DIE HOSPITAAL AS 'N BUROKRASIE

D A DU TOIT
Departement Verpleegkunde, UNISA

SUMMARY

The bureaucratic structure of the hospital is a factor the exerts great influence on the daily activities of various categories of workers in the hospital. How aware are these workers of bureaucratic influence and to what extent does bureaucratic influence strain the activities of hospital workers?

The historical development of hospital bureaucratisation is reviewed in this article, and then several dimensions of the hospital as a bureaucracy are taken into account, for instance hospital goals, rationality and the division of labour in the hospital, authority in the hospital, the bureaucratic structure of the hospital, communication in the hospital, the human being in the hospital, as well as the development of the informal organisation out of the bureaucratic structure of the hospital. These various aspects of the bureaucratic structure of the hospital can have a negative influence on human beings in the hospital, including patients and personnel. Various negative influences as a direct result of the bureaucratic structure of the hospital are discussed.

There is nothing we can do about the *bureaucratic system*. It has come to stay and, to a certain extent, promotes efficiency. There is, however, a lot that can be done to alleviate strains brought about by bureaucracy.

INLEIDING

Die burokratiese organisasievorm soos dit in die hedendaagse hospitaal voorkom is 'n verskynsel wat van dag tot dag 'n groot invloed op die werkverrigting van alle kategorieë werkers in die hospitaal uitoefen. In hoeverre is hierdie kategorieë **werklik** daarvan bewus en in hoeverre **strem** dit die uitoefening van hul daaglikse pligte, wat enigiets vanaf roetine administratiewe take tot hoogs gesofistikeerde, dikwels tegnologies-gebaseerde prosedures, en die intermenslike gebruikmaking daarvan kan insluit?

Weber (in Wrong, 1970:32) definieer die burokrasie as 'n organisasie wat daarop ingestel is om op 'n rasionele wyse 'n enkele doel te bereik, wat beskik oor 'n georganiseerde hiërargie van outoriteit, 'n uitgebreide verdeling van arbeid deur die toekenning van gespesialiseerde rolle aan personeel tot so 'n mate dat die individu gereduseer word tot die status van 'n enkele skakel in die uitgebreide geheel van die organisasie, gedetailleerde reëls en regulasies wat alle formele aktiwiteite voorskryf, personeel wat op grond van bekwaamheid en gespesialiseerde opleiding geselekteer word eerder as op grond van geboortereg en voorregte en laastens is die bekleding van 'n amp in die burokrasie 'n lewenslange roeping.

Historiese agtergrond

Die ontwikkeling van die hospitaal kan deur die eeue heen tot by die ou Egiptenare teruggevoer word, waar magie integraal in die samelewing deurweef was. *The magician might be instructed to put his hands on the patient, to hold his seal over the patient's head or to draw a magic circle round the patient's house* (Singer and Underwood, 1962:6) Die Egiptenare het ook hul siekes na die tempel gebring, waar die geneeshere ook hul opleiding ontvang het. (Dolan, 1968: 16,17) Die Grieke, wat die era van wetenskaplike medisyne ingelui het, het die tempel van Asklepios opgerig waar pasiënte onder andere versorg is. Die pasiënte in hierdie tempels is deur priesters versorg. (Singer en Underwood, 1962:25).

Die grootste bydrae van die Romeine tot die medisyne, is die hospitaalsisteem. (Singer en Underwood, 1962:56). Die hospitaalsisteem het uit die Romeinse genialiteit vir organisasie ontstaan, en het veral met die Romeinse militêre sisteem verband gehou. Die Romeine het siek slawe na 'n eiland in die Tiber, naamlik die eiland van Sint Bartholomeus, gestuur (ongeveer 293 vC) (Singer en Underwood, 1962:57) Hierdie eiland het 'n toevlugsoord vir siek armes geword, en dit kan as 'n vroeë vorm van 'n openbare hospitaal beskou word. Later in die Romeinse tydperk is hospitale (valetudinaria) gebou om siek slawe te huisves en daarna is hierdie inrigtings deur Romeinse burgers gebruik. *The excavations at Pompeii show that a physician's house might even be built somewhat on the lines of a modern nursing home* (Singer en Underwood, 1962:58) Daar is ook militêre valetudinaria gebou om gewonde soldate vanaf die slagveld te huisves. Hierdie valetudinaria moet beskou word teenoor die organisatoriese aspek van die Romeinse leër wat uiters burokraties georganiseerd was. 'n Mens sou hieruit kon aflei dat hierdie valetudinaria ook 'n burokratiese stelsel van organisasie vertoon het.

Vroeë Christelike tydperk

Vanaf die Romeine kan oorgegaan word na die vroeë Christelike tydperk en die leerstellinge van onder andere Paulus wat lui: . . . *en nou bly geloof, hoop en liefde, maar die grootste hiervan is die liefde* wat een van die mees basiese waardes was wat die instelling van hospitale deur Christen-gemeenskappe gemotiveer het. (Freidson, 1963:3) *The Christian had a duty to his sick and suffering fellows, and the practical expression of this charitable idea became evident after Constantine accepted Christianity and recognized it as a state religion . . . The Council of Nicea (AD 325) instructed the bishops to establish a hospital in every city that had a cathedral* (Freidson, 1963:3).

Fabiola, 'n bekeerde Romeinse matrone, het toegesien dat 'n *noscomium* — 'n plek slegs vir die siekes — gebou is, en hier alreeds het differensiasie van *hospitaaldienste* plaasgevind. *Xenodochia* was tuistes vir pelgrims, reisigers en so meer. *Gerocomia* was instellings vir die versorging van bejaardes, *Lobotrophia* was inrigtings vir gestremdes en melaatses, *Orphanotrophia* het weeskinders en *Brephotrophia* vondelinge, gehuisves. 'n Verskeidenheid administrateurs het hierdie inrigtings geadministreer.

Na laasgenoemde is verwys as *administrator, antistes of praepositus* (Freidson, 1963:4). Nog 'n goeie voorbeeld van burokratisering van die hospitaal in die vroeë Christelike tydperk was die hospitaal wat deur Sint Basil in Caesarea gebou is (369-372). Hierdie hospitaal het uit verskeie afdelings bestaan — dit het voorsiening gemaak vir reisigers, armes, kreupeles en siekes. Selfs melaatses is as pasiënte toegelaat (Freidson, 1963:4).

Hospitale is ook deur die Moslems gebou. In die 9de eeu is 'n hospitaal te Baghdad onder die heerskappy van Caliph Harun al Rashid gebou. Die hospitaal wat in 1283 in Kaïro gebou is, het oor verskillende afdelings vir pasiënte met koorssiektes, gewondes, pasiënte met oogsiektes en spesiale afdelings vir vroulike pasiënte beskik. (Freidson, 1963:6). Die hospitale wat tydens die kruistogte opgerig is het ook 'n burokratiese organisasievorm vertoon.

Middeleeue

Hospitale in die middeleeue het hul oorsprong veral te danke aan die kerklike ordes, wat uiters geburokratiseerd was. Burokratisering het reeds in die kloosters begin. Sint Benediktus het om en by die jaar 535 gespesifiseer: " . . . *a cell be set apart by itself for the sick brethren, and one who is Godfearing, diligent and careful, be appointed to serve them*" (Freidson, 1963:6)

Vanaf die dertiende eeu het die hospitaal toenemend onder die jurisdiksie van die Kerk te staan gekom. Tegelykertyd het die kwaliteit van diens in die hospitale begin verswak as gevolg van aspekte soos korrupsie. . . . *the authorities, both ecclesiastical and civil, neglected to take action where abuses existed and to enforce reforms* (Freidson, 1963:13) Tydens die Hervorming (± 1517) was daar grootskaalse vernietiging van Rooms-Katolieke hospitale, die kerk se invloed het verminder en hospitale is soms heeltemal deur die munisipale of nasionale outoriteit oorgeneem (Freidson, 1963:15). In Engeland het die regering van Henry VIII die kloosters ontbind (1536 — 1539). Hierdie ontbinding van die kloosters het Engeland vir feitlik twee eeue sonder hospitale gelaat (Bloom, 1965:149). Tydens hierdie periode, net voor die Industriële Rewolusie, is gesondheidsaangeleenthede hoofsaaklik deur die munisipale owerhede behartig. . . . *Local government was carried on by the counties and the parishes into which the counties were divided. These administrative units provided the frame of reference for thought and action in matters of community health* (Freidson, 1963:19). Die struktuur van gesondheidsdienste is dus deur die munisipaliteite beheer onder wie se jurisdiksie die meeste hospitale, veral *country council hospitals,* geval het.

Die Industriële Revolusie

Die Industriële Rewolusie (± 1750) het aanleiding gegee tot die oprigting van die *Poor Law hospitals* wat reeds deur die *Elizabethan Poor Law* van 1601 gewettig is. Hierdie wet het bepaal dat *work houses* en *voluntary hospitals* opgerig word. Eersgenoemde het vir die arm siekes, bejaardes, gestremdes, weeskinders en weduwees voorsiening gemaak, terwyl laasgenoemde spesiale pasiënte met seldsame en interessante siektes toegelaat het (White, 1978:10). In hierdie *voluntary* hospitale was daar reeds, hoewel primitief, sprake van arbeidsverdeling en 'n hiërargie van outoriteit. Die verpleegsters was saalbediendes, en die susters, wat geag was 'n bietjie meer gesag te hê, het oor die verpleegsters toesig gehou, medisyne aan pasiënte toegedien, pleisters aangewend, en oor die voeding van pasiënte en dergelike aangeleenthede toesig gehou. Die verpleegsters en susters was direk aan die geneesheer verantwoordelik. Die matrone was op 'n hoër vlak as die susters en het werk soortgelyk aan dié van 'n hedendaagse huishoudster verrig (White, 1978:10,11) Hierbenewens het die *county council hospitals* ook 'n burokratiese struktuur vertoon omdat hulle hoofsaaklik staatsdiens-georganiseerd was. Sommige van hierdie hospitale was privaat gefinansier en het veral die middelklas pasiënt gehuisves. Vanweë hierdie privaat finansiering het ryk nyweraars dikwels op die hospitaalrade gedien en 'n privaat bedryfsbestuursbenadering, gerig op die winsmotief, in die administrasie van hierdie hospitale ingebou. Sommige van hierdie hospitale was ook mediese opleidingskole.

Verburokratisering in hospitaalkonteks het 'n verdere stootjie vorentoe ontvang danksy die aktiwiteite van Louisa Twining (1858) in Engeland. Sy het haar beywer vir die verbetering van toestande in die *workhouses* of *poor houses,* veral die geografiese en sosiale isolasie daarvan asook die swak kwaliteit van die personeel in hierdie inrigtings en hul gebrek aan opleiding (White, 1978:21).

Florence Nightingale

Florence Nightingale (1820-1910), pas terug van die Krimoorlog, het op die werk van Louisa Twining voortgebou en het aan die burokratiseringsproses in die hospitaal in besondere dinamiek verleen. Nightingale se praktiese ondervinding in die Krimoorlog, onder 'n streng militêre regime wat uiters burokraties van aard was, asook haar eie doelstellings vir die verpleegprofessie, het aan haar besondere insig in die probleme van hospitaaladministrasie verleen (Abel-Smith, 1960:19). Sy het in 1856 opleiding vir verpleegsters by St. Thomas's Hospital in Londen begin, en het onder andere die hiërargie van verpleegsters in King's College-hospitaal uitgebrei na 'n vroulike of *lady*-superintendent, 'n suster, *associate* susters, *lady pupils,* verpleegsters, verpleegassistente, *probationers* en kandidate op 'n proeftydperk.

Nightingale het ook toegesien dat sekere pligte deur 'n persoon wat 'n sekere posisie beklee uitgevoer moet word, wat duidelik van die proses van arbeidsverdeling spreek. Die matrone, byvoorbeeld, moes sommige verantwoordelikhede van die mediese personeel, asook sommiges van die *lay administration,* oorneem. Hierbenewens moes sy die administrasie van verpleegaangeleenthede sentraliseer (Abel-Smith, 1960:25).

Sy het verder gesorg dat sekere reëls betreffende kleredrag en werksrotasie in werking tree. Abel-Smith (1960:26) sê in hierdie verband: . . . *and introduced a uniform which the nurses had to buy themselves* en *no longer did she allow the nurses to stay in one ward . . . acquiring experience in the different departments of the hospital.* Sy het ook reëls oor diensure in werking gestel en verpleegpligte vaartbelyn. . . . *all non-nursing duties were removed from the nurses* (White, 1978:32).

Samevattend gesien, het Nightingale, deur haar burokratisering

van verskeie aspekte van hospitaal-administrasie en die daarstelling van verpleegopleiding, die hospitaal vanaf 'n plek waar pasiënte heen gegaan het om te sterf opgehef tot 'n inrigting waar . . . *the medical care of the patients was greatly improved. The patients also enjoyed greater physical comfort* (Abel-Smith, 1960:34).

Snelle maatskaplike verandering

Burokratisering moet veral gesien word teen die agtergrond van verskeie interessante en belangrike faktore van snelle maatskaplike veranderings, soos die *Aufklärung,* die navoretreding van individualisme as waarde, die Industriële Rewolusie met gepaardgaande verstedeliking, die emansipasie van die vrou, die ontwikkeling van antibiotika, die ontwikkeling van wetenskaplike chirurgie, die ontdekking van X-strale, die ontdekking van virusse en die ontwikkeling en vooruitgang van die aptekerswese, wat 'n bydrae gelewer het tot rasionele denke en burokratisering en wat, volgens Weber, feitlik alle vlakke van die samelewing binnegedring het.

Die hospitaal as sosiale organisasie neem wat struktuur en funksie betref, die gestalte van 'n organisasie aan. (Van Rensburg, 1975:129). Hospitale is relatiewe oop sisteme wat deurlopend deur hul omgewing beïnvloed word en ook self deurentyd die omgewing beïnvloed.

Die hospitaal is dus in die totale samelewing waarvan dit deel uitmaak ingebed, en is afhanklik van dié samelewing vir fondse, pasiëntlewering, toerusting, rekrutering en opleiding van personeel. Dit lewer egter ook 'n bydrae tot die breër samelewing in die handhawing en heropbou van die gesondheidspeil van die bevolking van hierdie samelewing. Die hospitaal is ook deel van die totale gesondheidswese as 'n onderskeibare institusionele kompleks en dit bestaan uit 'n verskeidenheid subsisteme van interaksie en normatiewe patrone, wat so gerangskik is dat dit die struktuur en funksies van 'n organisasie — die hospitaalorganisasie — aanneem. Van Rensburg (1975:130) definieer die hospitaal as 'n organisasie soos volg: "*. . . daardie rasioneel-geordende sosiale sisteem wat primêr rondom die behoeftes van die pasiënt georganiseer is en saamgestel is uit 'n gesondheidspan wie se gespesialiseerde kennis en vaardighede op planmatige wyse aangewend word vir die mees doeltreffende instandhouding en heropbou van die gesondheid en funksionaliteit van die lede van die gemeenskap.*"

DIMENSIES VAN DIE HOSPITAAL AS 'N BUROKRASIE

Doelstellings van die hospitaal as 'n burokrasie

Volgens van Rensburg (1975:131) bestaan daar in elke hospitaal as organisasie 'n formeel-erkende liggaam wat met die formulering van doelstellings gemoeid is. In die geval van die hospitaal is die betrokke owerheidsinstansie, naamlik die Departement van Gesondheid en Welsyn en die betrokke Minister belas met gesondheid en welsyn of die Provinsiale Administrasie en die Direkteur-generaal van Gesondheid en Welsyn en ander wetgewende en uitvoerende amptenare op breë vlak vir die formulering van doelstellings verantwoordelik.

Die waardes van die breër gemeenskap waarvan die hospitaal deel is legitimeer die doelstellings van die hospitaal. Op 'n breër, meer omvattende vlak is die betrokke owerheidsinstansie vir die formulering van oorhoofse doelstellings verantwoordelik, maar in die konteks van die hospitaal self bestaan daar gewoonlik formeel-erkende liggame wat met die formulering van doelstellings gemoeid is.

Doelstellings is nie staties nie en wel onderhewig aan verandering. 'n Gemeenskap wat vroeër residensiëel van aard was kan industrialisering ondergaan en dan moet die hospitaal in hierdie gemeenskap noodwendig sy doelstellings wysig om met veranderde insette tred te hou. Daar moet dan byvoorbeeld benewens die gewone hipotetiese kraamgevalle en kindersiektes nou ook traumatiese besering hanteer kan word.

Rasionaliteit en arbeidsverdeling in die hospitaal as 'n burokrasie

Rasionaliteit is 'n beginsel onderliggend aan burokratisering wat veral in die arbeidsverdelingsdimensie van 'n burokratiese organisasie soos die hospitaal voorkom.

Arbeidsverdeling in die hospitaal geskied op:

— **Horisontale vlak,** wat die rangskikking in bepaalde afdelings of departemente, soos die terapeutiese-, opleidings-, navorsings- en administratiewe afdelings, insluit. Elke afdeling is op sy beurt weer saamgestel uit spesifieke statusrolle waar 'n noukeurig-gespesifiseerde taak op rasioneel-oorwoë wyse aan elk opgedra is (Van Rensburg, 1975:137).

Nuyens (1969:45,46) verwys na drie rolgroepe in die hospitaal wat op horisontale arbeidsverdelingsvlak uitkristalliseer, naamlik die mediese rolgroep *welke zich situeert rond terapie en diagnose,* die verpleegkundige rolgroep *die zich op verzorging als doelstelling oriënteert* en laastens die administratiewe rolgroep, wat *vervult funkties inzake de materiële en organizatonische voorzieningen*

— **Vertikale vlak,** wat verwys na verdeling van funksies op vertikale grondslag, die bo- en onderskikking van statusrolle of poste sonder verwysing na die magstoesegging daaraan verbonde, byvoorbeeld die hoofverpleegdiensbestuurder, senior verpleegdiensbestuurder, verpleegdiensbestuurder, hoof verpleegkundige, senior verpleegkundige, verpleegkundige, studentverpleegkundige, senior stafverpleegkundige, stafverpleegkundige, senior verpleegassistent, en verpleegassistent.

Hall (1979:146,147) voeg **ruimtelike verspreiding** van aktiwiteite en personeel deur die skeiding van take of sentra van mag in die organisasie hierby, byvoorbeeld die spesialisasie van take en tegnologie in hospitale asook die distribusie van mag vanaf 'n hoofkantoor na streekskantore.

Outoriteit in die hospitaal as 'n burokrasie

Outoriteit in die hospitaal hou verband met die vertikale rangskikking van die onderskeie statusrolle in die hospitaal ooreenkomstig die oneweredige verdeling en verspreiding van mag. (Van Rensburg, 1975:139). Die hiërargiese rangskikking van posisies in die hospitaal neem altyd 'n piramidale vorm aan met die meeste statusrolle of poste in die onderste lae van die piramide en die minste poste in die apeks van die piramide (Van Rensburg, 1975:142). Daar word altyd na hierdie hiërargiese rangskikking van poste as die lynorganisasie verwys. In hospitaalkonteks staan die mediese superintendent heel bo-aan die piramiede. Onder hom

is daar, afhangende van die grootte van die hospitaal, een, twee of meer adjunksuperintendente, en op dieselfde vlak die adjunksuperintendent: administratief en die hoofverpleegdiensbestuurder, met hul onderskeie ondergeskiktes in die vorm van huisdokters, *registrars*, administratiewe beamptes, professionele verpleegkundiges en andere.

Benewens die lynorganisasie bestaan daar nog 'n subtipe in die hospitaalorganisasie, naamlik die staforganisasie. Die staforganisasie kom tot stand vanweë die behoefte aan gespesialiseerde kennis en vaardigheid waaroor die lede van die lynorganisasie gewoonlik nie beskik nie. Die staforganisasie sluit al die rolle in wat deur tegniese en professionele adviseurs en praktisyns van verskillende aard beklee word maar die kennis en vaardigheid van die lynorganisasie tekort skiet. In die geval van die hospitaal is dit die geneeshere, verpleegkundiges, paramediese personeel en andere. Wat die hospitaal as 'n burokrasie egter uniek maak, is die feit dat die mediese superintendent en sy adjunkte wel professionele- of staffunksionarisse is maar ook aan die hoof van die lynorganisasie staan. Die staf- en lynorganisasie is feitlik simbioties afhanklik vir doeltreffende funksionering van die hospitaalorganisasie as geheel, maar onderlinge botsende belange ontstaan wel wat wrywing en konflik teweeg kan bring en die doeltreffende funksionering van die hospitaal kan strem.

Dit is ook belangrik in die konteks van hierdie artikel, om te wys op Weber se klassifikasie van outoriteit, naamlik tradisionele outoriteit waar die bestaande orde voorgehou word, wetlik-rasionele outoriteit, wat 'n geloof in die superioriteit van die wet impliseer, en laastens charismatiese outoriteit, wat outoriteit op grond van persoonlikheidseienskappe impliseer (Blau en Scott, 1962:30,31). Outoriteit in die hospitaal is gewoonlik wetlik-rasioneel van aard, maar Coe (1978:270) redeneer dat die geneesheer ook vanweë sy monopolie van mediese kennis oor charismatiese outoriteit in die hospitaal beskik. Die outeur voeg egter hierby dat hierdie monopolie tans grootliks oordryf word en impliseer hiermee tegelykertyd dat geneeshere nie meer oor 'n monopolie van mediese kennis beskik nie. Hoe dit ookal sy, die oorblyfsel van hierdie charismatiese outoriteit van die geneesheer is veralgemeen na vele ander situasies in die hospitaal waar die rasioneel-wetlike outoriteit meer toepaslik is. Dit maak die mediese personeel 'n magtige en invloedryke groep in die hospitaal (Coe, 1978:302).

Professionele groepe in die hospitaal is voorts ook aan 'n dubbele lyn van outoriteit blootgestel. Naamlik aan die een kant die outoriteit van die professionele praktykbeherende liggaam, byvoorbeeld die S.A. Mediese en Tandheelkundige Raad en die S.A. Raad op Verpleging, en aan die ander kant die lynoutoriteit wat dikwels gehoorsaamheid aan burokratiese reëls en regulasies vereis. Dit kan tot rolkonflik, wat direk uit die hospitaalstruktuur spruit, aanleiding gee (Van Rensburg, 1975:146).

Die struktuur van die hospitaal as 'n burokrasie

Parsons (1960:60) identifiseer drie vlakke in enige formele organisasie of burokrasie, naamlik die **tegniese, administratiewe** en **institusionele** vlakke van die organisasie.

Die tegniese vlak impliseer die uitvoering van *tegniese**, funksies. In 'n skool sou dit byvoorbeeld die werklike onderrig-leersituasie, en in 'n hospitaal die uitvoering van sekere prosedures op 'n pasiënt, impliseer.

Om tegniese funksies te kan uitvoer word bronne benodig. Dit is byvoorbeeld finansiële bronne soos voorrade en toerusting, persoonlike fasiliteite in die vorm van personeel, en ander fisiese fasiliteite soos medisynes, die voorsiening van 'n linne- en vervoerdiens en andere.

Die administratiewe- of bestuursvlak verleen 'n ondersteunende diens aan die tegniese vlak in die verkryging van die bronne wat nodig vir die uitvoering van hul funksies. Die administrasie kontroleer, koördineer en integreer die subsisteme van die hospitaalorganisasie, optimaliseer die benutting van hulpbronne deur byvoorbeeld die verskaffing van voorrade te beperk deur dit slegs eenmaal per week uit te reik, ontwikkel die hospitaalbeleid en verteenwoordig byvoorbeeld die hospitaal by strategiese geleentheid in die gemeenskap.

Daar is verskeie subdepartemente van die administrasie wat 'n belangrike funksie het in die verkryging van bronne vir die tegniese vlak om sy funksie te verrig, onder andere die afdelings Finansies, Aankope, Werke en Personeel.

'n Hospitaal funksioneer nie in 'n vakuum nie, maar in die konteks van die breër sosiale sisteem of gemeenskap waarvan dit 'n integrale deel vorm. Hierdie gemeenskap legitimeer die bestaan en funksionering van die hospitaalorganisasie in die gemeenskap. Die institusionele vlak van organisasie van die hospitaal is gewoonlik in die vorm van die hospitaalraad, bestaande uit die mediese superintendent en ander toonaangewende lede van die breër gemeenskap byvoorbeeld privaat geneeshere, skoolhoofde en dergelike ander persone.

Kommunikasie in die hospitaal as 'n burokrasie

Van Rensburg (1975:147) verwys na die kommunikasie-organisasie in die hospitaal as *daardie netwerk van direkte en indirekte, horisontale en vertikale kontakte wat deur doelbewuste beplanning en rasioneel-oorwoë tot stand gekom het om koördinasie tussen die interne elemente en subgroeperinge van die hospitaalorganisasie maar ook na buite te bewerkstellig en te vergemaklik en daardeur die uiteindelike integrasie van die hospitaal as funksionerende sosiale eenheid te verseker.* Hall (1974:276,283) verdeel kommunikasie in vertikale kommunikasie, wat opwaartse en afwaartse kommunikasie insluit, en horisontale kommunikasie.

Afwaartse kommunikasie word meer gedetailleerd en spesifiek, terwyl opwaartse kommunikasie meer gekondenseerd en opsommend word (Hall, 1974:281).

Kommunikasiepatrone in die hospitaal hou baie nou verband met die hiërargiese rangskikking van statusrolle. Dit sluit ook verskeie

---

L.W. Pasiëntversorging word nie in hierdie artikel tot 'n tegniese funksie gereduseer nie. Pasiëntversorging sluit, benewens uitvoering van sekere tegniese prosedures, ook 'n altruïstiese, humanistiese dimensie in en in haar versorging van die pasiënt *vermenslik die verpleegkundige* hierdie prosedures tydens haar terapeutiese, steungewende tussentrede. *Tegnies* word in die konteks van hierdie artikel bloot op analitiese strukturele vlak gebruik, en sinspeel **nie** op die kwaliteit van die verpleegkundige se pasiëntversorgende optrede nie.

aspekte van kommunikasie soos verbale en nie-verbale kommunikasie, byvoorbeeld kommunikasie per telefoon en skriftelike kommunikasie soos memo's, in. Horisontale kommunikasie verwys na kommunikasie tussen persone op dieselfde hiërargiese vlak in die organisasie (Nuyens, 1969:118). Kommunikasie op hierdie vlak vind plaas **binne** 'n subeenheid van die organisasie, byvoorbeeld interpersoonlike kommunikasie, asook **tussen** subeenhede van die organisasie, byvoorbeeld kommunikasie tussen die hartchirurgie-eenheid en die radioterapie-eenheid. In die hospitaal dien geskrewe dokumente, soos pasiëntrekords, ook as instrumente van kommunikasie.

Probleme betreffende kommunikasie in die hospitaal, kom gewoonlik in die vorm van uitlating, distorsie en ook oorlading voor (Hall, 1980:202,203), en is die gevolg van veranderings wat die boodskap ondergaan soos dit deur die kommunikasiesisteem beweeg. Soos later in hierdie artikel aangetoon word, kan dit stremming in die funksionering van personeellede in die organisasie teweegbring.

Die mens in die hospitaal-organisasie as burokrasie

Benewens die onderskeie strukturele aspekte van die hospitaal moet die individu as bekleër van 'n posisie in die hospitaal nooit uit die oog verloor word nie. Buiten die hiërargiese opset, beklee individue posisies as staf- of lynfunksionarisse in professionele- of administratiewe poste. Die staf-lyn verhouding is reeds bespreek en die stremming wat daaruit voortspruit sal in die laaste deel van die artikel bespreek word. Addisioneel hiertoe, word die pasiënt as individu ook deur die staf-lyn verhouding geraak.

Die informele organisasie in die hospitaal as burokrasie

Van Rensburg (1975:151) definieer die informele organisasie as *daardie netwerk van persoonlike en sosiale verhoudings wat nie deur die formele organisasie neergelê of voorgeskryf is nie en waaroor die organisasie gevolglik ook min beheer het.*

Die informele organisasie in die hospitaal openbaar 'n komplekse struktuur waarin veral drie interafhanklike komponente onderskei kan word, naamlik definitiewe sosiale groepe soos klieks en skindergroepe, 'n informele kultuur wat onder andere gedragskodes asook vooroordele, ideologieë, stereotipes en so meer insluit, en laastens, 'n netwerk van informele kommunikasiekanale bekend as die *grapevine* waarvolgens gerugte, skinderstories en inligting, wat vir die informele organisasie belangrik mag wees, oorgedra word.

Met die genoemde strukturele aspekte van die hospitaal as 'n burokrasie in ag genome moet voorts besin word oor **hoe** hierdie burokratiese struktuur stremminge voortbring wat die funksionering van die individue in die organisasie — personeel sowel as pasiënte — beïnvloed.

STREMMINGE VOORTVLOEIEND UIT DIE FORMELE OPSET VAN DIE HOSPITAAL AS BUROKRASIE

Stremminge voortvloeiend uit die burokratiese struktuur van die hospitaal

In hierdie verband word veral aan aspekte soos aliënasie, depersonalisasie en die burokratiese persoonlikheid gedink.

Aliënasie impliseer die verwydering van die werker vanaf die produk en middele van produksie, die afwesigheid van die beskouing van werk as 'n wyse van self-ekspressie, asook 'n gevoel van isolasie. Vanweë spesialisasie in veral die bedryf, is werkers nie in staat om hul eie bydrae tot die finale eindproduk te identifiseer nie (Faunce, 1981:188).

Depersonalisasie verwys na konstante druk deur die burokrasie op die individu om *metodies, nougeset en gedissiplineerd* te wees en die vervanging van informele verhoudings deur struktureel-verpligte verhoudings (Merton, 1968:253).

Die burokratiese persoonlikheid word volgens Merton (1968:254) deur 'n oorkonformiteit aan reëls en regulasies gekenmerk asook rigiditeit en 'n onvermoë om aanpassings te maak.

Aliënasie kom definitief in die hospitaalkonteks voor, en wel in twee verskillende vorms. Eerstens gee die moderne medies-tegnologiese opset van die hospitaal, veral in die intensiewe verplegingseenhede, daartoe aanleiding dat daar 'n afstand tussen die verpleegkundige en die pasiënt ontstaan deurdat die verpleegkundige oorafhanklik raak van die masjien wat byvoorbeeld gebruik word om vitale tekens soos asemhaling, polsspoed, bloeddruk en hartklop van 'n akute siek pasiënt te monitor. Tweedens, en meer volop, word afstand tussen verpleegkundige en pasiënt in die hospitaal teweeggebring deur die vermeerderde administratiewe take wat deur die verpleegkundige verrig moet word, soos die invul van bestelvorms in triplikaat, die beantwoording van honderde telefoonoproepe per dag, en vele ander aspekte wat veroorsaak dat sy minder tyd aan die werklike versorging van die pasiënt kan bestee. Hierdie toenemende administratiewe taakverrigting kan wél by die verpleegkundige 'n oorbewustheid van burokratiese reëls en regulasies veroorsaak — 'n oorbewustheid van *red tape* wat Merton (1968:254) illustreer as die *"bureaucratic virtuoso, who never forgets a single rule binding his action and hence is unable to assist many of his clients* ***or patients*** (vetdruk myne).

Verdere aspekte in die verpleegsituasie wat as gevolg van die formele burokratiese prosedure voorkom, is die neiging van verpleegkundiges om 'n pasiënt te reduseer tot 'n orgaan of 'n nommer, soos deur byvoorbeeld te praat van die *koronêr in bed 14,* om spreektaal en kommunikasie tussen mekaar te vergemaklik en te bespoedig. Rosenthal *et al* (1980:62) noem dit *one method of coping with stress . . . and the worker-client relationship in service occupations in general, is the use of client typologies by workers . . . they enable nurses to identify specific types of patients and then to orient their behaviour according to these classifications.*

Van Rensburg (1975:148,149) identifiseer die ontstaan van die informele organisasie as 'n reaksie tot of teenvoeter vir die formele organisasie. Die formele organisasie en formele burokratiese prosedure gee daartoe aanleiding dat persoonlike belange en behoeftes geïgnoreer word, persoonlike inisiatief gesmoor en die persoonlikheid tot 'n blote nommer of pos in die hiërargiese leer degradeer word. Die informele organisasie ontstaan direk as gevolg van die formele organisasie deurdat personeellede op so 'n wyse tot mekaar en in werksituasies geplaas word dat dit persoonlike en sosiale verhoudinge vergemaklik en stimuleer (Van Rensburg, 1975:152).

Probleme betreffende die dubbele gesagstruktuur verbonde aan sekere posisies in die hospitaal as formele organisasie

Die probleme verbonde aan die dubbele gesagstruktuur van sekere posisies in die hospitaal, verwys na die posisies van die onderskeie professionele persone in die hiërargie van die hospitaal, veral die geneeshere en geregistreerde verpleegkundiges. Beide hierdie kategorieë personeel is onderworpe aan reëls en regulasies soos daargestel deur die burokratiese struktuur van die hospitaal, sowel as die onderskeie professionele etiese kodes aan hul professies verbonde. Dit stel 'n dubbele gesagstruktuur daar wat botsende lojaliteite teweegbring en wrywing en konflik kan veroorsaak. Die geneesheer wil net die beste behandeling vir sy pasiënt voorskryf en kan dit dan dikwels nie doen nie, omdat die hospitaalregulasies nie vir die aanhouding van byvoorbeeld spesifieke tipes medisynes in die hospitaalapteek voorsiening maak nie.

Die verpleegkundige is aan dieselfde dilemma as die geneesheer blootgestel, in dié sin dat sy opdragte vanuit verskeie oorde ontvang, soos vanaf die suster, die geneesheer, die fisioterapeut en vele ander, en aan almal verantwoording moet doen. Dan staan sy ook in diens van die lynorganisasie aan wie se reëls en regulasies sy onderworpe is, en, benewens die voorafgaande, staan sy onder beheer van 'n professionele liggaam wat haar praktyk, handelinge en versuime beheer — die S.A. Raad op Verpleging. Van Rensburg (1975:146) verklaar dat die verpleegkundige as gevolg van die bogenoemde vasgevang word in 'n rolkonflik wat direk uit die hospitaalstruktuur spruit in dié sin dat die verwagtinge van die staf- en lynorganisasie en haar eie professionele voorskrifte en verpligtinge nie ooreenstem nie.

In dieselfde trant as die bogenoemde word verwys na staf-lynkonflik in die konteks van die hospitaal waar botsende belange sowel as 'n feitlik simbiotiese interafhanklikheid tussen die staf- en lynorganisasie van die hospitaal tot stremming en wrywing kan lei. Die lynorganisasie, in die vorm van die administrasie, is daarop gemik om die doelstellings van die hospitaal te verwesenlik binne 'n realistiese minimum koste. Aan die ander kant wil die staforganisasie die doelstellings van die hospitaal as gesondheidsorganisasie verwesenlik deur die maksimum kwaliteit van sorg aan die pasiënt te verleen ongeag die koste, en neem dikwels ook nog aan duur navorsingsprojekte om genesingstegnieke te verbeter deel. Hoewel beide die staf- en lynorganisasie dus daarna streef om die doelstellings van die hospitaal as 'n gesondheidsorganisasie te verwesenlik, is daar wel botsende belange in die bereiking van hierdie doelstellings.

Op 'n ander vlak word konflik tussen doelstellings van die organisasie geïdentifiseer wanneer die doelstellings van subgroeperinge in die organisasie van mekaar verskil en die doeltreffendheid van die werkverrigtinge in die wiele ry. In hierdie verband word veral gedink aan die doelstellings van die informele organisasie wat kan bots met dié van die lynorganisasie (Van Rensburg, 1975:156), asook onderlinge botsing tussen verskillende informele groeperinge. Hierdie konfliksituasie moet versigtig hanteer word omdat dit kan deurfiltreer vanaf die uiteindelike doelstelling van die organisasie, naamlik die instandhouding van die gesondheid van die individu in die gemeenskap, na die pasiënt in die konkrete hospitaalsituasie en die pasiënt daardeur benadeel kan word.

Probleme betreffende koördinasie in die hospitaal as formele organisasie

Volgens Van Rensburg (1975:148) is koördinasie een van die mees fundamentele probleme waarmee die groot moderne hospitaal te doen kry. Die probleem van koördinasie spruit direk uit die groot mate van segmentasie, veral meegebring deur toenemende strukturele differensiasie en funksionele spesialisasie, waar die hospitaal al hoe meer in gespesialiseerde take of taakgebiede onderverdeel word, asook die verdeling van personeel in verskillende afdelings en departemente. In die praktyk word dikwels gevind dat 'n pasiënt wat aan 'n siekte van een orgaan of sisteem ly, met die aantasting van 'n ander orgaan of sisteem na 'n ander afdeling of selfs 'n ander hospitaal oorgeplaas word en uiterste fragmentasie van sorg ervaar. Van Rensburg (1975:148) verwys ook in hierdie verband na ruimtelike segregasie wat impliseer dat dele van dieselfde hospitaal oor 'n uitgestrekte gebied versprei is wat doeltreffende kommunikasie strem en tot probleme met betrekking tot die koördinering van werksaktiwiteit aanleiding gee.

Probleme betreffende kommunikasie in die hospitaal as formele organisasie

Hall (1974:281) wys op enkele nadelige aspekte van die kommunikasienetwerk in groot organisasies, en verklaar dat afwaartse kommunikasie, soos dit langs die kommunikasielyne afbeweeg, meer gedetailleerd en spesifiek word, terwyl opwaartse kommunikasie, soos dit opbeweeg meer gekondenseerd en opsommend word. Dit skep moontlikhede vir distorsie van boodskappe, wat dan tot stremming in die organisasie kan lei. Distorsie verwys na die verandering wat 'n boodskap ondergaan terwyl dit deur die kommunikasienetwerk beweeg, en vind plaas omdat individue selektief hoor. In die hospitaal gebeur dit dikwels dat distorsie van 'n boodskap plaasvind as gevolg van telefoniese stoornisse en -geraas.

Uitlating van belangrike dele van 'n boodskap kan ook weens oorlading van die kommunikasienetwerk plaasvind, waartydens die individu wat die boodskap ontvang nie die totale inhoud van die boodskap verstaan nie en net die dele wat hy wél verstaan oordra. Dit kan in die hospitaalsituasie baie maklik gebeur, soos wanneer 'n junior studentverpleegkundige 'n telefoniese boodskap wat ingewikkelde pasiëntsorgmaatreëls insluit aan die geregistreerde verpleegkundige moet oordra.

Rushing (1969:434) in Litterer wys daarop dat soos die grootte van die organisasie toeneem, die direkte persoonlike kontak tussen lede van die organisasie afneem, wat op sy beurt weer tot kommunikasie-ineenstortings aanleiding gee. Gekodifiseerde standaardprosedures wat in die topstrukture van die hiërargie ontstaan, bevat inligting en boodskappe op grond waarvan besluite in die organisasie voortdurend geneem word. Dit gee dan aanleiding tot kommunikasieprobleme in die organisasie in dié opsig dat hierdie inligting en boodskappe dikwels deur verskillende persone op verskillende wyses geïnterpreteer word. In die hospitaal kom hierdie verskynsel dikwels voor by die inhoud van tegniese boodskappe oor pasiënt-

sorg asook die inhoud van beleidsdokumente wat in hoë, dikwels onverstaanbare taal geskryf is en deur personeel geïnterpreteer moet word.

Stremminge ervaar deur die pasiënt

Die pasiënt word gesien as die persoon waarom alle aktiwiteite in die hospitaal gesentreer word. Tydens die hospitaliseringsproses ervaar die pasiënt onder andere sekere behandelingsprosesse wat nadelig op hom kan inwerk en wat dikwels deur die formele strukturele opset van die hospitaal vererger word.

Die invloed van die medieshiërargiese gesagstruktuur

Wanneer hy in die hospitaal opgeneem word, word die pasiënt ontwortel uit sy huislike omgewing en sy beroepsfeer en verkeer hy in omstandighede waar beperkings soms selfs geplaas word op die aantal kere en tye wanneer hy besoek van sy familie en betekenisvolle andere mag ontvang. Die personeel in die hospitaal staan affektief-neutraal teenoor hom, hy is in elke situasie aan reëls en regulasies blootgetel, en daar word van hom verwag om in 'n baie kort tydjie by hierdie vreemde omstandighede aan te pas (Van Rensburg, 1975:158). Ten Have (1979:24) wys op die betekenis daarvan vir die pasiënt om alle aktiwiteite gedurende die dag in dieselfde ruimte uit te voer in die onmiddellike nabyheid van ander wat op presies dieselfde wyse as die pasiënt behandel word.

Soos tevore op gewys, word die pasiënt van die verpleegpersoneel gealiëneer deur masjientegnologie, byvoorbeeld in intensiewe eenhede, en ook deur 'n toename in die administratiewe take van verpleegpersoneel (Van Rensburg 1975:160,161). Die afstand tussen die pasiënt en die mediese personeel is nog groter omdat die geneesheer vir 'n baie kort tydjie tydens 'n saalrondte fisies in die afdeling is en dan dikwels van ander personeel soos die afdelingsuster of ander geneeshere vergesel is. Die geleentheid vir 'n private gesprek, tensy die pasiënt blatant daarvoor vra, is maar skraal. Die pasiënt is dus feitlik totaal aan homself oorgelaat en het die meeste persoonlike kontak met baie junior verpleegpersoneel soos studentverpleegkundiges wat byvoorbeeld sekere terapeutiese prosedures op hom moet uitvoer, soos die hernuwing van 'n verband of iets dergeliks. Rosenhahn (1978:300) in Schwartz verklaar as volg: *Eye contact and verbal contact reflect concern and individuation: their absence, avoidance and depersonalization.* Hy beskryf die pasiënt as magteloos, en verwys in hierdie verband veral na die psigiatriese pasiënt.

Parsons (1979:25) in Ten Have identifiseer die rol van die geneesheer teenoor die pasiënt as affektief-neutraal, funksioneel-spesifiek en kollektief-gerig. Hierdie standaardgedrag teenoor die pasiënt aksentueer die hulpbehoewendheid van die pasiënt.

Assimilasie van die pasiënt tot die organisatoriese proses

Tydens sy verblyf in die hospitaal word daar subtiel druk op die individu uitgeoefen om *saam te smelt* met die hospitaalomgewing en -prosedures. Sou 'n pasiënt byvoorbeeld in 'n motorongeluk betrokke raak en in die hospitaal opgeneem word, sal amptelike hospitaalnagklere aan hom uitgereik word, sy mobiliteit — waarskynlik as gevolg van sy beserings — beperk word, en die besittings wat hy by hom gehad het ten tye van opname, in veilige bewaring geplaas word om diefstal te voorkom. Coe (1975:186) in Jones noem dit *stripping* wat . . . *results in 'every distinctly personalising symbol, material or otherwise . . . (being) . . . taken away, thus reducing the patient to the status of just one of many.*

Verder is die pasiënt redelik hulpeloos en baie afhanklik van die verpleegpersoneel, en verkeer hy saam met ander met 'n soortgelyke lot. Daar is dus 'n gebrek aan privaatheid en, met die spesialisasieaspek in hospitale vandag, is die moontlikheid dat sy mede-pasiënte aan dieselfde siektetoestand as hy ly, baie groot. Coe (1978:336) identifiseer vier wyses waarop pasiënte by die hospitaliseringsproses aanpas:

— fisiese of psigologiese onttrekking, waartydens die pasiënt nie op fisiese of psigologiese stimuli vanuit sy omgewing reageer nie, byvoorbeeld deur sy kop weg te draai wanneer verpleegpersoneel poog om met hom te kommunikeer
— agressie, wat gewoonlik geopenbaar word deur weerstand teen die reëls en regulasies waaraan die pasiënt onderworpe is. Dit kan die ignorering van die geneesheer se bevele meebring, byvoorbeeld deur op te staan wanneer die geneesheer dit verbied, of die vorm aanneem van weiering om medikasie in te neem
— integrasie tot die groep en institusionele aktiwiteite, wat veral voorkom by chroniese, langtermyn siek pasiënte wat 'n groepsidentiteit en nuwe patrone van sosiale interaksie aanneem en nuwe definisies aan hul situasies gee
— aanvaarding van hul situasie, wat 'n positiewe effek kan hê op korttermynpasiënte deur hul verlore status as onafhanklike individue aan hulle terug te besorg, en 'n negatiewe effek op langtermynpasiënte kan hê deurdat dit aanleiding kan gee tot *hospitalisme*, waartydens die pasiënt só afhanklik van die hospitaalomgewing raak dat hy glad nie weer in die buitewêreld kan aanpas nie.

Daar moet wel op gelet word dat hierdie aanpassingsmeganismes, veral die laaste twee, meestal ter sprake kom in die psigiatriese hospitaal en by pasiënte wat vir lang tydperke gehospitaliseer word.

Die invloed van sekere aktiwiteite in die hospitaal op die pasiënt

Soos reeds gemeld word die pasiënt gealiëneer deur prosedures wat hul oorsprong in die burokratiese stelsel het, asook die feit dat administratiewe take van verpleegpersoneel toeneem. Masjiengerigtheid by verpleegpersoneel dra ook tot hierdie aliënasie waaraan die pasiënt blootgestel is by. Die affektief-neutraliteit en kategorisering deur geneeshere en verpleegpersoneel dra ook daartoe by dat die pasiënt geïsoleer begin voel in die hospitaalsituasie.

Sekere prosedures en terapeutiese ingrepe wat noodwendig op die pasiënt uitgevoer word weens die aard van sy siekte dra egter verder tot die pasiënt se traumatiese ervaring in die hospitaal by. Kutner (1972: 389) in Jaco verklaar dat chirurgie die liggaam se outonomie bedreig, die pasiënt onveilig laat voel omdat sy lewe van die bekwaamheid van die narkotiseur afhang daar narkose op sigself lewensgevaarlik is, en soms moet

die pasiënt 'n ledemaat of orgaan prysgee. Verder gaan fisiese pyn en ongemak met chirurgie gepaard. Kutner (1972:389,390) in Jaco gaan voort deur te verklaar dat die hospitaalomgewing distorsie in die verhoudings tussen die pasiënt en lede van die hospitaalpersoneel teweegbring, en verwys na die verkorte tyd beskikbaar tussen die mees betekenisvolle persone vir die pasiënt in die hospitaalmilieu, naamlik die verpleegpersoneel en geneeshere. Hierop is vantevore gewys. Addisioneel hiertoe kom die verskynsel van geheimhouding van die pasiënt se diagnose dikwels voor — moet die pasiënt bewus wees van sy diagnose of nié? Hierdie etiese vraagstuk kom veral by pasiënte wat aan terminale siektes ly voor. Daar bestaan 'n traagheid by geneeshere om die pasiënt se diagnose aan hom te openbaar. Kutner stel dit so: *Thus, evasions, partial explanations, hedging and* white lies *are part of the daily interaction with patients.* Rosenthal *et al* (1980:62,63) wys op etikettering van pasiënte deur verpleegkundige personeel en beskryf dit as 'n metode om spanning en konflik in die verpleegkundige-pasiënt-verhouding te hanteer. Die outeur gaan voort om vyf dimensies onderliggend aan die gebruik van pasiënttipologieë te identifiseer: *facilitation of work, control, gain, danger, and moral acceptability.* Die beginsel mees toepaslik op pasiënte in die hospitaal is *that* good *clients are those who facilitate or contribute to workers' efficiency and* bad *clients are those who hinder or cause problems for the workers.* Mediese of lekeetikette kan gebruik word om pasiënte mee te kategoriseer.

Rosental *et al* (1980:64) gaan voort deur tot die gevolgtrekking te kom dat *individuals thus come to be perceived as* types *rather than as unique persons.* Etikettering gee aan hospitaalpersoneel emosionele en morele immuniteit of verminderde betrokkenheid aldus Goffman. Illich (1977:175) sluit hierby aan: *language is taken over by the doctors: the sick person is deprived of meaningful words for his anguish, which is thus further increased by linguistic mystification* — Illich noem dit die gebruik van *scientific slang,* en verklaar dat die gebruik hiervan ook dui op die *use of a special language of an elite profession.* (Illich, 1977:176)

Stremminge voortvloeiend uit die tegnologie in die hospitaal

Die aliënerende aspek van die masjien ten opsigte van die pasiënt is reeds bespreek en daar is reeds gewys op die depersonaliserende en dehumaniserende effek daarvan op die pasiënt. Dit vind veral in intensiewe eenhede plaas en word ook gevind by hoogs gesofistikeerde prosedures, meesal van baie waarde met diagnose van siektetoestande, soos hartkateterisasie, radiumterapie, sonarondersoeke en vele ander. Volgens Ellul (1964:384) maak die tegnologie sy grootste bydrae in die chirurgie en die medisyne. Kotzé (1979:57) verklaar . . . *in die moderne situasie word die intimiteit van vertrouende intermenslike kontak toenemend vervang met die ondersoek met moderne apparaat en onder 'n elektroniese mikroskoop in die moderne laboratorium wat die afstand tussen geneesheer en pasiënt en tussen verpleegster en pasiënt 'n fisiese werklikheid maak.* Faunce (1981:205,206) identifiseer die tegnologie as een van die prominentste kenmerke van 'n post-industriële samelewing. Stanley (1978:58,59) kom tot die gevolgtrekking dat die tegnologie gebruik word om die mens se menswaardigheid te manipuleer.

SAMEVATTING

Daar is in hierdie artikel gekyk na 'n verskeidenheid van aspekte wat met burokratisering in die konteks van die hospitaal verband hou. Daar is gekyk na die historiese ontwikkeling van die burokratisering van die hospitaal, die burokrasie en sy kenmerke en die burokratisering van die hospitaal is in verdere detail toegelig. Laastens is stremmingspunte wat deur die burokratiese struktuur van die hospitaal voortgebring word bespreek, en is na verskeie probleme op alle vlakke in die hospitaal gekyk, onder andere probleme vanuit die gesagstruktuur van die hospitaal as 'n burokrasie, probleme vanuit die koördinasieaspek in die hospitaal, probleme betreffende kommunikasie in die hospitaal, die invloed van die burokratiese struktuur op die pasiënt, en stremminge veroorsaak deur die toenemende gebruik van tegnologiese apparaat in die behandeling van die pasiënt in die hospitaal.

Die mediese tegnologie, hoewel meesal negatief beskou in die konteks van pasiënt-aliënasie, neem tóg 'n belangrike plek in die behandelingsregime van die pasiënt in. Dit moet egter deur verpleegkundige- en mediese persone vermenslik word, en 'n sensitiwiteit vir hierdie aspek moet in die verpleeg- en mediese praktyk gekweek word sodat die menswaardigheid van die pasiënt-in-totaliteit nie geskend word nie.

BIBLIOGRAFIE

1. Abel-Smith, B. *A History of the Nursing Profession* Butler & Tanner London 1960
2. Blau, P M; Scott W R. *Formal Organizations* Chandler San Francisco 1962
3. Bloom, S W. *The doctor and his patient* Collier-MacMillan Toronto 1963
4. Coe, R M. *Sociology of Medicine* McGraw-Hill New York 1978
5. Ellul, J. *The Technological Society* Vintage Books New York 1964
6. Faunce, W A. *Problems of an Industrial Society* McGraw-Hill New York 1981
7. Freidson, E. *The Hospital in Modern Society* Free Press New York 1963
8. Hall, R H. *Organizations: Structure and Process* Prentice Hall New Jersey 1974
9. Hall, R H *Organizations: Structure and Process* Prentice Hall New Yersey 1980
10. Illich, I. *Limits to medicine* Penguin Books Harmondsworth 1976
11. Jaco, E G. *Patients, Physicians and Illness* Free Press Glencoe 1972
12. Jones K.; Jones, P. *Sociology in medicine* English Universities Press London 1975
13. Kotze, W J. *Begeleiding in die Verpleegkunde* SAVV Pretoria 1976
14. Litterer, J A. *Organizations: Structure and Behaviour* Volume 1 Wiley & Sons New York 1969
15. Merton, R. *Social Theory and Social Structure* Free Press Glencoe 1968
16. Nuyens, Y. *Sociologie en Gezondheidszorg* Nederlandsche Boekhandel Antwerpen 1969
17. Parsons, T. *Structure and process in modern societies* Free Press New York 1960
18. Rosenthal, F J. *et al Nurses, patients and families* Croom Helm London 1980
19. Schwartz, H D.; Kant, C S. *Dominant issues in medical sociology* Addison Wesley Reading 1978
20. Singer, C.; Underwood, E A. *A short history of medicine* Clarendon Press Oxford 1962
21. Stanley, M. *The technological conscience* Free Press Collier MacMillan New York 1978
22. Ten Have, H. *Het verpleeghuis, veld van ondersoek* Von Loghum Statenus Deventer 1979
23. Van Rensburg, H C J. *Mediese sosiologie vir verpleegsters* Academica Pretoria 1975
24. White, R. *Social change and the development of the nursing profession* Henry Kimpton London 1978
25. Wrong, D. *Max Weber* Prentice-Hall New Jersey 1970