

**GESONDHEID IN ONTWIKKELINGSPERSPEKTIEF :**

**'N GEVALLESTUDIE VAN LOXTON**

deur

**HANNES MATTHEW WATERBOER**

**Verhandeling voorgelê ter gedeeltelike vervulling van die  
vereistes vir die graad**



**MAGISTER ARTIUM**

in die

**Instituut vir Sosiale Ontwikkeling**

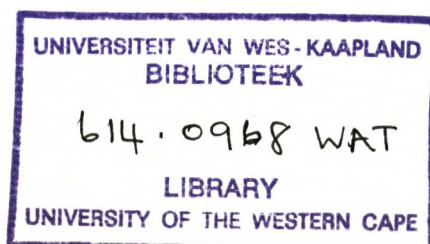
aan die

**UNIVERSITEIT VAN WES-KAAPLAND**

**STUDIELEIER : PROF A C REDLINGHUIS**

**MEDESTUDIELEIER : DR V TAYLOR**

**BELLVILLE  
Desember 1992**




045647R



UNIVERSITEIT VAN WES-KAAPLAND  
BIBLIOTEEK  
614-0968 WAT  
LIBRARY  
UNIVERSITY OF THE WESTERN CAPE

Ek verklaar hiermee dat "Gesondheid in ontwikkelingsperspektief: 'n gevallestudie van Loxton" my eie werk is en dat ek alle bronne wat ek gebruik of aangehaal het, deur middel van volledige verwysings aangedui of erken het.



H.M. Waterboer



UNIVERSITY *of the*  
WESTERN CAPE

**GESONDHEID IN ONTWIKKELINGSPERSPEKTIEF: 'n GEVALLESTUDIE VAN LOXTON**

**H.M. WATERBOER**

Die navorsing betreffende die gesondheid van die inwoners van Loxton het aan die lig gebring dat die vernaamste bydraende faktore tot die swak gesondheidstatus van die inwoners insluit: karige, en in 'n aantal gevalle geen, inkomste; swak en ongebalanseerde dieet en oorbewoning. Die karige inkomste word primêr aangewend vir die aankoop van voedsel, hout en/of steenkool en kerse en/of paraffien. Omdat dit daagliks gaan om 'n stryd om oorlewing, word die inwoners genoodsaak om gesondheid nie as 'n prioriteit te beskou nie.

Die swak benutting van die bestaande gesondheidsfasiliteite en -dienste kan primêr toegeskryf word aan hul finansiële posisie. Ander beperkende faktore sluit in: die swak verhouding tussen die plaaslike inwoners en die gesondheidspersoneel; die persepsie van die gemeenskap dat minderwaardige medisyne deur die gesondheidspersoneel op Loxton aan hulle verskaf word; afstand van die beskikbare gesondheidsfasiliteite; lae geletterdheidsvlak van veral die volwasse inwoners; tekort aan vervoermiddels; werksomstandighede en beperkte kliniektye.

In 'n poging om hul gesondheidsprobleme te oorkom, maak van die inwoners gebruik van kruiemedisyne.

In die soeke na oplossings vir die gesondheidsprobleme moet eerstens gekonsentreer word op groter toeganklikheid tot die beskikbare gesondheidsfasiliteite en -dienste. Dit kan gerealiseer word deur gratis gesondheidsverskaffing aan die behoeftiges (werkloses, liggaamlik-gestremdes, persone met uiters karige of ongereelde inkomste), verlenging van kliniektye en die uitwissing van die vervreemding wat ingetree het tussen die plaaslike inwoners en die gesondheidspersoneel.

Tweedens sal 'n sosio-ekonomiese opheffingsprogram van die plaaslike inwoners in werking gestel moet word. Aangeleenthede waaraan aandag gegee kan word, sluit in: skepping van meer werkseleenthede, wetlike beskerming aan die werker in die landbousektor en huishulp, verslapping van bestaande behuisingsregulasies, elektrifisering van wonings, vervanging van emmertolietstelsel en die verskaffing van meer wooneenhede.

Tydens die opname is bevind dat gesinsbeplanning sterk beklemtoon word. Terselfdertyd word weinig aandag geskenk aan die gemeenskap-geïdentifiseerde gesondheidsprobleme. Die ignorering van die plaaslike gesondheidsprobleme laat die aandag sterk fokus op die behoefte aan groter inspraak van

die plaaslike gemeenskap in hul eie gesondheidsake. Dit beteken 'n verandering van 'n gesentraliseerde gesondheidsbeplanningsbeleid na 'n "bottom-up"-beplanningsbenadering.



UNIVERSITY *of the*  
WESTERN CAPE

**GESONDHEID IN ONTWIKKELINGSPERSPEKTIEF: 'n GEVALLESTUDIE VAN  
LOXTON**

**H.M. WATERBOER**

The research, regarding the poor health condition of the inhabitants of Loxton, revealed that the main contributing factors for the poor health condition of the people include: meagre, or in a few cases no, income, an insufficient and unbalanced diet and over-crowded houses. The meagre income is primarily used for the purchase of food, fire wood and/or coal and candles and/or paraffin. The daily need for survival necessitates these people to disregard personal health as a priority.

The utilization of the existing health facilities and health services can primarily be contributed to their financial situation. Other limiting factors include: poor relationship between the local inhabitants and the health personnel; the perception of the community that medicines prescribed by the Loxton health personnel are inferior; distance from available health facilities; low literacy level of especially the adult inhabitants; lack of transport; working conditions and limited clinic times.

In an attempt to overcome their health problems, the inhabitants revert to herbs and herbal medicines.

In the search for solutions for these health problems it is necessary firstly to concentrate on greater accessibility of the available health facilities and health services. This can be realized by availing the people of free health services to the needy (unemployed, physically disabled, those with a very poor or irregular income), extension of clinic time and the expunction of the alienation between the local inhabitants and the health personnel.

Secondly, a programme of socio-economic upliftment of the local inhabitants have to be launched. Matters which should be attended to, include: the creation of more work opportunities, legal protection of the labourer in the agricultural sector and the domestic worker, relaxing of existing housing regulations, electrification of houses, replacement of the bucket toilet system and the supply of more housing units.

Research also revealed that family planning is strongly accentuated, while at the same time little attention is paid to the community-identified health problems. This disregard for local health problems by the health authorities focuses the attention strongly on the absence of greater input of the local community in their own health matters. This means a change from the centralized health planning system to a bottom-up planning approach.



## INHOUDSOPGAWE

Lys van kaarte en grafiese voorstellings	i
Lys van tabelle	ii

### HOOFSTUK 1

1.	Inleiding	1
2.	Armoede: ontwikkelingstrategieë	2
2.1.	Ekonomiese groei	2
2.2.	Basiese-behoeftebenadering	5
2.2.1.	Definisie en inhoud	5
2.2.2.	Benaderingswyses	6
2.2.3.	Voordele van die basiese-behoeftebenadering	8
2.2.4.	Kritiek teen basiese-behoeftebenadering	10
2.2.5.	Gesondheid as basiese behoefte	12
3.	Kontekstualisering	16
4.	Navorsingsmetodologie	18
5.	Beskrywing van ondersoekgroep	21
6.	Grootte van die steekproef	22
7.	Geografiese ligging van Loxton	24

## HOOFSTUK 2

### GESONDHEIDSVOORSIENING AS BASIESE BEHOEFTE

1.	Inleiding	26
2.	Internasionale perspektief	27
3.	Primêre gesondheidsorg	33
3.1.	Definisie van primêre gesondheidsorg	34
3.2.	Inhoud van primêre gesondheidsprogramme	36
3.3.	Indikatore van die WGO	38
3.4.	"Gesondheid vir almal": oplossing of slegs slagspreuk?	41
3.5.	Suid-Afrikaanse perspektief van primêre gesondheidsorg	43
3.5.1.	Gesondheidsdienste-fasiliteiteplan	44
3.5.2.	Bevolkingsontwikkelingsprogram	46
3.5.3.	Strategie vir Primêre Gesondheidsorg	47
4.	Gesondheidsvoorsiening in Suid-Afrika	52
4.1.	Gesondheidsvoorsiening deur die Regering	52
4.1.1.	Etniese verdeling van gesondheidsfasiliteite en -dienste	53
4.1.2.	Siektepatrone en -frekwensies	54
4.1.3.	Gesondheidsverwante dienste	56
4.1.3.1.	Behuising	57
4.1.3.2.	Elektrisiteitsvoorsiening	60
4.1.4.	Stedelike vooroordele	61
4.1.4.1.	Verteenwoordiging op adviserende liggame	61

4.1.4.2.	Landelike en stedelike gesondheidstoekennings	62
4.1.4.3.	Geografiese verspreiding van mediese praktisyns	63
4.1.4.4.	Geografiese distribusie van gesondheidsfasiliteite	65
4.2.	Gesondheidsbegroting	65
4.2.1.	Gesondheidsbesteding as persentasie van die Bruto Binnelandse Produk	66
4.2.2.	Geografiese verspreiding van gesondheidsbesteding	67
4.2.3.	Per capita-besteding	68
4.2.4.	Ekonomiese oneffektiwiteit van die gesondheidsbegroting in Suid-Afrika	69
4.2.5.	Onderontwikkeling van landelike gesondheid	71
4.3.	Beklemtoning van kuratiewe gesondheidsorg	72
4.4.	Duplisering van fasiliteite en dienste	74
5.	Slot	76



## HOOFSTUK 3

### LOXTON - SOSIO-EKONOMIESE PERSPEKTIEF

1.	Inleiding	78
2.	Demografiese profiel	79
3.	Voorsiening van basiese behoeftes	81
3.1.	Basiese behoeftes vir private gebruik	82
3.1.1.	Werkomstandighede	82
3.1.1.1.	Huidige werksituasie	82
3.1.1.2.	Inkomste	86
3.1.2.	Vlak van geletterdheid	87
3.1.3.	Voedsel-inname	88
3.1.4.	Maandelikse uitgawe vir voedsel en kleding	90
3.1.5.	Die voorsiening in energiebehoefte	91
3.2.	Behuising	95
3.2.1.	Eienaarskap en algemene toestand van wonings	95
3.2.2.	Die ou blok	96
3.2.3.	Die nuwe blok	99
3.2.4.	Die kwaliteit van behuising	100
3.2.4.1.	Huishoudelike water	100
3.2.4.2.	Sanitasie	101
3.2.4.3.	Die verwydering van afval	103
3.2.5.	Kwantiteit van behuising	104
3.2.5.1.	Aantal persone per kamer	104
3.2.5.2.	Aantal persone per bed	106

4.	Samevatting van die lewensomstandighede van die inwoners	107
4.1.	Armoede	107
4.2.	Magteloosheid van die inwoners	110
4.3.	Burokratiese onderdrukking en onsimpatieke houding	112
5.	Slotopmerkings	114



UNIVERSITY *of the*  
WESTERN CAPE

## HOOFSTUK 4

### DIE GESONDHEIDSITUASIE VAN DIE INWONERS VAN LOXTON

1.	Inleiding	117
2.	Gesondheidsfasiliteite en -dienste verskaf	118
2.1.	Gesondheidsfasiliteite	118
2.2.	Voorrade	119
2.3.	Mediese apparaat	120
2.4.	Gesondheidsdienste verskaf	121
2.4.1.	Gesinsbeplanning	122
2.4.2.	Immunisering	123
2.4.3.	Opvoedkundige praatjies	124
2.4.4.	Verwysing van pasiënte	125
2.5.	Kliniekfooi	125
2.6.	Probleme wat die verpleegkundige ervaar	126
3.	Siektes en siektepatrone van die inwoners	127
4.	Faktore wat gesondheid beïnvloed	129
4.1.	Sosio-ekonomiese omstandighede	129
4.1.1.	Onvoldoende basiese-behoeftevoorsiening	129
4.1.2.	Ongebalanseerde en onvoldoende dieet	131
4.1.3.	Alkoholmisbruik	131
4.1.4.	Werksituasie van ouers	132
4.2.	Faktore wat toeganklikheid tot gesondheidsdienste beperk	133
4.2.1.	Finansiële gebrek	134
4.2.2.	Gebrek aan begrip	135

4.2.3.	Kliniektye	13
4.2.4.	Geografiese toeganklikheid	13
4.2.5.	Geletterdheidsvlak van die inwoners	14
4.2.6.	Siekteverlof	14
4.2.7.	Samevatting	13
5.	Kruiemedisyne as gesondheidstrategie	14
6.	Primêre gesondheidsorg of primêre mediese sorg?	13



UNIVERSITY *of the*  
WESTERN CAPE

## HOOFSTUK 5

### LOXTON - GESONDHEIDSORG VORENTOE

	Inleiding	151
1.	Verbetering van die ekonomiese posisie van die landelike bewoner	153
2.	Die ontwikkeling van 'n holisties, geïntegreerde gesondheidsbenadering	155
3.	Eliminering van die strukturele struikelblokke in die weg van die benutting van gesondheidsdienste	157
4.	Aanspreek van die vervreemding tussen die verpleegkundige en die gemeenskap	158
5.	Gesondheidsopvoeding	160
6.	Gratis en betroubare ambulansdiens	161

Addendum A

Bronnelys

UNIVERSITY of the  
WESTERN CAPE



**LYS VAN KAARTE EN GRAFIESE VOORSTELLINGS**

Figuur 1: Ligging van Loxton	25
Figuur 2: Ouderdomsgeslagstruktuur	80
Figuur 3: Verdienste volgens beroep	86
Figuur 4: Geletterdheidsvlak van volwassenes	88
Figuur 5: Aankope van kerse	94
Figuur 6: Aankope van paraffien	94
Figuur 7: Aankope van hout	94
Figuur 8: Aankope van steenkool	95



UNIVERSITY *of the*  
WESTERN CAPE

**LYS VAN TABELLE**

Tabel 1 : Kindersterftesyfer en lewensverwagting	28
Tabel 2 : Persentasie kinders geïmmuniseer in 1986/87	29
Tabel 3 : Toegang tot veilige water in 1986/87	29
Tabel 4 : Toegang tot sanitasie in 1986/87	30
Tabel 5 : Tuberkulosegevalle per 1000 in die RSA in 1988	55
Tabel 6 : Mediese personeel in Swart State	64
Tabel 7 : Gesondheidsbegrotings vir 1989/1990	67
Tabel 8 : Per capita-besteding in 1986/87	68
Tabel 9 : Huidige werksituasie	85
Tabel 10: Voedsel-inname	89
Tabel 11: Aantal persone per kamer	104
Tabel 12: Aantal persone per bed	106
Tabel 13: Aantal persone wat op vloer slaap	107
Tabel 14: Kruiemedisyne en siektes waarvoor aangewend	144

## HOOFSTUK 1

### 1. INLEIDING

Die doel van die navorsingsprojek is om die gesondheidsvoorsiening en -benutting van 'n klein landelike gemeenskap te ondersoek. Dit is egter nie moontlik om na die gesondheidsituasie van die inwoners in isolasie te kyk en terselfdertyd 'n volledige beeld van die gesondheid van die inwoners te kry nie. Die gesondheid van die individu, en die gemeenskap in die breë, is onlosmaaklik gekoppel aan die algemene welstand van die individu en die gemeenskap (Botha; 1984:2; Wilson & Ramphela; 1989:292). Van die siektes wat deur die armes ondervind word, kan direk of indirek na hul ekonomies-maatskaplike omstandighede teruggevoer word. Die armoede-verskynsels kan dus nie gekompartementaliseer word nie, maar daar moet noodwendig na die globale lewensopset van die teikengroep gekyk word as een aspek van die totale probleem uitgelig en bestudeer wil word.

Wilson en Ramphela (1989:4) het vier redes uitgesonder waarom 'n studie van die armoede-vraagstuk belangrik is:

- \* die skade wat armoede aan die individu rig;
- \* die negatiewe ekonomiese impak wat armoede op die individu het;
- \* armoede is die manifestasie van groot ongelykhede, en
- \* armoede is 'n simptoem van 'n dieperliggende probleem.

In Suid-Afrika word bogenoemde aspekte baie duidelik gereflekteer in die algemene lewensomstandighede van hoofsaaklik die swart bevolkingsgroep. Nie alleen is die armoede-probleem diep gewortel en wydverspreid nie, maar die primêre oorsaak van armoede is die grootskaalse ongelykhede in alle sferes van die menslike bestaan in die Republiek van Suid-Afrika.

Om die aard en omvang van die gesondheidsprobleem aan te spreek, sal

- \* die onderliggende rede(s) tot die probleem blootgelê moet word, en

- \* tweedens sal gesoek moet word na 'n effektiewe strategie om die probleem op te los.

## 2. ARMOEDE: ONTWIKKELINGSTRATEGIEË

In die verlede is verskeie ontwikkelingsplanne en -strategieë geformuleer om die algemene armoedeprobleem aan te spreek. Van die vernaamste ontwikkelingstrategieë was industrialisasie, landelike ontwikkeling, bevolkingsbeperking, herverspreiding met groei, en werkgeleentheidstrategieë. In die vyftigerjare is ekonomiese groei as die doeltreffendste manier gesien om die armoedevraagstuk in Derde Wêreldgemeenskappe op te los.

### 2.1. EKONOMIESE GROEI

Ekonomiese groei was egter baie oneweredig tussen die verskillende lande en binne individuele lande. Die voordele van

ekonomiese ontwikkeling het nie die armste 40% van die Derde Wêreldlande se bevolking bereik nie (Ul Haq; 1973:29). Dit het weinig verbetering in die lewensomstandighede van die armes gebring en in baie gevalle het dit selfs tot verdere verarming gelei. Die suksesse van die ontwikkelingsprogramme van die vyftiger- en sestigerjare word deur Mahbub Ul Haq soos volg opgesom: "After two decades of development, the achievements are quite meagre. When you rip aside the confusing figures on growth rates, you find that for about two-thirds of humanity the increase in per capita income has been less than one dollar a year for the last twenty years. Even this increase, miserable as it may seem, has been unevenly distributed, with the poorest 40 per cent of the population hopelessly squeezed in its struggle for existence and sometimes getting even less than what it received twenty years ago" (Ul Haq; 1973:29).

Die volgende is enkele faktore waaraan die mislukking van ekonomiese groei as ontwikkelingstrategie toegeskryf kan word:

- Gedurende hierdie tydperk is die stedelik-gebaseerde industrialiseringsproses beklemtoon. Die beklemtoning was baie keer ten koste van die landelik-gebaseerde ontwikkelingsprogramme, byvoorbeeld die ontwikkeling van die landbou. Die gevolg was dat 'n wanbalans tussen die landelike en stedelike gebiede ten opsigte van salarisse/lone, bevrediging van basiese behoeftes, bates, werkskeppingsgeleenthede en magsbasis ontstaan het (Todaro; 1980:95).

- Daar was nie 'n ingesteldheid om inkomste eweredig te versprei of korrektiewe aksies te neem om die armoede-vraagstuk uit te wis nie. (Streeten; 1981:10-11)

- Die beklemtoning van verhoogde inkomste het ander leemtes van ekonomiese groei as ontwikkelingsbenadering na die oppervlak gebring:

\* Sommige basiese behoeftes kan slegs, of ten beste, deur openbare voorsiening of gesubsidieerde dienste effektief bevredig word. Hierdie behoeftes sluit in gesondheid, water, opvoeding en sanitasie.

\* 'n Baie groot persentasie van die armes is siek, gestrem, en fisies ongeskik om te werk. Hulle behoeftes kan alleenlik bevredig word deur openbare dienste of welsynstoelae omdat hulle ongeskik is om enige inkomste te genereer.

- Die inkomste-benadering het baie aandag geskenk aan tegnologie, maar baie min aan die lewering van sosiaal-geregverdigde produkte. In baie gevalle is oorgesofistikeerde produkte geproduseer wat nie verband gehou het met die plaaslike behoeftes nie.

- Die gefragmenteerde benadering tot die probleem. Al die strategieë en planne het ekonomiese groei beklemtoon, terwyl ander aspekte soos hervormings in die ekonomiese en sosiale strukture nie prominensie gekry het nie. Die belangrikheid van

nie-materiële behoeftes is deur die inkomste-benadering geïgnoreer (Streeten; 1981:35).

Die koppeling van armoede-georiënteerde ontwikkelingsbenaderings aan produksie en inkomste-verhogings het gelei tot 'n verskraalde interpretasie van die armoede-probleem. Die gevolg was 'n preokkupasie met gemiddelde inkomste en die verhoging van die BNP en per-capita inkomste (Hopkins & Van der Hoeven; 1983:31). Die genoemde meetinstrumente van ontwikkeling is onbevredigend omdat lewensgehalte, gesondheid en wanverhoudings in inkomste nie gereflekteer word nie (Agbonifo; 1983:2004).

Aangespoor deur die mislukkings van die ekonomiese groeiplanne en ander strategieë is daar opnuut begin soek na nuwe ontwikkelingsplanne en -strategieë. Uit hierdie soeke het die basiese-behoeftebenadering gespruit.

## 2.2. BASIESE-BEHOEFTEBENADERING

In Junie 1976 het die World Employment Conference aanbeveel dat die nasionale ontwikkelingsplanne en -strategieë vanuit 'n basiese-behoeftebenadering gesien moet word (Ghai, D.P., e.a.; 1980:ii). Genoemde konferensie het die doelstellings van nuwe ontwikkelingsplanne en -strategieë gesien as: "Strategies and national development plans and policies should include explicitly as a priority objective the promotion of employment

and the satisfaction of the basic needs of each country's population" (Ghai, D.P., e.a.; 1980:ii)

### 2.2.1. DEFINISIE EN INHOUD

Na bestudering van verskeie dokumente het Ghai tot die gevolgtrekking gekom dat in die basiese-behoeftebenadering die bevrediging van die basiese behoeftes van die armes die fokuspunt van ontwikkelingsbeplanning en -beleid moet wees. Die behoefte was dat die ontwikkelingskonsep verbreed moet word sodat:

- \* nie-materiële behoeftes ingesluit word;
- \* die armoedeprobleem in terme van sekere basiese behoeftes (voeding, skooling, kleding, sanitasie, veilige drinkwater, gesondheid en opvoeding) gespesifiseer word;
- \* die prioriteit geplaas word op die bevrediging van basiese behoeftes van almal in die kortste moontlike tyd;
- \* die herverspreiding van inkomste en rykdom en die openbare dienste om armoede te bekamp en uit te wis geprioritiseer word; en
- \* die politieke en magstrukture binne gemeenskappe ontleed en aangepas kan word (Ghai, D.P., e.a.; 1980:3-4).

Die Cocoyoc Deklarasie het die doel van ontwikkeling as volg saamgevat: "Development should not be limited to the satisfaction of basic needs. There are other needs, other goals, and other values. Development includes freedom and expression and impression, the right to give and to receive



ideas and stimulus. ... Above all, development includes the right to work, by which we mean not simply having a job but finding self-realisation in work, the right not to be alienated through production processes that use human beings simply as tools." (Ghai; 1980:6)

### 2.2.2. BENADERINGSWYSES

Uit die Cocoyoc Deklarasie kan twee benaderingswyses in die basiese-behoeftebenadering onderskei word, te wete:

\* die konserwatiewe benaderingswyse waar die klem geplaas word op die bevrediging van die materiële behoeftes, onder andere voeding, gesondheid (Streeten; 1981:33; Ghai; 1980:10-15). Volgens die konserwatiewe benadering kan die bevrediging van die basiese behoeftes bereik word deur toenemende mobilisering van die produksiefaktore tot die beskikking van die armes. Hierdie benadering staan 'n langtermyn distribusie van rykdom voor. Die bestaande ekonomiese en politieke orde moet aangepas word sodat die armes kan deelneem in die bepaling van hul behoeftes en die implementeringstrategieë (Keeton; 1984:280-282).

\* die meer radikale benaderingswyse wat insluit strukturele transformasie, demokratisering van politieke mag, selfstandigheid, selfbeskikking, deelname van almal in die besluitnemings- en implementeringsprosesse (Streeten; 1981:33; Ghai 1980:10-15). Die radikale interpretasie staan 'n

herverspreiding van inkomste en rykdom voor sodat 'n effektiewe aanvraag na basiese goedere en dienste onder die armes geskep kan word. Terselfdertyd moet 'n herverspreiding van die produksiestrukture weg van weeldegoedere en dienste na relevante produkte en dienste vir die armes plaasvind. Om dit te bereik, moet die produksiemetodes ook gewysig word. Dit beteken egter nie dat al die kapitaalintensiewe tegnieke laat vaar moet word nie. Eerder moet 'n dualistiese beleid van arbeidsintensiewe en kapitaalintensiewe tegnieke gebruik word. 'n Verdere uitgangspunt van die radikale benadering is gelyke toegang vir almal tot openbare dienste. Volgens die radikale benadering is die bestaande politiek-ekonomiese orde 'n struikelblok in die weg van verandering. Gevolglik is 'n totale verandering in die ekonomiese mag noodsaaklik (Keeton; 1984: 280-282).

### 2.2.3. VOORDELE VAN DIE BASIESE-BEHOEFTEBENADERING

Die basiese-behoeftebenadering bied verskeie voordele bo die ouer benaderings ten opsigte van groei, werksgeleentehede, inkomste-verspreiding en die uitwissing van armoede. Dit:

- \* is mensgerig en beklemtoon produksie en die voorsiening van basiese behoeftes aan die behoeftiges;
- \* beklemtoon arbeidsintensiewe tegnieke sodat indiensneming en inkomste-verspreiding kan verbeter;
- \* skenk aandag aan die materiële sowel as nie-materiële behoeftes. Sodoende word die oorsaaklike faktore tot die swak gesondheidstoestand van die inwoners ook aangespreek;

\* is 'n geïntegreerde benadering want dit beklemtoon ook die interverwantskappe en komplimentariteit tussen verskillende basiese behoeftes. Deur hierdie interverwantskappe in aanmerking te neem, kan die basiese behoeftes van die armes goedkoper en moontlik vinniger bevredig word. Aksies in een sektor, byvoorbeeld gesondheid, mag oneffektief of minder suksesvol wees as daar nie gelyktydig aksies in 'n ander sektor of sektore, byvoorbeeld voeding of opvoeding, geloods word nie. Die interverwantskappe kan ook help om prioriteite tussen die verskillende basiese behoeftes aan te toon. Dit is 'n belangrike aspek wat nie in die groeibenaderings beklemtoon word nie (Hopkins & Van der Hoeven; 1983:16-22).

\* is 'n poging om aan almal die geleentheid tot 'n goeie bestaan te bied;

\* gaan verder as abstraksies soos geld, inkomste of werksgeleenthede. Hierdie aangeleenthede is belangrike konsepte, maar dit raak betekenisloos as hulle die konkrete doelstellings verdoesel. Die ontwikkeling van die mens en sy behoeftes moet die fokuspunt van ontwikkeling bly;

\* doen 'n beroep om hulpverlening op nasionale en internasionale gemeenskappe. Dit het dus die vermoë om beskikbare bronne te mobiliseer;

\* het groter intellektuele en politieke organiserings- en integreringsmag (Streeten; 1981:21-22).

#### 2.2.4. KRITIEK TEEN BASIESE-BEHOEFTEBENADERING

Die basiese-behoeftebenadering word bevraagteken as 'n effektiewe strategie om die armoede-vraagstuk op te los. Eerstens meld Sidney Dell, soos aangehaal deur Bibangambah, dat "(t)he basic needs school has made contribution to the development dialogue by emphasizing the importance of equitable distribution of the benefits of development. But it claims too much - there is no such thing, so far, as a basic needs strategy that clearly defines the direction to be taken by the economy as a whole." (Bibangambah; 1985:50) Dell beweer in hierdie geval dat die basiese-behoeftebenadering doelstellings vir die ontwikkelingsproses formuleer, maar dat dit in wese nie 'n ekonomiese implementeringstrategie is om die armoede-vraagstuk te elimineer nie.

Wat as 'n teen-argument beskou kan word, beweer Burki en Ul Haq (1981:167) dat die hoofklem van die basiese-behoeftebenadering die bevrediging van die arm massas se basiese behoeftes is in die kortste moontlike tyd. "The conceptual work makes it clear that the pursuit of basic needs is not a distinct development strategy in itself; it can only be regarded as a principle objective of development that can be, and has been, achieved through a variety of development strategies. The distinct emphasis that the basic-needs objective brings to a development strategy is a heightened concern for the achievement of the ultimate goals of the whole population with respect to consumption, particularly in education and health."

Tweedens beweer die kritici dat die basiese-behoeftebenadering 'n oorvereenvoudigde oplossing vir die armoede-probleem daarstel. Volgens die kritici veronderstel die voorstanders van die basiese-behoeftebenadering dat klasse- en groepkonflikte sal verdwyn. Verder word die omvang van strukturele en institusionele veranderinge onderskat. Die basiese-behoeftebenadering het egter 'n klemverskuiwing in ontwikkelingsstrategieë teweeggebring. Die ouer strategieë het ekonomiese ontwikkeling beklemtoon, terwyl die basiese-behoeftebenadering die belangrikheid van strukturele veranderinge en gemeenskapsbetrokkenheid beklemtoon.

'n Derde punt van kritiek is dat die basiese-behoeftebenadering konsumpsie-gerig is, dat dit lei tot 'n afhanklikheidskultuur en gevolglik het dit die teenoorgestelde resultaat as wat ekonomiese groei in die vooruitsig stel (Saith; 1990:189). Burki en Ul Haq (1981:167) skryf egter dat dit juis nie die geval moet wees nie. Volgens die basiese-behoeftebenadering moet die voorsiening van basiese behoeftes nie uit 'n welsynsoogpunt gesien word nie, maar dit moet 'n ekonomiese vertrekpunt hê. 'n Genoegsame en gebalanseerde dieet, voldoende opvoedingsgeleenthede en goeie gesondheid lei uiteidelik tot hoër produktiwiteit.

'n Vierde punt van kritiek is dat die basiese-behoeftebenadering ekonomiese agteruitgang perpetueer deurdat die klem geplaas word op verbruiksartikels eerder as op kapitaalgoedere of dat die klem geplaas word op landboukommoditeite eerder as

industriële goedere en verouderde eerder as moderne tegnologie voorgestaan word (Ghai; 1978:17). Die basiese-behoeftebenadering is nie gekant teen moderne tegnologie nie. Die vereiste wat gestel word, is dat die implementering of gebruikmaking van moderne tegnologie sosiaal winsgewend moet wees.

Nieteenstaande bostaande punte van kritiek, kan die basiese-behoeftebenadering 'n bydrae lewer om die armoede-vraagstuk, en dan meer spesifiek die swak gesondheid, van die inwoners van 'n land of streek te verbeter. Volgens Paul Streeten probeer die basiese-behoeftebenadering "to provide the opportunities for the full physical, mental, and social development of the human personality and then derives the ways of achieving this objective" (Streeten; 1981:33). Wat belangrik is vir die bevrediging van basiese behoeftes is 'n verandering in die ontwerp van sosiale dienste, verspreidingsstelsels binne huishoudings, verspreiding van koopkrag, ens.

UNIVERSITY of the  
WESTERN CAPE

#### 2.2.5. GESONDHEID AS BASIESE BEHOEFTE

Al die basiese behoeftes soos gestipuleer deur die Internasionale Arbeidsorganisasie, naamlik voeding, skooling, kleding, sanitasie, veilige drinkwater, gesondheid en opvoeding, is nie onafhanklik van mekaar nie. Die interafhanklikheid van hierdie basiese behoeftes vorm almal belangrike determinante van gesondheid. Oor die posisie en belangrikheid van gesondheidsontwikkeling binne die totale ontwikkelingsfeer verklaar die WGO dat "health development is

essential for social and economic development, that the means of attaining them are intimately linked, and that actions to improve the health and socio-economic situation should be regarded as mutually supportive rather than competitive." (WHO; 1981:13-14) Wat nodig is, is gelyklopende, gekoördineerde pogings van ander sosiale en ekonomiese sektore, onder andere landbou, veeteelt, voedselproduksie, industrieë, opvoeding, behuising, openbare werke en kommunikasie. In die lig hiervan kan met reg beweer word dat "(a) strategy for meeting basic needs is by definition a strategy for meeting health needs" (Savage; 1985:1).

Klassieke ekonome mag moontlik nie met hierdie vertrekpunt saamstem nie omdat ekonomiese groei met die begrip ontwikkeling verwar word. In die ekonomiese groeibenadering word ekonomiese bewyse van sosiale voordele oorbeklemtoon. Die vraag is egter of hierdie voordele altyd in ekonomiese terme uitgedruk word. "Surely it is the other way round: development has to be proved in social terms. It has to be capable of augmenting the energies of the people, stimulating their creativity, and raising the quality of life. The greatest potential energy in the world is human energy, and health is the fuel that can generate it." (Mahler; 1981:17)

Die beklemtoning van gesondheid in die ontwikkelingsdebat is belangrik. Die erkenning van gesondheid as 'n reg het die aanvaarding van gesondheid as ontwikkelingsdeterminant versterk. Moderne ekonomiese teorie aanvaar nie dat sosiale

programme net die gevolg kan wees van investering en herinvestering nie. Dit word nou gepostuleer dat gesondheidsprogramme ook geëvalueer kan word in terme van verbeterde produksie, investering en konsumpsie van die bevolking. Programme met gesondheids- en voedingsdoelwitte kan beskou word as investering op eie reg omdat dit mortaliteit en morbiditeit kan verlaag en lewensverwagting, welstand en produktiwiteit kan verbeter (WHO; 1981:14-15). Net so kan die gesondheidstoestand van 'n kind sy/haar leer- en prestasievermoë positief of negatief beïnvloed.

Konsepsueel word die gesondheid van die individu en die hele gemeenskap gesien as die resultaat van die wisselwerking van oorerflikheid, omgewing, gedrag en die intervensies van gesondheidsdienste. "It is an ecological interpretation reflecting the innate and acquired adaptive capacity of each person to a changing inner and outer milieu. The concept of etiology, of the specific cause, has been replaced by the "web of causation" and the "web of effects", both reflecting the complexities of an anthropocentric natural system." (WHO; 1981:15)

Die "web of causation" en "web of effects" verwys primêr na die simbiotiese verwantskap tussen sosiale, ekonomiese en gesondheidsaspekte. Dit is die "web of causation" wat die sentrale gedagte van hierdie navorsingsprojek vorm. Die doel van die projek is dan:



\* eerstens om op mikro- en grondvlak die gesondheidstatus van die "bruin" inwoners van Loxton, 'n klein landelike nedersetting, te probeer peil;

\* tweedens om die invloed van hul sosio-ekonomiese omstandighede as beïnvloedingsveranderlike op hul gesondheid te probeer vasstel;

\* derdens om hul sosio-ekonomiese omstandighede as toeganklikheidsdeterminant tot gesondheidsdienste vas te stel;

\* vierdens om die inwoners van Loxton se persepsies van hul eie gesondheidsprobleme te peil en die oorsaaklike faktore te isoleer;

\* vyfde om hul eie oorlewingstrategieë vas te pen;

\* sesdens wat hul persepsie is van hoe hul gesondheidsprobleme opgelos of verminder kan word.

Loxton is geleë in die Groot-Karoo, 'n streek wat gekenmerk word deur grootskaalse armoede, werkloosheid, ongelykhede in inkomste-genererende bates, ruimtelike, sosiale en ekonomiese isolasie en al swakker wordende gesondheidstoestande. Die mening word gehuldig dat ten spyte van die feit dat hier op mikrovlak nagevors word, is die gesondheidstoestande van die inwoners van Loxton tog verteenwoordigend van die breë landelike werkersklasgemeenskap. Loxton is 'n plattelandse gebied wat ver verwyder is van groot stedelike sentra met goeie gesondheidsinfrastruktuur. Die bevindinge en voorstelle wat hieruit vloei, mag breër implementeringsmoontlikhede as slegs die navorsingsgebied het.

### 3. KONTEKSTUALISERING

Gesondheidsvoorsiening in Suid-Afrika word gekenmerk deur:

(a) 'n reduksionistiese benadering waarin die invloed van ekonomies-maatskaplike en ander gesondheidsverwante faktore geïgnoreer word - dit is mediese sorg eerder as gesondheidsorg wat verskaf word;

(b) die ignorering van die interverwantskappe en komplimentariteite tussen gesondheidsverwante lewensmiddele, byvoorbeeld tussen gesondheid en behuising en gesondheid en watervoorsiening. Die noue verwantskappe tussen die gesondheidsverwante dienste, waarvan die basiese-behoeftebenadering en primêre gesondheidsorg melding maak, realiseer nie alhoewel daarvan in beleidformulerings melding gemaak word;

(c) stedelike vooroordele. Soos in Hoofstuk 2 later duidelik sal blyk, is daar stedelike vooroordele ten koste van landelike gebiede gevestig wanneer dit by hulpverlening en sosiale opheffing kom. Hierdie bevooroordeelde benadering tot ontwikkeling sal aangespreek moet word omdat:

(i) die landelike gebiede in baie gevalle gekenmerk word deur ruimtelike, ekonomiese en sosiale (opvoedkundige en mediese) isolasie. Al hierdie faktore integreer om die landelike armoedevraagstuk 'n komplekse en geïntegreerde probleem te maak;

(ii) armoede disproporsioneel hoog is onder die landelike bevolking. Die laagste vlakke van materiële welvaart in Suid-Afrika word in die landelike gebiede aangetref. In 1990 het 84% van alle landelike huishoudings inkomstes laer as die sogenaamde minimum bestaansvlak ontvang. Hierteenoor was die persentasie in die stedelike en metropolitaanse gebiede in die tuislande onderskeidelik 54% en 55%. Verder is die hulpbronne in die landelike gebiede baie oneweredig versprei (Urban Foundation 4; 1990:10-11);

(iii) tendense in die geografiese verspreiding van die Suid-Afrikaanse bevolking toon dat daar nie in die afsienbare tyd 'n drastiese afname in landelike bevolkingsgetalle sal wees nie. Persentasiegewys sal die landelike bevolkingsgetalle proporsioneel tot die totale bevolking daal van 37% in 1985 tot 30% in die jaar 2000. In reële terme sal die landelike bevolkingsgetal egter styg van 12,4 miljoen in 1985 tot 'n geprojekteerde 14,2 miljoen in 2000. Dit is dus 'n toename van 1,8 miljoen mense (Urban Foundation 4; 1990:7);

(iv) landelike inwoners ten opsigte van werksgeleenthede in die mees benadeelde posisie is. Toenemende meganisasie, veral op "blanke" plase, bring 'n konstante daling van werksgeleenthede teweeg. In die periode 1969 tot 1978 het die getal permanente arbeiders op plase gedaal van 830 000 tot 680 000 en die getal seisoenale arbeiders van 780 000 tot 514 000 (Urban Foundation 4; 1990:11);

(v) die felheid van landelike armoede maak dit 'n prioriteitsgebied vir beplanning en beleidsformulerings. (The Argus; 19 April 1984; Die Burger; 25 Januarie 1989; Redlinghuis; 1989) Die Suid-Afrikaanse landelike bewoner se basiese behoeftes, naamlik gesondheids-, opvoedkundige, behuisings- en ander behoeftes, word in die meeste gevalle kwalik bevredig.

#### 4. NAVORSINGSMETODOLOGIE

In lyn met een van die grondliggende uitgangspunte van die basiese-behoeftebenadering, naamlik die aktiewe betrokkenheid van die plaaslike akteurs in die bepaling van hul behoeftes en strategieë, is die informasie vir die navorsingsprojek direk verkry van die plaaslike inwoners.

Paul Sabatier (1986:21-47) verwys hierna as die "bottom-up"-beplanningsbenadering. Hierdie benadering begin nie met 'n regeringsprogram nie, maar met die plaaslike akteurs se waargenome probleme. Die benadering het as vertrekpunt die omstandighede, probleme, beskikbare bronne en aspirasies van die plaaslike inwoners. Hierdeur kan 'n meer holistiese beeld van die probleme verkry word omdat die plaaslike inwoners in die geskikste posisie is om 'n refleksie te werp op hul gesondheidstoestand en alles wat daarmee gepaard gaan. Beplanning kan geskoei wees op 'n prioriteitslys van probleme van die inwoners verkry.

Die informasie is ingesamel deur middel van gestruktureerde onderhoude met hoofde van die huishoudings, verpleegkundige, distriksgeneesheer, evangelis (die benaming wat die gemeenskap vir die godsdienstige leier gebruik) en die voorsitter van die Bestuurskomitee.

Onderhoudvoering is as navorsingsmetode gekies omdat die gemeenskap betreklik klein is. Dit sou dus nie tydrowend wees om met die hoofde van 50% van die huishoudings gesprekke te voer nie. Tweedens was dit gekies omdat van die veronderstelling uitgegaan is dat die geletterdheidsvlak van die volwasse inwoners betreklik laag is. 'n Navorsingsmetode waar lees en skryf vereis word, sou dus nie 'n geslaagde metode wees nie. Die lae geletterdheid van die volwasse inwoners van Loxton is dan ook tydens die opname bevestig. Derdens bied onderhoudvoering die geleentheid om enige onduidelikhede onmiddellik op te klaar. Vierdens is die metode gekies met die doel om deelname van die respondente te verhoog.

UNIVERSITY of the  
WESTERN CAPE

Die onderhoude is in gestruktureerde vorm gevoer. Gestruktureerde onderhoude bied die geleentheid om identiese vrae aan al die respondente te stel. Moontlike variasies in response kan dus nie aan verskille in woordkeuse en formulering van vrae toegeskryf word nie.

In die gestruktureerde onderhoude is so ver as moontlik oop vrae ("open-ended questions") gestel. Die inwoners moet die indruk kry dat hulle gedagtes nie binne 'n bepaalde raamwerk

gelei word nie. Hulle moet glo, en dit so ervaar, dat dit hul siening van hul situasie is wat ondersoek word. 'n Groter mate van samewerking kan op hierdie wyse verkry word.

Die doel van die navorsing was nie net om statistiek in te samel nie, maar ook om die inwoners se persepsies betreffende hul eie gesondheid vas te stel. Oop vrae is dus meer geskik as veelkeuse-vrae. Die respondente word die geleentheid gebied om hul idees vryelik, spontaan en in hul eie taal weer te gee. Daar moet geen vooraf-gespesifiseerde alternatiewe wees waarvolgens die respondente moet reageer nie.

Gebreke in die kennisraamwerk van die respondente kan ten beste deur middel van oop vrae vasgestel word.

In die gestruktureerde onderhoude met die hoofde van huishoudings is inligting ten opsigte van die volgende ingesamel:

- demografiese statistiek, byvoorbeeld geslag, ouderdom en werksomstandighede;
- gesondheidsgegewens, byvoorbeeld tipes siektes, wie geraadpleeg is/word en koste;
- die beskikbaarheid en bevrediging van ander basiese behoeftes, byvoorbeeld drinkwater, behuising, toiletgeriewe, voeding, slaapgeriewe, uitgawes vir voeding en kragvoorsiening;
- oorlewingstrategieë;
- gemeenskapsbetrokkenheid, byvoorbeeld huidige vlak van deelname en gewilligheid om deel te neem aan toekomstige projekte.

Inligting is ook deur middel van persoonlike observasie ingesamel. Baie inligting van respondente kon ook onmiddellik gekontroleer word.

##### 5. BESKRYWING VAN ONDERSOEKGROEP

In hierdie ondersoek word slegs gekyk na die gesondheidsomstandighede van die politiek-verontregtes en word die stemgeregtigdes uitgesluit. Ter motivering waarom laasgenoemde groep nie by die ondersoek ingesluit is nie, word hier aangesluit by die oorwegings van A. Redlinghuis (1989:7):

\* "gegee die politiek-ekonomiese strukturering van die samelewingsopset, is dit vanselfsprekend dat die swart gemeenskap nie sterk in die ontwikkelingsbeplanningsproses figureer nie. Die doel was dus om die persone aan die ontvangkant van strukturele ongelykhede ... te laat praat;

\* alhoewel geargumenteer kan word dat daar bestaande strukture is waar inspraak moontlik is, moet daarop gewys word dat die institusionele struktuur uiters beperkend is en deelname gekenmerk word deur 'n verteenwoordiging van middelklas-belange en 'n bevraagtekening van die legitimititeit van etniese strukture en die gevolglike effektiwiteit daarvan."

Huishoudings was as navorsingseenheid gebruik. By die gesondheidsvrae is elke individuele lid van die gesin se gesondheids-geskiedenis en -toestand vasgestel. Die rede hiervoor is dat die huishouding op een begroting werk, maar elke individuele lid se gesondheidstoestand het 'n invloed op die beskikbare

fondse in die huishouding. Op hierdie wyse kan vasgestel word wat die beperkende faktore, al dan nie, op die gesondheidsvoorsiening van die gesin is.

Met huishouding word bedoel daardie persone wat tydens die opname in hul huise gewoon het. Hierby word dus ingesluit alle persone wat daaglik tot die inkomste en uitgawes van die huishouding bygedra het.

Indien 'n kind byvoorbeeld in 'n ander dorp gewoon en gewerk het, was hy/sy nie deel van die huishouding nie en is gevolglik nie hierby betrek nie. Hy/sy lewe dan onafhanklik van die huishouding en dra nie by tot die daaglikse uitgawe van die huishouding nie. Indien hy/sy egter 'n bydrae lewer tot die huishoudelike inkomste, dan is die inkomste in berekening gebring omdat sodanige persoon se finansiële bydrae help om die kostes van die huishouding te delg.

8. GROOTTE VAN DIE STEEKPROEF

Daar is besluit om met 'n monstergroep van vyftig persent te werk. Dit sou beteken dat 36 van die 72 "bruin" huishoudings by die studie betrek moes word.

Die populasie sluit dus in:

- alle "bruin" huishoudings van Loxton - net die dorpie self en nie die bewoners van die omliggende plase nie;



- alle "bruin" huisgesinne wat tydens die opname in Loxton gewoon het. Dit maak dus geensins saak hoe lank die persone daar woon nie. Daardie huisgesinne wat moontlik slegs tydelik nie daar gewoon het nie, en moontlik later sal terugkeer, is ook nie hierby ingesluit nie;

- alle lede van 'n huishouding wat op 'n daaglikse grondslag bydra tot die uitgawes en inkomste van die huishouding.

Die respondente (dit is die huishoudings) is op 'n sistematiese ewekansige steekproefstrategie bepaal. Soos reeds genoem, is met 'n vyftig persent steekproef gewerk. Die eerste huishouding is op 'n ewekansige wyse bepaal. Daarna is alle huishoudings met 'n onewe syfer geneem. Al die huishoudings is vooraf genommer. Hierdie benommering is dan tydens die opname gebruik.

Tydens die opname is probleme met ses huishoudings ervaar. Die afleiding kon gemaak word dat die bewoners van hierdie ses huise onwillig was om deel te neem in die projek, want dit was by verskeie geleenthede duidelik dat hulle wel tuis was, maar daar was geen reaksie op die klop aan die voordeur nie. Gevolglik is die oorspronklike steekproef van 36 huishoudings (50%) verminder na 30 huishoudings (41,67%).

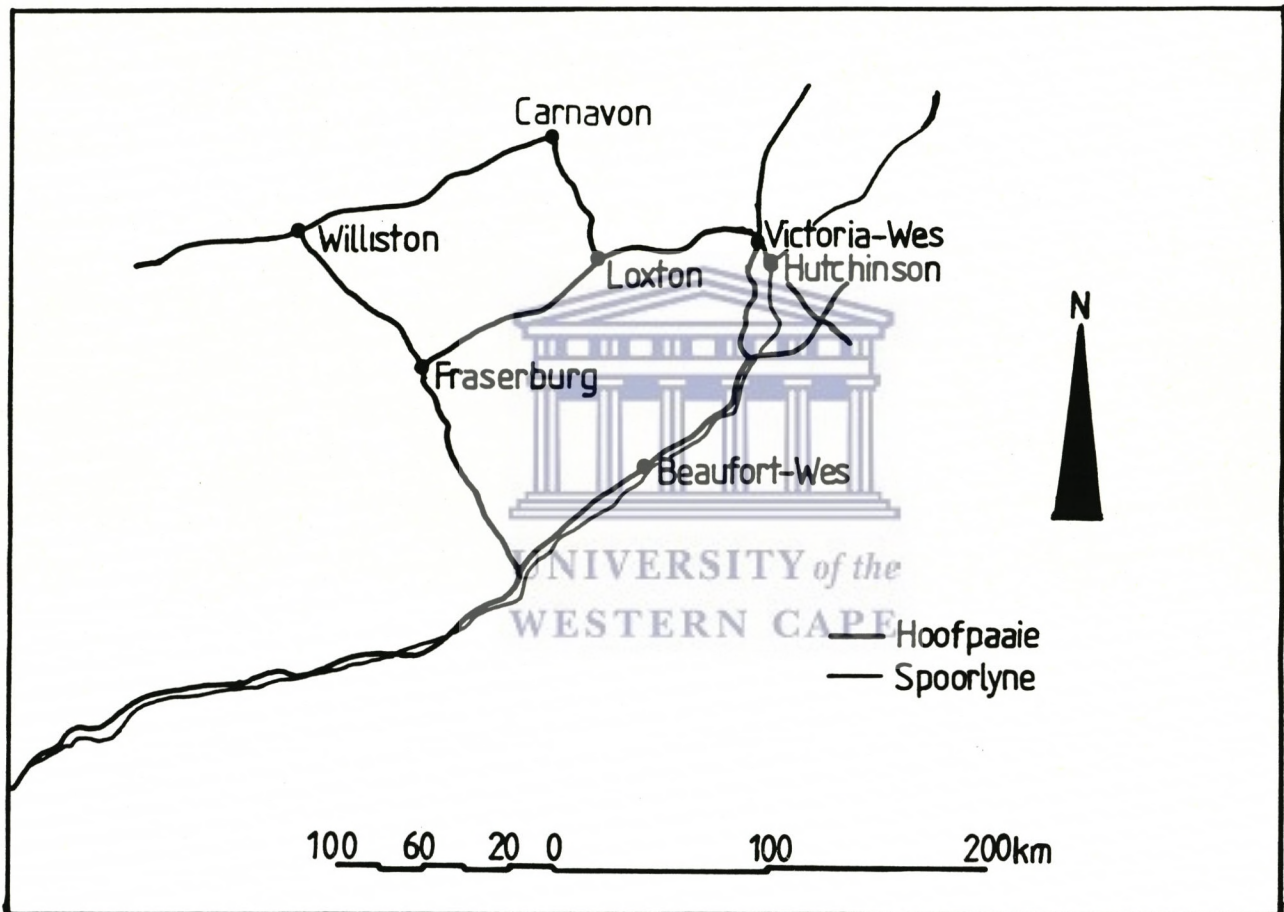
Ten spyte van die verminderde steekproef, is die mening tog dat hierdie dertig huishoudings 'n goeie beeld verskaf van die inwoners se ekonomies-maatskaplike en gesondheidstoestande. Hierdie is 'n betreklik homogene populasie ten opsigte van sosio-ekonomiese omstandighede. In die reaksie op die feite-

sowel as opinievrae tydens die gestruktureerde onderhoude is daar nie noemenswaardige variasie in die response nie. Die waarneembare fisiese omstandighede van hierdie ses huishoudings het ook nie noemenswaardig van die ander dertig huishoudings verskil nie. Die mening is dat die ses huishoudings wat nie ingesluit is nie, geen wesenlike veranderinge in die bevindings sou bring nie. Die kanse vir dramatiese veranderde nuwe insette van die hoofde van die ses huishoudings is baie skraal. Die genoemde gesondheidsprobleme, byvoorbeeld oorbewoning, swak behuising en geldprobleme is feitlik deur almal genoem.

#### **7. GEOGRAFIESE LIGGING VAN LOXTON**

Loxton is 'n klein dorpie in die Karoo (Figuur 1), ongeveer 63 kilometer noordwes van Victoria-Wes en ongeveer 83 kilometer suidoos van Carnavon. Dit is geleë op die teerpadroete tussen genoemde twee dorpe. Dit is met Beaufort-Wes met behulp van 'n gedeeltelik gruis- en teerpad verbind. As gevolg van die swak padverbinding verkies die meeste van die inwoners van Loxton om sake op Carnavon en Victoria-Wes te doen.

FIGUUR 1: LIGGING VAN LOXTON



**HOOFSTUK 2****GESONDHEIDVOORSIENING AS BASIESE BEHOEFTE****1. INLEIDING**

Die konsep gesondheid het in die laat sewentigerjare volgens die Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO) beteken "a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not primarily the absence of disease or infirmity" (aangehaal deur Karlsson & Mentz; 1985:262). Hierdie definisie was ontwikkel met die implikasie dat "health ... means ... the realization of attainment by all peoples of the highest possible level of health" en "as a minimum all people in all countries should have at least such a level of health that they are capable of working productively, and of participating actively in the social life of the community in which they live" (WHO; 1981a:15; Karlsson & Mentz; 1985:262).

UNIVERSITY of the  
WESTERN CAPE

In nabetragting het die WGO in 1981 verklaar dat bogenoemde definisie idealisties is "for it is subjective and refers to a situation that may exist in some individuals at a certain time, but not in everyone all the time; it is not usually observed in groups of human beings and in communities. Furthermore, health is considered a continuous, dynamic and multicausal process, subject therefore to constant subtle variations, and not a state implying a static condition." (WHO; 1981b:14) Die aksent het dus verskuif van 'n individualistiese na 'n gemeenskap-

georiënteerde fokus en die belangrikheid van sosio-ekonomiese beïnvloedingsfaktore.

Desondanks die universele strewe na beter gesondheid (hoër lewensgehalte, langer lewensduurte) vir almal ("all people") word dramatiese verskille in die gesondheidstatus van die inwoners van die Eerste en die Derde Wêreldlande waargeneem.

## 2. INTERNASIONALE PERSPEKTIEF

Wanneer die gesondheidstatistiek van verskillende lande in die wêreld ontleed word, ontvou 'n somber beeld. In 1981 het die WGO verklaar dat "(n)early 1000 million people are trapped in the vicious circle of poverty, malnutrition, disease and despair that saps their energy, reduces their work capacity and limits their ability to plan for the future. For the most part they live in rural areas and urban slums of the developing countries." (WHO; 1981a:19) Halfdan Mahler (1981:5) meld dat in sommige Afrika-lande 'n pasgebore baba slegs 'n 50-50 kans het om adolessensie te bereik en vier-vyfdes van die wêreld se bevolking nie toegang tot enige permanente vorm van gesondheidsorg het nie. In die Eerste Wêreldlande is die kindersterftesyfer 14 per

1 000 lewende geboortes, terwyl dit in die Derde Wêreldlande 117 per 1 000 lewende geboortes is (WHO; 1992:37). In Tabel 1 word die kindersterftesyfer van enkele Afrika-lande geplaas teenoor enkele Eerste Wêreldlande. In die aangehaalde Afrika-lande (Tabel 1) is die kindersterftesyfer almal meer as 100 per

1 000 lewende geboortes, terwyl dit in die na-verwysde Eerste Wêreldlande (Tabel 1) onder 10/1 000 is. Suid-Afrika lê tussen die twee groepe lande (WHO; 1992:52).

Die verskille in die lewensverwagting by geboorte tussen die twee groepe lande is net so dramaties (sien Tabel 1). Indien die swangerskap-sterftesyfer, waar die sterfte swangerskapverwant is, vergelyk word, is die verhoudings: Derde Wêreldlande: tussen 1:15 en 1:50 en vir Eerste Wêreldlande: tussen 1:4 000 en 1:10 000 (WHO; 1992:37).

**TABEL 1**

**KINDERSTERFTESYFER EN LEWENSVERWAGTING**

WGO-STREEK	KINDERSTERFTESYFER PER 1000 LEWENDE GEBORTES	LEWENSVERWAGTING BY GEBORTE
<b>AFRIKA-LANDE</b>		
Angola	139,3	44,0
Gambië	145,1	42,6
Malawi	153,0	46,6
Namibië	108,0	55,7
Rwanda	123,7	48,1
<b>Suid-Afrika</b>	74,7	59,9
<b>EERSTE WÊRELD- LANDE</b>		
Kanada	7,6	76,6
Nederland	7,7	76,7
Denemarke	7,3	75,2
Frankryk	8,2	75,7
Swede	6,2	76,9

Bron: WHO: 1991 World Health Statistics Annual; 1992:52-53

**TABEL 2****PERSENTASIE KINDERS GEÏMMUNISEER IN 1986-87**

WGO-STREEK	MASELS	POLIOMIËLITIS
<b>AFRIKA-LANDE</b>		
Benin	27,0	26,0
Kenia	65,0	72,0
Madagaskar	18,5	24,5
Nigerië	20,5	21,0
Zaire	40,0	35,5
<b>EERSTE WÊRELDLANDE</b>		
Frankryk	98,5	97,0
Hongarye	95,0	99,0
Swede	70,0	98,0
België	99,5	98,0
Verenigde Koninkryk	79,0	86,0

Bron: WHO: 1991 World Health Statistics Annual; 1992:61-62

**TABEL 3****TOEGANG TOT VEILIGE WATER IN 1986-87**

WGO-STREEK	TOTAAL	STEDELIK	LANDELIK
<b>AFRIKA-LANDE</b>			
Angola	33,4	75,0	19,0
Ethiopië	18,1	70,0	11,0
Tanzanië	57,9	90,0	46,0
Zambië	58,3	76,0	43,0
Zimbabwe	35,5	100,0	13,5
<b>EERSTE WÊRELDLANDE</b>			
Kanada	100,0	100,0	100,0
België	100,0	100,0	100,0
Denemarke	100,0	100,0	100,0
Luxemburg	100,0	100,0	100,0
Swede	100,0	100,0	100,0

Bron: WHO: 1991 World Health Statistics Annual; 1992:55-56

**TABEL 4****TOEGANG TOT SANITASIE IN 1986-87**

WGO-STREEK	TOTAAL	STEDELIK	LANDELIK
<b>AFRIKA-LANDE</b>			
Angola	21,3	25,0	20,0
Ethiopië	17,8	97,0	7,0
Ghana	30,3	62,9	15,0
Zambië	53,9	77,0	34,0
Zimbabwe	41,9	100,0	22,0
<b>EERSTE WÊRELDLANDE</b>			
België	100,0	100,0	100,0
Denemarke	99,5	99,5	99,5
Luxemburg	100,0	100,0	100,0
Swede	100,0	100,0	100,0
Switserland	100,0	100,0	100,0

Bron: WHO: 1991 World Health Statistics Annual; 1992:58-59

Ongeveer 700 miljoen mense ly aan wanvoeding. Wanvoeding verswak die lyer se immuniteit teen siektes (Karlsson & Mentz; 1985:264). Die meeste sterftes in die Derde Wêreldlande is die gevolg van oordraagbare en parasitiese siektes. Die vernaamste oorsake van kindersterftes in die Derde Wêreldlande is masels, gastroënteritis en disenterie (WHO; 1981a:19-20). In Tabel 2 word die immunisering teen masels en poliomiëties van enkele Afrika-lande en Eerste Wêreldlande gekontrasteer. Terwyl die persentasies in die Afrika-lande baie laag is, is feitlik al die inwoners van die Eerste Wêreldlande teen genoemde twee siektes geïmmuniseer.

Die voorsiening van gesondheidsverwante dienste, soos behuising, opvoeding, sanitasie en veilige, drinkbare water is ewe swak:



(a) van die 70 lande wat Schaefer (1990:40) bestudeer het, het slegs 23 voldoende behuising vir 75% van hul inwoners; in 17 lande het minder as die helfte van die inwoners voldoende behuising en minder as die helfte van die landelike bevolking het in 28 lande voldoende behuising;

(b) die statistiek van Tabelle 3 en 4, wat die toegang tot veilige water en sanitasie aangee, spreek vanself. (Suid-Afrikaanse statistiek ten opsigte van die informasie vervat in tabelle 2 tot 4 is nie in die 1991 World Health Statistics Annual vervat nie.) Behalwe die groot verskille tussen die Afrika-lande en die Eerste Wêreldlande, word die oneweredige voorsiening van hierdie twee noodsaaklike gesondheidsverwante dienste tussen die stedelike en landelike gebiede in die Afrika-lande ook geaksentueer;

(c) opvoeding is belangrik omdat dit mense in staat stel om hul gesondheidsprobleme en oplossingstrategieë te verstaan. In 1981 was die volwasse geletterdheidsvlak 100% in die Eerste Wêreldlande, terwyl dit in die Derde Wêreldlande 28% was, (WHO; 1981a:21);

Terwyl die inwoners van die Eerste Wêreldlande bekommerd is oor kroniese siektes, kanker en ongelukke, is die belangrikste gesondheidskwessies in die Derde Wêreldlande wan- en ondervoeding, diarree en oordraagbare siektes (WHO; 1981a:20).

Die swak gesondheidstoestand van die Derde Wêreldgemeenskappe word hoofsaaklik aan die volgende faktore toegeskryf:

- (a) die beklemtoning van kuratiewe en stedelik gebaseerde ten koste van voorkomende en landelike gesondheidsvoorsiening;
- (b) die beskikbare gesondheidsfasiliteite en -dienste is vir die meeste landelike bewoners, die armste sektore van die gemeenskap, etniese minderhede en die bewoners van verafgeleë en geïsoleerde gebiede nie toeganklik nie;
- (c) die beskikbare gesondheidsdienste hou nie verband met die gesondheidsbehoefte van die landelike bewoners nie;
- (d) moderne westerse medisyne met die beklemtoning van gevorderde tegnologie, hoë koste, behandeling deur middel van verdowingsmiddels en mediese spesialisasie (Savage; 1986:59);
- (e) gebrekkige beplanning en bestuur en die ignorering van die verwantskappe tussen gesondheid en ander sosio-ekonomiese behoeftes, byvoorbeeld behuising. Morris Schaefer (1990:45) het die verwaarlosing van die verwantskap tussen behuising en gesondheid soos volg geartikuleer: "Except in few countries, the official policies and programmes intended to improve the situation are inadequate. ... and only rarely is there integration of primary health care with activities aimed at upgrading domestic conditions. ... This neglect constitutes a major shortfall in public health leadership. Epidemiologically, it means ignoring the relationships between housing, host resistance, protection against the biological, chemical and physical agents of disease, and medical interventions, both preventive and curative. Socially, such neglect weakens those

elements of primary care that link health with living conditions, community participation, and socioeconomic development.";

(f) karige gesondheidsbegroting wat in vele Derde Wêreldlande minder as 1% van die BBP beslaan (WHO; 1981a:23);

(g) die grootskaalse emigrering van gesondheidswerkers van die Derde Wêreldlande na die Eerste Wêreldlande; en

(h) die lae of geen gemeenskapbetrokkenheid en -beheer in gesondheidsorg (Mahler; 1981:6).

Dit is duidelik dat die bestaande tegnologiese benadering, waar gesondheid gesien is as die eksklusiewe domein van die medici, nie die gewenste uitwerking het nie.

### 3. PRIMÊRE GESONDHEIDSORG

In reaksie op die swak gesondheidstoestand van veral die bevolkings van Derde Wêreldlande het die Wêreld Gesondheidsorganisasie in 1978 'n konferensie te Alma-Ata met die slagspreuk "gesondheid vir almal teen die jaar 2000" gehou. "Gesondheid vir almal" beteken dat ander benaderings aangewend moet word om siektes te voorkom en voorkombare siekte en ongeskiktheid te verlig "and have better ways of growing up, growing old and dying gracefully" (WHO; 1981a:32).

By hierdie konferensie is die volgende doelwitte vir 'n strewe na beter gesondheid vir almal geformuleer:

- (a) die vasstelling van gesondheidsbehoefte en besluitneming op gemeenskapsvlak;
- (b) die belangrikheid van regeringsdeelname op alle vlakke van gesondheidsvoorsiening;
- (c) 'n geïntegreerde benadering wat opvoeding, voeding, genoegsame watervoorsiening en sanitasie, immunisering, genoegsame voorsiening van verdoewingsmiddels en beter behuising insluit;
- (d) integrering van tradisionele en moderne mediese praktyke;
- (e) doelgerigte mediese tegnologie wat verband hou met die mediese probleme en behoeftes van die inwoners;
- (f) geografiese, finansiële, kulturele en funksionele toeganklikheid tot gesondheidsorg; en
- (g) beklemtoning van paramediese personeel en gemeenskaps-gesondheidswerkers (Gesler; 1984:2).

Die WGO het tydens genoemde konferensie primêre gesondheidsorg as die beste medium uitgesonder om bogenoemde doelstellings te verwesenlik.

  
 UNIVERSITY of the  
 WESTERN CAPE

### 3.1. DEFINISIE VAN PRIMÊRE GESONDHEIDSORG

Die WGO het primêre gesondheidsorg by die Alma Ata-konferensie gedefinieer as: "Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through full participation and at a cost that the community can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of

self-reliance and self-determination. It forms an integral part both of the country's health system, of which it is the central function and focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of the individual, the family and the community with the national health system bringing care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process." (eie onderstropping) (Mahler; 1981:21)

Volgens die definisie is die oplossing geleë in 'n geïntegreerde benadering waarin die aksent nie slegs op gesondheid geplaas word nie, maar ook die totale sosio-ekonomiese ontwikkeling van die gemeenskap. Toeganklikheid, wat insluit geografiese, finansiële, kulturele en funksionele toeganklikheid, word in die definisie geïmpliseer. Verder kan die definisie van die WGO geïnterpreteer word as 'n poging om gesondheidsorg te demistifiseer en deprofessionaliseer deurdat die plaaslike gemeenskap aktief in die gesondheidsproses betrek moet word. Deur die bewustelike betrokkenheid van die plaaslike gemeenskap moet sosiaal-relevante en -aanvaarde programme van stapel gestuur word om die plaaslike gesondheidsprobleme aan te spreek en op te los. Deur gemeenskapsbetrokkenheid moet self-onderhoud van die individu en gemeenskap ontwikkel word.

### 3.2. INHOUD VAN PRIMÊRE GESONDHEIDSPROGRAMME

Oor wat die minimum essensiële aktiwiteite van 'n primêre gesondheidsprogram moet behels, is daar geen eenstemmigheid nie. Daar bestaan geen enkele resep wat universeel aanvaarbaar sal wees nie. Die siektepatrone en beskikbare gesondheidshulpbronne moet die bepalende kriteria vir 'n primêre gesondheidsprogram in enige land wees.

Volgens die Alma-Ata-deklarasie is die volgende essensiële elemente van primêre gesondheidsorg:

- (a) opvoeding betreffende bestaande gesondheidsprobleme en die voorkomings- en beheermetodes daarvan;
- (b) bevordering van voedselvoorsiening en voldoende voeding;
- (c) voldoende voorsiening van veilige water en basiese sanitasie;
- (d) moeders- en kindergesondheidsorg, insluitende gesinsbeplanning;
- (e) immunisering teen die vernaamste aansteeklike siektes;
- (f) voorkoming en beheer van plaaslike endemiese siektes;
- (g) gepaste behandeling van algemene siektes en beserings; en
- (h) voorsiening van die belangrikste medisyne (Williams; 1988:192; WHO; 1981a:32).

Volgens De Kadt en Segall (1981:405) moet primêre gesondheidsorg 'n funksionele konsep wees waarvan die inhoud die volgende elemente moet insluit:

- (a) die aktiwiteite moet relevant tot die plaaslike gesondheidsbehoefte wees en intervensies moet gerig wees op die belangrikste siekteprobleme;
- (b) gesondheidsdienste moet voorkeurbevolkingsgroepe (diegene met die grootste risiko) bereik, asook diegene wie se gesondheidspeil verhoog moet word om die hoogste mate van produktiwiteit en ekonomiese ontwikkeling te bereik en te handhaaf;
- (c) dienste moet bestaan uit 'n geïntegreerde pakket van interafhanklike aktiwiteite, insluitende voorkomende en kuratiewe gesondheidsorg op persoonlike en gemeenskapsvlak;
- (d) gesondheidsdienste moet voorsien word in oorleg met programme in ander sektore, veral daardie sektore waar intervensies 'n belangrike impak op gesondheid kan maak;
- (e) gemeenskappe moet deelneem in die organisering en beheer van gesondheidsaktiwiteite en ander aktiwiteite wat direk verband hou met hul gesondheid;
- (f) gesondheidsdienste moet doeltreffend wees en 'n gegewe gesondheids-uitset moet met die laagste moontlike koste bereik word.

UNIVERSITY of the  
WESTERN CAPE

De Kadt en Segall (1981:405-406) huldig ook die mening dat om 'n aanvaarbare peil van gesondheidsorg te handhaaf, moet voorsiening gemaak word vir:

- (a) gedefinieerde werksnorme (handleidings, gestandaardiseerde voorskrifte vir medisyne);
- (b) korrekte en ekonomiese aanwending van medisyne;

(c) 'n goeie administratiewe en tegniese verwysingstelsel, byvoorbeeld voorrade, vervoer, gereelde indiensopleiding en toesighouding;

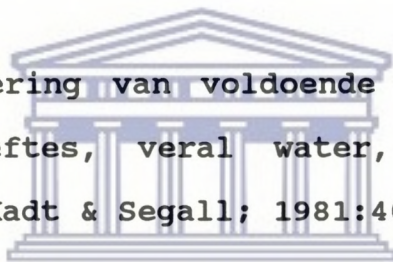
(d) 'n doeltreffende rekordstelsel vir akkurate rekordhouding oor morbiditeit, dekking van gemeenskap en resultate van programme wat deur personeel as rigtingswysers aangewend kan word tydens besluitneming;

(e) 'n aanvaarbare morele vlak onder gesondheidswerkers wat bereik kan word deur 'n goed gedefinieerde personeelbeleid.

Laastens voel dieselfde skrywers, De Kadt en Segall, dat primêre gesondheidsorg verantwoordelik is vir:

(a) die verspreiding van korrekte en relevante gesondheidsopvoeding, en

(b) die bevordering van voldoende voorsiening van basiese gesondheidsbehoefte, veral water, sanitasie, voeding en behuising. (De Kadt & Segall; 1981:406)



UNIVERSITY of the  
WESTERN CAPE

Samevattend kan genoem word dat die klem in primêre gesondheidsorg geplaas word op die voorkoming van siektes eerder as die behandeling van die siektetoestand. Die teikengroep(e) vir primêre gesondheidsprogramme se sosio-ekonomiese omstandighede moet verbeter word.

### 3.3. INDIKATORE VAN DIE WGO

Om die doelwitte vir beter gesondheid vir almal te bereik, is tydens die Alma-Ata-konferensie twaalf indikatore geïdentifi-



seer waarvolgens internasionale vergelykings ten opsigte van gesondheid gemaak kan word. Verder kan hierdie twaalf indikatore aangewend word as rigtingwysers vir individuele lande om die gesondheidstoestand van hul inwoners te evalueer en vooruitgang te monitor.

Die twaalf indikatore is:

(a) die aanvaarding van die Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO) se doelstelling van "gesondheid vir almal" as regeringstrategie;

(b) die formulering en inwerkingstelling van meganismes om die breë publiek by gesondheidsake te betrek. Die inwoners van 'n land moet die geleentheid gebied word om hul gesondheidsbehoeftes deur georganiseerde groepe (politieke, beroepsgroepe, ens.) te opper. Dit kom daarop neer dat gesondheidsbesluitneming en -implementering gedentraliseer moet word;

(c) dat ten minste vyf persent van die Bruto Nasionale Produk aan gesondheid bestee moet word - ongeag per capita inkomste;

(d) dat 'n billike persentasie van die nasionale gesondheidsbegroting aan primêre gesondheidsorg (kuratief, voorkomend en remediêrend) spandeer moet word;

(e) dat gesondheidshulpbronne geografies (landelik en stedelik) en tussen etnies groeperinge eweredig verdeel moet wees;

(f) dat die voedingstatus van kinders aan die volgende vereistes moet voldoen: 90% van die kinders moet tussen die 3de en 97ste persentiel vir gewig-volgens-ouderdom val en 90% van

alle gebore babas se gewig moet gelyk aan of bo 2 500 gram wees;

(g) dat die kindermortaliteitsyfer (KMS) onder 50 per 1 000 lewende geboortes wees;

(h) dat die Derde Wêreldlande deur die Eerste Wêreldlande bygestaan moet word in die strewe om die doelwitte van die WGO te verwesenlik;

(i) dat primêre gesondheidsorg tot die beskikking van almal moet wees. Dit sluit in:

- \* skoon, drinkbare water moet binne vyftien minute loopafstand wees;

- \* immunisering teen tuberkulose, masels, poliomelitis, tetanus, witseerkeel en kinkhoes;

- \* voldoende sanitasie in die huis of onmiddellike omgewing;

- \* plaaslike gesondheidsorg moet binne een uur se loop- of reisafstand wees. Dit sluit in die beskikbaarheid van ten minste twintig noodsaaklike medikasies;

- \* voorgeboortelike, vroedvrou- en kindergesondheidsdienste deur opgeleide personeel.

(j) dat die lewensverwagting by geboorte bo 60 moet wees;

(k) dat die geletterdheidsvlak van die volwassenes bo 70% moet wees; en

(l) dat die per capita-inkomste minstens US\$500 per jaar (1978) moet wees.

### 3.4. "GESONDHEID VIR ALMAL": OPLOSSING OF SLEGS SLAGSPREUK?

Eunice Kiereini (1985:17-19), John Bryant (1988:291-302), E. Bidwell (1988:37-45) en Glen Williams (1988:185-199) beweer dat "gesondheid vir almal" nie die beoogde impak op die gesondheidsprobleme van die wêreld, veral dié van die armes, gelewer het nie.

Volgens genoemde skrywers sentreer die belangrikste oorsaaklike faktore rondom die politieke, sosiale, tegniese en bestuursaspekte en die mannekrag en gemeenskap in gesondheidsontwikkeling. 'n Sinopsis van hul sienswyse van die vernaamste probleme is:

#### (a) **politieke probleme:**

\* gesondheidsontwikkeling word nog steeds nie gesien as 'n integrale deel van die ekonomiese en sosiale matriks van ontwikkeling nie;

\* ministeries van gesondheid in die Derde Wêreldlande het weinig politieke beïnvloedingsmag;

\* 'n groot hap van die gesondheidsbegroting word aangewend vir buitensporige salarisse en toelae en bereik gevolglik nie die doelwit, naamlik primêre gesondheidsorg, waarvoor dit begroot is nie;

\* die politieke verpligting teenoor primêre gesondheidsorg ontbreek. "Expenditure on health care tends to be viewed simply as a drain on scarce resources rather than as an investment in the nation's future." (Williams; 1988:197)

\* stedelike bevoordeling ten koste van landelike gebiede.

**(b) sosiale faktore:**

\* die voorkoming van siektes en die bevordering van gesondheid is onlosmaaklik gekoppel aan veranderinge in menslike gedrag. Die oortuigings, houdings en gedragspatrone van mense sowel as sosiale strukture beïnvloed die graad van aanvaarding en implementering van primêre gesondheidsprogramme. Kulturele praktyke en oortuigings kan daartoe lei dat aan ongesonde gewoontes geklou word.

**(c) bestuursprobleme:**

\* die afwesigheid of swak ontwikkeling van 'n gesondheidsinfrastruktuur;

\* op nasionale vlak word opleiding gesien as 'n eenmalige aktiwiteit en nie 'n deurlopende proses nie;

\* die byna totale afwesigheid van gesondheidsinformasie;

\* gesondheidsbeplanning en -implementering is nog te gesentraliseerd en te min kreatiwiteit en inisiatief word gelaat vir die periferie;

**(d) tegniese aangeleenthede:**

\* reoriëntasieprogramme vir die bestaande gesondheidspersoneel, opleidingsprogramme vir nuwe personeel en indiensopleiding vir al die gesondheidspersoneel moet geïmplementeer word;

\* 'n duidelik geformuleerde en identifiseerbare verwysingsraamwerk tussen die verskillende gesondheidssektore ontbreek.

**(e) mannekrag en die gemeenskap in gesondheidsontwikkeling**

- \* gesondheidsprogramme is nog te kuratief-gesentreerd;
- \* die traagheid van gesondheidspersoneel om die plaaslike gemeenskap by gesondheidsake te betrek;
- \* die onvoldoende, oneffektiewe kuratief-georiënteerde en hospitaal-gebaseerde en gemeenskap-irrelevante opleiding van gesondheidspersoneel sodat die plaaslike gesondheidsprobleme nie werklik aangespreek word nie;
- \* die invoer van mediese tegnologie van Eerste Wêreldlande sonder dat die relevansie daarvan aan plaaslike omstandighede getoets word.

Die konklusie is egter dat indien daar 'n totale verpligting tot "gesondheid vir almal" is, kan die beoogde doelwitte behaal word. Maar "(p)olitical commitment is an uncertain commodity" - en dit is waar die grootste struikelblok tot "gesondheid vir almal" huidiglik lê (Bryant; 1988:297).

**3.5. SUID-AFRIKAANSE PERSPEKTIEF VAN PRIMÊRE GESONDHEIDSORG**

Die Suid-Afrikaanse perspektief van primêre gesondheidsorg word kronologies weerspieël in die Gesondheidsdienste-fasiliteiteplan (1980), Bevolkingsontwikkelingsprogram (1986) en die

Strategie vir Primêre Gesondheidsorg in Suid-Afrika (Julie 1992).

### 3.5.1. Gesondheidsdienste-fasiliteiteplan

Volgens Karlsson en Mentz (1985:266-267) was die aanvaarding van die Gesondheidsdienste-fasiliteiteplan deur die Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling in 1980 'n stap in die regte rigting. Die klem het van die siek persoon na die gesonde persoon verskuif. Volgens hierdie plan sal gesondheidsvoorsiening op ses vlakke geskied:

Vlak 1: Voorsiening van basiese behoeftes soos veilige drinkwater, voldoende voeding en riool- en afvalverwydering;

Vlak 2: Gesondheidsopvoeding;

Vlak 3: Primêre gesondheidsorg met drie ontwikkelingstadia:

- selfsorg en gemeenskapsverantwoordelikheid;
- gemeenskapsgesondheidsverpleging;
- gemeenskapsgesondheidsentra waar voorkomende, bevorderende, kuratiewe en rehabilitiewe dienste verskaf word;

Vlak 4: Gemeenskapshospitale;

Vlak 5: Streekshospitale;

Vlak 6: Akademiese hospitale.

Desnieteenstaande dat die plan as 'n voorwaartse stap beskou kan word, was dit nóg voldoende geïmplementeer nóg het dit die grondliggende probleme van gesondheidsvoorsiening in Suid-Afrika aangespreek. Die integrasie van gesondheidsdienste en

die allokering en verspreiding van gesondheidsbronne en personeel is nie aangespreek nie (Savage; 1985:12).

Die plan is verder geskoei op die makro-politieke beleid van Suid-Afrika. Gesondheidsvoorsiening van die bewoners van die tuislande word nie aangeraak nie. Daar is geen sprake van nasionale koördinering en gesondheidsbeplanning en aanvaarbare aksies teen die oorsprong van siektes en swak gesondheid nie. Die sentrale regering neem nie verantwoordelikheid vir die gesondheidsvoorsiening van tuislandbewoners nie (Savage; 1985:14-16).

'n Verdere belangrike aspek is die ekonomiese ideologie waarop gesondheidsorg en -beplanning gefundeer is. 'n Dualistiese stelsel van private en openbare gesondheidsvoorsiening word in die plan voorgestel. Dit word duidelik gestel dat die staat nie met die private instellings sal kompeteer nie. 'n Nuwe fooi-struktuur maak ook voorsiening dat die fooie van hospitale en daghospitale in lyn gebring word met die fooie van die private instellings. Dit is verder onduidelik of die privatiserings-inisiatief herverspreiding van die gesondheidsbegroting, waar groter klem geplaas word op die gesondheidsbehoefte van armes, tot gevolg sal het nie. Gesien teen die swak ekonomiese toestand is dit egter 'n baie skrale moontlikheid. Hierdie beleid van die regering sal 'n besliste negatiewe impak op die landelike gebiede het (Savage; 1985:16-18).

### 3.5.2. Bevolkingsontwikkelingsprogram (BOP)

Die BOP het in 1984 gevolg in reaksie op die Presidentsraad se verslag oor demografiese tendense in Suid-Afrika. Die doelwit van die BOP is om teen die jaar 2015 gelykheid tussen al die bevolkingsgroepe te bereik (Vlok; 1991:12).

Volgens M. Vlok (1991:12) is die volgende nege indikatore van lewensgehalte by die BOP ingesluit: volwasse geletterdheidsyfer, kindermortaliteitsyfer, tienerswangerskapsyfer, skoolnie-bywoningsyfer, per-capita inkomste, ekonomiese afhanklikheid en werkloosheid, gesinsgrootte, die aantal persone per kamer (kamerdigtheid) en lewensverwagting by geboorte. Slegs vier van die genoemde indikatore vorm deel van die WGO se program van gesondheid vir almal teen die jaar 2000: kindermortaliteitsyfer, volwasse geletterdheidsyfer, persoonlike per-capita inkomste en primêre gesondheidsorg.

Die strategieë om die beoogde doelwit van die BOP en die verhoging van die lewenskwaliteit van die minderbevoorregte gemeenskappe te bereik, is:

- \* opvoeding, met besondere klem op die vrou;
- \* primêre gesondheidsorg;
- \* uitbreiding/intensifisering van gesinsbeplanningsdienste;
- \* grootskaalse voorsiening van lae-koste behuising;
- \* skepping van werksgeleenthede;
- \* voorsiening van basiese infrastruktuur;



- \* ordelike verstedelikingstrategie; en
- \* landelike ontwikkeling (Vlok; 1991:12-13).

Die BOP is gebaseer op die oorbevolkingsbenadering waar groot bevolkingsyfers of oorbevolking beskou word as die grondliggende oorsaak van die onderontwikkeltheid van mense. Volgens Myint (1977:107-108) is dit 'n voldonge feit dat daar 'n positiewe korrelasie is tussen 'n hoë geboortekoers en onderontwikkeltheid. Waar die twee veranderlikes gelyklopend is, kan hulle mekaar versterk in 'n noodlottige kringloop. Binne die Suid-Afrikaanse lewensopset is die onderontwikkeltheid van die swart bevolkingsgroep egter 'n manifestasie van gewettigde politieke, ekonomiese en rassediskriminasie.

Die BOP het dus mank gegaan onder dieselfde probleme as die Gesondheidsdienste-fasiliteiteplan deurdat die werklike grondliggende oorsake van die gesondheidsprobleme nie aangespreek word nie. Onder die begrip ontwikkeling in die benaming "bevolkingsontwikkelingsprogram" skuil in wese gesinsbeplanning.

### 3.5.3. Strategie vir Primêre Gesondheidsorg

In die Strategie vir Primêre Gesondheidsorg in Suid-Afrika (SPGSA) (Julie 1992) word beleidsriglyne vir die ontwikkeling van primêre gesondheidsorg in Suid-Afrika uiteengesit. Vir die eerste keer is die WGO-beginsels in 'n primêre gesondheidsorgstrategie vir die land vervat. Die WGO se definisie van

primêre gesondheidsorg word feitlik in sy geheel deur die samestellers, die Subkomitee: Primêre Gesondheidsorg, op bladsy 2 aangehaal.

Die belangrikste beginsels vir 'n primêre gesondheidsorgstrategie, soos gereflekteer in WGO-dokumente en die geskifte van ander skrywers, onder andere De Kadt en Segall en Mahler, is in die strategie-dokument vervat. Die beginsels in die dokument vervat, behels onder andere:

- (a) die bevordering van gesondheid en spesifieke beskerming van die bevolking is belangrik vir volgehoue ekonomiese en sosiale ontwikkeling en dra by tot die verhoging van die lewensgehalte;
- (b) regverdige, bekostigbare, beskikbare, toeganklike en aanvaarbare gesondheidsdienste is 'n vereiste vir effektiewe en doeltreffende lewering van gesondheidsdienste in Suid-Afrika;
- (c) primêre gesondheidsorg is 'n integrale komponent van 'n omvattende gesondheidsorgsisteem en die sosiale en ekonomiese ontwikkeling van 'n land;
- (d) daar is 'n wedersydse verwantskap en interafhanklikheid van gesondheid, sosiale en ekonomiese ontwikkeling;
- (e) die betrokkenheid en koördinasie van alle verwante aspekte van nasionale en gemeenskapsontwikkeling, veral opvoeding, landbou, water, veeteelt, voedsel, behuising, openbare werke, kommunikasie, industrie en ander sektore;
- (f) primêre gesondheidsorg moet geïmplementeer, onderhou, gekoördineer, gekontroleer en geëvalueer word in terme van nasionale beleid, strategieë en planne van aksie;

(g) klem moet geplaas word op die lewering van primêre gesondheidsorgdienste op die laagste moontlike geskikte effektiewe vlak binne streeks-, magistrale, plaaslike owerheids- en gemeenskapskontekste, gebaseer op beskikbare vakkundigheid en plaaslike behoeftes;

(h) die politieke verpligting tot primêre gesondheidsorg moet in wetgewende, begrotings- en organisatoriese strukture vervat word;

(i) primêre gesondheidsorg moet die kern van 'n komprehensiewe gesondheidsorgsisteem wees wat ondersteun word deur 'n effektiewe verwysingstelsel, konsultasie, opleiding en navorsing op sekondêre en tersiêre vlak;

(j) bronne moet regverdig tussen gemeenskappe toegewys word, met bykomende toewysings aan minderbevoorregte gemeenskappe;

(k) primêre gesondheidsorg vereis maksimale gemeenskapsbetrokkenheid asook maksimaal-ingeligte, verantwoordelike persoonlike en nie-persoonlike selfsorg deur die individu. Dit volg 'n sensitiewe deelnemende benadering en gebruik eenvoudige, praktiese en verstaanbare metodes en prosedures;

(l) gemeenskapslede het die reg en verantwoordelikheid om deel te neem in beplanning en implementering van hul gesondheidsorg, individueel sowel as kollektief. Gemeenskapsbetrokkenheid en deelname is die hoekstene van primêre gesondheidsorg;

(m) primêre gesondheidsorg en ander gesondheidsverwante dienste moet op plaaslike vlak, met die deelname van die gemeenskap, gekoördineer en beheer word;

- (n) plaaslike politieke, administratiewe en sosiale patrone moet bepaal hoe die beplanning, uitvoering en beheer oor primêre gesondheidsorgprogramme op grondvlak sal plaasvind;
- (o) in die bepaling van die prioriteite vir die lewering van gesondheidsdienste moet die aandag ook gefokus wees op die ervaaarde en geïdentifiseerde behoeftes van die gemeenskap;
- (p) metodes en tegnieke moet aanvaarbaar wees vir die persone wat dit sal gebruik, asook diegene op wie dit toegepas sal word;
- (q) leierskap in die gemeenskap moet geïdentifiseer, erken en betrek word;
- (r) 'n balans moet gehandhaaf word tussen nasionale standaarde en plaaslike behoeftes en bronne. (SPGSA; 1992:4-5)


Die uiteengesette beginsels is in die voorgelegde doelstellings en doelwitte ("objectives") van 'n primêre gesondheidsorgprogram vervat. Volgens die samestellers van die dokument moet die doelstellings vervat in 'n primêre gesondheidsorgprogram toeganklikheid, beskikbaarheid, bekostigbaarheid, gelykheid en aanvaarbaarheid verseker. Die doelstellings van so program moet wees om die:

- (a) opvoeding betreffende die heersende siekteprobleme en die voorkomings- en beheermetodes aan die bevolking van Suid-Afrika beskikbaar te stel;
- (b) voorsiening van voedsel en behoorlike voeding te bevorder;
- (c) voorsiening van voldoende veilige water en basiese sanitasie te verseker;

- (d) voorsiening van moeder- en kindergesondheidsdienste, insluitende gesinsbeplanning, te verseker;
- (e) immunisering teen die vernaamste aansteeklike siektes te verseker;
- (f) plaaslike endemiese siektes te voorkom en te beheer;
- (g) algemene siektes en beserings doeltreffend te behandel;
- (h) voorsiening van essensiële medisyne te verseker (SPGSA; 1992:6).

Vir elkeen van die doelstellings is 'n plan of planne van aksie, verskillende implementeringstrukture en -strategieë en kontrolering en evaluering daarvan uiteengesit.

Die doelwitte van primêre gesondheidsorg sluit in:

- 
- (a) die vestiging van kriteria om regverdigheid in primêre gesondheidsorgdienste te verseker;
  - (b) om bereikbare gesondheidsfasiliteite binne 'n redelike afstand vir die meeste lede van die gemeenskap te vestig;
  - (c) om te verseker dat relevante vertikale gesondheidsprogramme met horisontale programme integreer;
  - (d) om 'n meganisme vir intersektorale koördinasie te skep;
  - (e) om 'n formule vir die toewysing van fondse en ander bronne vir primêre gesondheidsorg te vestig;
  - (f) om 'n meganisme vir gemeenskapsbetrokkenheid te vestig;
  - (g) om 'n program vir die opleiding van gepaste primêre gesondheidsorgpersoneel te vestig;

- (h) om norme en standaarde vir effektiewe en doeltreffende primêre gesondheidsorglewering te vestig;
- (i) om kriteria vir die evaluering van primêre gesondheidsorgdienste te vestig;
- (j) om riglyne vir doelmatige navorsing in primêre gesondheidsorg te vestig;
- (k) om 'n verbindingsmeganisme tussen verskillende gesondheidssektore en diensvlakke te vestig. (SPGSA; 1992:7)

#### **4. GESONDHEIDSVOORSIENING IN SUID-AFRIKA**

As gesondheidsvoorsiening in Suid-Afrika teen die agtergrond van genoemde twaalf indikatore van die WGO (waarna op bladsy 37 verwys is) geëvalueer word, word die ontoereikendheid daarvan blootgelê. Die Suid-Afrikaanse gesondheidsvoorsiening sal vervolgens onder verskeie hofies onder die loep geneem word.

##### **4.1. GESONDHEIDSVOORSIENING DEUR DIE REGERING**

Die rol van die Suid-Afrikaanse regering in gesondheidsvoorsiening is vervat in die Wet op Gesondheid, nommer 63 van 1977. Hiervolgens is die hoofdoel van die regering "om die gesondheid van die inwoners van die Republiek te bevorder, sodat **iedere persoon** in staat gestel word om 'n toestand van volkome fisiese, psigiese en maatskaplike welsyn te bereik en te handhaaf" (eie beklemtoning). Die doelstelling van gelykheid wat in die sitaat geïmpliseer word, is egter ver verwyder van die realiteit as gekyk word na:

- (a) die etniese verdeling van gesondheidsfasiliteite en -dienste;
- (b) siektepatrone en -frekwensies in Suid-Afrika;
- (c) die voorsiening van gesondheidsverwante dienste; en
- (d) stedelike vooroordele ten opsigte van besluitneming en voorsiening van gesondheidsdienste en -fasiliteite.

#### 4.1.1. ETNIESE VERDELING VAN GESONDHEIDSFASILITEITE EN -DIENSTE

Die oneweredige verdeling van gesondheidsfasiliteite en -dienste word in die volgende statistiek gereflekteer: In 1985 het Suid-Afrika 729 hospitale gehad, waarvan 495 (70% van die totaal) openbare hospitale was. Hierdie 495 hospitale het gesamentlik 'n bedkapasiteit van 141 103 (87,5% van 161 261 beddens in alle hospitale). Die rasse-verdeling van hospitaalbeddens was: 25% blank, 49% swart, 3% "bruin", 1,5% Asiër en 21,5% ongeklassifiseerd. Volgens die Buro vir Inligting was daar in 1988 vir elke 1 000 blanke Suid-Afrikaners 7,5 beddens en 4,2 beddens vir elke 1 000 swart Suid-Afrikaners. (South Africa 1989/90; 1990:524) (Dit was die situasie voor Februarie 1990. Veral na Februarie 1990 het die situasie ietwat verander deurdat van die hospitale, veral die akademiese hospitale, as nie-rassige hospitale oopgestel was.)

As gevolg van die etniese verdeling van hospitaalbeddens is daar weinig sprake van ekonomies-effektiewe benutting nie. Du Toit en Kriel (1986:24) meld dat ten spyte van die ruimer

mediese geriewe en dienste in die Baragwanath-hospitaal in Soweto bly dit chronies oorbeset. Pasiënte moet baie keer op die vloer en onder die beddens slaap, terwyl die Johannesburg-hospitaal slegs 'n paar kilometer daarvan onderbenut word.

In 1990 het dr. Rina Venter, Minister van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling, aangekondig dat alle openbare hospitale oop is vir alle rasse. Dit is gedoen om die gebrek aan akkomodasie in die swart hospitale te verlig. Kort daarna is egter aangekondig dat die regering nie die finansiële vermoë het om hospitale tot nie-rassige hospitale te verander nie. In Oktober 1990 het dr. Venter weer aangekondig dat 'n nuwe gesondheidsbeleid alleenlik in 'n nuwe dispensasie ingestel sal word. Die teenstrydige aankondigings binne 'n baie kort tydsbestek bewys dat die regering nie opreg is in sy soeke na oplossings vir die swak gesondheidsvoorsieningstruktuur en -dienslewering aan die swart bevolkingsgroep nie.

Die gevolge van die onregverdigde toekenning van gesondheidsfasiliteite en -dienste word duidelik in die siektepatrone en -frekwensies tussen die bevolkingsgroepe gereflekteer.

#### 4.1.2. SIEKTEPATRONE EN -FREKWENSIES

Cedric de Beer (1984) en verskeie ander skrywers noem die patrone en frekwensies van tuberkulose as die sprekendste voorbeeld van die noue verwantskap tussen siekte en apartheid. In hierdie geval kan eerstens die aantal sterftes as gevolg van



tuberkulose en tweedens die aantal aangemelde tuberkulosegevalle tussen die verskillende bevolkingsgroepe vergelyk word. Kriel (1986:27) beweer dat die gemiddelde sterftesyfer weens tuberkulose in 1977 37 maal hoër onder die "kleurling"-groep as onder die blankes was. Die aangemelde tuberkulosegevalle per 100 000 van die totale bevolkingsgroep, openbaar 'n soorgelyke dramatiese verskil tussen die blanke groep en die ander bevolkingsgroepe. Die statistiek vir 1988 word in Tabel 5 aangetoon. Die gevallesyfer van die "bruin" bevolkingsgroep is byvoorbeeld 38,067 keer meer as dié van die blankes.

**TABEL 5**

**TUBERKULOSEGEVALLE PER 100 000 IN DIE RSA IN 1988**

Swart	199,6
"Kleurling"	510,1
Asiaat	61,8
Blank	13,4

(Suid-Afrikaanse Statistieke 1990:4.8)

Hierdie syfers is verstommend hoog as in gedagte gehou word dat 'n komitee alreeds in 1905 die grootskaalse tuberkulose hoofsaaklik toegeskryf het aan oorbewoning, swak dieet en swak geventileerde behuising (De Beer; 1984:5). In die tydperk toe die Suid-Afrikaanse ekonomie oorheers is deur mynbou, het tuberkulose besondere aandag verkry omdat die voorkoms en verspreiding van die siekte 'n gevaar ingehou het vir die blanke mynwerkers. Die oplossing vir die probleem was nie geneeskundig van aard of sosio-ekonomiese opheffing nie, maar die tuberkulose-pasiënte is terug gestuur na hul plek van herkoms. Vandag word die oplossing gesoek in moderne Westerse

tegnologies-gefundeerde kuratiewe medisyne eerder as politieke gelykheid en ekonomies-maatskaplike verbetering van die totale lewensomstandighede van die gevaargroep.

Die eksplisiete verwantskap tussen siekte en apartheid is ook duidelik waarneembaar in:

(a) die kindersterftes per 1 000 lewende geboortes: blankes in Johannesburg in 1984 nege, Soweto in 1983 25 en in die landelike gebiede van Transkei 130 in 1980 (Vlok; 1991:10).

(b) die gewig van kinders: Professor Hansen beweer dat nagenoeg 33% van alle swart-, "kleurling"- en Indiër-kinders onder die ouderdom van 14 jaar ondergewig en dwergagtig is in vergelyking met 5% van blanke 6- tot 10-jariges (De Beer, e.a.; 1988:4-5).

#### 4.1.3. GESONDHEIDSVERWANTE DIENSTE

Die aksentuering van kuratiewe bo voorkomende gesondheidsorg beklemtoon 'n meganistiese benadering tot gesondheid. Die mens word gesien as bestaande uit 'n reeks meganies-verwante komponente eerder as 'n geïntegreerde geheel met sy omgewing. Deurdat die oorsake en behandeling van siektes vereng word tot patologiese en degeneratiewe verklarings en oplossings, word die inwerking van omgewingsfaktore geïgnoreer. Die invloed van swak en onvoldoende behuising, oorbewoning, swak sanitêre geriewe en besoedelde water word misgekyk of geïgnoreer.

Bogenoemde word baie sterk beklemtoon as byvoorbeeld na die voorsiening van behuising en elektrisiteit gekyk word.

#### 4.1.3.1. BEHUISING

Alhoewel dit moeilik is om 'n wetenskaplik-bepaalde verwantskap tussen behuising en enige siekte te bepaal, is daar 'n noue verwantskap tussen behuising en individuele en gemeenskapsarmoede en die wye reeks determinante wat met armoede geassosieer word. Hierdie determinante sluit in indiënsneming, onkunde, wanvoeding, inkomste, ontwikkelingsvlak, verspreiding van rykdom, opvoedkundige vlak, eiendomsreg, gemeenskaps- en woonbuurt-organisering, kulturele praktyke en die koste van grond en boumateriaal (Schaefer; 1990:39; WHO; 1974:8-11). Swak behuisingstoestande word gewoonlik geassosieer met onvoldoende voeding, lae persoonlike higiëniese standaarde en omgewingsanitasie en 'n gebrek aan opvoeding.

Die verwantskap tussen behuising en gesondheid behels die volgende:

(a) Beskerming teen oordraagbare siektes vereis voldoende en veilige watervoorsiening, verwydering van ekskrete en soliede afvalstowwe, dreinerings van oppervlaktwater, fasiliteite vir persoonlike en huishoudelike higiëne en higiëniese voedselvoorbereiding en strukturele beveiliging teen siekteverspreiding.

(b) Beskerming teen beserings, vergiftiging en chroniese siektes vereis veilige meubilering, beheer oor binnenshuise lugbesoedeling, veilige hantering van chemikalieë en geskikte voorsorgmaatreëls waar die huis as werkplek dien.

(c) Om sielkundige en sosiale spanning te minimaliseer, moet daar voldoende leefruimte, toegang tot veilige speel- en ontspanningsruimtes, minimale blootstelling aan buitengewone geraas en so min as moontlik gevare wees.

(d) Die woonbuurt moet toeganklik wees tot opvoedkundige, gesondheids- en sosiale dienste, asook kulturele en ander geriewe (Schaefer; 1990:38).

Die behuisingstoestande, en meer spesifiek die sanitêre fasiliteite, speel 'n belangrike rol in die voorkoms van sekere parasitiese en helmintiese infeksies. Oorbewoning, swak ventilasie en atmosferiese besoedeling kan respiratoriese infeksies predisponer (WHO; 1974:11-26).

Die verbetering van die gesondheidsverwante faktore, soos reeds genoem, is meer effektief as die behandeling van die siektoestand self. Verbeterde behuising kan lei tot 'n afname in die risiko vir die oordra van besmetlike siektes. Goeie behuisingstoestande en sanitêre geriewe is effektiewer maatreëls teen cholera, ingewandskoors en dergelike siektes as immunisering (WHO; 1974:12-13).

Ten opsigte van behuisingvoorsiening is statistiek redelik beskikbaar, alhoewel die syfers vir tekorte baie verskil tussen

die verskillende navorsers. Die behuisingstatistiek toon 'n duidelike rasse-ondertoon. Die onvoldoende en ongelyke behuisingsvoorsiening aan die verskillende rassegroepe word duidelik gereflekteer in die 1986-berekening: In 1986 was daar 'n surplus van 37 000 blanke stedelike wooneenhede, terwyl 'n tekort van 52 000, 44 000 en 58 300 wooneenhede vir onderskeidelik "kleurlinge", Indiërs en swartes bereken was. (Ramphele; 1988:30) Volgens die Race Relations Survey (1987/88:198) was die behuisingstekort teen die einde van 1987 tussen 700 000 en 1 400 000 eenhede. Die huidige woningtekort, na die afskaffing van die instromingsbeheermaatreëls, word gereeld deur die massamedia blootgelê met die verslaggewing oor plakkerswoonbuurte in die metropolitaanse gebiede.

Statistiek vir die voorsiening van wooneenhede op die Suid-Afrikaanse platteland ontbreek. Morris Schaefer (1990:40) het, uit navorsing gedoen in 70 lande, tot die slotsom gekom dat "(i)n general, rural dwellers had less adequate housing than urban dwellers" en "the needs of rural residents were less likely to receive attention than were those of people in urban areas". Die gebrek aan statistiek vir die Suid-Afrikaanse platteland beaam alreeds hierdie stelling. In die lig van die landelik-stedelike wanbalanse in gesondheidsvoorsiening in Suid-Afrika (waarna op bladsy 61 en verder verwys word) sal die toestande ten opsigte van behuisingvoorsiening in stedelike en landelike gebiede in Suid-Afrika sekerlik nie verskil van die waarneming van Schaefer nie.

'n Beduidende persentasie van die wooneenhede se gehalte in beide die stedelike en landelike gebiede is substandaard. Wilson en Ramphele (1989:124-134) noem die volgende tekorte: onvoldoende leefruimte (oorbewoning, die totale afwesigheid van privaatheid vir getroudes), swak konstruksie (stukkende vloerbedekking, afwesigheid van geute), swak ontwerp (huise sonder plafon wat geen beskerming teen temperatuuruiterses bied nie), swak sanitêre geriewe, geen verwydering van afval en die gebrek en soms totale afwesigheid van speelruimte vir kinders. Die degradasie en desperaatheid van hierdie mense sal ongetwyfeld 'n negatiewe impak op hul gesondheidstoestand, toeganklikheid tot werksgeleenthede en sosiale aanvaarbaarheid uitoefen (Smith; 1990:753-754).

#### 4.1.3.2. **ELEKTRISITEITSVOORSIENING**

Chris Heunis, voormalige Minister van Konstitusionele Ontwikkeling en Beplanning, het in 1987 die Parlement bekend gemaak dat 60 swart stadsgebiede geen elektrisiteitsvoorsiening het nie, in 217 het 85% en meer van die inwoners geen elektrisiteit nie en in 13 het 50% en meer inwoners geen elektrisiteit nie. Volgens gegewens van ESKOM het slegs 10% van die swart bevolkingsgroep elektrisiteit in hul huise (RRS 1987/88: 219). Die situasie vandag is nie veel beter nie. Diegene sonder elektrisiteit word hoofsaaklik op die landelike gebiede gevind. Hulle is aangewese op steenkool, hout en ander verbrandingsmateriaal, wat volgens Ramphele en Wilson (1989:46-

47) heelwat duurder is en ook 'n groter gesondheidsrisiko as elektrisiteit inhou.

#### 4.1.4. STEDELIKE VOORORDELE

Die stedelike vooroordele in gesondheidsvoorsiening kan waargeneem word in:

- (a) verteenwoordiging op adviserende liggame;
- (b) die verdeling van provinsiale gesondheidsbegrotings tussen landelike en stedelike gebiede;
- (c) geografiese verspreiding van mediese praktisyne; en
- (d) geografiese verspreiding van gesondheidsfasiliteite.

##### 4.1.4.1. VERTEENWOORDIGING OP ADVISERENDE LIGGAME

In artikel 3 (1) van die Wet op Gesondheid, nommer 63 van 1977, word verteenwoordiging deur landelike en stedelike gebiede op die Adviserende Komitee vir Gesondheidsake soos volg bepaal:

- twee geneesheren wat as mediese gesondheidsbeamptes in diens is van plaaslike besture wat gesondheidsdienste in stedelike gebiede lewer, en
- een geneesheer wat as mediese gesondheidsbeampte in diens is van plaaslike besture wat gesondheidsdienste in landelike gebiede lewer.

Die groter verteenwoordiging van stedelike gebiede word voorgeskryf ten spyte van die feit dat net meer as die helfte (57% in 1985 volgens die Stedelike Stigting) van die bevolking

in stedelike gebiede woonagtig is. Die getaloorwig, tesame met 'n groter mate van militansie in die stedelike gebiede, dra daartoe by dat die stedelike gebiede ten opsigte van die voorsiening van gesondheidsdienste en -fasiliteite, ander gesondheidverwante dienste en die gesondheidsbegroting bevoordeel word.

#### 4.1.4.2. LANDELIKE EN STEDELIKE GESONDHEIDSTOEKENINGS

In die gesondheidsbegroting word die kontraste tussen landelike en stedelike gebiede beklemtoon. Volgens die 1985-verslag van die Direkteur van Hospitaaldienste vir die Provinsiale Administrasie van die Kaap die Goeie Hoop (Bylae I) is die verdeling tussen landelike en stedelike gebiede vir onderhouds-uitgawes vir provinsiale hospitale soos volg (by die stedelike gebiede word ingesluit Kimberley, Port-Elizabeth-Uitenhage, George, Grahamstad, Oos-London en Kaapstad):

- stedelike gebiede: R522 563 294
- landelike gebiede: R100 220 134

Die landelik-stedelike begrotingstoekennings verteenwoordig 'n verhouding van 5,21:1 ten gunste van stedelike gebiede. Die akademiese hospitaalstreke (Grootte Schuur-, Tygerberg- en die Rooikruis Oorlogsgedenkhospitaal vir Kinders en die provinsiale laboratorium vir weefselimmunologie in Observatory) ontvang R294 422 686 van die totale Kaaplandse provinsiale begroting van R624 778 005, met ander woorde 47%. (Bylae I)



In die Noord-Kaapstreek, waar die studiegebied Loxton geleë is, ontvang Kimberley R20 526 682 van die totale streeksbegroting van R33 503 874 - 61,3% van die begroting. Word die begroting van Upington by die begroting van Kimberley gevoeg, verhoog die persentasie na 70,75%. Die res van die gebied, naamlik Barkly-Wes, De Aar, Douglas, Hartswater, Kakamas, Kuruman, Mafikeng, Postmasburg, Prieska, Reivilo, Victoria-Wes en Vryburg, ontvang dus slegs 29,25% van die begroting van R33 503 874. Hierdie bedrag is vir personeel, verbruikbare en nie-verbruikbare voorrade en bedryfskoste. (Bylae I)

Hierby ontvang die Noord-Kaapstreek R4 622 448 vir deeltydse distriksgeneesheerdienste vir die gevalle behandel, medikasie, honorarium en gebiedstoelaag en vervoerkoste. (Bylae D)

Victoria-Wes, deel van die Noord-Kaapstreek en waaronder die gesondheidsdienste van Loxton resorteer, het R516 887 in 1985 vir onderhoudsuitgawe vir die provinsiale hospitaal en R127 109 vir deeltydse geneesheerdienste ontvang. (Bylae I)

Ongelukkig is statistiek om die verskil in per capita-gesondheidsbesteding tussen die "wit" kern en periferie (landelike en stedelike gebiede) aan te toon, nie verkrygbaar nie.

#### 4.1.4.3. GEOGRAFIESE VERSPREIDING VAN MEDIESE PRAKTISYNS

Volgens die Buro vir Inligting was 80% van die 20 947 geregistreerde medici in 1988 in die stedelike gebiede werksaam.

(South Africa 1989/90; 1990:521) Hierteenoor woon volgens die 1985-sensus ongeveer 57% van die bevolking in die stedelike gebiede (Stedelike Stigting 1; 1990:7). In 1988 het Michael Savage beweer dat 65% van alle dokters in die metropolitaanse gebiede, 11% in stede, 12% in dorpe en 6% in klein dorpe praktiseer (Savage; 1988:5).

Hierdie wanverspreiding van geneeshere het 'n dramatiese impak op die lewing van gesondheidsdienste in die landelike gebiede. Dit word baie duidelik gereflekteer as gekyk word na die dokter-pasiëntverhouding. In die verslag van die Race Relations van 1988/89 word die aantal geneeshere en verpleegkundiges in die "onafhanklike" en "selfregerende state" soos volg aangegee (die datum wat die jongste statistiek vir elkeen van die state aangee, word by elke staat verskaf):

**TABEL 6**  
**MEDIESE PERSONEEL IN SWART STATE**

	GETAL DOKTERS	BEVOLKING /DOKTER	GETAL VERPLEEG- KUNDIGES	BEVOLKING/ VERPLEEG- KUNDIGES
Bophuthatswana 1985	106	1:16 421	2 672	1:651
Ciskei 1985	188	1:3 989	3 354	1:224
Gazankulu 1986	86	1:7 508	1 426	1:453
Kangwane 1986	29	1:16 513	657	1:729
KwaNdebele 1986	6	1:51 011	233	1:1314
KwaZulu 1985	283	1:15 845	6 077	1:772
Lebowa 1986	38	1:60 292	3 889	1:589
QwaQwa 1987	14	1:17 134	314	1:764
Transkei 1985	248	1:11 827	5 467	1:537
Venda 1985	25	1:18 393	839	1:548

Race Relations 1988/89: 3

In Tabel 6 word groot geografiese variasies in die dokter-pasiënt en verpleegkundige-pasiëntverhoudings gereflekteer. Die dokter-pasiëntverhouding varieer tussen 1:3 989 vir Ciskei en 1:60 292 vir Lebowa. Die verpleegkundige-pasiëntverhouding varieer tussen 1:224 vir Ciskei en 1:1 314 vir KwaNdebele. Die geweldige groot verhoudings wat aangetref word, sal noodwendig tot nadeel strek in die verskaffing van gesondheidsdienste.

#### 4.1.4.4. GEOGRAFIESE DISTRIBUSIE VAN GESONDHEIDSFASILITEITE

Dieselfde geografiese wanverspreiding word gevind ten opsigte van gesondheidsfasiliteite. Die meeste fasiliteite word in die metropolitaanse en stedelike gebiede aangetref. Die gesondheidsfasiliteite van die landelike gebiede is nie net kleiner en minder nie, maar is oor die algemeen ook swakker toegerus as die fasiliteite in die stedelike gebiede. Die landelike bewoner moet baie keer lang afstande aflê na gesondheidsfasiliteite wat addisionele uitgawes teweegbring.

UNIVERSITY of the  
WESTERN CAPE

#### 4.2. GESONDHEIDSBEGROTING

Om die impak van die gesondheidsbegroting op gesondheidsdienslewering te illustreer, sal uitgebrei word oor:

- (a) gesondheidsbesteding as persentasie van die bruto binnelandse produk;
- (b) die geografiese verspreiding van gesondheidsbesteding;
- (c) die per capita-gesondheidsbesteding; en

(d) die ekonomiese oneffektiwiteit van die gesondheidsbegroting.

#### 4.2.1. GESONDHEIDSBESTEDING AS PERSENTASIE VAN DIE BRUTO BINNELANDSE PRODUK

Die Suid-Afrikaanse gesondheidsbesteding het van 2,14% van die bruto binnelandse produk (BBP) in 1970/71 tot 2,83% in 1989/90 toegeneem. In die "onafhanklike" en "selfregerende state" het die verhouding van die gesondheidsbesteding tot die BBP in dieselfde tydperk van 0,29% tot 0,57% toegeneem (McIntyre; 1990:11).

Bogenoemde persentasies vergelyk swak met die gesondheids-toekennings van die tegnologies-ontwikkelde lande. Laasgenoemde groep lande se gesondheidsbesteding varieer tussen 4% en 7% van die BBP. Selfs Derde Wêreldlande wat in 'n laer inkomste groep as Suid-Afrika val, het 'n hoër gesondheidsbesteding as Suid-Afrika, byvoorbeeld Zimbabwe met 3,4% en Zambië met 2,5% (McIntyre; 1990:18). Hierdie swak vergelyking van Suid-Afrika met tegnologies ontwikkelde en baie tegnologies minder ontwikkelde lande beklemtoon die feit dat gesondheid in Suid-Afrika nie 'n nasionale prioriteit is nie.

Dit moet egter genoem word dat verskeie ander departemente ook gesondheidsvoorsiening verskaf. Hierdie departemente se gesondheidsbegrotings vir 1989/90 het beloop: Verdediging - R283,269 miljoen, Suid-Afrikaanse Polisie - R180 miljoen en Departement

Korrektiewe Dienste - R70,343 miljoen. (McIntyre; 1990:20)  
Hierdie departemente verskaf egter gesondheidsdienste net aan hul werknemers. Die breë publiek kan nie vryelik van daardie gesondheidsdienste gebruik maak nie.

#### 4.2.2. GEOGRAFIESE VERSPREIDING VAN GESONDHEIDSBESTEDING

Die wanverspreiding van die gesondheidsbesteding tussen die "onafhanklike" en "selfregerende state" en die res van Suid-Afrika word baie duidelik in die onderstaande tabel gereflekteer.

**TABEL 7**

**GESONDHEIDSBEGROTINGS VIR 1989/1990\***

GEBIED	BEDRAG	BEVOLKINGSGETAL
Kaapprovinsie	R1 647 213 000	5 041 137 **
Natal	786 351 000	2 145 018 **
Oranje Vrystaat	456 602 000	1 776 903 **
Transvaal	2 073 745 000	7 532 179 **
Bophuthatswana	171 205 000	1 721 463 ***
Ciskei	138 935 000	756 185 ***
Gazankulu	87 447 000	496 200 ***
KaNgwane	40 927 000	391 205 ***
KwaNdebele	5 373 000	235 511 ***
KwaZulu	324 802 000	3 738 334 ***
Lebowa	138 858 000	1 833 114 ***
QwaQwa	30 755 000	180 924 ***
Transkei	267 438 000	2 916 134 ***
Venda	44 960 000	455 857 ***

\* McIntyre; 1990:20-26

\*\* Suid-Afrikaanse Statistieke 1990: 1985-bevolkingsensus

\*\*\* Race Relations Survey 1986 Part 1: 1985-bevolkingsensus

In die finansiële jaar 1989/90 was die totale gesondheidsbesteding van al die "onafhanklike" en "selfregerende state" R1 172 miljoen en dié van die vier provinsies R4 963,911 miljoen. Die swart state se gesondheidsbesteding was 25,195% van dié van die vier provinsies.

#### 4.2.3. PER CAPITA-BESTEDING

Die verskil in per capita-besteding van die "onafhanklike" en "selfregerende state" en die vier provinsiale administrasies vir 1986/87 (die jongste beskikbare gegewens) word in die onderstaande tabel aangegee.

**TABEL 8**  
**PER CAPITA-BESTEDING IN 1986/87\***

GEBIED	BEDRAG
Natal	R201,82
Kaapprovinsie	199,60
Oranje Vrystaat	156,33
Transvaal	149,51
Ciskei	91,49
Gazankulu	68,70
Bophuthatswana	63,14
Venda	53,72
QwaQwa	47,27
Transkei	44,35
KaNgwane	43,79
KwaZulu	43,08
KwaNdebele	30,88
Lebowa	23,04

\* McIntyre; 1990:28

In bostaande tabel kan die noue verwantskap tussen die per capita-gesondheidsbesteding en ras baie duidelik gesien word. (In hierdie bespreking word geensins 'n aanname gemaak dat die

vier provinsies eksklusiwiteit "wit" is nie. Die doel van die makro politieke opset was om hierdie gebiede oorwegend "wit" te maak. Daarom is dit geensins vergesog om 'n parallel te tref tussen ras en gesondheidsbegroting nie. Die "blanke" gebiede van Suid-Afrika se per capita-gesondheidsbesteding word hier vergelyk met die onafhanklike en selfregerende swart gebiede.) Die per capita-besteding van Natal oortref byvoorbeeld dié van Lebowa met 8,76 keer. Selfs die laagste provinsiale per capita-besteding (dié van Transvaal) oortref die hoogste per capita besteding deur 'n swart staat (dié van Ciskei) met 163,4%. Volgens McIntyre het die verskil in per capita gesondheidsbesteding tussen die "onafhanklike" en "selfregerende state" tussen 1970/71 en 1989/90 al groter geword (McIntyre; 1990:10).

#### 4.2.4. EKONOMIESE ONEFFEKTIVITEIT VAN DIE GESONDHEIDSBE- GROTING VAN SUID-AFRIKA

Volgens Price (1987:38) verwys ekonomiese effektiwiteit na die allokering van gesondheidshulpbronne op 'n sosiaal-optimale wyse. Binne die Suid-Afrikaanse opset bestaan daar weinig twyfel oor die oneffektiwiteit van die hulpbronverspreiding in gesondheid. Eerstens word die grootste gesondheidsbegroting aan die ekonomies en polities magtiges toegeken. Tweedens, omdat hulle die ekonomiese en politieke mag besit, sal die grootste hap van die gesondheidsbegroting wat vir navorsing aangewend word, gebruik word om die gesondheidsbehoefte van hierdie groep te bevredig. Aan die een kant word hartoorplantings en kogleêre inplantings gedoen en is breinnavorsing en navorsing

op molekulêre vlak die uitdagings van die toekoms. Aan die ander kant ly die grootste deel van die bevolking aan voorkombare siektes wat baie minder sal kos om te genees.

Die oneffektiewe aanwending van gesondheidshulpbronne word grootliks teweeggebring deur die apartheidsbeleid. Die gesondheidsvoorsiener is versplinter tussen eerste, tweede en derdevlakregering, tuislandowerhede, eie-sake administrasies en 'n algemene-sake departement.

Tesame met die etniese fragmentasie lei geografiese fragmentasie, versplintering van die Suid-Afrikaanse grondgebied in tuislande, en ongelykheid, verskil in toekenning tussen stedelike en landelike gebiede, ook tot groot ekonomiese oneffektiwiteit.

Die effek van geografiese fragmentasie is veral waarneembaar wanneer inwoners oor tuislandgrense gesondheidshulp soek. Hospitale in een tuisland mag nie inmeng in die sake van 'n ander tuisland nie en mag gevolglik nie sulke gevalle opvolg nie. Die outoriteite van daardie tuisland moet eers geraadpleeg word alvorens enige aksie geloods kan word. As gevolg van hinderlike burokratiese kommunikasie, konflik oor verskille in beleid, onwilligheid om verantwoordelikheid te aanvaar en onnodige vervoer, is daar gewoonlik 'n "verbreking" in die gesondheidsorg van die pasiënt. Die Suid-Afrikaanse regering het met die instelling van die Regional Health Organization of



South Africa (RHOSA) probeer om hierdie probleem te oorbrug, maar dit het weinig vrugte afgewerp.

Derdens lei die oorbeklemtoning van kuratiewe gesondheidsdienste tot oneffektiewe en verkwistende benutting van die beskikbare fondse. Pasiënte wat met behulp van goedkoper voorkomende metodes behandel kon word, moet hulle nou verlaat op die duurder kuratiewe gesondheidsorg. Verder is die kuratiewe gesondheidsdienste hoofsaaklik in die stedelike gebiede gekonsentreer.

#### 4.2.5. ONDERONTWIKKELING VAN LANDELIKE GESONDHEID

Die onderontwikkeling van gesondheidsbronne en -dienste in die landelike gebiede en swart "onafhanklike" en "selfregerende gebiede" is primêr die resultaat van politieke prosesse. Die onderontwikkeling van gesondheid in genoemde gebiede is waarneembaar in grootskaalse ongelykhede tussen die stedelike en die landelike gebiede. In die jongste verlede was daar nog geen teken dat die onderontwikkelingsproses aangespreek is nie, want die beperkte gesondheidsbegrotings aan die landelike en swart "selfregerende" en "onafhanklike gebiede" sal eerder die onderontwikkeling van gesondheidsorg perpetueer.

Die logiese verklaring vir die onderontwikkeling van die landelike gebiede aan die een kant en die bevoordeling van die stedelike gebiede aan die ander kant, is geleë in die verskil in politieke magsbasisse. Die landelike bewoner, met weinig of

geen toegang tot selfs primêre gesondheidsdienste, is normaalweg sosiaal, polities, ekonomies en selfs ruimtelik periferaal, swak georganiseer en geografies verspreid. Hierdie faktore verswak hul politieke magsbasis om te veg vir universele toegang tot gesondheidsorg. Verder reageer politici volgens die behoeftes van die stemgeregtigdes teenoor wie hulle aanspreeklik is of voel (Stock; 1986:689-698).

Aan die ander kant het die stedelike bewoner baie sterker politieke bedingingsmag hoofsaaklik omdat in die stedelike areas 'n hoër bewoningsdigtheid ondervind word en die stedelike bewoner makliker toegang tot politieke besluitnemers het. Politieke mobilisering in die stedelike gebiede is 'n werklikheid waarmee die politieke leiers deeglik mee rekening moet hou.

#### 4.3. BEKLEMTONING VAN KURATIEWE GESONDHEIDSORG

Die provinsiale administrasies is hoofsaaklik verantwoordelik vir die lewering van kuratiewe, hospitaalgebaseerde gesondheidsdienste. Die plaaslike owerhede aan die ander kant is verantwoordelik vir voorkomende gesondheidsdienste.

Die grootste proporsie van die gesondheidsbesteding, naamlik 62,1% word toegeken aan die provinsiale administrasies, terwyl die plaaslike owerhede slegs 1,6% van die totale gesondheidsbesteding ontvang (McIntyre; 1990:9). Hierdie persentasies

beklemtoon die oorwig van kuratiewe gesondheidsorg ten koste van voorkomende gesondheidsorg.

Die beklemtoning van kuratiewe gesondheidsorg word verder geaksentueer as in gedagte gehou word dat die provinsiale begrotings tussen 1970/71 en 1989/90 jaarliks met 2,46% in per capita terme gegroei het. Hierteenoor het die per capita besteding van die plaaslike owerhede met 1,61% gedaal (McIntyre; 1990:10).

Die implikasies van bogenoemde statistiek moet beskou word teen die agtergrond van die gevolgtrekking waartoe die Brown-kommissie in 1986 gekom het: "(1)argely as a result of this lack of central policy direction, there has been an under-emphasis on preventive and primary health care and an over-emphasis on expensive secondary and tertiary health services, which is inappropriate to the needs of the South African community" (RP 67/1986:18).

UNIVERSITY of the  
WESTERN CAPE

Michael Savage beweer dat hierdie prioritisering van kuratiewe en die afskeping van voorkomende gesondheid 'n rasse-ondertoon het omdat die gesondheidsdienste vir degeneratiewe siektes hoofsaaklik deur die bevoorregtes en blanke groep gebruik word (Savage; 1988:5). As onderstaande geprojekteerde stedelike bevolking van Suid-Afrika, volgens die Brown-kommissie (RP 67/1986), in gedagte gehou word, kan die klem op kuratiewe gesondheidsorg baie maklik 'n rasse-ondertoon kry: 89% van die

blankes, 92% van die Asiate, 78% van die "kleurlinge" en 46% van die swartes was in 1985 verstedelik.

Dit is juis in die landelike gebiede waar die minste en swakste toegeruste kuratiewe gesondheidsentra aangetref word en die meeste voorkomende gesondheidsentra benodig word. Die hoër gesondheidsuitgawes vir kuratiewe gesondheidsorg is binne die finansiële vermoë van die meeste blanke landelike bewoners, terwyl dit in die meeste gevalle nie so is by die swart landelike bewoner nie. Die blanke landelike bewoner het die vervoermedium en kan ook relatief makliker die vervoerkoste na die gesondheidsentra absorbeer, terwyl dit nie die geval is by die swart landelike bewoner nie.

#### 4.4. DUPLISERING VAN FASILITEITE EN DIENSTE

Die Brown-kommissie oor gesondheidsake het bevind dat daar grootskaalse fragmentasie van beheer oor gesondheidsdienste en 'n gebrek aan sentrale beleidsrigting is. Daar is te veel gesondheidsowerhede met beleidmakende mag (RP 67/1986:18).

Die fragmentasie en verkwistende duplisering van gesondheidsdienste en -fasiliteite is 'n logiese uitvloeisel van die regering se tuislandbeleid en die 1983-grondwet. Vandag word daar 14 verskillende gesondheidsdepartemente gevind: 10 tuislande ("onafhanklike en selfregerende" tuislande), 3 eie-sake departemente (Volksraad, Raad van Verteenwoordigers en Raad van Afgevaardigdes) en een algemene-sake departement.

Dit is hierdie warboel van owerhede, wat slegs 34 miljoen mense beheer, wat Professor Walter Loening van die Universiteit van Natal die volgende opmerking laat maak het: "If the devil himself had been set the task of evolving a health structure so complex in nature that it would confound the minds of the most skilled health administrators, he would not have come up with anything quite as bizarre as we have managed to create in this country". (Sunday Tribune; 1988:21) In 1985 het dr George Morrison, die Adjunk-minister van Gesondheid en Welsyn, die volgende absurde regverdiging vir die nuwe dispensasie gegee: "We are not dividing up people, but rather the service into its separate components for the different race groups. It is in that way that we want to rationalise and divide things up so that each component of the South African population will have a say in the health service furnished to his own population group, a health service over which he himself exercises control and with whose circumstances he is best acquainted." (RRS Part 2; 1986:767) In Junie 1986 het hy bogenoemde regverdiging opgevolg met: "separate health services are justified because certain ailments affect only certain races"! (RRS Part 2; 1986:768)

Die 1983-grondwet het verder onsekerheid en verwarring teweeggebring, want dit spel nie duidelik uit wat eie en algemene sake is nie. In artikels 14(1) en 15 word na hierdie aangeleentheid soos volg verwys:

"14(1): Aangeleenthede wat 'n bevolkingsgroep met betrekking tot die inhoud van sy identiteit en die handhawing en bevordering van sy lewenswyse, kultuur, tradisies en gebruike spesiaal of afsonderlik raak, is, behoudens die bepalinge van artikel 16, eie sake met betrekking tot daardie bevolkingsgroep.

15: Aangeleenthede wat nie ingevolge artikel 14 eie sake van 'n bevolkingsgroep is nie, is algemene sake."

Gedurende Augustus 1986 het die Minister van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling hierdie aangeleentheid in 'n mate opgeklaar. Hy het aangekondig dat hospitale met 95% van die pasiënte van 'n bepaalde bevolkingsgroep geklassifiseer sal word as eie-sake hospitale en hospitale met minder as 80% en al die opleidingshospitale as algemene-sake hospitale. (Die moontlike afskaffing van eie-sake administrasies, tans die besprekingspunt, sal teweegbring dat pasiënte vrye toegang tot enige gesondheidsfasiliteit het.)

UNIVERSITY of the  
WESTERN CAPE

##### 5. SLOT

In die voorafgaande uiteensetting is dit duidelik dat die "top-down"-gesondheidsontwikkelingsprogramme van die verlede gerig was op die bevordering van die lewenskwaliteit van die stemgeregtigdes. Daarom is kuratiewe bo voorkomende gesondheidsorg en stedelike bo landelike gesondheidsdienste bevoordeel deur groter gesondheidsbegrotings daaraan toe te ken. Die uitdaging

vandag is om die ongelykhede in gesondheidsorg en die gesondheidsprobleme wat daaruit voortgespruit het, te remedieer.

Volgens Halfdan Mahler (1981:7-8) is daar drie voorvereistes vir "gesondheid vir almal": 'n multisektorale benadering, gemeenskapsbetrokkenheid en doelmatige tegnologie. Die gesondheidsvoorsiening in Suid-Afrika ly gebreke aan al drie voorvereistes wat Mahler noem.

Mahler gaan voort en beweer: "Health is not a commodity that is given. It must be generated from within. Similarly, health action cannot and should not be an effort imposed from outside and foreign to the people; rather it must be a response of the community to problems that the people in that community perceive, carried out in a way that is acceptable to them and properly supported by an adequate infrastructure" (Mahler; 1981:8). In wese verwys Mahler hier na 'n "bottom-up"-benadering tot die gesondheidsprobleme van die land. Dit is egter 'n aspek wat in die verlede geïgnoreer was.

Die Suid-Afrikaanse regering het vele male in die verlede regstellende aksies in gesondheidsvoorsiening op politieke verhoë verkondig. Maar hoe word gesondheid op grondvlak, daar waar dit daaglikks ervaar word, geëvalueer?

HOOFSTUK 3LOXTON - SOSIO-EKONOMIESE PERSPEKTIEF1. INLEIDING

In die literatuur is dit duidelik dat daar onsekerheid is oor die effektiëste meetinstrument vir die gesondheidsvlak van die inwoners van 'n land of gemeenskap. Gesler (1984:34) skryf hierdie probleem toe aan 'n konsensusgebrek oor die definiëring van die begrippe siekte en gesondheid. Volgens E.L.H. Lee is daar hoofsaaklik twee benaderingswyses. Eerstens word die tegnokratiese benadering gebruik waarin die basiese behoeftes tot biologiese en ander wetenskaplike data gereduseer word. Die voedingsbehoefte van die mens word tot die hoeveelheid kalorieë of proteïen per dag gereduseer. Sommige navorsers gebruik mortaliteitstatistiek, maar mortaliteit is ook nie voldoende nie en word beskou as net 'n surrogaat vir morbiditeit.

Tweedens word die demokratiese benadering gebruik. Die inwoners word self die geleentheid gebied om hul basiese behoeftes te bepaal. Die gebrek aan die voorsiening in hierdie behoeftes bepaal grootliks die gesondheidsvlak van die inwoners (Ghai, D.P., e.a.; 1980:63). Gesondheidsbeïnvloedende faktore soos water- en sanitasie, die verwydering van afval, behuisings-toestande en voedselinname word in berekening gebring.



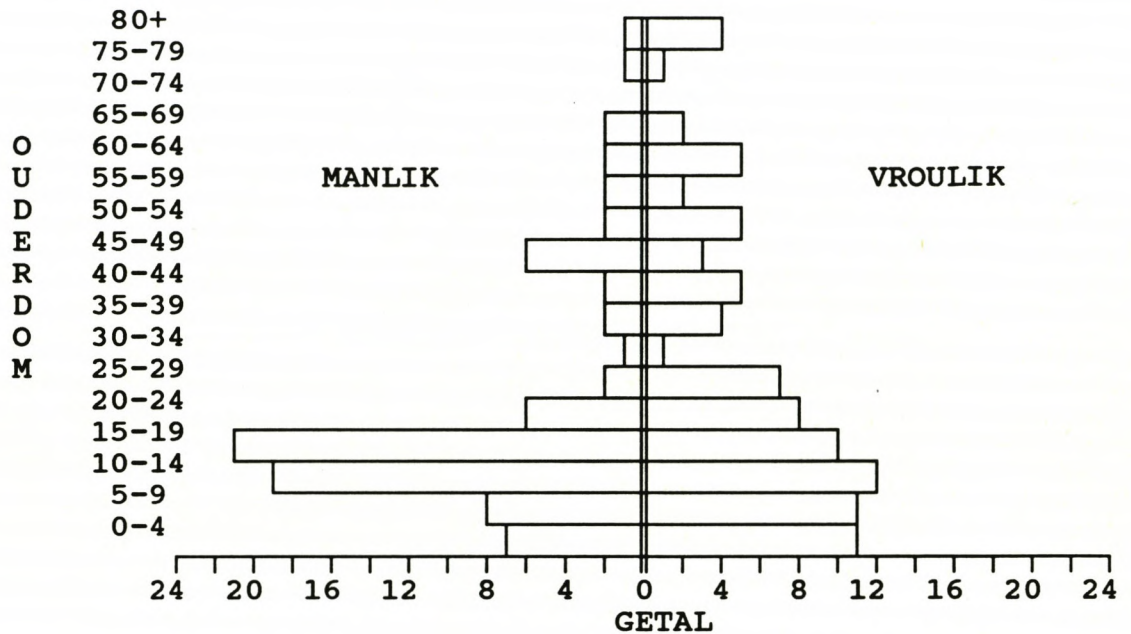
In hierdie navorsingsprojek is die demokratiese benadering gebruik waar die inwoners van Loxton self die geleentheid gebied is om hul perspektief van hul maatskaplik-ekonomiese en gesondheidsprobleme te gee. In die opname is informasie betreffende demografiese gegewens, inkomste, voeding, behuising, opvoeding, sanitasie, energie- en watervoorsiening ingesamel.

## 2. DEMOGRAFIESE PROFIEL

Loxton het 'n "bruin" inwonertal van ongeveer 600, aldus die voorsitter van die Bestuurskomitee.

Die bevolkingspiramied (Figuur 2) reflekteer die volgende:

- (a) die voor-ekonomiese groep (0-19-jariges) verteenwoordig 58,7% van die totale inwonertal van die "bruin" woongebied;
- (b) in die ouderdomsgroep 10-19 is daar 'n duidelike getaltoename wat toegeskryf kan word aan die aantal skoolgaande kinders van die omliggende plase;
- (c) die na-ekonomies-aktiewe groep (65 jaar en ouer) verteenwoordig 6,5% van die totale inwonertal;
- (d) die ekonomies-aktiewe (20- tot 64-jariges) groep beslaan 34,8% van die inwonertal;
- (e) die geslagsverdeling in die ekonomies-aktiewe groep is: 40% manlikes en 60% vroulikes; en
- (f) die verhouding tussen die geslagte is min of meer eweredig: 49,7% manlikes en 50,3% vroulikes.

**FIGUUR 2****OUDERDOM-GESLAGSTRUKTUUR**

Indien die ouderdom-geslagsamestelling van die "kleurling" inwoners van Loxton vergelyk word met die ouderdom-geslagsamestelling van die totale "kleurling"-bevolking van Suid-Afrika, kan die volgende opmerkings gemaak word:

- (a) die bevolkingspiramide van Loxton het 'n ongewone vorm. Die treffendste kenmerk is die oorheersing van die manlikes by die 10-14-jariges en 15-19-jariges;
- (b) genoemde twee ouderdomsgroepe beslaan 62,6% van die voor-ekonomiese groep. Vir die totale "kleurling"-bevolking van Suid-Afrika beslaan hierdie twee ouderdomsgroepe 51,8%;
- (c) die ouderdomsverdeling van die totale "kleurling"-bevolking van Suid-Afrika is:

\* voor-ekonomiese groep: 47,93% - 10,77% minder as in Loxton;

\* ekonomies-aktiewe groep: 48,65% - 13,85% meer as in Loxton;

\* na-ekonomies-aktiewe groep: 3,42% - 3,08% minder as in Loxton.

(d) die geslagsverdeling by die verskillende ouderdomsgroepe is meer eweredig as in Loxton.

Met die opname is bevind dat 'n groot aantal 19-jariges nog op die primêre skool is. Ten spyte van hul hoë ouderdom verkies baie van die ouers dat die kinders op die skoolbanke moet bly. Vir baie ouers is dit 'n oorlewingstrategie, want die welsynstoelae van die staat ontvang, vul die plek van 'n gereelde en genoegsame loon/salaris.

### 3. VOORSIENING VAN BASIESE BEHOEFTES

Die Internasionale Arbeidsorganisasie verdeel in sy verslag "Employment, Growth and Basic Needs" basiese behoeftes in twee kategorieë. (Die basiese-behoeftebenadering is in hoofstuk 1 bespreek.) Die basiese behoeftes vir private verbruik sluit in voeding, kleding en beskutting. Basiese behoeftes van gemeenskapsomvang sluit in skoon water, sanitasie, openbare vervoer, gesondheid, behuising en opvoeding (Ghai, D.P., e.a.; 1980:29). Kragvoorsiening word gegroepeer onder private verbruik omdat die inwoners self in hierdie behoeftes voorsien.

### 3.1. BASIESE BEHOEFTE VIR PRIVATE VERBRUIK

Die mate waarin die basiese behoeftes vir private verbruik bevredig word, sal bepaal word deur die inkomste van die broodwinner en ander wat 'n bydrae lewer tot die huishoudelike inkomste.

#### 3.1.1. WERKSOMSTANDIGHEDE

H. Myint (1977:94) definieer agtergeblewe gemeenskappe/mense ("backward people") as "a group of people who are in some fashion or other unsuccessful in the economic struggle to earn a livelihood". Die onvermoë om 'n (menswaardige) lewensbestaan te kan maak, kan toegeskryf word aan:

\* die mate van deelname aan die ekonomiese prosesse van die land/streek/plaaslike gemeenskap wat deur die huidige in-diensneming van die land/streek/gemeenskap gereflekteer word, en

\* die verkryging of generering van finansiële inkomste.

##### 3.1.1.1. Huidige werksituasie

In die geval van Loxton is die gebrek aan werkseleenthede een van die knellendste vraagstukke. In die Tabel 9 word die werksituasie van die 80 ekonomies-aktiewe inwoners wat by die opname betrek is, aangedui. 40% van die ekonomies-aktiewe inwoners het geen vaste inkomste nie en is aangewese op aalmoese van ander, hoofsaaklik familie en/of vriende. 9% het

'n onbetroubare inkomste omdat hulle slegs deelyds werk of los werkies doen.

Werkloosheid kan geklassifiseer word as vrywillig en gedwonge (Wilson & Ramphele; 1989:84-88). Die vrywillige werklose groep sluit in persone wat verkies om nie te werk nie en gevolglik moet hulle eerder geklassifiseer word as ekonomies onaktief. In die Loxton-studie het 8,75% van die persone aangedui dat hulle nog nooit gewerk het nie en kan gevolglik onder die vrywillige groep ingedeel word. Hierdie persone het te kenne gegee dat onder die huidige swak ekonomiese omstandighede dit nie eens baat om werk te soek nie, want nêrens is vakante werksgeleenthede te vind nie. Hulle huislike omstandighede is ook van so 'n aard dat hulle nie die dorp kan verlaat om werk te gaan soek nie. Die uitgawes wat aangegaan moet word om werk te gaan soek teenoor die geringe moontlikheid om wel werk te vind, is eerder gesien as 'n verlies.



UNIVERSITY of the  
WESTERN CAPE

Onder die gedwonge werklose kategorie val daardie persone wat werk soek, maar nie kan vind nie. In Loxton val 22,5% van die respondente onder die kategorie van gedwonge werkloosheid. Die kans dat hierdie persone wel werk sal vind, is baie skraal.

Die droewige omstandighede word eers werklik beseef as die fokus van die algemene gemeenskapsituasie na die spesifieke gesinsituasie verskuif word. In een huisgesin is daar nie een gesinslid wat werk nie. Hulle doen los werkies, byvoorbeeld klere was, vir ander mense. Hulle word nie finansieel vergoed

nie, maar word op ander maniere vergoed, byvoorbeeld kos word aan hulle gegee.

Uit gesprekke met die evangelis, voorsitter van die Bestuurskomitee en lede van die gemeenskap het dit na vore gekom dat die meeste mans in die skaapbedryf, as skaapskeerders, werksaam is. Die seisoengebondenheid van die bedryf hou negatiewe ekonomies-maatskaplike en ander implikasies in vir die werker en sy gesin. Die gebrek aan alternatiewe werkseleenthede gedurende die buite-seisoenperiode vererger hulle situasie. Gedurende die buite-seisoenperiode is bykans almal tydelik werkloos. Die karige inkomste, ongeveer een rand per skaap geskeer, is nie genoegsaam om finansiële sekuriteit vir die buite-seisoentydperk op te bou nie. (Alhoewel geen syfer vir die aantal skape per dag geskeer verskaf kan word nie, is 'n geskatte gemiddelde ongeveer 50 skape per dag.) Die noodwendige gevolg is dat die persoon in 'n leensilkus verval en/of dat baie van die basiese behoeftes, wat nie as prioriteit beskou word nie, nie bevredig word nie. 'n Groot persentasie van die inkomste verdien gedurende die seisoenperiode moet weer gebruik word om opgehoopte skuld te vereffen. Die werker is dus ewigdurend vasgevang in 'n armoede-spiraal waaruit hy moeilik kan ontglip. Die kans dat hy eerder dieper in die maalkolk ingetrek kan word, is groot. Die noodgedwonge verontagsaming van sy gesondheidsbehoefte kan tot gevolg het dat hy sodanig siek word of nie weer dieselfde werkpeil kan handhaaf nie sodat hy uiteindelik ontslaan kan word. Van sosio-ekonomiese opheffing is daar weinig sprake.

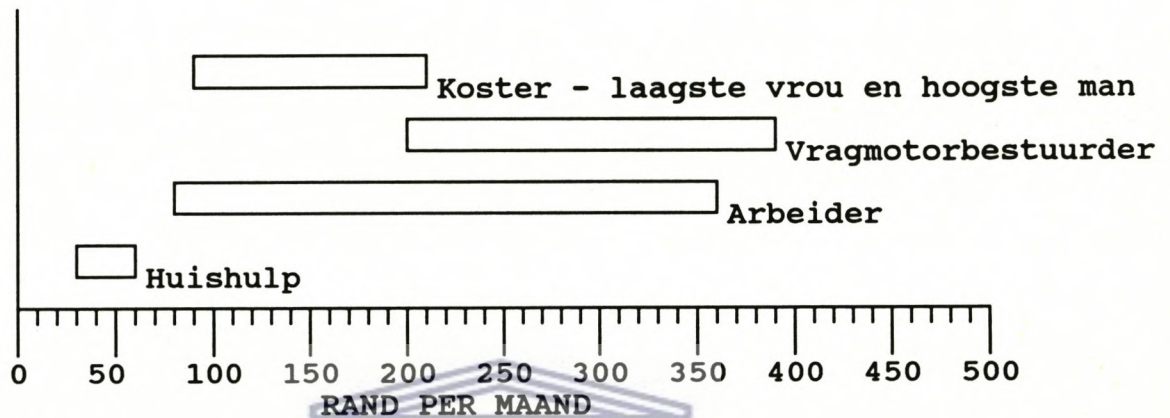
**TABEL 9****HUIDIGE WERKSITUASIE**

(a) huidiglik in een of ander werk betrokke:	
- voltyds	42,5%
- deelyds	2,5%
- los werkies	6,25%
(b) sonder werk:	
- werkloos (soek, maar kry nie)	22,5%
- soek nie werk nie	8,75%
(c) pensioen	18,75%

Een van die negatiewe gevolge van die gebrek aan werkseleent-  
hede vir die nedersetting is die landelike ontvolking. (Die  
woord negatief word in die voorafgaande sin gebruik omdat die  
landelike ontvolking daartoe lei dat die werkverskaffers die  
nedersetting verlaat.) Tradisioneel is dit veral die jong  
ekonomies aktiewes wat die gebied verlaat. Loxton is geen  
uitsondering, want in die ouderdomsgeslagspiramiede word 'n  
duidelike inkeping by veral die twintigjarige waargeneem.  
Volgens die voorsitter van die Bestuurskomitee, is hierdie  
migrasieverskynsel in die jongste verlede nie net beperk tot  
die jong en geskoolde werker nie, maar ook al meer van die  
gevestigde inwoners verlaat die gebied. Die gaping tussen  
inkomste en behoefte het te groot geword.

3.1.1.2. INKOMSTE

Die laagste en hoogste grense van inkomste van enkele beroepe word in Figuur 3 weergee.

**FIGUUR 3****VERDIENSTE VOLGENS BEROEP**

Diegene wat huishulpwerk verrig, ontvang slegs die maandelikse salaris (tussen R30-00 en R60-00 per maand) as beloning. Hulle ontvang geen kos of enige ander byvoordeel van die werkgewer nie. Van die inwoners ontvang staatshulp vir die beskikbaarstelling van losies aan die skoolgaande kinders van die omliggende plase. Hierdie bedrag beloop ongeveer R337-50 per maand vir die verblyf van ses kinders (dit is die bedrag wat een van die respondente ontvang).

Myint (1977:96) skryf: "When 'underdeveloped' natural resources and 'backward' people coexist, they mutually aggravate each other in a 'vicious circle'." In die geval van die "bruin" inwoners van Loxton is daar nie eens sprake van die besit van



onderontwikkelde natuurlike hulpbronne nie, maar 'n totale vervreemding/ isolering van die natuurlike hulpbronbasis. Geen- een van die "bruin" gemeenskap besit enige inkomste-genererende bates waaruit addisionele inkomste verkry kan word nie. Hulle het slegs hul arbeid om aan die werkverskaffer te verkoop. In die huidige swak ekonomiese omstandighede is die ongeskoolde werker uitgelewer aan die werkverskaffer. Omdat daar 'n oor- aanbod van ongeskoolde en laaggeskoolde arbeid op die mark is, het hierdie persone geen bedingingsmag nie. Hierdie omstandig- hede is die teelaarde vir ekonomiese uitbuiting - en dit word baie duidelik geïllustreer in die totaal ontoereikende besoldiging van die werkers.

### 3.1.2. VLAK VAN GELETTERDHEID

Die lae besoldiging van die werkers kan deels aan hul lae opleidingsvlak toegeskryf word. Die geletterdheidsvlak van die volwasse inwoners word in Figuur 4 grafies voorgestel.

UNIVERSITY of the  
WESTERN CAPE

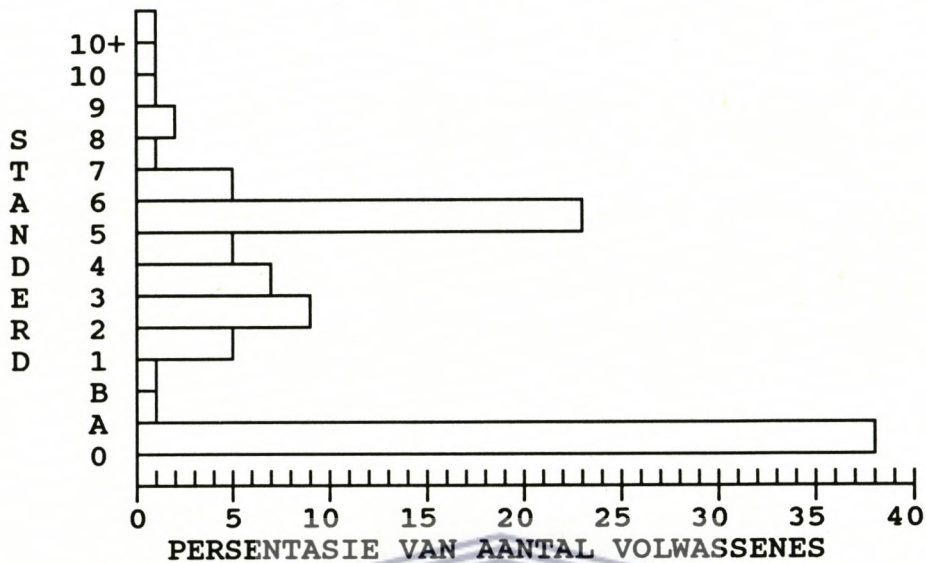
Van die grafiese voorstelling kan afgelei word dat 37,5% (30 persone) van die volwassenes geen skolastiese opleiding ontvang het nie. Verder het 50% van die volwassenes net tot senior primêre vlak (tot standerd 5) akademiese opleiding ontvang. Slegs 11,3% het junior en senior sekondêre opleiding ontvang.

Die enigste werk wat die oorgrote meerderheid van hierdie inwoners kan verrig, is hande-arbeid, wat geassosieer word met karige lone. Die uiters lae besoldiging van die inwoners van

Loxton het 'n geweldige impak op die bevrediging van hul voeding-, kleding- en ander onmiddellike behoeftes.

**FIGUUR 4**

**GELETERDHEIDSVLAK VAN VOLWASSENES**



**3.1.3. VOEDSEL-INNAME**

Die inwoners se daaglikse voedsel-inname is aan die hand van 'n paar basiese voedselsoorte probeer vasstel. By elkeen van hierdie voedselsoorte moes die respondent aandui of die gesin dit die voorafgaande week ingeneem het. Hierdie gegewens word in Tabel 10 getabelleerd gegee.

Dit is belangrik om op hierdie stadium te noem dat die opname gemaak is 'n week na ouderdomspensioen uitbetaal is en kort nadat die meeste inwoners hul lone/salarisse ontvang het. Deur slegs na die statistiek te kyk, kan 'n verkeerde indruk van die voedsel-inname van die inwoners verkry word. Dit is herhaalde

kere deur die respondente geopper. Tydens die onderhoude met die inwoners het dus waardevolle informasie bekend geword.

Die statistiek vervat in Tabel 10 reflekteer nie:

\* dat die voedselsoort op 'n gereelde basis ingeneem word nie. Dit is ook sodanig deur die respondente bevestig dat daar soms 'n betreklik lang tydperk is waartydens byvoorbeeld geen vleis ingeneem word nie. Dit is baie keer net op loon-/salarisdag dat die voedselsoort gekoop kan word.

**TABEL 10**

**VOEDSEL-INNAME**

<u>VOEDSELSOORT</u>	<u>JA</u>	<u>NEE</u>
Brood	100%	0%
Botter	60	40
Vleis	97	3
Vis	30	70
Melk: blikkies	27	63
vars	27	63
Eiers	57	43
Kaas	17	83
Suiker	97	3
Stampielies	74	26
Mielierys	63	37
Meel	100	0
Koffie	97	3
Tee	83	17
Groente	83	17
Vrugte	37	63
Aartappels	97	3
Rys	90	10
Koeldrank	43	57
Konfyt	40	60

\* dat die respondent self die voedselsoort gekoop het nie. Vele kere gebeur dit dat die voedselsoort by 'n vriend(in) genuttig word.

Uit die onderhoude met die inwoners is verder vasgestel dat:

\* die begrip groente hoofsaaklik kool en wortels insluit;

\* hulle voedsel-inname ongebalanseerd en onvoldoende is.

Die verpleegkundige en distriksgeneesheer het gevalle van wanvoeding bevestig, maar genoem dat geen geval van ondervoeding nog aangemeld is nie;

\* die inwoners van Loxton baie siektes, byvoorbeeld ondervoeding, nie as siektes bestempel nie. Gevolglik word hierdie informasie (onvoldoende en ongebalanseerde voedsel-inname) baie keer van die gesondheidswerkers weerhou;

\* weinig van die inwoners ys- of vrieskaste besit. Gevolglik kan hulle nie vars voedsel in groot voorrade aanhou nie, veral gedurende die somermaande wanneer hoë temperature ervaar word. In die geval van vleis word dit eerder onder die bure en vriende verdeel voordat dit bederf raak.

#### 3.1.4. MAANDELIKSE UITGAWE VIR VOEDSEL EN KLEDING

UNIVERSITY of the  
WESTERN CAPE

Die vernaamste waarneminge ten opsigte van voedsel- en kledinguitgawes is:

\* die maandelikse uitgawe vir voedsel varieer tussen R60-00 en R350-00 per maand.

\* die grootste persentasie (63%) van die inwoners het aangedui dat hulle maandelikse uitgawe minder as R150-00 is.

\* ongeveer 30% van die respondente het egter aangedui dat hulle geen benul het wat die maandelikse uitgawe op voedsel is nie. Dit is hoofsaaklik toe te skryf aan die feit dat die mense

op rekening, die sogenaamde boekstelsel, koop. Hulle steur hulle dan min aan die presiese bedrag omdat die winkeleienaar vir hulle 'n aanduiding gee wanneer hulle rekening te hoog raak.

\* al die respondente het oor die hoë pryse van die kos en ander benodigdhede gekla. In Loxton is daar nie sprake van markgerigte pryse nie omdat wedywering, wat gewoonlik pryse afdwing, nie bestaan nie;

\* ten opsigte van die aankope van klere, het die respondente soos volg gereageer:

- 60,0% het aangedui hulle weet nie hoeveel hulle maandeliks op kleding spandeer nie;
- 6,7% hulle koop nooit klere nie;
- 30,0% hulle koop feitlik nooit of ongereeld klere;
- 3,3,% dat hulle net Desember klere koop.

Die nood waarin die meeste van die inwoners verkeer, word treffend deur een van die respondente saamgevat toe aan hom gevra is of hy sy eie stoorplek vir vullis het: "Ek koop so min. Daar is niks om weg te gooi nie. Dit wat ek kan weggooi, gebruik ek vir die vuur. Dit is net die bietjie as wat ek weggooi en dit gooi ek sommer agter die huis weg."

### 3.1.5. DIE VOORSIENING IN DIE ENERGIEBEHOEFTE

Die maandelikse aankope van hout, steenkool, kerse en paraffien van die inwoners word in Figure 5 tot 8 grafies voorgestel.

Die opname oor die energiebehoefte het getoon dat:

\* niemand in die woonbuurt, behalwe die pastorie, skool en kerk elektriese krag het nie;

\* vir beligting is die inwoners hoofsaaklik aangewese op kerse, waarvan die pryse wissel tussen 86c per kers en R8-40 per pak van agt kerse, en paraffien;

\* die swak ventilasie van die huise die lewensduurte van 'n kers dramaties verkort, want die huise "trek dat 'n kers net aan die een kant brand en dat op winderige aande 'n hele kers gebruik word";

\* vir kookdoeleindes hout en/of steenkool gebruik word waarvan die prys wissel van R5-00 tot R7-00 per sak;

\* 'n baie groot persentasie van die respondente slegs een sak hout of steenkool per maand koop (77% en 73% respektiewelik);

\* die inwoners steenkool bo hout verkies omdat steenkool ekonomies voordeliger is as hout;

\* die inwoners verbied word om hout in die veld te gaan haal omdat die nedersetting deur private plaasgronde omring word. Ondanks die risiko van vervolging, word mense deur hul omstandighede gedwing om hout in die veld te gaan haal.

Die voorsitter van die Bestuurskomitee het aangedui dat teerpale in die middel van die woonbuurt aangebring is vir die elektrifisering van die huise. Dit is egter die verantwoordelikheid van elke huisbewoner om die krag vanaf hierdie sentrale punt na sy huis aan te lê. Met so 'n karige salaris is niemand egter in staat om die elektrifisering van sy\haar huis te

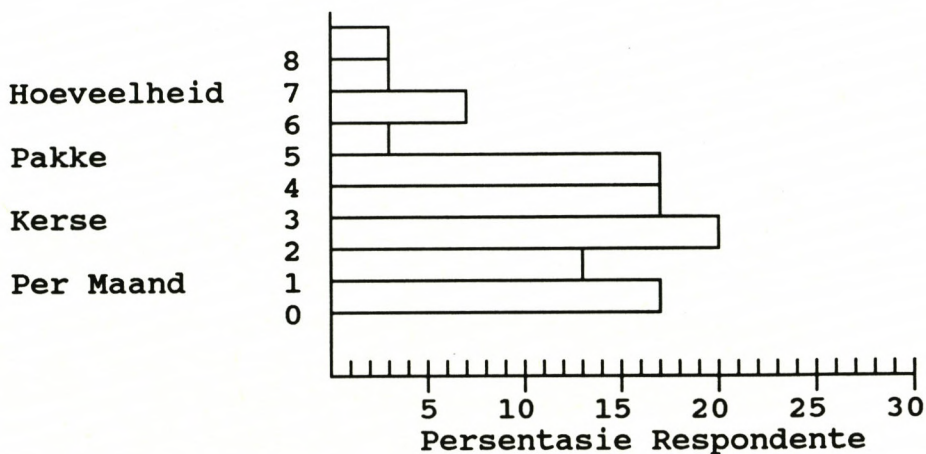
finansier nie. Tweedens is die bewoners ook huiwerig om dit te doen, want hulle is nie die eienaars van die huise nie.

Dit is 'n voldonge feit dat elektriese krag vandag baie goedkoper is as die meer tradisionele verbrandingsmateriale (Wilson & Ramphele; 1989:47). Die behoeftige persoon spandeer dus baie meer aan kragvoorsiening deurdat hy/sy kerse, lampolie, hout en steenkool gebruik. 'n Groter deel van sy/haar weeklikse/maandelikse begroting gaan hiervoor as wat dit die geval sou wees met elektriese krag. Gevolglik het hy/sy baie minder geld beskikbaar vir ander noodsaaklike behoeftes.

Behalwe dat dit goedkoper is, is die gebruik van elektrisiteit vir huishoudelike doeleindes ook besoedelingsvry. Geen rook of reuk wat ingeasem word nie en geen roet wat kan aanpak nie. Die moontlikheid van longkwale word verminder of selfs heeltemal uitgeskakel. Die distriksgeneesheer het byvoorbeeld genoem dat emfiseemgevalle die vernaamste siekte in Loxton is. Alhoewel huishoudelike besoedeling nie die enigste oorsaaklike rede vir die emfiseemgevalle is nie, lewer dit beslis 'n beduidende bydrae. Dit kan direk aan die verbrandingsmateriale toegeskryf word.

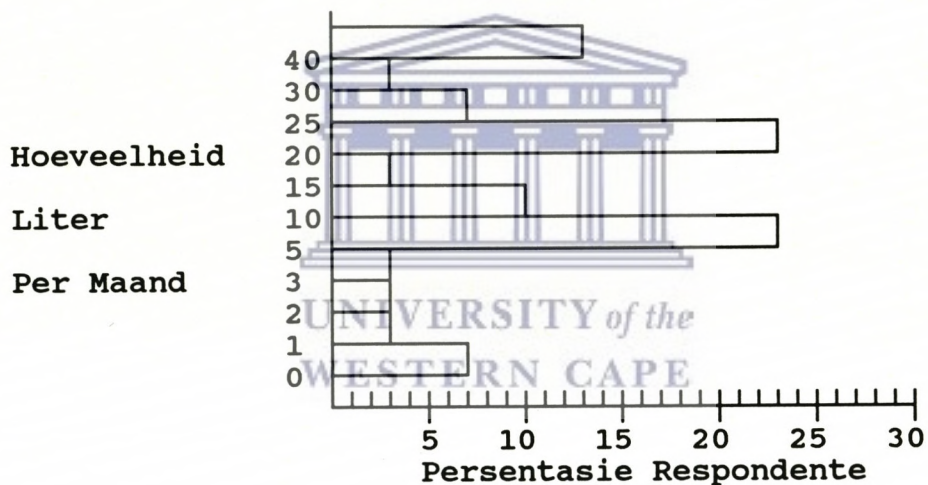
**FIGUUR 5**

**AANKOPE VAN KERSE**



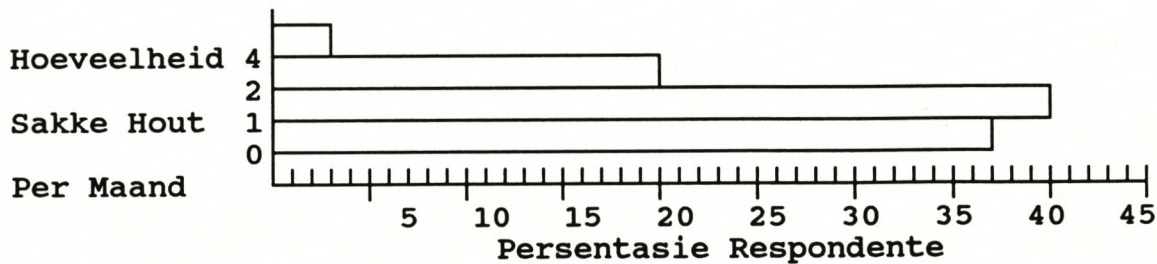
**FIGUUR 6**

**AANKOPE VAN PARAFFIEN**

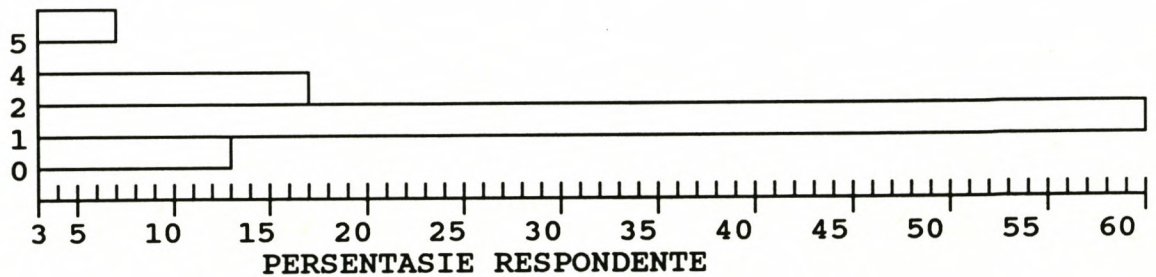


**FIGUUR 7**

**AANKOPE VAN HOUT**





**FIGUUR 8****AANKOPE VAN STEENKOOL**

[Die aantal sakke steenkool per maand aangekoop word op die vertikale as aangedui.]

**3.2. BEHUISING**

Die Verenigde Volke het in 1974 in die wêreldbehuisingsoopname onderskei tussen die kwantiteit en kwaliteit van behuising. Om die kwaliteit van behuising te meet, het die Verenigde Volke die aantal persone tot water-, toilet- en energievoorsiening as indikatore gebruik. Die kwantitatiewe indikatore is die hoeveelheid persone per kamer of die grootte van die kamers (Ghai & Alfthan; 1980:36-37). In hierdie opname word basies dieselfde indikatore gebruik.

**3.2.1. EIENAARSKAP EN ALGEMENE TOESTAND VAN WONINGS**

Die inwoners verdeel die woonbuurt in twee dele - die sogenaamde nuwe en ou blok. Hierdie verdeling is 'n refleksie van die ouderdom en algemene toestand van die huise, eienaarskap en die voorsiening van basiese behoeftes.

Die huise van die nuwe blok behoort aan die plaaslike munisipaliteit en die huise van die ou blok aan die eienaar of aan 'n ander private eienaar.

Volgens die voorsitter van die Bestuurskomitee is die munisipale huise aan die bewoners te koop aangebied. Die pryse is vasgestel op R2 700 vir die driekamerhuise en R3 600 vir die vierkamerhuise. (Die driekamerhuise het slegs een slaapkamer en die vierkamerhuise het twee slaapkamers.) Niemand het egter nog van hierdie aanbod gebruik gemaak nie vanweë:

- die karige lone/salarisse van die inwoners;
- die baie swak toestand van die huise;
- die ontoereikendheid van die huise;
- die feit dat niemand verseker is van sy/haar werk nie. By ontslag sal die werklose gedwing word om in 'n ander gebied te gaan werk. Omdat Loxton nie werklik 'n huismark het nie, sal sodanige persoon met die huis "opgeskeep sit";
- die feit dat heelwat van die respondente eerder op 'n ander dorp sal wil woon.

### 3.2.2. DIE OU BLOK

Die ou blok bestaan uit ses bouvallige huise en vyf enkel woon-eenhede (slegs een kamer en van die skakelhuistipe) wat nie meer deur die bewoners herstel/gerestoureer word nie

- uit vrees dat die plaaslike owerhede die huise enige tyd kan sloop.

- omdat die erwe waarop die huise staan aan die plaaslike owerheid behoort. Goedkeuring vir restourasie en/of aanbouing moet van die plaaslike owerheid verkry word. Dit word egter nie toegestaan nie.

- omdat finansiële gebrek die bewoners weerhou om die huise op te knap.

Verder is in die ou blok drie tente wat deur die weermag aan die plaaslike owerheid voorsien is om aan die mense te gee.

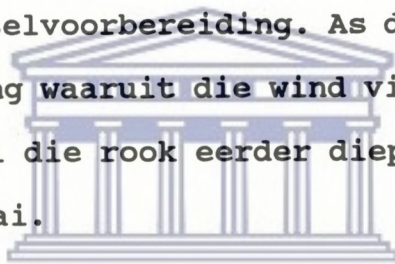
Van die bewoners het gemeld dat die plaaslike owerhede die mense ontmoedig om daar te bou en/of te verbeter. Hierdie bewering kan grootliks gestaaf word deur die feit dat water- en toiletgeriewe nie in dieselfde mate voorsien word as in die ander gedeelte van die woonbuurt nie. Die mense word dus op 'n subtiele wyse gedwing na die sogenaamde nuwe blok, waar sub-ekonomiese huise opgerig is en meer water- en toiletgeriewe aangetref word.

UNIVERSITY of the  
WESTERN CAPE

Die bewoners van hierdie huise sien ook nie kans om in die toekoms na die nuwe blok te verhuis nie. Huidiglik het hulle geen verband- en huuruitgawes nie. Vir die sub-ekonomiese huise in die nuwe skema sal hulle huurgeld moet betaal. Finansiële gebrek dwing hulle om in die bouvallige, ontoereikende huise te bly. Die begeerte tot vernuwing en verbetering word gesmoor deur hul finansiële probleme.

'n Uitstaande kenmerk van die huise van die ou blok, behalwe die bouvallige toestand waarin dit verkeer, is die swak ventilasie en uiters swak vloerbedekking. Enkele van die huise het sementvloerbedekkings, maar dit is grootliks alreeds verbrokkel.

Een van die inwoners woon byvoorbeeld in 'n tweekamer selfgeboude huisie van klei. Die huisie het net een deurtjie, waardeur 'n volwasse persoon gebukkend moet gaan, en 'n venster, met geen ruit nie. Hierdie venster is permanent met 'n sinkplaat toegekap. Nie alleenlik is dit stikdonker binne die slaapkamer nie, maar daar is geen sprake van effektiewe ventilasie van lug nie. Verder word in die kombuisie vuur gemaak vir voedselvoorbereiding. As die noordewind byvoorbeeld waai, die rigting waaruit die wind vir die volle opnametydperk gewaai het, waai die rook eerder dieper in die huis as wat dit uit die huis waai.



UNIVERSITY of the  
WESTERN CAPE

Die eienaars van die ou blok mag nie huurgeld van die huurder verhaal nie omdat hierdie huise volgens die voorsitter van die Bestuurskomitee nie onder die huurwet val nie. Daardie huise word deur die plaaslike outoriteit as plakkerswonings bestempel. Die enigste fooie wat betaal word, is die maandelikse diensfooi van R2-25 per werkende of nie-skoolgaande persoon of persoon bo die ouderdom van agtien jaar wat aan die plaaslike owerheid betaal word. Die eienaars van hierdie ou gedeelte van die woonbuurt betaal geen eiendomsbelasting nie.

### 3.2.3. DIE NUWE BLOK

Die nuwe blok bestaan uit dertig sub-ekonomiese huise. Sommige van hierdie huise het twee slaapkamers en sommige het net een slaapkamer. Al die huise het 'n kombuis, met 'n ingeboude kolestoof, en 'n kamer wat deur almal as sitkamer gebruik word. Geeneen van hierdie huise het 'n badkamer of enige ander geriewe nie, behalwe die buite-toilet.

Die huurgeld, wat wissel tussen R9-46 en R52-35, word volgens inkomste bepaal. Al die werkende persone of nie-skoolgaande persone en persone bo die ouderdom van agttien jaar betaal 'n maandelikse diensfooï van R2-25.

Baie van hierdie huise se sementvloerbedekking is besig om te verbrokkel. Die binnekant van hierdie huise, net soos in die ou blok, is swart van die roet. Eweneens is dit finansiële probleme wat opknapping en ander verbeterings onmoontlik maak.

Die voorsitter van die Bestuurskomitee het gemeld dat hulle die afgelope vyf jaar veg om meer huisvesting; veral vir die inwoners van die ou skema. By die laaste vergadering (voor die opname in 1988) is die belofte aan die Bestuurskomitee gegee dat nog 28 wooneenhede opgerig sal word. Dieselfde belofte is gemaak ten opsigte van ander basiese behoeftes.

### 3.2.4. DIE KWALITEIT VAN BEHUISING

Die kwaliteit van behuising word gereflekteer deur die voorsiening van huishoudelike water, sanitasie en afvalverwydering.

#### 3.2.4.1. HUISHOUDELIKE WATER

Die afstand na die watervoorsieningspunte en die aantal huishoudings per watervoorsieningspunt is as indikatore gebruik.

Die huishoudelike water van die dorp word van boorgate verkry. Vanaf die boorgate word dit in 'n dam aan die suidekant van die nedersetting gepomp en daarvandaan na die gemeenskaplike krane vir die inwoners.

Volgens die inwoners van Loxton het hulle geen probleem met die higiëniteit van die water nie. Dit is slegs die baie hoë soutgehalte van die water wat 'n probleem is. Die hoë soutgehalte van die water is egter nie 'n probleem vir die inwoners nie omdat hulle daaraan gewoond is.

Geeneen van die inwoners het binnenshuise watervoorsiening of krane/watervoorsieningspunte op hul woonpersele nie. Die water word van sewe gemeenskaplike voorsieningspunte verkry. Die kraan-inwonertalverhouding is ongeveer 1:86. Die gemeenskaplike krane word almal in die nuwe blok aangetref.

Die probleme rondom watervoorsiening is:

- (a) die kraan-inwonerverhouding wat lei tot tydverkwisting;
- (b) die kwantiteit: Ten opsigte hiervan is daar egter nie eenstemmigheid nie. 67% van die inwoners het aangedui dat genoegsame water ten alle tye verkrygbaar is. Die oorblywende 33% het aangedui dat daar altyd water beskikbaar is, maar nie teen 'n konstante hoeveelheid nie (die tempo waarteen die water vloei, verminder wanneer die aanvraag na water groot is).
- (c) op wasdag, Maandag, word probleme met die vloeitempo van die krane ondervind wat tydverkwistend inwerk. Verder mag niemand op wasdag water in 'n drom gaan haal nie. Dit beteken dat die verbruiker herhaalde kere na die kraan moet gaan.
- (d) seisoenale wisselinge veroorsaak dat watervoorsiening gedurende die somermaande problematies is, veral by gelyktydige gebruik van die verskillende voorsieningspunte.
- (e) onder geen omstandighede mag water vir tuinmaak aangewend word nie. Hierdie is 'n aangeleentheid wat baie ontevredenheid veroorsaak omdat die blanke inwoners betreklik groot tuine het; en dus water redelik vryelik mag gebruik.

#### 3.2.4.2. SANITASIE

Die hoeveelheid huishoudings per sanitêre fasiliteit en die afstand vanaf die huis is as indikatore gebruik om die kwaliteit van die diens vas te stel.

Elkeen van die huishoudings in die nuwe woonbuurt het 'n buite-  
emmertoilet. Die bewoners van die ou blok moet gebruik maak van  
gemeenskaplike/openbare toilette, waarvan die afstand tussen 15  
en 35 meter van die huise af is.

Die verwydering van ekskrete word een keer per week deur die  
plaaslike owerheid behartig.

In die geheel beskou, is die inwoners gelukkig met die diens-  
lewering, alhoewel enkele probleme met die diens ervaar word:

(a) 83% van die respondente is ontevrede met die reiniging van  
die toilettemmers. Uit die onderhoude het dit geblyk dat die  
ontevredenes nog nooit 'n poging aangewend het om hul  
ongelukkigheid met die plaaslike owerheid te bespreek nie.  
Volgens hulle is dit nodeloos om met die plaaslike owerheid  
daaroor te praat omdat daar in elk geval nie op hul versoeke  
gereageer sal word nie.

(b) die onaangename reuke wat veral gedurende die somermaande  
'n geweldige probleem is. Die probleem word vererger deur die  
afwesigheid van uitlaattype vir gasse en reuke.

(c) die onaangename opgedamppte reuke lok geweldig baie vlieë.



### 3.2.4.3. DIE VERWYDERING VAN AFVAL

Die plaaslike owerhede is verantwoordelik vir die weeklikse verwydering van afval.

Die inwoners is bewus van die noue verwantskap tussen goeie gesondheid en sindelikheid van die onmiddellike leefarea en omgewing. Die oorgrote meerderheid van die respondente (70%) kon egter nie motiveer waarom hulle die mening toegedaan is nie. Slegs 30% het die assosiasie met kieme geopper. In hierdie verband kan verder genoem word dat:

\* 97% van die respondente aangedui het dat hulle private eie oop vullishouers het. Alhoewel dit nie help om die probleem van vlieë te minimiseer nie, is dit 'n effektiewe instrument teen omgewingsbesoedeling (rommelstrooi).

\* 90% van die respondente die openbare oopruimtes bestempel het as skoon, maar dat daar ruimte vir verbetering is. 10% het die gebied as vuil en onnet bestempel.

Persoonlike waarneming is dat afvalbesoedeling nie 'n wesenlike probleem is nie. Gedurende die opname-tydperk was die munisipale werkers besig met 'n opruimingsaksie. Hierdeur word egter glad nie te kenne gegee dat die skoonmaak van die woonbuurt op 'n gereelde grondslag geskied nie. 97% van die inwoners het byvoorbeeld aangedui dat die woonbuurt ongereeld skoongemaak word teenoor 3% wat beweer dat die omgewing gereeld skoongemaak word.

### 3.2.5. KWANTITEIT VAN BEHUISING

Die kwantitatiewe aspek van behuising word gemeet aan die hand van die hoeveelheid persone per kamer en die aantal persone per bed.

#### 3.2.5.1. AANTAL PERSONE PER KAMER

Die aantal persone wat in een kamer slaap, word in Tabel 11 aangetoon.

**TABEL 11**

**AANTAL PERSONE PER KAMER**

KAMER	AANTAL PERSONE IN KAMER							
		1	2	3	4	5	6	7
KOMBUIS	F	1			1			
SITKAMER	R	2	4	3	2			
SLAAPKAMER 1	E	2	8	7	6	2	4	1
SLAAPKAMER 2	K	1	2	2				1
SLAAPK. BUIITE	W	3	1					

FREKW = Absolute frekwensie m.a.w. aantal response

Die volgende waarnemings het na vore gekom:

(a) kamers wat normaalweg nie vir slaapdoeleindes gebruik word nie, word deur die bewoners vir daardie doel gebruik.

(b) die geweldige hoë kamerbesetting of oorbewoning: daar slaap tot sewe persone in een kamer. Indien die ideale kamerbesetting op twee persone gestel word, sou dit beteken dat 'n oorsettingsyfer van tot 350% aangetref word. Dit sal beteken dat 66,6% van die huishoudings se slaapkamers oorbewoon word.

(c) die stoorkamers deur die plaaslike munisipaliteit (Loxton) opgerig, word as slaapkamers gebruik. Ondanks die feit dat dit teen die munisipale regulasies is, en die swaard van vervolging oor hul koppe hang, word die stoorkamers in vier gevalle vir slaapdoeleindes gebruik.

(d) die onverbiddelike, gemeenskap-apatiese houding van die plaaslike owerhede en die miskenning van die inwoners as bepalers van hul eie behoeftes word deur bovermelde onderstreep. In stede van om die oorbewoningsnood van die inwoners te verlig deur toestemming te verleen om die stoorkamers vir slaapdoeleindes te gebruik, word finansies verkwis op gemeenskap-irrelevante projekte. In hierdie verband, die houding van die plaaslike owerhede, is alreeds op bladsy 89 verwys na die onwilligheid van die plaaslike owerheid om die inwoners se huise te elektrifiseer. Ook is op bladsy 96 verwys na die kwessie van watergebruik vir tuinmaakdoeleindes. Verder is dit 'n bewys dat die persepsies van die ekonomies-bevoorregte klas op die minderbevoorregte inwoners geprojekteer en afgedwing word.

(e) die oorbewoning word deur die skoolgaande kinders van die omliggende plase, wat by inwoners moet loseer omdat daar nie 'n hostel is nie, verhoog.

### 3.2.5.2. AANTAL PERSONE PER BED

Die aantal persone wat op een bed slaap, word in Tabel 12 aangetoon.

**TABEL 12**

#### **AANTAL PERSONE OP EEN BED**

BED	GETAL PERSONE OP BED					
	1	2	3	4	5	
DUBBEL	A	5			1	
DRIEKWART	B	4	7	3	1	
ENKEL	F	13	11	5	2	1

ABF = Absolute frekwensie, m.a.w. aantal response

Die statistiek en die onderhoude het die volgende na vore gebring:

(a) net 20% van die huishoudings in die steekproef het dubbelbeddens. Die geringe gebruikmaking van dubbelbeddens is toe te skryf aan die beperkte kamerruimte in verhouding tot die grootte van 'n dubbelbed;

(b) die bed:persoonverhouding van driekwart- en enkelbeddens is respektiewelik 1:2,66 en 1:3,42. In beide gevalle slaap tot vyf persone op een bed;

(c) die hoë bed-okkupasie word enersyds genoodsaak deur die beperkte kamer- en woningruimte en andersyds deur die

ekonomiese omstandighede van die bewoners. Die ekonomiese verklaring is tweërlei van aard:

\* die finansiële onvermoë van die mense om meer beddens en beddegoed te kan bekostig, en

\* gedurende die wintermaande is die bymekaar-slaap 'n teenvoeter vir die bitter koue toestande omdat verwarmingstoestelle nie bekostig kan word nie.

Verder slaap persone in veertien huishoudings op die vloer op komberse of matrasse of rusbanke. Hierdie gegewens word in Tabel 13 verstrek:

**TABEL 13**

**AANTAL PERSONE WAT OP VLOER SLAAP**

AANTAL PERSONE OP VLOER	1	2	3	4	5	6	7	8
ABSOLUTE FREKWENSIE	2	4	3	1	1	1	1	1

**4. SAMEVATTING VAN DIE LEWENSOMSTANDIGHED E VAN DIE INWONERS**

Die lewensomstandighede van die inwoners van Loxton word gekenmerk deur:

- grootskaalse armoede
- magteloosheid
- burokratiese onderdrukking.

**4.1. ARMOEDE**

Peter Townsend sien armoede as volg: "Individuals, families and groups in the population can be said to be in poverty when they

lack the resources to obtain the types of diet, participate in the activities and have the living conditions and amenities which are customary, or are at least widely encouraged or approved, in the societies to which they belong. Their resources are so seriously below those commanded by the average individual or family that they are, in effect, excluded from ordinary living patterns, customs and activities." (Townsend; 1979:31) Dit is 'n raak beskrywing van die lewensomstandighede van die inwoners van Loxton.

Die grootskaalse armoede van die "bruin" inwoners van Loxton word baie duidelik geïllustreer in die swak behuising (veral die ou blok), karige ameublement, min klere, onvoldoende en ongebalanseerde dieet, baie swak en onvoldoende slaapgeriewe en 'n baie lae en onbetroubare inkomste. Die voedsel en kapitaal voorsien net in die onmiddellike behoeftes. Daar is nie fondse om voorsiening te maak vir die toekoms of enige gebeurlikheid nie. Indien enige gebeurlikheid sou plaasvind, moet die gesin of individu maar net daardie diens wat benodig word, ontbeer.

Die armoede van die inwoner, wat telkemale in die onderhoude na vore gekom het, lei tot:

\* onvermoë om gesondheidsdienste, gereeld of periodies, te bekom. Sy/haar finansiële beperkinge kan 'n belangrike determinant in sy/haar vervreemding van gesondheidsdienste wees; trouens dit is presies wat in die volgende hoofstuk na vore sal

kom. Dit word soms verkeerdelik geïnterpreteer as sou gesondheid nie belangrik is nie.

\* onvermoë om skolastiese opleiding aan sy/haar kinders te gee en die kinders moet baie keer die skool verlaat om die finansiële verpligtinge te help verlig. Gevolglik word die kind genoodsaak om 'n alreeds oorversadigde arbeidsmark te betree. In plaas van 'n oplossing beteken dit in baie gevalle eerder meer werkloosheid in die gesin. (Voorgemelde stelling verwys na daardie ouers wat nie finansiële ondersteuning van die staat ontvang nie.)

\* onvermoë om beter gesondheidsdienste elders te bekom;

\* onvermoë om na omliggende of ander verafgeleë gebiede te gaan om 'n werksgeleentheid met hoër besoldiging, te gaan soek.

\* liggaamlike swakheid as gevolg van 'n swak en ongebalanseerde dieet. Die gevolglike onder- en wanvoeding lei tot laer produktiwiteit en lae immuniteit teen siektes. Sy/haar lae weerstand teen siektes kan veroorsaak dat die werker vir lang tye ongeskik is. Dit kan lei tot 'n verlies aan inkomste vir 'n lang tydperk of selfs afdanking, wat 'n permanente verlies aan inkomste kan beteken.

\* verhoogde kwesbaarheid: 'n langdurige siekte/besering of hospitalisering kan sy/haar verarming onomkeerbaar maak.

\* hoër gesondheidsrisiko's: om verlies aan inkomste te verhoed, gaan die arm, siek persoon baie keer werk. Die gevaar bestaan dat sy/haar siektetoestand sal vererger en dat hy/sy vir 'n langer tyd gehospitaliseer kan word of dit kan selfs lei tot permanente ongeskiktheid (byvoorbeeld die messelaar wat as gevolg van sy borskwaal permanent ongeskik is).

Die groot gesinne (afhanklikes) plaas besondere eise op die alreeds beperkte finansiële inkomste van die broodwinner.

#### 4.2. MAGTELOOSHEID VAN DIE INWONERS

Tydens die opname was dit opvallend dat die inwoners huiwerig was om aangeleenthede soos die politiek, tekortkominge ten opsigte van huislike en werksomstandighede te bespreek. Die inwoners weier om deel te neem aan "ongeoorloofde" gesprekke. Die vraag is waarom dit die geval was. Een van die respondente het genoem dat dit toe te skryf is aan die vrees vir diskriminasie en viktimisering deur die Bestuurskomitee, plaaslike owerhede en werkgewers, met ander woorde hul magteloosheid teenoor diegene van wie hulle "afhanklik" is.

Die magteloosheid van die inwoners word gereflekteer in hul onvermoë om vir hoër lone en beter werksomstandighede te beding. Sy/haar bedingsingsmag word nog verder verswak deur die ooraanbod van ongeskoolde werkers in 'n tyd van ekonomiese stagnasie. Tweedens geniet die werker in die landbousektor geen wetlike beskerming nie en word arbeidsorganisasie volgens die wet nie toegelaat nie. Die werker is gevolglik oorgelaat aan die genade van die werkgewer omdat minimum lone en werksomstandighede nie in die wet verskans is nie.

Die werkers is blootgestel aan grootskaalse uitbuiting. Die werkers van die plaaslike owerhede (Loxton) verantwoordelik vir die skoonmaak van die toilettemmers en vullisverwydering, het



byvoorbeeld geen beskermende maskers of oorpakke nie. Volgens een van die werknemers het hulle al daarvoor gevra, maar hulle het geen reaksie van die werkgewer ontvang nie. Verder het die werkgewer aan hom (die werknemer/respondent) genoem dat die voorsiening van beskermende werksklere die verantwoordelikheid van die werknemer is en nie die werkgewer nie.

'n Tweede geval is dié van die skaapskeerders. Indien die skaapskeerder direk met die plaaseienaar skakel, word die skeerder tot R1-50 per skaap betaal. Verskeie kontrakteurs (persone wat skaapskeerders soek en die kontrakteur verhuur dan die skeerders aan die skaapboer) opereer in die omgewing. Hulle doen die werwingswerk, maar betaal die skeerder dan slegs R1-00 per skaap. Hierdie kontrakteurs verskaf nie net werk nie, maar sorg ook vir die vervoer van die woonplek na die werkplek. Feitlik al die skeerders het geen keuse as om die aanbod te aanvaar nie, want daardeur word hulle verseker van vervoer tussen die werk- en woonplek. Om self by die werkplek te kom, is problematies vanweë die wesenlike gevaar dat hulle laat by die werkplek kan opdaag.

Een van die respondente, 'n messelaar, maar wat ook verfwerk en ander los werkies gedoen het, het op 'n plaas opknappingswerk gedoen. Daar het hy, volgens hom, een of ander giftige gas ingeasem. Vandag sit hy met 'n longkwaal wat hom weerhou om enigsins te werk. Die plaaseienaar weier om hom enige finansiële hulp te verleen. Laasgenoemde se verweer is dat dit nie deur sy toedoen is dat hierdie persoon die siekteprobleem

opgedoen het nie. Hierdie persoon sit vandag met sy hande in die hare omdat hy nie vir ongeskiktheidspensioen of staatshulp kwalifiseer nie. Aan die ander kant kan hy as gevolg van sy geldgebrek nie wetlike hulp soek nie. Die gevolg is dat hy en sy gesin van sy eggenote se karige inkomste en skenkings van sy familie leef. Dit is egter nie waar sy dilemma eindig nie. Hy moet gedurig doktersbehandeling vir sy siektetoestand ontvang. Hiervoor het hy nie geld nie, want die inkomste van sy vrou moet gebruik word vir hul daaglikse voortbestaan, hoofsaaklik hul fisiologiese behoeftes.

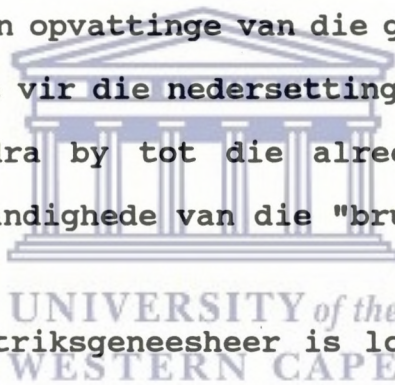
Die magteloosheid dwing die armes tot stilswye. Stilswye en aanvaarding is vir hom/haar 'n paspoort tot 'n werk, 'n inkomste, 'n huis, 'n vol maag, kortom voortbestaan. Hy/sy neem nie deel aan enige aksie waar hy/sy geïdentifiseer kan word nie, want sy/haar lewe kan eensklaps in die gedrang kom en moontlik dramaties gewysig word. 'n Gevoel van fatalisme, gebore uit sy/haar magteloosheid, hulpeloosheid en onvermoë om sake betreffende sy/haar daaglikse lewe te beheer, tree in.

#### **4.3. BUROKRATIESE ONDERDRUKKING EN ONSIMPATIEKE HOUDING**

Die burokratiese en onsimpatieke houding van die gesondheids- en plaaslike owerhede word gereflekteer in die bestaande reëls en regulasies. Die armoede van die inwoners maak dat die inwoners magteloos staan teenoor die genoemde owerheid.

In die eerste instansie mag geen pasiënt op rekening by die kliniek gehelp word nie. Die gezondheidswerkers het genoem dat die plaaslike inwoners traag is om opvolgondersoeke na te kom; wat in die onderhoude met die inwoners bevestig is. Die vraag is waarom bly die mense van die opvolgondersoeke weg. Word hierdie redes in aanmerking geneem by die neerlê van reëls en regulasies?

In vorige afdelings is na die pakkamer-aangeleentheid verwys. Dit maak nie saak hoe broodnodig die pakkamer vir slaapdoel-eindes is nie. Die oorbewoningstoestande van die gemeenskap word deur die beleidmakers geïgnoreer en as onbelangrik beskou. Die behoeftes van die gemeenskap word ondergeskik gestel aan die persepsies en opvattinge van die gesagsvoerders van wat die ideale toestande vir die nedersetting is. Die beperkende reëls en regulasies dra by tot die alreeds haglike maatskaplik-ekonomiese omstandighede van die "bruin" inwoners.



Volgens die distriksgeneesheer is longkwale die oorheersende siekte. Ten spyte daarvan dat die oorsaaklike rede, naamlik lugbesoedeling as gevolg van die verbranding van hout en steenkool, bekend is, is die munisipale owerheid nie bereid om die gemeenskap te help met die aanlê van elektrisiteit van die sentrale punt na hul huise nie. In die Wet op Gesondheid van 1977 word in artikel 20(1) een van die pligte van plaaslike besture soos volg geformuleer: "Elke plaaslike bestuur moet alle wettige, noodsaaklike en redelik uitvoerbare maatreëls tref ... vir die bevordering van die gesondheid van persone"

onder sy jurisdiksie. (pp 21-23) Die plaaslike owerheid kan met die elektrifisering van die huise die gesondheid van die inwoners dramaties help verbeter. Die dringende gemeenskapsbehoefte en wetlike verantwoordelikheid word eenvoudig deur die munisipaliteit geïgnoreer.

Die optrede van die outoriteite kan nie aan gebrekkige insig in die probleme van die inwoners toegeskryf word nie. Dit is veel eerder 'n oppervlakkige belangstelling in of flagrante ignorering van die maatskaplike en gesondheidsbehoefte van die gemeenskap wat hulle veronderstel is om te dien.

##### 5. SLOTPMERKINGS

Die inwoners van Loxton se daaglikse lewe word oorheers deur 'n stryd om oorlewing. Op sy mees basiese vlak beteken oorlewing voedsel en nie gesondheid nie. Gesondheid is vir die "bruin" inwoners belangrik, maar hoofsaaklik as gevolg van hul ekonomiese omstandighede beklee dit nie 'n prioriteitsposisie nie. Alleenlik wanneer hulle die dag siek word, sal dit vir hulle belangrik word - dit wil nog nie sê 'n prioriteit nie. Sy/haar pad na die gesondheidsdiens lê nog vol probleme wat eers oorbrug moet word.

Aan die ander kant word die beskikbare geleentheid om hul omstandighede self te verbeter deur die plaaslike outoriteite ontnem. Deur groenteverbouing in die agterplaas kan die inwoners byvoorbeeld hulle voedsel-inname verhoog en meer

gebalanseerd maak. Hierdie geleentheid word hulle ontnem deurdat hulle verbied word om water vir tuinmaakdoeleindes te gebruik.

Geëvalueer teen die beginsels vir 'n primêre gesondheidsorg-program, wat uiteengesit is in die dokument "Strategie vir Primêre Gesondheidsorg", kan die volgende gemeld word:

\* een van die beginsels van 'n primêre gesondheidsorgprogram is die regverdige toewysing van bronne tussen verskillende gemeenskappe. Op Loxton is daar egter nie sprake van regverdige toewysing van huishoudelike water nie.

\* die beskikbare data dui daarop dat daar weinig sprake is van die wedersydse verwantskap en interafhanklikheid tussen gesondheid, sosiale en ekonomiese omstandighede.

\* die swak finansiële posisie van die inwoners sal beslis 'n dramatiese invloed hê op hul toeganklikheid tot die beskikbare gesondheidsdienste.

Indien die voorsiening van basiese behoeftes (in hierdie hoofstuk genoem) geëvalueer word in terme van die vereistes van die WGO, kan die volgende genoem word:

\* skoon, drinkbare water is binne 15 minute se loopafstand beskikbaar, ten spyte van die hoë soutgehalte waarvan die inwoners melding gemaak het;

\* die mense se basiese sanitêre behoeftes word bevredig in die sin dat daar toilette opgerig is. Vanuit 'n gesondheids-oogpunt, hou dit besliste gesondheidsrisiko's in;

\* dieselfde kan genoem word ten opsigte van behuising. Die basiese behoefte, naamlik skuiling, word bevredig, maar vanuit 'n gesondheidsperspektief is dit volgens die inwoners onbevredigend.



UNIVERSITY *of the*  
WESTERN CAPE

**HOOFSTUK 4****DIE GESONDHEIDSITUASIE VAN DIE INWONERS****VAN LOXTON****1. INLEIDING**

Die verskil in die benutting van gesondheidsdienste en -fasiliteite deur die armes en gegoedes het al baie aandag in literatuur ontvang. Menings oor wat die oorsaaklike redes is, is feitlik net so baie as wat daar outeurs is. Die redes is hoofsaaklik sosiale klasse- en beroepsverskille, kulturele, sielkundige en strukturele faktore, lewensstyl en gesindheid teenoor siekte.

In die literatuur is dit ook duidelik dat daar nie van universeel-kousale faktore gepraat kan word nie. Elke situasie of elke gemeenskap het sy eie redes waarom hierdie verskille in benutting aangetref word.

Met hierdie hoofstuk word eerstens die gesondheidsituasie geskets. Tweedens word gepoog om die vernaamste oorsake van die swak gesondheid van die inwoners van Loxton uit te lig. Verder sal die voorsiening van gesondheidsdienste en -fasiliteite aan die gemeenskap en die oorlewingstrategieë van die inwoners bespreek word.

## 2. GESONDHEIDSFASILITEITE EN -DIENSTE VERSKAF

Loxton word geklassifiseer as 'n Groep 1-munisipaliteit - 'n klein munisipale owerheid met beperkte finansiële bronne en gevolglik nie in staat om die nodige gesondheidsdienste aan die gemeenskap te lewer nie. As gevolg hiervan ressorteer Loxton onder die Kaaplandse Provinsiale Administrasie wat primêr verantwoordelik is vir gesondheidsdienslewering. Die Kaaplandse Provinsiale Administrasie lewer 'n verpleegkundige en 'n distriksgeneesheerdiens. Die distriksgeneesheer is op Victoria-Wes gestasioneer.

Verder het die munisipaliteit van Loxton 'n skriftelike ooreenkoms met die Sentraal-Karoo-Streekdiensteraad vir die lewering van omgewingsgesondheidsdienste twee dae van die maand. Die Administrasie: Raad van Verteenwoordigers is verantwoordelik vir die lewering van skoolgesondheidsdienste, wat op Beaufort-Wes gestasioneer is. Die Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling lewer gesinsbeplanningsdienste aan die gemeenskap. Organisasories ressorteer Loxton onder die Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling se streekkantoor in Kimberley.

### 2.1. Gesondheidsfasiliteite

Die enigste gesondheidsfasiliteit op Loxton is 'n kliniek of gemeenskapsgesondheidsentrum waar die gesondheidsdienste hoofsaaklik deur 'n voltydse verpleegkundige van die Streekdienste-



raad (hierna verwys as verpleegkundige) en 'n deeltydse vroedvrou, wat vir Hospitaaldienste werk, verskaf word. Elke Dinsdag besoek die distriksgeneesheer van Victoria-Wes die gemeenskap-gesondheidsentrum, waar hy vir die volle duur van die dag beskikbaar is. Volgens hom is hy nie gebonde aan tyd nie, maar uit ervaring het hy vasgestel dat hy tussen een uur en twee uur al die pasiënte gesien het.

Die verpleegkundige is elke Dinsdag en Vrydag tussen agt uur en vyf uur op diens. Die ander dae, naamlik Maandag, Woensdag en Donderdag, gaan sy na die omliggende plase. Op daardie dae word die kliniek deur die deeltydse vroedvrou van agt uur tot een uur beman.

Die verpleegpersoneel is vir na-uurse konsultasies beskikbaar, aldus die verpleegkundige. Volgens die verpleegkundige word ongeveer vyf tot ses tuisbesoeke per week gedoen. Die hoeveelheid tuisbesoeke word bepaal deur die aantal ongevallen en siektetoestand van die pasiënte. Al die tuberkulosegevalle en ernstige siek persone word tuis besoek. Dit is egter in teenstelling met wat die inwoners beweër, naamlik dat sy nie tuisbesoeke behartig nie.

## 2.2. VOORRADE

Victoria-Wes dien as die onmiddellike gesondheidsetel vir Loxton. Die kliniek op Victoria-Wes hanteer die begroting vir

die gesondheidsdienste op Loxton gelewer. Voorrade word ook van die kliniek op Victoria-Wes aangevul.

By die kliniek word net voorkomende en oor-, neus- en keel-medisyn in voorraad gehou. Die medikasie word beperk tot die dienste wat gelewer word. Indien die voorraad uitgeput raak, word die distriksgeneesheer in kennis gestel en hy behartig dan die bestelling. Die medikasie kan op 'n gereelde basis bestel en aangevul word.

Die distriksgeneesheer bring sy eie medikasie saam wanneer hy Loxton besoek. Hospitaaldienste het aanvanklik ook voorraad voorsien, maar omdat die diens in die proses van onttrekking is, mag daar nie meer medikasie van hulle bestel word nie.

### 2.3. MEDIESE APPARAAT

Geen gesofistikeerde mediese apparaat word in die kliniek aangetref nie. Die gevoel is dat die apparaat nie voldoende is nie, maar om bepaalde redes is dit nie koste-effektief om meer gesofistikeerde apparaat aan die kliniek te verskaf nie omdat:

- (a) op Loxton net noodgevalle behandel word;
- (b) die pasiënte na Victoria-Wes en ander hospitale oorgeplaas word; en
- (c) die aantal pasiënte nie daardie meer gesofistikeerde apparaat regverdig nie.

Op die oomblik is daar 'n polemiekie rondom die herstel van apparaat, byvoorbeeld die yskaste. Die munisipaliteit beweer dat hospitaaldienste die gebou huur en dat dit hulle verantwoordelikheid is om apparaat te herstel. Aan die ander kant beweer hospitaaldienste dat hulle in die proses is om te onttrek. Die gebou is die eiendom van die munisipaliteit en gevolglik is hulle verantwoordelik vir die herstel van die apparaat. Niemand is bereid om verantwoordelikheid vir die herstelwerk te dra nie. Omdat die verpleegkundige vir die Afdelingsraad werk, en haar dienste gekortwiek word foutiewe apparaat, help die Streekdiensteraad so ver as moontlik met die herstel van die apparaat. Die owerhede van Victoria-Wes verleen ook soms hulp.

Hierdie polemiekie affekteer die lewering van gesondheidsdienste. Die warmwatersilinder is byvoorbeeld al van voor die winter (1987) stukkend. Sy moet nou 'n ketel gebruik om warm water te kry vir die uitvoering van haar pligte. Dit kan egter 'n riskante alternatief wees, veral in 'n kraamgeval, waartydens baie warm water benodig word.

#### 2.4. GESONDHEIDSDIENSTE VERSKAF

Volgens die verpleegkundige word voorkomende, kuratiewe, kraamdienste, gesinsbeplanning, immunisering en die verskaffing van medikasie by die kliniek verskaf. Dit is net noodgevalle wat behandel word. Al die kraamgevalle word na Victoria-Wes verwys. Tuiskraam word ten alle tye ontmoedig. By meer ernstige

gevalle word net die basiese gesondheidsdiens verskaf en daarna word die pasiënt na Victoria-Wes oorgeplaas.

#### 2.4.1. Gesinsbeplanning:

Die inwoners van Loxton is nie baie geneë met die gesinsbeplanningsdiens nie. Volgens die verpleegkundige kan die weiering eerstens toegeskryf word aan die gebrek aan 'n erkende gesagsfiguur. Tweedens het die vorige kerkleier (die vorige evangelis van die N.G. Sendingkerk) absoluut te velde getrek teen die gesinsbeplanningprogram.

Op die plase is die situasie net die omgekeerde. Eerstens tree die plaaseienaars as koördineerders van die gesinsbeplanningprojek op en tweedens aanvaar die plaaswerkers dat gesinsbeplanning noodsaaklik is, aldus die verpleegkundige. Oor die korrektheid van die stelling kan gespekuleer word, want die potensiaal vir ekonomiese dwang is baie sterk. Dit moet veel eerder geïnterpreteer word as 'n demonstrasie van die ekonomiese mag van die werkgewer om 'n sosiale program te laat realiseer en die magteloosheid van die werknemer. Om sy werk te behou, voel die werknemer gedwonge om aan die program deel te neem.

Met die insameling van die data het dit duidelik geword dat die weiering van die gemeenskap veel eerder aan ander faktore toe te skryf is. Die negatiewe verhouding tussen die gemeenskap en die verpleegkundige is as een van die hoofredes uitgesonder.

Die gemeenskap het nie die vrymoedigheid om met hul gesondheidsprobleme na vore te kom nie. (Dit is nie 'n refleksie van die opleiding van die gesondheidspersoneel wat hier ter sprake is nie. Dit is gesindheid wat hier belangrik is.) Gevolglik word deelname aan die projek verwerp.

Die mate van deelname sal ook bepaal word deur die sigbare regverdigheid of onregverdigheid in die onmiddellike omgewing. Dit baat geensins om 'n gesinsbeplanningsprojek te propageer op grond van die besparing van noodsaaklike hulpbronne nie. Om die aangeleentheid van waterskaarste en ander hulpbronne by te sleep om die noodsaaklikheid van gesinsbeplanning te beklemtoon, is futiel. Die "bruin" gemeenskap moet water bespaar. Hulle mag nie tuin maak nie en hulle gesinne moet beperk word, terwyl die blanke gemeenskap groot tuine het. Die logika van die oorreding maak eenvoudig net nie sin vir die inwoners nie.

#### 2.4.2. Immunisering:

Immunisering word teen poliomiëlitis, masels, disenterie en tetanus gedoen. Die moeders van die dorp (indeling van die verpleegkundige) gee hulle volle samewerking. Dit is egter met die moeders van die plase met wie sy probleme ondervind. Hulle bring nie hulle kinders vir immunisering nie. Die rede word in hierdie geval, ook deur die distriksgeneesheer, toegeskryf aan die gebrek aan vervoer. Die motivering is egter nie 'n waterdigte een nie. Waarom kan die immunisering nie op die plase gedoen word nie, aangesien die plase weekliks besoek word. In

die geval van die gesinsbeplanningsprogram tree die plaas-eienaars as koördineerders op, maar hier nie.

#### 2.4.3. Opvoedkundige praatjies

Volgens die verpleegkundige word opvoedkundige praatjies oor alle aspekte van gesondheid, met die aksent op gesinsbeplanning en tuberkulose, gelewer. Die ander praatjies word volgens behoefte bepaal.

Die samewerking van die publiek is egter nie na wense nie. Daar is gepoog om die probleem te oorbrug deur praatjies aan geselekteerde groepe te lewer, maar dit was ook nie suksesvol nie. In die meeste gevalle daag 'n heterogene groep op en dan hanteer sy maar die vrae wat die teenwoordiges aan haar stel. Weinig van haar oorspronklike boodskap word dan aan die gemeenskap oorgedra.

Sy maak soms gebruik van ander instansies en persone vir die lewering van opvoedkundige praatjies. Akkommodasie is egter 'n struikelblok vanweë die gebrek aan oornagfasiliteite. Gevolglik moet die persone op Victoria-Wes oorbly en dan die volgende dag na Loxton kom om die praatjie te lewer en dan dieselfde dag weer terug gaan na Victoria-Wes.

Die verpleegkundige het aangedui dat sy van vrywillige persone gebruik maak, veral by kraamgevallen. Sy sal graag op 'n groter skaal hierdie vrywilliges se dienste wil gebruik, want daardeur

kan moontlik 'n positiewer reaksie uitgelok word. Hulle kan veral vrugbaar gebruik word om te help met opvoedkundige praatjies oor die probleem van drankmisbruik wat, volgens haar, op 'n redelike groot skaal voorkom.

#### 2.4.4. Verwysing van pasiënte

Volgens die verpleegkundige ontvang sy in die algemeen baie goeie samewerking met die verwysing van pasiënte. Wanneer 'n pasiënt vir meer gesofistikeerde diens verwys moet word, kontak sy die distriksgeneesheer. Laasgenoemde hanteer dan die verwysing na die groter sentra, hoofsaaklik Kimberley. Probleme word soms ervaar met die terugverwysing van die pasiënte. Dit het al in die verlede gebeur dat 'n pasiënt sonder enige skriftelike verslag terugverwys word. 'n Mondelinge boodskap kan problematies wees, want daar is geen waarborg dat die korrekte en volledige boodskap oorgedra word nie. Die probleem word vererger deur die lae geletterdheidsvlak van die meeste pasiënte. Dit kan lei tot vertraging in die behandeling van die pasiënt.

#### 2.5. Kliniekfooi

Die koste per besoek aan die kliniek word volgens inkomste aangeslaan. Volgens die verpleegkundige kos dit tussen R1-00 en R2-00 per besoek. Diegene wat wel mediese dienste kan bekostig moet R12-00 per besoek betaal. Hieronder val slegs ongeveer drie tot vier huisgesinne. Alle besoeke is streng kontant. In

die afwesigheid van 'n sekretaresse sal 'n rekeningstelsel te veel administratiewe werk teweegbring en gevolglik word dit nie toegelaat nie.

## 2.6. PROBLEME WAT DIE VERPLEEGKUNDIGE ERVAAR

Volgens die verpleegkundige kry sy nie die samewerking van die inwoners nie, veral met opvolgondersoeke. Veral die probleem met verwagte vroue word in 'n ernstige lig beskou omdat komplikasies kan intree, want swangerskapsprobleme moet vroegtijdig geïdentifiseer word.

Die verpleegkundige het veral die volgende redes uitgesonder vir hierdie traagheid om opvolgondersoeke na te kom:

(a) **finansiële gebrek:** Met elke besoek moet die pasiënt die kliniekfooi betaal. Omdat baie van die pasiënte nie die fooi het nie, kom hulle nie die opvolgondersoeke na nie.

(b) **onkunde:** Baie van die inwoners bly na die eerste besoek weg as hulle beter voel. Die noodsaaklikheid van opvolgondersoeke word nie altyd besef nie.

(c) **drankmisbruik:** Drankmisbruik vererger die finansiële probleme van die inwoners en gevolglik het hulle nie die vereiste kliniekfooi nie. Die probleem van drankmisbruik was ook deur die distriksgeneesheer, voorsitter van die Bestuurskomitee en evangelis uitgesonder.



(d) gebrek aan vervoer: Hierdie is veral 'n probleem wat die mense op die plase ondervind. Volgens die distriksgeneesheer is daar plase "waar geen blanke is nie" en gevolglik is die werkers op die plase sonder enige vervoermiddel.

### 3. SIEKTES EN SIEKTEPATRONE VAN DIE INWONERS

Die ontleding van die siektes toon dat degeneratiewe sowel as die sogenaamde armoede-verwante siektes aangetref word (Tabelle 15, 16 en 17 in Addendum A). Volgens die distriksgeneesheer oorheers die degeneratiewe siektes. Hy sonder basies twee siektetoestande uit:

(a) emfiseem: Volgens hom is daar 'n duidelike verwantskap tussen die longkwale en binnenshuise lugbesoedeling wat hoofsaaklik te wyte is aan die verbranding van hout en steenkool en die betreklik grootskaalse gebruik van paraffien as ligverskaffer. Die uitwerking van die lugbesoedeling word vererger deur swak ventilasie deurdat die mense gedurende die wintermaande baie min hul vensters oopmaak. Vars lug sirkuleer nie in die huis nie.

(b) tydens die opname het 16 persone aangedui dat hulle hoë bloeddruk het. Die distriksgeneesheer is egter van mening dat die siekte op 'n baie groter skaal voorkom as wat die werklike statistiek aantoon. Dit kom onder alle ouderdomsgroepe voor. Baie mense is dus onbewus daarvan dat hulle die siekte onderlede mag hê. Die gebrek aan gesondheidskennis is die grond-

liggende rede omdat die mense nie weet wat die simptome van hoë bloeddruk is nie en hulle ook nie daarvoor ingelig word nie.

In die mediese wetenskap word hoë bloeddruk hoofsaaklik aan stres toegeskryf. Indien dit die geval hier is, kan die spanning van hierdie mense hoofsaaklik aan hul daaglikse oorlewingstryd toegeskryf word. Dit is 'n oorlewingstryd wat gepaard gaan met oorbewoning, swak huisvesting, werkloosheid, gebrek aan lewensmiddele, finansiële gebrek, swak werksomstandighede en diskriminerende, beperkende regulasies. Al hierdie faktore werk negatief in op die geestesgesondheid van die inwoners.

Volgens die verpleegkundige kom gastroënteritis-gevalle hoofsaaklik in die winter voor. Afgelei van die afnemende getal kindersterftes hieraan, het sy genoem dat gastroënteritis as terminale siekte besig is om af te neem. In die afgelope tien jaar het slegs twee sterfgevalle vanweë hierdie siekte voorgekom. Dit kan geïnterpreteer word as 'n afname in die graad van noodlottigheid, maar nie noodwendig in die frekwensie nie omdat, soos later sal blyk, 'n groot aantal pasiënte van ander gesondheidswerkers se dienste gebruik maak.

Die distriksgeneesheer en die verpleegkundige het albei aangedui dat ondervoeding nie voorkom nie. Die ongebalanseerde voeding van die mense bring teweeg dat wanvoeding egter betreklik algemeen voorkom.

In die gesprek met die verpleegkundige het egter 'n kontradiksie na vore gekom. Sy het gemeld dat die voedingskema deur Wêreldvisie ingestel is vanweë die ondernormale gewig van die skoolgaande kinders. Tweedens is die kleuters se gewig normaal tot op 'n ouderdom van ongeveer twee tot drie jaar - die borsvoedingstydperk. Daarna neem die kinders se gewig in die reël af. Tydens die groeijare na twee-/driejarige ouderdom word die kind nie meer geborsvoed nie en is hy/sy dan aangewese op die karige voedsel deur die ouer verskaf. Daardeur het sy erken dat dit nie net wanvoeding is wat voorkom nie, maar ook ondervoeding; alhoewel moontlik met 'n laer frekwensie as die wanvoedinggevalle.

#### **4. FAKTORE WAT GESONDHEID BEÏNVLOED**

Die gesondheidsbeïnvloedende faktore kan onder die volgende hoofde bespreek word:

- (a) sosio-ekonomiese omstandighede, en
- (b) beperking tot toegang ten opsigte van gesondheidsdienste

#### **4.1. SOSIO-EKONOMIESE OMSTANDIGHEDE**

##### **4.1.1. ONVOLDOENDE BASIESE-BEHOEFTEVORSIENING**

Tydens die opname is die inwoners gepols oor hul persepsie van die oorsprong van hul gesondheidsprobleme. Hul persepsie is dat die oorsprong grondliggend ekonomies-maatskaplik van aard is. Die respondente het die volgende faktore genoem:

- (a) swak en onvoldoende behuising,
- (b) onvoldoende en ongebalanseerde dieet,
- (c) swak higiëniese huislike omstandighede,
- (d) drankmisbruik,
- (e) die nabyheid van die toilette aan die huise,
- (f) oop vullishouers,
- (g) afwesigheid van rioolstelsel (geen afloop van vuil water),
- (h) emmertoeiletstelsel wat 'n potensiële reservoir vir siektes is vanweë die onhigiëniese toestande wat vlieë aanlok en die onaangename reuk, veral gedurende die somermaande, en
- (i) koue wintertemperatuurtoestande waartydens hulle as gevolg van blootstelling makliker vatbaar is vir siektes.

Die verpleegkundige het grootliks die persepsies van die inwoners ondersteun. Die tuberkulose-pasiënte woon byvoorbeeld almal in die ou-blok, waar die maatskaplike omstandighede baie swak is. Een van die tuberkulose-pasiënte was byvoorbeeld al drie keer in die hospitaal opgeneem. Sy huislike omstandighede is as die direkte rede vir sy herhaalde toelating tot die hospitaal uitgesonder.

Behalwe genoemde faktore is oorbewoning 'n baie belangrike faktor in die oordraagbaarheid van siektes. Daar is alreeds genoem dat tot 15 persone in 'n driekamerhuis woon, tot 7 persone in een kamer slaap en tot 5 persone op een bed slaap. Die oorbewoningstoestande word vererger deurdat daar nie vir die skoolgaande kinders van die omliggende plase hostel-akkomodasie beskikbaar is nie. Die verspreiding van die oor-

draagbare siektes word nie net aangehelp nie, maar die geografiese reikwydte daarvan raak soveel groter. Verder kan genesing geweldig vertraag word, veral as die inwoners nie die siekte gelyktydig opdoen nie. Dit kan fisies en finansiële uitputtend wees.

#### 4.1.2. ONGEBLANSEERDE EN ONVOLDOENDE DIEET

Die ongebalanseerde en onvoldoende dieet van die inwoners moet gesien word teen die agtergrond van hul karige salarisse/lone. Hul kan slegs die basiese voedselsoorte bekostig. Die karige en ongebalanseerde voedsel-inname lei tot onder- en wanvoeding. Tweedens kan dit ook lei tot 'n groter vatbaarheid vir siektes en hulle weerstand teen siektes word ten tye van ongesteldheid vinnig afgetakel. Dit neem ook langer vir hulle om te herstel.

Die verpleegkundige het gemeld dat poeiermelk vir die babas by die kliniek verkrygbaar is. Die moontlikheid bestaan egter dat finansiële gebrek die moeders kan dwing om die poeiermelk in verdunde vorm aan die babas te gee. Die onvoldoende voeding kan lei tot vertraagde groei en verlaagde weerstand teen siektes (Clark; 1978:16).

#### 4.1.3. ALKOHOLMISBRUIK

Oormatige drankmisbruik is deur die verpleegkundige, evangelis en distriksgeneesheer uitgesonder as een van die vernaamste sosiale en gesondheidsbeïnvloedende faktore. Oormatige drank-

misbruik kan beskou word as 'n siekte of as 'n simptome van 'n dieperliggende probleem. In laasgenoemde geval kan dit as 'n ontvlugtingsmeganisme van hul sosio-ekonomiese ellende vertolk word.

Oormatige drankmisbruik kan lei tot fisiese, sielkundige, sosiale en ekonomiese benadeling. Alkoholmisbruik kan lei tot:

(a) die fisiese agteruitgang van die persoon en 'n groter vatbaarheid vir siektes. Binne sy/haar sosio-ekonomiese omstandighede is die kanse vir oordraagbare siektes baie groot.

(b) te min geld om basiese behoeftes te bevredig en gesondheidsorg te bekostig;

(c) die moontlikheid om afgedank te word en gevolglik die enigste inkomste te verloor;

(d) die verwaarlosing van sy/haar gesinslewe; en

(e) opvolgondersoeke kan byvoorbeeld nie nagekom word nie waartydens die siektetoestand moontlik kan vererger.

UNIVERSITY of the  
WESTERN CAPE

#### 4.1.4. WERKSITUASIE VAN OUERS

Dit het in die ondersoek na vore gekom dat van die ouers, veral die enkel-ouergesinne, nie altyd by die huis is wanneer siektekrisisse opduik nie. Die kinders was in sulke gevalle nie deur die gesondheidspersoneel gehelp nie, hoofsaaklik omdat die kind(ers) nie die kliniek- en/of medikasiefooie onmiddellik kon betaal nie en omdat kinders nie alleen by die kliniek gehelp word nie. Die kind(ers) moes wag tot die ouer(s) van die werk

terugkeer en dit het noodwendig vertraging in die behandeling van die siektetoestand veroorsaak.

Die enkel-ouergesinne het baie keer eiesoortige probleme. In twee gevalle het die ouers gewerk en is die kinders aan hul eie lot oorgelaat omdat niemand oor die kinders in hul afwesigheid kon toesig hou nie. Ook het een respondent aangedui dat sy nie vir haarself gesondheidshulp gesoek het nie omdat sy nie haar kinders alleen by die huis wou laat nie.

#### 4.2. FAKTORE WAT TOEGANKLIKHEID TOT GESONDHEIDSDIENSTE BEPERK

Die interverwantskap tussen die toeganklikheidsbeperkende faktore tot die benutting van die beskikbare gesondheidsdienste verbreed die omvang van die gesondheidsituasie. Enige strategie om die probleem op te los, moet dus kennis neem van die totale spektrum.



Die probleme wat deur die respondente genoem is, kan onder die volgende hoofde gegroepeer word:

- (a) finansiële gebrek;
- (b) gebrek aan begrip;
- (c) voorsieningstruktuur;
- (d) geografiese toeganklikheid;
- (e) geletterdheidsvlak van die inwoners; en
- (f) siekteverlof.

#### 4.2.1. FINANSIËLE GEBREK

Uit die karige salarisse/lone word hul fisiologiese behoeftes ten eerste bevredig. Die uitgawes vir voedsel wissel tussen R60-00 en R350-00 per maand. Die uitgawes vir energiebehoefte en kleding is nie hierby getel nie. Word die totale uitgawes teenoor die totale inkomste geplaas, dan is dit duidelik dat daar maandeliks of niks of baie min geld oor is om na ander behoeftes om te sien. In hul poging om binne hul begroting te bly, moet sekere behoeftes vernalatig word. Een van hierdie behoeftes is gesondheid.

In verhouding tot hul inkomste is die konsultasie- en medikasiefooi baie hoog - wat hul nie kan bekostig nie. (In die geval van 'n huishulp beteken dit R1-00 uit 'n maandelikse inkomste van R30-00.) Mediese behandeling is dus vir die arm man 'n krisissituasie en noodhulp. Sy/haar finansiële posisie dwing hom/haar om te kyk of die siekte sal vererger en of die siekte "van self" sal genees. Die situasie word veral benard wanneer meer as een gesinslid op dieselfde stadium siek word - 'n baie sterk moontlikheid vanweë oorbewoning, onvoldoende kleding veral gedurende die wintermaande, en onvoldoende en ongebalanseerde dieet.

Die arm werker definieer gesondheid as die vermoë om te werk, ongeag die gehalte van sy gesondheid. Gevolglik word gesondheidsbehandeling uitgestel totdat die moontlikheid van ongeskiktheid 'n al groter realiteit word. Hierdie opvatting van



gesondheid mag verreikende gevolge vir die werker inhou: siekte lei tot die aftakeling van liggaamskragte, 'n afname in produktiwiteit, (verhoogde) afwesigheid en uiteindelik die moontlikheid van afdanking en geen inkomste.

#### 4.2.2. GEBREK AAN BEGRIP

'n Pasiënt sal positief of negatief reageer na gelang van die persepsies wat hy/sy het van die gesondheidsverskaffer. Indien die geneesheer/verpleegkundige tyd inruim om aan die pasiënt te verduidelik wat die siekteprobleem is en hoe om die siekte te oorkom, sal groter gewilligheid geopenbaar word om van die beskikbare gesondheidsdienste gebruik te maak. Die teendeel is ook waar, naamlik negatiewe persepsies kan die pasiënt vrees. Die pasiënt kan van andere se dienste gebruik maak of, as onoorkomelike probleme bestaan om die ander gesondheidsverskaffers te raadpleeg, kan dit lei tot totale weerhouding van gesondheidsdienste.

UNIVERSITY of the  
WESTERN CAPE

Verder, as gevolg van hul lae skoolastiese opleiding, is armes geneig om hul siekte in materialistiese, konkrete terme te verduidelik. Hul onvermoë om hulself uit te druk en te verstaan wat aan hulle verduidelik word, is 'n kortwiekende faktor. Gevolglik is dit vir hulle moeilik om die diagnoses en behandelingsprosedures van gesondheidspersoneel te begryp.

Die groot verskil in akademiese opleiding tussen pasiënt en praktisyn kan veroorsaak dat die praktisyn in terme verduidelik

wat onverstaanbaar vir die pasiënt is. Mediese praktisyns kan as gevolg van hul onvermoë, of nie-bereidwilligheid, om in leketaal te verduidelik, 'n ongeërgde houding, bewustelik of onbewustelik, teenoor die pasiënt openbaar. Die pasiënt kan in sulke omstandighede ontmoedig word om vrae in sy terme te vra. Omdat die pasiënt dan 'n gevoel van verwerping of vervreemding ervaar, en om nie 'n oorlas te wil wees nie, onttrek baie armes hulle eenvoudig van die gesondheidsdienste.

Dit is die situasie met die inwoners van Loxton. 'n Betreklik groot persentasie van die inwoners van die nedersetting het geen of slegs minimale skolastiese opleiding. Die mediese terme deur die gesondheidswerkers gebruik, is vir die pasiënte onverstaanbaar. Een van die respondente het byvoorbeeld gemeld dat hy nie onnodig met nietige probleempies na die dokter of verpleegkundige wil gaan nie. Die onvermoë om op die vlak van die gesondheidswerkers te artikuleer, lei uiteindelik tot die onttrekking van die onmiddellik (in geografiese terme) beskikbare gesondheidsdienste.

Die negatiewe persepsies van die inwoners van die gesondheidspersoneel is sekerlik een van die belangrikste oorsake van die vervreemding wat ingetree het en die gevolglike vermindering in die gebruikmaking van die gesondheidsdienste.

Tydens die opname is gepoog om vas te stel of daar bepaalde patrone in eerste en opvolgbesoeke aan die gesondheidspersoneel geïdentifiseer kon word. Met die eerste besoek is die distriks-

geneesheer en verpleegkundige geraadpleeg, hoofsaaklik omdat hulle die naaste is. Dit is egter ook beduidend dat feitlik net soveel pasiënte na private praktisyns en hospitale op die omliggende dorpe gegaan het. Hiervoor is 'n verskeidenheid redes genoem, onder andere omdat:

- (a) die inwoners meer vertrouwe in die ander geneeshere het;
- (b) die dokter nie daardie dag op Loxton beskikbaar was nie;
- (c) daar nie 'n psigiater op Loxton is nie en almal na Nelspoort, waar 'n sielsiekehospitaal is, moet gaan; en
- (d) die houding van die gesondheidspersoneel op Loxton.

Dit is egter met die opvolgondersoeke dat die eksodus na gesondheidswerkers op ander dorpe opvallend is. Die hoeveelheid wat dan van die dienste van die verpleegkundige gebruik maak, is feitlik onbeduidend. Die volgende is die gegewe motiverings:

- (a) meer vertrouwe in die behandeling van die geneeshere op ander dorpe. Die aksent het veral geval op die persepsuele oneffektiwiteit en minderwaardige gehalte van die voorgeskrewe medikasie van die distriksgeneesheer en verpleegkundige (dis nie 'n bevraagtekening van die persone se opleiding nie). Ongeveer 50% van die respondente het byvoorbeeld aangedui dat die voorgeskrewe medikasie van die distriksgeneesheer en verpleegkundige slegs gedeeltelik of tydelik of geensins gehelp het nie.

(b) die onvermoë of traagheid van die gesondheidspersoneel om die opvoedkundige distansie tussen voorsiener en verbruiker te oorbrug. Die omvang en betekenis van die siekteprobleem word nie aan die pasiënt verduidelik nie. Een van die respondente het byvoorbeeld aangedui dat hy navraag gedoen het oor sy siekteprobleem. Die reaksie, volgens die respondent, was dat hy, die pasiënt, in elk geval nie sou verstaan wat aan hom verduidelik word nie.

(c) die belangrikste rede is die houding van die gesondheidspersoneel wat hulle (die respondente) ontmoedig om die gesondheidsdienste te benut.

#### 4.2.3. KLINIEKTYE

Die bestaande kliniektye en tyd wat die distriksgeneesheer op Loxton deurbring, is bydraend tot die opvatting dat die bestaande gesondheidsdienste nie optimaal is nie. Volgens die respondente is die bestaande kliniektye ontoereikend. Die verpleegkundige het wel aangedui dat na-ure diens gelewer word, maar dat baie min van die inwoners van die diens gebruik maak. Die inwoners het egter die teendeel beweer, naamlik dat geen na-ure diens gelewer word nie.

#### 4.2.4. GEOGRAFIESE TOEGANKLIKHEID

Die primêre gesondheidsfasiliteit, kliniek, is geografies maklik bereikbaar, maar die toeganklikheid daarvan word hoof-

saaklik beperk deur die gemeenskap-ervarede lae gehalte medikasie en negatiewe houding jeens gesondheidspersoneel. Gevolglik voel die pasiënte om eerder van gesondheidsfasiliteite op omliggende dorpe gebruik te maak. Sulke dienste is egter buite die bereik van 'n betreklik groot persentasie van die pasiënte, hoofsaaklik vanweë beperkte finansiële bronne en gebrek aan vervoermiddels.

Vir 'n retoerrit met 'n gehuurde motor na Victoria-Wes (63 km) en Carnavon (83 km) beloop dit tussen R50-00 en R60-00. Met 'n familielid bedra dit nagenoeg R25-00 tot R30-00 en met die bus tussen R4-66 en R4-90 en na Beaufort-Wes ongeveer R7-70. Die verpleegkundige het aangedui dat die pasiënte 'n buskaartjie na Carnavon en Victoria-Wes of 'n treinkaartjie vir verder ritte van Hospitaaldienste ontvang. Die busdiens is egter ongereguleerd en gevolglik maak baie min inwoners van die busdiens gebruik.

Private vervoermiddels is 'n tergende probleem in Loxton - slegs vyf persone het private motorvoertuie. Die beperkte aantal private motorvoertuie, tesame met die afwesigheid van 'n huurmotordiens, stel die private motorvoertuig-eienaar in staat om feitlik enige prys te beding.

Die verpleegkundige het gemeld dat haar minibussie as ambulans gebruik word. Sy en die ambulans van Victoria-Wes ontmoet halfpad tussen Loxton en Victoria-Wes en die pasiënt(e) word dan oorgelaai. Sy het natuurlik net verwys na ernstig siek-pasiënte en daardie persone wat van haar dienste gebruik maak.

Net drie van die respondente het byvoorbeeld aangedui dat hulle al van hierdie diens gebruik gemaak het. Die minimale gebruikmaking van hierdie diens moet deels toegeskryf word aan die feit dat sy die minibussie gebruik wanneer sy die omliggende plase bedien. Dit bied dus geen oplossing vir die probleem van die inwoners nie.

Vier respondente het ook die afstand van die woonbuurt na die kliniek (ongeveer 1,2 kilometer) as uitputtend en problematies genoem, veral vir die bejaardes en baie siek persone. Die koste om 'n private motor van die huis na die kliniek te huur, is 'n verdere probleem.

#### 4.2.5. GELETERDHEIDSVLAK VAN DIE INWONERS

Opvoeding verhoog die begripsvermoë van die mens. Hoe hoër die opvoedingsvlak, hoe groter is die kans dat die persoon bewus sal wees van die noue verwantskap tussen goeie gesondheid en sosio-ekonomiese omstandighede, byvoorbeeld 'n gebalanseerde en voldoende dieet, higiëniteit. Daar kan van die veronderstelling uitgegaan word dat hoe hoër die opleidingsvlak hoe groter is die kans dat die persoon aan informasie in die massamedia blootgestel sal word.

Die inwoners se lae opleidingsvlak is die grondoorsaak van hul gebrekkige uitdrukkings- en begripsvermoë, onvermoë om die belangrikheid van gesondheidsorg te beseef en waar om te gaan vir gesondheidshulp. Die invloed van lae geletterdheid op

besluitneming word in die volgende response van die inwoners op die vraag waarom hulle so lank gewag het voordat mediese hulp gesoek was, gereflekteer:

- (a) het nie geweet wat om vir die dokter te verduidelik nie en het gevolglik weggebly;
- (b) gedog die siekte is nie ernstig nie;
- (c) het dit onnodig geag om na die verpleegkundige of geneesheer te gaan vir gesondheidshulp;
- (d) niemand het die respondent aangeraai om vroeër na die dokter en/of verpleegkundige te gaan nie;
- (e) was onbewus dat hy/sy die siekte onder lede het;
- (f) wou kyk of die siekte sal vererger; en
- (g) wou kyk of die siekte self sal genees.

#### 4.2.6. SIEKTEVERLOF

Die weiering vir siekteverlof deur die werkgewer blyk 'n verdere probleem te wees. Een respondente het byvoorbeeld aangedui dat hy nie verlof van die werkgewer kon kry om na die gesondheidswerker te gaan nie. 'n Ander het aangedui dat hy nie kan bekostig om inkomste te verloor deur na die geneesheer of verpleegkundige te gaan nie.

Laasgenoemde geval beklemtoon die afwesigheid van wetsbeskerming vir werkers in die landbousektor en huishulpe. Daar is geen wetlike verpligting op die primêre bedryfsektorwerkgewer om voorsiening te maak vir siekteverlofvoordele, siekteverlof,

ongelukdekkings, minimum lone, maksimum oortyd of enige diensvoorwaarders wat normaalweg in die sekondêre en tersiêre bedrywe as voor-die-hand-liggend bestempel word nie. In die Wet op Arbeidsverhoudinge no 28 van 1956, Wet op Basiese Diensvoorwaardes no 3 van 1983, Wet op Masjinerie en Beroepsveiligheid no 6 van 1983, Workmen's Compensation Act van 1941 en die Werkloosheidsversekeringswet van 1937 word die regte van die plaasarbeider nie verskans nie. In die Wet op Arbeidsverhoudinge no 28 van 1956 word dit duidelik in artikel 2.2. gestel dat "(t)his act shall not apply to persons in respect of their employment in farming operations or in domestic service in private households". Dieselfde regulasie word in artikel 2.2 van die Loonwet no 5 van 1957 en artikel 2(a) van die Wet op Basiese Diensvoorwaardes no 3 van 1983 genoem. Sonder enige wetlike beskerming in 'n tydperk van grootskaalse werkloosheid en swak ekonomiese vooruitsigte is die werknemer in 'n erg benadeelde posisie omdat hy/sy geen bedingingsmag het nie en slegs sy/haar arbeid het om te verkoop. Huidiglik word voorstelle vir wetgewing betreffende die werksituasie en diensvoorwaarders van die landbousektorwerker en huishulp deur verskillende belangegroepes (boer, vakbondunies) by die regering ingedien.

Die landbousektorwerker en huishulp behoort ook nie aan enige mediese versekeringskema nie. Dit beteken dat die arm persoon sy/haar mediese kostes self moet dra. As hy/sy dus vir een dag van die werk afwesig is, beteken dit mediese kostes wat betaal moet word en die verlies aan inkomste vir die dag.



#### 4.2.7. SAMEVATTING

In literatuur oor die benutting van gesondheidsdienste word dit herhaaldelik genoem dat die sosio-ekonomies gemarginaliseerdes deur maatskaplik-ekonomiese en strukturele faktore van die beskikbare gesondheidsdienste vervreem word. Die opname in Loxton bevestig dit. Die kombinasie van nie-toeganklikheid, negatiewe persepsies jeens die gesondheidspersoneel en benedestandaard-kwaliteit-diens en medikasie kan 'n ernstige gaping in benutting van die beskikbare dienste veroorsaak. Die ver- naamste, en verreikende gevolge, vir die inwoners van die nedersetting is:

(a) enersyds dat die pasiënt hom totaal weerhou van die beskikbare gesondheidsdienste; of

(b) andersyds kan dit lei tot lang verdragings voordat gesondheidshulp ingeroep word. In sulke omstandighede kan die bepaalde siektetoestand krisisafmetings aanneem, want in baie gevalle word daar gewag totdat daar sekerheid is dat slegs die intervensie van 'n gesondheidswerker die gesondheidsprobleem kan oplos.

Beide hierdie gevolge is nie gesondheidsbevorderend nie. 'n Logiese uitweg vir baie van die inwoners van Loxton om hul gesondheidsbehoefte te bevredig, is om hul toevlug te neem tot kruiemedisyne as algehele of gedeeltelike plaasvervanger van moderne "Westerse" medisyne.

5. KRUIEMEDISYNE AS GESONDHEIDSTRATEGIE

Die kruiemedisyne, en die siektekwale waarvoor die kruiemedisyne aangewend word, word in Tabel 14 aangedui (die absolute frekwensie word tussen hakies aangedui).

TABEL 14

KRUIEMEDISYNE EN SIEKTES WAARVOOR AANGEWEND

<u>KRUIEMEDISYNE</u>	<u>SIEKTES</u>
Wilde Als (23)	Borskwale (ongespesifiseerd - 3); hoes (22); liggaamspyne (ongespesifiseerd - 1); maagpyne (2); maak moedersdele skoon (1); liggaamskrag herstel (1); masels (1); pokkies (1).
Wilde Keur (3)	Beginfase van kanker (1); hoes (11); liggaamskrag herstel (1); nierprobleme (1); beginfase van tuberkulose (1); hou kwaadaardigheid uit vrouedele (1); maak moedersdele skoon (1).
Koorshout (4)	Koorsigheid (4)
Bitter Skaapbos (3)	Pokkies (1); hoes (3); masels (1)
Dasbos	Koorsigheid (1).
Berg Wilde Als (1)	Hoes (1).
Ballerja (3)	Pokkies (1); masels (1); rugpyne (1); hoes (2); nierprobleme (1).
Kaalmoes (1)	Maagpyne (1)

Wynryk (21)	Hoes (15); blaasprobleme (1); maak moedersdele skoon (2); borskwale (ongespesifiseerd - 3); maagpyne (3); koorsigheid (1); liggaamskrag herstel (2); brongitis (1); liggaamspyne (ongespesifiseerd - 1); spierpyne (1);
Knoffel (6)	Borskwale (ongespesifiseerd - 1); hoes (5); hoë en lae bloeddruk (2); maagpyn (1); liggaamskrag herstel (1).
Karmaduk (4)	Borskwale (ongespesifiseerd - 3); rugpyne (1); hoes (2).
Oondbossie (1)	Liggaamspyne (ongespesifiseerd - 1); blaasprobleme (1).
Kruistement (2)	Borskwale (ongespesifiseerd - 1); hoes (1); blaasprobleme (1).
Rou Aartappels (3)	Hoë en lae bloeddruk (3).
Roosmaryn (1)	Borskwale (ongespesifiseerd - 1); hoes (1).
Rooi-vergeet (1)	Hartprobleme (1).
Veebos (1)	Hoes (1).
Kapokbos (1)	Hoes (1).
Renosterbos (1)	Liggaamspyne (ongespesifiseerd - 1); Hoes (1).
Bokmis (1)	Masels (1).

Tydens die opname is bevind dat:

- (a) die gebruikmaking van 'n spesifieke kruiemedisyn direk gekoppel word aan die geloofwaardigheid wat die gebruiker aan die kruiemedisyn koppel;
- (b) die beskikbaarheid van die kruiemedisyn grootliks die aanwending bepaal;
- (c) heelwat respondente huiwerig of sku was om eksplisiet te erken dat hulle kruiemedisyn gebruik omdat kruiemedisyn as agterlik beskou word. Dit kan geïnterpreteer word as die direkte uitvloeisel van die beklemtoning van moderne "Westerse" medisyne wat beskou word as modern en dat die gebruik van medisyne, wat deur die gesondheidswerkers voorgeskryf word, as die enigste manier van genesing beskou word;
- (d) die aanplant van eie kruiemedisyn beperk word omdat watergebruik anders as vir huishoudelike doeleindes onwettig is;
- (e) sommige van die gebruikers groot moeite doen om die kruiemedisyn in die hande te kry; selfs private grondgebied van die boere word betree om die kruiemedisyn te kry;
- (f) sommige van die kruiemedisyn in isolasie vir 'n bepaalde siektetoestand gebruik word;
- (g) sommige kruiemedisyn gemeng word (saam in een pot gekook) om die bruikbaarheid van die middel vir ander siektes te verbreed;
- (h) van die kruiemedisyn saam gekook word om die effektiwiteit daarvan vir bepaalde siektes te verhoog.

Die redes vir die gebruikmaking van kruiemedisyn is deur die inwoners soos volg geartikuleer:

(a) die negatiewe persepsies wat die inwoners van die neder-setting teenoor die gesondheidspersoneel koester (90% van die respondente);

(b) hul negatiewe en wantrouige persepsie van die medikasie deur die gesondheidspersoneel voorgeskryf (73% van die respondente). Die respondente het beweer dat die beskikbare kruiemedisyn beter eindresultate as die voorgeskrewe medikasie van die distriksgeneesheer en verpleegkundige of die patentmedisyne, lewer.

(c) die kruiemedisyn groter bruikbaarheidsmoontlikhede het as die westerse medikasie en patentmedisyne (60% van die respondente). 'n Kruiemedisyn soos "wilde keur" kan vir hoer en verskeie ander siektes aangewend word, terwyl die distriks-geneesheer of verpleegkundige se medisyne vir hoer slegs vir daardie doel gebruik kan word.

(d) die kruiemedisyn kan saam gekook word sonder die vrees dat dit negatiewe of katastrofale gevolge kan het - iets wat nie gedoen kan word met die westerse medisyne nie (43,3% van die respondente). Die kwessie van veiligheid van en vertrouwe/geloofwaardigheid aan die kruiemedisyn tree hier sterk op die voorgrond.

(e) die kruiemedisyn kan gebruik word sonder dat die siekte-toestand gespesifiseer is, terwyl die dokter of verpleegkundige se medisyne in sulke omstandighede riskant kan wees (26,6% van die respondente).

(f) die swak ekonomiese omstandighede van die inwoners dwing hulle om die, meestal, gratis-verkrygte kruiegedisye te gebruik (80% van die respondente). Die kruiegedisye word in die veld, by mense op Loxton en op die plase en langs die rivier gekry. Ten spyte van die feit dat dit 'n munisipale oortreding is om die plantjies te verwyder, word die inwoners deur hul ekonomiese omstandighede gedwing om die risiko van arrestasie te loop. Diegene wat al in die verlede kruiegedisye gekoop het, het aangedui dat dit goedkoper is as die gedisye van die dokter en verpleegkundige.

(g) tradisionele gebruikmaking van kruiegedisye. Twee respondente het aangedui dat hulle "met kruiegedisye groot geword het". Dit toon hul absolute geloof in die effektiwiteit van die kruiegedisye. Alhoewel hulle ook van die dokter en verpleegkundige se gedisye gebruik maak, verkies hulle eerder die kruiegedisye.

#### 6. PRIMÊRE GESONDHEIDSORG OF PRIMÊRE MEDIËSE SORG?

Primêre gesondheidsorg is as een van die strategieë vir die ontwikkeling van die onderontwikkelde gemeenskappe in die Bevolkingsontwikkelingsprogram uitgesonder. Die vraag is egter: kan die bestaande gesondheidsorglewering as primêre gesondheidsorg geklassifiseer word?

Om die vraag te beantwoord, moet kortliks gekyk word na wat die beginsels van 'n primêre gesondheidsorgprogram behoort te wees. In hierdie geval is die voorgelegde beginsels in die dokument

"Strategy for Primary Health Care in South Africa" as vertrekpunt gebruik. In primêre gesondheidsorg word die volgende belangrike beginsels ingesluit: holistiese en geïntegreerde benadering met die klem op die voorkoming van siektes, oplossingstrategieë moet gerig wees op die gemeenskap se gesondheidsbehoefte, sosiaal-aanvaarbare metodes en tegnieke, universele toeganklikheid vir al die lede van die gemeenskap teen die laagste moontlike koste, gemeenskapsbetrokkenheid en gesondheidsontwikkeling moet gepaard gaan met sosiale en ekonomiese ontwikkeling.

Die gesondheidsorglewering van Loxton toon die volgende:

\* daar is nie sprake van 'n holistiese benadering nie. In Loxton is daar weinig bewyse gevind dat die belangrikheid van die interverwantskap tussen gesondheid en sosio-ekonomiese omstandighede ter harte geneem word;

\* die gesondheidsaksies is nie gemik op die bevrediging van die ervaarde en geïdentifiseerde plaaslike gesondheidsbehoefte, asook die uitwissing van die belangrikste gesondheidsprobleme nie. Die klem val duidelik op gesinsbeplanning, terwyl belangrike gesondheidsprobleme soos binnenshuise lugbesoedeling, oorbewoningstoestande en ongebalanseerde dieet skynbaar geïgnoreer word;

\* die toeganklikheid tot beskikbare gesondheidsdienste en -fasiliteite word beperk deur finansiële, ruimtelike, strukturele (beperkte kliniektye, verhouding met gesondheids personeel) en opvoedkundige faktore;

\* deurlopende opvoeding betreffende gesondheid, wat deur die WGO as een van die fundamente van 'n primêre gesondheidsorgprogram bestempel word, word nie aangebied nie;

\* volgens die opstellers van die dokument "Strategy for Primary Health Care in South Africa" moet gesondheidsdienste aanvaarbaar, bekostigbaar en toeganklik vir die plaaslike inwoners wees. Die ondersoek toon duidelik dat met al drie beginsels in Loxton tekortkominge ondervind word;

\* die gemeenskap neem geensins deel in die beplanning of implementering van gesondheidsprojekte nie;

\* volgens die opstellers van die dokument "Strategy for Primary Health Care in South Africa" moet 'n primêre gesondheidsorgprogram eenvoudige, praktiese en verstaanbare metodes en prosedures volg. Met ander woorde pasiënte moet onder andere verstaan wat die gesondheidswerker(s) aan hulle verduidelik. In die geval van Loxton het die respondente aangetoon dat dit nie die geval is nie.

Afgelei hiervan moet die bestaande dienste eerder geklassifiseer word as primêre mediese dienste of basiese gesondheidsdienste eerder as primêre gesondheidsorg. Die klem val op die behandeling van siektetoestande en nie die voorkoming van daardie siektetoestande nie.



HOOFSTUK 5LOXTON - GESONDHEIDSORG VORENTOEINLEIDING

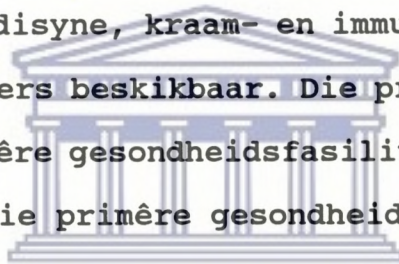
"Health for All By The Year 2000 is ultimately about poverty, politics and power. Poverty ... is a real barrier. Politics will determine priorities in scarce resource allocations among health, health reinforcing and other services and to preventive, primary and other universal access services within health. Politics is largely a process determined by power - including accountability, self-interest and professional advice." (Green; 1991:745)

"In reality, health problems are often socially-produced, i.e. reflecting the ability of ruling classes to define what is important and what is not (hegemony)." (Stock; 1986:696)

Bogenoemde sitate is maar slegs twee verwysings wat die ver-  
naamste probleem rondom gesondheidsontwikkeling identifiseer. In beide gevalle word nie slegs verwys na sentrale politieke magstrukture nie, maar magsbasiswaar op alle regeringsvlakke, ingesluit dus streeks- en plaaslike regerings. In Hoofstuk 2 is verwys na die traagheid van die sentrale regering van Suid-Afrika om primêre gesondheidsorg van stapel te stuur. Die klem word geplaas op kuratiewe gesondheidsorg en stedelike gebiede. In die analise van die informasie van Loxton is verder in Hoofstuk 4 bewys dat daar op grondvlak nie werklik sprake is

van primêre gesondheidsorg is nie. Die plaaslike gemeenskap neem nie deel aan besluitneming en implementering betreffende gesondheidsake nie. Gesondheidsverwante probleme soos binnens-huise besoedeling word nie aangespreek om die emfiseemprobleme op te los nie.

Indien die gesondheid van die landelike bewoner bevorder/verbeter wil word, sal die totale landelike ontwikkelingsproses aangespreek moet word en nie alleenlik die gesondheidsontwikkelingsproses nie. Dit is al telkemale bewys dat gesondheidsverbetering nie 'n enkelvoudige en geïsoleerde ingryping vereis nie. In die geval van Loxton is die primêre gesondheidsfasiliteite en -dienste, byvoorbeeld die kliniek, oor-, neus- en keelmedisyne, kraam- en immuniseringsdienste, vir die plaaslike inwoners beskikbaar. Die primêre probleem is dus nie gebrekkige primêre gesondheidsfasiliteite nie, maar eerder die benutting van die primêre gesondheidsdiens.



UNIVERSITY of the  
WESTERN CAPE

Alvorens 'n landelike ontwikkelingsprogram, en meer spesifiek 'n landelike gesondheidsontwikkelingsprogram, suksesvol van stapel gestuur kan word, moet daar **totale verbintenis** van die sentrale regering tot sodanige program wees. Die Gesondheidsdienstefasiliteiteplan en Bevolkingsontwikkelingsprogram was geloods met die doel om die gesondheid en algemene lewensomstandighede van die ontwikkelende gemeenskappe te verbeter. Hierdie twee programme was mislukkinge. (Hierdie aspek is in Hoofstuk 2 aangespreek.) In die verlede het sentrale gesagsfigure herhaalde kere die verbetering van die gesondheid en

lewenstandaard van die minderbevoorregte bevolkingsgroepe van politieke verhoë verkondig. Daarvan het in die meeste gevalle weinig van gekom. Kuratiewe gesondheidsorg ontvang byvoorbeeld nog steeds die grootste hap van die gesondheidsbegroting. Die lippediens moet plek maak vir 'n diepe verbintenis en verpligting om die beoogde en uitgespelde inhoud en aksies van gesondheidsprogramme te laat realiseer.

Die landelike gesondheidsontwikkelingsproses moet insluit:

**1. verbetering van die ekonomiese posisie van die landelike bewoner.** Die swak ekonomiese posisie van die inwoners, byvoorbeeld karige inkomste en werkloosheid, is die grootste enkele bydraende faktor tot swak gesondheid en onderbenutting van die bestaande gesondheidsdienste.

Die verhoging of herverdeling van inkomste sal nie 'n ideale oplossing wees nie. 'n Bewustelike ingryping in die ekonomiese prosesse moet plaasvind sodat die deelname van die ontwikkelende bevolkingsgroep in die ekonomiese arena verhoog kan word. Gewettigde politieke en rassediskriminasie sal moontlik in die nabye toekoms verdwyn, maar dan sal die oneffeningsfaktore ("disequalizing factors") ongelyke inkomste laat voortleef. Met oneffeningsfaktore word bedoel daardie faktore wat ongelyke toegang en deelname in die ekonomie teweegbring en laat perpetueer, byvoorbeeld die verskil in opleidingsvlak tussen die verskillende bevolkingsgroepe, beroepservaring en tegniese vaardighede (Myint; 1977:109). Ten opsigte hiervan is die inwoners van Loxton almal in 'n benadeelde posisie.

Die ekonomiese ontwikkeling van die gemeenskap is kardinaal as selfonderhoud, wat deur die Wêreldgesondheidsorganisasie as een van die doelstellings aangegee word, bereik wil word. (Hierna is in Hoofstuk 2 op bladsy 33 verwys.) In hierdie geval word dit egter pertinent gestel dat aan die begrip selfonderhoud nie dieselfde betekenisinhoud van die WGO gegee word nie. Volgens die WGO moet die gemeenskap selfonderhoudend ten opsigte van gesondheidsvoorsiening wees. Daardeur word die verantwoordelikheid vir gesondheidsorgvoorsiening van die sentrale regering na die gemeenskap afgewentel. (Fendall; 1985:313) Selfonderhoud moet hier gesien word as selfvoorsiening ten opsigte van private behoeftes soos voeding en kleding en nie openbare behoeftes soos gesondheid, opvoeding en sanitasie nie.

Pogings om groter deelname van die minderbevoorregte groep in die ekonomie moontlik te maak, kan insluit:

\* grondhervorming/herverspreiding van grond: volgens Letsoalo (1987:76) is grondhervorming fundamenteel in landelike ontwikkeling in Suid-Afrika. Hierdeur kan 'n regverdige toekenning van grond onder al die bevolkingsgroepe bereik word;

\* arbeidswetgewing moet sodanig aangepas word dat die werksomstandighede, diensvoorwaarders en salaris/loon van die landbousektorwerker en huishulpe gewaarborg kan word;

\* ontwikkelingsprojekte: in Loxton word byvoorbeeld 'n naaldwerkprojek beoog waardeur 'n beperkte aantal werksgeleenthede geskep kan word en geld vir nuwe projekte gegenereer kan word;

\* tuinmaakprojekte: dit sal egter eerstens beteken dat die plaaslike owerheid sy beleid ten opsigte van waterverbruik moet wysig. Tuinmaakprojekte het die voordeel dat dit die voedselprobleem van die inwoners deels kan oplos. Deur groter groente-inname word hul dieet meer gebalanseerd.

Deur die verbetering van die ekonomiese posisie van die gemeenskap van Loxton word hul koopkrag verbeter. Gevolglik kan waargenome voedingverwante siektetoestande soos wanvoeding en ondervoeding deur beter en gebalanseerde dieet opgelos word. Hul toeganklikheid tot die bestaande gesondheidsdienste kan verhoog word - nie net die plaaslike gesondheidsdienste nie, maar ook verafgeleë en meer gesofistikeerde gesondheidsdienste.

**2. die ontwikkeling 'n holistiese, geïntegreerde gesondheidsorgbenadering.** In die opname is byvoorbeeld bevind dat

\* die emfiseemgevalle deur binnenshuise lugbesoedeling veroorsaak word;

\* die behuising ontoereikend is omdat dit lei tot kameroorbesetting;

\* die gemeenskap onhigiëniese toiletgeriewe (wat 'n potensiële reservoir vir siekte is) en geen rioolstelsel as gesondheidsrisiko's genoem het; en

\* die huise sonder plafon is.

Die verbetering van die gesondheid van die inwoners sal doeltreffend geskied as:

\* die hout-, steenkool- en paraffienverbranding met besoedelingsvrye **elektriese krag** vervang word. Die aanwending van elektrisiteit as kragbron sal ook ekonomies voordeliger as die tradisionele kragbronne vir die inwoners wees. Die onus vir die aanlê van die elektrisiteit na die wooneenhede moet van die inwoners verskuif word na die plaaslike owerhede of verantwoordelike streekdiensteraad of provinsiale administrasie;

\* gesondheidsoorwegings moet 'n **integrale** deel vorm van behuisingsbeleid en -projekte, nie net deur nasionale regeringsfigure nie, maar ook op streek- en plaaslike regeringsvlak;

\* **meer huisvesting** vir die inwoners sodat oorbewonings-toestande verlig kan word;

\* die stelsel van toekenning van wooneenhede moet gewysig word. Die grootte van die wooneenheid moet gekoppel word aan gesinsgrootte;

\* **hostel-akkommodasie** vir die skoolgaande kinders van die omliggende plase sodat oorbesetting verlig kan word;

\* die onhigiëniese emmertoeiletstelsel vervang word met **spoel-pitlatrines**;

\* **verbetering/opgradering van die bestaande wooneenhede** deur 'n plafon aan te bring sodat die bewoners beter beskerming teen temperatuuruiterses kan geniet;

\* die **bestaande behuisingsregulasies** van die plaaslike owerhede **verslap** word sodat die buitekamer vir slaapdoeleindes aangewend kan word waar die behoefte bestaan.

Die finansiële implikasies van hierdie voorstelle staan kardinaal. Huidiglik is daar in heelwat dorpe sogenaamde gemeenskapsontwikkelingsprojekte, byvoorbeeld behuising, aan die gang. In hierdie projekte verskaf die huisbewoner/huiseienaar die arbeid terwyl die finansies deur die sentrale owerheid verskaf word. In Loxton kan die huisverbeteringsprojekte op dieselfde wyse aangepak word.

**3. eliminerings van die strukturele struikelblokke in die weg van die benutting van gesondheidsdienste.** Die twee vernaamste geïdentifiseerde probleme is beperkte kliniektye en onbekostigbare kliniekfooie. In die strewe na beter gesondheid vir die totale gemeenskap sal:

\* kliniektye sodanig aangepas moet word sodat die werkende persoon, veral die werkende persoon wat buite die dorpie werk, geakkommodeer kan word;

\* dit ideaal wees as die kliniek ten alle tye toeganklik vir die gemeenskap is. Dit sal realiseerbaar wees, maar dan kan die personeelsituasie moontlik problematies wees, want dit is onmenslik om te verwag dat 'n persoon 24 uur per dag aan diens moet bly. In die Loxton-situasie sal die personeel met ten minste een gekwalifiseerde verpleegkundige vergroot moet word;

\* aandag geskenk moet word aan die aanpassing van die huidige fooistruktuur om die toeganklikheid van die werklose, tydelike werker en onder-die-broodlyn-besoldigde te verhoog. Die bestaande gedifferensieerde kliniekfooie is duidelik nie 'n oplossing vir die probleem nie. Eweneens is die voorstel van die rekeningstelsel van die respondente ook net 'n tydelike

oplossing, want die opgehoopte rekening sal een of ander tyd vereffen moet word. Gratis gesondheidsorg sal aan hierdie persone, en ander geïdentifiseerde groepe, verskaf moet word;

\* die bestaande regulasies betreffende besoeke aan die kliniek sal gewysig moet word. In hierdie geval word spesifiek gedink aan hulpverlening aan kinders waar die ouer deur byvoorbeeld werksomstandighede gedwing word om nie teenwoordig te wees nie;

\* die gemeenskap se persepsie van substandaard medikasie wat aan hulle verskaf word, sal aangespreek moet word.

4. die **aanspreek van die vervreemding** tussen die verpleegkundige en die gemeenskap, want huidiglik is dit een van die vernaamste beperkende faktore ten opsigte van die benutting van die plaaslike gesondheidsdienste. Miskien is dit die ideale vertrekpunt om die gemeenskap meer betrokke te kry by plaaslike gesondheidsake. David Gow en Jerry Vansant (1983:427) het byvoorbeeld bevind dat daar 'n groter gerigtheid tot gemeenskapsdeelname is waar 'n gesondheidsprobleem gesamentlik aangepak word. Die soeke na oplossings vir hierdie probleem moet nie eensydig aangepak word nie. Die gemeenskap en die gesondheidswerkers moet gesamentlik soek na 'n blywende oplossing.

Die bereidwilligheid van die inwoners tot gemeenskapsdeelname is tydens die opname in Loxton getoets. Die meerderheid van die inwoners het aangedui dat die gemeenskap moet saamstaan om die gesondheidsprobleme na die oppervlak te bring en die hoof te



bied. Dit blyk dus dat die motivering vir gemeenskapsdeelname alreeds bestaan - dit moet net gestimuleer en georganiseer word.

Alhoewel daar in literatuur bepaalde probleme betreffende die hele kwessie rondom gemeenskapsdeelname is, het die navorsing getoon dat gemeenskapsdeelname nie 'n "social nicety" is nie, maar "a technical necessity". (Bryant; 1988:300) In die geval van Loxton het die gemeenskap getoon dat hulle heelwat insig het in hul eie gesondheidsprobleme. Deur die gemeenskap te betrek, kan informasie bekom word wat kardinaal is in die beplanning en implementering van effektiewe gesondheidsprogramme. Dit is informasie waarsonder 'n buitestaander nie 'n volledige beeld van die gesondheidsituasie van die gemeenskap kan kry nie.

'n Gemeenskapsorganisasie of -komitee kan byvoorbeeld behulpzaam wees om:

\* lede onder mekaar te motiveer om hul lewenstyl te verander, byvoorbeeld die drankmisbruikprobleem;

\* belangrikheid en deelname aan die gesinsbeplanningsprojek, indien dit korrek aangepak word en nie verhef word tot die kern van die gesondheidsprogram nie;

\* belangrikheid en deelname aan periodieke immuniseringsprogramme;

\* verspreiding van informasie oor hoe belangrik dit is dat so gou doenlik gesondheidshulp gesoek moet word;

\* die opstel van 'n prioriteitslys van die gemeenskap se belangrikste gesondheidsprobleme - belangrik natuurlik dat dit die gemeenskap se persepsies is en gevolglik gesamentlik deur die gemeenskap, gesondheidswerkers en ander betrokke partye opgestel word;

\* aan projekte deel te neem om hul eie gesondheid te verbeter. In hierdie geval kan die swak finansiële posisie van die plaaslike outoriteit gekombineer word met die "gratis" mannekrag om die toiletprobleem op te los. Die gemeenskap kan die arbeid verskaf en die munisipale owerheid kan help met die kundigheid en boumateriaal.

5. **gesondheidsopvoeding** moet 'n prominente plek kry in gesondheidsdienslewering. Die belangrikheid van opvoeding word deur die volgende gereflekteer:

\* tydens die opname het 90% van die respondente die permanente stasionering van 'n geneesheer op Loxton as oplossing vir die gesondheidsprobleme beskou. Die verbetering van die maatskaplike omstandighede was baie minder genoem. Dit blyk dus dat die **belangrikheid van maatskaplike aangeleenthede in terme van goeie gesondheid** nie werklik besef word nie. Die gemeenskap sal deeglik ingelig moet word oor die noue verwantskap tussen goeie gesondheid en higiëne, sindelike omgewing, onhigiëniese sanitêre fasiliteite.

\* **gemeenskapsdeelname** sal 'n nuwigheid vir die gemeenskap wees en gevolglik sal daar groot "onkundigheid" wees. Ten eerste sal die mense ingelig moet word oor die **konsep gemeenskapsbetrokkenheid en die verantwoordelikhede** daaraan gekoppel.

\* tydens die opname was 'n groot aantal "ek-weet-nie-antwoorde" van die respondente gekry, veral waar voorstelle aan die hand gedoen moes word om die geïdentifiseerde probleme op te los. Die gemeenskap besef wat die probleme rondom gesondheid is, maar die assosiasie tussen probleem en oplossingstrategieë word nie werklik besef nie. Die geneigdheid is te veel om die gesondheidswerkers as die enigste bron en oplossing van die gesondheidsprobleem te sien. Die aanleer van nuwe verantwoordelikhede moet terselfdertyd gepaard gaan met die afbreek van bestaande en verwronge persepsies.

6. die daarstelling van 'n gratis en betroubare ambulansdiens. In die ondersoek het dit na vore gekom dat in Loxton nie werklik 'n ambulansdiens bestaan nie. Die gebruik van die minibussie van die verpleegkundige is nie 'n blywende en bevredigende oplossing vir die probleem nie - veral wanneer die verpleegkundige na die omliggende plase gaan en die minibussie nie beskikbaar is nie. Die aksent val op gratis omdat die inwoners alreeds met finansiële probleme sit.

In die soeke na oplossings vir die gesondheidsprobleme in Loxton is die geïsoleerdheid van die gemeenskap en klein inwonertal van ongeveer 600 realiteite waarmee rekening gehou sal moet word. Die geneigdheid sal wees om die wenslikheid van programme of strategieë in ekonomiese terme te meet. By die bepaling van die wenslikheid al dan nie van 'n program, sal eers aandag geskenk moet word aan die uitwissing van bestaande onregverdigede binne die totale ontwikkelingskonteks, byvoor-

beeld stedelike vooroordele wat verwringing veroorsaak in terme van die spandering van ontwikkelingskapitaal. Landelike ontwikkelingsprogramme moet nie op die lange baan geskuif word terwyl sulke onregverdighede nog steeds bestaan nie.



UNIVERSITY *of the*  
WESTERN CAPE

ADDENDUM A

TABEL 15

GESONDHEIDSPROBLEEM ONDERVIND

<u>PROBLEEM</u>	<u>GETAL</u>	<u>% VAN TOTAAL</u>
Fraktuur	4	2,3
Kanker	3	1,7
Griep	39	22,0
Vaginale probleem	1	0,6
Asma	2	1,1
Nierprobleem	1	0,6
Borskwaal (ongespesifiseerd)	8	4,5
Hartkwaal	7	4,0
Hipertensie	1	0,6
Oorprobleem	5	2,8
Brandwonde	1	0,6
Hoofprobleem (ongespesifiseerd)	1	0,6
Rumatiek	2	1,1
Oogprobleem	2	1,1
Rugprobleem (Ongespesifiseerd)	1	0,6
Spraakgebrek	1	0,6
Mangelverwydering/-ontsteking	2	1,1
Blindedermverwydering	1	0,6
Longontsteking	1	0,6
Arm- en beenkwaal (ongespesifiseerd)	2	1,1



Lewerkwaal (ongespesifiseerd)	1	0,6
Geestelik versteurd	3	1,7
Verlamming	1	0,6
Motorongeluk	1	0,6
Maagprobleem (ongespesifiseerd)	1	0,6
Geelsug	1	0,6
Voorbehoedmiddelprobleem	1	0,6
Migraine/ kroniese hoofpyne	4	2,3
Mondsere	1	0,6
Maagoperasie (ongespesifiseerd)	1	0,6
Epilepsie	1	0,6
Suikersiekte	1	0,6
Kinkhoes	1	0,6
Hoë bloeddruk	1	0,6
Rumatiekkoors	1	0,6
Tuberkulose	2	1,1
Brongitis	1	0,6
Geestelik/ verstandelik versteurd	1	0,6
Onbepaalde siekte	1	0,6
Nog nooit siek nie	63	35,6



UNIVERSITY of the  
WESTERN CAPE

**TABEL 16****TOELATINGS TOT HOSPITAAL: SIEKTES**

<u>SIEKTE</u>	<u>GETAL</u>	<u>% VAN TOTAAL</u>
Fraktuur	6	10,9
Kanker	2	3,6
Suikersiekte	1	1,8
Hartprobleem	6	10,9
Borskwaal (ongespesifiseerd)	3	5,5
Rugbesering	1	1,8
Stemband-operasie	1	1,8
Maagoperasie (ongespesifiseerd)	1	1,8
Maagprobleem	2	3,6
Brongitis	2	3,6
Breinbesering	1	1,8
Mangelverwydering	2	3,6
Tuberkulose	3	5,5
Geslagsoperasie	1	1,8
Geestes-afwykende probleem	1	1,8
Geslagsorgaan (infeksie van vrouedele)	1	1,8
Geelsug	1	1,8
Geboorteskenking	1	1,8
Lewerkwaal (ongespesifiseerd)	1	1,8
Motorongeluk	2	3,6
Brandwonde	2	3,6
Blaasprobleem	1	1,8



Verlamming	1	1,8
Rumatiek	1	1,8
Blindedermverwydering	1	1,8
Longontsteking	2	3,6
Rumatiekkoors	1	1,8
Hoë bloeddruk	1	1,8
Oogprobleem	1	1,8
Oorprobleem	1	1,8
Sterilisasie	1	1,8
Nierprobleem	1	1,8
Swelsel (onbekend)	1	1,8
Onbepaalde siekte	1	1,8



UNIVERSITY *of the*  
WESTERN CAPE



**TABEL 17****ARMOEDE-VERWANTE SIEKTES**

<u>SIEKTE</u>	<u>OPGEDOEN</u>		<u>GETOETS</u>	
	<u>NEE</u>	<u>JA</u>	<u>NEE</u>	<u>JA</u>
Tuberkulose	441	9	424	26
Kwasjiokor	450	0	450	0
Chroniese Brongitis	436	14	435	15
Chroniese Diaree	449	1	449	1
Bloedarmoede	444	6	445	5
Rumatiek Hart	448	2	448	2
Hoë Bloeddruk	434	16	435	15
Meningitis	450	0	450	0
Rumatiekkoors	444	6	442	8



UNIVERSITY *of the*  
WESTERN CAPE

## BILIOGRAFIE

- Agbonifo, P.O.: 1983; The state of health as a reflection of the level of development of a nation; Social Science and Medicine, Vol 17, No 24
- Annis, Sheldon: 1987; Can small-scale development be a large-scale policy? The case of Latin America; World Development, Vol 15
- Argus, The; 19 April 1984; The vicious circle of poverty in SA
- Beaton, George: 1978; "Doctors for what?" or Future health workers for Southern Africa; Paper No 32, SALDRU Conference on the economics of health care in Southern Africa
- Benator, Solly: 1988; Medicine and health care in South Africa; Energos: The search for equitable health, Volume 15; Aviation Publications; Sandton
- Bergner, Lawrence & Yerby, Alonzo S.: 1976; Low income and barriers to use of health services; in Kane, Robert L.; Kasteler, Josephine M. & Gray, Robert M.: The health gap: medical services and the poor; Springer Publishing Company, New York
- Bibangambah, J. R.: 1985; Approaches to the problem of rural poverty in Africa; in Fassil G. Kiros (ed): Challenging rural poverty; Africa World Press, Trenton, New Jersey
- Bidwell, E.S.W.: 1988; Health for all: the way ahead; World Health Forum, Vol 9; No 1

- Botha, A.: 1984; Poverty and disease: A case study of diarrhoeal disease; Second Carnegie inquiry into poverty and development in Southern Africa; Paper No 290; Cape Town
- Brown, S. & EDA (ed.): 1988; Land and people: Mozambique, Zimbabwe and South Africa; EDA, Johannesburg
- Bryant, J.H.: 1988; Health for all: the dream and the reality; World Health Forum, Vol 9, No 3
- Buch, Eric: 1988; Problems of the destitute homelands; Energos: The search for equitable health, Volume 15; Aviation Publications, Sandton
- Buch, Eric & de Beer, Cedric: 1984; Health and health care in Mhala: an overview; Carnegie Conference Paper No 192, Second Carnegie Inquiry into Poverty and development in Southern Africa, Cape Town
- Burki, Shahid J. & Ul Haq, Mahbub: 1981; Meeting basic needs: an overview; World Development, Vol 9
- Cape Times; 22 November 1988; 'Many below living wage'
- Chambers, Robert: 1984; Rural development: putting the last first; Longman, London
- Clark, Liz: 1978; The need for a community development approach to combatting malnutrition; Paper 59, Conference on the economics of health care in Southern Africa, SALDRU
- Crano, W.D. & Brewer, M.B.: 1986; Principles and methods of social research; McGraw Hill, New York
- Crisis News; June/July 1988; Fragmentation defies the laws of logic; No 22/23

- Crisis News; June/July 1988; The stark reality of facts and statistics; No 22/23
- Crisis News; June/July 1988; What is basic primary health care?; No 22/23
- De Beer, C. 1984; The South African disease: Apartheid health and health services; South African Research Service, Johannesburg
- De Beer, C.: 1986; Apartheid en gesondheid; Die Suid-Afrikaan, No 8
- De Beer, C., Buch, E. and Mavrandonis, J.: 1988; Evaluating health care in South Africa: How far from health care for all?; Paper presented to the Sociology of Health Workshop, ASSA Congress
- De Beer, C., Myrdal, S., Thompson, E. and Zwi, A.: 1983; Health; South African Review 1: Same foundations, New facades? Edited and compiled by South African Research Service; Ravan Press, Johannesburg
- De Kadt, E. & Segall, M.: 1981; Health needs and health services in rural Ghana; Social Science and Medicine, Vol 15A, No 4
- Die Burger; 8 Julie 1987; Vereniging reageer na SAMT-berig: Koste van hospitale 'nie vergelykbaar'
- Die Burger; 30 November 1988; Provinsie bekommerd oor pryse: Kaap vra aptekers om koste te besnoei
- Die Burger; 17 Januarie 1989; Nog 6 hospitale los fondse
- Die Burger; 25 Januarie 1989; Meer as 13 miljoen van SA 'leef in armoede'

Die Burger; 21 November 1989

Du Toit André en Kriel, Jacques: 1986; Gesondheid: Die konflik  
laai op; Die Suid-Afrikaan, No 8

Elliott, Jean Leonard: 1976; Cultural barriers to the  
utilization of health services; in Kane, Robert L.;  
Kasteler, Josephine M. & Gray, Robert M.: The health  
gap: medical services and the poor; Springer Publishing  
Company, New York

Erskine, J.M.: 1985; Rural development: putting theory into  
practice; Development Southern Africa, Vol 2, No 2

Eyles, John and Woods, Kevin J.: 1983; The social geography of  
medicine and health; Croom Helm, London

Fendall, R.: 1985; Myths and misconceptions in primary health  
care; Third World Development Review, Vol 7, No 4

Fernandez, Aloysius P.: NGOs in South Asia: people's  
participation and partnership; World Development, Vol  
15

Finance Week, Volume 32, No 7, Februarie 19-25 1987: Medical  
aids' malaise: the patient is sick but what's the cure?

Finance Week, Volume 36, No 11, 17-23 March 1988

Financial Mail, Volume 96, No 10, June 7 1985: Grey but  
efficient

Financial Mail, Volume 96, No 10, June 7 1985: "Take them off  
the drip"

Financial Mail, Volume 108, No 9, 3 Junie 1988

Fishlow, A.: 1984; Summary comment on Adelman, Balassa and  
Streeten; World Development, Vol 12, No 9

- Frantz, Telmo Rudi: 1987; The role of NGOs in the strengthening of civil society; World Development, Vol 15,
- Geiger, H. Jack: 1976; Of the poor, by the poor, or for the poor: the mental health implications of social control of poverty programs; in Kane, Robert L.; Kasteler, Josephine M. & Gray, Robert M. (eds): The health gap: medical services and the poor; Springer Publishing Company, New York
- Gesler, Wilbert M.: 1984; Health care in developing countries; Resource Publications in Geography
- Ghai, D.P.: 1978; 'Basic needs and its critics'; IDS Bulletin, Vol 9, No 4
- Ghai, D.P.; Khan, A.R.; Lee, E.L.H. & Alfthan, T.: 1980; The basic needs approach to development: some issues regarding concepts and methodology, Third Impression, International Labour Office, Geneva
- Gilbert, A. & Ward, P.: 1984; Community participation in upgrading irregular settlements, the community response; World Development, Vol 12, No 9
- Gilmurray, John; Riddell, Roger & Sanders, David: 1979; The struggle for health: from Rhodesia to Zimbabwe, Mambo Press, Salisbury
- Gow, David D. & Vansant, Jerry: 1983; Beyond the rhetoric of rural development participation: How can it be done? World Development, Vol 11, No 5

- Green, R.H.: 1991; Politics, power and poverty: health for all in 2000 in the Third World?; Social Science and Medicine, Vol 32, No 7
- Griffin, K. & Khan, A. R.: 1978; Poverty in the Third World: ugly facts and fancy models; World Development, Vol 6, No 3
- Groenewald, J.P.: 1981; Maatskaplike navorsing: ontwerp en ontleding; Academica, Pretoria
- Grondwet van die Republiek van Suid-Afrika, No 110 van 1983; Staatskoerant van die Republiek van Suid-Afrika; Staatsdrukker, Pretoria
- Hochbaum, G.M.: 1976; Consumer participation in health planning: toward conceptual clarification; in Kane, Robert L.; Kasteler, Josephine M. & Gray, Robert M.: The health gap: medical services and the poor; Springer Publishing Company, New York
- Hopkins, Michael & Van der Hoeven, Rolph: 1983; Basic needs in development planning; Gower Publishing Company Limited, Oldershot
- Jancloes, M., Seck, B., Van de Velden, L. & Ndiaye, B.: 1982; Primary health care in a Senegalese town: how the local people took part; World Health Forum, Vol 3, No 4
- Kane, R. L.; Kasteler, J. M. & Gray, R. M.: 1976; The health gap: medical services and the poor; Springer Publishing Company, New York
- Karlsson, E.L. & Mentz, J.C.N.: 1985; Health and development; Development Southern Africa, Vol 2, No 2

- Keeton, G.R.: 1984; The basic needs approach: a missing ingredient in development theory?; Development Southern Africa, Vol 1, No's 3 & 4
- Kiereini, E.M.: 1985; What's happened since Alma-Ata? International Nursing Review, Vol 32, No 1
- Kirsch, R.E.: 1978; "Health needs in Southern Africa"; Paper presented to the Conference on the Economics of Health Care in Southern Africa; SALDRU
- Kriel, Jacques: 1986; Is ons gesondheidsorg regverdig?; Die Suid-Afrikaan, No 8
- Lampton, David M.: 1978; Development and health care: Is China's medical programme exportable?; World Development, Vol 6
- Lefcowitz, Myron J.: 1976; Poverty and health: a reexamination; in Kane, Robert L.; Kasteler, Josephine M. & Gray, Robert M.: The health gap: medical services and the poor; Springer Publishing Company, New York
- Lele, Uma: Rural Africa: 1981; modernization, equity and long-term development; Science, Vol 211
- Letsoalo, E. M.: 1987; Land reform in South Africa: a black perspective; Skotaville Publishers, Johannesburg, 1987
- Ligthelm, A.A.: 1981; 'n Perspektief op die basiese-behoefte ("basic needs")-benadering tot ontwikkeling; BENSO
- Lipton, Merle: 1988; Capitalism and apartheid; in South Africa in question; edited by John Lonsdale; African Studies Centre, London



- Mahler, H.: 1981; The meaning of "health for all by the year 2000"; World Health Forum, Vol 2, No 1
- Marks, S and Andersson, N: 1988; Diseases and apartheid; in South Africa in question; edited by John Lonsdale; African Studies Centre, London
- Mazower, B. & Surplus People Project: 1992; Rural land reform: lessons for South Africa from different countries; Community Education Resources and Surplus People Project; UCT Press, Cape Town
- McIntyre, Diane: 1990; Public sector health care in South Africa 1970 - 1990; Health Economics Unit Working Paper No 1, Department of Community Health, University of Cape Town
- Mentz, J.C.N.: 1986; Community health workers in Gazankulu; Werksdokument in Landelike Gemeenskapontwikkeling 3/1986: Universiteit van Suid-Afrika
- Myint, H.: 1977; An interpretation of economic backwardness; in The economics of underdevelopment; edited by A.N. Agarwala & S.P. Singh; Oxford University Press, London
- Nachmias, C & Nachmias, D.: 1981; Research methods in the social sciences, St Martin's Press, New York
- Natal Mercury; 10 March 1988
- Nattrass, Jill: 1979; Decision making and optimality in the provision of health care; Economics of health in South Africa Volume 1: Perspectives on the health system; edited by Gill Westcott and Francis Wilson
- New Unity Movement Bulletin; Volume 3, No 1, March-April 1989

- Nyoni, Sithembiso: 1987; Indigenous NGOs: Liberation, self-reliance and development; World Development, Vol 15
- Olver, Crispian G.: 1984; Poverty, health and health care in South Africa; Second Carnegie inquiry into poverty and development in Southern Africa; Conference Paper No 166, Cape Town
- Philpott, Hugh: 1988; Medical education in a changing South Africa; Energos: The search for equitable health, Volume 15; Aviation Publications (Pty) Ltd; Sandton
- Pillay, P. N.: 1984; The distribution of medical manpower and health care facilities in South Africa; Second Carnegie inquiry into poverty and development in Southern Africa; Conference Paper No 167, Cape Town
- Price, Max: 1987; Health care beyond apartheid; Critical Health; Dissertation No 8
- Ramphela, Mamphela: 1988; Appropriate health services; Energos: The search for equitable health, Volume 15; Aviation Publications; Sandton
- Ramphela, M. and Ramalepe, R.: 1984; Rural health care - the tears and joy; Second Carnegie Inquiry into poverty and development in Southern Africa; Conference Paper No 204, Cape Town
- Raynal, Anne: 1984; Post-independence health service developments in Zimbabwe: Are there lessons for South Africa?; Carnegie Conference Paper No 280, Second Carnegie Inquiry into Poverty and Development in Southern Africa, Cape Town

Redlinghuis, A.C.: 1989; Persepsies ten opsigte van ontwikkelingspatrone en -tendense in die Karoo: 'n "Bottom-up"-benadering; Universiteit van Wes-Kaapland, Bellville

Republic of South Africa: Labour Relations Act of 1956; Government Printer, Pretoria

Republic of South Africa: Interim report on health services provided by local authorities; RP 62/1986; Government Printer, Pretoria

Republic of South Africa; Interim report on hospitals and state health services; RP 66/1986; Government Printer, Pretoria

Republic of South Africa; Final report on the Commission of inquiry into health services; RP 67/1986 Government Printer, Pretoria

Republiek van Suid-Afrika: Wet op die voorkoming van onregmatige plakkery, No 52 van 1951; Staatsdrukker, Pretoria

Republiek van Suid-Afrika: Loonwet No 5 van 1957; Staatsdrukker, Pretoria

Republiek van Suid-Afrika: Wet op Gesondheid, No 63 van 1977; Staatskoerant van die Republiek van Suid-Afrika; Staatsdrukker, Pretoria

Republiek van Suid-Afrika: Wet op Basiese Diensvoorwaardes No 3 van 1983; Staatsdrukker, Pretoria

- Republiek van Suid-Afrika: Wet op Streekdiensterade, No 109 van 1985; Staatskoerant van Republiek van Suid-Afrika; Staatsdrukker, Pretoria
- Republiek van Suid-Afrika: Witskrif oor die verslag van die kommissie van ondersoek na gesondheidsdienste; WPK-86, Staatsdrukker, Pretoria
- Riesman, Catherine K.: 1984; The use of health services by the poor: Are there any promising models? Social Policy, Spring 1984
- Robinson, P.W.: 1981; Fundamentals of experimental psychology; N.J. Prentice Hall, Englewood Cliffs
- Ross, M.H.: 1982; Future provision of health services in the Republic of South Africa; RSA 2000, Vol 4, No 1
- Ruttan, Vernon W.: 1984; Integrated rural development programmes: a historical perspective; World Development, Vol 12, No 4
- Sabatier, Paul A.: 1986; Top-down and bottom-up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis; Journal of Public Policy, Vol 6, No 1
- Saith, A.: 1990; Development strategies and the rural poor; Journal of Peasant Studies, Vol 17, No 2
- Samba, E.M.: 1981; Primary health care: unknowns, pitfalls, and hazards; World Health Forum, Vol 2, No 3
- Sanders, David & Carver, Richard: 1985; The struggle for health medicine and the politics of underdevelopment; Macmillan, London

- Savage, Michael: 1979; The political economy of health in South Africa; Economics of health in South Africa Volume 1: Perspectives on the health system; edited by Gill Westcott and Francis Wilson; Ravan Press; Braamfontein
- Savage, Michael: 1985; Basic needs in rural areas: Health; Paper presented to CSIR on Basic needs in rural areas; UCT
- Savage, M.T.D.: 1986; Health; RSA 2000, Vol 8, No 1
- Savage, Michael: 1988; An anatomy of South African services; Energos: The search for equitable health; Volume 15; Aviation Publications, Sandton
- Schaefer, M.: 1990; Home and health - on solid foundations?; World Health Forum, Vol 11, No 1
- Segall, M. & White, A.: 1981; Research on primary health care: a multidisciplinary project in Ghana; World Health Forum, Vol 2, No 3
- Sidel, V. W. & Sidel, R.: 1975; The development of health care services in the People's Republic of China; World Development, Vol 3, Nos 7 & 8
- Smit, G.J.: 1983; Navorsingsmetodes in die gedragswetenskappe; HAUM, Pretoria
- Smith, S.J.: 1990; Health status and the housing system; Social Sciences and Medicine, Vol 31, No 7
- South Africa 1989/90: Official Yearbook of the Republic of South Africa, Fifteenth Edition, Buro for Information, Department of Foreign Affairs, CTP Book Printers, Cape Town

- South African Institute of Race Relations: 1986; Race Relations Survey 1985; Johannesburg
- South African Institute of Race Relations: 1987; Race Relations Survey 1986 Part 1; Johannesburg
- South African Institute of Race Relations: 1988; Race Relations Survey 1986 Part 2; Johannesburg
- South African Institute of Race Relations: 1988; Race Relations Survey 1987/88; Johannesburg
- South African Institute of Race Relations: 1990; Race Relations Survey 1988/89; Johannesburg
- Stock, R.: 1986; 'Disease and development' or 'The underdevelopment of health': a critical review of geographical perspectives on African health problems; Social Science and Medicine, Vol 23, No 7
- Strategy for Primary Health Care in South Africa; Compiled by: Subcommittee: Primary Health Care; July 1992
- Strauss, S.A.: 1987; Regshandboek vir verpleegkundiges en gesondheidspersoneel; Vierde Uitgawe; King Edward VII Trust, Kaapstad
- Streeten, Paul: 1981; First things first: meeting basic human needs in the developing countries; Oxford University Press, London
- Streeten, Paul: 1984; Basic needs: some unsettled questions; World Development, Vol 12, No 9
- Suid-Afrikaanse Statistieke 1990: Opgestel deur Sentrale Statistiekdiens; Staasdrukkery, Pretoria

- Sunday Times; 20 November 1988; Employment, growth under 1989 threat
- Sunday Tribune; 7 February 1988
- Swanepoel, Hennie: 1985; Some guidelines for rural development in Southern Africa; Africa Insight, Vol 15, No 2
- Taylor, S.P. and Klopper, J.M.: 1987; South African health care expenditure, 1975 - 1984; Suid-Afrikaanse Mediese Tydskrif; Volume 72;
- Tendler, Judith: 1982; Rural projects through urban eyes: an interpretation of the World Bank's new-style rural development projects; World Bank Staff Working Papers, Number 532; The World Bank, Washington, D.C.
- Todaro, Michael P.: 1980; Economics for a developing world; Longman, London
- Townsend, Peter: 1979; Poverty in the United Kingdom; Penguin Books Ltd, Harmondsworth
- Tuckman, Bruce W.: 1978; Conducting educational research; Second Edition, Harcourt Brace Jovanovich, Inc, New York
- Ul Haq, Mahbub: 1973; Crisis in development strategies; World Development, Vol 1, No 7
- Urban Foundation: 1990; Urban debate 2010 No 1; Policies for a new urban future; Population trends
- Urban Foundation: 1990; Urban debate 2010 No 2; Policies for a new urban urban future; Policy overview: the urban challenge

- Urban Foundation: 1990; Urban debate 2010 No 4; Policies for a new urban future; Rural development: towards a new framework
- Verslag van die Direkteur van Hospitaaldienste vir die Provinsiale Administrasie van die Kaap van Goeie Hoop: 1985; Staatsdrukker; Pretoria
- Vlok, M.E.: 1991; Manual of community nursing and communicable diseases, Juta & Co, Ltd, Cape Town
- Weekend Argus; 20 August 1988; Starvation! Karoo poverty reaching crisis situation - rural experts
- Westcott, Gill: 1978; Primary health care in two farming areas of South Africa; Paper No 3, SALDRU Conference on the economics of health care in Southern Africa
- Williams, Glen: 1988; WHO: reaching out to all; World Health Forum, Vol 9, No 2
- Wilson, F. & Ramphela, M.: 1989; Uprooting poverty: the South African Challenge; David Philip, Cape Town
- World Health Organization; 1974; Uses of epidemiology in housing programmes and in planning in human settlements; Geneva
- World Health Organization: 1981a; Global strategy for health for all by the year 2000; Geneva
- World Health Organization: 1981b; The role of the health sector in food and nutrition; Geneva
- World Health Organization: 1992; 1991 World Health Statistics Annual; Geneva