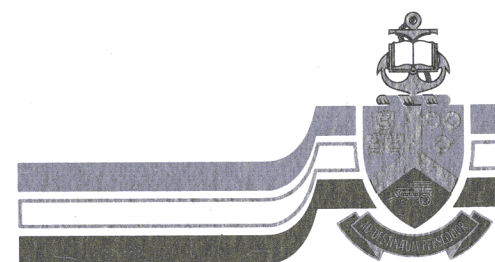


NUWE REEKS Nr 309  
ISBN 1-86854-117-7

**DIE HUISARTS AS NOODSAAKLIKE VENNOOT IN  
DIE LEWERING VAN EFFEKTIEWE  
GESONDHEIDSORG IN SUID-AFRIKA**

**PROF RJE ERASMUS**



Universiteit van Pretoria





## VOORSTELLING: RJE ERASMUS

Robert John Edward Erasmus is op 1 April 1949 te Brakpan gebore en matrikuleer in 1966 aan die Hoër Seunskool Hugenote, Springs. Na voltooiing van militêre diensplig volg hy in 1968 aan die Randse Afrikaanse Universiteit 'n BSc-kursus wat hy die volgende jaar aan die Universiteit van Pretoria voortsit. Hy behaal die MBChB-graad in 1974 en na internskappe by die Klerkdorpse en Verre-Oosrandse Hospitale betree hy privaatspraktyk in Springs. In 1978 keer hy as deelyds student na sy alma mater terug en behaal die Magistergraad in Huisarts Geneeskundige Praktyk in 1980. Die volgende jaar word hy as Superintendent Mediese Dienste van die *Durban Navigation Collieries* in Natal aangestel. Aan die einde van 1983 keer hy na die privaatspraktyk in Randburg terug waar hy vir bykans ses jaar praktiseer. Gedurende hierdie tydperk skryf hy onder die invloed van sy teoloog-vriend, dr. Kobus van Biljon, by sy alma mater in as doktorsstudent en begin hy met sy navorsing.

In Julie 1989 betree hy die akademiese terrein as senior lektor/senior huisarts in die Departement Huisartskunde van die Mediese Universiteit van Suid-Afrika en akademiese hoof van die KwaNdebele-afdeling. Die graad Doktor in Geneeskunde (Huisartskunde) word gedurende April 1992 deur die Universiteit van Pretoria aan hom toegeken op grond van 'n proefskrif met die titel: *Rolverwagting en rolvervulling in Huisartspraktyk in Suid-Afrika*. Hy word in Julie 1992 tot medeprofessor/eerste huisarts bevorder en aanvaar op 1 September 1992 'n soortgelyke pos by die H.F. Verwoerd-hospitaal en Fakulteit Geneeskunde, Universiteit van Pretoria. Die Dekaan het hom ook as deelydse Direkteur van die Hans Snyckers-instituut aangestel.

Vanaf 1 Desember 1994 tree hy as waarnemende departementshoof op na die aftrede van prof ADP van den Berg en word op 1 November 1995 as Professor en Hoof van die Departement Huisartskunde aangestel.

'n Aantal wetenskaplike artikels het reeds uit sy pen verskyn en hy het voordragte op nasionale en internasionale kongresse gelewer. Hy is veral aktief ten opsigte van die wisseling van gedagtes en redevoeringe deur middel van die briewekolomme van vaktydskrifte. Hy is lid van die Mediese Vereniging van Suid-Afrika en die Suid-Afrikaanse Akademie van Huisartspraktyk/Primêresorg waar hy die belange van die huisarts aktief bevorder.

Sy nuuskierigheid na die herkoms van sy voorsate het tot 'n navorsingsprojek gelei waarin hy sy familiestamboom vanaf die stamvader wat in



1691 in die Kaap aangekom het tot by sy eie seun kan opstel.

Hy is verlede jaar tot lid van die Suid-Afrikaanse Akademie vir Wetenskap en Kuns verkies.

Hy en Ina is in 1971 getroud en 'n seun en dogter is uit die huwelik gebore.

Prof P Smit  
**VISEKANSIELIER EN REKTOR**

## **DIE HUISARTS AS NOODSAAKLIKE VENNOOT IN DIE LEWERING VAN EFFEKTIEWE GESONDHEIDSORG IN SUID-AFRIKA**

PROF ROBERT JE ERASMUS

Intreerede gelewer op Woensdag, 22 Mei 1996, by die aanvaarding van die hooglerskap in die Departement Huisartskunde, Fakulteit Geneeskunde.

### **INLEIDING**

Dit is vandag, op 11 dae na, 19 jaar sedert my voorganger, prof Andries van den Berg, sy intreerede as hoogleraar van die Departement Huisartskunde gelewer het en ek ag dit gepas om die eerste paragraaf daarvan aan u voor te lees:

*Dit is wenslik vir 'n jong, groeiende departement wat uit die noodsaak van behoefte ontstaan het dat sy funksies en bestaansreg wyer bekendstelling en erkenning verkry.*

Sedert prof Van den Berg hierdie woorde gespreek het, het die Departement Huisartskunde van die Fakulteit Geneeskunde, Universiteit van Pretoria saam met huisartskunde as vakgebied deur die stormagtige jare wat kenmerkend van adolensensie is, gegaan en vandag staan dit as jong volwassene in die geneeskundige gemeenskap tussen die ander dissiplines om 'n belangrike rol in die lewering van effektiewe gesondheidsorg te vertolk.

Nutting het in 1990 die volgende oor huisartskunde as 'n jong onafhanklike dissipline binne die mediese profesie geskryf:

*Family medicine is a restless discipline. Typical of our adolescence, we fidget and explore, seeking options for our mature identity. This process is healthy, and like adolescence, it leads to growth and maturity. We would forgive ourselves for our idealism and our occasional tendency to reach for unrealistic goals. The vitality of our youth drives us to boldly explore new ideas, and in this tendency lies our best hope of forging a better form of primary care ...*

Die volgende vier aspekte sal in hierdie intreerede aangespreek word:

1. 'n Oorsig van huisartskunde as 'n vakgebied van geneeskunde



en die huisarts as primêre geneesheer

2. Die geskiedenis van belang vir die huisarts en huisartskunde
3. 'n Situasie-analise van die Departement Huisartskunde
4. 'n Toekomsvisie vir die Departement en die huisarts in Suid-Afrika.

## 1. 'n OORSIG VAN HUISARTSKUNDE EN DIE HUISARTS

Daar word tans wêreldwyd 'n fel debat oor die hervorming van gesondheidsorg en die opleiding van geneesheer gevoer. Die fokus van mediese opleiers en beleidmakers is veral gerig op die opleiding van primêresorg geneesheer en huisartse sodat hulle die nodige kennis, vaardighede en benaderings bekom om 'n hoë gehalte, bereikbare en beskikbare geneeskundige diens aan alle gemeenskappe te lewer.

Die opleiding en verspreiding van huisartse kan globaal in drie vlakke van ontwikkeling verdeel word.

Op die eerste vlak bestaan daar geen opleidingsprogramme vir die nagraadse opleiding van huisartse en erkenning van huisartspraktyk as 'n aparte dienslewingsdissipline nie. Hierdie toestand bestaan veral in sekere lande van die Verre-Ooste en in talle Afrika-lande.

Op die tweede vlak word opleidingsprogramme vir huisartse tans ontwikkel in onder meer Oos-Europa, Frankryk, Indië, Japan, China, Chili en Uruguay.

Op die derde vlak vind die opleiding en erkenning van huisartse reeds plaas in die VSA, Kanada, Suid-Amerika, Australië, Nieu-Seeland, Saoedi-Arabië, Brittanje, Nederland, Pakistan en die Skandinawiese lande. In Afrika vind dit egter nog net in Nigerië, Egipte en Suid-Afrika plaas.

Die volgende dertien struikelblokke belemmer die globale en plaaslike erkenning van huisartskunde as selfstandige dissipline:

1. Miskenning van huisartskunde as 'n dissipline wat 'n bepaalde unieke deskundigheidsvlak verg
2. 'n Onvermoë om die behoefte aan integrering van kliniese en gemeenskapsgesondheidsvaardighede en dienste te begryp en te aanvaar

3. Die skeiding van voorkomende en kuratiewe gesondheidsdienste
4. Die voorkeur wat aan selektiewe eerder as omvattende dienste gegee word.
5. Die historiese tendens tot subspesialisering in geneeskunde
6. Die toenemende afhanklikheid van tegnologie vir tersiêre sorg
7. Die disproporsionele befondsing van tersiêre sorg
8. Voorkeur vir stedelike ontwikkeling en diensverlening
9. Die lae intraprofessionele status van die huisarts
10. Beperkte opleidings- en loopbaangeleenthede vir huisartse veral in die openbare sektor
11. 'n Gebrek aan leierskap en rolmodelle in huisartskunde
12. Die voorkeur wat aan spesialis- en subspesialis-gebaseerde voorgraadse mediese opleiding gegee word.
13. 'n Gebrek aan 'n verbintenis tot omvattende, beskikbare en bereikbare primêre mediese sorg, wat huisartspraktyk insluit.

Gelukkig is al hierdie redes nie op die Departement Huisartskunde van die Universiteit van Pretoria van toepassing nie, maar daar is egter enkeles wel hier te sprake. In die toekoms sal dit aangespreek moet word.

Huisartskunde is in 1977 deur die *American Academy of Family Physicians* en die *American Board of Family Practice* soos volg gedefinieer:

*Family practice is comprehensive medical care with particular emphasis on the family unit, in which the physician's continuing responsibility for health care is neither limited by the patient's age or sex, nor by a particular organ system or disease entity. Family practice is the speciality in breadth which builds upon a core of knowledge derived from other disciplines - drawing most heavily on internal medicine, paediatrics, obstetrics and gynaecology, surgery and psychiatry - and which establishes a cohesive unit, combining the behavioral sciences with the traditional biological and clinical sciences. The core of knowledge encompassed by the discipline of family practice prepares the family physician for a unique role in patient management, problem solving, counselling and as a personal physician who coordinates total health care delivery.*

Deur hierdie definisie te aanvaar, neem huisartse elkeen 'n groot verantwoordelikheid op hul skouers en moet die diens wat gelewer word voortdurend daaraan gemeet en beoordeel word. In hierdie opsig is terugvoering



van pasiënte en kollegas in die vorm van portuurevaluasie van onskatbare waarde om 'n diens van hoogstaande gehalte te lewer.

Die term HUISARTS beteken dus 'n geneesheer wat in staat en bereid is om elke lid van 'n huishouding of gesin te enige tyd en plek met enige gesondheidsverwante probleem by te staan.

Huisartskunde is nie slegs 'n samestelling van die verskillende tradisionele spesialis-dissiplines nie, maar berus op die volgende nege universeel toepasbare beginsels wat deur McWhinney beskryf is:

1. Die huisarts is verbind tot die pasiënt as persoon met unieke individuele eienskappe, behoeftes, vrese en verwagtings. Huisartse beskou nie die persoon as slegs 'n bron van interessante wetenskaplike inligting, siektebeelde of 'n voorwerp waarop spesiale tegnieke toegepas kan word nie. Dit bring mee dat die huisarts se toewyding aan die pasiënt se welsyn nie deur die probleem beperk word nie en dat die huisarts bereid is om enige gesondheidsverwante probleem van beide geslagte en alle ouderdomme te hanteer. Hierdie toewyding aan die pasiënt as persoon eindig nie met die genesing van 'n siekte nie, maar duur voort al is die pasiënt gesond deurdat die huisarts gereelde voorkomende gesondheidsvoorigting voorsien en ondersoek op die pasiënt uitvoer. Hierdie langtermyn verhouding wat die huisarts met die pasiënt as persoon aanknoop, bring mee dat die huisarts-pasiënt verhouding 'n waardevolle terapeutiese instrument in huisartspraktyk word.
2. Die huisarts poog om die konteks van die siekte of die pasiënt se gesondheidsprobleem te verstaan. Baie van die probleme waarmee die primêre geneesheer in huisartspraktyk gekonfronteer word, kan nie ten volle verstaan, aangespreek en opgelos word nie tensy dit binne die konteks van die pasiënt se individualiteit, persoonlikheid, gesin en omgewing beskou word.
3. Die huisarts benut elke kontak met 'n pasiënt as 'n geleentheid tot siektevoorkoming of gesondheidsbevordering omdat die huisarts gewoonlik die pasiënt se eerste kontakpunt met die gesondheidsorgsisteem is. Aangesien 'n huisarts 'n pasiënt gemiddeld drie tot vier keer per jaar sien, is daar ruim geleentheid om voorkomende en bevorderende geneeskunde te

praktiseer.

4. Die huisarts beskou sy/haar praktyk as 'n bevolking wat aan sekere gesondheidsrisiko's blootgestel word en moet dus aan die pasiënt as individu sowel as lid van die breë gemeenskap dink.
5. Die huisarts beskou homself/haarself as lid van die gesondheidsorgspan wat in die gemeenskap as 'n gekoördineerde netwerk werksaam is en moet dikwels as die koördineerder van die span optree. Huisartse kan baie meer effektief optree indien al die hulpbronne in die gemeenskap wat tot die beskikking van die gesondheidsorgspan is, optimaal tot voordeel van pasiënte aangewend word.
6. Die huisarts woon gewoonlik in dieselfde omgewing as sy praktykbevolking ten einde in staat te wees om die lewenswyse van die pasiënte waar te neem. Dit plaas die huisarts in 'n bevoorregte posisie om veral risikofaktore wat nadelig op die gesondheid van die gemeenskap kan inwerk, waar te neem en self te beleef sodat voorkomingsmaatreëls vroegtydig geneem kan word.
7. Huisartse behandel pasiënte by die spreekkamer, in hul woenings, by die hospitaal of enige plek waar hul dienste nodig is. Dit beteken dat huisartse dus nie deur onnodige grense beperk word nie en is in die bevoorregte posisie om uitgenooi te word om die siek persoon in die privaatheid van sy/haar woning of slaapkamer te besoek. 'n Tuisbesoek stel die huisarts in staat om meer omvattende inligting oor die pasiënt in te win as wat die geval is tydens 'n konsultasie in die spreekkamer of hospitaal.
8. Die huisarts heg groot waarde aan die subjektiewe aspekte van die geneeskunde. Dit behels dat die huisarts bewus is van sy/haar eie emosies, verwagtings, oortuigings en waardesisteem en die invloed wat dit op die hantering van pasiënte en dus ook die huisarts-pasiënt verhouding mag uitoeven. Eweneens is die huisarts bewus van die subjektiewe belewenis wat die pasiënt met gesondheidsprobleme ondervind en word dit in ag geneem tydens die beoordeling en hantering daarvan.



9. Die huisarts is die bestuurder van die pasiënt se gesondheidsorghulpbronne wat optimaal tot voordeel van die pasiënt benut moet word. Dit plaas 'n bestuursverantwoordelikheid in die vorm van die rol van hekwagter op die huisarts wat in die toekoms nog belangriker gaan word met die koms van bestuurde gesondheidsorgsisteme en die krimpemde begroting vir gesondheidsdienste.

Hierdie nege beginsels is uiteraard nie uniek tot net huisartskunde nie en elkeen is afsonderlik tot 'n sekere mate op ander dissiplines ook van toepassing. Wanneer dit egter as geheel saamgevat word, is dit net in huisartspraktyk wat dit ten volle toegepas kan word. In die navorsing wat as deel van my doktorsale proefskrif uitgevoer is, is bevind dat huisartse in privaatpraktyk die volgende aspekte van die beginsels onvoldoende toepas:

- \* Te min aandag word aan die pasiënt as persoon en te veel aandag aan die siekte geskenk, moontlik weens die biomediese benadering wat tydens voorgraadse opleiding gevolg word;
- \* die konteks van die siekte word dikwels nie verstaan nie;
- \* huisartse neig om nie die geleentheid tot voorkomende en gesondheidsbevorderende maatreëls wat elke konsultasie bied, aan te gryp nie;
- \* huisartse is geneig om slegs in terme van die individuele pasiënt te dink en nie aan die praktykbevolking as 'n gemeenskap wat aan gesondheidsrisiko's blootgestel word nie; en
- \* huisartse neig om die gesondheidsorghulpbronne van pasiënte en gemeenskappe swak te bestuur en aan te wend.

Die beginsels het natuurlik 'n aantal belangrike implikasies vir huisartspraktyk en die huisarts. Die aard van die huisarts se toewyding aan die pasiënt verg noodgedwonge voortgesette en omvattende versorging. Beskikbaarheid om pasiënte van beide geslagte en alle ouderdomsgroepe se gesondheidsprobleme aan te spreek, beteken dat die gesin die fokus van versorging word en die langtermyn verbintenis met 'n pasiënt en gesin daartoe lei dat die huisarts waardevolle kennis inwin oor sy/haar pasiënte. Die hantering van hierdie inligting, wat dikwels van 'n hoogs vertroulike en intieme aard is, skep soms 'n etiese dilemma vir die huisarts.

Daar word dikwels gevra wat die verskil is tussen die sorg wat 'n mediese spesialis lewer en dit wat 'n huisarts lewer. Dié verskil kan aan die hand van

'n vergelyking tussen die spesialis se sorg en die lees van 'n landkaart verduidelik word. Die spesialis werk in sy/haar spreekkamer of die hospitaal en weet presies watter pad in die pasiënt se liggaam gevolg moet word om by die probleem uit te kom. Die huisarts loop dieselfde pad met die pasiënt, maar woon in dieselfde omgewing en het die benydenswaardige voorreg om die pasiënt se belewenis van die gemeenskap te deel. Die spesialis lees dus die landkaart, maar die huisarts beleef dit!

## 2. DIE GESKIEDKUNDIGE AGTERGROND VAN HUISARTSKUNDE EN DIE DEPARTEMENT

Huisartskunde is 'n relatief jong vakgebied van geneeskunde en sy ontstaan is gesetel in algemene praktyk of *general practice* van die 19de en die eerste helfte van die 20ste eeu. Die term *general practitioner* is vir die eerste keer gedurende die vroeë negentiende eeu in die *Lancet* in Londen gebruik. In die 17de en 18de eeu was geneeshere 'n elite klein groepie mense wat by slegs 'n paar universiteite in Europa baie goed opgelei is en wat tussen die welgestelde en invloedryke inwoners van die stede gewoon en gewerk het. Hulle het geen snykunde beoefen nie en ook geen medisyne aan pasiënte verkoop of voorsien nie.

Die 19de eeu was 'n belangrike tydperk vir die algemene praktisyn in Brittanje en Amerika omdat die karakter en organisasie van algemene praktyk in die ontwikkelende lande sterk deur die kulturele, sosio-ekonomiese en geografiese faktore beïnvloed is. Die ontwikkeling van die geneeskunde in Suid-Afrika is ook sterk beïnvloed deur die Europese tradisies en mediese kennis. Die eerste werklike groot organisering van geneeshere het in 1911 in Brittanje plaasgevind met die stigting van die *National Health Insurance Scheme* waarvolgens 'n algemene praktisyn noodsaaklike versorging aan 'n praktykbevolking teen 'n per capita vergoeding sou verleen. Die *National Health Service* is in 1948 gestig om bekostigbare geneeskundige sorg aan die hele bevolking te lewer. Hierdie sisteem word vandag nog oor die algemeen goed deur beide pasiënte en geneeshere aanvaar.

Die ontwikkeling van huisartspraktyk as 'n selfstandige vakrigting in Amerika het in die vroeë vyftigerjare van hierdie eeu begin maar die werklike momentum het in die sestigerjare gestalte gekry. Die *American Board of Family Practice* is in 1969 gestig en hiermee is huisartspraktyk (*Family Practice*) as die 21ste spesialis-vakrigting in die VSA gevestig. Die rede hiervoor was nie soseer die ontwikkeling van nuwe kennis of tegnieke nie, maar eerder die erkenning van die ernstige tekortkomings wat in primêre geneeskundige sorg ontwikkel het. Dié tekortkominge het ontstaan weens



spesialisering en superspesialisering met gevolglike fragmentering van mediese sorg. Die *American Academy of General Physicians*, wat in 1947 gestig is om die gehalte van algemene praktyk te bevorder, het 'n leidende rol in die erkenning van algemene praktyk as vakgebied gespeel. Daar is tans 450 goedgekeurde en geakkrediteerde opleidingsprogramme vir huisartse in Amerika en huisartskunde is nou die enigste geneeskundige vakrigting waarin opleidingsprogramme in al 50 state van die VSA aangebied word.

In Kanada is die *College of General Practice of Canada* in 1954 gestig as gevolg van die behoefte aan voortgesette mediese opleiding vir die algemene praktisyn, asook weens die aanvraag vir doelgerigte voor- en nagraadse opleiding vir diegene wat tot huisartspraktyk wou toetree. Die naam is in 1967 na die *College of Family Physicians of Canada* verander. Die eerste drie opleidingsprogramme in huisartskunde het in 1966 aan die Universiteit van Calgary, McMaster Universiteit en die Universiteit van Western Ontario 'n aanvang geneem. Die eerste leerstoel in huisartskunde in Kanada is in 1968 ingestel en tans is daar departemente van huisartskunde in al 16 fakulteite geneeskunde in Kanada.

In Australië is die *Royal Australian College of General Practitioners* in 1958 gestig en is dit vandag 'n leier op die gebied van mediese opleiding in daardie land. Al 10 die fakulteite geneeskunde in Australië het huisartskunde departemente wat 'n groot invloed uitoefen om studente van die geleenthede in huisartspraktyk bewus te maak. Die meeste geneeshere wat hulle gedurende die 19de eeu in Suid-Afrika bevind het, het in Europa en Brittanje gekwalifiseer. Wetgewing om die registrasie van geneeshere te reguleer is in 1907 ingestel en die Suid-Afrikaanse Mediese Raad is in 1928 gestig terwyl die eerste fakulteit geneeskunde in Suid-Afrika in 1912 in Kaapstad gestig is. Die eerste plaaslike akademiese organisasie vir algemene praktyk was 'n tak van die *British College of General Practitioners* wat in 1959 gestig is. 'n Onafhanklike Suid-Afrikaanse Kollege vir Algemene Praktyk is in 1969 gestig wat die volgende jaar by die Kollege van Geneeskunde van Suid-Afrika aangesluit het as 'n volwaardige fakulteit. Onlangs is die naam verander na die Kollege van Huisartspraktisyns. Die Suid-Afrikaanse Akademie van Huisartspraktyk/Primêre Sorg is in 1980 gestig met die doel om voortgesette opleiding aan geneeshere en huisartse te bied en daar is tans volwaardige huisartskunde departemente aan sewe van die agt geneeskunde fakulteite in Suid-Afrika.

Die Departement Huisartskunde van die Fakulteit Geneeskunde, Universiteit van Pretoria het in 1967 as die afdeling Praktykvoering in die

Departement Voorkomende en Bevorderende Geneeskunde tot stand gekom na aanleiding van versoeke wat deur verskeie algemene praktisyns soos drs. Howard Botha, Pieter van Biljon, George Davie, Ockert Vermeulen en GFC Troskie tot die Fakulteit gerig is. In die woorde van dr Howard Botha: "Gelukkig vir die toekoms van algemene praktyk was die leisels toe reeds in die hande van prof HW Snyman, een van die sterkste kampvegters vir die huisarts." Aanvanklik is dr PJ van Biljon en dr HP Botha as tydelik-deeltydse lektore aangestel.

Op Saterdag, 17 Februarie 1968, het akademiese huisartskunde in Suid-Afrika aangebreek. Daardie oggend het die verwelkoming van die eerste 31 algemene praktisyns wat in Suid-Afrika vir 'n universitêre nagraadse kursus in hul eie vakgebied ingeskryf het, plaasgevind. Die byeenkoms daardie oggend was ook die vertrekpunt van 'n nuwe soort akademiese ontwikkeling wat deur die destydse Rektor van die Universiteit van Pretoria, prof CH Rautenbach as 'n berekende risiko beskryf is. Negentien van die 31 geneeshere het die finale eksamen in November 1970 na drie jaar deeltydse studie goed geslaag.

Die benaming Afdeling Huisartskunde is later as 'n meer gepaste benaming aanvaar en vanaf 1 Januarie 1971 is dr Howard Botha bevorder tot medeprofessor. Die Departement word in 1974 'n selfstandige departement met prof Botha as die eerste professor en departementshoof. Hy beklee in hierdie opsig 'n unieke posisie aangesien dit die eerste leerstoel van hierdie aard in Suid-Afrika en een van slegs 'n paar ter wêreld was. Hy word in 1977 deur prof ADP van den Berg as Departementshoof opgevolg. Laasgenoemde is bygestaan deur twee medeprofessore, naamlik proff Cora Reitz en Dawie van Staden, as kliniese hoofde by die H.F. Verwoerd- en Kalafong-hospitaal waar die Departement in beheer was van die dienspunte waar primêre pasiëntsorg verskaf word, te wete die noodgevalle- en buitepasiëntafdelings, asook sekere buiteklinieke. Die Mamelodi-hospitaal is later ook as deel van die Departement se diensleweringstelsel ingeskakel.

Ek wil hierdie gedeelte oor die geskiedenis van die vakgebied en die Departement afsluit deur hulde te bring aan my voorgangers en die pioniers wat in hul visioenêre oortuiging meegewerk het tot die vestiging van 'n eie departement. Die werk wat veral wyle prof Howard Botha verrig het, is die fondament waarop gebou is en nog voortgebou sal word. Op hierdie fondament het prof Andries van den Berg kom voortbou en vandag kan ons met trots en dankbaarheid kyk na dit wat hy in bykans twee dekades tot stand gebring het. Die bydraes van sy adjudante, proff Cora Reitz, Dawie van



Staden en Coen van der Merwe tot die ontwikkeling van die Departement sal ons altyd byby. Uit erkenning vir prof Van den Berg se waardevolle bydrae het die Departement verlede jaar vir die eerste keer die Glaxo-Wellcome-toekenning wat jaarliks toegeken word aan die nagraadse student wat die beste presteer het, in die vorm van die Andries van den Berg-medalje toegeken.

### 3. 'n SITUASIE-ANALISE VAN DIE DEPARTEMENT HUISARTSKUNDE

Die Departement se VISIE is om oor die hele spektrum van 'n eie dissipline 'n uitnemende rolmodel te skep en uit te leef in optimale pasiëntersorg, onderwys en navorsing.

Die MISSIE van die Departement lui so:

Binne die verklaarde missie van die Fakulteit Geneeskunde van die Universiteit van Pretoria reik die Departement Huisartskunde daarna om volgens primêre gesondheidsorgbeginsels uitnemend op te lei, na te vors en diens te lewer.

Die missiestelling word nagestreef deur

1. voorgraads te help vorm aan 'n geneesheer met kennis, vaardighede en navorsingsgerigtheid, aan die hand van probleemgerigte en gemeenskapsgebaseerde opleiding;
2. by wyse van nagraadse onderrig, beroepsopleiding en bevordering van voortgesette professionele onderwys, huisartse/primêre geneeshere as leiers en opleiers met gevorderde toepaslike kennis, vaardighede en gesindhede toe te rus;
3. met toegewyde, koste-effektiewe pasiëntersorg en toepaslike navorsing, die akademiese taak te rugsteun; en
4. in noue spanverband met alle departemente in die Fakulteit Geneeskunde te funksioneer en vir medici in primêresorg-diens 'n bron van inligting en voorbeeldstelling te wees.

Vir die nuwe departementshoof is dit egter nodig om sy departement se interne sterk- en swakpunte, en eksterne geleenthede en bedreigings te beoordeel ten einde behoeftes en 'n ontwikkelingsrigting te bepaal.

Gelukkig is die Departement Huisartskunde waarvan ek die voorreg gehad het om die hoofskap oor te neem, geseën met veelvuldige sterkpunte. Ek wil graag enkeles daarvan onder u aandag bring. Vir my is die belangrikste die menslike hulpbronne waaroor ons beskik. Die senior bestuurspan, bestaande uit prof Helgard Meyer en drs Russell Kirkby, Schalk Loots en Janus Marx is die spil waarom die Departement se professionele aktiwiteite draai en die 82 kollegas wat in die Departement werksaam is, is 'n groep hoogs gemotiveerde huisartse en geneeshere met uiteenlopende talente, kennis, benaderings en vaardighede wat deurentyd tot voordeel van ons pasiënte en studente aangewend word. Ten spyte van werksomstandighede wat dikwels sub-optimaal is, lewer hulle 'n primêre geneeskundige diens van 'n gehalte waarop die Fakulteit en die hospitaal waar dit gelewer word, met reg trots kan wees. Die werkslading het die afgelope 4 jaar met bykans 60% toegeneem tot meer as 700,000 konsultasies wat per jaar in die Departement se buitepasiënt- en noodgevalle-afdelings by die H.F. Verwoerd-, Kalafong- en Mamelodi-hospitaal gevoer word sonder dat die diensstaat aangepas is. Ek wil hiermee dan ook hulde aan hierdie kollegas bring en my dank teenoor hulle uitspreek vir die diens wat hulle lewer. Daarby is ons as geneeshere en dosente by al drie die afdelings ook bevoorreg om oor toegewyde en vaardige sekretaresses en tiksters te beskik wat aan ons die nodige ondersteuning bied. Aan hulle ook 'n besondere woorde van dank en waardering.

Die ondersteuning wat die Departement as diensleweraar van die superintendente, spesialiste, kliniese assistente, mediese beamptes en die verpleegpersoneel van die hospitaal kry, dikwels ook onder moeilike omstandighede, is 'n riem onder die hart. Ek beskou dit ook as 'n verdere sterkpunt van die Departement en wil ek namens almal in die Departement hierdie kollegas van harte bedank en die hoop uitspreek dat ons in die toekoms steeds op hulle ondersteuning kan staatmaak.

Die volgende sterkpunt is die Fakulteit en Universiteit waarin ons ons bevind. Opleiding is vir die Departement 'n saak wat na aan die hart lê en daarom word die ondersteuning en aanmoediging wat vanuit die geleedere van die Universiteit en Fakulteit verleen word, as 'n sterkpunt beskou. Die Departement se betrokkenheid by die voorgraadse opleiding van mediese studente strek vanaf die tweede jaar waar die Nood-mediiese-assistentkursus aangebied word tot by die vierde- en vyfdejaar waar die kursus in Huisartskunde oor 18 maande strek. Tydens hierdie tydperk word 56 lesings aangebied en woon elke student 'n praktiese opleidingstydperk van vier weke by waartydens bykans 80 uur se besprekings en praktiese oplei-



dingsessies aangebied word. Daarbenewens is die Departement by die gemeenskapsgebaseerde opleidingsblok gedurende die vierde en vyfde studiejare betrokke asook by die voorgraadse opleiding van fisio- en arbeidsterapeute.

Ten opsigte van nagraadse opleiding bied die Departement die Magistergraadkursus in Huisartspraktyk aan. Die Minister van Nasionale Opvoeding het onlangs die verandering van die graadbenaming na Magister in Geneeskunde met spesialisering in Huisartskunde (MMed Huisartskunde) vanaf 1997 goedgekeur. Die kursus word tans net deelyds aangebied met omtrent 150 uur onderrigtyd per jaar wat oor verskillende sessies gedurende die akademiese jaar versprei word. Bykans 400 geneeshere het reeds die kursus gedurende die afgelope 25 jaar suksesvol voltooi om sodoende as Huisartse by die Suid-Afrikaanse Geneeskundige en Tandheekundige Raad te registreer. Die kursus word sedert 1994 ook op Witbank aangebied waar nege van die oorspronklike 13 studente waarskynlik die kursus aan die einde van vanjaar binne die bestek van die minimum studietydperk van drie jaar suksesvol behoort te voltooi.

Wat navorsing betref, is departementslede oor die wye terrein van die vakgebied betrokke by verskeie projekte wat wissel van biomediese toestande soos chroniese moegheid, fibromialgie, depressie, hipotireose in die bejaarde, karsinoom van die serviks by vrouens en bilharzia, tot by die verwysingsproses in primêre geneeskunde, mediese oudit van chroniese sieketoestande en die morbiditeitsprofiel van pasiënte wat in die Departement hanteer word. Referate en plakkaatvoordragte word gereeld by nasionale en internasionale kongresse gelewer.

Daar is egter twee swakpunte in die Departement se mondering wat in die toekoms aandag sal verg. Die eerste is die onvermoë om aanvaarding van artikels oor navorsing wat uitgevoer is, in subsidieerbare tydskrifte te verkry. Die tweede is die mate van betrokkenheid by voorgraadse opleiding. Alhoewel dit die Fakulteit se missie is om geneeshere op te lei wat in staat is om onafhanklik te praktiseer en wat dus algemene praktisyns genoem kan word, is die Departement Huisartskunde by slegs 2,8% van die praktiese en teoretiese opleidingstyd in die vierde en vyfde studiejare betrokke en glad nie by die opleiding en beoordeling in die finale jaar nie.

#### 4. 'n TOEKOMSVISIE

Net soos die res van die gesondheidsorgsisteem in die Republiek staan Huisartskunde as wetenskaplike vakgebied sowel as die huisarts as

primêre geneesheer voor groot uitdagings wat as bedreigings of geleenthede beskou kan word. Met die klem tans op primêre gesondheidsorg, wat dikwels as 'n verpleegkundig-gebaseerde versorgingsvlak beskou word, mag dit gebeur dat die huisarts nie sy/haar regmatige plek in die span gegun word nie.

Dit is so dat die eksterne omstandighede en faktore nie beheer kan word nie, maar die Departement se inherente krag en prosesse sal so ingestel word dat daar vinnig op geleenthede en bedreigings gereageer kan word. Sowel die geleenthede as die bedreigings moet egter as uitdagings beskou word. Die Departement Huisartskunde sal op hierdie uitdagings reageer deur doelgerigte en toepaslike opleiding van huisartse, hoëgehalte dienslewering en navorsing.

Ek het 'n visie vir die Departement wat op geïdentifiseerde geleenthede en uitdagings vir die toekoms gebaseer is. Hierdie visie wil ek graag in die vorm van 'n 5-jaar plan vir opleiding, dienslewering, navorsing en bestuur aan u voorlê.

#### OPLEIDING

Die Departement sien met opgewonde afwagting uit na aktiewe deelname aan die voorgraadse opleiding van mediese studente volgens die nuwe probleemgerigte en gemeenskapsgebaseerde kurrikulum. Ons is daarvan oortuig dat ons 'n beduidende bydrae in die toekoms sal kan lewer en is bereid om dít te doen wat die Fakulteit van ons verwag. Die Departement kan op die volgende terreine 'n aansienlike bydrae tot voorgraadse opleiding maak:

- \* Die konsultasieproses met spesifieke verwysing na die ongeleekteerde pasiënt, wat ook algemene fisiese en spesiale ondersoeke insluit;
- \* Die geneesheer-pasiënt verhouding;
- \* Bestuursbeginsels vir die geneesheer, met inbegrip van die bestuur van sy/haar eie lewe;
- \* Die etiese beginsels van geneeskunde; en
- \* noodgeneeskunde.

Wat nagraadse opleiding van huisartse betref, gaan die nodige veranderinge aan die program gemaak word ten einde te reageer op die behoeftes van ons land aan huisartse. Hulle moet oor die toepaslike kennis, vaardighede en benaderings beskik om veral in die ondervoorsiene



gebiede, wat nie noodwendig net afgeleë gebiede is nie, in hospitale en gemeenskappe 'n primêre geneeskundige diens van hoogstaande gehalte te kan lewer. Hiervoor sal loopbaan-ontwikkelingsgeleenthede vir huisartse deur die owerheids- en privaatsektor ontwikkel moet word. Die Departement wil 'n leidende rol gedurende die volgende vyf jaar hierin speel om vroeg in die volgende eeu te verseker dat die huisarts sy/haar regmatige plek in die gesondheidsorgsisteem sal volstaan. Die veranderinge wat nodig sal wees, sluit onder meer in dat die opleidingstydperk na vier jaar verleng word en dat die opleiding in samewerking met die spesialisdisiplines, onder voltydse toesig moet plaasvind. Die samewerkingsooreenkoms met die Departement Gesondheid van Mpumalanga bied die ideale geleentheid hiervoor en sal verder ondersoek en benut word.

## DIENSLEWERING

Ten opsigte van dienslewering sal die Departement daarna streef om gedurende die volgende vyf jaar die aktiwiteitsvlak wat tans gehandhaaf word, in stand te hou en nie toe te laat dat die opleidings- en navorsingsfunksies deur die oormatige diensleweringlas benadeel word nie. Daar word nie verwag dat die fisiese fasiliteite by veral die H.F. Verwoerd-hospitaal binnekort dramaties sal verbeter nie, maar ons sal voortdurend daarna streef om 'n diens van hoogstaande gehalte te lewer, ondanks die gehalte van die hulpbronne tot ons beskikking. Daar word egter verwag dat die fisiese fasiliteite by die Mamelodi-hospitaal binnekort gaan verbeter en daarvoor wil ek ons dank teenoor die Universiteit en die gesondheidsowerhede uitspreek. Daar word voorsien dat die Mamelodi-hospitaal in die toekomst 'n belangrike rol in die opleiding van huisartse gaan speel omdat aandag ook aan opleiding in die tegniese vaardighede geskenk kan word.

Daarbenewens sal die opleidingsgeleenthede by ander gemeenskaps-gesondheidsentra en gemeenskapshospitale, privaat huisartspraktyke en streekshospitale ook ondersoek en benut word. Die Fakulteit se betrokkenheid in Mpumalanga skep talle opwindende moontlikhede vir opleiding en navorsing deur middel van dienslewering oor die volgende vyf jaar.

## NAVORSING

Die navorsingsaktiwiteite van die Departement gedurende die volgende vyf jaar gaan op die volgende vier gebiede gerig word:

### A. Kliniese oudit en gehalteversekering

Kliniese of mediese oudit word gedefinieer as 'n sistematiese kritiese ontleding en beoordeling van die gehalte van geneeskundige sorg, insluitende die prosedures wat vir diagnose en behandeling aangewend word, die resultaat van die aanwending van hulpbronne en die verbetering van die pasiënt se lewensgehalte. Mediese of kliniese oudit word tans as deel van die roetine praktykvoering van alle klinici beskou. Dié oudit is noodsaaklik vir die sistematiese en kritiese ontleding van die parameters van gehaltesorg. Dit kan aanleiding gee tot die verbetering van die sorg wat verleen word.

### B. Die bejaarde (Geriatric)

Die huisarts as eerste kontak of primêre geneesheer is dikwels die enigste mediese sorgverlener aan die bejaarde, maar ten spyte daarvan word min navorsing oor bejaardesorg in huisartspraktyk in ons land uitgevoer. Die Departement sal navorsing instel oor die gesondheidstatus van die bejaarde, die vroegtydige opsporing en behandeling van mediese en sosiale probleme en die verwagtings wat bejaardes van die huisarts koester. Hierdie faktore speel 'n belangrike rol by die voorkoms van ongeskiktheid, afhanklikheid, hospitaalverblyf, lae moraal, morbiditeit en mortaliteit by die bejaarde.

### C. Die gesin as versorgingsfokus

Die gesin as eenheid of fokus van versorging is by uitstek 'n kenmerk van huisartspraktyk. Die huisarts se verpligting teenoor die gesin as eenheid sowel as die pasiënt as persoon vereis 'n gesamentlike poging om die welsyn van albei te bevorder sonder om die een hoër as die ander te ag. Die aanvaarding van hierdie verpligting skep eidelose navorsingsgeleenthede vir die Departement om die interaktiewe dinamiek te beskryf en oplossings vir probleme wat geïdentifiseer word, voor te stel.

### D. Noodgeneeskunde

Suid-Afrika word geag een van die gewelddadigste lande ter wêreld en weer eens is die huisarts in die voorste linie waar die aanwending van noodgeneeskunde dikwels die verskil tussen herstel en ongeskiktheid of afsterwe beteken. Ten einde sinvol te kan beplan en hanteringsprotokolle te kan ontwikkel, is dit noodsaaklik dat die Departement navorsing oor hierdie aspek van die geneeskunde uitvoer.



Verskeie projekte is al geïnisieer en daar word gepoog om so veel as moontlik van die departementslede by die projekte te betrek. Daar is onlangs begin met 'n doktrale studiegroep om kollegas wat van voornemens is om 'n doktorsgraad te behaal, te begelei en te ondersteun. Die voorlegging van verslae oor navorsingsprojekte aan vaktydskrifte vir publikasie sal ook met nuwe ywer aangepak word.

## BESTUUR

Die Departement se bestuur gaan op deelname en doelwitstelling gegrond word. Die proses van delegering van verantwoordelikhede en besluitneming is reeds afgehandel, met die gevolg dat huisartse wat as firmahoofde optree, doelwitte vir opleiding en navorsing gestel het waarna gestreef sal word. 'n Evalueeringsproses sal jaarliks ingestel word om te bepaal tot watter mate aan die doelwitte voldoen is. Toepaslike maatreëls sal ingestel word om kollegas te help om hul eie en die Departement se doelwitte te bereik.

## SAMEVATTING EN AFSLUITING

Die Departement Huisartskunde en die huisartse in Suid-Afrika bevind hulself in 'n opwindende era vol uitdagings wat met geesdrif trotseer moet word. Ons beskik oor die nodige kennis, benaderings en vaardighede om 'n noodsaaklike vennoot in die lewering van 'n hoë gehalte gesondheidsdiens, opleiding en navorsing te wees. Ek as departementshoof en my departement sal ons rol hierin geesdriftig vervul.

Primêre sorg of huisartskunde is nie die oplossing van alle gesondheidsprobleme nie. Die feit dat huisartse in staat moet wees om enige probleem waarmee die pasiënt aanmeld, te kan aanvaar, impliseer nie dat hulle verantwoordelik vir die oplossing daarvan is nie. Doeltreffende huisartspraktyk en primêre geneeskunde is interafhanklik van die res van die gesondheidsorgsisteem wat vir gemeenskappe beskikbaar is. Dit is op 'n breë basis gefundeer en betrek die mens in sy volheid, ook wat sy belewenis betref.

Urberg het in 1989 die sentrale plek van die huisarts in die gesondheidsorgspan soos volg geskets:

*Family physicians are now in an excellent position to become the central coordinators of medical care. Certainly financial pressures are placing them in the center of the referral networks of major insurers. To attain this central position, family physicians must demonstrate that*

*they have unique skills and knowledge that qualify them to deliver primary care and to coordinate the efforts of other physicians to provide the best secondary care possible to optimize the outcome for patients. Using sound scientific principles combined with humanistic values, family physicians are in a good position to make this potential a reality.*

Ek sluit af met 'n aanhaling van 'n Britse internis, dr Hart, wat in 1975 geskryf het:

*If new scientific knowledge is to be applied, we must have an appropriate structure of primary care. Doctor's shops dealing hastily conceived remedies to symptomatic customers will not do!*

Dieselfde beginsel is in ons land op alle huisartse, hetsy in privaat- of voltydse praktyk, van toepassing. Die Departement Huisartskunde van die Fakulteit Geneeskunde, Universiteit van Pretoria sal met ywer daaraan werk om 'n toepaslike struktuur van primêre geneeskundige sorg vir al die inwoners van die streek waarin ons bevind, te skep en te onderhou.