ontwikkelings- 221
 - praktische-6
 - theoretische-6
- autonomie 47
- autoriteitsstructuren
 - bureaucratische-107
 - collegiale-107
- bacteriologie 79
- bedrijfsgeneeskunde
 - instellingen voor-115
- bedrijfskundige
 - benadering 238
 - optiek 2, 4, 5, 208, 236
 - vakken 223
- begroting exploitatie- 184
 - investerings- 184
- beheer en ontwikkeling
 - bepaling van-22
- belangen 11
 - van de beslisser 33
- beleid(s) 13, 68
 - algemeen-23, 24, 30, 68
 - inhoud 196
 - organen en -adviesorganen 115
 - ruimte 228
 - vaststelling 22
 - voorbereiding 22
 - voorstellen 22
- beleidsplan 22, 66, 225, 226
 - opstelling van-228
- beleidsvorming(s) 5, 6, 10, 11, 68
 - proces 30, 68
- beroepsvereniging(en) 84
- beschikbaarheid 37
- beslissingen
 - centralisatie van-31
 - (brede) strategische-30, 71
- beslissingsruimte 59
- besluitvorming(s) 10, 30
 - alternatieven bij-23
 - complexe-35, 56
 - fasen van-23
 - in een complexe situatie, 34, 69
 - model 30, 32
 - participanten aan-30
 - politieke-67
 - procedures 64, 162, 229
 - proces 30
- bestuur(s)
 - dagelijks-102, 164, 203, 218
 - omvang van-100
 - samenstelling van-100, 217
 - taak 217
 - taken en bevoegdheden van-101
 - van het ziekenhuis 88, 100
 - werving van-217
- betrouwbaarheid 139
 - van de onderzoeksresultaten 247
- bezettingspercentage 152,234
- boundary-control 101
- bron(nen)
 - schriftelijke-133, 134
 - van onzekerheid-197
- buffering 213
- bureaucratie 211
 - ziekenhuis- 109
- bureaucratisering(s) 83, 216
 - fase 216
 - van het ziekenhuis 87, 216
- case-study 130, 242
- categorieënschema 165
- Centraal Orgaan Ziekenhuis-tarieven 115, 126
- chirurgijns
 - doctoren en-77, 122
- coalitie(s) 32

- vorming 32
- College voor Ziekenhuisvoor-
zieningen 115
- commissie(s)
 - ad-hoc- 156, 183, 201
 - agenda- 183
 - vaste-156, 201
- communicatie 22, 162, 180
 - netwerk 24, 66
 - structuur 230
 - vorm 201
- complexiteit(s) 1, 8, 35, 43,
69, 240
 - factoren 40
 - kenmerken 70
 - reductie 60, 177
- componenten
 - niet-operationele-(noc) 14
 - operationele-(oc) 14
- compromis 16
- concurrentiepositie 154
- conflict - reductie 53, 61
- congregaties 80
- constraint 197
- contacten
 - formele-142
 - informele-183
 - inventarisatie van-156
- contingency-theory 56
- continuïteit 37
- coöptatiebeginsel 100, 217
- coördinatie 30, 94
 - goede-62
 - interne en externe-62
 - van doelcomponenten 62, 209
 - van taken 62, 63
- core-technology 197, 198, 207, 211
 - afscherming van-212
- creativiteit 61

- data-verzameling
 - methodieken van-230
 - systematische-230
- decompositie 221
- delay principle 24
- delegatie 30, 66
- democratiseringstendens 31
- demografische
 - veranderingen 82
- descriptie prescriptie en-2, 3
- diagnose 96
- dienst(en) 104
 - civiele-94
 - en afdelingen 104
 - ondersteunende-105
 - paramedische-105
 - t.b.v. psycho-sociale
begeleiding 105
 - verband 222, 244
- diensthooften 104
 - rol van-190
 - taak van-222
- differentiatie
 - externe-44
 - horizontale-43, 44
 - in het ziekenhuis 84
 - interne-43
 - structurele-43, 229
 - verticale-43, 49
- directeur
 - econoom 90
 - geneesheer- 89
 - medisch-89
- directie 88, 89, 102, 173,
174, 212, 218
 - contacten 158
 - klassieke samenstelling
van-102, 219
 - niveau 220
 - rollen van-219
 - samenstelling van-102, 219
 - taken en bevoegdheden van-
103
 - werk van-174
- directrice 88
- documenten 133
 - analyse van-133
 - politieke functie van-134
- doel(en)
 - algemene-13
 - componenten 16
 - conflicterende-16
 - groeps- 12
 - individueel-12
 - oriëntering 177
 - organisatie- 12
 - sub- 12
- doelcomponenten
 - centrale-231
 - diversiteit van-176
 - interfererende-67
 - medisch-technische-86
 - operationele en niet-
operationele-11
 - verpleegkundige-86
- doel-middelen-hiërarchie 13

- doelstelling(en) 11
 - functie van-11
 - precriptieve-11
 - politieke-11
- van deze studie 1, 5, 249
- dominance 64, 198, 209
- domination legal 87
- dynamiek 36

- echelon, zie lijn
- efficiency externe-227
 - interne-227
- empirie 31
- evaluatie 24, 28, 65, 185
 - criteria 66
 - instrument 66
 - methodieken 61
 - van het algemeen beleid 102, 163
 - van het medisch handelen 202

- fasenconcept 34
- flexibiliteit 61
- functiepakket 15

- gasthuis 76
 - bestuur 77
 - opneming 76
- gedrag rationeel-34
 - verklaarbaar-34
- geldigheid 139
- geneesmiddelen 79
- generaliseerbaarheid 131, 242
- gezag(s)
 - drager 211
 - instrument 211
 - legaal-211
 - legitiem-107
 - traditioneel-107
- Gezondheidswet 79
- gezondheidszorg 79
 - eerstelijns-118
 - extramurale-93
 - in de regio 229
 - intramurale-93
 - instellingen voor
 - preventieve - 115
 - structurering van-234
 - tweedelijns-118
- godshuis 76

- heterogeniteit 36
 - consequenties en context van-52
- hiërarchie
 - concept 17, 72
 - formele-17, 49, 72
 - organisatie- 30, 72
- historie
 - van het ziekenhuis 75
- historische
 - benadering 74
 - ontwikkeling 7
- huisartsen 115

- indicatoren 139
- inducement-contribution-theory 12
- informatie 27
 - behoefte 92
 - fase 244
 - selectie van-66
 - uitwisseling 180
 - verzameling 67, 162
 - voorziening 180
- ingenieursklimaat 213
- inhoudsanalyse
 - geldigheid en betrouwbaarheid van-139
 - kwalitatieve-138
 - kwantitatieve-138
 - technieken van-137
- initiatief particulier-92
- inkomen nationaal-84
- innovaties 23
- input en output
 - van beleid 10, 68
 - relaties 41
- institutie 9
- integratie
 - van gezagsvormen 216
- intelligence-design-choice-trichotomie 33
- intensiteit 23
- interactie 10
- interdependentie 69
 - pooled-37
 - reciprocal-37, 94
 - sequential-37, 94
- internisten 88
- interstaf(be)raad 155
- interview(s) 142
 - functies van-143

- gestructureerde-243
- halfgestructureerde-144
- ongestructureerde-144
- resultaten van-178
- techniek 147

- joint
 - consultation 64
 - optimization 64

- kader
 - analytisch-3, 236, 240
 - waarnemings- 3, 6, 236, 240
- kerngroep 30, 46, 74, 83, 132, 233
- keuzemoment 6
- keuzen
 - methodologische-5, 6, 7, 130
- knelpunt 2, 3, 4, 119
- kosten
 - beheersing 93
 - bewaking 162
 - van gezondheidszorg 84
 - vraagstuk 177
- kwaliteit(s) 28
 - toetsing 241
 - van beleidsbeslissingen 23
 - van degenen die beslissingen moeten nemen 60, 216
 - van (beschikbare) informatie 60, 66, 216, 229
 - van informatievoorziening 66
 - van het management 162
 - van (gehanteerde) procedures 60, 61, 216
 - van psycho-sociale zorg 162
 - van verpleging 162
- kwantiteit(s) 28
 - aspect 162
 - van medische voorzieningen 162

- lijn
 - eerste-93, 118, 224
 - tweede-93, 118

- maatschap(pen)
 - van specialisten 110
- macht(s) 107
 - verdeling 16
 - vorming 230
- man. maximizing-72
- satisficing-72

- management 226
 - functie 234
 - staffunctie 234
- mapping 52, 64, 198, 209
- marktmechanisme
 - vrije-92
- marktsituatie 154
- matching 64, 198, 209
- medical audit 91, 123, 162, 202
 - commissie 202
- medicijnen - distributie 97
- medische
 - doelcomponenten 196
 - faculteiten 117
 - kwaliteit 162
 - specialisten 211
 - technologie 54, 82, 117
 - verantwoordelijkheid 106, 191
- medische staf
 - bestuur van-110
 - initiatieven van-227
 - invloed van-197
 - plannen van-161
 - positie van-106
 - rol van-108, 188
 - taak van-108
- middeleeuwen 76
- middelen 13
 - samenhang tussen doelstellingen en-13
- model
 - bureaucratie- 73
 - bureaucratisch-49
 - fasen- 32
 - grid- 232
 - keuze- 33
 - organisatie-ontwikkelings- 233
 - polariteiten-233
 - prescriptief en descriptief 3, 68
 - pure-rationality- 33
 - rationeel-25
 - theoretisch-2, 3, 238
- narcose 79, 97
- Nationale Ziekenhuis Raad 115
- nierdialyse 55
- normen 11
 - personeels- 98
- normatieve benadering 237

- notulen
 - politieke betekenis van-245
 - studie 244
 - uitwisseling 181
- observatie participerende-246
- ocs en nocs, zie componenten
- oc-noc-structuur 16, 20, 68, 176, 239
- omgeving 9
 - complexe-35, 40
 - economische stabiliteit van- 95
 - invloed van-199
 - relevante-40
 - turbulente-41
 - van de organisatie 10
- omvang 37
- onbepaaldheid 37
- onbestuurbaarheid 38
- ondernemingsraad (OR) 110, 164, 224
 - rol van-190
- onderzoek(s)
 - methoden en technieken van-132, 241
 - object 236
 - theoretisch-6
 - veld 6, 236
 - vraagstelling 4, 129
- onderzoekbaarheid 241
- onderzoeker
 - wetenschappelijk-4
- onoverzichtelijkheid 38, 210
- onzekerheid(s) 38
 - absorptie 67, 230
 - reductie 224
 - t.a.v. de gevolgen van beslissingen 210
- open-hart-operatie 55
- open-systeem-conceptie 40
- operationalisering 208
- operationaliteit
 - decisionele-232
- opleiding(s)
 - functie 82
 - geneeskundige-79
 - medische-220, 235
 - verpleegkundige-220
- optiek
 - bedrijfskundige-2, 4, 5, 208, 236
 - theoretische-56
- orgaan besturend-65
- organisatie 8
 - autonome professionele-46, 108
 - complexe-43
 - efficiëntie en effectiviteit van-25
 - matrix-216
 - professionele-46
 - project- 216
 - ontwikkeling 231, 232
 - top van-30, 46
 - verandering 231
- organisatiebegrip
 - driedimensioneel-8, 9
- organization-mindedness 223
- overheid(s) 41
 - beleid 194, 228, 234
 - bemoeienis 90
 - gemeentelijke-115, 199
 - nationale-79
 - plaatselijke-77
 - provinciale-115
 - rijks- 79, 116
 - wereldlijke-77
- overleg
 - formeel-201
 - horizontaal-183
 - informeel-183, 201
 - regionaal-201
- overlegorganen 202
 - in de regio 155
- participanten 4, 5, 10, 20, 163, 171
 - in de omgeving van het ziekenhuis 114
 - interne en externe-59, 60
- patiënt(en) 91, 111
 - vereniging 112
 - zorg 200
- plan(nen)
 - algemeen beleids- 28
 - beleids- 22
 - voor beheer en ontwikkeling 28, 29
- planning(s) 225
 - activiteiten 235
 - overwaardering van-235
- politiek
 - welvaarts- en welzijns- 79
- positie formele-47

- PPBS 18, 199
- praktijksituatie 4
- praebendiërs, zie proveniers
- praxiologische uitspraken 127
- prescriptie, zie descriptie
- primair(e) - groep 53
 - proces 215
 - taak 46, 105, 107
- principe
 - economisch-28, 62, 162, 241
 - hiërarchisch-17
- prioriteit(en) 22
 - stelling 16
 - stelling van doelen 62
- probleem 2, 4
- probleemhebber 4
- procedures 26, 61, 62, 184
 - begrotings- 22
- proces
 - beleidsvormings- 9, 11, 20
 - deel-(van) 22, 27
 - onderhandelings- 11
- produktieschema 45
 - gemengd-49
- productiviteit 38
- professie 46, 47
- professionalisering 83
 - in de geneeskunde 80
- professione(e)l(e)
 - groep 211
 - management 214
- professionele beroepsbeoefenaars 45, 46
 - deskundigheid van-47
 - rol en positie van-47
- proveniers 77, 122
- rationaliteit 33
 - van beslissingen 33
 - bounded-72
- rechtsvorm
 - stichting als-100
 - vereniging als-100
- reciprociteitsbeginsel 32
- reflectie
 - theoretische-67
- regionale
 - plannen 228
 - situatie 193, 194, 197, 204
- regionalisering 118
- relatieve betekenis 36
- Renaissance 76
- risico 37
- rivaliteit 205
- verband 2
- samenwerkings
 - problematiek 164
 - verbanden 202
- secundair materiaal 133
- slack resources 63
- specialisatie 44, 45
 - medische-86
 - bij verpleging en paramedische beroepen 86
- specialismen basis- 86
 - deel- 86
- specialist(en) medisch-83
- staf
 - afdelingen 106
 - functionarissen 106
- steekproef
 - aselecte-144
 - gestratificeerde-145
- strategie 25
 - veranderings- 233
 - vorming 26
- streefbeeld 10
- structuur
 - bestuurs- 81
 - externe-168
 - interne-168
 - monistische-124
 - organisatie- 81
 - van externe samenwerking 168
 - van de ziekenhuistop 88
 - vraagstukken 166
- systeem
 - bestuurd-65
 - cliënt- 232
 - complex-17
 - doelgericht-9
 - hiërarchisch-17
 - wetmatigheden 234
- substelsel
 - institutional-215
 - managerial-215
 - technological-215
- taaksector
 - bestuurlijke-166
 - ondersteunende-166
 - primaire-166
- tariefstelling 234
- tarieven -stelsel 98
- technical core, zie core-technology

technologie 53
therapie 96
toelatingscontract 108
toeleveringsbedrijven 84, 118
toetsing
 intercollegiale-91, 202
 kwaliteits- 24
traditionalisme 215
tijdsoriëntering 37
typologie 214

ziekenhuis
 algemeen-5
 armen- 77
 Nederlands algemeen-1
 omgeving van-114
zorg
 gezondheids- 79
 maatschappelijke-79
 preventieve-79, 81

uitvoering 29

vaktijdschriften 86
variëteit(s) 36
 - generering 38, 52, 64
 indicatoren voor-36
 - reductie 38
 - van betrekkingen 35
verbijzondering
 - naar bewerkingen 44
 - naar produkten 44, 45
vergadertechnieken 162
verpleging(s)
 - als beroep 80
 - dienst 81
 rol van-189
verzekeringswezen 84, 95
 sociaal en particulier-117
vervlechting 37
volksgezondheid 79
voorspellingstechnieken en
 - methodieken 62, 162
vraagstukken
 financiële-2
vragenlijst
 gestructureerde-200

waarden 11
 - als gelijkheid en gelijkge-
 rechtigheid 82
 religieuze-76
Wet Ziekenhuisvoorzieningen
 93, 123
wetenschap(s)
 - beoefenaar 238
 medische-79

B I J L A G E N

De bronnenanalyse1. Lijst van bestudeerde documenten

In onderstaande tabellen is aangegeven welke documenten in de ziekenhuizen A, B en C zijn bestudeerd. In tabel 1 is een overzicht opgenomen van alle documenten, behalve de notulen. Een overzicht van de bestudeerde notulen is in tabel 2 te vinden.

Tabel 1.1. Een overzicht per ziekenhuis van alle documenten (met uitzondering van de notulen) die in het kader van de inhoudsanalyse zijn bestudeerd.

bestudeerde documenten	ziekenhuis A	ziekenhuis B	ziekenhuis C
beleidsvoorstellen	1 -concept-beleidsnota	-	3 -conceptnota pers. beleid -conceptnota struct. verpl. dienst -conceptnota externe samenwerking
beleidsplannen	-	-	2 -beleidsplan 74/75 -beleidsplan 76
plannen voor ontwikkeling en beheer	2 -plan med. staf -exploitatie begroting	2 -planning med. voorzieningen -uitwerking externe samenwerking	4 -taakverdeling top -directie-instructiebestuur -huish. reglement -verordening op het ziekenhuis
uitvoering	-	2 -jaarverslag 74 -jaarverslag 75	2 -jaarverslag 74 -jaarverslag 75
procedures (communicatie, onderzoek, evaluatie)	2 -begrotingsprocedure -vergaderschema	5 -vergaderschema -2 stukken over medical audit -enquête oud-patiënten -evaluatie funct. v. nieuwe afd.	3 -vergaderschema -2 stukken betr. evaluatie psychosociale begeleiding

bestudeerde documenten	ziekenhuis A	ziekenhuis B	ziekenhuis C
organisatie-structuur en lay-out	2 -organisatieschema -lay-out ziekenhuis	1 -organisatieschema	1 -organisatieschema
diversen	8 -verslagen overleg over plan med.staf -correspondentie -exempl. van het personeelsblad	-	1 -personeelsgids

Ter toelichting zij vermeld, dat in de ziekenhuizen A en B geen beleidsplan op het niveau van de organisatie aanwezig was en in ziekenhuis A geen jaarverslagen werden gemaakt.

Voorts is het mij niet gelukt in ziekenhuis B schriftelijk vastgelegde beleidsvoorstellen op te sporen.

Tabel 1.2. Een weergave per ziekenhuis van type en aantal vergaderingen waarvan de notulen zijn bestudeerd en tevens van de perioden waarin deze vergaderingen plaatsvonden.

Vergaderingen	ziekenhuis A	ziekenhuis B	ziekenhuis C
Bestuur	22 6/74 - 6/76	21 8/74 - 5/76	22 10/74 - 9/76
Dagelijks bestuur	46 8/74 - 6/76	18 7/74 - 6/76	ontbreekt
Directie	ontbreekt	180 7/74 - 6/76	95 11/74 - 12/76
Dagelijks bestuur Directie Bestuur med. staf	22 6/74 - 6/76	19 7/74 - 3/76	ontbreekt
Directie Bestuur med. staf	ontbreekt	22 7/74 - 6/76	ontbreekt
Medische staf	27 1/74 - 6/76	22 6/74 - 6/76	20 2/75 - 11/76
Directie Deel v.d. med.staf	ontbreekt	22 8/74 - 6/76	ontbreekt
(Algemene) hoofden of Directorium	22 6/74 - 6/76	8 6/74 - 6/76	130 1/74 - 11/76
Ondernemingsraad	5 11/74 - 5/76	22 8/76 - 6/76	22 11/74 - 11/76
Verpleeghoofden	26 2/74 - 5/76	22 6/74 - 5/76	88 11/74 - 11/76
Diversen (bv. over- leg- en werkgroepen)	+10 6/74 - 4/76	22 6/74 - 6/76	ontbreekt

Voor het ontbreken van bepaalde notulen kunnen de volgende redenen genoemd worden:

- bepaalde vergaderingen vonden niet in alle drie de ziekenhuizen plaats. In ziekenhuis C werden bijvoorbeeld geen dagelijks bestuur-vergaderingen gehouden, omdat in dat ziekenhuis geen dagelijks bestuur was ingesteld
- bepaalde vergaderingen werden wel gehouden, maar niet genotuleerd, zoals bijvoorbeeld het directie-overleg in ziekenhuis A
- van enkele vergaderingen waren de notulen niet beschikbaar gesteld.

Voorts dient nog opgemerkt te worden dat van sommige vergaderingen geen notulen over een aaneengesloten periode van twee jaar voor handen waren.

Tabel 1.3. Een overzicht per ziekenhuis van het aantal vergaderingen en het aantal aldaar behandelde onderwerpen dat aan de kwantitatieve analyse is onderworpen.

Vergaderingen		ziekenhuis A	ziekenhuis B	ziekenhuis C
Bestuur	aantal vergaderingen	12	12	12
	aantal onderwerpen	240	443	202
Dagelijks bestuur	aantal vergaderingen	12	12	0
	aantal onderwerpen	225	93	-
Directie	aantal vergaderingen	-	12	12
	aantal onderwerpen	-	268	186
Medische staf	aantal vergaderingen	12	12	12
	aantal onderwerpen	305	220	282
Ondernemingsraad	aantal vergaderingen	5	5	5
	aantal onderwerpen	126	93	55

Van de ondernemingsraad zijn slechts de notulen van 5 vergaderingen geanalyseerd, omdat er in één van de ziekenhuizen niet meer voorhanden waren.

2. Het categorieënschema, gebruikt bij de kwantitatieve inhoudsanalyse van de notulen

Zoals opgemerkt is het categorieënschema afgeleid van het theoretisch kader, hetgeen betekent dat de oc-noc-structuur(inhoud), de verandering daarvan (activiteiten/processen) en de invloeden daarop (participanten) in dit schema zijn terug te vinden.

Voorts dient erop gewezen te worden dat de samenstelling van het categorieënschema in samenhang met de resultaten van de kwalitatieve inhoudsanalyse gezien dient te worden: in het categorieënschema zijn die criteria opgenomen die inzicht zouden kunnen verschaffen op het terrein waar de kwalitatieve inhoudsanalyse onvolgende gegevens had opgeleverd.

I Criteria betreffende de (inhoud van de) oc-noc-structuur

1. Aandachtsgebied

In hoofdstuk II zijn enige veronderstellingen gedaan omtrent de vermoedelijke dominantie van de doelcomponenten van één bepaalde groep in het ziekenhuis in de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie. Uitgaande van de veronderstelling dat gegevens over de aandachtsverdeling tijdens vergaderingen waar het algemeen beleid relatief vaak ter sprake komt, meer inzicht zal verschaffen omtrent genoemde dominantie is het criterium "aandachtsgebied" in het categorieënschema opgenomen. De categorieën behorend bij dit criterium zijn geformuleerd op basis van de in hoofdstuk III vermelde taaksectoren, de relaties tussen die sectoren en de relaties tussen ziekenhuis en omgeving, en wel als volgt: Hebben de in de notulen aan de orde gestelde onderwerpen betrekking op de:

- a. bestuurlijke taaksector (bijvoorbeeld bezigheden bestuur, directie; taakverdeling bestuur, directie)
- b. primaire taaksector (namelijk de medische en paramedische behandeling; verpleging/verzorging/opleiding verpleegkundigen; psychosociale zorg)

- c. ondersteunende taaksector (namelijk financiële aangelegenheden, civiele, technische, administratief-economische diensten en personeelszaken; algemene personeelsregels en -rechten)
- d. structuurvraagstukken (vraagstukken betreffende de relaties tussen en binnen genoemde taaksectoren en tussen ziekenhuis en omgeving, groepen en/of personen binnen en buiten het ziekenhuis).

Onder a, b en c is onderscheid gemaakt tussen voorwaardenscheppende (bijvoorbeeld het aantrekken van personeel) en taakinhoudelijke (bijvoorbeeld het houden van een lezing, het uitvoeren van een operatie) aspecten.

Onder d. is onderscheid gemaakt tussen interne (bijvoorbeeld de relatie medische staf - ziekenhuis, bijvoorbeeld de vraag wel of geen dienstverband), externe (bijvoorbeeld de bestuursstructuur van een beroepsvereniging) vraagstukken en vraagstukken betreffende samenwerkingsstructuren (bijvoorbeeld de regionale samenwerking).

2. Tijdsbestek

Naast het criterium aandachtsgebied is het criterium tijdsbestek gehanteerd, omdat naar mijn mening na de kwalitatieve inhoudsanalyse hierover nauwkeuriger gegevens gewenst waren.

Het criterium tijdsbestek is als volgt geformuleerd:

Hebben de in de notulen aan de orde gestelde onderwerpen betrekking op:

- a. korte termijn (korter dan 1 jaar)
- b. middellange termijn (1 - 5 jaar)
- c. lange termijn (meer dan 5 jaar)

II Criteria betreffende de verandering van de oc-noc-structuur (activiteiten)

Uitgangspunt bij de formulering van criteria betreffende de verandering van de oc-noc-structuur was de veronderstelling dat notulen (gezien als politieke stukken) meer dan andere documenten informatie zouden geven over het vergaderproces, daarbij aannemend dat het vergaderproces bijdraagt tot de verandering van de oc-noc-structuur. De criteria handelen derhalve allen over het vergaderproces.

Gehanteerd zijn de volgende criteria:

3. Explicatie van doelen

Achtergrond was de vraag in hoeverre de oc-noc-structuur op het niveau van de organisatie in de notulen werd geëxpliciteerd. Het criterium is als volgt geformuleerd: Wordt bij de behandeling van de onderwerpen melding gemaakt van:

- a. wat men wel bereiken en tevens hoe men iets wil bereiken of doen
- b. uitsluitend wat men wil bereiken of uitsluitend hoe men iets wil bereiken of doen.

4. Continuïteit

Bij dit criterium ging het om de vraag of bepaalde onderwerpen telkens weer aan de orde kwamen of juist niet. De gehanteerde categorieën luiden als volgt:

Komt het onderwerp ter sprake

- a. voor de eerste maal
- b. voor de tweede of meer malen.

5. Afhandeling

In aanvulling op het criterium continuïteit is het criterium "afhandeling" geformuleerd en wel als volgt.

Wordt het onderwerp tijdens de vergadering

- a. afgehandeld
- b. niet afgehandeld.

Wanneer een kwestie wordt afgehandeld hoeft dit overigens niet altijd te betekenen dat er een besluit genomen is; het kan bijvoorbeeld om een mededeling gaan, die niet met een besluit afgerond hoeft te worden.

De criteria continuïteit en afhandeling zijn geformuleerd om meer zicht te krijgen op het politieke aspect in de documenten. Achterliggende veronderstelling is dat, wanneer een onderwerp telkens op de agenda verschijnt, hieraan een zekere politieke betekenis kan worden gegeven, evenals wanneer een onderwerp van de agenda verdwijnt zonder dat het afgehandeld is.

Het criterium afhandeling is echter bij de rapportage geschrapt, omdat het bij de analyse toch aanleiding gaf tot onduidelijkheden.

Ook het criterium continuïteit is tenslotte niet meegenomen bij de latere verwerking van de gegevens en wel om dezelfde redenen als die

voor het criterium afhandeling golden.

6. Beslissingsniveau

Het criterium beslissingsniveau is gehanteerd om na te gaan of in de notulen van de vergaderingen het uit de literatuur bekende fasenmodel van besluitvorming zou zijn terug te vinden, en zo ja, of er enig verschil in fasen-intensiteit was te constateren (zie hoofdstuk II).

Het criterium beslissingsniveau is als volgt geformuleerd:

Is er bij de behandeling van een onderwerp sprake van:

- a. uitsluitend het geven (mededelingen) of uitwisselen (discussie) van informatie
- b. het noemen of overwegen van alternatieven
- c. het nemen van een beslissing

Onder c. is onderscheid gemaakt tussen:

- een deelbeslissing: er wordt een beslissing genomen, maar de kwestie is daarmee nog niet afgerond. Bijvoorbeeld men besluit een bepaalde personeelskwestie aan het bestuur voor te leggen.
- een eindbeslissing: er wordt een beslissing genomen waarmee de kwestie is afgerond. Bijvoorbeeld de vergadering besluit specialist X toe te laten als lid van de medische staf.

III Criteria betreffende de participanten (invloeden)

7. Participatie

Het eerste criterium betrof de participatie aan het vergaderproces en is als volgt omschreven:

Is bij de behandeling van de onderwerpen in de notulen sprake van de inbreng van

- a. één persoon en wie
- b. meer personen en wie

Dit criterium is geschrapt omdat in de notulen hierover onvoldoende informatie was te vinden.

8. Genoemde instanties, personen en groepen

Verondersteld is dat instanties, groepen en personen die door degenen die zich met het algemeen beleid bezighouden van belang worden geacht en die invloed uitoefenen op de vorming daarvan,

dikwijls ter sprake komen tijdens vergaderingen.

Derhalve is nagegaan welke instanties, groepen en personen binnen en buiten het ziekenhuis in de notulen ter sprake komen.

Dit criterium is als volgt geformuleerd:

Wie komen bij de behandeling van een onderwerp ter sprake uit:

a. de ziekenhuisorganisatie zelf

1. diensten en instanties (bijv. de directie, de technische dienst, de medische staf, etc.)
2. afdelingen en groepen (bijv. een verpleegafdeling, de maatschappen der specialisten, etc.)
3. personen/functionarissen (bijv. specialisten, verpleegkundigen, directieleden, etc.).

b. de omgeving

1. organisaties en instellingen (bijv. de gemeente, het COZ, andere ziekenhuizen, etc.)
2. gedeelten van organisaties (bijv. het bestuur van een ander ziekenhuis, de gemeenteraad, etc.)
3. personen/functionarissen (bijv. de minister van Volksgezondheid, de directeur van het ziekenfonds, etc.).

De interviews1. De interviews in het kader van de case-study1.1. De respondenten

In onderstaande tabel is weergegeven hoeveel en welke functionarissen zijn geïnterviewd vóór de bronnenstudie.

Tabel 2.1. Een overzicht van aantal en type functionarissen in de ziekenhuizen A, B en C, die zijn geïnterviewd vóór de aanvang van de bronnenstudie.

Functionarissen	ziekenhuis A	ziekenhuis B	ziekenhuis C
Bestuurslid	1		
Directielid	1	1	1
Directie-assistent			1
Lid medische staf	1		

In tabel 2.2. is vermeld hoeveel en welke functionarissen zijn geïnterviewd na de bronnenstudie.

Tabel 2.2. Een overzicht van aantal en type functionarissen in de ziekenhuizen A, B en C, die bij de interviews na de bronnenstudie waren betrokken.

functionarissen behorend tot	ziekenhuis A	ziekenhuis B	ziekenhuis C
bestuur	3	2	2
directie	2	5	5
directie-assistent	0	0	1
medische staf	2	2	2
ondernemingsraad (secretaris)	1	1	1
diensthooftden en afd. hooftden	4	4	5
verpleeghooftden	2	2	4
totaal	14	16	20

Tenslotte is in tabel 2.3. aangegeven hoeveel en welk type interviews zijn gehouden.

Tabel 2.3. Een overzicht van aantal en type interviews die in de drie ziekenhuizen zijn gehouden.

type interviews	ziekenhuis A	ziekenhuis B	ziekenhuis C
ongestructureerde interviews	3	1	4
halfgestructureerde interviews	14	16	16
totaal	17	17	20

Er zij nog op gewezen dat in de regel met de functionarissen afzonderlijk is gesproken. Twee maal evenwel (in ziekenhuis C) is het gesprek met twee functionarissen tegelijk gevoerd (op verzoek van de respondenten). Voorts is met enkele personen meer dan één interview gehouden.

Het totaal aantal personen waarmee is gesproken bedroeg:

in ziekenhuis A : 15

in ziekenhuis B : 16

in ziekenhuis C : 20

Vermeld dient tenslotte dat aan elk interview een korte uitleg vooraf ging over de bedoeling van het onderzoek en de gehanteerde begrippen.

1.2. De vragen

Zoals reeds is opgemerkt in hoofdstuk IV waren de vragen die tijdens de halfgestructureerde interviews zijn gesteld, bedoeld om aanvullende informatie te verkrijgen op de bronnenstudie en ter controle van de resultaten van de bronnenstudie.

De vragen hadden betrekking op met name de beleidvormingsprocessen en de invloeden daarop (door de participanten).

Tevens waren zij erop gericht om meer te weten te komen over de perceptie van de betrokken functionarissen op beleid en beleidsvorming. Het is wel haast vanzelfsprekend dat de antwoorden altijd al gekleurd zijn door de perceptie van de respondent, maar toch zijn een aantal vragen specifiek geformuleerd om hierover meer te weten te komen, namelijk

1. Bent u van mening dat er in dit ziekenhuis sprake is van een duidelijk stuk beleidsvorming? (expliciet beleid) Of gebeurt dit meer impliciet?

Hieraan werd gekoppeld de vraag:

2. Welke uitgangspunten worden naar uw mening gehanteerd bij de vorming van het algemeen beleid in dit ziekenhuis?
3. Wie zou naar uw mening inzage moeten krijgen in het rapport waarin de gegevens van dit onderzoek worden vermeld?

Over de activiteiten en procedures ten behoeve van de vorming van het algemeen beleid zijn de volgende vragen gesteld:

4. a. hoe verloopt de informatie-uitwisseling naar uw mening?
(goed, slecht + motivering)
- b. beschikt u over voldoende informatie om inzicht te hebben in de beleidsvorming?
- c. vindt er een uitwisseling van notulen van vergaderingen plaats?
Zo ja, van welke vergaderingen krijgt U de notulen te zien?
- d. wie stellen de agenda's van de vergaderingen samen?
5. Hoe komen hier de begrotingen en eventuele andere procedures tot stand?

In ziekenhuis C:

6. In dit ziekenhuis vindt over allerlei zaken regelmatig overleg plaats via ad-hoc commissies en vaste commissies
 - doet u regelmatig mee in dit overleg? Zo ja, waarover?
 - wat zijn naar uw mening de voor- en nadelen van deze procedures?
 - hebt u het idee dat u hierdoor persoonlijk meer invloed heeft op het beleid?
 - vindt u dat deze manier van werken veel en goede resultaten afwerpt?
 - hebt u het idee dat er op deze manier betere en snellere beslissingen worden genomen?

Over de invloeden op de vorming van het algemeen beleid zijn de volgende vragen gesteld:

7. a. Welke rol spelen in de beleidsvorming:
- medische staf
 - verpleging
 - diensthoofden
 - de O.R.
- b. Hoe zou die rol naar Uw mening moeten zijn?
8. Wie (groepering en/of personen) heeft naar uw mening een belangrijke invloed op het beleid in het ziekenhuis?
9. Welke instantie en/of personen buiten het ziekenhuis heeft een belangrijke invloed op het beleid?
10. Hebt u (of de groep waartoe u behoort) naar uw mening enige invloed op het beleid?
- Vindt u dat voldoende/bent u daar tevreden mee?

2. De interviews met directieleden in dertig ziekenhuizen

2.1. De respondenten

In onderstaande tabel is weergegeven hoeveel en welke directiefunctionarissen in de dertig ziekenhuizen gezamenlijk aanwezig waren en hoeveel en welke directiefunctionarissen zijn geïnterviewd.

Tabel 2.4. Aantal en type directiefunctionarissen die in de dertig ziekenhuizen aanwezig waren en het aantal en type directiefunctionarissen die zijn geïnterviewd. De cijfers tussen haakjes geven percentages aan.

functies	aanwezig	respondenten
algemeen directeur	10(15)	8(13)
medisch directeur	22(32)	18(29)
economisch directeur	22(32)	20(32)
verpleegkundig directeur	14(21)	10(16)
adjunct economisch directeur	?	3(5)
adjunct verpleegkundig directeur	?	3(5)
totaal	68(100)	62(100)

2. De vragenI Betreffende de (inhoud van de) oc-noc-structuur:

1. Welke vraagstukken krijgen naar uw mening de meeste en welke de minste aandacht

...a. op bestuursniveau

- bestuurlijke taaksector
- primaire taaksector
- ondersteunende taaksector
- structuur vraagstukken

...b. op directieniveau

- bestuurlijke taaksector
- primaire taaksector
- ondersteunende taaksector
- structuur vraagstukken

N.B. U kunt dit aangeven met de cijfers 1 t/m 4, waarbij

1 = de meeste aandacht

4 = de minste aandacht

2. Welk terrein uit de primaire taaksector krijgt naar uw mening de meeste en welk de minste aandacht?

...a. op bestuursniveau

- medisch-specialistische kwesties
- verpleging/verzorging/opleiding
- paramedische kwesties
- de psycho-sociale zorg rond de patiënten

...b. op directieniveau

- medisch-specialistische kwesties
- verpleging/verzorging/opleiding
- paramedische kwesties
- de psycho-sociale zorg rond de patiënten

N.B. Ook dit kunt u weer aangeven met de cijfers 1 t/m 4, waarbij

1 = de meeste aandacht

4 = de minste aandacht

3. Welk type structuurvraagstukken krijgt naar uw mening de meeste en welke de minste aandacht?...

...a. op bestuursniveau

- interne structuurvraagstukken
 externe structuurvraagstukken
 vraagstukken betreffende samenwerkingsstructuren

...b. op directieniveau

- interne structuurvraagstukken
 externe structuurvraagstukken
 vraagstukken betreffende samenwerkingsstructuren

N.B. Dit kunt u aangeven met de cijfers 1 t/m 3, waarbij

1 = de meeste aandacht

3 = de minste aandacht

4. Kunt u aangeven welke uitgangspunten naar uw mening worden gehanteerd bij de beleidsvorming in uw ziekenhuis?

(bijv. het streven naar uitbreidingen, verlening van de patiënten-zorg, etc.).

5. Op welke termijn is het beleid in uw ziekenhuis voornamelijk gericht?

- korte termijn (een periode korter dan 1 jaar)
 middellange termijn (een periode van 1 tot 5 jaar)
 lange termijn (een periode langer dan 5 jaar)
 een combinatie van genoemde termijnen, nl.....

6. In het onderstaande volgen telkens twee uitspraken betreffende het thema patiënten-zorg.

Kunt u daarvan steeds die uitspraak aankruisen, waarmee u het ('t meest) eens bent?

- a. De psycho-sociale zorg rond de patiënt is het specifieke werkterrein van bepaalde disciplines, zoals het maatschappelijke werk, pastoraat, etc.
- De psycho-sociale zorg vormt een geïntegreerd onderdeel van de totale zorg rond de patiënt en is daarom een zaak (van onderling overleg) van allen die met de patiënt bezig zijn zoals artsen, verpleegkundigen, pastores, paramedische werkers, maatschappelijk werkenden.
- b. In ons ziekenhuis is de psycho-sociale zorg rond de patiënt voornamelijk de taak van maatschappelijk werkenden, pastores, psychologen, etc.
- In ons ziekenhuis krijgt de psycho-sociale zorg vorm in een samenwerkingsrelatie tussen allen die bij de patiënt betrokken zijn, zoals artsen, verpleegkundigen, etc.

II Betreffende de verandering van de oc-noc-structuur

7. Welke overlegstructuren komen m.b.t. het beleid in uw ziekenhuis het meest en welke het minst voor?

- formele vergaderingen
- informeel overleg
- vaste commissies
- ad-hoc commissies of werkgroepen, opgericht voor het oplossen van problemen die zich op een bepaald moment voordoen
- anders, nl.....

1 = het meest
4 = het minst

8. a. Is er in uw ziekenhuis een of ja
andere vorm van "medical neen
audit" aanwezig? onbekend
- b. Indien ja, kunt u dan kort aangeven op welke wijze er vorm wordt gegeven aan die "medical audit".

9. Is er in uw regio een of andere vorm van regionaal overleg tussen ziekenhuizen?

- nee
- ja, nl.....

III Betreffende de invloeden op de verandering van de oc-noc-structuur

10.a. In hoeverre spelen de volgende groepen bij de beleidsvorming een actieve resp. passieve rol? (één mogelijkheid aankruisen).

- | | |
|---|--|
| a. medische staf | <input type="checkbox"/> zeer actief |
| | <input type="checkbox"/> actief |
| | <input type="checkbox"/> actief noch passief |
| | <input type="checkbox"/> passief |
| | <input type="checkbox"/> zeer passief |
| b. verpleging | <input type="checkbox"/> zeer actief |
| | <input type="checkbox"/> actief |
| | <input type="checkbox"/> actief noch passief |
| | <input type="checkbox"/> passief |
| | <input type="checkbox"/> zeer passief |
| c. diensthouders (i.c. administratie, civiele, technische en personeelsdienst, verpleging en opleiding en evt. hoofd paramedische diensten) | <input type="checkbox"/> zeer actief |
| | <input type="checkbox"/> actief |
| | <input type="checkbox"/> actief noch passief |
| | <input type="checkbox"/> passief |
| | <input type="checkbox"/> zeer passief |
| d. ondernemingsraad | <input type="checkbox"/> zeer actief |
| | <input type="checkbox"/> actief |
| | <input type="checkbox"/> actief noch passief |
| | <input type="checkbox"/> passief |
| | <input type="checkbox"/> zeer passief |

10.b. In hoeverre zou u de rol van de volgende groepen bij de beleidsvorming als belangrijk resp. onbelangrijk willen karakteriseren? (één mogelijkheid aankruisen).

- | | |
|------------------|---|
| a. medische staf | <input type="checkbox"/> zeer belangrijk |
| | <input type="checkbox"/> belangrijk |
| | <input type="checkbox"/> belangrijk noch onbelangrijk |
| | <input type="checkbox"/> onbelangrijk |
| | <input type="checkbox"/> zeer onbelangrijk |
| b. verpleging | <input type="checkbox"/> zeer belangrijk |
| | <input type="checkbox"/> belangrijk |
| | <input type="checkbox"/> belangrijk noch onbelangrijk |
| | <input type="checkbox"/> onbelangrijk |
| | <input type="checkbox"/> zeer onbelangrijk |

c. diensthoofden (i.c. administratie, civiele, technische en personeelsdienst, verpleging en opleiding en evt. hoofd paramedische diensten)

- zeer belangrijk
 belangrijk
 belangrijk noch onbelangrijk
 onbelangrijk
 zeer onbelangrijk
 zeer belangrijk
 belangrijk
 belangrijk noch onbelangrijk
 onbelangrijk
 zeer onbelangrijk

d. ondernemingsraad

11. Wie ontplooiën in huis naar uw mening de meeste beleidsinitiatieven? (i.c. ideeën of suggesties die zouden kunnen leiden tot een besluitvormingsproces aangaande het beleid, zoals bijvoorbeeld voorstellen tot uitbreiding, verbouwing, grote investeringen, samenwerking met andere ziekenhuizen, ontwikkeling van verpleging en andere diensten etc.).

(u kunt hier eventueel meerdere mogelijkheden aankruisen)

- bestuur
 dagelijks bestuur (indien aanwezig)
 directie
 verpleging
 medische staf
 diensthoofden
 ondernemingsraad
 anders, nl.....

12. Wie houden zich naar uw mening in belangrijke mate bezig met de voorbereiding van het beleid? (i.c. het uitwerken van beleidsinitiatieven, het schrijven van nota's, het verzamelen van informatie in en buiten het ziekenhuis, het leggen van contacten in en buiten het ziekenhuis, het voeren van besprekingen, het formuleren van een beslissingsvoorstel etc.).

(u kunt hier eventueel meerdere mogelijkheden aankruisen)

- bestuur
- dagelijks bestuur (indien aanwezig)
- directie
- verpleging
- medische staf
- diensthoofden
- ondernemingsraad
- anders, nl.....

13.a. Wie heeft (hebben) naar uw mening zeer veel invloed op de beleidsvorming in uw ziekenhuis? (u kunt hier eventueel meerdere mogelijkheden aankruisen).

- bestuur
- dagelijks bestuur (indien aanwezig)
- directie
- verpleging
- medische /staf
- diensthoofden
- ondernemingsraad
- anders, nl.

13.b. Kunt u een korte toelichting geven op uw antwoord?

14. Wie nemen naar uw mening de feitelijke beslissingen?

(u kunt hier eventueel meerdere mogelijkheden aankruisen)

- bestuur
- dagelijks bestuur (indien aanwezig)
- directie
- verpleging
- medische staf
- diensthoofden
- ondernemingsraad
- anders, nl.....

15. Hoe zijn over het algemeen die feitelijke beslissingen naar uw mening te karakteriseren?

- een formele beslissing (i.c. ja zeggen tegen één ingebracht voorstel)
- discussie over en keuze uit een aantal gepresenteerde alternatieven

16.a. Wie in de omgeving van het ziekenhuis heeft naar uw mening zeer veel invloed op het beleid in het ziekenhuis?

(u kunt hier eventueel meerdere mogelijkheden aankruisen)

- Rijksoverheid
- Provinciale overheid
- Gemeentelijke overheid
- C.O.Z.
- adviesorganen (Prov. Raad v.d. Volksgezondheid, College voor Ziekenhuisvoorzieningen etc.)
- ziekenhuizen in de nabije omgeving van uw ziekenhuis
- het ziekenfonds
- de situatie in de regio
- huisartsen
- de potentiële patiënten
- anders, nl.....

16.b. Kunt u uw antwoord voorzien van een korte toelichting?

17. Kunt u aangeven in hoeverre u het eens bent met de volgende uitspraken.

a. Een belangrijk kenmerk van de relatie tussen ziekenhuizen die in dezelfde regio zijn gevestigd is de onderlinge rivaliteit tussen deze ziekenhuizen.

- zeer mee eens
- mee eens
- mee eens, noch oneens
- niet mee eens
- geheel niet mee eens

b. Indien u het met bovenstaande uitspraak eens bent:

De rivaliteit tussen ziekenhuizen is duidelijk van invloed op de beleidsbeslissingen die binnen de ziekenhuizen worden genomen.

- zeer mee eens
- mee eens
- mee eens, noch oneens
- niet mee eens
- geheel niet mee eens

c. Indien u het ook met de uitspraak onder b. eens bent, kunt u dan in het kort weergeven op welke wijze die invloed zich doet gelden?

(bijv. bij investeringsbeslissingen, bij de besluitvorming omtrent het aantrekken van specialisten, bij het bepalen van een standpunt bij regionaal overleg etc.).

18.a. Welke van de hierna met name genoemde factoren hebben naar uw mening de meeste en welke de minste invloed op de beleidsbeslissingen die in uw ziekenhuis worden genomen?

(u kunt dit aangeven met de cijfers 1 t/m 3, waarbij
1 = de meeste invloed
2 = de minste invloed)

- interne factoren van organisatorische aard (personeelsbezetting, de organisatiestructuur, etc.)
- persoonlijke eigenschappen van bepaalde functionarissen in het ziekenhuis
- externe factoren (bijv. beslissingen van overheid of adviesorganen, de aanwezigheid van andere ziekenhuizen in de regio, etc.).

18.b. Kunt u hierop zo mogelijk een korte toelichting geven?

De introductie van het onderzoek in de ziekenhuizenZiekenhuis A

Tijdens een eerste oriënterend gesprek met één van de directieleden, verzocht deze het onderzoek te introduceren in afzonderlijke brieven met gelijke inhoud aan: het bestuur, de directie, de medische staf en de ondernemingsraad. De toestemming van genoemde instanties werd vervolgens via een schrijven van de directie aan de onderzoeker kenbaar gemaakt. Daarna verzocht echter het bestuur van de medische staf nog schriftelijk om een onderhoud met de onderzoeker. Dit om nog een nadere toelichting te verkrijgen. Tijdens dit onderhoud werd er van de kant van het stafbestuur met nadruk op gewezen, dat de staf mee wilde werken aan het onderzoek, omdat dit werd verricht ten behoeve van het schrijven van een dissertatie. Alle notulen en documenten werden, met uitzondering van die van de medische staf, door de directie ter beschikking gesteld. Deze stukken konden alleen ter plaatse worden bestudeerd. De notulen van de medische staf werden ter beschikking gesteld door de secretaris van het stafbestuur. Het stafbestuur had er geen bezwaar tegen dat de notulen door de onderzoeker werden meegenomen.

Ziekenhuis B

In ziekenhuis B verliep de introductie voornamelijk via de directie. Na een eerste schriftelijk contact vond een gesprek plaats met twee directieleden en een lid van het dagelijks bestuur. Nadat men zich enige tijd later - via een schrijven van de directie - bereid had verklaard aan het onderzoek mee te werken, werden alle notulen en andere schriftelijke stukken door de directie aan de onderzoeker toegezonden.

Ziekenhuis C

In ziekenhuis C verliep de introductie alleen via de medisch directeur. Na enkele schriftelijke en telefonische contacten vond met deze directeur een introductiegesprek plaats. Nadat de toestemming

voor het onderzoek - eveneens schriftelijk - was verleend, werd al het materiaal ter beschikking gesteld door de directie-assistent. Er bestond geen bezwaar tegen het uit huis nemen van de stukken. De verdere gang van zaken rond het onderzoek zoals schriftelijke contacten en de organisatie van de interviews, werd nadien door de directie-assistent behandeld.

Enkele aanvullende opmerkingen

Ondanks de wat ingewikkelder procedure in ziekenhuis A, nam de introductie in dit ziekenhuis de minste tijd in beslag. In ziekenhuis B duurde de introductieprocedure het langst. Alle drie de ziekenhuizen vroegen om garanties met betrekking tot de anonimiteit.

Inventarisatie van contacten

In onderstaande tabel is aangegeven het aantal en type formele contacten in de ziekenhuizen A, B en C, die per twee maanden plaatsvonden.

categorie contacten	type vergaderingen	ziekenhuis A	ziekenhuis B	ziekenhuis C
"grote" vergaderingen	bestuur	2	2	2
	directie	> 2	17	8
	medische staf	2	2	2
	kernleden v.d. med. staf	-	2	-
	ondernemingsraad	2	2	2
	diensthooftden	4	2	8
	dienst- en afdelingshooftden	1	1 à 2	-
verpleeghooftden	2	2	8	
overleg tussen (vertegenwoordigers) van instanties en groepen	DB/directie	4	8	-
	DB/directie/BMS	2	2	-
	DB/directie/cie. MS	1	-	-
	directie/BMS	-	2	2
	directie/BVS	-	-	2
	directie/bedrijfsstaf	-	2	-
directie/technische top	-	2	-	
vaste commissies	bestuurs-cie's	> 2	-	> 2
	beleidsadviesgroep	1	-	-
	agenda-cie OR	-	-	2
	cie's op med. en niet med. terrein waaraan directieleden deelnemen	< 2	> 2	>10
	cie's medische staf	>10	>10	>10
ad-hoc-cie's	diversen	< 2	< 2	>10
werkbesprekingen	diversen	>10	>10	>10

DB = dagelijks bestuur >2 = meer dan 2
 MS = medische staf <2 = minder dan 2
 BMS = bestuur medische staf >10 = meer dan 10
 BVS = bestuur verpleegkundige staf
 OR = ondernemingsraad
 cie = commissie
 med. = medisch

Tabel 4.1. Aantal en type formele contacten per 2 maanden in de ziekenhuizen A, B en C.

In bovenstaande is zoveel mogelijk de exacte vergaderfrequentie aangegeven.

Driemaandelijks overleg kreeg een score 1 à 2. Niet altijd was het echter mogelijk de vergaderfrequentie precies aan te geven. Dit was onder meer afhankelijk van het soort overleg, bijvoorbeeld ad-hoc commissies zonder vaste vergaderfrequentie, of het gevolg van het ontbreken van nauwkeurige informatie hierover. In dat geval is aangegeven of bedoelde vergaderingen of overlegvormen minder dan twee maal, meer dan twee maal of meer dan tienmaal per twee maanden voorkwamen.

De resultaten van de kwalitatieve en kwantitatieve inhoudsanalyse

In het onderstaande zijn in een aantal overzichten, resp. tabellen, de resultaten van de kwalitatieve en kwantitatieve inhoudsanalyse vermeld.

1. De kwalitatieve inhoudsanalyse1.1. Documenten betreffende de inputs en outputs van de besluitvormingsprocessen

Overzicht 5.1. Een bespreking van twee nota's met beleidsvoorstellen in de ziekenhuizen A en C.

	voorstel "toekomstige functie ziekenhuis in regio" in ziekenhuis A	voorstel "regionale samenwerking" in ziekenhuis C
doelstelling	oproepen van vragen die aanzet geven tot het ontwikkelen van een beleidsvisie	richting geven aan discussie in het ziekenhuis over regionale samenwerking, deze discussie stimuleren en structureren
totale thematiek	de functie van het ziekenhuis in de toekomst, gezien in het kader van de regionale ontwikkelingen	de problemen in de samenwerking tussen de ziekenhuizen in de regio
afzonderlijke thema's	<ul style="list-style-type: none"> - functie van het ziekenhuis tegen de achtergrond wat de regio biedt. (doelstelling v.h. ziekenhuis, kwantiteit v.d. zorgverlening in termen van bedden en functies) - relatie ziekenhuis-eerste lijn (kwantiteit van de zorgverlening) - consequenties van verhoging kwantiteit zorgverlening voor de ziekenhuisorganisatie (informatie en communicatie-aspecten, coördinatieproblemen) - procedures en overlegvormen, gewenst om ontwikkelingen op gang te zetten. Als gewenste participanten worden genoemd: bestuur, directie, med. staf. 	<ul style="list-style-type: none"> - problemen bij concretisering samenwerking - dwingende redenen voor samenwerking (kostenproblematiek, afstemming doelstellingen ziekenhuizen) - gevolgen van trage voortgang samenwerking (voor kosten en afstemming doelstellingen) - voorstellen van naburige ziekenhuizen voor concretisering samenwerking - voorstellen van de schrijver voor concretisering samenwerking.
tijdsbestek	het gaat om ontwikkelingen op korte, middellange en lange termijn	de voorstellen moeten leiden tot beslissingen waarvan de consequenties op lange termijn zullen doorwerken
wijze van taalgebruik	tekst met cijfers	tekst zonder cijfers
schrijver	algemeen/bedrijfskundig directeur	medisch directeur

Overzicht 5.2. Een bespreking van een beleidsplan uit ziekenhuis C.

<u>Beleidsplan 1975/1976 in ziekenhuis C</u>	
<u>Doelstelling</u>	voldoen aan de wens van burgemeester en wethouders om de begroting die jaarlijks aan B & W wordt aangeboden, vergezeld te doen gaan door een beleidsplan.
<u>Totale thematiek</u>	aangeven van doelstelling en subdoelstellingen van het ziekenhuis en globaal uiteenzetten op welke wijzen genoemde doelstellingen verwezenlijkt zouden kunnen worden.
<u>Afzonderlijke thema's</u>	<p>plannen met betrekking tot:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de primaire taaksector <ul style="list-style-type: none"> . op medisch terrein: intercollegiale toetsing; procedures en regelingen binnen medische staf; ontwikkeling takenpakket gynaecologen. . op verpleegkundig terrein: afstemming activiteiten ten behoeve van patiëntbehandeling, ontwikkeling professionele element van verpleging. . psychosociale begeleiding patiënten: uitbreiding maatschappelijk werk, visie op pastorale zorg, onderzoek op gebied psychosociale begeleiding. . opleidingen: verpleegopleiding en klinische opleidingen. - de ondersteunende taaksector <ul style="list-style-type: none"> . doel van de exploitatiebegroting . ontwikkeling personeelsbeleid: werkoverleg, rechtspositieregeling, verdere uitwerking van plan personeelsbeleid . accommodatie: aanpassing accommodatie aan streven verkorting verpleegduur - regionale samenwerking <ul style="list-style-type: none"> . ontwikkeling onderzoek op dit terrein . ontwikkeling regionaal samenwerkingsorgaan en samenwerkingsprojecten.
<u>Tijdsbestek</u>	plan geldt voor twee jaar (75 - 76), waarna bijsturing in volgend plan. De consequenties van de plannen gelden voor lange termijn.
<u>Wijze van taalgebruik</u>	tekst met cijfers
<u>Schrijvers</u>	medische directeur, deels samen met economisch directeur

Overzicht 5.3. Een bespreking van twee plannen betreffende de ontwikkeling van het medisch beleid in de ziekenhuizen A en B (Uitwerking van het beleid).

	medisch plan ziekenhuis A	medisch plan ziekenhuis B
doelstellingen	het formuleren van de inzichten van de medische staf betreffende de toekomst van het ziekenhuis. Dit op verzoek van het bestuur.	het geven van een overzicht van duidelijk zichtbare ontwikkelingen op medisch, paramedisch, medisch-technisch en medisch-organisatorisch gebied.
totale thematiek	een "wensenlijst" met betrekking tot ontwikkeling en uitbreiding medische sector, met enkele wensen voor de paramedische sector.	een schets van bovengenoemde ontwikkelingen, voornamelijk betreffende uitbreidingen op medisch terrein.
afzonderlijke thema's	<ul style="list-style-type: none"> - beschouwing functie perifeer ziekenhuis en huidige situatie ziekenhuis - wensen met betrekking tot uitbreiding primaire sector: <ul style="list-style-type: none"> • op medisch terrein: meer specialisten en specialismen, apparatuur en accommodatie • op paramedisch terrein: uitbreiding personeel (waaronder ook maatschappelijk werk), apparatuur en accommodatie • beddenaantal • nieuwbouw, deels vervangend, deels voor nieuwe afdelingen. 	<p>bespreking van alle specialismen en enkele paramedische activiteiten, waarbij aan de orde komt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • een planning van projecten voor de komende jaren • een overzicht van bestaande voorzieningen • een toelichting op de plannen, met een globale uiteenzetting over de consequenties van de plannen voor andere specialismen/of diensten en afdelingen, met enkele opmerkingen over de psycho-sociale begeleiding van de patiënten en kwaliteitsbewaking d.m.v. intercollegiale toetsing.
tijdsbestek	"wat langere termijn". Consequenties van plannen strekken zich uit over lange termijn	plannen hebben betrekking op maximaal 6 jaar. Jaarlijkse bijsturing door directie. Consequenties van plannen strekken zich uit over lange termijn.
wijze van taalgebruik	tekst met cijfers	<ul style="list-style-type: none"> - schema's - telegramstijl in schema's en overzichten - tekst in de toelichting
schrijver(s)	commissie medische staf bestaande uit drie leden	medisch directeur, na gesprekken met alle specialisten, in overleg met voorzitter medische staf en in samenwerking met de in het ziekenhuis werkzame organisatie-deskundige

Overzicht 5.4. Een bespreking van twee jaarverslagen uit ziekenhuis B en uit ziekenhuis C.
(uitvoering van het beleid)

	jaarverslag 1975 in ziekenhuis B	jaarverslag 1975 in ziekenhuis C
doel	het geven van uitgebreide informatie.. "die een weergave wil zijn van het gemeenschappelijke streven om zich zo goed mogelijk in te zetten ten behoeve van de patiënten".	in de tekst waren geen duidelijke opmerkingen over de doelstelling te vinden. Deze is wel uit de totale thematiek af te leiden: evaluatie en verslaglegging.
totale thematiek	schets van ontwikkelingen in genoemd jaar, waarbij de meeste informatie van de medische staf afkomstig is.	een algemene evaluatie in het kader van het beleidsplan '75-'76 en een weergave van gegevens over patiëntenzorg en enkele andere gebieden.
afzonderlijke thema's	<ul style="list-style-type: none"> - overzicht personeel en opleiding - patiëntengegevens - enkele gegevens over civiele en pastorale dienst - de medische staf met o.a. publicaties en voordrachten stafleden, overzicht hoofddiagnosen en hoofdoperaties, overzicht specialismen, stafcommissies, intercollegiale toetsing - gegevens medische en paramedische afdelingen (waaronder maatschappelijk werk) - financieel economische gegevens 	<ul style="list-style-type: none"> - evaluatie betreffende tarieven, budgetbewaking en doelmatigheid (kwaliteit-kosten-vraagstuk); functioneren medische staf, verplegingsdienst en maatschappelijk werk; regionalisatie; personeelsbeleid; uitbreidingen - ontwikkelingen patiëntenzorg: patiëntengegevens, overzicht specialismen en paramedische afdelingen, verpleging, pastorale zorg, maatschappelijk werk, logopedie etc. - opleidingen: verpleging, klinische opleiding en cursussen - ondersteunende sector: civiele, technische, administratieve dienst personeelszaken - balans en exploitatierekening.
tijdsbestek	het verslagjaar, aangevuld met gegevens over de twee voorgaande jaren.	het verslagjaar, aangevuld met gegevens over de twee voorgaande jaren.
wijze van taalgebruik	tekst met cijfers, tabellen, foto's.	tekst met cijfers, tabellen.
schrijvers	Commissie Jaarverslag in overleg met directie	directie-assistent/ in overleg met directie

1.2. De notulen

De notulen bleken op bepaalde aspecten zekere overeenkomsten te vertonen. Deze aspecten zullen daarom voor alle notulen gezamenlijk worden besproken:

Doelstelling: de doelstelling van notulen lijkt over het algemeen evident: verslaglegging van hetgeen tijdens een vergadering is besproken. Daarnaast worden met notulen, evenals met de in het bovenstaande besproken documenten, ook andere doelstellingen, met name politiek getinte doelstellingen beoogd. Eenieder kent de tijdens vergaderingen gebezigde uitspraken zoals "voorzitter, dit dient buiten de notulen te blijven" of "dit wens ik in de notulen opgenomen te zien".

De doelstelling van de notulen wordt in onderstaande verder niet vermeld.

Tijdsbestek : in principe zijn de notulen zelf op een kort tijdsbestek gericht, aangezien de frequentie van vergaderingen in de ziekenhuizen ongeveer tussen een week en drie maanden ligt. Voor de behandelde onderwerpen zelf kan het wel om verschillende termijnen gaan. Dit laatste zal in de overzichten worden aangegeven.

Wijze van taalgebruik : de notulen zijn alle in proza gesteld. In onderstaande overzichten is dit niet verder aangegeven. Wel wordt vermeld of dit proza zeer beknopt dan wel (zeer) uitgebreid was.

Schrijver(s): notulen worden over het algemeen geschreven door speciaal aangewezen notulisten, secretarissen of secretaresses. Vaak worden de notulen, voor ze worden rond gestuurd, nog bekeken door bijvoorbeeld de voorzitter van de vergadering, of een directielid. In onderstaande overzichten is verder niet vermeld wie de schrijvers waren.

Overzicht 5.5. Een bespreking van de notulen van de bestuursvergaderingen in de ziekenhuizen A, B en C.

	bestuur ziekenhuis A	bestuur ziekenhuis B	bestuur ziekenhuis C
totale thematiek	- het bespreken van kwesties v. algemeen beleid, lopende zaken op niveau van bestuur en directie en voorts het doen van mededelingen	idem	idem
belangrijkste afzonderlijke thema's	- medisch beleid - uitbreidingen - financiën - samenwerking met andere ziekenhuizen	- medisch beleid - samenwerking naburig ziekenhuis - nieuwbouw - financiën	- regionale samenwerking - personeelsbeleid - financiën - medische stafzaken
tijdsbestek	kort en lang	idem	idem
wijze van taalgebruik	beknopt	zeer uitgebreid	zeer beknopt met besluitenlijsten
belangrijkste kenmerken vergaderproces	- informatie-uitwisseling - (formele) besluitvorming - overleg/opinievorming	- informatie-uitwisseling - overleg/opinievorming - besluitvorming	idem als B

Overzicht 5.6. Een bespreking van de notulen van de vergaderingen van de dagelijkse besturen in de ziekenhuizen A en B.

	dagelijks bestuur ziekenhuis A	dagelijks bestuur ziekenhuis B
totale thematiek	voorbereiding en uitwerking van bestuursvergaderingen, m.n. uitwerking van details, regelingen etc.	voorbereiding en uitwerking van bestuursvergaderingen, m.n. het doorpraten van beleidskwesties op langere termijn
belangrijkste afzonderlijke thema's	idem als bestuursvergaderingen	idem als bestuursvergaderingen
tijdsbestek	kort en lang	lang
wijze van taalgebruik	beknopt	beknopt
belangrijkste kenmerken vergaderproces	- discussie - besluitvorming	- opinievorming - besluitvorming

Overzicht 5.7. Een bespreking van de notulen van de directievergaderingen in de ziekenhuizen B en C.

	directie ziekenhuis B	directie ziekenhuis C
totale thematiek	het bespreken van de activiteiten en problemen van de directieleden betr. actuele kwesties, het doen van mededelingen over de stand van zaken en nieuwe ontwikkelingen en het maken van afspraken	idem
belangrijkste afzonderlijke thema's	<ul style="list-style-type: none"> - personeelskwesties (veel bij verpleging) - medische staf zaken - afstemming afdelingen - enkele aspecten van psycho-sociale zorg 	<ul style="list-style-type: none"> - personeelskwesties - financiële kwesties - enkele medische staf zaken - enkele afstemmingsproblemen
tijdsbestek	kort	idem
wijze van taalgebruik	beknopt	idem
belangrijkste kenmerken vergaderproces	<ul style="list-style-type: none"> - informatie-uitwisseling - besluitvorming 	idem

Overzicht 5.8. Een bespreking van de notulen van de vergaderingen
van de medische staven in de ziekenhuizen A, B en C.

	medische staf ziekenhuis A	medische staf ziekenhuis B	medische staf ziekenhuis C
totale thematiek	- bespreking beleidskwesties en lopende zaken in het ziekenhuis waarbij de medische staf nauw betrokken is	idem	idem
belangrijkste afzonderlijke thema's	- ontwikkeling medische sector - contacten en samenwerking met andere ziekenhuis (zen) - reglementen	- contacten en samenwerking met andere ziekenhuis (zen) - ontwikkeling medische sector - medical audit - reglementen	- contacten en samenwerking met andere ziekenhuizen - medical audit - reglementen en afspraken - inhoudelijke onderwerpen (bijv. lezingen)
tijdsbestek	kort en lang	idem	idem
wijze van taalgebruik	uitgebreid	idem	idem
belangrijkste kenmerken vergaderproces	- informatie-uitwisseling - discussie/opinievorming - besluitvorming	idem	idem

Overzicht 5.9. Een bespreking van de notulen van het overleg tussen dagelijks bestuur, directie en het bestuur van de medische staf in de ziekenhuizen A en B.

	dagelijks bestuur- directie-bestuur med. staf in ziekenhuis A	dagelijks bestuur- directie-bestuur med. staf in ziekenhuis B
totale thematiek	voorbereiding medische thematiek voor de bestuursvergaderingen en de vergaderingen v.d. med. staf; uitwerking van punten op medisch gebied die op de vergaderingen van bestuur en med. staf aan de orde waren	idem
belangrijkste afzonderlijke thema's	<ul style="list-style-type: none"> - uitbreidingen medische sector - rol med. staf op bestuurlijk niveau - reglementen - lopende zaken en detailkwesties - contacten met naburig ziekenhuis 	<ul style="list-style-type: none"> - medische planning - lopende zaken en detailkwesties - reglementen - contacten met naburig ziekenhuis
tijdsbestek	kort en lang	idem
wijze van taalgebruik	beknopt	idem
belangrijkste kenmerken vergaderproces	<ul style="list-style-type: none"> - informatie-uitwisseling - discussie/opinievorming 	idem

Overzicht 5.10. Een bespreking van de notulen van de algemene hoofdenvergaderingen in de ziekenhuizen A en B en de directievergadering in ziekenhuis C.

	alg. hoofdenvergadering ziekenhuis A	alg. hoofdenvergadering ziekenhuis B	directievergadering ziekenhuis C
totale thematiek	het geven van informatie a.d. hand v.d. directie over voor de hoofden relevante zaken	idem	bespreking problemen in diensten en afdelingen en soms van kwesties van algemeen beleid
belangrijkste afzonderlijke thema's	-actuele zaken voor de diensten en afdelingen - enkele kwesties van alg. beleid	idem	-lopende gang van zaken in diensten en afdelingen -personeelskwesties -techn. problemen -kwesties van intern en extern beleid
tijdsbestek	kort en (soms) lang	idem	kort en lang
wijze van taalgebruik	beknopt	idem	idem
belangrijkste kenmerken vergaderproces	informatie-overdracht van directie naar hoofden	idem	-informatie-uitwisseling - discussie - besluitvorming

Overzicht 5.11. Een bespreking van de notulen van de vergaderingen van verpleegkundig afdelingshoofden in de ziekenhuizen A en B, en coördinerend verpleegkundig hoofden in ziekenhuis C.

	verpleegk. afd. hoofden zhs. A	verpleegk. afd. hoofden zhs. B	coördinerend verpl.hoofden zhs. C
totale thematiek	bespreking actuele kwesties in de verplegingsdienst	bespreking actuele kwesties in de verplegingsdienst	bespreking actuele kwesties in verplegingsdienst en kwesties van verpleegkundig beleid
belangrijkste afzonderlijke thema's	-verpleegtechnische zaken -visite lopen -personeelsbezetting -inhoudelijke onderwerpen	-verpleegtechnische zaken -opleiding -personeelsbezetting e.a. personeelskwesties -afstemming verpleging en andere afdelingen (opname, o.k., etc.)	-verpleegtechnische zaken -afstemming verpleging en andere afdelingen -personeelskwesties -verpleegkwaliteit -functioneren verpleegkundig staf-bureau -structuur verplegingsdienst
tijsdbestek	kort	kort	kort en lang
wijze van taalgebruik	beknopt	idem	idem
belangrijkste kenmerken vergaderproces	-informatie-overdracht en -uitwisseling -besluitvorming	-informatie-uitwisseling -besluitvorming	-informatie-uitwisseling -discussie -besluitvorming

Overzicht 5.12. Een bespreking van de notulen van de vergaderingen
van de ondernemingsraden in de ziekenhuizen A, B en C.

	OR ziekenhuis A	OR ziekenhuis B	OR ziekenhuis C
totale thematiek	het bespreken van personeelskwesties en arbeidsvoorwaarden, soms aangevuld met informatie over zaken van alg. beleid	het bespreken van personeelskwesties en arbeidsvoorwaarden, aangevuld met informatie en soms discussie over zaken van algemeen beleid	het bespreken van personeelskwesties en arbeidsvoorwaarden, aangevuld met een gedachtenwisseling over zaken van algemeen beleid
belangrijkste afzonderlijke thema's	-secundaire arbeidsvoorwaarden en actuele kwesties -enkele zaken betreffende het (interne) beleid, m.n. de bestuursstructuur van het ziekenhuis	-secundaire arbeidsvoorwaarden en actuele zaken -samenwerking met het naburige ziekenhuis	-secundaire arbeidsvoorwaarden en actuele zaken -regionale samenwerking
tijdsbestek	kort	kort en lang	kort en lang
wijze van taalgebruik	beknopt	idem	idem
belangrijkste kenmerken vergaderproces	-informatie-overdracht van directie naar OR -besluitvorming	-informatie-overdracht van directie aan OR -opinievorming	-informatie-uitwisseling -besluitvorming

Gegevens van de kwantitatieve analyse

Tabel 6.1. De verdeling naar taaksectoren van de onderwerpen die ter sprake komen in de notulen van bestuur, dagelijks bestuur, medische staf en ondernemingsraad in ziekenhuis A. De getallen tussen haakjes geven percentages aan.

	vergaderingen bestuur		vergaderingen dagelijks bestuur		vergaderingen medische staf		vergaderingen ondernemings- raad	
aantal onder- werpen	24 (100)		225 (100)		305 (100)		126 (100)	
bestuur- lijke taak- sector	25 (10)	43 (17)	27 (12)	39 (17)	9 (3)	13 (4)	5 (4)	8 (6)
voorw. schepp. inhoud	18 (7)		12 (5)		4 (1)		3 (2)	
pri- maire taak- sector	90 (37)	99 (41)	83 (37)	88 (39)	165 (54)	201 (66)	24 (19)	28 (22)
voorw. schepp. inhoud	9 (4)		5 (2)		36 (12)		4 (3)	
onder- steu- nende taak- taak- sector	35 (15)	60 (25)	26 (11)	51 (23)	32 (11)	39 (13)	67 (53)	79 (63)
voorw. schepp. inhoud	5 (2)		1 (1)		7 (2)		8 (7)	
finan- ciën	20 (8)		24 (11)		1 (-)		4 (3)	
struc- tuur- vraag- stukken	27 (11)	40 (17)	43 (19)	47 (21)	30 (10)	52 (17)	10 (8)	11 (9)
intern extern samen- werking	5 (2)		0 (-)		6 (2)		0 (-)	
	8 (4)		4 (2)		17 (5)		1 (1)	

Tabel 6.2. De verdeling naar taaksectoren van de onderwerpen die ter sprake komen in de notulen van bestuur, dagelijks bestuur, directie, medische staf en ondernemingsraad in ziekenhuis B. De cijfers tussen haakjes geven percentages aan.

		vergaderingen bestuur		vergaderingen dagelijks bestuur		vergaderingen directie		vergaderingen medische staf		vergaderingen ondernemings- raad	
aantal onderwerpen		443		93		268		220		93	
bestuurlijke	voorwaarden	35	78	4	7	14	35	5	5	5	6
	scheppend	(7)		(4)		(5)		(2)		(5)	
taak	taak	43	(15)	3	(7)	21	(13)	0	(2)	1	(6)
	sector	(8)		(3)		(8)		(-)		(1)	
primaire	voorwaarden	133	153	38	43	126	143	129	190	29	33
	scheppend	(26)		(39)		(46)		(54)		(31)	
taak	taak	20	(30)	5	(44)	17	(52)	61	(79)	4	(34)
	sector	(4)		(5)		(6)		(25)		(4)	
ondersteu- nende	voorwaarden	56	128	7	9	60	71	5	7	34	37
	scheppend	(11)		(7)		(21)		(2)		(37)	
	taak	3		0		2		0		1	
	sector	(25)		(9)		(26)		(3)		(40)	
	inhoud	(1)	-	(1)	-	(1)	-	(1)	-	(1)	-
	financiën	69	(13)	2	(2)	9	(3)	2	(1)	2	(2)
intern	60	11		15		8		6			
struc- tuur- vraag- stukken		(12)	149	(11)	40	(15)	23	(3)	39	(6)	17
	extern	24		3		0		0		0	
		(4)		(3)		-		-		-	
	samen- werking	65		26		8		31		11	
	(13)	(2)	(26)	-	(3)	(1)	(13)	-	(12)	(1)	
niet van toepassing	14		0		3		0		1		
totaal		500	(100)	98	(100)	274	(100)	241	(100)	94	(100)

Tabel 6.3. De verdeling naar taaksectoren van de onderwerpen die ter sprake komen in de notulen van bestuur, directie, medische staf en ondernemingsraad in ziekenhuis C. De cijfers tussen haakjes geven percentages aan.

	vergaderingen bestuur		vergaderingen directie		vergaderingen medische staf		vergaderingen ondernemings- raad	
aantal onder- werpen	202		186		282		55	
bestuur-voorw. lijke schepp.	37 (18)	56 (27)	11 (6)	25 (13)	4 (1)	4 (1)	2 (3)	2 (3)
taak-taak- sector inhoud	19 (9)		14 (7)		0 -		0 -	
pri-voorw. maire schepp.	28 (14)	36 (18)	88 (45)	100 (51)	104 (33)	168 (54)	2 (3)	3 (5)
taak-taak- sector inhoud	8 (4)		12 (6)		64 (21)		1 (2)	
onder-voorw. steeu- schepp.	35 (17)	60 (29)	37 (19)	45 (24)	28 (9)	35 (11)	38 (61)	38 (61)
nende taak- taak- inhoud	0 -		1 (1)		0 -		0 -	
sector finan- ciën	25 (12)		7 (4)		7 (2)		0 -	
struc- intern tuur- extern	12 (6)		54 (26)		11 (5)		16 (8)	
vraag- stukken	0 -	1 (1)		5 (2)	0 -			
samen- werking	42 (20)	4 (2)		83 (27)	11. (18)			
niet van toe- passing/on- duidelijk	0 -		7 (4)		5 (2)		0 -	
totaal	206	(100)	194	(100)	310	(100)	62	(100)

Tabel 6.4. De verdeling van de onderwerpen uit de primaire taaksector over de terreinen van de medische staf, verpleging, verzorging en opleiding, paramedische diensten en de psychosociale zorg, zoals uit de notulen van bestuur, dagelijks bestuur, directie en medische staf (1) in de ziekenhuizen A, B en C is af te leiden. De cijfers tussen haakjes geven percentages aan.

	bestuur			dagelijks bestuur		directie		medische staf		
	A	B	C	A	B	B	C	A	B	C
medisch terrein	59 (60)	111 (72)	24 (66)	57 (66)	38 (88)	44 (31)	25 (25)	167 (83)	172 (90)	158 (94)
verpleging, verzorging, opleiding	22 (22)	26 (17)	6 (17)	14 (16)	2 (5)	60 (42)	59 (59)	19 (9)	10 (5)	6 (4)
paramedische diensten	2 (2)	3 (2)	0 -	7 (8)	0 -	19 (13)	3 (3)	7 (4)	2 (1)	2 (1)
psycho-sociale zorg	12 (12)	14 (9)	6 (17)	9 (10)	3 (7)	2 (1)	13 (13)	8 (4)	6 (4)	2 (1)
onduidelijk	4 (4)	0 -	0 -	1 (1)	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
totaal	99 (100)	153 (100)	36 (100)	88 (100)	43 (100)	190 (100)	100 (100)	201 (100)	190 (100)	168 (100)

(1) De ondernemingsraden zijn hier buiten beschouwing gelaten, aangezien het aantal onderwerpen betreffende de primaire taaksector in de notulen van deze vergaderingen relatief gering is.

Tabel 6.5. De verdeling van de onderwerpen over verschillende aspecten op medisch terrein, zoals uit de notulen van bestuur, dagelijks bestuur, directie en medische staf in de ziekenhuizen A, B en C is af te leiden.

	bestuur			dagelijks bestuur		directie		medische staf		
	A	B	C	A	B	B	C	A	B	C
honorering en tarieven	7	8	2	9	1	2	2	5	1	5
personele mutaties medische staf, vnl. aantrekken van specialisten	42	18	7	28	3	2	5	39	10	18
apparatuur en accommodatie	2	27	0	12	7	6	8	11	3	23
regelingen, contracten, administratie, registratie, verzekeringen	4	8	1	3	3	4	3	22	16	24
opleiding, bij- en nascholing	0	5	2	0	3	7	3	8	23	1
jaarverslagen en plannen	0	9	0	1	2	0	0	0	6	1
interne relaties stafleden	3	6	1	1	9	6	0	24	35	15
externe relaties stafleden	0	4	3	0	5	2	0	26	19	6
relaties stafleden patiënten	0	7	2	0	0	2	3	1	1	1
taakinhoud	1	18	6	4	5	6	1	31	55	64
diversen	0	1	0	0	0	7	0	0	3	0
totaal	59	111	24	57	38	44	25	167	172	158

Tabel 6.6. De verdeling van de onderwerpen betreffende structuurvraagstukken in interne, externe en samenwerkingsvraagstukken, zoals uit de notulen van bestuur, dagelijks bestuur, directie en medische staf (1) in de ziekenhuizen A, B en C is af te leiden.

	bestuur			dagelijks bestuur		directie		medische staf		
	A	B	C	A	B	B	C	A	B	C
intern	27 (68)	60 (40)	12 (22)	43 (91)	11 (28)	15 (65)	11 (69)	29 (56)	8 (21)	10 (10)
extern	5 (12)	24 (16)	0 -	0 -	3 (7)	0 -	1 (6)	6 (11)	0 -	5 (5)
samenwerking	8 (20)	65 (44)	42 (78)	4 (9)	26 (65)	8 (35)	4 (25)	17 (33)	31 (79)	83 (85)
totaal	40 (100)	149 (100)	54 (100)	47 (100)	40 (100)	23 (100)	16 (100)	52 (100)	39 (100)	98 (100)

(1) De ondernemingsraden zijn hier buiten beschouwing gelaten, omdat het aantal onderwerpen betreffende structuurvraagstukken in de notulen van deze vergaderingen relatief gering is.

Tabel 6.7. De verdeling van de vraagstukken betreffende externe samenwerkingsstructuren (in de theorie: externe afstemming), zoals uit de notulen van bestuur, dagelijks bestuur en medische staf (1) in de ziekenhuizen B en C (2) is af te leiden.

	bestuur		dagelijks bestuur	medische staf	
	B	C	B	B	C
samenwerking met ziekenhuizen in de stad en/of de regio	36	35	10	22	58
samenwerking met andere instellingen voor gezondheidszorg in de regio	15	7	13	9	16
samenwerking met andere instellingen (bijvoorbeeld ziekenfondsen)	4	0	0	0	9
overige	10	0	3	0	0
totaal	65	42	26	31	83

- (1) De ondernemingsraden en directies zijn hier buiten beschouwing gelaten, aangezien zij zich tijdens hun vergaderingen relatief weinig met de externe afstemming bezighouden.
- (2) Ziekenhuis A is hier buiten beschouwing gelaten, aangezien in de notulen relatief weinig vraagstukken betreffende de externe afstemming voorkomen.

Tabel 6.8. De verdeling van de onderwerpen die in de notulen van bestuur, dagelijks bestuur, directie, medische staf en ondernemingsraad aan de orde kwamen in de ziekenhuizen A, B en C naar korte, middellange en lange termijn. De cijfers tussen haakjes geven percentages aan.

	bestuur			dagelijks bestuur		directie		medische staf			ondernemingsraad		
	A	B	C	A	B	B	C	A	B	C	A	B	C
korte termijn < 1 jaar	87 (36)	230 (52)	93 (40)	72 (32)	30 (32)	216 (81)	112 (60)	131 (43)	117 (53)	131 (47)	81 (64)	48 (52)	22 (40)
middellange termijn 1-5 jaar	65 (27)	48 (11)	46 (23)	65 (29)	14 (15)	29 (11)	38 (21)	73 (24)	54 (25)	85 (30)	38 (30)	13 (14)	21 (38)
lange termijn > 5 jaar	87 (36)	165 (37)	63 (31)	88 (39)	49 (53)	23 (8)	36 (19)	100 (33)	49 (22)	66 (23)	7 (6)	32 (34)	12 (22)
onduidelijk	1 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	1 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
totaal	240 (100)	443 (100)	202 (100)	225 (100)	93 (100)	268 (100)	186 (100)	305 (100)	220 (100)	282 (100)	126 (100)	93 (100)	55 (100)

Tabel 6.9. De mate waarin in de notulen sprake is van explicatie van doelcomponenten bij de behandeling van de onderwerpen in de notulen van bestuur, dagelijks bestuur, directie, medische staf en ondernemingsraad in de ziekenhuizen A, B en C.

	bestuur			dagelijks bestuur		directie		medische staf			ondernemingsraad		
	A	B	C	A	B	B	C	A	B	C	A	B	C
zowel ocs als nocs genoemd	53 (22)	121 (27)	45 (22)	66 (29)	45 (48)	24 (9)	10 (5)	175 (35)	40 (18)	55 (20)	17 (14)	20 (21)	12 (22)
alleen ocs of alleen nocs genoemd	185 (70)	322 (73)	157 (78)	158 (70)	48 (52)	244 (91)	176 (95)	193 (63)	180 (82)	227 (80)	109 (86)	73 (79)	43 (78)
onduidelijk	2 (1)	0 -	0 -	1 -	0 -	0 -	0 -	7 (2)	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
totaal	240 (100)	443 (100)	202 (100)	225 (100)	93 (100)	268 (100)	186 (100)	305 (100)	220 (100)	282 (100)	126 (100)	93 (100)	55 (100)

Tabel 6.10. Het aantal malen dat bij de behandeling van de onderwerpen in de notulen van bestuur, dagelijks bestuur, directie, medische staf en ondernemingsraad in de ziekenhuizen A, B en C sprake was van informatieverstrekking en/of informatie-uitwisseling, het noemen van alternatieven en een bespreking daarvan, het nemen van een beslissing. De cijfers tussen haakjes geven percentages aan.

	bestuur			dagelijks bestuur		directie		medische staf			ondernemingsraad		
	A	B	C	A	B	B	C	A	B	C	A	B	C
informatieverstrekking en/of -uitwisseling	132 (52)	340 (71)	112 (52)	112 (50)	69 (71)	121 (43)	77 (37)	241 (78)	181 (80)	239 (82)	83 (64)	80 (84)	36 (56)
alternatieven	8 (3)	53 (11)	8 (3)	6 (3)	4 (4)	6 (2)	0 (0)	16 (5)	11 (4)	10 (3)	2 (1)	0	0
beslissingen	116 (45)	84 (18)	99 (45)	107 (47)	25 (25)	160 (55)	132 (63)	52 (17)	36 (16)	43 (15)	45 (35)	15 (16)	28 (43)
totaal	256 (100)	477 (100)	219 (100)	225 (100)	98 (100)	287 (100)	209 (100)	309 (100)	226 (100)	292 (100)	130 (100)	95 (100)	64 (100)
aantal onderwerpen	240	443	202	225	93	268	186	305	220	282	126	93	55

Tabel 6.11. De verdeling van de in de notulen vastgelegde beslissingen in deelbeslissingen en eindbeslissingen. De cijfers tussen haakjes geven percentages aan.

	bestuur			dagelijks bestuur		directie		medische staf			ondernemingsraad		
	A	B	C	A	B	B	C	A	B	C	A	B	C
deelbeslissingen	82 (71)	30 (36)	36 (36)	97 (91)	23 (92)	104 (65)	85 (64)	35 (67)	16 (44)	9 (21)	32 (71)	7 (54)	20 (71)
eindbeslissingen	34 (29)	54 (64)	63 (64)	10 (9)	2 (8)	56 (35)	47 (36)	17 (33)	20 (56)	34 (79)	13 (29)	6 (46)	8 (29)
totaal aantal beslissingen	116 (100)	84 (100)	99 (100)	107 (100)	25 (100)	160 (100)	132 (100)	52 (100)	36 (100)	43 (100)	45 (100)	13 (100)	28 (100)

Overzicht 6.1. Instanties (1), groepen (2) en personen (3) binnen het ziekenhuis, die het meest werden genoemd bij de behandeling van de onderwerpen in de notulen.

	bestuur	dagelijks bestuur	directie	medische staf
¹ Zh.A	medische staf	directie	-	medische staf
Zh.B	directie	directie	verpleging	medische staf
Zh.C	bestuur	-	directie	medische staf
² Zh.A	maatschappen van specialisten	maatschappen van specialisten	-	maatschappen van specialisten
Zh.B	maatschappen van specialisten	maatschappen van specialisten	maatschappen van specialisten	commissies van de medische staf
Zh.C	ondernemingsraad	-	verpleegafdelingen	maatschappen van specialisten
³ Zh.A	leden van de medische staf	leden van de medische staf	-	leden van de medische staf
Zh.B	directieleden	leden van de medische staf	leden van de medische staf	leden van de medische staf
Zh.C	bestuursleden	-	verpleegkundigen	leden van de medische staf

Overzicht 6.2. Organisaties (1), delen van organisaties (2) en personen (3) buiten het ziekenhuis, die het meest werden genoemd bij de behandeling van de onderwerpen in de notulen.

	- bestuur	dagelijks bestuur	directie	medische staf
¹ Zh.A	naburig ziekenhuis	naburig ziekenhuis	-	naburig ziekenhuis
Zh.B	naburig ziekenhuis	naburig ziekenhuis	naburig ziekenhuis	naburig ziekenhuis
Zh.C	naburige ziekenhuizen	-	ziekenhuizen buiten de eigen regio	naburige ziekenhuizen
² Zh.A	instanties of groepen uit het naburige ziekenhuis	gem. diensten en instanties	-	instanties of groepen uit het naburige ziekenhuis
Zh.B	inst. of groepen uit naburige zhs.	inst. of groepen uit naburige zhs.	inst. of groepen uit naburig ziekenhuis	inst. of groepen uit naburig ziekenhuis
Zh.C	regionaal samenwerkingsorg. of gedeeltes daarvan	-	gem. diensten en instanties	interstafraad
³ Zh.A	sollicitanten (vnl. specialisten)	sollicitanten (vnl. specialisten)	-	sollicitanten (vnl. specialisten)
Zh.B	functionarissen uit naburig zhs.	functionarissen uit naburig zhs.	functionarissen uit naburig zhs.	functionarissen uit naburig zhs.
Zh.C	functionarissen uit naburige zhs.	-	sollicitanten	artsen uit eerste lijns en derdelijns gezondheidszorg

De resultaten van de interviews tijdens de case study

Tabel 7.1. Een overzicht van de antwoorden op de vraag naar de mate waarin er volgens de respondenten in hun ziekenhuis sprake is van een expliciet beleid. De cijfers geven het aantal respondenten aan, dat het betreffende antwoord gaf.

	ziekenhuis A	ziekenhuis B	ziekenhuis C
expliciet tot tamelijk expliciet	10	8	14
deels expliciet, deels impliciet	1	5	1
nogal impliciet tot impliciet	0	2	2
weet niet/geen antwoord/n.v.t.	3	1	-
totaal	14	16	17

Tabel 7.2. Een overzicht van beleidsuitgangspunten en wijzen om die te realiseren, zoals genoemd door de respondenten in ziekenhuis B. De cijfers geven het aantal malen aan dat de uitgangspunten werden genoemd.

uitgangspunten met betrekking tot het beleid	wijzen van realisering van de beleidsuitgangspunten	aantal malen genoemd
streven naar groei en ontwikkeling	nieuwbouw beddenuitbreiding	8
behoud van eigen zelfstandigheid	ontwikkeling en verfijning van specialismen	8
samenwerking met naburig ziekenhuis	opzet van gezamenlijke projecten	4

Tabel 7.3. Een overzicht van beleidsuitgangspunten en wijzen om die te realiseren, zoals genoemd door de respondenten in ziekenhuis C. De cijfers geven het aantal malen aan dat de uitgangspunten werden genoemd.

uitgangspunten met betrekking tot het beleid	wijzen van realisering van de beleidsuitgangspunten	aantal malen genoemd
verschuiving van klinische naar poliklinische activiteiten	-	4
het streven naar de realisatie van een optimale gezondheidszorg	ontwikkeling van een meer patiëntgericht bezig zijn	5
	ontwikkeling van medical audit	1
	ontwikkeling van de verpleegkundige professie	3
	verbeteren van de opleiding	2
	zorg voor mensen in en rond het bed	1
samenwerking met andere instellingen van gezondheidszorg	regionaal overleg/fusie	3
zorg voor personeel en organisatie	ontwikkeling van het personeelsbeleid	3
	verbeteren van communicatie/streven naar horizontale organisatie	8
	verbeteren van de organisatie (efficiency)	1
	kostenbeheersing	1

Tabel 7.4. Een overzicht van de antwoorden op de vraag hoe men oordeelde over de informatievoorziening in het ziekenhuis. De cijfers geven het aantal respondenten aan dat het desbetreffende antwoord gaf.

	ziekenhuis A	ziekenhuis B	ziekenhuis C
goed/voldoende	4	14	16
matig	6	2	1
gebrekig/slecht	3	0	0
weet niet/geen antwoord	1	0	0
totaal	14	16	17

Tabel 7.5. Het oordeel van de respondenten in de ziekenhuizen A, B en C over de rol bij de beleidsvorming van medische staf, verpleging, diensthoofden, en ondernemingsraad. De cijfers geven het aantal respondenten aan dat het desbetreffende antwoord gaf.

	medische staf			verpleging			dienst- hoofden			onderne- mingsraad		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
groot/belangrijk actief	13	13	9	0	1	1	0	0	1	0	0	0
vrij groot/redelijk	1	2	2	1	0	4	0	7	3	0	2	2
komt op gang/ neemt toe	0	0	1	0	1	4	2	0	0	1	1	3
niet groot/vrij passief	0	0	0	7	10	6	9	4	4	4	6	6
niet of nauwelijks belangrijk/passief	0	0	0	1	3	1	1	2	3	2	6	1
weet niet/ onduidelijk	0	1	5	5	1	1	2	3	6	7	1	5
totaal aantal respondenten	14	16	17	14	16	17	14	16	17	14	16	17

Tabel 7.6. Het aantal malen dat verschillende personen en instanties door de respondenten in de ziekenhuizen A, B en C werden genoemd als het meest invloedrijk bij de beleidsvorming.

	A	B	C	totaal
bestuur/dagelijks bestuur	8	4	-	12
directie	6	5	1	12
algemeen directeur	-	4	-	4
medisch directeur	-	-	13	13
medische directie	-	-	1	1
medische staf	7	7	3	17
verpleging	-	1	-	1

Tabel 7.7. Het aantal malen dat verschillende organisaties, groepen en omstandigheden werden genoemd door de respondenten in de ziekenhuizen A, B en C als het meest invloedrijk bij de beleidsvorming in het ziekenhuis.

	A	B	C	totaal
rijksoverheid	7	10	3	20
gemeente	-	-	3	3
COZ	6	8	10	24
ziekenhuiscommissie/coll. voor ziekenh.voorz.	-	2	1	3
NZR/NZI	-	6	2	8
medische inspectie	-	1	-	1
huisartsen	1	-	-	1
ziekenfonds	1	2	3	6
dichtsbijzijnde zhs.	-	6	-	6
regionale situatie	2	2	3	7
politieke sit./publieke opinie	-	-	2	2
niemand	-	1	-	1

Enkele achtergrondgegevens van de dertig ziekenhuizenBeddenaantal

De meeste ziekenhuizen (60%) vielen in de grootteklasse van 200 tot 400 bedden. Slechts 20% van de ziekenhuizen was groter. Van de drie ziekenhuizen van de case-study viel alleen ziekenhuis A in genoemde grootteklasse. De ziekenhuizen B en C telden meer bedden.

Aantal medewerkers

In slechts 13% van de ziekenhuizen bedroeg het personeelsbestand 700 of meer, zoals in de ziekenhuizen B en C het geval was.

Medisch specialismen

Bij 31% van de ziekenhuizen waren 17 tot 20 specialismen in het functiepakket opgenomen. De ziekenhuizen A, B en C vielen alle drie in deze categorie.

Aantal specialisten

In 13% van de ziekenhuizen waren 35 tot 40 specialisten aanwezig; de categorie waar ziekenhuis A in viel. In slechts 7% van de ziekenhuizen waren 45 of meer specialisten aanwezig; de categorie waartoe de ziekenhuizen B en C behoorden.

Bezettingspercentage

Van de 30 ziekenhuizen had 31% in 1976 een bezettingspercentage van 80% tot 85%, tot deze categorie behoorde ziekenhuis C. Een bezettingspercentage van 90% tot 100%, zoals in de ziekenhuizen A en B voorkwam, werd in 1976 genoteerd in 21% van de ziekenhuizen.

Gemiddeld aantal verpleegdagen

De gemiddelde verpleegduur in 1976 bedroeg in 30% van de ziekenhuizen meer dan 15 dagen, in 29% van de ziekenhuizen 14 tot 15 dagen, zoals in de ziekenhuizen A en B en in 26% van de ziekenhuizen 13 tot 14 dagen, zoals in ziekenhuis C. Voorts noteerden nog 15% van de ziekenhuizen een kortere gemiddelde verpleegduur, namelijk tussen 10 en 13 dagen.

Accomodatatie

Van de dertig ziekenhuizen was 23% gehuisvest in een gebouw dat in de jaren '60 in gebruik was genomen. Dit gold ook voor ziekenhuis A. Voorts was 40% van de ziekenhuizen gehuisvest in een gebouw dat na 1970 in gebruik was genomen, zoals ook bij de ziekenhuizen B en C het geval was.

Juridische status

De meeste ziekenhuizen (80%) kenden de stichtingsvorm als juridische status, zoals ook bij de ziekenhuizen A en B het geval was. Een ziekenhuis met een juridische status als gemeente instelling kwam slechts in één geval voor.

Directiesamenstelling

De functie van medisch en economisch directeur kwam het meest voor (beide in 73% van de ziekenhuizen). Een verpleegkundig directrice en de functie van algemeen directeur kwamen in mindere mate voor, respectievelijk in 47% en 33% van de ziekenhuizen. Over het voorkomen van deze functies in de drie ziekenhuizen van de case-study kan het volgende gezegd worden:

De functie van medisch directeur kwam voor in alle drie de ziekenhuizen, terwijl de functies van economisch directeur en verpleegkundig directrice in twee van de drie ziekenhuizen voorkwamen. In twee van de drie ziekenhuizen was een algemeen/bedrijfskundig directeur aanwezig.

Aanwezigheid dagelijks bestuur en medisch stafbestuur

In 19 van de dertig ziekenhuizen (65%) werd een dagelijks bestuur aangetroffen.

Verder was in alle ziekenhuizen een medisch stafbestuur aanwezig.

Ziekenhuizen in de omgeving

Vrijwel alle ziekenhuizen, op twee na, kenden een of meer andere ziekenhuizen als naaste buur. Meestal was dit geen ziekenhuis van dezelfde grootte. Deze situatie was ook kenmerkend voor die waarin de ziekenhuizen A, B en C verkeerden.

Overbedding en mogelijkheden tot beddenuitbreiding

Het merendeel van de ziekenhuizen (72%) was gevestigd in een regio met overbedding volgens de 4% norm, terwijl de mogelijkheid om in de toekomst het beddenaantal uit te breiden in 79% van de ziekenhuizen nihil werd geacht. In dit opzicht bevonden de ziekenhuizen A en B zich, in een regio met mogelijkheid tot beddenuitbreiding, in een wat minder gebruikelijke situatie.

Commentaar

De vergelijking van de achtergrondgegevens van de dertig ziekenhuizen met die van de case-study geeft aanleiding tot de volgende opmerkingen.

- De ziekenhuizen B en C kunnen qua beddenaantal, personeelsbestand en aantal specialisten gerekend worden tot de "grote" ziekenhuizen, ziekenhuis A tot "middelgrote" ziekenhuizen.
- Vermoedelijk bestaat er geen uitgesproken positieve samenhang tussen aantal specialismen enerzijds en factoren als beddenaantal, personeelsbestand en aantal specialisten anderzijds.
- Het bedbezettingspercentage van de ziekenhuizen A en B kan relatief hoog genoemd worden.
- De gemiddelde verpleegduur in ziekenhuis C is relatief kort.
- Alle drie de ziekenhuizen beschikten over een relatief nieuwe accommodatie.
- De ziekenhuizen A en B bevinden zich ten aanzien van de 4% norm en de mogelijkheden tot beddenuitbreiding in een relatief "gunstige" positie.

STELLINGEN

behorende bij het proefschrift

ZIEKENHUISBELEID

van

I.M.MUR-VEEMAN

20 maart 1981

I

De politicologen Rosenthal, Van Schendelen en Scholten noemen het opvallend dat Henri Fayol de veiligheid van de organisatie mede interpreteert in termen van het vermijden van stakingen.

Dit is eerder vanzelfsprekend dan opvallend, indien men weet dat Fayol directeur was van een mijnbedrijf.

H.Fayol, Administration industrielle et générale. Paris, 1916

U.Rosenthal, M.P.C.M.van Schendelen en G.H. Scholten, Openbaar bestuur. Alpen a/d Rijn, 1977.

II

Met hun opmerking dat organisatieadviseurs niet uit de voeten kunnen met conceptuele schema's uit de organisatietheorie, omdat theorie voorspelbaarheid veronderstelt, terwijl veranderingsprocessen nu eenmaal niet lopen langs tevoren verstrekte richtlijnen, introduceren Cassee en Van der Veen een schijntegstelling tussen theorie en praktijk.

J.H.Kuipers en B.Schaake, in gesprek met L.C. Cassee en G.van der Veen, in: Mens en onderneming (1980) 3, pp 239-255.

III

Het verwijt met betrekking tot het trage arbeidstempo van de ambtenaar is dikwijls onterecht, aangezien de voortgang van de ambtelijke werkzaamheden in belangrijke mate wordt bepaald door het bestuurlijk proces. Moraal: al is de ambtenaar nog zo snel, het bestuurlijk ritueel achterhaalt hem wel.

IV

De bewering van Naaborg dat in het ziekenhuis de keuze van doelen op beleidsniveau onder invloed staat

van maatschappelijke en politieke pressie en financiële mogelijkheden is niet onjuist, maar wel onvolledig. Dit komt vermoedelijk omdat de auteur het ziekenhuisbeleid heeft beschreven aan de hand van slechts één en dan nog een heel specifieke case, de hartchirurgie.

R.Naaborg, Beleidsvorming in de gezondheidszorg. Rotterdam, 1979.

Zie ook hoofdstuk III en hoofdstuk IV van dit proefschrift.

V

De opvatting dat kapitalisme en socialisme diametraal tegenover elkaar staan is in overeenstemming met de conceptie van Marx.

Zeker wanneer men deze begrippen hanteert in sociologische en organisatiekundige overwegingen, is het goed te beseffen dat in de opvattingen van Weber van deze tegenstrijdigheid geen sprake is. Integendeel, voor Weber is het socialisme slechts een uitbreiding en intensivering van de essentiële kenmerken van het kapitalisme.

R.Nisbet, The sociological tradition. London, 1967.

VI

Uit het oogpunt van democratisering en bestuurbaarheid van gezondheidszorgvoorzieningen is het ongewenst, indien de provinciale overheden, die in het kader van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen een plannende taak ten aanzien van de intramurale gezondheidszorg krijgen toebedeeld, zich lieten verleiden tot de opstelling van gedetailleerd uitgewerkte programma's van maatregelen per instelling.

VII

Geconstateerd moet worden dat de activiteiten in het kader van de emancipatie van de vrouw zich bewegen op in sociaal en economisch opzicht relatief ongevaarlijk terrein.

Hierin kan de verklaring liggen voor het uitblijven van maatregelen om de ontoelaatbare discriminatie van de werkende gehuwde vrouw (en haar echtgenoot) in onze belastingwetgeving en pensioenwetgeving op te heffen.

VIII

Het overheidsbeleid inzake centralisatie en decentralisatie is uitermate tweeslachtig.

IX

De grote vlucht die de democratische besluitvorming bij overheid en bedrijfsleven heeft genomen, houdt verband met de snelle ontwikkeling van de reprografische apparatuur.