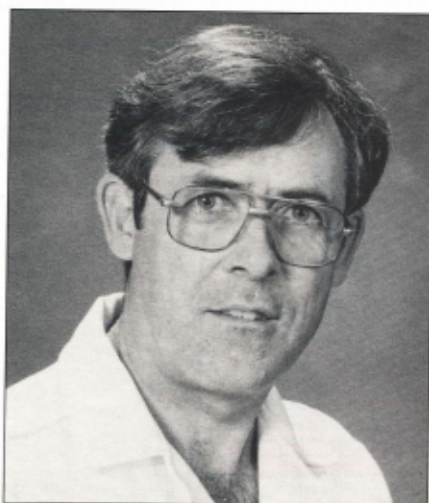


Studente-persepsies van die Elektiewe Periode

— Dr LA Hiemstra



Dr LA Hiemstra

Departement Huisartskunde
Universiteit van die Oranje Vrystaat
Posbus 339 (M35)
Bloemfontein
9300

Curriculum vitae

Dr Louis Hiemstra is in 1943 in Pretoria gebore en ontvang sy skoolopleiding aan die Afrikaans Hoër Seunskool. Hy behaal die MBChB te Pretoria in 1968. Sy internskap doen hy by 1 Militêre Hospitaal, Voortrekkerhoogte. Hy praktiseer te Virginia in die Vrystaat vanaf 1972 - 1982 en behaal in 1978 die M Prax Med by UP. Sedert Februarie 1983 is Dr Hiemstra Senior Lektor aan die UOVS, Departement Huisartskunde en vanaf Januarie 1992 Mededeelingsprofessor.

Summary

By analysing the data obtained from reports handed in by 5th year medical students on the 2 week elective period, we concluded that family practitioners in active practice do indeed act as a vital link in the undergraduate training of medical students. Comments by students on the principle of elective period training were overwhelmingly positive and they regarded it as an essential part of their training. The family practitioners who participated by receiving students, were generally in favour of the concept in its present form. Compared to generally accepted principles of what was regarded as a good example of a family practice, a percentage of practices investigated could take into consideration certain recommendations to improve their practice management and clinical performance.

S Afr Fam Pract 1992; 13: 15-21

KEYWORDS:

Education, medical, undergraduate; Preceptorship; Physicians, Family; Research

Voordrag gelewer te Wilde Kus Kongres, 12 Junie 1990.

Daar was sekere vrae tov hierdie gebruik om studente na praktiserende dokters vir 'n periode van 2 weke te stuur — vrae soos:

- * Hoe vergelyk u praktyk met norme wat aan Universiteite se departemente Huisartskunde aan studente gestel word?
- * Dit wat aan studente voorgehou

word en die realiteit behoort nie te veel te verskil nie, maar dit verskil wel. Waarom?

- * Wat word beskou as 'n "goeie dokter" of 'n "goeie praktyk"?
- * Is "hoeke sny" of intuïtiewe praktykvoering aanvaarbare praktykvoering? Indien wel, wat moet aan die studente vertoon word?

Om sommige van hierdie aspekte aan te spreek, is voorgraadse mediese studente se belewenis van besoeke aan 'n groep huisartspraktyke ontleed en sekere gevolgtrekkings gemaak.

Tydens die finale fase van voorgraadse studente-opleiding in die akademiese omgewing, word geleentheid gebied aan studente om as deel van hul verpligte Huisartskunde-inwoning, huisartspraktyke te besoek vir 'n periode van twee weke om praktiese ondervinding op te doen van die teorie wat tot op daardie stadium aangebied is.

Die voorgraadse teoretiese kursus in praktykvoering word tans tydens die eerste semester van die vyfde studiejaar voltooi waarna 'n eksamen geskryf word waarmee die vak afgehandel word.

Riglyne ten opsigte van die doel, praktiese reëlins en inligting word formeel en skriftelik aan studente voorsien, asook bekendstellingsbriewe en inligting aan die betrokke geneeshere tydens die preceptorship.

Die studente kies self watter praktyk(e) besoek sal word, en dra ook self die verantwoordelikheid om vooraf met die gekose huisarts reëlins te tref vir hierdie besoek.

... Studente-persepsies

Geen beïnvloeding van die studente tov hul keuse van praktyke, oëskynlik goed of sleg, vind plaas nie.

Studente moet na afloop van hierdie besoek 'n verslag volgens riglyne voltooi en inhandig waarin die student 'n persoonlike waardasie van die betrokke huisartspraktyk en sy/haar leerervaring daar maak. Die leermeester-huisarts word ook

Studente ervaar 'n konflik wanneer hulle in die privaat praktyke gaan werk – dis nie soos hulle geleer is nie

versoek om 'n vertroulike verslag oor die student te voltooi en kommentaar te lewer oor enige aspek van die inwoningstydperk. Deeglikheid, inisiatief, en eie oorspronklike kommentaar van studente in die verslae word aangemoedig deur onder andere geborgde pryse vir die beste 5 verslae toe te ken.

Die vertroulike en bevoorregte aard van die inligting wat so verkry word, word wel deeglik besef, en soos enige vertroulike pasiënte — inligting hanteer. Studente kan "leke"-kommentaar lewer, vergelykings tref of versigtige kritiek lewer op aspekte van die praktyk of praktykvoering wat ter sprake kom tydens gesprekke met die Huisarts, gemeet aan standarde tydens lesings gestel. Juis dit is die bron van sinvolle inligting en kruisbestuwing, en behoort geensins as negatief of bedreigend ervaar te word deur enige betrokkenes nie.

Gesien in die lig van onlangse beginselgoedkeuring van die SAGTR ten opsigte van beroepsgerigte

opleiding word die huisarts in sy praktykomgewing 'n al belangriker skakel in die ketting van geneeskundige opleiding en pasiëntesorg, en sal hy daarom onder andere sy eie huidige praktykvoering krities moet evalueer en hom vir hierdie rol moet toerus.

Colin Leon sê reeds in 1989: "... General practitioners enjoy the esteem that goes with their professional status, but in order to maintain this status, the standard of patient care must be constantly monitored." Dit geld vir praktykvoeringstandaarde ook. Standardisasie, sonder om inbreuk te maak op individualiteit en oorspronklikheid, is belangrik aangesien Leon ook sê: "... inconsistency can occur in the same town and even between neighbouring practices ..."

Dit kan verwarrend wees indien akademie en praktyk nie saamstem oor standarde van wat as "goed",

Is daar net sekere, bepaalde "regte" dinge vir die algemene praktyk

"aanvaarbare praktyk", of "swak" beskou kan word nie, of as praktyke onderling verskil oor basiese beginsels van praktykvoering. Daarom, en op grond van ontledings van die inligting uit studenteverslae van praktyke verkry, merk ons:

- * Daar is konflik in studente se verwagtings en dit wat in praktyk gevind word.
- * Met ander woorde, daar is verskil

in wat gepredik word en wat werklik gebeur.

- * Omdat daar verskille bestaan, is die vraag WAAROM?

Ons meen dat die Akademie aan studente die "regte" dinge leer. Wat ons hoor, bewys moontlik die teendeel? Dit mag egter wees dat elke unieke dokter, of praktyk, of omstandigheid ander "regte dinge" dikteer.

Studente moet groei en ontwikkel aan die hand van die voorbeeld van 'n praktiserende dokter

Wat belangrik is, is dat studente moet groei en ontwikkel, dikwels aan die hand van voorbeelde van praktiserende huisartse, en dat hierdie voorbeelde wat gestel word, toepaslik, basies korrek, effektief en doeltreffend moet wees. Tweedens: huisartse in praktyk kan nooit bekostig om op te hou groei nie. Groei is nie slegs oorneem van gevestigde (verkeerde?) gewoontes en gebruikte nie.

Ander onbeantwoorde aspekte:

- * Is die praktiserende huisarts *wel* 'n noodsaaklike skakel?
- * Kan die Huisarts hierdie rol as skakel tans met vertroue effektief vervul?
- * Is addisionele opleiding nodig om dit te kan doen?
- * Is die Huisartse bereid om hierdie inset te lewer?
- * Is die teorie wat aangebied word,

... Studente-persepsies

toepaslik vir huidige omstandighede en veranderende tendense?

- * Bestaan daar 'n "ideale" praktyk-opset?
- * Moet daar vrye studente-keuse van praktyke wees, of moet die akademie praktyke selekteer vir die studente, aangesien nie alle praktyke oënskynlik "goeie" praktyke is nie?
- * Leer studente iets by die sg "swak" praktyke?
- * Wat is die studente se belewenis van hierdie plig ten opsigte van praktiese opleiding?

Om antwoorde op sommige van die vrae te vind is die voltooië elektiewe verslae van studente as basis gebruik en 113 praktyke op lukraak wyse gekies uit die ongeveer 400 volledige verslae wat sedert 1986 deur studente ingedien is. Elke verslag is persoonlik ontleed volgens vooraf bepaalde kriteria, en data gerekenariseer en

Huisartse mag nooit ophou om te groei en te ontwikkel nie

verwerk. Kommentaar van beide studente en Huisarste is ook ingewin oor die beginsel en funksionering van die elektiewe periode.

Studenteverslae wat oor Hospitaalwoning verslag gedoen het is om praktiese redes nie hierby ingesluit nie.

Ontleding

Uit die data verkry, blyk dit dat daar goeie verspreiding van praktykkeuses

deur die Vrystaat, Kaap, en Transvaal was, met klein getalle studente wat Natal en Namibië besoek het.

Tuisdorp, afstande, taal, en koste speel waarskynlik 'n rol by die keuse van hierdie geselekteerde praktyke.

76% van die gekose praktyke was plattelandse praktyke. Die grootste persentasie stedelike praktyke wat besoek is, was hoofsaaklik in Bloemfontein geleë, 29,2% van die geselekteerde praktyke was *eenman* praktyke en 66% van hierdie eenmanpraktyke was plattelandse praktyke.

Die nadele van eenmanpraktyke word in die literatuur goed beskryf.¹

Nogtans lyk dit of hierdie tipe praktyk se voordele net so swaar as die nadele weeg. Persoonlike aandag, selfdoen- en leer-geleenthede in enkelpraktyke was van die positiewe redes vir hierdie praktykkeuse gemeld deur studente. 57,5% van die praktyke wat besoek is, was *vennootskapstipe* praktyke, waarvan 85% plattelands geleë is. Slegs 13,3% was *assosiasie*-tipe praktyke. *Assosiasies* kom eweveel plattelands en stedelik voor.

Die teorie beklemtoon die voordele van *assosiasie* praktyk in vergelyking met ander vestigingswyses, waar elke assosiaat vir sy eie sak praktiseer, en slegs enkele aspekte soos waggamerfasiliteite, na-uurse dienste en andere deel.¹

Die aantal huisartse per praktyk is as volg versprei:

1 geneesheer	29,2%
2 geneesheer	27,5%
3 geneesheer	21,2%
4 geneesheer	15,0%
5 geneesheer	4,4%
6 geneesheer	2,7%

Daar was 278 huisartse verteenwoordig in die 113 geselekteerde praktyke. Dus, ongeveer 2,5 dokters per praktyk gemiddeld, wat goed inpas by die eerste 3 groepe hierbo aangetoon, wat saam 78% van die praktyke uitmaak.

As ons aanneem dat al die stedelike praktyke geredelik hospitaalfasiliteite tot hul beskikking het, wat kliniese

Die nadele van eenmanspraktyk kanselleer die voordele daarvan

werk vergemaklik asook uitbrei, is dit interessant dat 14% (almal plattelands) van die geselekteerde praktyke nie eers oor so 'n basiese gerief beskik nie.

As aanvulling tot inkomste, maar ook dikwels sonder keuse, was *aanstellings* as volg verteenwoordig:

distriksgeneesheer	34%
(slegs 3 stedelik)	
hospitaalaanstelling	29%
mediese gesondheidsbeampte	13%
industriële aanstellings	9%
superintendent	5%
SA Spoorweë	4%
SAW	3%
Myn Bystandsvereniging	1%

Volgens die gegewens word vir elke Huisarts gemiddeld 0,3 *personeellede* benodig. Die verhouding hulppersoneel: dokter vir 2 vennote is 1,25, wat die beste personeel en arbeidsbenutting verteenwoordig.

Volgens die gegewens blyk dit dat waar praktyke uit meer as 3

... Studente-persepsies

geneeshere bestaan, addisionele personeelaanstellings nodig is, en die verhouding personeel: dokter nadelig versteur word, met gevolglike belangrike koste- en ander implikasies vir die praktyk.

Hierdie aanstellings van personeel is vergelyk tov die tipe praktyk, en statisties is daar beduidende verskille

Vir elke huisarts word 0,3 personeellede benodig

tussen eenman, assosiasie en vennootskappe se personeelaanstellings wat nie aan kans toegeskryf kan word nie.

Vierman-vennoot praktyke het 'n verhouding personeel:dokter van 3,25, wat beteken dat hierdie praktyk inderwaarheid 13 personeellede sal aanstel — wat dan ook bevestig is met 'n werklike voorbeeld.

Die gemiddelde aanstellings vir 'n eenmanpraktyk is 3,4 assosiasiepraktyk 3,7 vennootskappe 5,7 Die koste-implikasies en ander aspekte van hierdie tendens spreek vanself. Het ons hier te doen met 'n luukse?

Personeel word meesal afsonderlik volgens pligtestaat aangestel, maar word ook dikwels om praktiese oorwegings in poste gekombineer. Dit is belangrik dat sleutelpersoneel reg gekeur en aangestel word in die betrokke pos om optimaal te kan funksioneer en te kan ontwikkel in vaardigheid en persoonlikheid.

Uit die praktyke ontleed, was die

volgende aanstellings gemaak:

96% aanstellings in poste as ontvangsdame alleen, verskillende rasse.

94% as hulp/bode/assistent

84% as boekhouer alleen

82% as verpleegkundige in een of ander hoedanigheid

72% praktyke het kombinasie-aanstellings gebruik:

35% kombinasie ontvangs/boekhouer

13% kombinasie ontvangs/verpleegkundige

13% praktyke het 'n tuinier aangestel

2% kombinasie ontvangs/boekhouer/verpleegkundige

50% praktyke se personeel wat praktykadministrasie moet hanteer, doen dit in kantore wat ontvangs en administrasie/rekeninge kombineer in dieselfde kamer. Volgens die literatuur hou dit pertinente voordele en nadele in vir personeel en pasiënte.

83% praktyke wat afsonderlike kantoor- en ontvangsgeriewe gebruik, is plattelandse praktyke. Beskikbare ruimte en aanvaarbare kostestruktuur op die platteland mag hier 'n rol speel.

Ander fisiese komponente:

77% praktyke het apteke in afsonderlike vertrekke ingeruim.

67% praktyke het 'n aparte behandelkamer, alhoewel 94% wel prosedures in die praktyk uitvoer.

52% het stoorkamer fasiliteite.

46% het afsonderlike sykamerfasiliteite (laboratorium).

8% het hul eie formele teaterfasiliteite.

7% plattelandse praktyke gebruik eie X-straal apparaat.

Die Organisasoriese aspekte

* Slegs 4 uit 113 praktyke maak *nie* gebruik van 'n afspraakstelesel nie. Om afspraak te kan reël, is effektiewe kommunikasie-fasiliteite nodig: 7 praktyke moet van handsentrales gebruik maak.

* In 18% van die praktyke vind kliniese notering nog plaas op A5 grootte kaart. (Poskaart grootte).

Nie net voldoen dit in die meeste gevalle nie aan voorgestelde en aanvaarde standaarde van notering nie, maar is meestal onvolledig weens die beperkte ruimte beskikbaar asook die weglaat van

Volgens gegewens lyk dit asof praktyke met 3 geneeshere die mees ekonomiese opset is tov ondersteunende personeel

die meeste komponente van die GOSH-noteringstelsel, wat gevolglik besliste regs-mediese risiko's inhou vir die betrokke praktyke wat hierdie wyse van notering implementeer.

Dit is bekend dat talle praktyke vir dekades al met hierdie beperkte kliniese notering oënskynlik "effektief" funksioneer, maar hierdie kliniese noteringswyse sal in geval van 'n geregtelike ondersoek nie die geweldige aanslag van die

... Studente-persepsies

regsprosedures kan neutraliseer nie. 'n Optiplan-tipe stelsel, of A3 grootte notering, waarborg egter nog nie optimale notering nie! (Vergelyk Pistorius: kliniese notering, p277-313).¹

- * *Liassering:*
alfabetiese stelsels (volgens vanne)
- 81%
standaard staal-kabinette - 83%
Optiplan tipe - 17%

Die inherente nadele van 'n alfabetiese rekordstelsel wat veral in geval van nuwe pasiënte-toevoegings in die *middel* groei, in teenstelling met groei aan die *einde* van 'n numeriese stelsel, asook tydverkwisting en frustrasie van personeel tydens soektoegte in oneffektiewe liasseerstelsels, laat mens met verbystering staan oor hoe groot die gebrek aan inligting is, of hoe gevestig swak gewoontes en stagnasie is, en watter geweldige verbetering in praktyksbestuur KAN plaasvind! Koste mag wel 'n inhiberende invloed hê op effektiewe stelselkeuse.

Verbetering in praktykbestuur kan 'n geweldige verskil vir die dokter maak

- * *Boekhouding/rekeningstelsels:*

75% praktyke is reeds gerekenariseer - meeste met hul eie rekenaar, en in 'n minderheid gevalle met buroostelsels. Wat verblydend is, is dat 75% van die gerekenariseerde praktyke op die platteland voorkom. Groot en belangrike feite- en data-aanwinst met belangrike finansiële implikasies or praktykwinst, asook

vermoë tot langtermyn en korttermyn beplanning is hierin geleë.

In teenstelling met hierdie positiewe aspek, beskerm slegs 24% van praktyke hierdie rekonaardata, rekeningkaarte, bates en ander aspekte van sekuriteit in 'n brandbestande en waterbeskermdende kluis!

Kliniese aspekte

Gemiddelde aantal konsultasies per dokter per dag:

konsultasies ... 54,5
(platteland)

konsultasies ... 62,8
(stedelik)

Daar is egter geweldige variasie met 'n maks van 187 en minimum van 17

Tuisbesoeke word beperk tot 'n gemiddeld van ongeveer 1 besoek per dokter/dag.

- * *Dokterstas:*

95% Huisartse gebruik Dratasse
29% maak gebruik van Reserwetasse
12% het ook Noodtasse, of Kraamtasse

- * *Addisionele bronne van inkomste:*

prosedures 94%
bevallings 81%
operasies 80%
reseptering 77% (meestal slegs deels resepterend)

72% van die praktyke wat *nie* resepteer nie, is in stedelike gebied geleë. Die aanwending van personeel, berging van medisyne, tipe en kwaliteit van toerusting, houers en etikettering is faktore wat konstante aandag verg.

- * *Laboratorium-ondersoek:*

Sykamerondersoek vorm 'n integrale deel van die kliniese ondersoek en het diagnostiese en/of bevestigende waarde. In 46% van die praktyke was 'n formele sykamer ingerig. Plattelandse praktyke was meer aangewese op hierdie hulpmiddel as die stedelike

Slegs 24% van praktyke beskerm hulle pasiënte-gewens voldoende.

praktyke wat gereedlik toegang tot erkende laboratoria het, (85% platteland).

Sykamerondersoek: algemeen gebruik:

Doopstokkie toetse (variasie)	86%
EKG	84%
Mikroskoop	73%
Hemoglobien	73%
Oogtoetse (Snellen, kleur, druk)	58%
Glukose	51%
Swangerskap	50%
Besinking	36%
Doptone of Sonar	35%
Piekvloeiemeting	15%
Cholesterol	0,3%
Longfunksie	0,4%
Tonometrie	0,3%

- * *Kommentaar:*

Dit is verbasend dat:

1. 27% van die praktyke nie 'n mikroskoop besit of gebruik nie! Sinvolle interpretasie van doopstokkietoetse, kliniese toestande, natsmerc edm, asook

... Studente-persepsies

spesifieke en toepaslike koste-effektiewe behandeling kan dikwels slegs geïnisieer word mbv 'n mikroskoop as hulpmiddel.

Byvoorbeeld: Bevestiging van bloed en silinders igv 'n positiewe bloedtoets op die doopstokkie kan alleen mbv 'n mikroskoop verkry word. (Hemoglobienurie/mioglobienurie gee ook 'n positiewe doopstokkietoets vir bloed.) Toestande soos akute

Slegs 27% van die praktyke het 'n mikroskoop.

glomerulo-nefritis, piëlonefritis, sistitis, hittesteek edm noodsaak tog 'n korrekte aanvanklike diagnose! Teen ongeveer R80 per buisie anti-fungus room vir die pasiënt mag 'n onbevestigde vaginale candidiase tog nie foutiewelik behandel word, as 'n eenvoudige natsmeer binne sekondes die werklike antwoord kan verskaf nie!

2. Piekvloei-meting:
In slegs 15% maak Huisartse van piekvloei-meting gebruik om die erns van die kliniese toestand, of effektiwiteit van terapie van pasiënte met longtoestande te evalueer. Hierdie ondersoek/toets is nie net noosaaklik nie, maar weglaat daarvan grens aan nalatigheid!
3. Bloedbesinking, 'n meting van aktiwiteit, en meer belangrik, meting van vordering of

verergering van die pasiënt se toestand, is 'n basiese spreekkamer ondersoek. 64% van die praktyke maak *nie* hiervan gebruik nie.

4. Volgens die keuse van spesiale ondersoeke wil dit voorkom of finansiële oorwegings *nie* die motiverende faktor vir die gebruik daarvan is nie.
5. Studente het gemeld dat alhoewel sykamerfasiliteite in meeste gevalle wel bestaan, dit nie die *gebruik* daarvan verseker nie.

Sykamerondersoeke is 'n aspek van praktykvoering wat baie meer aandag en opleiding verg om sodoende 'n beter en meer koste-effektiewe diens aan pasiënte te kan lewer. Omdat die huisarts grotendeels die mediese kostes vir die pasiënt kan beheer, rus die verpligting op die geneesheer om hierdie kostes te beperk deur koste-effektief te praktiseer.

* Studente se *komentaar* oor die elektiewe periode was amper sonder uitsondering positief tot baie positief.

Enkele uittreksels

Die beginsel van die elektiewe periode:

Stimulerend ! - die teorie en praktyk verenig.
Selfreseptering werk!
Besef verantwoordelikhede nou eers.
Boeke is boustene, ondervinding die sement.
Rekordstelsel soos Pistorius word aanbeveel.

Die omvattendheid van die beroep:

Die totaliteit van sorg is motiverend. Eerder sieketrooster as slegs pille uitdeel.

Die rol van die Huisarts in primêre sorg:

Algemene dinge is algemeen.
Die belang van Gesinsbeplanning besef.
Ken jou beperkings.
Behoeftes van derde wêreld besef.
Regeer en delegeer gee resultate.

Oor die leermeesters:

Puik dokters met goeie gesindheid.
Waardige leermeesters met wye verantwoordelikhede.
Swak praktykadministrasie gesien en dit is die dokter se eie toedoen.
Gebrekkige fasiliteite en swak organisasie.

Oor die invloed op verdere studies en toekomsbeplanning:

Dit het my beroepskeuse herbevestig.
Spesialisasie is *nie* die natuurlike, volgende stap nie.
My vlerke getoets - leemtes ontdek.
Stedelike praktyk is minder aantreklik.
Klein vakke word afgeskep in die akademie.

Goedkoop, noodsaaklike sykamerfasiliteite help om koste-effektief te praktiseer.

'n Beroep wat geniet kan word! Gaan nie net om geld nie.
Siekteprofiel gesien - moet inisiatief neem vir eie leerproses.
Lekkerste manier om mediese kennis uit te leef.

Ook die Huisartse wat vrywillig ingestem het tot hierdie studente se besoeke aan hul praktyke, was feitlik sonder uitsondering positief oor die elektiewe periode.

... Studente-persepsies

Oor die beginsel van die elektiewe periode:

Baie stimulerend, leersaam en nuttig. Uitstekende onontbeerlike deel van opleiding. Jy leer die meeste as jy self waag. 'n Unieke eerste ervaring - ek het dit terdeë geniet! Baie positiewe ervaring vir beide dokter en student.

Kritiese opmerkings:

Kennis oor etiek en "bedside manner" ontbreek. Werk goed ten spyte van vertraging in werktempo. Stremmend, want nog ongewoon daaraan. Sekerlik 'n groot opoffering van 'n dokter om sy vertroulikste dinge met iemand te deel - nogtans die moeite werd!

Gevolgtrekkings/aanbevelings

Alhoewel daar volgens sekere standarde skynbaar leemtes bestaan in sekere praktyke, is dit korrigeerbaar, mits die geneeshere bereid is om introspeksie te doen.

Die geslaagdheid van elke praktyk se oorlewing in 'n uiters kompeterende omgewing gaan afhang van hoe vinnig en doeltreffend aanpassings gemaak sal word om optimaal te presteer. Die feit *dat* hierdie oënskynlike leemtes in sommige praktyke bestaan, maak studente bewus van alternatiewe, en die slaggate van praktykvoering. Daar is dus *wel* iets te leer uit minder ideale praktyke! Daar is genoeg praktyke wat as "ideale" praktyke beskou kan word, maar inaggenome die unieke omstandighede van elke huisartspraktyk asook die uniekheid van Huisartse self, wil mens eerder die woord "wenslik" as "ideaal" gebruik.

Volgens die data funksioneer die meeste praktyke effektief en is addisionele opleiding vir die taak as tutor nie nodig nie. Die beginsel van voortgesette geneeskundige onderrig om sodoende op hoogte te bly, is egter onaanvegbaar. Dit bied geleentheid aan die kursusgangers sowel as lektore om kennis en ervaring te deel en by veranderende en nuwe tendense aan te pas.

Dit is ons oortuiging dat die praktiserende Huisartse reeds 'n noodsaaklike deel van mediese studente-opleiding behartig en dat hierdie verpligte preseptorskap van twee weke 'n onmisbare praktiese deel van voorgraadse mediese opleiding

Voorgesette geneeskundige onderrig om op hoogte te bly is essensieel

uitmaak. Huisartse moet hierdie geleentheid beskou as 'n noodsaaklike belegging vir die toekoms.

- * *U moet help vorm* aan die dokter van die toekoms!
- * *U moet houding en gesindheid* oordra, eerder as kennis.
- * *U gaan bepaal* wat 'n "goeie" dokter is!

Volgens die kommentaar is dit nie net die studente wat baat by hierdie elektiewe tyd nie, maar kruisbestuwing na hierdie geselekteerde praktyke vind ook plaas. Gebruik hierdie geleentheid tot u eie voordeel!

Ons will ons dank uitspreek aan Huisartse wat reeds hierdie taak

vervul, en aan die ander wat tot nog toe getwyfel het of hulle aan studente iets kan bied, die versekering gee: U kan! U is 'n "VITAL LINK"!

Bronverwysings:

1. Pistorius GJ en Pistorius CI. *Praktykvoering vir die Huisarts*. HAUM. 1986.
2. Kimmel SR. Use of the peak flow meter in office practice. *Am Fam Phys*. 1986; p107.