

# KURATIEWE DIENSTE VIR DIE GEMEENSKAP

M. J. Viljoen

Professor, Departement Verpleegkunde  
Universiteit van die Oranje-Vrystaat

## SUMMARY

The author discusses several curative services available to patients at the community level. She points out whether health care is organized to take the cultural, social and economic needs of the patient and the community into consideration, and refers to the personnel who render the services and how they participate.

## INLEIDING

**D**IE term "cure" verwys na die ingryping, onderbreking of verandering aan die natuurlike verloop van siekte en/of om die funksionering van liggaam en psige wat om een of ander rede benadeel is, te verbeter, en sluit ook sosiale- en arbeidsrehabilitasie in (Abel-Smith, 1976, p. 129).

Ten einde dienslewering sinvol en ekonomies regverdigbaar vir die diensverbruiker te maak, moet beide diensfasiliteite en personeel aangepas word volgens die diens wat gelewer word.

Die opleiding en vaardighede van die gesondheidsdienspersoneel moet optimaal benut word, en tesame hiermee word kontinuïteit in dienslewering as verdere vereiste gestel. Hierdie is egter kompeterende vereistes, in dié opsig dat aan laasgenoemde vereistes slegs voldoen kan word wanneer 'n klein aantal persone die pasiënt oor 'n tydperk versorg. Daarenteen, word die hoogste tegniese vaardigheid bereik met 'n hoogs gespesialiseerde werksverdeling en 'n uitgebreide verwysingsstelsel.

Die lewering van 'n geskikte gesondheidsdiens sentreer rondom die volgende vraag. Hoe kan 'n diens gelewer word, wat tegnies uitstekend en sensitief vir die persoonlike behoeftes van die pasiënt is sodat diegene wat 'n diensbehoefte demonstreer dit teen 'n redelike prys kan ontvang? Volgens die daargestelde vereistes van die gemeenskap sien die doel van 'n gesondheidsdiens as volg daaruit.

Die aktiwiteite van gesondheidsdienspersoneel is nie slegs gerig op die diagnoseer en die behandeling van siektes nie, maar op die instandhouding van gesondheid en voorkoming van siekte. Hierdie doelstelling sluit aan by die konsep van gesondheid, naamlik dat dit verband hou met die vermoë van die individu om sonder ongemak (fisies en psigies), pyn en inkorting van liggaamsfunksies te kan voortbestaan. Hierdie begrip behels dat die **individu sy sosiale rolle in die gemeenskap, in die gesin en by sy werk kan vertolk**, en plaas 'n verantwoordelikheid op die personeel van die gesondheidsdienspan om dié voordele wat die behandelings van die

pasiënte inhou, nie alleen in terme van fisiese uitwerking op die liggaam te beskou nie, maar ook te let op die wyse waarop dit die pasiënt se vermoë om as gemeenskapslid te funksioneer, beïnvloed. Die risiko's en voordele van die mediese behandeling moet dus opgeweeg word teen die sosiale waarde wat dit vir die pasiënt inhou.

Daarenteen kan die waarde van 'n gesondheidsdiens objektief of subjektief deur die diensverbruiker geïnterpreteer word, en is die standaard wat vir 'n gesondheidsdiens deur die verbruiker gestel word, nie absoluut nie. Diensbehoefte kan as werklike behoefte of as 'n behoefte wat deur die gemeenskap of die individu bepaal is, gesien word.

In die bespreking van dienste wat volg, word die voor- en nadele wat die diens vir die gemeenskap inhou, bespreek.

## DIE HOSPITAAL

Die moderne hospitaal word hedendaags as die belangrikste onderafdeling van 'n gesondheidsdiens waar kuratiewe dienste gelewer word, beskou. ('n Verskeidenheid van spesialisdiensdienste word aangebied.) Die moderne hospitaal het egter so 'n "matige en outonome bepaler" van die aard van 'n gesondheidsdiens geword, dat dit maklik uit die oog verloor kan word dat dit 'n resultaat van 'n evolusieproses is waarin die waardesisteem van die gemeenskap 'n groot rol gespeel het.

Hiermee word daarna verwys dat die sosiale en kulturele omgewing van die hospitaal 'n merkbare uitwerking op die bepaling van sy moderne vorm gehad het, en dat dit veral ideologieë is wat 'n rol in die ontwikkelingsbeeld van die hospitaal gespeel het. Medemenslikheid, naasteliefde en menslike verantwoordelikheid teenoor die gemeenskap was medebepalend in dié opsig. So ook kan verwysing na godsdienstige en politieke ideologieë in dié verband nie nagelaat word nie.

Geskiedkundig beskou, het die moderne hospitaal gedurende die middeleeue, as 'n gemeenskapsinrigting met 'n godsdienstige grondslag ontstaan, en het dit in die twintigste eeu in 'n "tegnologiese sentrum" ontwikkel (Twaddle, 1977, p. 235).

Die faktore wat die vinnige ontwikkeling van die hospitaal in die twintigste eeu bepaal het, word as volg uiteengesit:

— Die opkoms van mediese skole en universiteite het 'n kennisontploffing tot gevolg gehad, wat die behandeling van die pasiënt met 'n akute siekte toestand aansienlik verbeter het.

— Die toename in diensbehoefte wat hoofsaaklik deur verbeterde lewenstandaarde en opvoedingspeil van die diensverbruiker (wat die waardesisteem van die gemeenskap beïnvloed), laterale en vertikale mobiliteit van die gemeenskap, en die beskikbaarheid van dienste in die hand gewerk word, het tot gevolg gehad dat die werkslading van die gesondheidsdiens vergroot het. Tesame met die kennisontploffing het dit tot die soeke na arbeidsbesparende apparaat aanleiding gegee, en is daar in toenemende mate op tegnologie gesteun.

— Die optimale benutting van wetenskaplike kennis en die tegnologie het in 'n toenemende mate tot spesialisasie in gesondheidsdienste en gevolglik fragmentasie van dienslewering aanleiding gegee. Hiermee het mediese versorging vanaf die huis na die spreekkamer, kliniek en hospitaal verskuif.

Ten spyte van die feit dat die moderne hospitaal simbolies van die Westerse ontwikkeling op tegnologiese gebied geword het, dat lewens daar gered en verleng word en dat groot bedrae geld in die hospitaal belê word, ontstaan die vraag rondom die belang van die hospitalisasie van die pasiënt as 'n fase in sy behandelingsprogram. In enige gegewe jaar word slegs 'n klein persentasie van die bevolking in die hospitaal opgeneem. Baie van hierdie persone kon buite die hospitaal behandel word. Sommige siektetoestande vereis verskillende fasiliteite waaraan die hospitaal nie kan voldoen nie. Twaddle laat hom as volg oor hierdie aspek uit:

"In any given year only a minority of the population will enter the hospital. Most of those who do could be well treated outside were it not for features of hospital organization and health care financing, that encourage inpatient treatment. Also there is reason to believe that the volume of hospitalization cannot be explained solely by the technological superiority of the organization. Events are happening in other parts of society that make hospitalization more likely irrespective of efficiency" (Twaddle, 1977, p. 235).

Mechanic wys verder daarop dat die diens wat die hospitaal lewer, dikwels swak met primêre gesondheidsdienste gekoördineer is, dat duplisering van hospitaaldienste 'n algemene verskynsel is, dat onderbesetting van beddens algemeen voorkom en hoë koste in die hand werk en dat daar 'n voortdurende mannekragtekort is. Hy verwys ook daarna dat die hospitaal dikwels vir die ekonomiese en sosiale gerief van beide dokter en pasiënt gebruik word (Mechanic, 1977, p. 238).

Twaddle beweer dat hospitaaldienste longitudinaal (intensiewe aandag word aan fisiese behoeftes gegee) of lateraal (sosiale, kulturele en ekonomiese behoeftes word verreken) volgens die pasiënt se behoeftes verskaf word (Twaddle, 1977, p. 238). Met die tegnologiese ontwikkeling is eersgenoemde hantering van die pasiënt egter meer aan die orde van die dag, en word laasgenoemde versorging dikwels uit die oog verloor.

Die hospitaal is met die gemeenskap wat dit dien op twee prinsipiële wyses verbind. Eerstens die dienste (buitepasiëntedienste en noodgevälle) waardeur daar 'n interaksie met die gemeenskap is, en wat toelating tot die hospitaal beskikbaar stel, en tweedens sosiale dienste.

Benewens hospitalisasie kan 'n verskeidenheid alternatiewe dienste gelewer word.

## NOODGEVALLE

Hierdie diens verskaf hantering van ernstige mediese en chirurgiese probleme wat skielik te voorskyn gekom het, aan die diensverbruiker.

'n Belangrike ontwikkeling, wat problematies van aard is, is die klemverskuiwing in die gebruik van noodgevälle met 'n gevolglike verontagsaming van die werklike doelstelling van die diens. Laasgenoemde is hierin geleë dat 'n groter aantal pasiënte van

noodgevalle vir ondersoek van probleme wat nie akute is nie, en nie 'n nooddiens verg nie, gebruik maak, wat andersins by 'n geneesheer in sy spreekkamer of by 'n gesondheidsentrum hanteer kon word.

Alhoewel hierdie toedrag van sake hoegenaamd nie gewens is nie, is die rede daarvoor voor die hand liggend. In sommige dele van die land is geneesheer skaars of soms weens verpligtinge nie beskikbaar nie. Die gesondheidsentrum weer, waarna reeds verwys is, is in die Republiek van Suid-Afrika nog 'n relatiewe skaars en onbekende gesondheidsdiens. (Hierdie diensfasiliteit word later breedvoerig bespreek.)

Die toename in die sterftesyfer as gevolg van noodgevalle geniet tans in die V.S.A. aandag. Ten einde verbeterde lewensreddende dienste daar te stel word daar tans klem gelê op die opleiding van paramedici en opgeleide verpleegsters in "Advanced pre-hospital Care" (Walraven, et.al., 1979, p. vii), en word gedentraliseerde noodgevalle as gemeenskapsfasiliteite beskikbaar gestel. Alhoewel daar hier te lande goed toegeruste noodambulansse en goed opgeleide personeel vir hierdie diens beskikbaar is, kan die diens meer intensief uitgebrei word.

### **BUITEPASIËNTEDIENS**

Buitepasiëntediens het in sommige dele van die land aansienlik toegeneem. Met die daarstelling van hierdie diens is daar 'n poging aangewend om 'n komprehensiewe diens vir die pasiënt daar te stel. Twaddle (Twaddle, et al 1977, p. 250) spreek hom egter oor die te kortkominge van die diens as volg uit:

"In most hospitals, ambulatory clinics remain the stepchild of the inpatient services. Staffing for the most part is by physicians who have their major commitment to inpatient treatment, but are required to spend a limited time each week in a clinic, run by their specialty. Much of the work of such clinics is given over to follow-up care of former inpatients. Clinic work is considered to be less interesting and important, particularly in university, teaching hospitals where clinic work receives less recognition" (Twaddle, et al 1977, p.250).

### **GESONDHEIDSENTRUM**

Soos reeds vermeld is hierdie sentra relatief onbekend hier te lande. Primêre gesondheidsdienste, wat laboratoriumwerk, die neem van X-strale, chirurgie (kleiner ingrepe) tandheelkundige dienste en psigiatrisiese dienste behels, word aangebied. Hierdie sentra verskil in dienslewering van die groepspraktyk van geneesheer en hospitaaldiens in dié opsig dat die diensverbruiker by sy behandeling betrek word en dat sy sosiale, kulturele, ekonomiese en psigiese behoeftes in ag geneem word. Mechanic beskryf hierdie diens as ". . . primary health services which relieve worry and promote peace of mind, and which provide potential for preventive practice, treatment of many existing conditions, screening and necessary referral and further treatment" (Mechanic, 1972, p. 19).

'n Diens van só 'n aard kan slegs gelewer word waar daar van die spanbenadering in die behandeling van die pasiënt gebruik gemaak word, soos wat wêl die geval is. Die rede hiervoor is voor die hand liggend, aangesien die geneesheer se opleiding in 'n groot mate van die sosiale wetenskappe geïsoleer is, en sy opleiding hom dus in 'n

groot mate van die gemeenskap isoleer (Corey, 1977, p. 3), en soos reeds aangedui, spesialisasie vir meer doeltreffende dienslewering aan die orde van die dag is.

In die Oranje-Vrystaat is twee van diesulke sentra op Vrededorp en Ventersburg deur die Provinsiale Administrasie daargestel. Die dienste aldaar gelewer is ook vir die privaat pasiënt beskikbaar (teen vergoeding aan die Provinsiale Administrasie), sou die privaat praktisyne sy pasiënt daarheen verwys.

### **PRIVAATPRAKTISYNSDIENSTE**

Alhoewel dit kwantitatief moeilik bepaalbaar is, word 'n baie groot gedeelte van kuratiewe dienste aan die gemeenskap deur die privaatgeneesheer gedoen. Volgens Prof. P. J. Pistorius, van die Departement Huisartskunde van die Universiteit van die Oranje-Vrystaat, is die oorgrote meerderheid van die dienste wat die privaatpraktisyne lewer kuratief van aard. Volgens opnames wat in sy privaatpraktyk in Brits gedurende 1968 gedoen is, was die voorkomssyfer van kuratiewe werk 94% (per pasiëntkontak) en 96,5% gedurende Februarie 1978\*. Die rede vir hierdie hoë persentasie kuratiewe werk wat gedoen word is te wyte aan die feit dat pasiënte volgens hoofklagte aanvanklik ondersoek en behandel word, en dat die privaatgeneesheer volgens statutêre bepalinge nie fooie vir voorkomende en bevorderende of rehabilitatiewe dienste mag hef nie, sou hierdie tipe diens deur homself of 'n opgeleide verpleegster of paramedikus in sy diens gedoen word.

Daar is geen maklike antwoord op die vraag wat dan die geneesheer se verpligting, teenoor die pasiënt wat hulp soek, is nie. Die "siekte model" word hoofsaaklik in die benadering tot die pasiënt gebruik, en wanneer hierdie benadering oorbeklemtoon word, reageer die geneesheer dikwels nie op die ander behoeftes van die pasiënt nie, waarteenoor die spanbenadering hierdie eensydige hantering van die pasiënt sou uitkakel.

### **NASORGDIENTE (DISTRIKVERPLEGINGS-DIENTE)**

Hierdie diens word hoofsaaklik vanaf algemene hospitale aan pasiënte wie se toestand nie meer hospitalisasie regverdig nie, maar nog professionele toesig en raadgewing verg, beskikbaar gestel. Hierdie diens is in twee opsigte van onskatbare waarde. Eerstens bespaar dit die onkoste van langdurige hospitalisasie en tweedens bevorder dit die pasiënt se sosiale aanpassing by sy siektetoestand. Voorheen was dié diens slegs vir "hospitaal" of "akademiese" pasiënte beskikbaar, maar tans is die diens by die Nasionale Hospitaal, Bloemfontein ook vir privaat pasiënte (teen vergoeding aan die Provinsiale Administrasie), beskikbaar gestel.

### **GEMEENSKAPSPEDIATRIE ("COMMUNITY PAEDIATRICS")**

In Engeland is daar sedert 1977 'n beweging onder pediater om die gesondheidstoestand van die kind in die gemeenskap meer intensief te bestudeer en word daar veral gelet op die invloed wat die sosiale omgewing op die ontwikkeling van die kind het (Mitchell, 1977, pp. 3-4).

\*Voetnoot: Ongepubliseerde data, Professor G. J. Pistorius, Departement Huisartskunde, Universiteit, van Oranje-Vrystaat.

## KLINIEKDIENTE

Kuratiewe dienste word ook by klinieke van die plaaslike owerhede en Staatsgesondheid op klein skaal aangebied. Wanneer daar nie 'n geneesheer by sodanige diens beskikbaar is nie, bevind die verpleegster haar dikwels in 'n situasie waar sy pasiënte na 'n geneesheer moet verwys waar die pasiënt andersins onmiddellike aandag kon geniet.

## TUISVERSORGINGDIENSTE ("HOME HEALTH CARE")

Stewart beskryf bogenoemde diens as 'n komponent van 'n allesomvattende diens en sit dit as volg uiteen:

"These services are provided under a plan of care which includes appropriate service components such as, but not limited to, medical care, dental care, nursing, physical therapy, speech therapy, occupational therapy, social work, nutrition, homemaker, home health aide, transportation, laboratory services, medical equipment and supplies" (Stewart, 1979, p. 2).

Hierdie diens word op drie vlakke ingedeel:

— Die intensiewe vlak, die sogenoemde gekoördineerde tuisversorging. Die pasiënte met 'n akute siektetoestand word tuis deur 'n span hoogs gespesialiseerde gesondheidsdienspersoneel versorg, insluitende geneesheer. Hierdie versorging duur gewoonlik slegs vir 'n kort periode.

— Die intermedieë vlak, of die rehabilitatiewe vlak, waar 'n diens aan 'n pasiënt in die herstelperiode verskaf word. 'n Geneesheer, verpleegster, fisioterapeut, arbeidsterapeut en 'n dieetkundige kan hierby betrokke wees. Die diens duur gewoonlik ook vir 'n kort periode.

— Die "basiese" vlak of vlak van instandhouding van gesondheid. Die diens op hierdie vlak bedien pasiënte wat as gevolg van 'n verminkende toestand, ander fisiese stremming of chroniese siektetoestand, gehospitaliseer sou moes word. Voortdurende toesig met die klem op die instandhouding van gesondheid stel hierdie persone in staat om tuis te bly. Fisiese probleme gepaard met emosionele en sosiale probleme wat dikwels by hierdie pasiënte voorkom, maak die spanbenadering in die hantering van die pasiënt 'n vereiste (Stewart, 1979, p. 3).

Met die lewering van hierdie diens word die tuiste en gesinslede as waardevolle komponente in die sisteem

beskou, foutiewe plasing van pasiënte word voorkom, sou sekere dienste tekortsiet, die regte van die individu word beskerm en dienste word op 'n persoonlike vlak aangebied (Stewart, 1979, p. 5).

## PSIGIATRIESE GEMEENSKAPSDIENSTE

Hierdie dienste word aan die psigiatriese pasiënt na ontslag gelewer, sou die pasiënt nog professionele toesig verg. Sodoende word die tradisionele lang hospitalisasie-periode van die pasiënt uitgeskakel.

## DIENSTE AAN FISIESE GESTREMDES, D.I. DOWES, BLINDES, KREUPELES:

Dienste aan hierdie persone moet sorgvuldig met sosiale dienste gekoördineer word, sodat die pasiënt verseker word van die diens wat verlang word.

## SLOT

Alhoewel hospitalisasie slegs 'n fase in die lewering van 'n gesondheidsdiens aan pasiënte is, word hierdie diens dikwels as 'n maklik beskikbare kuratiewe diens uitgebuit. Die implikasies van hierdie benadering kan nadelig vir die pasiënte wees. Alternatiewe en meer toepaslike dienste behoort tot die beskikking van pasiënte gestel te word.

## BRONNELYS

1. Abel-Smith, B.: *Value for money in health services*, Heineman, London, 1976.
2. Anderson, O. W.: *Health care: Can there be equity*, John Wiley and Sons, New York, London, 1972.
3. Babson, J. H.: *Health care delivery systems: A multinational survey*, Pitman Press, 1972.
4. Corey, L., Epstein, M. F., Saltman, S. E.: *Medicine in a Changing Society*, C. V. Mosby Co., St. Louis, 1977.
5. French, R. M.: *The dynamics of health care*, McGraw-Hill Book Co., New York, St. Louis, 1977.
6. Howard, Ian, Strauss, A.: *Humanizing health care*, John Wiley and Sons, New York, London, 1975.
7. Lapatra, J. W.: *Health care, delivery systems, evaluation criteria*, Charles C. Thomas Publ., Springfield, Illinois, 1975.
8. Le Roy, L., Beck, S.: *Primary care in a specialized world*, Ballinger Publishing Co., Cambridge, 1976.
9. Mchachlan, G.: *Patient, Doctor, Society; A Symposium of Introspections*, Oxford University Press, London, New York, Toronto, 1972.
10. Mechanic, D.: *Public expectations and health care*, Wiley-Interscience, New York, London, 1972.
11. Milo, Nancy: *The care of health in communities, Access or Outcasts*, MacMillan Publishing Co., London, New York, 1975.
12. Mitchell, R. G.: *Child health in the community*, Churchill Livingstone, London, New York, 1977.
13. Stewart, J. E.: *Home health care*, C. V. Mosby Co., St. Louis, London, 1979.
14. Twaddle, Andrew C., Hessler, Richard M.: *A Sociology of Health*, C. V. Mosby Co., St. Louis, 1977.
15. Walraven, G., Harding, J., LeBlanc, K. M., Murphy, G., Nerney, M. F.: *Manual of advanced pre-hospital care*, Prentice Hall Co., Maryland, 1978.

## Die Multiprofessionele Spanbenadering . . . (vervolg van bladsy 10)

### BIBLIOGRAFIE

1. Dryden, M.V.: *Nursing Trends*. 4th printing. W.M. C. Brown. Publ. Iowa. 1973.
2. Kotzé, W.J.: *Begeleiding in die Verpleegkunde*. SAVV, Pretoria, 1979.
3. Van Bergen, B. en L. Hollands: *Naar een profiel van die Verpleegkunde*. Tydskrifte: de Tijdstroom. Lochem, 1975.
4. Robbertze, J.H.: *Die psigiatriese verpleegster as psigoterapeut*. SAVT Junie 1973 en Julie 1973.
5. Robbertze, J.H.: *Towards the restructuring of the Mental Health Team — a model for the training of future Psycho-therapists*. *Psychotherapy*. Vol. 1 No. 3 Okt/Nov 1975, P.18-27

### Ongepubliseerde Werke

6. Le Roux, M.M.: *Die aanwending van maatskaplike groepwerk in 'n psigiatriese hospitaal*, Universiteit van Pretoria, M-Verhandeling 1971.
7. Warcaba, C.: *Review of the situation in Europe regarding the role of nursing in Modern Psychiatric Practice*. WHO Working Group 10. 1975.

### Ander

8. R.S.A.: *Wet op Geestesgesondheid*, 1973 (No. 18 van 1973)
- R.S.A.: *Wet op Verpleging*, 1978 (No. 50 van 1978)
9. Statistiek: Departement van Gesondheid