

Een verstelbare en rijdbare dekenboog*

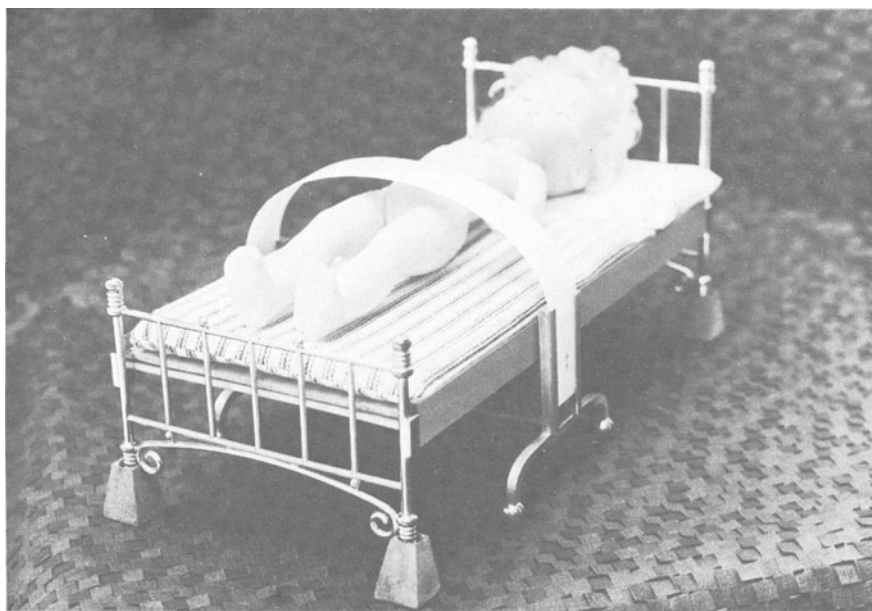
DOOR Dr. K. GILL, HUISARTS EN J. J. VAN WIJNGAARDEN, MEUBELTEKENAAR, BEIDEN TE ZWAMMERDAM

In technische zin heeft de verpleging van patiënten thuis nog wel eens een improviserend karakter. De depots met verplegingsartikelen van de kruisverenigingen dragen er in belangrijke mate toe bij dat haar leden zoveel mogelijk gebruik kunnen maken van de intramuraal toegepaste hulpmiddelen zoals ondersteek, leesplank, onrusthekken, linidobed, dekenboog enzovoort.

De dekenboog heeft het voordeel dat de druk van dekens op pijnlijke delen van het lichaam wordt vermeden. De hierdoor ontstane „tent” heeft het nadeel een gevoel van koude te kunnen geven of de onbehaaglijke ervaring niet te kunnen inslapen omdat de dekens hun omhullende functie missen. Dat de hoogte van de tent niet verstelbaar is, kan eveneens als een nadeel worden beschouwd.

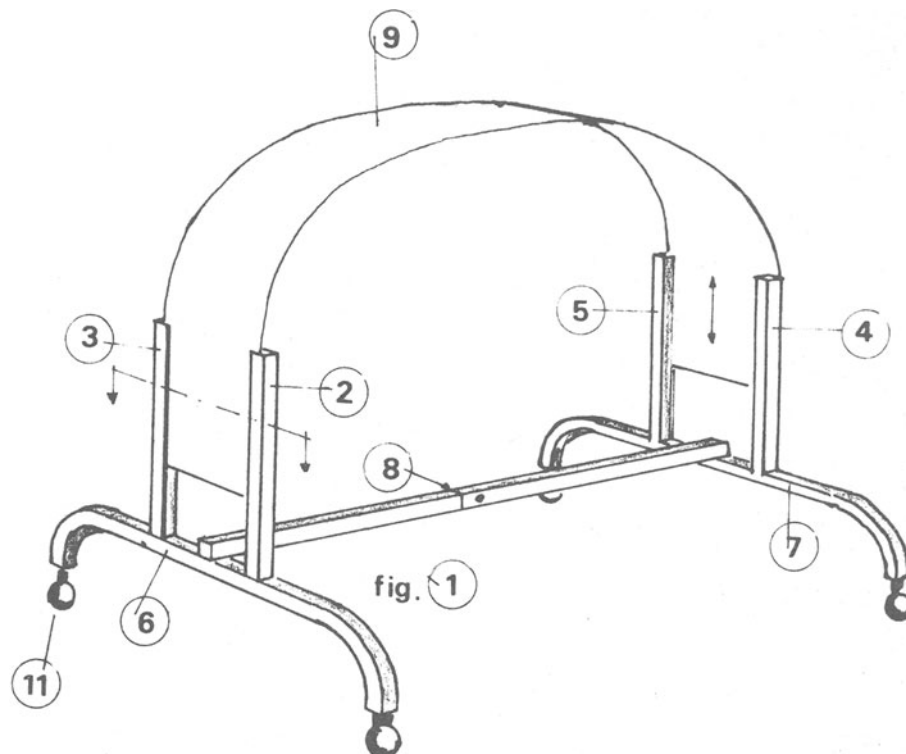
De praktijk gaf aanleiding tot het zoeken naar een oplossing van het volgende probleem. Een 70-jarige man moest worden opgenomen wegens hardnekkig braken. Voor een stenoserend, maligne proces werd gevreesd. De benzidine reactie in de faeces was bij herhaling positief. Met infusen en sondevoeding was het retentiebraken niet te stuiten, zodat van verdere analyse werd afgezien en tot operatie werd besloten. Er werd een maagcarcinoom gevonden met een levermetastase, zodat een palliatieve resectie werd verricht. Na een half jaar gaf een totale afsluiting van de maagstomp aanleiding tot een gastroenterostomie van de fundus van de maag met een jejunumlis. Voor de heftige pijn in epigastrio kreeg patiënt een recept met dehydrobenzperidol (Droperidol) en bezitramide (Burgodin). Bij thuiskomst bleek al spoedig dat druk van dekens op de bovenbuik slecht werd verdragen. Van het gebruik van een dekenboog werd afgezien vanwege het winterweer.

Wat te doen? Ik wist dat een relatie van patiënt meubeltekenaar was. Ik verzocht hem een plaat van buigzaam materiaal te maken, die aan beide zijden van de patiënt tussen matras en bed kon worden geschoven, waardoor de hoogte regelbaar werd. Wie schetst mijn verbazing toen binnen enkele dagen het idee



Figuur 1. Model van een verstelbare en rijdbare dekenboog.

Figuur 2. Een verstelbare en rijdbare dekenboog; Betekenis van de cijfers: 2-3 en 4-5: profielementen met klemlijst; 6-7: dwarsprofiel; 8: verstelbaar verbindingsprofiel; 9: band; 10: zwenkwielen.



* Octrooi aangevraagd door J. J. van Wijngaarden

was uitgewerkt tot een rijdbaar frame, voorzien van een buigzame plaat, verstelbaar in hoogte en breedte en gemakkelijk verrijdbaar in de richting van het voeteinde van het bed, hetgeen uit bed stappen vergemakkelijkte. Het verschuifbare verbindingsprofiel maakte het mogelijk de dekenboog te gebruiken voor bedden van verschillende breedte.

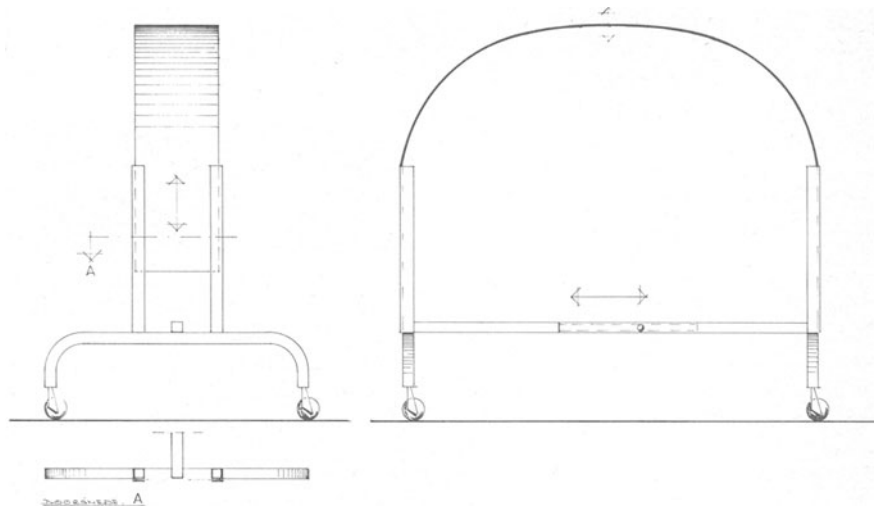
De uitvinding betekende voor patiënt een uitkomst. Geen druk van dekens meer op de bovenbuik, een kleine tent en zeer gemakkelijk verplaatsbaar bij het verlaten van het bed. Zowel patiënt als wijkverpleegkundige en de hulpvaardige familieleden hebben veel plezier gehad van deze verstelbare en verrijdbare dekenboog.

Opdat meer patiënten van deze vinding kunnen profiteren werd het idee technisch verder uitgewerkt. Door publicatie wordt aan de werkers uit het veld gelegenheid geboden mee te denken over het ontwerp van deze nieuwe dekenboog.

De dekenboog* bestaat uit een metaalframe, voorzien van vier zwenkwielen. Op het frame staan vier profielementen

* Voor inlichtingen kan men zich wenden tot J. J. van Wijngaarden, Vinkebuurt 8 te Zwammerdam.

Figuur 3. Doorsnede volgens A en zij-aanzicht verstelbare en rijdbare dekenboog.



die over de lengte van een klemlijst zijn voorzien. Het frame kan worden aangepast aan de breedte van het bed door middel van een verstelbaar verbindingsprofiel. De boog (band) bestaat uit een 4 tot 5 mm dikke nylonplaat, circa 20 cm breed. Bredere banden zijn eveneens mogelijk. De buigzame band die de ruimte tussen het ene en het andere profielement overbrugt, klemt zichzelf

vast en is in hoogte verstelbaar. Bij druk van de dekens komt de band ongeveer 3 cm lager te liggen, bij een eventuele druk van de armen ongeveer 5 cm. Nadat het frame onder het bed van de patiënt is gereden, schuift men de band tussen de klemlijsten van de profielementen en stelt hem op de gewenste hoogte in. Het zogenaamde instoppen van de dekens voor en achter de band blijft mogelijk.

Vijf jaar registratie van het lopend wetenschappelijk onderzoek in en over de eerste lijn van de gezondheidszorg

DOOR J. B. GIJSMAN, TE UTRECHT

Het Nederlands Huisartsen Instituut registreert sinds 1972 alle lopende onderzoeken, in welke omvang dan ook, in en over de eerste lijn van de gezondheidszorg. De doelstelling van de „Registratie Wetenschappelijk Onderzoek” is het voor iedereen beschikbaar stellen van een zo uitvoerig mogelijke informatie van een reëel gestart wetenschappelijk onderzoek op dit gebied in een zo vroeg mogelijk stadium.

Om zo snel mogelijk nieuwe onderzoeken op het spoor te komen, staan de volgende bronnen ter beschikking: wetenschappelijke tijdschriften, een uitgebreid net van contactpersonen ver-

* De overige uitgaven verschenen in oktober 1972, februari 1973 en december 1973.

bonden aan allerlei instellingen (universitaire instituten, Provinciale Raden van Volksgezondheid, instellingen voor maatschappelijk werk, enzovoort), notulen van verschillend commissiewerk en documentatieverslagen. Op deze wijze worden elk jaar ongeveer honderd nieuwe onderzoeken geregistreerd.

Bij het verschijnen van de vierde bundel onderzoeken, waarin de registratie is bijgewerkt tot november 1975*, volgen hier enkele gegevens en opmerkingen over het onderzoeksmateriaal, vermeld in de periode 1971-1975; het gaat om totaal 257 door ons geregistreerde en werkelijk gestarte onderzoeken. Gekeken is naar het beroep van de onderzoeker, het verloop en de duur van zijn

onderzoek, de financiering daarvan en naar het veld van onderzoek.

WIE DOET ER ONDERZOEK?

Aan de 257 onderzoeken hebben 266 onderzoekers gewerkt: 55 procent artsen tegenover 45 procent gedragswetenschappers (respectievelijk 141 en 125). Van de artsen is vijfde deel huisarts (108); voorts namen 22 sociaal geneeskundigen en 11 specialisten (voornamelijk gynaecologen en psychiaters) aan de onderzoeken deel.

Van de huisartsen is één derde verbonden als medewerker aan een huisartseninstituut. De overigen verrichten hun wetenschappelijk onderzoek naast de

dagelijkse praktijk; zij hebben echter in tweeterde van deze gevallen contact met een huisartseninstituut over het wetenschappelijk werk. Van de 125 gedragswetenschappers is een kwart (32) verbonden aan een instituut voor huisarts-geneeskunde. Ongeveer 80 instellingen nemen deel aan wetenschappelijk onderzoek over de eerstelijnsgezondheidszorg.

DUUR EN VERLOOP VAN HET ONDERZOEK

Voor bijna de helft van de onderzoeken (117) is één tot drie jaar uitgetrokken. Het aandeel in de andere helft van onderzoeken van lange duur (meer dan drie jaar) is groter dan dat van onderzoeken van korte duur (minder dan één jaar): respectievelijk 68 en 47. Van alle geregistreerde onderzoeken is 47 procent (120) nog gaande. Inmiddels is 35 procent (88) voltooid met verslaggeving in de vorm van een rapport of publikatie; 6 procent (15) is eveneens voltooid, maar zonder verslag. In de loop van het onderzoek is 6 procent van de projecten vervallen. Van nog eens 6 procent is het verloop onbekend.

FINANCIERING

In 60 procent van de gevallen (149) wordt de financiering, direct dan wel indirect, ontleend aan overheidsgelden. Hierbij gaat het in éénderde van de gevallen (55) om gelden, rechtstreeks van de overheid ontvangen: 45 onderzoeken werden door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne gefinancierd en 10 door lagere overheden (voornamelijk Provinciale Raad voor de Volksgezondheid).

Uit universitaire middelen werd de helft van de onderzoeken (75) bekostigd. In de rest van de gevallen (19) werd het onderzoek gefinancierd door particuliere instellingen, die voor het grootste deel gesubsidieerd worden door de overheid (bijvoorbeeld Nederlands Instituut voor Kinderstudie, Nederlands Huisartsen Instituut, enzovoort).

Na de overheid als geldgever komen op de tweede plaats de ziekenfondsen, die in 15 procent van de gevallen (37 projecten) de middelen ter beschikking stelden.

Tenslotte namen andere particuliere instellingen dan de bovenbedoelde in 10 procent van de gevallen (26 projecten) de financiering voor hun rekening.

Naast deze drie categorieën is er nog een gering aantal onderzoeken (15 pro-

cent), dat hetzij door de onderzoeker zelf werd betaald, dan wel geen kosten met zich bracht.

VELD VAN ONDERZOEK

Het veld van onderzoek is in drie categorieën onder te brengen: de inhoudelijke kant, de organisatie en het functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Ten aanzien van de inhoudelijke kant van de eerstelijnsgezondheidszorg is het opvallend, dat bijna de helft van alle onderzoeken betrekking heeft op een vorm van ziekte. In ongeveer tweeterde van die gevallen gaat het daarbij om ziekten met een sterk somatische inslag. Het onderzoek richt zich vooral op morbiditeit, diagnostiek en therapie en voornamelijk artsen zijn hierin geïnteresseerd. De preventie van deze ziekten krijgt, hoe gering ook, evenveel aandacht van artsen en gedragswetenschappers.

In het resterende éénderde deel – die ziekten, waar de psychisch/sociale facetten een belangrijke rol spelen – zijn evenveel artsen als gedragswetenschappers geïnteresseerd; wederom is de belangstelling vooral gericht op morbiditeit, diagnostiek en therapie; de preventie krijgt zeer weinig aandacht en dan nog alleen van gedragswetenschappers.

Eénvijfde van de onderzoeken, gedaan door evenveel artsen als gedragswetenschappers, heeft betrekking op vraagstukken uit de algemene gezondheidszorg, die ook van belang zijn voor de eerste lijn: milieuhygiëne, seksualiteit, bijzondere gezondheidszorg voor de verschillende leeftijdscategorieën, nazorg, enzovoort.

Aangaande het functioneren van de eerstelijns gezondheidszorg (het aandeel van deze categorie in het totaal aantal onderzoeken is 25 procent)

- patiënt in de eerste lijn van de gezondheidszorg (aan de orde komen onder meer ziektegedrag, gezin en ziekte en meningen van de patiënt bij de overgang van een solopraktijk naar een andere praktijkvorm); de interesse in dit onderwerp is gelijkelijk verdeeld over artsen en gedragswetenschappers;
- relatie tussen de eerstelijnswerkers onderling en tussen hen en hun collega's uit de tweede lijn; vooral gedragswetenschappers nemen dit onderwerp onder de loep;
- vormgeving van het werk en de functie van de eerstelijnswerker (vraagstukken als het gebruik van bijzondere

Samenvatting. Vijf jaar registratie van het lopend wetenschappelijk onderzoek in en over de eerste lijn van de gezondheidszorg. Aan de 257 onderzoeken, betreffende de eerstelijns gezondheidszorg, geregistreerd door het Nederlands Huisartsen Instituut over de periode 1971-1975, hebben iets meer artsen dan gedragswetenschappers gewerkt. Het merendeel van de artsen is huisarts en heeft bij zijn onderzoek op een of andere wijze contact met een huisartseninstituut.

Voor bijna de helft van de onderzoeken is één tot drie jaren uitgetrokken. Bijna de helft van de geregistreerde onderzoeken is nog gaande; inmiddels is eenderde voltooid met een rapportage in een of andere vorm. Slechts weinig projecten vallen af in de loop van het onderzoek.

Meer dan de helft van de onderzoeken wordt door de overheid gefinancierd. Gezien de keuze van het onderwerp van onderzoek gaat op het ogenblik (nog steeds) de belangstelling van wetenschappelijke onderzoekers (artsen en gedragswetenschappers) veeleer uit naar meer kennis omtrent vóórkomen van en zorg voor ziekten met een sterk somatische inslag dan omtrent vóórkomen van en zorg voor ziekten met een sterk psychisch/sociale inslag. De belangstelling voor het vraagstuk van de preventie blijkt gering te zijn.

In de loop van deze vijf jaren registratie is geen verschuiving zichtbaar geworden van het medisch/curatieve naar het meer psychiatrisch-sociale/preventieve onderzoeksterrein.

hulpmiddelen in de huisartspraktijk, bijvoorbeeld elektrocardiogram, röntgendiagnostiek, enzovoort, opleiding en nascholing van eerstelijns-werkers, het probleem van de week-endsdienst worden bekeken); ook hier is de belangstelling voor dit onderwerp gelijkelijk verdeeld over artsen en gedragswetenschappers.

Afgezien van de onderzoeken, die gaan over de huisarts-patiënt relatie bij de overgang van de ene in de andere praktijkvorm, zoals genoemd onder „patiënt in de gezondheidszorg”, wordt nog in dertien gevallen de relatie tussen patiënt en eerstelijns-hulpverlener nader onder de loep genomen. Vooral gedragswetenschappers zijn hiermee bezig. Tenslotte wordt in acht projecten nader ingegaan op het vraagstuk van consultatie en verwijzen tussen eerstelijns-werkers onderling en hun collega's in de tweede lijn (deze 21 onderzoeken vormen ongeveer 10 procent van het geheel van geregistreerde onderzoeken).

In het derde aandachtsveld, de organisatie van de eerste lijn, gaat het om 15 procent van alle onderzoeken. Deze onderzoeken hebben vooral betrekking op

de praktijkorganisatie in de eerste lijn: vraagstukken rond solo- en groepspraktijk en gezondheidscentrum enzovoort komen hier aan de orde; twee maal zoveel gedragswetenschappers als artsen verrichten onderzoek hiernaar (zie bijlage).

Summary. Five years' registration of current research in and on first-line health care. Slightly more physicians than behaviour scientists participated in the 257 studies on first-line health care registered by the Netherlands Institute of General Practitioners over the period 1971-1975. The majority of these physicians are general practitioners and in the course of their research maintained some form of contact with a general practitioners' institute.

For nearly half the studies a period of one to three years is set aside. Nearly half the studies registered are still in progress; one-third have meanwhile been completed and reported on in some form. Very few projects have been abandoned once started. More than half the

BIJLAGE. Door artsen en gedragswetenschappers afzonderlijk of met elkaar begonnen onderzoeken in de periode 1971-1975, gerangschikt naar inhoud, organisatie en functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Periode 1971-1975	Inhoudelijke kant van de eerstelijnsgezondheidszorg		
	Ziekten met sterk somatische inslag	Ziekten met sterk psychisch/sociale inslag	Algemene gezondheidszorg
Artsen	61	17	25
Gedragswetenschappers	11	16	25
Artsen en gedragswetenschappers	3	9	1
Totaal	75	42	51

Periode 1971-1975	Organisatie van de eerste lijn	Functioneren van de eerste lijn	Restgroep
	Artsen	12	26
Gedragswetenschappers	25	34	18
Artsen en gedragswetenschappers	—	1	1
Totaal	37	61	28

studies are financed by the researchers) physicians and behaviour scientists) is currently (still) focused more on incidence and management of largely somatic diseases than on incidence and management of diseases with strong psychosocial overtones. Interest in the

problems of prevention proves to be inconsiderable.

In the course of these five years of registration there has been no evidence of a shift from the medical/curative to the more psychiatric-social/preventive field of investigation.

Met welke problemen op sportmedisch gebied wordt de huisarts geconfronteerd?*

DOOR D. OOSTHOEK, HUISARTS TE RIJSSEN

Het gebied van de sportgeneeskunde is te uitgebreid om alle medische problemen, die zich daarop kunnen voordoen en waarmee de huisarts zou kunnen worden geconfronteerd, te kunnen belichten. Daarom kan ik niet veel meer doen dan iets vertellen over mijn persoonlijke ervaringen en problemen op dit terrein. De nadruk valt hier op de persoonlijke ervaringen om te doen uitkomen dat er van de kant van de sportwereld ook, zij het andere, problemen zijn met betrekking tot de belangstelling van de zijde van de huisartsen voor sportgeneeskunde. De huisarts, die zich wel interesseert voor sportmedische vragen wordt – dit is dan ook weer een persoonlijke ervaring – door zijn collegae wel eens met een scheef oog aangekeken, gevolg wellicht hiervan, dat deze huisarts door zijn bemoeiingen met sportgeneeskunde, ergo met de (populaire) sport, in de publiciteit komt en in sommige gevallen juist ten dienste van een verantwoorde sportbeoefening positief aan

publiciteitsmedia zijn medewerking moet verlenen.

In mijn woonplaats Rijssen – er zijn zes huisartsen gevestigd – telt men zo'n 1300 voetballers, 150 zwemmers, 100 volleyballers, 250 tennissers, 100 basketballers en 100 badmintonspelers. Volgens de huidige normen moeten er van deze 2000 sportbeoefenaars jaarlijks 400 worden gekeurd. Dat betekent, omdat men volgens de regels van het sportkeuringsbureau niet meer dan vijf sportkeuringen per avond mag doen, dat één huisarts daarmee al tachtig avonden werk heeft. Is er een behulpzame collega, dan kan dat worden teruggebracht tot 40 avonden, waarop niet al het verrichte werk van groot praktisch of medisch nut is omdat bij de te keuren personen ook jongens zijn van nog geen twaalf jaar, die alleen maar een beetje willen voetballen.

Twee kanttekeningen hierbij: ten eerste lijkt het niet onlogisch dat of de schoolarts of de jeugdarts, die over meer tijd beschikken, een deel van dit werk zouden krijgen toegewezen, ten tweede komen mij de eisen van het Bureau Medische Sportkeuringen wat ouderwets en daarmee achterhaald voor, namelijk dat niet mag worden gekeurd door de eigen huisarts, dat de keuringen moeten ge-

schied in een door het sportkeuringsbureau aan te wijzen lokaliteit en dat er altijd door twee huisartsen tegelijk moet worden gekeurd.

Komende dan nu tot mijn ervaringen, vooreerst die van een door mij tweemaal gekeurde groep van vijftien jongens en meisjes, die aan een zwemtraining deelnamen. Er werd bij de onderzoeken tweemaal een hartgeruis gevonden, dat door de cardioloog als functioneel werd beschouwd. Bij een latere controle bleken deze geruisen te zijn verdwenen, maar het geeft toch te denken. In de zwemwereld worden zware trainingen op jonge leeftijd steeds meer geaccepteerd en dat zou er toe moeten leiden dat de medische begeleiding wordt geïntensifieerd. Maar ook, dat de huisarts begrip krijgt voor wat zich om de soms hartstochtelijke zwemtraining afspeelt in het gezin. In deze gezinnen – en zeker als de ouders de zwemtraining van kinderen aanmoedigen – worden soms de vreemdste en onnodig kostbare opvattingen over voeding gehuldigd (een zwemstertje dat per dag achttien uitgeperste sinaasappelen consumeert); dit en andere aspecten in deze zwemgezinnen kunnen voor de huisarts een bron van problemen vormen.

* Redactionele bewerking, met instemming van de auteurs, van een tekst, gepubliceerd in de syllabus van de Van Hoytema-cursus Sportgeneeskunde, april 1976.