

PERSOONLIKE DIENS IN DIE GENEESKUNDE*

J. K. BREMER, *President, Mediese Vereniging van Suid-Afrika, 1969*

'n Pleidooi vir 'n persoonlike benadering tot die geneeskunde is niks nuuts nie, maar omdat daar in die moderne samelewing verskillende faktore ontstaan het, wat die toepassing van so 'n persoonlike diens kan bemoeilik, het ek die vrymoedigheid om hierdie benadering weer eens te beklemtoon.

Waar ek my in die eerste plek tot my kollegas in die mediese beroep rig, wil ek dit uit die staanspoor duidelik stel dat my pleidooi nie vertolk moet word as 'n stelling dat Suid-Afrikaanse geneeshere nie hul pasiënte as mense en as individue behandel nie. Intendeel glo ek dat die Suid-Afrikaanse publiek meer persoonlike diens van hul geneeshere ontvang as die meeste ander lande. My pleidooi moet dus beskou word as 'n waarskuwing dat daar, soos orals in die wêreld, ook in Suid-Afrika ontwikkelinge en strominge is wat persoonlike diens toenemend bemoeilik en dat daar betyds doelbewus teen hierdie tendense wal gegooi moet word.

Op staatkundige gebied is dit 'n wêreldwye verskynsel dat die individu toenemend meer aan bande gelê word, terwyl die Staat groter beheer verkry. Hierdie neiging is ook op geneeskundige gebied waarneembaar en bring gewoonlik mee dat die geneesheer dit moeiliker vind om aan sy pasiënt persoonlike diens te lewer.

Die twintigste eeu het die eeu van die massamens geword, wat op groot skaal die individu verdring. Menslike kenmerke, wat by vorige geslagte as deugde en derhalwe as begeerlik en nastreefbaar aanvaar is, word hedendaags dikwels in 'n ander lig beskou. Die diensmotief, d.w.s. diens aan die individuele medemens, volksdiens en diens aan die mensdom as geheel, het verfloou en die neiging bestaan om meer belang te stel in wat uit die lewe verkry kan word as in wat aan die mensdom gegee kan word. Arbeidstrots, d.w.s. die begeerte om deeglike werk te doen en suiwer terwille van die wete dat dit goeie werk is en ongeag potensiele finansiële of statusvoorrede daaraan verbonde, is nie meer die deug van weleer nie. Sels gebrek aan gewone eerlikheid en ordentlikheid word al te dikwels deur die moderne 'permissive society' goedgepraat of aanvaar. Hierdie neigings binne die samelewing het ongelukkig nie ons beroep onaangeta gelaat nie.

Die tekort aan geneeshere bring mee dat meer werk in 'n bepaalde tyd gedoen moet word, meer delegering aan hulp-personeel moet plaasvind en dat gesonde mededinging verminder word. Hierdie is almal faktore wat deeglikheid en persoonlike diens in die wiele ry.

Alhoewel die toestand in Suid-Afrika, volgens my mening, veel gunstiger is as in sommige ander lande, is daar tog hier en daar aanduidings dat 'n luggie opstaan, wat in 'n wind kan verander as dit nie betyds gekeer word nie. Daarom doen ek 'n beroep op my kollegas en veral my jonger kollegas om teen hierdie invloede wal te gooi en die tradisie van diens aan die mensdom deur deeglike persoonlike werk te handhaaf. Dit beteken dat ons verskillende dinge moet doen:

Eerstens, moet die begrip 'persoonlike inset' verstaan, aanvaar en uitgevoer word. Dit is nie nodig om oor die positiewe aspekte hiervan, soos harde, deeglike werk en persoonlike belangstelling, uit te wei nie. Tog is 'n paar punte van verduideliking wenslik.

Persoonlike inset beteken nie noodwendig dat die geneesheer alles eiehandig moet doen nie. Die oordrewe perfeksionis, wat glo dat hy alles self moet doen, bereik dikwels nie sy doel nie. Delegering van pligte is toelaatbaar en is in die geneeskunde niks nuuts nie. Ons deleger reeds meer as 'n eeu lank sekere van ons pligte aan ons professionele susters, die verpleegsters, en hedendaags ook nog aan 'n menigte paramediese personeelle. Tog bly ons 'n beroep waarvan die beoefenaar noodgedwonge benewens die dinkwerk ook nog die grootste gedeelte van die uitvoering daarvan moet doen. Waar die geneesheer egter wel moet deleger, moet hy met die grootste moontlike omsigtigheid te werk gaan om sy pasiënt se belange te beskerm: hy moet die werk alleenlik aan dié persone oordra wat opgelei is en in staat is om dit deeglik te doen; hy moet nie toelaat dat sulke persone meer

aanpak as waartoe hulle instaat is nie; hy moet die werk kontroleer en die volle verantwoordelikheid daarvoor aanvaar; finansiël moet die saak so gereël word dat nóg die hulppersoneel nóg die pasiënt uitgebuit word. Dit is duidelik dat delegering van werk hoë eise aan die integriteit van die geneesheer stel.

Waar die klem op persoonlike inspanning val moet daar sekerlik nie afgelei word dat spanwerk, waar dit nodig is, afgekeur word nie. Spanwerk word in toenemende mate noodsaaklik vir meer ingewikkelde geneeskundige prosedures, soos die hartoorplantingsprestasie van prof. Barnard en sy span duidelik bewys het. Juis in so 'n span is dit belangrik dat elke spanlid homself persoonlik inspan om sy deel van die werk deeglik te doen, anders kan die hele spanpoging skade ly. Daar is niks teenstrydigs tussen spanwerk en persoonlike inspanning nie.

Persoonlike inset sluit ook nie die gebruik van meganiese hulpmiddels, soos rekenoutomate, uit nie. Die geneesheer moet van alle middels gebruik maak wat hom kan help om sy pasiënt te dien. Hy moet net onthou dat die masjien die slaaf is wat nie kan werk sonder die hand van die meester nie en dat dit die slaaf moet bly.

Met persoonlike inset gaan gepaard die aanvaarding van persoonlike verantwoordelikheid vir sy pasiënt, wat die geneesheer self moet dra en nie op iemand bokant hom of op 'n onderling kan afskuif nie.

Tweedens moet die geneesheer sy pasiënt as individu en as mens behandel. Dit is 'n ou bekende kreet hierdie, wat moontlik deur herhaling van sy krag verloor het, maar vir my tog 'n basiese beginsel van die goeie geneeskundige praktyk bly. Daar is mense wat die strewe na 'n goeie vertrouensverhouding tussen geneesheer en pasiënt wil verkleiner as 'n sentimentele gedagte uit die ou doos, wat geen plek in die moderne wetenskaplike geneeskunde het nie. Wat myself betref verwerp ek hierdie gedagte dat die geneeskunde so 'n presiese wetenskap geword het, dat dit sonder menslikheid kan klaarkom. Die pasiënt wat voel dat hy by die geneesheer nie net 'n nommer of 'n geval of 'n interessante siektebeeld is nie, maar 'n mens in wie daar belang gestel word, kry vertroue in sy geneesheer en ontwikkel loyaliteit teenoor hom. Hierdie toegeneendheid van die pasiënte is op sy beurt die katalisator wat by die geneesheer die beste diens ontlok. Daar is dus 'n wisselwerking wat vir die pasiënt net tot voordeel is.

Die huisarts of algemene praktisyn is die man wat hierdie individuele menslike benadering ten beste kan en moet benut. Dit is dan ook een van die belangrikste redes waarom die huisarts-stelsel, wat in ons land nog redelik sterk staan, in stand gehou en uitgebou moet word en waarom ons huisartse nog die ruggraat van ons beroep bly. Daar moet egter nie afgelei word dat spesialiste nie ook hul pasiënte as mense moet benader nie. Ten spyte van die feit dat hy die pasiënt vir 'n kort tyd behandel en hom gewoonlik buite sy normale omganging leer ken, kan die spesialis ook die menslike benadering tot groot voordeel van die pasiënt gebruik.

Vervolgens wil ek enkele gedagtes lug oor neigings in die organisasie van die geneeskundige praktyk, wat op persoonlike diens betrekking kan hê. Doeltreffende organisasie van geneeskundige praktyk is natuurlik uiters noodsaaklik om die dienste van geneeshere ten beste te kan benut. Die geneesheer moet sy werk so reël dat hy sy pasiënte die beste kan dien, maar hy moet tegelykertyd sorg dat hy genoeg tyd vir rus en ontspanning kry, anders sal sy werk daaroponder ly en sal hy die pas nie kan volhou nie. Tog bly die uitgangspunt nog in die eerste instansie die belang van die pasiënt; die gerief van die geneesheer moet, binne redelike perke, nog maar 'n sekondêre oorweging wees. 'n Voorbeeld van verontagsaming van hierdie beginsel het jare gelede onder my aandag gekom. Ek het per toeval eendag ontdek dat die interns op my eie chirurgiese afdeling onder mekaar gereël het dat net een van hulle elke aand aan diens sou wees vir al die chirurgiese gevalle in die hele hospitaal. Hierdie een man sou dan enige komplikasie of noodtoestand by sy eie of by enige ander intern se pasiënte hanteer, terwyl die man wat alles van die pasiënte af weet

*Presidentsrede gelewer te Pretoria op 7 Julie 1969 by die Verdaagde Algemene Jaarvergadering van die Mediese Vereniging van Suid-Afrika.

rustig lê en slaap. Vir die in hierdie geval onnodige gerief van die geneesheer moes die pasiënt met iets minder as die beste klaarkom. Die stelsel is in 'n ontploffing onmiddellik beëindig, maar dit was vir my 'n bittere teleurstelling dat jong manne, wat met die idealisme van die jeug besiel moes gewees het, bereid was om so maklik voor die moderne gemaksug te swig.

Soortgelyke organisatoriese reëlings kom waarskynlik meer dikwels voor in gesalarieerde deelydse of voltydse tipes werk, maar steek ook al sy kop uit in die private praktyk, veral by baie groot vennootskappe. Hier kan dit gebeur dat die pasiënt 'n pasiënt van die vennootskap word en nie van die dokter nie, met die gevolg dat hy eendag die een dokter sien en die volgende dag die ander; of dit kan gebeur dat een geneesheer die pasiënt vooraf sien en 'n ander een die narkose gee; of dat een geneesheer die pasiënt sien en 'n operasie aanbeveel, terwyl 'n tweede die operasie doen sonder om self die pasiënt te ondersoek. Vir my is dit 'n onhoudbare stelling dat behandeling deur twee of drie plaasvervangende geneesheer net so goed is as deurlopende behandeling deur die oorspronklike geneesheer. Uitsonderings moet natuurlik voorkom, want geen geneesheer kan al die tyd beskikbaar wees nie. Ek pleit egter daarvoor dat verbreking van kontinuiteit van geneesheer by wyse van uitsondering en nie uit gewoonte nie moet plaasvind. In ons praktykvoering moet ons op ons hoede wees om ons nie in so 'n mate uit die persoonlike diens uit te organiseer dat ons praktyke organisasies word waarvan die geneesheer die onpersoonlike besturende direkteur geword het nie. As voorvereiste vir enige tipe praktykvoering moet dit pertinent gestel word dat die persoonlike verhouding tussen pasiënt en geneesheer behoue moet bly.

Tot sover dan my pleidooi aan my kollegas.

Hier moet egter soos by die meeste aangeleenthede ook die keersy van die saak gestel word. Met die verskaffing van 'n goeie diens aan die sieke is die benadering van die pasiënt tot sy geneesheer en van die samelewing teenoor die geneeskundige beroep net so belangrik soos dié van die geneesheer teenoor sy pasiënt.

Waar ek tot dusver teenoor die geneesheer die saak gestel het dat die pasiënt 'n mens is en as sodanig behandel wil word, wil ek nou dieselfde stelling aan die pasiënt maak ten opsigte van sy geneesheer. Hy is ook maar 'n mens met menslike gevoelens en menslike swakhede. Alhoewel sy werkvermoë en geduld groot is, is dit nie onbeperk nie en daarom vra hy redelikheid van die kant van pasiënte ten opsigte van die eise wat aan hom gestel word. Hy vra meer bedagsaamheid om hom nie na ure of snags te pla, tensy dit werklik nodig is of vir die pasiënt dringende nodig lyk nie. In geval van nood stel die geneesheer homself vrywillig as slaaf tot beskikking van die siek pasiënt, maar hy wil nie bloot vir die gerief van die pasiënt as slaaf gehiet en gebied word, waar daar nie dringende rede voor is nie. Bedagsaamheid aan die kant van die pasiënt wek toegeneetheid by die geneesheer.

Vir 'n goeie vertrouenshouding tussen geneesheer en pasiënt is 'n redelike mate van lojaliteit van die pasiënt teenoor sy geneesheer wenslik. Elke persoon behoort, selfs voor hy siek word, vir hom 'n huisarts te kies en met hom kennis te maak. In sy eie belang behoort hy aan die geneesheer getrou te bly tensy daar iets voorval wat sy vertrou in dié mate skaad dat hy na 'n ander geneesheer wil gaan. Waar kontinuiteit van geneesheer aan die geneesheer beklemtoon is, moet ek dit hier teenoor die pasiënt ook beklemtoon. Willekeurige rondtrekkery van een geneesheer na 'n ander verbreek die kontinuiteit wat vir die pasiënt self van soveel waarde is. Die geneesheer beskou sy lojale en getroue pasiënte as sy eie en voel veel meer geneë om vir hulle moeite te doen as vir die man wat hom af en toe roep eers nadat hy 'n paar ander geneesheer geraadpleeg het.

In 'n nog groter mate as die individuele pasiënt kan die samelewing die verhouding tussen pasiënt en geneesheer beïnvloed, want sy wetgewende liggame bepaal onder watter tipe stelsel die geneesheer moet werk en beheer regstreeks of onregstreeks baie van die organisasies onder wie of met wie hy moet werk. Van die samelewing vra die geneeskundige beroep dat die stelsels en organisasies, waaronder geneesheer moet werk, nie slegs persoonlike diens en 'n persoonlike pasiënt-geneesheer verhouding moet toelaat nie, maar dit in werklikheid moet bevorder.

Die hoeksteen van so 'n stelsel moet wees die vrye keuse van geneesheer deur die pasiënt, en die omgekeerde, nl. die vrye keuse van pasiënt deur die geneesheer, sonder dat 'n derde persoon of liggaam tussenbei kom. In die Republiek beantwoord die suiwer private praktyk aan hierdie vereistes en kan die hulpfondsstelsel dit in 'n groot mate ook doen. Gelukkig word 'n redelike groot aantal persone onder hierdie stelsels behandel.

Die meeste mense in Suid-Afrika verwerp 'n staats-mediese diens as middel vir voorsiening van geneeskundige sorg. Tog word groot getalle mense bedien deur die bystandsfondsstelsel wat baie van die kenmerke van 'n staats-mediese diens bevat. Onder hierdie stelsel betaal pasiënte 'n maandelikse premie en kry dan alle geneeskundige sorg vry, terwyl die geneesheer 'n salaris ontvang ongeag hoe veel of hoe min werk hy doen. Aanvanklik was daar geen vrye keuse van geneesheer nie, maar in die afgelope jare het die meeste bystandsfondse 'n beperkte keuse probeer reël. Hierdie feit, tesame met die instelling van ontmoedigingsheffings, kan as aanduiding aanvaar word dat hierdie basiese foute van die stelsel erken word. Die bystandsfondsstelsel kan moontlik onder sekere omstandighede vir sekere groepe pasiënte aanvaarbaar wees op die basis dat 'n tweederangse stelsel beter is as geen stelsel nie, maar dit is beslis nie aanvaarbaar as 'n stelsel wat goeie persoonlike diens bevorder nie.

Die toenemende belangstelling van die industrie in die gesondheid van sy werknemers moet basies verwelkom word, maar ons moet ook besef dat daar in hierdie belangstelling gevaar kan skuil. So lank die belangstelling suiwer altruïsties is om sy werknemers gesond te hou, is die benadering gesond, maar waar die industrie mediese dienste as 'n grensvoordeel aanbied, wat eintlik as deel van die besoldiging beskou moet word, kry hy 'n belang daarin dat mediese dienste so goedkoop moontlik moet wees en is daar die neiging om hom regstreeks of onregstreeks met die stelsel van voorsiening van mediese sorg en die vergoeding van geneesheer in te meng, met die gevolg dat hy die derde persoon kan word wat tussen die geneesheer en sy pasiënt kom.

Feitlik alle geneesheer kom op een of ander manier in aanraking met die samelewing se gesondheidsorganisasies, bv. die Staatsdepartement van Gesondheid, die Provinsies se Hospitaaldiensdepartemente, en die Stedelike Gesondheidsdepartemente. Die werking van hierdie departemente is vir die geneesheer van die allergrootste belang, omdat ondoeltreffendheid sy werk erg kan bemoeilik en daardeur tot 'n swakker diens aan die pasiënt kan lei. In hierdie verband moet heel eerste daarop gewys word dat die geneeskunde in Suid-Afrika met 'n meulsteen om sy nek gebore is en nog steeds as gevolg daarvan krom loop. Ek verwys na die verdeelde beheer oor geneeskundige dienste tussen Staat, Provinsie en Stad, wat enersyds tot oorvleueling en andersyds tot gapings aanleiding gee, beide waarvan konsekwent tot nadeel van die pasiënt strek. Die Minister van Gesondheid en die Regering, wat hierdie verdeelde beheer vervang met 'n enkele organisasie, sal vir die land die grootste vooruitgang besorg wat daar sedert nuwewording op hierdie gebied bereik is.

Ek wil hier byvoeg dat die bestaande organisasies meestal regstreeks of onregstreeks onderhewig is aan die reëls en regulasies van die staatsdiens, wat moontlik vir die gesonde werking van 'n administratiewe organisasie bevorderlik is, maar al te dikwels nie vir 'n geneeskundige organisasie nie. Die geneesheer wat graag vir sy pasiënt die beste wil doen bots dikwels met burokratiese gebruike, wat hy as ondoeltreffend beskou, maar wat in die bepaalde diens agter die dekmantel van sogenaamde 'goeie administrasie' skuil. Voorbeelde hiervan is ongelukkig nie seldsaam nie, maar hoef nie hier aangehaal te word nie.

Die geneesheer se reaksie op sulke ondoeltreffendheid is om in opstand daarteen te kom, beswaar te maak en verbetering aan te vra. Wanneer min of niks gebeur nie ontplof hy en moontlik word die bepaalde aangeleentheid 'n bietjie vinniger afgehandel; maar wanneer hy vind dat hy vir elke nietigheid moet ontplof raak hy, tensy hy oor 'n oormaat plofstof beskik, gefrustreerd en uiteindelik doen hy een van twee dinge; hy onttrek hom van die werk of hy gee nie meer om nie, pas hom aan en doen tweede- en derderangse werk. Onder sulke omstandighede kan daar geen sprake wees van aanmoediging vir groter persoonlike diens nie; waar dit soms wel gegee

word, is dit ten spyte van en nie omrede van die stelsel nie.

Sommige van ons organisasies ly ook aan oorsentralisasie. Moontlik uit vrees vir ondoeltreffendheid, wat in 'n gedentraliseerde stelsel op die periferie mag plaasvind, probeer sulke organisasies die onmoontlike taak verrig om direkte beheer oor wydverspreide inrigtings uit te oefen sonder om oor die personeel of die plaaslike kennis te beskik om die taak met enige hoop op welslae uit te voer. In hierdie verband haal ek graag aan wat Sir Alexander Cairncross reeds in 1942 van groot organisasies in Engeland te sê gehad het:

'The bigger an organization grows, the more readily it falls a victim to the diseases of bigness: indecision, apathy, routine and red tape, personal intrigue, confusion of counsel and responsibility. It is difficult to delimit functions; there is therefore duplication of effort, waste of time in establishing responsibility, elaborate consultation, petty sabotage. It is necessary to preserve uniformity partly as an economy in bureaucratic intelligence, partly to forestall charges of discrimination; there is therefore restricted discretion, irksome adherence to regulations, disregard to personal circumstances. This is just as true in a large business as in a government

department.'

Nou sal u waarskynlik onmiddellik sê dat ek 'n paar minute gelede gepleit het vir 'n enkele organisasie om die huidige verdeelde beheer te vervang. Ek haas my derhalwe om te verduidelik dat ek pleit vir 'n enkele Departement van Gesondheid vir die hele land, wat losstaan van die staatsdiens, wat onverdeelde beheer oor breë beleidsbeplanning en koördinerings uitoefen, maar desentralisasie van die uitvoering van die beleid toepas.

Ek het my betoog begin met 'n pleidooi aan die geneesheer vir persoonlike inset, vir deeglike werk en persoonlike belangstelling in sy pasiënt en ek het geëindig met 'n pleidooi aan die samelewing om 'n milieu te skep waarin hierdie persoonlike benadering kan gedy en kan ontplooi tot voordeel van die sieke. Beide wat die pasiënt-geneesheer verhouding en die samelewing-geneeskundige beroep verhouding betref moet daar van albei kante 'n bydrae gelewer word, en waar dit wel gebeur vind 'n wisselwerking plaas wat tot groot voordeel van die siek pasiënt kan strek; en dit is tog die einddoel van alle geneeskunde. *Salus aegroti suprema lex*: die heil van die sieke is die hoogste wet.