

Die dilemma van die privaat praktisyn as administrateur

deur Dr J F Kearney

Inligting ter voorbereiding van dié referaat is bekom uit persoonlike ondervinding en deur kontak met ander deelydse Hospitaal Superintendente in die Transvaal.

Dit is nodig om te beklemtoon dat die privaat praktisyn noodwendig slegs deelydse 'n pos as Superintendent van 'n hospitaal, tydelik of waarnemend, sal beklee.

Met Administrateur word hier bedoel, hoofsaaklik die bestuur van 'n hospitaal en wel as Superintendent.

Fig. 1 beeld 'n dilemma uit; dit is dan die mededinging tussen die hospitaal en die privaat praktyk om die aandag van die praktisyn.

Op 'n vraag aan kollegas of daar wel 'n dilemma is het die antwoorde gewissel van: "Ek het geen probleem nie," tot "Ek het nie net probleme nie, maar klagtes en frustrasies legio."

Om 'die dilemma op te breek in verskillende komponente kan ons kyk na die hoofpunte voordat aan elkeen in besonder aandag gegee word.

1. Tyd;
2. Onkunde, (gebrek aan kennis en insig);
3. Botsende belange, (hospitaal versus praktyk);
4. Beperkte vryheid en seggenskap;
5. Groot verantwoordelikheid;
6. Vooruit beplanning.

Nou wil ek graag hierdie paar punte vir u beter toelig.

Tyd

Soos ook op ander gebiede in die samelewing is dit juis die praktisyn wat reeds oorlaai is met werk wat homself bereid verklaar om deelydse en/of waarnemend die pos as Superintendent by die kleiner hospitale te vul.

Ongelukkig is dit so dat die produktiewe ure by die praktisyn se spreekkamer dan ook die werksure

van die administratiewe personeel by die hospitaal is. Gevolglik is dit moeilik om tyd te vind vir behoorlike kommunikasie.

'n Groot deel van die werk by die hospitaal moet noodwendig op tye wat dit vir die praktisyn geleë is, ingepas word. Daar word dus dikwels vroegoggend, in die etensuur en laat in die middag en aand gewerk.

Vergaderings met die Hospitaalraad, inspekteurs, bouers en ander instansies is gewoonlik in die middel van die dag. Hiervoor moet sorgvuldig vooraf beplan word.

Meeste kollegas met wie ek in verbinding was, voel ook dat hospitaal konferensies, wat minstens drie dae per jaar duur, uiters tydrawend is.

Vir 'n tydperk van slegs drie dae is dit moeilik om 'n plaasvervanger te kry, veral op die platteland. Die gevoel is ook dat baie van die inligting wat hier bekom word net so goed met 'n rondskrywe versprei kon gewees het.

Onkunde of gebrek aan kennis en insig

Dié van u wat verbonde is aan hospitaal administrasie sal besef dat dit meer as 'n voltydse werk is om by te bly met veranderinge in die handleiding en inligting wat met omsendbriewe versprei word. Die omslagtige bewoording van sommige omsendbriewe maak interpretasie van tersaaklike feite moeilik.

Daar moet dus altyd baie versigtig te werk gegaan word om binne die voorgeskrewe handleiding te bly. Baie noue skakeling met die voltydse administratiewe personeel is dus onontbeerlik. Verder is 'n goeie administratiewe hoof 'n moet.

Eers na baie kennis kom insig. Die geneesheer, voltydse of deelydse, wat slegs kliniese werk doen, is maar te

haastig om te kritiseer omdat 'n sekere apparaat buitewerking of nie beskikbaar is nie. Dan was daar nog nooit gerapporteer dat dit buitewerking is, of dit was nog nooit aangevra nie.

Meeste probleme kan reggestel word indien hulle geïdentifiseer en deur die regte kanale gestuur word. Hierdie regstellings kan maar net kom met kennis van en insig in die masjinerie van die hospitaal administrasie.

Botsende belange (hospitaal versus praktyk)

Hospitaal en praktyk ding mee om die praktisyn se tyd en aandag. 'n Goue middeweg moet gevolg word.

Daar is ook altyd 'n mate van kompetisie om pasiente tussen hospitaal en privaat praktisyns. Uiterse omsigtigheid moet aan die dag gelê word om die goeie balans te behou.

Meeste privaat praktiserende geneesheer het 'n amper ingebore vooroordeel teen die hospitaal administrasie. Die privaat praktisyn moet eers in homself en dan by sy deelydse kollegas hierdie vooroordeel te bowe kom voordat hy 'n sukses kan maak van die administratiewe werk.

Die praktisyn wat hom in die administrasie begewe verander amper van politiek, want hy skaar hom nou aan die kant van die administrasie en sy eertydse kollegas beskou hom amper as 'n "verraaier".

Hierdie is 'n uiterse uitdaging om 'n sukses van die administrasie te maak en tog nog die goedgesindheid van sy kollegas te behou. Hier is egter tog 'n ligpuntjie, want as jy selfs deelydse is, is die ander privaat praktisyns se probleme makliker om te begryp en kom

Continued on page 33

Die dilemma van die privaat praktisyn as administrateur

Continued from page 32

'n mens ook makliker agter hulle wit leuntjies.

Beperkte vryheid en seggen-skap

Die privaat praktisyn is sy eie baas. Met aanvaarding van 'n aanstelling verbeur hy 'n mate van vryheid. Verlof moet met hoër gesag gereël word. Dit is nie meer moontlik om 'n spreekkamer te sluit en vir 'n week of twee te gaan vakansie hou nie.

In die privaat praktyk kan besluite vinnig geneem en onmiddellik uitgevoer word. In die hospitaal neem dit aansienlik langer. Aankope van apparaat vir 'n praktyk kan binne minute beklink word. Die verkryging van dieselfde apparaat vir die hospitaal kan tot twee jaar en langer neem, want daar moet eers voorlopig begroot word, dan begroot, daarna getender word, ens.

Hierdie langsame proses wat seker met goeie rede so moet wees is baie moeilik verwerkbaar vir die haastige privaat praktisyn.

Die praktisyn in deelydse hoedanigheid, soos ook die voltyde superin-

tendent, het slegs in sekere sake die finale sê. Daarna moet soms die hospitaal raad, maar veral die direkteur, verder geken word. Hy is dus hier in die rol van werknemer ipv werkgewer waaraan hy in die praktyk gewoon is.

Die gevoel bestaan ook, geregverdig of ongeregtig, dat die deelydse persoon se woord nie soveel gewig dra as dié van die voltydse superintendent nie.

Groot verantwoordelikheid

Alhoewel nie altyd direk nie, dra die superintendent verantwoordelikheid vir alles wat om, in, en met die hospitaal gebeur. Hy is verantwoordelik vir pasiënte, personeel - medies - tegniese - verpleging - administratief en ander.

Ook die finansies resorteer onder hom. Waar die privaat praktisyn gewoon is om enkele werknemers te hê, het hy nou tientalle of honderde.

Sy finansiële denke moet ook aanpas, sê maar van tien duisende na honderd duisende of miljoene. Hier kan die vergelyking getref word van 'n ongeveer 200 bed hospitaal wat amper dieselfde begroting het as die Stadsraad van 'n dorp met ongeveer 4 000 inwoners.

Daar is ook 'n ander verantwoorde-

likheid. In die praktyk is hy slegs aan homself of sy vennote verantwoordelik. Nou is daar 'n owerheid waaraan hy moet verslag doen.

Ten spyte van die verantwoordelikheid is persoonlike voordele beperk. Daar is bv. geen verlof, siekteverlof of pensioen voordele nie. Die salaris hou ook nie altyd tred met verantwoordelikheid nie. Anders as in meeste ander betrekings, bring jare diens nie 'n verhoging in salaris nie.

Vooruitbeplanning

Soos reeds voorheen aangedui, word besluite in 'n organisasie stadiger geneem en stadiger uitgevoer as deur 'n individu. Om dus nie agter te bly met fasiliteite en ontwikkeling nie is 'n profetiese vergesing nodige.

Beplanning vir selfs betreklik klein veranderinge moet dus minstens twee of drie jaar vooruit geskied. Dit is sekere een van die grootste probleme om korrek te bowe te kom.

Om af te sluit wil ek graag veral vir dié van u wat net kliniese werk doen, verseker dat om jouself in die administrasie te begewe, is om 'n nuwe wêreld te betree. 'n Nuwe wêreld met nuwe uitdagings en bevestigings. Dit is 'n groot eer en 'n voorreg om ook hierdie taak n die medisyne te vervul.

Classification of diseases in Primary Care

Continued from page 19

The brevity and simplicity of the classification means that it is as effective for a secretary as well as a fully staffed medical records department with computer facilities.

Although specifically directed towards the needs of primary care, ICHPPC-2 by virtue of its close alignment with the International Classification of Diseases (ninth revision ICD - 9), allows comparisons with work from other fields of medicine.

It is the goal of the committee to review ICHPPC every four years. It will be revised every ten years in order to maintain its alignment with ICD.

Work is in progress on a companion volume of definitions for each rubric of ICHPPC 2, aimed at increasing the reliability of the classification.

The definitions are extended as guidelines for primary care providers and researchers who desire comparability.

Our committee considers this "ICHPPC defined" as a marked improvement but falls short of our ideals.

At the moment a field trial is being conducted in South Africa where General Practitioners have been requested to use the classification with definitions in their practices for a fortnight and observe if the classification and coding can be utilised without difficulty.

Long term plans have already been undertaken for other facets of Primary Care:

- 1 Reasons for contact in primary care services.
- 2 A standard glossary of terminology in primary care — many South African General Practitioners have made contributions to this glossary of commonly used primary health terms. This is awaiting publication.
- 3 The services the primary care practitioner performs for the patient and the outcome of the encounter.

ICHPPC-2 has been made available in several languages and thus is being used extensively in several countries throughout the world.

It is recommended that all general practitioners, family physicians and

all primary care providers in Southern Africa familiarize themselves with this most important contribution towards health care.

In summary, a group of fifteen primary care physicians have produced an international classification of health problems in primary care, for practitioners interested in their patient's care, enabling them to classify their diagnosis and also to use the classification in the conduct of any research, be it in public hospitals or private spheres of Family Practice.

Bibliography

- 1 Working documents from original correspondence for ICHPPC.
- 2 ICHPPC-1 — 1975 Edition (WONCA) American hospital association.
- 3 ICHPPC-2 — 1979 revision (WONCA) Oxford University press.
- 4 Private communications by members of WONCA Classification committee 1972 — 1981.