

*VAN DIE REDAKSIE*

*EDITORIAL*

## Modus Operandi

Wanneer 'n geneeskundige noodtoestand onverwags sy kop uitsteek is dit noodsaaklik dat 'n mens presies weet wat om te doen. Daar is gewoonlik nie tyd om te wik en te weeg nie. In die vorige uitgawe van die *Tydskrif* het ons 'n artikel gepubliseer<sup>1</sup> wat handel oor die paraatheid van die geneesheer wat as eerste front in noodgevallen moet optree. Dit is 'n belangrike bydrae en versigtige oorweging van die skrywer se voorstelle sal die moeite loon.

'Wat sou jy in die volgende omstandighede doen?' Dit is 'n geliefde vraag van die kliniese eksaminatore, en of dit nou deur middel van 'n veelkeusige vraestel beantwoord word, of langs die siekbed bespreek word, maak sowel die eksaminator as die student dikwels die fout om te aanvaar dat daar oorgenoeg tyd sou wees om elke stap noukeurig te oorweeg alvorens opgetree word. Van den Bergh<sup>1</sup> gebruik die voorbeeld van 'n spanningspneumotoraks—daar is ander selfs groter spoedeisende omstandighede wat redelik gereeld voorkom, soos byvoorbeeld dié van die kind by 'n partytjie wat 'n albaster in die tragea kry, met die daaropvolgende lugafsluitende spasme. In die eksamenkamer kan die student voel-voel sy weg deur die antwoordkeuses werk, maar die eksaminator behoort hom na 30 sekondes te waarsku dat as hy nie nou dadelik besluit nie, hy maar die vraag kan oorslaan—die kind is òf dood òf hy het onherstelbare breinskade.

Is ons almal, selfs diegene wat reeds jarelange ervaring het, werklik daartoe in staat om onmiddellik korrek op te tree volgens soos deur Van den

Bergh voorgestel, 'n voorafuitgewerkte rooster? Elke dokter behoort in hierdie opsig slaggereed te wees, en dit mag nie op 'n lukraak wyse gedoen word nie. Dit is 'n belangrike en selfs dringende taak wat die huisartse kan aanpak, om sulke roosters op te stel en dan deur middel van publikasies in die *Tydskrif* aan die mediese beroep beskikbaar te stel. Laat ons nie te houtgerus wees en dink dat goeie, grondige mediese kennis en ervaring genoeg is nie; elke situasie is anders en aanpassing sal gemaak moet word, maar dit gaan van onskatbare hulp wees as ons 'n reeks roosters kan hê wat optrede nie slegs wat opeenvolgende stappe betref uiteensit nie, maar wat bowe alles tyd in aanmerking neem.

Dan moet ons egter ook toesien dat die nodige apparaat altyd beskikbaar is. Dit is 'n netelige probleem wat al deur feitlik iedere praktisyn op een of ander stadium van sy loopbaan so halfhartig aangepak is. Lyste word konsensieus opgestel en dan op 'n manier uitgevoer: binnearse indruppelingstel; plastiek lugweg; klein draagbare suurstofbottel. Die moeilikheid is dat die suurstofbottel toevallig daardie week nie by die handelaar voorhande is nie, en dan bly dit maar agterweë, of die indruppelingstel word gebruik by 'n kraamgeval en nie verplaas nie. Dokters, net soos alle andere, of miskien nog meer so, is maar al te menslik. Wat noodtoestande betref het ons skynbaar so 'n mediese eweknie van 'n sersant-majoor nodig, met 'n parade-stem en 'n humeur wat in millimeters gemeet word.

1. Van den Bergh, A. D. P. (1973): *S.-Afr. Med. Tydskr.*, 47, 104.

## If Not, Why Not—and When?

There is not at the moment and never has been a non-White member of the Federal Council of the Medical Association of South Africa. Why not? The Association stands firm on its policy that there shall be no discrimination on basis of race, colour or creed, and there is absolutely no clause in our constitution which debars a non-White doctor from being elected to a Branch Council and possibly Federal Council. Why then has not one of these doctors ever taken seat in our Council?

We do not know exactly how many non-White doctors there are in South Africa, for there is no separate register for Whites and non-Whites. Informed guesses vary between 250 and 400, but the true figure may well lie above these estimates. Whatever the exact number, the fact remains that it will be a very small minority of the more than 10 000 doctors on the medical register, and as far as membership of the Medical Association is concerned, the non-Whites will also be a small percentage of the total. On purely statistical grounds it can therefore be expected that our non-White colleagues will not as readily be elected to Federal Council and it is unlikely that there will ever be more than one, or at the most two, such members.

Membership of Federal Council is a high office and doctors are elected to serve on this Council by reason of their special knowledge of, and interest

in, the affairs of the Association, and our non-discriminatory policy is the very reason why we can never allow the appointment of a so-called 'statutory Black' in order to placate our critics in other countries. If we put a non-White member on Federal Council for any reason other than his ability and his knowledge we would be committing an act of racial discrimination, and racism is alien to the constitution of our Association. Non-discriminatory democracy cuts both ways: it ensures that nobody is kept out on grounds of race, colour or creed, but at the same time it ensures that nobody is allowed in on the same grounds.

As we have stated above, membership of Federal Council depends upon special knowledge of medical organization in all its ramifications, and in this respect Branches should bear in mind that there may be certain of our non-White colleagues who may be able to make valuable contributions. When new Branch Councils are elected such sterling qualities should be remembered. Thus we may in future see a non-White member of Federal Council, and when this happy event comes to pass we will know that our colleague is there because of his ability, and that he is not a window-dresser's dummy on show to the world. Federal Council membership is a high honour and the wisdom, ability and willingness to work selflessly, command respect—a puppet on a string is for amusement.

---