

Beskikbare Opleidingsmateriaal

Gedurende die kliniese jare is 'n toereikende aantal pasiënte wat kan dien as opleidingsmateriaal van die allergrootste belang vir die volwaardige onder-
rig van 'n mediese student. Dit is trouens een van die grondliggende oorwegings wanneer die stigting van 'n nuwe mediese skool ter sprake is. Geneeskun-
dige onderrig kan eenvoudig nie op bloot teoretiese vlak geskied nie, en dit is dus noodsaaklik dat ons hierdie aspek van mediese dienslewering in ons land voortdurend voor oë hou. Geografiese be-
perkinge was nog altyd 'n deurslaggewende faktor, want met die beste wil in die wêreld kan 'n mediese skool nie 'n bestaansreg handhaaf in 'n gebied waar daar nie hospitale is of pasiënte om die beddens te beset nie. Nou het 'n nuwe element egter ontluik—
die lidmaatskap van mediese hulpfondse met die gevolglike nuut-verkrygte status van privaatsiënt, wat die betrokke persoon wat voorheen tot die ge-
ledere van die sogenaamde 'vry' of 'hospitaal' pasiënte behoort het, oorplaas in 'n kategorie wat vir die student nie toeganklik is nie.

Nagenoeg 80% van Blanke persone in Suid-Afrika behoort reeds aan een of ander mediese skema, en dit is te verwagte dat hierdie persentasie geleidelik sal groei. Indien daar geen nuwe be-
nadering ontwikkel nie, sal dit dus as eerste gevolg teweegbring dat studente bykans uitsluitlik kliniese
ervaring moet opdoen deur nie-Blanke pasiënte te ondersoek. Die gevolglik beperkte kennis van siekte-
beelde wat oorwegend onder Blankes voorkom, soos byvoorbeeld kniekraakbeenskeure of peptiese
ulkusse, is voor-die-hand-liggend. Dit is waar dat, wat die opleiding van nie-Blanke mediese studente
betref, hierdie toedrag van sake reeds heers, maar die argument kan ten minste, ten regte of ten on-

regte, gevoer word dat hulle grotendeels, weens die sosiale struktuur van die land se bevolking, juis
eventueel hul kennis op pasiënte van dieselfde rasse-
groepe as dié wat vir hul opleiding beskikbaar was, sal toepas. Daar is belangrike uitsonderings, maar
vanuit 'n bloot pragmatiese oogpunt gesien, is dit waar dat die nie-Blanke student onderrig ontvang
deur middel van materiaal wat ook die grootste deel van sy praktyk gaan vorm.

Maar ook dít gaan binne die afsienbare toekoms verander, want die neiging bestaan om ook die nie-
Blanke deel van die land se bevolking van vooruit-
betaalde mediese dienste te voorsien, en dus sal hulle ook op die ou end grotendeels onbruikbaar
wees as opleidingsmateriaal. Wat gaan ons dan doen?

Daar is net een vanselfsprekende oplossing: privaatsiënte moet oorreed word om hulself as
kliniese opleidingsmateriaal beskikbaar te stel. Dat 'n belangrike persentasie van die verantwoordelike
lede van die gemeenskap hiertoe gewillig sal wees, ly geen twyfel nie, maar die feit bly staan dat dit
op 'n hoop-vir-die-beste basis sal moet geskied, en geen mediese skool, veral nie 'n nuwe een nie, kan
fungeer met niks meer konkreets as die belofte dat 'n afdoende aantal pasiënte uit verantwoordelik-
heidsbesef sal saamspeel nie. Die volgende stap is dan om deur middel van wetgewing sulke beskik-
baarheid afdwingbaar te maak; altyd 'n ongelukkige maatreeël. Indien dit nie anders kan nie, sal dit egter
dalk oorweeg word, maar dan duik daar dadelik weer 'n nuwe probleem op. Wetgewing ten spyt, sal
daar voorsiening gemaak moet word vir uitsonder-
ings wanneer die aard van die pasiënt se siekte sulks is dat privaatheid met goeie rede verlang kan word.

Ons kan dadelik voorsien welke persone hulle op sulke voorregte sal beroep, en ons verwys nie na sosiale stand nie. Die man met sifilis of die vrou met 'n ginekologiese kwaal gaan aansoek doen om die beskikbaarheidsbepalings te ontduik. En dan?

Dan beteken dit dat juis daardie kliniese probleme wat die grootste ervaring en oordeel verg, en waarvoor opleiding so deeglik moet wees, nie aan die voorgraadse kliniese student beskikbaar sal wees nie.

The Intelligent Prescriber

How much does the average doctor know about the preparations he prescribes every day? Our pharmacopoeia grows by the day and it would be a wise man indeed who could claim that he was at all times fully conversant with all that is therapeutically available as far as medication is concerned. Would the average doctor, be he specialist or general practitioner, be able to group the medicines he uses correctly into such categories as the thiazides, the sulphonylureas, and the bacteriostatic, as opposed to the bacteriocidal antibiotics? We sincerely trust that every practitioner knows exactly what a steroid is, but can everyone distinguish between the various types of cortisone-like preparations?

There are three approaches commonly adopted by those who do not work in academic institutions where such detailed knowledge is not only freely available, but where the atmosphere is such that there is a constant instigation to keep abreast of the detail connected with the various medications. The practitioner can decide to choose a few well-known preparations and stick to them, making sure that he knows exactly what to expect as far as effects, side-effects and contra-indications are concerned. There is a danger in this practice, in that he may become hopelessly old-fashioned, and may allow many of the newer, highly efficacious preparations to remain outside the scope of his personal medical armamentarium. Although one must guard against such rigidity, the danger is far less immediate than one would think. After all, it is unlikely that even the most conservative doctor

would today still refuse to use any antibiotics at all.

The second is the trial-and-error approach. Such doctors are not willing to make a close study of every preparation, ensuring that they know its formulation, dosages and all the other details that can be learned from the literature, but they will use a few new drugs every month or year, cautiously feeling their way with dosage, and keeping a watchful eye on effects and side-effects. They do not add new preparations to their pharmacopoeia at random, but select and test with care. The end result is that they really know how to use most of the medicines they prescribe, without any true academic understanding of their pharmacology. Whether we wish to admit it or not, most of the doctors in practice, specialists and general practitioners, fall into this category.

The third approach is that of the much lamented blotting-paper prescriber. The medical representative's route can be mapped by analysing the wave of prescriptions he leaves in his wake—prescriptions engendered by these prescribers in the third category. They are fashionable, have large, expensive practices, are regarded by the elite society as the doctors who form the *avant garde* of the profession, and, as we all agree, they sooner or later run into trouble with some drug or other.

The ideal would be the doctor who reads, discusses and keeps *au fait* with most of the new trends in pharmaceuticals, at least as far as it concerns his practice. He will know exactly what a beta-blocking agent does, and will be able to speak with authority on the diphenylmethane derivatives. Does he exist?