

# Opname-indicaties voor het verpleegtehuis

DOOR A. JONKER, ARTS TE HENGELO\*

Gedurende de laatste tien jaren zijn talrijke publikaties verschenen betreffende de problematiek van het verpleegtehuiswezen. Uit de dagelijkse praktijk blijkt echter, dat ook thans nog velen moeite hebben met het beantwoorden van de vraag, of in een bepaald geval opname in een verpleegtehuis is geïndiceerd. Onder het motto „het verpleegtehuis is geen bejaardentehuis” moge hier aan dit onderwerp de volgende beschouwing worden gewijd.

Aan een bespreking van de opname-indicaties voor verpleegtehuizen dient vooraf te gaan een formulering van hetgeen men met het begrip verpleegtehuis bedoelt. In dit artikel zal daarbij alleen worden gedacht aan het „moderne” verpleegtehuis, ook wel genoemd „verpleegtehuis nieuwe stijl”. De beperking, die was besloten in de aanduiding „verpleegtehuis voor chronisch zieken” wordt tegenwoordig steeds meer achterwege gelaten, zodat thans bij voorkeur wordt gesproken van verpleeginrichtingen. De „Nederlandse Federatie van Verpleeginrichtingen” heeft sinds kort in haar titulatuur de bovengenoemde toevoeging eveneens weggelaten. Bij de bespreking van de opname-indicaties zal verder geen rekening worden gehouden met de categoriaal naar leeftijd gerichte verpleegtehuizen, maar zal worden uitgegaan van de mijns inziens aanwezige noodzaak, dat patiënten van alle leeftijdsklassen — met uitzondering van de kinderleeftijd — moeten worden opgenomen. Wel zal blijken dat ongeveer 80 procent van de opgenomen patiënten tot de categorie van de bejaarden behoort.

Indien men tracht plaats en taak van het verpleegtehuis nader te omschrijven, kan worden gesteld dat deze moeten zijn gelegen in een sector tussen enerzijds het ziekenhuis en anderzijds het verzorgingstehuis. In navolging van het „Rapport taakverdeling inrichtingen van Gezondheidszorg” kan ten aanzien van het ziekenhuis worden gesteld, dat dit een instelling is „waar door middel van organisatie van kapitaal en gekwalificeerde arbeid iemand tijdelijk de medische behandeling (als regel van specialistische aard) en de verpleegkundige verzorging kan krijgen, die hij uit hoofde van zijn ziek zijn nodig heeft en die hem thuis om enige reden niet kan worden”. Deze definitie lijkt volledig duidelijk. Men kan zich afvragen, of hieruit

*Samenvatting.* Door definiëring van het begrip verpleegtehuis wordt gepoogd met behulp van figuren te komen tot een meer exacte indicatiestelling, zowel met betrekking tot opname in een verpleeginrichting als tot die in een verpleeginrichting voor psychisch gestoorde bejaarden. Medische en sociale indicaties spelen een rol van overwegende betekenis. Gewezen wordt op het belang van goede samenwerking tussen huisarts en verpleegtehuisarts.

een definitie voor het verpleegtehuis kan worden afgeleid.

Bij opname in een ziekenhuis gaat het in de praktijk voornamelijk om het feit, dat medische behandeling en diagnostiek thuis niet meer mogelijk zijn, omdat specialistische aandacht en het gebruik van speciale apparatuur zijn geïndiceerd. Indien echter de verpleegkundige aspecten van het ziek zijn meer in het geding zijn en met name indien deze problemen zo groot zijn geworden dat een oplossing thuis niet meer mogelijk is, zou met reden kunnen worden gesteld dat in die gevallen geen opname in een ziekenhuis dient plaats te vinden maar in een verpleegtehuis. Het spreekt vanzelf dat, ook al is de verpleegkundige factor van overwegend belang, medische behandeling eveneens noodzakelijk zal zijn. In vele gevallen zal het hier een chronisch of dreigend chronisch ziek zijn betreffen. Elke verpleging behoort gepaard te gaan met medische begeleiding. Men kan het ook aldus formuleren, dat aan vele medische behandelingen een min of meer intensieve verpleegkundige verzorging inherent is. Gezien het voorafgaande is het mogelijk de eerder genoemde definitie te splitsen, zodat het eerste gedeelte geldt voor de situatie in het ziekenhuis en het tweede gedeelte voor die in het verpleegtehuis. In beide gevallen is het hoofdmotief voor de opname, dat de gevraagde behandeling, respectievelijk van overwegend medische en van voornamelijk verpleegkundige aard, thuis om welke reden dan ook, niet op verantwoorde wijze mogelijk is.

Op grond van het bovenstaande kan nu de volgende definitie worden gegeven: „Het verpleegtehuis is een instelling, waar door middel van organisatie van kapitaal en gekwalificeerde arbeid iemand tijdelijk de verpleegkundige verzorging kan krijgen welke hij uit hoofde van zijn ziek zijn nodig

\* Geneesheer-directeur „Dr. P. C. Borsthuis”.

heeft en die hem thuis om enige reden niet voldoende kan worden". Men zou hieraan nog kunnen toevoegen de zinsnede: „en waar de medische begeleiding der verpleging niet van medisch-specialistische aard behoeft te zijn”.

Uitgaande van de hierboven gegeven definitie blijkt het mogelijk tot een verantwoorde indicatiestelling voor opnemings in het verpleegtehuis te komen. Men moet zich hierbij wel realiseren, dat de huidige verpleging een veel actiever karakter bezit dan vroeger het geval was. De tegenwoordige situatie is deze, dat de verpleging niet uitsluitend verpleging dient te zijn, maar dat deze tevens in sterke mate moet zijn gericht op de tertiaire preventie. Dit houdt in, dat tijdens de verpleging doelbewust al die handelingen worden uitgevoerd die een te vermijden invaliditeit kunnen voorkomen en een reeds aanwezige invaliditeit kunnen doen afnemen. Hier is dus sprake van een zeer actieve verpleging, die — meer dan vroeger het geval was — medische en ook paramedische begeleiding behoeft. Het is dan ook onjuist het begrip reactivering gescheiden te houden van verpleging. Verpleging dient steeds te geschieden vanuit een instelling die tevens de reactivering van de patiënt beoogt. Om die reden is het naar mijn mening eveneens onjuist te spreken van „verpleeg- en reactiveringsinrichting” of formuleringen in deze geest te gebruiken. Dergelijke typering bevatten een misleidend pleonasme. Moderne verpleging betekent tegelijkertijd reactivering.

Een en ander brengt tevens met zich, dat het wenselijk is dat vrijwel alle patiënten die voor opnemings in een verpleegtehuis in aanmerking komen, eerst een kortdurende „klinische screening” ondergaan. Immers, naast alle voordelen welke actieve verpleging behelst, dient rekening te worden gehouden met het feit dat hierbij aan de patiënt zware eisen worden gesteld, met name wat betreft het cardiovasculaire systeem. In het kader van dit artikel zal niet worden ingegaan op de vraag van welke aard de afdeling in een algemeen ziekenhuis moet zijn, waar deze klinische screening en voorbehandeling dient te geschieden. Ten aanzien van deze problematiek bestaat trouwens nog allerminst een communis opinio.

Indien men uitgaat van de eerder genoemde definitie, is het in de praktijk zeer goed mogelijk uit te maken of een patiënt al dan niet dient te worden opgenomen in een verpleegtehuis. Hierbij is het echter wel wenselijk dat er een zo concreet en duidelijk mogelijke indicatiestelling wordt geformuleerd. De tot nu toe geldende indicaties voor opnemings voor rekening van de ziekenfondsen luiden als volgt: 1 - indien een mogelijkheid tot reactivering aanwezig is; 2 - indien de opname een belangrijke verzachting van het lijden kan betekenen.

In de praktijk blijkt, dat deze omschrijving met zich brengt dat vele patiënten als het ware tussen de wal en het schip geraken. Al die patiënten name-

lijk, die in sterke mate behoefte hebben aan verpleging, maar bij wie reactivering ogenschijnlijk geen kans op succes heeft, zijn tot nu toe aangewezen op de Algemene Bijstandswet. De ervaring van schrijver dezes is echter, dat in vele gevallen, zij het na een zeer langdurige behandeling, toch een gedeeltelijke of zelfs volledige reactivering kan worden gerealiseerd. Het stemt tot voldoening dat kan worden verwacht dat de invoering van de wet Zwarte Geneeskundige Risico's in de thans bestaande situatie een aanzienlijke verbetering zal teweeg brengen. Bij de indicatiestelling tot opnemings gaat het in elk geval om de verpleegbehoefte en naar mijn mening moet hierbij toch worden gesproken van medische indicatie. Twee factoren spelen hierbij een rol, te weten: 1 - de medische diagnose; 2 - de situatie wat betreft de Activiteiten van het Dagelijkse Leven (A.D.L.).

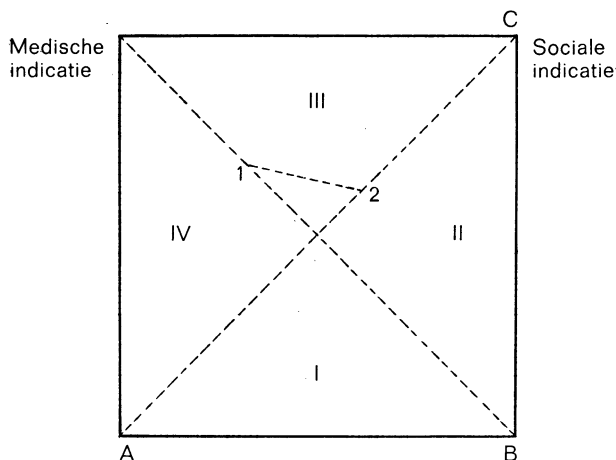
Het zijn vooral deze A.D.L. die direct verband houden met de behoefte aan verpleging.

Naast de medische indicatie, in het hier besproken verband synoniem met verpleegkundige indicatie, zal juist ten aanzien van de opnemings in een verpleegtehuis de sociale indicatie eveneens een belangrijke rol spelen. Deze rol zal belangrijker zijn dan indien het opnemings in een ziekenhuis betreft; de meeste ziekenhuizen gaan immers alleen tot opnemings over op grond van zuiver medische indicaties, zij doen zulks niet meer op uitsluitend sociale indicatie. Een en ander is ongetwijfeld een stimulerende factor van betekenis geweest ten aanzien van de sterke groei van het verpleegtehuiswezen in Nederland. Het gevolg van deze situatie is, dat de indicatiestelling voor opnemings in een ziekenhuis vrijwel nooit moeilijkheden met zich brengt, terwijl zulks wel het geval is bij opnemings in een verpleegtehuis. In het laatstgenoemde geval moet men namelijk met twee begrippen werken: de medische en de sociale indicatie. Een instructieve methode om beide genoemde indicaties met elkander te vergelijken werd bedacht door Sissingh.\*

In *figuur 1* stelt de lijn B-D de medische indicatielijns voor. Naarmate deze indicatie (in dit verband dus gelijk te stellen aan verpleegkundige indicatie) belangrijker is, komt het waarderingspunt op deze lijn hoger te staan (dat wil zeggen dichter bij punt D). Indien wij aannemen, dat in een bepaald geval de waardering voor de zwaarte der medische indicatie komt te liggen op het met 1 aangeduide punt in de figuur, dan kan de zwaarte van de sociale indicatie worden uitgezet op de lijn A-C, de sociale indicatielijns. Gesteld dat zodoende in dit geval het met 2 aangeduide punt wordt bereikt, dan komt de opnamelijns, verlopend van 1 naar 2 in de driehoek, die wordt begrensd door de punten C, D en E, te liggen (III).

De vier driehoeken waaruit de figuur is samen-

\* Geneesheer-directeur van het verpleegtehuis „De Molenhorn” te Winschoten.



Figuur 1. Voor een verklaring raadplege men de tekst.

gesteld, hebben de volgende betekenis. De met I aangeduide driehoek wordt gekenmerkt door een lage medische en een eveneens lage sociale indicatie. Patiënten, van wie de opnamelijns komt te liggen in deze driehoek, kunnen veelal thuis worden verpleegd en behandeld. De met II aangeduide driehoek houdt in, dat in deze sector de sociale indicatie in sterkere mate aanwezig is dan de medische indicatie. In de meeste van de hierin thuis-horende gevallen zal het verzorgingstehuis datgene kunnen bieden, wat de patiënt nodig heeft. In de met III aangeduide driehoek is sprake van een hoge sociale en een hoge medische indicatie. Hier betreft het patiënten, die zonder meer in aanmerking komen voor opname in een verpleegtehuis. In vele gevallen zal dit ook gelden voor patiënten, die thuishoren in sector IV, waar de medische indicatie hoog is gewaardeerd, terwijl de sociale indicatie laag is. De consequenties van deze beschouwing zijn tot uitdrukking gebracht in *figuur 2*.

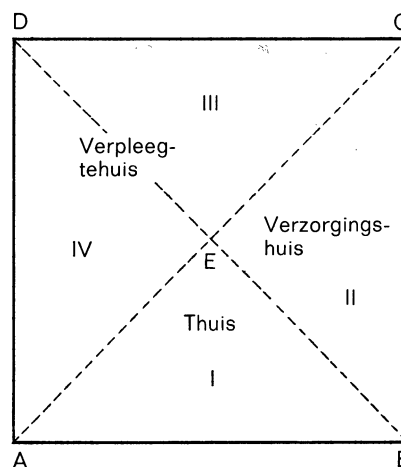
De driehoek, waarin de opnamelijns van een patiënt komt te liggen, is derhalve bepalend voor het feit, of de patiënt ergens moet worden opgenomen en zo ja, waar dit dan het geval zal moeten zijn. De moeilijkheid bij dit systeem is gelegen in de plaatsbepaling van de punten 1 en 2. Ten aanzien van de situering van punt 2 zal de huisarts, die het gezin kent, zo nodig in samenwerking met de maatschappelijke werkster, waarschijnlijk geen moeilijkheden ondervinden. In vele gevallen zal ook het vinden van de juiste plaats voor punt 1 weinig moeite kosten, aangezien deze plaats zal worden bepaald door de medische diagnose(s) en de situatie ten aanzien van de A.D.L. Dikwijls zal hier een parallellisme bestaan, maar er zullen ook gevallen voorkomen waarin van discrepantie sprake is. Niettemin zal de A.D.L. van grote invloed zijn, want bij alle patiënten, bij wie deze activiteiten ernstig zijn gestoord, zal punt 1 ongetwijfeld hoog komen te liggen. De functies, die in dit verband vooral van belang zullen zijn, betreffen: het lopen, het zichzelf aan- en uitkleden, toiletbezoek, continëntie en het

zelfstandig kunnen eten. Indien een van de vijf genoemde functies volledig is gestoord, zal punt 1 dikwijls reeds boven het centrale punt E (dus op de lijn E-D) komen te liggen.

Van groot belang is uiteraard de vraag of, in geval van stoornis in een van de belangrijke A.D.L.-functies, herstel hiervan mogelijk is door middel van behandeling en voorts of, door de reactiveringsbehandeling, althans een status quo zal kunnen worden gehandhaafd, terwijl zulks zonder behandeling wellicht niet het geval zou zijn. Vooral ten aanzien van dit laatste zal toepassing van het principe „six weeks in - six weeks out” bijzonder nuttig kunnen zijn. Een veel ruimere toepassing van dit principe dan thans het geval is, is daarom zeker gewenst. Hierbij is echter een goede maatschappelijke voorbereiding een vereiste. Bij dit alles moet overigens de waarde van een gewone, poliklinische behandeling niet worden vergeten. Een dergelijke behandeling dient te geschieden waar men over ervaring ten aanzien van deze categorie patiënten beschikt, dat wil zeggen dat zulks in een verpleegtehuis mogelijk zou moeten zijn. Ten onrechte wordt wat dit betreft veelal gedacht, dat uitsluitend massage resultaat zou opleveren, reden waarom nogal eens word overgegaan tot behandeling thuis, terwijl daar voor oefentherapie noch voldoende ruimte, noch voldoende outillage beschikbaar is. Noodzakelijk is een doelgerichte oefentherapie, dikwijls voorafgegaan door massage.

Hoewel de door Sissingh aangegeven methode van indicatiestelling nog grote problemen met zich brengt, kan toch worden gesteld dat deze werkwijze in een aantal twijfelgevallen zijn nut heeft bewezen. Van belang is, dat men — aldus te werk gaande — zich bewust gaat afvragen hoe hoog de punten 1 en 2 moeten liggen op de indicatielijns, zodat niet alleen wordt gelet op de diagnose, maar ook op de situatie ten aanzien van de A.D.L.

Moelijkheden zijn er dikwijls ook ten aanzien van de opname van dubbel gehandicapten. Is



Figuur 2. Voor een verklaring raadplege men de tekst.

hiertoe eenmaal besloten, dan rijst de vraag of deze opname in een gewoon verpleegtehuis dient plaats te vinden of in een verpleegtehuis voor psychisch gestoorde bejaarden. De psychisch gestoorde, die in een der laatstgenoemde inrichtingen worden opgenomen, zijn meestal dement. Op grond hiervan kan men bij de beoordeling van het probleem waar opname dient te worden gerealiseerd eveneens gebruik maken van de hiervoor besproken schematische afbeelding. Aldus te werk gaande ontstaat het beeld, dat is weergegeven in *figuur 3*.

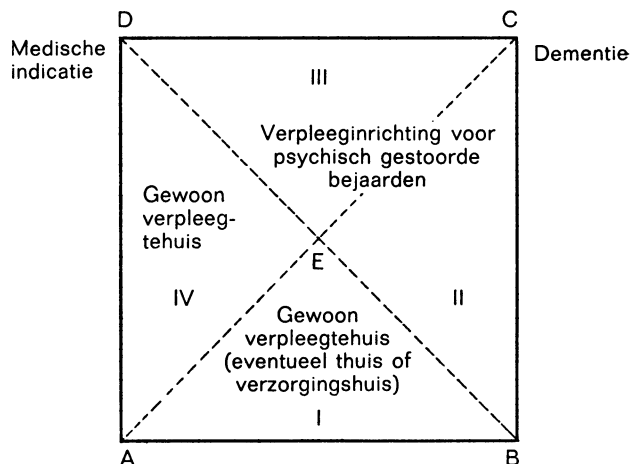
In deze gevallen kan de sociale indicatie achterwege blijven, omdat de vraag of opname noodzakelijk is reeds werd beantwoord. In de plaats van deze indicatiestelling komt nu een beoordeling van de graad van dementie. Op de indicatielijns zal het centrale punt E veelal de grens aangeven tussen sociaal nog aangepast (A-E) en sociaal niet meer aangepast (E-C). Ook de lichamelijke handicap is uiteraard een belangrijke factor. Tot op heden is er nog geen algemeen aanvaarde oplossing voor het probleem of patiënten, van wie de opnamelijns komt te liggen in de met III aangeduide driehoek, moeten worden opgenomen in een verpleegtehuis voor psychisch gestoorde bejaarden, dan wel in een gewoon verpleegtehuis met een speciale afdeling voor psychisch gestoorde, hetgeen in dit verband wil zeggen: ernstig dubbel-gehandicapten. Naar mijn mening zijn er vele argumenten ten voordele van laatstgenoemde oplossing. Ondanks het feit, dat er reeds was beslist dat de patiënt moest worden opgenomen, zal een aantal patiënten, van wie de opnamelijns komt te liggen in de met I gemerkte driehoek mogelijk toch thuis kunnen blijven of kunnen worden geplaatst in een verzorgingstehuis.

Hoewel de door Sissingh ontworpen figuren een bijdrage vormen tot een meer exacte indicatiestelling voor opname, lijkt de beoordeling hiervan toch dikwijls een moeilijke zaak. Zulks geldt zowel

## Een studiereis in Frankrijk

*Inleiding.* Het doel van deze studiereis was het bijwonen van het achtste Congres van de Médecins de Groupe (A.N.S.M.G.) en het bezoeken van een aantal groepspraktijken in Frankrijk, teneinde praktijkgebouwen te bezichtigen, de wijze van praktijk doen te observeren en de functie van het gemeenschappelijk praktijkgebouw daarbij te bestuderen. In verband met de ontwikkelingen in ons land, wilden wij graag iets van de volgende situeringen van groepspraktijken zien: in een nieuw groot woningcomplex in de omgeving van een grote stad, in verband met de vele nieuwe wijken die hier in tal van steden verrijzen, voorts in een oud wooncomplex en tenslotte in de plattelandssituatie. Daarnaast stond een bezoek aan de „Hospitalisation à Domicile” te Parijs op het programma, welke ons in gemodificeerde vorm interessante mogelijkheden leek te bieden voor huisartsgroepen en universitaire poliklinieken in aparte wijken van onze grote steden.

De reden tot dit bezoek was, dat inzake groepspraktijken in ons land wel over Engeland veel bekend is, maar niet



*Figuur 3.* Voor een verklaring raadplege men de tekst.

voor de huisarts als voor de op dit terrein over meer ervaring beschikkende verpleegtehuisarts. Dikwijls zal laatstgenoemde de patiënt eerst thuis bezoeken alvorens te besluiten, wat er in dit concrete geval het beste kan gebeuren. Een dergelijke momentopname is hiervoor echter onvoldoende. De aan het verpleegtehuis verbonden arts zal zijn oordeel dan ook tevens moeten baseren op de gegevens, welke de huisarts hem kan verstrekken. Het is buitengewoon belangrijk, dat de huisarts dit dan ook zo uitvoerig mogelijk doet. Nog beter is het te trachten gezamenlijk tot een beoordeling en indicatiestelling te komen. De publikatie van deze beschouwing moge hiertoe bijdragen.

*Summary.* Indication for admission to a nursing-home. An attempt is made at a figurative approach to determination of indications for admission to a nursing-home and to an institution for the mentally disturbed aged. Medical and social indications play a predominant role, and communication between family doctor and institutional physician is of great importance.

over Frankrijk, terwijl wij de indruk hadden, dat men daar over uitgebreide ervaring beschikt.

*Algemene opmerkingen:* Het vinden van de weg in de Franse huisartsenwereld is moeilijker dan in Engeland. Men is er minder gewend aan buitenlands bezoek. Er is geen bureau, zoals bij het „Royal College of General Practitioners”, waar de bezoeker vlot de weg wordt gewezen. Op het bureau van de Médecins de Groupe is men voor bezoekers niet erg praktisch gedocumenteerd. Het zoeken naar representatieve groepspraktijken kostte daardoor, maar ook door de afstanden en de wirwar van de banlieu van Parijs, veel tijd. Op het platteland zijn de openbare verbindingen bovendien schaars.

De Franse collega's waren, hoewel aanvankelijk wat terughoudend, als het ijs gebroken was, zeer openhartig en bereid tot hulp en inlichtingen. Het bezoeken van het congres zonder tevoren deze groepspraktijken te hebben gezien en de artsen gesproken, zou veel minder zinvol zijn geweest. De