

# DAARSTELLING VAN 'N PROVINSIALE HOSPITAAL\*

R. L. RETIEF, M.B., CH.B. (KAAPSTAD)

*Adjunk-Direkteur, Hospitaaldienste, Transvaal*

In 'n snel ontwikkelende land soos Suid-Afrika en veral sekere dele daarvan, met sy vinnig toenemende stedelike bevolkings, blank sowel as nie-blank, is die aanvraag na nuwe hospitale sowel as die uitbreiding van bestaande inrigtings 'n kwessie wat daagliks die ernstige aandag

\* 'n Referaat gelewer tydens die Suid-Afrikaanse Mediese Kongres, Pretoria, Oktober 1955.

van Hospitaaldepartemente van die Provinsiale Administrasies verg.

Druk van die kant van die plaaslike publiek en sy verteenwoordigers kan soms baie sterk wees. Omdat sodanige publiek egter uit die aard van die saak net bekend is met, of geïnteresseerd is in die behoeftes van die betrokke omgewing, is dit nodig om 'n breë uitkyk te

hou, en gedurig die beplanning van hospitalisasie vir die hele Provinsie, met inbegrip van private hospitale, in oënskou te neem.

Wat is dan die belangrikste faktore en die aspekte van iedere individuele aangeleentheid wat die betrokke amptenare in aanmerking moet neem? Hulle kan min of meer as volg saamgevat word:

#### 1. Is 'n hospitaal daar nodig?

Die noodsaaklikheid al dan nie van so 'n hospitaal moet vasgestel word eerdad goedkeuring in beginsel vir die oprigting daarvan van die betrokke Uitvoerende Komitee verkry kan word. En om te bepaal of 'n hospitaal in so 'n omgewing wel nodig en wenslik is, kan die volgende faktore as belangrik beskou word:

(a) *Bevolkingsyfer* van die gebied wat bedien moet word. Is hierdie syfer konstant of aan die toe- of afneem, en teen welke tempo? Wat was die groei in die verlede en wat sal dit waarskynlik in die toekoms wees? Die oorsake van groei moet ontleed word, bv. myne, industrialisasie, landbou, toeristebedryf, uitbreiding van opvoedingsfasiliteite en dies meer. Beide die drome van die optimis en die vrese van die pessimis moet hierby aangehoor en die waarde daarvan bepaal word.

(b) *Hoedanige ander hospitaalgeriewe* is daar binne redelike afstand? Is dit moontlik om in die behoeftes van die betrokke omgewing te voorsien deur bestaande hospitale uit te brei, of is dit onwenslik en onmoontlik omdat hulle (i) reeds te ouderwets is, (ii) die betrokke terrein te klein of die hospitale reeds te groot is, of (iii) weens die rigting van uitbreiding nie sentraal of bereikbaar genoeg is nie. Weens die moderne neiging om sekere dienste te sentraliseer, moet goed nagedink word alvorens 'n nuwe hospitaal te bou i.p.v. 'n bestaande een uit te brei.

(c) *Beskikbaarheid van 'n geskikte terrein.* (i) Sodanige terrein moet groot genoeg wees en hier kan gesê word dat 10 morg as 'n minimum beskou kan word vir 'n moderne algemene hospitaal, veral as rekening gehou word met toekomstige uitbreiding, wat feitlik elke hospitaal na 10-20 jaar nodig het. Hierdie faktor maak die daarstelling van nuwe hospitale in sekere dele van die Rand nou reeds byna onmoontlik. (ii) Elektrisiteit, water en sanitasie moet in voldoende hoeveelhede beskikbaar wees. Die hoeveelheid water benodig sal o.a. daarvan afhang of 'n diens soos 'n wassery voorsien word. En tensy daar verbinding is met 'n munisipale sanitêre skema sal 'n duur plaaslike installasie 'n noodsaaklikheid wees. (iii) Transportfasiliteite moet aanwesig wees, d.w.s. paaie, spoorweë, busse of ander vorms van publieke transport. Hierdie is 'n absolute *sine qua non* vir enige hospitaal, en wel ten opsigte van personeel, pasiënte, besoekers sowel as goedere. 'n Hospitaal moet maklik bereikbaar wees vir die wat gebruik daarvan maak. (iv) Ander faktore wat ook in mindere of meerdere mate van belang is, is bv. afwesigheid van geraas, rook en reuke; beskikbaarheid van wind en sonlig en moontlik 'n aantreklike uitsig.

(d) *Aantreklikheid vir en beskikbaarheid van personeel.* Tensy 'n hospitaal na genoeg aan die gewone dorpsgeriewe geleë is, of publieke transportfasiliteite baie gerieflik is, sal hy altyd moeilikheid hê om verpleegsters-personeel te kry. Ondervinding het geleer dat in afgeleë

dorpe hospitale slegs aan die gang gehou word omdat daar plaaslik getroude verpleegsters is wat beskikbaar en gewillig is om die diens te lewer. Dit geld ook vir ander personeel soos röntgenograwe, fisioterapeute, arbeidsterapeute en aptekers wat met weinige uitsonderings die stede en groter dorpe verkies. Spesialiste is byna uitsluitlik in die stede beskikbaar en derhalwe behoort hospitale waar sodanige dienste beoog word sover moontlik in of in die onmiddellike nabyheid van stede aangebring te word. Die moeilikheid om bv. Nelspruit-sanatorium vir tuberkulose en Warmbad-hospitaal vir nie-akute, hoofsaaklik rumatiesse, gevalle van mediese personeel te voorsien, is welbekend. Daar was 'n tyd slegs enkele jare gelede toe die stigting van die hoogs slegs enkele jare gelede toe die stigting van die so hoog nodige kleiner hospitale op die platteland nie oorweeg kon word nie weens gebrek aan verpleegsterspersoneel. Wat dit betref, het die posisie nou aansienlik verbeter.

#### 2. Hoe groot en van watter tipe moet die hospitaal wees?

Gestel daar is finaal besluit dat 'n seker omgewing met 'n bepaalde bevolkingsyfer van hospitaalgeriewe voorsien moet word, en dat dit 'n nuwe diens moet wees. Hoeveel beddens en watter soort diens moet voorsien word? Hoewel dit soms nodig mag wees om kleiner inrigtings te bou, kan daar aangeneem word dat 'n algemene hospitaal met minder as sê 40 bedde nie 'n ekonomiese eenheid sal wees nie. So ook word daar taamlik algemeen aangeneem dat meer as 800 bedde onwenslik is—omdat dit dan onhanteerbaar en onpersoonlik word. Wye afwykings hiervan is egter soms onvermydelik.

(a) *Formules.* Daar is verskillende *formules* waarvolgens die aantal bedde benodig bepaal kan word. Die Duke Endowment-formule het 'n aantal jare gelede die volgende syfers vir stedelike gebiede in Amerika voorgestel:

5 bedde per 1,000 vir algemene bedde;

0.5 bedde per 1,000 vir kinders;

0.45 bedde per 1,000 vir kraamgevalle.

In plattelandse gebiede waar byna uitsluitlik algemene praktisynswerk gedoen word kan hierdie getalle waarskynlik aansienlik laer wees.

Vir Transvaal met sy bevolking wat gemeng en hoofsaaklik stedelik is, kan die volgende syfers moontlik as redelik beskou word:

4 bedde per 1,000 vir algemene bedde;

0.5 bedde per 1,000 vir kinders;

1 bed per 1,000 vir kraamgevalle.

Hierby moet ten minste 10% vir spesialisiese dienste gevoeg word.

Wat die chroniese siekes betref, kan 2 per 1,000 as redelik beskou word hoewel dit grootliks sal afhang van hoe wyd die uitdrukking 'siekies' geïnterpreteer word en in hoever sosiale probleme in- of uitgesluit word. As die rehabilitasie van fisiese ongeskiktes as 'n provinsiale verpligting beskou word, sal hierdie syfer hoër wees.

Psigiatrisse gevalle word nie oral as die las van die provinsies beskou nie maar indien hulle wel verantwoordelik beskou kan word, is .5 bedde per 1,000 waarskynlik redelik.

(b) *Verminderingsfaktore.* Bogenoemde syfers kan aansienlik beïnvloed word deur moderne behandeling bv. die gebruik van antibiotiese middels wat nie alleen die periode van behandeling in 'n inrigting verkort nie maar dit hoegenaamd onnodig kan maak. So ook die gebruik om bv. pasiënte na operasies nie alleen vroeër op te laat staan nie maar vroeër die inrigting te laat verlaat.

Nog 'n faktor wat die noodsaaklikheid vir hospitaalbedde aansienlik kan verminder, is die ontwikkeling van distriksverplegingsdienste. Dit geld vir kraam- sowel as algemene gevalle. Aanstaaende jaar sal waarskynlik aansienlike ontwikkeling op hierdie gebied in Transvaal sien.

(c) *Die tipe van diens* wat in so 'n hospitaal, benewens vir die gewone genees- en heelkundige gevalle, voorsien sal word sal van omstandighede afhang. In stedelike gebiede sal 'n mate van sentralisasie van spesialiste-dienste wenslik en moontlik wees. Op die platteland sal sulke dienste vanselfsprekend in 'n groot mate beperk moet word.

Normale kraamgevalle is in die verlede in Transvaal nie juis as die las van die provinsie beskou nie, maar daar kom nou 'n kentering op hierdie gebied en in alle nuwe hospitale word nou voorsiening gemaak vir sulke gevalle. So ook is toring en ander aansteeklike siektes die las van die plaaslike owerhede (gesubsidieer deur Unie-Gesondheid) maar dit is die huidige beleid in hierdie provinsie om oral waar die plaaslike owerheid nie by magte is sodanige fasiliteite te voorsien nie, dit wel in 'n mate in provinsiale hospitale te doen. Tropiese siektes wat die aanleidende oorsaak tot die stigting van sekere hospitale in die verlede was, is nou aan die verdwyn.

Ortopediese dienste word in 'n mate gekonsentreer in stede waar die behoefte daaraan weens die konsentrasie van industrie asook swaarder verkeer die grootste is. Deeltydse besoekende ortopediese personeel kan egter gebruik word om gedentraliseerde dienste by die groter plattelandse hospitale te voorsien en sodoende druk op stedelike hospitale te verlig.

Vir sover die voorsiening van bedde vir ander spesialiteite soos bv. urologie, oogheelkunde, oor neus en keel, en psigiatrie betref, moet elke geval op sy meriete behandel word.

(d) *Groepsgebiedewet.* Met die beplanning van nuwe hospitale of die uitbreiding van bestaande inrigtings sal in die toekoms met groepsgebiede rekening gehou moet word. Die Administrasie is in die posisie van 'n staatsdepartement en kan wat hierdie kwessie betref feitlik na goeëdunke handel, maar dit sou sekerlik onverstandig wees om by beplanning die huidige staatsbeleid buite rekening te laat. Die Komitee vir Grondbesit wat met die uitvoering van hierdie beleid belas is, behoort geraadpleeg te word veral wat die ligging van gemengde hospitale betref.

Waar die grootte van aparte woonbuurte dit regverdig, soos in alle stedelike gebiede, is dit die huidige beleid in Transvaal om in die toekoms aparte hospitale daar te stel. In hierdie provinsie is daar reeds 3 suiwer nie-blanke hospitale en 5 meer is al in beginsel goedgekeur. Daar

is geen rede waarom 'n blanke en 'n nie-blanke hospitaal in een dorp nie vir administratiewe doeleindes saam gegroepeer kan word nie.

Naturelle-hospitale word nie deur die Departement van Naturellesake in 'n nie-blanke woonbuurt toegelaat nie, hoofsaaklik omdat die blanke personeel nie daar kan woon of vryelik beweeg nie. Die aangewese ligging vir hierdie hospitale is derhalwe in die onmiddellike omgewing van lokasies of gewoonlik in die sogenaamde bufferstroke. Daar kan gemeld word dat naturellebediendes wel in blanke woonbuurtes toegelaat word en daarom is daar, wat dit betref, geen beswaar teen 'n gemengde hospitaal in 'n blanke gebied nie.

Wat gemengde hospitale betref, sou hulle onwenslik wees in 'n suiwer blanke woonbuurt, maar nie noodwendig in 'n besigheids- of industriële buurt nie. Die belangrike faktor hier is nie soseer die hospitaal self met sy akkommodasie vir siekes nie, maar wel die toegange waarlangs die pasiënte en hulle besoekers die hospitaal bereik. Sover moontlik moet toegang tot die hospitaal vir elke groep vanuit die rigting van sy eie woonbuurt verleen word.

Mitsgaders aparte sale is dit die beleid in hierdie provinsie om ook aparte operasiesale en X-straal-fasiliteite te voorsien.

### 3. *Hoe lank neem dit voordat so 'n beplande hospitaal 'n werklikheid word?*

Omdat daar dikwels, en dit is miskien verstaanbaar, beweer word dat daar 'n onnodige gesloer plaasvind vandat die bou van 'n hospitaal in beginsel goedgekeur is totdat die werklike bouery begin, sal dit miskien vanpas wees om af te sluit met 'n kort skets van watter prosedures, in Transvaal in enig geval, intussen gevolg moet word.

Nadat die Uitvoerende Komitee dit in beginsel goedgekeur het, moet die hospitale-uitgawe op die begroting vir die volgende jaar kom. Na gelang van dringendheid kom dit op een van 3 bylae: (a) Eerste bylae—dienste reeds in aanbou; (b) tweede bylae—dienste wat in boekjaar tenderstadium sal bereik; (c) derde bylae—nuwe dienste wat pas goedgekeur is. 'n Gebou moet ten minste op die 3de bylae wees, en die begroting deur die Provinsiale Raad goedgekeur, voor met die beplanning begin kan word.

'n Lys van benodighede vir die nuwe hospitale of diens word deur die Hospitaalafdeling opgestel gewoonlik in oorleg met die plaaslike Hospitaalbestuur. Die lys gaan dan na die Geboue-afdeling wat dit aan die argitek (Provinsiaal maar meer dikwels privaas) oorhandig vir die optrek van sketsplanne. Hierdie sketsplanne gaan terug na die Hospitaalafdeling wat dit na oorlegpleging en dikwels menige herkouing saam met die argitek, en soms weereens die Bestuur, eindelijk goedkeur, en vir finale afhandeling na die Permanente Plannekomitee van die Administrasie deurstuur.

Eers hierna volg die stadium van werkstekeninge deur die argitek en van bestekopnames, en dan uiteindelik word tenders gevra. Die hele proses neem op sy minste 2 jaar. Die finale produk gee dan satisfaksie totdat sy tekortkomings ontdek word.