

1



Foto: Everett Historical / Shutterstock / Pearson Asset Library

# ONTWIKKELINGEN IN DE ZORG

## INLEIDING

Binnenkort ga je aan het werk als verpleegkundige, misschien loop je zelfs al stage. Je kunt stage lopen en werken in veel verschillende werkvelden. Zo kun je in een ziekenhuis gaan werken, maar ook voor de kinderbescherming of misschien trekt de ouderenzorg je meer. Je kunt er ook voor kiezen niet in een dienstbetrekking aan de slag te gaan maar als zelfstandige te gaan werken. Je hebt dus heel veel keuzes.

Waar je ook aan de slag gaat, je krijgt te maken met een manier van zorg verlenen die is gebaseerd op afspraken die door de overheid gemaakt worden met instellingen, verzekeraars en beroepsgroepen. We noemen dat een beleid. Dat beleid, de manier waarop we zorg verlenen, is niet van de ene op de andere dag ontstaan. Het heeft zich ontwikkeld over een langere periode. Er zijn veel zaken die van invloed zijn op het beleid. De samenstelling van de bevolking is er zo een, maar ook technische mogelijkheden en visie op gezondheid zijn medebepalend. In dit hoofdstuk lees je over het beleid van nu, maar ook hoe dat zo ontstaan is.

## LEERDOELEN

Na het bestuderen van dit hoofdstuk kun je:

- uitleggen wat de huidige visie op gezondheid is;
- vertellen wat de uitgangspunten zijn bij de zorgverlening binnen het huidige beleid;
- benoemen welke gevolgen het huidige gezondheidszorgbeleid heeft voor het werken als verpleegkundige;
- benoemen wat de specifieke kenmerken zijn van de verschillende werkvelden in de zorg.

### CASUS 1.1 AMY

Amy is in opleiding voor verpleegkundige. Ze is bezig met haar eerste stage. Ze loopt die stage op een somatische afdeling in een verpleeghuis. Omdat Amy net begonnen is met haar stage, loopt ze de eerste dagen mee met haar werkbegeleider. Op de derde dag kan Amy aanwezig zijn bij het opnamegesprek dat haar werkbegeleider heeft met mevrouw Jas. Mevrouw Jas is een 47-jarige mevrouw met multiple sclerose. Als gevolg van de multiple sclerose kan mevrouw niet meer zelfstandig thuis wonen.

Het valt Amy op dat haar werkbegeleider met mevrouw Jas bespreekt wat zij zelf nog wél kan. Als ze er naar vraagt, legt haar werkbegeleider uit dat het past bij het beleid van de instelling en overheid om uit te gaan van wat de zorgvrager zelf kan. Ze vertelt: 'We kijken naar wat de zorgvrager nog wel kan. Daarna bespreken we wat de zorgvrager nog wil en wat ze zelf kan organiseren. Pas daarna gaan we in op wat wij voor de cliënt kunnen doen. We merken dat de zorgvragers het fijn vinden te benoemen wat ze nog wel kunnen. Vaak is dat toch meer dan ze dachten.'

## 1.1 Geschiedenis van de gezondheidszorg in Nederland

Je kunt in Nederland op verschillende manieren aan het werk in de zorg. Maar waar je ook gaat werken, je zult merken dat er overeenkomsten zijn in de manier waarop er zorg wordt verleend. Dat komt doordat er in Nederland doelen zijn die we willen bereiken met de zorg. Zo is het bijvoorbeeld een doel om mensen zo lang mogelijk in hun eigen woning te verplegen. De manier waarop we zo'n doel bereiken, is vastgelegd in de vorm van regels en afspraken. Die afspraken en regels noemen we een **beleid**.

Het huidige gezondheidszorgbeleid is niet zomaar ontstaan. Net zoals het beroep van verpleegkundige niet zomaar uit de lucht is komen vallen. Daar is een en ander aan voorafgegaan. Om te begrijpen waarom de gezondheidszorg zo georganiseerd is als nu, waarom de wetten en regels zijn zoals ze zijn, is het goed te weten



**Afbeelding 1.1** Open depot van Stichting Historisch Verpleegkundig Bezit

Foto: Open depot Stichting Historisch Verpleegkundig Bezit te Urk

hoe het in het verleden was. In dit hoofdstuk ligt de focus op het gezondheidszorgbeleid vanaf 2000. We starten met in het kort een aantal hoogtepunten uit de periode 1800 tot 2000 te noemen om daarna door te gaan naar de huidige tijd. In dit boek wordt dus niet de hele geschiedenis van de zorg in Nederland besproken. Daar zijn andere boeken voor. Je kunt ook, als je het interessant vindt, een bezoek brengen aan de Stichting Historisch Verpleegkundig Bezit in Urk.

## 1.2 De zorg tot 1900

Toen je besloot de opleiding tot verpleegkundige te gaan volgen, had je waarschijnlijk een beeld voor je van werken in een instelling waar mensen met een ziekte of handicap op deskundige wijze verzorgd worden. Misschien dacht je wel



aan de thuiszorg, dus verpleegkundige zorg leveren bij de zorgvrager thuis. Maar waar je ook aan dacht, je ging ervan uit dat het deskundige zorg zou zijn, geleverd door mensen die daarvoor een goede opleiding hebben gevolgd. Mensen die doen wat volgens de wetenschap ook echt werkt. Het is niet zo gek dat je er zo over dacht. In de eenentwintigste eeuw weten we niet beter dan dat het zo gaat. Toch is het nog niet zo lang zo dat er op deze manier zorg wordt verleend.

Wanneer je in 1860 een ziekenhuis zou binnenstappen, zou je verbaasd zijn. Je ziet dan geen operatiekamers, geen ‘eenpersoonskamers’ en geen infusen, en zeker niet allerlei apparaten bij het bed van de patiënt. Je zou grote zalen zien met veel bedden waarin de patiënten lagen. Deze patiënten werden verzorgd door ongeschoolde krachten, de zaalmeiden en zaalknechten.

Veel behandelingen waren niet mogelijk. Daarom werden de meeste zieken thuis verpleegd. Dit gebeurde dan vaak door familieleden. Als de patiënt geen geld had, kon hij terecht in een ‘gasthuis’. Misschien herken je het woord wel. Er zijn nog steeds ziekenhuizen met ‘gasthuis’ in de naam. Voorbeelden hiervan zijn het Franciscus Gasthuis in Rotterdam of het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft.

Verplegen werd dus lange tijd gedaan door niet-opgeleide mensen. Pas in 1878 werd in Nederland de eerste verpleegstersopleiding gestart. Deze eenjarige opleiding was het begin van de professionalisering van het verpleegkundig beroep. Het zou nog tot 1890 duren voor de opleiding door de overheid erkend werd. Als je dus 150 jaar geleden geboren was, had je zonder opleiding aan de start gekund.

In die tijd, tot 1850 was er vanuit de overheid weinig inmenging in de gezondheidszorg. De zorg voor mensen met een ziekte of handicap werd overgelaten aan het particuliere initiatief. Ook voor ouderen werd vanuit de overheid weinig tot niets geregeld. Dit ondanks het feit dat het ministerie van Binnenlandse Zaken verantwoordelijk was voor de gezondheidszorg en armenzorg. Wanneer je arm, oud of ziek was, was je afhankelijk van de bereidheid van anderen om voor je te zorgen. Als er niemand was om voor je te zorgen, kon je geen beroep doen op de overheid, er was geen verzorgingstehuis of ziekenhuis waar je zorg kreeg.

### 1.3 1900 tot 1945

Aan het einde van de negentiende eeuw werd hygiënisch werken steeds gangbaarder. Ook het aantal medische handelingen nam toe. De verpleegkundige zorg

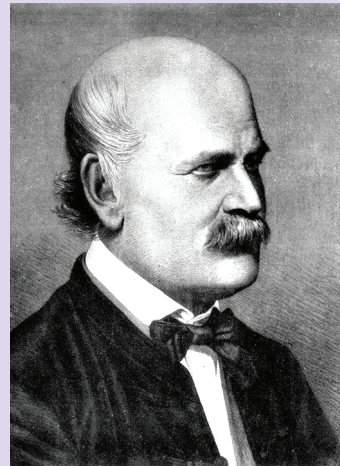
werd steeds belangrijker als aanvulling op de medische zorg. Omdat het niet altijd mogelijk was deze aanvullende en hygiënisch verantwoorde zorg thuis te leveren, werd deze zorg langzaam maar zeker verplaatst naar instellingen. De eerste ziekenhuizen ontstonden.

Hygiënisch werken was een belangrijke voorwaarde om infecties te voorkomen. Infecties zijn lange tijd een belangrijke doodsoorzaak geweest. Had iemand een wond door een ongeluk of opgelopen in de oorlog, dan was de infectie die volgde vaker de doodsoorzaak dan de wond zelf. Hoe wel er in de middeleeuwen werd geëxperimenteerd met middelen tegen infecties, konden ze pas goed worden bestreden met penicilline, het eerste echte antibioticum. Het werd al in 1928 ontdekt door de Britse arts Fleming, maar het duurde nog tot 1941 voordat het op grote schaal werd geproduceerd. Al snel volgden ook andere vormen van antibiotica, zoals streptomycine, een middel dat werkzaam was tegen tbc.

In het begin van de vorige eeuw werd het dus mogelijk infecties te bestrijden. Ook ontstonden er effectieve manieren om infecties te voorkomen, zoals het handen wassen.

## HANDEN WASSEN

Ignaz Semmelweis was een in Hongarije geboren arts. Hij werkte in 1846 als assistent van een hoogleraar op een kraamafdeling van een ziekenhuis in Wenen. Het was de afdeling die bekend stond als de klasse-afdeling. De afdeling waar de wat meer welgestelde vrouwen lagen. Het viel Semmelweis op dat op deze afdeling meer dan 13 procent van de kraamvrouwen stierf in het ziekbed. Ze stierven aan wat bekend stond als 'kraamvrouwenkoorts', een pijnlijke, langzame dood. Opvallend was dat op de afdeling waar de minder welgestelde vrouwen lagen, het aantal sterfgevallen lager was. Semmelweis ging



**Afbeelding 1.2**  
Ignaz Semmelweis

Foto: Pictorial Press Ltd / Alamy Stock Photo

op zoek naar de oorzaak van dit verschil. Hij kwam erachter dat op de klasseafdeling bij de kraamvrouwen inwendig onderzoek werd uitgevoerd door geneeskundestudenten. Deze studenten verrichtten echter autopsies (onderzoek op lijken) voordat ze het inwendig onderzoek op de vrouwen deden. Omdat ze tussendoor geen handhygiëne uitvoerden, brachten ze ziekteverwekkers van de lijken over op de kraamvrouwen. Semmelweis voerde in dat voorafgaand aan het onderzoek van de zwangere vrouwen de handen voortaan gewassen moesten worden met bleekwater. Met goed resultaat: het sterftecijfer daalde. Helaas kon niet iedereen zich vinden in de theorie van Semmelweis. Hierdoor heeft het nog lang geduurd voordat het handen wassen een standaardhandeling werd. Daardoor zijn er nog vele vrouwen onnodig overleden.

Het voorkomen van ziektes werd steeds belangrijker, bijvoorbeeld door handen wassen, vaccineren en voorlichting over een gezonde levenswijze. Je herkent misschien wel dat wat in het begin van de vorige eeuw is begonnen, nog steeds belangrijk is. Als verpleegkundige zul je immers je handen wassen (of desinfecteren) voor en na elk contact met een zorgvrager. Ook werk je mee aan vaccinatieprogramma's en zorg je dat je zorgvrager zijn antibiotica op tijd inneemt. Maar ook als het gaat om het geven van voorlichting, speel je als verpleegkundige een belangrijke rol. Je geeft voorlichting over het voorkomen van ziektes, maar ook over het voorkomen van complicaties als gevolg daarvan.

Ontwikkelingen van wel meer dan honderd jaar geleden hebben dus nog steeds effect op jouw dagelijks handelen.

## 1.4 1945 tot 2000

Niet alleen in Nederland gebeurde er na de Tweede Wereldoorlog veel op het gebied van zorg, ook internationaal waren er verschillende ontwikkelingen. Zo richtten de Verenigde Naties in 1948 de **World Health Organization (WHO)** op. De WHO heeft als doel wereldwijd verschillende onderdelen van de gezondheidszorg op elkaar af te stemmen. Zo brengt ze advies uit over vaccinatieprogramma's

en helpt ze bij noodsituaties zoals oorlogen en natuurrampen. Maar ook formuleerde ze in 1948 een definitie van gezondheid. De definitie luidde:

*Gezondheid is een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet van louter het ontbreken van ziekte.*

Inmiddels hebben we andere ideeën over wat gezondheid is. Je leest hier meer over in het deel over de jaren na 2000. De WHO is ook verantwoordelijk voor een aantal **classificaties** binnen de gezondheidszorg. Een voorbeeld daarvan is de International classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Met behulp van de ICF worden ziektes geclassificeerd.

Na de Tweede Wereldoorlog ontstond er in Nederland een situatie waarin de overheid de verantwoordelijkheid droeg voor onderwijs, werkgelegenheid en sociale zekerheid, maar ook gezondheidszorg. Wetten van voor de oorlog waren onvoldoende om ervoor te zorgen dat ouderen niet meer afhankelijk zouden zijn van hun kinderen. Vooral de arme ouderen waren afhankelijk van hun kinderen. Deze hadden zelf echter ook vaak onvoldoende geld om in het levensonderhoud van de ouders te voorzien. De overheid ontwierp daarom een systeem waarin mensen met meer draagkracht meer zouden bijdragen aan de voorzieningen voor de minder draagkrachtigen. Zo werden de Wet op de Arbeidsongeschiktheid (WAO) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) geïntroduceerd. Iedere Nederlander betaalde hiervoor een premie. De hoogte van de premie was afhankelijk van het inkomen. Hierdoor werd een minimum aan huisvesting, scholing, werkgelegenheid, sociale zekerheid en gezondheid gegarandeerd voor alle Nederlanders. De overheid had zichzelf een grote rol en verantwoordelijkheid toebedeeld. Je kunt zeggen dat het welzijn van de Nederlanders de verantwoordelijkheid was van de overheid. Vanaf 2000 is hierin een omslag te zien en legt de overheid de verantwoordelijkheid voor dit soort zaken steeds meer terug bij de burger zelf.

## AWBZ

De AWBZ, die tot 2015 van kracht was, vergoedde de kosten die gemaakt werden als gevolg van langdurige ziekte of handicap. Het ging vooral om medi-



sche kosten, die voor Nederlanders niet te betalen waren. Verpleging door een wijkverpleegkundige werd ook vergoed door de AWBZ. Na 2015 is hierin veel veranderd. De meeste gezondheidsgerelateerde kosten vallen nu over de Zorgverzekeringswet. Hierover lees je meer in hoofdstuk 5.

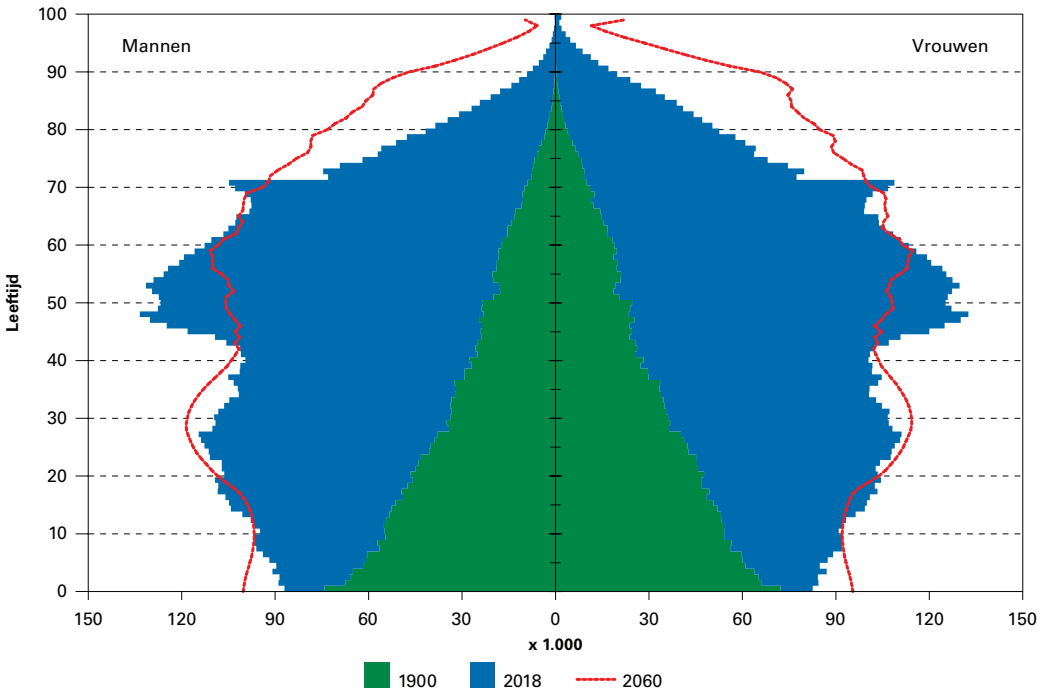
## WIA

Op 1 januari 2006 maakte de Wet op de Arbeidsongeschiktheid (WAO) plaats voor de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA). Een zorgvrager ontvangt een WIA-uitkering als hij niet of slechts gedeeltelijk in staat is te werken.

Vanaf de jaren tachtig nam het aantal mensen dat een hoge leeftijd zou bereiken toe. Ook het aantal mensen met een **chronische** ziekte nam toe. De ontwikkeling van de medische wetenschap en betere hygiëne maakten het mogelijk dat mensen aandoeningen zoals een herseninfarct overleefden. Veel van de mensen die een dergelijke aandoening overleven, houden echter wel **restverschijnselen**. Het gevolg daarvan is dat zij blijvend zorg nodig zullen hebben.

De toename van het aantal ouderen noemen we **vergrijzing**. In Nederland neemt niet alleen het aantal ouderen toe, mensen worden ook steeds ouder. We noemen dat **dubbele vergrijzing**.

‘Ouderdom komt met gebreken’ is een veelgehoord gezegde. Ook voor de groter wordende groep oudere Nederlanders geldt dat zij vaak om gezondheidsredenen zorg nodig hebben. De toegenomen vraag naar zorg, door de vergrijzing en het aantal mensen met een chronische aandoening, zorgde ervoor dat de kosten van de zorg sterk stegen. Ook ontstonden er lange wachtlijsten voor behandelingen of een plaats in een revalidatie- of verpleeghuis. Het was duidelijk dat er een oplossing moest worden gevonden voor deze problemen. Anders zou zorg niet meer voor iedere Nederlander vanzelfsprekend zijn.



**Afbeelding 1.3** Bevolkingspiramide Nederland, 1900, 2018 en prognose 2060

Bron: Ekamper en Van Nimwegen (2018), p. 6

Er was nog een reden voor de overheid om kritisch naar het beleid te kijken. Minder jongere mensen betekent namelijk ook dat er minder mensen beschikbaar zijn om het werk in de zorg te doen. Je denkt misschien door alle berichten in de media dat de personeelstekorten in de zorg een actuele ontwikkeling zijn. Maar al in de jaren tachtig van de vorige eeuw werd er gewaarschuwd voor een tekort aan personeel in deze eeuw. Het personeelstekort leidde tot opstand onder de verpleegkundigen. Deze opstand staat bekend onder de naam 'De witte woede'. Als je hier meer over wilt weten, kun je het gelijknamige boek van Loes van Vugt lezen.

## 1.5 2000 tot heden

Voordat je gaat lezen over het huidige beleid, wordt eerst besproken hoe in de huidige tijd wordt gedacht over ziekte en gezondheid. Dit is namelijk mede bepalend geweest voor het huidige beleid. Deze nieuwe manier van kijken naar zorg-