

## EDITORIAL : VAN DIE REDAKSIE

## PROBLEMS IN THE NOTIFICATION OF DISEASES

The recent statement in Parliament by the Minister of Health, the Honourable Dr Carel de Wet, that notification of kwashiorkor may be resumed, is very welcome. Health authorities—indeed, the general public—should have adequate knowledge of the principal causes of morbidity and mortality. This applies not only to conditions of diseases of nutritional deficiency, such as the classic deficiency diseases and kwashiorkor, but equally to obesity, diabetes and coronary heart disease, in which nutritional excess is largely, or partly, to blame. The need for valid information is doubly important in a multiracial country, where the constituent groups have different patterns of disease.

Unfortunately, the problems inherent in disease notification, as in the obtaining of any valid prevalence or incidence data, are considerable and insufficiently appreciated. The principal difficulty, apart from securing full collaboration from notifying authorities, concerns the preciseness of the description of the disease at issue. In the case of kwashiorkor—as Mark Twain might have put it—it all depends on what you mean by kwashiorkor. The acute case provides no problem. But the mild or borderline case presents the same difficulties as are encountered in disease prevalence studies generally. These problems, as they relate to diseases of deficiency and of excess, are easily illustrated.

Prevalence of rickets may be assessed from clinical, radiological, biochemical, or histopathological criteria. Each yardstick gives a different answer. Thus, in an extensive investigation by the British Paediatric Association,<sup>1</sup> clinicians confirmed positive radiological opinion in less than half of the cases of rickets; the radiologists confirmed positive clinical opinion in 1 out of 25 cases.

In seeking to estimate the prevalence of iron-deficiency anaemia, several yardsticks may be used, e.g. haemoglobin and haematocrit levels, mean corpuscular haemoglobin concentration, serum iron level, percentage saturation of iron enzymes in tissue, and presence of iron in bone-marrow.<sup>2</sup> Each yardstick will yield a different prevalence figure; for example, in the same person serum iron level

may be low, although haemoglobin level may lie within normal limits.

Problems in assessing prevalence of diabetes, as indicated by Jackson *et al.*,<sup>3</sup> are many. Thus, there are different responses to ingested glucose relating to fasting or non-fasting states, dosage of glucose, whether capillary or venous blood is sampled, methods of glucose determination, limits of normality for blood glucose, etc. Accordingly, hardly one prevalence study is exactly comparable with another.

Numerous investigations have been undertaken on the prevalence of coronary heart disease. But here, too, complications arise from the use of different criteria for electrocardiographic tracings; authors differ in their classifications of certain infarction, probable infarction, possible infarction, myocardial ischaemia, etc.<sup>4</sup> In the recent series of investigations on sugar intake in adults with and without evidence of ischaemic heart disease, the criteria of assessment of the latter differed markedly from study to study.<sup>5,6</sup>

In addition, there are understandable problems concerning inter- and intra-observer differences, not only in relation to the above, but in many diverse fields, such as the measurement of blood pressure, the securing of anthropometric data, the grading of the colour of test tapes for urine examination, and so forth. Accurate knowledge of frequencies of conditions or diseases are indispensable from the public health point of view. However, the value of such information, especially for epidemiological purposes (whether derived from disease notification or prevalence studies), will depend both on the definition of the criteria used, and on the care exercised in making the requisite measurements.

1. British Paediatric Association (1944): Reports on Public Health and Medical Subjects, No. 92. London: Ministry of Health.
2. Witts, L. J. (1969): *Hypochromic Anaemia*. London: Heinemann.
3. Jackson, W. P. U., Vinik, A. I., Joffe, B. I., Sacks, A. and Edelstein, I. (1970): *S. Afr. Med. J.*, **44**, 1283.
4. Walker, A. R. P. (1970): *Amer. Heart J.*, **80**, 725.
5. Howell, R. W. and Wilson, D. G. (1969): *Brit. Med. J.*, **3**, 145.
6. Working Party, Medical Research Council (1970): *Lancet*, **2**, 1265.

## WAT SÊ DIE VERPLEEGSTER?

Ons het in 'n onlangse inleidingsartikel gewys op die verbeterde werksomstandighede in die verpleegstersgeledere en daar word op die oomblik 'n veldtog van stapel gestuur om meer verpleegsters te werf.<sup>1</sup> Aangesien hierdie aangeleentheid nou so aktueel is, wil ons graag van die geleentheid gebruik maak om 'n slag stil te staan en te dink oor die gebruik van verpleegstersdienste deur die mediese beroep. Ons praat almal so lekker los en vas van goeie of slegte verpleegsters; van die toegewydes of van die traakmy-nie-agtiges; maar weet ons werklik wat ons van hulle wil hê of hoe om die beste gebruik van hul aangebode dienste te maak?

'n Mens kry soms die gedagte dat goeie verpleegsters uit die hospitale weggejaag word deur briljante dokters wat nie weet hoe om hulle te hanteer nie. Iedere besigheidsbestuurder is bewus daarvan dat dit studie vereis om beskikbare mannekrag oordeelkundig te benut. Daarom bestaan daar spesiale personeelkonsultante wat moet toesien dat arbeid nie verkwis word nie. Hoewel die meeste geneeshere, veral dié in private praktyk wel ervaring het van die hantering van hulpersoneel, beteken dit nog geensins dat die dokter wat in 'n hospitaal werksaam is, sondermeer in staat is om die verpleegsters se dienste op geïntegreerde wyse in te span nie.

Om 'n arme junior verpleegster wild en wakker te skreeu, skep soms die indruk van outoriteit en dit gee miskien aan die dokter die tevredenheid dat die welsyn van sy pasiënt by hom meer tel as die goeie gesindheid van die verpleegster, maar is dit nodig en wat is die reaksie van die verpleegsters? Daar is net een manier om uit te vind, en dit is om na die verplegingsberoep te gaan en aan hulle te vra om leiding te gee. Van hulle wil ons graag hoor wat hulle reaksie op onoordeelkundige kritiek en onintelligente arbeidsbenutting is.

Dit is ook nie net die omgekrapte rasery van die moeilike geneesheer wat onder die soeklig moet kom nie, maar ook die oortoegeeflike aanvaarding van die bedeesde intern wat maar om die vrede te bewaar, nooit waag om te kla nie. Beide hierdie uiterstes lei tot swak arbeidsgebruik en as daar nouer samewerking en onderlinge bespreking tussen die verplegingspersoneel en die geneesheer kan plaasvind, sal dit ongetwyfeld tot gevolg moet hê dat die aangebode werkskrag beter benut word.

Ook wat betref die organisasie binne hospitale waar verpleegsters soms van een saal na die ander verplaas word, of bevordering kry wat moontlik tot gevolg kan hê dat hul hoogs gespesialiseerde kennis en ervaring nie tot volle uiting kan kom nie, sou mens graag die opinies van die

verplegingspersoneel wil hoor. Dit klink miskien ietwat of ons nou in die susterberoep se slaai wil krap, maar die bedoeling is nie om aan die Verpleegstersvereniging of selfs die Verpleegstersraad voor te skryf wat hulle moet dink en doen nie—dit sou verregaande astrantheid wees. Dialoog het egter nog nooit skade gedoen nie, en as die mediese professie foute maak met die hantering van verplegingsdienste, dan wil ons dit graag hoor, en as die dokters hier en daar 'n voorstel kan maak, na oorleg met die verpleegsters, kan daar net iets goeds van kom.

Ons wil dus graag hier 'n uitnodiging aan d'e verpleegsters rig om aan ons te skryf en hul siening oor die mediese beroep *vis à vis* die verplegingsdienste te lug. Laat ons keer dat dit nie in 'n heen en weer slegsêery ontvaard nie. en ook nie slegs wedersydse bewonderingsbriewe uitlok nie, maar kom ons probeer om te verseker dat daar voortaan 'n gekoördineerde gebruik van die verpleegsters se dienste gemaak word. Aan ons kollegas wil ons ook vra om enige sieninge wat hulle oor die saak het aan ons deur te stuur.

Die verpleegsters staan hul plek vol as 'n volwasse en gespesialiseerde beroep en dit is ons plig om toe te sien dat daar die nouste en beste samewerking verkry word sodat die pasiënt die vrugte van die spanwerk kan pluk.

1. Van die Redaksie (1971): S. Afr. Med. J., 45, 429.

### ANDRIES BLIGNAULT-GEDENKMEDALJE

Mediese navorsing het sy kinderskoene ontgroeï en ons het nou die era van hoogs gesofistikeerde en dikwels uiters gespesialiseerde spanwerk betree. Dit beteken geensins dat die dae van die individuele werker getel is nie, want daar is nog steeds groot velde van mediese kennis wat braak lê en wat uiteraard slegs deur die alleenloper met sukses deurvors kan word. Die huisarts op die platteland en die spesialis in 'n geslote tipe praktyk het 'n groot bydrae om te lewer, sodat navorsingsartikels vanuit die pen van enkellopendes altyd van groot belang sal bly. Nogtans is dit waar dat 'n aansienlike deel van die navorsing wat veral in die groot sentrums onderneem word op spanwerk berus.

Tot dusver het die Mediese Vereniging slegs artikels wat deur enkel outeurs geskryf is, in aanmerking geneem vir merietetoekennings vanuit dit *Tydskrif*. Die Hamilton-Maynard-medalje word uitgereik aan die skrywer van die beste artikel wat gedurende 'n betrokke jaar gepubliseer is, terwyl die Leipoldt-gedenkmedalje spesifiek bedoel is vir werk wat deur ons huisartse gelewer is, met die voorbehoud dat hulle in aktiewe algemene praktyk moes gewees het toe die werk gedoen is en dat hulle lede van die Mediese Vereniging moet wees. Ook bydraes van studente kan erkenning geniet by wyse van die Vereniging se medalje.

Tot nou toe het diegene wat as span aan 'n projek gewerk het egter outomaties hul reg tot eervolle erkenning verbeur, want nie een van die medaljes kon aan 'n reeks mede-outeurs toegeken word nie. Dit het 'n ernstige leemte geskep, want selfs as die finale manuskrip deur net een persoon onderteken is, was dit dikwels vir die Keurkomitee duidelik dat die navorsing tog nie ten volle die werk van net een persoon was nie. Sodoende is belangrike artikels vanuit die oogpunt van toekennings outomaties gediskwalifiseer.

Dit was 'n onregverdige situasie, want dit het beteken dat iemand wat 'n navorsingsprojek onderneem en wat juis die insig het om te besef dat spanwerk vir die sukses daarvan essensieel is, daardeur van enige moontlike eervolle erkenning moes afsien.

Nou het ons 'n nuwe medalje—die Andries Blignault-gedenkmedalje wat spesifiek aan meerdere mede-outeurs toegeken sal word. Die enigste voorbehoud is dat al die skrywers wel geneesheer moet wees, hoewel nie noodwendig lede van die Mediese Vereniging nie. Die koste van die medalje word geborg deur mev. Audrey de Villiers (voorheen mev. Blignault), ter gedagtenis aan die voormalige Redakteur van die *Suid-Afrikaanse Mediese Tydskrif*. Dit is 'n belangrike stap vorentoe, want nou kan die navorsingspanne ook tevrede wees dat die meriete van hul gepubliseerde werk nie onopgemerk sal bly nie.

Die *Tydskrif* loof nou twee medaljes uit wat die name van vorige Redakteurs huldig, en dit is nie minder as reg nie. Dit is trouens die persone wat die oorspronklike manuskripte te sien kry en wat dus verantwoordelik is vir die persklaarmaking van die gedane navorsing. Op die wyse gee die Vereniging erkenning aan sowel diegene wat die werk gedoen het as aan die persone wat die finale skaafwerk moet onderneem. Die twee voormalige Redakteurs het hul plek in die samelewing volgestaan en dit is met trots dat ons die voorreg om hul name te herdenk vanuit die *Tydskrif* erken.

Hier is dus nou nuwe geleentheid vir die slimmes onder ons geleedere. Daar is geen beperking gestel aan die aantal medeskrywers wat erkenning mag ontvang nie, sodat selfs grootskaalse spanwerk vir eerbewys in aanmerking geneem kan word. Ons wag in spanning vir die navorsingsresultate.