

Die Dilemma van die huisarts —

'n studie van gedragsprobleme by 111 huisartse

Dr ALWYN J. CARSTENS, MBChB en M Prax Med (Pret) MFAP(SA)



Dr Alwyn J Carstens
Curriculum Vitae

1973 MBChB(Pret)
1974 Internskap Voortrekker Hospitaal, Kroonstad
1975 Diensplig SAW
1976 — 1982 Huisartspraktijk, Ermelo
1980 MFAP — Kollege van Geneeskunde
1981 M Prax Med (Pret)
Sedert September 1982 — Departement Radiodiagnose
as kliniese assistent — HF Verwoerd-hospitaal

KEYWORDS: Family Practice;
Stress; Addiction;
Marital Discord;
Depression

SUMMARY

One hundred and eleven general practitioners in private practice in the RSA responded to a postal questionnaire to evaluate the effect of general practice on their health and family life. The study shows high rates of drug dependence, depression and family disruption. The majority however, experience happy stable personal and family life.

INLEIDING

HUISARTSPRAKTYK, soos ons dit vandag nog ken en veral nog op die platteland beoefen word, is sekerlik die kroon van mediese praktijk. In geen ander mediese dissipline is daar soveel meeleving met die pasiënt en sy gesin, soveel bevrediging, soveel intieme kennis van die pasiënt maar helaas ook soveel opoffering, soos in huisartspraktijk nie. Veral op ons kleiner dorpe speel die huisarts 'n rol wat ver buite sy vakrigting uitkring: Hy is die ginekoloog, die algemene chirurg, die pediater, die seksioloog, die

huweliksraadgewer en dikwels nog die burgemeester of stadsraadslid; almal pligte wat hy moet vervul sonder dat hy spesifiek daarvoor opgelei is.

Huisartspraktyk, veral op die platteland, is sekerlik die kroon van mediese praktyk

Verder is die stroom van pasiënte elk met sy eie nood, dikwels só oorweldigend en die aantal medici op die platteland dikwels so min, dat die huisarts hom baie gou in 'n situasie bevind waar hy baie min tyd het vir sy gesin en eie ontspanning, om nie eens te praat van voortgesette studie nie! Die spesialis kan maklik sê hy is vol bespreek, maar vir die huisarts is daar dikwels nie so 'n uitkoms nie. Sy pasiënt is in nood en daar is niemand anders wat hom intussen kan help, totdat daar 'n plekkie in die afspraakboek is nie. Gevolglik is sy konsultasietye lank en moet te veel pasiënte

gesien word in 'n té kort tyd vir goeie geskiedenis en deeglike ondersoek. Foute word dus makliker gemaak, sonder dat die huisarts eintlik self beheer het oor sy situasie.

Ek wil probeer aantoon hoe die huisarts sy beroep vreugdevol kan beoefen

Hiermee wil ek geensins foute van huisartse skouerophalend afmaak nie; intendeel, ek wil probeer aantoon hoe die huisarts sy beroep vreugdevol kan beoefen. Ek wil daarop wys dat hierdie situasie nie altyd deur spesialiste gewaardeer en ingesien word nie. Baie spesialiste het direk na hul primêre graad begin spesialiseer, sonder dat hulle deur die loutering van huisartspraktyk gegaan het en mens vind dikwels dat dit juis hiërdie groep is wat maklik die huisarts afkraak as synde 'n dokter met derderangse kennis wat maklik foute maak en net so maklik geldmaak. Dit is eers wanneer jy self 'n spesialis

SOMMIGE BEVINDINGE AS PERSENTASIES AANGEDEE:		STEDELIK	PLATTELAND
Aantal huisartse		47	64
		Persentasies	Persentasies
Ouderdom	20-30 jr	12,7	10
	30-40 jr	38	62
	40-60 jr	42,5	26,5
	Bo 60 jr	6,8	1,5
Tipe vennootskap	eenmans	27,5	26,5
	tweemans	21,6	22,9
	3-mans	19	21
	meer	31,9	29,6
Ure per dag gewerk	± 8 ure	6	6,2
	8-12	70	56
	meer as 12 ure	17	35,9
GESINSVERWANTE BEVINDINGE			
Verwaarloos gesinslewe ten gunste van sy praktyk		72,3	59
Sou beter vader vir kinders kon wees as nie huisarts was nie		65,9	73,4
Abnormale gedragpatrone by kinders toegeskryf aan praktyksomstandighede		23	14
Huwelik word bedreig deur praktyksomstandighede		27,6	26,5
Is of was of beplan om te skei		14,9	12,5
Praktyksomstandighede speel groot rol by bogenoemde groep		30	37
Dink huweliksprobleme sou minder gewees het indien meer tuis was		55	48,4
Liefdesverhoudings buite huwelik		36	18,7
Rol van praktyk in bg. verhoudings — groot		30	41,7
ANDER BEVINDINGE			
Ly aan patologiese spanning		23,4	12,5
Oorweeg om selfmoord te pleeg		8,5	10,9
Ly aan patologiese depressie		30	20,3
Misbruik van alkohol of psigotrope middels (Hyself dink so)		6,3	3
Praktyk speel groot rol in bg. misbruik		10,6	9,3
Gaan nie gereeld kerk toe nie		42,5	34
Godsdienst speel geen rol in sy lewe nie		17	3
Gaan later spesialiseer of voltyds werk		51	50
Rede vir bg. — Beter werksomstandighede (een van die redes)		65	58

Die dilemma van die huisarts

is dat jy die foute van jou eie dissipline begin raaksien en besef dat die huisarts met sy wye veld en uiterste werkdrukke, verbasend min foute maak.

Ek wil met hierdie artikel probeer uitlig wat die offer is wat Huisartspraktyk vra en wat daagliks deur huisartse dwarsdeur ons land gebring word, en dit aan ander dissiplines voorlê vir hulle evaluering. Miskien word daar dan met nuwe oë en minder kritiek na die huisarts en sy situasie gekyk, en minder met smalende aanmerkings in ons lesingsale na huisartse se foute verwys. Die mediese student word dikwels so geïndoktrineer met die gedagte dat huisartskunde net maar 'n trappie tot spesialisasie is, dat ons vandag al die wrange vrugte pluk van 'n tekort aan primêre geneeskundiges en 'n oorbevolking het van spesialiste in ons stede. In samewerking met die Departement Huisartskunde, Pretoria, is 'n studie in die verbond onder huisartse in 1981 geldoen wat ek hier wil voorhou:

DOEL

Die doel van die studie was om die impak van die algemene praktyk op die lewe van die huisarts en dié van sy gesin te ontleed. Daar is nie gepoog om in hierdie studie klem te lê op die vele vreugdes en tevredenheid wat uit die beoefening van huisartspraktyk verkry word nie — hiervan is almal terdeë bewus. Dit is egter oor die offers wat geneeskundige praktyk vra, waarvan 'n mens dikwels wegstroom en waarvoor daar liefies nie geskryf word nie, waarvoor dit hier gaan.

Gedurende die aantal jare in my eie huisartspraktyk het daar verskeie gevalle van ernstige gedragsprobleme by mede-huisartse onder my aandag gekom. Ek wil 'n paar van hierdie probleemverskynsels (offers) uitlig en ontleed, nl. huweliksverbrokkeling, verslawing wat volg op depressie en patologiese spanning en wat ongelukkig dikwels tot selfmoord lei.

METODE

Die huisarts moes persoonlik sy gevoelens op 'n anonieme en eerlike wyse weergee, anders sou die studie maar net 'n ongelooftwaardige monoloog wees. Ons het hier met abstrakte begrippe te make wat uiteraard moeilik is en vanaf wetenskaplike kant sekerlik baie kritiek tan uitlok. Verder moes daar gedelf word in die intiemste aspekte van die mens se lewe, wat hy meesal liever vir homself hou en nie wil blootstel aan akademiese of statistiese ontledings nie. Die gebrek aan naslaanmateriaal was ook 'n probleem want sover vasgestel kon word, is daar nog nie voorheen 'n soortgelyke studie in die RSA aangepak nie. Daar moes dus veral van oorsese gegewens gebruik gemaak word om ons eie studie mee te vergelyk. Hier het prof Geoffry Dean (Direkteur van die Sosiomediese Navorsingsraad — Dublin) my baie gehelp met naslaanwerk oor soortgelyke oorsese studies en statistieke.

Om gegewens in te win, het ek 'n vraeboog aan 300 huisartse oor die hele land gestuur waarin 30 indringende vrae oor praktykopset, huwelik, gesin, verslawing en selfmoordgedagtes gestel word.

Daar is gepoog om 'n verteenwoordigende groep huisartse, stedelik en plattelands, te betrek sonder om 'n spesifieke groep

te selekteer. Van die 300 is 120 vraelyste terug ontvang waarvan 111 gebruik kon word, 'n terugvoer dus van 40% wat goed vergelyk met soortgelyke studies in die buiteland.

Die tipe vrae wat gevra is kan in die volgende kategorieë ingedeel word

1. Tipe Praktyk:

Volgens die ouderdom, tipe praktyk (plattelands of stedelik) en die aantal ure wat per dag aan werk en aan ontspanning spandeer word, kon 'n prentjie gevorm word van moontlike etiologiese faktore wat tot abnormale gedragspatrone kan lei.

2. Vaderskap en opvoeding van sy kinders

Vrae hieroor toets die huisarts se eie evaluasie van sy vaderskap, en ondervra sy siening oor die rede vir sy mislukkings as vader en eggenoot.

ONTLEDING VAN DIE GROEP WAT VERBROKKELE HUWELIKE HET

Aantal: Is, was, of gaan skei	11
Van hulle oorweeg selfmoord	5
Selfmoordgroep:	
Totaal: Oorweeg selfmoord	10
Van hulle is, of was geskei	5
Ouderdomsgroep: 40-60 jr	3
30-40 jr	3
Van hulle kla van spanning en depressie	7

3. Huwelik en geluk

Baie intieme vrae is hieroor gestel en dit was verbasend met hoeveel openhartigheid die vrae soms beantwoord is — net asof daar behoefte bestaan om met iemand hieroor te praat en tog anoniem te bly. Sy gedagtes oor buitehuwelikse verhoudings en die rol van sy praktyksomstandighede hierin, is deeglik ontleed.

Dit blyk dat baie huisartse gespanne en/of depressief is, en hieroor wil praat

4. Depressie, Psigotrope middels en Alkohol

Hier is baie gunstige antwoorde verkry wat statisties taamlik verskil van oorsese ondersoeke. Dat vele huisartse egter gespanne en/of depressief is, het duidelik uit die statistieke tevoorskyn gekom.

5. Godsdienste

Slegs 'n beperkte ondersoek op dié vlak is gedoen, maar dit wil voorkom of daar 'n prominente verband bestaan tussen 'n hegte godsdienstband en 'n stabiele, gelukkige huisarts.

6. Selfmoord

Dié vrae ondersoek sy gedagtes oor selfmoord, en probeer die rol wat sy huwelik en praktyksomstandighede in sy gedagte-wêreld speel, te ontleed.

7. Toekomsplanne

Hierdie vrae ontleed die geluks- of ongelukspeil in sy huidige situasie en wat hy daaraan gaan doen.

8. Verdienste

Met 'n enkele vraag oor sy inkomste wou ek vasstel of daar 'n lynregte verband is tussen geluk en geld of ongeluk en geld, maar geen so 'n verband kon gevind word nie en ek maak dus nie verder hiervan melding nie.

ONTLEDING

Die jong huisarts ondergaan na 'n aantal jare van praktykvoering 'n bykans 'normale' evolusie wat tot 'n groot mate sy uiteindelijke geluk of sy gedragsproblematiek gaan bepaal. Dit kan soos volg geïllustreer word:

Vol ambisie en akademiese aspirasies betree hy die praktyk om te vind dat hy aanvanklik min pasiënte het, en dat hy genoeg tyd het vir goeie ondersoek en kommunikasie. 'n Baie tevrede pasiënt sorg daarvoor dat hierdie jong huisarts gou gewild word, 'n toeloop van pasiënte ondervind en spoedig ontdek dat hy nou te min tyd tot sy beskikking het om die vraag na sy dienste te bevredig.

Hy kom nou minder huistoe vir ete, slaap snags al minder weens nagwerk en raak nou haastig en knorrig met sy pasiënte. In sy haas om al sy pasiënte te help, begin hy nou beproefde kliniese ondersoekmetodes oorboord gooi. Hy begin foute maak wat vir sommige pasiënte duur te staan kan kom. Tuis kry hy selde of ooit tyd om sy joernale te bestudeer en vakansie geniet hy liever saam met sy gesin (wat hy reeds min sien) en kry nie geleentheid om opknappkursusse by te woon nie.

Die eens gelukkige, toegewyde en bekwame jong huisarts het nou, weens omstandighede (en deels weens swak praktyksorganisasie) ontaard in 'n gefrustreerde, gespanne huisarts en vader.

Weliswaar volg nie alle huisartse bogenoemde tragiese weg nie. Dit is die huisarts met perspektief wat vroeg al in sy loopbaan besef dat hy dieselfde pad sal bewandel as hy nie doelgerig hierdie situasie vermy nie, en sy praktyk só organiseer dat hy op gebalanseerde wyse genoeg tyd aan belangrike aspekte van sy lewe afstaan. Die antwoord lê waarskynlik in 'n parafrase uit 'n ou feëverhaal *The little Prince* (Saint Exupery 1943) wat lui: "The only really important time in our lives is the time we waste with those we love".

Enkele belangrike samevattende afleidings uit bogenoemde statistiek is soos volg:

1. Verslawing onder medici:

Verslawing aan verdowingsmiddels kan byna as 'n bedryfsiekte van geneeshere beskou word, só vatbaar is hulle daarvoor. Die feit dat die middels maklik beskikbaar is dra by tot die maklike gebruik en later misbruik en verslawing daaraan. Die lang werksure en oormatige spanning waaraan huisartse (en ander medici) blootgestel is, lei dikwels tot die gebruik van die middels — aanvanklik om sy werktempo te kan volhou en later tot tragiese verslawing. Die medikus is tweemaal meer vatbaar vir verslawing as sy sosiale eweknie. In die VSA is bepaal dat 1 uit 100 medici verslaaf is (1957) in teenstelling met 1 per 3 000 van die algemene bevolking². In ons eie studie van SA-huisartse het 6,3 persent van stedelike en 3 persent plattelandse geneeshere aangedui dat hulle dié middels misbruik.

2. Selfmoord:

Waar hy sy depressiewe pasiënt dikwels van sy selfmoordgedagtes moet genees, is die huisarts menigmaal self 'n slagoffer van hierdie siekte.

Uit die aard van sy posisie as terapeut is die geneesheer meesal huiwerig om sy eie nood te bekla en vind ons dat geneeshere selde aanmeld vir behandeling van hulle selfmoordgedagtes — dit sou sy aansien as terapeut skaad. Dokters is self dikwels so besig met pasiënte se nood dat hulle selde die nood van 'n kollega opmerk voordat dit te laat is.

In Brittanje pleeg dokters 1,5 maal meer dikwels selfmoord as hulle sosiale eweknie³. 'n Studie uit Kalifornië, gebaseer op doodsertifikaatopnames, toon dat dokters 2 maal meer selfmoord pleeg as nie-dokters⁴. In SA het Dean aangetoon (1960-1966) dat die syfer hier dieselfde is⁵. Hierdie is ontstellende syfers en spreek van die onsigbare nood onder ons kollegas waarvan min mense bewus is.

Die huisarts moet sy huwelik net so toegewyd versorg as sy pasiënte

3. Gesinsverbrokkeling:

Die huwelik van 'n toegewyde en ambisieuse geneesheer bevat die meeste van die komponente vir konflik en huweliksongeluk tensy die huisarts sy huwelik net so toegewyd versorg as sy pasiënte. 'n Stabiele huwelik en gelukkige gesinslewe is net so noodsaaklik soos die arts se mediese kennis. Hiersonder kan hy beswaarlik klaarkom. Uit die statistieke is dit ook duidelik dat huweliksverbrokkeling by 50 persent van huisartse 'n rol speel in selfmoordgedagtes. Die dokter se vrou is 'n unieke wese. Sy slaag tog meesal daarin om, ondanks swak mediese versorging, min aandag en 'n uiters onvoorspelbare gesinslewe, getrou en lojaal te bly! Sy is gedurig in kompetisie met sy praktyk vir sy aandag en moet dikwels tydens haar of haar kinders se eie siekte terugstaan vir 'n minder siek pasiënt wat haar man se aandag verg.

In Florida het 95 persent van 'n groep dokters-vroue gesê hulle voel verwaarloos (neglected)¹.

Nie net die geneesheer self nie, maar ook sy vrou ly vanweë die abnormale huweliksomstandighede wat die praktyk meebring. Dikwels beland sy self dan ook in 'n psigiatrisie inrigting soos 'n Kanadese studie onder doktersvroue ook aantoon⁶. Die oorsaak van bogenoemde ongelukkige huwelike kan sekerlik gevind word in die min tyd wat die huisarts aan sy gesin afstaan, want 36 persent van stedelike en 40 persent van plattelandse geneeshere spandeer minder as een uur per dag aan hul gesinne.

Die tragedie is dat die ondervraagde huisartse almal die rede vir hulle gesinsverbrokkeling besef, maar niks daaraan doen nie (of kan doen nie). Die sombere storie van abnormale gedragspatrone by kinders uit mediese huwelike moet nog vertel word.

4. Godsdienste:

'n Ateïstiese geneesheer bestaan waarskynlik nie. Tog eis die huisartspraktik ook op hierdie gebied sy tol. Die geneesheer word dikwels uit die kerk gehou deur sy werksverpligtinge. Is dit nie maar 'n kwessie van prioriteite nie?

Dis tog tragies om uit die statistieke te verneem hoe 'n groot aantal SA-geneesheer godsdienste afmaak as onbelangrik.

GEVOLGTREKKING

"The practice of medicine offers many satisfactions but there have been increasing sources of stress in the profession and increasing signs of stress-related problems among physicians"⁷.

Kan huisartspraktik dan 'n lewenslange plesier bly? Ja seker. Maar hoe? Prestige, hoë inkomste en intellektuele uitdagings is op die lange duur nie genoeg nie.

Soos gesien, is die prys wat betaal moet word soms baie hoog. Daar moet ander kompensasie buite die materiële, geskep word. Dit is hier waar die geneesheer vanaf die staanspoor sy prioriteite moet regstel. 'n Aantal aanbevelings kan gemaak word.

Mediese fakulteite moet meer konsentreer op die opleiding van huisartse; studente raak soms moedeloos met al hul hoogsge-spesialiseerde kennis en die gebrek aan essensiële kennis vir algemene praktik

Sy gesondheid en gesin is die dinge waarmee hy moet saamleef, lank ná sy aftrede. Hy moet dus nie toelaat dat enigiets, ja selfs sy beroep, tussen hom en sy gesin kom nie.

Verder moet hy tyd inruim vir gereelde studie of opknappingskursusse. Dit sal 'n beter diens aan sy pasiënte

moontlik maak en verhoed dat hyself gefrustreerd raak omdat sy mediese kennis agterraak.

Mediese fakulteite moet meer konsentreer op die opleiding van huisartse. Mediese studente raak soms moedeloos met die hoogs-gespesialiseerde kennis wat hul moet hê terwyl die essensiële kennis vir praktikvoering (gedoseer deur huisartse in praktik) verwaarloos word. Hier dink ek aan beter psigiese voorbereiding vir die huisarts self. Soos ons nou al besef is die geneesheer self dikwels die pasiënt en die student moet dus ook voorberei word om sy eie patologie te hanteer en te voorkom.

Die opbouende betrokkenheid van die geneesheer se vrou is 'n verdere faktor waarmee rekening gehou moet word. Deur haar belangstelling en aanmoediging kan sy die bron wees van sy dryfkrag en sukses en haar betrokkenheid sal haar minder bedreig laat voel deur sy werk.

SLOT

Teenoor die sombere prentjie wat sommige van die bevin-dinge skilder, toon dit tog dat die meerderheid van huisartse gelukkig is in hulle beroep en 'n stabiele gesinslewe ervaar. Ondanks wye kritiek deur die samelewing (en ongelukkig ook van spesialis-kollegas) word die huisarts tog hoog geëer en geniet menige huisarts nog die hoogste respek en waardering van sy pasiënte. Na jare van studie, opoffering en harde werk, is so 'n vergoeding sekerlik welverdiend en aangenaam!

VERWYSINGS:

1. Nelson, Sarah B; Some dynamics of medical marriages: *Jr Coll Gen Pract* 585, Oct 1978.
2. Valliant, EE, Brighton AB en McArthur, C: Physician's use of mood-altering drugs; *N Eng J Med* 282: 365-370, 1970.
3. Suicide among doctors (Editorial): *Br Med J* 1: 789, 1964
4. Rose, KD en Rosow, I: Physicians who kill themselves: *Arch Gen Psychiatry* 29: 800, 1973.
5. Dean, G: The causes of death of South African doctors and dentists.
6. Miles, JE, Krell R, Lin, TY: The doctor's wife; mental illness and marital pattern; *Int J Psychiatry Med* 6: 481, 1975.
7. Mawardi, Betty H; Satisfaction, Dissatisfactions and Causes of stress in medical practice; *JAMA* 241 (14), April 1979.

Balint Society offers prize in Essay Competition

THE South African Balint Society is offering a prize of R400,00 for the best essay on the topic, **Listening to Patients**.

The competition is being kindly sponsored by MPS Pharmaceuticals. The essay should be ± 2 500 words in length, typewritten in double spacing, in triplicate, and should not have been previously published. The essay should be illustrated by examples from the author's own experiences, with the identity of patients being concealed. Entries must be submitted under a *nom de plume* and be accompanied by a sealed envelope containing the author's name and address.

The competition is open to all doctors, except the Committee of the SA Balint Society.

Entries must be addressed to the Honorary Secretary, Dr S Phillips, SA Balint Society, c/o SA Academy of Family Practice/Primary Care, Medical House, Central Square, Pinelands, 7405, to reach him by not later than May 30, 1984. The SA Balint Society Committee will act as judges of the competition and their decision is final. The committee reserve the right to publish the winning and any other entries. The winner will be announced at the SA Balint Society AGM, in Durban, on the occasion of the Fourth GP Congress from June 18 - 22, 1984.