

## VAN DIE REDAKSIE : EDITORIAL

## DOKTERS EN DIE ONGEVALLEWET

Er is seker geen praktiserende geneesheer, hetsy huisarts of spesialis, wat nie gereeld met die Ongevallewet te doen het, en dat probleme voortdurend opduik ly geen uitsondering nie. In sommige gevalle lê die knoop by die Ongevallekommissaris se kantoor en dit het dikwels in die verlede groot moeite en deursettingsvermoë gekos om die probleem te plekke uitgestryk te kry, maar ons kan ook nie ontken dat dit ongelukkig ewe dikwels die geneesheer self is wat mee help om die onbevredigende situasies te skep.

Ons erkenemers is geregtig op beskerming ten opsigte van ongelukke en ons kan trots wees op ons uitstekende verpleegsterisasie in dié verband; ons moet slegs toesien dat die verpleegsters wat gemaak is doeltreffend gebruik word. En dit is vir ons oor die onderwerp skryf is dit nou die welaansende geleentheid om daarop te wys dat ons te doen het met beserings aan diens, met die dusdanige gebruiklike term: B.A.D. Die foutiewe term besering op diens is ongelukkig reeds besig om ingeburger te raak en ons moet grammatikale onding nou finaal die nek inslaan.

Die Ongevallekommissaris het hom so pas bereid veroorloof om enige Tak van die Vereniging wat daarom vra, te voorskyn te staan en enige probleme op te los. Dit is 'n natuurlike en belangrike aanbod waarvan dokters gerus gebruik kan maak, want indien daar nou steeds ontevredenheid of onsekerheid oor sekere aspekte bly, kan ons nie verwag dat die owerhede daar aandag moet skenk as die Vereniging nie bereid was om van aanbeode advies gebruik te maak nie. Aangesien die owerheid van Takvergaderings 'n aansienlike reisprogram die Kommissaris sal teweegbring, moet diegene wat saak is met die organisering van sulke byeenkomste daarop let dat 'n voldoende aantal lede die vergaderings byaan. Dit sal groot verleentheid skep as die Kommissaris 'n ongemaklike reis te staan kom voor 'n handjievol dokters en daaruit moet aflei dat daar of geen probleme is of dat die dokters nie die moeite wil doen om hom geleentheid te gee om vrae te beantwoord en sy saak te stel nie.

Ons hou dat die geleentheid tot onderlinge samesprekings gebruik is en hopelik gebruik gaan word, wil mens nie onwilliglik die bobbejaan agter die bult gaan haal nie, maar ons is tog 'n paar aspekte wat gereeld opduik waarop op 'n stadium gewys kan word, sodat diegene wat met die probleme te doen kry, hul vrae vooraf kan voorberei en kan hulle dan verseker dat die ontmoetinge met die Kommissaris goeie vrugte sal afwerp. Dit gebeur tog so dikwels dat 'n morrende gemeenskap wat skielik die geleentheid gekry het om hul besware te lug, onkant gevang word omdat hulle nie besef het dat om daadwerklik en doeltreffend te kla of te bespreek, voorbereiding vereis nie.

'n Netelige probleem wat gereeld voorkom is die pasiënt wat aanvanklik as 'n gewone besering toegelaat word en dan later behandelingsaanvang, om dan later omskep te word tot 'n besering-aan-diens geval. Wanneer 'n ernstig siek pasiënt hom vir behandeling aanmeld, is daar nie

tyd om eers vooraf die presiese omstandighede van die ongeluk uit te pluus nie, en die nodige versorging moet onmiddellik aangepak word, ongeag of dit later 'n B.A.D. geval gaan blyk te wees of nie. Die omskeppingsmasjinerie moet egter vlot kan verloop en enige navrae of besware in dié verband sal seker deur die Kommissaris beantwoord kan word.

Klagtes in verband met die vorms wat ingevul word, word dikwels deur sowel die Ongevallekantoor as die dokters gelug. In baie gevalle versuim die besige geneesheer om al die relevante inligting te verstrek, of hy vergeet geheel en al om die vorm in te vul. Dit skep dan bykans eindelose probleme en die verskoning dat daar nie tyd was nie of dat die vorm te omslagtig is, hou eenvoudig nie stand nie. Daar kan nooit verskoning wees vir onvolledige kliniese aantekeninge nie, want die hoofbrekings wat later volg neem veel meer tyd in beslag as wat vir die oorspronklike invul van die vorms nodig was. Daar is niks so pateties as om 'n kollega in die hof te sien kleitrap wanneer die landdros of 'n advokaat begin inligting vra wat as gevolg van blote nalatigheid nie beskikbaar is nie.

Betaling, nie-betaling of laat betaling van rekenings is natuurlik ook dikwels 'n bron van ontevredenheid en in dié verband sal verduidelikings asook versoeke deur die Ongevallekommissaris ongetwyfeld deur almal verwelkom word. Dat daar soms rede tot ontevredenheid is, ly geen twyfel nie en dit sou beslis die moeite loon om gedurende 'n vergadering al die haakplekke onder oë te neem en metodes te probeer vind om te verhoed dat hulle in die toekomst weer voorkom.

Hierdie gees van samewerking wat deur die aanbod van die Kommissaris geskep is, moet ten volle gebruik word, en dit is seker nie onredelik om te verwag of selfs te voorstel dat dit ook gepaard sal gaan met 'n bereidwilligheid van owerheidsweë om veranderinge aan te bring nie. As dit na die besprekings blyk dat sekere reëls en regulasies aanleiding gee tot onnodige verdragings met betaling of met die hantering van B.A.D. gevalle, op welke vlak ook al, is dit ten sterkste te hope dat daar nie geaarsel sal word om die nodige stappe te doen om die saak reg te stel nie, al moet dit ook op parlementêre vlak geskied.

Dit is vanselfsprekend onprakties vir iedere Tak om op eie handjie met die Kommissaris reëlins te tref, en derhalwe het die Vereniging se hoofkantoor in Pretoria onderneem om die nodige afsprake te maak. Al wat van iedere Tak wat van die aanbod gebruik wil maak verwag word, is om 'n lys van moontlike datums beskikbaar te stel sodat 'n program opgestel kan word wat wedersyds byval sal vind. Ons wil graag voorstel dat, nadat die datum van die Kommissaris se besoek bepaal is, iedere Tak 'n *ad-hoc* komitee benoem wat 'n vraelys moet opstel en die probleme, griewe en voorstelle van hul kollegas sal uitpluis sodat die vergadering die beste vrugte kan afwerp. Selfs al sou bywoning van so 'n byeenkoms bevredigend wees, vind mens al te dikwels dat iemand nodig is om die bal aan

die rol te sit, anders ontdek diegene wat die meeste ontevredenheid het eers na die vergadering dat hulle nooit hul misnoë pertinent gelug het nie. Derhalwe sal 'n leidingskomitee van groot waarde wees, sodat die voorsitter van die *ad-hoc* komitee op spesifieke dokters se nommers kan druk en die vergadering vlot kan laat verloop.

Nou wag ons om te sien hoeveel van ons kollegas van die geleentheid gebruik gaan maak. As daar vele is sal dit die Kommissaris se plig wees om sy welkome aanbod deur te voer, en as daar niemand of slegs 'n paar is, sal die murmureerders in die toekoms maar swaar sukkel om simpatie te vind.

### WHITHER BILHARZIA?

The worms of schistosoma, responsible for both urinary and intestinal bilharzia, were discovered by Bilharz in 1851. Since then, a tremendous number of investigations have been carried out on their natural history and distribution, and on the clinical and pathological pictures and numerous other aspects of the infection in man. It is therefore astonishing to learn that despite all research endeavour, the state of knowledge of the public health burden of bilharzia is controversial and grossly unsatisfactory. According to Elsdon-Dew<sup>1</sup> 'despite the enormous volume of literature, the field is still wide open'. In his introduction to *Bilharziasis* Mostofi<sup>2</sup> asked '... is bilharziasis really a disabling disease, and does it have any socio-economic effects?' Jordan,<sup>3</sup> a prominent worker in this field, has pointed out that 'there is no consistent opinion among research workers, clinicians, or public health workers, as to how it should be treated—and even whether it should be treated'. Yet Lepage<sup>4</sup> insists that bilharzia is 'a lingering and often fatal disease . . . which causes incalculable suffering and economic loss' and 'has crippled large human populations'. The complexity of the problem may be illustrated by citing three examples of evidence.

The subject is such that a considerable change of viewpoint is entirely feasible. Thus, whereas Forsyth and Bradley<sup>5</sup> in East Africa initially took an extremely grave view of the urological lesions of urinary bilharzia—they equated them to a high mortality in adolescent males—they now believe quite differently: '... in Zanzibar, urinary schistosomiasis does not interfere significantly with general health, does not cause protein deficiency, anaemia, disease of the liver or spleen, systemic or a significant amount of pulmonary hypertension, a predisposition to secondary bacterial infection of the urine, or sterility in women . . . The infection is responsible for an enormous amount of urological disease which is usually symptomless and is compatible with good health . . . many patients with hydronephrosis will die non-renal deaths even if their schistosomiasis remains untreated.<sup>6</sup> As a second example, in recently published long-term studies on Bantu school-children at Komatipoort, Walker and co-workers<sup>7</sup> concluded that the infection did not prejudice growth, physical fitness, or intelligence. Other workers have reached similar conclusions for Bantu children, yet reported the opposite result in White children.<sup>8-11</sup> To give a third example, illustrating regional differences in pathology, Elsdon-Dew<sup>1</sup> has contrasted the commonness of cancer of the bladder in infected Bantu in Lourenço Marques with the rarity of such lesions in Bantu with bilharzia in Durban.

Why is the whole situation so confused? Are the contrasting sequelae in different places explicable on the basis of differences in prevalence, frequency of exposure, or intensity of infection? Are there different strains of the infection which are associated, directly or indirectly, with

different degrees of ill-effects? Are there factors which in some areas, yet not in others, operate synergically with the infection? Is it perhaps that some workers are greatly impressed by the severity of the disease as it occurs in a small minority, whereas others take far greater cognizance of the slight ill-effects which characterize the large majority of those infected?

In the face of the numerous perplexities, what is the attitude of public health authorities to the 4 million stated to have bilharzia in Southern Africa?<sup>12</sup> In respect of Whites, with their less frequent exposure and ready facilities for treatment, there is little problem. But for Bantu in endemic areas with no alternative source of water, the situation is quite different. To treat all infected persons, to stop them excreting into streams, dams, etc., to kill all host snails, and all such heroic courses are frankly impossible. To supply non-infected water is a help as Pitchford<sup>13</sup> has shown, although Walker *et al.*<sup>7</sup> found a high rate of infection in older Bantu pupils from Komatipoort Railway Location where each dwelling has three waterpoints! In a developing country, apart from the provision of hospital services and welfare clinics, money is required to deal with tuberculosis, to control malaria, to provide preventive inoculations, to combat protein-calorie malnutrition, supply school meals in particular areas, etc. What priority then should be accorded to the control and treatment of bilharzia? In the first place, from a public health point of view, what is urgently required, as Powell<sup>14</sup> has stressed, is a true perspective of the ill-effects of the disease; this would include the few persons who suffer severely, and the vast majority who do not. Such a perspective is necessary for each race. In the case more particularly of Bantu, what is needed is precise knowledge of changes in prevalence of infection, morbidity rate, and other parameters, in appropriate regions where pilot studies would be expected to reveal the beneficial effects of bilharzia control, treatment, and health education. In none of these tasks is 'instant' progress likely. But until information of this type from different regions is secured, controversy will simply continue.

1. Elsdon-Dew, R. and Bhagwandeem, S. B. *in* Mostofi, F. K., ed. (1967): *Bilharziasis*, p. 242. Berlin: Springer-Verlag.
2. Mostofi, F. K., ed. (1967): *Ibid.*, p. 1.
3. Jordan, P. *in* Mostofi, F. K., ed. (1967): *Ibid.*, p. 93.
4. Lepage, G. (1968): *Nature* (Lond.), **209**, 29.
5. Forsyth, D. M. and Bradley, D. J. (1966): *Bull. Wild Hlth Org.*, **34**, 715.
6. Forsyth, D. M. (1968): *Proc. Roy. Soc. Med.*, **61**, 455.
7. Walker, A. R. P., Walker, B. F. and Richardson, B. D. (1970): *Amer. J. Trop. Med. Hyg.*, **19**, 792.
8. Botha, J. F., Clarke, D. and Joki, E. (1945): *S. Afr. Med. J.*, **19**, 381.
9. Jordan, P. and Randall, K. (1962): *J. Trop. Med. Hyg.*, **65**, 1.
10. Loveridge, F. C., Ross, W. F. and Blair, D. M. (1948): *S. Afr. Med. J.*, **22**, 260.
11. Carke, V. de V. and Blair, D. M. (1966): *Centr. Afr. Med. J.*, **12**, 75.
12. Wright, W. H. (1968): *Bull. N.Y. Acad. Med.*, **44**, 301.
13. Pitchford, R. J. (1966): *S. Afr. Med. J.*, **40**, suppl. 8 October, 1.
14. Powell, S. J., Engelbrecht, H. E. and Welchman, J. M. (1968): *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.*, **62**, 238.