

Zwakzinnigenzorg

In de gezondheidszorg is de zwakzinnigenzorg een buitenbeentje. Toch verdient deze tak van zorg bijzondere aandacht, niet in de laatste plaats vanwege de ontwikkelingen die er zich hebben voorgedaan en nog steeds voordoen.

Deze vrij specifieke vorm van zorgverlening wordt gekenmerkt door een reeks veranderingen die zich in de laatste decennia heeft afgespeeld. Globaal gesproken kan men zeggen dat de oorspronkelijke keuze: een zwakzinnige thuis te houden of in een zwakzinnigeninrichting te laten opnemen, is veranderd in een scala van mogelijkheden. Voorheen bestond voor een thuisverblijvende zwakzinnige, als deze daar al voor in aanmerking kwam, alleen de mogelijkheid buitengewoon onderwijs te volgen. Nu zijn er ook kinderdagverblijven, dagverblijven voor ouderen en sociale werkplaatsen. Deze voorzieningen maken het mogelijk iemand langer of beter in de eigen omgeving te verzorgen. Waar vroeger alleen de mogelijkheid van opname in een zwakzinnigeninrichting zich voordeed voor hen die niet langer thuis konden blijven, is er nu een gevarieerd aanbod van onder andere gezinsvervangend tehuis en begeleid wonen.

In feite heeft de zwakzinnigenzorg altijd een multisectoriaal karakter gehad; altijd waren er de polen van het opvoedkundige en het medische. De (ortho)pedagogische aspecten hebben inmiddels een zwaarder accent gekregen: in de hulpverlening kwam het accent minder te liggen op de behandeling dan op het leren en nu ook op het op enigerlei wijze ingebed zijn in de samenleving. Parallel aan deze ontwikkeling zien we een toenemende specifiek medische deskundigheid onder de artsen die zich met de zwakzinnigenzorg bezighouden. Hun aantal is niet erg groot; M. J. G. Cremers en H. J. Leilieveld schatten het, omgerekend in full-time plaatsen, op ongeveer 150 (blz. 1011 in dit nummer van Medisch Contact).

Het aantal diep geestelijk gehandicapten (idioten of imbecielen) is ongeveer 3,5% van de bevolking, het aantal licht geestelijk gehandicapten (debielen) ongeveer 5,4% van de bevolking, bij elkaar onge-

J. C. van Es

**Werkelijke behoefte
onvoldoende gehonoreerd**

veer 123.000 personen. Door de ondersteunende mogelijkheden kan een groot aantal geestelijk gehandicapte kinderen langer thuis verblijven dan voorheen. Echter: de leeftijdsopbouw van de groep geestelijk gehandicapten wijzigt zich met dezelfde trends als die welke de bevolkingsopbouw in haar geheel vertoont: minder kinderen, meer ouderen¹. Van de volwassenen verblijft ruim 70% in woonvoorzieningen, tegenover 5% van de kinderen van 1-5 jaar.

De toenemende vergrijzing – ook bij deze categorie mensen – zal de behoefte aan voorzieningen doen veranderen. In 1990 zal naar schatting in vergelijking met 1980 het aantal schoolgebruikers met 9.500 zijn gedaald; het aantal plaatsen in zwakzinnigeninrichtingen zal daarentegen met bijna 4.000 zijn gestegen; de behoefte aan plaatsen in gezinsvervangende tehuizen zal naar het zich laat aanzien met 1.300 toenemen. Enerzijds wordt de behoefte bepaald door demografische gegevens, anderzijds is het beleid binnen de zwakzinnigenzorg hierop sterk van invloed. Dat beleid is onder andere gekenmerkt door het bieden van een variatie aan hulpverleningsmogelijkheden, waardoor een zorg-op-maat kon worden nagestreefd. Duidelijk is dat voorzieningen op het gebied van de zwakzinnigenzorg niet kunnen worden ingekrompen zonder de hulpverlening in gevaar te brengen: de vergrijzende populatie heeft er méér dan minder hulp nodig. Zeer belangwekkend is hetgeen is neergelegd in de gloednieuwe beleidsnota van de sectie Zwakzinnigenzorg van de Nationale Ziekenhuisraad². In deze nota wordt ervoor gepleit de drie zorgcircuits: intra-, semi- en extramuraal, af te schaffen en tot één circuit samen te smeden. Wat er in de nota wordt betoogd is begrijpelijk en reëel: het blijkt dat het weliswaar

breder geworden aanbod van zorgvoorzieningen in onvoldoende mate verder tot ontwikkeling kan komen, niet alleen omdat de financiële middelen afnemen maar ook en vooral omdat een starre regelgeving verdere ontwikkelingen in de weg staat. Wat blijkt? De wijze van financieren staat een flexibele aanpassing aan en inspelen op de behoefte in de weg. De werkelijke behoefte aan zorg kan daardoor niet voldoende worden gehonoreerd: de verschillen in financieringsmethode belemmeren het kiezen van de juiste hulp voor de juiste persoon. Echte vernieuwing, zo luidt de conclusie van de nota, kan pas worden verwerkelijkt als de huidige structuur van de zwakzinnigenzorg met haar aparte circuits is doorbroken. Dit vergt echter niet alleen een andere wet- en regelgeving, maar ook een verandering in de bereidheid van de betrokken organisaties om aan een integrale opzet mee te werken!

De oude indeling in intra- en extramuraal werkt niet meer. Daarin staat de zwakzinnigenzorg niet alleen. Hetzelfde geldt voor de geestelijke gezondheidszorg, waarin de ambulante geestelijke gezondheidszorg en de intramuraal zorg steeds meer op elkaar worden afgestemd. Waarom zou dit niet ook voor de lichamelijke gezondheidszorg gelden? Bij herhaling is in deze kolommen gepleit voor een financieringssysteem waarin de intramurale gezondheidszorg en de extramurale gezondheidszorg beide zijn opgenomen en functioneel op elkaar zijn afgestemd. Zoals nu in de zwakzinnigenzorg ideeën zijn ontwikkeld voor een integratie, zo zou in de somatische gezondheidszorg eveneens de mogelijkheid van integratie moeten worden onderzocht. De financieringswijze mag een verdere samenwerking niet in de weg staan. □

1. Sociaal en Cultureel Planbureau. Sociaal en Cultureel Rapport 1984. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1984.

2. Zorg smeden. Beleidsnota bestuur sectie Zwakzinnigenzorg NZR. Utrecht, juni 1986.