

DIE OPVOEDING VAN DIE GENEESHEER*

F. VAN WYK, *President Noord-Transvaalse Tak (M.V.S.A.), 1965*

Dit het 'n gewoonte geword onder geneeshere om van tyd tot tyd ons beroep se rol in die samelewing te ontleed. Dit is 'n goeie gewoonte want alleenlik as ons onself ontleed, kan ons foute sien en 'n poging aanwend om hulle uit die weg te ruim. Ekonomiese probleme het in die afgelope aantal jare sterk op die voorgrond getree. Die algemene neiging tot sosialisme in die wêreld gaan ons nie verby nie, en ek dink dat ons almal terdeë beseft dat ons vroeër of later ook aan die beurt sal kom. Ongetwyfeld sal dit nie byval vind by die meeste van ons nie, en ek is oortuig dat ons dit so lank as moontlik sal teenstaan om één baie goeie rede, afgesien van die finansiële implikasies; hierdie rede is dat ons vrees dat dit die hele siel van ons beroep sal skend en ons sal aftrek na die vlak van die massa. Dit is tog die neiging vandag om alles en almal gelyk te maak.

Ons geniet vandag nog 'n sekere status in die gemeenskap, en alhoewel die blote woord status deesdae om 'n goeie rede onsmaklik geword het, gebruik ek dit omdat dit 'n goeie beskrywing is van ons posisie in die samelewing. Die feit bly egter dat dit al moeiliker word om ons huidige status te handhaaf. Nie een van ons kan dit betwis dat die beroep nie meer dieselfde aansien geniet by die publiek as 30 of 50 jaar gelede nie. Die dokter van jare gelede is beskou as 'n man van aansien, 'n man van eer, 'n man wat kon leiding neem; 'n man by wie jy jou sorge kon uitpraat en beter voel. Tot 'n baie groot mate is dit nog so, maar dit verander vinnig en die dokter word al meer en meer beskou as nog 'n noodsaaklike ewel.

*Presidentsrede.

Daar is baie redes vir hierdie verskynsel, soos bv. baie van ons se onfatsoenlike gejaag na geld. 'n Ander rede is die feit dat meer mense as net dokters, bv. advokate en predikante, vandag 'n goeie geleerdheid geniet. Nog 'n rede is miskien die kruipende sosialisme van sekere siektefondse. Maar ten spyte van al hierdie redes is dit ons plig om onself af te vra of daar nie ook by ons 'n fout is nie; of daar nie iets radikaals verkeerd is in ons beroep nie, en of die publiek nie miskien 'n baie goeie rede het om ons in 'n swakker lig te sien as sê 50 jaar gelede nie. Dit kan tog nie wees dat ons swakker geneeshere is nie. Ons weet aansienlik meer van siektetoestande, van medikamente, van operasies, ens., as ons kollegas van 50 jaar gelede. Eintlik behoort ons posisie in die samelewing te verbeter en nie agteruit te gaan nie. Waarom is dit dan dat ons bekommerd voel oor die posisie van die geneesheer?

Afgesien van die moontlikhede wat ek reeds genoem het, moet ons sterk oorweging skenk aan die feit dat ons tog nie sulke goeie geneeshere is as wat ons dink nie. Alhoewel die mediese wetenskap as 'n wetenskap ongekende vooruitgang gemaak het, is dit tog moontlik dat ons as geneeshere, as die mense wat die wetenskap moet praktiseer, nie tred gehou het met hierdie vooruitgang nie. Dit is waarskynlik nie net die dokters wat gefaal het om by te bly by die moderne tegnologiese en wetenskaplike ontwikkeling nie. Kyk maar net na die politici wat vandag oor magte beskik ver bokant dié van jare gelede. Hulle beskik oor enorme ekonomiese en militêre mag, en tog is internasionale en selfs nasionale verhoudings in 'n warboel. Kyk ook maar na die sosioloë en die opvoedkundiges. Ten spyte van al hulle kennis en hulpmiddels, soos

die radio, televisie, boeke en tydskrifte, vind hulle dit uiters moeilik om veral die jeug, maar ook die volwassenes, deeglik op te voed. Ons kry die indruk dat die wetenskap en die tegnologie veels te vinnig ontwikkel het vir die mens, en dat die mens dit moeilik vind om hom aan te pas aan 'n steeds veranderende wêreld.

Maar om terug te kom na ons eie beroep. Ek is van mening dat dit die enigste werklike manier is om ons posisie te handhaaf en te verbeter, om eenvoudig goeie dokters te wees. Alleenlik as ons goeie dokters is en die regte diens kan lewer aan ons pasiënte, kan ons hoop om kop bo water te hou.

Basiese Materiaal

Die kern van die probleem is natuurlik die vraag: wat is 'n goeie dokter? Dit is uiters moeilik om so 'n wese te definieer. In die eerste plek moet ons goeie materiaal hê om mee te begin. Ek twyfel of daar veel sogenoemde 'gebore' dokters is. Miskien is daar, maar die meeste van ons word dokters gemaak—party goed en ander minder goed; of, soos Charles Mayo dit uitgedruk het: 'some wise and others otherwise'. Daar is al baie geskryf en gepraat oor die keuring van mediese studente, en 'n paar jaar gelede het 'n oud-president van hierdie Tak hierdie onderwerp gekies vir sy presidentsrede. Hy het tot die slotsom gekom dat daar werklik geen goeie, redelike en regverdige metode is om die toekomstige dokter te keur na sy skoolopleiding nie. Ek is oortuig dat hy tot die regte slotsom gekom het, want ons weet almal dat dit uiters moeilik en selfs onmoontlik is om te voorspel watter soort dokter 'n man sal word. Die feit bly egter dat hoe beter die materiaal is waarmee ons begin, des te beter is die kans dat 'n goeie dokter daaruit sal ontwikkel.

Opleiding

Die tweede faktor wat bepaal of ons 'n goeie dokter sal hê, is die opleiding wat die student geniet by die mediese skool. Kan die mediese skool daarvoor sorg dat goeie dokters gelewer word? Ek glo dat dit die eerste en belangrikste plig van enige mediese skool is. Maar is dit dan wat wel in die praktyk gebeur? Op mediese skool word die student getoets deur 'n reeks eksamens, en as hy goed slaag kan ons sê dat ons hier 'n goeie mediese student het volgens ons standarde van eksamen afneem. Maar die afleiding dat goeie mediese studente die beste praktisyns word, word dikwels in twyfel getrek.

Daar is alreeds 'n hele aantal ondersoeke ingestel na die standarde van mediese praktyk en hoe dit vergelyk met voorgraadse prestasies. Ongeveer 100 algemene praktisyns is bv. in North Carolina, V.S.A., ondersoek.¹ Vir dokters bokant 35 jarige ouderdom was daar absoluut geen korrelasie tussen hulle vertoning as studente en hulle bevoegdheid as praktiserende geneesheer nie. Die standaard van praktyk was, om die waarheid te sê, uiters teleurstellend. Amper die helfte het nie 'n bevredigende geskiedenis geneem of fisiese ondersoek gedoen nie. Hoe minder moeite die dokter gedoen het met die ondersoek van 'n pasiënt, hoe meer medisyne het hy voorgeskryf. Die man wat goed gevaar het as mediese student, het al te dikwels later uitgesak as bevoegde praktiserende geneesheer. 'n Mediese skool-eksamen is van min waarde as 'n toets vir sekere persoonlike hoedanighede wat ons as noodsaaklik beskou in die goeie geneesheer.

Die geneeskunde is nou te uitgebrei vir enkele dokter om selfs die elementêre beginsels van die hele veld te begryp. Dit is noodsaaklik dat sekere perke gelê moet word op wat ons verwag van die mediese student. 'n Opname van studente in Kansas² het getoon dat hulle gou ontnugter is van hulle idealistiese en naïewe hoop om alles van alles te weet, en baie gou geleer het om uit te vind wat die professor van hulle verlang, en niks meer nie. Hierdie houding van die student beklemtoon die uiters belangrike rol wat die mediese dosent speel in die ontwikkeling van die dokter.

Watter tipe van dokter moet die mediese skool probeer lewer? Weens die geweldige omvang van die mediese wetenskap is daar vandag baie verskillende tipes van geneesheer nodig in die samelewing. Daar is die professore en dosente wat studente moet oplei; daar is die algemene praktisyn wat vir die familie moet sorg; daar is die navorsers; daar is die mense wat verantwoordelik is vir die publieke gesondheidsdienste; daar is die verskillende spesialiteite wat bedien moet word, om maar 'n paar groepe te noem. Hoe kan dit verwag

word van 'n mediese skool om vir al hierdie groepe voorsiening te maak? Die meeste skole probeer om op die een of ander manier in al hierdie behoeftes te voorsien. Dit is dus nie verbasend om te sien wat verwag word van die moderne mediese student nie. U onthou nog almal die ure en dae en weke wat gewy is aan die disseksie van 'n formulien-belaaiide liggaam, maar onthou u veel van die verhoudings van die levater ani? U onthou die marteling wat dit kos om die ingewikkelde prosesse van die menslike fisiologie te leer, maar kan enige van u die Krebs siklus hier kom verduidelik? Die moderne student ontvang ongeveer 100 lesings oor chemiese patologie. Daarby moet hy 'n hele aantal praktiese bepalinge doen, maar ek is seker dat hy na 'n paar jaar maar net die vaagste benul het van chemiese patologie.

Snobisme

Daar is vandag 'n sekere snobisme te speur in die akademiese heiligdomme van die geneeskunde. Hierdie snobisme en meerderwaardigheid draai om die basiese vakke en om navoring. Daar word oor en oor beklemtoon hoe belangrik die basiese vakke is om goeie dokters te produseer, en al meer en meer aandag word aan hulle gegee. Onlangs het 'n artikel verskyn deur een van ons plaaslike professore waarin hy die instelling van 'n B.Sc. (Med. Sci.) graad bepleit aan die einde van die derde jaar.³ Dit is interessant om sy voorgestelde kurrikulum na te gaan. Aan elkeen van chemie en fisika moet bv. 180 periodes gewy word in die eerste jaar. Anatomie en histologie moet alreeds in die eerste jaar begin word en in die tweede jaar voortgesit word, en altesame moet 600 periodes hieraan gegee word. Fisiologie en biochemie word in die tweede jaar begin en in die derde jaar voortgesit, en altesame word 620 periodes hieraan gewy. Farmakologie word in die derde jaar gedoen, maar die grootste gedeelte van die patologie word in die vierde jaar gedoen. Daarby pleit hy vir die toevoeging van addisionele vakke soos wiskunde, statistiek en Bantoetale.

Hierdie is 'n baie indrukwekkende kurrikulum, en ek is seker dat dit 'n baie interessante studie sal wees, maar 'n mens vra jou nou af watter tipe van geneesheer die professor wil produseer. Aan die einde van die derde jaar sal ons sit met 150 potensiële professore of Nobel-prysweners in die navoring van fisiologie en biochemie, maar hoeveel dokters sal daar wees? 'n Mens kry die indruk dat voorstelle soos hierbo genoem totaal kontak verloor met die werklikheid van die praktyk, en dat die geneeskunde bloot 'n gesoek is na wetenskaplike waarheid en toevallig ook daar is om siek mense gesond te maak.

Moet my egter nie verkeerd verstaan nie. Ek wil nie beweer dat die basiese vakke van geen belang of waarde is vir die geneesheer nie. Intendeel, soos die naam aandui, is hulle die basiese grondslag waarop die mediese wetenskap gebou is, en dit is noodsaaklik dat die toekomstige dokter 'n goeie begrip het van anatomie, fisiologie, biochemie, ens. Ek is egter net bekommerd dat hierdie vakke nie altyd in die regte perspektief gesien word in die opvoeding van die dokter nie. Ek kan immers nie sien dat 'n noukeurige kennis van die N. laryngeus superior se verhouding 'n man 'n beter geneesheer maak nie. En tog word al meer en meer aandag gegee aan hierdie basiese vakke in die mediese kurrikulum.

Kliniese Jare

Kom ons by die kliniese jare, vind ons ook die neiging om al minder aandag aan die pasiënt te skenk en al meer tyd te wy aan laboratoriumondersoeke, elektroniese hulpmiddels, radioaktiewe isotope, ens. Ons kry die indruk dat die E.K.G. die absolute diktator word van die internis se doen en late. Sonder om na die pasiënt se tong te kyk en sy urine-uitskeiding te meet, sal die chirurg gou-gou die elektroliete laat bepaal. Dit is asof daar 'n verwydering kom, 'n verlies van kontak tussen die geneesheer en die pasiënt, en 'n wig bestaande uit laboratoriumvorms, röntgenstrale, ens. word tussen die dokter en die pasiënt gedryf.

Die student spandeer ure op die lesingsaal-banke, bestudeer laboratoriumvorms van elke denkbare kleur, maar kan nie 'n rektale ondersoek doen of interpreter nie. Weer wil ek beklemtoon dat ek nie hierdie hulpmiddels in die mediese wetenskap veroordeel nie. Ons kan eenvoudig nie sonder hulle klaarkom nie, en ons het al hoe meer nuwe metodes

nodig om ons pasiënte deeglik te ondersoek en te behandel. Maar ek voel dat hierdie dinge nie te vroeg in die lewe van die student en die jong geneesheer die oorwegende belang moet hê wat dit vandag het nie. Ons moet hom eers leer om met die pasiënt kontak te maak. Hy moet leer om die pasiënt as 'n siek mens te sien; 'n mens wat pyn het, wat bevrees is, wat miskien belang verloor het in sy toekoms. Dit is altyd 'n ontugtering vir ons as geneesheer om 'n slagge siek te word, om 'n operasie te ondergaan of om 'n paar weke in die hospitaal deur te bring. As jy siek is, is dit vir jou van baie meer belang om 'n pan te kry as jy dit nodig het as om 'n E.K.G. monitor hier by jou bed te sien met al die liggies en grafieke. Dit is vir jou baie meer werd om 'n inspuiting van morfien te kry om die na-operatiewe pyn te verdoof as om 'n infusie van ingewikkelde elektroliete te kry. Na 'n siekbed is elke dokter se onwillkeurige reaksie: 'Ek het nie geweet dit is só om siek te wees nie.'

Onlangs het 'n pasiënt dit weer by my tuisgebring hoe ver verwyderd ek as geneesheer van die pasiënt af is. Ek het 'n totale kolektomie en ileostomie op 'n vrou gedoen met ulseratiewe kolitis. Die operasie was noodsaaklik, dit het goed afgeloop en al die nodige wetenskaplike dinge is presies reggedoen. Uit my oogpunt as chirurg was die operasie 'n reuse-sukses. En tog was die pasiënt uiters ongelukkig. Ek het nooit besef wat dit werklik beteken vir 'n pasiënt om 'n permanente ileostomie te hê nie. Ek het nie besef watter ontugtering dit vir haar is in haar daaglikse lewe en omgang met haar medemens en met haar man nie. Die gevolg was dat ek haar van haar ulseratiewe kolitis genes het, maar dat sy as mens 'n siek, ongelukkige vrou gebly het—met ander woorde, hierdie operasie mag my bestempel het as 'n goeie chirurg maar as 'n treurige mislukking as 'n dokter.

Goeie Geneesheer

Dit bring my terug na my oorspronklike tesis, nl. dat as ons as beroep onself wil handhaaf, ons goeie dokters moet wees en nie net goeie wetenskaplike tegnisiërs nie. Ek het alreeds gesê dat ons goeie rou materiaal hiervoor moet hê. Oor die algemeen glo ek dat ons dit het en dat ons jeug in alle opsigte die kwaliteite het om tot groot hoogtes te styg. Maar ek voel ook dat ons beter gebruik moet maak van die materiaal tot ons beskikking. Ek het heelwat kritiek gehad oor mediese opleiding en dit is nou my plig om dan ander voorstelle te maak.

Ten eerste sou ek graag sien dat die geneesheer nie opgelei word nie maar opgevoed. In ons land word dokters opgelei aan universiteite, maar ek kan my skaars 'n groep mense voorstel wat geestelik verder verwyder is van die universiteit as die mediese student. Volgens die *Concise Oxford Dictionary* is 'n universiteit: 'Educational institution designed for instruction or examination or both of students in all or many of the more important branches of learning.' Maar wat word van die arme mediese student? Hy word uitgeskuif in 'n fakulteit waar hy eenvoudig 'n sekere aantal vakke, en net hierdie, vakke moet bestudeer. Hy kry glad nie 'n geleentheid om 'n breë opvoeding te kry nie. Steeds word verwag dat hy al meer en meer fisiologie moet ken in plaas van om hom die kans te gee om iets te leer van geskiedenis of letterkunde of musiek of waarin hy ook al belang stel. Hy is op 'n universiteit en al die deure is oop vir hom op 'n leeftyd waar hy die beste gebruik kan maak daarvan, maar ons oorlaai hom so met wetenskaplike feite dat die gemiddelde man dit bitter moeilik vind om in die voorgeskrewe ses jaar sy kursus te voltooi. Dit is geen wonder dat geneesheer vandag bestempel word as geleerde barbare nie. Sal dit nie beter wees om so 'n bietjie minder fisiologie en anatomie en chirurgie te leer en 'n bietjie meer kennis te dra van wat in die wêreld om hom aangaan nie? Aanbid ons nie miskien die groot afgod, wetenskap, 'n bietjie te veel nie en verloor ons nie uit die oog dat die geneeskunde alles behalwe 'n eksakte wetenskap soos die wiskunde of die fisika is nie? Sir Robert Platt het dit só uitgedruk: 'The university whole-time clinical departments have helped the scientific understanding of disease, but it can hardly be said that they have helped the understanding of man.' Ek haal nog 'n verdere paragraaf aan van Sir Robert: 'And the second staggering fact about medical education is that after being taught for three years not to trust any evidence except that based on the measurements of physical science, the student has to find out for himself that all

important decisions are in reality made almost at unconscious level, by that most perfect and complex of computers, the human brain; this computer which can take in and analyse an incredible number of data in an extremely short time. And the data are mostly not of the hard crude type with which that simple fellow, the scientist, has to deal, but of a more subtle, human and interesting character but tinted in its own colours of personality and emotion. All this the student has to discover for himself, while his teachers strangely pretend to believe that the secrets of medicine are revealed only to those whose biochemical background is beyond reproach.'

Dit is my gevoel dat ons nie 'n goeie dokter kan wees sonder om 'n goeie mens te wees nie—'n mens met 'n breë belangstelling en insig in sy medemens. Ek twyfel of ons huidige metode van opleiding veel daartoe bydra om hierdie soort volwasse mens te lewer.

Ek is bewus dat die hoogleraars van die akademiese wêreld dit as heiligskenis sal beskou as ons vra dat 'n toekomstige dokter 'n bietjie minder fisika en biochemie moet leer en 'n bietjie meer aandag gee aan bv. geskiedenis of sosiologie. Onlangs is 'n kongres oor mediese opleiding in Suid-Afrika gehou. Alle vakke is hier verteenwoordig deur die verskillende spesialiste, en elkeen het sy idees gegee en voorstelle gemaak om sy vak se opleiding te verbeter. As al hierdie voorstelle aangeneem word, sal die kursus nie 6 jaar duur nie maar 20 jaar. Die ongeluk is dat die verskillende vakke gedoseer word deur hoogs gespecialiseerde mense en net deur hierdie mense. Dikwels is hulle ook in hulle poste in 'n voltydse hoedanigheid, en 'n mens kan goed verstaan dat hulle kontak verloor met die werklikhede van die praktyk. Hulle doseer miskien volksgesondheid of interne geneeskunde uitstekend, maar die neiging vir alle spesialiste is om slegs hulle eie kant van die saak te stel. Ek wil 'n pleidooi lewer om meer gebruik te maak van ervare algemene praktisyne in die opleiding van ons toekomstige geneesheer—om aan te vul by die dosering van 'n vak. Neem maar die voorbeeld van die kindergeneeskunde. Ervare algemene praktisyne kan die toekomstige dokter 'n geweldige hoeveelheid leer omtrent die behandeling van 'n kind. Hulle mag miskien nie alles weet van kwashiorkor nie, maar as klein Jan se maag omgekramp is kan hulle gou die kind op sy gemak kry, sy siekte diagnoseer en behandel en miskien bo alles die moeder gerusstel. Hulle ontwikkel 'n sêde sintuig wat vir hulle sê of hulle te doen het met 'n kind wat ernstig siek is en of dit maar net een van die gewone klagtes is—en glo my, dit is een van die moeilikste dinge in geneeskunde om altyd te kan vasstel of 'n pasiënt ernstig siek is of nie.

Breë Opvoeding

Daar sal sekerlik ernstige beswaar wees teen die inkorting van die tyd bestee aan basiese vakke ten koste van 'n breër algemene opvoeding. Die beswaar sal wees dat dit die standaard van wetenskaplike kennis sal verlaag. Dit sal beslis nie die standaard van mediese praktyk verlaag nie. Ek glo egter dat die wetenskap as sodanig eerder baat sal vind by so 'n verandering. Die man wat werklik verantwoordelik is vir die vooruitgang van die wetenskap van geneeskunde, is 'n besondere tipe mens. Hy is die navorser wat gedurig vrae vra, wat altyd soek na antwoorde, die man wat in staat is tot oorspronklike denke. Hierdie mense sal nie gestrem word deur minder te leer van basiese vakke en wetenskaplike geneeskunde in hulle studentejare nie. Hierdie mense is onkeerbare in hulle gejaag na kennis, en hoe ons ook die opvoeding van die dokter manipuleer, sal hulle voortgaan met hulle gesoek na wetenskaplike waarheid. Navorsing sal dus nie skade ly nie, want die prestasie van die navorser hang nie af van wat hy geleer word op die studentebank nie, maar dit hang af van sy eie ingebore hoedanighede.

Sover dit die toekomstige spesialis betref, sal hy ook nie skade ly om in sy voorgraadse jare minder van die basiese vakke te leer nie. Hy moet tog as deel van sy nagraadse studie die hele veld van die basiese vakke weer dek. Dit is eers op hierdie stadium dat 'n man werklik die belang van die basiese vakke insien en waardeer. Vir die voorgraadse student is dit eenvoudig 'n ophoping van losstaande feite, maar die nagraadse student sien hierdie feite in 'n ander lig en kan hulle koppel aan kliniese geneeskunde. Ek voel dat die basiese vakke eerder meer aandag moet geniet in nagraadse studie en

miskien 'n bietjie oordryf word vir die voorgraadse student.

Ek glo dus dat ons beter geneeshere (en met die woord geneesheer bedoel ek 'n man wat 'n siek mens kan versorg), ek glo dat ons beter geneeshere kan produseer deur ons studente 'n breër opvoeding te gee ten koste van 'n enger wetenskaplike opleiding. Ek glo dat ons die suiwere wetenskap nie moet verafgod nie, want die geneeskunde is nie 'n suiwer wetenskap nie, dit is 'n studie van die mens in sy geheel; en ek glo dat ons beter dokters sal wees as ons ook die kuns van die geneeskunde saam met die wetenskap van die genees-

kunde beoefen. Op dié manier sal ons ons handhaaf in die gemeenskap, want dan sal ons die beste diens aan ons medemens kan lewer.

VERWYSINGS

1. Peterson, O. L., Andrews, L. P., Spain, R. S. en Greenberg, B. G. (1956): *J. Med. Educ.*, **31**, Part 2.
2. Becker, H. S., Hughes, E. C., Geer, B. en Strauss, A. L. (1961): *Boys in White*. Chicago: Univ. of Chicago Press.
3. Meyer, B. J. en Van Rooyen, R. J. (1965): *S. Afr. Med. J.*, **39**, 722.
4. Platt, Sir Robert (1965): *Lancet*, **2**, 551.