

## GEDAGTES OOR DIE GROEPSPRAKTYK\*

BECK DE VILLIERS, M.B., CH.B.

*President, Tak Oranje-Vrystaat en Basoetoland, Mediese Vereniging van Suid-Afrika, 1958*

Ek dink ons is almal bewus van hoe vinnig baie dinge in die wêreld vandag verander. In die mediese wêreld is die tempo van verandering en ontwikkeling, veral wat behandeling betref, baie groot. Daarom sal dit miskien goed wees om gedagtes te wissel oor die manier waarop ons onself in ons professionele hoedanigheid organiseer. Want, verandering in die wyse waarop ons georganiseer is, moet ook kom, en dit kan moontlik verbetering beteken. Die plan wat ek in gedagte het en wil bespreek hoef geen afbreek aan ons standarde te doen nie; intendeel, die plan behoort ons standarde te verstewig en verbeter.

Daar is vandag 'n verbod op vennootskap tussen algemene praktisyns en spesialiste. Daar is ook 'n verbod op sekere metodes

van saamwerk tussen spesialiste en algemene praktisyns. Ek dink nie dat die huidige indeling met sy verbodinge altyd tot voordeel van die pasiënt strek nie; ook nie dat hierdie indeling bydra tot die verhoging van ons standarde van praktyk nie.

Ek sou sê dat daar in die beoefening van ons beroep 2 kernidees behoort te wees en ek stel hulle in die orde van belangrikheid: (1) Diens aan die pasiënt, en (2) die geneesheer se eie regte as mens.

### DIENS AAN DIE PASIËNT

Die diens wat die geneesheer aan die pasiënt lewer, behels veral 3 elemente: (a) Vertroue tussen die pasiënt en die geneesheer, (b) die bedrewenheid van die geneesheer, en (c) die vraagstuk van die koste van so 'n diens.

\* Afskeidsrede van die President, Bloemfontein, 14 Februarie 1959.

### Wedersydse Vertroue

Dit sal toegegee word dat die wedersydse vertroue tussen geneesheer en pasiënt, en die toegeneentheid tussen hulle, belangrike vereistes is by baie vorms van terapie. Niemand kan byvoorbeeld die plek van 'n vroude huisdokter inneem nie. Die hedendaagse medisyne het egter, veral wat betref diagnose, behandeling en tegniese prosedures, so geweldig ontwikkel dat daar die absolute noodsaaklikheid van spesialisasie ontstaan het. Gevolglik is die dienste wat die huisdokter vir sy pasiënt kan en behoort te lewer, beperk. Hierdie laaste oorweging beteken egter nie dat die huisdokter nie nog 'n groot bydrae kan en moet maak nie.

### Bedreweheid van die Geneesheer

In die eerste plek moet die huisdokter die behoefte aan die dienste van die spesialis raaksien. Verder moet hy op grond van sy kennis van die hele agtergrond van die pasiënt bydra tot die besluit oor diagnose, behandeling en nasorg. Morele steun aan die pasiënt en sy gesin moet ook 'n onmisbare bydrae wees. Om hierdie ideale te bereik moet daar spanwerk wees in belang van die pasiënt tussen die algemene praktisyn en die spesialis, want die pasiënt is tog 'n mens en sy probleme vorm 'n geheel. Die mens kan nie as brokkies en stukkie benader word soos 'n motorkar nie. Die sieke en sy verwante is bekommerde mense. Deur hulle rond te slinger tussen dokters kan hulle verwarring en bekommernis net vergroot word. As hulle op die moeilike pad bygestaan word deur 'n bewaarde en vertroude huisdokter, kan dit egter vir hulle baie beteken. Die wyse spesialis is hiervan bewus en roep dikwels die huisdokter in in die belang van die sieke. Vir ons as dokters is 'n appendisektomie 'n geringe gebeurtenis; vir die pasiënt en sy gesin mag dit 'n berg wees.



Dr. Beck de Villiers

Selfs met die beste spanwerk is daar vandag 2 stremmende faktore. In die eerste plaas is dit dikwels moeilik vir die huisdokter en spesialis om selfs tydelik saam te werk omdat die teenwoordigheid van die huisdokter as 'n oorlas beskou mag word. In die tweede plaas verdwyn die huisdokter se geldelike belang in die pasiënt sodra die spesialis die geval oorneem. 'n Daaglikse besoek aan die pasiënt in die hospitaal kan byvoorbeeld vir die huisdokter 'n las en 'n duur luukse word. Hierdie omstandighede sal verander as die huisdokter en spesialis vennote is en as hulle die beloning vir gelewerde dienste sou deel. Die veronderstelling is natuurlik dat waar daar so 'n vennootskap is, die pasiënt die voordeel sal hê van die ideale samewerking tussen die dokter wat hy goed ken en die spesialis met sy groter bedreweheid.

### Koste van Mediese Dienste

Die derde aspek van 'n goeie diens aan die pasiënt moet nou nog genoem word, naamlik, die koste van die diens. Die goeie diens moet so wees dat die pasiënt dit kan bekostig. Die koste om gesond te word is egter vir baie mense vandag 'n ondraaglike las. Daarby kom die oorweging dat langdurige siekte verlies van verdienste meebring.

Soos by ander beroepe is daar ook in ons eerbare profesie geleenthede tot uitbuiting; daarvoor praat ons nie hier nie. Wat ek egter wil doen is om ons goedgekeurde tariewe (wat na my mening versigtige hersiening nodig het) in oënskou te neem.

Soms word vir sekere dienste buite verhouding veel gevra. In alle beskeidenheid en met eerbied vir die geskoolde dienste wat gelewer word, meen ek dat die gelde vir sekere chirurgiese prosedures, byvoorbeeld, nie gebillik kan word nie. 'n Internis kan vir 'n uur of 'n half se werk £5 of £6 verdien, maar 'n chirurg kan £25 of £30 vir 'n appendisektomie ontvang. So 'n verskil kan ek nie rym nie, en hierdie vergelyking is nie onbillik nie. 'n Kollega het onlangs die siniese aanmerking teenoor my gemaak dat die dokter wat nie snywerk doen nie, 'n gek is. Ek voel al jare lank dat ons as 'n georganiseerde beroep die morele

plig het om ons hand in eie boesem te steek en om misstande van hierdie en dergelike aard te beëindig. Die hele kwessie van ons gelde as deel van die koste van gesondheid het 'n groot betrekking op die onderwerp wat ek nou bespreek.

Ons weet dat verdeling van gelde wel bestaan en ons weet dat kollegas, veral algemene praktisyns, chirurgiese behandeling aandurf—behandeling wat dikwels in die belang van die pasiënt liewers in die hande van 'n spesialis gelaat moes geword het. Ek beweer nie dat alle spesialiste eerste klas snywerk doen nie en ek weet ook dat baie algemene praktisyns goeie snydokters is. Die beginsels wat egter aan die grond lê van spesialisasie is (1) spesiale opleiding en (2) gedurige oefening waardeur vaardigheid en vertroudeheid in die hand gewerk word. Chirurgiese vaardigheid kan nie sonder gereelde oefening behou word nie. As die spesialis en die algemene praktisyn nou vennote is en hul gelde deel, sal daar geen botsing van geldelike belange wees nie, sodat die pasiënt se belange outomaties eerste gestel kan word. Daar sal ook 'n neiging wees om gelde wat of te hoog of te laag is, te verander tot billike bedrae. Samewerking van hierdie aard kan daartoe bydra om die ongesonde mededinging wat wel dikwels onder die huidige bedeling tussen algemene praktisyns en spesialiste voorkom, uit die weg te ruim.

Konsultasie met 'n spesialis hoef ook nie altyd die vorm van 'n lang formele proses aan te neem nie. As dit 'n sonde is, is ek een van die skuldiges wat soms 5 of 10 minute lank raad bedel by spesialiste. Ons organisasie maak egter nie voorsiening vir hierdie soort konsultasie nie—behalwe op die basis van wat ons wel as bedel moet beskryf.

Daar is dikwels onnodige oorvleueling tussen die ondersoek van die algemene praktisyn en die spesialis veral wat betref die agtergrond van die siekte. Sulke oorvleueling lei tot vermorsing van die tyd van algemene praktisyns sowel as van spesialiste, en tot onnodige verhoging van die gelde wat die pasiënt uiteindelik moet betaal. As die algemene praktisyn en die spesialis as 'n span saamwerk, sal die praktisyn moontlik ook deegliker werk lewer omdat hy nie sal voel dat sommige ondersoekes maar verwaarloos kan word omdat die spesialis hulle tog moet uitvoer nie.

### DIE REGTE VAN DIE GENEESHEER

By die bespreking van die regte van die geneesheer sou ek graag die stelling wou maak dat elkeen van ons die volgende verlang: (1) genoeg werk, (2) billike vergoeding vir die werk om te voorsien in ons eie behoeftes—en by ons eie behoeftes sou ek insluit die moontlikheid om periodiek ons kennis op te knap en om genoeg te hê vir ons oudag, en (3) genoeg vrye tyd, waarby ek insluit vakansies, tyd vir ontspanning en tyd om deel te neem aan die lewe van die gemeenskap.

Genoeg werk is 'n relatiewe begrip. In ons beroep is dit egter so die geval dat enige tyd wat ons aan onself bestee, inbreuk maak op ons beskikbaarheid vir ons pasiënte en gevolglik ook op ons verdienste. Dit is goed as 'n mens se werk die eerste plek in sy lewe inneem, maar as dit sy enigste belang word, hou hy op om 'n volwaardige mens te wees. Vandat ek tot die mediese beroep toetree het, het ek gevind dat ek noodgedwonge deelname aan verenigingswerk moes uitskakel.

### Voordele van die Groepspraktijk

Laat ons nou probeer nagaan watter voordele die groepspraktijk vir ons inhou. Veronderstel dat die groep bestaan uit 4 algemene praktisyns, 1 internis, 1 kinderarts, 1 ginekoloog en 1 chirurg. Onder hierdie omstandighede sou die meeste huisbesoeke deur die algemene praktisyns gedoen word en die konsultasies by die spreekkamers sal ook in die eerste plek deur hulle onderneem word. Hulle sal dan een of meer van die spesialiste raadpleeg oor elke geval waar twyfel bestaan. Indien meer tyd nodig is vir spesiale besoeke deur 'n spesialis, sal reëlings daarvoor getref word op die basis van behoorlike organisasie sodat die pasiënt die volle voordeel kan kry van behoorlike spanwerk. Soos ons vandag praktiseer, selfs waar dokters in dieselfde gebou is, ontbreek die element van vennootskap wat werklike spanwerk bevorder.

Sulke samewerking kan vir die betrokke dokters self besonder baie beteken. Gedurige samewerking en samespreking kan beteken dat elke lid van die groep sy beste werk sal lewer. Isolatie, wat die herhaling van foute en die veroudering van gebruike en metodes meebring, sal verdwyn. Elkeen sal leer van elke ander een met wie hy saamwerk. Daar sal 'n gedurige prikkeling van belangstelling wees en selfs die eenvoudigste probleem sal 'n

nuwe aanskyn kry as 2 of meer kollegas dit bespreek. Periodieke byeenkomste van die groep kan baie bydra tot voortdurende opvoeding en opknapping binne die groep. Onder die toesig van die meer ervare lede kan die minder ervare lede van die groep geskoold raak in die uitvoer van prosedures, ens. Hierin lê groot moontlikhede—ook vir spesialisasie. Dit volg vanself dat die groep net kollegas in die groep sal wil hê wat 'n aanwinst is. Hoe 'n beter dokter elke lid van die groep is, hoe meer sal dit sy medeledes en homself op alle maniere bevoordeel. Binne die groep kan maklik gereël word vir die gebruik van vrye tyd. Daar kan plek gemaak word vir die jonge en die oue. Die kwessie van tugmaatreëls tussen lede wat die reëls oortree, word vereenvoudig as gevolg van die gevoel van samehorigheid van die groep. En die verdienste van elke lid van die groep kan deur die groep self gereël word.

Geen spesialis sal vandag maklik sy naam van die register af laat verwyder om weer algemene praktisyn te word nie want dit sal te veel van 'n geldelike waagstuk wees. As die

Mediese Raad egter in gevalle waar aansoek gedoen word, vennootskappe soos ek voorstel, sou toelaat, sou die eksperiment nie net interessant wees nie, maar dit mag tot 'n hele nuwe bedeling vir dokters en pasiënte lei.

Die gedagtes wat ek hier uitgespreek het, is nie almal oorspronklik my eie nie. Dr. Schaffer het reeds al verlede jaar sommige aspekte van die probleem aangeraak in sy presidentsrede<sup>1</sup> toe hy ingelyf is as President van die Mediese Vereniging.

Die tasting na 'n nuwe bedeling word gedurig weerspieël in die besprekings van kollegas, die botsinge tussen kollegas, en die strewe na nagraadse studie vir algemene praktisyns. Ek verwag nie dat al my kollegas moet saamstem met wat ek gesê het nie—dit sou voorbarig wees. Ek sal egter dankbaar wees as die moontlikhede van 'n nuwe bedeling nie sonder meer verwerp sal word nie en as my rede as prikkel kan dien tot verdere gedagtes oor hierdie saak.

#### VERWYSING

1. Schaffer, R. (1958): S. Afr. T. Geneesk., 32, 973.