Die unieke behoeftes aan primêre gesondheidsorg in 'n Suider-Afrikaanse verband*

D.P. Knobel

Mediese Staf Operasies, Suid-Afrikaanse Geneeskundige Diens, Hoofkwartier, Privaatsak X202, Pretoria 0001

UITTREKSEL

Die kritiese behoefte aan primêre gesondheidsorg in Suider-Afrika met spesiale verwysing na die eise van die heterogene bevolking word gemeet teen die agtergrond van die deklarasie van Alma Ata by die WGO/UNICEF-konferensie in 1978. In die besonder word die verskaffing van primêre gesondheidsorg aan die Derde Wêreld-gemeenskappe van die RSA as 'n essensiële deel van die veiligheidsmagsbasis van die staat onderstreep, en daar word ontleed hoe gebreke in hierdie diens van die staat in 'n subversiewe revolusionêre aanslag uitgebuit kan word. Vanuit hierdie perspektief word die praktiese toepassing van die Nasionale Gesondheidsdiensfasiliteiteplan soos in 1980 goedgekeur deur die Kabinet hierna behandel na aanleiding van die volgende vrae:

- (a) Wat is die unieke behoeftes van bepaalde gemeenskappe?*
- (b) Wat is die vlak van gesondheidsorg wat aangebied moet word?*
- (c) Is dit die taak van die geneeskundige professie alleen?*
- (d) Waar moet die klem val by die voorkomende kuratiewe en rehabiliterende geneeskunde?*
- (e) Hoe moet die koste daarvan gedra word?*

Besondere aandag word gegee aan die behoeftes aan mannekrag, finansies en middele om hierdie plan te laat slaag en die klem word gelê op die rol van 'n multiprofessionele span met volle deelname van die gemeenskap as geheel. Ten slotte word 'n pleidooi gelewer vir 'n nuwe benadering t.o.v. die keuring, opleiding en aanwending van voorgraadse en nagraadse mediese, tandheelkundige, verpleegkundige, veeartsenykundige, paramediese en aanvullende gesondheidsdiensstudente, asook studente in die Ingenieurswese, Landbou, Sielkunde en Sosiologie, om spesifiek in die unieke behoeftes van primêre gesondheidsorg in die RSA te kan voorsien.

ABSTRACT

The unique requirements of primary health care in Southern Africa

The critical need for primary health care in Southern Africa with special reference to the demands of the heterogeneous population is measured against the background of the declaration of Alma Ata at the WHO/UNICEF conference in 1978.

In particular the provision of primary health care to the Third World communities of the RSA as an essential part of the security power base of the State is underlined and it is analysed in terms of how shortcomings in this service can be exploited in a subversive revolutionary onslaught.

Using this as perspective, the practical implementation of the National Health Service facility plan as approved by the Cabinet in 1980 is discussed in terms of the following questions:

- (a) What are the unique requirements of specific communities?*
- (b) What level of health care should be provided?*
- (c) Is it the task of the medical profession only?*
- (d) Where should the emphasis be placed with reference to preventative, curative and rehabilitative medicine?*
- (e) How should costs be covered?*

Special attention is given to the man-power, financial and means requirements to ensure the success of the health plan, and the role of the multiprofessional team with complete involvement of the community as a whole is emphasised.

In conclusion, a plea is made for a new approach to the selection, training and employment of under- and post-graduate medical, dental, nursing, veterinary, paramedical and supplementary health-service students, as well as students in Engineering, Agriculture, Psychology and Sociology in order to provide for the specific requirements of health care in the RSA.

Daar word reeds vir baie jare besef dat die verskaffing van primêre sorg 'n saak van kritiese belang vir Suider-Afrika met sy heterogene bevolkingsgroepe is. Volgens Spencer¹ is dié besef geïntensifiseer deur, soos hy dit beskryf, „a wide spectrum of variable and at many levels, urgent community needs, clouded by

lack of clarity in medical thinking, bedevilled by semantics, and made difficult by an upsurge of interest and unco-ordinated endeavour of many disciplines in community aspects of health care”.

Wassermann wys by geleentheid daarop dat „die stryd om groter klem op primêre gesondheidsorg 'n simptome is van die konflik tussen die egosentriese, materialistiese denke wat die geneeskunde omring en die meer altruïstiese, idealistiese siening wat aan ge-

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

neeskunde 'n hoë prioriteit onder ons beskawings-norme besorg het".²

Hoe dit ookal sy, feit is dat ten spyte van die aanbevelings vir die instelling van gemeenskapgerigte gesondheidsentra met 'n omvattende primêre gesondheidsorgdiens vir alle bevolkingsgroepe deur die Gluckmankommissie in 1944,³ daar bykans 40 jaar moes verloop voordat enige verdere wesenlike voorring gemaak is.

In dié verband het die deklarasie van Alma Ata met die WGO/UNICEF-konferensie in 1978, en die weerklank wat dit by Gesondheidsorgowerhede wêreldwyd gehad het, sekerlik ook opnuut die owerhede in Suider-Afrika geprikkel om met nuwe ywer na oplossings te soek. Die behoefte aan hernieuwe indringende navorsing oor en die beplanning van primêre gesondheidsorg op nasionale vlak is juis aan die hand hiervan deur verskeie outoriteite op vele platforms bepleit. Die instelling van die Nasionale Gesondheidsdiensfasiliteiteplan soos in 1980 deur die Minister van Gesondheid en Welsyn aangekondig, kan seker as 'n uitvloeisel van die deklarasie van Alma Ata beskou word.

Dit is egter hier waar daar bepaalde ondertone waarneembaar is wat ootseensleglik die unieke behoeftes aan primêre gesondheidsorg in Suider-Afrika onderskryf.

Ek verwys na die wyse waarop die Sowjetunie hierdie speelbal aangegryp het om in die oë van veral die Derde Wêreld oënskynlik die inisiatief as kampvegter vir alle ontwikkelende lande te neem. Ek haal aan uit die boodskap van mnr. Leonid Brezhnev, Sekretaris-Generaal van die Kommunistiese Party en voorsitter van die Presidium van die Oppersowjet, aan die konferensie te Alma Ata:

„The Soviet Union shares the aspirations of all peoples, particularly those in the developing countries, who are striving to rid the world of mass diseases, hunger and poverty. We are playing an active part in international measures designed to solve the problem of providing medical care for the populations of the countries of the world and this corresponds to the basic aim proclaimed by the Constitution of the World Health Organisation – the attainment by all people of the highest possible level of health.”⁴

U sal onmiddellik sien hoe hierdie lofwaardige beeld in die heterogene Suider-Afrika aangegryp, misvorm en veridealiseer kan word. In die verband wil ek graag die begrip „heteroöen” verder aansny: „heteroöen” nie alleen in terme van etniese oorsprong, taal en kultuur nie, maar ook in terme van die staatkundige ideale, die ekonomiese vermoens en die maatskaplike behoeftes wat elke groep openbaar.

Hierdie heterogenisiteit word deesdae in die populêre definisie van 'n mengsel van Eerste en Derde Wêreld-gemeenskappe omskryf. As u hierby voeg die verdere dimensie van die beskouing van die RSA as 'n deel van die sogenaamde Vyfde Wêreld oftewel een van die „pariastate” van die wêreld, sal u vind dat daar 'n klemverskuiwing plaasvind in u waardering van die probleem rondom primêre gesondheid-

sorg. In terme van dié beskouing word die RSA saam met enkele ander lande, waaronder Chili, Israel en Taiwan, gegroepeer as die sondebokke van die wêreld wat in elke raadsaal of op elke platform en deur middel van alle media afgetakel en beswadder word. Hiperkritiese oë en ore is gedurig op die RSA gerig om enige tekortkoming buite verband te belig en uit te buit. Gesien teen dié agtergrond, is primêre gesondheidsorg nie meer alleen 'n kritiese probleem vanuit die humanitêre, die menseregtelike, of die naastediensoogpunt – gefundeer op 'n Christelike lewensbeskouing wat ons gemeen het met die Westerse Wêreld – nie – maar word dit 'n uiters belangrike element in die veiligheidsmagbasis van die staat in sy teenstrategie teen die aanslag van die insurgent of die terroris.

In hierdie verband wil ek graag die volgende onderstreep:

In enige subversiewe revolusionêre aanslag word daar altyd gesoek na strydpunte wat as dekmantel voorgehou en gebruik kan word om terrorisme te regverdig in die oë van die plaaslike bevolking en die wêreld.

In sy beskrywing van sy ondervindinge in Maleisië van 1957 tot 1961, getiteld *Defeating communist insurgency* verwys sir Robert Thompson soos volg na hierdie taktiek:

„Every effort is made to adopt causes which appear legitimate, progressive and desirable. Given a basic cause, many other issues can be tacked onto it, such as land for the landless, exploitation of labour on estates and mines, regional autonomy for ethnic minorities and political equality for immigrant races with the indigenous races. At the same time, all local seeds of conflicts within a community can be exploited, as between young and old, between different religions and races, and even between local capitalists and foreign capitalists. There is always some issue which has an appeal to each section of the community and, even if dormant, an inspired incident may easily revive it in an acute form. This particularly applies during the course of the insurgency itself, when new causes can be developed from events and, if necessary, old ones be forgotten.”⁵

Dit is duidelik dat hierdie situasie reeds etlike jare in Suider-Afrika bestaan en met alle mag deur die ANC en SWAPO uitgebuit en toegepas word. In 'n toespraak gelewer voor die Instituut vir Strategiese Studies van die Universiteit van Pretoria in September 1980, som genl. Malan, destyds Hoof van die Suid-Afrikaanse Weermag, dié aanslag teen die RSA as volg op:

„In hul aanslag teen die maatskaplike magsbasis van die Staat is die doelstelling van hierdie sogenaamde bevrydingsbewegings daarop ingestel om die disintegrasie van ons samelewing te bewerkstellig. Hierdie aanslag word teen die totale spektrum van ons samelewing geloods. Die aksie gerig teen die besittersklas het as oogmerk die skepping van 'n gevoel van defaïtisme en 'n klimaat van wantroue in die bestaande gesagstrukture van die land. Dade van terreur is daarop gemik om by die burgers die gevoel te skep

dat hulle van die bestaande bestel geen beskerming kan verwag nie en dat daar na alternatiewe gesoek moet word.

Die aksie gerig teen die werksklas deur aanslae van binnelandse sowel as buitelandse drukgroepe, het as uitgangspunt die benadering dat die bestaande orde in die RSA slegs omver gewerp kan word deur 'n revolusie. Die klimaat hiervoor word geskep deur 'n gees van verset onder die inheemse bevolking aan te wakker en om deur propagandamiddels te poog om by die nie-blanke groepe die gevoel te skep dat geweld en nie onderhandeling nie, die enigste oplossing is.

Deur middel van 'n gewelddadige sielkundige bombardement wat met behulp van die radio, die geskrewe woord of mondelinge slagspreuke oorgedra word, probeer die swart nasionalistiese bewegings van die ANC en SWAPO in die RSA and SWA hierdie doelstellings bereik."⁶

Dit is duidelik dat gebrekkige of ontoereikende primêre gesondheidsorgfasiliteite onder die plattelandse bevolkings van Suid-Afrika en Suidwes-Afrika meer en meer sal figureer in hierdie propaganda-aanslag. So is daar binnelands 'n organisasie, NAMDA (The National Medical and Dental Association) gestig in Durban gedurende 1982 met as doelstelling „to act as a forum for medical and dental practitioners in South Africa who wish to oppose the appalling health conditions of the majority and to achieve this aim not only by promoting improved curative and preventative measures, but also by research into the exposure of the health consequences of the political and economic system in the RSA”.⁷ By verskeie geleenthede het NAMDA striemende aanvalle geloods teen die MVSA, die SAGTR en die mediese beroep in die algemeen. Voorts is daar ook vir die Verenigde Nasies se Instituut vir Namibië 'n dokument getiteld *Health sector policy options for independent Namibia* deur dr. Neil Anderson opgestel waarin 'n volledige sosialistiese gesondheidsdiensplan vir SWAPO as 'n bloudruk aanvaar is, nie alleen vir SWA nie maar ook vir ander sogenoemde „bevryde” Afrikalande.⁸

Die bose kringloop van terroristeaktiwiteite, gevolg deur die verdwyning van basiese dienste, waaronder primêre gesondheidsorg, tesame met die verlaging van gesondheids- en lewenstandaarde, wat op sy beurt weer 'n gunstige klimaat vir die insurgensie en revolusie skep, het reeds sy kop uitgesteek in die grensgebiede van die RSA en SWA. In dié verband is die SAGD reeds van 1983 af op versoek van die administrasie van SWA verantwoordelik vir die bestuur en bedryf van die gesondheidsdienste van Ovamboland op 'n tydelike basis, tot tyd en wyl die klimaat aldaar dit weer moontlik sal maak om dit self te bedryf.

Dit is dus vanuit hierdie perspektief wat ek graag die doeltreffende en praktiese uitvoering van die Nasionale Gesondheidsdiensfasiliteiteplan sou wou bepleit.

U sal met my saamstem dat die doel van die plan, naamlik om 'n gesondheidsdiens aan die grootste deel van die bevolking op die mees ekonomiese wyse te lewer, met inagneming van die beskikbaarheid van

personeel, fondse en fasiliteite, 'n daadwerklike bydrae kan en sal lewer tot die veiligheidsmagsbasis van die Staat. Daar is egter na my mening etlike grys areas wat u en my aandag verg in die praktiese uitvoering van hierdie plan.

In die eerste plek word die vraag dikwels gestel of 'n Eerste Wêreld-gesondheidsdiens werklik nodig is om doeltreffend te beantwoord aan die behoeftes van 'n ontwikkelende Derde Wêreld-gemeenskap.

Daar is verskeie aspekte wat 'n eenvoudige antwoord onmoontlik maak. Kortliks:

- (a) Wat is die unieke behoeftes van die gemeenskap?
- (b) Op watter vlak van gesondheidsorg moet dit aangebied word?
- (c) Is dit slegs die taak van die geneeskundige professies?
- (d) Waar moet die klem val t.o.v. die voorkomende, die kuratiewe en die rehabiliterende geneeskunde?
- (e) Hoe moet die koste daarvan gedra word?

In die redaksionele kommentaar van die *Suid-Afrikaanse Mediese Tydskrif*⁹ word die vraag gevra of mediese hulp aan die Derde Wêreld 'n goeie idee is en word daar spesifieke aandag verleen aan die ongelikheid van wêreldgemeenskappe en in watter mate gesondheidsorg kan bydra tot die verergering of die verbetering van hierdie ongelikheid.

In besonder word die standpunte van Muller, Wolffers, Oomen en Van Galen in 'n polemieë wat oor etlike maande in die Nederlandse weekblad *Medisch Contact* gevoer is, aangehaal en ontleed.^{10,11,12,13}

Die redaksie van die *SAMT*⁹ verwys eerstens na Müller,¹⁰ wat aanvoer dat ongelyke vlakke van gesondheid met die invoer van 'n ongelykheid in mediese sorg 'n belangrike faktor in die skep en volhou van sosiale ongelykheid is. Hy verwys spesifiek na die verskil tussen wat hy noem „onderdrukkende” mediese sorg met die klem op die individu, afhanklikheid, ekonomie en helende sorg, teenoor „bevrydende” mediese sorg, met die klem op gesondheid as 'n sosiale probleem met die professie onder kontrole van die mense en met die reg tot mediese sorg vir elk een en die beklemtoning van voorkoming. Daarteenoor verwys die redaksie na Wolffers¹¹ wat tot die gevolgtrekking kom dat die invoer van Westerse geneeskunde in wat hy noem 'n „oorlewingsgemeenskap” van die Derde Wêreld 'n nadelige effek op laasgenoemde het. Hy skryf dit toe aan die feit dat die invoer van 'n Westerse geneeskundige slegs die ryk-teenoor-armgaping vergroot en dié mag versterk, terwyl oor die algemeen die gesondheid van die dorpsbewoners wat die hulpbehoewendste is, nie verbeter nie. Hy wys ook daarop dat miljoene dollars se nie-essensiële geneesmiddels ingevoer word, wat weens 'n gebrek aan gekwalifiseerde personeel nie kwalitatief gekontroleer word nie en, met die afskeep van tradisionele middels, ten duurste gebruik word. 'n Verdere argument wat hy aanvoer, is dat afhanklikheid eerder as eie hulp aangemoedig word, veral aangesien mediese sorg nie gekoppel word aan ander programme wat armoede, voeding en sanitasie verlig

of verbeter nie. Wolffers¹¹ word in groot mate ondersteun deur Oomen,¹² wat wys op die nadelige effek wat die skep van 'n hiërargie van die dokter, verpleegster en farmaseut as gevolg van die invoer van 'n Westerse geneeskunde het, terwyl in die Derde Wêreld die gesondheidswerker al drie dié rolle moet vervul. Hy wys verder daarop dat die mediese sorginstansies wat deur Europese of Amerikaanse bronne ondersteun word, meer geneig is om in gebiede geleë te wees wat gerieflik vir die personeel is en nie soseer vir die pasiënte nie, veral op die platteland.

In die laaste plek haal die redaksie Van Galen¹³ aan, wat poog om die standpunte van Wolffers te weerlê aan die hand van sy eie ondervindinge as hoof van 'n hospitaal in Ghana. Hy meen dat dit nodeloos is om die invloede van die Westerse geneeskundige te verdoem as laasgenoemde sulke uiteenlopende elemente soos aspirien en ontsmettingsmiddels aan die een kant en rekenaartomografie en dialisemasjiene aan die ander kant insluit. Dit is verder nodig dat daar beter samewerking geskied, sodat die goedkoper en effektiewe elemente in die Westerse geneeskunde ingevoer en die res verontagsaam word. 'n Wegbeweging van hierdie houding is gewoonlik te wyte aan die plaaslike politiek en dit moet nie ten laste van die geneeskunde gelê word nie. Nog minder kan die farmaseutiese industrie geblameer word vir die invoer van duur medisyne: in Ghana, ten minste, besluit die Ministerie wat ingevoer moet word. Dit is nie die kwaliteit van die geneesmiddels nie, maar die kwaliteit van die regering wat bevraagteken word. 'n Standaardgeneesmiddellys sal daarvoor help. Die redaksie sluit sy kommentaar deur te verwys na Van Galen se pleidooi dat geduld nodig is en haal hom dan aan: „Ontwikkeling is geen proses van jaren, maar van vele decennia of nog langer”. Met dié agtergrond verklaar die redaksie dat „die klaarblyklike faling van mediese hulp aan die Derde Wêreld nie met pessimisme en fatalisme beskou moet word nie. Dit moet voortgaan, maar met 'n beter sin vir prioriteite en rigting en verkieslik nie met groot toegewings van regering tot regering met al die burokratiese hindernisse wat dit inhou nie, maar in kleiner bedrae wat vir die mees effektiewe projekte aangewend word”.

Ek wil graag vervolgens verwys na die verslag oor die verrigtinge van die interdisiplinêre simposium oor geneeskunde en gesondheid in die ontwikkelende Suider-Afrika wat gereël is deur die Kollege van Geneeskunde van SA gedurende 1984.¹⁴ By hierdie uiters geslaagde simposium met die primêre doelstelling om 'n Suider-Afrikaanse benadering tot die deklarasie van Alma Ata te formuleer, het dit opnuut baie duidelik na vore gekom dat daar steeds nog te veel bevolkingsgroepe in Suider-Afrika is wat selfs nie oor die mees elementêre primêre gesondheidsorgfasiliteite of -diens beskik nie. In die besonder het prof. J.E.P. Thomas in sy sentrale toespraak gewys op die noodsaaklikheid daarvan dat meer klem gelê word op die voorkomende geneeskunde en dat gesondheidsorgbehoefte gesien moet word teen die agtergrond van die bepaalde gemeenskap. In die besonder bepleit hy 'n multidissiplinêre benadering met

aktiewe betrokkenheid van die gemeenskap self deur opvoedkundige programme en ook selfs dialoog met die tradisionele genesers wat veral bewus behoort te wees van die psigogeniese aspekte van siektetoestande in hulle gemeenskap. Sy argument dat daar geen nut bestaan daarin om gesofistikeerde en duur kuratiewe mediese dienste aan 'n bevolking te verskaf wat 'n gebrek aan die mees basiese benodigdhede van voldoende behuising, voeding, water en sanitasie het nie, het bepaald meriete. Daar is ook kennis geneem van sy voorstel dat meer gebruik gemaak kan word van medies opgeleide nasionale dienspligtiges om mediese sorg aan plattelandse gebiede te lewer.

In sy redaksionele kommentaar oor die simposium onderstreep die *SA Mediese Tydskrif* die behoefte aan gemeenskapsgeoriënteerde primêre gesondheidsorgsentra:¹⁵ „The need for community-orientated primary health centres is well established, but who is to man them? Doctors are expensive and in short supply so the nursing profession is an ideal choice for the delivery of this level of primary care”.

Met verwysing na die eskalerende koste van gesondheidsdienste haal die redaksie die volgende syfers aan:¹⁵ „According to Professor S.R. Benatar, South African spends only 3,2% of its gross national product (GNP) on the provision of health care and this proportion is diminishing. This compares unfavourably with countries such as the USA and Britain which spend 6–9% of their GNP on health needs. More money is desperately needed. Even though we are living in economically precarious times, not to provide it is shortsighted in the extreme. The economic consequences of ill-health are incalculable, and in a country which spends so much on smoking, drinking and horseracing it is a national disgrace that per capita expenditure on health care should be so low. If the public sector cannot provide the money, then perhaps the more affluent organisations in the private sector should carefully consider how they can help.”

Uit die voorafgaande is dit duidelik dat daar 'n groot mate van eenstemmigheid reeds bestaan oor die feit dat elke gemeenskap in Suider-Afrika sy eie unieke behoeftes het met betrekking tot primêre gesondheidsorgfasiliteite en dat dit onnodig en selfs ontwrigtend is om hoër vlakke van gesondheidsorg daar te stel as wat nodig is. Verder is die pleidooi deurgaans vir die daarstelling van primêre gesondheidsorgsentra *binne* elke gemeenskap, met 'n duidelike multidissiplinêre benadering, die aktiewe betrokkenheid van die gemeenskap self en die klem op voorkomende geneeskunde. Wat koste betref, wil ek weer verwys na die pleidooi dat 'n groter persentasie van die bruto nasionale produk beskikbaar gestel behoort te word vir gesondheidsorg binne die raamwerk van wat *ons* land en sy mense kan bekostig, maar terselfdertyd wil ek soos prof. H.P. Wassermann die vraag vra of hierdie *ons* waarna verwys word, die bevoordegte minderheid of die behoefte meerderheid moet wees?² Veral in die lig van die huidige ekonomiese toestand wil ek weer beklemtoon dat die prioriteit die instelling van 'n primêre gesondheidsorg volgens die

behoefte van die betrokke gemeenskap moet wees.

Hierdie benadering word na my mening baie goed weerspieël in prof. I.W.F. Spencer se definisie van primêre gesondheidsorg: „Primary health care is comprehensive care for the whole population conducted outside the hospital but integrating with hospital services, delivered by methods appropriate to the particular community at a cost they and the country can afford, and with involvement of the community.”¹

Voortvloeiend uit dié definisie ontstaan die vraag oor hoe die multidissiplinêre benadering in Afrika-verband kan funksioneer en op watter wyse die gemeenskap in 'n selfhelprol betrek kan word.

Die vraag kan kortliks gestel word: Wie moet en behoort almal by die primêre gesondheidsorgspan betrek te word?

Alhoewel dit weer eens seker baie maklik sou wees om onmiddellik te antwoord dat die mediese profesie die primêre taak sal moet verrig, is dit egter idealisties en is hier ook ander aspekte wat oorweging vereis.

Indien mens die enge beskouing sou huldig dat primêre gesondheidsorg dui op die eerste kontakgesondheidsorg wat slegs deur gekwalifiseerde professionele persone gelewer moet word, verskuif die klem na die luukse van die voortdurende beskikbaarheid van die geneesheer. In die breë benadering van gesondheidsorg soos vervat in die deklarasie van Alma Ata, word daar egter geïmpliseer dat veel meer as die suiwer professionele geneeskundige inset met primêre gesondheidsorg nodig is.

Prof. Lucy Wagstaff van die Universiteit van die Witwatersrand som dit kortliks op deur te bevestig dat dit ook die volgende moet insluit:¹⁶

- Opvoeding oor bestaande of heersende gesondheidsprobleme in die gemeenskap en die metodes om hulle te bekamp en te beheer.
- Die bevordering van voedselvoorsiening en behoorlike voeding.
- Die voldoende voorsiening van veilige water en basiese sanitasie.
- Moeder-en-kindgesondheidsdienste, insluitend gesinsbeplanning.
- Immunisasie teen infeksiesiektes.
- Voorkoming van en beheer oor endemiese siektes.
- Toepaslike behandeling van algemene siektes en beserings.
- Voorsiening van essensiële medikamente.

Weer eens val die klem op 'n multidissiplinêre spanbenadering met, onder ideale omstandighede, die geneesheer as leier of konsultant en opvoeder. In die oorweging van die moontlike samestelling van primêre gesondheidsorgspanne sien prof. Wagstaff drie moontlikhede, wat grotendeels afhang van die beskikbaarheid van kundige en gekwalifiseerde personeel in die gemeenskap teenoor wat die houdings en vaardighede van die lede van die gemeenskap is.¹⁶

Sy verdeel dit in 'n:

A-span: Waar die geneesheer persoonlike verantwoordelikheid moet aanvaar vir die totale familie se gesondheidsorg en ook as die sentrale kontakpunt

van alle gesondheidsorgbehoewendes dien.

B-span: Waar die geneesheer as leier/konsultant, bestuurder en onderwyser van die span optree en verantwoordelikheid aanvaar vir almal wat saam met hom werk. Enige kontak met die span kom gewoonlik deur gesondheidsorgwerkers wat slegs komplekse probleme na die geneesheer verwys.

C-span: Waar die lede van die span op horisontale vlak leierskap deel en die geneesheer slegs as 'n spesialis-kundige gekonsulteer word, d.w.s. „the doctor on tap rather than on top”-konsep, wat in Afrikaans die „beskikbare geneesheer”-konsep genoem kan word. Dit is duidelik dat spanwerk werklik tot sy reg kom in dié benadering.

As gevolg van die feit dat daar nie voldoende geneesheer beskikbaar is om altyd die leidende rol te speel nie en die koste steeds in gedagte gehou moet word, wys Wagstaff verder op die belangrike rol wat die verpleegster in primêre gesondheidsorg kan speel, veral ook sedert die aanvaarding in 1982 van die Suid-Afrikaanse Verplegingsdiploma in kliniese verplegingswetenskap, gesondheidsbeoordeling, -behandeling en -sorg. Sy wys daarop dat waar verpleegsters opgelei is om primêre gesondheidsorg te voorsien, hulle sonder hulp in staat is om tot 80% van die probleme van pasiënte wat by klinieke aanmeld, te hanteer.

Met die „beskikbare geneesheer”-konsep kan die rol van die verpleegster selfs verder uitgebrei word. Daar is waarskynlik min van die take wat deur Wagstaff aangedui word as deel van primêre sorg, wat nie deur 'n opgeleide verpleegster gedoen kan word nie.

In dié verband wys Wassermann ook op die feit dat „met die uiteenlopendheid van ons land se etniese en kulturele groeperings dit dikwels die verpleegkundige uit 'n bepaalde etniese groep is wat aangedui word as die mees bedrewe geskiedenisnemer en onderhoudvoerder, en dat dit ook hierdie verpleegster is wat al so lank reeds in ons land die rol van plaasvervanger as apteker, radiografis en selfs as tuisbesoeker in die plek van die huisarts met groot sukses vervul”.² Ek wil egter daarop wys dat die beperkings wat tans op die verpleegster gelê word met betrekking tot voorskrifte, wondhegtings en selfs kleinere chirurgiese ingrepe onder bepaalde omstandighede en voorwaardes deur wetgewing verwyder sal moet word om haar in staat te stel om hierdie groot bydrae in die span te kan maak. Soos Wagstaff dit onderstreep, sal die bedreiging wat die geneesheer hierin sien, eers uit die weg geruim moet word.¹⁶

Benewens die geneesheer en verpleegster is verteenwoordigers van verskeie staatsdepartemente en instansies waarkynlik ook nodig om aandag te gee aan basiese behoeftes soos behuising, watervoorsiening en sanitasie. Die vraag ontstaan of die Departemente van Waterwese, Landbou, Opvoeding en Wet en Orde, benewens die gesondheidsowerhede, nie ook lede van die span behoort te wees nie.

Die volgende vraag is egter hoe die gemeenskap self soveel as moontlik betrek kan word. Wat betref die tradisionele geneser wat gewoonlik „die mees doeltreffende vertolker van stamtradisies is”, voel

Wassermann dat hy „baie waarskynlik nie alleen psigiatriese dienste in terme van die kultuurverband kan vervul nie, maar ook met beperkte opleiding die organiese probleem buite sy eie gebied kan herken en uitwys”.² In dié verband som Karlsson en Moloantsoa hulle siening ten opsigte van die tradisionele geneser soos volg op:

„There can be no denying the vital role the traditional healer plays in the daily lives and culture of black people. It would seem that the time is ripe to set aside prejudices and preconceived ideas and take a fresh look at the person and the role of the traditional healer in the health-care delivery system, with special reference to primary care.”¹⁷

Dit is my mening dat die tradisionele geneser met sy besondere invloed en status binne die gemeenskap 'n voorkeurteiken moet wees van die primêre gesondheidsorgspan vir oorreding, opvoeding en inskakeling by die multidissiplinêre poging. Daar bestaan min twyfel dat sy ondersteuning, en selfs sy persoonlike betrokkenheid, sal kan bydra tot die suksesvolle implementering van die primêre gesondheidsorgplan. Spesiale opleidingsprogramme om die lid in te lig oor die belangrike gesondheidsgevaar in sy gemeenskap sal natuurlik ook bydra tot sy eie status en posisie in die gemeenskap.

Dieselfde benadering kan ook toegepas word op ander leiers of statusfigure in die gemeenskap. Die tradisionele leiers soos kapteins, onderwysers en predikante is voor-die-hand-liggende lede wat betrek kan word in die multidissiplinêre span. Die gebruik van Swart volkekundiges om sleutelboodsappe en basiese beginsels binne die gemeenskap oor te dra en te laat posvat, behoort ook nie oor die hoof gesien te word nie.

Dit is my mening dat daar opnuut ondersoek ingestel moet word na die keuring en praktiese opleiding van gesondheidsdiensassistenten in al die dissiplines van die geneeskunde, tandheelkunde, verpleegkunde, veeartsenykunde, aptekerswese, paramediese en aanvullende gesondheidsdienste. Dit is duidelik dat hier deeglik besin sal moet word oor minimum opleidingsvereistes en standaarde, met die klem op die praktiese indiensopleiding en selfs die „kwalifikasie” en „registrasie” van hierdie lede met duidelike riglyne waarbinne hulle wetlik onafhanklik of onder toesig kan funksioneer.

Benewens hierdie essensiële lede van die primêre gesondheidsorgspan, behoort daar seker ook kortliks verwys te word na die moontlike bykomende behoefte aan bepaalde spesialiste, paramedici en aanvullende gesondheidspersoneel. Uit die aard van die saak sal hierdie behoefte grootliks beïnvloed word deur die beskikbaarheid van gemeenskapsorghospitaalfasiliteite waar algemene praktisynsdienste en sekere spesialisdienste gelewer kan word. In verafgeleë primêre gesondheidsorgsentra kan daar ook van tyd tot tyd spesialis-, paramediese en aanvullende gesondheidsdienste nodig wees. Die SAGD is reeds die afgelope aantal jare besig met so 'n program, waardeur daar van tyd tot tyd spesialis konsultasies, paramediese en aanvullende gesondheidsdienste aan die plaaslike

bevolking deur sy groter siekeboë in die operasionele gebied in SWA gelewer word. Daar bestaan na my mening geen rede hoekom hierdie benadering nie ook in die primêre gesondheidsorgsentra van toepassing gemaak kan word nie. Indien nodig, kan mobiele veldmediese toerusting soos mediese poste, teaters, laboratoria, bloedbanke en steriliseereenhede, soos ontwikkel in die SAGD, aangekoop en van tyd tot tyd volgens behoefte beskikbaar gestel word.

Ten slotte behoort daar dringend aandag gegee te word aan die rol wat opleiding in die voorsiening van primêre gesondheidsorg kan speel.

Die rol wat voorgaande mediese, tandheelkundige, verpleegkundige, veeartsenykundige, paramediese en aanvullende gesondheidsdienstestudente in die voor-kliniese jare en ook kliniese jare kan speel om enersyds insig te verkry in die plattelandse Swart praktykvoering en andersyds om 'n bydrae te maak tot die opvoedkundige en voorkomingsaksies van die span, moet ongetwyfeld ook ondersoek word. Dieselfde beginsel kan ook toegepas word op studente in die Ingenieurswese, Landbou, Sielkunde en Sosiologie.

Ek het probeer om aan u die unieke behoeftes van primêre gesondheid in die Suider-Afrikaverband te skets. Ek meen dat u met my sal saamstem dat dit noodsaaklik is dat die gesondheidsdiensfasiliteiteplan van die regering moet slaag. Indien die RSA nie hierdie uitdaging te bowe kan kom nie, is die implikasies, selfs alleen ten opsigte van die veiligheidsmagbasis van die staat, verrekend.

BIBLIOGRAFIE

1. Spencer, I.W.F. (1984). Primary Care in South Africa, *Die Tydskrif van Voortgesette Geneeskundige Onderrig*, deel 2, no. 4.
2. Van die Redaksie (H.P. Wassermann) (1984). Primêre Sorg: Hoe, wat en waarom, *Die S.A. Tydskrif van Voortgesette Geneeskundige Onderrig*, deel 2, no. 4.
3. Gluckman, H. The provision of an Organised National Health Service, *Report of the National Health Services Commission 1942-1944*.
4. WHO/United Nations International Childrens Emergency Fund (1978). *Declaration of Alma Ata NCSR*, Geneva.
5. Thompson, R. (1974). *Defeating Communist Insurgency*, Chatto and Windus, London.
6. Malan, M. (1980). Die Aanslag teen Suid-Afrika, *Toespraak gelewer voor die Instituut vir Strategiese Studies*, Universiteit van Pretoria, 3 September 1980.
7. NAMDA. (1983). *Policy Statement*.
8. Anderson, N. (1983). Health Sector Policy Options for Independent Namibia, *Report of U.N. Institute for Namibia*.
9. Van die Redaksie. (1984). Is mediese hulp aan die Derde Wêreld 'n goeie idee?, *S.A. Mediese Tydskrif*, deel 65, no. 22.
10. Muller F. (1983). Gezondheidszorg als middel tot onderdrukking of bevrijding, *S.A. Mediese Tydskrif*, deel 65, no. 22.
11. Wolffers, I. (1983). Heeft geneeskundige hulp aan ontwikkelingslanden zin?, *S.A. Mediese Tydskrif*, deel 65, no. 22.
12. Oomen, A.P. (1983). Medische ontwikkelingssamenwerking, *S.A. Mediese Tydskrif*, deel 65, no. 22.
13. Van Galen, A. (1984). Medische ontwikkelingssamenwerking, *S.A. Mediese Tydskrif*, deel 65, no. 22.
14. Report. (1984). Interdisciplinary Symposium on Medicine and Health in Developing Southern Africa, *S.A. Mediese Tydskrif*, deel 65.
15. Van die Redaksie. (1984). Common Sense in Durban, *S.A. Mediese Tydskrif*, deel 66, no. 5.
16. Wagstaff, L. (1984). The role of teams in primary health care, *Die S.A. Tydskrif van Voortgesette Geneeskundige Onderrig*, deel 2, no. 4.
17. Karlsson, E.L. en Motloana, K.E.M. (1984). The traditional healer in primary health care – Yes or No, *Die S.A. Tydskrif van Voortgesette Geneeskundige Onderrig*, deel 2, no. 4.