

Beter konsultasievoering in die algemene praktyk

Daar bestaan 'n leerste in die huidige opleiding van die huisarts t.o.v. sy vermoë om 'n konsultasie wetenskaplik te voer.

'n Poging word hiermee aangewend om die huisarts en voorgaande studente op 'n paar van die belangrikste prosesse en metodes te wys wat 'n rol kan speel ten einde hom in staat te stel om 'n meer doelgerigte, dieper konsultasie te voer.

Aangesien dit 'n breë onderwerp is, sal die leser dit lonend vind om die verwysings na te slaan ten einde self meer van die onderwerp te wete te kom.

Doel van Konsultasie

Wanneer 'n pasiënt sy dokter gaan raadpleeg is die iatrotropiese drempel van daardie pasiënt reeds oorskry.¹ Die konsultasie tussen dokter en pasiënt is dus 'n poging van albei om die probleem op te los en die normale balans van die pasiënt t.o.v. sy omgewing te herstel.

In die soeke na 'n oplossing is daar veral vier faktore wat verder deur die konsultasie toegelig moet word:²

Die daarstelling van 'n verhouding met die pasiënt wat sal lei tot of help om 'n diagnose te maak en behandeling toe te pas.

Die verkryging van inligting aangaande die pasiënt en sy probleem.

Om die pasiënt sy siektetoestand te laat verstaan en hom insig daarin te gee.

Om die pasiënt te onderskraag en te lei in die behandelingsproses.

As die mees fundamentele en die mees gebruikte instrument in die klinikus se hande,³ is die konsultasie die mees waarloosde. Daar word selfs geen spesifieke onderrig aan ons mediese studente gegee oor hoe om 'n pasiënt te konsulteer nie. Ten einde die konsultasie beter te begryp is dit nodig om die verskeie fasette en prosesse daarvan te ontleed deur fragmentasie van die groot geheel. Ek beklemtoon egter die ineenstrengeldheid en verwantskap van die fragmentasie. Elke konsultasie benodig verskeie van die fasette ten einde die gelukkige geheel te vind.

KLINIESE PROSES VAN KONSULTASIEVOERING

Die vriendelike verwelkoming lê die basis vir 'n suksesvolle konsultasie. Staan op uit u stoel en groet vriendelik.⁴ Stel u voor aan onbekende pasiënte.

Die Probleem

Nadat u die pasiënt gegroet het en hy welkom voel, moet u uitvind wat die pasiënt eintlik na u toe laat kom het. Navraag oor die probleem moet op so 'n wyse gestel word dat dit die pasiënt die geleentheid gee om uit te brei oor sy probleem. Aanmoedigende vrae⁵ (Open ended question) en parafrasering help baie om die pasiënt geleentheid te gee om sy ware probleem te stel.

Ondervraging

Hierdie proses is die belangrikste van die konsultasie. Konsultasie is ook onderworpe

aan kontraktuele verbintenisse tussen dokter en pasiënt. Die dokter en pasiënt kom ooreen om:

Te verhaaf.

Inligting uit te ruil en te kontroleer dat albei dit verstaan.

Behandeling te gee en te ontvrag.⁵

Die onderhoud kan baie wissel en kan strek van 'n suiwer fisiese geskiedenisneming tot navraag oor emosionele, sosio-ekonomiese en intieme aspekte van die pasiënt.

WEERSTAND

Elke mens het 'n natuurlike weerstand as daar oor sy persoon en aanverwante aspekte deur die geneesheer navraag gedoen word. Die suksesvolle konsultasie laat hierdie weerstand verkrummel sodat die geneesheer alle inligting kan bekom om hom met die diagnose en behandeling te help.² Dit behels dus 'n vertrouensposisie wat daar in die geneesheer gestel word.

VERTROU

Pasiënte vertrou nie maar net hul dokter nie; hy moet dit verdien. Dis juis die doel van die konsultasie.

VERSIGTIGHEID

Die geneesheer moet versigtig wees om nie by vreemde pasiënte of pasiënte wat om een of ander rede erg ontsteld is, navraag te doen oor intieme en emosionele aspekte van hul lewens nie.⁴ Dit kan die vertrouensposisie aftakel of die pasiënt mag dink die dokter is nuuskierig. Konsultasie oor dié aspekte van ons pasiënte volg eers later wanneer die vertrouensposisie goed ontwikkel is.

DIEPERE NAVRAAG

Met dieperere navraag word metodes aangewend wat die pasiënt help om sy ware probleme na vore te bring.

Die dokter kan verskeie houdings en reaksies gebruik om sy pasiënt te help om hierdie doel te bereik.⁶

Parafrasering en aanmoedigende vrae: Dit help baie, veral aan die begin van die konsultasie.

Belangstellings: 'n Reaksie wat belang toon in, of begrip toon vir die pasiënt se probleem.

Begrip: 'n Reaksie wat poog om 'n sin vir waarde en selfversekering in die vermoë van die pasiënt te stel.

Empatie: 'n Reaksie wat erkenning verleen aan die pasiënt se gevoelens, sonder om te kritiseer.

deur
Dr. A.J. Snyman

SELEKSIE VAN BELANGRIKE SIMPTOME

Die kern van die onderhoud in huisartspraktyk lê daarin dat die geneesheer simptome van belang moet raaksien en die kuns van konsultasievoering daarop moet toespits ten einde 'n ware en volledige beeld van die siekteproses by die pasiënt te kan kry.

Ervaring is hier baie belangrik, maar daar is tog 'n paar reëls om te onthou:⁴

- Brei uit oor simptome waarvan daar objektiewe bewyse bestaan, bv. veluitslag, hemoptiese en geswelde gewrig.

- Vra uit oor simptome wat beperk kan word tot 'n sekere orgaan, bv. hoes, diarree, otorree en pyn.

- Op verwantskap tussen simptome moet verder ingegaan word, bv. hoes, en heemp-tiese.

- Gaan enige simptome na wat spesifieke diagnostiese belang het, bv. diplopie en konvulsie.

- Vae simptome of simptome verwant aan veelvuldige siekteprosesse kan tydelik eenkant gelaat word, bv. duiseligheid, lusteloosheid, hoofpyn en anoreksie by kinders.

- Laat simptome wat ooglopend nie met die hoofklagte verband hou nie ook tydelik weg, bv. 'n seer toon by 'n kind met dispnee.

Soms kan 'n tydelik onbelangrike simptome van allergrootste belang word.⁴ So mag hoofpyn by latere navraag baie belangrik blyk te wees saam met diplopie en verlies van eetlus. Maak dus seker dat alle simptome neergeskryf word en nie net die belangrikste nie.

VERVALSTE SIMPTOME

Die Westerling gaan nie na die dokter sonder 'n fisiese klage nie; dus versin die pasiënt een as daar nie altyd een is nie.⁷ Die dokter moet altyd op sy hoede wees vir hierdie fisiese voordoening waaragter daar eintlik 'n versteuring van sy balans in die totale menswees skuil. Die pasiënt se hele wese praat met die dokter. Daar is verbale, psigologiese en fisiese faktore wat deur die dokter waargeneem moet word en waarop by moet reageer. 'n Kennis van die normale

fisiese en geestelike ontwikkeling van die mens en sy normale gedragspatrone is belangrik.

LEIDRADE WAT KAN HELP

Onlogiese Gedragspatrone en Gedagtes

Deur noukeurig op te let, kom 'n mens gou agter wanneer pasiënte heeltemal irrasioneel dink en reageer. Dit gee gewoonlik aanleiding tot baie spanningsprobleme en depressie.⁸

DIE TAAL VAN DIE LIGGAAM

Spraak

Sommige pasiënte praat soos orrels om hulle onderliggende probleme te verberg. Sommige begin hakkel by die konfrontasie met hul probleem.⁴ Sommige pasiënte so monde is droog a.g.v. die spanning en 'n mens kom dit aan die metalliese aard van hul spraak of die wit lagie speeksel in die mondhoëke agter.

Stemtoon

Deur die stemtoon te verander kan die dokter pasiënte affronter of op hul gemak laat voel.

Bewegings

Let op na bewerigheid, gespanne kneukels op leuning van stoel en handbewegings saam met spraak. Dit kan dui op angs, moedeloosheid, ens. Die oë alleen dui dikwels angs of teleurstelling aan. Dink maar aan die helder oë en oopgesperde lede van die persoon in akute angs.

Die meer subtiele, effense waterigheid van die onderste ooglid verberg egter 'n groot hoeveelheid emosionele data wat verder nagegaan moet word.

Kopbeweging

Knik van die kop help om pasiënt te vertel dat dokter aandag gee.

Kleredrag

Die persoonlikheid van die dame met 'n lae hals verskil van die meer konserwatief geklede.

Gesiguitdrukings^{9, 14}

Die algehele gesiguitdrukking moet altyd in verband met die verbale inhoud van die konsultasie gesien word. Indien daar nie 'n goeie korrelasie bestaan tussen die gesiguitdrukking en die verbale inhoud nie, sê die gesiguitdrukking waarskynlik iets meer — dat daar iets verberg word wat die pasiënt op hierdie stadium nog nie wil of kan meedeel nie.

Woorde-Kode

Daar is soms meervoudige betekenis in woorde of sinne wat die pasiënt teenoor die geneesheer gebruik. Die pasiënt wil nie die dokter doelbewus mislei nie, maar probeer eerder om dit vir hom of haarself te verberg. Dis die geneesheer se taak om hierdie kode se sleutel te leer en dit te interpreteer. So bv. mag 'n ou dame wat alleen woon kla van duiseligheid, terwyl sy eintlik bedoel dat sy onseker is van haar lewensituasie.

Waarneming van die Dokter-Pasiënt Interaksie¹⁴

Die dokter-pasiënt-verhouding is nie slegs 'n medium van kommunikasie nie, maar ook 'n bron van inligting. In die verhouding van die pasiënt met die geneesheer sien 'n mens soms die

spieëlbeeld van ander verhoudings in die pasiënt se lewe. Feitlik alle kommunikasie tussen dokter en pasiënt het 'n emosionele deel. As die dokter regtig belangstel in die boodskap van die pasiënt moet by kennis neem van die emosionele deel daarvan. Deur die emosie te aanvaar en dan deel te neem daaraan help om die kommunikasie op 'n baie dieper vlak te plaas.

Kinders as Presenterende Simptoom?

Soms bring veral moeders hul kinders na die dokter en projekteer hul eie simptome soms direk, maar meestal verdraaid, deur die kind aan die dokter.

Die houding van die Geneesheer

In die bipolêre konsultasie-situasie is die dokter die persoon wat grotendeels boodskappe van die pasiënt ontvang. Sy funksie in die besondere situasie is dus ook om op die regte wyse terugvoering (feedback) aan die pasiënt te gee. Sodoende word kommunikasie op 'n dieper vlak bevorder en ware belangstelling in die probleem van die pasiënt getoon.

DOKTER REAKSIE IN TERUGVOERING

Positiewe Elemente

Beskrywend/(Descriptive)

Nie-Evaluerend/(Non

Evaluative)

Spesifiek/(Specific)

Vryheid van keuse/(Freedom

to change)

Veranderbare gedrag/

(Modifiable behaviour)

Minder Positiewe Elemente

Afleidend/(Interpretative)

Evaluerend/(Evaluative)

Nie-Spesifiek/(Non Specific)

Druk om te verander/

(Pressure to change)

Nie-veranderbare gedrag/

(Unmodifiable behaviour)

'n Dokter behoort te weet dat pasiënte hul klagtes en probleme aan hom kan offer.⁷ Die uiteindelijke sukses hang baie daarvan af of die dokter die pasiënt se klagtes aanvaar of verwerp.⁷ Dit is belangrik om die pasiënt se klagtes onvoorwaardelik te aanvaar sonder enige kritiese houding.^{7,9} Op hierdie wyse word WARE belangstelling in die probleme van die pasiënt getoon.

Dit is belangrik dat die geneesheer nooit vir die pasiënt sal wys dat hy verveeld is nie, maar dat hy deur die regte dokter-reaksies die pasiënt positief sal lei.

Die indruk van haastigheid moet nie in die konsultasie-situasie geskep word nie,⁴ al is daar ook min tyd. Deur die korrekte konsultasietegnieke aan te wend kan baie in 'n kort tydjie vermag word.

Die geneesheer se eie emosionele reaksies is belangrik;⁴ nie slegs sy reaksies

t.o.v. 'n pasiënte nie, maar ook sy eie teenoor die pasiënt.

Die dokter mag ook te veel van sy eie behandeling verwag, wat hom dan teleurstel en met 'n gevoel van mislukking laat.¹³ Dit is veral waar t.o.v. kronies-depressiewe pasiënte. 'n Stabiele menslike verhouding tussen die dokter en sy pasiënt is van veel groter waarde as terapeutiese resultate. Dit mag dalk die eerste en enigste ware intermenslike verhouding van die pasiënt wees, en dit op sigself is die beste medisyne vir die pasiënt.¹³ Van hierdie pasiënte sê Balint⁷ dat hulle gereeld kom 'drink' van die melk van die dokter deur bv. maandeliks vir 'n kort geselsie na die dokter te kom.

Die geneesheer moet onthou dat die diagnose van kardinale belang is vir die pasiënt.

Hy wil graag weet wat die oorsaak van die versteurde balans is. Behandeling is baie keer sekondêr, so lank die oorsaak net bekend is.⁷ Die geneesheer moet dus altyd probeer om 'n diagnose te gee as hy dit aanvanklik kan maak, of minstens deur sy differensiële diagnose of patogenese van die siekte aan die pasiënt te stel. Pasiënte het soms 'n beklemmende vrees, veral t.o.v. spesiale ondersoek.⁷ Selfs die geringste ondersoek moet duidelik beskryf word sodat die pasiënt vooraf weet wat aan die gang is.

Pasiënt versus doktergesentreerde geneeskunde

Die siektegesentreerde geneeskunde van die opleidingshospitaal is steeds teenwoordig. Daar word met moderne wetenskaplike en tegnologiese tegnieke alle moontlike fisiese foute uitgeskakel en dan aan die pasiënt vertel: 'Daar is niks verkeerd nie'. Die pasiënt verlaat die hospitaal sieker as toe hy daar aangekom het.

'Niks verkeerd' is geen antwoord nie.⁷ Wees eerlik — vertel die pasiënt dat met die huidige kennis van die wetenskap u niks fisies verkeerd kry nie. Dit plaas die blaam op die geneeskunde en nie op die pasiënt nie. Gaan dan voort met 'n onderhoud oor die psigosomatiese aspekte van die pasiënt.

Balint⁷ beweer in sy boek dat 'n persoonlikheidsgebrek by die pasiënt as 'n eerste positiewe diagnose gestel behoort te word, nes bv. pneumonie. Dis die huisarts se taak om sy gebrekkige kennis van die gedragswetenskappe self aan te vul, homself daarop in te stel en te leer uit die magdom kliniese materiaal in sy praktyk.

Die dokter moet leer om krities-analities te luister na die pasiënt. Dit sal hom meer antwoorde besorg as die ou manier van baie vrae stel en slegs antwoorde te kry.⁷ Die huisarts se houding behoort dus pasiënt-georiënteerd te wees.¹⁰ Die klem val dan op totale pasiëntsorg en nie soseer op siekte-georiënteerde geneeskunde nie. Die meeste diagnoses deur die huisarts gemaak moet die hele persoon insluit en nie net die fisies/patologiese soos op universiteit geleer nie.⁷ Die huisarts moet sy individuele konsultasie nie as losstaande beskou nie, maar as deel van 'n groot geheel-konsultasie wat strek oor die ganse

tydperk van die huisarts-pasiënt-verhouding. Slegs die huisarts is in die unieke situasie om sy pasiënte so te benader en te behandel, en dis seker hieruit wat 'n deel van die wetenskap van huisartskunde voortspruit.

Fisiese Onderzoek

Tydens die fisiese ondersoek is daar dikwels die geleentheid om oor meer aspekte uit te vra. Pasiënte is baie keer ook meer ontspanne en hul aandag is op die ondersoek gevestig, sodat hulle nie altyd so waaksaam op die psigologiese vlak is nie. Die huisarts gebruik dan ook sy data tydens die onderhoud versamel om te besluit op die tipe ondersoek. Volgens my mening is daar drie tipes ondersoeke:

- Lokale ondersoek.
- Gemiddelde ondersoek. Daar word hoofsaaklik lokaal en na 'n paar ander aspekte van belang gekyk.
- Algemene ondersoek. Daar word na al die stelsels verwys.

Gee spesifieke opdragte aan die pasiënt:

- Die kledingstukke wat uitgetrek moet word.
- Vra die pasiënt om te klop as hy gereed is sodat hy nie vir 'n tydperk daar lê en koud word voordat u opdaag nie.

Die dokter moet op die volgende let:

- Sy ondersoekkamer moet goed verkoel of verhit wees sodat 'n aangename temperatuur heers.
- Die pasiënt se skaamte moet gerespekteer word. Genoegsame bedekking op die ondersoekbank moet beskikbaar wees.
- Wees behulpsaam, veral teenoor ouer pasiënte met die aantrek van die skoene, die vasmaak van 'n bra en om op of van die ondersoekbank te klim.
- Met ginekologiese ondersoek moet die praktyksuster teenwoordig wees om te help. Daar is egter dames wat nie daarvan hou nie en dalk inligting sal weerhou, veral as die suster nog vreemd is en dalk nie vertrou word nie.
- Die geneesheer moet hier self oordeel wanneer die suster moet bystaan al dan nie.
- Was hande met warm water voor elke ondersoek.

Beëindiging van Konsultasie

Die ideaal is om liefs die konsultasie deur die pasiënt te laat beëindig.⁷ Dit gee die meeste pasiënte bevrediging.

Die fisiese ondersoek self beëindig die konsultasie omdat dit gewoonlik na die ondervraging plaasvind.

Soms is dit nodig om aan die pasiënt te verduidelik dat u liever meer tyd wil hê om aan sy klagtes aandag te gee, en dan te reël vir 'n opvolgkonsultasie.

Benadering tot kinders

Die samewerking van die kind om 'n ondersoek uit te voer is belangrik. Die metode om samewerking te verkry hang van die ouderdom van die kind af. Ouer kinders se medewerking kan aangehelp word deur hulle te vly oor bv. hul mooi klere en 'n geselsie op die pasiëntjie se vlak aan te knoop.

Die voorskoolse kind se aandag kan met interessante voorwerpe, bv. speelgoed vasgevang word, of deur 'n sinnelose storie oor, bv. diere aan te knoop en ewe sin-

nelose vrae oor die diere te stel. Vir die baba moet 'n mens soms terugkeer tot fisiese maatreëls, soos 'n bietjie suiker.

Dis beter om ouers by kinders toe te laat as hulle ondersoek word. Die ma moet by die voete van die kleinding staan.

Was jou hande met warm water voor die ondersoek. Begin die ondersoek met besigtiging, betasting ens. en gebruik later instrumente. Laat die outjie toe om met die instrumente te speel. Die dokter se kalmerende stem en gesiguitdrukkings kan die outjies ook baie vermaak, soms tot groot vermaak van die ma en pa ook. Voer die ondersoek uit in die posisie wat die gemaklikste vir die kind is.¹¹

Baie siek en groot kinders kan in die liggende posisie ondersoek word. Pasiënte wat kortasem is, is gemakliker in die regop posisie.

Kinders van ongeveer 6-8 maande wat begin regop sit, verkies om in daardie posisie ondersoek te word. Andere wil weer staan. Die ma kan die kind dan aan die hande vashou.

Die bang, vreesbevange kind kan in sy moeder se arms ondersoek word, veral kinders van 1 tot 3 jaar oud. Soms is dit nodig om hulle op bekende maniere vas te hou vir die oor- en keelondersoek.

Prognose

Prognose en diagnose is in-eegestregeld. Baie pasiënte-vrae oor diagnoses is prognosties van aard.

Meestal kan die waarheid onomwonde vertel word. Daar bestaan 'n probleem by die fatale diagnoses. Vir die ware geneesheer is hierdie 'n konfliktsituasie. Hy moet altyd vir die pasiënt hoop gee, terwyl hy weet dat dit hopeloos is. Hier behoort die strewing te wees na berusting en aanvaarding by dokter en pasiënt. Hierdie merse ondergaan 'n geestelike verdieping.

Kliniese Rekords

Kliniese notas dien nie net om die huisart se geheue te verfris nie.⁴ Keith Hodgkin⁴ beklemtoon die volgende doelstellings van kliniese notas: Verhoogde standaard van geneeskunde deur ons denke te stimuleer, bv. 'This rule of writing down at all times our diagnostic reasons for all actions taken, forces a doctor to think logically and act scientifically'. Bogenoemde kan veral bereik word deur die sg. probleemgerigte rekordstelsel.

Behandeling

Die huisart neig om veral t.o.v. geneesmiddels te oordokter. Daar is 'n pil vir elke simptome en die publiek wil geen pyn of simptome meer verduur nie. Probeer die geneesmiddels beperk tot essensiële en gun die liggaam tyd om self ook iets te doen. Verduidelik of middels tesame of apart gedrink moet word. Sommige pasiënte glo 'n ontploffing sal volg as hulle meer as een middel gelyktydig neem. Die huisarts behoort ouers te wys hoe om aan kinders medisyne toe te dien en te sê elke hoeveel ure dit gedoen moet word. Vertel aan hulle of doserings in die nag gegee moet word en watter middels voltooi moet word en watter gestaak kan word as dit beter gaan.

Die Dokter self as Geneesmiddel

Balint⁷ beklemtoon die goeie eienskappe van die middel, sy gevare en newewerkings. Hy verwys ook na die feit dat hierdie middel tans nog onbekend is by die meeste geneesheer.

The Doctor, His Patient and the Illness is seker 'n moet vir elke huisart en ek verwys slegs in hierdie skrywe na 'n paar gedagtes daarin.

Balint beweer dat die geneesheer baie meer passief moet luister,^{7,9} en selfs tyd moet inruim vir 'n lang konsultasie van bv. 1 uur. Deur dan van voorafgaande tegnieke gebruik te maak, kan die huisarts werklik agter die probleme van die pasiënt kom. Op die lange duur gesien, is dit ook ekonomiese tydbenutting, aangesien hierdie lang onderhoud vergoed vir baie meer korter gesprekke vorentoe. Balint beweer: 'If you ask questions you get answers but nothing more', om die noodsaak van die luister te beklemtoon.

So probeer die huisarts om 'n meer omvattende, dieper diagnose te maak as net die fisiese waarmee die pasiënte meestal voordoet.

Tereg beweer S.G. Jeffs⁹ van Chester 'There is no such thing as a clever doctor. There are only good ones and bad ones.'

VERWYSIGINGS

1. Wasserman, H.P. Redaksioneel S.A.M.J. (1977) 52,603.
2. Loch, W. The Doctor-Patient Relationship in General Practice: Implications for diagnosis and treatment. *Psychiatry in Medicine* (1972) 3,365.
3. Fabb, W.E. Director of Education. The Royal Australian College of General Practitioners. *Personlike Korrespondensie*.
4. Hodgkin, Keith. *Towards Earlier Diagnoses*. Churchill Livingstone (1973) London.
5. Froelich, R.E. en Bishop, F.M. *Medical Interviewing*. C.V. Mosby (1969) St. Louis.
6. Ryan G.A. en Osborne, C.B. *An analysis of the Activities of General Practitioners*. *Australian Family Physician*. (Oct. 1976) 5,1226.
7. Balint, Michael. *The Doctor, his Patient and the Illness*. Pittman Medical (1974) Surrey.
8. Ellis, Albert. *Rational Emotive Therapy in Current Psychotherapies*. Ed. Corsine, Raymond. F.E. Peacock Publishers (1975) Illinois.
9. Jeffs, S.G. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. (1973) 23,685.
10. Levinstein, J.H. *The Basis of General Practice. Its Content and Relation to Training*. S.A.M.J. (1977) 52,297.
11. Barnes, L.A. *Manual of Pediatric Physical Diagnosis*. Year Book Medical Publishers. 1974. Chicago.
12. Fry, John. *Profiles of Diseases*. E. and S. Livingstone. (1966) Londen.
13. Egan, W.H. en Smith, J.A. *The Unremembered Unimproved Depressed Patient*. *American Family Physician*. (April 1977) 15,83.
14. Royal College of General Practitioners. *The Future General Practitioner — Learning and Teaching*. *British Medical Journal* (1972) London.

**USE THE
READER
REPLY CARD**