

Leven met ouder worden, leven met sterven

Naar een ethiek voor de grijze samenleving

Koen Raes

Hoofdredacteur Samenleving en politiek

Sei allem Abschied voran als wäre er hinter dir (R.M. Rilke)

Over de veroudering van onze bevolking kan men tegenstrijdige geluiden opvangen. Zo merkt Bea Cantillon in haar slotbeschouwingen bij het Vlaams welzijnscongres 1993 zeer optimistisch op: 'De veroudering van de bevolking is ongetwijfeld de best voorbereide maatschappelijke verandering in de geschiedenis. De omvang van het wetenschappelijk materiaal en de talrijke beleidsinitiatieven tonen aan dat de samenleving nu reeds volop begonnen is met het absorberen van de gevolgen van de veroudering, nog lang voordat zij tenvolle is ingezet' [1]. Dat verhindert een andere verslaggever, Ron Lesthaeghe, niet, om in hetzelfde congresboek te stellen 'dat weinig congresgangers van mening waren dat ons land prima is voorbereid op de vergrijzingsgolf van de jaren 2015-2040', een visie die ook door de meeste seniorenorganisaties wordt vertolkt [2].

Die tegenstelling veruiterlijkt niet alleen een academisch meningsverschil. Zij wijst op een meer algemene ambiguïteit in discussies over en met ouderen in de samenleving. Ouderen hebben het in materieel opzicht wellicht nog nooit zo goed gehad als in de huidige samenleving. Anderzijds worden zij in existentieel opzicht steeds verder gemarginaliseerd. Ouderen wijzen terecht op dat probleem. Zij zien zichzelf als de eerste slachtoffers van een toegenomen stedelijke onveiligheid, als uitgesloten uit het culturele leven, als paria's van de verzorgingsstaat die worden behandeld als in Bioy Casares' roman *Journal de la guerre au cochon* (1969). Dat komt omdat een aantal ontwikkelingen, zoals de ver-

vroegde pensionering, de uitbouw van rust- en verzorgingsinstellingen, de verlengde levensduur, de kwaliteitsverhoging van de medische verzorging, talrijke negatieve effecten hebben in de manier waarop bejaarden ze beleven. Pensionering wordt dan ervaren als sociale uitsluiting en gedwongen nutteloosheid, niet als 'verdiende rust', opname in een verzorgingsinstelling als isolering en vereenzaming, niet als comfortverhoging.

Ongelijk hebben zij overigens niet. Beleidsmaatregelen suggereren al eens het bestaan van een probleem dat in werkelijkheid een heel andere oorsprong heeft. Personeelsmanagers hebben het meer dan eens over 'het probleem van de oudere werknemer' (de 45-plusser!). Hoewel daar nauwelijks gefundeerde empirische gegevens over bestaan en de weinige gegevens al evenzeer het tegendeel kunnen aantonen, hebben zij het dan over hun dalende productiviteit, hun geringere flexibiliteit, hun verminderende oplettendheid. Die stigmatisering van oudere werknemers bij iedere bedrijfsreorganisatie heeft echter oorzaken die niets met hun persoonlijke kwaliteiten te maken hebben. Hun hogere lonen en de mogelijkheden tot brugpensionering maken het voor bedrijven gewoon makkelijker en goedkoper om oudere werknemers te ontslaan. Hun vermeende tanende arbeidskwaliteiten berusten grotendeels op rationalisering. Die rationalisering werken jammer genoeg door in de algemene beeldvorming en stereotypering van de oudere mens als een aftakelend leven, een leven in afwikkeling, veel meer dan ontwikkeling.

Ouderen en sociale solidariteit

In onze samenleving groeit ondertussen het aantal ouderen en hoogbejaarden in absolute en in relatieve termen door de daling van het aantal geboorten en door de verlenging van de levensverwachting. Rond 2020 zal onze bevolking wellicht zo'n 28 % 60-plussers tellen. De bevolkings-samenstelling verandert van een piramidale naar een vierkante vorm. De zogenaamd 'actieve bevolking' daalt gestaag, zowel in absolute cijfers als procentueel. Er zijn niet alleen meer 'oudere mensen', er zijn ook steeds meer 'jongere ouderen'. De 'actieve levensfase' wordt ingekrompen tot de smalle leeftijdsband tussen 25 en 50 jaar.

Dat brengt economische problemen mee voor de toekomst. Het heeft niet alleen gevolgen voor de sociaal-economische toekomst van jongeren in een wereldeconomie waarin delocalisering naar lage loonlanden, flexibilisering van de arbeidsvoorwaarden en uitstoot van vooral ongeschoolde arbeidskracht de toon zetten. Het heeft ook implicaties voor de zekerheden die men kan bieden aan de ouderen die niet meer mogen of kunnen werken. Ons sociaal zekerheidssysteem is immers wezenlijk een systeem van 'gelijktijdige solidariteit': transferts van de huidige bijdragebetalers dekken de kosten van de uitkeringen aan de huidige rechthebbenden. Als de huidige trends zich zouden doorzetten, dan zal in 2020 iedere actief werkende - een deel van de jongeren van vandaag - moeten instaan voor het inkomen van en de zorg voor één minderjarige, één werkloze en één gepensioneerde en ieder koppel dus voor twee minderjarigen, twee werklozen en twee gepensioneerden. En dan wordt de overheidsschuld nog even tussen haakjes gezet.

Volgens demografen zijn de minimale voorwaarden opdat de vergrijzing van de bevolking draaglijk zou zijn voor ons sociaal zekerheidssysteem (a) een (reële) economische groei van 2,5 tot 3 %, (b) een werkloosheidsgraad van maximum 5 % van de actieve bevolking, (c) een herstel van de tewerkstelling van zgn. 'oudere' werknemers tussen 50-64 jaar, (d) een groei van de vervangingsinkomens met maximaal de helft van het ritme van de groei van inkomsten uit arbeid, (e) het afremmen van de (groei van de) consumptie in de gezondheidssector, (f) een hal-

vering van de openbare schuld in procent van het BNP tegen 2015 en (g) het opvoeren van de investeringen in het onderwijs [3]. Alsnog zijn er weinig tekenen die erop wijzen dat wij die minimale voorwaarden kunnen halen. Hoewel de pensioencrisis volgens alle berekeningen pas echt acuut wordt na 2015 - wanneer dus de nu nog actieve bevolking de pensioenleeftijd nadert - blijkt vooral de betaalbaarheidsdiscussie nu de geesten te beheersen. Het gevaar daarvan is dat de problemen van de bejaarden en hoogbejaarden van nu geen aandacht krijgen. Bovendien dreigt de ouderenproblematiek te worden verengd tot een problematiek van de verdeling van materiële goederen. Ten slotte is de kans groot dat men de financiële verzuchtingen van de bejaarden van nu meer laat doorwegen dan overwegingen van algemene sociale solidariteit doorheen de tijd, om de eenvoudige reden dat de senioren wél en de jongeren (nog) geen stemrecht hebben...

Hoe dan ook zullen progressieven ook demografisch moeten leren denken. Zij moeten de demografische gevolgen van een gezinsbeleid leren inschatten. Zij zullen een beleid moeten uitstippelen waarin een terugkeer naar een demografische situatie met minstens een stationaire populatie vooropstaat. Dat veronderstelt een 'niet vrouwonvriendelijk, niet-geboortefremmend beleid' [4]. De grondvraag is dan ook of de huidige tewerkstellingsregimes, de crèchevoorzieningen, de voorzieningen voor buitenschoolse opvang, het stelsel der kinderbeijlagen het hedendaagse ouderschap niet afremmen? De grondvraag is of onze 'manier van samenleven' wel nog voldoende levenskwaliteit belooft, opdat zij met een zeker optimisme aan een toekomstige generatie kan worden doorgegeven. In die context wil ik het belang onderstrepen van de parallellen tussen een beleid dat kindvriendelijker is en een beleid waarin meer aandacht gaat naar de problemen van de bejaarden [5]. Die parallellen moeten niet zozeer op economisch vlak gezocht worden, maar wel op een breder maatschappelijk vlak. Veel van de problemen die bejaarden hebben, blijken precies ook kindonvriendelijke aspecten van onze samenleving te zijn.

Ouderen : een veelheid aan mensen

Ouderen leven langer en comfortabeler. Dat neemt niet weg dat zij het lijdend voorwerp zijn van een verregaande stereotypering en disqualificering [6]. Talrijke processen in onze samenleving wijzen daarop. Het recht op pensioen bijvoorbeeld wordt al eens gezien als een eenvoudige manier om zich van de ouderen te ontdoen en ze vervolgens met de vinger te wijzen omdat ze niet productief meer zijn, in wezen niets anders dan een last.

De positie van ouderen in onze samenleving in cultureel opzicht is grondig gewijzigd. Ouderen stralen weinig gezag meer uit en worden vooral in negatieve termen, in termen van 'minder' geduid. Dat houdt sterk verband met de ontwikkelingsgerichte leest waarop wij ons samenlevingsdenken hebben geschoeid. Het toekomstgeoriënteerd ontwikkelingsperspectief stelt alles in het teken van groei, vooruitgang, belofte en accumulatie en heeft geen aandacht voor stadia waarin afwikkeling, afscheid, herinnering en eindigheid worden ingevuld. En zij heeft nauwelijks aandacht voor de grote verschillen die er tussen 'de ouderen' bestaan.

Ouderen zijn langer gezond, maar ze stappen ook vroeger de sociale 'rol' van oudere binnen. Daardoor zijn significante leeftijdsverschillen ontstaan 'binnen' de groep van 21 % ouderen of 60-plussers in onze maatschappij. Er zijn vooreerst verschillen tussen 'jong-' en 'oudbejaarden' (80-plussers; toch al zo'n 3,5 % van de bevolking). Er zijn leefwijze-verschillen tussen ongehuwden, gehuwden, verweduwden en gescheidenen, maar ook tussen onafhankelijk wonenden, in rusthuizen en ziekenhuizen verblijvende bejaarden. Er zijn ook sexe-verschillen, want door hun langere levensduur lopen vrouwen een grotere kans om langer alleen te komen staan. Er is de multipathologie van lichamelijke en geestelijke stoornissen bij oudere mensen, die sterk persoonsgebonden is. En er zijn grote rijkdoms- en klasseverschillen tussen ouderen, die in discussies over de solidariteit tussen 'ouderen' en 'jongeren' niet veronachtzaamd mogen worden. 'De' oudere bestaat dus slechts als abstractie, wat nog niet betekent dat algemene en elkaar versterkende percepties van en houdingen tegenover ouderdoms-

groepen geen patronen zouden volgen.

Hoewel het verleden geenszins een beter model aanreikt, loopt in onze hedendaagse samenleving heel wat fout met de interactie tussen de moderne, westerse sociaal-culturele omgeving en de oudere mens. Dat houdt verband met het produktivistische ethos waarvan onze hele cultuur is doordrenkt. Ieder die en alles wat niet rechtstreeks productief is voor de markt verliest aan waarde. In dit perspectief verschijnen ouderen als 'afgeschrevenen', want 'onproductieven'-en-dus-'nuttelozen'. De institutionele chronologisering van sociale status-rollen ('kinderen', 'actieve bevolking', 'gepensioneerden'), die door de behoeften van het bedrijfsleven zijn gedictieerd, wordt in een metafoor van 'groei', 'consolidatie' en 'verval' betekend. De segregatie van leeftijdsgroepen in de economische bedrijvigheid wordt doorgetrokken op het vlak van de vrijetijdsbesteding, de culturele en politieke participatie, de kledings- en houdingscultuur, de vormingsactiviteiten. Buiten de familiale context zijn er nog nauwelijks communicatieve interacties tussen ouderen en jongeren.

We leven met de cultus van het nieuwe en het 'jong zijn' en, in tweede orde, het 'er jong uitzien' als een stereotyp levensideaal van zelfrepresentatie. Onze hele omgeving is daarop geschoeid, in technisch-instrumenteel én in symbolisch-cultureel opzicht. De ideale mens is jong, rationeel, schoon, gezond en nog vaak 'viriel'. Wie zelfs maar in één aspect van die standaard afwijkt, krijgt al makkelijk de stigmata oud, dement, lelijk, ziek of 'verwijfd' opgeplakt.

Jeugdigheid is niet alleen een gezondheids- en een schoonheidsideaal, maar ook een kennisideaal in onze cultuur van voortdurende wetenschappelijke en technologische verandering. De opkomst en het succes van theoriecentrische wetenschappelijke kennis en techniek hebben het gezag van ervaringskennis en -vaardigheden, die bij uitstek gelocaliseerd waren bij ouderen, ondergraven, ook in de opvoeding. Enkel de dominantie van theoretische kennis kon de jongere generatie - via onderwijs - een gezag en een 'cultureel kapitaal' verstrekken waarvan het traditioneel verstoken was; zij ontroonde de autoriteit van ouderen. Die tendens wordt nog versterkt

door een wetenschappelijke cultuur waarin de kennis om de 15 à 20 jaar verdubbelt en waarin vooral de jongeren de meest recente kennis beheersen. Door de kennisexplosie worden kennis en vaardigheden sneller afgeschreven. Wie niet meer 'bij is' wordt letterlijk onaangepast. Het blijkt immers makkelijker om met een schone lei nieuwe denkbeelden te verwerken, dan met een lei die reeds volgeschreven is en dus eerst moet schoongeveegd worden. Ook hier geldt Jan Romeins 'wet van de remmende voorsprong':

Door onze consumentistische levensstijl wordt een 'oplossing' voor problemen van lichamelijke of psychische aard overwegend gezocht in de passieve consumptie van materiële goederen. Een dergelijk produkt-gericht consumptiedenken verhindert dat mensen verantwoordelijkheid opnemen voor zichzelf, actief eigen vaardigheden ontwikkelen. De niet vermarktbaar, 'metafysische' dimensies van het ouder zijn worden op die manier getrivialiseerd.

Ten slotte wordt onze utilitair-humanistische cultuur, in haar afkeer en afwijzing van de oud-christelijke wereld-, levens- en mensverachting, getekend door een radicaal zinverlies voor iedere vorm van (menselijk) lijden. Dat lijden kan bestreden, maar nooit aanvaard worden. Verouderen en sterven kunnen in dat licht slechts als 'mislukkingen' worden begrepen.

Die kenmerken wijzen op een diepe contradictie tussen onze cultus van de valse oneindigheid, waarin de menselijke activiteit wezenlijk gericht is op toekomstige idealen, en de werkelijkheid van die toekomst in termen van ouderdom, dood en dus eindigheid, die radicaal wordt ontweken en genegeerd. Het is in en door dat perspectief dat onze cultuur het zo moeilijk heeft met ouderdom en in eerste instantie investeert in levensverlenging, veeleer dan in levenskwaliteit. De indrukwekkende stijging van de gemiddelde levensverwachting wekt een oneindigheidsillusie, die de specificiteit van het ouder zijn negeert en niet aanvaardt.

Zorgen voor hoogbejaarden

In de groep van ouderen is een spectaculaire stijging te verwachten van het aantal hoogbejaarden van 80 jaar of meer. Die groep zal toenemen

van zo'n 361.000 mensen vandaag tot zo'n 522.000 mensen in het jaar 2000, met andere woorden, tot zo'n 5.5 % van de bevolking. Hoogbejaarden zijn overwegend vrouwen, omdat zij langer leven dan mannen (de gemiddelde levensverwachting voor vrouwen is momenteel 79, 1 jaar tegen 72,4 jaar voor mannen). Het gaat ook meestal om alleenstaanden en alleenwonenden, niet alleen omwille van verweduwing, maar ook omdat bejaarden minder inwonen bij hun kinderen. Hoogbejaarden hebben een toenemende behoefte aan medische, sociale en infrastructurele zorg en stellen ook hogere kwaliteitseisen aan de zorgverstrekking. Terwijl de noden stijgen, nemen in onze samenleving de informele vormen van zorgverstrekking, met name voor wat betreft de zogeheten A(lgmeen) D(agelijks) L(even)-activiteiten juist af.

Wie deze ontwikkelingen analyseert, kan niet anders dan zich zorgen beginnen maken over de heersende ideologische en levensbeschouwelijke denkkaders waarin vandaag over de maatschappij wordt gedacht. Er is een diepe kloof aan het ontstaan tussen 'zijn' en 'bewustzijn'. Dat komt omdat men een globaal referentiekader ontbeert en problemen en ambities slechts vanuit een gefragmenteerd bewustzijn benadert, zonder zicht op het geheel.

Er bestaat een schrijnend contrast tussen de indrukwekkende kosten en investeringen die onze maatschappij maakt voor het oplossen van de medische aspecten van ouderdomsverschijnselen van 'zieke lichamen' en de radicale depreciatie of verwaarlozing van alle andere problemen en behoeften van 'oudere personen'. Het lijkt erop dat zij pas als dysfunctionele lichamen werkelijk 'tellen', terwijl met hun behoeften aan aangepast verkeer, vervoer en infrastructuur, of aan inspraakmogelijkheden in maatschappelijke en politieke instellingen, of met hun problemen van sociale en culturele isolatie, uitstoting en denigrering nauwelijks rekening wordt gehouden. De radicale instrumentalisering van problemen leidt tot eenzijdige aandacht voor instrumentaliserbare en professionaliseerbare oplossingsstrategieën. Alle resterende problemen worden, even instrumenteel, naar moralistische vertogen afgeschoven.

Men kan de depreciatie van oudere mensen en ouderdomsverschijnselen niet tegengaan door louter moralistische interventie. De erkenning en het respect voor de problemen van verouderende mensen kunnen slechts groeien waar de maatschappelijke en culturele voorwaarden aanwezig zijn om een pluraliteit aan leeftijdsidealen kansen te geven.

Er loopt iets mis met een samenleving waarin de informele solidariteit tussen mensen verzwakt. Die informele zorg is vooral belangrijk op het vlak van de communicatieve en sociale behoeften van hoogbejaarden. Voor de infrastructurele, hygiënische en fysieke zorgverstrekking kan en moet een groter beroep worden gedaan op professionele hulpverlening. Hopelijk wordt zo meer ruimte en tijd aangereikt aan netwerken van familie en vrienden om zich intensiever op de communicatieve en sociale behoeften van hun bejaarde familieleden of vrienden toe te leggen. Die behoeften kunnen nu eenmaal niet worden geprofessionaliseerd, terwijl zij voor de bejaarden zelf van zo'n onschatbare waarde zijn. Toch schuilt daar ook een gevaar in. De toenemende professionalisering, soms zelfs 'industrialisering' en 'bureaucratisering' van de zorg voor de hoogbejaarde medemens - om nog te zwijgen van haar commercialisering - kan uiteindelijk een cultuur van de onverschilligheid mede voedsel geven, waardoor men hoogbejaarden soms letterlijk 'in de steek laat'. Er wordt voor hen immers toch 'gezorgd'.

Ook het probleem van de medicalisering van de bejaardenzorg grotere aandacht. Het lijkt er al eens op dat veroudering in de eerste plaats een ziekte zou zijn, alsof het feit dat bejaarden inderdaad een grotere kans hebben op diverse lichaamskwalen, het bejaard-zijn zelf tot ziekte zou maken. De geneeskunde heeft de levensduur verlengd en de levenskwaliteit, ook op hogere leeftijd, doen toenemen. Zij heeft een indrukwekkende vooruitgang geboekt in het genezen van ouderdomskwalen waardoor bejaarden vroeger al te snel tot immobiliteit, afhankelijkheid en een langdurig ziekenhuisverblijf waren veroordeeld. Maar tegelijk heeft zij ook meer zwaar zorgbehoevende bejaarden gecreëerd. Zij heeft voortdurend de grenzen van het leven verlegd, maar daardoor ook het aanvaarden van die gren-

zen moeilijker gemaakt. En zij heeft vooral haar eigen technieken en doelstellingen zodanig beklemtoond, dat het er al eens op lijkt dat de bejaarde mens slechts als 'ziek lichaam', als 'gestoord voortbewegings-, cardio-vasculair-, ademhalings-, spijsverterings- of mentaal stelsel' de aandacht waard is. Terwijl geen middel wordt gespaard om het zieke lichaam in werking te houden, verdwijnt dat lichaam in de vergeetheek eens het fysiek is hersteld. Een neveneffect van die medicalisering is dat hoogbejaarden zich vaak meer dan nodig als 'zieken' gingen gedragen. Omdat een dergelijk zelfbeeld hen werd opgedrongen, uit gemakzucht of 'disengagement' van henzelf of de familie, of gewoon om in aanmerking te komen voor zekere voorzieningen. De 'zieke' krijgt immers aandacht, de andere niet.

Over die iatrogenese, die meer afhankelijkheid creëert dan ze bestrijdt, is ondertussen veel geschreven. Ook het beleid heeft dat ingezien en door een diversiteit aan maatregelen de al te voortvarende en al te langdurige opname van bejaarden in het ziekenhuis teruggedrongen, omdat die senilisering en dementering in de hand werkt. De uitbouw van een geheel aan serviceflats, de uitbreiding van de voorzieningen voor thuiszorg en mogelijkheden tot kortstondig ziekenhuisverblijf of kortstondige opvang werden in beleidsmaatregelen vastgelegd [7]. Die demedicalisering is een goede zaak, niet zozeer omwille van de financiële overwegingen die de overheid voor ogen stonden - ziekenhuizen zijn nu eenmaal de duurste 'volpension'hotels van ons land - maar vooral omwille van humanistische waarden. Artsen leveren een belangrijke bijdrage tot het verbeteren, maar hebben niet het monopolie over het definiëren van een notie van 'gezondheid'. Hun professionele belangen bij het steeds verder opdringen van medisch-technologische vindingen en infrastructuur lopen niet per definitie gelijk met de belangen van de ouderen en van de maatschappij. De zin van het bejaard-zijn situeert zich nog op andere vlakken dan die van de morbiditeit en de mortaliteit.

Verzorgingsinstellingen

In de sector van de zorgvoorzieningen vertaalt het consumentisme zich in de spontane ver-

wachting dat tegen iedere kwaal wel een middel-
tje te slikken valt en dat men zelf niets hoeft te
doen. Gewoon afwachten tot het middel-
tje zijn werk doet. De farmaceutica als nieuwe tover-
dokter. Het consumeren als therapie. Patiënten
verwachten een medisch voorschrift als heilige
toegang tot de gezondheid en wie hen dat niet
geeft beantwoordt niet aan het standaardmodel
van 'de' geneeskunde. Die consumentistische af-
hankelijkheid neemt dergelijke proporties aan dat
men bij zekere geneesmiddelen de 'placebo-ef-
fecten' nauwelijks kan onderscheiden van de fy-
siologische reacties en dat het volstaat om neven-
werkingen op een bijsluiter te vermelden, opdat
talrijke patiënten ze ook zouden gaan vertonen.

Hoogbejaarden zijn meer dan gemiddelde
verbruikers van farmaceutische produkten. Zij
verbruiken er doorgaans ook verscheidene tege-
lijk. Bejaarden die in verzorgingstehuizen verblij-
ven verbruiken gemiddeld 4,5 geneesmiddelen,
met een spreiding tussen 0 en 12. Die 'polyfar-
maca' houdt uiteraard verband met de multipa-
thologie die hen vaak kenmerkt, maar ook met
het al te snelle automatisme waarmee men oplos-
singen zoekt in de richting van farmaceutische
consumptie. Zo blijkt het voor meer dan de helft
om kalmeer- en slaapmiddelen te gaan, blijken
hoogbejaarden bijzonder weinig inspraak te heb-
ben bij het toedienen van geneesmiddelen door
verpleegkundigen en onthberen zij inzicht in de
nevenwerkingen ervan. Diverse experimenten
hebben aangetoond dat men mits begeleiding de
consumptie van geneesmiddelen bij bejaarden
aanzienlijk kan terugschroeven, met positieve ge-
volgen én voor de zelfredzaamheid van de be-
trokkenen, én voor het terugdringen van de vaak
complexe kettingen van bijwerkingen die de
consumptie van veel medicijnen tegelijk onver-
mijdelijk meebrengt. Een samenwerkingsverband
tussen OCMW, de Gentse huisartsenverenigingen,
de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de
Universiteit Gent en het Project 'Farmaca' selec-
teerde zo een beperkte lijst van 132 geneesmid-
delen voor de meest gangbare problemen. Door
gebruik op vrijwillige basis verminderden zowel
de uitgaven als de consumptie [8].

Dat wil niet zeggen dat farmaca de levens-
kwaliteit niet zouden kunnen verhogen. Het be-

tekent wél dat de evidentie waarmee naar 'slik-
gedrag' als oplossing wordt gegrepen soms méér
afhankelijkheden creëert dan nodig, nog los van
de fysiologische afhankelijkheid. Niet alle proble-
men lost men op met farmaca. Integendeel, men
verschuift én verdooft ze vaak letterlijk, omdat
men de moed niet heeft de hand op de werke-
lijke oorzaken van problemen te leggen.

Er is ongetwijfeld een groeiende behoefte aan
meer voorzieningen, zoals service-flats voor
hoogbejaarden. Toch kunnen dergelijke formules
niet het enige antwoord zijn op de woning- en
zorgbehoeften van bejaarden. Zoals in zovele an-
dere sectoren van onze samenleving kan slechts
een flexibel en veelzijdig aanbod aan voorzienin-
gen tegemoet komen aan een veelzijdig behoef-
tencomplex. Daarbij moet - zoals de uitdrukke-
lijke wens is van de meeste bejaarden - de mo-
gelijkheid om thuis te kunnen blijven wonen
centraal te staan, maar dan wel aangevuld met
diverse diensten en voorzieningen voor thuis-
zorg. Ik denk dan aan de diensten voor thuis-
verpleging, gezins- en bejaardenhulp, maatschap-
pelijk werk, alarmsystemen, geriatrie centra,
dienstcentra en centra voor korte verblij-
ven, maar ook aan initiatieven ter bevordering
van infrastructurele woonaanpassingen en aan-
pasbare woonvormen die de zelfredzaamheid
van bejaarden in hun woonst kunnen bevorderen
(en waar ook jonge bouwers meer rekening mee
zouden kunnen houden). Serviceflats staan naast,
niet tegenover dergelijke vormen van thuiszorg.
Ze zijn er voor het geval die thuis onvoldoende
kan worden aangepast of de bejaarde op onvol-
doende informele steun kan terugvallen. Zij zijn
een humaniserende dam tegen een al te snelle
opname in een rustoord of ziekenhuis, maar zij
mogen zeker niet worden opgevat als een sluis
om bejaarden uit hun thuismilieu los te wrikken.
Want hoe dan ook impliceert dergelijke verhuis
een afscheid.

Een groter en inderdaad noodzakelijk aanbod
aan serviceflats mag er niet toe leiden - zoals
vroeger het geval was met de zogeheten 'V-bed-
den', bedoeld voor langdurige chronische verzor-
ging in ziekenhuizen, maar die voor 90 % wer-
den bezet door bewoners die veel beter ofwel
thuis ofwel in een andere ouderenvoorziening

zouden vertoeven - dat zij als algemene 'norm' of 'regel' zouden gelden. Men mag een bejaarde nooit méér afhankelijk maken dan nodig is. Serviceflats zijn een radicale verbetering tegenover het nodeloze gebruik van medische infrastructuur. Zij zijn bedoeld om de bejaarde zo zelfstandig mogelijk te laten leven en een opname in een rusthuis uit te stellen of te voorkomen. Zoals ook uit de KATZ-schaal blijkt, is er een intrinsiek verband tussen 'afhankelijkheid' en 'gezondheid'. De afhankelijkheid mag echter niet louter medisch worden ingevuld. Een bejaarde die voor bepaalde handelingen afhankelijk is kan voor andere handelingen nog zeer zelfstandig zijn, en waardeert ook de erkenning van die zelfstandigheid.

Daarom moeten gemeenschappelijke diensten - warme maaltijden, huishoudelijke hulp, verzorging en onderhoud - een facultatief karakter hebben. Daarom ook moet er veel aandacht gaan naar het scheppen van ontmoetingsmogelijkheden en ontmoetingsruimten, ook met de ruimere leefomgeving. Voor vele bejaarden zal dit een aanzienlijke verbetering met zich brengen van het comfort. Een sociale prijzenpolitiek moet verder de drempel ook laag genoeg leggen voor minderbegoede bejaarden. Want men vergeet al eens dat er ook onder 'de' bejaarden grote maatschappelijke ongelijkheden bestaan. Velen moeten het niet alleen met bijzonder lage pensioenen stellen, maar zijn bovendien door hun beroepsverleden in ongezonde en onveilige bedrijven een kwetsbaarder voor ziekten en aandoeningen op latere leeftijd. Noch in de ouderdom, noch in het aanschijn van de dood zijn mensen 'gelijk', zoals al eens wordt beweerd [9].

Eén van de belangrijkste sociale nadelen van iedere gespecialiseerde vorm van bejaardenzorg is dat zij een intergenerationele apartheid dreigen te installeren. Ook vandaag reeds is de kloof tussen de generaties op het vlak van maatschappelijke activiteiten, de culturele en politieke participatie of de vrijetijdsbesteding al veel te groot. En dat is geen goede zaak, noch voor de bejaarden, noch voor de jongeren, noch voor de maatschappij in haar geheel. Segregatie leidt tot onbegrip, tot irritatie of tot indifferentie. Natuurlijk, er kunnen redenen zijn waarom de bejaarde het rustiger ritme van een aan hem aangepaste leefomge-

ving preferereert over de drukte in een overbevolkt flatgebouw of in een wijk waar hij nauwelijks de straat overkan. Maar oorden van rust hebben alle mensen in deze moderne tijden nodig. Indien ouderen zich uit de maatschappij terugtrekken, ligt dat veeleer aan die maatschappij, niet aan die ouderen.

Overigens wil ik erop te wijzen dat bejaarden en hoogbejaarden 'oververtegenwoordigd' zijn in de sociale woonsector - althans in verhouding tot hun aandeel in de bevolkingspiramide. In Gent bijvoorbeeld nemen 60-plussers niet minder dan 53,2 % van de sociale woningen voor hun rekening en voor de 80-plussers is dat nog 13,6 %. Dat geïntegreerde wonen mag zeker niet worden afgeremd ten voordele van leeftijdspecifieke woonvormen, want zij maken de rijkdom en de diversiteit uit van het stedelijk leven [10].

Méér mogelijkheden tot intermenselijk contact en communicatie, dat is de hoofdbekommernis van de meeste bejaarden, want als er één vrees is die zij tot uitdrukking brengen dan is het de vrees voor vereenzaming, voor isolement, voor uitsluiting. In enquêtes bij seniorenorganisaties scoren 'relaties met anderen' en 'zingeving' zelfs hoger dan de waarde 'gezondheid', terwijl ook 'culturele participatie', 'burgerschap', 'communicatie' en 'persoonlijke ontwikkeling' hoog worden aangeslagen. Ouderen verwerpen het hen opgedrongen imago van 'passieve consumenten', én terecht [11].

Hoe je het ook draait of keert, alle medische, kinesitherapeutische of verpleegkundige hulpverlening, alle toiletages of warme maaltijden, iedere infrastructurele voorziening, iedere operatie of injectie, ieder gesofisticeerd apparaat, het zijn alle 'zwijgende therapieën', ontalige technologieën. Het zijn woordloze hulpvormen, zonder cultuur, bij manier van spreken. Zij kunnen het stellen zonder woord en wederwoord, zonder rekening te houden met de opinie, de gevoelens en de emoties van de bejaarde. Zij zwijgen. En zij kunnen de behoefte aan een gesprek niet vervangen. Iedere arts of verpleegkundige kan nochtans getuigen dat het precies omwille van dat gesprek is dat bejaarden op consultatie komen, een huisbezoek of een behandeling vragen en dat de 'medische' aanleiding daartoe maar bijkomstig is. Zoals

geestelijken reeds in de 18e eeuw wisten, zoals Freud en de hele psychotherapie, en zoals vandaag de palliatieve zorgverstrekkers voortdurend beklemtonen gaat van het gesprek een onvervangbare therapeutische en zinverlenende betekenis uit die des te meer op de voorgrond treedt in een wereld die het spreken en luisteren verleert.

Voor de behoefte aan communicatie bij bejaarden is de televisie een al te gemakkelijke Ersatz. Wie beweert dat de interactieve televisie het 'tweerichtingsverkeer' herstelt, doet letterlijk aan zinsbegoocheling. Integendeel, in deze wereld van multimedia en telematica wordt steeds minder werkelijk gesproken, werkelijk geluisterd. De wereld komt je huiskamer binnen, maar die wereld praat of luistert niet. Hij neemt je in beslag, coloniseert de tijd, de geest.

Het is niet 'de' wens van 'de' bejaarden om zich uit het maatschappelijke leven terug te trekken. Dit veruiterlijkt enkel de arrogantie van een maatschappij die met haar lege produktivistische ethos geen weg weet en geen zin meer kan verlenen aan wie zij in haar economie van de winst als 'nutteloos' heeft afgeschreven. De produktivistische opvatting van 'nut', die uiteindelijk het pendant vormt van een consumentistische opvatting van 'het goede', wordt terecht in vraag gesteld. Haar antwoord op de zin- en zijnsvraag wordt door grote groepen mensen afgewezen, omdat zij aan minder mensen voor kortere duur een 'zin' weet aan te reiken. Zinvol ouder worden is heel wat meer dan een medisch-technologisch of infrastructureel project. Het is een maatschappelijk en cultureel project dat slechts kansen krijgt waar de ouderdom in het maatschappelijk leven wordt geïntegreerd. Een cultuur waarin het 'jong zijn' en het 'jong lijken' tot allesoverheersende standaard wordt verheven getuigt niet evident van progressiviteit. Hij getuigt veel meer van een diepe onzekerheid en angst. Verkrampt de blik afwenden van de eigen natuurlijke beperkingen inspireert een cultuur waarin mensen hun én andermans ouderdom ontvluchten, veeleer dan hem als een positief iets te aanvaarden. Een cultuur van de valse oneindigheid, zoals Hegel ooit stelde, die, juist omdat hij niet bij machte is het leven als een geheel, als een globaal project te overzien, zich blindstaart op

het ('problem-oriented') oplossen van steeds weer andere kleine probleempjes, omdat hij de moed niet heeft zich ('goal-oriented') 'grote vragen' te stellen. Nochtans is de zin van de ouderdom juist in belangrijke mate gelegen in de mogelijkheid het eigen leven als een geheel, een zinvol verhaal, te overschouwen.

Daarom veronderstelt iedere herwaardering van de ouderdom fundamentele cultuur- en maatschappijkritiek. Want de zinsvraag begint natuurlijk niet bij de ouderdom, maar overspant het hele leven. Zolang onze maatschappij de moed niet heeft om de ouderdom, letterlijk én figuurlijk, in het geheel van het maatschappelijk leven, op biografisch én intergenerationeel vlak, te betrekken, zal zij het moeilijk blijven hebben met zichzelf en zal zij de neiging vertonen om steeds meer mensen uit haar rangen te verwijderen vanuit een spiegel aan idealen die voor steeds minder mensen een boodschap zijn.

Menswaardig sterven

Zorgen voor hoogbejaarden staat niet los van het gegeven dat mensen eindige wezens zijn. Al te lang heeft onze cultuur die sterfelijkheid dermate getaboeëerd, dat zij werd verdrongen en, vooral, gemedicaliseerd [12]. Het is moreel onaanvaardbaar dat het sterven wordt herleid tot een proces van fysieke aftakeling, van multipale lichamelijke dysfuncties, van organen die het laten afweten, van spieren die desintegreren, van medicaties en operaties. Sterven doet een mens als mens, als persoon en niet slechts als lichaam.

Tegelijk wil ik waarschuwen voor een al te liberalistisch vertoog in de medische ethiek waarin de maatschappelijke context plots niet meer blijkt te bestaan. Sommige verdedigers van een onvoorwaardelijk zelfbeschikkingsrecht schrijven patiënten een vrijheid, oordeelsvermogen, zelfstandigheid en rationaliteit toe die ze diezelfde mens bij het sluiten van een arbeidscontract of van een lening op afbetaling wellicht zouden ontzeggen. Personen die men een rijbewijs zou weigeren omwille van een gebrek aan competentie schrijft men plots een bekwaamheid toe om te oordelen over heel wat fundamentele keuzen. Daar zit een onopgeklearde contradictie in.

Daarmee wil ik geenszins de notie van het zelfbeslissingsrecht en van patiëntenrechten discreditieren. Alleen moet men wat meer realiteitszin aan de dag leggen en mag men niet slordig omspringen met verantwoordelijkheden. Dat is ook de reden waarom er nood is aan een duidelijke juridische afbakening van de rechten van de patiënt, waarin niet alleen zijn vrijheidsrechten, maar ook zijn rechten op bescherming uitdrukkelijk worden vermeld. Het Ontwerp van Charter van de Rechten van de Patiënt dat door de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg in april 1993 werd voorgesteld heeft, net als het wat oudere wetsvoorstel van Lode Hancké van 6 oktober 1986 de grote verdienste dat het naar een evenwicht zoekt tussen die vrijheidsrechten en die beschermingsrechten.

De vereiste van de 'geïnformeerde toestemming' is voor competente patiënten een *conditio sine qua non* voor eender welke medische en therapeutische behandeling en zij impliceert dat de arts, net zoals dat geldt voor de bijsluiter bij farmaceutische produkten, de plicht heeft de patiënt zo adequaat, zo volledig en zo begrijpelijk mogelijk in te lichten over alle relevante aspecten van een behandeling. Maar zij mag niet worden gebruikt om de onophefbare assymetrie in de verhouding tussen 'expert' en 'hulpvrager' te verdoezelen en de patiënt een verantwoordelijkheid toe te schuiven die hij niet kan opnemen. De expert blijft een expert waarvan kan en moet worden verwacht dat hij op zijn terrein altijd een grotere bevoegdheid blijft hebben dan de patiënt. Dat geeft hem niet het recht om voor de patiënt beslissingen te nemen, maar het ontslaat hem evenmin van de plicht het vertrouwen in zijn expertschap niet te beschamen. Anderzijds is de expert alleen maar een expert op zijn domein. Op vragen of een leven nog zin heeft, of een lijden nog draaglijk is, of het sterven nog waardig is, kan hij geen bijzondere competentie claimen; zij gaan zijn expertschap te buiten.

Er is in deze context nood aan wetgevende initiatieven. Zij die omwille van de complexiteit en gevoeligheid van het onderwerp huiverachtig staan tegenover een wetgevend initiatief en het eraan gekoppelde openbare debat ontlopen fundamentele politieke verantwoordelijkheden. De

realiteit vandaag is immers dat er van alles en nog wat kan gebeuren in de schemerzone van het recht, zonder controle en zonder medebeslissingsrecht van anderen. In werkelijkheid zijn het vandaag de artsen die een soevereine en discretionaire beslissingsmacht hebben; waartegen de patiënt of de stervende - of zijn nabestaanden - nauwelijks verweermiddelen hebben. Eén van de meest frappante bevindingen uit een recent onderzoek in Nederland na de aldaar ingevoerde wettelijke regeling van euthanasie was dat niet euthanasie - een doelbewust levensverkortend medisch ingrijpen op uitdrukkelijk verzoek van een patiënt die zich in een toestand van uitzichtloos en terminaal lijden bevindt - het fundamentele probleem vormde. Meestal trad een huisarts die de patiënt goed kende en diens wil precies kon inschatten zeer zorgvuldig op. Het fundamentele probleem bleek de grote hoeveelheid beslissingen tot levensbeëindiging die door artsen in ziekenhuizen werden genomen voor patiënten die niet meer in staat zijn een wil te uiten. Die problematiek stond in het euthanasiedebat echter helemaal niet centraal, terwijl zij in de praktijk heel wat meer aan de orde was dan uit de discussies kon blijken. De animositeit in de discussies blijkt aldus wel erg verkeerd te zijn gericht: terwijl men zich in alle mogelijke bochten wringt om de weloverwogen beslissing van een patiënt die uitdrukkelijk om levensverkorting verzoekt moreel te problematiseren, gaat men voorbij aan de in moreel opzicht heel wat problematischer beslissingen tot levensbeëindiging bij niet-bekwame patiënten, die artsen op eigen initiatief nemen.

Al te lang hebben wij het ouder worden en het sterven letterlijk uit onze cultuur gebannen. In onze cultuur van de oneindigheidsmythe hebben we onze onafwendbare eindigheid ontvlucht, genegeerd, verdrongen, verzwegen. We hebben het sterven, dat nochtans intrinsiek aan ieder leven verbonden is, uit het leven gelicht. We hebben het geïndustrialiseerd en gemedicaliseerd, als ware er iets 'onnatuurlijks' aan. We hebben het moeilijk, want onaanvaardbaar gemaakt. Onze cultuur is, letterlijk, doodsbenauwd van de dood. Hij wordt geschuwd, vermeden [13]. Hij wordt vooral gemythologiseerd in demonische of juist

in sentimentalistische zin. En door die mythologisering treedt een vervreemding op dat ieder spreken over het sterven bemoeilijkt. Veel van de schroom om over euthanasie een grondig debat te voeren heeft méér daarmee te maken dan met de morele grond van de zaak. Men wil er niet over spreken, niet over debatteren, er geen standpunt over innemen. Ook dat is een uiting van een vlucht voor de dood, een vlucht voor het sterven. Door het 'debat op afstand te houden' scheidt men de illusie dat men ook de dood op afstand kan houden. Door hem te negeren, probeert men hem te vergeten.

Ook in debatten over palliatieve zorgverstrekking valt op hoe weinig mensen eigenlijk van het sterven afweten, willen afweten. Men heeft de neiging die palliatieve zorg te idylliseren en te sentimentaliseren, als een net iets te harmonisch gebeuren. Dat is een gevaar, een nieuwe blik van een vluchten voor de realiteit. Mensen zijn totaal niet voorbereid op de confrontatie met een naar adem happende, hoestende, verstikkende, incontinent, etterende of volstrekt gesedateerde stervende nabestaande, willen alleen de mooie dood zien die ze ook voor zichzelf verlangen. Maar sterven is vaak een 'morsig gebeuren' en dat kan ook een intensieve palliatieve zorg niet altijd vermijden of verdonkeremen [14].

Er is nood aan een meer realistische benadering van het sterven, omdat dit een voorwaarde is om dat sterven te humaniseren [15]. En dat is in de eerste plaats een kwestie van cultuur, een bereidheid om onze eindigheid te aanvaarden en er op grond daarvan ook een beter inzicht in te verwerven. Humanisering is nog iets anders dan het romantiseren van de dood. Sterven is, meestal, hard. Voor de stervende, voor diens verplegers én voor diens nabestaanden. Palliatieve zorg kan de omstandigheden van het sterven verzachten, maar garandeert geen 'mooie dood', zeker niet als de stervende dermate is afgetakeld door uitputting en sedatie, dat iedere communicatie uitgesloten is.

Het is de grote verdienste van de beweging voor palliatieve zorg dat zij de aandacht richt op het sterven zelf van de menselijke persoon in zijn geheel [16]. Dat zij de stervende niet meer uitsluitend benadert als een slecht of suboptimaal func-

tionerend lichaam, maar zich richt op de totale persoonlijkheid, die niet alleen lichamelijk maar ook geestelijk wordt 'vorbereid' op het sterven.

Patiënten die in aanmerking komen voor palliatieve zorgverstrekking moeten de onafwendbaarheid van hun sterven aanvaarden. Zij zien af van verdere op genezing gerichte behandeling via 'intensive care' en kiezen voor een op pijnverlichting gerichte verzorging. Dat vereist, conform de geldende doctrine, hun geïnformeerde instemming. Zij moeten worden ingelicht over hun terminale toestand, die aanvaarden en zich mentaal instellen op het naderend einde. Zij kiezen ervoor iedere verdere levensverlengende behandeling te staken. Die keuze moet ook door de artsen en het verplegend personeel worden aanvaard en gerespecteerd.

De introductie van een palliatieve zorgafdeling in ziekenhuizen verplicht de artsen ertoe patiënten correcte informatie over hun gezondheidstoestand te verstrekken. Dat is een fundamenteel recht van de patiënt waar slechts in zeer uitzonderlijke omstandigheden en mits een duidelijke en expliciete verantwoording, van mag worden afgeweken. Ook artsen moeten leren het sterven te aanvaarden en het meer aanvaardbaar te maken en mogen een patiënt niet in een blijvende toestand van onzekerheid houden.

In dat licht is er geen radicaal moreel verschil tussen een keuze voor palliatieve zorg en een keuze voor euthanasie. In werkelijkheid liggen zij in elkaars verlengde, impliceren zij hetzelfde: het aanvaarden dat het levenseinde naderend is en het kiezen voor een kwalitatief hoogstaande stervensbegeleiding. Zij zijn beide de uitdrukking van het 'recht op waardig sterven'. Mensen moeten het recht hebben die waardigheid zelf in te vullen, indien zij daar nog toe in staat zijn. Niemand heeft het recht om dat voor hen te doen. Het is een schrijnend en immoreel misbruik van vertrouwen dat in sommige instellingen, tegen de uitdrukkelijke wil van de patiënt in, nog allerhande overbodige medische behandelingen worden ingezet, en dat patiënten toch nog de katholieke sacramenten worden toegediend op een moment waarop zij niet meer in staat zijn ze te weigeren. Het is een uiting van gebrek aan respect, een gedrag waarvan iedere gelovige met

een minimum aan religieuze gevoeligheid zelf de immoraliteit zou moeten inzien.

Wie opkomt voor het recht van de patiënt om zelf te kiezen voor palliatieve zorgen, moet die patiënt ook mogelijkheden aanreiken een uitzichtloos en zinloos lijden af te wijzen. Niemand anders dan de betrokkene heeft het recht dat lijden een zin te geven. Een afgedwongen zin is altijd zinloos, welke levensbeschouwing men ook heeft. Daarom moet ruimte voorzien worden voor de erkenning van het levenstestament, waarin de patiënt vooraf duidelijk te kennen geeft welke vorm van stervensbegeleiding hij prefereert [17]. Niet ieder levenstestament kan het nec plus ultra zijn om medische beslissingen af te dwingen. Vandaar dat er een wetgevend initiatief moet komen dat duidelijk bepaalt op welke manier een dergelijk levenstestament in de stervensbegeleiding een rol kan spelen, maar ook welke handelingen een patiënt moet stellen opdat zijn levenstestament zou kunnen worden geactualiseerd. Vandaag ontbreekt een dergelijk kader en kan de arts handelen alsof een dergelijke wilsbeslissing niet zou bestaan.

Overigens zijn afdelingen palliatieve zorg nog teveel een 'verlengstuk' van het ziekenhuis, geen eigensoortige instituties met een eigen cultuur en eigen waarden. Dat is, toegegeven, ook een kwestie van financiële middelen. Maar dat is het niet alleen; het is tegelijk een kwestie van mentaliteit. Daarom moet de stervende, wanneer hij dat wenst en in de mate waarin zulks mogelijk is, de kans krijgen om thuis te sterven, mits de nodige voorzieningen voor thuisverpleging. Dat is de uitdrukkelijke en al te begrijpelijke wens van vele bejaarden. En het is een weg om het sterven te demedicaliseren en te desindustrialiseren en om het terug een plaats te geven in het dagelijks leven. Argumenten van efficiëntie krijgen al te makkelijk voorrang over argumenten van waardigheid. Ze zijn overigens niet zelden gespeend van enig eigenbelang. Veel van de medische zorgen die bij palliatieve zorgverstrekking vereist zijn, kunnen door de gewone huisarts worden verstrekt.

Het recht op euthanasie moet moreel en juridisch erkend worden, als een keuze naast palliatieve stervensbegeleiding én als een keuze die

tijdens de palliatieve stervensbegeleiding kan worden gemaakt. Wanneer een patiënt geen zin heeft, geen zin meer kan zien, in zijn uitzichtloos, terminaal lijden, dan moet hij de kans krijgen om door barbituraten in een diepe slaap te worden gebracht waarna hem een spierverlammend middel wordt ingespoten dat de ademhaling stillegt. Dat recht moet met de nodige zorgvuldigheid worden begeleid. Het moet gaan om herhaalde en onopgedrongen verzoeken vanwege de stervende, die geestelijk en lichamelijk ernstig lijdt aan een ongeneeslijke ziekte zonder enig uitzicht op verlichting.

Geen arts kan worden gedwongen tot euthanaserend handelen, maar geen stervende mag met zijn verzoek in de steek worden gelaten. De Nederlandse regeling, waarbij in de eerste plaats aan de huisarts wordt gedacht, is een goed spoor, omdat zij betrokkenheid garandeert, geen afstandelijke deliberatie, al blijft zij juridisch in gebreke doordat zij als het ware de arts dwingt zichzelf in beschuldiging te stellen. Niettemin getuigt veel in die regeling van een bekommernis om zorgvuldigheid en respect. Al wie euthanasie in strijd acht met de menselijke waardigheid of met zijn diepe morele of religieuze overtuigingen kan ik alleen aanraden om nader kennis te maken met de Nederlandse praktijk zoals die bijvoorbeeld wordt geïllustreerd in de IKON-documentaire *Dood op verzoek*. Wie het sterven aanvaardt, moet ook een humanisering van dat sterven accepteren.

Leefruimte voor ouderen

Hoewel algemeen wordt erkend dat alleen een geïntegreerd beleid, gericht op de zorgbehoeften en de verhoging van de levenskwaliteit van eenieder de problemen van ouderen adequaat kan beantwoorden blijkt de dagelijkse politiek, mede door de spreiding van bevoegdheden over diverse ministeries, de leeftijdssegregatie veeleer te versterken dan af te bouwen. Ook onrechtstreeks is dat het geval. Zo staan de moderne, kleiner en flexibel geworden gezinnen onder sterke druk, omdat zij tegelijk betrokken zijn in netwerken van onpersoonlijke en van persoonlijke solidariteit tegenover kinderen en hoogbejaarden, die echter zelden in een globaal kader

worden gesitueerd. Verderschrijdende processen van arbeidsflexibilisering zullen ten koste gaan van de zorgverantwoordelijkheden die deze gezinnen überhaupt nog kunnen opnemen.

Het is eenzijdig én discriminerend één levensfase tot allesoverheersende standaard te verheffen. Zolang onze cultuur er zich niet meer van bewust wordt dat relaties van interdependentie, veeleer dan van radicale onafhankelijkheid, meer regel dan uitzondering zijn, zal zij het moeilijk hebben om de stadia van meer zorgbehoevendheid, de noden van zorgbehoevenden en het zorg-affect zelf positiever te waarderen.

Zowel *in de zorg voor hoogbejaarden als in de zorg voor kinderen* moet de valse tegenstelling tussen 'informele gezinszorg' en 'formeel overheidsverzorging' plaats ruimen voor een geïntegreerde aanpak, waarin beide beter op elkaar kunnen worden afgestemd. Het is zowel economisch als moreel ondenkbaar de hele zorgactiviteit te professionaliseren. Hoe dan ook zullen daarvoor ook familiale netwerken en vrijwilligerswerk gemobiliseerd moeten worden. De grondvraag is dan ook hoe we een degelijke zorg voor iedereen maatschappelijk kunnen verzekeren. Als we een dam willen opwerpen tegen een doorgedreven industrialisering, bureaucratisering, medicalisering of commercialisering van de zorg, dan moeten kinderen, ouders en bejaarden mogelijkheden worden aangereikt tot democratische participatie binnen de zorgvoorzieningen.

Een vergelijkbare samenloop van problemen treffen we aan in het openbaar vervoer, dat bij uitstek wordt gebruikt door kinderen en bejaarden en in het openbaar domein, bij uitstek de ruimte van bejaarden en jongeren. Het publieke domein, en vooral het lokale publieke domein moet geherwaardeerd en anders ingevuld worden. De openbare ruimte werd sterk geïnstrumentaliseerd. Centralisatie- en schaalvergrotingsprocessen hebben lokale contexten ontwaard. Autowegen, parkeerplaatsen en verkeersaders hebben het publieke domein gekoloniseerd en zijn functie van ontmoetingsplaats vernietigd. Er moeten terug meer openbare parken en pleinen, meer autoloze straten, meer natuurdomeinen en openbare bossen worden afgedwongen. Kinderen en bejaarden zijn de eerste slachtoffers van

een omgeving waarover de auto heerst en die hun leefruimte tot het binnenskamers beperkt. Het publieke domein moet ruimte bieden aan de kleinschalige, lokale gemeenschap en mag niet slechts in het teken staan van de 'grote maatschappij'.

Nu wordt het openbaar domein vaak als iets externs ervaren, iets waarvoor men geen verantwoordelijkheid opneemt en dat men dan ook naar believen kan vervuilen of aantasten. De buurt of woonwijk wordt bovendien van ondergeschikt belang in een samenleving waarin netwerken van familie of vrienden zich over wijken heen uitstrekken. *Het woonhuis wordt een gesloten fort in een vreemde wijk* waar men weinig vrienden of sociale banden heeft en waarvan men zich afsluit. Dat kweekt vluchtreacties, onveiligheidsgevoelens en daadwerkelijk verlaten of onveilige wijken die door vandalisme en kleine straatcriminaliteit worden geteisterd. Voor bejaarden zijn die wijken vijandig gebied.

Onveiligheidsgevoelens hebben een fragmenterende en verzwakkende impact op het gemeenschapsleven. Wij staan nu voor een fundamentele keuze. Ofwel laat men het publieke domein verder eroderen en vervallen en gaat men de weg op van de eindeloze spiraal van toenemend vermijdingsgedrag en toenemende repressie, met steeds meer bewakingssystemen, burgerwachten en sloten omheen het huiselijke eiland in een steeds anoniemer wordende buurt. Ofwel opteert men voor een meer gemeenschapsgericht burgerschap waarin men de wijk en het openbaar domein tot iets van 'ons', van een 'wij' kan transformeren, waarover basisdemocratische initiatieven zeggenschap verwerven. Alleen in die tweede optie kan de openbare ruimte de kwaliteit van het leven van iedereen verhogen.

Ieder beleid betreffende de zorg voor bejaarden is ten slotte onvolmaakt als het geen rekening houdt met en een remedie vormt tegen de enorme sociale ongelijkheden die er tussen bejaarden onderling bestaan. De leeftijdsspecificiteit van bepaalde problemen wordt doorkruist door een minstens even belangrijke variabele: de sociale afkomst. Gezinnen zijn sociale reproducenten van maatschappelijke ongelijkheid over de tijd. Eigen aan openbare voorzieningen is dan

weer dat zij, vanuit democratische bekommernissen, aan die sociale ongelijkheden wensen te verhelpen. Er moet ruimte zijn voor een herverdelingsbeleid waarbij meer middelen gaan naar kansarme groepen, omdat zij in geval van zorgbehoefte ook het meest kwetsbaar zijn. Nood en behoefte, en niet 'betalingsbekwaamheid' moeten het richtsnoer vormen bij de uitbouw van voorzieningen in de zorg economie.

Ten slotte wordt steeds duidelijker dat in de moderne samenleving vragen over de kwaliteit van het leven niet straffeloos uit de weg kunnen worden gegaan. Zeker, in onze pluralistische samenleving kunnen en mogen geen idealen worden opgedrongen en komt het erop aan een veelheid aan levensidealen en levensvormen gelijke kansen te geven. Maar vragen over rechtvaardigheid blijven toch onlosmakelijk verbonden aan vragen omtrent het 'goede leven'. Wie meent dat een beleid zich kan beperken tot discussies over de allocatie van kwantiteiten goederen en middelen zit op een verkeerd spoor.

Noten

- [1] Cantillon, B., Vuylsteek, K. en Verboven, L. (red.), *Ouderen in Solidariteit. Vlaams Welzijnscongres. Visies en beleid*. Kluwer, Zaventem, 1994, blz.155.
- [2] *Ibidem*, blz.76.
- [3] Lesthaeghe, R., in: *ibidem*, blz.73.
- [4] Lesthaeghe, R., in: *ibidem*, blz.77.
- [5] Raes, K., Het gezin staat niet alleen. Buitenschoolse opvang en sociale solidariteit. In: *Samenleving en politiek*, jg.1/1994, nr.9, blz.18-26.
- [6] Raes, K., Ethische perspectieven op ouderdom en veroudering. In: *Ouderen in Solidariteit. Congreswerkboek Vlaams Welzijnscongres 1993*. Kluwer, Zaventem, 1993, blz.173-184.
- [7] Zie minister Wivina Demeester-De Meyer, *Beleidsbrief Ouderenbeleid*. Brussel, 1994.
- [8] Swinnen, T. en De Prins, L., Mijn toekomst is ouder worden. In: *Ouderen in Solidariteit*, op.cit., blz.574.
- [9] Raes, V., Kerkhofs, F. en Loucx, F., *Sociale ongelijkheid en verschillen in gezondheid*, Brussel, VUB-Press, 1993.
- [10] Goossens, L., De ouderen in/en het woonbeleid. In: *Ouderen in Solidariteit*, op.cit., blz.754.
- [11] Leirman, W., Vorming voor/met senioren in Vlaanderen '93: eerste analyse van een enquête bij 47 organisaties. In: *Ouderen in Solidariteit*, op.cit., blz.860.
- [12] Ariès, P., *Het uur van onze dood. Duizend jaar sterven, begraven en gedenken*. Elsevier, Amsterdam, 1987.
- [13] Over het ongebruik dat de stervende ervaart wanneer hij weet te zullen sterven, terwijl zijn omgeving niets anders kan dan dat blijven ontkennen, schreef Leo Tolstoj zijn roman *De dood van Ivan Ilich* (1886).
- [14] Nuland, S.B., *Hoe wij doodgaan. Bespiegelingen over het einde van het leven*. Anthos, Baarn, 1994.
- [15] van den Enden, H., *Ons levenseinde humaniseren*. VUB-Press, Brussel, 1995.
- [16] Zr. Leontine, *Menswaardig Sterven... als een mantel om je heen*. Davidsfonds, Leuven, 1992.
- [17] Zie hierover het wetsvoorstel van Agalev-senator Jo Cuyvers, Belgische Senaat, 1993-1994, 960-1.