Noodgevalle in die Mediese Praktyk*

A. D. P. VAN DEN BERG, *Springs, Tvl*

SUMMARY

Emergencies in general practice and the role and approach of the general practitioner and casualty officer: this clinical subject, with its moral and ethical facets, was the theme for a presidential address.

At the level of the first doctor-patient contact, namely the general practitioner or casualty officer, there exist shortcomings in knowledge, motivation and approach.

The concept of an 'emergency case' is defined. Approaches to classification are proposed. The role of the doctor, and demands related to the management of emergencies are discussed.

The right approach, the necessary knowledge, preparedness, and planning in advance, are required to improve standards. Hypothetical emergencies are quoted to illustrate the challenges, the dangers of negligence, and the need for prompt action.

To apply these ideas in practice, written summaries of 'plans of action' must be kept in compact, easily available format.

Goals for the future are improvement of individual standards, exchange of knowledge, team work, and utilization of available emergency services.

S. Afr. Med. J., **47**, 104 (1973).

My keuse van 'n tema vir 'n presidensiële rede het op 'n kliniese onderwerp geval, in teenstelling met die gebruik om oor meer filosofiese of mediespolitiese onderwerpe te praat. Die onderwerp wat ek gekies het, het egter ook 'n sterk moreel-etiese inslag, want dit beklemtoon die verantwoordelikhede, korrekte benadering en genoegsame vak-kennis wat van ons verwag word.

Dit is verder hoog tyd dat huisartse op akademiese gebied uit hulle dop kruip.

In 'n poging om ons aan te moedig, het die redakteur van die *Suid-Afrikaanse Mediese Tydskrif* ons meermale in hoofartikels oor ons traagheid om ons kennis en opinies oor kliniese onderwerpe te lug, gekritiseer.[1] Ek het tevore reeds heelwat dinkwerk en naslaanwerk aan die onderwerp van geneeskundige noodgevalle bestee, voordat ek besluit het om dit as 'n onderwerp vir my rede te gebruik. Baie van hierdie tyd en moeite sal dus beter benut wees as andere deur my gevolgtrekkings gestimuleer word.

Deur terug te kyk op my eie beroepsloopbaan, het ek lankal reeds waargeneem dat daar leemtes in ons benadering tot sekere aspekte van ons vak is, en dat onvoldoende nadruk op sekere basiese vereistes tot kennis en bekwaamhede gelê word. Na aanleiding hiervan, wou ek aanvanklik my rede voer oor 'n saak wat 'n veel wyer gebied dek, nl.: ,Die veelvuldige verantwoordelikhede van die huisarts'. Gaandeweg het ek besef dat die gebied waar die geneesheer se sin vir toepassing van verantwoordelikheid swaar getoets word, juis die hantering van noodgevalle is.

Wat is 'n Noodgeval?

Vir die doel van hierdie bespreking is dit 'n toestand wat òf skielik mag ontstaan, òf wat geleidelik en soms bedrieglik mag ontwikkel tot op 'n punt waar die genees-

*Presidentsrede gelewer voor die Oos-Transvaalse Tak (M.V.S.A.), Springs, 27 Januarie 1972.

heer dadelik, vinning, helder en doeltreffend moet optree; sy volle toegewyde aandag, kennis en gesonde verstand moet inspan, omdat dit wat hy doen, of nalaat om te doen, groot beslissings vir sy pasiënt inhou, met ander woorde—gaan hy leef of sterf? gaan hy gesondheid herwin of 'n blywende letsel oorhou?

Die kompleksiteit van fisiese, fisiologiese en patologiese faktore wat onder omstandighede van geneeskundige nood mag voorkom, is 'n uitdaging aan dié van ons van wie verlang word om die voorste linie te vorm in die stryd om 'n lewe. Dit word van huisarts of ongevallebeampte verwag om voldoende patofisiologiese begrip, nugtere, deeglike waarneming, en vinnige, doelgerigte handeling aan die dag te lê. Dit sal sorg dat hy nie geweeg en te lig bevind word in situasies waar regte of verkeerde besluite, en die spoed waarmee dit toegepas word, in sekondes of minute gaan bepaal of sy pasiënt (of slagoffer) huiswaarts of grafwaarts gaan.

Die mediese professie is vol uitdagings, en stel hoë eise. Hoe meer dit in wydte sowel as diepte bestudeer word, hoe meer besef 'n mens op watter dun ys jy loop. 'n Mens ontdek soms skielik dat behandelingsmetodes wat toegepas (of nagelaat) word, en waarmee 'n mens jare lank reeds weggekom het, bewys word as gevaarlik en uitgedien.

Waar Pas die Huisarts of Ongevallebeampte In?

Eerstens is hy meesal die primêre pasiënt-geneesheer kontak. Verder (en dit geld ook vir alle geneeshere, spesialiste ingesluit), is dit nodig dat hy homself sien vir wat hy behoort te wees: 'n skakel in 'n span, waar almal eintlik deel moet vorm van 'n verenigde front in die stryd om 'n lewe. Dit is nodig om jou plek in so 'n span te ken. As jy op 'n gegewe oomblik 'n leier moet wees wat bevele moet uitdeel en die voortou moet neem, doen dit dan soos 'n ware offisier. As dit jou beurt is om bevele te ontvang, voer dit dan uit soos 'n goedopgeleide soldaat.

Watter Vereistes Moet Nagekom Word?

Die motivering tot hulpverlening: Die gevoel van verantwoordelikheid, belangstelling om gewilligheid. Hieraan is daar meesal nie gebrek nie.

'n Gesonde benadering, of wat 'n volgehoue doel moet wees, en wat beslissend vir die welsyn van die pasiënt sal wees, is die volgende: deur seker te maak dat die pasiënt *optimum behandeling in optimum tyd* ontvang—deur eie toedoen of deur verwysing na wie ookal die beste daarvoor toegerus is.

Indien die begrip reg toegepas word, sal dit in baie gevalle voorkomende behandeling behels, nl. om te verhoed dat 'n ernstige of potensieel ernstige geval 'n noodgeval word; of om te voorkom dat 'n noodgeval 'n krisisgeval word. Om 'n voorbeeld te noem: 'n narkose word toegedien aan 'n slegte-risiko pasiënt met bekende (of onbekende) koronêre vaatsiekte vir 'n dringende chirurgiese toestand. Voortdurende waaksaamheid deur die persoon wat narkose toedien (hy mag 'n huisarts wees), is nodig om te verhoed dat voorkombare hipoksie en daling in bloeddruk lei tot belemmerde oksigenering van die miokardium, aritmieë, en miokardiale infarksie, waar daar dan 'n *noodtoestand* geskep word. Indien die noodtoestand wel plaasvind, moet hy dit kan herken, en deur flinke, korrekte optrede probeer voorkom dat ventrikulêre fibrillasie en kardiale stilstand intree, en 'n *krisistoestand* geskep word.

Kennis: Om te weet of nie te weet presies wat in 'n gegewe situasie gedoen moet word, en hoe dit gedoen moet word, beslis dikwels tussen lewe en dood. Ons almal weet dit, maar ons dink nie genoeg daaroor nie. Kennis van wat, hoe en wanneer, is 'n verantwoordelikheid wat self-kennis vereis. Dis nie slegs van toepassing op onervarenes nie, maar ook veral op dié wat blootgestel is aan die valse gerustheid en selftevredenheid wat soms met sukses gepaard gaan, en wat standaarde laat daal. Daar is soms heelwat waarheid in die siniese opmerking: ,Experience may mean making the same mistake over and over again, without knowing that it is a mistake because you seem to get away with it'.

Sorg sover moontlik dat jy jou armamentarium ken, en reg kan gebruik. Sorg dat die moontlikhede en tekortkominge daarvan geken en besef word. Dis tragies hoe maklik 'n ongeluksgeval in 'n ongevalle-afdeling kan sterf, omdat die artse aan wie se genade hy oorgelaat is, nie weet hoe om die regte gebruik te maak van die magdom eenvoudige, sowel as gesofistikeerde middels en apparaat wat daar tot ons beskikking is nie

Hoe Kan die Geneesheer sy Standaard Verhoog en in Stand Hou?

Deur foute reg te stel: werp 'n kritiese terugblik op alle pas-afgelegde krisisse. Pas vreeslose, nugtere selfkritiek toe, en neem jou foute waar. Vind dan die regte metode en feite uit deur na te slaan en navraag te doen. Om 'n tweede keer dieselfde fout te begaan omdat jy nie eerlik of toegewyd genoeg was, of te lui was, of sogenaamd te besig was om die fout reg te stel, is onverskoonbaar.

Om 'n taak so groot en verantwoordelik soos ons s'n te aanvaar, is dit nodig om ons motivering en geestelike instelling tot ons vak altyd op 'n hoë peil te hou. Daar moet gedurig gewaak word teen valse gerustheid, valse selfversekerdheid en valse trots, wat jou verhoed om raad en help te aanvaar van hulle wie jy jou minderes waan. Vermy 'n fasade van beterweterigheid, soos deur nie voor sogenaamde opposisie jou gebrek aan kennis en vaardigheid te wil erken nie. Daar kan dikwels met groot voordeel geluister word na die oordeel van 'n ervare verpleegsuster. Vir die genoemde en soortgelyke akademiese en professionele onvolwassenhede word met menselewens betaal.

Nadruk word dus by wyse van *terugblik* op reguit vrae aan jouself gelê. Maar dis ewe belangrik om dit ook te doen by wyse van 'n *vooruitblik*, met betrekking tot hipotetiese toestande wat moontlik mag ontstaan.

Uitgewerkte aanvalsplanne om situasies wat in teorie geskep word te hanteer, sal beslis goeie vrugte afwerp wanneer iets soortgelyks in praktyk teëgekom word. Hierdie beginsel word op groot skaal toegepas in die

opleiding van vlieëniers in lugdienste. Die simulator skep op 'n baie realistiese manier allerlei probleemtoestande wat in werklike vliegomstandighede enigiets vanaf potensiële gevare tot werklike krisisse mag beteken. Die reaksies en daaropvolgende hantering van sulke toestande deur die leerling word waargeneem, ontleed, gekritiseer en gekorrigeer sonder risiko's aan masjinerie en menselewens. Is dit daarom te veel gevra van 'n persoon in so 'n lewensbelangrike rol as die eerste pasiënt-geneesheer kontak, om deur soortgelyke hipotetiese drilprosedures te gaan? Om jouself moontlike praktiese situasies voor te skilder, foute en tekortkominge in jou kennis op te spoor, en die leemtes aan te vul? 'n Paar willekeurige voorbeelde kan genoem word:

1. 'n Jong man lê in die straat met 'n steekwond in die borskas. Hy is kortasem, met toenemende sianose. Gaan ek self haastig na die telefoon om vervoer- of hospitalisasiereëlings te tref, of weet ek presies hoe om spanningspneumotoraks ter plaatse klinies te herken? Weet ek hoe om daar en dan 'n eenvoudige lewensreddende lug-aflaat te bewerkstellig?

2. Hoe hanteer ek 'n geval van verdrinking? Ken ek die patofisiologiese verskille tussen verdrinking in seewater en vars water? Wat doen ek nadat die lugweg skoongemaak, kunsmatige asemhaling en miskien selfs uitwendige hartmassering met blykbare sukses toegepas is? Verstaan ek hoe om sterfte as gevolg van die erg versteurde vloeistof- en elektrolietbalans wat volg op meer as kortstondige onderdompeling, te voorkom?

3. Terwyl ek narkose gee, is daar skielik hartstilstand of ventrikulêre fibrillasie.[2] Weet ek presies watter noodbehandeling ek moet toepas, en in watter volgorde? Weet ek hoe om aan elke ander persoon in die teater die korrekte opdragte te gee? Weet ek hoe om die netjiese, duur defibrillator wat daar gereed staan te gebruik? As ek as narkotiseur dit nie weet nie, waarvoor en vir wie is die apparaat daar? En as die hart begin klop, weet ek genoeg van hoe om die asidose en perifere kollaps wat intussen ontstaan het, verder te hanteer en die pasiënt lewend terug te stuur?

4. 'n Middeljarige, gesette dame wat boonop heelwat rook, het 'n dag of twee tevore 'n cholesistektomie gehad. Sy sukkel om taai slym op te hoes, en daar is 'n mate van paralitiese ileus. As haar huisarts het ek geassisteer met die operasie. Ek kom toevallig by die saal op 'n tydstip dat die saalsuster besluit het dit is tyd om te begin suurstof toedien weens die pasiënt se sianose. Die suster het ook reeds die chirurg probeer kontak. Hy is elders met 'n dringende operasie besig. By ondersoek is die pasiënt effe verward, toenemend rusteloos, en haal met inspanning asem. Daar is rhonchi en rhales, en asemhalingklanke oor die longe is verminderd. Gaan ek nou positief of negatief optree? Gaan ek omdraai en die chirurg sy eie kastaiings uit die vuur laat krap? Sal ek die rusteloosheid behandel met meer opiate? Of weet ek dat ek nou met 'n noodgeval te doen het, waar ek dadelik tot aksie moet oorgaan weens die gevorderdheid van respiratoriese versaking? Weet ek dat ek sonder versuim 'n endotrageale buis onder lokale verdowing moet insit? Weet ek hoe om, waar aangedui, 'n trageostomie vinnig en veilig te doen, al het ek nooit tevore nodig gehad om dit te doen nie? Weet ek watter instruksies tot nabehandeling en versorging van die trageostomie nodig is?

Hierdie paar voorbeelde is voldoende om die uitdagings wat kan ontstaan te illustreer. Dit was die besef van hoe groot die omvang van ons as geneeshere se verantwoordelikhede oor so 'n wye veld is, tesame met 'n besef van hoe onvolledig en soms ongedissiplineerd my eie kennis oor hierdie onderwerp is, wat my laat soek het na 'n meer sistematiese, logiese en positiewe benadering tot die saak.

Tot 'n mate is ek geïnspireer deur die pynlike presiesheid en stiptelike volgorde van handeling wat deur vlieëniers in die uitvoering van hul taak vereis word. Dis veral die geval waar masjienweiering tydens 'n vlug ontstaan. 'n Vooraf uitgewerkte plan van aksie, korrekte volgorde van kontroles instel vir 'n noodlanding; vinnig besluit op 'n plek om te land, die korrekte noodsein uit te stuur, en daarna stap vir stap (steeds in volgorde) foute soek en te korrigeer, indien moontlik. Selfs kommunikasie tydens 'n noodlanding moet ordelik en volgens reëls geskied. By laasgenoemde aspek wil ek graag 'n oomblik stilstaan.

Kommunikasie word maklik in ons vak afgeskeep, veral by die gee van bevele. Nadat ons 'n mediese heldedaad verrig het deur 'n pasiënt tydelik van die dood te red, laat ons soms na om volledige, korrekte, duidelik verstaanbare bevele te gee, en seker te maak dat dit reg verstaan en uitgevoer word. As die pasiënt dan sterf weens sogenaamde swak verpleging, is dit in werklikheid die nagevolg van ondoeltreffende bevele, gebrekkige kommunikasie, en verwaarloosde opvolg van bevele. Dit moet verder onthou word dat baie gevalle waarby 'n geneesheer se hulp dringend benodig word, nie noodwendig sy eie pasiënte is nie, en om daardie rede, of omdat verdere spesialisbehandeling nodig sal wees, hy nie self die opvolgwerk sal doen nie. Juis in gevalle waar lewensgevaar bestaan, is dit wat deur die eerste persoon wat behandeling toepas, gedoen of nagelaat word, so dikwels 'n beslissende faktor, dat streng gewaak moet word teen die gevaar van later vir nalatigheid aanspreeklik gehou te word. Dit is dus uiters belangrik dat akkurate en volledige rekords van alle middels, behandelinge, en die tyd van toediening daarvan, gehou word.

Om tot uitgewerkte, vooraf opgestelde reëls terug te kom: dit word aanvaar dat geen twee gevalle presies eenders is nie, dat in elke geval individueel, volgens behoefte, en op meriete gehandel moet word, soos wat omstandighede dit voorskryf en toelaat. Hierdie is egter geen argument teen die opstel van 'n ordelike plan van aksie nie. Dit wat skriftelik in logiese volgorde daargestel word, word minder maklik oor die hoof gesien en nagelaat. Voorbeelde hiervan wat reeds in algemene praktiese gebruik is, is die bekende tabelle vir behandeling van vergiftiging wat in ongevalle-afdelings te sien is. Soortgelyke tabelle kom voor in dagboekies wat deur bekende farmaseutiese firmas uitgegee word. In sommige operasieteaters is daar in tabelvorm die nodige stappe en middels benodig vir hartmassering. Daar word egter veels te min van hierdie prinsiepe gebruik gemaak. Dit

is goed en wel om aan te voer dat dit wat 'n mens te wete wil kom, tog iewers in 'n teksboek nageslaan kan word. Dis ook gaaf en goed om vooraf naslaanwerk te doen omtrent 'n noodgeval wat waarskynlik gaan opduik. Nood kom egter meer dikwels onverwags, en die dril behoort vooraf geken te word.

Daar is 'n dubbele bonus in die uitwerk en opstel van 'n regimen vir 'n spesifieke toestand: eerstens is daar dan in bruikbare, opgesomde vorm, 'n naslaanbron, nie net vir jouself nie, maar ook vir andere. Tweedens, word daar in die proses van opstelling van 'n regimen toevallig soveel geleer, dat 'n mens se hele benadering tot die saak daardeur gewysig mag word, veral met betrekking tot die belangrike aspek van voorkoming van 'n noodtoestand, en die raaksien van vroeë waarskuwingstekens.

Indien die indruk gelaat is dat slegs eng, onbuigsame reëls gevolg moet word, moet die klem gelê word op nugtere logika, gebaseer op gesonde basiese kennis. 'n Praktiese, logiese klassifikasie van die mees waarskynlike oorsake van, en faktore betrokke by 'n noodgeval, verskaf 'n nuttige raamwerk. So 'n raamwerk help om leemtes in die geheue aan te vul, sodat belangrike aspekte minder maklik misgekyk kan word. Daar is verskillende hoeke waaruit klassifikasie benader kan word:

A. Volgens liggaamsfunksies.
Senustelsel: sentraal, perifeer.
Ventilatories.
Sirkulatories.
Metabolies.
Spysverteringskanaal, urogenitaal.

B. Volgens dissiplines:
Pediatrie, Interne Geneeskunde, Sjirurgie, Obstetrie, ens.

C. Topografies en anatomies:
Kop en nek, borskas, buik, bekken, rug en ledemate. Elke hoof hierin kan dan onderverdeel word, volgens die organe of viscera wat betrokke mag wees.

D. Oorsaaklik:
Hierdie onderverdeling is baie nuttig in kombinasie met een of meer van die voriges, naamlik om ontbrekende faktore aan te vul.

1. Kongenitaal.
2. Traumaties.
3. Infektief.
4. Toksies.
5. Metabolies.
6. Hormonaal.
7. Immunologies.
8. Neurogeen.
9. Vaskulêr.
10. Degeneratief.
11. Neoplasties.
12. Funksioneel.
13. Psigies.

E. Volgens fases en gebeurtenisse in die lewe:

Obstetries	Fetaal	Antepartum Postpartum
	Moederlik	Antepartum Intrapartum Postpartum
Pediatries		
Geriatries		

Soos reeds genoem, dien kombinering van klassifikasies om met minimum memoriseerwerk so 'n wye veld as moontlik te dek, veral as A en D gekombineer word. By beoordeling van so 'n pasiënt se toestand sowel as by besluitneming oor prioriteite, is klassifikasie A die basis vir oorwegings:

Ventilatoriese funksie geniet in die meeste gevalle die hoogste prioriteit, omdat sirkulatoriese en senustelselfunksie so afhanklik van suurstofvoorsiening is. Indien een van die funksies ondoeltreffend sou wees, en oorsake word daarvoor gesoek, kan een of meer oorsake in klassifikasie D gevind word, met klassifikasie C (topografie en anatomie) ook in oorweging geneem indien nodig.

Om te illustreer hoe belangrik dit is dat soveel aspekte as moontlik geken, en in oorweging geneem moet word, en hoe sistematies vir oorsake en faktore gesoek moet word, dien die volgende as voorbeeld: in die hantering van postpartum bloeding moet onthou word dat ruptuur van die uterus 'n oorsaak van bloeding mag wees, soms sonder dat ander simptome en tekens daarvan teenwoordig is. Die diagnose kan dan slegs gemaak word deur die hele uterusholte met die hand te eksploreer. 'n Opname in Brittanje gedoen van moederlike sterftes veroorsaak deur intrapartum ruptuur van die uterus, het getoon dat die helfte van hierdie gevalle nie voor die dood gediagnoseer was nie. 'n Mens will aflei dat die geneeshere daarby betrokke dit oor die hoof gesien het, hoofsaaklik omdat dit nie oorweeg was nie. Op soortgelyke wyse kan die diagnose van impaksie van skouers tydens kraam gemis word, as daar nie betyds aan gedink word nie. Hierdie is klassieke voorbeelde van nood waar vroeë diagnose en onmiddellike optrede daar en dan lewensnoodsaaklik is. Hoe kan genoemde klassifikasies toegepas word op uterusruptuur?

A. Sirkulatories.

B. en E. Obstetries: Intrapartum.

C. Bekken.

D. Traumaties; vaskulêr.

PRAKTIESE TOEPASSING VAN IDEES

Soos reeds genoem, moet aksieplanne (regimen ,dril') in volgorde van handeling opgesom word. Begin deur opsommings te maak van die mees algemene, mees dringende toestande, bv. miokardiale infarksie, hipovolemiese skok, massiewe bloedings in die spysverteringskanaal, longedeem, akute pulmonale insuffisiënsie, borskastrauma, asemnood van pasgeborenes, brandwonde, hoofbeserings, en dies meer. 'n Skriftelike opsomming van genoemde of soortgelyke klassifikasies, en 'n duidelike indeks moet deel vorm van die opsommings, in watter vorm dit ook al gehou word.

Wanneer daar wel tydens 'n noodtoestand 'n oomklik te spaar is om naslaanwerk te doen, moet dit binne maklike bereik wees:

(i) in sakboekformaat, sodat dit in die baadjiesak of gewone dokterstas rondgedra kan word;

(ii) in die vorm van klein liasseerkaarte, in die dokterstas; of nog beter, in 'n sogenaamde ,box-file'.

(iii) in handboekformaat in die noodtas.

Die dokterstasse moet die korrekte en nodige middels bevat, en moet gereeld aangevul word. Dit is veral van belang om dit in orde te hou, ten opsigte van middels wat vir die meer algemene toestande soos miokardiale infarksie benodig word.[2]

Sekere basiese resussitasie-apparaat word benodig afhangende van die werksgebied van die betrokke geneesheer. 'n Geneesheer op 'n plattelandse dorp waardeur 'n besige nasionale pad loop, kan verwag om ernstige padongelukke as deel van sy werk te hê: 'n Ambu-sak, intratrageale buise, gedroogde plasma, dekstran of plasmiet B plus die nodige vogtoedieningstelle.

Nuttige naslaanbronne:

1. *Emergency Surgery*: Hamilton Bailey (Bristol Wright.)

2. *Emergencies in Medical Practice*: Birch (Londen: Churchill Livingstone.)

3. *Emergency Treatment and Management*: Flint-Cain (Londen: Saunders.)

Laasgenoemde is in die handigste formaat, en maklikste om naslaanwerk te doen, met nuttige hoofstukke oor die inhoud van 'n noodtas, resussitasie, verskillende noodprosedures, soos trageostomie en hartmassering.

4. *Folia Traumatologica Geigy*—hierdie gratis brosjures verdien intensiewe studie deur elkeen van ons.

DOELSTELLINGS VIR DIE TOEKOMS

Doelstellings vir die toekoms kan soos volg uiteengesit word:

1. Verhoging van standaarde van kennis en die praktiese toepassing daarvan deur individuele geneeshere.

2. Uitruil van kennis deur groepbesprekings.

3. Meer doeltreffende aanwending van spanwerk.

4. Leer by wat elders gedoen word, soos byvoorbeeld: (*i*) die behandeling van brandwonde, Universiteit van Kaapstad Brandeenheid,[3] (*ii*) in Yorkshire, Verenigde Koninkryk, is daar 'n groep praktisyns wat ten volle vir behandeling van ongeluksgevalle toegerus is, in noue samewerking met ander reddingswerkdienste soos ambulanse, wat ten volle toegerus is vir noodbehandeling en vervoer van ongevalle; (*iii*) in Belfast, Ierland, is 'n volledig toegeruste ambulansdiens vir die hantering van pasiënte met akute miokardiale infarksie; (*iv*) in Kaapstad bestaan 'n mobiele eenheid vir die behandeling van obstetriese noodgevalle.

5. Bly op hoogte van gespesialiseerde nood-dienste wat binne 'n praktiese afstand beskikbaar is. Lewensreddende, gesofistikeerde behandelingsmetodes in sentrums wat met intensiewe-sorgeenhede toegerus is, mag 'n skynbaar hopelose geval red.

Die weermag bied noodlugvervoerdienste per helikopter of ambulansvliegtuie aan verdienstelike noodgevalle, waar ander vervoer ondoeltreffend sou wees, weens afstand en tyd. Noodoperasies is reeds verskeie male in die lug deur noodspanne uitgevoer.

Padongelukke se ongevalle oorskrei die van 'n volskaalse oorlog. Die huisarts en ongevallebeampte het 'n groot potensiële rol in die red van vele gevalle wat sterf as gevolg van gebrek aan eerstehulp op doktersvlak. Nouer skakeling met nooddienseenhede soos ambulansdienste, hospitale en polisie, deur middel van radiokontak, mag 'n groot rol speel om onnodige verkwisting van kosbare tyd uit te skakel. Die geneesheer kan in die toekoms 'n waardevolle rol speel deur nouer samewerking, raadgewing en hulp met beplanning in die aktiwiteite van die Afdeling Burgerlike Beskerming van die Departement van Verdediging.

Om mee af te sluit, wil ek op u hier teenwoordig, op alle kollegas in ons Tak, en op almal in ons beroep, 'n oproep doen: laat dit vir ons, so dikwels as ons 'n moeilike situasie teëkom, werklik of denkbeeldig, 'n uitdaging wees om 'n plan van aksie op te stel. Die tyd en energie wat daaraan toegewy word, moet dan nie verkwis word deur die saak net daar te laat nie. Maak 'n opsomming op so 'n manier dat dit weer vir latere studie of vinnige oorsig beskikbaar is.

Daar lê ook 'n groot veld braak vir nuttige groepbesprekings en gedagtewisseling. Om tussen 'n groep kollegas jou saak te stel en te verdedig, is vir jou kennis sowel as redenasiemetodes 'n uitdaging. Kritiek wat teëgekom word, is dalk net so waardevol as naslaanwerk wat gedoen is.

Ons as algemene praktisyns word soms beskuldig dat ons nie dikwels sistematies en oorspronklik dink en handel nie. Hierdie stelling is ongelukkig waar. Ons is te besig om te probeer byhou by werk wat op ons afgeforseer word. Ons maak te veel op vorige kennis en ondervinding staat.

Dit bring my by die voortdurende behoefte van elke geneesheer, op alle vlakke en afdelings van aktiewe mediese diens, nl. volgehoue opleiding. Dit geld vir ons nie slegs op die gebied van hantering van dringende sake nie, maar ook, en veral, op die gebied van voorkomende geneeskunde. As ons as algemene praktisyns (huisartse) nie op hoogte bly van die vinnige vorderings in die mediese wetenskap nie, kan ons nie die vertroue van ons pasiënte, of respek van spesialiskollegas verwag nie.

VERWYSINGS

1. Van die Redaksie (1971): S.-Afr. Med. Tydskr., **45**, 1326.
2. Kollege van Algemene Praktisyns: Nuusbriewe Nrs. 33 en 34.
3. Universiteit van Kaapstad Brandeenheid (1967): S.-Afr. Med. Tydskr., **41**, byvoegsel 28 Oktober.