

# Verhoudings tussen kollegas

ADP van den Berg MB ChB M Prax Med

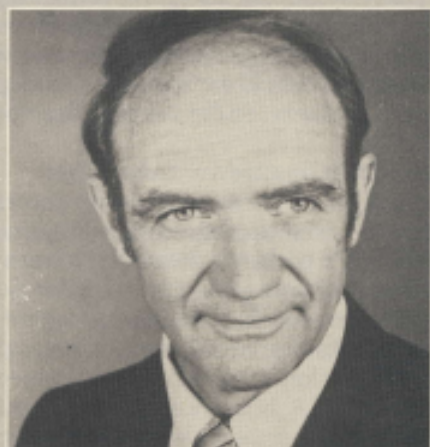
KEYWORDS: Physician-patient Relations; Interprofessional Relations; Family Practice; Patient Care Team.

## Summary

*Healthy professional relationships between doctors are essential for good patient care. A few factors affecting co-operation between the family physician and the consultant in the South African scene are discussed as well as the circumstances influencing the doctor-patient relationship. The value of the health team, including members of all paramedical professions is emphasised.*

DIÉ verhouding wat tussen kollegas bestaan kan baie opbouend, stimulerend en vrugbaar wees. Ongelukkig is die teendeel ook waar en is daar baie dokters (en pasiënte!) wat inderdaad gely het vanweë swak professionele verhoudings. In hierdie artikel word na interkollegeale verhoudings gekyk — tussen kollegas in die huisartspraktik, tussen huisarts en spesialis, en tussen die huisarts en aanverwante beroepe.

**Die vermoë om met ander kollegas saam te werk, is 'n teken van professionele volwassenheid**



Professor en Hoof-Huisarts aan die Universiteit van Pretoria en H F Verwoerd-hospitaal.

**1. VERHOUDING TUSSEN KOLLEGAS IN DIESELFDE DISSIPLINE:** (hier gaan dit oor die verhouding tussen vennote, met jou assistente, met locums, in deelpraktik en met jou 'opposisie')

Vermoë tot samewerking met vennote stel eise. Dit vra 'n vermoë tot spanwerk, leierskap, organisasie, aanpasbaarheid en verdraagsaamheid. Hierdie eienskappe is bevorderlik vir die verhoudings met kollegas in "opposisie" en ook vir die huisarts-spesialisverhouding.

'n Goeie verhouding met ander kollegas wat in kompetisie of potensiele kompetisie praktiseer, en die vermoë om met hulle saam te werk en in harmonie saam te leef in plaas van vyandskap en jaloesie, is 'n bewys van emosionele en professionele volwassenheid. Hierdie basiese persoonlike eienskap — positief of negatief — by huisartse sowel as spesialiste, sal in 'n groot mate ook bepaal wat die besondere persoon se potensiaal tot goeie interkollegeale verhoudings is.

**2. DIE VERHOUDING TUSSEN HUISARTS EN SPESIALIS:** Die verhoudings kan positief, neutraal (onbetrokke) of negatief (selfs vyandig) wees.

Die soort verhouding word beïnvloed deur gesindhede, verskillende benaderings en die lewensfilosofie van die betrokke partye mbt hul beroep, die pasiënt en hul kollegas as mense; deur kennis, begrip en respek tov die taak en werksomstandighede van kollegas in ander dissiplines; deur die vermoë tot kommunikasie, tot samewerking (spanwerk), tot aanvulling

van mekaar se kennis en vaardighede — en dit alles in belang van die pasiënt; deur die lewenswerklikheid dat daar 'n interafhanklikheid tussen kollegas van verskillende dissiplines is. Die huisarts, die spesialis, die verpleegster en dié in ander aanverwante beroepe is almal noodsaaklike skakels in die ketting van suksesvolle pasiëntsorg. Die een *benodig* die ander. Die verhouding word ook beïnvloed deur die gesondheidsbehoefte in 'n bepaalde gemeenskap, die ondervoorsiening, oorvoorsiening en beskikbaarheid van primêre geneeshere, spesialiste en fasiliteite, en die aanvraag daarvoor.

**Faktore wat 'n positiewe invloed het**

Faktore wat 'n *positiewe* invloed op interkollegeale verhoudings het, is emosionele volwassenheid, professionele volwassenheid, 'n positiewe gesindhede teenoor die beroep (roeping?) en positiewe gesindhede teenoor die pasiënt as mens; ook 'n gemeenskaplike benadering tot probleemoplossing as werkswyse en as doelwit; onbaatsugtigheid; persoonlike vriendskap tussen kollegas; gemeenskaplike belange, bv MVSA, betrokkenheid by hospitale; en die gewilligheid om te leer uit die kontak met ander kollegas.

**'n Mens moet aan positiewe verhoudings bou**

**Faktore wat 'n negatiewe invloed het:**

(a) *Faktore wat 'n negatiewe invloed op interkollegeale verhoudings het* is die verskil in *status* tussen huisarts en spesialis:

- (a) Die verskil in status tussen huisarts en spesialis
  - (b) Wanbegrip van die rol van die huisarts
  - (c) Tariefverskille
  - (d) Konsultasies en verwysings
  - (e) Kompetisie tussen huisarts en spesialis
- die spesialis was self moontlik eers huisarts, en het deur harde werk en studie spesialis geword
  - die hospitale en akademiese inrigtings lê groot klem op nagraadse kwalifikasies

(b) *Wanbegrip oor die rol van die huisarts*

Spesialiste wat nie self in huisartspraktik was nie, neig om huisartse te meet aan wat hulle van die spesialis se eie bepaalde vakgebied weet; of anders meen hulle dat huisartse nie die vermoë het om self te kan oordeel en self sekere prosedures met genoegsame vaardigheid te kan uitvoer nie. Hul verstaan ook nie die ware funksie van die huisarts nie, naamlik, dié van omvattende persoonlike gesondheidsorg van individue en gesinne, en as koördineerder van die pasiënt se gesondheidsorg, nie net vir die korttermyn nie, maar deurlopend. Huisartse sowel as spesialiste verstaan nie altyd hierdie funksie en verantwoordelikheid nie. Om dié rede neig sommige spesialiste om die huisarts hierdie rol te ontsê, en langtermynopvolging word dan onnodig, (met onnodige onkoste, tyd en moeite vir die pasiënt) deur die spesialis self gedoen. Dit versteur die dokter/pasiënt-verhouding sowel as die omvattende gesondheidsorg wat daar deur die huisarts tov die pasiënt behoort te bestaan.

(c) *Tariefverskille* vir dieselfde prosedures tussen huisartse is dikwels 'n bron van differensiasie en versteurde verhoudings. Dit beklemtoon ook die gevoel van verskil in status.

(d) *Konsultasies en verwysings*

Die verwysingsproses kan 'n faktor in versteurde interkollegeale verhoudings wees:

- Onvoldoende kliniese voorbereiding van die pasiënt vir konsultasie:
  - 'n onvolledige siektegeskiedenis; belangrike kliniese tekens wat gemis word of verkeerd geïnterpreteer word
  - ontoepaslike spesiale ondersoeke of die nalaat van noodsaaklike spesiale ondersoeke; verkeerde vertolkings van bevindinge
  - 'n ooglopend onlogiese diagnose

**Die huisarts se ware funksie is omvattende gesondheidsorg én die koördineerder van die pasiënt se deurlopende gesondheidsorg**

Swak kommunikasie tydens verwysing deur gebrekkige inligting aan die konsultant en deur 'n swak opgestelde verwysingsbrief wat nie die behoeftes van die verwysende en versoek aan die konsultant duidelik stel nie.

- Versuim om die pasiënt tydig te verwys wanneer dit wel nodig is, kan die verwyser se beeld baie skaad. Dit kan dui op egoïsme of vrees om aan die kaak gestel te word.

Dit alles kan die indruk by die konsultant skep dat die verwyser lui, dom en onverantwoordelik is; dat hy bloot werk afskuif waarvoor hy nie lus is nie; dat hy dit doen omdat hy nie behoorlik daarvoor vergoed word nie (mediese bystandsfondse), maw, misbruik van die konsultant.

- Gebrek aan spanwerk en samewerking — en dit geld vir albei partye agv gebrekkige kommunikasie by verwysings, tydens terapie en na verwysing;
- Onbevredigende terugvoer wat té laat is (of glad nie!), swak verslag wat onvolledig of onnodig omslagtig of niksseggend is;
- Mislukte konsultasie is nog 'n verdere faktor. Die pasiënt voel ontevrede weens swak kommunikasie en swak verhoudings met konsultant; hy moes lank wag, hoë onkoste aangaan en ongerief verduur; daar was swak evaluering, verkeerde diagnose en 'n swak resultaat na behandeling. Ook die verwyser voel ontevrede want die verwysing het 'n negatiewe invloed op die pasiënt-hanteringsproses gehad en die dokter/pasiënt-verhouding is geskaad.

(e) *Kompetisie tussen huisarts en spesialis*

Dit kan ontstaan wanneer spesialiste wat nie net as konsultante optree nie, maar in direkte kompetisie met die huisarts tree en pasiënte 'van die straat af' behandel. Daar is verskeie redes vir hierdie soort optrede. Sommige spesialiste verstaan blykbaar nie hul rol nie, en besef nie dat hulle veel meer respek en ondersteuning onder huisartse sal verwerf as hul daarop sou aandring dat hulle slegs of hoofsaaklik pasiënte sal behandel wat na hulle verwys is. Daar is egter situasies waar die primêre geneeshere nalaat om in werklik nodige gevalle

die pasiënt te verwys. Op dié wyse ontsê dit nie net die spesialis 'n bestaan nie, maar 'n veel ernstiger toestand word geskep deurdat die pasiënt noodsaaklike behandeling verbeur of nie die korrekte en beste behandeling kry nie.

Kompetisie ontstaan ook waar die spesialis ná die konsultasie deur die huisarts, voortgaan om ongevraag die pasiënt verder te behandel, verder te verwys, en langdurig op te volg. Vanselfsprekend ontmoedig dit die huisarts om weer pasiënte na die betrokke spesialis te verwys.

Sommige spesialiste aanvaar blykbaar dat verwysde pasiënte aan hulle 'bemaak' word. Andere glo weer dat dit hulle plig is om voortgesette behandeling te gee. (Hul het nog nie afstand gedoen van hul rol as huisarts nie. Die plesier van 'n langdurige dokter/pasiënt-verhouding, om te kan praat van "my pasiënt", tesame met die waarde daarvan vir die ego, kan hierdie soort optrede verklaar). Die probleem is veral duidelik waar die spesialis voortgaan om ook ander probleme van die pasiënt, bo en behalwe dié waarvoor die pasiënt oorspronklik verwys is, te behandel.

**Die spesialis is konsultant wat slegs pasiënte wat na hom verwys word, moet behandel, en hulle dan weer na die huisarts terug moet stuur**

Die spesialis stel soms die verwysende geneesheer in 'n swak lig by die pasiënt. Dit kan ewe maklik gebeur waar die konsultant geensins in kompetisie met die verwysende geneesheer is nie, bv by hospitale, akademiese inrigtings, ens. Dit skaad die dokter/pasiënt-verhouding en dit is dikwels nie in belang van die pasiënt self nie. (Soms is dit egter nodig om 'n pasiënt se oë oop te maak vir 'n geneesheer se foute in beoordeling of terapie).

**'n Swak konsultasie kan 'n pasiënt baie onseker en bevreesd laat**

*Redes vir mislukte konsultasie:*

Die pasiënt se verwagtinge kon heel anders wees as die werklikheid, en dit is meesal weens swak voorbereiding deur die verwyser.

Ook swak kommunikasie tussen konsultant en pasiënt kan die konsultasie benadeel; hier speel faktore soos persoonlikheidsbotsings, 'n gevoel dat daar nie belangstelling is nie, kulturele verskille asook taalverskille 'n groot rol. Ook wanneer inligting swak oorgedra word en wanneer die pasiënt die indruk kry dat die dokter oorywerig is tov ingrepe, kan die konsultasie misluk. Misverstand kan so maklik ontstaan en die pasiënt kan baie onseker voel na so 'n onderhoud sodat die dokter/pasiënt-verhouding geskaad is en daar 'n gebrek aan vertroue heers.

Verder kan die konsultasie misluk as die terugvoering na die verwysende geneesheer swak is. Hy word nie op hoogte van sake gehou nie, nie betyds nie of soms glad nie. Soms word die huisarts nie geken in die reëlings vir die operasie nie; na sy mening moes die spesialis hom bv gevra het vir die narkose. Dit gebeur ook dat die huisarts nie in kennis gestel is dat die pasiënt nog verder verwys is nie, en hy verloor tred met wat met sy pasiënt gebeur.

**Terugvoering na die verwysende geneesheer is baie belangrik**

Die versteurde verhouding tussen verwyser en pasiënt of 'n persoonlikheidsbotsing tussen die verwyser en die konsultant kan verder die konsultasie laat misluk.

**3. VERHOUDINGS MET LEDE VAN AANVERWANTE BEROEPE:**

Die geneesheer moet voortdurend daarvan bewus bly dat daar 'n hele span kundiges is wat hom in sy pasiëntesorg kan help, en weet met wie hy gesonde en positiewe verhoudings moet opbou.

**Verpleegsters** is volwaardige lede van die mediese span en moet as sulks as kollegas beskou word, gerespekteer word en benader word. Hul take is spesifiek, dikwels gespesialiseer en hul moet dikwels onafhanklik en op eie inisiatief optree. **Fisioterapeute** is kundiges op hul eie gebied. Die geneesheer kan dikwels met groot vrug 'n pasiënt verwys vir die fisioterapeut se opinie oor die wenslikheid van fisioterapie, oor die soort terapie benodig, die duur daarvan, ens. **Arbeidsterapeute** se taak is nog verder buite die kennisveld van die geneesheer. Die arbeidsterapeut se dienste word dikwels heeltemal te min gebruik — veral mbt hul vermoë om jong kinders se vaardigheid en potensiaal te evalueer. Ook ander terapeute, bv musiekterapeute, is nog baie onbekend maar het 'n belangrike toekoms. **Diëtkundiges** kan belangrike leiding gee oor diëte sowel as die só noodsaaklike pasiëntvoorligting verskaf.

Die beroep wat waarskynlik al meer op die voorgrond gaan tree en 'n belangrike spanlid in totale pasiëntesorg gaan word, is dié van die **kliniese sielkundige**. Huisartse wat geleer het om hul dienste te benut, vir evaluasie sowel as terapie, is bewus van die groot waarde van samewerking op dié gebied. In direkte aaneenskakeling met kliniese sielkundige, is die **pastorale sielkundige**, wie se bydrae tot die welsyn van die totale mens soms die belangrikste faktor in probleemoplossing kan wees. Vir sommige pasiënte kan hul eie predikant die nodige hulp verleen indien hy die regte insig en aanvoeling openbaar en indien die pasiënt hom vertrou. **Maatskaplike werkers:** Kennis van die maatskaplike werkers en hulle werksveld, en van hoe hul ingeskakel kan word is vir geneesheer in alle dissiplines van groot waarde. Hulle speel reeds in bv opleidingshospitale 'n belangrike rol; hulle help pasiënte met gesinsprobleme in hulle gesinne, help met gedragsprobleme, met alkoholisme, selfmoordpogings, ens.

Die **tandarts** kan enersyds beskou word as 'n beoefenaar van primêre sorgdiens naas dié van die huisarts, maar ook tog wel as konsultant. Om dié rede is behoorlike professionele skakeling, met inbegrip van skriftelike inligting, vanselfsprekend in die beste belang van die pasiënt.

Dikwels is die geneesheer nie bewus van al hierdie dienste nie, of dikwels vertrou hy niemand buite die mediese dissipline nie, en is sy verhouding met hierdie diensgroepe nie tot voordeel van sy pasiënt nie.

**Omstandighede in die RSA wat interkollegeale verhoudings beïnvloed:**

*Hier is die probleem van addisionele kwalifikasie en die status van die huisarts seker die vernaamste.*

Daar is weinig aanmoediging van owerheidsweë om verder in huisartspraktyk te studeer. Anders as in bv Brittanje en België, is daar geen addisionele vergoeding vir dienste gelewer deur nagraads-gekwalifiseerde of beroepsopgeleide huisartse nie. In die VSA is Huisartsgeneeskunde 'n spesialisrigting. In Brittanje, België, Swede, ens., is gesertifiseerde indiensopleiding 'n voorvereiste tot 'n eie praktyk. Ook by die SAGTR is daar tans nog weinig steun vir groot-skaalse doelgerigte opleiding van huisartse. Daar kan ook min of geen steun verwag word nie tov addisionele vergoeding vir addisionele kwalifikasies. Spesialisasie in huisartskunde sal waarskynlik nie gou die nodige steun kry nie. En hierdie heersende houding benadeel interkollegeale verhoudings.

**Die huisarts moet die agting van die spesialis verdien**

**OPLOSSINGS:**

Hieronder wil ek 'n paar aspekte bespreek:

1. Beter kennis en begrip deur konsultante van die verwysers se werksomstandighede, hulle beperkinge (agv miskien hulle omgewing of toerusting), maar ook veral van hulle positiese aspekte, kan verhoudings baie verbeter. Net so kan beter kennis en begrip deur die verwysers van die konsultante se werksomstandighede die verhoudings bevorder.
2. Die Huisarts moet die agting van die konsultant *verdien* — en dit is baie belangrik:
  - (a) Handhawing van hoë standaard van pasiëntesorg deur die verwysende geneesheer, deur bv behoorlike dokumentasie, goeie oordeelsvermoë oor wanneer om betyds en korrek te verwys; deur sy gewilligheid en entoesiasme tov spanwerk, asook gretigheid om te leer uit die verwysingsituasie. Die verwysende geneesheer moet 'n konsensieuse oordeel ontwikkel oor wat self gedoen kan word, en 'n hoë gehalte van vaardighede in chirurgie en narkose, ens. nastreef.
  - (b) Handhawing van kennis: Lees spesifiek verder oor die toestand waarvoor verwys word. Dis 'n nuttige, betalende gewoonte. Dit skakel 'dom' en onnodige

konsultasies uit. Dit stel die verwysers in staat om te kan "saamgesels" en voorkom ook dat die beeld van die verwysers in die oë van die pasiënt skade ly. Dit voorkom versuim tot tydigse konsultasie. Dit kan die pasiënt 'n groot som geld bespaar!

- (c) Waar uitvoerbaar, bekom addisionele kwalifikasies in eie vakrigting. Dis slegs van waarde mits dit gepaard gaan met hoë standaard van kommunikasie, pasiëntesorg en kennis van die bepaalde toestand waarvoor verwys word.

**Die geneesheer moet voortdurend daarvan bewus bly dat daar 'n hele span kundiges is wat hom in sy pasiëntesorg kan help**

3. Skakel kompetisie tussen huisartse en spesialiste uit — ook dit is baie belangrik.
  - (a) Die spesialis moet 'n bestaan kan maak as konsultant. Hiervoor is dit nodig dat die verwysings deur praktisyns na die konsultant optimaal sal wees, maw, pasiënte wat verwys behoort te word, moet betyds verwys word op 'n wyse wat goeie onderlinge samewerking en spanwerk tussen kollegas bevorder. Die spesialis wat hom as konsultant alleen beskikbaar stel, en wat daarmee gepaard ook 'n goeie diens lewer, sal dié vertrou van verwysers wen, en aansienlik meer ondersteuning geniet.
  - (b) Huisartse moet hul perke en beperkinge ken, anders lewer hul 'n soort diens wat spesialiste laat twyfel aan hul bekwaamhede en integriteit. Dan voel die spesialis genoopt om sy diens direk en sonder tussenganger aan die pasiënt te bied.

As huisarts en spesialis aan hierdie saak werk, behoort hulle albei goeie verhoudings te geniet.

4. Opvoeding:

Die regte opvoeding en opleiding moet aangebied word in spesialisinrigtings en huisartskunde reeds op voorgraadse vlak, vir kliniese assistente in Huisartskunde en by voortgesette mediese onderrig aan gevestigde huisartse en spesialiste.

Verhoudings tussen kollegas is tans in die kollig. Wanneer verhoudings verbeter of versleg, is daar gewoonlik twee partye daarvoor verantwoordelik.

Albei partye moet goeie verhoudings wil hê en daarvoor werk om te slaag. Dit is ook in die omstandigheid waar dit beleefd en reg is om self voor te stap en nie vir die ander te wag nie!