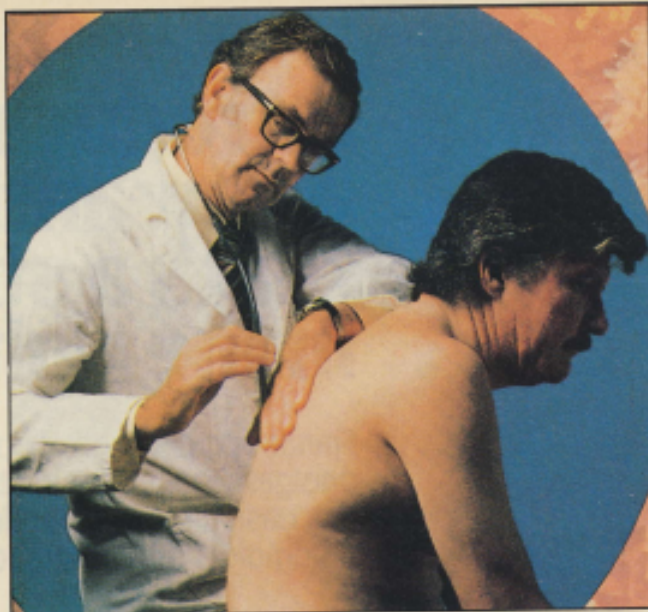


GABRIEL JACOBUS PISTORIUS

Die wese van die huisartskundige



DIE VRAAG kan met reg gestel word: Waarom is 'n bekendstelling van die Wese van die Huisartskunde dan nodig? Die beroep van Huisart is immers tog een van die oudste beroepe — waarom dan nou 'n bekendstelling?

Die redes is tweerlei — eerstens weens die anachronisme dat die huisartskunde wat die oudste broer van die geneeskundige familie is, maar soos 'n verlore seun al die jare uit die akademiese huiskring afwesig was, nou weer terugkeer om as't ware die jongste akademiese spruit te wees. Weens sy lang afwesigheid het hy nou dus weer 'n bekendstelling nodig.

Tweedens heers daar ongelukkig nog heelwat relatiewe onkunde oor sy werklike wese — selfs tussen sy eie broers, die spesialiste dissiplines. 'n Geleerde spesialis het onlangs die vraag aan my gestel: "Wat is daar wat julle nou eintlik in huisartskunde aan die studente kan leer — seker maar hoe om die pasiënt op sy skouer te klop!"

Enersyds is my bekendstellingstaak vanaand maklik, want die wese van die Huisartskunde is ook die wese van die huisarts. Andersyds is dit egter moeilik, want die veld is geweldig wyd. Ek hoop dat ek u 'n gebalanseerde beeld sal kan gee.

Vanaf die vroegste jare het huisartse hul stempel op die geneeskunde afgedruk. Vanaf Moses met sy slang in die woestyn, deur Lukas, die geliefde geneesheer, tot by die moderne geneeskunde, speel hy sy rol.

Jenner, wat op die dorpie Berkely in Engeland praktiseer het, word onthou vir die suksesvolle inenting teen pokke.

Robert Koch ontdek as algemene praktisyn te Wollstein in Duitsland die Anthrax basil, en toon vir die eerste keer aan dat 'n

bepaalde veroorsakende organisme 'n bepaalde siekte veroorsaak.

William Withering stel in 1785 die belangrikste geneesmiddel in die geskiedenis van kardiologie — digitalis — bekend.

James McKenzie is gebore in 1853, en in die tydperk van 30 jaar wat hy as huisarts in 'n dorpie in Lancashire praktiseer, word hy die grondlegger van moderne kardiologie.

Die volgende groot name in die geneeskunde was ook huisartse, of het hul bydraes reeds as huisartse gelewer:

Kussmaul, Parkinson, Clarke, Huntington, James Ross, Liebeault, en Adrianus Pijper.

Waar pas Huisartskunde dan in die hele spektrum van die mediese wetenskap in?

Met reg kan gesê word dat Huisartskunde die fondament van die mediese wetenskap is. Simbolies is dit ook waar, want die fondament is op die grond, en daarom ook die naaste aan die mens wat hy bedien.

Basies het elke spesialis dissipline uit die fondament van die Huisartskunde gegroei.

Dit is ook duidelik dat die

huisarts die hele gemeenskap bedien. Hoe hoër die toring van spesialisasie, hoe minder persone word uit 'n spesifieke gemeenskap geraak.

Die huisarts is dus verantwoordelik vir die versorging van die totale mens tot op die vlak waar sy vermoëns hom dit toelaat om dit optimaal te doen.

Wie is hierdie totale mens?

Oor hierdie vraag het filosowe deur die eeue al baie filosofieë die lig laat sien. Die feit dat daar so baie is, beklemtoon die feit dat nie een die hele waarheid bevat nie.

Daar is slegs een filosofie wat die toets van die tyd deurstaan het, en wat hierdie vraag volkome kan beantwoord, en dit die Dié Filosofie, naamlik Die Bybel.

In 1 Thessal. 5:23 noem Paulus die drie elemente van totale menswees, naamlik "gees en siel en liggaam." Dit is die enigste ware filosofie van die totale menswees, met al die wonderbaarlike interaksies van hierdie elemente onder mekaar en na buite.

Hierdie holistiese benadering is die basiese uitgangspunt van die huisarts, en dit onderskei hom van elke ander dissipline.

Ek wil dit kategories stel dat enige huisarts wat nie aldie hierdie elemente van die totale mens — liggaam, gees en siel — erken en in ag neem in sy hantering nie, geen ware huisarts is nie, en jammerlik in sy roeping sal faal.

Dit is welbekend dat liggaam en gees en siel mekaar wedersyds kan beïnvloed.

Hierdie drie elemente van totale menswees is immers onafskeidbaar aan mekaar verbode en funksioneer altyd as 'n eenheid.

Vanweë sy vertrouens-posisie tot die pasiënt, is dit veral vir die huisarts belangrik om hierdie interaksie volkome te verstaan.

Schutte² verklaar dan ook: "Die menslike wese met sy komponente van gees, siel en liggaam is minstens net so grensloos in sy kompleksiteit as die kosmos of die geordende geheel van die heelal.

Die wedersydse aanvullende interafhanklikheid van struktuur en funksie ten einde 'n stabiele homeostase te bewerkstellig, verbyster die denke.

Hierdie kosmos in die klein is nie net die voorwerp nie, maar die kern van die ganse geneeskunde.

Dit is hierdie eindeloos ingewikkelde menslike wese, wat met sy drie komponente van gees, siel en liggaam die verantwoordelikheid is van die geneeskunde, en weens sy ongeselekteerde en deurlopende aandag, die omvattende en alles insluitende verantwoordelikheid van die huisarts."

Die vraag ontstaan nou of die huisarts, wat ook maar net 'n mens is, in staat is om hierdie geweldige uitdaging die hoof te bied.

Is sy huidige opleiding omvattend en toepaslik genoeg om hom vir hierdie taak voor te berei?

Die belang daarvan om die toekomstige huisarts behoorlik vir sy taak toe te rus, word ook

terdeë deur Weed³ besef as hy verklaar: "If we fail to provide a system for — and to demand order from — students and physicians, then we should not be surprised if they reveal anxiety and confusion in the management of complicated cases.

The recourse for many of them is to seek shelter in specialization, where singleness of mind is acceptable and multifarious problems may be ignored."

Daar moet dus krities na die opleiding van huisartse gekyk word.

Keuring van voornemende mediese studente word by gebrek aan 'n beter metode, hoofsaaklik op skoolakademiese prestasies, gedoen.

Hoe belangrik intelligensie ook is, is veel meer as dit nodig om die taak van huisarts, soos reeds geskets, volwaardig te kan uitvoer.

Wat van al die belangrike geesteswetenskappe wat die voornemende geneesheer moet hê? Sy leerplan maak geen voorsiening vir versorging van die siel nie — daardie eienskappe sal hy inherent moet besit.

Die American Academy of General Practice som die vereistes vir die toekomstige huisarts so as volg op⁴: "The (family) physician should be psychologically mature and must understand his own needs and functions.

In addition, he must possess all of the necessary technical skills common to a socially-orientated science."

Hierdie vaardighede kan as volg gekategoriseer word:

1. Kognitiewe aspek. Kennis insake die normale en abnormale toestande en funksionering van die totale mens, en die toepassing van daardie kennis moet opgedoen word.
2. Manipulatiewe aspek. Sekere motoriese vaardighede wat nodig is in die bekamping van siekte moet aangeleer word.
3. Perseptiewe aspek. Die waarnemingsvermoë moet so ontwikkel word dat afwykings van bepaalde norme vasgestel kan word.
4. Affektiewe aspek. Die interpersoonlike verhoudings moet op so 'n vlak wees dat dit sal bydra tot die genesingsproses van die pasiënt.

Dit is dus duidelik dat die huisarts sekere kennis, vaardighede en gesindhede moet kan bemeester. Hierdie vermoëns moet hom in staat kan stel om nou te kan voortbou op die 4 hoekstene van die Huisartskunde. Hierdie begin is baie belangrik, want dit verskaf die sleutel tot die

hele gebou van die Huisartskunde.

Hierdie 4 hoekstene is die volgende:

1. Kliniese huisartskunde
2. Praktijkvoering
3. Gesinsgeneeskunde
4. Gemeenskapsgesondheid

Hoe vergelyk die voorgraadse opleiding in elk van hierdie

Die wese van die huisartskundige

hoekstene met die werklikheid van die praktyk?

Kliniese huisartskunde impliseer die kliniese probleme wat die huisarts in die praktyk teëkom, en dit verskil ingrypend van die kliniese geneeskunde soos dit in die opleidingshospitaal voorkom.

Dit is ook heeltemal te verstane; pasiënte word in opleidingshospitale opgeneem vir sekondêre en tersiêre sorg, terwyl die meeste primêre sorg buite die hospitaal plaasvind.

Dit veroorsaak dat die morbiditeitsprofiel in die opleidingshospitaal drasties verskil van die profiel van die praktyk. Hodgkin dui dit ook pragtig aan.

Hierdie verskil is veral opmerklik in die geval van boonste lugweginfeksies, maagdermgestelheede en angs- en spanningstoestande wat baie meer dikwels in die praktyk voorkom, en chirurgiese maagdermtoestande, maligniteite en ernstige hart- en longoestande wat weer 'n hoë hospitaal voorkomsyfer het.

Elke senior voorgraadse mediese student sal kan getuig van die groot aantal pasiënte met maligniteite wat hy tydens sy opleiding in die hospitaalsale teekom, en hoeveel lesing- en besprekingsyd daaraan afgegaan word.

Wat twee van die mees algemeen voorkomende kankers betref, kan hierdie student, volgens John Fry⁶, verwag om slegs een nuwe geval van borskanker per jaar, en een nuwe geval van cervixkarsinoom elke drie jaar, in die praktyk teë te kom.

Wat praktijkvoering betref, word dit slegs aan enkele universiteite op georganiseerde wyse op voorgraadse vlak aangebied. Dan word dit van die pasafgestudeerde huisarts verwag om onmiddelik in 'n situasie in te stap waar

hy as besturende direkteur van 'n firma met 'n omset van duisende rande per jaar moet optree.

Geen wonder dat geneesheer as die swakste besigheidsbestuurders in die sakewêreld beskou word nie!

Soos die naam aandui, het gesinsgeneeskunde te doen met die welsyn en dinamika van die gesin as eenheid. Huisartskunde beteken in der waarheid: Huisgesinsartskunde. Hierdie aspek vorm 'n baie belangrike en integrale deel van die taakgebied van die huisarts, maar nérens word dit op voorgraadse vlak as afsonderlike

vak aan mediese studente aangebied nie.

Wat gemeenskapsgesondheid betref, het prof. Marie Uys tydens 'n vorige intrede daardie aspek duidelik toegelig.

Dat voorgraadse mediese opleiding dus nie daarin kan slaag om 'n volwaardige huisarts daar te stel nie, maar wel 'n basiese geneesheer, is baie duidelik.

Geen wonder dat sir William Osler by geleentheid verklaar het: "The training of the medical school gives a man his direction, points him the way, and provides him with a chart, fairly incomplete, but nothing more.

Weliswaar is hierdie "basiese geneesheer" baie goed onderleg ten tye van sy afstudering, en hoewel hy op daardie stadium deure 'n volwaardige huisarts is, is dit nie de facto die geval nie. Deur jare van ondervinding en indiensopleiding verander hy geleidelik in 'n de facto volwaardige huisarts.

Hierdie standpunt dat die huidige voorgraadse opleiding slegs daarin slaag om 'n basiese geneesheer daar te stel, word wyd aanvaar, onder andere ook deur die Komitee vir Voortgesette Mediese Onderrig van die Mediese Vereniging van Suid-Afrika.

Voordat hierdie onderrigstelsel egter gekritiseer kan word, moet eers gekyk word na die produk wat gelewer word in hierdie geval die "basiese geneesheer."

As hierdie geneesheer as sodanig erken en gebruik word, is die huidige onderrigstelsel seker in orde, maar nou word van hom verwag om onmiddelik as volwaardige huisarts te funksioneer.

Die noodsaaklikheid daarvan om 'n oplossing vir hierdie probleem te vind, spreek duidelik uit verskeie opnames rakende

loopbaankeuses van mediese studente en interns.

In 'n opname van interns in Brittanje (1976)⁸ is bevind dat huisartskunde die mees populêre loopbaankeuse was. Van ons eie universiteit se huidige vyfdejaarsklas beplan 75 persent van die studente om huisartskunde te beoefen.¹⁰

Die oplossing lê myns insiens in nagraadse beroepsgerigte opleiding vir die voornemende huisarts, net soos in die geval van 'n internis, chirurg ens. Kayser¹⁰ ondersteun hierdie gedagte in die S.A. Mediese Tydskrif:

"I believe that the universities should train a basic doctor who after qualifying must decide what he is going to do — specialize in medicine, psychiatry, hospital administration, general practice, etc.

The speciality of general practice should have a register and be protected like any other speciality, and only those who have been specially trained for it should be eligible for registration."

Navorsing op huisartsvlak lê nog braak in Suid-Afrika. Hierdie gemelde beroepsgerigte opleiding vir huisartse is die ideale medium om ook hierdie aspek van die huisartskunde tot sy reg te laat kom.

Is die uitdaging vir die huisarts dan nou soveel groter as in die verlede dat hierdie beter voorbereiding en opleiding bepleit word? Die antwoord is beslis: Ja. Verbeterde mediese tegnologie en vermeerde beskikbare kennis veroorsaak nie net alleen 'n primêre behoefte aan beter opleiding vir enige medikus nie, maar dit het ook 'n bykomende sekondêre uitwerking spesifiek op die huisarts.

In 'n voordrag voor die 11de Kongres van die Vereniging van Interniste van Suid-Afrika, het prof. A.J. Brink die kommer uitgespreek dat die algemene internis weens superspesialisasie besig om te verdwyn!¹¹ 'n Vakuum ontstaan dus, en die huisarts sal dit moet vul.

Die vraag kan nou ontstaan: Is Huisartskunde dan 'n sogenaamde "spesialis" dissipline?

Wat is 'n spesialis? Dit is iemand wat iets "spesiaal" kan doen — met ander woorde, iets kan doen wat 'n ander nie kan doen nie. Elke spesialis dissipline kan ingrepe uitvoer en diagnose maak wat ander nie kan doen nie. Wat nou van die huisarts — kan hy iets doen wat ander nie kan doen nie?

Sy "spesialiteit" lê in die horizontale lyn, en nie vertikaal nie. Sy multidissiplinêre, asook holistiese, benadering maak hom spesiaal. Hy is die enigste

dissipline met hierdie eienskappe.

Die huisarts kan

- 'n keisersnit beter doen as 'n internis
- mangels beter verwyder as 'n ginekoloog
- 'n kind met asma beter behandel as 'n chirurg
- huweliksprobleme egter beter hanteer as 'n dermatoloog om maar 'n paar voorbeelde te noem.

Die huisarts moet dus die probleme van die totale mens hanteer, en in daardie opsig is hy uniek.

Die gedagte bestaan soms dat hierdie hantering deur die huisarts slegs die kuratiewe vlak behels. Niks is verder van die waarheid af nie.

Dit is wel so dat meer as 90 persent van die privaat huisarts se werk kuratief van aard is, maar dit is net eenvoudig omdat die werk daar is en gedoen moet word.

Net soos enige ander dissipline bestaan ook die huisarts se hantering uit 4 verskillende aspekte nl.

1. Voorkomende
2. Bevorderende
3. Kuratiewe
4. Rehabilitasie

Voorkomende geneeskunde probeer die huidige vlak van gesondheid behou deur voorkoming van die siekteproses.

Bevorderde geneeskunde probeer die huidige vlak van gesondheid verhoog deur die toepassing van beter lewensgewoontes en -gebruike.

As die gesondheidsvlak daal as gevolg van 'n siekteproses, poog kuratiewe geneeskunde om hierdie vlak weer na sy vorige peil op te stoot.

Indien sekere funksies permanent beskadig of verloor is, poog rehabilitatiewe geneeskunde om die verlaagde gesondheidspeil op te stoot deur optimale benutting van oorblywende funksies te ontwikkel.

Vir die huisarts is dit egter baie belangrik om te besef dat rehabilitasie nie net op die werksman wat sy bene verloor het, betrekking het nie, maar ook op die ouer wat sy kind verloor het, of die huweliksgeenoot wat die traumatiese ervaring van 'n egskeiding moes deurmaak.

Rehabilitasie kan dus liggaamlik sowel as geestelik wees, en die huisarts kan hier 'n geweldige groot rol speel.

Dit is dus duidelik dat die huisarts 'n positiewe benadering tot gesondheid moet hê. Hy moet nie maar net sit en wag tot die siekte toegeslaan het, en dan probeer behandel nie, maar hy moet probeer voorkom dat dit gebeur.

Inteendeel, hy moet selfs so ver gaan om oënskynlik goeie gesondheid nog verder te verbeter.

Ek sê "oënskynlik", omdat die Wêreldgesondheidsorganisasie gesondheid nie net as die afwesigheid van siekte of gebrek definieer nie, maar dit word gesien as 'n toestand van volkome fisiese, psigiese en sosiale welsyn — soos weer bevestig in sy onlangse Alma-Ata verklaring.

Tot dusver het ek egter nog

Die wese van die huisartskundige

geen persoon teëgekome wat volkome gesond na liggaam, siel en gees is nie! Veral die huisarts weet hoe belangrik dit is om te besef dat die welsynspeil van elke van hierdie drie elemente van menswees in dieselfde individu op 'n gegewe oomblik waarskynlik heeltemal van mekaar verskil.

Die realistiese huisarts aanvaar dus liewer die "optimum" benadering as die "maksimum" benadering van die Wêreldgesondheidsorganisasie. Met optimum word die beste in spesifieke omstandighede bereik.

Blum¹² verklaar dan ook "Health is a state of being in which the individual does the best with the capacities he has and acts in ways that maximise his capacities". Beethoven en Helen Keller is wonderlike voorbeelde wat hierdie laaste stelling bewys.

Dit behoort nou vir u duidelik te word dat die werksgebied van die huisarts al wyer en wyer uitkring — wyer miskien as wat u ooit besef het. Om hierdie breë taak te volbring, het hy die hulp van andere nodig — spesialiste, paramedici en selfs non-medici.

Hy verkeer dus in 'n komplementere verhouding tot hierdie dissiplines. Steeds bly hy egter die koördinator van die spanpoging, en daarom is dit so belangrik dat volledige terugvoer rakende die pasiënt vanaf hierdie dissiplines na hom moet geskied.

Vir hierdie ontsaglike taakvolbrenging is daar selfs in die huisartskunde 'n mate van noodsaaklike diversifikasie, dog die benadering van elke groep bly steeds dieselfde.

Voorbeelde van hierdie verspreiding is die privaat huisarts, die voltydse huisarts in diens van

een van verskeie instansies, die hospitaal-gesentreerde huisarts, en andere. Vir my verdere bespreking neem ek die privaat huisarts as voorbeeld.

Dikwels al is gepoog om hierdie werksgebied van die huisarts af te baken of te definieer, of selfs net om die huisarts te definieer.

Verskeie lysies van siektetoestande, situasies, vaardighede en omstandighede het al die lig gesien in hierdie pogings om grense om die huisarts se werksgebied te span.

Enige poging om die werksgebied van die huisarts deur definisie te probeer omhein, is egter tot mislukking gedoem, want die huisarts se werksgebied is onbeperk.

Ek wil dit so vir u saamvat:

Die huisarts moet in staat wees om elke pasiënt met enige probleem van liggaam, gees en siel te enige tyd en plek te kan hanteer.

Hierdie stelling is 'n hele mondvol, maar die werk van die huisarts is self 'n hele mondvol. Kom ons ontleed hierdie stelling en kyk watter eienskappe van die huisarts lê daarin opgesluit.

1. Totaliteit van dienslewering — ongeselekteerd en multidissiplinêr ("enige probleem")
2. Holistiese benadering ("liggaam, gees en siel")
3. Hele gesin ("elke pasiënt")
4. Deurlopende diens ("enige tyd")
5. Nie plekgebonde ("enige plek")
6. Hantering as werkswyse ("te kan hanteer")

Intuisie moet deel wees van die huisarts se waarnemings- en

besluitnemingsproses.

Jy moet die pasiënt se behoefte kan herken as sy teenoor jou sit met die klagte van 'n hoofpyn, maar in haar hart bid sy: "Ag Here, gee tog dat die geneesheer deur my masker mag kyk en besef dat ek eintlik oor my huweliksprobleem na hom gekom het, maar nie die vrymoedigheid het om dit self te stel nie."

As die huisarts nie in staat is om hierdie onuitgesproke boodskap te ontvang nie, en die pasiënt huis toe te stuur met 'n pakkie pynpille, het hy jammerlik in sy roeping gefaal.

By die sterfbed leer die huisarts dikwels eers die ware self van die pasiënt en sy naasbestaendes ken. Geen groter voorreg is daar seker om die hand van 'n gelowige in sy sterwensomblik saam met sy dierbares te houvas nie. In daardie oomblikke word ewigheidsbande tussen huisarts en medemens gesmee — nie met woorde nie, maar slegs deur gemeenskaplike stille begrip en tranes.

Dan word jy van daardie sterfbed af geroep na die noodgevallen afdeling waar 'n besopene met 'n lang snywond van sy gesig le en snork. As jy 'n driekwartier later jou hande was nadat jy die laserasie sorgvuldig, en sonder dat plaaslike verdoving nodig was, geheg het, dan lig hy hom so op sy een elmboog, en sê: "Nurshie, en wanneer kom die dokter dan ...?"

Die huisarts feitlik ondervind daagliks hierdie geweldige fluktuasies van emosies.

Komedie en tragedie is saam



deel van sy daaglikse roetine. Alleen die emosioneel stabiele huisarts weet hoe om dit te verwerk.

Jy sien die lewe en die dood in sy naakte werklikheid — letterlik sowel as figuurlik.

Jy word een aand uitgeroep na 'n huis waar hulle die adolessente seun nie kan wakker kry nie. Jy vind hom waar hy dood langs sy bed op die vloer lê — in 'n besope toestand het hy van die bed geval, sy kop gestamp, en daarna in sy eie braaksel versmoor.

Op die bed langsaan le sy vader en rook — so onder die invloed dat hy nie eers beseft dat sy seun langs hom dood lê nie.

Soms tel jy die oorblyfsels van wat eers 'n mens was langs die treinspoor op — dan weer kom jy by 'n ongelukstoneel waar 'n klein dogtertjie verdwaasd op die teerpad haar verblyse vader se koue lewlose voete sit en vryf. Terwyl jy daar is, sit daar in jou spreekkamer 'n verveelde, misnoegde mens wat kom kla oor sy winderigheid omdat hy te veel eet.

Jy leef subjektief saam met die pasiënt in die atmosfeer van sy

probleme, en terselfdertyd styg jy tot in die stratosfeer om die situasie objektief te kan beskou.

Jy probeer subjektief om sy huislike probleme te verstaan, maar terselfdertyd sien jy objektief hoe geweldig kleinlik die mens kan wees.

Jou sin vir waardes verdiep. Jy ontwikkel 'n diepe sin van

Die wese van die huisartskundige

dankbaarheid vir baie dinge, groot en klein — vir die teenwoordigheid en onderskraging van jou gesin, vir jou gesondheid, vir die voorreg van jou roeping — ja, selfs vir 'n nag wat jy kon deurslaap.

Die glimlag vol vertroue van 'n kleuter, die dankbare gelaat van 'n bejaarde, die wonderlike blik in die oë van 'n pasgeworde moeder as sy haar eersteling aan haar

bors druk — dit word vir jou 'n baie groter beloning as geld. En dan beseft jy weereens dat om waarlik huisarts te wees, die mees bevredigende en volkome roeping is waarin 'n mens kan staan.

Jy ontwikkel 'n nuwe verhouding tot jou gesin. Jy beseft dat kwaliteit van gesinskantak baie meer is as kwantiteit.

As jou seuntjie jou die vyfde maal vra wanneer jy sy speelgoed-motortjie sal regmaak, dan beseft jy skielik dat jou roeping teenoor jou gesin dalk net so groot, of nog groter, kan wees, as jou roeping teenoor die gemeenskap.

As jou eie kind siek word, dan word jy dom, en jy word weer die bekommerde vader. As jou eie vrou moet kraam, dan word jy onhandig, en jy word weer die senuagtige "verwagterende vader".

Soms ry jy bo-op die brander van beroepsuulling en -bevrediging.

Dan weer sterf 'n babatjie wat onder jou behandeling is, en jy is in die diepte van mismoedigheid

en mislukking — maar jy hou jou emosie van in jou binneste.

Jou pasiënte mag dit nie weet nie, want jy moet altyd professioneel egalig wees; jou gesin mag dit nie weet nie, want jy wil hulle nie met jou probleme belas nie.

Dan wens jy jy kan buite gaan staan en vir die wêreld skree: "Ek is ook maar net 'n mens — net soos julle!"

Dan lui die foon, en dit is een van jou pasiënte wat skakel. "Dokter, ons het nou net gehoor van die van der Merwe-babatjie wat dood is, en ons wil net sê dat ons aan u dink."

Dan beseft jy met skaamte dat jy verkeerd was, en dat jou gemeenskap tog jou ook sien as 'n mens — maar as 'n mens wat sekere genadegawes van God ontvang het, en 'n verpligting het om daardie gawes te gebruik.

Watter verpligting lê die Gewer van hierdie gawes dan op die geneesheer?

Die antwoord hierop vind die huisarts in Lukas 10:9, waar een van sy kollegas self die opdrag van die Meester aanhaal: "En maak die siekes gesond wat daarin is, en sê vir hulle: Die

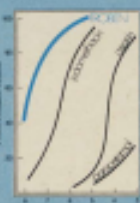
Flurbiprofen K/3.1/4 FROBEN S3

Is the most potent anti-prostaglandin the most potent anti-arthritis?

A potent anti-prostaglandin must be considered first line treatment for pain and inflammation in arthritis. Since there is a close correlation between anti-prostaglandin activity and clinical activity, the logical first choice to provide maximum control of the pain and inflammation of arthritis is a highly potent anti-prostaglandin, Froben.

Recommended dosage: 150 mg to 200 mg daily in divided doses.

In patients with severe symptoms or disease of recent origin, or during acute exacerbations, the dosage may be increased to 300 mg daily in divided doses.



Indicated in osteoarthritis, rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis.

Froben

**Potent anti-prostaglandin,
potent anti-arthritis**

For further information circle No 16

Koninkryk van God het naby julle gekom."

Die opdrag is dus duidelik tweeledig van aard — moet nie net alleen die siek liggaam en gees gesond maak nie, maar gee ook aandag aan die siel.

Dikwels is die liggaamlik of geestelik sieke die meeste ontvanklik vir terapie vir die siel, en die huisarts mag nie daardie geleentheid onbenut laat nie.

Wat is die pasiënt se siening hieromtrent? Wil hy dit so hê, of beskou hy getuienisskap as die uitsluitlike prerogatief van die predikant? Kom ons laat die pasiënt self praat.

In 'n opname wat in 'n huisarts gedoen is, is onder andere vir die pasiënt gevra watter eienskappe van hul geneesheer hulle die hoogste op prys stel. Sinsnedes soos die volgende het dikwels verskyn:

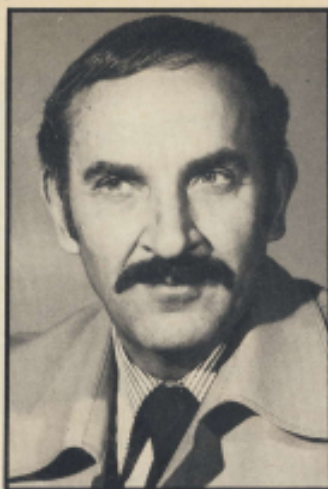
- uitlewing van Christenskap
 - sy geloof in God
 - sy sterk godsdienstige inslag
- "In die lewe van 'n geneesheer is dit baie opwindend om ernstige noodgevallen te hanteer, om harte oor te plant of om prostaglandienes te ontdek. Vir die huisarts egter is die opwindendste van alles die sagte aanraking aan die siel van sy naaste.

DIE SKRYWER

Gabriel Jacobus Pistorius is op 3 Junie 1935 te Reivilo, K.P. gebore. As predikantseun wat gevolglik telkens verhuis, voltooi hy sy skoolloopbaan onderskeidelik by die laerskole Wolmaransstad, Voortrekker te Pietermaritzburg en George, en sy hoërskoolloopbaan te Hoërskool Outeniqua, George, waar hy in 1952 die Kaaplandse Senior Sertifikaat in die Eersteklas behaal.

Tydens sy hoërskoolloopbaan word hy oopk ook 2 x as lid van Suid Westelike Distrikte se skoleatletiekspan gekies, en verwerf erekleure in rugby en atletiek.

In 1953 skryf hy in vir M.B., Ch. B. te Universiteit Pretoria, en



Gabriel Pistorius

verower in Eerstejaars-merietebeurs. Hy speel in daardie jaar ook vleuel vir Tukkie se onder 19A rugbyspan.

In 1958 behaal hy sy M.B., Ch. B. aan die universiteit, met verowering van die L.J. te Groen medalje vir Ginekologie en Obstetrie, asook die Protea Holdingsprys vir Interne Geneeskunde.

Tydens sy studentejare dien hy op verskillende huiskomitees en besture, en in 1957 tree hy op as Voorsitter van die Sentrale Jookomitee van U.P. Hy verower ook die Westdene Productsbeurstoekenning vir 2 jaar agtereenvolgens.

Sy internskap voltooi hy in 1959 te H.F. Verwoerd-hospitaal, Pretoria, en doen daarna vir 'n jaar locumwerk te Queenstown en Prieska. Daarna praktiseer hy as private huisarts te Victoria-Wes (1961 - 1966), Pretoria (1967) en Brits (1968 - 1978).

Terwyl hy op Brits praktiseer, slaag hy in 1968 in 'n Fortran IV Programmeringskursus by die Rekensentrum, U.P., en behaal in 1970 die Magister in Huisartskunde (met lof) (Univ. Pretoria).

Sy belangstelling in die akademiese bly egter staande tydens sy jare in die praktyk, en vanaf 1971 - 1973 tree hy op as Tydelike Deeltydse Dosent in die

Departement Huisartskunde, Universiteit van Pretoria.

In 1978 skryf hy in vir M.D. aan daardie universiteit onder die promotorskap van prof. A. Strating.

Die titel van die verhandeling is: 'n Analise van die werksaamhede van 'n Huisartspraktyk.

Sedert 1 April 1978 is hy aangestel as Professor/Hoofspesialis en Hoof van Department Huisartskunde aan die Mediese Fakulteit, U.O.V.S., Bloemfontein.

Terwyl hy in die praktyk was het hy verskeie referate en lesings gelewer, onder andere in 1969 by die 47e S.A. Mediese Kongres te Pretoria oor navorsing wat hy in sy praktyk gedoen het.

Hy bied ook op uitnodiging saam met ander dosente 2 naweekkursusse in Praktykvoering te Oos Londen aan — die tweede maal met sy broer, prof. C.W.J. Pistorius, Direkteur van die Nagraadse Bestuurskool, U.P. as mede-dosent.

Hy tree ook op as interne en eksterne eksaminator van M. Prax. Med. en M.F.A.P. (S.A.) eksamens op.

Verskeie publikasies, hoofsaaklik oor aspekte van praktykvoering, het alreeds uit sy pen in vaktydskrifte verskyn.

Wat buitemuurse aktiwiteite betref was hy lid van verskeie dorpsportspanne in krieket, tennis en rugby. Hy is tans die mediese offisier van die U.O.V.S. Kommando met die rang van majoor.

Hy dien as ouderling in die N.G. Kerk en is ook assessorlid van die Fakulteit Natuurwetenskap en Tegniek van die S.A. Akademie vir Wetenskap en Kuns. Hy is ook 'n secunduslid van die Senaat van Medunsa.

Sy stokperdjies is fotografie, musiek en jag, en hy is die wenner van 'n landswyse fotokompetisie en verskeie medaljes en sertifikate in fotografie.

Hy is getroud met Pixie Jacobs van Victoria-Wes en hulle het 2 dogters en 'n seun.

Verwysings:

1. Witten, C.L. et al. (1966): The Core Content of Family Medicine. A report of the Committee on Requirements for Certification. bl. 7.
2. Schutte, P.J. (1978): Voor- drag by Kongres vir Algemene Praktisyne, Johannesburg. 16-19 Augustus 1978.
3. Weed, L.L. (1970): Medical Records, Medical Education and Patient Care bl. 6. Cleveland: Case Western Reserve University Press.
4. Witten, C.L. et al (1966): The Core Content of Family Medicine. A report of the Committee on Requirements for Certification, bl. 11.
5. Hodgkin, K. (1978): Towards Earlier Diagnosis in Primary Care, 4e uitg., bl. 4 en 5. Edinburg: Churchill Livingstone.
6. Fry, J. (1978): Family Medicine (ed. Jack H. Medallie), bl. 276. Baltimore: Waverly Press. Inc.
7. M.V.S.A. (1978): Omsend- brief aan alle Fakulteite van Geneeskunde, Groepe en Takke, verw. 149.
8. Parkhouse, J. en McLaughlin, C. (1976): Br med J, 2, 630.
9. Pistorius, G.J. (1979): Per- soonlike opname.
10. Kayser, H.J.S. (1979): S. Afr. med. J. 56, 115.
11. Brink, A.J. (1978): Toe- spraak by die 11de Kongres van die Vereniging van Interniste van Suid-Afrika, Parowallei, K.P. 4 - 7 Oktober 1978.
12. Blum, H.L. (1974): Planning for Health, Development and Application of Social Change Theory, bl. 94. New York: Human Sciences Press.
13. Brown, J.S. (1978): Practi- tioner, 221, 907.
14. Toyne, A en Ikeda, D. (1976): Choose Life, bl. 94. New York: Kodansha Interna- tional Ltd.
15. Idem, bl. 96.

Betamethasone (as 17-valerate) 0,1% Reg. No. Cream, Ointment, Lotion Betamethasone (as 17-valerate) 0,05% Reg. No. Cream Celestoderm*-V [54]

SKIN SENSE
from Scherag

Celestoderm-V

Two strengths to start and finish the treatment of "everyday" dermatoses



Scherag (Pty) Ltd.,
54 Electron Avenue, Isando, Transvaal.
*Registered Trademark

For further information circle No 18