

Zorgen voor geborgenheid, een blinde vlek in het beleid

Intieme menselijke relaties onder druk

G.P.A. Braam

De huidige overheid legt sterke accenten op eigen verantwoordelijkheid en een zorgzame samenleving. Op de thuiszorg wordt bezuinigd en de familie ofwel de mantelzorger moet het werk doen. Maar er wordt weinig bij stil gestaan wat zorg eigenlijk inhoudt. Er is een grote blinde vlek. Het lijkt te worden vergeten dat de verzorger ook warmte, geborgenheid en liefdevolle aandacht moet leveren en dat dit veel tijd en aandacht kost. Het betreft bij uitstek een taak voor partners en kinderen. Vaak zijn deze overbelast en dus zetten de huidige bezuinigingen intieme menselijke relaties onder grote druk. Ook in wetenschappelijke vraagstellingen wordt aan sociaal-emotionele zorg relatief weinig aandacht besteed.

Het is een zonnige dag met aangename temperaturen en helder licht. Buiten fluiten de vogels en klinken kinderstemmen uit de buurt. Binnen is het soms anders. Op een slaapkamer ligt een zieke. “Mag het gordijn een beetje dicht, want het licht is zo fel” is de vraag aan de partner, die voor de zieke probeert te zorgen. Het is een situatie die iedere dag in tienduizenden huizen met een chronisch zieke of oudere voorkomt. Deze zieke heeft nog geluk dat er een partner is, want er zijn vele alleenstaanden, en dat die partner zelf niet al te zwaar gehandicapt is.

Wat houdt die zorg eigenlijk in? Vaak denken we vooral aan huishoudelijke taken: boodschappen doen, eten koken, de wc schoonmaken en ook verschonen en wassen. En dan spreken we nog niet over vragen als: “Kun je midden in de nacht even komen helpen”, “kunnen we even de dokter bellen”. Maar er is nog veel meer. Vragen die meer in de emotionele sfeer liggen, zoals: “zou er een bloemetje kunnen komen” “kunnen we misschien een klein autotochtje maken”. Het zijn van die

“tussendoor vragen” als er geen thuiszorg is. *En wat geheel wordt vergeten in vele beschouwingen over zorg zijn vragen als: “Kun je even bij me komen zitten en een gesprekje voeren.. over het verdriet dat ik heb of over de pijn en de angst” of ...”*over de kinderen , bijvoorbeeld over een huwelijk dat niet goed loopt”. Dat zijn die dingen , waarover we voornamelijk spreken met intieme relaties zoals een partner, maar minder gemakkelijk met iemand van de thuiszorg of een kennis. En dan spreken we nog niet over de enorme behoefte die mensen hebben aan doodgewone gezelligheid

Wat nu al snel over het hoofd wordt gezien is dat die zorg ook veel energie kost: veel inspanning, tijd en vooral aandacht. Maar echte aandacht is moeilijk, het is zelfs “een schaars goed” en dat geldt zeker voor de aandacht voor het psychisch welzijn van een zieke. Bij de vragen in de intieme sfeer is sprake van een type zorg, dat we *sociaal-emotionele* zorg kunnen noemen. Het is te onderscheiden van *instrumentele* zorg (zie voor dit onderscheid o.a. Krech, Pearlin p.285, Quadagno p.229).^{1,2,3} Die instrumentele zorg betreft vooral het huis schoonhouden, de voeding, de verpleging en de ziekenverzorging. De twee typen zorg sluiten aan op twee typen menselijke behoeften die zeer verschillend van karakter zijn. De instrumentele zorg komt tegemoet aan vooral lichamelijke behoeften, nodig om fysiek te overleven (voeding, veiligheid, gezondheid en dergelijke). De andere behoeften liggen in vlak van de geborgenheid. Daarbij gaat het om de sfeer van de intimiteit - belangstelling, warmte, medeleven. Daar is de sociaal-emotionele zorg voor nodig. In beleidsbeschouwingen ziet men daar maar weinig over vermeld en zeker niet over het tijdsbeslag dat hiervoor is vereist. Heel opvallend is, dat ook in veel wetenschappelijk onderzoek aan dit laatste type zorg weinig aandacht lijkt te worden besteed. In de

G.P.A. Braam (✉)
Prof.Dr. G.P.A. Braam is em. hoogleraar sociologie en onderzoeksmethoden aan de Universiteit Twente.

vragenlijsten zien we veel punten over het verrichten van huishoudelijke en zorgtaken dus over instrumentele zorg, maar weinig over sociaal-emotionele zorg. Een overzicht van vragenlijsten in het SCP-rapport Kijk op informele zorg laat dat zien.⁴ Dat is opvallend omdat het onderscheid in typen gedrag en typen zorg in de sociale wetenschappen al tientallen jaren gangbaar is.^{1,2,3}

Welke groepen kunnen die zorg leveren? Eeuwen lang zijn beide typen zorg geleverd door familieleden, ofwel door kleine groepen. Dit noemt men ook wel *primaire* groepen. Kenmerk van die groepen is dat er vertrouwelijkheid aanwezig is en een zekere mate van intimiteit. Voor zorg kan men vaak een beroep doen op relaties die langdurig bestaan, ook al krijgt men daar niet onmiddellijk wat voor terug. Hoe belangrijk die groepen zijn blijkt onder meer uit onderzoek naar eenzaamheid. Zie daarvoor Gierveld, die ook het effect van nieuwe relaties op hoge leeftijd heeft onderzocht.^{5,6} De laatste honderd jaar zijn die primaire groepen echter in aantal en grootte sterk afgenomen (minder kinderen, meer echtscheidingen, meer kinderen die op grote afstand wonen en meer vrouwen die werken).¹ De zorg is geleidelijk voor een deel overgenomen door een geheel ander type groepering, namelijk *secundaire* groepen. Eerst waren dat kerken en stadsbesturen, later ook kruisverenigingen. Uiteindelijk speelde de overheid daarbij een belangrijke rol. Dat zijn groepen met een totaal ander karakter dan de familie. Het verschil is van groot belang. De familie leverde beide typen zorg, niet alleen de huishoudelijke, maar ook de sociaal-emotionele. De secundaire groepen kunnen echter voornamelijk huishoudelijke zorg en verzorging leveren. Vereenvoudigd gesteld: de staat levert geen intimiteit, geen vertrouwelijkheid en geborgenheid. Dat betekent dus dat de sociaal-emotionele zorg voor de geborgenheid voor een belangrijk deel zal worden gedragen door partners of familie, vooral kinderen. Deze primaire relaties zijn heel moeilijk te vervangen. Bij de puur huishoudelijke taken ligt dat veel eenvoudiger: ook een andere medewerker van de thuiszorg kan stofzuigen.

Dit verschil heeft belangrijke gevolgen. Want wat gebeurt er als de partner of de dochter erg veel huishoudelijke zorg en verzorging moeten leveren? Dan komt zeer waarschijnlijk door tijdsgebrek en vermoeidheid dat unieke, dat de sociaal-emotionele zorg is, sterk in het

gedrang. Er is dan te weinig tijd voor troost, voor een liefkozing, voor aandacht en voor een luisterend oor. Want die tijd gaat op aan eten koken, de was doen, boodschappen doen, enzovoorts. En dat geldt zeker als de verzorger zelf gebrekkig is.

Bij de overheidsmaatregelen die de laatste jaren worden genomen wordt dit vrijwel geheel over het hoofd gezien. Er is een sterk accent gelegd op mantelzorg en bij het verkrijgen van thuiszorg wordt het al of niet aanwezig zijn van partners direct meegewogen.² Maar vele mantelzorgers hebben het zwaar en zijn overbelast. Niet alleen een boek van de wetenschapjournaliste Kirsten Emous beschrijft hiervan de soms dramatische gevolgen, maar het blijkt ook uit ander onderzoek aan de Vrije Universiteit en het Sociaal en Cultureel Planbureau.^{4,7,8,9}

Waar het in dit betoog vooral om gaat is dat het sterke accent op mantelzorg en de bezuinigingen op de thuiszorg niet alleen de verzorgers overbelasten, maar ook schade toebrengen aan de intieme menselijke relaties met de zieke of gehandicapte. Een zorgzame samenleving? Maar dan wel graag met een overheid die oog heeft voor het menselijke leven in al zijn volheid, dus ook voor de behoefte aan intimiteit en geborgenheid van de kwetsbare mens

Literatuur

- Krech D. *et al.* Individual in Society, New York, McGraw Hill, 1962, 1985.
- Pearlin LI *et al.* Caregiving and Its Social Support. In Binstock RH, George LK (ed). Handbook of Aging and the Social Sciences, Boston, San Diego Academic press, 1996: 283-302.-
- Quadagno J. Aging and the Life Course, New York: MacGraw Hill, 2002.
- Boer A de, Kijk op informele zorg, Den Haag: SCP, 2005.
- de Jong Gierveld J. A review of loneliness: Concept and definitions, determinants and consequences. Rev Clin Gerontol..1998; 8: 73-80.
- Gierveld J. Remarriage, Unmarried Cohabitation, Living Apart Together : Partner Relationships Following Bereavement or Divorce, J Mar Fam. 2004; 66: 236.
- Emous K. De loden mantel. Amsterdam: Mets en Schilt, 2005.
- Kinpscheer K, Broese van Groenou M. Determinanten van zorgbelasting bij partners en kinderen van hulpbehoevende ouderen, Tijdschr Gerontol Geratr 2004;35:96-106.
- Timmermans JM *et al* Mantelzorg, Den Haag: SCP, 2003.

¹ Dit is uiteraard een globale vaststelling. Er zijn ook andere trends, bijvoorbeeld dat de familieverbanden zich over meer jaren uitstrekken. Zo zijn er meer achter- en achterachterkleinkinderen dan vroeger³. Maar veel zorg moet nog altijd van partners en leeftijdgenoten komen.

² Een ander en even belangrijk probleem betreft de sociaal-emotionele zorg voor oudere alleenstaanden. Immers in de ouderdom verliezen velen de belangrijkste primaire groep; dit zijn de verweyden. Daarnaast zijn er de gescheiden mensen. Bij elkaar is dat een aanzienlijk aantal, boven de 65 jaar ongeveer 800.000. Zeker in het geval dat er weinig kinderen en met name dochters in de nabijheid wonen, zal er ook van professionals tijd voor de hoognodige sociaal-emotionele zorg worden gevraagd. Ook voor hen zal dit door de bezuinigingen vrijwel zeker onder druk komen te staan.