

Zorg

Over het algemeen zijn wij artsen gauw geneigd gezondheidszorg identiek te achten aan medische zorg. Denken wij aan de eerstelijnsgezondheidszorg, of aan 'primary health care', dan denken we in de eerste plaats aan huisartsen; komt ons de term 'intramurale gezondheidszorg' onder ogen, dan is de specialist de eerste met wie we die zorg associëren. Dit is echter slechts een deel van de realiteit. Deze bestaat uit heel andere vormen van eerste- en tweedelijnszorg: zorg die wordt geboden door een leger van (wijk)verpleegkundigen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, gezinsverzorgsters, administrateurs, receptionisten en wat al niet meer. In de jeugdzorg, de zwakzinnigenzorg, de bejaardenzorg, in de sociale werkplaats, in beschutte woonvormen klinkt de stem van de arts wel door, maar het beleid wordt toch in hoofdzaak bepaald door andersoortige deskundigen, van orthopedagoog tot jurist. Zolang *curatie* aan de orde is staat de arts in het centrum, zodra *zorg* op de voorgrond staat treft men de arts in de marge aan.

Beperken we ons nu tot de zorg voor de ouderen in onze samenleving, dan blijkt dat daaraan op dit moment veel aandacht wordt besteed. Dat is begrijpelijk: bejaarden zijn duur voor de samenleving. In 1981 bedroegen de gemiddelde collectieve uitgaven voor 20-44-jarigen f 3.500 per persoon, voor degenen die ouder dan 80 jaar waren was dat f 25.000, het zeventvoudige dus van hetgeen aan jonge volwassenen werd besteed¹. Dat is begrijpelijk: hoe ouder, hoe meer kwalen. Hoe is het met die zorg gesteld? Eenvoudig gesteld: de grote meerderheid van de bejaarden kan zichzelf redden. Als dat niet meer het geval is, zijn er verschillende voorzieningen om in lacunes te voorzien: van tafeltje dekje tot verpleeghuis.

De geboden zorg lijdt aan een aantal kwalen. Een belangrijk structureel probleem is dat de talloze vormen van hulp niet of onvoldoende op elkaar zijn afgestemd. Nog belangrijker dan deze structurele problemen is het feit dat de aard en de inhoud van de hulp, hoe goed ook bedoeld, primair door hulpverlenende instanties worden bepaald; dit feit heeft de aard van de hulp bepaald. Een teken aan de wand is dat in het recent verschenen advies 'Samenwerking tussen bejaardenoorden en verpleeghuizen' wordt verklaard dat weinig specifiek onderzoek is gedaan naar de wens van ouderen². Dit betekent dat niet wordt gezocht naar vormen van hulp die aansluiten bij de wensen en behoeften van

J. C. van Es
**Aanbod
afstemmen op
vraag**

de betrokkenen, maar naar vormen van hulp die hulpverlenende instanties als zinvol voorkomen. Degenen die hulp behoeven worden zo dubbel afhankelijk van hen die hulp bieden: 'Zo bestaat er een tweevoudig asymmetrische afhankelijkheidsrelatie tussen cliënten en verzorgingsorganisaties: als hulpbehoevende zieke (. . .) en als deelgenoot aan een arrangement waarin beheer en beoordeling van de verzorging aan hen onttrokken zijn, toebeëld aan professionals en beroepsbestuurders onder toezicht van de overheid' (A. de Swaan³).

Dat het aanbod aan hulp, mede door de bestaande structuur (of het ontbreken daarvan), niet op de vraag is toegespitst, is evident. Wie dan verder discussies volgt over de vraag wie in een verpleeghuis thuishoort en wie in een bejaardenoord, komt bij lezing van het proefschrift van J. W. M. Remmen tot de schokkende ontdekking⁴, dat 'de verschillen en overeenkomsten in de gezondheidstoestand tussen (. . .) bejaardenoordbewoners en verpleeghuispatiënten (. . .) de opname van beide groepen in aparte instellingen niet rechtvaardigen'. Dit gegeven zou voor de Nationale Raad voor de Volksgezondheid al een voldoende motief hebben moeten vormen om niet de bestaande structuren als gegeven te aanvaarden en daarin slechts enkele marginale veranderingen voor te stellen. In dit opzicht geeft het Interprovinciaal Overleg voor Maatschappelijk Welzijn blijk van iets meer visie in zijn pleidooi voor één multifunctioneel instituut⁵; zou daarin dan meer worden ingegaan op de werkelijke behoeften van de patiënt?

In dit nummer van Medisch Contact gaat Mw. M. G. E. Welle Donker (blz. 486), lid van de werkgroep Volksgezondheid van de Gehandicaptenraad, in op 'het verschijnsel zorg'. In een kritiek op het gelijknamige boek van Prof. Dr J. C. M. D. Hattinga Verschure komt zij tot de conclusie dat het gehanteerde zorgbegrip 'efficiënt en effectief is; niet afgestemd op de zorgvraag, maar op door de professional vast te stellen zorgbehoefte, niet dienst-

baar, niet wederkerig'. In het ontbreken van de wederkerigheid verschilt de professionele zorg fundamenteel van de oorspronkelijke burenhulp, waaraan de wederzijdse hulpverlening ten grondslag lag. Het wegvallen van die wederkerigheid door de toegenomen complexiteit van onze samenleving is juist een van de oorzaken waarom professionele hulp in de zorg noodzakelijk is geworden. Maar deze dient dan wel nauwkeurig te zijn afgestemd op de door bejaarden en anderen ervaren behoeften.

Voor het afstemmen van het aanbod op de vraag wordt ook door een tweede auteur, die als patiënt spreekt, een lans gebroken: P. C. J. van Loon (blz. 481) is van oordeel dat de huidige eerstelijnszorg faalt in het bieden van adequate hulp. Hij laat zien hoe belangrijk het is hulp te krijgen die is afgestemd op de persoonlijke behoeften van een patiënt op een bepaald moment. De huidige zorg van kruisverenigingen, gezinszorg en maatschappelijk werk functioneert volgens té strakke bureaucratische lijnen om alert op die behoeften te kunnen ingaan. Dit kan leiden tot inadequate opnamen in verpleeghuis of bejaardenoord, zelfs tot ziekenhuisopname als er elders geen plaats is, tot verdriet van de patiënt en tot ergernis van de arts. Niet zelden heeft een tijdelijk probleem een blijvende institutionalisering tot gevolg. Van Loons pleidooi voor doelgerichte hulp, en wel door per hulpvraag aangepaste teams hulp te laten bieden, verdient alle ondersteuning. Maar dit vergt wel een echte decentralisatie, met delegatie van verantwoordelijkheden, een minder geëchelonneerd denken, kleinschaligheid en multidisciplinariteit. Een dergelijke structurering, die door bestaande instellingen licht als een bedreiging zal worden ervaren, want ze vergt onder andere dat wijkverpleegkundige en gezinsverzorgster in één organisatorisch verband functioneren, zal eerder kunnen luisteren naar de werkelijke behoeften, hetgeen ook bezielden werkers een inspirerende werksituatie kan verschaffen. ■

1. Collectieve uitgaven en demografische ontwikkeling. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1984 (SCP-cahier).

2. Advies Samenwerking tussen bejaardenoorden en verpleeghuizen. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, maart 1985.

3. Swaan A de. De mens is de miens een zorg. Amsterdam: Meulenhoff, 1982.

4. Remmen JWM. Bejaardenoordbewoners of verpleeghuispatiënten? Dissertatie Nijmegen, 1985.

5. Interprovinciaal Overleg voor Maatschappelijk Welzijn. Brief d.d. 14 januari 1985 aan het ministerie van WVC.