

Ontwikkeling van zorgcriteria voor herstructurering van de gezondheidszorg

Prof. dr. J. C. M. Hattinga Verschure

Inleiding

In een studie omtrent een alternatieve geleding van de ziekenhuisstructuur, het 'P-model' (1) werd het *totale zorgpatroon* dat de patiënt in het ziekenhuis ontvangt, nader geanalyseerd. Met de maatstaven: *aard, intensiteit en duur* van die zorg, werd nagegaan of een herverdeling van de klinische populatie mogelijk en wenselijk zou zijn.

De beschouwing beperkt zich tot de *klinische gezondheidszorg*. Zodra men overgaat tot een poging om de diverse geledingen van de klinische gezondheidszorg te kwantificeren, stuit men op het feit dat de klinische zorg slechts een deel is van het totaal van gezondheidsvoorzieningen. Elk deel van dat totaal is zodanig afhankelijk van het bestaan, de kwaliteit en de capaciteit van andere delen dat nadere studie van elke schakel slechts mogelijk blijkt in het kader van een volledige keten van voorzieningen. In deze studie wordt daarom een gedachtengang ontwikkeld welke gericht is op het ontwerpen van een systeem van de gehele gezondheidszorg.

Zij berust op een verdere analyse van het begrip zorg.

Waarom een ander ontwerp voor de gezondheidszorg?

Het denken over fundamentele verandering is in gang gezet door de onvrede die in brede kring leeft omtrent de huidige gang van zaken. Deze onvrede betreft bepaald niet de kwaliteit en omvang van het medisch-specialistisch kunnen. De curatieve of reparatieve medische zorg heeft een hoogte bereikt als nooit tevoren. De onvrede betreft vele andere aspecten. De maatschappij leidt tot ziekten door vervuiling, overbelasting en zodanige veranderlijkheid dat vele mensen psychisch enorm worden belast. De preventieve gezondheidszorg is onderontwikkeld. De rol van de klinische patiënt past niet meer in de huidige conceptie van menselijke waarden (beslissingsvrijheid, recht op informatie, het recht dat je vrijheid zo min mogelijk beperkt wordt). Er is een voortdurend spanningsveld in de personele bezetting van de gezondheidszorg. Dan weer houdt de toeneming van het aantal verplegenden de groei niet bij, dan weer staat een artsentekort op de voorgrond. De laatste jaren is voorts in toenemende mate duidelijk geworden dat de beheersbaarheid van de gezondheidszorg in toto ernstig te wensen overlaat.

Duidelijk komt dit bijv. tot uiting in de onmacht om het stichten van klinische voorzieningen te beheersen omdat bevredigende maatstaven ontbreken. Nog zorgwekkender is het

verschijnsel dat men de groei van de exploitatiekosten niet meer kan beheersen. Deze kosten zijn dusdanig hoog opgelopen in zulk een snel tempo dat vanuit de overheid en tal van maatschappelijke niveaus om een halt wordt geroepen. Een ieder beseft dat bij limitering van de middelen de prioriteitsvragen onvermijdelijk zijn. Moet men ophouden met het oprichten van kostbare kunstnieren centra ten bate van relatief weinigen en deze miljoenen besteden aan de bejaarden die 'psychisch gestoord' genoemd worden en waarvan er honderdduizenden onze zorg vereisen en deze niet of onvoldoende ontvangen?

In dit maatschappelijk kader is een fundamentele discussie over de doeleinden en structurering op zijn plaats. De behoefte aan bezinning blijkt o.a. ook duidelijk uit de grote plaats die tijdens de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst in 1971 werd ingeruimd in Medisch Contact voor onderwerpen rond de 'Toekomstige structuur van de gezondheidszorg in Nederland'.

I. Zelfzorg, mantelzorg en gezondheidszorg

De volwassen mens zorgt voor zijn 'bestaan' en behoort dat te doen. Dat betekent dat hij zich de middelen dient te verwerven voor dat bestaan (extern, in relatie met de wereld om hem heen) en dat hij deze middelen aanwendt voor zichzelf op zodanige wijze dat zijn bestaan zo goed mogelijk intact blijft (intern). Deze 'zelfzorg' van het individu kan ontleed worden in een aantal niveaus. De 'lagere' onttrekken zich grotendeels aan zijn wil. De 'hogere' niveaus vragen in toenemende mate om zorg, niet slechts in hoeveelheid maar ook in 'humaniteit', in meer typisch menselijke grootheden. Een overzicht van de 6 'zelf-zorg'-niveaus en hun globale inhoud is weergegeven in figuur 1 (pag. 501).

Het '*acuut-vitale*' niveau omvat de functies die nooit langer dan enkele minuten mogen uitvallen. Zij zijn dan ook vrijwel geheel autonoom gereguleerd. De mens zorgt niet bewust voor zijn hartslag en ademhaling. Ze zijn daardoor echter geenszins aan zijn persoonlijke zorg onttrokken. Zo kan hij door roken deze functies schaden, of door een juiste voeding hen in betere conditie houden. Recent onderzoek geeft aanwijzingen, dat de mens op dit gebied tot meer directe regulatie en dus zelfzorg in staat is, dan veelal wordt aangenomen (bijv. bloed-drukregulatie).

Het *automatisch vegetatief* niveau omvat al die functies die, ofschoon niet direct vitaal, toch adequaat moeten verlopen voor het behoud van de gezondheid. Ofschoon ook deze functies automatisch verlopen, zijn zij wel degelijk afhankelijk van zorg, die vanuit hogere niveaus al of niet voor hen wordt

Prof. dr. J. C. M. Hattinga Verschure is hoogleraar in de Ziekenhuiswetenschappen aan de Rijksuniversiteit te Utrecht.

'ZELF-ZORG'-OVERZICHT

figuur 1

vrije ontplooiingsruimte beroep gezin-familie	SOCIALE FUNCTIES
ordenen-kiezen reflecteren associëren onthouden	BEWUSTZIJS FUNCTIES
horen-zien voelen- proeven-ruiken	ZINTUIG FUNCTIES
lopen-bewegen- kleden-eten- urinelozing enz.	VOLUNTAIR VEGETATIEF
stofwisseling warmteregulatie spijsvertering urine-vorming	AUTOMATISCH VEGETATIEF
bloedsomloop ademhaling	ACUUT VITAAL

DOOD

edragen. Indien men drinken nalaat stagneert de urine vor-
ning; bij onvoldoende kleding of harde arbeid zal meer geest
worden van de stofwisseling, enz.

et *volontair vegetatieve niveau* waarin zich bijv. de functies
vinden als: lopen, bewegen in het algemeen, kleden, eten,
urineren enz. Deze zijn reeds in veel sterkere mate aan het
vullekeurig menselijk handelen onderhevig. Door geen zorg
e besteden aan deze functies kunnen zij gestoord worden op
ch (bijv. spierverswakking door onvoldoende spier-gebruik)

of storend op andere niveaus werken (bijv. overeten leidt tot
spijsverteringsstoornis).

Het niveau van de zintuigfuncties vereist reeds in toenemende
mate een typisch menselijke zorg. De zorg voor het horen
bestaat daarin, dat wij dingen horen die wij wensen (liever
een sonate van Bach dan een slecht gedempte bromfiets), of
ruiken wat wij willen ruiken (liever een viooltje dan de 'adem
van de Rijnmond') enz.

Ook deze zelfzorg heeft weer veel relaties met de andere
niveaus (bijv. door het ruiken van stank, gaat mijn eetlust
weg en daardoor kan mijn spijsvertering zijn normale taak
niet meer vervullen) enz.

De bewustzijnsfuncties, zoals bijv.: onthouden - associëren -
reflecteren - ordenen - kiezen zijn weer veel menselijker dan
het voorgaande niveau. De zelfzorg richt zich hier bijv. op:
onthouden wat mij nodig lijkt uit het vele dat onthouden zou
kunnen worden; of: ordenen opdat ik alles vinden kan wat
ik nodig heb (bijv. voor de zorg in de lagere niveaus) enz.

Het hoogste zelfzorgniveau wordt tenslotte gevormd door de
sociale functies. Men *sticht* een gezin, men roept een kring
van vrienden in het leven, men maakt kennissen, men oefent
een beroep uit en zorgt ervoor dat men daarin adequaat
functioneert. Het *zelf* zorgen dat deze dingen gebeuren, roept
het sociaal verschijnsel op dat wij verderop aanduiden als
'spontane mantelzorg': zorg vanuit een omgeving die 'vanzelf-
sprekend' wordt verstrekt en niet voor geld gekocht. De
spontane mantelzorg onderscheidt zich van alle zakelijk contact
doordat prestatie en tegenprestatie niet primair tegen elkaar
worden afgewogen.

Boven in dit sociale niveau staat de 'vrije ontplooiingsruimte'.
Dit is iets anders en meer dan recreatie. Immers recreatie is
re-creatie, her-schepping, herstel na het uitputtend werk, om
daarna herschappen opnieuw aan het werk te gaan. Recreatie
reken ik dus nog tot de *heroepsfeer*. De 'vrije ontplooiings-
ruimte' gaat daarboven uit. Hier ligt de menselijke vrijheid
om zijn tijd of een deel ervan, te gebruiken voor vrij gekozen
handelen, bijv. het beoefenen van sport, hobby's, een 'lief-
hebberijberoep', het religieus bezig zijn, filosofisch bezig zijn,
waarin de mens de vervulling van zijn menszijn vindt in de
zo volledig mogelijke ontplooiing van wat 'in hem' is.

Om deze vrije ontplooiingsruimte duidelijk te onderscheiden
van het begrip 'recreatie' noem ik ze 'het tweede leven', in
analogie van de tweede auto en het tweede huis.

De zelfzorg voor een optimaal gebruik van deze functie is ten
nauwste verbonden met het bereiken van persoonlijk welzijn
en/of welbevinden (geluk).

Het zelfzorgpatroon geeft de mogelijkheid om tot een definitie

----- Text continues after this page -----

This publication is made available in the context of the history of social work project.

See www.historyofsocialwork.org

It is our aim to respect authors' and publishers' copyright. Should you feel we violated those, please do get in touch with us.



Deze publicatie wordt beschikbaar gesteld in het kader van de canon sociaal werk.

Zie www.canonsociaalwerk.eu

Het is onze wens de rechten van auteurs en uitgevers te respecten. Mocht je denken dat we daarin iets fout doen, gelieve ons dan te contacteren.

----- Tekst gaat verder na deze pagina -----

van het begrip gezondheid te komen, die uitgaat boven de meer fysiologisch georiënteerde definities. Het kan immers niet bevredigen, wanneer wij gezondheid definiëren als het ontbreken van aantoonbare afwijkingen van alle organen waaruit een mens bestaat. Toch wordt deze definitie impliciet of expliciet medisch-technisch in de praktijk veel gebruikt. De dokter die een keuringsonderzoek verricht, zal op grond van de afwezigheid van aantoonbare stoornissen van de organen van de onderzochte persoon, hem 'gezond' verklaren. Het begrip gezondheid moet echter gerelateerd worden aan een individu *als geheel*.

Vanuit het 'zorg-concept' kan gezondheid gedefinieerd worden als volgt: Iemand is gezond die zich bij voortduring voldoende in staat voelt zijn zelfzorg intact te houden en die volgens de normen van het bestaande cultuurpatroon door anderen geacht wordt, zijn zelfzorg bij voortduring intact te kunnen houden.

Wij beseffen dat wij hiermee een *maatschappelijke* definitie van gezondheid hebben gegeven. Een *medisch-technologische* sub-definitie wordt hiermee geenszins uitgesloten. Zij zal naast en met de maatschappelijke definitie *door medici* gehanteerd moeten worden.

Iemand kan bijv. een beginnende maagkanker hebben die nog zonder klachten is. Volgens de maatschappelijke definitie van gezondheid is hij nog gezond; volgens de medisch-technologische definitie is hij niet gezond; hij lijdt aan een *ziekte*, al is hij nog niet *ziek*.

Het *hebben* van een ziekte wordt dus onderscheiden van het *ziek-zijn*.

'Mantelzorg'

De zelfzorg als boven omschreven, blijkt geen geïsoleerd principe te zijn. Rond de zelfzorg zijn factoren te onderkennen die eraan meewerken dat ze zo goed mogelijk intact blijft.

In het vrijwillig vegetatieve niveau is er bijv. de ondersteuning van de zorg voor het eten, doordat in de directe omgeving het eten geprogrammeerd wordt: er is een 'schoonmaakpauze' en er is een kantine. In het gezin wordt een maaltijd toe bereid en een tafel gedekt. De functie van het eten krijgt daardoor een steun omdat ze ordelijk geprogrammeerd wordt in de tijd en bewaakt wat betreft samenstelling en hoeveelheid. Hetzelfde geldt voor kleding (verwerven van kleding, schoonhouden, repareren, kiezen in overeenstemming met het weer) waarbij de directe omgeving zorg verleent die de zelfzorg helpt balanceren.

Deze 'van nature' veelal aanwezige steunende factoren, die behulpzaam zijn bij het intact houden van de zelfzorg, noemen wij verder 'spontane mantelzorg'.

De mantelzorg in de zintuiglijke sector is evenzeer evident.

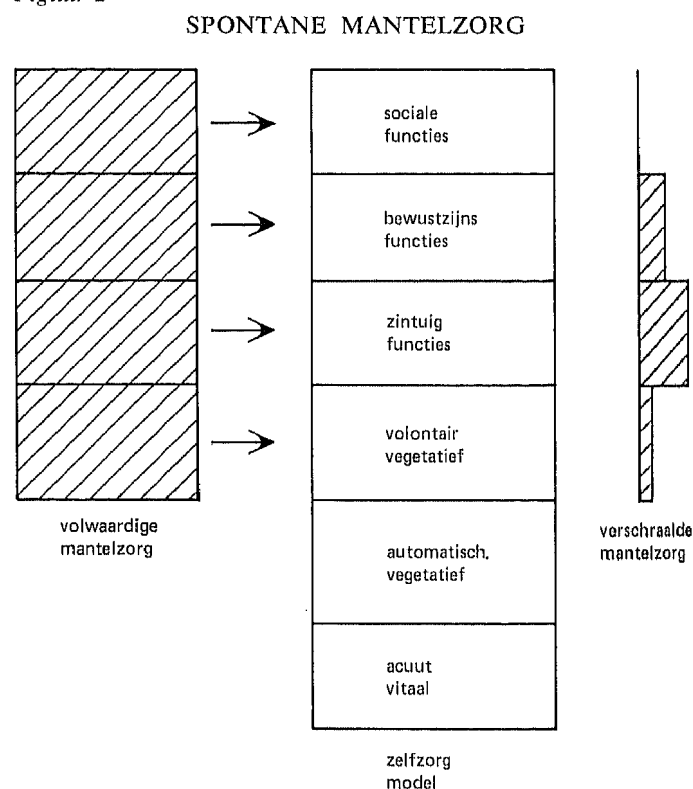
Er moet iemand praten, wil ik een mensenstem kunnen horen. Een omgeving die ik prettig vind om te zien, wordt mede door anderen rond mij in stand gehouden, enz.

Ook op de andere niveaus zijn aanstonds voorbeelden ter adstructie te vinden.

Zwakke punten in de zelfzorg worden aangevuld vanuit de mantelzorg, doordat de omgeving ze automatisch, of stilzwijgend en vanzelfsprekend aanvult.

De 'omgeving' dient nader gepreciseerd te worden. Wij verstaan er op de eerste plaats het gezinsverband onder, maar daarnaast ook vrienden en bekenden, familieleden en beroeps-genoten. Daarnaast moet gedacht worden aan het pakket van gewoonten dat aanwezig is in het milieu waarin men leeft. Gewoontevorming, routine, min of meer bewuste normen omtrent wat behoort en niet hoort, maatschappelijk gegeven

Figuur 2



tijsindelingen (arbeid en rust, krant en televisiezendtijd), kunnen allen hun invloed hebben op het ontstaan en handhaven van evenwichtige patronen van zelfzorg.

In de huidige maatschappij klinkt allerwege de kreet van vereenzaming. De bejaarde is eenzaam nu hij of zij niet langer op vanzelfsprekende wijze past binnen de mantelzorg van het

gezin van een van zijn kinderen. De ongehuwde, de gastarbeider, de zwerfende jongere, de alternatieve figuur, mist of onttrekt zich aan de gebruikelijke patronen van mantelzorg. De beweeglijkheid van het individu in de moderne maatschappij is daarbij een belangrijke factor.

Er is een verbazende verschralling aan de gang van de spontane mantelzorg. Deficiënties in de zelfzorg worden daardoor manifest. Goede zelfzorg gaat langzaam door isolatie deficiënt worden.

De verschralling van de mantelzorg kan op twee wijzen tegemoet getreden worden.

In de eerste plaats is denkbaar dat een educatief proces op gang wordt gebracht om de mantelzorg weer in ere te herstellen. Een andere oplossing zou zijn, dat men berust in het verschijnsel van verschralling en streeft naar het ontwikkelen van een aanvullende mantelzorg vanuit daartoe te stichten maatschappelijke organen. Zulk een *institutionele mantelzorg*, begint reeds uit de nood geboren te worden. Beschikbaarstelling van bejaardenhelpsters, huishoudassistenten en maatschappelijke werksters door of naast de kruisverenigingen is reeds een stap. Wijkcentra, bejaardensociëteiten, sociaal geriatrische diensten zijn eveneens in dit veld te lokaliseren. Maar een inventarisatie van het behoeftenpatroon van de institutionele mantelzorg ontbreekt nog. Van een aanpak die in reële verhouding staat tot de behoeften, is nog volstrekt geen sprake.

Gezondheidszorg

Het komt mij voor dat de criteria voor 'gezondheid': *'intacte zelfzorg, in balans met voldoende mantelzorg'* nauw aansluiten bij de WHO definitie van gezondheid. Het in staat zijn tot voldoende zelfzorg in het fysieke, psychische en sociale vlak is een operationele vertaling van het begrip 'welbevinden' dat in de WHO definitie wordt gehanteerd.

Vele mensen zijn, bij toepassing van deze ruimere gezondheidsdefinitie, niet langer als gezond te kwalificeren. Hun welbevinden is gestoord: ze voelen zich beroerd en zoeken de dokter op.

De medische diagnostiek is echter vrijwel uitsluitend gericht op het aantonen of uitsluiten van afwijkingen aan organen. Pas wanneer een gestoord zelfzorgpatroon aanleiding heeft gegeven tot een orgaanafwijking, heeft men 'een ziekte' gevonden.

Die wordt dan psychosomatisch genoemd. Met de enorme aantallen gevallen waarbij 'niets' te vinden is, weet de huidige geneeskunde onvoldoende raad. Het grote veld tussen *gezond* (welbevinden) en *beroerd, zonder aantoonbare orgaanafwijkingen* is vrijwel ontgonnen. In de diagnostiek vallen de woorden: nerveus, overspannen, onaangepast en in de therapie de woorden broom en valium.

De 'diagnose' dat iemand die zich beroerd voelt, in deze sector thuis hoort, wordt niet gesteld op grond van het onderzoeken van afwijkingen in het zelfzorgpatroon maar wordt gesteld door *uitsluiting* van orgaanafwijkingen d.w.z. het medisch-specialistisch apparaat met zijn verfijnde diagnostiek wordt vaak te hulp geroepen om aan te tonen 'dat er niets is'. Indien men de bovengeschetste criteria voor het begrip gezondheid onderschrijft, betekent dit, dat men de noodzaak ziet om naast de huidige medisch-technologische diagnostiek een tweede pijler van *diagnostische activiteit te plaatsen: het onderzoek naar het zelfzorg- en mantelzorgpatroon van de patiënt*. De indicaties en methoden van zulk een onderzoekprogramma moeten nog systematisch worden ontwikkeld. Het besef dat men bij een aantal patiënten ook een 'sociale anamnese' moet opnemen, beschouw ik als een *begin* in de geschetste richting.

Andere grote vragen die in het licht van het voorgaande op ons afkomen zijn:

- a. In hoeverre wordt *medisch-technologische zorg* gegeven waar in feite tijdig herstel van deficiënte zelfzorg nodig was geweest?
- b. In hoeverre tast de huidige klinische gezondheidszorg de zelfzorg van een individu aan en werkt daardoor als een *schadelijk agens*?

a. Naarmate de spontane mantelzorg steeds meer afbrokkelt voor een groeiende groep in de maatschappij en naarmate de institutionele mantelzorg onvoldoende is ontwikkeld, zullen zich meer situaties voordoen waarbij het individu in een toestand komt, die in het huidige bestel slechts kan worden opgevangen met het toverwoord 'opname', in een ziekenhuis, verpleegtehuis of andere inrichting.

Dit verschijnsel te analyseren op zijn kwantitatieve aspecten vereist de analyse van een representatieve groep stroomschema's van 'ziekzijn' onder diverse diagnoses. Hierbij dient in het bijzonder aandacht te worden gegeven aan de steeds groeiende en door de duur van de opname per 'geval' zo uiterst kostbare verpleegtehuispopulatie. Voorlopig onderzoek geeft mij de indruk dat een ontstellende 'hoeveelheid' gezondheidszorg wordt verstrekt, die door aanwezigheid van voldoende mantelzorg had bespaard kunnen worden.

- b. In hoeverre tast de huidige klinische gezondheidszorg de zelfzorg van een individu aan?

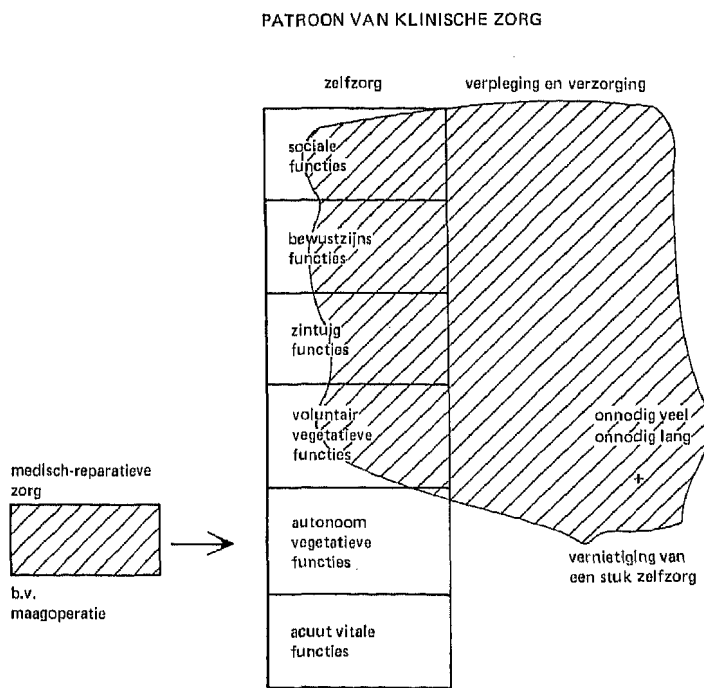
Laten wij aannemen dat een man opgenomen moet worden voor een beginnend maagcarcinoom en wordt geopereerd. De zorg die aan hem besteed wordt is wat haar aard betreft in drie groepen te verdelen:

De medische (reparatieve) zorg, gericht op het onderzoek van de klachten en culminerend in de maagoperatie met de bijbe-

horende nabehandeling. Tijdens deze reparatieve zorg is er verplegende zorg nodig en daarnaast huiselijke zorg. Wij gebruiken deze laatste term liever dan 'huishoudelijke' zorg omdat dit begrip in de ziekenhuizen t.o.v. de patiënt zich te zeer heeft verengd tot 'schoonmaken'.

In fig. 3 is het patroon van de klinische zorg weergegeven als gearceerde velden. De medisch-reparatieve zorg is afgebeeld als een blok, inwerkend op het autonoom vegetatieve niveau, met name op het spijsverteringskanaal.

Figuur 3



Bezien wij de rechterzijde van fig. 3, dan blijkt de reparatieve zorg gepaard te gaan met een enorme hoeveelheid verpleegkundige en huiselijke zorg die in hoge mate het patroon van zelfzorg ongewild belemmert. De hospitalisatie berooft het individu grotendeels van zijn zelfzorgfuncties en natuurlijke mantelzorg in de bovenste niveaus. Ook in lagere niveaus is zijn zelfzorg sterk aangetast. Hij eet wat het ziekenhuis hem voorziet, ongeacht wat hij zou willen eten. Hij loopt op, niet wanneer hij wil, maar strikt geregeld. Hij kleedt zich niet zoals hij wil, maar verplicht in pyjama of peignoir. Hij moet gaan slapen en wakker gemaakt worden op gezette tijden volgens het reglement. Hij mag niet zien wat hij verkiest. De wanden van zijn kamer zijn zijn voornaamste schouwspel, enz.

Ofschoon medisch-technologisch gezond wordend, takelt zijn gezondheid af wanneer wij deze beoordelen aan de hand van de ruimere gezondheidsdefinitie.

Een ziekenhuisopname betekent in dit opzicht voor een individu dus een ernstige verstoring van zijn gezondheidssituatie. De klinische opname dient ook vanuit dit oogpunt beoordeeld te worden. Zij mag slechts plaats vinden indien medisch-reparatieve zorg uitsluitend klinisch kan worden geboden.

In het gegeven voorbeeld zal de aantasting van de zelfzorg gedurende enkele dagen (operatie en postoperatieve afdeling) onvermijdelijk zijn. Maar het lijkt alleszins redelijk om te verlangen dat organisch ziekzijn, dat reparatieve zorg vereist, gepaard gaat met een zodanige verzorging dat het patroon van zelfzorg zoveel mogelijk intact kan blijven. Deze eis die voortkomt uit een sterker maatschappelijk gefundeerd gezondheidsconcept, heeft als belangrijk gevolg dat veel minder kostbare hulp moet worden geboden. Zij is dus in de lijn met al degenen die wensen dat de kosten voor de gezondheidszorg verminderen. Teneinde te bereiken dat de reparatieve medisch-specialistische zorg verstrekt kan worden met zo weinig mogelijk interferentie van de patronen van de zelfzorg en mantelzorg is een herziening van de klinische zorg noodzakelijk.

Zij zal zich meer moeten aanpassen aan de behoeften van de patiënt. Er zullen veel strengere opname-indicaties moeten komen, hand in hand met sterke verbetering van de poliklinische behandelingsmogelijkheden en het scheppen van 'zotel'- en ambulatorium-voorzieningen, deels ten koste van het huidige beddenbestand.

Deze beschouwing sluit aan bij het gestelde in mijn bijdrage over 'Het P-model'. Dit is immers eveneens ontwikkeld aan de hand van zorgmaatstaven, die verfijnd zijn voor de klinische situaties. Het geschetste 'denkmodel' dient nu ontwikkeld te worden tot een structuurmodel. Dit kan als consistent geheel afgeleid worden uit het denkmodel en vertoont uiteraard tal van fundamentele verschillen t.o.v. de huidige situatie.

Uit het geschetste 'denkmodel' kan nu een consistent structuurmodel worden ontwikkeld dat uiteraard tal van fundamentele verschillen vertoont t.o.v. de huidige situatie. Zulk een model heeft zin als werkhypothese die zich leent tot wetenschappelijke toetsing. Dit structuurmodel is beschreven in een volgende bijdrage.

1. Zie 'Het Ziekenhuis' 1e jrg. nr. 8, pag. 376, 'Het P-model', een alternatieve geleiding van de ziekenhuisstructuur.