

Heel de mens

Toekomstperspectief voor
verbindingen tussen erfgoed en zorg

Paul Foole

Ziekenzorg verleden heden en toekomst

Dames en heren, met genoegen wil ik u iets vertellen over de ontwikkelingen in de zorg, wat we gezien hebben en wat er op ons af gaat komen. Niet onbelangrijk is het nadenken over wat de plaats van ons erfgoed kan zijn in het licht van de ontwikkelingen waar wij nu voor staan.

De opbouw ;

in vogelvlucht geschiedenis van de zorg, wat is aardig en misschien ook merkwaardig, vervolgens

Huidige situatie, bevolkingsopbouw, zorgdruk als maatschappelijke druk en kosten.

Toekomstperspectief; denk aan veranderende demografie en ontwikkeling in de visie op zorg dan natuurlijk; erfgoed en zorg wat moeten die twee met elkaar, hebben ze wat aan elkaar en hoe moet dat dan.

Geschiedenis zorg

Griekenland en Rome.

Hippocrates (460-377 voor Christus) was een belangrijk geneesheer (vader der Geneeskunde). Bekend van de "Eed van Hippocrates". Hippocrates ging uit van de idee dat

ziekten worden veroorzaakt door ongehoorzaamheid aan de natuurwetten.

Ook voor de zorg historisch gezien een belangrijk persoon. Hippocrates gaf in zijn boeken uitgebreide instructies voor de verzorging van zieken etc.

Tempelziekenhuis Malta



In het oude Griekenland waren gezondheidszorg en religie nauw met elkaar verweven. De eerste echte ziekenhuizen waren in feite tempels (tempelziekenhuizen, Abaton) waarin de goden Asklepios (god van de geneeskunde; bekend van de esculaap) en Hygieia (godin van de gezondheid) werden vereerd. Ongeneeslijk zieken, kraamvrouwen en stervenden werden hier niet verpleegd/verzorgd vanuit de gedachte dat deze de tempel onrein zouden maken. Medici, verplegend personeel en patiënten waren toen al verplicht witte kleding te dragen uit respect voor de hygiëne.

Aardig om te vermelden dat bij de Romeinen met name er geregelde zorg was voor slaven en Gladiatoren. Romeinen namen de geneeskunde over uit de Griekse gebieden.



Vroeg Christelijke periode

Vanaf de vroeg Christelijke periode kreeg de vrouw bepaalde functies in het openbare leven. Tot die tijd had zij uitsluitend directe naasten verzorgd. Verzorging stond in deze periode in het teken van naastenliefde, het verzachten van het lijden door liefdevolle verzorging. De zorg voor zieken was een van de Zeven werken van Barmhartigheid en kwam in de bijbel onder meer ter sprake in gelijkenis van de Barmhartige Samaritaan.

De diaconessen leverden de eerste wijkverpleegkundigen. etc.



Basilus in Caesarea

De eerste bisschoppen gaven binnen hun verblijf onderdak aan hulpbehoeftigen. Later, bij toenemende behoeften, werden speciale gasthuizen gebouwd. Van belang is tevens het concilie van Nicea waarin bepaald werd dat iedere stad een plek kreeg voor zieken en armlastigen. Zij deden dit naar het voorbeeld van het gasthuis van bisschop Basilus in Caesarea (370 na Christus): uit vrees voor besmetting werd buiten de stad een hospitaalstad opgericht. Een centraal gelegen kerk werd hierbij omringd door huizen speciaal ingericht voor verpleging van zieken (chronisch zieken, lepralijders), vreemdelingen en armen. Personeel (artsen, verplegers) waren binnen deze stad werkzaam. De zorg was in hoge mate georganiseerd. Later bepaalde Karel de Grote dat iedere bisschop bij zijn kathedraal een gasthuis moest hebben voor armen, zieken en vreemdelingen.

Middeleeuwen 500-1100

In de vroege middeleeuwen waren de kloosters de centra voor gezondheidszorg. Twee orden zijn hierbij van belang: de augustijnen en benedictijnen. De laatste orde bouwde direct buiten de kloostermuren een hospitium. Veel voorkomende zorgkundige handelingen uit die tijd:

- lichamelijke verzorging, wassen
- wonden verbinden
- medicijnen (kruiden) toedienen

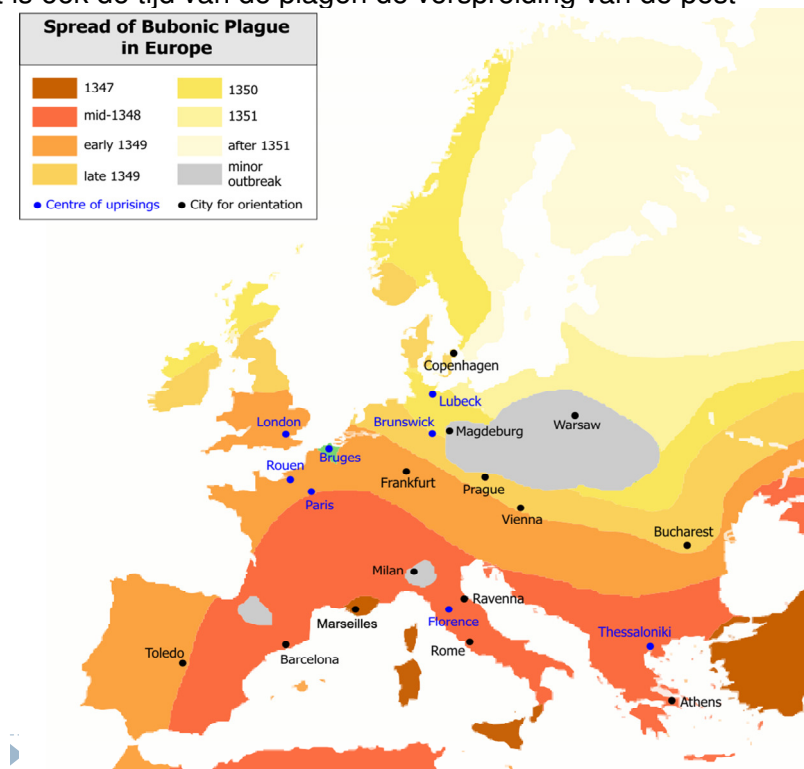
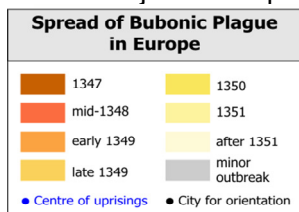
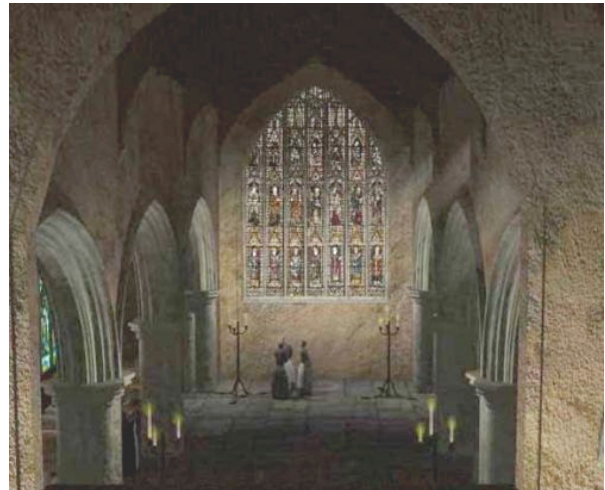


- aderlaten
- geven van klysmas
- hygiëne en 'infectiepreventie bijvoorbeeld het verbranden van beddengoed bij besmettelijke ziekten

De ideeën van Hippocrates werden overschaduwed door bijgeloof. Zo was men ervan overtuigd dat sommigen de macht hadden iemand op afstand ziek te maken (Boze oog). Hiermee hangt samen het verbod voor kloosterlingen om te snijden in het menselijk lichaam, waardoor de ontwikkeling van de medische wetenschap geen kans kreeg. De anatomie van het menselijk lichaam kende men alleen van de boeken. etc.

Middeleeuwen 1100-1500

Na 1000 na Christus ontstonden de eerste verplegersorden voor leken (niet-geestelijken). Tijdens deze periode speelden lepra en de pest een rol bij de ontwikkeling van de gezondheidszorg. Ridderlijke verplegersorden ontstonden tijdens de kruistochten. Burgerlijke verplegersorden ontstonden door de toenemende macht van de burgerij in de steden. De eerste grotere ziekenhuizen (Hôtel-Dieu) worden in Europa gebouwd. Tijdens het concilie van Tours (1162) werd het motto *Ecclesia abhorret a sanguine* (de Kerk is afkerig van bloed) vastgesteld. Hierbij werd bepaald dat geestelijken geen medische handelingen meer mochten verrichten. Het verbod kwam er als gevolg van de vele misbruiken: monniken weigerden bijvoorbeeld medische zorg tot het testament (in het voordeel van het klooster) getekend was. Hierdoor verschoof de ontwikkeling van de medische wetenschap van kloostergasthuis naar de gasthuizen in de stad. Het is ook de tijd van de plagen de verspreiding van de pest



25 miljoen doden
1/3 populatie

Opkomst renaissance 1500-1600

Een aantal zaken hebben de verpleging in Nederland en België tijdens de opkomst van de renaissance beïnvloed: het humanisme, de kerkhervormingen en de boekdrukkunst. De medische wetenschap kwam eindelijk tot ontwikkeling. Het humanisme ging uit van een ander mensbeeld: het mens als individu. Meer oog voor de verschillende patiëntencategorieën. Dit betekende een verschuiving van algemene naar meer gedifferentieerde zorg. Er onstonden verschillende gasthuizen voor pestlijders en geesteszieken. De boekdrukkunst zorgde ervoor dat (medische) wetenschap verspreid kon worden.



Donkere tijd

De tijd van het rationalisme. De zorg vond bij welgestelde zieke mensen thuis plaats. Operaties werden thuis gedaan. De zorg in de gasthuizen was slecht. De armste zieken gingen naar het gasthuis. De sterfte was één op vier. De volgende zaken speelden hierbij een rol:

Slechte financiering: de maatschappij had weinig over voor zieken en hulpbehoeftigen. Algemeen gebrek aan persoonlijke hygiëne door gebrek aan kennis en een gemis aan schoon water.

Slecht personeel: algemene opvatting was dat je als goed opgeleide vrouw of man niet behoorde te werken in een gasthuis.

Medische ontdekkingen 1800-1950

In de negentiende eeuw worden belangrijke ontdekkingen gedaan in de medische wetenschap. Dit had ook grote invloed op de zorg handelen. Vanaf de tweede helft van de achttiende eeuw werd het bijvoorbeeld gebruikelijk de lichaamstemperatuur bij patiënten te meten. Deze werd geschat door de hand te leggen op de borst of de ontstoken plek. Men begon op systematische wijze de lichaamstemperatuur te meten met behulp van een thermometer (de oorspronkelijke thermometer van Boerhaave (1668-1738) was 50 cm groot).

De rol van de verpleegster veranderde. Hygiënisch handelen waarbij de verpleegkundige zorg de medische behandeling aanvulde. Omdat de voorwaarden hiervoor thuis ontbreken verplaatste de zorg - ook voor de welgestelden - naar de daarvoor bestemde instellingen. Een belangrijke impuls voor de ontwikkeling van de ziekenhuizen.

De belangstelling voor de verpleging groeide door de opbloei van het geestelijke leven. Het was de tijd van de Réveil als een reactie op het rationalisme van de vorige eeuw. Net als in de middeleeuwen werd de zorg voor zieken als een van de werken van barmhartigheid gezien.

etc.

Moderne tijd 1950-heden

In de jaren vijftig verdwijnt de roeping als inspiratiebron om in de zorg te gaan werken. De verpleegkunde wordt functioneel met aandacht voor techniek. De afstand tot de patiënt wordt vergroot. Mentaal, maar ook fysiek: de eerste verpleegposten - afgezonderd van de patiënten - waarin de verpleegkundige kon rapporteren verschenen in de ziekenhuizen. Verpleegkundigen worden getypeerd als hardwerkend, doortastend, emotioneel, bekwaam, wit, ordelijk en afstandelijk. Het aantal mannen in de verpleging groeit omdat zich aangetrokken voelen tot de techniek van het verplegen. In de jaren zeventig volgt hierop een reactie. Maatschappelijke ontwikkelingen en de opkomst van de sociale- en menswetenschappen leiden ertoe dat in de zorg meer aandacht komt voor de psychosociale kant van de zorg.

Nederland

De jaren tachtig zijn de jaren van de bezuinigingen. Door de toenemende werkdruk die hierdoor ontstaat zien de werkers in de zorg hun idealen botsen met wat financieel mogelijk is. De totale mensbenadering blijkt niet mogelijk. Het patiëntgericht verplegen komt onder druk.

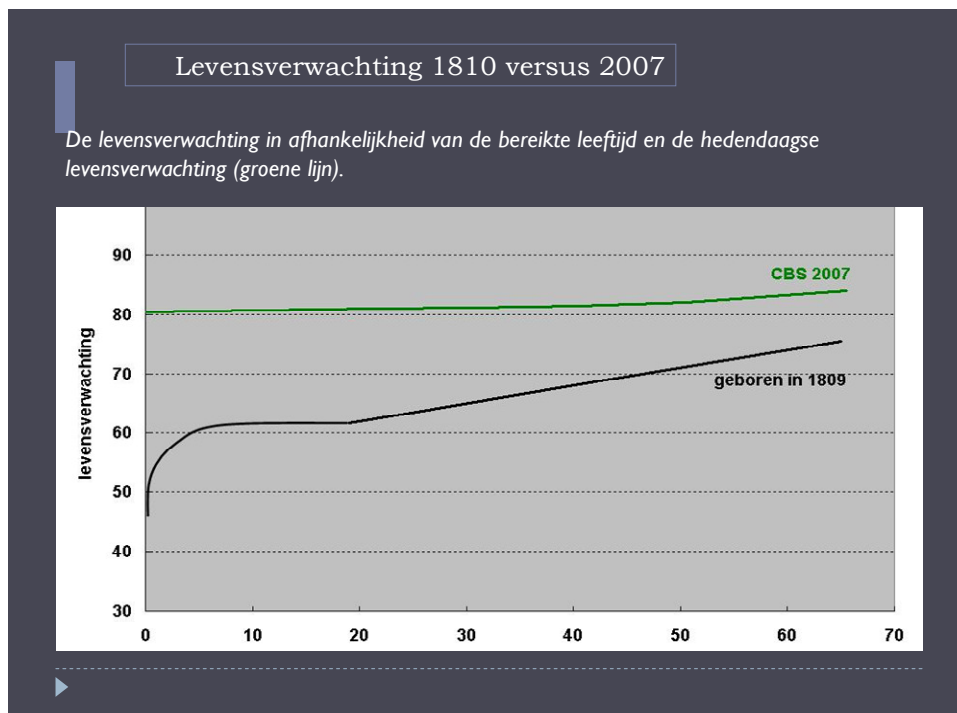
Hieruit ontstond een protestbeweging De Witte Woede in 1989 om aandacht te vragen voor de salarisachterstand, hoge werkdruk en het gebrek aan erkenning. Dit had in de jaren negentig drie gevolgen:
vakbond NU'91.

Commissie-Werner. In 1991 bracht deze commissie het rapport In hoger beroep uit, met daarin aanbevelingen ter verbetering van de positie, arbeidsomstandigheden en opleidingen van verpleegkundigen en verzorgenden.

Vanaf 2000 neemt de invloed van de wetenschap toe.

Terugblik en nu vooruit

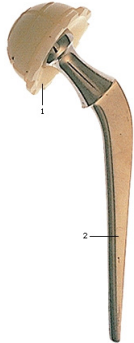
We hebben nu in voguevlucht terug gekeken naar de zorg. Tegenover zorgen stond en staat het lijden. Mogelijkheden om het lijden te verzachten waren vroeger beperkter dan nu. We zijn nu aangeland in 2010.



Wat is er aan de hand?

We staan voor een ware aardverschuiving in de leeftijdsopbouw van onze samenleving. Als 'goed ervaren gezondheid' is niet de enige maat waarmee onze lichamelijke en geestelijke toestand wordt gemeten. Er is bijvoorbeeld ook de term 'levensverwachting zonder chronische ziekten'. In tegenstelling tot wat iedereen denkt is die afgenomen. Gemiddeld lijden we meer aan chronische aandoeningen dan vroeger – iets dat wordt veroorzaakt doordat we die aandoeningen in een vroeger stadium opsporen en diagnosticeren. Wel zijn we in staat om praktische beperkingen tot steeds latere leeftijd voor ons uit te schuiven, bijvoorbeeld door hulpmiddelen als rollators en hoortoestellen te gebruiken. Ook geestelijke aandoeningen komen later opzetten dan vroeger.

techniek



Opvallend is dat we onze gezondheid vaker als goed ervaren, ondanks de toename van chronische ziekten. Wellicht doordat bijvoorbeeld staaroperaties en kunstheupen goed uitpakken: de aandoening is dan wel chronisch, maar er is ook redelijk mee te leven. De aandacht voor preventief ingrijpen draagt ook een steentje bij: wie er vroeg bij is, krijgt van zijn kwaal meestal minder last. Het RIVM stelt dan ook dat mensen ‘tegenwoordig beter in staat zijn hun ziekte of aandoening een plek te geven in hun leven’

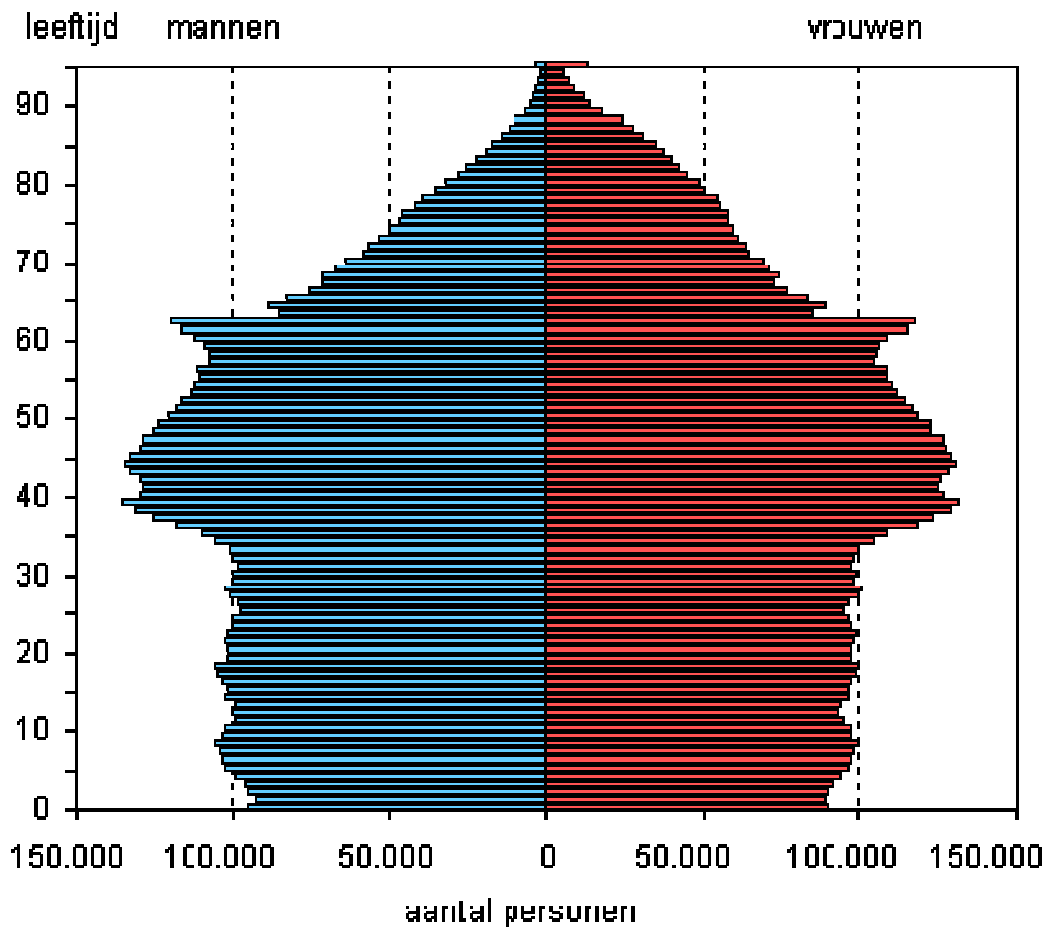
We weten ook aan welke ziekten we in de toekomst relatief meer gaan lijden: diabetes, hartziekten, astma en chronische bronchitis/emfyseem. Ook weten we wat we er tegen kunnen doen; meer bewegen, niet roken en minder en gezonder eten. Wie de aandoeningen eenmaal heeft, mag wel verwachten dat zijn leven er door betere medicatie en hulpmiddelen beter uitziet dan vroeger. Door de bank genomen zullen ziekten draaglijker worden. Het zal langer duren voordat er bijvoorbeeld een ziekenhuisopname volgt. Maar als die opname er eenmaal is, zal de zorg zwaarder zijn.

Deze ‘zorgzwaarte’ van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen is in de loop der jaren sterk toegenomen. De gezondheidswinst die er bij ouderen wordt behaald, is vooral zichtbaar bij de mensen die nog zelfstandig kunnen wonen.

Naast de toename van de chronische ziekten moet natuurlijk de sterk in opkomst zijnde dementie genoemd worden. Met het stijgen van de levensverwachting stijgt de groep mensen met een geestelijk aandoening tot naar verwachting een half miljoen in 2050, daarbij geldt dat nagenoeg alle vormen van dementie leeftijdsgerelateerd zijn. Omdat de vergrijzing toeneemt, nemen bijna alle vormen van dementie toe”. Van de groep mensen met een leeftijd boven de 90 jaar is de helft dement of dementerend.

De stijging van de leeftijdsverwachting gaat volgens het Max Planck instituut gewoon door. Nu ligt dat cijfer tussen de 75 en de 80. Volgens hen zal bijvoorbeeld de levensverwachting van vrouwen in de Verenigde Staten in 2070 al 101 jaar bedragen. De laatste schatting voor Nederland; van alle nieuwgeborenen zal de helft de 100jarige leeftijd gaan halen. Officiële instanties houden nog slechts rekening met een levenverwachting die stijgt tot 84 jaar.

Laten we eens naar wat cijfers kijken.



Leeftijdsopbouw bevolking Veel inwoners tussen 34 en 62 jaar oud

Op 1 januari 2009 bestond de bevolking van Nederland voor een groot deel uit mensen met leeftijden tussen 34 en 62 jaar. Dit zijn zeven miljoen inwoners (ruim 42% van de bevolking). Deze mensen vormen de naoorlogse babyboom, geboren tussen 1946 en 1970. 15% van de bevolking was 65 jaar of ouder. 4% van de bevolking was tachtig jaar of ouder. Vanwege het relatief lage aantal jongeren heeft de bevolkingsopbouw niet de vorm van een piramide maar van een peer (zie *figuur 1*). (nationaal Kompas)

Mensen van 39 jaar grootste leeftijdsgroep

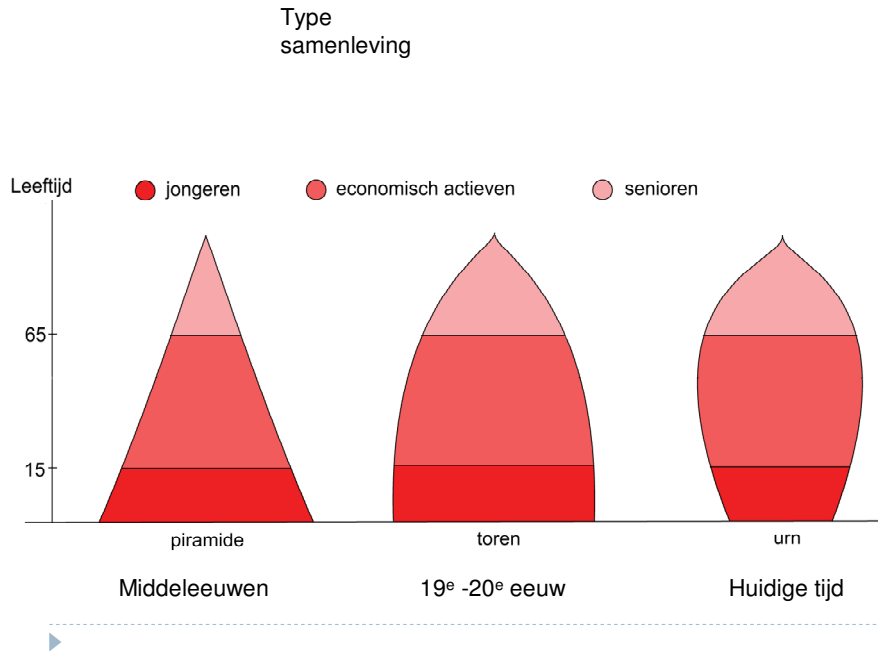
Op 1 januari 2009 vormden de 39-jarigen de grootste leeftijdsgroep, 268.000 personen. Zij zijn groter in aantal dan de babyboomers die vlak na de Tweede Wereldoorlog zijn geboren; het aantal 62-jarigen bedraagt 239.000. Weliswaar werden in hun geboortjaar, 1946, meer kinderen geboren dan in 1969, het geboortjaar van de 39'ers van nu. Maar van de geboortegeneratie uit 1946 is inmiddels een aantal mensen overleden of geëmigreerd. Bovendien is het aantal 39-jarigen groter als gevolg van immigratie.

Meer oudere vrouwen dan oudere mannen

De verhouding tussen mannen en vrouwen is in de totale bevolking vrijwel in evenwicht: er zijn 49,5% mannen en 50,5% vrouwen. Er bestaan wel verschillen in de afzonderlijke levensfasen. Op jonge leeftijd zijn er meer mannen dan vrouwen, doordat er iets meer jongetjes geboren worden (51%). Dit percentage wordt geleidelijk lager, aangezien in alle leeftijdscategorieën meer mannen dan vrouwen overlijden. Vanaf het 64^e levensjaar zijn er

meer vrouwen dan mannen. Hierna daalt het aandeel mannen in de totale bevolking snel. Van alle zeventigjarigen is 48% man. Bij de tachtigjarigen is dit percentage gedaald tot 40% en bij negentigjarigen tot 25.

Type samenleving en verschuivingen daarin



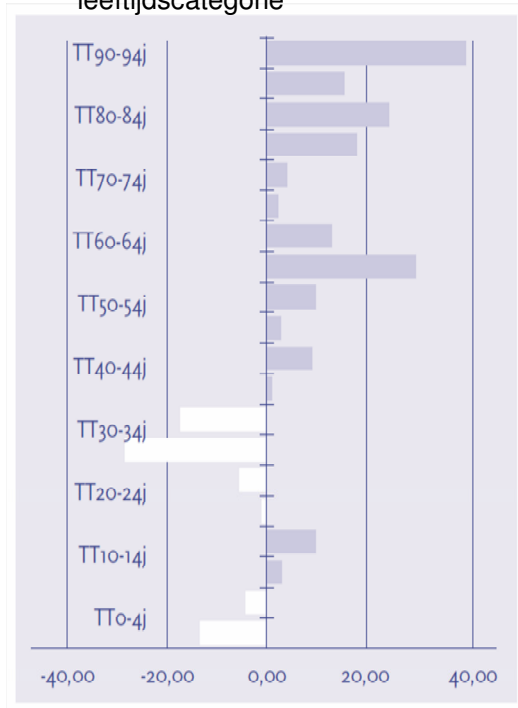
U kunt zich voorstellen dat de veranderende samenstelling grote maatschappelijke consequenties heeft.

Met pensioen gaan op 66 jarige leeftijd zal over een aantal jaren niet meer kunnen.

De feitelijk zorgvraag zal enorm stijgen

De behoefte aan beroepskrachten in de zorg neemt zeer sterk toe. Sceptici zullen opmerken dat de gezondheid beter wordt maar dat is maar ten dele waar. De levensverwachting stijgt snel maar in combinatie met de toename van chronische ziekten. Die chronische ziekten vragen net zo goed veel zorg.

Verschuiving leeftijdsopbouw
Achterhoek in 8 jaar in
percentages per
leeftijdscategorie



Aantal beroepskrachten per 100 mensen in
FTE's

Leeftijds categorie	Algemene Ziekenhuizen	GGZ	Gehandicapten zorg	Ouderenzorg	Thuiszorg	Totaal
0-4 jr	0,47	0,01	0,00	0,00	0,58	1,07
5-9 jr	0,04	0,02	0,03	0,00	0,01	0,10
10-14 jr	0,05	0,01	0,07	0,00	0,00	0,13
15-19 jr.	0,10	0,08	0,12	0,00	0,00	0,30
20-24 jr.	0,12	0,18	0,22	0,00	0,02	0,54
25-29 jr.	0,19	0,18	0,25	0,00	0,06	0,68
30-34 jr.	0,23	0,15	0,30	0,00	0,18	0,86
35-39 jr.	0,19	0,17	0,35	0,01	0,17	0,89
40-44 jr.	0,19	0,20	0,39	0,01	0,13	0,92
45-49 jr.	0,28	0,15	0,42	0,03	0,10	0,98
50-54 jr.	0,32	0,13	0,42	0,07	0,09	1,03
55-59 jr.	0,46	0,18	0,38	0,06	0,14	1,22
60-64 jr.	0,71	0,18	0,29	0,16	0,24	1,57
65-69 jr.	0,97	0,20	0,19	0,46	0,65	2,47
70-74 jr.	1,50	0,27	0,13	1,53	1,07	4,50
75-79 jr.	1,85	0,22	0,07	4,38	2,49	9,02
80-84 jr.	2,40	0,18	0,05	11,52	4,33	18,47
85-89 jr.	1,81	0,29	0,03	25,24	6,05	33,43
90-94 jr.	1,68	0,28	0,00	34,46	6,84	43,26
95-99 jr.	2,64	0,00	0,00	42,14	9,20	53,99

Trends in de zorg

Zorgzwaarte/behoefte neemt sterk toe

Dementiezorg gaat met sprongen omhoog.

Wonen en welzijn zijn de actuele thema's in de ouderenzorg dit in tegenstelling tot 'het verplegen' of 'verpleeghuis'.

Mondigheid wordt sterk aangemoedigd door alle partijen, zeker door de overheid.

Geluk en levensvreugde staan naast 'goede zorg' centraal en zijn vaak belangrijker.



Mate van voorkomen zorg- en begeleidingsvragen



De opmerking die gemaakt moet worden naar de hoeders van ons cultureel erfgoed is;
'Cultureel erfgoed is van ons allemaal'

Dan direct; wat gaat u doen?

Musea vormen immers ons collectieve geheugen.

Bent u in staat de hand te reiken naar de steeds groter wordende groep van zorgbehoeftigen die baat hebben bij het beleven van ons erfgoed; bij wonen, bezoek, vermaak of informatie?

Bent u in staat om uit uw bastion te treden en uw waarden te heroverwegen?

Bent u in staat om in te treden in de leefwereld van de groep zorgbehoeftigen?

Hiermee sluit ik deze rondgang af, hopende dat het aanbod wat we met elkaar creëren voor de zorgbehoeftige mens uit meer bestaat dan alleen lichamelijke zorg. Ons erfgoed, in de meest brede zin, dient toegankelijk te worden en blijven voor de hele samenleving waarvan de groep chronisch zorgbehoeftigen een steeds groter deel uitmaakt.

Het aanbod van welzijn en zorg dient steeds beter te gaan passen op de actuele behoefte van onze medemens.

Paul Foole

1 oktober 2010