

# Omvattende primêre sorg op die platteland

1. AGTERGROND

Dr Attie Baard

Persoonlik aanvaar ek dat die tipe praktyk wat algemene praktisyns (A.P.) op die platteland voer, primêre gesondheidsorg vir almal insluit. Hier is die A.P. ook ontseeglik leier van die span, want niemand anders is beter toegerus vir die taak nie.

## A. Definisie

As persoonlike riglyn aanvaar ek die werksomskriving van J. Fry 1977 (6): 'The general practitioner provides personal, primary and continuing medical care to individuals, families and a practice population, irrespective of age, sex and illness.

He will attend his patients in his consulting rooms and in their homes, and sometimes in a clinic or hospital.

His aim is to make early diagnoses. He will include and integrate physical, psychological and social factors in his considerations about health and illness.

He will make an initial decision about every problem which

is presented to him. He will undertake the continuing management of his patients with chronic, recurrent or terminal illness.

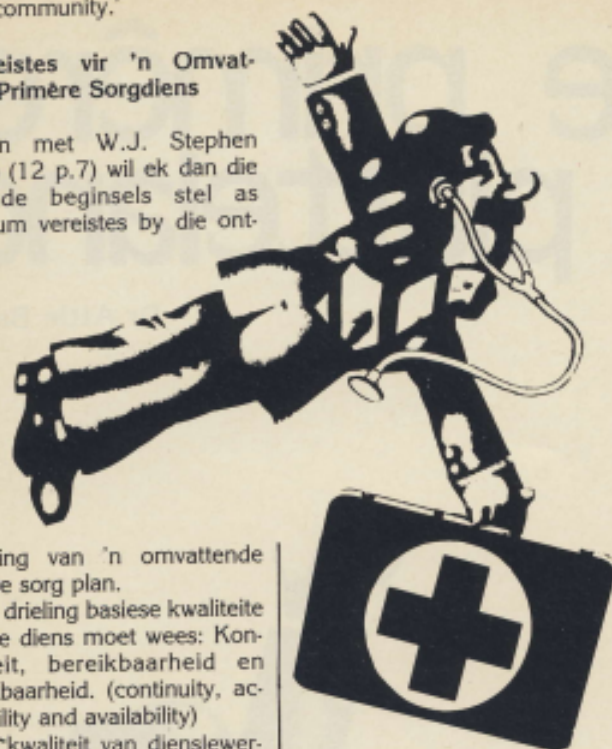
He will practise in cooperation with other colleagues, medical and non-medical. He will know how and when to intervene through treatment, prevention and education to promote the health of his patients and their families.

He will recognise that he also has a professional responsibility



### B. Vereistes vir 'n Omvattende Primêre Sorgdiens

Saam met W.J. Stephen (1979) (12 p.7) wil ek dan die volgende beginsels stel as minimum vereistes by die ont-



wikkeling van 'n omvattende primêre sorg plan.

1. Die drieling basiese kwaliteitte van die diens moet wees: Kontinuitet, bereikbaarheid en beskikbaarheid. (continuity, accessibility and availability)

2. Die kwaliteit van dienslewering moet gemeet word en bepaal word deur die volgende faktore (bv. sosio-ekonomiese faktore, epidemiologiese faktore, manekrag-voorsiening) en die area van gesondheidsorg (bv. promosievlak, voorkomende vlak, kuratiewe vlak, rehabilitasie, ens.) en etniese verband (1, 3, 7, 8 en 10).

3. Bevredigende diagnostiese en terapeutiese geriewe is onontbeerlik vir doeltreffende primêre sorg volgens ons werksdefinisie, maar dit is ook noodsaaklik vir persoonlike bevrediging en selfverwesenliking van die huisarts. M.a.w. sy professionele geluk as mens is daarvan afhanklik. (1, 9, 13)

4. Doeltreffende self-ouditering en terugvoer van suksesse en mislukkings. Navorsing en voortgesette studie. Beplanning vir doeltreffende opleiding van die primêre sorg span — wat ook geskik sal wees vir die platteland.

### C. Opleiding

Uit die voorafgaande kan ons nou saam met Prof. George Beaton ses in-diens-opleidingsdoelwitte vir 'n huisarts voorstel (3):

1. Die persoon moet kennis en ondervinding opdoen in alle aspekte van gesondheidsorg en by alle lokaliteite in die gemeenskap waar hierdie primêre sorg gelewer moet word. D.w.s. ook in platteland.

2. Die persoon moet bekwaam word om in 'n span te werk, van die bestuursvlak tot die vermoë om konflik en mislukking te hanteer.

3. Die persoon moet opgelei

word daarin om 'n self-gerigte student te wees en te bly sy lewenskolk sodat hy selfstandig brakkolle in sy eie kennis kan uitken, geskikte leersituasies kan skep of soek en eie vordering objektief beoordeel.

4. Die persoon sal uit sy basiese opleiding 'n kern van kennis opbou wat as aanvangspunt kan dien om enige toekomstige probleem planmatig te hanteer.

As boustene in hierdie kern van kennis sal hy gebruik sy opleiding in algemene en omgewingskenneskunde, gedragswetenskappe, sosiologie, praktykvoering en bestuur en alle toepaslike gebiede en gesonde verstand.

Die manipuleringsvermoë in nuwe situasies is wat bruikbaar bly en kan ontwikkel met oefening.

Die stoor van 'n magdom kennis raak gou onhanteerbaar, maar die sinvolle organisasie van 'n eie biblioteek is noodsaaklik in die platteland waar biblioteke onbekombaar is.

5. Navorsingsoriëntasie. Die versameling van materiaal en die vermoë om dit probleemgeoriënteerd te verwerk en te gebruik.

6. Die persoon moet onderrig word en oefening kry daarin om homself te beoordeel en te waardeer (assess) sodat hy kan besef waar hyself staan t.o.v. die persoonlikheids-eienskappe, lewensfilosofie en lewensverhoudinge wat sy beroep van hom vereis, sodat hy hierdie begrip teenoor sy pasiënte kan aanwend en ook in sy geneesheerpasiënt verhouding kan openbaar.

Dan sal hy die kuns en tegniek ontwikkel om sy belangrikste hulpmiddel, die konsultasie vermoë, te gebruik.

U het nou 'n idee van hoe die plattelandse huisarts homself sien en sy beroep sien as primêre sorg arts. Die implikasies hiervan vir ons opleidingsentra wil ons later bespreek. Ek is net dankbaar dat huisartskunde nou 'n doel in-sigself geword het en nie meer 'n middel tot 'n doel nie.

### II. Samestelling van 'n gemiddelde plattelandse huisarts praktyk

Omvattende primêre sorg word verskaf aan 'n blanke populasie van ongeveer 2 500 tot 4 000 en 'n nie-blanke populasie van 20 000.

Twee spreekkamers bedien gewoonlik die distrik met 'n personeel van 7 (2 verpleegsters, 2 ontvangsdames, 1 boekhouster en 2 bediendes). Hulle word deur die huisarts employeer en besoldig.

Die hospitaal (gewoonlik Provinsiaal, maar soms semi-privaat) het gemiddeld 20 — 25 blanke en 75 nie-blanke beddens. Bedbesetting is ongeveer 60-100% en 100% (en meer) onderskeidelik.

Blanke hospitaal verplegingpersoneel is matig voorsien; nie-blanke personeel goed tot oorvoorsien. Suigtrekker en E.K.G. masjien en kouterisasie-geriewe is beskikbaar.

Mikroskoop en afswaal apparaat gewoonlik beskikbaar. Een tot twee eenhede groep O Rh negatiewe bloed is gewoonlik beskikbaar.

### Geriewe wat meesal ontbreek by die hospitaal:

1. 'n Primêre sorg laboratorium met 'n tegnikus wat eenvoudige hematologiese-, biochemiese en bakteriologiese ondersoeke kan doen, soos bv. V.B.T., elektroliete, bloedsuikers, sputum-, urine- en stoelgangondersoeke, bloedgroepering, ens.

2. Radiografiste. (Huisarts is plaasvervanger).

3. Fisioterapeut met eenvoudige apparaat soos 'n Birds.

4. 'n Döpler apparaat vir fetale harte.

5. 'n Eenvoudige kardiaale tipe monitor en 'n defibrillator.

Ambulansgeriewe word gewoonlik deur die lokale stadsrade verskaf aan provinsie en afdelingsrade teen 50 sent per kilometer.

Indien diagnostiese en terapeutiese geriewe by die hospitaal uitgebrei kan word en voorsiening in paramediese per-

soneel kan verbeter, sal baie verwoerkoste bespaar kan word deurdat die primêre en sekondêre sorg lokaal kan geskied. Minambulanspersoneel is werklik opgelei.

Aanstellings wat die huisarts gewoonlik hou behalwe sy privaat praktyk:

1. Deeltydse distrikgeneesheerskap sluit in primêre sorg aan behoeftiges en hulle medisyne voorsiening, geregtelike werk en omvattende sorg aan polisie en pensioenarisse.

2. Deeltydse superintendent van die hospitaal.

3. Deeltydse mediese beamppte, by die hospitaal vir noodgevallen wat nie 'n privaatcheeseer het nie, of vir behoeftige pasiënte.

4. 'n Deeltydse aanstelling by die Afdelingsraad om saam met die afdelingsraad-suster primêre sorg in die distrik te verrig.

Die suster is toegerus met 'n kombi-kliniek en besoek die plase in rotasie en dien as primêre kontak en doen immuniserings, familiebeplanning, voor-en nageboorte sorg, ens.

Sy verwys haar probleemgevallen na die huisarts.

5. Deeltydse aanstelling by die Munisipaliteit om saam met 'n suster wat 'n kliniek in die nie-blanke woonbuurte het (en soms ook in die blankewoongebiede) die primêre sorg daar te verskaf.

Haar probleemgevallen word ook na die huisarts verwys. Hierdie aanstelling behels ook inspeksies van die rioleringswerke, slagpale, watervoorrade, melkerye ens.

Die Tehuis vir bejaardes word ook weekliks besoek. Vergoeding aan hierdie aanstellings verbonde is geen, honorêr of minimaal.

Die departement van gesondheid lewer geen bydrae tot praktykkostes nie — betaal nie eens vir 'n telefoonoproep b.v. na 'n spesialis i.v.m. 'n staatspasiënt nie.

Die medisyne toelaag is sodanig dat die behoeftiges sekerlik nie voorsien kan word sonder subsidiëring deur die huisarts nie.

### III. 'n Kritiese bespreking van die beginsels wat ons vir onself gestel het t.o.v. primêre sorg vir almal op die platteland — Probleemareas en moontlike Oplossings

Die omvattendheid van die diens was baie duidelik uit die aard van die aanstellings wat die huisarts hou in die distrik, munisipaliteit, hospitaal, spreekkamer en klinieke. Dit dek dus alle aspekte van gesondheidsorg.

Die **deurlopendheid** (Kontinuiteit) van die diens is ook voor die hand liggend, omdat die eerste en sekondêre en laaste kontak deur die huisarts en die spanne waarin hy betrokke is, hanteer word.

Die deurlopendheid word slegs onderbreek wanneer iemand na



'n groot hospitaal vir gespesialiseerde sorg oorgeplaas moet word.

**Bekikbaarheid** (toeganklikheid — 'accessibility') is miskien a.g.v. afstande in 'n distrik 'n rekbare begrip, maar kommunikasie-geriewe kan meesal baie effektief gebruik word. Die afstande na tersiêre geriewe is 'n groter probleem in gekompliseerde gevalle.

**Beskikbaarheid** op die platteland is waarskynlik maksimaal, as 'n mens besef dat op die platteland die telefoon-sentrale en die hospitaal altyd moet weet waar die huisarts is.

As mens besef hoe moeilik dit is om 'n plaasvervanger te kry vir 'n plattelandse praktyk, kan 'n mens die begrip **onontkikbaarheid** miskien in die plek van beskikbaarheid plaas. Dit is een van die faktore wat huisartse op die platteland inbreuk.

Wat betref die omvattendheid, deurlopendheid, bekikbaarheid en beskikbaarheid is die primêre sorg in die platteland dus gunstig geplaas a.g.v. die inherente aard en organisasie van die tipe praktyk.

En dit is weer baie bevorderlik vir 'n gunstige dokter-pasient verhouding. Die **stabiliteit** van 'n plattelandse boerdery-gemeenskap sowel as die **basiese toeganklike gesindheid** van 'n platteland, bevorder ook die vertrouensvlak tussen dokter en pasient.

Hierdie gunstige faktore t.o.v. die dokter-pasient verhouding verhoog ook die bruikbaarheid van die belangrikste medikament (Balint 1964) in die hand (of die hart) van die huisarts: die konsultasie begrip, empatie, onderrig, verduideliking, verskaffing van sekuriteit.

Die peil van gesondheidsorg hang ten nouste saam met die beskikbaarheid van die hospitaal. Die ontplooiing van die tegniese vaardighede van die huisarts word waarskynlik ook hierdeur geprikkel.

Die feit dat die gewone tipe chirurgiese, verloskundige en ginekologiese prosedures sowel as die behandeling van ongekompliceerde maar hospitaliseerbare pediatriese-, interne-geneeskundige- en geriatrisse toestande wat nie in die siekeboeg van die tehuis vir bejaardes hanteer kan word nie — die feit dat hierdie dinge lokaal gedoen kan word, verhoog verder die kontinuïteit van die sorg en ook die vertrouens-situasie tussen pasiënt en dokter.

Ek dink 'n pasiënt wat in die hospitaal was en gesond geword het of verbeter het, het sy eie skoling ondergaan t.o.v. sy houding en verhouding teenoor die span wat die versorging waargeneem het.

Maar dit is waarskynlik ook 'n insig-gewende ondervinding om vir een week die doen en late van die geneesheer en die hospitaal-personeel dag en nag waar te neem in 'n klein hospitaaltjie waar elkeen se bewegings maklik waargeneem kan word.

Ook dit speel 'n opbouwende rol met verloop van tyd t.o.v. die geneesheer-pasient verhouding.

Die feit dat mens afgeleë is en gespesialiseerde opinies en gesofistikeerde geriewe nie onmiddellik beskikbaar is nie, forseer natuurlik die geneesheer om sy tegniese vaardighede, brakkolle in sy kennis en terapeutiese moontlikhede te bevorder en om sy beperkinge duideliker te omlin en om gevaartekens betyds te lees. Gevolglik is die verwysingspatroon waarskynlik verskillend van stadspraktyke en omdat die huisarts self resepteer is hy meer

bewus van die pryse en hoeveelhede van medikamente en dalk meer bedag op pasiëntesamewerking by die gebruik van medisyne en word ook makliker bewus van die misbruik van medisyne. Die voorskrifpatroon sal waarskynlik ook verskil.

Voortgesette studie is miskien moeiliker in isolasie maar is tog moontlik. Opknappingskursusse word moeilik bygewoon omdat 'n locum moeilik verkrygbaar is op die platteland.

Praktyksbestuur en organisasie is basies seker stereotiep en wissel slegs t.o.v. bestuurstyl en praktyksomstandighede (11, p.112).

Maar oorhoofse onkoste op die platteland is baie laer as in die stede. Personeel is ook goedkoper maar moeilik verkrygbaar. Hier gebruik ek my vrou om persone op te lei, want sy ken al die balans tussen pasiënt-gesentreerde belange en geneesheer-gesentreerde belange en die verskil tussen behoefte ('need') en opdrag ('demand').

Sy hanteer ook meesal die telefoon na-ure voor slaaptyd.

Op die platteland met hand-telefone is 'n outomatiese telefoon-antwoord-diens nog meesal nie verkrygbaar nie en ek dink dit is ook een van die handige moderne dienste wat baie skade aan die pasiënt-geneesheer verhouding gedoen het.

Opsommend kan gesê word dat goeie primêre sorg op die platteland moontlik is a.g.v. faktore wat inherent is aan die tipe praktyk.

Die gesondheidsplan is baie beperk en dit plaas 'n geweldige en aanhoudende druk ('stress') op die huisarts — die leier van die span, maar dit is m.i. 'n bevredigende situasie van die diensleweringsoogpunt (m.a.w. die pasiënt se oogpunt) en van die oogpunt van diensbevrediging (van die huisarts se oogpunt).

Ons kom later weer terug by die oplossing van die probleem.

Wat betref die beskikbaarheid van bevredigende diagnostiese (13) en terapeutiese fasiliteite op die plek waar die primêre sorg gelewer word, dink ek die logiese plek om hierdie fasiliteite te verskaf, is die hospitaal in die platteland.

Die rasionale daaragter is sekerlik onaantreklik en die ekonomiese besparing wat daarmee gepaardgaan is fenomenaal.

Dit skakel ook in by die werksdefinisie van die huisarts en beantwoord van al die werksdefinisie van die huisarts en beantwoord aan al die ander

vereistes wat 'n primêre-sorg-diens sinvol maak.

Die tekorte aan diagnostiese en terapeutiese geriewe op 'n gerieflike punt van primêre-sorg-dienslewering is m.i. die belangrikste faktor wat huisartse weghou en afskrik van die platteland.

Dit hang dan saam met die wandistribusie van die gesondheidsbegroting tussen platteland en stadsgebiede. In 'n artikel van Peter Bundred (1978) (5) maak hy die volgende stelling:

Vyftig per sent van die populasie in S.A. woon in die platteland. 80% van die mediese begroting word in die stadsgebiede spandeer waar 80% van die geneeshere woon.

Nege en tagtig per sent van mediese begroting word aan kuratiewe dienste spandeer en 2% aan voorkomende en ander dienste, d.w.s. 80% van geneeshere, wat feitlik alle spesialiste insluit, bedien 50% van die populasie en verbruik 80% van die begroting van 98% vir kuratiewe dienste.

Dit is verstaanbaar dat spesialiste, huisdokters en kliniese assistente sentreer rondom die opleidingsentra. Dit is verstaanbaar dat dit die plek is waar die beste geriewe moet beskikbaar wees.

Dit is rasionaliseerbaar dat baie ander professionele gesondheidswerkers ook daar sal wil werk omdat al die geriewe daar is — ook die gerief om verantwoordelike na 'n spesialis of 'n eenheid (harteenheid, longeenheid en niereenheid) oor te plaas deur net die telefoon op te lig.

Ook die gerief om van jou bekommernis en angs oor ernstig siek pasiënte verlos te word.

Waarom kan die plattelandse primêre-sorg span nie net die krummels kry wat van die tafel afval nie? Hoekom kan 'n gedeelte van die geld nie net vir voorkomende medisyne gebruik word nie?

Dan kan ons mos menseleuens red teen 'n baie laerkoste! Hoekom kan die plattelandse mense en hulle hospitaal nie ook 'n primêre-sorg laboratorium hê nie? Hoekom moet ons vir 'n geleentheid wag na 'n laboratorium om 'n lumbaal-punksie of elektroliete te doen?

En dan een week wag vir die uitslag! Hoekom moet ons klaarkom met een punt O — bloed in die yskas en daarna óf wederregtelik O-bloed tap van lokale skenkers of 'n ambulans ten duurste stuur om bloed te gaan haal? Of 'n geskokte pasiënt vervoer tot by 'n plek

waar die pasiënt bloed kan kry?

Waarom kan daar nie sonder 'red tape' 'n eenvoudige tipe kardia monitor en 'n defibrillator en 'n eenvoudige tipe Birds beskikbaar wees nie?

Waarom kan die salarisse van personeel (geneesheer, fisio-terapeut, radioloog, sosiale



werksters, goedgekwalifiseerde verplegingspersoneel) nie so aangepas word dat hulle in die versoeking kom om na die platteland te gaan nie?

Daar is dus 'n wandistribusie in die begroting wat korrespondeer met 'n wandistribusie in die bemanning. Die basiese struktuur is daar. Met die nodige dryfkrag kan die probleem opgelos word.

Ek kan u verseker daar is baie huisartse wat geïnteresseerd is in die platteland en hulle wil kom, maar hulle kan nie, want dit is onmoontlik in die huidige situasie.

Wat meer is, daar is as gevolg hiervan nog baie plattelandse huisartse op pad weg. U weet ons lei nou huisartse op spesifiek vir hulle werk.

Huisartse is nie meer die broertjie wat afgeval het van die leer van spesialisasie nie. Huisartskunde is nou 'n spesifieke rigting in medisyne.

Die renaissance wat Howard Botha by die U.P. begin het, en wat nou deur ons land momentum kry, het ons nou huisartse wat vol vertroue na die platteland kan gaan.

Daar waar 'n geneesheer nog die avontuur en die dilemma en die angs van 'n probleem-oplossing alleen kan beleef.

Ons het nou sulke goedgekwalifiseerde huisartse dat ons hulle uitvoer na Arizona, Texas en Australië — en hulle doen ons naam daar goed.

Kom ons skeep vir ons bekwame mense die geleentheid om hulself professioneel gelukkig te maak in die platteland van ons eie land Suid Afrika. Betaal hulle beter. Skeep beter geriewe.

Die huisartse in ons land is nie meer 'n byproduk nie — hulle is nou hoofproduk, en ons nog maar net aan die begin van hierdie beweging.

Kyk na die hele toneel: van die Minister van Gesondheid, die

Sekretaris van Gesondheid met sy direkteure — ons posisie in die Mediese Raad, Mediese Vereniging — die omvang van hierdie 2de Kongres — die nuutgestigte Akademie met die nuwe blad — die bereidwilligheid van baie instansies om te skenk vir ons navorsing as huisartse.

Kom ons openbaar die insig en die moed om die geleentheid aan te gryp.

Wat ouditeuring van dienste betref, word daar jaarliks statistiese opgawes gemaak oor die omvang van primêre-sorg dienste wat deur die distriktgeneesheer gedoen en beheer word in sy afdelingsraad — en munisipale gebiede. Die kwaliteit van die dienslewering word egter nog nie gemeet in die platteland nie.

Navorsing deut plattelandse huisartse is nog skaars, maar nie afwesig nie. Terugvoer van informasie na opleidingsentra sodat dit in opleidings-bepanning 'n rol kan speel, word georganiseer by die U.P. gedoen, terwyl, daar al verskeie kursusse was vir huisartse as lektore.

In die area waar ek praktiseer is daar geen sodanige ontwikkelinge nie, maar daar is moontlikhede.

#### IV. Slot Opmerkings

Ek wil afsluit deur te sê die primêre-sorg span in die platteland besit die infra-struktuur om die redelike diens wat nou gelewer word, te omskep in 'n puik diens.

Ek twyfel nie daaraan dat dit sal gebeur nie. Maar ek is pessimisties of die basiese opleidingsveranderinge voorgaads sal plaasvind want geen

mediese skool beskou homself verantwoordelik (12, p.360) om die geskoolde mannekrag te lewer vir die primêre gesondheidsorg van ons land nie.

Alhoewel meer as 80% van die werk buite groot hospitale gedoen kan word, word geneesheer net vir hospitaalwerk opgelei.

Miskien is dit egter onredelik om te verwag dat mediese skole wat so vasgevang is in die denkgreep van die historiese benadering, hierdie diepgaande verandering aan hulself moet maak.

Ons Departement van Gesondheid sal dus 'n selfstandige mediese skool met die korrekte uitgangspunt moet promoveer, of anders sal ons aangewese moet bly op nagraadse opleiding wat beroepsgerig is en wat nie tweede keuse is nie.

#### NASLAANWERKE

1. Deklarasie van ALMA-ATA, 18 September 1978. Internasionale Konferensie oor Primêre gesondheidsorg. Gereël deur W.H.O. en Unicef F.

2. Balint, M. (1964) *The Doctor, The Patient and The Illness* 2nd Edition. Pitman. London.

3. Beaton, G.R. *Future Health Worker for S.A.* S.A.M.J. 10 Mrt. 1979 p.383-387.

4. Becker, R.M. *Veranderde toestande in die S.A. Plattelandse Praktijk.* S.A.M.J. 13 Nov. 1976. p.1945.

5. Bundred, Peter. *The Place of General Practice in health care delivery in S.A. - Today and tomorrow.* *Modern Medicine* 1978, Vol. 3, No. 11, p.9.

6. Fry, J. (ed.) (1977) *Trends in General Practice.* B.M.J.

7. Gardee, M.R. *The medical care implications of manpower and other resources, with rural black population as an example.* S.A.M.J. 20 Aug. 1977. p.362-367.

8. Kane, W.J. (1978) *Rural Health Care.* *Jama*, Dec. 1978, Vol.240, No. 24. p.2647.

9. McIntosh, Jim en Horobin, Gordon (1978). *General Practice in Remote Areas: Attractions, expectations and experiences.* *J. Royal C. of G.P.* April 1978, No. 28, p.227-232.

10. Persoonlike gesprekke en insigte so bekom met die volgende persone, word met dank erken: Howard Botha: Direkteur ontwikkelend Dep. Gesondheid. Peter Cousins: Direkteur voortgesette Studies. Wits.

Basil Jaffe: Voorsitter Bestuurskom.

Fakulteit Algemene. Praktijk, Kaap die Goeie Hoop

Radie Kotze: Direkteur van hospitaal-dienste, K.P.

Joe Levenstein: Hoof departement Huisartskunde, U.K.

Gawie Pistorius: Prof. Huisartskunde, U.O.V.S.

Dawie van Staden' Prof. Huisartskunde, U.P.

11. Pritchard, Peter (1978) *Manual of Primary Health Care: Its Nature and Organisation* Oxford University Press, 1978.

12. Stephen, W.J. *An analysis of Primary medical care: An International Study.* Cambridge University Press, 1979.

13. W.H.O. *Chronicle*, No. 33, P.334-337, (1979). *Laboratory Services at Primary Health Care level.*



#### Die Skrywer

Dr Attie Baard MB ChB (SA) M Prax Med (Pret) is 'n ou staatsmaker op huisaarts gebied. Hy het ons al verteenwoordig in al die belangrike groepe van huisartse in ons land soos die Nas. Alg. Prak. Groep van MVSA, die Fakulteit van Alg. Prak. van die SA Kollege van Geneeskunde, asook die nuut gestigte Akademie van Huisartskunde/Primere Sorg.

Hy was ook reeds aangewys om te dien op die vorige SA Mediese en Tandheelkunde Raad.

Dr Baard beskik oor diepgaande ondervinding i.v.m. verskeie tipes praktijk dwars oor die Republiek.