

## MEDIËSE SUPERINTENDENTE OF LEKE-ADMINISTRATEURS VIR ALGEMENE HOSPITALE\*

J. DE BEER, *Geneesheer-Direkteur, Voortrekker-Hospitaal, Kroonstad*

In die lig van huidige neigings en verwickelinge in die hospitaaladministrasie in die Unie, voel ek dat dit noodsaaklik geword het om ons bestaan as mediese superintendente in die weegskaal te plaas en in oënskou te neem. Verlede jaar het daar ontsteltenis en onrustigheid geheers oor die moontlikheid dat leke aangestel kon word in betrekkinge wat tans gevul word deur geneeshere as superintendente van hospitale. Juis om hierdie rede het ek op 'n onlangse studietoer deur Groot-Brittanje, noukeurige aandag bestee aan hierdie saak. Graag wil ek dan ook my opregte dank en waardering uitspreek teenoor alle amptenare van die Ministerie van Gesondheid van Engeland en Skotland, wat hierdie studie moontlik gemaak het, deur openhartige besprekings te voer oor hierdie ingewikkelde en omvattende onderwerp.

U is bewus daarvan dat die mediese superintendente in Engeland feitlik van die toneel verdwyn het, en dat hulle vervang is deur leke-administratiewe beamptes, wat ek vir die doel van hierdie bespreking, administrateurs sal noem. Aangesien hierdie verwickelinge vanaf 'n juiste datum in Engeland begin het, wil ek trag om aan u die beeld te skilder voor 1948, en na 1948 met die instelling van 'n nasionale gesondheidskema in Groot Brittanje. Die hospitale wat onder bespreking is, is algemene hospitale wat nie direk verbonde is aan mediese skole nie.

*Voor die Instelling van die Nasionale Gesondheidsdiens in 1948*

In Engeland was daar twee tradisionele soorte hospitaal-administrasie. In die hospitale wat bestaan het uit vrywillige donasies, was 'n hospitaalraad in bevel, met 'n leke-administrateur in 'n voltydse hoedanigheid, om die raad se bevel en wense uit te voer. Enige kliniese sake is vir bespreking verwys na 'n mediese advieskomitee, en hulle aanbevelings is oorgedra aan die hospitaalraad.

In die munisipale hospitale was die algemene gebruik om 'n mediese superintendent aan te stel. Hy het administratiewe beheer oor die hospitaal gehad, en was ook in bevel van alle bedde—afgesien van die feit dat ander spesialiteite kliniese verantwoordelikhede gehad het. Alhoewel sy dienste en verantwoordelikhede nie duidelik omskryf was nie, het hy beheer uitgeoefen oor die sekretaris en sy personeel, die matrone en verplegingspersoneel, en selfs oor elke ambagsman. Alhoewel die superintendente ook kliniese werk gedoen het, het die omvang daarvan gewissel van hospitaal tot hospitaal, ooreenkomstig die superintendent se belange en bevoegdheid.

Uit betroubare verslae is dit dan ook duidelik dat sommige superintendente van hulle magte misbruik gemaak het deur hulle te bemoei met die behandeling van pasiënte, en sodoende te oortree op die gebied van 'n meer bevoegde klinikus. Verder het die verstandhouding ook gegeld dat die mediese

\* Lesing gelewer tydens die 42ste Suid-Afrikaanse Mediese Kongres (M.V.S.A.), Oos-Londen, K.P., September-Oktober 1959.

superintendent die volle seggenskap het in enige saak rakende daardie hospitaal. In Skotlandse hospitale was dit duidelik neergelê dat mediese superintendente bloot administratiewe beamptes was, alhoewel hulle nog verantwoordelik was vir die welsyn van alle pasiënte. Met ander woorde, hulle het nie kliniese werk verrig nie. Die superintendent is beskou as die hoof van die hospitaal en alhoewel die sekretaris en matrone feitlik volle beheer oor hulle personeel gehad het, was hulle nogtans verantwoordelik aan hom. Die sekretaris, matrone en ingenieur was dan ook raadgevers vir superintendente oor sake op hulle gebied, en terselfdertyd ook uitvoerende beamptes met heelwat magte. Hierdie toedrag van sake het meegebring dat die superintendent gefunksioneer het as 'n saambindende faktor van alle aktiwiteite in 'n hospitaal, maar terselfdertyd ook opgetree het as uitvoerende hoof met gesag.

*Na die Instelling van die Nasionale Gesondheidsdiens in 1948*

In Engeland is daar nou twee soorte beheerreëlings in hospitale.

Eerstens, is daar dié hospitale waar geen mediese beampte in beheer is nie, maar wel 'n leek in die persoon van die administrateur. Hy is die uitvoerende beampte van die hospitaal se bestuurraad. Sy pligte is om alle hospitaalaktiwiteite (uitgesluit kliniese sake), saam te snoer, en toe te sien dat alle afdelings van die hospitaal glad funksioneer. Hy word met advies bedien oor kliniese sake deur 'n mediese advieskomitee, waarvan die voorsitter die mondstuk is. Daar word gevind dat die administrateur en die voorsitter van die komitee daaglik moet beraadslag oor mediese aangeleenthede. Die buitepasiënte- en ongevalleafdelings, siek verpleegsters, en toesig oor junior voltydse mediese beamptes word oorgelaat aan een van die senior voltydse geneeshere.

Die tweede groep hospitale het 'n senior mediese beampte wat hoofsaaklik voltydse kliniese werk in die hospitaal doen, maar ook 'n klein gedeelte van sy tyd bestee aan toesighou oor die ongevalle- en buitepasiënteafdelings en verwante afdelings, soos byvoorbeeld fisio- en beroepsterapie. Funksioneel is hulle belangrikste rol waarskynlik om alle daagse probleme tussen mediese personeel en administratiewe beleid uit te pluus en te verduidelik.

In albei groepe hospitale word die beleid van gelyke drievoudige administrasie toegepas. Dit beteken dat die drie groepe, naamlik, lekebeamptes, mediese personeel en verpleegsters elkeen apart deur 'n hoof geadministreer word. Hierdie hoofde het gelyke status, en die administrateur van die hospitaal is die saambindende faktor wat die drie groepe as 'n span te laat funksioneer. Let wel, hy is nie die hoof van die drie groepe nie, maar net 'n snoerende faktor!

In Skotlandse hospitale word die tradisionele mediese superintendent nog behou, met 'n leke-sekretaris wat amper gelyke status het, maar nogtans ondergeskik is. Die super-

intendent is nog hoof van alle afdelings, alhoewel hy van sy magte deleger aan die sekretaris en matrone, volgens hul bekwaamheid en omstandighede. Dit wil sê, die administratiewe raamwerk is in baie opsigte ooreenstemmend met hospitale in die Unie.

*Waarom het Skotse Hospitale hul Beleid Gehandhaaf en Waarom het Engelse Hospitale Geneig om Weg te Doen met Superintendente?*

Hierdie vraag ontstaan onwillekeurig en die redes en verklarings is heel interessant. In Skotland se hospitale is die ou beleid om mediese superintendente aan te stel, gehandhaaf omdat geen konkrete redes gevind is vir hul afskaffing nie. Die ou stelsel het bevredigend gewerk, en omdat superintendente nie self kliniese werk onderneem het nie, was daar nie 'n gespanne gevoel tussen hulle en die geneeshere nie. Verder, die owerhede was nie te vinde vir veranderinge nie, tensy dit onteenseglik duidelik was dat 'n ander stelsel meer doeltreffend sou wees en radikale verbeteringe sou teweegbring. Die owerhede was nie bereid om te eksperimenteer en terselfdertyd antagonisme op te wek nie.

In Engeland se hospitale, soos reeds genoem, was die superintendent in absolute beheer van die lekebeamptes, mediese en verpleegingspersoneel. Boonop het hy volle seggenskap gehad oor pasiënte in die hospitaal en hul behandeling, selfs waar spesialiste die behandeling waarneem. Hierdie toestand het nadelige gevolge gehad! Die superintendent het nie die nodige kwalifikasies en bevoegdheede gehad om met spesialiste te redeneer oor fynere kliniese sake nie. In plaas daarvan dat die meer gesaghebbende bron se opinie gerespekteer word, is in sommige gevalle gebruik gemaak van die superintendent se magsposisie om 'n saak in sy guns te beslis. Natuurlik het so 'n dwase optrede die geneeshere geantagoniseer! Ook het die superintendent nie die praktiese ondervinding gehad om die sekretaris se werksmetodes te kritiseer nie, maar het van sy gesag gebruik gemaak om sy idees te laat uitvoer, somtyds maar bra onprakties. Hierdie optrede het geen vriend van sy sekretaris gemaak nie. Daar moet geensins afgelei word dat alle superintendente aan sulke dwase optrede skuldig was nie, maar ongelukkig het 'n gedeelte se onbedagsaamheid die hele groep geaffekteer.

Dus, deur die ongelukkige sameloop van omstandighede het die meer senior lede van die mediese personeel en die sekretarisse begin saamwerk, met 'n gemeenskaplike doel, naamlik, om ontslae te raak van die mediese superintendente. Hierin het hulle uitmuntend geslaag in Engeland. Hulle ywer is bekroon met veral twee belangrike beleidsveranderinge in 1948:

Eerstens, alle beheer oor bedde voorheen onder die mediese superintendente, is weggeëem en toegeken en verdeel onder individuele spesialiste.

Tweedens is daar weggedoen met die amp van mediese superintendent. In die 1930-iger jare was hul salarisse ongeveer £1,500 per jaar en van die hoogsbesoldigste poste in die gesondheidsdiens. In 1948 is besluit dat waar 'n superintendent alleen administratiewe pligte waargeneem het, hy in die toekoms op dieselfde salarisskaal as 'n senior leke-administratiewe beampte geplaas word. Volgens amptelike verslae van die Ministerie, het 'n baie klein persentasie oud-superintendente finansiële verliese gely, maar die sielkundige skade berokken deur afbreuk van status en 'n gevoel van oortolligheid, was onberekenbaar. Ook is enige finansiële aansporing om 'n sukses te maak van administratiewe werk geheel en al verwyder.

Die ander groep superintendente wat hul meesal besig gehou met met kliniese werk, is opgeneem in poste van voltydse mediese beamptes en volgens daardie salarisskaal besoldig. Aangesien die meeste van hierdie superintendente, uit die aard van hul amp, nie absoluut op hoogte was met gevorderde kliniese werk nie, is baie min van hulle opgeneem in senior poste van mediese beamptes. Die uiteinde van die saak was dat superintendente op 'n vernederende manier van die toneel verdwyn het.

Nou het sake tot 'n interessante punt gevorder. Die mediese beamptes het in hul strewe onder 'n wanindruk verkeer, dat, sodra die superintendent van die toneel verwyder was, hulle 'n magsposisie sou verkry en dat hulle die leke-sekretaris dan sou kon gebied om hul eie begeertes en wense uit te voer. 'n Baie kort rukkie lank het dit geslaag, maar onverwags vinnig het hierdie administrateurs gesaghebbende figure geword. Die mediese personeel moes nou hul vertoë en versoeke tot hom rig, aangesien hy geleidelik groot uitvoerende magte verkry het.

'n Verdere ontwikkeling was dat waar geneeshere voorheen vrye toegang tot die mediese superintendente gehad het om probleme te bespreek, hulle nou deur neergelegde amptelike kanale hulle klagtes moes stuur. Hierdie klagtes is dan op verskeie komitees bespreek en besleg. Die persoonlike verhouding tussen geneeshere en superintendente het verdwyn, en 'n omslagtige formele stelsel het die plek daarvan ingeneem.

#### HUIDIGE HOSPITAALADMINISTRASIE IN ENGLAND

Die beleid wat sedert 1949 gevolg is, het onverwagte probleme meegebring. Dit is onvermydelik dat, hoe deeglik reëlins ook al getref word vir gedurige samesprekings tussen die mediese advieskomitee en die administrateur, laasgenoemde al meer en meer verantwoordelikheid vir mediese sake moet dra. Omdat mediese aangeleenthede so 'n groot en integrale deel van hospitaaladministrasie uitmaak, moes daar 'n uitgebreide en omslagtige komiteestelsel formuleer word om mediese sake te behartig. Hierdie nimmereindigende reeks komiteevergaderings tref die besoeker onmiddellik en, alhoewel dit seker 'n demokratiese stelsel is, werk dit nie oortuigend, vinnig, prakties of doeltreffend nie. Hierdie stelling is deur verskeie geneeshere gemaak, en sommige meen dat dit in menige gevalle nie die moeite werd is nie. Uit die aard van hulle werk moet geneeshere behendig, vinnig en beslis optree, en die lang uitgerekte besprekings oor relatiewe onbenullige sake is teenstrydig met die aard van die medici.

Die gelyke drievoudige vorm van hospitaaladministrasie het ook sy probleme. Teoreties klink dit ideaal dat die leke, mediese- en verpleegingsafdelings gelyke status het en as 'n span saamwerk met die administrateur wat bloot as 'n bindende faktor optree. Prakties word gevind dat 'n sterk persoonlikheid onder die drie hoofde uiteindelik die leiding sal neem. Hierdie menslike element sal altyd teenwoordig wees. 'n Bindende faktor met gelyke status is nie prakties doeltreffend nie, en 'n duidelik omskrewe gesaghebbende faktor sal meer bevredigend wees. Die hoof van die drie afdelings by wie hierdie gesag geplaas moet word, sal ongetwyfeld die hoof van die mediese afdeling wees.

Die administrateurs is op die oog indrukwekkend besig en die hoeveelheid kennis oor mediese aangeleenthede waaroor sommige beskik, is verbasend goed. Dit is ook treffend dat sommige, ander huidige moeilike finansiële omstandighede, 'n goeie sin van besparing toon op mediese gebied,

byvoorbeeld met die aankoop van sterilisators, lampe en toerusting.

Daar word egter gevoel dat hierdie leke nie die nodige mediese opleiding en agtergrond het om by te dra tot die breër ontwikkeling, verbetering en uitbreiding van mediese dienste nie. Gevolglik ontstaan daar die behoefte vir die instelling van verteenwoordigende ontwikkelingskomitees op 'n streeksbasis. Hierdie leemte kan moontlik gevul word deur mediese superintendente.

Daar heers tans 'n gevoel van verbittering tussen administrateurs as hoofde van hospitale en mediese superintendente in Skotse hospitale. Vir die buitestaander kom dit veral voor dat die administrateur nie gereedlik wil toegee dat 'n geneesheer ook 'n goeie administratiewe beampte kan wees nie. Dit skyn asof sy mediese kwalifikasies hom diskwalifiseer in die oë van die administrateur. In teenstelling hiermee gee die meerderheid van superintendente toe dat 'n leek, bygestaan deur 'n goeie mediese advieskomitee, hom redelik goed van sy taak sal kwyt, alhoewel die stelsel en nie die persoon nie noodwendig omslagtigheid sal meebring. Die bevooroordeeling aan die kant van die administrateurs is te verstane, aangesien hulle amp en status op die spel is.

'n Verdere tekortkoming in Engeland is die beheer van alle veranderinge en uitbreidings in hospitale deur afgeleë streeksbeheerrade. Hierdie rade moet die kleinste verandering omslagtig nagaan en goedkeur, en dit deur amptenare wat onbekend is met die betrokke hospitaal se omstandighede.

Die neiging in Engeland is om stadig terug te keer na die ou stelsel van mediese superintendente, alhoewel miskien nie net soos dit was nie. Dit is 'n geleidelike oorgang en die tekens daarvan is as volg: By sekere hospitale waar daar 'n spesialis is met 'n talent vir organisasie, word die betrokke persoon versoek om 'n deel van sy tyd te bestee aan algemene administratiewe pligte. As gevolg van sy status en talent vir administrasie, sal hy in alle waarskynlikheid leiding neem in die drievoudige administrasiestelsel. Dit sal meebring dat 'n groter deel van sy tyd aan administratiewe pligte bestee word, en die leemte vir 'n voltydse administratiewe mediese beampte sal daargestel word.

Waarom neem Engeland dan nie die Skotse beleid oor nie? Die subtiële, dog voelbare stramheid tussen Engeland en Skotland speel waarskynlik 'n rol. Oor hierdie stramheid kan die geskiedkundiges beter uitwei as wat ek dit kan doen.

'n Interessante brokkie nuus is dat die Edinburgse Mediese Skool dit tans oorweeg om 'n diplomagraad in administrasie van mediese dienste, in die lewe te roep. Die kursus sal een jaar duur, en sal alleen vir gegraduatees (medies- of nie medies) oopgestel word. Die groot rede vir die ontstaan van die kursus is om die gaping tussen superintendente en leke-administrateurs te oorbrug. Vir nie-medies gegraduatees sal sekere vakke, bv. elementêre medisyne, publieke gesondheid, ens. bygevoeg word. Dit is 'n onomstootbare bewys dat 'n mediese kennis en agtergrond wel belangrik is.

Die beleid om mediese superintendente aan te stel in bevel van inrigtings vir geestesversteurdes en hospitale vir aansteeklike siektes word algemeen aangeneem in Engeland en Skotland. Hier word hulle as onmisbaar beskou, en 'n groot getal van hulle is verantwoordelik vir 'n deel van die behandeling van die pasiënte.

In Skotlandse hospitale, is die superintendent nog hoof van die hospitaal, en hy deleger van sy magte aan die sekretaris en die matrone. Kritiek wat teëgehou is, is dat die indeling van magte en pligte nie duidelik genoeg omskryf is nie

en dat dit tot onenigheid kan lei. Daar was wel nie 'n onaangename gevoel tussen die superintendente en sekretarisse te bespeur nie. Alhoewel voorgenoemde kritiek in sekere gevalle gestaaf kan word, toon die feite dat hierdie swakheid nie aan die stelsel te wyte is nie, maar liever aan swakhede in die ampsdraers self.

#### DIE VOOR- EN NADELE VAN MEDIESE SUPERINTENDENTE

##### A. Voordele

(i) Superintendente vorm 'n effektiewe skakel tussen geneeshere, verpleegingspersoneel, administratiewe beamptes, en ander afdelings van die mediese dienste. Hospitalisasie is 'n deel van 'n pasiënt se behandeling, en die superintendent moet toesien dat hierdie deel glad funksioneer, in aansluiting met die vorige behandeling en toekomstige na-behandeling.

(ii) Die mediese agtergrond van 'n superintendent stel hom in staat om besparing en doeltreffende administrasie te bevorder sonder dat die hoofdoel, naamlik, die pasiënt se welstand, uit die oog verloor word.

(iii) Die superintendent se kwalifikasie bekwaam hom om spoedig en doeltreffend sy werkkragte te mobiliseer en te herorganiseer om enige noodtoestand die hoof te bied.

(iv) Dit is essensieel om altyd iemand beskikbaar te hê om aan enige administratiewe en mediese probleme aandag te gee.

(v) 'n Superintendent, as 'n onpartydige persoon, het 'n breër begrip van uitbreiding van mediese dienste en toekomstige ontwikkeling. Daarom is hy meer geskik om tekortkominge op hul meriete te behandel. Hy kan dus enige oormatige entoesiasme in een afdeling inkort ten voordele van 'n ander afdeling waar uitbreiding belangriker is vir die pasiënt se welstand.

(vi) Die redelike en regverdige superintendent is meer aanneemlik vir die mediese personeel om mee te onderhandel, aangesien hulle (a) op gemeenskaplike intellektuele vlakke kan redeneer oor sake waarin albei opleiding gehad het, en (b) hy self geen voordeel trek uit behandeling van pasiënte nie.

##### B. Nadele

(i) In die teenwoordigheid van superintendente is die mediese personeel minder geneig om uiting te gee aan hulle idees vir enige verbetering in organisasie. Baie sal natuurlik afhang van die superintendent se persoonlikheid en sy gawe om openhartige omgang met sy personeel te bewerkstellig.

(ii) Te veel gesag word aan een persoon verleen en, deur sy positiewe of negatiewe optrede, kan 'n hospitaal ontwikkel of agteruitgaan. 'n Despotiese houding sal stroefheid veroorsaak, en enige superintendent wat só handel, sal moeilikheid vooruitloop. Hierdie persoonlike element sal natuurlik altyd teenwoordig wees. Dit kan uitgeskakel word deur superintendente sorgvuldig te kies en salarisse en vooruitsigte aantreklik genoeg te maak om bekwame en belangstellende kandidate te trek.

(iii) Dit is onwaarskynlik dat die 'beste geneeshere' getrek sal word vir administratiewe werk. Hierdie term 'beste geneeshere' is onlogies en relatief. 'n Goeie klinikus is nie noodwendig 'n goeie organiseerder en administratiewe beampte nie, en andersom is 'n goeie administratiewe geneesheer nie noodwendig 'n swak klinikus nie. Administrasie is 'n rigting in medisyne, en sekere geneeshere sal 'n voorliefde daarvoor toon.

(iv) Die indiensneming van superintendente en sekretarisse in dieselfde hospitale kan tot verwarring lei by die indeling van

verantwoordelikhede en pligte. Indien hierdie bewering juis is, sal dit tot nadeel van die inrigting strek. Prakties word dit seldsaam teëgekome. Dit is vanselfsprekend dat die sekretaris as senior beampte, in alle sake in sy sfeer geken moet word. Soos reeds vermeld sal die fout hier by die ampsdraers lê en nie by die stelsel nie.

#### *Menings van Superintendente*

In 1954 is 'n memorandum opgestel deur senior mediese administratiewe beamptes van streeksrade in Engeland en aan die Ministerie van Gesondheid voorgelê. Hulle menings was as volg, en ek wil dit graag aanhaal soos dit oorspronklik verskyn het:

'The medical administrator is one who is in the best position to appreciate the needs and the resources of the hospital staff, the general practitioner and the general public, and even beyond the hospital walls there are many spheres of action in which he can take part for the good of the service. Human relationships need a sympathetic administration, and many of the problems involve a proper understanding of medical considerations. The lay administrator, by reason of his training and background, is not in the best position to undertake problems of medical administration.

'Clinicians have in the past expressed their fears of clinical direction, but medical administrators and clinicians can and do work side by side to their mutual advantage by providing a more efficient coordination, particularly where common services are concerned, and by avoiding any tendency for various specialities to become confined in watertight compartments. He could also further the cause of economy in many ways by wise spending throughout, particularly in relation to drugs, dressings, equipment, instruments and appliances'.

Ook in 1954 is 'n memorandum opgestel deur die 'Institute of Hospital Administrators', wie se lede grotendeels leke is. Ek haal weer aan uit hulle oorspronklike memorandum:

'The oversight and administration of a hospital of any size is a full-time job. If it is to be done adequately, it cannot be done as a side-line. If, therefore, the medical administrative officer takes an active part in clinical work, for which he has trained and qualified, either the administration must suffer or responsibility for it must be carried by someone else (without the proper authority).

'If placed in full administrative charge, the medical administrator seeks to exercise control over clinical practice, this is resented by senior medical colleagues with resultant friction and difficulties. If he does not exercise any such control, then the reason for his choice as administrative officer in charge in preference to a non-medical officer disappears.

'It must be questioned whether a medical administrator who is also undertaking clinical duties is likely to provide any more informed or balanced opinion on matters of medical policy, than other members of the senior medical staff. No less may it be doubted that he would in reality much better appreciate the needs of the various departments and decide in particular on a more balanced allocation of facilities. He is no less likely to be biased than other colleagues, and experience shows that he tends to be suspected by his colleagues of being influenced by his personal interest in a particular department.'

As die twee uittreksels vergelyk word, is dit duidelik dat redenasies van die leke-administrateurs negatief voorkom, en dat hulle aanval liever teen die persoon van die mediese superintendent gemik is, as teen die stelsel. Die memorandum

van die mediese beamptes is nie persoonlik of aanstootlik nie, maar gemik teen die onvermydelike leemte in die administrateur se opleiding vir hierdie soort betrekking.

#### GEVOLGTREKKINGS

In Engeland het hierdie netelige probleem in 'n ongelukkige tweestryd ontwikkel. Deur verskeie persone, en nie alleen deur geneeshere nie, is die mening uitgespreek dat die stelsel om leke-administrateurs aan te stel in plek van superintendente nie suksesvol is nie. Van beamptes in die Ministerie is ook verreem dat hierdie stelsel nie die verwagte vrugte afgewerp het nie. Ontevredenheid is te bespeur by geneeshere sowel as verplegingpersoneel. Die tekens is wel daar dat stappe aangewend word om die gemis aan mediese superintendente aan te vul.

Die gelyke drievoudige stelsel van bestuur van hospitale toon in praktyk dat 'n sterk gesaghebbende faktor nodig is om 'n positiewe beleid uit te voer en leiding te gee.

Die neiging van leke-administrateurs om hospitale as besighede te bestuur, is finansiële goed, maar die primêre doel, naamlik, die pasiënt se welsyn, word agterweë gelaat. Hoe bevoegd hierdie administrateurs ook al mag wees, is dit onaantemlik dat hulle met hul verskeie komitees sake kan oplos sonder omslagtigheid.

Hierdie metode van organisasie en bestuur in Engelse hospitale is moontlik omdat mediese beamptes wat in diens van die Ministerie is, hoe senior hulle ook al mag wees, bereid moet wees om hulleself ten alle tye beskikbaar te stel vir komiteevergaderings, ens. Ook is daar so 'n groot aantal spesialiste beskikbaar vir al die hospitale in Engeland. Dit is ondenkbaar dat so 'n stelsel enigsins kan slaag of selfs gedeeltelik kan slaag in hospitale wat nie beskik oor 'n hele aantal spesialiste in elke vertakking van die medisyne nie.

Na noukeurige ondersoek van die getalle leke-administratiewe beamptes van alle grade in Engelse hospitale, wil dit voorkom of hulle getalle veel groter is as die vergelykende getalle in Skotse hospitale waar mediese superintendente in beheer is. Dit word toegeskryf aan die feit dat leke-administrateurs nou met meer mediese aangeleenthede belas is, en derhalwe nie genoeg tyd kan bestee aan sake wat suiwer in hulle sfeer val nie.

'n Punt van die allergrootste belang is dat die mede-kollegas in Engeland self seer sekerlik die liggaam was wat die meeste bygedra het tot die afskaffing van mediese superintendente. Indien die mediese professie hul steun aan die superintendente toegesê het soos in Skotland, sou hierdie toedrag van sake nie ontstaan het nie. Dit is voorwaar 'n tragedie dat die professie self hierdie belangrike vertakking van die medisyne verdoem het.

Maar wie is grotendeels te blameer? In die lig van feite en verslae is dit duidelik dat die superintendente grotendeels daartoe bygedra het deur nie in hulle handel en wandel te bewys dat hulle 'n positiewe en onmisbare skakel was in mediese dienste nie. Die mediese personeel kon geken word in alle sake, sonder afbreuk te doen aan die superintendent se gesag en status.

Ten slotte, Suid-Afrikaanse hospitale is nou op die voor-aand van ongekende uitbreiding en vooruitgang. Die vraag is om *meer en beter dienste aan die pasiënt*. In hierdie ontwikkeling moet superintendente onteenseglik bewys dat hulle hul bestaan regverdig. Verder moet hulle bestaan gekonsolideer word, en dit kan alleen gedoen word deur kragdadige

en konstruktiewe optrede. 'n Rustige en passiewe bestaan sal fataal wees.

Na alles in oënskou geneem is, is dit my vaste oortuiging dat die beheer van hospitale deur mediese superintendente noodsaaklik is; dat hulle waardevolle bydraes kan lewer tot doeltreffende mediese dienste; en dat deur 'n fyn besigheidsin, energieke optrede, en versierende beplanning, hulle onmisbaar sal wees in Suid-Afrikaanse hospitaaldienste.

#### OPSOMMING

Die toestand van hospitaaladministrasie in Groot-Brittanje en Skotland voor die jaar 1948, toe die Nasionale Gesondheidsdienste deur die regering ingestel is, word geskets. Die stelsel soos in Engeland toegepas en die praktyk in Skotland word vergelyk.

Die huidige toestand wat ontwikkel het na 1948 word

bespreek. Onder hierdie bedeling is daar twee stelsels. Eerstens is daar hospitale wat beheer word deur leke-administrateurs met talle adviesrade waardeur alle handeling vertraag word, en as gevolg waarvan baie spanninge heers tussen die verskillende groepe—medici, verplegings- en administratiewe personeel. Tweedens is daar hospitale wat beheer word deur 'n geneesheer-direkteur wat nie self kliniese werk doen nie en sodoende nie in botsing kom met kollegas nie, maar as koördinerende faktor die beste verkry vir die behandeling van pasiënte op alle terreine.

Die verskillende bestaande stelsels word geanaliseer, gekritiseer, die voordele en nadele bespreek, en vergelykings word getref. Die toestande word vergelyk met heersende toestande in Suid-Afrika en 'n logiese gevolgtrekking vir die beste beheer oor hospitale in Suid-Afrika word gemaak.