

## VAN DIE REDAKSIE : EDITORIAL

## DAGHOSPITALE

Iedere land met 'n beperkte mediese mannekrag het reeds van tyd tot tyd aandag geskenk aan die moontlikheid of wenslikheid om duur en hooggespesialiseerde dienste te konserveer en die alledaagse gesondheidsversorging op minder kosbare manier te verskaf. Verskeie pogings is reeds in dié verband aangewend en verskillende voorstelle het reeds in die literatuur die lig gesien. Grotendeels kom almal op dieselfde kerngedagte neer, naamlik die opleiding van personeel om die eenvoudiger probleme die hoof te bied sodat duur en skaars mediese dienste nie daardeur in beslag geneem word nie.

Tereg het ons Mediese Raad nog altyd wal gegooi teen die gedagte om halfopgeleide geneeshere in die veld te plaas. Op die oog af skyn so 'n diens aanvaarbaar te wees vir uitgestrekte areas waar geen dokters beskikbaar is nie, maar as al die implikasies in aanmerking geneem word moet mens erken dat dit op die lang duur nie gaan werk nie. Die gevaar dat sodanig halfopgeleides vroeër of later oor die tou gaan trap en take op hul skouers gaan neem waartoe hulle nie opgewasse is nie, is te wesenlik dat mens dit kan waag om tot intensiewe opleiding van 'n span sub-medici oor te gaan.

Ook wat verpleegsters betref is die Verpleegstersraad teen die gedagte gekant om toe te laat dat nie-opgeleide personeel bv. inspuitings gee. Dit is een van die redes waarom die opleiding van 'n doktersassistente, soos dit op sommige plekke in die buiteland reeds gedoen word, nie in ons land aanvaarbaar is nie. Dit is egter 'n ander saak om 'n gekwalifiseerde verpleegster verder op te lei om sekere tegniese take uit te voer, soos die neem van bloeddruk of die neerskryf van anamnesis. In dié verband is 'n lofwaardige diens reeds in Kaapland van stapel gestuur.

Dr. L. A. P. A. Munnik, L. P. R., verantwoordelik vir hospitale in die Kaapprovinsie, het in 'n poging om die probleem vinnig en ook ekonomies die hoof te bied, 'n ondersoek ingestel om uit te vind of dit moontlik is om 'n meer omvattende buitepasiënte-diens in die Skiereiland en later ook dwarsdeur die Provinsie in die lewe te roep. Die doel is om die las wat daar op die oomblik op die gespesialiseerde hospitale rus ietwat te probeer verlig en ook om duur ambulansdienste en ander transportfasiliteite uit te spaar. Die resultate van die ondersoek het inderdaad bevestig dat dr. Munnik se siening in iedere opsig korrek is.

Vroeg in 1969 is 'n Dagghospitaal Organisasie in die lewe geroep. Aanvanklik het dit bestaan uit 10 klinieke wat aan die Kaapse Provinsiale Administrasie behoort. Die term Dagghospitaal is gebruik om die klinieke te onderskei van die gewone munisipale klinieke met hul aura van voor-geboorte versorging, babavoeding advies en ander tradisionele owerheidsdienste. Die dagghospitaal in Kaapstad het, weens sy grootte, die hoofkwartier van die stelsel geword en binne die volgende paar jaar sal die ander sentrums in die Skiereiland ook aangepas of herbou word om aan die spesiale behoeftes van die dagghospitaal te voldoen.

Die Distriksverpleegsters Organisasie en die Vroedvrou-dienste is ook by die organisasie ingeskakel en hulle sal eventueel aan die verskillende dagghospitale dwarsdeur die Skiereiland verbonde wees. Spesiaal opgeleide, geregi-streerde verpleegsters sal uiteindelik 'n groot deel van die werk wat op die oomblik nog deur die klein mediese korps verskaf word, oorneem. Die verpleegsters sal by die Kaapstadse dagghospitaal opgelei word en hul nagraadse studie sal insluit instruksie in die neem van geskiedenis, bloeddruk en bloedmonsters, die ondersoek van urine en selfs die versorging van sekere gereeld-voorkomende toestande soos vetsug, dispepsie en dies meer. Weens die gedurige beskikbaarheid van onmiddellike toesig sal baie van die besware wat teen dié tipe diens in afgeleë areas geopper word nie van toepassing wees nie.

Deur die geskiedenis te neem en die roetine deel van enige ondersoek af te handel sal die verpleegsters heelwat van die dokter se tyd kan bespaar en sodoende sal die medici meer pasiënte per uur kan sien. As die koeitjies-en-kalfies deel van die ondersoek reeds afgehandel is teen die tyd dat die dokter die pasiënt begin spreek sal hy in staat wees om meer aandag aan die werklik belangrike diagnostiese en terapeutiese probleme te skenk.

Ook die ontwerp van die dagghospitale geniet intensiewe aandag. 'n Tyd en bewegingstudie is deur die Kaapse Provinsiale Administrasie onderneem om vas te stel wat die ideale ontwerp vir sodanige sentrums is, en daar is spesiale aandag gegee aan die benodighede van die algemene praktisyn, want in der waarheid sal hierdie dagghospitale as huisartssentrums funksioneer.

Die oogmerke van die sentrums is reeds duidelik geformuleer: Desentralisasie van buitepasiënte-afdelings is die eerste doel. Dit sal verhoed dat die groot hospitale met hul duur, gespesialiseerde fasiliteite oorrampel word deur die groot aantal pasiënte wat op die oomblik opdaag vir mediese versorging. Sulke buite-klinieke is ook goedkoper om op te rig en in stand te hou as die gesentraliseerde buitepasiënte-afdelings. 'n Ander voordeel is die besparing van vervoerfasiliteite omdat die pasiënte versorg kan word min of meer in die area waar hulle woonagtig is.

Indien die dagghospitale aan hul doel wil voldoen sal daar egter gedurig gewaak moet word dat hulle nie geleidelik deur die jare maar weer ontaard in spesialissentrums nie. Dit kan al te maklik gebeur tensy daar gedurig spesifiek gesorg word dat alle versorging uitsluitlik op huisartsvlak gedoen word en dat enige spesialis dienste wat benodig word slegs by die groter hospitale beskikbaar gehou word. As die regte toesig beskikbaar is en almal die kerngedagte nie uit die oog verloor nie, ly dit geen twyfel nie dat hierdie dagghospitale 'n waardevolle bydrae tot die mediese dienste van die Provinsie gaan lewer. Mens kan selfs voorsien dat die ontslagsyfer uit die groter hospitale uiteindelik 'n verbetering sal toon wanneer verseker word dat geen dagpasiënte vir een of ander rede in die bestaande hospitale opgeneem word nie.

Mens wil nie pessimisties wees nie, maar ons moet ook



nou en dan aandag skenk aan die moontlikheid van 'n grootskaalse, landswye krisistoestand, soos bv. oorlog, of 'n groot epidemie. Gedurende sulke noodtye sal die dag-hospitale van onskatbare waarde kan wees as die verskillende noodhulp organisasies ook nou reeds verseker dat

hulle weet hoe om die fasiliteite korrek en doeltreffend te gebruik.

Ons wil graag vir dr. Munnik en sy personeel gelukwens met hierdie onderneming en hulle alle sukses toewens.

### SNAKEBITE

The statement made in an earlier editorial<sup>1</sup> that it is 'the requirement of the law that all cases of snakebite, whether fatal or not, be reported to a magistrate for the purpose of medical statistics' is not quite correct, in that it appears that no new regulations have been introduced since 1919 when, according to the Union's Chief Health Officer in 1926,<sup>2</sup> 'all magistrates and local authorities were requested by Circular No. 36 to notify the Department of Public Health of every case when a human being was bitten by a snake'. This makes a difference; the onus is on the magistrate to a report to the Department of Public Health, and not on doctors or anybody else to report to a magistrate. Even if doctors conscientiously reported all the cases they attended, it would not help much in assessing the true incidence of snakebite, because the majority of bitten persons do not need or seek the help of a doctor.

Fatal cases attract attention and are more likely to be recorded, and estimates of mortality rates may therefore be closer to the true values. From his very extensive data, Chapman<sup>3</sup> calculated a mortality rate for South Africa of 0.4/100,000. This would mean that about 70 lives are lost annually from snakebite in this country. But, to quote again from the publication by Mitchell,<sup>2</sup> 'In one district of Natal the magistrate, after interviewing native chiefs, estimated the deaths from puffadder bite alone at twenty *per annum*.' Medical, educational and communication facilities have, of course, improved since 1926; but the population has also increased and the number of deaths due to snakebite is probably in excess of 70, and many survivors will have to live with some permanent disability, usually the result of puffadder bite, the cause of more deaths and more damage than bites by any other South African snake.

It is a fact that most snakebites are preventable if shoes and trousers of heavy cloth are worn in the veld (though they may be a burden in more ways than one to many of those exposed to snakebite). And the incidence would become negligible if, in addition, crevices and cavities, such as those found in abandoned ant-heaps, were not explored with bare hands, if the collection and keeping of snakes by amateurs were discouraged, and if no unnecessary attempts were made to capture, handle or kill snakes. Our snake parks could be of great help by acquainting the public with the appearance and ways of snakes and by restraining their staff from exhibiting a foolhardy disrespect for some of our most dangerous specimens.

With regard to the treatment of snakebite, discussed elsewhere in this issue, opinions may vary considerably on details, but all agree that the use of potent serum is the keystone if any treatment is needed at all. Anti-snakebite serum is unique among therapeutic substances of its kind, in that it is sold freely over the counter, and undoubtedly more serum is injected by lay persons than

by doctors. This carries an obvious risk, and one might ask whether the sale of antivenoms should not be restricted. There are several points in favour of restriction.

Firstly, the majority of persons bitten will recover fully without treatment, either because no venom is introduced and no poisoning results, or because the effect of the venom is too mild to warrant any specific treatment. Secondly, persons suffering dangerous bites invariably land in hospital, where they can be given serum by the most effective route, i.e. intravenously, a route the layman cannot use. There other life-saving measures (treatment of shock, assisted respiration) can be applied. In fact, the use of serum in the field can lead to a false sense of security which may result in a fatal delay in seeking admission to a hospital. Thirdly, even far advanced poisoning by the boomslang, the ringhals and our cobras and mambas is successfully overcome by adequate treatment, and the effect of serum treatment before hospitalization has not been impressive in cases of puffadder bite.<sup>2</sup> Lastly, there remains the risk, however small, of an acute and untreated serum reaction.

Arguing against the introduction of restrictions on the sale of antivenoms, one might point out that the risk of fatal anaphylaxis, comparatively speaking, is minute, that immediate infiltration of the local site with antivenom is valuable in viper bite, and that the injection of some serum under the skin or into muscle, however slowly it enters the circulation, may allow enough to be absorbed to limit the local damage caused by viper venoms or may delay death long enough for the patient to reach hospital. Furthermore, a person may be in an area far removed from professional assistance. Others within reach of help may be sensible and seek it, and find that the only serum available is that which they themselves carry.

Under the circumstances, and in view of the apparent lack of accidents, it may be as well to leave things as they are, and to teach the public not to rush in with serum when it is not needed, but to bring the patient to a hospital or doctor with minimum delay in all cases of snakebite. Intelligent persons unavoidably risking snakebite in remote parts of the country could be taught the technique of intravenous injection and, duly instructed, should be allowed to obtain and carry adrenaline and steroids for use in emergency. In order to add to our knowledge of the symptomatology of snakebite and the correct serum-dose to use, it would be helpful if doctors in private practice or in hospitals would record details in cases of snakebite where the snake was identified and report their findings in a short note to this *Journal*.

1. Editorial (1961): *S. Afr. Med. J.*, 35, 46.

2. Mitchell, J. A. (1926): Department of Public Health Circular No. 348. Pretoria.

3. Chapman, D. S. in Bücherl, W., Buckley, E. and Deulofeu, V., eds. (1968): *Venomous Animals and their Venoms*, vol. 1, p. 463. New York: Academic Press