

BESTAANSREG VAN DIE ALGEMENE PRAKTYK IN DIE VOORSIENING VAN 'N DOELTREFFENDE MEDIESE DIENS EN WAT DIE GENEESKUNDIGE RAAD KAN DOEN OM DAARDIE NOODSAAKLIKE DIENS TE BESTENDIG EN TE VERBETER*

I. AFSCRIF VAN 'N BRIEF GEDATEER 5 MAART 1965 GERIG AAN DR. A. H. TONKIN, SEKRETARIS, M.V.S.A., DEUR DIE REGISTRATEUR VAN DIE S.A. GENEESKUNDIGE EN TANDHEELKUNDIGE RAAD

By geleentheid van sy vergadering gehou te Windhoek in September/Oktobre verlede jaar, het die Geneeskundige Raad die volgende voorstel van dr. G. F. C. Troskie oorweeg: „dat die Raad oorweging skenk aan die volgende punte:

Het algemene praktyk bestaansreg in die voorsiening van 'n doeltreffende mediese diens aan die publiek in die Republiek van Suid-Afrika? Indien wel, wat kan hierdie Raad doen om daardie noodsaaklike diens te bestendig en te verbeter?”

Na oorweging van die aangeleentheid, het die Raad besluit dat die voorstel van dr. Troskie na die Uitvoerende Komitee vir ondersoek verwys word.

Die aangeleentheid is by die vergadering van die Uitvoerende Komitee, gehou in Oktober 1964, oorweeg en die Uitvoerende Komitee het toe besluit dat:

- (i) die komitee van mening is dat algemene praktyk 'n bestaansreg het in die voorsiening van 'n doeltreffende mediese diens aan die publiek in die Republiek van Suid-Afrika, en dat met die gedagte as uit-

gangspunt dr. Troskie en ander lede van die Raad, en meer bepaald diegene wat in die algemene praktyk staan, versoek word om skriftelik, vir oorweging deur die Komitee, praktiese wenke aan die hand te doen oor wat die Raad kan doen om algemene praktyk te bestendig en te verbeter;

- (ii) verdere oorweging van die aangeleentheid uitgestel word tot tyd en wyl antwoorde van lede van die Raad ontvang is.

By sy vergadering wat verlede maand gehou is, het die Uitvoerende Komitee verdere oorweging aan die aangeleentheid gegee en besluit dat:

- (i) die aangeleentheid na die Mediese Vereniging van Suid-Afrika verwys word en dat die Vereniging gevra word of hy enige praktiese voorstelle het oor wat die Raad kan doen om die algemene praktyk te bestendig en te verbeter;
- (ii) indien dr. Troskie goedkeuring daartoe verleen, 'n afskrif van sy memorandum aan die Mediese Vereniging van Suid-Afrika gestuur word;
- (iii) verdere oorweging van die aangeleentheid uitgestel word tot tyd en wyl 'n antwoord van die Mediese Vereniging van Suid-Afrika ontvang is.

Dr. Troskie het goedkeuring verleen dat 'n afskrif van sy memorandum aan u Vereniging gestuur word. Dit is vervat in Exec. 194/Maart 1965, waarvan 'n afskrif hierby aangeheg word.

* Lede van die Mediese Vereniging word dringend versoek om hul menings oor hierdie saak te formuleer en te stuur na die Mede-Sekretaris, M.V.S.A., Posbus 1521, Pretoria.

Dit sal hoog op prys gestel word indien u my mettertyd kan verwittig of u Vereniging enige praktiese voorstelle het oor wat die Raad kan doen om die algemene praktyk te bestendig en te verbeter. Indien u Vereniging enige voorstelle in hierdie

verband het, sal ek graag die voorstelle ontvang vir voorlegging aan die Uitvoerende Komitee.

My Raad sal u Vereniging se hulp in verband met hierdie aangeleentheid hoog op prys stel.

II. MEMORANDUM DEUR DR. G. F. C. TROSKIE

Ter Inleiding

In die bespreking van metodes om die algemene praktyk te verbeter en te bestendig, aanvaar 'n mens dat daar:

- (a) Gevaar is dat die algemene praktyk ten onder sal gaan of selfs verdwyn, en
- (b) dat daar moontlik agteruitgang is, of wel dat verbetering nodig is.

Die belangrikheid van die algemene praktyk in diens van die publiek en hulle mediese versorging is reeds beklemtoon op die volle Raadsvergadering en as sodanig aanvaar. Daar sal dus net weer kortliks daarna verwys word vir perspektief.

Die rede waarom die Geneeskundige Raad hom sal bemoei met die bestendiging en verbetering van die algemene praktyk, is omdat die primêre funksie van die Raad is om die belange van die publiek te beskerm op mediese gebied.

Om dan tot 'n praktiese gevolgtrekking te raak is dit nodig dat die hele probleem in perspektief gesien word, dat sover moontlik die oordeel op feite sal berus en dat 'indrukke', hoe reg hulle moontlik ook is, nie sonder meer aanvaar sal word nie, maar indien nodig meer feite ingesamel word om die indrukke te bevestig of te negeer, na gelang die geval mag wees.

Om die saak dan wetenskaplik te benader moet ons eers vra of daar wel gevaar is dat die algemene praktyk sal onder gaan en of daar wel agteruitgang in algemene praktyk is? Indien ons op die bogenoemde vrae *nee* antwoord, vervel alle verdere bespreking en ons taak is afgehandel. Indien ons *ja* antwoord, kom die verdere vraag: wat is die oorsaak of oorsake van verdwyning of agteruitgang? Indien ons die oorsake ken, is die volgende stap die behandeling van die oorsake.

Ek sal die vraagstuk dan in dié lig probeer stel. Om hierdie begrip duidelik te stel, moet ons in kort stel wat 'n doeltreffende mediese diens behels en hoe die algemene praktisyen in so 'n diens inpas.

'n Doeltreffende mediese diens aan die publiek behels: (A) Voorbehoedende dienste, (B) behandelende dienste, en (C) navorsing en opleiding van nuwe medici.

A. *Voorbehoedende dienste* val feitlik 100% binne die bestek van die algemene praktisyen wat óf as private praktisyen óf as deelydse of soms voltydse distrikgeneesheer of mediese gesondheidsbeampte die werk verrig (immunisering, voorligting, ens.).

B. *Behandelende dienste* word soos volg verdeel:

1. Tuisbehandeling.

2. Konsultasies:

- (a) As algemene praktisyen.
- (b) Met mede algemene praktisyen.
- (c) Met spesialis.

3. Institusionele behandeling:

- (a) In hospitale.
- (b) In verpleeginrigtings.
- (c) Sanatoria en spesiale inrigtings.

Wat bogenoemde betref, val groep 1 feitlik geheel en al binne die bestek van die algemene praktisyen met af en toe 'n konsultasie met 'n spesialis.

Wat 2(a) betref, vind ons dat die gemiddelde algemene praktisyen nie meer as 10 uit elke honderd gevalle wat hy sien, nie self doeltreffend kan behandel nie. Gewoonlik is die getal in die eerste paar jaar na kwalifisering meer, maar deur die verwysing van gevalle na spesialiste en bespreking van die geval óf direk óf deur korrespondensie, leer die jong geneesheer en ontwikkel hy sy eie kennis, vernuf, en bekwaamheid sodat die getalle in latere jare van algemene praktyk heelwat minder as die 10/100 word; maar 10% is argumentshalwe 'n goeie gemiddelde. Van Biljon—*Suid-Afrikaanse Tydskrif vir Geneeskunde* v:n 12 Desember 1964 (bl. 937)—stel dit dat private pasiënte slegs in 3.6%, hulpskema-pasiënte in 6.7% en Spoorwegpasiënte

in 11.1% van gevalle na spesialiste verwys word, d.w.s. 'n gemiddelde van 7.1%.

2(b) Dit gebeur dikwels dat gevalle van minder ernstige aard 'n mede algemene praktisyen se kennis verg en 'n konsultasie tussen algemene praktisyens dus doeltreffend is vir die spesifieke geval.

2(c) behels daardie gevalle—die ongeveer 10%—wat van meer ernstige aard is en na een of ander spesialis verwys moet word.

Groep 3 sluit al die gevalle in wat na verskillende inrigtings moet gaan vir behandeling. Die meerderheid van hierdie gevalle sal deur spesialiste behandel word, maar hulle sal nog voortvloei uit daardie 10% wat normaalweg aanvanklik na spesialiste verwys word vir konsultasie. Tot kort gelede was die meerderheid van behandeling steeds deur algemene praktisyens uitgevoer, maar geleidelik vind ons dat al minder gevalle in inrigtings nog deur algemene praktisyens behandel word.

C. *Navorsing*. Op mediese gebied is die noodsaaklikste basiese element om 'n vooruitstrewende en doeltreffende mediese diens te lewer. In die Republiek word seker die grootste persentasie van navorsingswerk gedoen deur persone wat óf tydelik óf voltyds verbonde is aan die een of ander inrigting, hetsy mediese skool, hospitaal of instituut. Die meerderheid van hierdie navorsers is ook besig met verdere studie en werk aan projekte met die oog op die verkryging van hoër grade. 'n Minderheid van algemene praktisyens lewer deesdae bydraes op hierdie gebied, meesal as gevolg van gebrek aan (a) tyd, (b) fasiliteite en (c) belangstelling.

Dit is dan kortliks 'n stelling van die basiese elemente van 'n doeltreffende mediese diens. Om die diens doeltreffend te lewer, moet daar 'n balans in getalle volgens die aard en belangrikheid en vereistes van elkeen se spesifieke werk wees. So moet daar dan volgens die *getalle* mense wat bedien moet word, die nodige getal algemene praktisyens wees. Daar moet vir 'n gegewe getal algemene praktisyens 'n gegewe getal spesialiste wees. Daar moet in die spesialiste groep 'n balans in verdeling (wat getalle betref) in die verskillende spesialiteite wees. Daar moet 'n getalsverhoudingsbalans wees met hulpdienste, tegnologie, ens. Indien hierdie balans op enige vlak merkbaar verstoor word, vind ons ondoeltreffendheid van handeling en wanpraktyke, asook onderlinge struweling en dan jaloesie (en meer werk vir die Geneeskundige Raad).

In hierdie hele kompleks van persone wat diens lewer om die gesondheid van die publiek te bevorder, staan die algemene praktisyen in die middel. Hy is as't ware die dryfkracht, maar hy kan nie sonder die talle ander spesiale ratjies en assies die uurwerk laat loop nie. Die redes vir sy belangrikheid is as volg:

1. Hy is ten alle tye beskikbaar vir die pasiënt.
2. Hy is opgelei om 'n optimum kennis van alle aspekte van die geneeskunde te hê.
3. Hy behandel die pasiënt binne die kader van sy omgewing en is gewoonlik bewus van omgewingsfaktore wat sy gesondheid nadelig beïnvloed.
4. Hy is die inligtings- en voorligtingsagent vir sy pasiënte oor al hulle siektes en kwale en bekommernisse.
5. Sy dienste val binne die finansiële bestek van die meerderheid van pasiënte.

Is daar wel Gevaar dat die Algemene Praktyk sal Verdwyn?

As ons na toestande in ander lande kyk, dan vind ons in 'n land soos Amerika dat die getalle van algemene praktisyens tot so 'n mate uitgedun het dat daar dorpe met die omvang van Paarl is waar geen algemene praktisyens meer is nie. Zale Yanof, in die *Journal of the American Medical Association* van 6 April 1964 (bl. 55), sê:

'Today the personal physician is threatened with extinction. The numbers of general practitioners have dropped from 90%

of the physician population to 33% in 1962.'

In Groot Brittanje is die toestand net so haglik soos weer-
speël deur talle artikels die afgelope paar jaar, bv. in die
British Medical Journal van 5 Mei 1963 (bl. 1,246): 'The
industrial revolution in medicine has passed the GP by. It
remains a cottage industry, under-organized, under-capitalized
and overworked.'

Laat ons nader aan die huis kom. In die Republiek van S.A.
vind ons dat daar 'n merkbare en toenemende afname in die
persentasie algemene praktisyne is.

Jaartal	Totaal op register	Spesialiste	Ander
1938	3,098	9.2%	91.8%
1963	8,468	21.2%	78.8%

Die presiese persentasie van daardie 78% wat wel in die
algemene praktyk staan, is moeilik te bepaal, maar met al die
persone wat deesdae in óf voltydse aanstellings óf nie-prakti-
serende werke diens doen, is dit twyfelagtig of meer as 60%
van medici op die register wel in algemene praktyk staan. Dit
is dan duidelik dat die persentasie medici wat die algemene
praktyk beoefen merkbaar aan die afneem is in S.A. en die
gevaar dat die algemene praktyk sal verdwyn as die tendens
nie gestuit word nie, is wesenlik. Die oorsake word later
ondersoek.

*Die Volgende Vraag: Is daar Agteruitgang in Algemene Prak-
tyk, en is Verbetering Noodsaaklik?*

Om hierdie vraag te beantwoord is dit nodig om die toe-
stand, wat die algemene praktyk vandag betref, te vergelyk
met een of ander tyd in die verlede en dan te besluit.

Ek stel kortliks die toestand omstreeks 1938-40 as verge-
lykende tydperk omdat:

1. Ek nie vertrou was met praktyk voor daardie jare nie.
2. Dit 'n tydperk van verandering was in die patroon van
mediese praktyk met die instelling van die spesialiste regis-
ter en die in gebruik neem van antibiotika.

Om dan agteruitgang of vooruitgang te bepaal, is dit nodig
om dit te bepaal wat sekere basiese elemente van praktyk
betref, en ek stel dit onder die volgende hoofde: (a) Diens-
lewering, (b) werksomstandighede, en (c) finansiële aspekte.

(a) *Dienslewering.* Die patroon van mediese praktyk in S.A.
was dat alle geneeshere geregistreer was as sodanig en elkeen
sy praktyk beoefen het tot dié mate waartoe hy die bevoegd-
heid, ondervinding en bekwaamheid had. Daar was 'n 'oop
kompetisie' in die praktyk en elkeen se praktyk het gegroei
volgens die diens wat hy lewer, sy bekwaamheid, belangstelling
in die pasiënt, ondervinding en toegewydheid. Die gehalte
diens wat gelewer was, was goed. Daar was min laboratoria en
die meeste geneeshere het hulle eie kliniese patologiese werk
gedoen. X-strale en spesiale ondersoeke was meesal gebruik
vir bevestiging van 'n kliniese diagnose en minder vir die
primêre stel van die diagnose. M.a.w., die kliniese standaard
wat die medici gehandhaaf het was van baie hoë gehalte.
Hiervoor was dit nodig dat heelwat tyd aan elke individuele
pasiënt bestee sou word. As gevolg van die feit dat antibiotika
net in die ontdekkingstadium was, was die stelling van 'n
spesifieke en meer korrekte diagnose van meer belang as wat
dit later geword het toe die algemene gebruik van antibiotika
'n groot deel van die interessante toesig en behandeling uit die
mediese praktyk verwyder het.

(b) *Werkksomstandighede.* Die algemene praktisyne was deur
die jare die pakesel van medisyne, wat bereid moes wees om
die las te dra van 24 uur 'n dag vir 365 dae in die jaar. Dit was
egter algemene gebruik dat 'n praktisyne jaarliks met verlof
gaan en teen 'n redelike bedrag 'n *locum tenens* kry om sy
werk te behartig. Deur die tipe praktyk wat hy gevoer het en
die persoonlike belangstelling in elke pasiënt en die tyd wat
hy noodwendig aan elke siekte moes bestee, was hy geken en
geëer en met agting bejêen in die samelewing.

Algemene praktisyne was dikwels verbonde aan hospitale as
lede van die besoekende staf en het baie senior poste beklee.
Hulle was dikwels verbonde aan mediese skole en het kontak
met studente en hulle kollegas behou, wat hulle die stimulus
tot studie en navorsing gegee het; en heelwat bydraes tot die
verbetering van mediese kennis is deur algemene praktisyne
gedoen. Hulle het merendeels die volle behandeling van elke
pasiënt se siekte waargeneem vanaf die begin en soms deur

operatiewe behandeling in hospitale en weer die nabehandeling
tuis. In gevalle van ernstige siektes waar die hulp van
spesialiste ingeroep was, het die algemene praktisyne feitlik as
'n roetine die spesialis bygestaan by operasie en was hy ten
volle bewus van die sieketoestand en kon beter die nabe-
handeling waarneem. Dit het die voordeel gehad dat die
pasiënt daardie vertroue in sy geneesheer bly behou omdat hy
weet die dokter weet presies wat gedoen was en die dokter
self het gebaat deurdat hy altyd van sy spesialis kollega kon
leer.

Pasiënte was merendeels in twee groepe verdeel:

1. Die private pasiënt wat volle private gelde betaal, en
2. die vry pasiënt wat óf deur die plaaslike distriktgeneesheer
behandel was óf *pro deo* deur die praktisyne. Hierdie lg.
groep van *pro deo* pasiënte wat in elke praktyk voorgekom
het, het baie daartoe bygedra om die geneesheer nederig
te hou en hom in diens van sy medemens i.p.v. alleenlik in
diens van die self te laat werk.

(c) *Finansiële aspekte.* Deurdat daar 'n taamlieke eweredige
verspreiding van geneeshere oor die Republiek was, en almal
genoeg werk om te doen gehad het, het die meerderheid 'n
goeie bestaan gemaak. Doktersgelde was nie vasgestel nie en
die beginsel dat die baie ryke vir die baie arme ook moes
betaal, was in meeste praktyke gehandhaaf volgens die kennis
wat die praktisyne van hulle pasiënte gehad het.

Behalwe die Spoorweë se Siekefonds, die Myne se Siekefonds
(wat in 1939 saamgesmelt het as die Amalgamated M.B.S.), en
die Banke en Poskantoor se bystandsfondse, was daar geen
voorsiening vir versekering teen siektes en mediese onkoste
nie. Die gevolg was dat 'n baie groter getal pasiënte behoefte
geklasseer was en as vry pasiënte in hospitale, klinieke en
tuis behandel was.

Die presiese syfer van die inkomste van geneeshere as 'n
groep in vergelyking met die res van die professies vir daardie
jare, sal moontlik van die Departement Sensus en Statistiek
bekombaar wees. Die indruk is dat dit hoog was, veral as
gelet word op die relatiewe rykdom van die meerderheid van
die ouere groep geneeshere.

In daardie jare het die klein groepie spesialiste wat as
sodanig geregistreer was en merendeels as 'konsultante' geprak-
tiseer het, deur die bank baie goeie inkomste gehad van die
relatief groot getalle pasiënte wat na hulle verwys was deur
die talle algemene praktisyne.

Die Toestand Vandag

Die patroon van die mediese praktyk het geweldig verander
as gevolg van:

1. Die bevolkingsverskuiwing vanaf die platteland na die
stedelike gebiede.
2. Die uitvinding en ontwikkeling van nuwere medisyne en
veral die antibiotika.
3. Die tendens van algehele dekking deur versekering of
hulpskemas teen die onkoste van siekte.
4. Die vermeerdering in spesialiste dienste op alle terreine
van medisyne.

Hierdie feite het dan die gevolg dat daar eintlik drie hoof-
tipes praktyk gevoer word in die Republiek.

(i) Die stedelike praktyk, (ii) die praktyk in die groot dorp,
en (iii) die plattelandse praktyk.

Die plattelandse praktyk wat gevoer word in die klein dorpie
met 'n groot distrik waar fasiliteite redelik karig is en 'n stad
of groot dorp nie naby en maklik bekombaar is nie, het min
verandering ondergaan die afgelope 25 jaar, en afgesien van
kleinere veranderinge wat die gevolg is van nuwere medisyne,
bly toestande min of meer soos reeds beskrywe.

Die stedelike praktyk het seker die grootste verandering
beleef en daar is die toestande soos volg:

'n Digbevoorde gebied met baie geneeshere van alle soorte
en baie fasiliteite vir hospitalisasie en inrigtingsbehandeling
met al die nuutste metodes van behandeling, met die groter
meerderheid van mense wat aan die een of ander siekte ver-
sekeringskema behoort, het 'n skerp lyn getrek tussen die ouer
tipe praktisyne en gekommersialiseerde mediese praktyk wat
vandag vry algemeen beoefen word.

Daar is primêr 'n skerp lyn getrek tussen die algemene
praktisyne en die spesialis en tussen spesialis en spesialis. Die
algemene praktisyne is nog die man wat 24 uur per dag beskik-

baar moet wees vir die pasiënte en wat baie van baie moet weet, in teenstelling met die spesialis wat baie van bietjie moet weet, maar hy word beperk in sy handeling en optrede sodat hyself niks meer as die doodgewone siektes behandel wat op 'n paar besoeke met pille, medisyne of 'n inspuiting reageer nie. Die omvang van sy diens het gekrimp. Hy doen feitlik geen chirurgie nie. In die meeste gevalle word alle chirurgie na 'n spesialis verwys indien die pasiënt nie self, as hy 'n chirurgiese toestand vermoed, reeds direk na die chirurg gegaan het nie. Daar is weinig voor- of nabehandeling wat gedoen word deur die algemene praktisyn. Behalwe normale bevallings wat dikwels nog deur die vroedvrou waargeneem word, word alle komplikasies van kraamwerk deur die spesialis verloskundige behandel en weer het dit mode by baie mense geword om vir hulle verloskunde direk na die spesialis te gaan.

Enige siekte van die hart, long, lewer, nier, ens., behalwe van die ligste graad, word verwys na die internis, weer indien die pasiënt nie reeds direk self gegaan het nie.

Met die beskikbaarheid van radioloë, patoloë en derglike spesialiste dienste, is die neiging al meer om meer staat te maak op spesiale ondersoek as op kliniese waarneming en vernuf. Ook hier gebeur dit dikwels dat die pasiënt direk na die spesialis gaan en dan by die praktisyn kom met die verslag, sy is reeds in die laboratorium bewys as swanger' of lydende aan die een of ander kwaal.

Die algemene praktisyn in die stedelike gebiede het ook feitlik verdwyn van die hospitaal staf waar hy kontak gehou het met nuwere metodes en ontwikkeling. In die stede met mediese skole vind mens ook nie meer algemene praktisyns wat deelneem aan die opleiding van studente nie.

Die tyd wat aan individuele pasiënte bestee word is beperk tot 'n minimum. Die kliniese is ingeperk om primêr te besluit of die pasiënt self behandel gaan word en of hy na 'n spesialis verwys moet word en, indien wel, na welke spesialis.

Die feit dat in sommige stede die pasiënte-getal per geneesheer so min as 300 is, het daartoe aanleiding gegee dat elke siekte tot die maksimum uitgebuut moet word om die geneesheer 'n groot genoeg inkomste te gee om 'n lewe te maak. Voeg hierby die feit dat sy praktyksomvang aansienlik ingekort is deur die talle spesialis dienste wat vir die pasiënt direk beskikbaar is sonder verwysing—en die fondament is reeds gelê vir wanpraktyke van oorbeseke, oorbehandeling en te groot eise vir dienste gelewer. As gevolg van die inkrimping van die getalle 'private' pasiënte en die groot getalle wat aan siekefondse en bystandsfondse behoort, moet die praktisyn in die stad jaag om die maksimum getal pasiënte in die minimum tyd teen die maksimum besoldiging te sien, en dit voltooi die bese kringloop wat tot gevolg het dat menige stedelike praktisyn niks meer as 'n sorteerklerk geword het wat weinig tyd vir deeglike kliniese ondersoek, studie of navorsing het nie.

In die stedelike gebiede is daar nog 'n element wat 'n indirekte invloed op die algemene praktyk het en dit is die groot aantal spesialis wat nie almal voltydse besig is nie. Die gevolg is dat vele van hulle daardie behandelings doen wat eintlik binne die kader van die algemene praktyk tuishoort, sodat daar selfs 'n mate van kompetisie tussen die algemene praktisyn en die spesialis ontstaan.

Die praktyk in groter dorpe. In baie groter dorpe in die Republiek, bv. Pietersburg, Klerksdorp, Nelspruit, Standerton, Kroonstad, Welkom, Virginia, Bethlehem, Uitenhage, om maar 'n paar te noem, is daar reeds goeie hospitaalfasiliteite asook laboratoria, en in baie van hierdie dorpe is reeds spesialis gevestig wat 'n goeie diens redeliker beskikbaar stel as wanneer pasiënte oor lang afstande na die stede verwys moet word. In hierdie groter dorpe het die algemene praktyk vandag ontwikkel tot halfpad tussen die genoemde plattelandse praktyk en die tipe van die stad. Die algemene praktisyn behandel nog tot 'n groot mate sy hele pasiënt se hele siekte. Hy het meer fasiliteite wat ook groter eise stel as aan sy plattelandse kollega. Hy het ook te kampe met 'n groter element van versekerde mediese sorg wat meer klerklike probleme en finansiële implikasies inhou.

Die element van kompetisie tussen algemene praktisyn en spesialis word in hierdie gebiede die sterkste gevoel. In die stede word dit aanvaar, in die platteland is dit geen gevaar nie omdat die spesialis nie so maklik bekombaar is nie. In die groter dorpe is dit 'n mode' om vir elke siekte die 'spesialis' te spreek, of dit dan nou die chirurg is wat 'n velkwaal be-

handel of die ginekoloog wat 'n breintumor se hoofpyn moet verlig.

In 'n plek soos Pietersburg, word my meegedeel, is dit so erg dat die algemene praktisyns eerder hul pasiënte na Pretoria se spesialiste verwys, anders sien hulle hul nie weer nie.

Die benaming 'spesialis' het vir baie pasiënte 'n bekoring wat hom soms net in 'n onregverdigde posisie van kompetisie teenoor sy algemene praktisyn kollega stel sodat dit wel groot advertensiewaarde dra.

Finansiële Aspekte

Die huidige finansiële omstandighede wat mediese praktyk betref, is globaal gereken baie rooskleurig. Die getalle 'private' pasiënte het wel gekrimp a.g.v. die vermeerdering van siekte versekering, ens., maar die getalle *pro deo* pasiënte is ook soveel minder dat selfs teen 'n verminderde tarief van besoldiging, die geneesheer groep as 'n geheel die hoogste besoldigde profesie in die Republiek bly. Wat die spesifieke posisie van die algemene praktisyn in die groot geheel is, sal binnekort met duidelikheid gestel kan word, wanneer die resultate van die navraag van die Departement van Sensus en Statistiek beskikbaar is. Die 'indruk' egter is dat daar 'n taamlike groot gaping tussen die gemiddelde inkomste van spesialis en algemene praktisyns is. (Die Snyman verslag, bls. 73, meld in die Ver. Koninkryk is die verhouding van inkomste: algemene praktisyns R4,320/spesialiste R6,360.)

Die gevolgtrekking wat spruit uit hierdie kort vergelyking is as volg:

1. Daar is 'n besliste vermindering in persentasie algemene praktisyns in die Republiek van S.A. en die tendens is steeds afwaarts.
2. Daar is 'n agteruitgang in die gehalte van diens wat deur algemene praktisyns gelewer word veral in sekere stedelike gebiede.
3. Daar is 'n afname in die kliniese bevoegdheid van die algemene praktisyn.
4. Die werksomstandighede van die algemene praktisyn het verswak.
5. Die tyd en stimulus om te studeer en sy kennis te vermeerder het afgeneem.
6. Sy status by die publiek het gekrimp in teenstelling met sy spesialis kollega.
7. Hy werk in baie gevalle in onregverdige kompetisie met sy spesialis kollega.
8. Finansiële trek hy aan die kort ent in verhouding met werkverrigting teenoor sy spesialis kollega.
9. Daar is 'n sterk tendens om die medisyne te kommersialiseer.

'n Baie belangrike punt is dat daar vandag eintlik vier groepe mediese praktisyns in die Republiek ontwikkel het:

- (i) Die *algemene praktisyn* in die stad wat feitlik 'n *sorteerklerk* vir spesialiste geword het.
- (ii) Die *algemene praktisyn* wat nog volgens *tradisionele metodes* praktiseer.
- (iii) Die *specialoid* wat wel op die register is maar a.g.v. gebrek aan werk en ondervinding of primêre bevoegdheid eerder 'n algemene praktisyn moes wees.
- (iv) Die *spesialis* wat bevoeg en bekwaam is, die agting van sy kollegas wegdra, 'n nuttige rol speel in die behandeling van pasiënte, en sy praktyk op 'n 'konsultant' grondslag funder.

Na oorweging van al die feite wat hier reeds in kort gestel is, kom 'n mens tot die gevolgtrekking dat:

- (i) Daar wel gevaar bestaan dat die algemene praktyk in die Republiek aan die verdwyn is.
- (ii) Daar wel afname in die gehalte van diens is.
- (iii) Dit nie in die belang van die mediese versorging van die bevolking is dat (i) en (ii) verder ontwikkel nie.

Die oorsake van hierdie toestand is m.i. as volg:

1. By die gemiddelde praktisyn is 'n *veranderde gesindheid teenoor die beroep*. Die huidige geslag stel eie voordeel en belang voor onbaatsugtige dienslewering. Hierdie tendens is baie duidelik te bespeur op talle vlakke, maar is veral merkbaar waar onderhandel word met bystandsfondse oor mediese tariewe waar aan die een kant die maksimum gelde geëis word en terselfdertyd die eer en waardigheid verbonde aan die amp van geneesheer ook toegeëien word; die twee strook net nie.

2. 'n *Verlaagde status* van die algemene praktisyn, soos weerspieël op baie terreine as volg:

- By die publiek.* Spesialis beteken net iets wonderliks—soos reeds genoem.
- Staatsdepartemente.* S.A.P., bv., verbied enige verwysing van lede na algemene praktisyns vir enige chirurgie.
- Provinsiale hospitale.* Tendens om algemene praktisyns sover moontlik deur spesialiste te vervang. Sekere middele mag net deur spesialiste voorgeskryf word.
- Universiteite.* Neiging om algemene praktisyns geheel en al uit te skakel uit hulle opleidingsplan.
- By spesialiste self.* 'n Minderwaardige houding van meerderwaardigheid wat by sommige spesialiste, merendeels die 'spesialoid' groep, aangetref word.

3. *Werksonstandighede.*

- Lang ure.
- Onmoontlikheid om *locums* te bekom.
- Beperkings op praktyk-omvang wat geleidelik toeneem namate die spesialiste groep uitbrei en in kompetisie met die algemene praktisyn werk.

4. *Wanverhouding in getalle algemene praktisyns teenoor spesialiste.* Hierdie toestand maak dat daar te veel spesialiste is wat nie besig gehou word met werk wat by hulle meerdere opleiding en kwalifikasies pas nie, gevolglik verminder hulle bevoegdheid en bekwaamheid en hulle hou hulle besig met werk wat by die algemene praktisyn pas. Hulle werk dus eintlik in onnuttige kompetisie met die algemene praktisyn.

5. *Ekonomiese faktore.*

- Die *gaping tussen spesialiste-gelde en algemene praktisyns-gelde* is te groot, m.a.w. as 'n man die voordeel het van 'n gemakliker en beperkte praktyk te voer, kry hy nog die botter op die anderkant van die brood ook deur baie hoër gelde te kan eis.
- Dienste van dieselfde omvang en wat met dieselfde mate van bevoegdheid uitgevoer word, moet dieselfde besoldig word, bv. *vervoerkoste*. Daar is geen verskil in die aankoopprys en onderhoudskoste van 'n motor vir 'n spesialis en 'n algemene praktisyn nie. Daar is geen verskil in die bevoegdheid van die bestuur van 'n motor tussen spesialis en algemene praktisyn nie. As mens en kollega is daar geen verskil in tyd nie. Die tyd van die algemene praktisyn is minuut vir minuut net soveel werd as die tyd van sy spesialis kollega. Waar wel 'n verskil kom, is in handeling waar die spesialis *spesiale kennis* en *bevoegdhe* het bo sy algemene praktisyn kollega.
- 'n Uiters moeilike saak om te bepaal, maar tog van kardinale belang vir die publiek en die profesie, is die element van dieselfde gelde vir 'n handeling of hy nou al goed of sleg uitgevoer word. Ter verduideliking. Die jong praktisyn doen 'n *appendisektomie* op 'n baie swak manier en hy is geregtig op dieselfde gelde vir 'n swak behandeling as 'n kollega met miskien 30 jaar ondervinding, wat 'n hoë mate van tegniese bevoegdheid reeds ontwikkel het. (Jare gelede was dit 'n algemene begrip dat jong geneeshere teen 'n laer tarief gewerk het en namate hul bevoegdheid en bekwaamheid gegroei het, en ook hul praktyk, het hul gelde vermeerder).

6. *Gebreke aan tyd vir studie.* Geen *locums* beskikbaar nie.

7. *Karige fasiliteite vir nagraadse studie.* Daar word gereeld opknappingskursusse gereël by verskillende mediese skole. Hierdie kursusse dien 'n baie nuttige doel vir diene wat die geleentheid het om hulle by te woon. Daar is egter talle praktisyns wat na 'n paar jaar in praktyk 'n breedvoeriger studie sou wou doen, miskien in een of ander rigting met praktiese ondervinding maar nie met die oog op spesialisasie nie, slegs om hulle eie kennis te verbeter en in diens van hulle pasiënte. Hiervoor bestaan geen fasiliteite hoegenaamd in ons land nie.

Dan is daar die probleem om weg te kom van die praktyk aangesien daar geen *locums* te kry is nie.

Wat kan die Raad doen om die Toestand die Hoof te Bied en te Verbeter?

In volgorde van oorsake:

1. *Gesindheid.* Die Raad as sodanig kan sekerlik nie veel daaraan doen om die regte gesindheid by geneeshere as 'n

groep te skep nie. Dit is blykbaar deel van 'n wêreldneiging en is merendeels die taak van die dosente aan universiteite om daardie regte gesindheid by die studente aan te kweek.

2. *Status.* Dit is moeilik om een faktor spesifiek uit te sonder wat die oorsaak is en dit reg te stel. Eintlik het die status van die algemene praktisyn in verhouding tot die spesialis gedaal, en dit is 'n toenemende proses wat reeds in 1938 begin het en vinnig in omvang uitbrei. Soos vroeër gestel, het ons in werklikheid reeds 4 groepe geneeshere, 'n beter en 'n swakker groep onder spesialiste sowel as algemene praktisyns. Elkeen het dieselfde regte en beantwoord aan die vereistes deur die wet gestel, maar van die praktiese oogpunt vind ons dat dit meesal diegene is wat tot die swakker groep behoort wat wrywing veroorsaak en die profesie oneer aandoen.

3. Na my mening lê 'n oplossing vir vele van die probleme in die omskepping van die *spesialiste register* in 'n *konsultante register* met die volgende basiese bepalinge.

- 'n *Hoër standaard van bevoegdheid* as wat tans vir die spesialiste register vereis word.
- 'n *Langer vakleerlingskap* as wat tans vereis word, met 'n minimum van 5 jaar ondervinding in die algemene praktyk.

Motivering. Om die hoogste diens in die mediese praktyk te kan lewer, vereis 'n baie langer vakleerlingskap as wat die minimum vereistes vandag stel om op die 'register' te kom. Die verlengde kliniese assistentskap verbode aan 'n opleidings-hospitaal is 'n uitstekende stap in die opleiding van beter spesialiste, maar 'n mens vind deurgaans 'n gebrek aan volle besef van die probleme van die pasiënt sowel as sy huisdokter by daardie spesialist wat geen ondervinding van die algemene praktyk het nie. Indien 5 jaar in die algemene praktyk as 'n minimum vereiste gestel word, sal dit die voorgenome spesialis 'n ryper persoon maak. Dit sal help om die nypende tekort aan algemene praktisyns aan te vul. Daar sal meer manne beskikbaar wees vir *locums* om hulle kollegas die geleentheid te gee vir studie om sodoende beter diens aan die publiek te lewer. Daar sal meer manne wees wat volhou met die algemene praktyk en dit sal die getalverhouding tussen algemene praktisyns en spesialiste, of dan konsultante, help regstel.

(iii) *Strenger reëls oor die konsulteer en behandeling van pasiënte.*

- Geen pasiënte mag gesien word sonder dat hulle deur 'n algemene praktisyn verwys word nie. Dit is geen inperking van menseregte nie. Dit is 'n beskerming van die pasiënt teen sy eie onoordeelkundigheid, wat die medisyne betref, en lei tot meer doeltreffende behandeling asook kontinuïteit van behandeling en goeie samewerking tussen algemene praktisyn en spesialis. Dit is ook geen diskriminasie teen die konsultant wat hom 'n geleentheid ontnem tot verdienste nie. Namate die verhouding tussen algemene praktisyns en spesialiste, of dan konsultante, reg kom, sal die konsultante meer as genoeg werk hê om 'n goeie bestaan te maak. Diegene onder die huidige spesialiste wat teen so 'n maat-reël kapse maak, is juis daardie groep wat nog nie die aansien en vertroue van hulle kollegas geniet om as volwaardige spesialiste te praktiseer nie en is dus die persone wat die naam spesialis benut as 'n advertensie naam om in kompetisie met die algemene praktisyns te praktiseer.
- Oor elke pasiënt wat verwys word na 'n konsultant móet daar 'n verslag na die verwysende algemene praktisyn gaan.

Hierdie taamlike drastiese aanbeveling sal sekerlik nie sonder 'n groot kabaal en heelwat aanpassing deurgevoer kan word nie, maar dit sal op die lang duur die verstandigste wees en die stap wat die grootste invloed sal hê op die bestending en behoud van die algemene praktyk in belang van die beste diens aan die publiek op mediese gebied.

4. In die opleiding van die student moet hy meer in aanraking kom met algemene praktisyns in die algemene praktyk. Onder die huidige stelsel van opleiding sien die student sy pasiënte wat reeds uitgesoek of gekeur en verwys is, m.a.w. die meerderheid is reeds spesiale gevalle wat spesialiste aandag en behandeling deur spesialiste geniet. Die gevolg is dan dat die student reeds spesialisties dink en handel en as hy na sy hospitaal-jaar losgelaat word op die publiek, is hy so verlore dat hy so gou moontlik weer terug neig na die hospitaal en asiel soek in die meer beskermde omgewing van 'n spesialistiese praktyk. Dit is dus noodsaaklik dat op die een of ander wyse meer kontak met algemene praktisyns en die algemene praktyk verkry moet word aangesien ongeveer 60% van studente op die oomblik nog moontlik algemene praktisyns gaan word.