

Structurele modelvorming van besluitvormingsprocessen aan de hand van een case study van de vervangende nieuwbouw van het St. Josephziekenhuis

Citation for published version (APA):

Kickert, W. J. M. (1977). *Structurele modelvorming van besluitvormingsprocessen aan de hand van een case study van de vervangende nieuwbouw van het St. Josephziekenhuis*. (TH Eindhoven. Vakgr. organisatiekunde : rapport; Vol. 38). Technische Hogeschool Eindhoven.

Document status and date:

Gepubliceerd: 01/01/1977

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.

ARW -
04
THE

38

oktober 1977

th

**University of Technology Eindhoven
Netherlands**

Department of Industrial Engineering

e

Structurele modelvorming van besluitvormings-
processen aan de hand van een case study van de
vervangende nieuwbouw van het St. Joseph
ziekenhuis

W. J. M. Kickert

Vakgroep Organisatiekunde

Rapport nr. 38

STRUCTURELE MODELVORMING VAN BESLUITVORMINGSPROCESSEN
aan de hand van een case study van de vervangende nieuwbouw
van het St. Joseph ziekenhuis

W.J.M. Kickert

oktober 1977

T.H. Eindhoven, Afdeling der Bedrijfskunde, vakgroep Organisatiekunde
rapport nr. 38

INHOUD

Inleiding

Chronologie: ontstaan nieuwbouwplannen
ziekenhuiscommissie
regioplan en 4 0/00 norm
tweede advies ziekenhuiscommissie
reactie St. Joseph
regionaal overleg

Analyse van het besluitvormingsproces
de zes ziekenhuizen
analyse van de besluiten

Modelvorming: klassieke rationaliteit
processtructuur
structurele rationaliteit

Discussie

Appendix I officiële nieuwbouwprocedure

Appendix II prognoses beddenaantallen

Referenties

BIBLIOTHEEK

7800179

T.H. EINDHOVEN

STRUCTURELE MODELVORMING VAN BESLUITVORMINGSPROCESSEN

aan de hand van een case study van de vervangende nieuwbouw van het St. Joseph ziekenhuis ^x

INLEIDING

Het is de bedoeling van dit stuk om aan de hand van een case beschrijving enige ideeën omtrent descriptieve organisatorische besluitvormingsmodellen uiteen te zetten. Gepoogd zal worden om aan de hand van de case-study te illustreren dat vooral structurele eigenschappen van het complexe besluitvormingsproces van belang kunnen zijn om het verloop ervan te verklaren en dus te modelleren.

^x Ik betuig hierbij mijn dank aan allen die aan dit onderzoek hun medewerking hebben verleend, zowel door het verstrekken van de benodigde informatie als door het becommentariëren van een eerdere versie van dit rapport.

CHRONOLOGIE

Het ontstaan van nieuwbouwplannen St. Joseph

In 1932 werd het St. Joseph ziekenhuis op de huidige plaats aan de Aalsterweg gebouwd met een capaciteit van 200 bedden.

Na de tweede wereldoorlog breidde het St. Joseph zich uit. Gezien de toenmalige krapte op de bouwmarkt en het daaruit voortvloeiende regeringsbeleid t.a.v. ziekenhuisbouw heeft deze uitbreiding bij stukjes en beetjes plaats gevonden; telkens werd slechts een kleine uitbreiding toegestaan.

Gezien de beperktheid van het te bebouwen terrein en de daaruit voortvloeiende beperking voor het gebouw begon men zich reeds in 1965 in het ziekenhuis te realiseren dat het gebouw niet meer voldeed.

Er was een complex gegroeid op een te klein terrein dat qua logistiek en qua architectuur niet meer tegemoet kon komen aan de vereisten van een modern ziekenhuis.

Deze overwegingen noopten het bestuur van het St. Joseph ziekenhuis tot het bestuderen van de mogelijkheid van totale renovatie, d.w.z. nieuwbouw ter plekke.

Een eerste plan hiervoor, dat voorzag in een beddenhuis van 11 verdiepingen, werd afgewezen omdat het bestemmingsplan voor dat deel van Eindhoven geen hoogbouw toestond. Een wijziging van het bestemmingsplan zou te lang duren.

Het volgende plan dat opgesteld werd, kwam dan ook beter overeen met het vigerende bestemmingsplan. Het plan voorzag in een fase-matige afbraak en nieuwbouw ter plekke.

In die tijd - rond 1968/69 - kwamen de nieuwbouwplannen van het oude Binnenziekenhuis (het huidige Catharina ziekenhuis) in de publiciteit. Deze publiciteit was tamelijk negatief. De geruchten dat het Catharinaziekenhuis te groot en te duur zou zijn, hebben het St. Joseph ziekenhuis, dat met het Binnenziekenhuis een overkoepelend bestuur had, doen besluiten een groep externe deskundigen om advies te vragen over de toekomst van het St. Joseph.

De conclusies van deze adviescommissie welke eind 1970 verschenen, waren dat het toenamelige ziekenhuis verouderd en te klein was en

bovendien ingeklemd zodat verbouwing geen oplossing kon zijn. Van de mogelijke alternatieven - totale renovatie ter plekke of nieuwbouw elders - koos de commissie voor het laatste. Argumenten hiervoor waren financieel, technisch en sociaal van aard. Overigens was de commissie van mening dat de toenmalige capaciteit van 600 bedden gehandhaafd kon blijven. [1]

Nadien heeft het bestuur van het St. Joseph alsnog overwogen of niet half renovatie half nieuwbouw gepleegd zou kunnen worden. Deze vraag werd voorgelegd aan een project ontwikkelings maatschappij welke deze oplossing wel haalbaar achtte maar toch afraaide.

Ziekenhuiscommissie, eerste advies

Het voorgaande heeft er toe geleid dat op 17 april 1972 door het St. Joseph ziekenhuis aan het departement van volksgezondheid toestemming in beginsel werd gevraagd om nieuwbouw te plegen op een andere plaats met dezelfde bedden capaciteit. Deze aanvraag werd ter advisering doorgestuurd aan de ziekenhuiscommissie.

De ziekenhuiscommissie heeft bij haar advies over bovenstaande aanvraag teruggerepen op afspraken die in 1965 gemaakt waren over de ontwikkeling van de regionale ziekenhuizen. Het gaat hier om een gentleman's agreement tussen de ziekenhuizen onderling dat toendertijd door de ziekenhuiscommissie werd goedgekeurd:

	1964	'65-'70	'70-'75	'75-'80	Totaal
Binnenzkh.	620	180	-	-	800
Diaconesse	213	-	287	-	600
St. Joseph	570	30	-	-	600
St. Anna	262	100	-	138	500
Valkenswaard	-	-	200	-	200

De ziekenhuiscommissie heeft op 30 juni 1972 de minister geadviseerd medewerking in beginsel te verlenen doch omtrent de uiteindelijke capaciteit voorlopig geen uitspraak te doen.

Overigens werd tegelijk met de nieuwbouwplannen een overbruggingsplan ingediend dat de verbouwingen en aanpassingen bevatte nodig om de tijd tot aan nieuwbouw te overbruggen.

Regioplan en 4 ‰/oo norm

In februari 1973 beveelt de staatssecretaris van volksgezondheid dat alle plannen - ook de goedgekeurde - die bij de ziekenhuiscommissie liggen, opnieuw getoetst moeten worden. Vereist wordt dat voortaan een regionaal onderzoek verricht wordt op basis waarvan de eventuele toestemming kan worden verleend. In november 1973 introduceert de staatssecretaris bovendien dat als norm voortaan gehanteerd moet worden dat per 1000 inwoners 4 bedden aanwezig mogen zijn (4 ‰/oo norm).

De ziekenhuiscommissie zou zo'n onderzoek voor de regio Eindhoven pas in 1976 klaar kunnen hebben. Aandrang op een snellere advisering heeft ertoe geleid om in het geval van het St. Joseph geen uitgebreid regio-onderzoek te verrichten doch te volstaan met een onderzoek "oude stijl" zij het op basis van meer gegevens dan voorheen. Dit zou een aanzienlijke tijdsbesparing opleveren.

Tweede advies ziekenhuiscommissie

Op 17 november 1975 is het onderzoek gereed en wordt dit in de werkgroep ziekenhuizen van de ziekenhuiscommissie besproken. De conclusies van het onderzoek zijn dat op grond van een prognose voor 1985 een St. Joseph ziekenhuis van 400 à 450 bedden een goede oplossing zou zijn, echter alleen op voorwaarde dat de omringende drie ziekenhuizen samen ongeveer 100 bedden inleveren. Komt deze beddenreductie niet tot stand dan zal het St. Joseph slechts voor ongeveer 360 bedden nieuw gebouwd moeten worden [2]. Deze conclusies van het onderzoek worden door de plenaire vergadering van de ziekenhuiscommissie overgenomen met het advies om het provinciaal bestuur het regionaal overleg over de inlevering van deze 100 bedden te laten begeleiden. Aldus wordt 16 december 1975 aan de staatssecretaris geadviseerd welke dit advies op zijn beurt 23 maart 1976 aan gedeputeerde staten van Noord Brabant doorgeeft met het verzoek om het regionaal overleg te entameren.

Reactie St. Joseph

Toen het duidelijk werd dat de ziekenhuiscommissie zou besluiten tot het adviseren van de inlevering van enkele honderden bedden in de regio is in het St. Joseph ziekenhuis en het Diaconessehuis het idee ontstaan om samen te gaan tot een groot ziekenhuis. Aangezien het St. Joseph waarschijnlijk zou moeten inkrimpen en het Diaconessehuis waarschijnlijk niet meer zou uitbreiden (zoals gepland) zou een fusie wellicht de oplossing kunnen zijn voor de schaalgrootte die nodig is om functionaliteit en kwaliteit te handhaven. Om de mogelijkheden van een fusie te onderzoeken is een studiec ommissie van beide ziekenhuizen in het leven geroepen en een externe deskundige als adviseur aangetrokken.

De fusieplannen zijn bij nader onderzoek verworpen.

Naar aanleiding van het advies van de ziekenhuiscommissie en voortlopend op het regionaal overleg tussen de Eindhovense ziekenhuizen is door het St. Joseph een alternatieve studie verricht naar de beddenbehoefte in de regio. Door niet de "kleine" regio Eindhoven maar geheel Z.O. Brabant als entiteit in de beschouwing te betrekken kwamen de prognoses van de benodigde beddenaantallen aanzienlijk hoger uit dan die van de ziekenhuiscommissie. Beargumenteerd werd dat deze regiokeuze een veel natuurlijker keuze was dan die voor de "kleine" regio. Volgens dit onderzoek zouden, indien het advies van de ziekenhuiscommissie om de bedden capaciteit van het St. Joseph met ongeveer 250 bedden te reduceren uitgevoerd werd, deze ingeleverde bedden in 1995 - d.w.z. 10 jaar na de prognosedatum 1985 - weer bijgebouwd moeten worden [3].

Het regionaal overleg

In tegenstelling tot de met het Samenwerkingsorgaan Agglomeratie Eindhoven overeengekomen instelling van een ambtelijke adviescommissie onder voorzitterschap van dr. H. Festen, hebben Gedeputeerde Staten van Noord Brabant in september 1976 besloten om een externe adviescommissie in te stellen. In deze commissie hadden zitting dr. H. Festen (voorzitter), dr. A.C.J. Rottier en dr.ir. Th.P. Tromp^x.

^x Dr. H. Festen was topadviseur van staatsecretaris Hendriks, dr. A.C.J. Rottier was topman van DSM en dr.ir. Th.P. Tromp was topman van Philips. De laatste twee hadden bovendien ervaring op het gebied van de gezondheidszorg.

Deze commissie heeft opnieuw een onderzoek verricht in de regio Z.O. Brabant. Nadat een eerste overleg van de commissie met de betrokken ziekenhuizen had plaatsgevonden, werd een concept-rapport opgesteld en toegestuurd aan de ziekenhuizen. Hierop volgde in februari 1977 een tweede gezamenlijk overleg met de ziekenhuizen.

Op 11 februari 1977 publiceerde de commissie haar rapport en definitieve advies [4]. Dit advies kwam tot de volgende beddenverdeling:

	huidig	advies
Catharina	732	675
Diaconesse	363	350
St. Anna	456	410
St. Joseph	605	500
St. Lambertus	380	370
St. Willibrordus	164	150

Bij elk ziekenhuis speelden specifieke overwegingen om tot deze beddenreductie te komen een belangrijke en aparte rol.

Wat betreft het St. Joseph ziekenhuis werd aandacht besteed aan de poliklinische activiteiten waarvoor een ruime en flexibele opzet werd gevraagd, zodat deze in de toekomst eventueel meer dan volgens de geldende normen uitgebreid zouden kunnen worden.

Het rapport van de commissie Festen wordt in maart 1977 rondgestuurd door Geduputeerde Staten van Noord Brabant aan de ziekenhuizen en de drie gewestbesturen (Agglomeratie Eindhoven, Kempenland en Helmond) met het verzoek om schriftelijk te reageren.

Het rapport werd in het Intergewestlijk Overleg Zuid Oost Brabant (IOZOB) besproken, nadat alle instellingen uit de gezondheidszorg schriftelijk hebben kunnen reageren en de stuurgroep gezondheidszorg - waarin het hele veld is vertegenwoordigd - deze reacties heeft besproken en een advies heeft geformuleerd. Het IOZOB was het over het algemeen eens met de strekking van de adviezen van de commissie Festen wat betreft de nieuwbouw van een St. Joseph met 500 bedden en extra aandacht voor de polikliniek. Tevens werd besloten om een begeleidingscommissie te formeren die samen met het St. Joseph de

nieuwbouwplannen moet uitwerken. De gezamenlijke reactie werd 9 juni 1977 aan Gedupteerde Staten verstuurd waarna Gedeputeerde Staten op 14 juni een hoorzitting organiseerde om alle betrokkenen de mogelijkheid te bieden hun schriftelijke reacties toe te lichten.

Juli 1977 sturen Gedeputeerde Staten van Noord Brabant een nagenoeg ongewijzigd advies aan de minister van volksgezondheid, op wiens beslissing nu het wachten is.

ANALYSE VAN HET BESLUITVORMINGSPROCES

In dit hoofdstuk zullen we bezien hoe de diverse besluiten in de verschillende fasen van het proces te verklaren zouden zijn. We zullen zien dat sommige besluiten wellicht volledig "rationeel" te noemen zijn, andere besluiten echter geenszins aan de definitie van rationaliteit voldoen ^x.

Omdat de ervaring leert dat de formele procedures en structuren in de gezondheidszorg voor menigeen tamelijk onduidelijk zijn, hebben we de officiële procedure t.a.v. ziekenhuis nieuwbouw enigszins uitvoerig bekeken en als aparte appendix (appendix I) toegevoegd. We kunnen hieruit aflezen dat de officiële nieuwbouw procedure nog geenszins geheel doorlopen is. Het hele proces heeft zich tot nu toe slechts beziggehouden met de eerste officiële fase: toestemming in beginsel.

Alvorens over te gaan tot de analyse van het besluitvormingsproces geven we eerst nog enige zeer summiere achtergrond informatie over de betrokken ziekenhuizen.

De zes ziekenhuizen

Heel in het kort zal van elk ziekenhuis datgene aangegeven worden dat wellicht enig licht kan werpen op de relatieve posities in het besluitvormingsproces.

^x Een verbale definitie van rationaliteit is dat dan sprake is van rationeel gedrag als het gedrag doelstellingsgericht is. Op de formele uitwerking van dit laatste begrip in termen van alternatievenruimte, voorkeursordering en optimale keuze komen we in het volgende hoofdstuk terug.

We beginnen met de vier "agglomeratie" ziekenhuizen. Drie hiervan liggen in Eindhoven, te weten het Catharina ziekenhuis in het Noord-Westen, Het Diaconessehuis in het Noord-Oosten en het St. Joseph in het Zuiden. Ten Oosten van Eindhoven, in Geldrop, ligt het St. Anna ziekenhuis.

Van de drie Eindhovense ziekenhuizen is het Diaconessehuis het kleinste. Dit ziekenhuis is het enige protestantse ziekenhuis in de hele regio.

Van alle ziekenhuizen is dit ziekenhuis in 1968 het eerste vervangen door nieuwbouw. Van de toendertijd beoogde capaciteitsuitbreiding - de geplande uiteindelijke grootte was 600 bedden - is weinig gerealiseerd mede doordat op korte afstand het nieuwe Catharinaziekenhuis verrezen is. Het Diaconesseziekenhuis heeft verreweg de kortste verpleegduur in de regio.

Het St. Anna ziekenhuis te Geldrop is in 1972 vervangen door nieuwbouw. Bij deze nieuwbouw zijn toendertijd meer bedden gebouwd dan toegestaan was. Op een of andere manier heeft het St. Anna hier achteraf toestemming voor kunnen krijgen.

Het vroeger in de binnenstad gelegen Binnenziekenhuis is in 1973 vervangen door het nieuwe Catharinaziekenhuis. Het aantal bedden (800) dat toendertijd gepland was zou naar huidige maatstaven als hoog gekwalificeerd worden. Sommigen vonden dat toen al. Dit ziekenhuis is het grootste van de regio en heeft dan ook een regionale en zelfs supraregionale functie (hartchirurgie, radiotherapie).

Aangezien over het St. Joseph ziekenhuis reeds het nodige vermeld is, kan volstaan worden met het feit dat het St. Joseph qua grootte na het Catharina komt en ook terdege aanspraken maakt op haar

regionale en supraregionale functie (centrum voor nierdialyse).

Het St. Lambertus ziekenhuis te Helmond is sinds de opening in 1957 met een capaciteit van 396 bedden niet meer uitgebreid. In deze streek is nadien in 1969 het St. Willibrordus ziekenhuis te Deurne door nieuwbouw vervangen met een capaciteit van 170 bedden welke sindsdien niet meer uitgebreid is. Het St. Lambertus ziekenhuis en het St. Willibrordus ziekenhuis hebben het voordeel dat ze volgens de 4^o/oo norm lang niet zo'n grote overbedding hebben als de vier "agglomeratie" ziekenhuizen, plus dat de bevolkingstoename prognoses voor het gewest Helmond hoger zijn dan voor de "kleine regio". Het St. Willibrordusziekenhuis heeft echter een zeer lage bezettingsgraad.

Analyse van de besluiten

We bekijken nu achtereenvolgens de besluiten die tot nu toe rond de vervangende nieuwbouw voor het St. Joseph ziekenhuis genomen zijn. Hiertoe splitsen we het proces op in de delen die ook bij de chronologische beschrijving aangehouden zijn: ontstaan van nieuwbouwplan, twee maal ziekenhuiscommissie en het regionaal overleg. Een argumentatie voor deze opdeling wordt verderop gegeven.

De belangrijke beslissing in de allereerste fase is geweest om niet over te gaan tot renovatie maar tot vervangende nieuwbouw van het St. Joseph. De argumentatie hiervoor bevatte twee stappen. De eerste stap was de conclusie dat het bestaande St. Joseph ziekenhuis verouderd, te klein en ingeklemd was, kortom dat een verdere geleidelijke uitbreiding onmogelijk was. De tweede stap - keuze uit de dan aanwezige alternatieven: nieuwbouw ter plekke (totale renovatie) of nieuwbouw elders - was gegrond op sociale factoren (overlast van een twaalf jaar durende renovatie), financiële factoren (kosten van beiden gelijk) en technische factoren (het terrein blijft ingeklemd dus verdere expansie blijft daar onmogelijk). Het in 1970 uitgevoerde financiële overzicht waarbij de kosten van renovatie en nieuwbouw vergeleken werden, resulteerde in een prijs van 110.5 miljoen voor renovatie en een prijs van

112 miljoen voor nieuwbouw elders. Er was dus nauwelijks sprake van een kostenverschil. Oorzaken hiervoor waren dat in beide gevallen sprake is van nieuwbouw en dat de nieuwbouw ter plekke (renovatie) 3 à 4 maal zo lang zal duren als de nieuwbouw elders. Tegenover de spreiding der investeringskosten (12½ jaar versus 3½ jaar) staan de progressieve kostenstijgingen. Ofschoon aan de kwantificering van vooral de sociale factoren natuurlijk de nodige moeilijkheden kleven, is het in principe mogelijk deze tweede stap voor te stellen als een multicriterium beslissing tussen twee alternatieven en in zoverre zou van een rationeel besluit gesproken kunnen worden. (Merk overigens op dat het uitgangspunt van de hele argumentatie - verdere uitbreiding - achteraf nogal betwijfeld kan worden gezien de geadviseerde inkrimping tot 500 bedden. Desalniettemin is de beslissing om elders nieuw te bouwen later niet meer ter discussie geweest, hetgeen tamelijk verwonderlijk is.)

De eerste beslissing (advies) van de ziekenhuiscommissie in 1972 om toestemming in beginsel te verlenen liet het beddenaantal geheel in het midden. In feite lijkt deze beslissing dus niets meer dan het beamen van de noodzaak tot vervangende nieuwbouw elders op dezelfde gronden als het St. Joseph dat gedaan had.

Bij de tweede beslissing (advies) van de ziekenhuiscommissie in 1975 ging het inmiddels niet meer om de keuze van nieuwbouw - dat stond blijkbaar al vast - maar om het aantal bedden dat het nieuwe St. Joseph mocht hebben. De beslissing rond het beddenaantal lijkt een tamelijk cijfermatige. Gezien de toenmalige bedden capaciteit en de door de ziekenhuiscommissie gemaakte prognose (voor 1985):

Catharina	732	beddenprognose 1875 à 1902	
Diaconesse	363	aanwezig aantal	2152
St. Anna	456	bedden	
St. Joseph	601	teveel	<u>277 à 250</u>
	<u> </u> +		
	2152		

moest ofwel het St. Joseph het totaal teveel inleveren hetgeen rond de geadviseerde grootte van 360 (eigenlijk 324 à 351) uitkomt, ofwel het St. Joseph behield circa 450 bedden zodat circa 100 bedden

door de andere ingeleverd moesten worden. Indien we in aanmerking nemen dat de ziekenhuiscommissie het meest gunstige geval voor het St. Joseph heeft uitgekozen, lijkt dit advies op enkele bedden na een schoolvoorbeeld van een rationele beslissing, namelijk een simpele cijfermatige berekening van de optimale beslissing. Overigens dient opgemerkt te worden dat deze berekening diverse keren bekritiseerd en door andere berekeningen weerlegd is. Vooral de keuze van de regiogrenzen en de juistheid van de gebruikte bevolkingsprognoses zijn daarbij bekritiseerd. Omdat deze berekeningen zeer belangrijk zijn geweest bij de beslissingen maar nogal wat uitleg vergen, hebben we de behandeling van deze berekeningen in een aparte appendix (appendix II) weergegeven.

Het im Frage stellen van de aannames en de gegevens weerlegt echter niet dat de manier van besluiten hier inderdaad een zuiver rationele aangelegenheid lijkt.

Men vergete echter niet dat het hier slechts ging om een beslissing omtrent het aantal bedden in de totale regio. Merk tevens op dat de beslissing van de ziekenhuiscommissie om geen omvattend regio onderzoek te verrichten maar een aangepast "oude stijl" onderzoek ook zeer belangrijk is geweest en niet op "cijfers" gebaseerd was.

De beslissingen (adviezen) omtrent de gewenste beddencapaciteit van elk ziekenhuis apart welke uit het regionaal overleg - de commissie Festen - resulteerden, hebben daarentegen geen cijfermatige rationeel karakter. Evenals in de vorige fase is de gemaakte beddenprognose voor de totale regio wel een rekenkundige aangelegenheid. Deze berekeningen zijn echter zeer onbetrouwbaar indien uitgevoerd per specifiek ziekenhuis (zie appendix II). We zien dus dat de beslissing (advies) over het totale aantal bedden in de regio wel rationeel was, terwijl de deelbeslissingen (adviezen) over de beddenaantallen van elk ziekenhuis veel minder rationeel lijken. De beslissing over de constraint op de som der minder rationele deelbeslissingen was dus zelf wel rationeel.

We bezien de argumentatie van deze deelbeslissingen (zie tabel op blz. 6) nader [4]:

De reductie van het St. Joseph naar 500 bedden wordt beredeneerd met het argument dat de bestaande algemeen-verpleegkundige opleidingen hiermee gehandhaafd kunnen blijven.

Bij de reductie van het Catharina naar 675 bedden zonder hartchirurgie en 700 bedden met hartchirurgie, wordt het midden gehouden tussen een vermindering van bedden naar rato van grootte en naar rato van bezettingsgraad.

Aangezien de ondergrens voor stedelijke ziekenhuizen 350 zou zijn, wordt het Diaconesse niet verder ingekrompen.

Het St. Anna ziekenhuis krijgt ongeveer zoveel bedden als ze zonder de extra zwartbouw zou moeten hebben gehad.

Het St. Lambertus en St. Willibrordus worden nauwelijks ingekrompen vanwege de relatief lage overbedding en relatief hoge bevolkingsaanwas prognoses in het gewest Helmond.

Over deze argumentatie kan vanuit het oogpunt van de rationaliteit het volgende opgemerkt worden:

- sommige ziekenhuizen vechten de juistheid van diverse argumenten aan.
- de meeste argumenten gelden slechts voor een specifiek ziekenhuis en vertonen dus nauwelijks samenhang.
- het is vaak niet duidelijk hoe uit de diverse argumenten de specifieke beddenaantallen zouden moeten voortvloeien.

Deze beslissing voorstellen m.b.v. het rationele model van een meerdimensionale doelruimte waarin geoptimaliseerd wordt, lijkt dus weinig zinvol. Het is derhalve niet zo verwonderlijk dat het advies van de commissie Festen door de meeste participanten als "pragmatisch" gequalificeerd wordt.

In dit hoofdstuk hebben we gepoogd van de diverse beslissingen de argumentatie en de "rationaliteit" aan te geven. Vooral wat betreft dit laatste begrip zijn we echter tamelijk vaag gebleven. In het volgende hoofdstuk zal dan ook nader ingegaan worden op die "rationaliteit". Bezien zal worden in hoeverre bestaande besluitvormingsmodellen welke een of andere vorm van rationaliteit veronderstellen, voldoen en welke andere modellen op dit besluitvormingsproces toegepast kunnen worden.

MODELFORMING

Klassieke Rationaliteit

Bekijken we de theorieën over besluitvorming en meer in het bijzonder de modellen van besluitvorming die in de loop der jaren ontwikkeld zijn, dan kunnen we een duidelijke lijn zien in die ontwikkeling van besluitvormingsmodellen.

In het meest klassieke beslissingsmodel - dat overigens de basis vormt van alle wiskundige besluitvormingsmodellen - wordt een beslissing voorgesteld als een optimum keuze uit alternatieven. In dit model is sprake van een gegeven verzameling alternatieve handelingen, een bekende relatie tussen handelingen en gevolgen en een voorkeursordering van de gevolgen van de handelingen. Deze drie gegevens volstaan om de optimale handeling te bepalen.

Dit model is een formalisering van de eerder aangegeven verbale definitie van rationaliteit als doelstellingsgerichtheid. De formele definitie van doelstelling is namelijk een voorkeursordering over een verzameling alternatieven. Een numeriek wiskundige berekening van het optimum is dan ook een zeer expliciete vorm van rationaliteit. Het is deze vorm van rationaliteit waarop gedoeld werd bij de hiervoor besproken berekening van beddenaantallen ^x.

In het klassieke model wordt aangenomen dat de beslisser alle informatie bezit, over alle alternatieve handelingen en hun gevolgen.

Het is vooral deze aanname die bekritiseerd is, hetgeen ertoe geleid heeft dat dit een-staps model uitgebreid werd met een fase waarin juist de ontbrekende informatie vergaard wordt: de zoekfase. [7]

^x Deze definitie impliceert niet dat elke berekening daarom ook rationeel is. De definitie betekent wel dat een betwijfelen van de uitgangspunten en gegevens van een berekening de rationaliteit ervan ongemoeid laat. Het betwijfelen van een doelstelling neemt niet weg dat volgens die doelstelling - en dus rationeel - gehandeld wordt. Irrationaliteit treedt pas op als niet meer volgens die doelstelling gehandeld wordt, doordat b.v. onuitgesproken belangen een rol spelen.

De eerste aanzet tot het vergroten van de descriptieve realiteitswaarde van besluitvormingsmodellen, is gevolgd door een reeks verdere verfijningen van het model. Deze verfijningen hebben zich vooral gericht op het aangeven van meerdere essentiële fasen in een besluitvormingsproces, met andere woorden, men heeft zicht vooral gericht op de tijdsaspecten, de dynamiek van besluitvorming.

Bekende voorbeelden van fasemodellen zijn die van Cyert en March [8] en het zeer recente en gedetailleerde model van Mintzberg et al [9]. In dit soort modellen komt men meestal tot de volgende onderscheiding van fasen:

- (1) probleemidentificatie
- (2) ontwikkeling van alternatieve oplossingen
- (3) evalueren van oplossingen
- (4) keuze van een oplossing.

Deze indeling komt in veel varianten voor en wordt vaak nog uitgebreid met extra detailfasen.

Ofschoon de aanwezigheid van deze fasen in besluitvorming zeer aanvaardbaar lijkt, heeft een uitgebreid empirisch onderzoek waarin gepoogd werd deze fasen ook daadwerkelijk statistisch aan te tonen, hierover enige twijfel doen ontstaan [10]. Tegen een al te rechtlijnig gebruik van deze fasemodellen moet gewaarschuwd worden.

Behalve dat men met dit empirisch onderzoek de realiteitswaarde van dit model als descriptief besluitvormingsmodel in Frage gesteld kan worden, plaatsen wij tevens bij het fundament van deze modellen een vraagteken:

Ons inziens getuigt het van de klassieke wetenschappelijke fout - het wanpassen van de realiteit aan de theorie - om dit besluitvormingsproces voor te stellen als het zoeken van alternatieven, het ordenen van alternatieven naar voorkeur en de keuze van het beste alternatief. Dat meestal geen optimale ('beste') beslissingen genomen worden maar hooguit bevredigende oplossingen gekozen worden, is alom bekend [7]. Wij zijn echter bovendien van mening dat het twijfelachtig is om in het proces alternatieven te onderkennen.

Bekijken we het onderzochte besluitvormingsproces, dan zien we dat slechts het tweede advies van de ziekenhuiscommissie welke inder-

daad een simpele rekensom lijkt, als een optimale keuzebeslissing voorgesteld kan worden. De belangrijke beslissing hoeveel bedden het St. Joseph moest krijgen, werd echter niet genomen. Slechts een randvoorwaarde werd bepaald. Bij het advies van de commissie Festen - hetgeen voor dit deelsysteem opgevat kan worden als een besluit - is het zeer moeilijk om een stel alternatieven te ontdekken waaruit gekozen is. Het lijkt er dus op dat het fundament van alle modellen, namelijk de alternatieven en de keuze daaruit, niet aanwezig is.

Men zou eerder geneigd zijn de conclusies uit het rapport van de commissie Festen op te vatten als de resultante van een onderhandeling tussen verschillende belangen.

Op zich impliceert deze constatering nog geenszins dat rationele beslissingen dan onmogelijk zijn. Het lijkt ons een misverstand dat politieke besluitvorming per definitie irrationeel zou zijn. Het feit dat de beslissing genomen moet worden door meerdere actoren met verschillende doelstellingen wordt geenszins door de definitie van rationaliteit uitgesloten. Van dit soort besluitvorming bestaan diverse mathematische modellen zoals speltheorie en collectieve besluitvormingstheorie [11]. Zoals bij alle mathematische besluitvormingsmodellen ligt ook hier het optimale-keuze-uit-alternatieven model aan ten grondslag. Van irrationaliteit bij dit soort besluitvorming is pas sprake als de 'echte' doelstellingen (belangen) niet naar boven komen, als doelstellingen elkaar uitsluiten of inconsistent zijn, etc.

Het is overigens zeer waarschijnlijk dat dit soort verschijnselen hier zouden hebben kunnen optreden. Met een zekerheid grenzende waarschijnlijkheid kan men stellen dat het onderhandelingsproces niet voorgesteld zou kunnen worden door een wiskundige meerdimensionale doelstellingsruimte waarbinnen ieders doelstelling zou liggen. Voor dit soort modellen leent de praktijk zich meestal niet. Niettemin ontbreekt de informatie om een en ander aan te tonen.

Het alternatief om over te gaan op een sociaal-wetenschappelijk model van wederzijdse beïnvloeding van machthebbers is om diverse redenen

evenmin zinvol. Allereerst omdat in de meeste theorieën over macht ook uitgaan van een keuze uit alternatieven, waarop invloed uitgeoefend wordt [12]. Ten tweede omdat het concretiseren en vooral het kwantificeren van zulke machtsmodellen grote problemen oplevert, zeker in dit geval waar de hiervoor benodigde informatie ontbreekt.

Niettemin lijkt het aannemelijk om te stellen dat het besluitvormingsproces opgevat dient te worden als een dynamisch interactie proces, waarbij de wederzijdse beïnvloeding van de actoren een zeer belangrijke kenmerk is.

Zoals reeds is opgemerkt ontbreekt het ons aan de informatie benodigd een en ander nader uit te werken. Zo zijn we er niet van op de hoogte of tijdens het onderhandelingsproces van de commissie Festen wellicht enige alternatieven geopperd zijn die nooit naar buiten zijn gekomen. Het feit dat alleen het uiteindelijke advies openbaar wordt houdt nog zeker niet in dat er geen andere kunnen hebben meegespeeld. Zouden we dit na willen gaan en willen traceren hoe de alternatieven gegenereerd, bepaald, ontwikkeld en verworpen zijn, dan zouden we waarschijnlijk het beslissingsproces tot op het laagste aggregatieniveau - de individuen, hun belangen en motieven, en hun onderlinge wisselwerking - hebben moeten onderzoeken. Dit leek ons gezien het actuele karakter van het onderwerp niet haalbaar.

Omdat blijkbaar de verklaringen van het interne procesgedrag, d.w.z. de rationaliteit achter het besluitvormingsproces binnen de deelprocessen erg twijfelachtig is - zowel vanwege de manco's der modellen als vanwege het ontbreken van desbetreffende informatie - zou men zich een aggregatieniveau hoger kunnen begeven en kunnen proberen verklaringen te vinden vanuit de structuur van het besluitvormingsproces. Daarom zullen we nu overgaan tot de analyse van de structuur van het onderzochte besluitvormingsproces.

Processtructuur

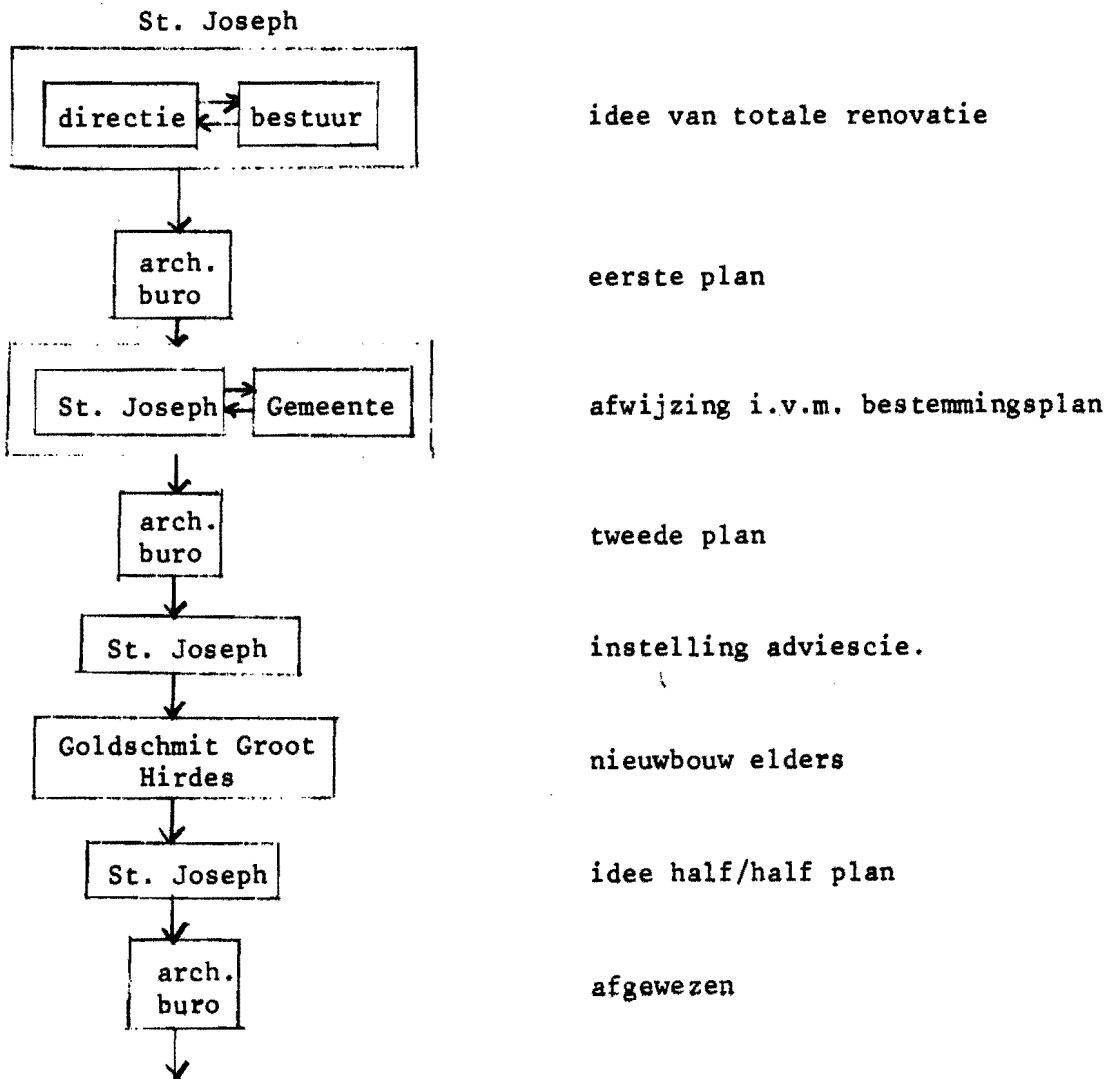
Gaat men uit van de in de systeemtheorie gebruikelijke dimensies dan kan men een besluitvormingsproces opsplitsen naar de dimensies: subsystemen, aspectsystemen en fasesystemen ruwweg te vertalen in:

"wie" houdt zich met "wat" bezig en "wanneer" ^x .

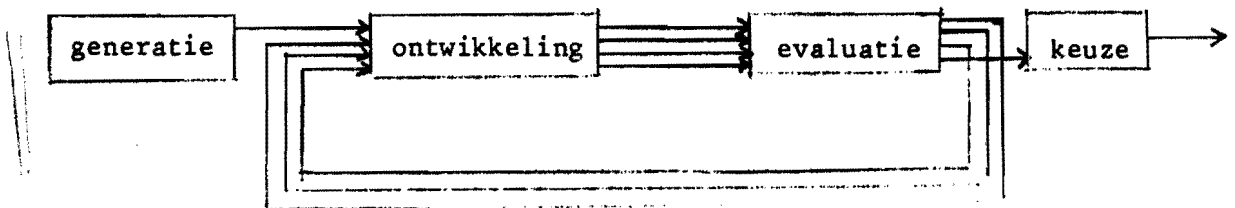
We zullen het besluitvormingsproces rond de vervangende nieuwbouw van het St. Joseph op deze manier uiteenrafelen. Daartoe splitsen we het proces eerst op in twee deelprocessen: het eerste deelproces speelde zich intern in het St. Joseph af en resulteerde in het plan voor vervangende nieuwbouw, het tweede deelproces omvat de externe afwikkeling van de aanvraag van het St. Joseph.

In het hiernavolgende structuurschema is vooral de nadruk gelegd op de subsystemen (de groepen actoren). Niettemin vallen uit dit schema ook de aspecten en fasen af te lezen.

^x De juiste interpretatie is als volgt: nemen we als objecten van het systeem de individuele actoren, dan zijn subsystemen klassen van actoren (groepen, organisaties, e.d.), aspectsystemen klassen van relaties tussen die actoren (onderwerpen) en fasesystemen klassen in de tijd (periodes) [13].

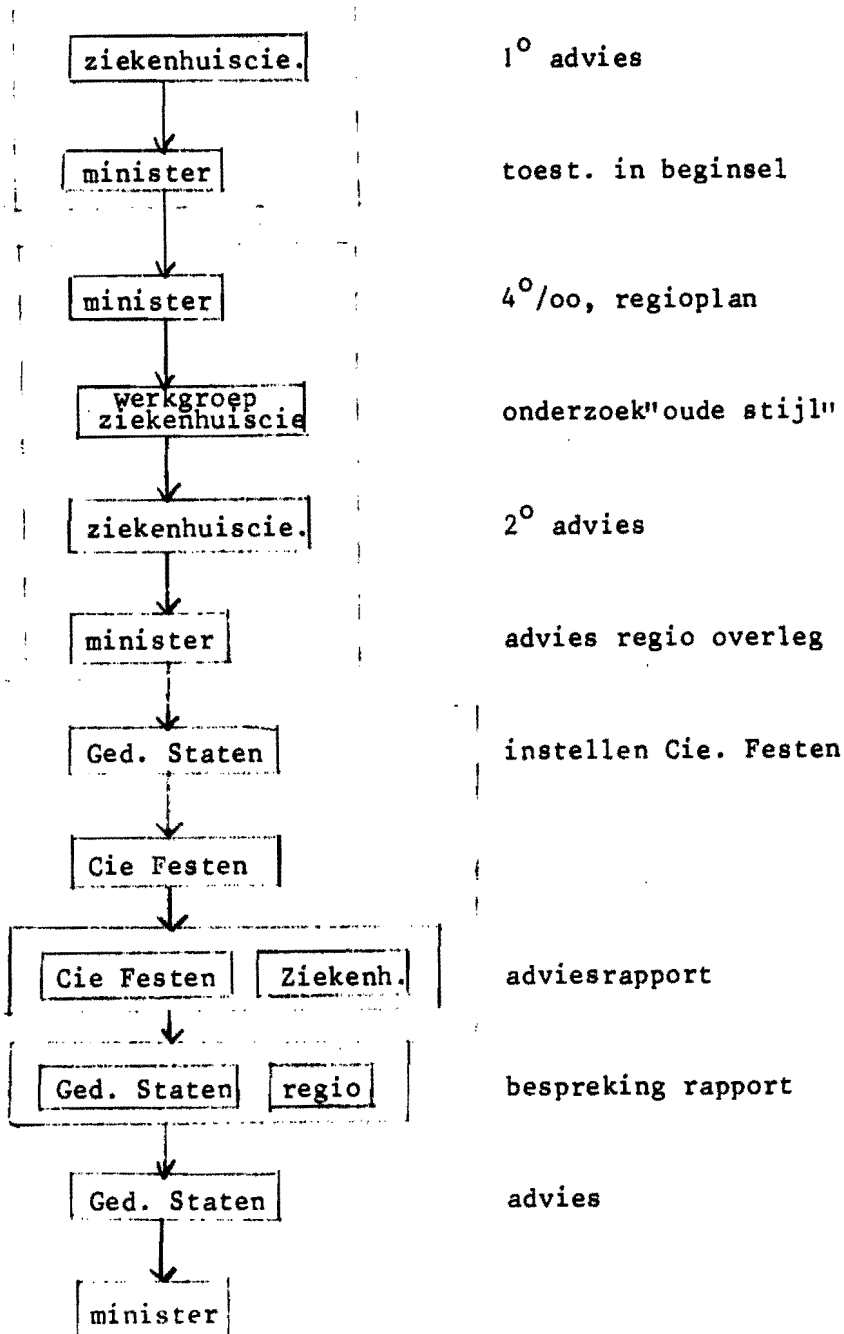


Zoals al enigszins uit het herhaald voorkomen van het subsysteem "St. Joseph" blijkt, kan men in het eerste stuk van het besluitvormingsproces zien dat er sprake is van een viermaal herhalen van de volgende fasen: ontwikkeling van een plan, evaluatie van een plan, voorafgegaan door de fase "probleemgeneratie" en besloten met de keuzefase, hetgeen er in faseschema als volgt uitziet.

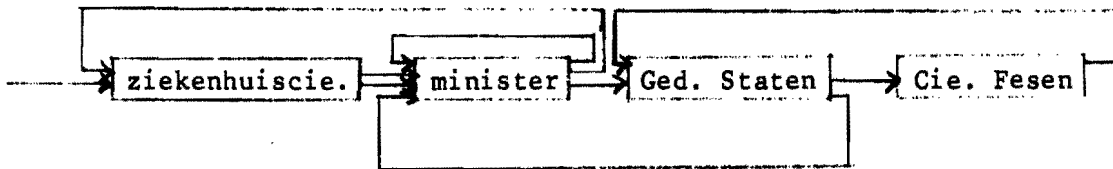


Merk overigens op dat we ook zouden kunnen stellen dat aan elke ontwikkelingsfase een probleemdefinitiefase vooraf gaat en dat aan elke evaluatiefase een keuzefase achteraf gaat. Merk ook op dat in het bovenstaande faseschema het proces iteratief is voorgesteld terwijl men vaak in besluitvormingsprocessen ziet dat elk van de delen van het proces een detaillering van het vorige deel was. Ons inziens was dat hier niet zo. Er is hier sprake van vier relatief autonome aspectsystemen, welke niet als onderdeel van elkaar gezien kunnen worden. Viermaal is het probleem gherdefinieerd en viermaal is een ander aspect aan de orde gekomen. Al deze vier aspecten waren deel van het totaalaspect "vervanging St. Joseph".

Eenzelfde structuurschema kan voor het tweede deelproces opgesteld worden.



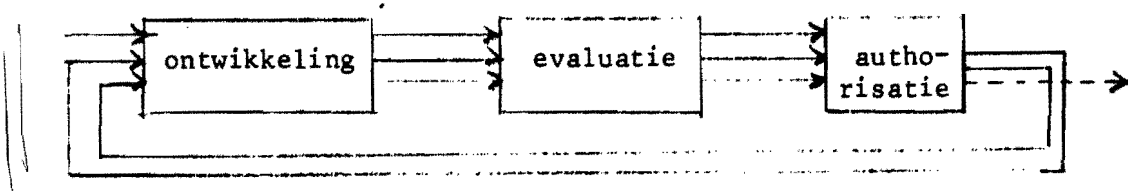
Merk overigens op dat het achterelkaar plaatsen van de subsystemen slechts ingegeven wordt door de wens om de fasen ook te onderscheiden. Louter op subsystemen gericht zou het schema als volgt kunnen worden voorgesteld.



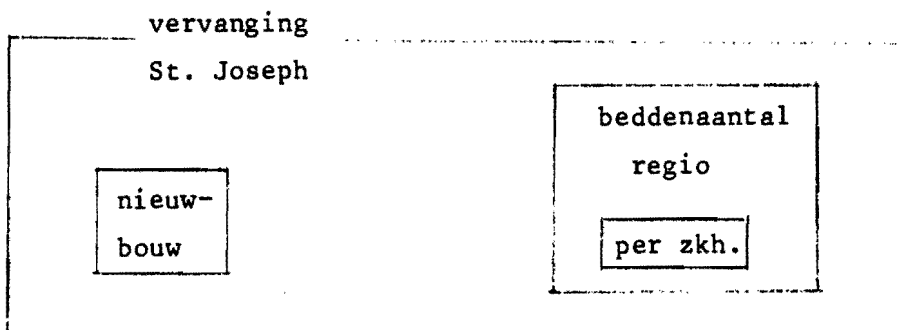
In dit laatste schema zijn de fasen ook, maar moeilijker, te onderscheiden. Overigens geeft dit laatste schema ook beter weer dat er geen sprake is van een rechtlijnig sequentieel cumulatief proces zoals in het vorige schema gesuggereerd werd.

Merk op dat de subsystemen op een tamelijk hoog aggregatieniveau beschreven zijn, namelijk op het niveau van organisatie (en commissie). Door middel van stippellijnen is aangegeven hoe we een aggregatieniveau hoger kunnen komen tot de indeling in drie deelsystemen. Deze drie deelsystemen komen in feite overeen met de drie aspectssystemen. Het is zonder meer mogelijk de geschetste subsystemen verder op te splitsen en zo te komen tot subsystemen op een laag aggregatieniveau, tot en met dat van het individu. Reden voor de keuze van het hier gehanteerde hogere aggregatieniveau is dat slechts op dit niveau voldoende informatie voorhanden is en dat voor een structureel inzicht dit niveau het meest geschikt lijkt.

Schetsen we nu de structuur van dit deelproces in termen van de gebruikelijke modelfasen, dan zien we dat ook hier slechts de fasen "ontwikkeling" en "evaluatie" voorkomen, waarbij het subsysteem "minister" geïdentificeerd kan worden met een extra fase: "autorisatie".



Zoals reeds opgemerkt is, is er in dit tweede deel van het besluitvormingsproces duidelijker sprake van een opsplitsing naar aspectsystemen. Aanvankelijk hield de ziekenhuiscommissie zich bij haar eerste advies slechts bezig met de uitspraak omtrent renovatie of vervangende nieuwbouw. Pas bij het tweede advies trad het regionaal beddenaantal als aspect naar voren. Tenslotte speelde zich een gedeelte van het proces af rond het aspect 'beddenaantallen per ziekenhuis'. De samenhang van deze drie aspectsystemen is in de volgende figuur aangegeven.



Tot zover de analyse van de processtructuur.

Structurele Rationaliteit

Zoals aangekondigd zullen we hier proberen verklaringen omtrent het verloop van het besluitvormingsproces te leveren vanuit de structuur van het proces.

Gezien de door ons aangelegde drie structuurdimensies, wordt een besluitvormingsproces structureel beschreven door een aaneenschakeling van sub-, aspect- en fasesystemen, oftewel door een keten van deelsystemen. Bij het begrip structurele rationaliteit zijn we geïnteresseerd in de verklaring van het pad dat het besluitvormingsproces langs die keten van deelsystemen aflegt. In tegenstelling tot de hiervoor besproken klassieke opvatting over rationaliteit waarbij getracht wordt een verklaring te geven van wat zich binnen een deelsysteem aan besluitvorming afspeelt, menen wij dat ook de structuur van het proces verklaard dient te worden. Behalve de zin van een structuurverklaring an sich zijn wij ook van mening dat deze structuurverklaring van nut kan zijn voor de verklaring van de

'inhoudelijke' beslissingen. Bij de structurele analyse van besluitvormingsprocessen stellen we dus belang in de opbouw van de deelsystemen, de overgangen tussen de deelsystemen (het proces) en de invloed van de deelsystemen en de overgangen op de 'inhoudelijke' beslissingen. Dit soort structurele verklaringen noemen we structurele rationaliteit.

We zullen aan de hand van het onderzochte besluitvormingsproces proberen aannemelijk te maken dat dit soort rationaliteit mogelijk-
wijs belangrijker zou kunnen zijn dan de verklaring van de proces-
uitkomsten op grond van de interne processen in een deelsysteem. We gaan daarbij uit van de hiervoor geschetste processtructuur.

Daartoe bezien we het proces vanaf het moment dat de ziekenhuis-
commissie zich een tweede maal bezighoudt met het probleem rond
de vervanging van het St. Joseph.

Dat dit specifieke subsysteem - de ziekenhuiscommissie - in deze
fase betrokken wordt bij dit proces is een wettelijk voorschrift.
Dit zou men kunnen opvatten als een extreme vorm van structurele
rationaliteit, de structuur is namelijk voorgeschreven.

De belangrijke uitkomst van dit deelsysteem - de constraint op het
totaal aantal bedden in de regio lijkt een tamelijk automatische -,
namelijk om de provincie aan te wijzen als subsysteem om over uit-
eindelijke beddenverdeling te adviseren, duidt reeds op een elemen-
tair soort structurele rationaliteit: het vorige deelsysteem geeft
ruwweg aan hoe het volgende er uit moet zien. Merk op dat het
geenszins wettelijk was voorgeschreven de provincie in te schake-
len aangezien deze de minister reeds tevoren geadviseerd had.

De volgende stap in het besluitvormingsproces - het besluit van de
provincie (Gedeputeerde Staten) om de commissie Festen in te stel-
len - is ook een voorbeeld van dezelfde soort structurele rationa-
liteit: het vorige subsysteem (G.S.) geeft aan hoe het volgende
eruit moet zien (zie. Festen). Het is ook duidelijk dat de keuze
van dit volgende subsysteem in zeer sterke mate de uitkomst heeft
bepaald, al was het maar dat een ander subsysteem wellicht nooit
tot een oplossing was gekomen. De samenstelling van een adviescom-

missie uit drie zulke machtige en deskundige personen bepaalt dat hun advies ook door alle partijen (ziekenhuizen maar hopelijk ook de minister) als aanvaardbaar wordt gezien.

Overigens is in dit geval duidelijk dat de diverse participanten zich zeer terdege bewust waren van deze vorm van structurele sturing van het besluitvormingsproces.

Wellicht minder bewuste maar daarom niet minder belangrijke vormen van structurele sturing van het proces zijn de twee volgende.

Het is opvallend dat de beslissing over renovatie (nieuwbouw ter plekke) of nieuwbouw elders welke n.a.v. het eerste advies van de ziekenhuiscommissie in 1972 genomen is, daarna nooit meer ter discussie is geweest, hoewel de uiteindelijk geadviseerde beddenreductie hiertoe zeker wel aanleiding zou geven. Hiermee is in die zin sprake van structurele rationaliteit dat er niet een volgende keer teruggesprongen is naar dit aspectsysteem.

Een andere vorm van structurele rationaliteit is de beslissing van de ziekenhuiscommissie in 1973 om geen uitgebreid regionaal onderzoek maar een beperkte versie daarvan te verrichten. Het is namelijk zeer waarschijnlijk dat een uitgebreid onderzoek van de ziekenhuiscommissie wel had geresulteerd in een gespecificeerd advies over de beddenaantallen per ziekenhuis. Een regionaal overleg hierover was dan niet nodig geweest. De structuur van het besluitvormingsproces had er in dat geval heel anders uitgezien. Wat betreft de rationaliteit van de toen genomen beslissing kan overigens opgemerkt worden dat deze uiteindelijk niet zo'n grote tijdsbesparing heeft opgeleverd, gezien de door de ziekenhuiscommissie voorgestelde termijn waarop een eventueel uitgebreid regionaal onderzoek verricht had kunnen worden.

Aangezien het in dit stuk de bedoeling was om aan de hand van een concreet voorbeeld van een besluitvormingsproces aan te geven dat structurele eigenschappen van het proces van belang kunnen zijn

om het verloop ervan te verklaren, zijn we niet ingegaan op de theoretische achtergronden van het begrip structurele rationaliteit. Voor een uitvoerige theoretische behandeling van dit begrip verwijzen we naar [14].

Discussie

Zoals meermalen benadrukt is, was het de bedoeling om aan de hand van een concreet voorbeeld het begrip structurele rationaliteit te illustreren. We hopen met het voorbeeld ook de zin van dit soort structurele analyse en verklaring aannemelijk te hebben gemaakt. Behalve dat een structurele analyse an sich zeer interessant kan zijn menen wij dat deze analyse ook verklaringskracht bezit. Elders [14] is op grond van theoretische overwegingen de zinvolheid van dit soort structurele verklaringen beargumenteerd. In essentie wordt gezocht naar een verklarend model van de besluitvorming aangaande het verloop van de 'inhoudelijke' besluitvorming, dus naar een meta besluitvormingsmodel. Het zal duidelijk zijn dat nader onderzoek naar zo'n metabesluitvormingsmodel vereist is. Tevens is het duidelijk dat voor een uitwerking van de kritiek op het keuze-uit-alternatieven model eveneens nader onderzoek vereist is.

APPENDIX I

Officiële Nieuwbouwprocedure [5]

Na de bevrijding in 1945 was er reeds een wet op grond waarvan de ziekenhuisbouw werd geregeld: de wederopbouwwet. Ieder bouwproject had de toestemming nodig van het ministerie van wederopbouw en volkshuisvesting en van het ministerie van sociale zaken en volksgezondheid. De reden tot ministeriële regeling van ziekenhuisnieuwbouw was toendertijd geen financiële maar de beperkte bouwcapaciteit in Nederland. In 1966 kwam de bouwliberalisatie toen bleek dat de bouwcapaciteit ruim voldoende was. Ministeriële goedkeuring was niet langer vereist, een bouwvergunning van gemeente volstond.

In de tijd van de wederopbouwwet liet de minister van sociale zaken en volksgezondheid zich adviseren door de ziekenhuiscommissie welke in 1947 ontstond en in 1965 wettelijk vastgelegd werd in de "beschikking ziekenhuiscommissie".

Voor de bouw van een nieuw ziekenhuis waren twee soorten ministeriële toestemmingen vereist waarover de ziekenhuiscommissie adviseerde:

(1) een toestemming in beginsel en (2) een instemming met het bouwplan. De eerste werd beoordeeld op grond van lokale behoefte, de bouwplannen moesten voldoen aan eisen van doelmatigheid en soberheid.

In 1971 werd (gedeeltelijk) de wet ziekenhuisvoorzieningen van kracht welke een antwoord was op de behoefte aan ministeriële regulering van ziekenhuisnieuwbouw. Volgens de in deze wet voorgeschreven procedure worden nieuwbouwplannen voortaan beoordeeld door het College van Ziekenhuisvoorzieningen (CvZ) en wel op grond van een landelijk ziekenhuisplan. De landelijk plan zou een resultante moeten zijn van een door het CvZ gebundelde verzameling provinciale ziekenhuisplannen. Elke aanvraag voor nieuwbouw zou door het CvZ getoetst worden aan het landelijk plan (toestemming in beginsel) waarna de bouwplannen getoetst worden aan eisen van doelmatigheid en soberheid.

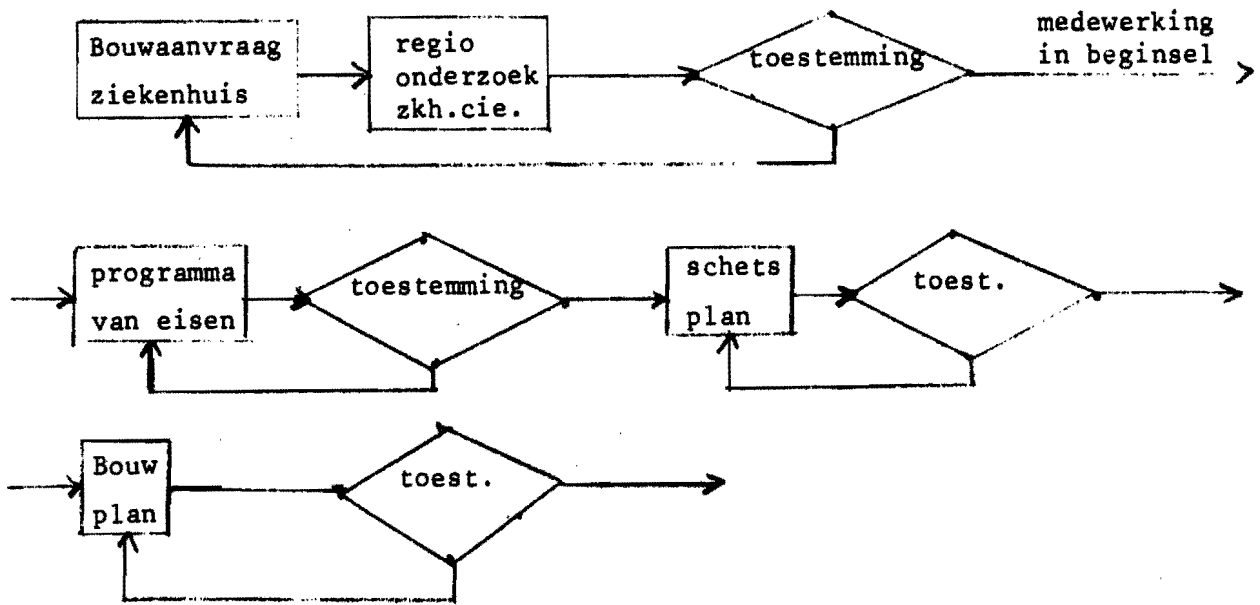
De provinciale besturen bleken echter niet in staat om de wettelijk voorgeschreven provinciale ziekenhuisplannen te maken zodat een landelijk plan evenmin gerealiseerd kon worden. Zolang deze situatie duurt blijft de ziekenhuiscommissie het adviesorgaan van ziekenhuisnieuwbouw.

In de huidige situatie behandelt het CvZ slechts adviezen van algemenere strekking dan bouwadviezen. Overigens hebben het CvZ en de ziekenhuiscommissie dezelfde samenstelling en worden de zaken van beide organen tegelijk behandeld.

In plaats van de provinciale ziekenhuisplannen en het hierop gebaseerde landelijke ziekenhuisplan welke niet mogelijk bleken heeft in 1973 min of meer officieel het regio-plan zijn intrede gedaan. Dit zogenaamde regio-plan is veel uitgebreider en algemener dan de tot dan toe verrichte onderzoeken van de ziekenhuiscommissie welke slechts aparte bouwinitiatieven onderzochten.

Gecombineerd met de in 1973 door de staatssecretaris gedecreteerde 4^o/oo norm heeft dit ertoe geleid dat vanaf 1973 alle bouwadviezen opnieuw getoetst moesten worden; slechts op grond van een zogenaamd regio onderzoek (en de 4^o/oo norm) kon voortaan medewerking in beginsel verleend worden.

Hoewel er in de officiële procedure slechts twee stappen voorkomen, wordt voordat het definitieve bouwplan aan het departement en via deze aan de ziekenhuiscommissie ter advisering voorgelegd wordt, informeel overleg gepleegd over dit bouwplan. Na de medewerking in beginsel wordt eerst een programma van eisen ter beoordeling aan het departement voorgelegd. Indien dit voldoet wordt een schetsplan voorgelegd en pas daarna wordt het definitieve bouwplan ter toetsing aan het departement voorgelegd. Deze laatste verdere detaillering van de procedure wordt in het wetsontwerp tot wijziging van de wet ziekenhuisvoorzieningen overigens met name aangegeven. In het schema komt de gehele procedure er als volgt uit te zien.



In dit schema is voor de overzichtelijkheid het keuzemoment "toestemming" niet verder opgesplitst. In feite wordt via het departement advies gevraagd aan de ziekenhuiscommissie op grond waarvan de minister de officiële toestemming moet verlenen.



APPENDIX II

Prognoses beddenaantal

Ondanks de veelheid aan argumenten kan niet ontkend worden dat de quantitative prognoses, uiteindelijk resulterend in schattingen van beddenaantallen, een zeer groot gewicht hebben gehad bij diverse beslissingen. Daarom lijkt het zinvol enige uitleg en samenhang aan te geven bij de talloze verschillende prognoses die verricht zijn, zoals o.a. in: (a) het rapport van de ziekenhuiscommissie uit nov. 1976 [2], (b) het rapport van de studiecmissie van St. Joseph en Diaconesse uit april 1976 [6] (c) het rapport van het St. Joseph uit december 1976 [3] en (d) het rapport van de commissie Festen uit februari 1977 [4].

De meeste prognoses baseren zich op de zogenaamde adherentie van ziekenhuizen. De adherente bevolking is een term die aangeeft hoeveel mensen uit een streek voor hun ziekenhuisvoorziening op het betrokken ziekenhuis aangewezen zijn. Adherente bevolking (per gemeente) wordt dan ook berekend volgens de formule

$$R = \frac{Pz}{Pt} \cdot I$$

waarbij

R = adherente bevolking van het ziekenhuis per gemeente

Pz = aantal in het betrokken ziekenhuis opgenomen patiënten uit die gemeente

Pt = totaal aantal patiënten uit die gemeente in enig ziekenhuis opgenomen

I = aantal inwoners van die gemeente.

Is eenmaal de adherente bevolking bekend dan dient nog slechts de 4^o/oo norm toegepast te worden om het gewenste aantal bedden te bepalen.

Bij alle hierboven genoemde beddenprognoses is men als volgt te werk gegaan: de adherentiefactor Pz/Pt wordt constant verondersteld waarna een bevolkingsaanwas prognose volstaat om de beddenprognose te berekenen.

huidig aantal bedden	2696
voorstel inlevering	<u>264</u> -
	2432
prognose 1985	<u>2570</u>
tekort	138

(Merk overigens op dat er ook volgens deze prognose in 1985 bij ongewijzigd beleid 126 bedden teveel zouden zijn.)

De volgende prognoses stammen uit het rapport "beddenbehoefte regio Z.O. Brabant" van het St. Joseph uit december 1976. Hierin kiest men eveneens het uitgebreide verzorgingsgebied maar maakt men tevens gebruik van recentere bevolkingsprognoses van de agglomeratie en berekent met behulp hiervan de prognoses van de adherente bevolking en dus de beddenaantallen. Zo komt men tot de volgende voorspellingen.

	1973	1978	1983	1988	1993	1998
huidig aantal bedden	2696	2696	2696	2696	2696	2696
volgens 4 ^o /oo norm berekende teveel aan bedden	479	311	207	106	-53	-250

In dit laatste rapport wordt bij de onderlinge verdeling van dit totaal aantal bedden over de diverse ziekenhuizen tevens rekening gehouden met de inmiddels ontstane verschuiving van adherente bevolking door de verplaatsing (nieuwbouw) van het Catharina ziekenhuis.

Het rapport van de commissie Festen baseert zich op dezelfde gegevens als het laatste rapport om tot zijn prognose van een adherente bevolking van 629.000 in 1985 te komen en vandaar een gewenst aantal bedden van 2435.

Zoals men uit deze beschrijving van de diverse rapporten kan lezen, zijn de beddenprognoses in enkele stappen veranderd. De eerste stap was om het verzorgingsgebied uit te breiden. Dit resulteert vanzelfsprekend in een absoluut hogere prognose maar ook relatief gezien levert deze prognose meer op aangezien de twee ziekenhuizen te Helmond en Deurne lang niet zo'n grote "overbedding" hebben.

Alle rapporten baseren zich op dezelfde adherentiegegevens, namelijk die van de Geneeskundige Hoofdinspectie uit 1973.

adherente bevolking

Catharina	124.010
Diaconesse	92.928
St. Joseph	128.478
St. Anna	90.596

Het onderscheid tussen de rapporten bestaat uit de verschillen in bevolkingsprognoses.

In het rapport van de ziekenhuiscommissie wordt gebruik gemaakt van prognoses van de Provinciale Planologische Dienst en van cijfermateriaal van de agglomeratie en kempenland uit 1973, waarbij het verzorgingsgebied beperkt wordt tot de agglomeratie Eindhoven en het streekorgaan kempenland.

Gebaseerd op deze gegevens komt de ziekenhuiscommissie tot een beddenprognose voor het jaar 1985 van minimaal 1875 en maximaal 1902. Gezien de huidige beddenstand betekende dit ofwel dat het St. Joseph naar 324 à 351 bedden terug moest (advies: 36^U) ofwel dat het St. Joseph 400 à 450 bedden zou krijgen waarbij de rest 100 bedden moest inleveren.

aantal bedden in 1975

Catharina	732
Diaconesse	363
Anna	456
Joseph	592

In het rapport van de studiecommissie van Diaconesse en St. Joseph is het verzorgingsgebied uitgebreid naar de gehele regio Z.O. Brabant (Agglomeratie, Kempen, Helmond, Maarheeze) hetgeen een beduidend hogere prognose oplevert, namelijk een beddenaantal in 1985 van 2570. Gezien het huidige aantal bedden in deze regio van 2696 en de door de ziekenhuiscommissie voorgestelde inlevering van 264 bedden, zou dit in 1985 op een tekort van 138 bedden neerkomen voor deze uitgebreidere regio (zie tabel).

Stap twee was om recentere bevolkingsprognoses te nemen bij de berekening van de beddenaantallen. Deze wijziging levert nauwelijks grote veranderingen op.

Naast de berekening van het gewenste aantal bedden in de totale regio kan men via eenvoudige extrapolatie de adherentie cijfers ook gebruiken om de beddenaantallen per ziekenhuis te specificeren. Gezien de grote veranderingen die kunnen ontstaan in de relatieve adherenties van de ziekenhuizen onderling - hetgeen blijkt uit het voorbeeld van het Catharina - lijken dit soort prognoses weinig betrouwbaar.

Een meer verfijnde berekening van de beddenaantallen, zoals die b.v. gehanteerd is in het tweede deel van de nota "beddenbehoefte regio Z.O. Brabant" [3], voegt aan de factor adherentie bovendien de factoren opnamecoëfficiënt en verpleegduur toe.

De berekening geschiedt dan als volgt:

$$R.OC.VD.BG \frac{1}{365} = \text{benodigd aantal bedden.}$$

waarbij

R : adherente bevolking van het ziekenhuis

OC: opname coëfficiënt van het ziekenhuis

VD: gemiddelde verpleegduur van het ziekenhuis

BG: bezettingsgraad van het ziekenhuis.

Voor een beddenprognose wordt ook hier gebruikt gemaakt van bevolkings- en dus adherentieprognoses. Het normatieve element in de vorige berekeningen (de 4^o/oo norm) kan men in deze berekening ook toepassen. Men berekent daarvoor een tabel van combinaties van opnamecoëfficiënt en verpleegduur (bij vaste bezettingsgraad) welke aan de 4^o/oo norm voldoen, zoals b.v.:

opnamecoëfficiënt	verpleegduur	
100	14.6	
102	14.4	BG = 100%
104	14.0	

Deze berekening levert, indien genormeerd, geen andere bedden prognose, maar slechts een extra vrijheidsgraad w.b. de keuze van verpleegduur en opnamecoëfficiënt.

Referenties

1. H.O. Goldschmidt, L.M.J. Groot en J.J. Hirdes: rapport St. Joseph ziekenhuis, Eindhoven, november 1970.
2. Rapport van de ziekenhuiscommissie, betreffende het St. Joseph ziekenhuis, Utrecht, november 1975
3. Nota beddenbehoefte regio Z.O. Brabant, St. Joseph ziekenhuis, Eindhoven, december 1975.
4. Rapport van de adviescommissie ziekenhuissituatie Zuid-Oost Brabant ten behoeve van het College van Gedeputeerde Staten van Noord-Brabant, 's Hertogenbosch, februari 1977.
5. Themanummer van het tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 53 (1975) pg. 750 e.v., over adviesorganen ten behoeve van de gezondheidszorg, i.h.b. P.J. van Leeuwen: het college van ziekenhuisvoorzieningen T. soc. Geneesk., 53 (1975), 768-773.
6. Rapport van de studietoelichting, St. Joseph en Diaconesse ziekenhuis, Eindhoven, april 1976.
7. H.A. Simon: Administrative Behaviour, Free Press, New York, 1945.
8. R.M. Cyert and J.G. March: a behavioral theory of the firm, Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1963.
9. H.D. Mintzberg, D. Raisinghani and A. Thiet: the structure of unstructured decision processes, Adm. Sci. QU, 21 (1976), pp. 246.
10. E. Witte: the phase theorem - field research on complex decision-making processes, International studies of Management and Organizations (1972), pp. 156-182

11. A.F.G. Hanken en H.A. Reuver: Sociale systemen en lerende systemen, Stenfert Kroese, Leiden, 1977.
12. J.G. March: the power of power, chapter three in: D. Easton (ed.) varieties of political theory, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1966.
13. A.C.J. de Leeuw: systeemleer en organisatiekunde, Stenfert Kroese, Leiden, 1976.
14. W.J.M. Kickert: Rationaliteit en besluitvorming, intern rapport, nr. 37, afd. Bedrijfskunde, T.H. Eindhoven, oktober 1977.