

daire jicht. De secundaire polycytemie, die wij kennen bij de congenitale hartgebreken (onder andere tetralogie van Fallot), kan ook, en dan reeds op jonge leeftijd, tot jichtaanvallen leiden.

Een grote activiteit van het rode beenmerg wordt gevonden na acute bloedingen. Zo kende ik een jichtlijder met recidiverende maagbloedingen, die telkenmale hierop met een jichtaanval reageerde, waarbij moeilijk uit te maken was welke factor de aanval veroorzaakte: de stress-situatie, de vele eiwitten afkomstig van het bloedverlies in de tractus digestivus, of de reactieve hyperplasie van het rode beenmerg.

Recente onderzoeken hebben bevestigd dat er in de helft van de psoriasisgevallen een verhoogd urinezuurgehalte voorkomt. Er is een samenhang tussen de uitbreiding van de psoriasis en de hyperuricemie. Bij psoriasis hebben we te maken met een proliferatie van de epidermis, mogelijk wederom een proces met versnelde aanmaak en afbraak van de kernen. Normaliter wordt de hoornlaag in 28 dagen vervangen, bij psoriasis geschiedt dit echter elke drie tot vier dagen.

Samenvattend: om te voorkomen dat urinezuurbepalingen tot diagnostische vergissingen leiden, moeten wij ons de technische onvolmaaktheden van deze methode blijven realiseren en rekening houden met de invloed van bepaalde geneesmiddelen met name acetosal en thiazide. Het verdient de voorkeur

Tabel 4. Ziekten met hyperuricemie

Arthritis urica	Maligne lymphomata
Reumatoïde arthritis	Polycytemie primair
Chronische nephritis	Polycytemie secundair
Uremie	Chronische hemolytische anemie
Myelomatosis (ziekte van Kahler)	Anemie pernicioosa
Chronische myeloïde leukemie	Psoriasis
Acute lymfatische leukemie	Arthritis psoriatica

de toediening van deze middelen een week vóór bloedafname te staken.

Een andere factor die tot vergissingen kan leiden, is de normale spreiding waardoor ruim 10 procent van de gezonde personen een gehalte heeft dat boven de als „mogelijk-pathologisch” geldende grens van 6 mg/procent ligt. Bij enkele gezonde mannen vindt men zelfs concentraties boven de 7,5 mg/procent.

Het staat vast dat hyperuricemie niet gelijk staat aan de diagnose arthritis urica. Deze diagnose blijft berusten op klinische observatie of op het aantonen van urinezuurkristallen in tofi of gewrichten. Aangezien jicht in Nederland niet veel schijnt voor te komen, is het noodzakelijk bij hyperuricemie, een nierinsufficiëntie of een myeloproliferatief proces uit te sluiten.

Structuur en werkwijze van de zorg voor bejaarden in Nederland

DOOR MR H. J. P. J. GOEDMAKERS*

Het begrip „zorg voor bejaarden” moet worden onderscheiden van „bejaardenzorg”. Onder zorg voor bejaarden zou ik alle hulpdiensten willen verstaan op welke door bejaarden een beroep kan worden gedaan, ongeacht of zij speciaal voor deze groep bestemd zijn. Bejaardenzorg houdt naar mijn mening een beperking in. Het gaat hierbij om een vorm van zorg die specifiek op bejaarden is gericht. Dit begrip is dan ook te enen male ontoereikend om alle voorzieningen aan te duiden waarvan bejaarden gebruik kunnen maken.

De boven 65-jarigen, de groep die men als „bejaarden” is gaan aanduiden, en die thans in ons land 1.150.000 personen omvat, nemen op dezelfde wijze als alle andere volwassenen aan het maatschappelijk verkeer deel. Dit geldt ook voor die personen, die op de een of andere wijze sociale of medische hulp nodig hebben. Men behoeft daarvoor maar eens een kijkje in een ziekenhuis te nemen, een aanzienlijk deel van de aldaar vertoevende patiënten blijkt de

65 gepasseerd te zijn. Wat voor het ziekenhuis opgaat, geldt — om in de sfeer van de gezondheidszorg te blijven — evenzeer voor de verpleegtehuizen of voor de patiënten van wijkverpleging en huisarts.

Op de gebieden van het maatschappelijk werk en de maatschappelijke zorg ziet men een overeenkomstige situatie. Het grootste gedeelte der cliënten van de diensten van Sociale Zaken bestaat uit bejaarden. De gezinsverzorging kan het aantal aanvragen van bejaarden niet of nauwelijks verwerken. Het algemeen maatschappelijk werk, ook wel het polyvalente maatschappelijk werk genaamd, telt onder haar cliënten zeker 30 tot 60 procent boven 65-jarigen. Ten einde misverstand te voorkomen moet worden opgemerkt, dat onder algemeen maatschappelijk werk wordt verstaan, de arbeid verricht door maatschappelijk werksters (soms werkers), in dienst van kerkelijke en particuliere instellingen, die per wijk, gemeente, parochie of ander ressort, te raadplegen zijn over alle mogelijke maatschappelijke moeilijkheden. Het algemeen maatschappelijk werk staat derhalve tegenover het gespecialiseerd maatschap-

* Hoofd van de afdeling bejaardenzorg en gespecialiseerd maatschappelijk werk van het ministerie van Maatschappelijk Werk.

pelijk werk. Dit staat ten dienste van speciale categorieën hulpbehoevenden, zoals gehandicapten en gerepatrieerden. Ook de kinderbescherming en de reclassering worden hiertoe doorgaans gerekend. Op het algemeen maatschappelijk werk, dat eigenlijk voor de gehele bevolking bestemd is, wordt thans in een onevenredig groot aantal van de gevallen door bejaarden een beroep gedaan.

Uit het bovenstaande volgt, dat wij als uitgangspunt moeten stellen dat een goede zorg voor de bejaarden begint met een goede zorg voor de gehele bevolking. Hier is geen tegenstrijdigheid van belangen alsof de zorg voor de bejaarden zou moeten concurreren met die voor andere bevolkingsgroepen; hier is gelijkgerichtheid. De grote vooruitgang, die wij in ons land op het terrein van de sociale en de medische zorg hebben mogen boeken, heeft onmiddellijk gunstige gevolgen gehad voor het aantal boven 65-jarigen onder de gehele bevolking. Dit aantal namelijk is — in absolute cijfers — in een eeuw tijds verzevenvoudigd. Een en ander krijgt nog meer reliëf als wij in aanmerking nemen dat het hier om een wereldrecord gaat. Andere landen hebben het in dezelfde periode hoogstens tot een verzevenvoudiging gebracht en zelfs onze naaste burens hebben niet meer dan een verviervoudiging te zien gegeven. Zonder zelfoverschatting mogen wij hieruit afleiden, dat genoemde vooruitgang niet in de laatste plaats de boven 65-jarigen ten goede is gekomen en dat kennelijk ook uit het oogpunt van de zorg voor bejaarden een goed beleid is gevoerd.

Men kan zich afvragen waarom, als de situatie zo ligt, toch van vele zijden over een „bejaardenprobleem” wordt gesproken en gesteld wordt dat de zorg voor bejaarden nog lang niet aan alle eisen voldoet. Bij de hierboven geschetste algemene voorzieningen wordt echter nog wel eens vergeten rekening te houden met de speciale behoeften van de bejaarden. Een typisch voorbeeld hiervan is dat juist onder de bejaarden de behoefte aan langdurige verpleging wordt aangetroffen. Tot voor kort hielden de ziekenfondsverzekeringen hiermede onvoldoende rekening. Zoals bekend, is thans een langdurige verpleging tot maximaal een jaar onder deze verzekeringen opgenomen. Een ander voorbeeld kan worden ontleend aan de gezinsverzorging. Aanvankelijk werd het tijdelijke karakter van deze vorm van hulp op de voorgrond gesteld. Door deze eis van tijdelijkheid ten aanzien van bejaarden niet langer te stellen, kon worden bereikt dat bejaarden, zo nodig, permanent werden geholpen. Aangezien al spoedig bleek dat bejaarden door hun financiële positie over het algemeen maar zeer lage retributies betalen, werd het noodzakelijk de overheidssubsidies voor hulp aan deze groep hoger te stellen.

In al deze gevallen blijven wij binnen het raamwerk van de hulpinstellingen die in beginsel voor de gehele bevolking bedoeld zijn. Door kleinere of grotere aanpassingen worden zij echter voor de bejaarde bevolkingsgroep toegankelijk gemaakt. Dit lijkt mij een gezond beleid in meer dan een opzicht. Het grote aantal van de verschillende instellingen

die zich met allerlei vormen van hulp bezighouden en die in de meeste gevallen ook nog door de aard van hun levensbeschouwing gescheiden zijn, bergt het gevaar van onoverzichtelijkheid en ondoelmatigheid in zich. Het zonder dwingende noodzaak nog eens gaan splitsen naar leeftijdscategorieën zou dit gevaar alleen nog maar kunnen vergroten. Een tweede punt is, dat voorzieningen, alleen voor bejaarden, de eigen aard van deze laatste groep nog eens nadrukkelijk accentueren. Een belangrijk structureel element van de zorg voor de bejaarden is dus dat zij grotendeels is opgenomen in de voor de gehele bevolking bestemde voorzieningen en daardoor min of meer onzichtbaar is gemaakt. Ik ben ervan overtuigd, dat wij met deze opzet tevreden kunnen zijn. Uit een oogpunt van presentatie heeft de huidige situatie zijn bezwaren. Dit is echter niet zo belangrijk; wèl belangrijk is, dat men zich deze structuur goed realiseert.

Het hierboven betoogde gaat er niet van uit dat er tussen de groep boven 65-jarigen en de andere volwassenen geen verschillen zouden zijn aan te wijzen. Die zijn er uiteraard wel en onder bepaalde omstandigheden kunnen deze ertoe leiden dat speciale voorzieningen gewenst zijn. Hiermede betreden wij het terrein van de eigenlijke bejaardenzorg, waar de activiteiten dus speciaal gericht zijn op personen boven de 65. Ook hier moet worden begonnen met een soms opduikend misverstand weg te nemen. Niet alle personen boven de 65 zijn hulpbehoevend en van degenen, die wel hulpbehoevend zijn, is maar een klein gedeelte aangewezen op de echte bejaardenzorg. Om met enkele grove verhoudingscijfers te werken: naar schatting heeft hoogstens 25 procent enigerlei vorm van extra individuele zorg nodig en daarvan kan het grootste gedeelte nog gegeven worden door de boven aangegeven algemene voorzieningen. Dit is niet zo vanzelfsprekend als het lijkt; telkens krijgen wij weer te maken met de opvatting, dat alle bejaarden, en dus alle personen van 65 jaar of ouder, min of meer hulpbehoevend zijn.

Ten aanzien van deze eigenlijke bejaardenzorg maakt men gewoonlijk onderscheid tussen open bejaardenzorg en gesloten bejaardenzorg. Naar mijn mening zijn deze uitdrukkingen weinig geslaagd omdat zij, evenals sommige andere termen die in dit verband wel eens gehanteerd worden (bijvoorbeeld friendly visiting, vriendschappelijk huisbezoek) zijn ontleend aan verouderde methoden van sociale zorg of zelfs van armenzorg. Deze terminologie heeft echter het voordeel dat er duidelijk mee wordt aangegeven wat men bedoelt: gesloten bejaardenzorg vindt plaats in inrichtingen, open er buiten.

De open bejaardenzorg manifesteert zich in de praktijk in de bejaardenclubs of -sociëteiten, in de warme maaltijdenverstreking, in het vriendschappelijk huisbezoek en de laatste tijd ook in de dienstencentra voor bejaarden. Wij hebben in de jaren na de tweede wereldoorlog een verheugende ontwikkeling van al de genoemde vormen van deze zorg

gezien. Alom in den lande kwamen er bejaarden-sociëteiten tot stand, zodat men thans wel kan stellen dat zeker 5 procent van de bejaarden tot de vaste bezoekers hiervan mag worden gerekend. Dit verhoudingscijfer is hoog; het wijst er bovendien op dat er op dit terrein een behoorlijk aantal voorzieningen bestaat. Tot de open bejaardenzorg rekent men gewoonlijk ook het verstrekken van warme maaltijden aan huis voor degenen die niet meer in staat zijn zelf warme maaltijden gereed te maken. Ook deze hulpverlening heeft zich speciaal in de grote steden, dankzij een vruchtbare samenwerking tussen overheid en vrijwillige hulpkrachten, goed ontwikkeld.

Het is moeilijker om een duidelijke indruk te krijgen van wat er onder de naam „vriendschappelijk huisbezoek” geschiedt. De eerste zorg van deze bezoekers is zeker niet hun activiteiten voor de statistiek vast te leggen en het is dus moeilijk om een en ander exact na te gaan, onder meer door wie of het geschiedt en of het aan het gestelde doel beantwoordt. Een zeer oppervlakkige indruk is dat dit huisbezoek doorgaans vanuit vrouwenverenigingen en kerkelijke instellingen plaats vindt. Een en ander maakt een waardering bepaald niet gemakkelijk. Wellicht kan men stellen dat het zeker goede resultaten heeft bij zieken of aan huis gebonden gehandicapten. Ten aanzien van pogingen om langs deze weg de zogenaamde vereenzaming op te heffen, is een zeker voorbehoud toch wel op zijn plaats. Het is namelijk niet zo vanzelfsprekend als men wel denkt, dat een bejaarde vereenzaamt. Hier is gewoonlijk een ingewikkeld complex van oorzaken aan te wijzen, die wortelen in de aanleg en de levensgeschiedenis. Dit proces begint reeds lang voor het bejaard worden. Iets dergelijks wordt niet verholpen door de herhaalde bezoeken van een vriendelijke heer of dame.

Een zeer recent verschijnsel bij het open bejaardenwerk is het zogenaamde dienstencentrum. De gedachte die hieraan ten grondslag ligt is, dat men niet kan verwachten dat alle bejaarden even virtuoos zijn in het manipuleren van de verschillende knoppen die in onze maatschappij tot de verschillende vormen van hulp leiden. Het gaat hier om de groep van de zeer ouden en de om verschillende redenen gehandicapten. Deze handicap kan natuurlijk van lichamelijke aard zijn, maar hij kan ook samenhangen met onvoldoende ontwikkeling, te geringe kennis van zaken of tekort aan vitaliteit. Het kan dus gewenst zijn op bepaalde plaatsen centra op te richten van waaruit grote groepen van deze bejaarden kunnen worden bereikt. Hier vanuit kan eensdeels bemiddeld worden voor het verkrijgen van alle mogelijke soorten hulp en anderdeels kan deze hulp rechtstreeks worden gegeven. Men is in dit verband gaan spreken van dienstencentra voor bejaarden. De gedachte gaat daarbij uit naar een lokale of gebouwde waar een bureau is gevestigd, waar men de leider of leidster van het dienstencentrum kan consulteren en waar bepaalde activiteiten voor bejaarden kunnen plaats vinden. Er moet een

zaaltje zijn voor sociëteit en ontspanning, gelegenheid tot het gebruiken van warme maaltijden, een dependance van de openbare bibliotheek, spreekkamers voor wijkverpleegster, pedicure en dergelijke meer. Het spreekt vanzelf, dat binnen het rijk geschakeerde mozaïek van de bestaande voorzieningen, deze dienstencentra zorgvuldig moeten worden opgezet. Het is geenszins de bedoeling om de reeds bestaande voorzieningen overbodig te maken, doch integendeel juist beter toegankelijk.

Men heeft hiervoor op andere plaatsen een zogenaamde sociale verkeersagent ingevoerd. Ik geloof dat men het verschil vooral hierin moet zoeken, dat de sociale verkeersagent hoofdzakelijk verwijst en dus niet, zoals het dienstencentrum, bemiddelt of uitvoert. Overigens betekent dit dat daar, waar een sociale verkeersagent reeds met succes werkzaam is, de behoefte aan een dienstencentrum voor bejaarden minder urgent kan zijn. Dan geldt de hierboven reeds aangeduide regel dat de algemene voorzieningen de voorkeur verdienen boven de bijzondere. Op dit moment zijn er in ons land nog niet veel van deze dienstencentra, al is de realisering van enkele veelbelovende plannen reeds in een gevorderd stadium. Naar het zich thans laat aanzien, zullen deze dienstencentra vooral nuttig blijken in oudere stadswijken met talrijke bejaarden, van wie er bovendien velen met onbevredigende woonverhoudingen genoeg moeten nemen. De gedachte deze laatsten liever te doen verhuizen is op zichzelf aantrekkelijk. In de praktijk echter stuit de verwerkelijking ervan op grote weerstand bij de betrokkenen, een weerstand die men heeft te eerbiedigen. Bovendien is er natuurlijk een groot gebrek aan geschikte woningen.

Men kan zich het hierboven geschetste dienstencentrum nog in een andere vorm denken, namelijk ingebouwd in complexen bejaardenwoningen. Deze vorm, die in Nederland merkwaardig genoeg nog vrijwel niet is toegepast, is in het buitenland bepaald populair. Met name in de Scandinavische landen is dat het geval, bij onze Oosterburen is deze constellatie bekend onder de naam „Alters Wohnheime”. Men voegt er dan graag aan toe „deze zijn bij de bejaarden zeer geliefd”. Dit laatste is geen wonder wanneer men bedenkt dat een en ander het voordeel biedt van zelfstandig te kunnen blijven wonen, dus te beschikken over een complete eigen woning, waar men voor zichzelf zorgt en waar men kan gaan en staan waar men wil, met de beschikking over hulp wanneer men deze nodig heeft. Het dienstencentrum bevindt zich immers in het complex en men kan dus volstaan met het drukken op een knop om de aandacht op de eigen moeilijkheden te vestigen. Het verschil met het verzorgingstehuis is dat in het laatste alles zó is georganiseerd, dat men verzorging ontvangt ook al heeft men die niet nodig. Dit kan daar moeilijk anders, omdat de centrale voorzieningen, zoals keuken en personeel er nu eenmaal zijn en, om economisch te kunnen werken, ten volle benut moeten worden. Zowel voor de dienstencentra in de wijk als voor de ingebouwde diensten-

centra geldt, dat zij de laatste tijd in het middelpunt van de aandacht staan en dat alom initiatieven worden genomen om deze op te richten.

Ten einde misverstand te voorkomen, wil ik er nadrukkelijk op wijzen, dat de term „dienstencentrum” door mij in een zeer specifieke zin wordt gebruikt. Niet elk complexje bejaardenwoningen met een gezinsverzorgster of wijkverpleegster in de buurt of met een aantal gemeenschappelijke voorzieningen wil ik hiermede aanduiden. Bij het dienstencentrum denk ik tenminste aan één kracht in volledige dienst van zodanig niveau dat hij of zij belast kan worden met de verantwoordelijkheid voor de zorg voor de bejaarden, die op het dienstencentrum zijn aangewezen. Deze kracht moet in staat zijn leiding te geven aan een aantal hulpkrachten die niet in vaste dienst behoeven te zijn en toezicht te houden over de lokaliteiten, waar een en ander zich kan ontplooiën. In elk geval zal er een vrij groot aantal woningen tot zo'n complex moeten behoren en bij een dienstencentrum in de wijk zal een sterke concentratie van bejaarden aanwezig moeten zijn. Wat het eerste betreft: in Kopenhagen heb ik een dergelijk dienstencentrum gezien, omvattende driehonderd bejaardenwoningen. Dit aantal lijkt mij zeker te hoog; ik zou het als regel niet hoger willen stellen dan ongeveer honderd. Overigens houdt dit niet in, dat ik andersoortige plannen, zoals complexen van twaalf, achttien of vierentwintig woningen, gesitueerd in de buurt van een wijkgebouw of met daarin opgenomen een woning voor de maatschappelijk werkster of gezinsverzorgster, zou afkeuren. Integendeel, in de bejaardenzorg hebben wij behoefte aan een scala van voorzieningen en dit soort projecten kan, evenals de verspreide bejaardenwoningen, zeer nuttig zijn. Ik wil slechts betogen, dat het verstandig is de term „dienstencentrum” voor de boven aangegeven specifieke vorm te reserveren.

Een bezwaar, dat men vaak tegen de grotere wooncomplexen met ingebouwd dienstencentrum aanvoert, is dat men zodoende de bejaarden bij elkander doet wonen en dus isoleert. Dit bezwaar is volkomen reëel, maar men moet hierbij bedenken dat het nooit wordt gehoord met betrekking tot de verzorgingstehuizen, waarin, althans in Nederland, toch ongeveer zeven procent van de 65-jarigen en ouderen vertoeft. „Natuurlijk”, zal men hierop antwoorden, „maar deze mensen hebben die verzorging dan ook nodig.” Hetzelfde geldt evenwel voor de ingebouwde dienstencentra. Het kan nooit de bedoeling zijn alle 1.150.000 boven 65-jarigen daarin onder te brengen. In het beste geval een zeer kleine fractie daarvan en wel diegenen, waarvan vaststaat dat zij zich in hun oorspronkelijke woning of zelfs in een bejaardenwoning, niet meer kunnen handhaven. Zij zouden, als er geen alternatief te vinden is, hun intrek moeten nemen in een verzorgingstehuis. Een dienstencentrum is dus bedoeld voor die groep, voor wie volledige zelfstandigheid niet meer bereikbaar is, maar die nog niet naar een verzorgingshuis hoeft. Omgekeerd bedoelt het ook

de druk op de verzorgingstehuizen te verlichten door die categorie bejaarden, die uit voorzorg daar hun intrek willen nemen, een andere oplossing te bieden.

Voor zover op dit gebied al enige ervaring is verkregen, blijkt de geschetste oplossing voor velen een uitkomst. Veruit de meeste bewoners kunnen zonder grote bezwaren daar tot aan hun dood toe blijven wonen. Kunnen zij dit niet, dan zijn zij niet aangewezen op een verzorgingstehuis maar op een verpleegtehuis, een situatie, die zich ook in het verzorgingstehuis kan voordoen. Volledigheidshalve zij er nog op gewezen dat de constellatie van zelfstandige woningen rond een bejaardencentrum in ons land al langer bekend is. Ook hiervan moet worden gezegd, dat het een belangrijk onderdeel is in de scala van voorzieningen, maar het maakt het ingebouwde dienstencentrum zeker niet overbodig.

Tenslotte de gesloten bejaardenzorg: het verzorgingstehuis, bejaardentehuis, bejaardenpension, rusthuis of hoe men het verder wil noemen. De eerste term verdient de voorkeur, aangezien deze is opgenomen in de nomenclatuur van de Nederlandse Federatie voor Bejaardenzorg. De term „bejaardenoord” verdient in dit verband geen aanbeveling; deze is afkomstig uit de wet op de bejaardenoord en slaat op elke inrichting, hoe de bestemming daarvan ook zij (herstellingsoord, hotel, pension en dergelijke en natuurlijk ook verzorgingstehuizen), waar tenminste vijf bejaarden duurzaam worden verzorgd. Deze term wordt gehanteerd om de inspectie een wettelijke grondslag te geven en ontduiking te voorkomen. Zij geeft beslist niet de ideale situatie weer.

Wat opvalt bij een overzicht van de bejaardenzorg in ons land is het zeer grote aantal verzorgingstehuizen voor bejaarden. Met zeven bedden per honderd bejaarden zijn in Nederland bijna 80.000 plaatsen in verzorgingstehuizen beschikbaar. Dit is zeker veel wanneer men het vergelijkt met Engeland (anderhalf per honderd bejaarden); West-Duitsland (drie tot vier per honderd) en de Scandinavische landen (vijf per honderd). Het feit dat de accommodatie ten onzent niet altijd even ideaal is, doet aan dit aantal niets af, datzelfde geldt immers ook voor het buitenland. De oorzaken van dit merkwaardig verschijnsel zijn moeilijker aan te geven; wellicht moeten deze worden gezocht in de van oudsher zeer grote activiteiten van de kerken op dit gebied of in een bepaalde mentaliteit in ons land, waar het samenwonen van ouders en volwassen kinderen minder ingeburgerd is dan elders. De grote vlucht die het bouwen van bejaardentehuizen na de tweede wereldoorlog heeft kunnen nemen, is voor een niet onbelangrijk deel te danken aan de omstandigheid dat zij qua urgentie en qua subsidies met de bouw van woningen zijn gelijkgesteld. Aan dit laatste was, evenals aan de industrialisatie, prioriteit gegeven.

De onderbrenging van de verzorgingstehuizen in de huisvestingssector heeft nog andere voordelen met zich gebracht. Zo heeft men zich losgemaakt

van de oude gestichtsgedachte en de inrichtingen benaderen in hun uiterlijke verschijningsvorm meer dan in het verleden het gehuisvest zijn in woningen. Een onmiskenbaar nadeel is het feit dat velen het verblijf in een verzorgingstehuis als een normale vorm van huisvesting zijn gaan zien en dat men de daaraan verbonden bezwaren, welke niet gering zijn, niet meer of te licht is gaan tellen. Dit geldt in de eerste plaats voor het financiële bezwaar: deze vorm van verzorging is kostbaar omdat er veel personeel voor nodig is (minimum een personeelslid per vijf verzorgden). Hij is ook kostbaar omdat men nu eenmaal hogere eisen stelt aan hetgeen men aangeboden krijgt in een inrichting dan aan hetgeen waarvoor men zelf zorgt.

Deze kosten in een nieuwe inrichting bedragen voor een eenpersoonskamer ongeveer f 300,— per maand. Dit betekent dat maar een betrekkelijk klein gedeelte van de bejaarden dit uit eigen inkomsten kan betalen. Deze groep wordt groter wanneer men bereid is ook het vermogen in te teren. Veruit de meeste bewoners zijn echter aangewezen op steun van de sociale diensten. Is dit al niet bevorderlijk voor de zelfstandigheid, erger is dat algehele verzorging weinig stimuleert tot zelfwerkzaamheid, met als gevaar lichamelijke en vooral geestelijke achteruitgang. De liefdevolle verzorging, die men de bejaarde doorgaans zo gaarne doet toekomen, brengt onbedoeld de betrokkene vaak tot een zuiver vegeteren. Als remedie tegen eenzaamheid is het verzorgingstehuis ook niet te beschouwen. Het verkeren temidden van een groot aantal leeftijdgenoten geeft geen enkele zekerheid, dat men er zich niet eenzaam zal voelen.

De bezwaren, die tegen het verzorgingstehuis kunnen worden ingebracht, zijn uiteraard bezwaren, die tegen elke vorm van hulp kunnen worden aangevoerd. Zij kunnen daarom nimmer een reden zijn om hulp achterwege te laten. Wel moet men zich telkens afvragen wat het zwaarst weegt: het niet geven van hulp of de afhankelijkheid, welke het geven van hulp met zich brengt. Voor dit vraagstuk zal de maatschappelijk werker, en hij niet alleen, zich steeds gesteld zien. Dit betekent echter ook dat er zorgvuldig op moet worden toegezien, wie er in het verzorgingstehuis worden opgenomen. Hiervoor moet een voldoende indicatie aanwezig zijn. Het openstellen van het bejaardentehuis voor ieder die zich meldt of bovenaan op de wachtlijst staat, moet met beslistheid worden afgewezen. Bovendien moeten alternatieve voorzieningen, zoals ik die hierbo-

ven heb geschetst, tot stand worden gebracht, waardoor de reële mogelijkheid ontstaat een andere keuze te doen die aanzienlijk minder kostbaar is en het voordeel heeft van een geringer ingrijpen in de zelfstandigheid.

Tenslotte zou ik er ook nog op willen wijzen, dat het tot stand komen van voldoende verpleegtehuizen eveneens van invloed is. Veel personen trekken juist vroeg in een bejaardentehuis omdat zij menen op deze manier ook van de eventueel later nodige verpleging verzekerd te zijn. Zij vrezen, dat zij, wanneer zij werkelijk verpleging nodig hebben, nergens meer terecht kunnen. Helaas geniet het verpleegtehuis niet dezelfde prioriteiten als het verzorgingstehuis. Een beleid dat niet de huisvesting centraal stelt maar de behoefte aan verzorging zou er juist toe moeten leiden, de meest dringende vormen de hoogste prioriteit te geven. In feite is de situatie in ons land juist omgekeerd.

Ik hoop hiermede in kort bestek een overzicht van de structuur en de vormen van de zorg voor bejaarden in ons land te hebben gegeven. De weergave moest noodzakelijk summier blijven, vandaar dat op vele kwesties niet kon worden ingegaan. De achterliggende gedachten zoals die van de zelfstandigheid van de bejaarde, de betekenis en de opdracht van de bejaarde voor de samenleving, moesten onbesproken blijven.

Literatuur inzake bejaardenzorg

- Sociëteit voor ouderen. Een praktische handreiking aan de vele initiatiefnemers. (1962) Uitgave van de Contactsectie Bejaardenzorg van de Generale Diaconale Raad van de Nederlandse Hervormde Kerk. Maliesingel 26 te Utrecht.
- Vriendschappelijk huisbezoek. (1964) Uitgave van de Contactsectie Bejaardenzorg der Ned. Herv. Kerk en de Herv. Vrouwen Dienst. Maliesingel 26 te Utrecht.
- Dienstverleningscentrum voor bejaarden. (1964) Uitgave van de Contactsectie Bejaardenzorg der Ned. Herv. Kerk. Maliesingel 26 te Utrecht.
- Warme maaltijden voor bejaarden. Uitgave van de Stichting Ned. Fed. v. Bejaardenzorg, Stadhouderslaan 148A te 's-Gravenhage.
- Wet op de Bejaardenoorden (1963) A. J. Gijsbers en Mr H. J. P. J. Goedmakers. Uitgever N. Samsom n.v., Alphen a. d. Rijn.
- Bejaard zijn in Amsterdam. (1961) Uitgave Gemeentelijke Dienst voor Sociale Zaken te Amsterdam.
- Voorzieningen voor bejaarden. (1963) Uitgave van de Stichting voor Maatschappelijk Werk in de provincie Utrecht. Brigittenstraat 13 te Utrecht, telefoon 030-13963.
- The Health of the Aged. (1961) R. J. van Zonneveld. Uitgever Van Gorcum, Assen.