

## IN HET ZIEKENHUIS

*Rede van C. L. van Woelderen, voorzitter van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, gehouden ter opening van het XVe Ledencongres der Maatschappij, op 4 en 5 oktober 1963 te Tilburg.*

**A specialist is a man who knows  
more and more about less and less.**

Met bovenstaand motto in gedachten en dit motto enerzijds beschouwend als een uitdaging en anderzijds als een excuus, wil ik hedenmiddag trachten u een schets te geven van de positie van de specialist in het ziekenhuis – zoals ik die zie – en van de problematiek die speelt rond de symbiose van de specialist en het ziekenhuis. Al bij voorbaat moet ik u zeggen dat ik niet volledig zal kunnen zijn. De problematiek vertoont te veel facetten om deze alle te belichten in de mij hiervoor toegemeten tijd.

We moeten ruim driekwart eeuw teruggaan om in Nederland de eerste tekenen van specialisering te zien ontstaan. In deze tijd treden ook de eerste bundelingen van specialisten op, zich manifesterend in het ontstaan van de eerste wetenschappelijke verenigingen. Bijna een jaar geleden vierde de Nederlandse Gynaecologische Vereniging, als eerste, haar 75-jarig bestaan.

Voordien was er nauwelijks sprake van enige specialisatie. Een duidelijke afspiegeling van deze toestand vinden we in de wet van 1865, regelende de uitoefening der geneeskunst, aangevuld door de wet van 1878, regelende de verkrijging van de bevoegdheid. Bepaald werd dat de hoedanigheid van arts, verkregen door het afleggen van de vereiste examens, de bevoegdheid geeft de geneeskunst in haar volle omvang uit te oefenen. Velen van ons herinneren zich nog de, thans verouderde, aankondiging op de deur van de arts: genees-, heel- en verloskundige.

De splitsing in specialismen zien we in toenemende mate zich ontwikkelen tot op de dag van heden. Dit specialiseringsproces grijpt, evenals elders in de samenleving, ook in de artsenwereld, steeds verder om zich heen. Zo is de specialisering thans in volle gang in de sector sociale geneeskunde.

Parallel aan de vergroting van het aantal specialismen en de ontwikkeling binnen de diverse specialismen zien we een toenemende aandrang op de toenmalige gasthuizen en inrichtingen ontstaan, hun deuren te openen voor de specialist en zijn patiënt. Deze aandrang werd nog versterkt door de steeds groter wordende mogelijkheden op diagnostisch en therapeutisch gebied de zieke mens te hulp te komen op steeds effectievere wijze.

Waar aanvankelijk de huisarts de nodige geneeskundige zorg kon geven aan de verpleegden in de inrichtingen – instellingen die meestal op charitatieve basis waren ge-



*C. L. van Woelderen*

schoeid – zien wij hoe langer hoe meer de specialisten deze taak overnemen. Er ontstond een stormachtige ontwikkeling in deze gasthuizen en ziekenverpleeginrichtingen, die daardoor allengs veranderden in wat we nu een ziekenhuis plegen te noemen.

De eisen die aan de technische outillage van de ziekenhuizen werden gesteld en de zwaardere verantwoordelijkheid, die het verplegend personeel te dragen kreeg, zijn er oorzaak van geweest dat de ziekenhuisbesturen vroeger of later tot de conclusie moesten komen dat een ziekenhuis een groot bedrijf is, een continu-bedrijf zelfs, met alle daarmee verband houdende specifieke economische, financiële en organisatorische vraagstukken.

Ter illustratie wil ik u wijzen op de cijfers van de kosten van een bed in een nieuw te bouwen ziekenhuis, die in 1939 bedroegen f 6000,—, in 1950 f 20.000,—, in 1958 ruim f 30.000,—, terwijl thans moet worden gerekend met een bedrag van meer dan f 50.000,— per bed. Deze stijging van de kosten is heus niet alleen toe te schrijven aan de voortschrijdende ontwaarding van het geld.

\* \* \*

Na deze korte historische inleiding wil ik nu overstappen naar de tegenwoordige tijd om te bezien hoe de positie van de specialist in het ziekenhuis is geworden en welke proble-

matiek zich om hem en zijn werk in het ziekenhuis afspeelt.

Voor goed begrip moet ik eerst vaststellen welk soort ziekenhuis mij voor ogen staat bij mijn volgend betoog. De Academische ziekenhuizen laat ik hedenmiddag buiten beschouwing in verband met het zeer eigen karakter dat deze instellingen hebben met hun op de voorgrond staande onderwijsopdracht en opdracht tot wetenschappelijk onderzoek. Ook wil ik niet in mijn beschouwing betrekken de kleine monospecialistische klinieken en de kleine, zich algemeen noemende ziekenhuizen. Als ik dus over het ziekenhuis spreek, heb ik het oog op de middelgrote en grote Algemene Ziekenhuizen met gehele of gedeeltelijke opleidingsbevoegdheid.

Ik noemde reeds het woord symbiose, daarmee aanduidend dat er een werkelijk „niet buiten elkaar kunnen” bestaat van het huidige ziekenhuis en de specialist. Ik gebruikte met opzet het woord symbiose en niet het woord voor een andere vorm van samenleving, die ook in de natuur voorkomt, het parasitisme. Van beide zijden hoort men wel eens bij meningsuitingen over de belangengemeenschap, die er bestaat tussen de specialist en het ziekenhuis, door klinken dat er meer een parasitaire verhouding zou bestaan dan een werkelijke symbiose en dan zitten wij meteen in medias res. De misverstanden tussen ziekenhuisbesturen met de directies enerzijds en de specialisten anderzijds zijn in de meeste gevallen terug te voeren tot een elkaar niet verstaan, een elkaars denkwijze niet aanvoelen en een vaak niet overtuigd zijn van elkanders goede bedoelingen.

Voor dit elkaar misverstaan zijn wel enige redenen aan te voeren. De gemiddelde *specialist* is een hard werkend mens, geheel in beslag genomen door zijn fascinerend werk, die in zijn concentratie zo min mogelijk wil worden gestoord. Door zijn positie als hoofd van een afdeling en zijn leiding gevende functie tegenover het verplegend personeel, is hij gauw geneigd te menen dat hij het altijd weet, zelfs op een terrein, waar hij niet deskundig is. De *ziekenhuisbesturen* zijn voor het grootste deel samengesteld uit personen, die, hoe deskundig ook op hun eigen terrein, voor de moeilijke taak staan het beleid te bepalen in een bedrijf, waarvan zij eigenlijk alleen de zakelijke facetten, en dit is dus eigenlijk alleen de buitenkant, kennen en niet deskundig kunnen zijn over hetgeen binnen het bedrijf gebeurt. Voorwaar een, op de keper beschouwd, moeilijke en weinig benijdenswaardige positie.

Intussen ligt in de beschrijving van de moeilijkheden de oplossing besloten. Wederzijds moet begrip worden opgebracht voor elkanders deskundigheid om vervolgens de vraagstukken in een sfeer van vertrouwen tot oplossing te brengen.

Door de sterke splitsing in specialismen, speelt trouwens de deskundigheidskwestie ook een rol in de specialistenkring zelf, vooral waar het betreft de zogenaamde hoofdspecialismen.

Tot beter begrip van de hier liggende problemen is het verhelderend in gedachten over te nemen de reeds door anderen naar voren gebrachte verdeling van de specialismen in drie groepen: 1. de hoofdspecialismen, 2. de deelspecialismen en 3. de hulpspecialismen. Onder de *hoofdspecialismen* moeten gerangschikt worden:

a. de Algemene Interne Geneeskunde, b. de Kindergenees-

kunde, c. de Algemene Chirurgie, d. de Verloskunde en Gynaecologie, e. de Neurologie en Psychiatrie, f. de Neus-, Keel- en Oorheelkunde, g. de Oogheelkunde, en h. de Dermatologie.

De vier laatstgenoemde specialismen zijn op dit moment te beschouwen als hoofdspecialismen, hoewel zij oorspronkelijk als deelspecialismen ontstonden. Zij voeren thans echter een volledig zelfstandig bestaan in hun praktijkuitoefening.

Als *deelspecialismen van chirurgische huize* zijn te beschouwen de Urologie, Neurochirurgie, Orthopaedie en de Thoraxchirurgie (met Long- en Hartchirurgie).

*Deelspecialismen ontstaan uit de Algemene Interne Geneeskunde* zijn: de Cardiologie, Longziekten, Rheumatologie, Maag-, Darmziekten, Stofwisselingsziekten en Endocrinologie. Ook valt hier soms nog de Haematologie onder te rekenen.

Onder de laatste groep, de zogenaamde *hulpspecialismen*, moeten worden gerangschikt: de Röntgenologie, Radiologie, Anaesthesiologie en de zgn. Laboratoriumspecialismen: Pathologische Anatomie, Klinische Chemie en Bacteriologie.

Ik ben mij zeer wel bewust bij deze indeling hier en daar arbitrair te werk te gaan. De indeling is echter slechts bedoeld als werkschema en moet ook als zodanig worden beschouwd. Mocht ik toch ergens op gevoelige tenen zijn gaan staan, dan vraag ik bij voorbaat vergiffenis.

\* \* \*

Uit de zojuist gegeven indeling en opsomming van de verschillende specialismen in een Algemeen ziekenhuis komt intussen duidelijk naar voren, dat aan een zekere ordening, of vorming van een hiërarchie in deze veelzijdigheid niet te ontkomen valt. De specialismen zijn, als de takken van een breedgekroonde boom, zo ver uiteengegroeid, dat het bijvoorbeeld mogelijk is dat de laboratoriumarts in een stafbijeenkomst een beschouwing geeft over een onderwerp, dat een aantal specialisten van andere specialismen niet alleen niet raakt in hun praktijk, maar zelfs geheel langs hen heengaat door onbekendheid met de gebruikte terminologie.

De tijd is voorbij dat de chirurg zijn eigen Röntgenkamer had, met een apparaat vaak slechts met touwtjes en ijzerdraadjes te bedienen door de laboratoriumknecht. De tijd is voorbij dat elke opererende specialist op zijn manier de postoperatieve shock behandelt. U voelt waar ik al pratende naar toe wil: naar de groepssamenwerking van specialisten in het ziekenhuis.

Samenwerking in groepsverband onder artsen is in de medische wereld niet nieuw. Wij kennen al lang het bestaan van research teams voor wetenschappelijk onderzoek. Ook op maatschappelijk terrein zien wij de artsen in groepsverband optreden; een algemeen bekende vorm van samenwerking is de praktijkuitoefening van 2 of meer artsen in associatieverband.

Binnen de muren van het ziekenhuis spelen twee andere vormen van samenwerking een rol, namelijk de samenwerking bij de uitoefening van de geneeskunst in engere zin en de samenwerking op organisatorisch en maatschappelijk gebied in stafverband. Over het laatste, de samenwerking

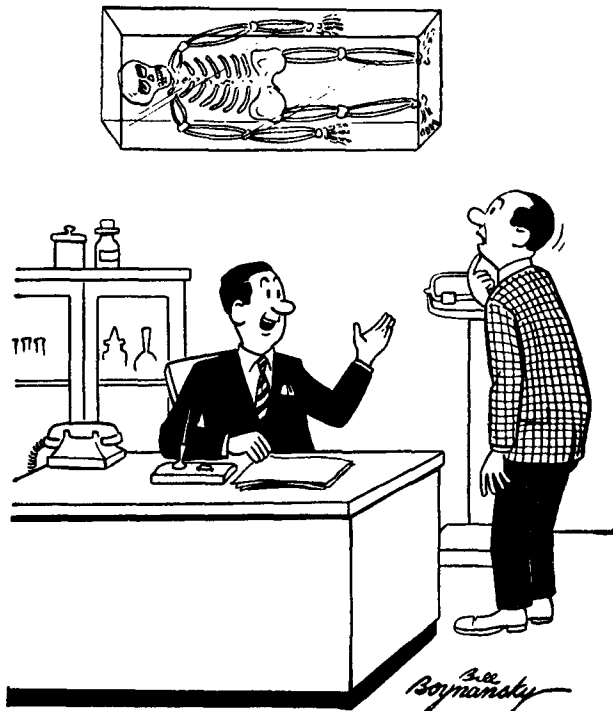
in stafverband wil ik kort zijn. In de proeve van een reglement voor de medische staf, opgesteld door een commissie van de Landelijke Specialisten Vereniging en aanvaard door de ledenvergadering van de Landelijke Specialisten Vereniging, staat, dat het doel van de staf is, „door goede samenwerking te komen tot de beste geneeskundige verzorging, het beste wetenschappelijk verantwoord peil van het medische werk en de meest efficiënte werkwijze”.

Ik wil slechts enkele punten, waar in samenwerking resultaten kunnen worden verkregen, noemen: de beddenverdeling onder de specialismen in het ziekenhuis, uniforme status, centrale registratie voor statistische doeleinden, de zgn. „medical audit” in welke vorm dan ook – toetsing van het medische werk in de ziekenhuizen – oudedagvoorziening in collectief verband e.t.q. Zoals u ziet intussen, komen hier ook punten naar voren, die van belang zijn voor de standing van het ziekenhuis en, in verder liggend verband, ook voor de algemene volksgezondheid in Nederland.

Dat zich bij genoemde onderwerpen vragen voordoen, die het moeilijke terrein van de medische ethiek en het medisch beroepsgeheim raken, zal een ieder duidelijk zijn. Het zoeken naar de oplossing van deze vraagstukken wordt er niet gemakkelijker door, maar wel interessanter.

\* \* \*

Een gebied met meer voetangels en klemmen is dat van de samenwerking van de specialisten in het ziekenhuis bij de behandeling van de patiënt. Van deze samenwerking zijn nog weer twee vormen te onderscheiden, namelijk een vorm, die ik zou willen noemen de incidentele vorm en daarnaast



„Dat was mijn eerste patient.”

de gerichte vorm, zoals wij die kennen bij het hart-team of het long-team.

De eerste vorm kan ik u het best duidelijk maken aan de hand van een voorbeeld uit mijn eigen praktijk. Een oude vrouw wordt opgenomen met een voor haar zeer hinderlijke, maar niet levensbedreigende afwijking. Een goed afwegen van het operatierisico tegenover het ongemak, waarvoor patiënte hulp zoekt, is zeker op zijn plaats en dus wordt de internist gevraagd hoe hij denkt over de algemene lichamelijke toestand. Deze acht gezien patiëntes leeftijd (90 jaar) een consult nodig van de cardioloog. Bij de beoordeling van de Röntgenfoto's lijkt ook een consult met de longarts nodig. De vergaarde gegevens en bevindingen komen tenslotte bij de anaesthesist, die het narcose-risico moet beoordelen. Uiteindelijk valt dan de beslissing door de gynaecoloog. Besloten wordt tot operatie over te gaan, mede daar patiënte geestelijk nog zeer goed is.

Veertien dagen later vertrekt een verheugde patiënte naar huis. Natuurlijk kan de vraag gesteld worden: was dit nu werkelijk allemaal nodig? Een andere afloop echter was ook mogelijk geweest en dan moet men zichzelf niets te verwijten hebben over zelfs ook maar de kleinste nalatigheid. De opnameduur werd door het vooronderzoek weliswaar met drie dagen verlengd, maar een mensenleven is toch in alle opzichten deze kostenvermeerdering wel waard.

De andere vorm van samenwerking, die ik noemde, de op een bepaalde ziekte of groep van ziekten gerichte samenwerking – een vorm die in goed Nederlands ook wel teamwork wordt genoemd – zien wij de laatste jaren steeds meer in de ziekenhuizen tot stand komen. Het zijn kleine vaste groepen van specialisten, die in intensieve samspraak en samenwerking komen tot de diagnose en behandeling van de betreffende zieke. Zo kennen wij in diverse ziekenhuizen reeds het hart-team en/of het long-team. Deze coördinatie van werkzaamheden met het doel te komen tot een optimale behandeling van de patiënt is een noodzaak geworden door de sterke splitsing in specialismen. De snelle ontwikkeling binnen de specialismen, de verfijning van de diagnostische methoden en de steeds verder schrijdende technische mogelijkheden bij de behandeling en bij de diagnostiek, kortom een uitbreiding van mogelijkheden die niet meer door één arts kan worden overzien, was en is een reden, zelfs een noodzaak, steeds meer tot samenwerking over te gaan.

Eén van de eerste vragen, die zich voordoet, is een organisatorische, namelijk of er een leiding of een leider in zo'n team moet zijn en zo ja, wie dan daarvoor de aangewezen is. Is de samenwerkende groep een zogenaamd horizontaal team d.w.z. een groep die bijvoorbeeld alleen uit academisch gevormden bestaat, dan lijkt het de ideale oplossing te zijn dat er geen leider is maar dat de samenwerking werkelijk een samenwerking is, waarbij hoogstens één der leden van het team als coördinator zou kunnen optreden. Ook zou gedacht kunnen worden dat de oudste vertegenwoordiger van één der hoofdspecialismen de leidende en coördinerende functie op zich neemt, waarbij er op zal moeten worden toegezien dat niet één der leden van de groep zijn mening de andere leden oplegt en zelf geen stap terug wil doen.

Anders ligt het in het zogenaamde verticale team, waarvan behalve academici ook niet academisch gevormden deel uitmaken van de groep. Hier lijkt het gewenst dat één der aca-

demici, bijv. de oudste als leidende coördinator optreedt.

Een ander punt van groot belang is welke arts van de groep als woordvoerder van het team en als behandelende arts zal optreden ten opzichte van de zieke. De samenwerkende groep mag niet vergeten dat zij staat tegenover een biologische eenheid, de patiënt, een mens in nood, met zijn eigen geestelijke achtergronden, weggenomen uit zijn eigen, hem vertrouwde milieu. De ideale figuur als behandelend arts en als woordvoerder zou zijn de huisarts, die de patiënt meestal langer kent en in de familie de centrale medische vertrouwensman is. Het lijkt evenwel moeilijk dit ideaal te verwezenlijken gedurende de behandeling in het ziekenhuis. Het is uiteraard wel de plicht van het team de huisarts zo volledig mogelijk op de hoogte te houden van de gang van zaken, mede en vooral met het oog op de nabehandeling en controle na ontslag uit het ziekenhuis.

Een vaste regel voor wie de woordvoerder en vertrouwensman t.o.v. de patiënt in het ziekenhuis zou moeten zijn, is niet voor alle gevallen te stellen. Te denken ware aan de arts die de patiënt in eerste instantie verwezen kreeg, of degene die de anamnese opneemt in het ziekenhuis. Deze laatste oplossing lijkt ook uitvoerbaar als de patiënt primair naar het team wordt verwezen. Hoe de oplossing van dit vraagstuk ook moge worden gevonden, nimmer mag worden vergeten dat er een *patient* in bed 3 ligt en niet „een long“ of „een hart“.

Een ander facet van deze in de kliniek gevormde waardevolle procedure is de vraag, wie de verantwoordelijke persoon is in medisch, ethisch en juridisch opzicht. Wie is bijv. verantwoordelijk voor het besluit niet te opereren? Wie is verantwoordelijk, zelfs eventueel aansprakelijk voor het stellen van een foute diagnose? Met het stellen van de vragen liggen hier de antwoorden niet voor het grijpen en ik wil mij dan ook in dit korte tijdsbestek niet aan een beantwoording wagen, maar slechts aanduiden dat hier nog vele onopgeloste vraagstukken liggen. Dat alle leden van het team een grote verantwoordelijkheid dragen is intussen wel duidelijk.

Ook op de wijze van honorering van de medewerkers in het team wil ik niet diep ingaan. Men hoort wel eens verkondigen dat de uitoefening van het beroep veel ongedwongener en vrijer zou verlopen in een ziekenhuis met een all-in tarief dan het uitoefenen van dezelfde praktijk bij particuliere patiënten en in ziekenhuizen met een all-out tarief en dit zou dan vooral een rol spelen bij het verlenen van intercollegiale consulten. Hier treedt een duidelijke denkfout aan het licht.

In de eerste plaats is men niet eerlijk tegenover zichzelf als men spreekt van een ongedwongener en vrijer uitoefening van het beroep en daarmee eigenlijk bedoelt een gemakkelijker beroepsuitoefening. Het is inderdaad gemakkelijker nog eens een extra Rö-foto te laten nemen of een ingewikkeld duur laboratoriumonderzoek te laten doen, zonder met de kosten rekening te behoeven te houden. De kosten blijven echter dezelfde bij een all-in of een all-out tarief. Het enige verschil is dat bij een all-in tarief de directie de kostenverhoging ziet en daarnaar moet handelen en eventueel onderhandelen met de prijsbeheersing, en dat bij een all-out tarief de specialist zelf wordt geconfronteerd met de kosten. Heeft dit ook niet ergens een goede opvoedkundige kant? Waarom zou de vrouw van de specialist wel econo-

misch moeten denken en de specialist zelf niet? Vooropgesteld natuurlijk dat, hetgeen noodzakelijk is, moet gebeuren. Ten opzichte van de particuliere patiënten zou ik willen stellen, dat voor de patiënten die een ziektekostenverzekering hebben afgesloten – en dat zijn er zo langzamerhand zeer veel; een niet voor ziekenhuisopname verzekerde is een witte raaf geworden – dezelfde redenatie opgaat als voor de ziekenfondspatiënt. Met deze opmerkingen wil ik overigens niet beweren, dat er geen honoreringsproblemen zouden spelen rondom de geneeskundige behandeling in groepsverband.

\* \* \*

Hebben ook de ziekenhuisbesturen en directies een taak bij de groepssamenwerking in het ziekenhuis? Op deze vraag moet met een volmondig ja worden geantwoord.

De *directie* heeft de taak ervoor zorg te dragen dat de outillage en de technische mogelijkheden en „het klimaat“ in het ziekenhuis zodanig zijn, dat de specialist in staat is zijn werk optimaal te verrichten. Het op peil brengen en houden van een zo goed mogelijk verpleegsterscorps en de zorg voor het andere hulppersoneel is een belangrijk onderdeel van deze goede klimaatvorming, dat niet verwaarloosd mag worden. Trouwens ook de specialist moet goed beseffen dat een goede gediplomeerde verpleegster ook voor hem goud waard is, zeker in het huidige tijdsgewricht. Dit wordt in ons land niet altijd voldoende gezien en men moet zich afvragen of vele specialisten, ook al hebben zij waardering voor de verpleegster, deze niet *te* weinig betrekken in de overwegingen en beschouwingen de diagnose en de therapie betreffende. De verpleegster van tegenwoordig is een goed opgeleide kracht, die als zodanig behoort te worden behandeld en tegemoet getreden.

Het ziekenhuisbestuur heeft de moeilijke taak de juiste keuze te moeten doen bij het aanstellen van specialisten in het ziekenhuis. Dat bij dit aantrekken van specialisten zal moeten worden gelet op kunde, opleiding en ervaring is vanzelfsprekend. Gezien echter wat eerder besproken werd over de samenwerking onder de specialisten en gezien de daar mogelijke moeilijkheden, heeft het ziekenhuisbestuur tevens de taak te trachten te toetsen of de aan te trekken specialist ook in het stafverband en het teamverband beschikt over de daarvoor noodzakelijke goede menselijke eigenschappen. Waarlijk geen gemakkelijke taak!

Ieder in een ziekenhuisverband werkende specialist is bekend met de spanningen en persoonlijke moeilijkheden, die door een, in dit opzicht, verkeerde keuze kunnen worden veroorzaakt, ten detrimente uiteindelijk van de optimale geneeskundige verzorging van de patiënt. Het is misschien overbodig even aan te stippen dat bij de benoeming van nieuwe functionarissen intensief overleg met de staf wel zéér gewenst is.

Nu ik daareven sprak over „het aanstellen van specialisten door het ziekenhuisbestuur“, komt meteen de vraag naar voren: hoe staat het eigenlijk met de rechtspositie van de specialist in het ziekenhuis? Ik vermoed thans dat velen uwer de oren zullen spitsen in de hoop misschien van mij het verlossende woord te zullen vernemen inzake deze ver-



warde situatie. Ik moet u echter al van te voren teleurstellen: deze hoop zal een ijdele hoop blijken te zijn. Er bestaat namelijk een verwarde en onoverzichtelijke toestand in Nederland voor wat betreft de rechtspositie van de specialist in het ziekenhuis. Indien u zoudt gaan enqueteren over deze kwestie in de diverse ziekenhuizen, dan zou het u alras duidelijk worden dat er te dien opzichte verhoudingen bestaan, die men het beste zou kunnen kwalificeren met de cijfers 0 tot en met 8, waarbij de spreiding der cijfers, evenals in de schoolklas, zó is dat de meeste cijfers onder de 6 liggen, d.w.z. onvoldoende zijn.

Wat is hiervan de oorzaak? Er zijn vele oorzaken aan te wijzen en men zou misschien wel een hele middag over dit onderwerp kunnen spreken. Naar mijn mening ligt de oorzaak niet slechts bij één instantie maar moet veeleer gezocht worden bij beide partijen.

In onderling overleg tussen ziekenhuisbestuur en specialist, tussen ziekenhuis-organisatie en L.S.V. zal een oplossing moeten worden gevonden voor de veelsoortige moeilijkheden die zich hier voordoen.

\* \* \*

Tenslotte zou ik nog kort een vrij nieuwe figuur willen belichten, die in de ziekenhuiswereld hier en daar al zijn entree heeft gemaakt: dat is de econoom.

Dat er ziekenhuizen zijn die besloten hebben een econoom aan te stellen, is begrijpelijk en pleit zelfs voor deze besturen, die daardoor blijik geven van het besef dat een ziekenhuis een groot bedrijf is, dat mede zijn economische eisen stelt.

Dat vele specialisten deze nieuwe figuur met wantrouwen bezien is eveneens begrijpelijk. Zij vrezen een beknotting van hun expansiemogelijkheden bij het volgen van het vele nieuwe in hun specialismen, dat nu eenmaal meestal gepaard gaat met aanschaffingen en investeringen, die grote sommen gelds vereisen.

Een econoom en een medicus zijn twee zéér divergerend denkende species van het genus homo sapiens en een synthese van deze twee species is niet een gemakkelijke taak.

De plaats van de econoom in de ziekenhuiswereld is nog niet een uitgemaakte zaak – er bestaan al economische directeuren! – en vormt op verschillende plaatsen nog een punt van verhitte discussies.

Eén ding zal bij onze meningsvorming over dit punt op de voorgrond moeten staan: het ziekenhuis heeft een verzorgingstaak in het kader van de volksgezondheid en deze verzorgingstaak zal als centraal en cardinaal punt in onze overwegingen moeten blijven staan.

\* \* \*

Nu ik het einde van mijn beschouwingen begin te naderen is het misschien goed te trachten te komen tot een korte samenvatting en conclusie.

Ik heb in het bovenstaande, zij het hier en daar fragmentarisch, trachten aan te tonen

a. dat door de historische ontwikkeling en door de specialisatie in de artsenwereld, de noodzaak is gegroeid van intensieve samenwerking, zelfs een soort symbiose, tussen ziekenhuis en specialist.

## MAATSCHAPPIJ-AGENDA

12 oktober — Ledenvergadering L.S.V.

22 november — Ledenvergadering L.H.V.

23 november — Ledenvergadering L.A.D.

30 november — N.H.G. Congres

14 december — Alg. Verg. der Maatschappij

b. dat, mede als gevolg van de sterke specialisatie, ook tussen de specialisten onderling een groeiende samenwerking noodzakelijk is geworden.

c. dat, waar moeilijkheden optreden in deze samenwerking, de oorzaak hiervan meestal ligt in het vlak van de intermenselijke verhoudingen.

d. dat het gevaar dreigt dat de patiënt, in psychologisch opzicht, de dupe zou kunnen worden van de groepsbehandeling.

e. dat een zekere mate van hiërarchische ordening in het ziekenhuis gewenst lijkt ter bevordering van de goede gang van zaken.

f. dat ook de ziekenhuisbesturen en directies een belangrijke taak hebben te vervullen ten opzichte van de optimale verzorging van de patiënt in de ruimste betekenis.

g. dat in medisch-ethisch en juridisch opzicht er nog onopgeloste problemen liggen voor wat betreft de verantwoordelijkheid en eventuele aansprakelijkheid bij de groepsbehandeling van de patiënt.

h. dat er ook wat betreft de honorering van het team nog vragen op antwoord liggen te wachten.

i. dat over de plaats van de econoom in het ziekenhuisbestel de acten nog niet zijn gesloten.

Tenslotte zou ik als conclusies aan u willen voorleggen:

1. ruim overleg in goed wederzijds vertrouwen zal vele van de in de ziekenhuizen bestaande moeilijkheden tussen besturen, c.q. directies en specialisten kunnen opheffen en voorkomen.

2. een zekere mate van gezagsverhouding zal in dit grote bedrijf onontkoombaar zijn.

3. in de intercollegiale samenwerking zal het respect voor elkanders persoon en werk op de voorgrond moeten staan.

\* \* \*

Bij de aanvang van deze beschouwingen stelde ik als motto: a specialist is a man who knows more and more about less and less, en vatte dit motto enerzijds op als een uitdaging. Aan deze uitdaging hoop ik te hebben voldaan door u een zo breed mogelijke kijk te hebben gegeven op de positie van de specialist in het ziekenhuis.

Anderzijds vatte ik het motto op als een excuus. Als ik het onderwerp van mijn beschouwingen niet ruim genoeg gezien heb kent u dus mijn verontschuldiging.

Ik heb gezegd.