

BEDSORES

Bedsores present a major problem in both hospital nursing and home nursing, especially in aged patients and others who remain in bed a long time or in a state of unconsciousness. The more often the position of the patient is changed the less likely are bedsore to develop, and for this reason when patients are at risk the routine is adopted of turning them every two hours, or oftener. This routine is hard to maintain, and attempts have been made to devise a form of mattress by which the benefits of turning the patient can be mechanically reproduced.

For this purpose various types of 'alternating pressure' mattress are on the market, designed to make frequent shifts in the points carrying the weight of the body. The apparatus is made of plastic, or of fabric impregnated with indiarubber. It is somewhat narrower than the ordinary hospital mattress, on which it is superimposed and held in position by flaps tucked in at the head and foot of the bed. It consists of parallel tubular air cells, 1½ inches in diameter (in one type), and running either across the bed or from head to foot. These air cells are alternately connected by two common air ducts to an electrically-driven air pump, in such a way that one alternate series of air cells is inflated when the intervening alternate series is deflated. The change from inflation to deflation takes place in a cycle of 4 (2-5) minutes. The effect of this is that, if the air cells were consecutively numbered, the patient is supported in turn by what would be the odd-numbered and even-numbered series of cells.

In the last few years Bedford, Cosin and McCarthy¹ have carried out experiments with alternating-pressure mattresses at the geriatric unit of the Cowley Road Hospital, Oxford, and are continuing the work. They have not yet published a detailed report, but an illustrated abbreviated interim account has recently appeared in *The Lancet*. They measured the air-pressure in the pneumatic systems at which, in the air cushion beneath any part of the patient's body, the upper and lower surfaces of the air tube came into contact with each other so that this part of the body ceased to be supported on a cushion of air. This they called 'bottoming'.

When the patient was lying supine, bottoming occurred over the sacral area in almost all cases. When the elbow or the heel supported much of the weight of the body, very high air-pressures were required to prevent bottoming

at these points. When care was taken to avoid high pressure at the heel or elbow, an air-pressure of 40 mm. Hg was found sufficient to support any patient in the supine or prone position, but pressures from 50 to 90 mm. Hg according to weight were needed in the lateral or sitting position. Special attention is called to the tendency of patients in the prone position to support themselves on an arm or knee, which may cause very high pressure at these points.

Experiments were carried out with patients of different weight and different somatotypes. In the supine and lateral positions the bottoming pressure tends to increase with body weight, except in very heavy patients, where it tends to decrease (probably because the bony points are less prominent). In the sitting position the bottoming pressure tends to continue to increase with body weight in the heaviest patients also. In thin patients with prominent bony points the bottoming pressure was higher than in muscular or well-covered patients of the same weight, and in very heavy obese small-boned women the bottoming pressure was well below the mean level.

Sitting in an upright position (90°) produces a very high bottoming pressure indeed under the ischial tuberosities, but so long as the inclination is less than 60° with the horizontal the pressure does not exceed 90 mm. Hg and is usually much less. This is to be borne in mind when patients who cannot move freely are propped up in bed, and if possible they should not be nursed at an angle exceeding 60°. There is the same danger of producing pressure sores in elderly immobile patients when they are sitting up out of bed.

Better results were obtained with the alternating-pressure mattress placed on a good-quality base mattress than when it was placed on a wooden base; and when placed on a soft upholstered chair than on a wooden chair.¹

The authors¹ have not found any of the alternating-pressure mattresses at present obtainable to be 'entirely reliable or satisfactory in use over a long time'. They are satisfied that the principle is sound and that this device certainly saves a lot of nursing time; but they conclude that 'much remains to be done before an entirely satisfactory apparatus can be produced for a controlled clinical trial'.

1. Bedford, P. B., Cosin, L. Z. and McCarthy, T. F. (1961): *Lancet*, 2, 76.

MEDIËSE VERSEKERING EN ASPEKTE VAN DIE GENEESHEER-PASIËNT VERHOUDING

Gedurende die afgelope aantal jare het daar 'n radikale verandering ingetree in die tradisionele geneesheer-pasiënt verhouding waaraan ons almal gewoon was. In die verlede was daar natuurlik maar altyd komplikasies, maar die essensie van die verhouding was dat die geneesheer

'n diens gelewer het waarvoor die pasiënt hom dan vergoed het. Die bedrag van die vergoeding is op die grondslag van wisselende faktore vasgestel as 'n ooreenkoms tussen die geneesheer en sy pasiënt. Hierdie soort persoonlike verhouding het baie goed gewerk.

As gevolg van die geweldige styging van die lewenskoste oor die afgelope paar dekades, het daar egter baie belangrike veranderinge ingetree wat betref die verhouding tussen die geneesheer en sy pasiënte. Mediese hulpfondse en bystandsfondse en verskillende skemas vir mediese versekering het aan die orde van die dag gekom. Vir die grootste aantal mense, insluitende selfs professionele mense, is dit nie meer moontlik om self alle mediese gelde te betaal nie — veral nie in gevalle van groot, onvoorsiene uitgawes nie.

Lidmaatskap van die een of ander siekte-fonds, of dit nou ook al 'n hulpfonds of 'n versekeringskema is, het dus ontstaan as gedeeltelike antwoord op die moeilike vrae in hierdie verband. Ons kan die verloop van wêreld-sake tog nie omkeer nie. Die pasiënt moet verseker wees daarvan dat hy die nodige mediese dienste sal kry as hy of 'n lid van sy gesin siek word. Die geneesheer, aan die ander kant, moet verseker wees daarvan dat sy dienste vir die pasiënt beskikbaar gestel sal kan word op so 'n manier dat die geneesheer self paslik beloon word vir sy dienste.

Daar het dus 'n derde party, of element, te voorskyn getree, wat die geneesheer-pasiënt verhouding òf kan bemoeilik en kompliseer, òf dit kan vergemaklik. Aangesien ons nie meer sonder hierdie derde party kan klaarkom nie, rus daar op ons — die mediese professie en die publiek — die verpligting om toe te sien dat die nuwe verhouding kerngesond bly.

Ongelukkig is daar nou 'n aantal gevaarpunte, en dit is dus ons plig om daarop te wys. Een van die moontlike gevaarpunte is dat lede van die publiek soms onder 'n wanindruk verkeer van waarop hulle geregtig is en van wat hulle dus van hul geneeshere kan verwag. Dit is baie belangrik om seker te wees van al die presiese voorwaardes van elke afsonderlike fonds. By die meeste fondse of skemas is daar gewoonlik beperkende klousules. 'n Lid moet, byvoorbeeld, 'n sekere tyd lank lid wees van die fonds voordat hy 'n eis kan instel, of eise moet binne 'n sekere omskrewe tydperk ingestel word, ens. Nou gebeur dit dikwels dat geneeshere genader word met die versoek om besonderhede op rekenings te verander. Die versoek is meestal om die datums op rekenings sodanig te verander dat die versekerde groter voordeel daaruit trek. Die

lede reken gewoonlik dat hulle tog premies betaal en dus op vergoeding geregtig is. Hierdie opvatting is nie reg nie, aangesien hulle gewoonlik geregtig is op vergoeding *onder bepaalde omstandighede*. Hierdie bepaalde omstandighede vorm 'n deel van hul kontrak met die versekeringsfirma of fonds, en mag nie ontwyk word nie.

Ander voorbeelde van versoeke is dat die geneesheer meer besoeke as wat hy afgelê het, moet opskryf om te kompenseer vir sulke dinge soos, byvoorbeeld, bykomende hospitaal- of medisyne-onkoste.

Versoeke van hierdie aard is natuurlik onwettig, en dit stel die geneesheer voor 'n baie netelige posisie. Hy weet dat die versoek onwettig is, en tog mag hy vrees dat hy sy pasiënt sal verloor indien hy nie tegemoetkomend is nie. Gelukkig gee verreweg die meeste geneeshere nie toe aan hierdie versoeking nie, en gelukkig verwag verreweg die meeste pasiënte dit nie van hul geneeshere om op hierdie manier op te tree nie. Nogtans kom oortredings dikwels genoeg voor om ons te noop om hier daaroor te skryf.

Wat die invul van sertifikate betref, gebeur dieselfde soort ding. Geneeshere word, byvoorbeeld, dikwels versoek om vorms in te vul waarop hulle moet sertifiseer dat 'n besondere pasiënt siek was en nie in staat om te werk nie — sonder dat die geneesheer die pasiënt ooit gesien het. Ook hierdie soort versoek is oneties en verwag 'n onwettige daad.

Aangesien vooruitbetaalde mediese versekering op die voorgrond getree het as 'n moontlike oplossing vir die probleem van stygende mediese koste, is dit in die belang van ons almal om die grondslag van die hele saak suiwer, gesond, en solvent te hou. As ons dit nie doen nie, sal ons as geneeshere sowel as pasiënte daaronder ly. Dit is dus van die grootste belang dat ons moet saamstaan om hierdie dreigende euwel te beveg en uit te roei. In die eerste plaas is ons dit verskuldig aan onself en aan die morele standaard wat as ons rigshoer geld. En verder is ons dit verskuldig aan ons eie ekonomiese sekuriteit in die toekoms. Die meeste van hierdie fondse en skemas is bedoel om ons te help as ons werklik in die moeilikheid is, en nie om ons in staat te stel om wedderregtelike geldelike voordeel te trek op maniere wat bedenklik is nie.

Die mediese professie en alle lede van die samelewing staan hier dus voor 'n gesamentlike verpligting. Laat ons dit op 'n verantwoordelike manier aanpak en benader.