

EDITORIAL : VAN DIE REDAKSIE
THE LONELINESS OF RESPONSIBILITY

... my robe,
 And my integrity to heaven is all
 I dare now call mine own.

Shakespeare: *King Henry VIII.*

The courts pass judgement; the Medical Council decides and patients and colleagues alike point accusing fingers when a doctor is found guilty of some act of negligence. But the true burden is the heavy responsibility such a mishap places on the shoulders of the unfortunate doctor, for he has to live with the knowledge that his act, whatever it was, was the cause of the death or the lifelong misery of a fellow human being.

There are many other disciplines in our complex society which carry equal responsibilities, but with few exceptions they do not require the immediate decision of one man; there is usually time to consult or even to reflect. The engineer who puts his signature to the certificate which declares a railway coach fit for service may be signing away the lives of hundreds of passengers, should the carriage prove to be not in good condition as certified. Nevertheless, no court—not even society—can expect the engineer personally to inspect every detail of such a complicated structure as a modern railway coach. He is forced to rely on the technical skill and the integrity of others. In fact, the most important aspect of his responsibility is to make sure that he does not misjudge the shoulders upon which he places the greatest onus.

The pilot in a passenger aircraft is one of the few people in the same position as the doctor. He must be able to react within seconds or even a split second, and on his actions depends the safety of the aircraft. Like the doctor, he has no time to think and his work requires great skill and knowledge, and with the increasing complexity and speed of our aircraft his task is going to become even more onerous in the future. However, he still has an advantage over the doctor, for his machine is man-made and therefore, to some extent at least, predictable.

The doctor must carry his burden completely alone. The general practitioner who sees a patient in his consult-

ing rooms or at the patient's house must often make the decision as to the diagnosis and the treatment without having access to even as little as a textbook, and if he makes a mistake it might cost a man his life.

The thoroughness of medical training ensures that most practising doctors will be sufficiently competent to cope with the majority of emergencies in their day-to-day work, and, as experience increases, it becomes possible to handle even the rarer conditions with sagacity. Human reaction is largely unpredictable and therefore no-one can expect absolute assurance from his physician that every diagnosis will be correct and that there will be no adverse reactions to a given treatment. Nevertheless, on the average, patients can expect a fairly accurate forecast from their doctors as to what the course of their illness is going to be.

Familiarity breeds contempt, and therein lies a very great danger for the unwary and especially for the highly experienced. No number of rules and regulations will ever completely eradicate the human element in operating-theatre accidents, for it is exactly the routine of such measures which nullifies their good safety effects. Sooner or later an anaesthetist or a surgeon will assume something to be correct merely because it has always been so, and then disaster follows. The only safeguard is constant vigilance on the part of everyone present and an attitude of mind that never takes anything for granted.

Such an attitude of mind is tiring to the person who practises it, and even more tiring to those with whom he has to work day after day. There are few as exasperating as the man who is inclined to query every single thing before grudgingly accepting it; yet his is the only approach permissible in medicine. It is not easy to learn this irritating attitude late in life and it should therefore be inculcated in the medical student, who must be told from the very first day of his first clinical year that nothing can be assumed to be correct until it has been checked, and, if necessary, rechecked a few times. The unpopularity that such an approach will bring in its wake is merely another burden to shoulder.

NAGRAADSE OPLEIDING

Ons het reeds vantevoren die probleme van voorgaande opleiding van mediese studente bespreek en dit is te hope dat die een groot tekortkoming, naamlik onderrig in die huisartskunde, in die nabye toekoms die aandag sal geniet wat dit terdeë verdien. Met die uitsondering van enkele detail, is daar nie veel wat in die voorgaande opleiding verander kan word op gebied van die spesialiste vakke nie. Dit is wel waar dat die kursus hier en daar opgeknep kan word om tydverkwistende, en grootliks verouderde, idees uit te skakel, maar hierdie aangeleenthede geniet reeds aandag en sal ongetwyfeld binnekort deur die Mediese Raad hersien word.

Nagraadse opleiding is egter steeds 'n netelige vraagstuk. Op die oomblik bestaan daar 'n belangrike anomalie: die student wat na sy basiese opleiding besluit om te gaan spesialiseer moet, afhangende van die vakrigting wat hy kies, 'n jaar of 4, of selfs meer na sy 7 jaar voorgaande opleiding verdere studie aandurf. Wanneer hy egter hierdie studietermyn deurloop het vereis die Mediese Raad dat hy nog 'n verdere 2 jaar in die algemene praktyk ervaring

moet opdoen alvorens hy hom as spesialis mag verklaar. Dit is waar dat talle sulke spesialisties opgeleide persone die huisarts termyn taamlik wyd interpreteer en nie werklik in volwaardige algemene praktyk hul 2 jaar voltooi nie, maar desnieteenstaande bly dit nog vir hulle nodig om, ten spyte van 'n aantal nagraadse jare van ervaring, 'n bykomstige 2 jaar van praktykserwaring op te doen om aan die vereistes van die regulasies te voldoen. Maar indien 'n student na verkryging van sy M.B., Ch.B. graad besluit dat hy dadelik aktief as huisarts wil praktiseer, en die res van sy professionele lewe aan dié vakrigting wil wy, staan niks hom in die weg om dadelik 'n volwaardige eenmanspraktyk te open nie.

So 'n toedrag van sake is duidelik nie goed genoeg nie, en in alle sentrums, hier en in die buiteland, word daarna gestreef om nagraadse opleiding vir die aspirant huisarts te skep. As mens wil keer dat 'n nuut-afgestudeerde, onrype dokter ongekontroleerde toetredende tot die praktyk verkry is daar drie moontlikhede wat voor die hand liggend is:

Mens kan verdere hospitaalervaring verpligtend maak. Na die op die oomblik vereiste jaar van internskap kan ook bepaal word dat alle geneeshere 'n verdere 3 of 4 jaar deur die verskillende departemente van daartoe geskikte hospitale moet roteer om sodoende ervaring op te doen. Dit skyn nie onmoontlik te wees om so 'n reël in te stel nie, want met die huidige ietwat verbeterde salarisse wat aan hospitaaldokters betaal word (salarisse wat hopelik nog in die nabye toekoms verder sal toeneem) kan meeste afgestudeerdes tog seker die mas opkom, na hul duur 7 jaar voorgraadse studietermyn. Die saak is egter nie so eenvoudig nie. Indien, argumentshalwe, bepaal word dat die verdere ervaringstydperk 4 jaar moet wees, sou hierdie jare beskou kon word as deel van die opleidingstermyn vir 'n voorgenome spesialis? Sal 'n ontluikende ginekoloog toegelaat word om dadelik na afloop van sy intern jaar in 'n ginekologiese departement te gaan werk en dan die 4 jaar wat hy so doenig is van sy spesialiste opleiding af te trek? Indien dit die geval sou wees sou diegene wat besluit om huisartse te word na die 4 jaar, simbolies gesproke, kaal daaruit kom, want hul spesialis kollegas sou dieselfde jare kon gebruik om altans 'n deel van die vereistes vir 'n hoër graad agter die rug te kry, terwyl die huisarts na dié termyn met slegs sy basiese graad die praktyk sou toetree. So 'n reëling sou onmiddellik die kraantjie waaruit die nuwe huisartse getrek word nog verder toedraai, want niemand sou so onprakties wees om 4 jaar sonder graadsverhoging te swoeg nie, as dieselfde termyn hom bykans op die drempel van 'n spesialiste status kon bring.

Om te bepaal dat die hipotetiese 4 jaar vir alle vakrigtings as basies verpligtend beskou moet word sou ook nie realisties wees nie. Indien 'n chirurg dan nog 'n verdere aantal jare moet gaan spesialiseer sou dit 'n alte groot tyd en geldelike las op sy skouers laai. Ons wil tog immers nie sien dat iedere van ons spesialiste moeg en der dagen sat hul lewenstog aanpak nie.

Die tweede uitweg is om 'n graad vir huisartse daar te stel waarsonder geen dokter tot die algemene praktyk mag toetree nie. Vir diegene wat graag die vlag swaai en daarop aandring dat die huisarts status op geen ander manier verbeter sal kan word nie, sou dit die ideale oplossing wees, maar hulle moet egter versigtig wees. Met so 'n bepaling loop mens op die randjie van 'n gevaarlike afgrond. Indien die nagraadse huisarts opleiding dieselfde termyn in beslag sou neem as meeste van die ander spesialisasies, sou dit weer eens die aspirant algemene praktisyns afskrik; as dit dan kwansuis ewelank moet neem, hoekom nie maar liever gaan spesialiseer nie? Slegs die enkele werklik

toegewyde huisarts-georiënteerdes sou onder sulke omstandighede besluit om die rugbrekende taak van die familiedokter te verkies bo dié van die spesialis.

Indien, aan die ander kant, besluit word om die huisarts opleiding heelwat korter te maak, sou mens al te gou die voëltjie hoor fluit dat 'hy maar die mindere graad verkies het. . . dit is al waartoe hy opgewasse is'. Insteede van 'n statusverhoging te bewerkstellig sou so 'n 'mindere' graad juis die teenoorgestelde tweeweg bring.

'n Derde uitweg is om te bepaal dat die nuut afgestudeerde, indien hy besluit om huisarts te word, nie ongekontroleerd tot die praktyk mag toetree nie. Op die oomblik, soos reeds genoem, mag die nuwe dokter hom enige plek vestig, binne of buite bereik van kollegas met wie hy kan konsulteer. Sou dit nie redelik wees om te bepaal dat hy liefs eers 'n aantal jare saam met ervare huisartse moet werk nie? Sulke ervaring kan op verskeie maniere verkry word: Daar is gedurig 'n aanvraag na plaasvervangers vir ouer dokters wat met vakansie wil gaan, en as sulke *locum tenens* aanbiedinge slegs deur die nuwekomeling aanvaar mag word mits die betrokke praktyk meerdere vennote het sodat hy nie alleen sal moet werk nie, kan hy sodoende onder toesig ervaring opdoen. Andersyds kan hy as assistent in 'n groot firma van algemene praktisyns werk, of hy kan desnoods 'n aandeel aan 'n groot vennootskapspraktyk koop. Die kern van die saak is dat hy nie alleen moet probeer werk nie.

Hier moet ons al dadelik weer 'n waarskuwende houding inneem. Ons wil vra dat daar tog nooit bepaal word dat die nuut gekwalifiseerde as't ware as vakleerling deur goedgekeurde praktyke 'aangeneem' moet word nie. So 'n reëling sou twee nadele inhou: eerstens die kleur van vakleerlingskap wat onvermydelik aan ons beroep sal begin kleef en tweedens die gevaar dat, hoe eerbaar meeste van die senior kollegas ook al is, daar altyd 'n paar swart skape sal wees wat so 'n bepaling as 'n gulde uitnodiging tot slawearbeid sal sien.

Alles in aanmerking nemende is ons geneig om te dink dat die enigste oplossing vir die probleem wat onder die huidige omstandighede aanvaarbaar gaan wees as kerngedagte die voldoende en volwaardige voorgraadse opleiding nie uit die oog moet verloor nie. Verdere skoling in die huisartskunde, net soos in die ander dissiplines, is noodsaaklik, maar uit wans uit moet die afgestudeerde dokter met sy M.B., Ch.B. graad toegelaat word om volwaardig te praktiseer, al is dit dan met die bepaling dat dit nie op sy eentjie mag geskied nie. Enige ander bepaling hou die gevaar in dat die basiese mediese graad gaandeweg 'n halfgebakte kleur gaan verkry.

WE HAVE COME FULL CIRCLE

Fifty years ago in the *Journal*, namely in October 1919, there appeared an editorial entitled 'More about medical organization'. In view of the fact that the newly instituted Reorganization Committee will, it is to be hoped, soon meet and come up with some important ideas for the better working of our Association, it is remarkable to discover that half a century ago the following thoughts were expressed by the Editor: 'We have already endeavoured to prove that something in the shape of an advance is necessary, that it is impossible to go on much longer without some effective organization capable of substituting "collective bargaining" for the present haphazard and aimless individualism of the profession, an individualism which sometimes has really ludicrous results.'

Somehow this sounds like the minutes from any Federal Council meeting over the past 2 years. On the one hand it does console one slightly to know that our mistakes are not as new as we might think they are, but on the other hand it makes one wonder whether we are ever going to learn. Fifty years ago the Editor made an impassioned plea for unity and loyalty, pointing out that going out on a limb would never get us anywhere—and it did not.

Perhaps the wound will not hurt so much if we remember that the editorial in question appeared in the *South African Medical Record* and that we were then still a part of the BMA. Or does that thought help? If we delve into past *Journals* we are sure to come across some philosophical remark to the effect that 'once we are on our own, all our problems will be solved'.