

Het managen van de besluitvorming over de bouw van ziekenhuizen

Citation for published version (APA):

Baakman, N. (1992). Het managen van de besluitvorming over de bouw van ziekenhuizen. In P. de Jong, A. F. A. Korsten, & J. H. van de Made (Eds.), *Ziekenhuizen : besluitvorming en management* (pp. 28-34). Van Gorcum.

Document status and date:

Published: 01/01/1992

Document Version:

Publisher's PDF, also known as 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.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

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

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

3. Het managen van de besluitvorming over de bouw van ziekenhuizen

N.A.A. Baakman

Inleiding

Managen is in losse zin wel omschreven als 'getting things done'. Dat is een rijkelijk vage omschrijving, maar dat kan nauwelijks anders als men bedenkt dat het 'hoe' en het 'wat' van hetgeen de manager gedaan moet worden, in hoge mate afhangen van de context waarin gemanaged moet worden. Een manager in een ziekenhuis moet andere dingen in een andere situatie voor elkaar zien te boksen dan zijn collega die een filiaal van Vroom & Dreesmann als werkplek heeft.

Besluiten is daar niet gelijk aan te stellen; het lijkt zelfs aan het managen zoals hierboven omschreven vooraf te moeten gaan. Het is, even losjes en voor het gemak maar eveneens in het Angelsaksisch uitgedrukt: 'to make up one's mind'. Analytisch gezien is het een keus maken uit minstens twee mogelijkheden en in gewoon Nederlands komt dat neer op beslissen: dit en dit wel, en dat niet.

Zoals gezegd lijkt er een vanzelfsprekende, niet aan een specifieke context gebonden volgorde van besluiten en managen te zijn: de manager (of zijn superieur) neemt eerst het besluit en ziet vervolgens voor elkaar te krijgen dat het besluit – meestal door anderen maar wel conform zijn wensen, want dat is de kunst – uitgevoerd gaat worden. Zo lijkt het ook bij de ziekenhuisbouw te moeten gaan: er wordt besloten dat er een nieuw gebouw moet komen omdat het oude niet meer voldoet en dan is het een kwestie van goed management de architect, de ondernemer en de eigen organisatie in het gelid te zetten zodat zij rechtstreeks afgaan op het nieuwe fraaie onderkomen waarover het bestuur besloten had dat het er moest komen.

Misschien dat het bij een nieuw filiaal van het eerder bij wijze van voorbeeld genoemde grootwinkelbedrijf er zo aan toe gaat, hoewel ik ook daarover mijn twijfels heb, maar in ziekenhuisland gaat het in Nederland zo zeker niet. Daar kan een bestuur of, zo u wilt, het topmanagement wel willen dat er een nieuw gebouw komt en het bestuur kan dat zelfs op goede medische en bedrijfseconomische gronden willen, maar daar volgt bepaald niet uit dat het nieuwe gebouw er ook kan komen. En dat is niet een kwestie van slecht management in de zin van 'getting things done' nadat er over besloten is.

De eerste vraag waar een ziekenhuisbestuur zich namelijk voor gesteld ziet is helemaal niet of men wel de eigen organisatie, de aannemer en de architect kan laten doen wat men wil. Dat probleem komt pas veel later aan de orde. Het eerste

probleem waar men op stuit is dat het ziekenhuis niet in zijn eentje kan besluiten, en dat geen enkele instantie dat kan. Besluiten over de bouw van nieuwe ziekenhuizen worden in Nederland immers niet door deze of gene instantie genomen, maar gegeneerd in een steeds ingewikkelder wordend proces van interactie tussen een hele reeks van instanties.

De eerste taak van het bestuur is dus, als het weet wat het wil, het managen van dat besluitvormingsproces dat zich vrijwel geheel buiten het ziekenhuis afspeelt. 'Getting things done' betekent hier geen adequate uitvoering van een genomen besluit door de eigen organisatie en betaalde derden, maar gewenste besluitvorming door reeksen van andere, van het bestuur relatief onafhankelijke instanties met eigen opvattingen over wat wenselijk is en wat niet. Die besluitvorming te managen blijkt in ziekenhuisland een heikele aangelegenheid te zijn. Zo heikel dat succes bijna eerder een kwestie van geluk dan van wijsheid lijkt te zijn geworden.

Maar wellicht kan men het geluk een handje helpen of het althans niet onnodig voor de voeten lopen. In de derde en laatste paragraaf van deze bijdrage doe ik daarom een paar handreikingen op dat gebied, nadat ik eerst in de tweede paragraaf een korte schets van de gang van zaken in ziekenhuisland heb gegeven.

Besluitvorming over de bouw van ziekenhuizen

De bron waaruit ik hier put is een onderzoek waaraan ik in het midden van 1984 begon. Verslag daarvan deed ik in mijn *Kritiek van het openbare bestuur: Besluitvorming over de bouw van ziekenhuizen in Nederland tussen 1960 en 1985* dat in september 1990 verscheen. De theoretische vraagstelling van dat onderzoek is er een naar de verschuivende grenzen van bestuur. Wat zijn die grenzen, waar liggen ze, zijn ze verschoven en waardoor komt dat? De empirische onderzoeksvraag die daarop aansluit is in het verband van dit betoog over het managen van het besluitvormingsproces over de bouw van een ziekenhuis echter veel relevanter dan de theoretische. Zij luidt simpelweg: hoe verliep in de onderzochte kwart eeuw feitelijk die besluitvorming? Aan een gedetailleerde beschrijving en analyse daarvan is uiteindelijk meer dan de helft van de genoemde studie gewijd.

Natuurlijk zijn niet alle besluitvormingsprocessen uit die periode beschreven en onderzocht. Het waren er simpelweg te veel om dat met enige diepgang te kunnen doen. In plaats daarvan is de besluitvorming ten aanzien van zes concrete ziekenhuisbouwprojecten en détail beschreven en geanalyseerd. Door de zorgvuldige keuze van de casus en door beschrijving en analyse steeds in te bedden in de ook voor andere ziekenhuisbouwprojecten geldende context (zoals de situatie op lokaal, regionaal, provinciaal en landelijk niveau, de dan geldende regelgeving, de planvorming en het op dat moment gevoerde overheidsbeleid) kon niettemin een beeld van de gang van zaken geschetst worden dat met een hoge mate van waarschijnlijkheid in grote lijnen ook adequaat is voor de meeste niet onderzochte gevallen uit die periode.

De zes aldus behandelde besluitvormingsprocessen zijn beschreven en geanalyseerd zoals ze feitelijk verliepen: chronologisch, als proces van vele opeenvolgen-

de, aan elkaar gerelateerde (inter)acties tussen alle betrokkenen, zich afspelend in een veranderende maatschappelijke en politieke context en onder de vigeur van een uitdijend stelsel van wetgeving, pseudowetgeving en procedurele voorschriften.

De enig passende metafoer in dit verband is die van een spel: er is een inzet (een besluit over de bouw van het betreffende ziekenhuis), er zijn spelers (alle betrokkenen, waarvan het ziekenhuisbestuur er slechts een is), er zijn zetten (alle (inter)acties die betrokkenen met het oog op het project ondernamen), niveaus waarop gespeeld wordt (intra-organisationeel, lokaal, regionaal, provinciaal en landelijk), er zijn spelregels (de geldende regelgeving, procedures en gegroeide routines), arena's op ieder niveau (de plaats of het forum waar men zetten uitwisselt), er is een arbiter (de rechter), een spelomgeving (de maatschappelijke en politieke context) en uiteindelijk een uitslag (een positief of negatief besluit van de betrokken bewindspersoon).

Die spelmetafoer is dan ook gebruikt en kan ook hier gebruikt worden om de ontwikkeling in de gang van zaken in de onderzochte periode te schetsen.

Wat veranderde er in de jaren tussen 1960 en 1985 in de bestuursspelleten om de bouw van ziekenhuizen? Veel, kan men zonder terughoudendheid zeggen, en maar heel weinig ten goede. Ik noem enkele saillante ontwikkelingen.

Ten eerste bleek er een forse en alzijdige expansie van het spel om een bouwbesluit te zijn geweest. Niet alleen het aantal bij het spel betrokken spelers groeide substantieel, maar ook het aantal zetten dat gedaan moest worden, het aantal niveaus waarop men moest spelen, het aantal arena's dat betreden werd, en het aantal spelregels waarmee men rekening diende te houden. Het spel ging daardoor veel meer tijd kosten. Een jaar was in het begin van de onderzoeksperiode al niets, maar op het eind was tien jaar al geen uitzondering meer.

Ten tweede veranderde de invloed van de spelomgeving van incidenteel en zwak, naar zeer frequent en vaak zelfs beslissend. In de laatste spelen die ik onderzocht konden factoren als de dood van een specialist of een ordinaire ruzie in nota bene een andere stad en ten aanzien van een ander ziekenhuis in een andere regio de doorslag gaan geven.

Ten derde veranderde de aard van het spel ingrijpend: aanvankelijk overheersten doelrationele zetten, later kwam er een overmaat aan zetten die politiek rationeel genoemd moeten worden. Zij werden niet ingegeven door doelstellingen ten aanzien van de bouw van het betreffende ziekenhuis, maar door motieven ontleend aan hele andere domeinen of sectoren. Bovendien nam de macht van alle spelers tendentieel af: iedere betrokkene slaagde er steeds moeilijker en steeds minder in zijn zin te krijgen; wat iedereen daarentegen wel steeds beter lukte was belemmeringen voor andere betrokkenen opwerpen.

Dat alles samen betekende ten vierde en ten slotte dat de uitkomst en het verloop van het spel die in het begin van de jaren zestig redelijk voorspelbaar leken, dat tegen het einde van de onderzochte periode in het geheel niet meer waren. Wat voor een besluit er uiteindelijk uit kwam, was niet meer te voorspellen en nog minder te begrijpen uit de doelstellingen van de betrokken spelers. De enige plausibele verklaring voor de uitkomst van het spel is, als er al iets uitkomt, het spel

zelf geworden. Het spelverloop heeft een eigen logica en dynamiek gekregen, die niet meer te herleiden zijn tot de doelstellingen en motieven van de spelers. Geen van hen, ook de betrokken bewindspersoon niet, heeft het spel nog in de hand of kan het spelverloop en daarmee de uitkomst bepalen.

Daarmee is de besluitvorming over de bouw van ziekenhuizen eigenlijk een 'unmanageable affair' geworden. Als het goed uitpakt is dat doorgaans meer geluk dan wijsheid. Maar, zoals gezegd, soms kan men het geluk een handje helpen, of het ten minste niet voor de voeten lopen. In dat licht moet men de onderstaande handreikingen voor een bouwlustig ziekenhuisbestuur zien.

Handreikingen voor het management van de besluitvorming

Wat kunnen we, dat is de vraag waar we ons ten slotte mee bezig zullen houden, een ziekenhuisbestuur dat sukkelt met zijn onderkomen aanraden?

Een van de eerste dingen die opvalt aan de in de hierboven aangehaalde studie geanalyseerde processen of spelen is de geweldige hoeveelheid bestuurlijke inspanning die zij kosten. Wat een ziekenhuis dus op de eerste plaats doen moet is bestuurscapaciteit vrijmaken, aan capaciteitsmanagement doen. Waar moet die bestuurscapaciteit vandaan komen? Het is zaak daarbij rekening te houden met de in vrijwel ieder ziekenhuis ingebouwde spanning tussen bestuur, directie en staf, dat wil zeggen de specialisten. Het bestuur is bevoegd, de directie doorgaans het meest deskundig, en de staf het meest machtig. Een ideale constructie ziet er als volgt uit. Het bestuur stelt een lid vrij van alle andere bestuurstaken zodat het zich helemaal op de bouw kan concentreren. Dat bestuurslid wordt gesecondeerd door een directielid en een specialist. Via het directielid moeten administratieve en inhoudelijke ondersteuning gewaarborgd worden, via de specialist moet de inbreng van de staf tot zijn recht komen, of minstens voorkomen worden dat plannen op een gènant tijdstip door de hindermacht van de staf geblokkeerd worden, iets wat in het verleden meer dan eens voorgekomen is.

De keuze van de juiste personen is de volgende belangrijke kwestie. Bouwbesluiten plegen thans zoals wij zagen vele jaren te vergen, dus het gedelegeerde bestuurslid en zijn secondanten moeten geruime tijd beschikbaar zijn. Continuïteit in de inbreng van de zijde van het ziekenhuis in het proces is, vanwege het belang van de op te bouwen en opgebouwde contacten, van groot belang.

Maar er zijn nog meer selectiecriteria. Een andere conclusie uit het onderzoek is het hoge politieke gehalte van de besluitvorming. Er is doorgaans bemoeienis van alle lagen uit het openbaar bestuur, en dus is het van belang iemand te selecteren die daar zoveel mogelijk contacten heeft. Bij voorkeur zowel bij de gemeentelijke, de provinciale als bij de rijksoverheid, en als het kan niet alleen bij bestuurders en politici, maar ook bij hun ambtenaren. Heeft het bestuur niet zo'n politiek dier met veel contacten in de gelederen, dan is het zaak er zo spoedig mogelijk een te vinden. Een bestuurslid zonder die contacten begint in elk geval met een forse handicap.

Het hebben van contacten is echter niet genoeg: ze moeten onderhouden en vooral

ook gebruikt worden. Een van de lessen uit het onderzoek is dat er eindeloos gelobbied, gemasseerd, geïnformeerd en ook onderhandeld moet worden. Dus zijn contactuele, communicatieve en onderhandelingsvaardigheden van groot belang. Wat moet dat aldus geselecteerde driemanschap onder aanvoering van het bestuurslid gaan doen? Om te beginnen zich grondig informeren. De ziekenhuisbouw is in Nederland onderwerp van uitgebreide regelgeving geworden. Die is maar in beperkte mate wettelijk van aard. De meeste bepalingen zijn pseudowetgeving, hetgeen onder andere betekent dat de geldende regels en randvoorwaarden moeilijk te vinden zijn, snel veranderen en voortdurend in aantal kunnen groeien. Een bestuur, staf en directie hebben waarschijnlijk weinig aanvechting gehad dat allemaal te volgen, en omdat de gebouwen zo'n dertig jaar mee moeten (en dankzij de moderne besluitvorming soms wel een halve eeuw) is het helemaal niet onrealistisch te veronderstellen dat het zittende bestuur en de zittende directie en staf op bouwgebied volstrekt onervaren zijn. Het inschakelen van een externe adviseur is dan bepaald geen luxe.

Wat moet het bouwteam nog meer doen? Een andere conclusie uit het onderzoek is dat een van de redenen waarom het allemaal zo moeizaam gaat, te begrijpen valt uit twee factoren: het op grote schaal vóórkomen van hindermacht en het domineren van politieke rationaliteit in plaats van doelrationaliteit in de besluitvorming. Met die twee factoren moet het bouwteam terdege rekening houden. Ik heb dat hiervoor al aangestipt, hier is de plaats om het wat preciezer uit te leggen.

Wat is hindermacht? Hindermacht is het irritante broertje van realisatiemacht. Realisatiemacht is het vermogen voor elkaar te krijgen wat je wilt, je doelstellingen kunnen bereiken. Nu zijn in ziekenhuisland de verhoudingen zodanig geworden dat het realiseren van wat je wilt voor alle betrokkenen steeds moeilijker geworden is. De laatste besluitvormingscasus – de laatste in de tijd – die ik onderzocht heb, geeft het beeld van spelers die steeds hun zin maar niet kregen. Iedereen leek steeds maar onmachtiger te worden. Maar theoretisch gesproken kan dat natuurlijk niet: macht is een zuiver relationeel iets: als er één minder machtig wordt moet dus een ander machtiger worden. Toch dringt in het onderzoek het beeld van groeiende machteloosheid voor alle betrokkenen zich onontkoombaar op. Dat beeld is ook juist: alleen gaat het om verloren gegane realisatiemacht. Het complement daarvan, de hindermacht, dat wil zeggen het vermogen anderen te hinderen en dwars te zitten bij het realiseren van wat zij nastreven, nam recht evenredig aan het verlies aan realisatiemacht toe.

Er zijn, met andere woorden, in de bestuurlijke context waar het hier over gaat, voortdurend spelers of coalities van spelers die het streven van anderen blokkeren of hinderen kunnen, en dat ook doen, als hen dat zo uitkomt. Daar moet men zich terdege rekenschap van geven. Niet dat men het altijd voorkomen of pareren kan. Dat is niet erg waarschijnlijk, maar wellicht kan het een enkele keer wel. En in elk geval is het minder frustrerend als men het aan ziet komen. Daarom moet men bij iedere stap die men zet eerst een hindermachtanalyse maken. Dat wil zeggen: zich afvragen wie op dat punt dwars zou kunnen gaan liggen en waarom. En dan komt vervolgens natuurlijk de vraag aan de orde wat men kan doen om dat te voorkomen: 'Seelenmassage', onderhandelen, een ruiltje aanbieden, je afvragen of er iets

is waarmee je dreigen kunt en wat dies meer zij. Belangrijk in dat verband zijn vooral de zusterinstellingen in de regio, maar natuurlijk ook de provincie en het departement.

Daarbij, bij die hindermachtanalyse, komt de tweede factor die ik noemde aan de orde: de politieke rationaliteit. Wat is dat? We weten allemaal wat doelrationeel gedrag is. Dat is je zodanig gedragen dat de kans dat je doelstelling gehaald wordt zo groot mogelijk is. Handelen conform je doel, dat is doelrationeel. Helaas hebben de instanties waar ons ziekenhuis mee te maken krijgt soms helemaal geen eigen doelen op ziekenhuisbouwgebied. En als ze deze wel hebben, hebben ze zeker daarnaast nog andere doelstellingen, doelstellingen afkomstig uit een ander domein dan de ziekenhuisbouw. Zo kan het gebeuren dat een instantie zonder eigen opvatting over het nieuw te bouwen ziekenhuis toch dwars gaat liggen. Het kan zelfs voorkomen dat instanties die van harte vóór zijn, het initiatief hinderen. Zij gedragen zich dan niet doelrationeel, want ze handelen in strijd met de eigen voorkeur op ziekenhuisbouwgebied of ze hebben op dat punt zelfs geen voorkeuren. Zij zijn echter ook niet dom of irrationeel, wat al gauw gezegd of gedacht wordt. Nee, zij gedragen zich politiek rationeel. Dan gaan simpelweg voorkeuren uit een ander domein dan de ziekenhuisbouw, bijvoorbeeld de werkgelegenheid, het voorkómen van heibel, ruimtelijke ordening, de lokale infrastructuur, de positie bij de eigen achterban, de ontwikkelde routines, de concurrentiepositie van een zusterinstelling of een andere dwarsstraat, voor. In een casus die ik onderzocht waren alle, letterlijk alle betrokkenen van harte voor een nieuw ziekenhuis: dat moest er echt komen. En snel. En toch zette ieder van die voorstanders wel op een bepaald moment zijn hindermacht in, omdat dat voor hem op dat moment politiek rationeel was. Andere doelstellingen uit andere domeinen kregen dan een hogere prioriteit. Die politiek rationele aspecten herkennen, er op bedacht zijn en er op kunnen anticiperen is van groot belang bij het beantwoorden van de vraag wie zijn hindermacht zou kunnen gaan inzetten en wat daar in defensieve zin aan te doen is.

Maar ook in offensieve zin is de politieke rationaliteit van belang, bij voorbeeld bij het werven van steun voor het eigen initiatief. Wil de gemeente een impuls in de regionale economie? Dan is het argument voor een nieuw ziekenhuis niet dat het bestaande gebouw niet meer deugt voor het verantwoord verstrekken van medische zorg. Dat zou wel waar moeten zijn, maar het is ook hoogst naïef daar alle kaarten op te zetten. Het goede argument is hier dat de nieuwbouw zoveel duizend mensjaren werk oplevert. Maakt het rijk zich zorgen over de exploitatiekosten? Dan wordt het departement voorgerekend dat de exploitatiekosten door de nieuwbouw in elk geval niet zullen stijgen en vermoedelijk zelfs zullen dalen. Juist om efficiënter te kunnen werken hebben we dat nieuwe gebouw nodig! Jeugdwerkloosheid? Het nieuwe ziekenhuis zal tegemoet kunnen komen aan de opleidingsbehoefte van schoolverlaters met belangstelling voor de gezondheidszorg. Ruimtelijke ordening? Kijk eens wat een toplocatie wij achterlaten als ons oude pand gesloopt is. Parkeerproblemen in de binnenstad? Als wij onze nieuwe behuizing in het groen betrekken valt een groot deel van de parkeerdruk weg.

Het bouwteam moet, behalve de hindermacht in kaart brengen en pogen die zoveel

mogelijk te neutraliseren, ook actief het lobbypad op en dat volhouden. Volhouden, net zo lang tot de kogel door de kerk is. Overal waar dat maar nuttig lijkt het eigen project verkopen, steeds met argumenten die aangepast zijn aan de politieke rationaliteiten van de toehoorders.

Het team moet ook als een bok op de haverkist zitten en het besluitvormingsproces van stap tot stap en van instantie tot instantie volgen, klaar om in te grijpen als er iets mis gaat. In een casus ging dat zelfs zover dat het ziekenhuis wist dat een bepaalde goedgunstige ambtelijke notitie op het bureau van de bewindsman lag en dat hij die nog niet gelezen had (vermoedelijk zat het stuk in een map waar niet 'heden' op stond), hoewel hij op het punt van beslissen stond. En dus werd er actie ondernomen om te zorgen dat de bewindsman alsnog zijn stukken zou lezen. Zo moet dat, anders komt men niet verder.

Men moet daarnaast niet aarzelen de eigen hindermacht in te zetten als het streven van een andere instelling of instantie de eigen plannen zou kunnen schaden. Wie op dat punt scrupules heeft, wie in het algemeen te veel scrupules heeft, komt tegenwoordig niet ver als er een ziekenhuis gebouwd moet worden. Het managen van zo'n proces is geen 'cleane' aangelegenheid.

Tenslotte

Bestuursspelen met als inzet de bouw van ziekenhuizen heb ik in de eerder aangehaalde studie als bijkans geperverteerde, ontaarde bestuursspelen neergezet. Van die omschrijving neem ik geen woord terug: de gang van zaken in ziekenhuisland was er in de onderzochte periode naar. Van een relatie bij de Nationale Ziekenhuisraad begreep ik dat het er sinds ik mijn onderzoek afsloot alleen nog maar slechter op geworden is. Hindermacht wordt door alle betrokkenen zo veelvuldig ingezet dat vrijwel alles spaak blijkt te lopen.

Dat doorbreken vraagt om een hele radicale ingreep in de besluitvormingsstructuur en de heersende cultuur, maar ik zie geen bestuurder of bewindspersoon die sterk, slim of bekwaam genoeg is om die ingreep uit te voeren. Voorlopig zal de ellende dus nog wel blijven bestaan. Dat betekent dat bouwlustige ziekenhuisbesturen zich rekenschap van de aard van het spel moeten geven en, hoe onsympathiek dat ook is, er naar moeten handelen. Een ontaard bestuursspel vraagt om daaraan aangepast management van de eigen inbreng daarin. Dat wil zeggen dat allerlei fraaie doelrationele noties uit de boekjes als 'management by objectives' overboord moeten. Men moet in plaats daarvan handelen in de geest zoals ik hiervoor aangegeven heb: 'management by obstruction and perversion' zou hier een aardige term voor zijn.

Nogmaals, ook dat geeft geen garantie op een snel en goed resultaat, maar het kan een individueel ziekenhuis helpen, zeker als de andere instellingen het spel minder goed door blijken te hebben. In elk geval voorkomt men zo dat men in het nadeel is ten opzichte van anderen die het geperverteerde spel wèl van harte meespelen.