

Zorg als bij-product

Margo Trappenburg

Zo lang mogelijk thuis, met persoonlijke zorg, van je familie, je buren, je vrienden, je netwerk. We horen het tegenwoordig zo veel en over zoveel groepen zorgbehoevenden (psychiatrische patiënten, kwetsbare ouderen, dementerende patiënten, mensen met een verstandelijke beperking, mensen met chronische ziekten) dat het eigenlijk vreemd is dat we niet vaker de vraag stellen waarom dat nu precies beter is. Het is goedkoper, denkt de politiek, maar dat staat nog te bezien. Vergelijk:

2010. Mevrouw Hendriks wordt slecht ter been, ziet minder, hoort minder en gaat ook geestelijk achteruit. Haar kinderen regelen een plaats in een verzorgingshuis en bezoeken haar daar regelmatig.

2017. Mevrouw Hendriks wordt slecht ter been, ziet minder, hoort minder en gaat ook geestelijk achteruit. Haar kinderen maken een ingewikkeld rooster om haar te verzorgen, maar kunnen niet voorkomen dat ze valt en een heup breekt. Mevrouw Hendriks verblijft enkele weken in een ziekenhuis, raakt daardoor volledig in de war en kan niet meer terug naar huis. Er wordt een plaats gerealiseerd in een verpleeghuis dat aanzienlijk duurder is dan het verzorgingshuis uit 2010.

Meestal houden we het erop dat persoonlijke zorg dichtbij huis beter is, niet omdat het goedkoper is, maar omdat het persoonlijk is. En dichtbij huis.

Twee Australische onderzoekers, politiek-filosoof Robert Goodin en ouderenspecialist Diane Gibson, dachten hier dieper over na.* Volgens hen is het geheim van zorg dichtbij huis dat die zorg een bij-product is. Heel veel mensen hebben *een beetje* zorg en toezicht nodig en het aardige van zorg dichtbij huis is dat je precies dat kunt bieden, zonder het zo te benoemen. Tieners hebben geen intensieve zorg nodig, maar je kunt ze niet aan hun lot overlaten want dan raken ze aan de drank, aan de drugs, vallen ze in handen van een loverboy, krijgen ze foute vrienden, gaan ze spijbelen van school, krijgen ze te maken met internet-pesters, worden ze zelf internet-pesters, of worden ze depressief. Het ideale model van tienerzorg is dat de tiener z'n eigen leven leidt en dat ouders in de buurt zijn. Ouders zijn aan het werk achter hun eigen pc, maken de badkamer schoon, doen boodschappen of wieden het onkruid en werpen af en toe een blik op de tiener om te kijken of die nog braaf aan z'n huiswerk zit. Zorg is op zo'n moment impliciet. Een bij-product.

Voor inwonende grootouders gold vroeger hetzelfde, aldus Goodin en Gibson. Huisgenoten gaan gewoon hun eigen gang, oma schilt de aardappelen, breid wantjes en sokjes voor de kleinkinderen en krijgt ondertussen een beetje impliciete zorg van haar zoon en schoondochter.

Een heel goed model voor beide partijen, aldus Goodin en Gibson, omdat de zorg niet teveel vraagt van degenen die haar moeten leveren en niet meer bescherming biedt dan de zorgbehoevenden nodig hebben. Terecht dus dat we dit model nastreven voor mensen met een beperkte behoefte aan zorg: volwassenen met een lichte verstandelijke beperking, ouderen met kleine ouderdomskwaaltjes, herstellende psychiatrische patiënten.

Er zijn natuurlijk ook mensen die veel meer zorg nodig hebben. Zeer kwetsbare ouderen, al dan niet dementerend. Mensen met een verstandelijke beperking die blijvend functioneren op het niveau van een peuter. Kinderen met een ingewikkelde combinatie van lichamelijke en geestelijke handicaps. Mensen met een ernstige psychiatrische stoornis. Impliciete zorg is voor deze groepen bij lange na niet voldoende. Het is daarmee de vraag of persoonlijke zorg dichtbij huis voor deze groepen wel zo mooi is. Zij hebben expliciete zorg nodig en dat vraagt heel veel van huisgenoten, naasten en burens. Dat is misschien alleen op te brengen als het gaat om een tijdelijke, overzienbare periode. Voor langer durende expliciete zorg zijn betaalde professionals nodig.

* Robert E. Goodin & Diane Gibson, The Decasualization of Eldercare, in: Eva Feder Kittay & Ellen K. Feder, *The Subject of Care. Feminist Perspectives on Dependency*, Rowman & Littlefield 2002.