

Thuiszorg: van goedkoop naar goed

Bijdragen over de gewenste ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde zijn meestal gebaseerd op goede bedoelingen, intelligente extrapolaties en goedaardige waarde-oordelen, maar niet op wetenschappelijk onderzoek of proefondervindelijke bewijzen. 'The most important aspects of care cannot be quantified, and therefore cannot be monitored'.¹

Een van die belangrijke aspecten is de thuiszorg. Het is de hoogste tijd dat hierover door huisartsen gekwantificeerde informatie wordt verzameld. In Nederland is nauwelijks onderzoek naar thuiszorg gedaan. Zo komt dit onderwerp niet voor als trefwoord in de index van *Huisarts en Wetenschap* noch in de registers van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.^{2,3} Het is daarom verheugend dat op instigatie van de Ziekenfondsraad in drie regio's een experiment intensieve thuisverpleging is gestart met daaraan verbonden een wetenschappelijke evaluatie. De huisarts speelt bij deze intensieve thuisverpleging een belangrijke rol: bij het stellen van de indicatie, in samenwerking met specialist, wijkverpleegkundige en gezinsverzorgster, bij de daadwerkelijke medische behandeling en bij het invullen van de protocollen ter evaluatie.

In dit nummer wordt door *Schadé* de thuiszorg expliciet onder de aandacht gebracht naar aanleiding van het scenariorapport 'Kanker in Nederland'. Hij beklemtoont dat deskundigheidsbevordering van huisartsen noodzakelijk is, vooral op het terrein van somatische zorg en samenwerking met andere hulpverleners bij de thuisbehandeling van kankerpatiënten.⁴

Goede thuiszorg dient echter niet beperkt te blijven tot kankerpatiënten, maar moet beschikbaar zijn voor alle patiënten die thuis verzorgd willen worden. Het gaat hierbij hoofdzakelijk om oudere mensen met chronische, invaliderende of letaal verlopende ziekten. Verschillende aspecten van de thuiszorg vormen dan ook een punt van aandacht in het reeds in 1984 verschenen scenariorapport over gezondheid en vergrijzing 'Ouder worden in de toekomst'.⁵

De taken die verricht moeten worden om het thuis blijven van ernstig zieke en hulpbehoevende patiënten mogelijk te maken, zijn te onderscheiden in behandeling (curatie, controle en revalidatie), verpleging en verzorging, en begeleiding.⁶ Deze taken wor-

den verricht door de patiënt zelf, door de mantelzorg, door vrijwilligers en door professionele hulpverleners in de eerste lijn.

Wanneer mensen hulpbehoevend worden, blijkt de meeste hulp te worden geboden door de partner, door kinderen en door zelf betaalde hulpkrachten.⁷ In veel mindere mate wordt men geholpen door formele hulpverleners. Uit onderzoek naar 7 × 24-uurszorg bleek dat vooral huisgenoten bij zelfverzorgende en begeleidende taken onvervangbaar zijn.⁸

Belangwekkend is dat veel ouderen zeggen dat zij bij ziekte en invaliditeit de voorkeur geven aan professionele hulp aan huis en dat zij niet afhankelijk willen zijn van informele hulp en relaties.⁹ In ander onderzoek is echter gebleken dat de hulp van informele hulpverleners, mantelzorg en vrijwilligers beter op de behoeften van de patiënten is toegesneden dan de professionele hulpverlening.¹⁰ Verwanten verwaarlozen hun familieleden niet. Integendeel zij verzorgen hun hulpbehoevende verwant vaak ten koste van eigen welbevinden.¹¹ Vooral de noodzaak tot voortdurende aanwezigheid en hygiënische problemen, zoals incontinentie voor faeces en urine, blijken veel problemen op te leveren. Meer waardering voor en ondersteuning van de mantelzorg is gewenst.

Het is te hopen dat uit het experiment van de Ziekenfondsraad ook kwantitatieve gegevens worden verkregen over de omvang en de problemen van de mantelzorg en de wijze waarop de professionele verzorgers de mantelzorg kunnen ondersteunen. Het experiment is echter beperkt tot drie maanden met een eventuele verlenging tot een half jaar. Over de problemen bij thuiszorg aan langdurig hulpbehoevenden worden dus geen gegevens verkregen.

Thuiszorg wordt vooral gepropageerd om dure intramurale zorg te vervangen door goedkopere extramurale. Ook het experiment van de Ziekenfondsraad is opgezet met het doel opnamen in ziekenhuis of verpleeghuis zoveel mogelijk te vervangen, uit te stellen of te verkorten door middel van thuisverpleging. Nog afgezien van de actuele vraag of van substitutie moet worden gesproken en niet veeleer van complementaire zorg, is duidelijk dat van aantoonbare substitutie tot nu toe geen sprake is.¹²

In een analyse in de Verenigde Staten, waarbij 12 eerder gepubliceerde onderzoeken met controlegroe-

pen werden betrokken, bleek dat thuiszorg geen invloed heeft op de mortaliteit of de functionele toestand van patiënten en evenmin op de opnamen in het verpleeghuis. Wat betreft de duur van de ziekenhuisopnamen, het aantal poliklinische behandelingen en de totale kosten van de gezondheidszorg is van de thuiszorg óf geen effect te bespeuren óf een opwaartse druk. De analyse besluit met aanbevelingen voor beter opgezet onderzoek naar verschillende vormen van thuiszorg bij onderscheiden groepen patiënten, waarbij zowel de kwaliteit van de zorg als de kwaliteit van het leven wordt betrokken.¹³

Huisartsen die verantwoordelijk zijn voor geneeskundige behandeling en begeleiding van patiënten thuis, moeten op grond van wetenschappelijk onderzoek helpen aangeven onder welke voorwaarden verpleging thuis verantwoord is. Wat heeft het thuisfront de laatste jaren al niet opgevangen? De opnameduur in de ziekenhuizen is drastisch verminderd. Door vervroegd ontslag zijn de huisarts en vooral de wijkverpleegkundige extra belast, met name in de weekeinden. Tot nu toe is dit – op papier – opgevangen met een volumegroei van 4 procent opgevangen. Bij de gezinszorg is geen sprake van 4 procent volumegroei: slechts de aangekondigde bezuinigingen zijn geschrapt.

Er moeten nu werkelijke afspraken worden gemaakt om de thuiszorg van loze kreet tot verantwoorde voorziening te maken. Institutionaliseren is duur en niet de beste oplossing. Goede verzorging thuis is wel mogelijk, maar niet gratis. Op deze sector moet niet worden bezuinigd. Integendeel, hier moet

worden geïnvesteerd: door overheid en ziektekostenverzekeraars in geld en menskracht, door de huisarts in deskundigheidsbevordering.

B. Meyboom-de Jong

- ¹ Marinker M. Experimentation: the next step. *J R Coll Gen Pract* 1987; 37: 125-8.
- ² Meijman FJ, red. Register 1972 – 1986 van Huisarts en Wetenschap. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1987.
- ³ Anoniem. Registers Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1961 – 1985. Amsterdam: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1962, 1972, 1982, 1986.
- ⁴ Schadé E. Thuiszorg. Kruispunt of soppingsveld in de gezondheidszorg. *Huisarts en Wetenschap* 1988; 31: 51-4.
- ⁵ Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Ouder worden in de toekomst. Utrecht: Van Arkel, 1985.
- ⁶ Van den Bos GAM, Mohrs J, Habbema JDF, e.a. Chronische aandoeningen, hulpbehoefte en zorggebruik. Universiteit van Amsterdam: Instituut voor Sociale Geneeskunde, 1986.
- ⁷ CBS. Leefsituatie van de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1984.
- ⁸ Kempen GIJM, Van Sonderen FLP, Suurmeijer ThPBM, e.a. Formele en informele hulpverlening bij ouderen. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1986; 17: 227-32.
- ⁹ Houben PPJ. Woonbehoeften van ouderen en zelfbepaling. *Proceedings Gerontologisch symposium 'Ouder worden nu'*. Amsterdam: Gerontologisch Instituut, 1984; 180-89.
- ¹⁰ Jones DA, Vetter NJ. A survey of those who care for the elderly at home: their problems and their needs. *Soc Sci Med* 1984; 19: 511-4.
- ¹¹ Anderson R. The unremitting burden on carers. *Br Med J* 1987; 294: 73.
- ¹² Mootz M, Timmermans J. Zorgen voor later. *Desiderata voor een toekomstig ouderenbeleid*. Rijswijk: SCP cahier 26, 1981.
- ¹³ Hedrick S C, Inui T. The effectiveness and cost of home care: an information synthesis. *Health Serv Res* 1986; 20: 851-80.