

VAN DIE REDAKSIE : EDITORIAL

GERUSSTELLING IN DIE GENEESKUNDE

Deur die verskillende handboeke oor die geneeskunde, kom ons dikwels die stelling teen dat die pasiënt gerusgestel kan word aangaande die prognose van sy bepaalde toestand. Baie dikwels is die rede vir 'n pasiënt se besoek aan die geneesheer juis om gerusgestel te word dat hy nie kanker, hartkwaal of hoë bloeddruk het nie. Ons praat dikwels van die kuns en die wetenskap van die geneeskunde asof dit twee aparte dele van ons vakgebied behels, en met die ontwikkeling van spesialisasie in die geneeskunde val die klem meermale op die wetenskap-aspek—dermate so dat wanneer veral ons ouer kollegas wys op die feit dat die geneeskunde 'n kuns is wat beoefen moet word, dit dikwels vir ons die beeld van argaïese metodes soos bloedlating en bloedsuiers voor die gees roep. Tog is dit juis die wetenskaplike vordering wat ons as geneesheer dikwels in staat stel om die pasiënt 'n meer akkurate beskrywing te gee van die presiese fisiologiese meganismes onderliggend tot sy siekte en hom selfs statistiese gegewens aangaande sy prognose te kan bied. Ons is vandag seker beter toegerus as ooit tevore om pasiënte wat behoefte voel aan gerusstelling op 'n goed-onderlegde wyse gerus te stel. Selfs waar die prognose ongunstig is, kan ons dikwels die pasiënt gerusstel dat hy niks te vrees het ten opsigte van lyding en pyn, of selfs spanning nie, omdat ons doeltreffende pynstillende middels en prosedures het, asook die nodige bedaar-middels.

Die feit dat gerusstelling dikwels swak beoefen word en selfs meer dikwels totaal afgeskep word, het aanleiding gegee tot 'n uitstekende artikel deur 'n Skotse algemene praktisyn.¹ Hierin ontleed hy onder andere die behoefte aan gerusstelling en ook die redes waarom die beoefening van gerusstelling so dikwels verwaarloos word.

Sir William Osler word aangehaal as die bron vir die volgende stelling van Plato wat ons vry vertaal: „Daar is twee klasse onder pasiënte: Slawe en vrymante. Die slawedokters hardloop rond en versorg die slawe, of wag vir hulle in die apteke. Praktisyns van hierdie soort praat nooit met hulle pasiënte individueel nie en laat hulle ook nie toe om oor hulle eie individuele klagtes te gesels nie. Die slawedokter skryf voor wat blote ondervinding sou voorstel, asof hy presiese kennis het, en na hy sy bevel soos 'n tiran gegee het, storm hy weg na 'n ander slaaf wat siek is. Maar die ander dokter wat 'n vryman is, versorg en praktiseer onder vrymante; en hy voer sy navrae ver terug, en delf in die aard van die siekte; hy betrek homself in 'n diskoers met die pasiënt en sy vriende en is onmiddellik besig om informasie van die siek man in te wen. Hy onderrig hom vir sover as wat hy kan, en hy sal nie vir hom voorskryf alvorens hy hom eers oortuig het nie. Ten laaste, wanneer hy die pasiënt meer en meer onder sy oordedende invloed gebring het en hom op die pad na gesondheid geplaas het, probeer hy om 'n genesing teweeg te bring. Watter optrede is nou die beste vir 'n geneesheer?'

Dit wil voorkom of Plato reeds opgemerk het dat daar tog 'n verskil bestaan tussen *pro deo* pasiënte en private pasiënte, en let wel, dit berus nie op verskil in die wetenskaplike geneeskunde wat die twee groepe geniet nie, maar op daardie meer persoonlike kontak wat moontlik is by laasgenoemde groep. Barr¹ sien die verskil daarin dat 'the private patient buys the doctor's time' en dit is tyd wat grotendeels in beslag geneem word deur gerusstelling. Dit is vanselfsprekend dat selfs met die beste wil ter wêreld, die mees konsensieuse geneesheer nie die tyd het om dergelike benadering te volg by 'n buitepasiëntensessie waar, met die beperkte mannekrag in ons land, soms tot 20 pasiënte of meer per drie-uur sessie gehanteer moet word nie. Dit bly vandag nog net so waar as in Plato se tyd dat die ekonomiese status van 'n bevolkingsgroep die mate van gerusstelling wat gebied kan word, bepaal.

Waarom is daar 'n Behoeftte aan Gerusstelling?

Barr¹ noem drie belangrike simptome van ons tyd:

1. Die geweldige wetenskaplike vooruitgang op geneeskundige gebied. Die toestand ontstaan dat 'n bevolking groei wat geleidelik meerendeels lyers is aan chroniese en ongeneeslike kwale. Hulle is dikwels lewendig in die sin dat hulle nie dood is nie, maar nadat die diagnose gestel is, verkeer hulle onder die waan van die voorgeslagte dat daar niks meer is wat die geneeskunde hulle kan bied nie. Die pad loop dikwels skielik dood op 'n ouderdom wanneer die gemeenskap hulle dienste nog wel nodig het—indien dan nie hulle fisieke arbeidskragte nie dan wel hul ervaring. Dit is hier waar gerusstelling (reassurance) noodsaaklik is. Ons gebruik spesifiek nie die woord rehabilitasie hier nie, omdat dit dikwels verbind word met die prosedures verbode aan spesiale behoeftes van die liggaamlike gestremdes. Ons het daardie groot groep in gedagte (hoe groot presies in ons land?) waar die pasiënt 'n ongeskiktheidstoelaag trek vir sy chroniese asma, matige rumatoïede artritis, 'n ou stabiliseerde miokardiale infarksie, of longtuberkulose wat reeds jare lank onaktief is. Daar is korrek opgetree tydens die akute fase van die siekte, maar daarna is nooit gepoog om die pasiënt die aard van sy ongeskiktheid te verduidelik en dit positief te stel dat hy wel by vermoë is om selfonderhoudend te werk nie. In 'n druk buitepasiëntensessie is daar dikwels die versoeking om in sulke gevalle maar weer eens vorms vir bystand te voltooi eerder as om die pasiënt persoonlik met raad, onderrig en bemoediging by te staan. Met die snelle tempo waarteen deurbrake gemaak word, is dit 'n goeie beleid om die swak prognose in chroniese gevalle miskien aanvanklik enigszins rooskleurig of minstens hoopvol te stel.

2. Geneesmiddels. Die onkoste verbode aan die geneeskundige praktyk is en kom dikwels vandag onder die aandag van komitees wat daarmee belas is. Daar word af en toe in die Britse mediese pers verwys na die 'mass drug-taking' onder die bevolking, en Barr¹ stel tereg dat

dit verregaande sou wees om dië verskynsel uitsluitlik aan die adres van die geneesheer te rig, maar hy voel tog dat die massaverbruik van middels soos bedaar-middels, slaap-middels en die preparate met opbeurende werking op die gemoed miskien ten dele gewyt moet word aan die 'failure of the medical profession to practise effectively the art of reassurance'.

3. Kwaksalwery. Hierdie wanpraktyk gedy op die onkunde van die leek, en gerusstelling sou ons mees doeltreffende wapen hierteen wees. Die geval met emosionele konflik wat as organiese siekte presenteer, en dan vir die soveelste keer by 'n nuwe geneesheer aankom met 'n geskiedenis van jare van ellende vir homself en sy familie, met stapels spesialis-verslae, negatiewe ondersoeke en derduisende pille oor die onmiddellike verlede gebruik, getuig dat gerusstelling nie doeltreffend toegepas is nie, en hierdie pasiënt gryp dikwels as laaste strooitjie aan na die kwaksalwer om (ironies genoeg), bloot deur aktiewe en persoonlike gerusstelling, gesteun deur 'n groot bottel gekleurde of gegeurde water, dikwels hier beterskap te vind. Hierdie 'wonderkuur' dien as beste advertensie vir die kwaksalwer, en 'n aanklag teen die verwaarlosing van 'n fundamentele beginsel van goeie wetenskaplike geneeskunde.

Waarom word Gerusstelling Verwaarloos?

1. Juis in die gevalle waar dit die meeste nodig is, is dit gewoonlik ook die moeilikste om gerusstelling goed toe te pas. Dit is so maklik om die proses van gerusstelling te laat ontaard in 'n gerusstelling van die dokter eerder as die pasiënt, en om die eie ego te streel eerder as die pasiënt se moraal te onderskraag.

2. Die dokter kan vir baie jare klaarkom sonder om gerusstelling toe te pas. Sou daar 'n klem in die buik gelaat word na operasie, of 'n ongepaste bloedoortapping toegedien word, sal nalatigheid in die hof oorweeg word en in duidelike taal beskryf word. As gerusstelling egter nagelaat word, is daar geen moontlikheid om dit in die hof te bewys nie, en geen haan sal daarna kraai nie. Die ontwikkeling van die tegniek word meesal oorgelaat aan ons eie probeer-en-tref metodes.

3. Die tydskrif is reeds hierbo bespreek toe ons na die aanhaling uit Plato verwys het. En tog as ons oor die langtermyn dink, is dit nie juis so dat gerusstelling eindeloos baie tyd kan spaar vir die ou chroniese pasiënt wat nie weet wat met hom aangaan nie, nie weet waarom die

dokter wat so vol vertrou die diagnose kon stel, nie in staat is om hom heeltemal gesond te maak nie? In die woorde van Barr: 'Reassurance takes time;

Reassurance saves time.'

Dit is duidelik dat gerusstelling meer behels as net 'n klop op die rug, en 'n sinlose cliché soos 'nou sal dit beter gaan' of 'moed hou, ons sal dit nog regkry'. Dit is 'n tegniek wat alleen slaag wanneer die pasiënt as mens tot mens geken is, en sy besondere behoeftes aan gerusstelling ontleed is, en ook sy insig uitgebou is deur, in 'n vir hom verstaanbare taal, die meganisme van sy siekte en die verloop en redes vir ons optrede duidelik te skets. Is dit dan nie so dat 'dokter' afgelei is van die Latynse *docere* nie, wat 'n onderwyser aandui, en is dit nie miskien dié deel van ons praktyk wat dikwels die minste beoefen word nie? Behels hierdie onderwys nie ook opvoeding deur die leke-pers nie? As spesialiste dit moeilik vind om by te hou met die jongste ontwikkelings op hul gebied, hoeveel te meer die algemene praktisyn, en hoeveel dan veral nie die pasiënt wat dikwels net die makabere prognoses van vroeër jare deur oorlewering leer ken het, sonder om te weet van die jongste ontwikkelings op die gebied van hulle eie kwaal nie? Watter plek moet die tydskrifte, koerante en radio in dié verband speel? Is die gewilde vraag-en-antwoord metode, wat skynbaar so gewild is in koerante en tydskrifte, vandag nog die aangewese metode van onderrig, of moet daar meer gekonsentreer word op breë beginsel-onderrig deur populêr-wetenskaplike artikels oor die fisiologiese beginsels van siekte en genesing, en die rede en sin agter sommige van die ondersoekprosedures? Daar word dikwels verwys na die skouspelagtige deurbrake wat gemaak word in die wiskundige, natuurwetenskaplike of fisiese wetenskappe, en die leek is dikwels goed ingelig oor elektroniese rekenaars, satelliete en soortgelyke verskynsels wat hy waarskynlik nooit persoonlik sal beleef nie, maar hy is totaal onkundig oor die deurbrake wat gemaak is op biologiese gebied: genetiese en metabolismiese kennis aangaande sy eie liggaam en hoe dit versteur kan raak, en hoe dat dit hom persoonlik raak, om slegs twee moderne aspekte te noem.

Hierdie aspekte, glo ons, vind aansluiting by die toepassing van gerusstelling in ons praktyke, want die mate van intellektuele ontwikkeling bepaal die werklike aangrypingspunt van hierdie onmisbare terapeutiese maatregel. Hieroor sal ons dringend moet besin.

1. Barr, G. (1965): *Scot. Med. J.*, 10, 356.

IMMUNIZATION AGAINST MUMPS

The first live mumps vaccine has recently undergone clinical trials in Philadelphia,¹ and its results are most promising, giving a 98% protection to the children tested.

The vaccine, which is both effective and presumably long-lasting, has been developed by Drs. M. R. Hilleman and E. Buynak of the Merck Institute for Therapeutic Research, Pennsylvania.

A live-attenuated vaccine prepared from a mumps virus isolated 3 years ago by Dr. Hilleman, has been under trial since October 1965. The period chosen for the trial coincided with a fairly high incidence of mumps in a suburban community where the selected 1,394 children lived, thereby permitting evaluation of the vaccine's efficacy under natural conditions.

The vaccine was given to 402 children, who, on pretesting, were shown to be susceptible to mumps. The remaining 992 (407 of whom were found to be susceptible) were treated as

unvaccinated controls.

Of the 402 children who were susceptible, 395 developed immunizing antibodies. Dr. Hilleman reports that the vaccine did not produce any undesirable symptoms of the natural disease. Of the 100 unvaccinated children known to have been exposed to the virus, 61% came down with mumps in contrast to 100 vaccinated children where only 2 came down with the illness—a protective effectiveness of 98%. Further trials are expected involving 1,000 children in order to 'establish beyond reasonable doubt the high level of protective efficacy' of the vaccine before it is made available for general use.

The results appear edifying and it is hoped that the further clinical trials envisaged will again produce similar results and thus help to curb an unpleasant infectious illness which is not devoid of serious complications in the unfortunate few.

1. News in Brief (1966): *World Medicine*, 1, 8.