

DIE ORGANISASIE VAN 'N GEBALANSEERDE ALGEMENE HOSPITAAL*

R. L. M. KOTZÉ, M.B., CH.B., *Eerste Mediese Superintendent, Tiervlei-hospitaal en Karl Bremer-hospitaal, Bellville, K.P.*

Die algemene hospitaal was tot dusver nog te dikwels beskou as 'n plek waar pasiënte behandel word wat te siek is om tuis behandel te word. Die behandeling was groendeels gemik op die lyer aan 'n akute siekte wat alreeds ontstaan het en het opgehou voordat die pasiënt volkome herstel het. 'n Moderne hospitaal moet 'n veel meer omvattende en voortgesette stelsel van geneeskundige diens, wat voorkoming, genesing en rehabilitasie van alle soorte pasiënte insluit, in gedagte hou. Dit moet dikwels sy belangstelling na die gemeenskap uitbrei, nie net met buitepasiënte- en tuisbehandelingskemas nie, maar selfs ook met optrede ter voorkoming van siekte.

Behalwe die hospitaal het 'n gemeenskap gewoonlik ook nog ander tipes van versorgingsinrigtings waarvan elkeen 'n spesifieke doel het, soos bv. die inrigtings vir maatskaplike versorging. Die hospitaal moet deel uitmaak van hierdie netwerk van inrigtings en moet geensins van die res afgesonder wees nie. Dit is gelukkig so dat die meeste mense wat siek word nie gehospitaliseer hoef te word nie. Hulle word tuis deur hul eie privaat-geneeshere of as buitepasiënte van die hospitaal behandel. Die hospitaal moet inderdaad sy funksie meer daarop toespits om hierdie gedagte te bevorder en om mense nie *in* die bed te sit nie, maar hulle liever *uit* die bed te hou.¹ Dit is moontlik vir hierdie hospitaal om 'n voortgesette buitepasiëntediens aan te bied vir baie meer uiteenlopende sieketoe-stande as wat tans die geval is.

Daar is nog 'n ander belangrike rede waarom dit noodsaaklik is dat 'n algemene hospitaal so 'n omvattende benadering moet hê. Dit moet dien as basis vir mediese opvoorkunde en die opleiding van alle beroepe wat met geneeskunde te doen het en navorsing wat daarmee gepaard gaan. Om dit te bereik moet daarna gestrewe word om die mediese student siektes in al hul fasette te laat sien. Dit moet die behandeling van groepe pasiënte ook insluit wat tot dusver as iets 'anders' beskou was, byvoorbeeld psigiatrie en geriatrie. Dit is seker dat 'n uitsonderlike hoë persentasie van die jong geneeshere wat opgelei word se pasiënte eendag uit hierdie groepe sal kom.

Die tyd het aangebreek dat die algemene hospitaal, en veral die opleidingshospitaal, aanspraak moet maak op die insluiting van alle geriewe vir die lewering van hierdie omvattende diens, sodat alle siektes in 'n geografiese gebied wat hospitaalbehandeling benodig, na een en dieselfde hospitaal kan gaan.

TRADISIONELE OPVATTING VAN HOSPITALISASIE

Tot nog onlangs was daar 'n tradisionele neiging in die hospitalisasie-beleid in die meeste van die hoogs ontwikkelde lande om al meer en meer eng-gespesialiseerde aparte hospitale op te rig wat net spesifieke geselekteerde groepe behandel. Weliswaar is daar verskil van mening oor die voor- en nadele van die inskakeling van die tradisionele afsonderlike spesialisasies in die algemene hospi-

taal. Dit moet egter onthou word dat enigeen van die dissiplines wat uitgeskakel word daaronder sal ly, omdat dit die sg. 'kruisbestuwing' van idees negeer.² 'n *Moderne algemene hospitaal moet daarna strew om so 'algemeen' as moontlik te wees, met behoud van sy doeltreffendheid.*

Daar is menige voorbeelde dat hierdie gebruik van afsondering van spesialisasies ook in Suid-Afrika posgevat het en dat dit nog welig voortgaan. Voorbeelde van hospitalisasie op hierdie basis is die afsondering en verwydering van hospitale wat voorsiening maak vir chroniese siektes, geestesversteurdes en aansteeklike siektelyers. Daar word nog verder gegaan. Aparte pediatriese, ortopediese en selfs traumatiese hospitale word steeds in die lewe geroep. Daar word van die beginsel uitgegaan dat 'n aansteeklike geval geïsoleer, 'n geestesversteurde opgesluit en 'n chroniese siekte afgesonder moet word.³ Hoe ver verskillend hierdie toestande ook al van mekaar is, besef ons vandag dat die lyers daaraan essensieel almal tog maar net geneeskundige, verpleging en maatskaplike versorging benodig. Die faktore wat moet bepaal waar pasiënte geplaas moet word is in die eerste plek die graad van ernstigheid van die siekte en tweedens die bronne van hulp wat vir suksesvolle diagnose en behandeling benodig word.

Dit is maklik om te aanvaar dat ernstige akuut-siek persone, van watter ouderdom ook al, intensiewe of hoogs-spesialiseerde behandelingsbronne van die hospitaal verg, maar daar moenie vergeet word dat die hulpbronne wat somtyds benodig word vir sommige siek bejaardes of ook chroniese jeugdige dieselfde moet wees. Of dit kan wees dat die pasiënt, afgesien van ouderdom, slegs maatskaplike versorging benodig en intensiewe behandelingsbronne sal dan nie vereis word nie. So 'n persoon moet nie na die hulpbronne vir die behandeling van die ernstige sieke gebring word nie. Gevolglik het die noodsaaklikheid ontstaan dat pasiënte herklassifiseer moet word. As behandeling nodig is, moet dieselfde gehalte van bronne beskikbaar wees vir die akuut sieke, die kankerlyer, die persoon met die geriatriese probleem, die sielsieke of die siek kind sonder aansien des persoons.

Dit is interessant om daarop te let dat as die huidige hospitaalpasiënte in algemene hospitale, inrigtings vir chroniese siekes en psigiatriese hospitale op laasgenoemde basis heringedeel word, die pasiëntbevolking van al 3 die kategorieë van hospitale daar heelwat anders sal uitsien as tans.

DIE ALGEMENE HOSPITAAL

Die bevolking van die algemene hospitaal behoort dus te bestaan uit:

1. Enige siek persoon wat geneeskundige en verplegingsorg van 'n hoë gehalte, wat nie tuis gegee kan word nie, benodig. Dit sluit akute siek bejaardes en akute vroeë psigiatriese pasiënte ook in.
2. Enige siek persoon wat nie tuis of as buitepasiënt behandel kan word nie, by wie herstel vertraag is as gevolg

*Ontvang op 17 Desember 1968.

van een of ander faktor, maar wat nog nie 'n volle evalueringproses (assessering) ondergaan het nie of nog kan baat vind by die spesiale fasiliteite. Gedurende die evalueringproses moet die oog gehou word op 'n gepaste bestemming vir die pasiënt. In hierdie groep sal veral sekere siek bejaardes, chroniese jeugdige en psigiatriese pasiënte hulle bevind. Eers nadat die evaluering van die siektetoestand gemaak is moet die pasiënt na die toepaslike fasiliteite uitgeplaas word.

Voordele

Daar is baie groot voordele te verkry deur die bymekaarbring van verskillende elemente van die hospitaalstelsel na een terrein volgens McKeown² en andere.

Dit bied die moontlikheid van gesamentlike administrasie en huishouding, en die minder populêre afdelings soos psigiatrie sal gesamentlik met al die ander bedien word deur dieselfde personeel. Daar sal dus minder duplisering van skaars en duur fasiliteite wees, en daar sal geen vermenging wees van pasiënte met uiteenlopende behoeftes sover dit intensiteit van behandeling betref nie.

Party groot afdelings, veral vir groepe pasiënte wat minder intensiewe fasiliteite benodig, kan van 'n tipe konstruksie wees wat eenvoudiger van ontwerp is en gevolglik goedkoper is.

Een terrein verseker dat daar meer buigsaamheid in die gebruik van personeel en geboue is. As dit gebeur (soos die goeie resultate wat met moderne behandeling behaal word ons laat hoop) dat aansteeklike-siektes hospitale oorbodig word, dan kan hulle makliker vir ander gebruike omskep word. Dit is onmoontlik as groot groepe pasiënte, soos bv. dié in die algemene hospitale, sielsiekte hospitale en aansteeklike-siektes hospitale op aparte plekke gehuisves word.

Opleiding sal bevorder word omdat professionele personeel in hospitale 'n meer gebalanseerde begrip kan kry van 'n deursnee van die algehele hospitaalbevolking. Indien hulle 'n vroeë geleentheid gegee word om alle tipes pasiënte te sien sal hulle meer sekuur hul belangstellingsrigting kan vasstel.

Navorsing sal bevorder word omdat geleenthede geskep sal word om van die moeilikste geneeskundig-maatskaplike probleme, byvoorbeeld chroniese siekte, in al hul aspekte te kan besigtig.

In ons gewone groot algemene hospitale is daar veral 2 kategorieë van pasiënte wat dikwels uitgelaat word in ons voorsiening van dienste. Indien hulle toegevoeg word tot ons algemene hospitaalorganisasie sal veral die opleidingshospitaal daar baie meer gebalanseerd uitsien. Hulle is naamlik (i) die psigiatriese pasiënt en (ii) die geriatrisiese pasiënt.

DIE PSIGIATRIESE PASIËNT

Dit is die ondervinding in meeste lande dat behandeling in psigiatriese hospitale al vir baie jare swak is in vergelyking met die behandeling in algemene hospitale. Dit het egter baie verbeter gedurende die laaste 2 dekades. Gelukkig is dit nou in wye kringe as beleid aanvaar dat die behandeling van sielsiekte sover moontlik geïntegreer moet word met die behandeling van somatiese siekte, en dat dit deur dieselfde instansie behartig moet word.³ Oral in die wêreld

word gemik op 'n algehele integrasie van die behandeling van sowel liggaamlike as geestelike krankheid deur die oprigting van gekombineerde algemene en psigiatriese hospitale.

Vanuit die oogpunt van ondersoek, behandeling en opleiding beskou is die verafgeleë psigiatriese hospitaal ongewens. Die ontwikkeling van psigiatrie as spesialisasie is vertraag deur die beleid van afskeiding.⁴ Psigologiese geneeskunde is 'n onder-afdeling van geneeskundige praktyk, en daar is gevolglik geen logiese basis vir die uitsluiting van psigiatriese pasiënte tot algemene hospitale nie.¹ Psigiatriese verstourings is nie aansteeklik nie en behandeling is meer belangrik as gevangenhouding vir beide geestelike en liggaamlike siekte. Enige geneesheer vind dat 'n baie groot gedeelte van sy pasiënte psigiatriese of psigosomatiese gevalle is. Net so ook is miskien 'n kwart van alle pasiënte wat by 'n algemene hospitaal opdaag vir behandeling psigiatris, alhoewel oënskynlik somaties.

Die prentjie van die tradisionele groot psigiatriese inrigting wat duisende pasiënte bevat en wat ver van 'n stad of in die platteland geleë is, is vir ons maar te goed bekend. Die kontak met die algemene hospitaal is minimaal. Ten spyte hiervan het spesialiste van ander vertakkinge en algemene praktisyns gaandeweg egter meer onder die indruk gekom van die belangrikheid van sielkundige faktore in oënskynlike fisiese verstourings. Net so ook, het psigiaters 'n begeerte tot nouer kontak getoon, deur met psigiatriese buitepasiëntewerk wat nie voorheen onderneem was nie, te begin en ook nouer skakeling met die algemene hospitaal te soek.⁴

Die Voorkoms van Psigiatriese Gevalle

Opnames is gemaak in Denemarke⁵ van verskeie algemene praktyks-klinieke waarin pasiënte wat vir behandeling opdaag, geklassifiseer is. Die bevindings was byna dieselfde in die verskeie klinieke en het daarop neergekom dat 20% van alle gevalle suiwer psigiatris was; 10-15% was somaties-psigiatris en het 'n behoefte aan psigiatriese behandeling gehad.

Ander opnames het gewissel van 20% tot 30%. Ook is aan die lig gebring dat hierdie gevalle na verhouding meer tyd van die geneesheer in beslag neem as sy ander gevalle. Dit het weer tot die gevolgtrekking⁶ gelei dat daar nie genoegsame psigiaters in 'n beskaafde land is om al die psigiatriese werk te behartig nie en dat die algemene praktisyns nog die grootste gedeelte van dié soort werk moet doen. 'n Verdere opname⁴ van 'n eilandbevolking van 6,000 het getoon dat gedurende 5 jaar 10% van alle volwassenes verwys was na 'n psigiater. Hiervan moes 10% verwys word vir inrigtingsorg en 50% na buitepasiënte-dienste terwyl 40% bevredigend deur hul huisarts behandel kon word.

Volledige Psigiatriese Eenheid

In die lig van die toestand van sake soos geskets voel Strömgen⁴ dat 'n beter integrasie van psigiatrie in die gesondheidsdienste moet plaasvind. Die oortuiging het gestalte gekry dat psigiatriese hospitale as kleiner eenhede van ongeveer 350 beddens beplan moet word sodat hulle nie veel kleiner as die ideale grootte algemene hospitaal van 500-600 beddens is nie.

Dit sou genoeg akkommodasie bied aan 'n bevolking van 100 - 150,000 vir toelating van alle psigiatriese gevalle wat toegelaat moet word, uitgesonderd die chroniese krank-sinniges.

Daarby kan nog 'n 50 - 100-bedde afdeling gevoeg word vir ligte chroniese gevalle wat nie juis aktief behandel word nie—onder hulle sal baie bejaardes wees wat ook fisies verswak is en wat nie ver van die algemene hospitaal gehuisves behoort te wees nie. Dit is essensieel dat daar noue samewerking moet wees tussen die psigiatriese en geriatriese dienste. So bv. kan psigiatries-geriatriese pasiënte toegelaat word na die psigiatriese afdelings van die algemene hospitaal as korttermyn-behandeling vereis word—die langtermyngevalle gaan na die sielsiekte-gestig.¹

Gevalle van seniele demensie gaan na die langtermyn geriatriese inrigting en nie na die sielsiekte-gestig nie. Dit moet goed verstaan word dat korttermyn psigiatriese pasiënte verkieslik nie in 'n aparte blok weg van die hospitaal gehuisves moet word nie. Langtermyn-pasiënte, wie se behoeftes heelwat verskil, kan in aparte geboue of 'n aparte hospitaal gehuisves word, net soos in die geval van langtermyn geriatriese pasiënte. Gelukkig neem die getalle in die langtermyn kategorie vinnig af, danksy vroeë diagnose en behandeling.¹

Voordele van Geïntegreerde Eenheid⁴

Dit sou ideaal wees dat die volledige psigiatriese eenheid wat dus voorsiening maak vir sowel 'n korttermyn- as 'n langtermyn-afdeling as 'n psigiatriese departement van die algemene hospitaal beskou kon word. Dit sou in die geleentheid gestel word om laboratorium en ander fasiliteite saam te benut. Noue samewerking met die spesialiteite sou moontlik wees en verwysings na ander departemente sou vergemaklik word. Verder sou enige persoon in die gemeenskap wat hospitaalbehandeling nodig het, hetsy liggaamlik of geestelik, na dieselfde hospitaal gaan. Die diskriminasie teen geestesversteurdes sou dan minimaal wees.

Die psigiatriese eenheid sou dan ook alle buitepasiënte moes behandel en ook dalk buiteklinieke moes organiseer, terwyl dit bedien word deur dieselfde personeel. Baie pasiënte wat sou weier om vir behandeling na 'n afsonderlike psigiatriese hospitaal te gaan, as gevolg van die stigma, sou nou vroeg vir behandeling aanmeld. Verdere voordele wat verkry kon word deur die bymekaarbring van verskeie hospitaal-elemente, veral met betrekking tot onderwys en navorsing, is reeds gemeld.

Die Klein Psigiatriese Eenheid

Die totstandbring van 'n volledige psigiatriese eenheid is egter nie by elke algemene hospitaal moontlik nie. Veral in 'n stadsgebied, soos byvoorbeeld Bellville, waar daar reeds 'n groot psigiatriese hospitaal bestaan, is dit klaarblyklik oorbodig om nog 'n volledige eenheid by 'n hospitaal soos Karl Bremer of Tiervlei te hê. Die enigste uitweg is om 'n sogenaamde 'klein psigiatriese eenheid'⁴ in die lewe te roep as deel van die algemene hospitaal. Hierdie eenheid behoort te bestaan uit ongeveer 50 beddens wat korttermyn opnames—sê van 3 weke—moontlik maak.

Daarbenewens moet dit die basis vorm van 'n buitepasiënte-diens, wat essensieel is. Die buitepasiënte-diens

moet beskikbaar wees omdat met moderne psigo-farmakologiese behandeling, psigoterapie en rehabilitasie-maatree's veel meer psigiatriese pasiënte uit die sale ontslaan kan word. Hoewel hulle nog nie as totaal genees beskou kan word nie, kan baie chroniese pasiënte nog op dié wyse gekontroleer word. Hierdie klein psigiatriese eenheid moet op die nouste wyse saamwerk met die plaaslike psigiatriese hospitaal, indien daar so iets bestaan, en die personeel moet sover moontlik oor en weer tussen dié twee inrigtings pligte onderneem.

DIE VERSORGING VAN SIEK BEJAARDES EN DIE ROL WAT DIE ALGEMENE HOSPITAAL DAARIN MOET SPEEL

Suid-Afrika, soos meeste ander lande, is ook gemoeid met die vraagstuk van die snelle verouderingspatroon wat veral ons Blanke bevolking ondergaan. Dit bring onder andere mee dat die aanvraag vir versorgingsdienste geweldig toeneem het. Weliswaar bestaan daar versorgingsdienste dwarsdeur die land vir bejaardes, maar die vraag ontstaan of die dienste in alle opsigte goed gekoördineer is en of dit genoegsaam voorsiening maak vir alle aspekte van die vraagstuk.

Om die geneeskundige en maatskaplike verpligting teenoor die bejaardes na te kom vereis die instelling van 'n algehele siekteversorgingsdiens vir die bejaarde. Gelukkig is daar vandag die besef dat die bejaardes baie goed reëlmatig op goeie geneeskundige behandeling. Van der Meer⁵ skryf inderdaad dat die verskillende patologiese toestande by bejaardes nie minder toeganklik is vir geneeskundige behandeling nie, al weet ons dat veroudering 'n onomkeerbare en onontkombare proses is.

In al ons algemene hospitale vind ons 'n persentasie van tussen 10 en 20% van die totale aantal pasiënte wat in die groep wat vertraagde herstel toon, ressorteer. Hulle vul 'n aantal beddens wat ander dringende werksaamhede geweldig strem. Indien hulle oorgeplaas kan word na meer gerigte fasiliteite vir hul probleem sal hulle nie slegs beter behandeling kan ontvang nie, maar ook skaars en duur fasiliteite vrystel vir baie ander dringende gevalle.

Met betrekking tot toewysing van verblyf vir 'n bejaarde moet enige van die stadiums waarin hy homself mag bevind, deeglik in aanmerking geneem word. Die tipe van verblyf moet aangepas word by die toestand waarin hy verkeer. Dit sal byvoorbeeld verkeerd wees om 'n hospitaalbed vir intensiewe behandeling toe te ken vir 'n bejaarde wat net verswak maar nie siek is nie. So ook moet geen bejaarde wat met gemak tuis versorg kan word in 'n inrigting, van watter aard ook al, gehuisves word nie.

Algehele siekteversorging vir bejaardes moet 'n ruim gebied behels wat voorkoming, diagnose, behandeling, langtermynversorging en dikwels ook tuisversorging, rehabilitasie en handhawing van gesondheid insluit, want dit is dikwels moeilik om 'n skeidslyn tussen 'n gesonde of siek bejaarde te trek.⁶

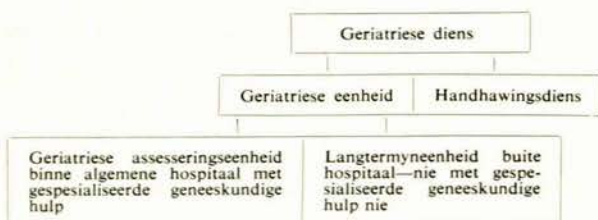
Vir die versorging van siek bejaardes, oftewel 'n 'geriatriese diens' is twee bestanddele noodsaaklik, nl. (a) die 'Geriatrisie Eenheid' en (b) 'n handhawingsdiens vir die gesondheid van bejaardes (Tabel I).

Die Geriatrisie Eenheid

Die moderne geriatriese eenheid⁷ moet 2 hoof funksies

vervul. Die eerste funksie kan slegs doeltreffend in 'n spesiale afdeling van 'n algemene hospitaal verrig word. Die tweede funksie moet nie binne die besige algemene hospitaal verrig word nie.

TABEL I. DIE GERIATRIESE DIENS EN DIE PLEK WAT DIE ALGEMENE HOSPITAAL INNEEM



Die eerste funksie (binne die algemene hospitaal). Toelating, assessering en aktiewe rehabilitasie vind in die algemene hospitaal plaas, en verkieslik in 'n spesiale geriatrisiese assesseringseenheid. Die bejaarde pasiënt wat dikwels onderworpe is aan veelvuldige patologiese prosesse se fisieke, verstandelike en maatskaplike probleme word hier ondersoek. Die geneesheer benodig hier die hulp van die verplegingsdiens, radiologiese en laboratoriumdiens, maatskaplike werk en ander gespesialiseerde geneeskundige en paramediese dienste. As hierdie fasiliteite beskikbaar is, kan 40% van alle toelatings weer ná behandeling na die normale lewe terugkeer.

Afgesien van die funksie te vervul van die voorgenoemde spesiale assesseringseenheid moet dit nie uit die oog verloor word nie dat die hospitaal 'n akute siek bejaarde op gelyke voet met ander leeftydsgroepe in dieselfde afdeling moet opneem. Eers as die akute episode verby is, word die bejaarde pasiënt na die geriatrisiese assesseringseenheid van die hospitaal geneem, indien hy nie geskik vir ontslag is nie. Cohen noem die volgende voorbeelde:¹ Die 80-jarige persoon wat biologies jonk is, met pneumonie of beklemde breuk kan bv. ná behandeling direk huis toe gaan. Die 70-jarige biologies verouderde persoon, aan die ander kant, wat nog behalwe sy beklemde breuk, aan osteo-artritis, doofheid, of aan nagevolge van beroerte ly, moet eers na die spesiale geriatrisiese eenheid van die hospitaal geneem word.

In hierdie spesiale afdeling, wat in enige groot hospitaal behoort te wees, word veral 'n assessering van die pasiënt se toestand gemaak. Dit kan wees dat hy moet huis toe gaan maar dikwels moet 'n poging aangewend word om hom te behandel en te rehabiliteer. Die volgende voorbeeld illustreer die tipiese geval wat aangewese is vir die spesiale geriatrisiese afdeling in die algemene hospitaal:

Mnr. S., 80 jaar oud, was tot 'n algemene saal toegelaat met 'n beklemde breuk. Ná die operasie is dit bevind dat hy taamlik doof en anemies is, met osteoporose. Verdere ondersoek in die assesseringseenheid het pernisiöse anemie getoon en die nodige maatreëls is getref dat hy sy inspuittings by die distriksverpleegster kan kry. Ook is hy voorsien van 'n korset vir sy osteoporose. Die oorwas is uitgespuut en hy is voorsien van 'n gehoorapparaat om 'n oorblywende doofheid te verhelp.²

Die tweede funksie van die moderne geriatrisiese eenheid (buite die algemene hospitaal) is die voorsiening van lang-

termynverblyf vir die pasiënte wat nie só vorder dat hulle huis toe kan gaan nie.

Die groep sluit bejaardes en ook jong chroniese gevalle in wat langdurige terapie benodig maar wat nie aan hulle as buitepasiënte verskaf kan word nie, weens die mate van invaliditeit. Hierdie tweede funksie word vervul deur die chroniese sieke-inrigting (die langtermyninrigting of verpleeghuis).

Dié afdeling moet nie in 'n besige algemene hospitaal wees nie, maar liever in 'n omgewing waar daar slegs geringe geneeskundige toesig en rehabilitasiefasiliteite is, maar tog in goeie kontak met die buitewêreld en die hospitaal. Somtyds kan 'n pasiënt wat in die langtermyn-eenheid toegelaat is, tog nog herstel. Die volgende is 'n voorbeeld:

Mev. A, 84 jaar oud, is toegelaat tot 'n ortopediese saal met 'n fraktuur van die nek van die femur. Ná die operasie was sy nie in staat om te loop nie, blind, en het chroniese brongitis gehad. Sy is oorgeplaas na 'n assesseringseenheid, maar het min verbeter. Sy is oorgeplaas na 'n langtermyneenheid en verkry gedurig rehabilitasie-behandeling. Ná 'n jaar is haar verstand helder, sy loop taamlik goed en haar brongitis het baie verbeter. 'n Operasie vir katerak en bril was geslaagd en sy word ontslaan huis toe.³

Die keuse vir plasing van die pasiënt tussen die algemene hospitaal en die chroniese langtermyn sieke-inrigting sal dus nie altyd duidelik omlin kan word nie, maar rigsgoer kan tog neergelê word.

Vergelyk ook in bovermelde verband Van der Meer, van Den Haag, se skema vir huisvesting van die bejaarde (Tabel II).⁴ Let op die rol wat die hospitaal (*ziekenhuis*) en die chroniese langtermyninrigting (*verpleeghuis*) in die skema speel. Die algemene hospitaal behoort voorsiening te maak vir die verskillende aspekte van die behandeling van die bejaarde sieke.

1. In die algemene sale waar behandeling gedurende die akute siektetoestand kan plaasvind, is die fasiliteite wat verskaf word niks anders as dié wat vir die gewone akute siek persoon van enige ouderdomsgroep verskaf word, en die bejaardes word ook saam met die ander pasiënte in dieselfde sale geplaas.

2. 'n Geriatrisiese assesseringseenheid moet afsonderlike akkommodasie daarstel waarin alle gevalle wat vertraging in vordering na die akute stadium van siekte toon, vir 'n intermediêre stadium opgeneem kan word. 'n Deurslaggewende faktor of 'n pasiënt in hierdie afdeling sal bly is of hy geneesbaar is al dan nie. 'n Vars beroerte sal daarin geduld word maar indien hy ná 24 uur nog bewusteloos is gaan hy na die chroniese, langtermyn sieke-inrigting. Gedurende die stadium wat pasiënte opgeneem is in die geriatrisiese assesseringseenheid moet hulle toestand streng geassesseer word en aktiewe rehabilitasiemaatreëls getref word, altyd met die oog op 'n bevredigende bestemming vorentoe. Die bestemming kan wees herstel en terugkeer na huis met of sonder hulp—so nie oorpasing na 'n gekombineerde inrigting vir versorging en verpleging, of indien nie moontlik nie na 'n chroniese sieke-inrigting.

Besluite wat geneem word berus op die bevindinge van geneesherre met die hulp van al die betrokke paramediese beroepe. Dit moet egter duidelik begryp word dat die klem gedurende hierdie intermediêre stadium moet val op aktie-

TABEL II. BEJAARDES*

| Nie-hulpbehoewendes of insidenteel hulpbehoewend | Hulpbehoewendes (versorging en verpleging) | | | | | |
|--|--|---|---------------------------|-----------------|-------------|-------------|
| | Huishoudelik | Liggaamlik | | | Geestelik | |
| | | Tuis verpleegbaar | Nie tuis verpleegbaar nie | | Versteurdes | Kranksinnig |
| Eie wonings | Losieshuise vir bejaardes (met of sonder aansluitende wonings) | Chroniese sieke inrigtings ('het verpleeghuis') | Hospitale (ziekenhuizen) | Spesiale tehuse | | |
| | Gekombineerde inrigtings vir versorging en verpleging | | | | | |

* Volgens Van der Meer.

we behandeling van die pasiënt en nie slegs op die keuse van 'n heenkome vir hom nie. Dit sal gepas wees dat hierdie afdeling as die geriatriese afdeling van die algemene hospitaal bekend staan.

3. Die inskakeling van die algemene hospitaal op die regte plek in die algehele geriatriese diens behels behalwe die opname van binnepatiënte ook nog 'n buitepatiënte-afdeling sodat ontslane bejaarde pasiënte voortgesette behandeling kan verkry, indien nodig. Distriksdienste behoort hierby aangesluit te word.

As oorblywende faktor van die geriatriese eenheid met betrekking tot akkommodasie vir die geriatriese pasiënt moet die chroniese langtermyn sieke-inrigting ook beskikbaar wees, maar nie noodwendig op dieselfde perseel as die algemene hospitaal nie. Dit moet egter as afsetgebied dien vir die hospitaal, anders sal die akute sale en die assesseringseenheid verstrik raak met chroniese siekes.

Die Take van die Geriatriese Afdeling van die Algemene Hospitaal

Van der Meer⁶ noem sekere verpligtinge wat nagekom moet word, onder andere:

1. Dit moet as 'n konsultasie-buro dien vir geriatrie met korrekte plasing in tehuis, losieshuis of inrigting vir chroniese siekes as mikpunt, gebaseer op noukeurige geneeskundige ondersoek. Die konsultasieburo moet sowel 'n deeglike geneeskundige as 'n maatskaplike ondersoek instel. Die geneeskundige ondersoek moet heeltemal volledig en deeglik gedoen word. Dit sal meer as enigiets anders meehelp om die 'regte pasiënt in die regte bed te plaas'. Onjuiste plasing is nie alleenlik baie duur nie, maar is ook skadelik vir die pasiënt.

2. Besoek en ondersoek van pasiënt aan huis, waar dit kan help.

3. Reëling van die plasing en oorplasing. Die werksaamhede van elke inrigting moet bekend wees.

4. Nieu samewerking met huisartse. Die algemene praktisyen is een van die belangrikste skakels, asook die welsynsorganisasies en maatskaplike dienste en distriksverplegingsdienste.

5. Samewerking met nasorgdienste en tuishulpverskaffing.

In hierdie verband kan die navolgenswaardige voorbeeld van die sg. *Social-direktorat* van De Gamles By, die dorp vir bejaardes in Kopenhagen, aangehaal word. 'n Geneesheer-in-bevel, 'n verpleegster en 'n maatskaplike werker dien in hierdie komitee. Hulle ontvang alle aansoeke vir toelating tot die 'dorp' waarin die hospitaal vir siek bejaardes (beide kort- en langtermyn) asook maatskaplike versorgingsgeriewe vir gesonde maar hulpbehoewende bejaardes ingesluit is. Ná deeglike maatskaplike en geneeskundige ondersoek word besluit tot welke kategorie van versorging die bejaarde toegelaat sal word of miskien kan die bejaarde tuis bly woon met tuishulp. In die geval van ontslanings terug huis toe is hierdie instansie se hulp ook nodig, aangesien hulle met die distriksdiens tot hul beskikking aanbevelinge maak of uitplasing tuis prakties moontlik is.

Die Geestelik-verswakte Bejaarde

Om te voorkom dat sowel die normale as die geestelik-versteurde benadeel word, moet die hospitalisasie van die twee groepe, indien dit nodig word, nie in dieselfde saal toegelaat word nie en moet die oorplasing van die geestelik-versteurde bejaarde slegs plaasvind as die pasiënt nie meer as geskikte geselskap⁶ vir normales beskou word nie. As hy dan in 'n goeie inrigting vir geestelik-versteurdes oorgeplaas word, mag dit wees dat sy toestand skielik verbeter. 'n Spesiale afdeling vir geestelik-verswakte bejaardes behoort in 'n chroniese, langtermyn sieke-inrigting ingeruim te word.

Die Geneesheer in die Hospitaal-geriatrie (die Geriater)

Geriatriese geneeskunde is 'n afsonderlike vertakking van algemene geneeskunde wat tans beoefen word deur geriatriese konsultante. Hulle benodig assesserings-afdelings waarin aandag gegee word aan die siektes en ongesteldhede van die biologies verouderde persoon. Hulle benodig genoegsame fasiliteite vir die doeltreffende ondersoek, behandeling en rehabilitasie van hul pasiënte. Hulle voorsien ook voortgesette behandeling in langtermyninrigtings vir diegene wat skynbaar nie geslaagd behandel is nie, maar waarvan sommige tog nog mag herstel as rehabilitasie-fasiliteite beskikbaar is.⁷ Enigiemand met die nodige geneeskundige kennis, verkieslik 'n internis met kennis van rehabilitasie en maatskaplike geneeskunde en ruime

geriatriese ervaring, is 'n geskikte persoon om geriatrie te beoefen.

Hazell (aangehaal deur Schreuder)⁸ skryf dat 'consideration be given to the establishment in every general hospital of geriatric wards and appointment of a physician in charge of the department as outlined'. Schreuder haal ook die volgende aan: 'A geriatric unit is a hospital department in or associated with a general or teaching hospital for specialised medical care and physical and social facilities for the admission, diagnosis and under the supervision and control of a consultant physician especially trained in geriatrics'.⁸

In verskeie lande word 'n volledige geriatriese eenheid se beddetal bepaal deur 'n formule van minstens 1 bed per 1,000 bevolking. Dit sluit in 'n 'assesseringseenheid' in die algemene hospitaal en 'n langtermyn eenheid afsonderlik.

Die geriatriese eenheid moet 'n integrale gedeelte van 'n algemene hospitaal wees maar die langtermyn eenheid hoef nie in die hospitaal te wees nie. Elke hospitaal moet egter in geen twyfel gelaat word nie dat dit wel so 'n volledige eenheid vir paslike gebruik tot sy beskikking het. Die hospitaal moet egter ook moontlikhede hê van 'n afset van die pasiënte anders sal die assesseringseenheid geblokkeer word deur chroniese pasiënte wat eintlik in 'n chroniese langtermyninrigting opgeneem moes gewees het.

'n Handhawingsdiens vir die Gesondheid van Bejaardes is ook Nodig

Ná behandeling in die geriatriese afdeling waarna die pasiënt klaar gerehabiliteer huis toe gestuur word, moet die gemeenskap nog oor fasiliteite beskik sodat 'n diens vir die handhawing van die gesondheid van bejaardes kan plaasvind. Dit is 'n tweede essensiële gedeelte van die algehele geriatriese diens en die hospitaal moet hierin 'n belangrike rol as skakel speel. Dit is 'n goeie voorbeeld waar aan 'n groep mense in die publiek 'n omvattende geneskundige diens met vrug ingestel kan word en die volle kring van behandeling voltooi kan word, beginnende met voorkoming van siekte: Voorkoming by die bejaarde beteken dikwels dat sy genesing of rehabilitasie na 'n siekte-episode gehandhaaf moet word. 'n Eenvoudige voorbeeld hiervan is dat hoe beter hy geleer was om te loop ná sy vorige siekte, hoe minder is daar die moontlikheid van 'n val en 'n nuwe besering. Dit beteken dat die effektiewe rehabilitasie na 'n siektetoeval juis die voorkoming van 'n volgende episode bewerkstellig. Handhawing, waarmee beoog word dat die bejaarde gehelp word voordat hy heeltemal in duie stort na siekte, geskied deur gebruikmaking van dag-hospitaal en buitepasiënte-dienste by die hospitaal vir

bejaardes met die toevoeging van 'n distrikverplegingsdiens. Dit maak die vroeë opsporing van 'n siektetoeval meer moontlik. Die huisarts moet hier 'n vername rol speel en die hospitaal moet flink optree met verstandige en goedgekose opnames van die regte pasiënte.

OPSOMMING

Die algemene hospitaal met gespesialiseerde dienste behoort daarna te strew om meer 'algemeen' te word as tans omdat dit voorsiening moet maak vir die behandeling van enige pasiënt wat die dienste benodig afhangende slegs van die ernstigheid van die siektetoestand en die behandelingsbronne wat te dien einde vereis word. Daar is kategorieë van pasiënte wat tradisioneel van hierdie behandelingsgeriewe van die algemene hospitaal uitgesluit word soos bv. die psigiatriese en geriatriese groepe. Sommige, maar geensins almal nie, van hierdie pasiënte vereis ook die behandelingsbronne van 'n algemene hospitaal. Die praktiese inskakeling van hierdie twee groepe in die dienste wat die algemene hospitaal lewer, word bespreek.

Vir die psigiatriese groep het moderne behandeling die prognose soveel verbeter dat psigiatriese hospitale van die toekoms beplan moet word as 'n integrale gedeelte van die algemene hospitaal. Om dié doel te bereik kan hulle baie kleiner as die tradisionele tipe wees, maar moet nogtans oor alle fasiliteite beskik wat vir behandeling, opleiding en navorsing nodig is.

Die geriatriese groep moet ook allereers vir behandeling na die algemene hospitaal verwys word. Die hoofdoel is om in die algemene hospitaal spesiale fasiliteite beskikbaar te hê om sy siektetoestand met deeglike ondersoek te assesser sodat tot 'n besluit geraak kan word wat om met die persoon aan te vang. Indien hy akuit siek is, moet hy soos enige ander akuit sieke tot dieselfde fasiliteite toegelaat word. Nadat die episode verby is en enige probleme bly nog onopgelos in verband met sy herstel, moet die assessering toegespits wees op verdere behandeling en rehabilitasie in die hospitaal, indien nodig, maar in 'n spesiale geriatriese afdeling.

Die geriatriese eenheid van 'n algemene hospitaal moet nie as 'n permanente opvanggebied vir enige chronies siek bejaarde beskou word nie. 'n Geriatriese afdeling moet onder toesig wees van 'n geneesheer met baie ondervinding en spesiale kennis van geriatriese geneeskunde en rehabilitasie, met die hulp van 'n span paramediese en ander helpers.

VERWYSINGS

1. WHO Conference on the Organization of General Hospitals (1967): WHO Chron., 21, 423.
2. McKeown, T. (1958): Lancet, 1, 701.
3. Albinsson, G. (1963): *Public Health Service in Sweden*, p. 39. Halmstad: Meijels Bokindustri.
4. Strömberg, E. (1963): *Comprehens. Psychiat.*, 4, 434.
5. *Idem* (1964): Referaat gelewer tydens die 6e Psychiatertagung des Landschaftsverbandes, Rheinland, Süchteln.
6. Van der Meer, M. D. J. (1954): Persoonlike mededeling.
7. Cohen, C. (1967): *Hospital Management*, pp. 423 en 424. Londen: Trafalgar Press.
8. Schreuder, J. T. R. (1966): Ned. T. Geneesk., 110, 756.