

Referate

Haalbare prioriteite in gesondheidsorg vir die jaar 2000*

H.P. Wassermann

Fakulteit Geneeskunde, Universiteit van Stellenbosch, Stellenbosch 7600

UITTREKSEL

Huidige probleme spruit uit vorige oplossings vir daardie probleme. Nadat die oorsprong van huidige probleme nagespeur is tot by die Franse Rewolusie, word die evolusionêre fases van gesondheidsorgontwikkeling (in enige land) omskryf. Ons betree tans, in die RSA, die derde fase waar die klem moet val op bestuur en organisasie. Die Akademiese Geneesheer is die skaarsste. Kostevoordeel en kostedoeltreffendheid word oorweeg, met 'n algoritme vir tydsvoordelige keuses, wat vervolgens in besonderhede oorweeg word. Ten slotte word enkele heuristieke gedagtes oor opvoedkundige bestuur en beheer aangebied.

ABSTRACT

Attainable priorities in health care for the year 2000

Today's problems stem from yesterday's solutions to those problems. After tracing the origins of today's problems from the French Revolution, the evolutionary phases of health-care development (in any country) is outlined. We are, in the RSA, now entering the third phase where emphasis should be on management and organisation. The greatest scarcity is the Academic Physician. Cost benefit and cost effectiveness are considered, with an algorithm for time-advantageous choices, which are then considered. Finally some heuristic thoughts on educational management and control are presented.

Die meeste van vandag se *probleme* spruit uit die oplossings vir gister se probleme. Gister se oplossings word noodwendig weer probleme, omdat hulle die oorspronklike gegewe verander. Karl Popper¹ omskryf dit so: Die oorspronklike probleem (P_1) word met 'n toetsoplossing (T.O.) benader. Wanneer dit blyk dat die toetsoplossing nie heeltemal sy doel gaan bereik nie, word aanpassings of foutuitskakeling (F.U.) gedoen en mettertyd ontstaan 'n nuwe probleem (P_2), want die oorspronklike probleem is wesenlik omvorm in 'n geheel nuwe probleem: $P_1 \rightarrow T.O. \rightarrow F.U. \rightarrow P_2$

Om ons hedendaagse problematiek in dié raamwerk in te pas, moet ons na die geskiedenis kyk om die uitgeskakelde probleme te identifiseer, maar ook om raak te sien vanwaar vandag se probleme kom, en hoe hulle aangepak was.

Rolbesetting in gesondheidsdienste

Sedert Hippokrates is geneeshere as privaatpraktisy opgelei, deur vakleerlingskap, en onverbonde aan hospitale. Hospitale daarenteen was die domein van die verpleegkundige en was op sorg gerig eerder as kuratiewe optrede. Dit was 'n bevredigende oplossing vir die oorwegend landelike bevolkings met 'n yl verspreiding en dit kon, heel ekonomies, die hulpbehoewendes en armes in hospitale saamgroepeer vir versorging, terwyl die vakman en heelmeester, as entrepreneur, sy vaardighede te koop aangebied het. 'n Mens hoef nie die dokumentasie en die etiese dialoog oor die geneeskunde vir vry man en slaaf van destyds

aan te haal nie, behalwe om te onderstreep dat met die empiriese kennis van destyds die wesenlike verskil eintlik geleë was in die mate van empatie en aandag wat aan die pasiënt gebied is. Die resultate was waarskynlik ewekansig geslaagd of onsuksesvol.

Die verstedeliking in Europa het geleidelik plaasgevind binne dié patroon, en die hospitaalbenamings Hotel Dieu, St. Johns, Santo Spirito in die ouer Europese stede dui op die Christelike barmhartighedsgedagte onderliggend aan hulle oprigting.

Die Franse Revolusie met sy ideaal van vryheid, gelykheid en broederskap het, onder vele meer, tot gevolg gehad pensioene vir bejaardes en medies ongeskiktes: daar is deur Carnot verwys na die „heilige skuld van die gemeenskap” om te voorsien „in die behoeftes van diegene wat die staat gedien het, maar wat deur ouderdom of swakheid nie in staat is om vir hulself te sorg nie”. Oudot het verklaar: „Die rykes moet ophou om as edelmoedig te beskou dit wat in werklikheid 'n plig is.”²

Mediese hulpskemas is sedert 1780 ingestel, en Montyon beweer: aangesien die ideale staat „geen armes behalwe leeglêers en invalides sal hê nie, behoort hospitale net vir siekes, en nie vir hulpbehoewendes gebruik te word nie”. Lavoisier (in 1787) stel 'n staatsgesondheidsversekering in. Hierdie oplossing vir die probleme van armoede, verstedeliking en siekesorg bring egter 'n radikale ommekeer in die rolbesetting van die gesondheidsdienste teweeg. Die *verpleegkundige* wat sedert Dorkas van Handeling die ruggraat van hospitale was, beweeg al meer na die gemeenskap, en die *dokter* beweeg uit die gemeenskap, toenemend die hospitaal in. Met hom bring hy sy

*Referaat gelewer tydens die Algemene Jaarvergadering van die Afdeling Geneeskunde, 27 Junie 1985.

TABEL 1
Evolusie van Gesondheidsdienste

| Taak | Prioriteit | Voorsien in behoefte aan |
|--|---|--|
| 1. Die voorsiening van dokters/ verpleegsters | Opleiding | Primêre dienste |
| 2. Die voorsiening van spesialiste | Navorsing | Kwaliteit van dienste |
| 3. Die beskikbaarstelling van dienste | Beheer en bestuur (diensorganisasie) | Gelykberegtiging van gesondheidsdienste |

akademiese en hermeneutiese funksie die hospitaal in, en die verpleegkundige dra haar versorgingsfunksie na die gemeenskap uit. Dit verklaar onder meer hoe 'n Florence Nightingale in 'n veldhospitaal van die Krimoorlog beland, en hoe die distriksverplegingsdienste en gemeenskapsdienste ontplooi het. Jacques René Tenon (1724–1816), chirurg en oogheelkundige (wat Tenon se kapsel beskryf het), het die moontlikhede van 'n opleidingshospitaal ingesien, waar groot getalle siekes die geleentheid bied om die ervaringsgeleenthede van baie jare saam te pers tot enkele jare. Dit het spoedig inslag gevind toe Boerhaave in Nederland en later die Engelse Kolleges hul opleidingsfunksie na hospitale verskuif het.²

Die skeiding was egter nooit volledig nie, maar uit die simbiose tussen Geneeskunde en Verpleegkunde, ontstaan geleidelik ook 'n verdere funksieverdeling met 'n ekstensiewe aanvullende dienslewering deur professionaliserende groepe tegnoloë, terapeute en tegnisi. Waar 'n dokter in die jaar 1900 'n enkele ad-disionele hulppersoon gehad het, het hy tans 13 professioneel opgeleide persone tot sy beskikking. Dit verg 'n ander bestuurstyl as die tradisionele van destyds om die potensiele hulppersoneel optimaal te benut.

Die mediese hulpskemas het mettertyd, en wêreldwyd, 'n verwingende faktor in die ekonomie van gesondheidsorg geword. In vergelyking met vier mediese hulpskemas in die VSA (wat *jaarliks* soveel graduandi lewer as wat ons *totale* mediese register tans uitmaak), is die invloed van ons meer as 300 mediese skemas soveel groter en soveel skewer. Dit verander die pasiëntsamestelling van ons opleidingshospitale, wysig die pasiënt-doktergesindheid, en verklaar 'n groot deel van die verbruikersontevredenheid met hoëkwaliteitgeneeskunde as gevolg van die tussenkoms van 'n derde party wanneer oor gelde gepraat word.

Die *opleidingshospitaal* het 'n veel stadiger evolusie ondergaan. Veral in die VSA, en, let wel, deur privatisering het daar 'n verval in die geneeskunde ingetree wat deur Flexner in 1910 drasties en radikaal omgekeer is met sy aandrag op 'n verbintenis met universiteite, die vestiging van 'n wetenskaplike basis en navorsing as 'n taak van opleidingshospitale. Osler, 'n tydgenoot van Flexner en 'n uitnemende klinikus, het die sin van Flexner se plan ingesien, maar hy het wal gegooi teen die gevaar van 'n tegno-

loog met 'n eng oriëntasie, „the boundary of whose horizon would be the laboratory and whose only human interest was research”. Sedert die konferensie van Alma Ata³ word Osler al meer herontdek.⁴

Die merkwaardige van Osler lê daarin dat hy, volgens sy biograwe, meer as enigeen destyds bygedra het tot die bevordering van wetenskaplikheid en navorsing, maar tog ook versienende genoeg was om te waarsku teen 'n verbyskiet van die empatie, die humanitêre doelwit van geneeskunde, na 'n tegnologie wat 'n doel op sigself mag word.⁴

Die geskiedenis bevestig dus enersyds dat die probleme van destyds (armoede, die rol van hospitale en gesondheidswerkers in 'n veranderende gemeenskap) nog steeds by ons is, maar dat die maatreëls wat intussen ingestel is, die probleem byna onherkenbaar verander het.

Evolusie van gesondheidsdienste

Dit is nuttig om die evolusie van 'n land se gesondheidsdienste in drie fases te verdeel (Tabel 1).

Soos alle komplekse prosesse, geskied hierdie fases gelyktydig, maar die prioriteitsorde varieer. Die eerste fase, met sy prioriteit vir opleiding, verminder die akute druk van 'n oorweldigende diensbehoefte.

Tabel 2 toon die mate waarin in fase 1 voorsien is, met die stigting van sewe Fakulteite van Geneeskunde vanaf 1918. Die spesialistekorps het van 15% van die 1950-totaal aangegroe tot 'n syfer, wat nou skynbaar 'n plato bereik het, van ongeveer 24–25% van die groototaal (Tabel 3).

Ons kan dus aflei dat, binne perke, die eerste twee take grotendeels afgehandel is om 'n minimum vlak van funksionering te verseker en dat die prioriteit

TABEL 2
Evolusionêre fase 1

| Aantal geneeshere geregistreer by die SAGTR | |
|---|----------------|
| 1933 | 2 528 |
| 1943 | 3 905 (+ 54%) |
| 1953 | 6 437 (+ 65%) |
| 1963 | 8 468 (+ 32%) |
| 1973 | 12 060 (+ 42%) |
| 1983 | 18 109 (+ 50%) |

TABEL 3
Evolusionêre fase 2

| Aantal spesialiste | | % Toename in vorige dekade | % Van totale aantal geneeshere |
|--------------------|-------|----------------------------|--------------------------------|
| 1943 | 500 | | 12,8 |
| 1953 | 1 075 | 115 | 16,7 |
| 1963 | 1 797 | 67 | 21,2 |
| 1973 | 2 973 | 39 | 24,7 |
| 1983 | 4 350 | 46 | 24,0 |

S.A.G.T.R.

TABEL 4
Evolusionêre fase 3

| Blanke | 1:330 | Veranderende geneesheer:bevolkings- verhouding in RSA |
|---|----------|---|
| Indiër | 1:730 | |
| Bruin | 1:12 000 | |
| Swart | 1:91 000 | |
| | | 1930 1:3 600 |
| | | 1946 1:2 427 |
| | | 1956 1:2 004 |
| | | 1966 1:1 967 |
| | | 1976 1:1 721 |
| | | 1983 1:1 582 (Bereken) (Van Rensburg & Mans, 1982) |
| Geregistreerde persone in gesondheidsprofessies | | |
| Mediese praktisyns | | 18 109 |
| Tandartse | | 3 069 |
| Farmaseute | | 6 513 |
| Aanvullende gesondheidsdienspersoneel | | 17 552 |
| Verpleegkundiges (alle kategorieë) | | 139 567 |

voortaan na fase 3 sal verskuif. Dit is die oorgangsfase wat ons nou beleef.

Tabel 4 verdien besondere aandag as die status quo wat ons nou moet verander.

'n Verhouding van 1:1 582, geneeshere tot bevolking, voldoen aan die kriteria van die W.G.O., maar dit is hoofsaaklik die Blanke- en Indiërbevolkingsgroepe wat daartoe bydra. As elke dokter slegs sy eie kleur beandel het, sou ons oorvoorsien wees in die Blanke- en Indiërgroepe. Daar sal dus 'n groter getal Swart en Bruin geneeshere opgelei moet word, maar nie meer dokters in totaal nie, om geleidelik 'n billiker taakverdeling te kry. In die moderne tydsgewrig is dit waarskynlik onekonomies om minder as 100 graduandi per jaar per akademiese hospitaal te lewer. Die daling in die Blanke geboortesyfer sal ook die Fakulteite van Geneeskunde raak. Daar is slegs twee mediese skole wat tans die gewenste 200 graduandi per jaar lewer, nl. Pretoria en die Witwatersrand. Die beperkende faktore elders, maar ook daár, is mannekrag en fasiliteite.

Nuwe fakulteite is nie geregverdig voordat die bestaande fakulteite optimaal funksioneer nie, omdat daar nóg die mannekrag nóg die beskikbare fondse is om dit op die huidige tydstop te doen.¹⁰ Alle fakulteite sal moet poog om anderkleuriges in groter getalle op te lei, 'n poging wat tans beperk word deur die onderwysgehalte op skoolvlak, veral in die Swart gemeenskap. Van die tekorte is akademiese mannekrag veel belangriker as die korttermyn geldtekort wat nou heers.

Die oorproduksie van geneeshere in die VSA en Europa is 'n faktor wat baie beslis by ons in die oog gehou moet word, *eerstens* omdat oorsese geneeshere wat na die Republiek immigrer tans ± 400 of *gelyk aan die jaarlikse produksie van 2½ fakulteite is*, en *tweedens* is daar tekens dat in verskeie groot sentra daar reeds 'n oorvoorsiening van geneeshere mag wees. Betreffende geneeshere het ons 'n bevredigende verhouding tot die totale bevolking, gemeet aan W.G.O.-standaarde. J.P. van Niekerk⁵ het reeds in 1982, na aanleiding van die eise vir die opleiding van meer Swart geneeshere, beweer dat hulle presies dieselfde verspreidingspatroon as hul Blanke kollegas sal volg, en beweer dat ons bes moontlik reeds 'n *oorproduksie* het. Soos John Gear, is hy ook die mening toegedaan dat 'n tekort, waar dit bestaan, beter aangevul kan word deur ander gesondheidswerkers as geneeshere, en dat ons probleem een van distribusie is.

Hier moet natuurlik nie verstaan word dat 'n klemverskuiwing van prioriteite die voortdurende lewering van geneeshere en navorsers, asook spesialiste, oorbodig maak nie. Dit wil slegs beweer dat die eksponensieële groeifase verby is. Dit het niks te make met die gehalte, samestelling en relatiewe toedeling van fondse nie. Met die groter klem op die derde fase beteken dit net dat ons waarskynlik die kritiese massamense bereik het, waar ons meer aandag moet gee aan *bestuur en organisasie*.

Effens anders gestel, ons sal nie voortaan 'n groei in getalle moet nastreef nie, maar 'n meer doeltreffende benutting, funksionele toedeling en verspreiding van ons mannekrag moet bedink en ook beding. (Dit geld vir dokters, maar nie vir verpleegkunde nie, want ons moet onthou dat die *sorgfunksie* deurentyd nog in die gebied van die verpleegkundige val. Die ander aanvullende dienste, insluitende tegnoloë, het ook nog 'n getallegroei nodig.)

Met 'n duideliker rolomskrywing sal die meegaan-

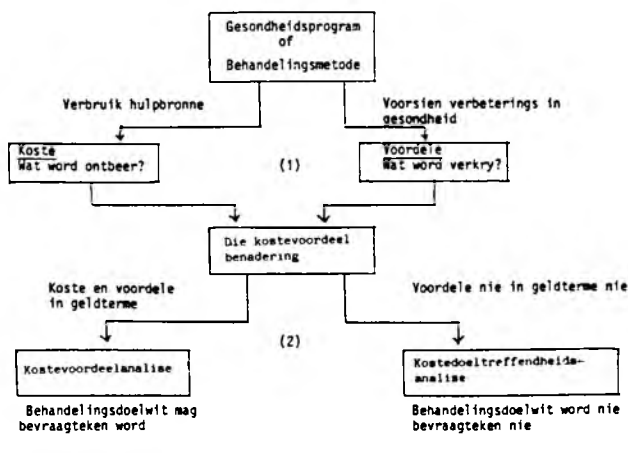
de kurrikulumaanpassings sowel vir die verpleegkundige as vir die geneeskundige natuurlik gemaak moet word.

Ons skaarste mens: die akademiese geneesheer

'n Kategorie waar daar 'n onbetwiste tekort is, is die akademiese geneesheer. *Erkennung* moet aan die akademiese geneesheer as 'n besondere kategorie van geneesheer verleen word, maar ek wil nie verder aandag gee aan die indiensopleidingsaspekte wat kursusse in onderwysmetodiek, rekenaargesteunde onderwys, kurrikulumbepanning en bestuursvaardighede insluit nie. Akademiese geneeskunde moet dikwels tevrede wees met wat *te vinde* is, in plaas van wat *nodig* is. Die konsep van 'n voltydse akademiese geneesheer is pas 30 jaar oud in ons land, maar sy pligsomskrywing, wat 'n hoëvlakfunksionering op die gebied van diens, navorsing, onderwys en administrasie verg, maak hom 'n unieke dog bedreigde spesie, sonder dat enige tekens van bewaringsbewustheid waargeneem word. Dit is een van die groter krisisse wat op hande is, maar wat ons tot dusver ewe gelate aanvaar of doelbewus nie raaksien nie.

Tentatiewe oplossings

Ons moet hierdie gedagtegang vervolgens plaas binne die raamwerk van koste en voordele. Daar is weens losse woordgebruik en vir die semantiese bevordering van groepsbelange, groot onduidelikheid oor die gebruik van begrippe soos kostedoeltreffendheid, kostevoordeelverhoudings en kosteproduktiwiteit. Die mees logiese uiteensetting, spesifiek tot die Geneeskunde, vind ek by Drummond,⁶ wat dit diagrammaties as volg uitbeeld (Fig. 1):



FIGUUR 1: Kostevoordeel teenoor kostedoeltreffendheid (na Drummond⁶)

Heel onder lê die kernprobleem

Privaathospitale se kostevoordeelanalises mag behandelingsdoelwitte wat koste-onvoordelig is, bevraagteken, en korttermyn chirurgiese gevalle toelaat, maar langtermyn, swakker prognose, nie-mediese gevalle afwys. Kostedoeltreffendheid bevraagteken nie die behandelingsdoelwit en sy koste nie, maar voorsien op die mees ekonomiese wyse in

aktuele behoeftes. Die linkerhand stel die (baie essensiële) kuratiewe, tersiëre fasiliteite voor, terwyl op regterhand die noodsaaklike, maar nie altyd kostevoordelige, take wat tans die openbare sektor veral ten laste lê, uitgebeeld word.

As ons by vlak (1) van figuur 1 vertoef, kan ons nadink oor ischemiese hartsiekte, ongelukke en talle ander algemeen voorkomende siektetoestande waar *navorsing* (en let wel ek beklemtoon navorsing as deel van die oefening) sekere risikofaktore ontdek het. Voorheen sou ons die klem gelê het op die skep van nuwe fasiliteite en meer mense vir behandelingseenhede. Danksy navorsing het ons nou 'n keuse om deur voorligtingsdienste en aansporingsprogramme hierdie risikofaktore te bekamp en die las geleidelik te verminder. Hoewel nie oor die korttermyn onmiddellik besparend nie, het dit langtermynvoordele. Beter vervoer bring enige pasiënt in die RSA so na as drie uur van die mees gevorderde behandelingsmoontlikheid.

Op vlak (2) kan ons 'n voorbeeld haal uit Suidwes-Afrika: Vanweë Stellenbosch se betrokkenheid by die Windhoekhospitaal, is verbeterde diagnostiese fasiliteite ingestel, onder meer besoekende spesialis. 'n Aansienlike toename in kanker gevalle wat vir radio-terapie na Tygerberg verwys is, het ontstaan, met 'n kwaai oorlading van pasiënte. As ons die palliatiewe aard van behandeling van baie van hierdie gevalle opweeg teen die kostevoordeel, was daar 'n eskalerende kostekurve. Deur 'n mediese beampte *op te lei in onkochemoterapie* en haar in Windhoek te plaas, het verwysings aansienlik verminder, en vir die koste wat daarby betrokke is, word daar nou 'n baie doeltreffender diens gelewer. 'n Beter keuring van verwysings het die kostevoordeel ongetwyfeld verhoog, maar tegelyk ook kostedoeltreffendheid verbeter, want kankerterapie is méér as net strale, pille en messe.

As ons hierop veralgemeen, kan ons sê dat die linkerhandse tersiëre fasiliteite wat hulpbronne verbruik, *versterk*, maar nie *vermeerder* behoort te word nie, want min pasiënte is verder as 'n paar uur van so 'n sentrum geleë. Beter seleksie deur die instel van primêre en sekondêre fasiliteite en deur groter prioriteite te verleen aan die regterhandse oorwegings, sal ekonomies wees en ook meer geld vir navorsing beskikbaar stel. *Onthou dit is navorsing wat ek hierbo beklemtoon het, wat ons in staat stel om rasioneel en moreel verantwoord tussen alternatiewe te kies.* Die absolute getal mense en die bedrag geld sal waarskynlik tot 'n ewigdurende debat lei, maar indikasies is dat gesondheidsbesteding, insluitend sy onderwys en navorsingsverpligting, 'n te lae prioriteit dra in die verdeling van die bruto nasionale produk, maar dan moet ook toegegee word dat faktore soos behuising, krag- en watervoorsiening en openbare vervoer almal 'n gesondheidsvoordeel inhou, asook staatsbeveiliging en maatskaplike orde.

Die bepalende elemente van prioriteite

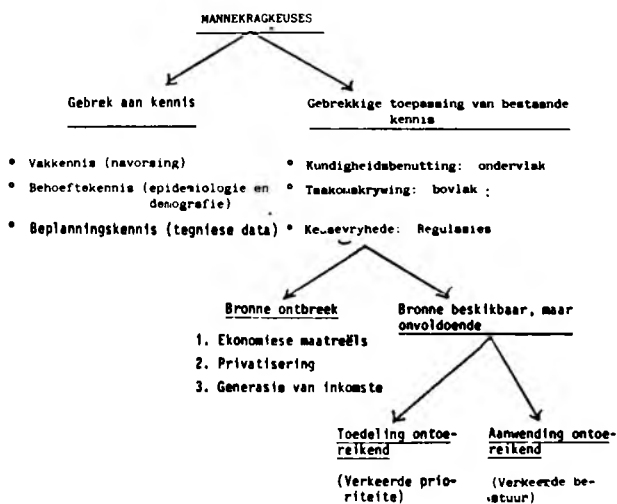
Daar is vier bepalende elemente wat ons prioriteits-toedelings kan rig: mense, geld, tyd en etiese kriteria.

Die etiese het ook sosiopolitieke implikasies wat in

die geskiedenis wortel, maar wat sedert Alma Ata 'n wêreldaanklank vind, nl. 'n meer eweredige verdeling van wat beskikbaar is; iets wat mens moeilik sonder meer sal kan of wil afskryf. Ons het ons reeds hierbo oor geld en mense besin.

Dit is egter die TYD wat die bepalende faktor word in ons prioriteitsbevestiging tot die jaar 2000. Daar is nou 15 jaar oor tot die jaar 2000, d.w.s. 'n student wat volgende jaar inskryf vir sy eerste jaar, sal in 1993 met sy internjaar klaar wees, en teen die jaar 2000 sowat sewe jaar ervaring hê, waarvan twee jaar aan diensplig afgestaan word. Hy sal m.a.w. dan voor die keuse staan van waar en hoe om te praktiseer. Enige wysigings in ons stelsel van opleiding wat *vandag* gekonsipieer word, sal skaars effek kan hê teen die einde van hierdie eeu.

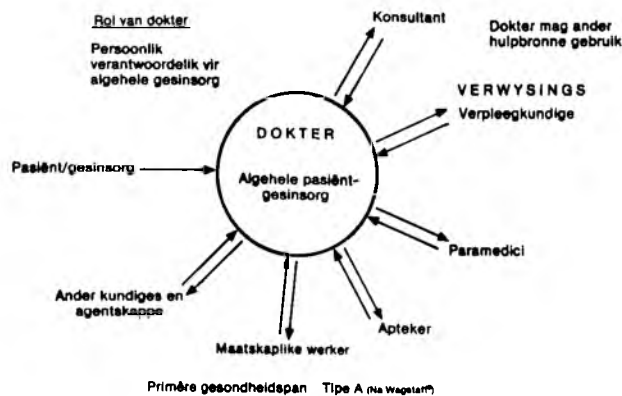
As ons die tydfaktor as bepaler neem, wil ek graag die volgende besluiteboom of algoritme voorstel, waar die regterhandse besluit telkens die tydsvoordelige keuse voorstel. Die linkerhandse alternatief is nie minder belangrik of afskryfbaar nie, maar sal onwaarskynlik 'n betekenisvolle verandering teen die jaar 2000 teweeg kan bring (Fig. 2).



FIGUUR 2: Algoritme met tydsvoordelige keuses telkens regs

Kommentaar oor keuse-alternatiewe in figuur 2 Kundighedsbenutting

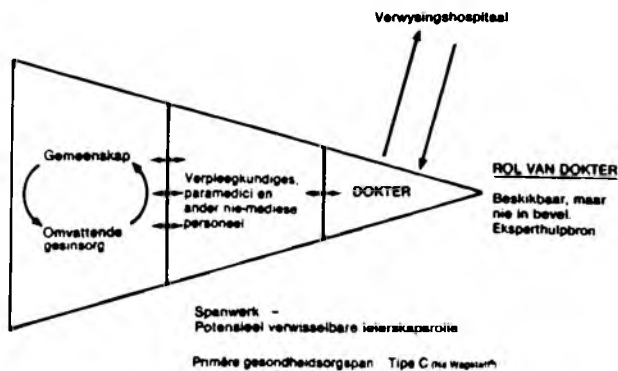
In gebiede waar geneeshere te min is, ontstaan daar byna op natuurlike wyse 'n funksieverdeling in spanne. Dié hele spanbegrip is by ons hoofsaaklik slegs bedink in terme van die tipe A-spanne van Wagstaff.⁷ Vir duidelikheid word haar figure 3 – 5 ingesluit. In baie gevalle is die ondervlak van dokterfunksionering nie gespesifiseer nie, en met behulp van mediese hulpskemas kan 'n goeie verdienste verkry word ten spyte van die onderbenutting van die dokter se opleiding, en ook 'n onderbenutting van die nie-mediese hulp personeel. In SWA het die tipe B-span gou inslag gevind, selfs in die hospitaal.⁹ Hierdie tipe span speel in die Departement Interne Geneeskunde in die Tygerberghospitaal reeds ook 'n belangrike rol. Hierdie model kan dien vir die opleiding van personeel wat 'n



FIGUUR 3: Waar baie dokters beskikbaar is



FIGUUR 4: Kostevoordelige gebruik van dokters



FIGUUR 5: Kostedoeltreffendheid van dokters

tipe C-span in bepaalde gebiede beskikbaar kan stel. Die A-span word verkies waar dokters volop of te veel is, die B-span waar tekorte aan dokters groot is, en die tipe C-span waar dokters optimaal m.b.t. hul kundighedsvlak benut moet word.

Taakomsikrywing

Ons sal ook krities moet kyk na beperkings op die

moderne nie-medies opgeleide persoon se taak. 'n Paar dekades gelede was verpleegsters nie toegelaat om bloeddruk te meet of om binnearse infusies op te stel nie. Die verpleegster daarenteen tree dikwels as apteker in kleiner hospitale op waar 'n apteker nie beskikbaar is nie; in Swart gebiede is die Afrikaans/Engelstalige geneesheer volkome van die verpleegkundige afhanklik vir 'n geskiedenis – die tydrowendste, maar diagnosties mees kostedoeltreffende professionele handeling. Die bovlak van taakvervulling kan en behoort hier individueel, en op persoonlike ervaring gebaseer, neergelê te word.

Keusevryhede

Dit is belangrik in 'n demokratiese staat dat keusevryhede bestaan, maar nie onbeperk nie. As dit blyk dat vrye keuse kontraproduktief is, moet dit noodwendig deur regulasies beheer word. Die Weermag is in die gelukkige posisie dat hulle 'n aanspraak op twee jaar diensplig het, wat deurlopende mannekrag verseker aanwendbaar volgens behoefte.

Toedeling ontoereikend

Daar is reeds baie geskryf en gepraat oor die wanedistribusie van geneeshere, hier en oorsee. Met redelik min bewys word soms goedsikks aanvaar dat die keuring van studente uit goeie, middelstand- en intellektueel begaafdes 'n rol speel in die verspreidingspatroon. Die blaam word dikwels voor die deur van voorgraadse onderwys gelê, maar selfs daar waar 'n groot blootstelling voorgraads aan algemene praktyk of primêre sorg voorkom, is die patroon nie veel anders nie. 'n Faktor wat m.i. nie ignoreer kan word nie, is die *vrees vir ontoereikendheid* t.o.v. algehele pasiëntesorg by jong graduandi, en so 'n vrees sou m.i. die beste besweer kon word deur hom, vir 'n periode in elk geval, na 'n onderbediende gebied te kanaliseer. My persoonlike indruk was dat interns wat ek by perifere of kleiner hospitale ontmoet het, deurgaans meer kliniese selfvertroue openbaar het as dié wat in ons opleidingshospitale werk.

Met die konseptuele aanvaarding dat ons basiese geneeshere, en nie algemene praktisyns nie, oplei, word beroepsopleiding vir algemene praktisyns gebiedend noodsaaklik. Die internjaar is ook onvoldoende vir dié doel, en het trouens ook nie as doelwit die afrigting spesifiek vir die algemene praktyk nie. As ons sinvol en konsekwent wil wees, moet ons:

1. Vir hierdie, maar ander redes ook, 'n *register van algemene praktisyns* instel (o.a. om ook die algemene praktyk as aftreplek vir spesialiste uit te sluit).
2. Dit sou logies wees om ervaringsvereistes neer te lê voordat die persoon kan registreer. Een so 'n vereiste sou kon wees ervaring in 'n goedgekeurde klein hospitaal of 'n gemeenskapskliniek, en 'n periode as lid van 'n tipe B- of C-span.

Die wanverspreiding sou deur hierdie verpligting 'n roterende korps van ongeveer 300 of meer geneeshere in ondervoorsiene gebiede verseker. Die internjaar kan vrygestel word van onnodige vereistes wat tans halfhartig probeer om 'n „veilige” algemene prakti-

syn te lewer. Narkose vandag beteken nie dat 40 narkoses vir absesse en sistoskopies ook bedreweheid in resussitasie, intubasie, pre- en postoperatiewe sorg verseker nie.

Die vereistes vir registrasie as algemene praktisyn kan periodiek hersien word. Die Weermag kan, met sy toenemende getal spesialiste, ook 'n geleentheid bied vir omskrewe ervaringsgeleenthede onder toesig, wat gesertifiseer kan word. Hierdie konseptuele logiese en konsekwente uitvloeisel van ons basiese dokterbelydenis sal 'n distribueerbare korps medici lewer.

Aanwending ontoereikend

Dit gaan hier oor bestuursvaardighede, en hierby sluit ek graag die opleidings- en aanwendingsbestuur van mannekrag in. In die geval van verpleegkunde is 'n aantal jaar gelede graadkursusse ingestel, maar die diploma in verpleegkunde is behou. Slegs 'n beperkte aantal grade in verpleegkunde word verwerf teenoor 'n veel groter diplomeerde korps. Dit gee 'n verdeling van akademiese verpleegkundiges teenoor tegniese verpleegkundiges (dinkers en doeners), min of meer soos in die geval van ingenieurs teenoor ingenieurs-tegnici. Dit verseker 'n optimale aanwending volgens kundigheidsvlak.

Ongelukkig is daar, in die geval van Arbeidsterapie en Fisioterapie, die diploma afgeskaf ten gunste van die graad en gevolglik is ook die mannekrag verklein a.g.v. hoër toelatingsvereistes. Dit is nou 'n geval van „all chiefs, and no Indians”, oftewel dinkers sonder doeners, 'n polis vir 'n werksonbevredigende situasie. Hierdie anomalie strek verder: radiografiste het 'n driejaaropleiding vir hulle diploma, en by twee inrigtings is die kursus effens gewysig om graadkursusse te skep sonder om enige verskil in salaris teweeg te bring (albei driejarige opleiding). Die Weermag daarenteen lei ordonnanse op, in 'n periode van ses maande, om die borskas en ledemate te radiografeer.¹⁰

Daar is sekerlik steeds plek om meer gevorderde tegnieke, soos rekenaartomografie, sonarondersoeke en ander te leer, maar die massategniek bly steeds die borskas en ledemate, veral op die platteland. Die alomteenwoordige verpleegkundige word meesal vir dié taak ingespan waar radiografiste ontbreek.

Die absolute skaarste aan verskeie gesondheidstechnoloë, waarby radiografiste ingesluit word, kom veral voor in daárdie gebiede waar ongeskoolde of halfgeskoolde mense beskikbaar is. Die skep van werkgeleenthede is belangrik in sulke streke. In SWA, en spesifiek in Owambo, is die opleikbaarheid van plaaslike bevolkings vir spesifieke take aange-toon. Aandag aan 'n *stratifikasie van opleiding*¹⁰ met 'n toepaslike salarisskaal sou die geleentheid bied om op verskeie vlakke toe te tree tot opleiding of daaruit te tree, sonder verlies van die benutting van aangeleerde vaardighede. (Dit volg ook die aanbevelings van die De Langekommissie t.o.v. groter oorskakelingsgeleenthede in hoër onderwys.)

'n Voorbeeld van so 'n stratifikasie van onderwys¹⁰ word in tabel 5 gegee.

TABEL 5
Gestratifiseerde opleiding en diens
Radiografie

| Jaar | Inhoud | Sertifisering | Salaris |
|------|--|---------------------------|--------------|
| 1 | Teorie + Tegniek: Borskas en Ledemate | Bevoegdheidsertifikaat I | Rx p.j. |
| 2 | Teorie + Tegniek: Kontrasstudies | Bevoegdheidsertifikaat II | Rx + ½x p.j. |
| 3 | Teorie + Gevorderde Tegnieke + Beperkte Admin. Matrikulasievrystelling + Keuring | Dip. Rad. | R2x |
| 4 | Admin. en Bestuur van Radiografie- departement + ander | Hoër Dip. ? B. Rad. | Ry |

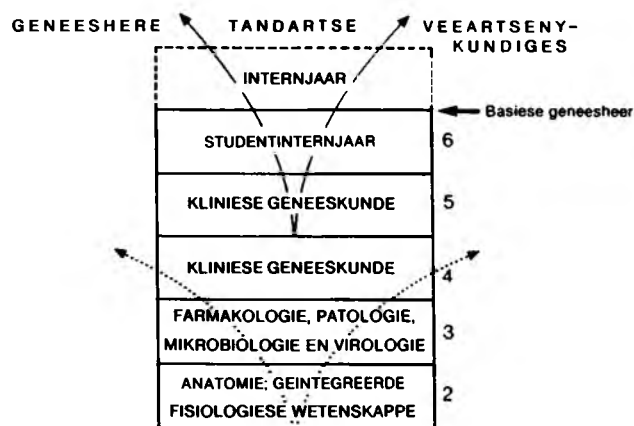
In die onderwysgestremde bevolkingsektore verleen dit ooreenstemmende opsies om pretersiëre onderwys aan te vul (Tabel 6).

TABEL 6
Opsies

| Jaar | Inhoud |
|------|--|
| 1 | Laer skoolstanderd + kursus + aanvullende pretersiëre onderwys |
| 2 | Kursus + aanvullende pretersiëre onderwys |
| 3 | Vereiste st. 10 |
| 4 | Vereiste matrikulasievrystelling + universiteitstoelating |

Dit is veral by die diverse ontwikkelende professies nodig dat hoër opleiding volgens werklading struktureer word. Die apteekwese is één so 'n professionaliserende gebied waar daar rede tot kommer is, omdat ons nou veel beter en hoër opgeleide aptekers oplei vir 'n werksmag wat veral in afgeleë gebiede slegs reseptering in klein hospitale en klinieke met 'n meer tegniese oriëntasie gaan doen. As ons na die keuringsproses en saksyfers kyk, werk ons tans te kwistig met ons skaars mannekrag, veral waar 'n groot deel van ons bevolking se onderwysgehalte nog heelwat te wense oorlaat. 'n Mens wonder of die Aptekersraad verkieslik die kleinhandelapteker moet registreer, terwyl die akademiese apteker deur die S.A.G.T.R. registreer moet word as 'n mediese wetenskaplike. Ons is baie besorg oor die *nadele van keuring* maar ons doen niks of weinig aan die nie-gekeurdes op 'n minder akademiese oriënteerde vlak t.o.v. beroepsvoorligting en opleidingsakkommodasie. Ons keur 20% en ignoreer die potensiële 80% nie-gekeurdes wat tog, by wyse van 'n aansoek, 'n motivering vir gesondheidsorg openbaar.

'n Mens wil graag die retoriese vraag stel of die Medunsamodel nie verder moet ontwikkel nie. Tans oorvleuel die eerste drie jaar van tandheelkunde in baie opsigte met geneeskunde en die dosente het ook



FIGUUR 6: Geïntegreerde mannekrag vir geïntegreerde basiese gesondheidskundige

spesialistebydraes wat aansienlike versterking van departemente soos patologie, radiologie en anesthesiologie teweeg kan bring. As ons die basiese dokterkonsep as 'n basiese voorbereiding tot 'n vorm van gedifferensieerde praktykvoering sien, kan mens vra waarom die eerste vyf jaar nie basiese aspekte van tandheelkunde kan insluit nie. Die studentintern en die intern wat 'n tandheelkundige rigting wil inslaan, sou dan in daardie twee jaar die nodige spesialisasie kan ondergaan. Tandterapeute en ander paratandartse-nykundige personeel, soos mondhygiëniste, kan nog soos tans opgelei word. Moontlik kan selfs veeartse-nykunde op studenteintern- en internvlak as differensieringsrigting van geneeskunde erken word. Dit bied groter oorskakelingsgeleenthede volgens landsbehoefte: Slegs twee jaar sou nodig wees vir enige tandarts om geneesheer te word, en omgekeerd, i.p.v. die huidige vyf jaar.

Waar die basiese vakke al meer gemene grond op molekuleêre vlak het, is die tradisionele konsep dat die behoeftes van geneeskunde, tandheelkunde en veeartse-nykunde aparte fakulteite, akademiese mannekrag en fasiliteite regverdig, 'n duur anachronisme in 'n era van krimpende hulpbronne (Figuur 6).

Die prioriteite wat toegelig is, is grotendeels haalbaar as ons as eerste prioriteit stel: versterking van

ons akademiese inrigtings en hulle mannekrag, wat per slot van sake die geboortekanaal van alle gesondheidswerkers is.

1. Popper, Karl (1974). *Objective knowledge – an evolutionary approach*, Hfst. 8, p. 287 et seq., Oxford University Press.
2. Rosen, G. (1956). Hospitals, medical care and social policy in the French Revolution, *Bull. Hist. Med.* 30, 124-129.
3. Walton, H.J. (1984). Editorial: A reorientation in medical education, *Med. Educ.* 18, 1-2.
4. Wassermann, H.P. (1984). *Voortgesette professionele onderwys*, p. 42-43, Juta, Kaapstad.
5. Van Niekerk, J.P. (1985). Are we flooding the market? *M.V.S.A.-Nuus*, Tak Wes-Kaapland, Mei/Junie 1985.
6. Drummond, M.F. (1983). Economic appraisal and health service decision making, *Effective Health Care* 1, 25-32.
7. Wagstaff, L. (1984). The role of teams in primary health care, *S.A. J. Cont. Med. Ed.* 2, 37-41.
8. Black, D. (1983). Need, demand, supply, *Effective Health Care* 1, 3-4.
9. Broeksma, C. (1982). Verslag oor Kommissie van Onderzoek na Gesondheidsdienste in Suidwes-Afrika.
10. De Villiers, J.C. (1984). Verslag en aanbevelings van die Komitee van Onderzoek na moontlike verdere fasiliteite vir geneeskundige en tandheelkundige opleiding.