Die Dokter-Pasiënt Rolverwantskap

'N SOSIOLOGIESE PERSPEKTIEF

J. A. L. THERON

SUMMARY

Certain important aspects in the doctor-patient relationship are sociologically approached. Initial definition of illness, its acceptance by the patient and evaluation by the doctor are analysed, stressing the importance of consultation, freedom of choice of physician and the role played by third persons, especially referring to doctors attached to organisations and patients belonging to health schemes.

S. Afr. Med. J., **48**, 1728 (1974).

Die proses van verandering laat geen faset van die samelewing onaangetas nie. Alhoewel siekte as verskynsel so oud soos die mensdom self is, het wetenskaplike en tegnologiese ontwikkelings 'n merkbare invloed gehad op die mens se algemene houding teenoor verskillende siekteverskynsels, asook die houding van dokter en pasiënt met betrekking tot die gedrag van die mens in sy siektetoestand. Trouens, die hoogs ontwikkelde mediese wetenskap het meegebring dat die beskaafde mens sekere siektes met veel minder kommer en vrees bejeën. Onlangs nog het 'n huisdokter selfversekerd teenoor 'n grootmoeder wat bekommerd was oor haar dogter se toestand opgemerk: 'U moet u nie bekommer nie, mevrou, in u jong dae was siekte nog siekte.' Hierdie veranderde houding teenoor siekte en siektegedrag het noodwendig sekere veranderinge in die dokter-pasiënt rolverwantskap teweeggebring. Om egter tot 'n sinvolle ontleding van die heersende wedersydse rolverwagtinge te kom, is dit noodsaaklik om allereers siekte as toestand te omskryf. Die beste wyse om hierdie doel te bereik, is naamlik om gesondheid as die logiese teenpool van siekte te aanvaar en dan alle gevalle wat in meerdere of mindere mate hiervan afwyk as 'siek' te beskou. Die volgende omskrywing mag vir hierdie doel geld: 'Gesondheid is 'n fisiese, geestes- en sosiale toestand wat sodanig is dat: (*i*) die persoon "goed voel", met daadwerklike afwesigheid van pyn of ongerief; (*ii*) professionele medies-wetenskaplike ondersoek geen fisiologiese wanfunksionering of gebrek aan die lig sal bring nie; en (*iii*) die persoon ten volle in staat is tot normale rolvervulling ooreenkomstig sy normale daaglikse sosiale rolpatrone en verpligtinge.'

Vakkomitee Sosiologie, Universiteit van Port Elizabeth, Port Elizabeth, KP

J. A. L. THERON, *Senior Lektor*

Datum ontvang: 1 Oktober 1973.

SIEKEROL EN SIEKTEGEDRAG

Ten einde behoorlik perspektief op die aanvaarding van die siekerol te kry, is dit nodig om siektegedrag vanuit verskillende oogpunte te beskou. In hierdie opsig het die mediese sosioloog, David Mechanic,[1] 'n paar baie insiggewende bevindinge van 'n verskeidenheid navorsers aangestip, waarvan die volgende die belangrikste is:

1. E. Koos het in sy studie van die dorpie Regionsville bevind dat hoër-klas persone meer geneig is om hulself onder bepaalde omstandighede as siek te definieer, en derhalwe om mediese hulp aan te klop, as laer-klas persone. (Hierdie bevinding strook met empiriese gegewens i.v.m. siektegedrag van die universiteitspersoneel aan 'n Suid-Afrikaanse universiteit in verhouding met ander klasse in die spesifieke gemeenskap waar die betrokke mediese skema die tendens wesentlik openbaar.)
2. M. Zborovski het in sy studie van responsie teenoor pyn bevind dat Jode en Italianers meer emosioneel en buitengewoon teenoor pynervaring reageer as die gemiddelde Amerikaner, en hy verklaar hierdie verskynsel in terme van 'n groter mate van beskerming en vertroeteling van kinders in die opvoedingsproses. Hierdie ondersoek dui dus op die rol van kultuurelemente by siektegedrag.
3. Aangaande aanvanklike pynervaring en die psigiese reaksie daarop, het Beecher in 'n vergelykende studie met soldate en burgerlikes wat operasies ondergaan het, vasgestel dat 80% van die burgerlikes pynverligting verlang het, terwyl slegs 33% van die soldate dit gedoen het. Hierdie verskynsel verklaar hy aan die hand van die feit dat die soldaat se pynlike omstandighede wesentlik 'n ontvlugting aan die gevaarlike slagveld impliseer, terwyl die burgerlike se operasie vir hom 'n uiters ongerieflike en pynlike ervaring is wat inbreuk maak op sy vreedsame en nie-gevaarlike daaglikse bedrywighede.

Die bogenoemde bevindinge staan hoofsaaklik in verband met sosiaal-kulturele faktore, siektegedrag en die verskillende psigiese reaksies op siekte. 'n Verdere terrein waarop insiggewende navorsing gedoen is, is dié van motivering tot hulpsoeke deur die siek persoon. Enersyds het navorsing aan die lig gebring dat persone heel dikwels by dokters om hulp aanklop met die oog daarop om omstandigheidsprobleme die hoof te bied sonder dat daar met hul fisiese toestand iets skort, terwyl daar andersyds ten opsigte van hulpsoeke in die algemeen ook sekere tendense uitgewys is.

Balint het bevind dat dit dikwels gebeur dat mediese hulp ingewin word eerder weens 'n emosionele as 'n somatiese probleem en dat die pasiënt dan sy mediese verhouding met sy dokter as 'n sosiaal-aanvaarde middel sien waardeur hy sy werklike emosionele probleem kan versteek.

Mechanic[2] het in 'n ondersoek met 600 studente bevind dat 73% van die studente wat 'n hoë spanningsindeks getoon het van die beskikbare mediese fasiliteite gebruik gemaak het, terwyl slegs 30% van diegene wat 'n lae spanningsindeks getoon het van die dienste gebruik gemaak het.

In ooreenstemming met die mening van Freidson, is Wilson en Bloom[3] die mening toegedaan dat pasiëntgedrag grootliks varieer ten opsigte van die sg. 'lay referral system'. Hier word veral gedink aan die hulp verleen deur nie-mediese praktisyns in die vorm van raad, volksrate en selfs behandeling: 'Indeed, the whole process of seeking help involves a network of potential consultants, from the intimate and informal confines of the nuclear family through successively more select, distant authoritative laymen, until the professional is reached'.[4] In aansluiting hierby het Suchman bevind dat 75% van 'n groep persone wat professionele mediese hulp ontvang het eers lekemenings ingewin het. (Met die verspreiding van inligting i.v.m. nuwe middels deur die massamedia is die publiek oor die algemeen meer op hoogte van die toepaslike behandelingsprosedures vir sekere siektes as voorheen, terwyl veral aptekers 'n belangrike funksie verrig om die pasiënt te help met medisyne waarvoor nie noodwendig 'n doktersvoorskrif nodig is nie. Onlangs nog is 'n advertensie oor die handelsradio gehoor wat die patentmedisyne beskryf as synde só goed dat dit werk soos 'n doktersvoorskrif!)

Mechanic gee die volgende samevatting van faktore wat 'n rol speel in ervaring en evaluering van simptone en in die uiteindelike versoek of aanbeveling tot hulpverlening:

(i) die sigbaarheid, herkenbaarheid en prominente aard van die simptome;
(ii) kennis van die herkoms en erns van die simptome;
(iii) die mate waarin simptome in verband gebring word met ontwrigting van gesin, werk en ander aktiwiteite;
(iv) die voorkomsfrekwensie en herhalingspatroon van simptome;
(v) die perke van verdraagsaamheid en uithouvermoë van diegene wat die siekte verduur of waarneem;
(vi) die beskikbare kennis en kulturele uitgangspunte van die evalueerder;
(vii) vreeskomplekse wat lei tot uitsluiting en wegredenering van simptome;
(viii) basiese lewensbehoeftes wat meeding met die aanvaarding en herkenning van simptome;
(xi) mededingende interpretasies wat aan waargenome simptome geheg word;
(x) beskikbaarheid, nabyheid en gerieflikheid van mediese dienste asook die psigologiese en finansiële eise wat daarmee gepaard gaan.

Volgens Mechanic kan elk van hierdie veranderlikes òf deur die persoon self òf deur 'n ander geëvalueer word en as sodanig 'n rol speel in die persoon se siektegedrag en uiteindelike patroon van hulpsoeke.

SIEKEROL EN SOSIALISERING IN DIE PASIËNTROL

Talcott Parsons[5] het grootliks bygedra om lig te werp op die siekerol en die proses van aanvaarding van die pasiëntrol. In teenstelling met die algemene opvatting dat om siek te wees bloot 'n 'toestand' impliseer, kom Parsons met die opvatting dat dit in wese 'n sosiale rol impliseer

met die regte, verpligtinge en verwagtinge wat gewoonweg aan 'n rol gekoppel word. Hierdie verwagting word deur Parsons soos volg aangedui:

(i) Die persoon wat 'siek' verklaar is, word vrygestel van die verantwoordelikhede wat hy in sy normale daaglikse lewe as gesonde persoon vervul en dit word derhalwe nie van hom verwag om hom steeds as gesond te gedra nie. Uit die aard van die saak is hierdie vrystelling onderhewig aan regverdiging van die siektetoestand deur 'n dokter of ander bevoegde persoon. Alhoewel dit as sodanig dan in ons samelewing 'wettig' is om die siekerol te aanvaar en van verpligtinge vrygestel te word en dit dus die siek persoon se 'reg' is, lê dit ook op hom die *plig* om nie daarvan misbruik te maak en daardeur ander verantwoordelikhede te ontduik nie. Die verpligting ontstaan egter ook dat die persoon wat 'n aansteeklike siekte het (bv. pampoentjies) wat hom nie so sleg laat voel dat hy in die bed moet bly nie, hom daarvan moet weerhou om daarmee rond te loop en ander persone aan te steek. Kortom, die regte deur siekte verleen moet oordeelkundig en verantwoordelik gebruik word.

(ii) Die verwagting geld verder dat die siek persoon hom nie willekeurig as 'gesond' kan gedra nie, aangesien 'n siektetoestand nie 'n blote persoonlike wilshandeling is nie. Daar word dus aanvaar dat siekte gewoonlik 'hulp' van elders vir die siek persoon impliseer.

(iii) Die gemeenskap verwag ook van die siek persoon dat hy sy siektetoestand as ongewens beskou en dit so gou moontlik uitskakel.

(iv) Van die siek persoon word verwag om in verhouding tot die erns van sy toestand, tegnies-bekwame hulp in te roep en om sy samewerking in die terapeutiese proses te verleen.

Parsons wys verder daarop dat die siekerol kruismotiverende elemente impliseer in die sin dat die siek persoon enersyds geregtig is op sekere sekondêre voorregte deurdat andere na sy belange omsien en die positiewe identifikasie met hierdie bevoorregte toestand hom egter mag motiveer om langer in die rol te vertoef as wat nodig is. Andersyds kan die onaangename ervaring van siekte hom motiveer om so gou moontlik tot normale rolvervulling terug te keer. Die problematiese aard van die siekerol kom sonder meer hieruit na vore. Hierby toon Parsons ook aan dat die siekerol in 'n sekere sin 'n negatief verworwe rol is, want behalwe vir uitsonderlike gevalle poog niemand positief om siek te word nie en geskied dit eintlik teen sy wil. Ook wys Parsons op die feit dat die bepaling van die siektetoestand van 'n persoon volgens universalistiese maatstawwe geskied—d.w.s. sonder aansien des persoons, en derhalwe mag enige persoon, ongeag sy sosiale status of rol in die daaglikse lewe, die siekerol aanvaar.

Ter samevatting van die beskouing van Parsons oor die siekerol, kan ons wys op die interessante analogie wat hy maak tussen die rol van kind en pasiënt. Volgens hom verkeer die pasiënt, by aanvaarding van die siekerol in net so 'n afhanklikheidstoestand as 'n kind. Net soos 'n kind na sy ouer en onderwyser moet opsien om hulp en leiding, so verkeer die pasiënt in sy rol in 'n toestand van afhanklikheid van die dokter en die verpleegster om hom uiteindelik deur die terapeutiese proses te lei tot 'n toestand van volle gesondheid. Alhoewel hierdie analogie met betrekking tot die afhanklikheidsfaktor bestaan, wys Parsons nietemin daarop dat wat die aard van die verhouding aanbetref, daar groot verskille bestaan. In die geval van die ouer-kind verhouding is daar gewoonlik 'n baie sterker affektiewe element, wat gekwalifiseer word deur die liefdesband, terwyl die dokter-pasiëntverhouding vanweë die professionele aard van die verhouding meer affektief neutraal is.

PROBLEME MET AANVAARDING VAN DIE SIEKEROL

Omdat die siekerol in 'n sekere sin 'n afwykingsrol is, is dit nie alleenlik vir die pasiënt 'n vreemde situasie nie, maar vind hy dit ook uiters moelik om aan die gedragsverwagtinge van die rol te voldoen, juis vanweë die vreemde eise.

Vir die verantwoordelike persoon impliseer 'n siektetoestand 'n groot mate van ongerief, onsekerheid en frustrasie, aangesien hy in hierdie 'afwykende' toestand nie sy normale roldeelname kan beoefen nie. By bewuswording van sy siektetoestand ervaar hy 'n vorm van emosionele skok en voel soms selfs beangs. In situasies waar die persoon dit 'nie kan bekostig' om siek te wees nie, of waar die siekte van dodelike aard is, poog die persoon aanvanklik om die rol te vermy deur sy siektetoestand te ontken. In ander gevalle weer kom die pasiënt tot oormatige identifikasie met die rol as gevolg van 'n toestand van selfbejammering en dan verwag hy meer hulp as wat moontlik of nodig mag wees. Weens hierdie delikate emosionele toestand en weerloosheid waarin die pasiënt homself in die vreemde rolverband bevind, is hy in besondere mate blootgestel aan uitbuiting.

Dit is veral hierdie aspek wat van die uiterste belang is in die rolverwantskap tussen die pasiënt en die dokter. Hier het ons te doen met die afhanklike siek mens wat emosioneel ontwrig is en soms irrasioneel opsien na die selfversekerde, rasionele, professionele mens om hom hulp te verleen. Dit is van die allergrootste belang dat beide dokter en pasiënt aktief sal meewerk, sodat die pasiënt tot die korrekte rolkonsepsie kan kom, en die terapeutiese proses suksesvol kan verloop. Hierdie rolkonsepsie leer die pasiënt aan (hy word hierin gesosialiseer) by wyse van oordeelkundige interaksie met sy dokter of terapeut. Alleenlik wanneer weerstande afgebreek en wanopvattinge en vooroordele uitgeskakel is, kan die pasiënt tot nugtere rolaanvaarding kom en die terapeutiese proses aldus suksesvol verloop.

Die onderskeie stappe in die interaksieproses tussen dokter en pasiënt en in die uiteindelike siekerolaanvaarding deur die pasiënt, word deur Parsons soos volg opgesom:

Aanvanklike toegeeflikheid. In hierdie stadium laat die dokter ruimte vir aanvanklike afwykende idees, wense, fantasieë en frustasies wat die pasiënt by aanmelding mag openbaar, en reageer nie drasties negatief nie.

Onderskraging. In hierdie stadium wend die dokter 'n aktiewe poging aan om die pasiënt positief in die rigting van realistiese aanvaarding van die pasiëntrol te kanaliseer.

Akute afhanklikheid. Die pasiënt het nou tot aanvaarding van die siekerol gekom en werp hom in afhanklikheid en gehegdheid op die dokter as die simbool van hoop in sy toestand.

Handhawing van 'n professionele houding. Die voorafgaande stadium laat die gevaar ontstaan dat die dokter in die proses van diepe emosionele betrokkenheid met die pasiënt aan professionele afstand tussen hom en die pasiënt mag inboet. Hy moet sorg dat hy 'n professionele houding bly handhaaf, anders kan hy dalk doeltreffendheid inboet.

Voorwaardelike beloning. Wanneer die terapeutiese proses op dreef is en die pasiënt vordering maak, begin die dokter voorwaardelike belonings aanbied vir die samewerking en insig wat die pasiënt in die terapeutiese proses openbaar het. Dit dien dan as verdere stimulus tot positiewe samewerking totdat die pasiënt uiteindelik sy volle gesondheid herwin het.

PROFESSIONALITEIT EN DIE MEDIESE PROFESSIE

In 'n bondige uiteensetting van die kriteria van professionaliteit, kom W. E. Moore[6] tot die volgende drie hoofmaatstawwe:

(i) Die professionele persoon beskik oor eiesoortige kennis wat op gespesialiseerde opleiding berus en oor 'n vasgestelde tydperk verkry is. Die toepassing van hierdie kennis word beheer deur 'n stel waardes wat vir die spesifieke gebied geld en op 'n gegewe stadium van toepassing is op die lede van die professie.

(ii) Die professionele persoon word van die gewone leek onderskei by wyse van 'n vaktaal en 'n verskeidenheid van kentekens of simbole, en laasgenoemde geld dan ook as 'n identifikasiemiddel vir beroepsgenote binne die breër organisatoriese verband met sy eie professionele kode.

(iii) In die gebruik van sy buitengewone kennis handel die professionele persoon hoofsaaklik op grond van sy eie oordeel en gesag en het aldus outonomie wat slegs getemper word deur sy eie verantwoordelikheidsbesef en professionele etiek.

By hierdie drie maatstawwe, wat opgesom kan word onder die drie hoofde opleiding, organisasie en outonomie, voeg Moore nog oriëntasie tot dienslewering en gevoel van betrokkenheid by die professie wat by die professionele persoon die vorm van 'n roeping aanneem, met die gevolglike onwrikbare voldoening aan die etiese norme wat die professie beheer.

Waar in die voorafgaande paragrawe na maatstawwe vir professionaliteit verwys is, geld hierdie maatstawwe terselfdertyd implisiet as die voorgeskrewe essensiële gedragsvereistes, met die verwagting wat daaraan gekoppel word vir professionele roldefinisie. Alvorens die dokter dan met reg kan aanspraak maak dat hy aan die verwagtings van die doktersrol voldoen, moet hy ten volle gesosialiseerd wees in die vereistes van die doktersrol via die proses van opleiding, sy identifikasie met die breë mediese professionele organisasie, manifestasie van outonomie van optrede, inherente aandrif tot dienslewering aan die publiek en 'n manifestasie van roepingsbesef. Binne hierdie breër kategorieë van gedragsverwagtings bestaan talle kleinere etiese en morele fasette wat die rol kwalifiseer en 'n kenmerkende kleur verleen, soos o.a. onderlinge reëls van professionele etiek tussen kollegas, vertroulikheid tussen dokter en pasiënt, interpretasie van etiese mediese voorskrifte (bv. beslissings met betrekking tot aborsie), wyse van vergoeding vir gelewerde diens, roldifferensiasie binne die raamwerk van die doktersrol as gevolg van beroepspesialisasie en die invloed van die derde party in die vorm van die mediese skema of die organisasie waar die dokter 'n diensnemer is.

As gevolg van ontwikkelings in die opset van die moderne samelewing het haas nie een van die genoemde kategorieë van rolverwagtings onaangetas gebly nie. Daar word voortdurend van staatsweë en deur medici aandag geskenk aan probleme wat as gevolg van die snelle veranderings in die samelewing ook veranderings ten opsigte van verwagtings in die mediese professie noodsaak.

By onlangse mediese kongresse het die bespreking van probleme soos aborsie, orgaanoorplantings, toediening van verdowingsmiddels,[7] staatstussenkomste in die professie, en doeltreffende tydsinruiming gemeenplaas geword.

SOSIALISERING IN DIE DOKTERSROL

Die belangrikste sosialiseringsagentia met betrekking tot die doktersrol bly die mediese skool, die sogenaamde hospitaaljaar en die praktiese beoefening van die doktersrol as algemene praktisyn.[5] In sy bespreking van die professionalisering van geneeskunde wys Coe[8] daarop dat die persoon wat 'n mediese loopbaan gekies het se eie opvatting van sy rol en die mate waarin hy daaraan voldoen, binne hierdie sosialiseringsproses, verskil in terme van diegene met wie hy op 'n bepaalde stadium in interaksie verkeer. In hierdie verband verwys hy veral na twee benaderings, nl. dié gehandhaaf deur Becker en Geer en dié van Huntington.

Eersgenoemde beweer dat die dokter in sy opleiding met so 'n magdom kennis gekonfronteer word dat hy dit onmoontlik vind om alles te verwerk. Derhalwe maak hy gebruik van sogenaamde studentekultuurnorme 'defining how much study is appropriate, minimizing contacts with the faculty, emphasizing the study of some subjects at the expense of others, and giving support (and information) to other students against a mutual "antagonist". Certain academic skills are developed, anticipating what information will be asked for an examination, becoming "test-wise" '.[9] Hierdie benadering gaan van die standpunt uit dat die mediese student geheel en al opleiding-gerig is, met 'n minimum oriëntasie tot die basiese verhoudings en waardes wat geld by die praktiese beoefening van die professie. Omdat daar by die student 'n vooroordeel bestaan in verkryging van kennis, omdat hy hoofsaaklik met sy dosente en medestudente skakel en in 'n veel mindere mate met pasiënte omgaan, word hierdie neiging aangetref.

Huntington weer, meen dat daar by die student 'n toenemende mate van vereenselwiging met die doktersrol en 'n duidelike selfpersepsie as dokter ontstaan na gelang die student in senioriteit groei: 'At the end of their first year, 31 per cent of the freshmen students reported thinking of themselves primarily as doctors while 83 per cent of the seniors thought the same of themselves. Moreover, students thought of themselves as doctors most often when dealing with patients, less often with nurses, and least with medical school faculty and fellow students'.[9]

Hierdie probleem van professionele identiteit word verder toegelig deur Pavalko[10] waar hy na 'n studie van Bloom verwys. Bloom verwys veral na die effek van die mediese skool op die vorming van houdings en waardes by die mediese student as oriëntasie tot die doktersrol. Pavalko skryf soos volg oor Bloom se beskouing: 'One interpretation posits the existence of a cycle going from idealism to cynicism to a more informed and realistic idealism. The other interpretation argues that the effects of the medical school experience are less dramatic and more cumulative, resulting in a more gradual social and professional maturation.'

Uit die voorafgaande word dit duidelik dat Dewy se pragmatiese benadering, nl. dat teoretiese kennis sonder ervaringskennis onvolledig is, ook waar is vir die mediese professie. Die dokter word eers volledig en volwaardig dokter deur sy interaksie met sy pasiënt, waarop sy hele opleiding en beroepstrewe gerig is. Dit is derhalwe belangrik dat die dokter van die 20ste eeu hierdie rol van die pasiënt as die ander party in sy professionele vorming, sy beroepsvestiging en uiteindelik sy loopbaan en status in die gemeenskap, na waarde sal ag. Tans heers daar kommer by die publiek (almal potensiële pasiënte) asook in die gemoedere van sekere medici (natuurlik ook almal potensiële pasiënte) oor die houding en gesindheid van sommige dokters jeens hul professie en die pasiënt. Die beste voorbeeld hiervan is die kommer wat by 'n onlangse mediese kongres in Suid-Afrika deur 'n mediese leier uitgespreek is met betrekking tot die neiging by dokters om té vroeg reeds te gaan spesialiseer. Welke motiewe hiervoor mag geld—hetsy veeleisende nagwerk of finansiële voordeel—dit bring ernstige implikasies mee vir die algemene gesondheidstoekoms van 'n nie-sosialistiese land soos Suid-Afrika, aangesien die algemene praktisyn nog steeds die belangrikste faktor is om na die pasiënt in sy afhanklikheidstoestand om te sien. Die motivering vir hierdie stelling sal weldra verduidelik word.

DIE TERAPEUTIESE PROSES

In sy insiggewende werk het Jean Rolin[11] sekere sentrale faktore in die verhouding tussen dokter en pasiënt in die terapeutiese proses beklemtoon.

Die Mediese Gesprek

Die ontmoeting tussen dokter en pasiënt is in die eerste plek 'n geestesontmoeting tussen twee mense in 'n gestruktureerde onderlinge rolverband. Uit hoofde van die ongelykheidsverband tussen dokter as die gesaghebbende, en pasiënt as die sieke en afhanklike, bestaan daar 'n groot leemte tussen hulle wat veral twee gevaarpunte skep, nl. voortvarende ingrype deur die dokter as hoogwaardige heerser aan die een kant en blinde aanvaarding deur die pasiënt as passiewe swakkere aan die ander kant. Rolin[12] benadruk dat niemand verder van sy pasiënt verwyder is as die dokter met 'n sodanige heersershouding nie, en desgelyks die totaal passiewe pasiënt.

In die mediese gesprek moet beide poog om die afstand te oorbrug op 'n basis van onderlinge vertroue en agting. Veral vir die dokter is dit noodsaaklik dat hy met die pasiënt in die mediese gesprek 'n vertrouensverhouding opbou wat aanvullend staan tot sy blote tegniese kundighede en wetenskaplike behandeling. Hierdeur erken hy die menswaardigheid van die pasiënt en verleen aan hom 'n gevoel van eiewaarde, selfs in sy afhanklikheidsituasie —hy laat die pasiënt voel dat hy 'n unieke geval is wat unieke behandeling ontvang. Indien die dokter nie voorsiening maak vir 'n sodanige verhouding met sy pasiënt nie, het hy niks waarop hy hom kan beroep as sy tegniese behandeling sou misluk nie, terwyl hy verder ook nie die onbevange samewerking van die pasiënt in die terapeutiese proses sal verkry nie.

'n Verdere uiters belangrike faktor wat uit sodanige verhouding voortspruit, is die erkenning van die pasiënt se beslissingsreg met betrekking tot toestemming tot behandeling en veral behandeling waaraan risiko en 'n element van proefneming verbonde is. Ramsey[13] skryf in hierdie verband: 'I suggest that men's capacity to become joint adventurers in a common cause makes possible a consent to enter the relation of patient to physician or of subject to investigator. This means that *partnership* is a better term than *contract*, in conceptualizing the relationship between patient and physician . . .' Na analogie van die woorde van Lincoln verklaar Ramsey: 'No man is good enough to cure another without his consent.'[14] Ook Mechanic meen dat mediese konsultasie 'May represent more than a desire for "scientific medicine" and its emphasis on physical diagnosis and medication.' Kragtens sy outonome professionaliteit het die dokter weliswaar vryheid met betrekking tot die keuse van die terapie wat hy beoog vir die betrokke geval, maar nog geensins die vryheid om dit ten alle koste deur te voer nie. Onderlinge goeie verstandhouding wat alleenlik deur die mediese gesprek (konsultasie) opgebou kan word tot die vlak van vennootskap tussen dokter en pasiënt is ongetwyfeld 'n noodsaaklike voorwaarde vir die doeltreffende volbrenging van die terapeutiese proses.

'n Verdere aspek van die mediese gesprek is die dokter se verantwoordelikheid tot geheimhouding. Indien die pasiënt sou uitvind dat die dokter persoonlike en vertroulike inligting buite die professionele kring versprei, sal dit ongetwyfeld lei tot wantroue, en die terapeutiese doel verongeluk en moontlik 'n finale breuk tussen dokter en pasiënt teweegbring.

Vrye Dokterskeuse

In die voorafgaande is hoofsaaklik klem gelê op die dokter se rol in die terapeutiese proses en veral in die

mediese gesprek. Die pasiënt as die ander party in die vennootskap wat uit konsultasie voortspruit het egter ook 'n belangrike funksie, aangesien die vrye keuse van dokter by hom berus. Hierdie reg van die pasiënt vorm die teëwig van die vrye reg van die dokter om te besluit welke behandeling vir die onderhawige siekte toegepas behoort te word.

Volgens Rolin[21] kom daar by vrye dokterskeuse drie aspekte op die spel, t.w. die reg om van dokter te verander, die instemming van die pasiënt met die beoogde optrede van die betrokke dokter, en laastens die toestemming van die gesonde persoon tot behandeling, soos bv. in die geval van immunisering. Veral die eersgenoemde twee faktore is van besondere belang omdat hulle so nou verwant is, en om hierdie rede word hulle gesamentlik behandel.[25]

In 'n ondersoek te Madison, Wisconsin is 350 moeders ondervra met betrekking tot hulle beskouinge oor dokterskeuse en hulle maatstawwe vir 'n 'goeie dokter'. Hieruit blyk dit dat die faktore in rangorde van belangrikheid met betrekking tot dokterskeuse, (*a*) aanbeveling van vriende of bure; (*b*) aanbeveling van 'n ander dokter; en (*c*) die bereikbaarheid van die dokter se spreekkamers, is. Met betrekking tot die vereistes gestel vir 'n 'goeie' dokter was die rangorde soos volg:

Bekwaamheid ('hy weet wat hy doen')	45%
Stel persoonlik belang in die pasiënt	41%
Algemene gedrag van die dokter (bedagsaamheid, simpatie, vriendelikheid en belangstelling)	37%
Lê geredelik tuisbesoeke af	21%
Vertel pasiënte altyd die waarheid in verband met hul toestand, ook wanneer hy nie weet wat die probleem is nie	19%
Bestee voldoende tyd aan die pasiënt en kom nie gejaag voor nie	17%
Die wyse waarop hy te werk gaan met konsultasies bv. deeglikheid, versigtigheid en betroubaarheid	16%
Beskikbaar wanneer hy benodig word	15%
Verduidelik die pasiënt se toestand op 'n eenvoudige verstaanbare wyse	14%
Luister na die pasiënt se weergawe van sy probleem	12%

Bekwaamheid en persoonlike belangstelling is dus die twee belangrikste vereistes wat deur die pasiënte aan die doktersrol gestel word. By verdere ontleding van die genoemde bykomende vereistes blyk dit dat die meeste van hulle sekondêre vereistes van die belangstellingskategorie vorm. Die volgende aanhaling met betrekking tot die rede waarom van dokter verwissel word, soos uit bogenoemde ondersoek blyk, is insiggewend: 'Persons who change doctors because of dissatisfaction appear to complain more about the doctor's lack of interest, care and motivation than about his medical qualifications. It is also clear that mothers expect more than skill and competence from their physicians. While 92% of the respondents agree with the statement "the most important thing about a doctor is that he be a good diagnostician", 75% of them disagree with the statement that "a doctor's personal manner isn't important as long as he is a skilled doctor". The importance of the interpersonal side of the doctor-patient relationship is reflected further in the belief expressed by two out of every three mothers that the doctor's job "has a spiritual side to it".[26]

Die vryheid en reg van die pasiënt om van dokter te verander vorm een van die krisispunte in die terapeutiese proses aangesien dit altyd 'n sosiale verhoudingsbreuk impliseer. Vir die dokter wat 'n pasiënt verloor, bring die optrede van die pasiënt onbehaaglike gevoelservaringe mee met vrae teenoor homself met betrekking tot sy eie bekwaamheid of vermoë tot sosiale kontak en omgang. Vir die pasiënt bring dit spanning mee omdat hy 'n stadium bereik het waar hy dit nie meer moontlik vind om met die persoon op wie hy sy hoop en vertroue gestel het in die terapeutiese proses, in vennootskap voort te gaan nie. 'n Sodanige verhoudingsbreuk gaan altyd gepaard met 'n element van teleurstelling en wrangheid en 'n algemeen negatiewe oriëntasie tot die dokter met wie die verhouding verbreek is. Rolin noem hierdie situasie 'een psigologisch drama'.[27]

Die pasiënt se vryheid van dokterskeuse is 'n reg wat net so delikaat beoefen moet word as sy aanvaarding van die siekerol. Pasiënte sien hierdie vryheid dikwels as 'n soort sanksie wat teen die dokter toegepas word, as 'n soort straf wat voortvloei uit gefrusteerde verwagtings. Hierdie negatiewe benadering tot die vryheid van dokterskeuse moet ernstig ontmoedig word en die belangrikste partye in die uitskakeling daarvan is die dokter en die pasiënt self. Rolin is van mening dat die dokter die kuns moet aanleer om sy pasiënt van sy *bona fide* bedoelinge te oortuig en sodoende sy volle samewerking en instemming met betrekking tot voorgenome behandeling te verkry. Alhoewel die dokter sy vrye reg gebruik om oor die behandeling te besluit, moet hy nietemin die pasiënt laat voel asof hy self besluit het dat die diagnose korrek is en dat die voorgenome behandeling die beste sal wees: 'Alle waardigheid, alle waarde en de hele kracht van hun kunnen ligt juist in het overtuigen, in het feit dat ze langs de moeilijke en lange weg van de overreding moeten gaan, eerder dan langs dié van de afdoende dwang.'[27]

Andersyds moet die pasiënt nie aan die dokter dieselfde magiese vermoëns koppel as wat die primitiewe mens aan die toordokter koppel nie en hy moet besef dat die mediese wetenskap wel die ingrype van die natuur en die tyd tydelik kan terugdwing of vertraag, maar nooit absoluut nie. Indien dit die basiese gesteldheid teenoor die dokter en die mediese wetenskap sou wees, sal veel minder frustrasie van verwagtings by pasiënte voorkom en ook veel kleiner verwisseling van dokter by pasiënte.

Die Betekenis van die Derde Party in die Moderne Terapeutiese Proses

Die derde party dui veral op twee instansies, t.w. die groot organisasie as werkgewer van die dokter en die mediese skema as die allokeerder van mediese fondse waartoe belangegelykes gemeenskaplik bydra vir groter mediese sekuriteit. Hierdie ontwikkeling van ons moderne samelewingsopset het 'n merkbare invloed gehad op die dokter-pasiënt verhouding in sover dit die posisie van die dokter as outonome professioneel tot amptenaar verander in die staats-, provinsiale of grootbedryfsorganisasie enersyds waar hy deur beleid gebonde is, terwyl die mediese

hulpskema andersyds die verhouding van die pasiënt tot die dokter verander as gevolg van die stelsel van indirekte betaling. (Ook in die geval van die dokter as amptenaar in 'n groot organisasie geld indirekte betaling aangesien die persoon wat behandeling ontvang by wyse van belasting of verpligte aftrekkings van sy verdienste bydra tot 'n geldpoel wat deur die onderhawige owerhede geadministreer word.)

Hierdie ontwikkeling het gelei tot 'n verantwoordelikheidskrisis in die terapeutiese proses. Enersyds bestaan daar by die dokter as amptenaar van 'n organisasie rolkonflik aangesien hy hom as betaalde amptenaar moet hou by die beleid van sy werkgewer, terwyl hy andersyds gebonde is aan 'n stel etiese professionele kodes wat deur sy verwysingsgroeporganisasie geformuleer is en wat veronderstel is om sy mediese professionele behandeling te rig. Sy vryheid van optrede as outonome professioneel word hierdeur ernstig aan bande gelê en aldus ook sy behandeling van die pasiënt. Dit word vir hom uiters moelik om 'n doeltreffende persoonlike verhouding met sy pasiënt op te bou, veral waar hy groot getalle pasiënte binne 'n beperkte tydsbestek moet behandel. Dan moet hy so gou moontlik en op relatief onpersoonlike wyse sy diagnose maak en middels voorskryf wat ekonomies versoenbaar is met die beskikbare fondse binne die raamwerk van die betrokke diens.

'n Verdere belemmerende faktor wat uit 'n veramptelike organisatoriese opset voortspruit, is dat die pasiënt teen wil en dank op 'n bepaalde dokter of groep dokters toegewys is. So 'n situasie belemmer die vryheid van dokterskeuse, want indien 'n pasiënt van ander dokters as dié op die paneel sou wou gebruik maak, moet hy bykomstig daarvoor betaal, bo en behalwe die verpligte bydrae reeds gemaak. Ongelukkig is dit ook so dat hierdie persone dikwels ekonomies die swakste toegerus is vir sodanige 'luukse'.

Die mediese hulpskema het die versoeking by die pasiënt laat ontstaan om op onverantwoordelike wyse van mediese dienste gebruik te maak en wel deur dokters se tyd met minderwaardige skete in beslag te neem in die wete 'dat die skema sal betaal.' Ook bring die gebrek aan direkte persoonlike verpligting mee dat waar persone nie op 'n paneel van dokters aangewys is nie, hulle makliker van dokter verwissel, aangesien hulle hulself nie direk finansieël aanspreeklik voel teenoor die dokter nie. (Dis vanselfsprekend dat persoonlike aanspreeklikheid vir skuld 'n rol speel in die kwaliteit van verhouding teenoor die skuldeiser.)

Dit blyk dat die derde party 'n ingrypende rol speel in die dokter-pasiënt rolverwantskap. Probleme wat uit sodanige mediese stelsels voortspruit word dramaties gedemonstreer deur die feit dat 'n groot persentasie van die dokters in Suid-Afrika wat met mediese hulpskemas ooreenkomste gehad het, hulle nou onttrek, en pasiënte slegs behandel op 'n basis van direkte betaling. Hierdie stap dui op die belangrikheid van 'n deurtastende ondersoek na al die implikasies van die betrokkenheid van 'n derde party by die terapeutiese proses.

SLOTSOM

Met hierdie uiteensetting is gepoog om beide dokter en pasiënt 'n beeld van hul onderlinge rolverwantskap binne die moderne samelewingsopset te gee. Uit die aard van die beperkte omvang van die artikel is daar talle fasette wat in afsonderlike behandeling volledig aandag behoort te geniet en wat slegs genoem is. In hierdie verband geld faktore soos die aanmeldings-ontvangs van die pasiënt, verblyfgeriewe in die wagkamer waar die pasiënt sy konsultasiebeurt afwag, die invloed van persoonlikheidsfaktore by pasiënte en die verskil in waardestelsels by dokter en pasiënt in die ontwikkeling en vestiging van die dokter-pasiënt verhouding in die terapeutiese proses. Hierop kan in 'n opvolgstudie verder ingegaan word.

VERWYSINGS

1. Mechanic, D. (1968): *Medical Sociology*, hfst. 4. New York: Free Press.
2. *Ibid.*, bl. 129.
3. Wilson, R. N. en Bloom, S. W. *in* Levine, S. en Rheeder, L. S., reds. (1972): *Handbook of Medical Sociology*, bl. 327. New Jersey: Prentice Hall.
4. Mechanic, D. (1968): *Op. cit.*,[1] bl. 135 - 136.
5. Parsons, T. (1964): *The Social System*, bl. 436 - 447. Illinois: Free Press.
6. Moore, W. E. *in* Smelser, N. J., red. (1967): *Sociology: An Introduction*, bl. 318 - 320. New York: John Wiley & Sons.
7. 'Dormant cancers' en 'Fighting drugs' (1973): *To the Point*, **2**, 35c.
8. Coe, R. M. (1970): *Sociology of Medicine*, bl. 192 - 213. New York: McGraw-Hill.
9. *Ibid.*, bl. 209.
10. Pavalko, R. M. (1971): *Sociology of Occupation and Professions*, bl. 92. Illinois: F. E. Peacock Publishers.
11. Rolin, J. (1963): *Wat Verwacht u van de Arts?* Utrecht: Uitgeverij Het Spectrum.
12. *Ibid.* (1963): *Op. cit.*,[12] bl. 7.
13. Ramsay, P. (1970): *The Patient as Person*, bl. 6. Newhaven en Londen: Yale University Press.
14. *Ibid.*, bl. 7.
15. Mechanic, D. (1968): *Op. cit.*,[1] bl. 159 - 166.
16. Rolin, J.: *Op. cit.*,[12] bl. 61.
17. *Ibid.*, bl. 65.