

EDITORIAL : VAN DIE REDAKSIE

THE PHARMACEUTICAL INDUSTRY AND THE MEDICAL PROFESSION

Has there ever been such a love-hate relationship? The time has come for us to put our cards on the table and to take a long slow look at this schizophrenic situation. Unless the doctors believe in and prescribe the medicines marketed by the pharmaceutical industry, not even the biggest firm can hope to remain viable, for the limited consumption engendered by lay advertising and sales of over-the-counter preparations can never be sufficient to ensure a turnover which these houses require to remain in business. On the other hand, the medical profession must admit that without the research done by the pharmaceutical firms therapeutics could not hope to keep pace with our ever-increasing knowledge of aetiology and pathology. What is more, many of our congresses would have been sorry affairs indeed, had it not been for the support of the drug houses.

We have come to the crossroads and both sides should now admit that there can no longer be any doubt about the fact that mutual support and respect is essential for the well-being of the public. There is no longer any point in repeating the hackneyed phrase that the pharmaceutical firms are only in business in order to make money. There is nothing wrong with making money, as long as one renders a good and laudable service in the process. In the same vein the pharmaceutical houses must not expect the doctors to condone preparations merely because they have been marketed by reputable firms, or assume that the medical profession will and must support them simply because they can hold a financial gun to our heads. A give-and-take attitude is essential, and it has become high time that this be discussed openly and without recriminations or rancour.

Symposia have become such a way of life in our modern society that we hesitate in suggesting a topic for yet another get-together, but we seemingly cannot avoid such a conference if we are to accept the fact that a very large percentage of biochemical research today is being done by commercial undertakings and that the medical fraternity cannot allow themselves to be dictated to at any level by industrial concerns. We have reached an impasse and it is time we faced the situation in a rational way.

Hysterical tub-thumping by either side is not going to solve anything, and the only person who is going to suffer in the long run is the poor proverbial middleman; in this case the patient. Cries of 'let us not be dictated to by Mammon', or 'antiquated conservatism is the death of the pharmaceutical industry', may sound fine in the medical-political arena, but in actual fact they neither prove anything nor help towards a solution of a very vexed problem. Nobody can or will deny that from time to time certain commercial firms have put preparations on the market which could not bear careful scrutiny, but that does not mean that every single drug is suspect. Equally, if the doctors legitimately turn down a so-called new breakthrough in the pharmaceutical field, no useful purpose is served if the drug houses then threaten to turn their backs on such dissenters.

What it boils down to is that the days have long passed when the preparation of medicines was the prerogative of the street-corner apothecary in Herculaneum or Alexandria—it has developed into a highly sophisticated, scientific and specialized art, and one without which the medical profession would be seriously at sea. The fact that money is made in the process is immaterial; or not quite so immaterial, for this very money finances many of our research projects and keeps the various medical journals viable. One simply cannot deny that the careful assessing of quality and efficacy which is done in many laboratories throughout the world takes place under the auspices of commercial firms and to suggest that all such results are suspect merely because there is a profit motive involved is naïve.

Let us be adult about this and admit that neither the medical profession nor the pharmaceutical industry can exist without the support of the other, and let us sit down and have a good heart-to-heart talk about it in a sensible way, instead of indulging in a cold war which is not getting anybody anywhere. Let us meet the pharmaceutical houses and talk about our various needs and creeds and if in any way possible arrive at a reasonable mutual understanding. We have reached the stage of the famous remark made to a diplomat: 'of all the people we hate most, we love the drug houses best'.

GEBIEDSBEPERKING IN DIE PRAKTYK

Vroeër jare toe ons stedelike bevolking nog relatief klein was en toe daar ook nog 'n ernstige gebrek aan dokters bestaan het, was dit noodsaaklik dat iedere geneesheer, hetsy spesialis of huisarts, gewillig moes wees om sy praktykgebied so min as moontlik te beperk. Veral in die stede was area inkorting nie 'n praktiese beginsel nie. Die bevolkingsdigtheid was eenvoudig te klein om dit vir enige dokter moontlik te maak om binne een voorstad 'n groot genoeg praktyk op te bou om 'n behoorlike bestaan te kon voer. Daarbenewens was vervoer in die stede ook nie

sodanig dat pasiënte met gemak van een voorstad na 'n ander kon beweeg nie en dus was dit, met min uitsonderings, nodig om die spreekkamers in die sentrale deel van die stad te huisves sodat munisipale vervoer, wat gewoonlik na 'n sentrale punt gerig is, deur diegene gebruik kon word wat nie motors beskikbaar gehad het nie.

Deesdae is die bordjies in 'n mate verhang. Die stedelike dokter vind dit meer en meer prakties om sy praktyk tot een deel van die stad te beperk, terwyl die plattelandse dokter, weens die neiging van nuut afgestudeerdes om hulle

in die stede te vestig, groter en groter afstande moet ry om dorpie en gehuggies te bedien waar daar geen alternatiewe mediese hulp beskikbaar is nie. Die mediese ontvolking van die platteland is 'n ernstige probleem wat besondere aandag vereis maar dit is nie die onderwerp wat hier ter sprake is nie. Wat ons hier onder oë wil neem, is die stadsomstandighede wat mediese praktyksbeperking betref. Welke faktore beïnvloed die gebiedskeuse en hoe skakel dit ineen met ons etiese norme?

Daar is hoofsaaklik drie faktore wat in aanmerking geneem moet word in verband met die beperking van 'n praktyk tot een voorstad. In die eerste plek moet dit vir die pasiënte moontlik wees om die spreekkamer redelik maklik te bereik. Selfs die welvarendste gemeenskap kan nie verseker dat huisvrouens almal motors tot hul beskikking sal hê wanneer die man by die werk is nie, en dus moet toegesien word dat die plek van die spreekkamerperseel so gekies word dat dit vir iedereen in die betrokke voorstad prakties bekombaar is. In dié verband het verbeterde stedelike vervoer 'n groot verskil gemaak, en in sekere groot sentrums soos Kaapstad is die uitleg van die stad sulks dat dit moontlik is om feitlik alle dele deur middel van busse of treine te bereik. Daar moet egter tog nog in gedagte gehou word dat hoewel meeste munisipale vervoerdienste vanuit die voorstede na die middestad ry, relatief min voorsiening gemaak word vir vervoer binne die een voorstad. Deur dus 'n spreekkamer 'n aansienlike afstand vanaf 'n busroete te plaas, word dit vir die pasiënte wat aan die ander kant van die roete woon besonder moeilik om hul dokter te bereik.

Die tweede faktor wat 'n groot rol speel, is die bevolkingsdigtheid. Dit gebeur selde dat 'n voorstad deur net een dokter bedien word, en dit is noodsaaklik dat die sielebestand vir 'n praktyk bereken word met inagneming van al die beskikbare dienste. Tot relatief onlangs was meeste van ons stede in oppervlakte veel groter as ooreenkomstige stede in die buiteland wat bevolkingssyfers betref. Woonbuurtes, veral in die nuut ontwikkelende dele, was so dun met huise besaai dat dit ondenkbaar was dat enige geneesheer dit as sy afgebakende werksarea kon beskou. Noudat sommige van ons stedelike gebiede, soos byvoorbeeld Hillbrow in Johannesburg, 'n bevolkingsdigtheid ontwikkel het wat dit teoreties moontlik maak om 'n huisartspraktyk tot een of twee stadsblokke te beperk, word desentralisasie en gebiedsbeperking in die praktyk 'n algemene gewoonte.

Derdens speel die toenemende verkeersophoping in stede 'n rol. Met die koms van die motorkar kon dokters hul huisbesoeke veel vinniger afhandel en dié feit, tesame met die gemakliker kommunikasie wat die telefoon meebring het, het 'n toename in die aantal huisbesoeke tot gevolg gehad. Die tydbesparing wat die motor aanvanklik verteenwoordig het, het egter al hoe meer begin skipbreuk ly weens die toenemende verkeer in die stede, sodat dit in sommige sentrale stadsgebiede deesdae haas onmoontlik is om doeltreffend van 'n privaat motor gebruik te maak. Afgesien van die stadige beweging van die opgehoopde verkeer, is daar boonop die probleem van parkering wat dikwels meer tyd in beslag neem as die rit self. Dit is die frustrasie wat met stadsbestuur gepaard gaan wat een van die belangrikste faktore uitmaak wat dokters noop om hul praktyke tot een gebied te beperk.

Wat is nou egter die posisie ten opsigte van die pasiënt? Kom ons neem in die eerste plek die nuwe pasiënt in oënskou—die persoon of familie wat pas in 'n stad aangekom het, huisvesting gevind het, en nou begin omsien na 'n

geneesheer. Vriendskap, anders as mediese praktyk, is nie gebiedsgebonde nie en dit is hoogs onwaarskynlik dat enige steding sy vriendekring tot sy eie voorstad sal beperk. Indien 'n nuwekomeling via een van sy kennisse verneem dat sus of so as dokter so uitstekend is, kan hy slegs van sy dienste gebruik maak mits die betrokke dokter se praktyksarea toevallig die voornemende pasiënt se huis insluit. Indien daar dus in 'n gegewe woongebied slegs 'n paar geneesheer woonagtig is of praktiseer, sal dit beteken dat die vrye keuse van dokter wat een van die grondbeginsels van die Vereniging is nie heeltemal stand hou nie. Mens kan wel argumenteer dat vrye keuse van dokter slegs beteken dat daar gekies moet kan word tussen dié wat wel beskikbaar is en dat die feit dat daar net een dokter in 'n dorpie praktiseer nie hierdie beginsel van die Mediese Vereniging skend nie. Maar nogtans is dit waar dat streng gebiedsbeperking 'n min of meer bereikbare dokter se dienste ontnem, want daar sal altyd grensgevalle voorkom, waar die een pasiënt 'n dokter mag spreek terwyl sy buurman as buite die praktyksarea bestempel word.

'n Veel moeiliker probleem om die hoof te bied is die pasiënt wat na jarelange getroue ondersteuning van woonplek verander. Moet hy teen wil en dank 'n ander dokter soek? Dit help ook nie om uitsonderings te maak en in sommige gevalle toegeeflik te wees nie, want die ervaring leer dat dit baie gou aanleiding gee tot 'n chaotiese toestand waar die werklike grense van die praktyk begin vervaag en daar binne 'n paar jaar meer uitsonderings as inwonende gebiedspasiënte is. As die reël dat geen tuisbesoeke buite 'n sekere area onderneem word nie, streng deurgevoer word, ontstaan twee verdere moeilikhede: Sommige pasiënte belowe hand en mond dat hulle die arme dokter nooit na hul huise sal ontbied nie en altyd liefs na die spreekkamer van hul vertroude en geliefde geneesheer sal gaan. Mag sulkes dan tog aanvaar word, en wat gebeur as hulle dan nogtans in die nag siek word nadat hulle die middag vir 'n konsultasie by die spreekkamer was? Sal die dokter dan eties geregverdig wees om te weier om te help net op grond daarvan dat hy vooraf gewaarsku het dat hy nie tuisbesoeke sal onderneem nie? Selfs al sou die pasiënt sy kant van die ooreenkoms probeer nakom en 'n ander dokter vir die tuisbesoek ontbied, sou dit 'n lastige probleem skep vir sowel die tuisbesoekende dokter as die spreekkamer-konsultant.

Streng genome moet, volgens Reël 14 betreffende gedrag waarvan die Geneeskundige en Tandheelkundige Raad mag kennis neem, enige dokter wat 'n pasiënt oorneem eers sorg dra dat die vorige dokter behoorlik in kennis gestel is van die oorname. Dit sou dus beteken dat die twee geneesheer eers onderling sal moet konsulteer en die nodige toestemming reël—'n situasie wat maklik tot struweling kan lei.

Die voor-die-handliggende oplossing sou natuurlik wees om die afbakening baie streng deur te voer, maar selfs as dit gedoen word sal die herhaaldelik uitgesproke ideaal van die huisartskunde, naamlik om die familie as eenheid te beskou en te behandel, in 'n mate agterweë moet bly. Die seun of dogter wat weens werksomstandighede nie by die ouerhuis tuisgaan nie, altans nie gedurende die week nie, moet dan miskien 'n ander dokter as die ou vertroude familiedokter raadpleeg, om naweke weer sy storie oor te vertel indien hy dan verdere mediese hulp verlang. Mens kan voortgaan om die een na die ander ongelukkige omstandigheid op te noem en ons kollegas, veral die huisartse, sal die antwoorde moet soek—of skuldig bly.