

# GOEDE ZORG DOOR DE BURGER

**Rick Kwekkeboom**

## **Inleiding**

In met name de geestelijke gezondheidszorg werd met het begrip "vermaatschappelijking" aanvankelijk alleen bedoeld op 'extramuralisering' – het buiten de gestichtmuren geven van zorg aan mensen die met psychiatrische problematiek te kampen hebben. Zo'n twintig jaar na de introductie van de term is de betekenis van 'vermaatschappelijking' aanzienlijk uitgedijd en is het ook gaan betekenen dat de 'maatschappij', de samenleving, mede verantwoordelijk wordt voor de opvang en begeleiding van mensen met langdurige beperkingen, incl. psychiatrische patiënten. In deze bijdrage zal eerst een overzicht worden gegeven van de ontwikkeling die het begrip 'vermaatschappelijking' heeft doorgemaakt; daarbij zal vooral worden ingegaan op de invulling die er in het overheidsbeleid aan wordt gegeven. Vervolgens zal worden beschreven op welke opvattingen over de zorgbereidheid van de samenleving deze interpretatie van het vermaatschappelijkingproces gebaseerd is en zal aan de hand van de uitkomsten van divers onderzoek worden getoetst of deze opvattingen terecht zijn. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een pleidooi voor het herstel of behoud van de keuzevrijheid van de burger om wel of niet zelf zorg te verlenen of deze over te dragen aan de professional.

## **De geschiedenis van het begrip "vermaatschappelijking"**

### **Verandering van de plaats van zorgverlening**

De tweede, in 1986 geheel herziene druk van Kramers Groot Woordenboek geeft bij het lemma "vermaatschappelijking" de volgende twee betekenissen: 1) het overgaan van particulier of individueel belang tot algemeen belang en 2) het opgaan in de gewone samenleving (Kramers, 1986).

In de eerste beleidsnota waarin het begrip "vermaatschappelijking" werd gebruikt, de *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid*, werd er echter een wat andere betekenis aan gegeven. Met 'vermaatschappelijking' werd daar eerst en vooral bedoeld op de wenselijkheid de zorg voor mensen met psychische problematiek ook buiten de muren van de instellingen, in de directe omgeving van de betrokkenen zelf aan te bieden (TK 1983/1984). Het doel van deze "vermaatschappelijking" was dan wel dat de psychiatrische patiënten hierdoor konden "opgaan in de gewone samenleving", maar in de nota werd het begrip toch vooral gebruikt als een verandering die de geestelijke gezondheidszorg zelf moest ondergaan. "vermaatschappelijking" was daarmee de niet geheel correcte vertaling van het Angelsaksische begrip 'community care': zorg die, door professionals, in de gemeenschap, de maatschappij werd geleverd.

### **Zorg door intersectorale netwerken**

Het begrip 'community care' en de meer Nederlandse term 'extramuralisering' deden wel opgang in bijv. de gehandicapten- en ouderenzorg maar in de sector van de geestelijke gezondheidszorg werd voor hetzelfde veranderingsproces de term 'vermaatschappelijking' gehandhaafd. Deze term veranderde geleidelijk aan wel van inhoud: waar er aanvankelijk vooral het verplaatsen van de psychiatrisch zorg mee werd bedoeld kreeg het in de, een kleine tien jaar later uitgebrachte, opvolger van de Nieuwe Nota tevens de betekenis van het vormen van intensieve samenwerkingsrelaties in de vorm van intersectorale zorgcircuits. In deze circuits zouden naast de gespecialiseerde, categorale geestelijke gezondheidszorg ook

meer algemene aanbieders van voorzieningen voor zorg en welzijn (zoals thuiszorg, AMW en maatschappelijke opvang) moeten worden opgenomen (TK 1992/1993). Deze verbreding van het begrip kwam voort uit het groeiende inzicht dat alleen het veranderen van de plaats waar de zorg werd gegeven niet voldoende was om het uiteindelijke doel – het “doen opgaan” van de psychiatrische patiënt in de samenleving – te halen. Daarvoor was ook afstemming op en samenhang met het aanbod van andere relevante partijen noodzakelijk.

In de vier jaar later verschenen beleidsbrief over de geestelijke gezondheidszorg wordt het scala aan in de integrale (zorg)circuits op te nemen aanbieders verder uitgebreid en wordt aanbevolen de samenwerking te verbreden tot o.m. de terreinen wonen, werk en mobiliteit. Van categoriaal, gespecialiseerd beleid dient het geestelijke gezondheidszorgbeleid zich om te vormen tot algemeen facetbeleid, waarbinnen de algemene instellingen hun aanbod ook open stellen voor mensen met psychiatrische problematiek. “Vermaatschappelijking” krijgt dan ook de betekenis van ‘overdracht van taken en deskundigheid’ door de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorginstellingen aan bijv. woningcorporaties en thuiszorg, zodat deze in staat zijn naar behoren in de behoeften van hun nieuwe cliëntèle te voorzien (TK 1996/1997).

### **Zorg door de samenleving**

In dezelfde beleidsbrief en in de twee jaar daarna uitgebrachte beleidsvisie voor de geestelijke gezondheidszorg wordt benadrukt dat de “vermaatschappelijking” in de geestelijke gezondheidszorg niet mag leiden tot overbelasting van het thuismilieu van de psychiatrische patiënt noch van de samenleving in zijn geheel. In verband met het laatste worden ook twijfels uitgesproken over de bereidheid van de samenleving om psychiatrische patiënten volledig te accepteren en wordt daarom aanbevolen specifieke geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen zo goed mogelijk te spreiden en niet in een woonwijk te concentreren (TK 1996/1997; TK 1998/1999).

Van deze terughoudendheid ten aanzien van de inzet van de meer en minder directe omgeving van de psychiatrische patiënt bij diens opvang en begeleiding is zo’n vier jaar later geen sprake meer. In een brief over de toekomstige inrichting van het zorgstelsel schrijven de verantwoordelijke bewindslieden dat de eerste verantwoordelijkheid voor de zorg van mensen met beperkingen, dus ook voor mensen met psychiatrische problematiek, bij de directe omgeving ligt. Pas als de mogelijkheden van het eigen sociale netwerk, de informele steunstructuren en de particulier te betalen hulpverleners zijn uitgeput heeft de betrokkene recht op hulp van de collectief gefinancierde professional (TK 2002/2003).

“Vermaatschappelijking” heeft er dan een betekenis bij gekregen: het is niet alleen meer zorg ontvangen in de samenleving, maar ook van de samenleving. Het zijn niet meer (alleen) de professionele aanbieders van voorzieningen op de terreinen zorg, wonen, welzijn en werk die er verantwoordelijk voor zijn dat mensen met beperkingen deel kunnen nemen aan alle facetten van het maatschappelijk bestaan; ook de leden van samenleving zelf, alle leden, moeten deze maatschappelijke integratie mogelijk maken en bevorderen.

### **Algemene zorg**

In navolging van wat in een brief over de vermaatschappelijking in alleen de geestelijke gezondheidszorg uit 2002 (TK 2001/2002) al werd aangekondigd, wordt de term “vermaatschappelijking” nu ook gebruikt voor de deconcentratie- en integratieprocessen in de andere zorgsectoren. Daarmee wordt uiting gegeven aan een andere tendens in het zorgbeleid, te weten het streven het onderscheid naar doelgroepen op te heffen en de te verlenen zorg zo algemeen mogelijk te maken. Hiervoor wordt de zorg ingedeeld naar functies – zoals verpleging, verzorging, begeleiding – die in principe voor elk type zorgvrager gelijk zouden moeten zijn. Specialisatie of, zo men wil, categorialisatie zou alleen bij een zeer

specifieke zorgvraag aangewezen zijn.

Consequent doorredenerend betekent dit dat het invoeren van burenhulp bij de opvang van psychiatrische patiënten net zo vanzelfsprekend is, of zou moeten zijn, als bij het boodschappen doen voor een minder valide oudere. Deze redenering wordt in ieder geval gevolgd in de recent uitgebrachte nota Zorg en maatschappelijke ondersteuning, waarin de contouren van een nieuw in te voeren Wet maatschappelijke ondersteuning worden uitgezet en tegelijkertijd een nadere invulling van de modernisering van de AWBZ wordt gegeven (TK 2003/2004). In zowel de nieuwe WMO als de vernieuwde AWBZ wordt in principe geen onderscheid meer gemaakt naar aard en oorzaak van de zorgbehoefte; het zijn vooral de ernst en de duur van de zorgvraag die bepalen voor welke voorzieningen iemand in aanmerking komt. Door welke organisatie die voorzieningen dan geleverd wordt staat vervolgens ook niet vast en is voor een deel afhankelijk van de voorkeur van de zorgvrager zelf.

### **De zorgzaamheid van de burger**

#### **Meer eigen verantwoordelijkheid**

In de nota wordt uiteengezet dat de voorgenomen veranderingen mede ingegeven zijn door de noodzaak het hele stelsel van zorgverlening te herzien. Het beroep op de collectieve voorzieningen moet worden teruggedrongen, omdat er, zo stellen de briefschrijvers, feitelijk te hoge verwachtingen bestaan over wat de overheid allemaal kan bieden. In het verleden zou de keuzevrijheid van de burger te veel zijn omarmd, zonder dat er tegelijkertijd genoeg gedaan is om diens eigen verantwoordelijkheid te stimuleren. In het nieuw te ontwikkelen stelsel van zorg en ondersteuning wordt dan ook juist zeer nadrukkelijk uitgegaan van de eigen verantwoordelijkheid van de burger en de maatschappelijke verbanden waarvan deze deel uit maakt (TK 2003/2004). Eigen verantwoordelijkheid houdt volgens de briefschrijvers in dat mensen “zo zelfstandig mogelijk en met zoveel mogelijk keuzevrijheid tegelijkertijd naar vermogen verantwoordelijkheid dragen voor zichzelf en de eigen omgeving: bewust zijn van de kosten van voorzieningen; zorgen voor naasten; meedoen aan verenigingsleven of vrijwilligerswerk; et cetera”. In concreto betekent dit dat bij het ontstaan en evt. voortduren van een zorgbehoefte er niet zonder meer een beroep gedaan kan worden op de collectieve voorzieningen. Eerst moet worden bezien of en in hoeverre de betrokkene zelf, diens familie en vrienden dan wel de sociale verbanden of organisaties waarvan hij deel uit maakt in de benodigde zorg kan voorzien. Het betekent ook dat bij het ontstaan en evt. voortduren van een zorgvraag in eerste instantie van de familie en vrienden van de zorgbehoevende resp. van de sociale verbanden of organisaties waarvan deze deel uit maakt verwacht wordt dat zij in de zorgvraag zullen gaan voorzien. Hiermee dragen zij er dan aan bij dat een beroep op de collectieve voorzieningen niet nodig is, dan wel verminderd of uitgesteld kan worden. Daarbij moet de betekenis van het begrip zorgbehoefte ruim genomen worden: ook een vraag om ondersteuning of begeleiding bij deelname aan de samenleving kan hiertoe gerekend worden (TK 2003/2004).

#### **De ideologie van het communitarisme**

Het rijksbeleid rond mensen met (langdurige) beperkingen lijkt zich daarmee meer en meer te laten inspireren door het communitarisme, een sociale beweging waarin aan de gemeenschap (de community) beschermende, koesterende en ook opvoedende kwaliteiten worden toegedicht. Het communitarisme gaat ervan uit dat alle leden van de gemeenschap zelf verantwoordelijk zijn voor hun welbevinden en daarmee voor dat van de ander (van Seters, 2001). En dus is iedereen in de gemeenschap er verantwoordelijk voor dat iedereen, dus ook mensen met beperkingen, volwaardig lid kunnen zijn van de gemeenschap, volwaardig burger kunnen zijn. In de opvattingen van het communitarisme zou

het overdragen van deze verantwoordelijkheid aan bijvoorbeeld professionele instellingen of overheden een verlies betekenen voor de gemeenschap zelf, die hierdoor aan menselijkheid zou verliezen. Zorg overdragen aan professionals zou daarnaast ook een verlies zijn voor de mensen met beperkingen, die zo immers aangewezen zouden worden op voorzieningen die per definitie zakelijker en koeler zouden zijn dan de zorgende en koesterende burgers. Bovendien zouden zij gedegradeerd worden tot minder volwaardige burgers omdat zij door een beroep te moeten doen op anders dan door de gemeenschap geboden ondersteuning feitelijk buiten deze gemeenschap zelf worden geplaatst.

#### **De misantropie in het zorgbeleid**

Gaat het communitarisme echter toch vooral uit van de fundamentele bereidheid van leden van de gemeenschap tot het opvangen en begeleiden van elkaar, in het huidige zorgbeleid wordt er de nadruk op gelegd dat mensen uit zichzelf niet bereid zouden zijn om zich om de kwetsbaren onder hen te bekommeren. Er wordt, zo stelt de nota *Zorg en maatschappelijke ondersteuning*, immers juist te vaak en te gemakkelijk een beroep gedaan op de collectief gefinancierde zorg. Het bestaande systeem zou mensen stimuleren hun (verzekerde) rechten te incasseren, waardoor zij, meer dan vroeger, hun taak om zelf maatregelen te nemen zouden ontlopen en zich in plaats daarvan tot de collectief gefinancierde voorzieningen uit de AWBZ richten. Het gevolg is niet alleen dat het beroep op de AWBZ -voorzieningen onaanvaardbaar groot - en dus onbetaalbaar - zou worden, maar ook dat mensen zich niet meer verantwoordelijk voelen voor elkaar en de grotere sociale verbanden of de samenleving als geheel. De voorgenomen wijzingen in het stelsel voor zorg en ondersteuning zouden daarom ook niet (alleen) worden doorgevoerd om de betaalbaarheid van het meest noodzakelijke zorgaanbod te kunnen garanderen, maar ook om mensen weer te leren zich iets aan elkaar gelegen te laten liggen.

#### **De zorgbereidheid van het sociale netwerk**

Ondanks hun verschillende uitgangsposities geven zowel het communitarisme als het huidige regeringsbeleid er blijk van dat de zorg voor kwetsbare mensen met een gerust hart overgelaten kan worden aan de leden van de samenleving, de individuele burger. Nu lijken zij daar waar het de zorg door de leden van het sociale netwerk van de zorgvrager betreft volledig gelijk in te hebben. Bij beleidsmakers mag dan de indruk bestaan dat op dit moment de leden van het sociale netwerk het in meerderheid af laten weten als het om hulp en bijstand van langdurig zieke of zorgafhankelijke familieleden gaat; de uitkomsten uit onderzoek laten een geheel ander beeld zien. Er is de afgelopen decennia op diverse manieren en plaatsen onderzoek gedaan naar het voorkomen en de omvang van de informele of mantelzorg en de stroom gegevens die dit onderzoek heeft opgeleverd wijst er op dat de inzet van de leden van het sociale netwerk die van de professionele zorg ver overtreft. Uit de diverse onderzoeken komt ook naar voren dat een belangrijk deel van de mantelzorgers het eigenlijk heel normaal vindt dat zij in ieder geval een deel van de zorg voor hun ziek familielid of naaste op zich nemen en pas een beroep doen op de collectief gefinancierde professionele hulpverlening als de hulpvraag te groot wordt of te lang heeft geduurd. En ook dan blijft in veel gevallen het sociale netwerk betrokken bij de zorg: zo blijkt ruim 10% van de mensen met zeer ernstige beperkingen hulp te krijgen van zowel de professionele thuiszorg als van de mantelzorg (Timmermans et al, 2001).

Zeker bij langdurige of intensieve hulpverlening komt de onderlinge verhouding tussen zorgvrager en mantelzorgers nogal eens onder druk te staan. Toch geven zowel de verzorgden als verzorgers in meerderheid aan er de voorkeur aan te geven de mantelzorgverlening in stand te houden. En van de kant van de professionele zorg groeit, na een aanvankelijk afwijzende houding, de waardering van en het respect voor de mantelzorgers. Zij mogen dan niet te zijn opgeleid tot

zorgverleners en hun handelen dus(?) niet aan een professionele standaard afmeten, hun persoonlijke kennis van de zorgvrager draagt er vaak toe bij dat zij, soms beter dan een professional, weten wat 'goed' is (Knipscheer, 2004). Het is ook vanuit deze kennis dat familieleden in toenemende mate een beroep doen op de regelingen rond het Persoonsgebonden Budget (PGB) welke het hun mogelijk te maken tegen betaling zelf de benodigde zorg te verlenen. De gelden van het PGB worden ook steeds vaker ingezet voor het opzetten en (deels) financieren van kleinschalige woonvoorzieningen voor mensen met ernstige en langdurige beperkingen. De initiatiefnemers zijn vrijwel altijd de ouders van de betrokkenen, die uit onvrede over het voor hun kinderen beschikbare professionele aanbod bereid zijn zich jarenlang in te zetten om iets beters te realiseren. En ook als de beoogde woonvoorziening gerealiseerd is houdt hun inzet niet op: zij blijven in de buurt om hun kind te kunnen blijven verzorgen of met hand-en-span diensten bij te staan (van Aalsum, 2004; Kerkhof, 2004).

Alleen al deze voorbeelden tonen aan dat de veronderstelling dat familie en vrienden zich niets of te weinig gelegen laat liggen aan de (langdurige) zorgvraag van hun naasten nogal misplaatst is. Een beleid dat zich op deze aanname baseert doet geen recht aan de enorme inspanning die velen zich, en dat niet zelden, jarenlang getroosten om hun dierbare met alle mogelijke zorg te kunnen (blijven) omringen en is daarom ronduit kwetsend.

#### **De zorgbereidheid van de samenleving**

Maar het is niet alleen het sociale netwerk van de zorgvrager zelf dat meer betrokken en ingezet zou moeten worden bij de opvang en begeleiding. In het nieuwe beleid zou ook de samenleving partner - in - zorg moeten worden om zo de collectief gefinancierde zorg te ontlasten. Daarmee zou, net als in het ideaalbeeld van het communitarisme, er iedereen verantwoordelijk voor wordt dat iedereen, ook de kwetsbaren onder ons optimaal, zo men wil volwaardig, aan deze samenleving deel kan nemen. Het is echter maar de vraag of een dergelijke ontwikkeling daadwerkelijk in het belang van deze kwetsbaren zou zijn. De geschiedenis leert ons dat de samenleving als geheel zich nooit erg vriendelijk heeft betoond ten opzichte van mensen die, door hun gedrag, hun uiterlijk of om welke reden dan ook, afweken van 'de norm'. Al in de Griekse oudheid werden mensen met een verstandelijke beperking of een gedragsstoornis buitengesloten van de samenleving en niet zelden beschimpt, bespot of misbruikt. Ook de westerse cultuur kent een historie van uitsluiting en misbruik, zo niet mishandeling, van mensen met een fysieke, verstandelijke of psychiatrische handicap (zie bijv. de historische beschrijvingen van Mans (1998) of Porter (2001)).

En sinds die tijd is er in feite niet veel veranderd. Mensen met een psychiatrische problematiek klagen ook aan het einde van de 20e eeuw nog over onheuse bejegening (van Haaster et al, 1997); mensen met een verstandelijke handicap geven te kennen zich in hun woonomgeving niet veilig te voelen omdat zij regelmatig worden gepest (Kooger en Swinkels, 2003). Onderzoek naar de arbeidsmarktparticipatie door mensen met beperkingen leert dat deze, ondanks de vaak niet aflatende inspanningen van de betrokkenen, ver achterblijft bij die door mensen die fysiek en geestelijk wel fit zijn. Desgevraagd geven personeelsfunctionarissen ook te kennen zich ongemakkelijk te voelen in het bijzijn van mensen met beperkingen en hen daarom ook niet zo snel aan zullen trekken. De gevoelens van gene of onbehaaglijkheid zijn sterkst bij mensen met een psychische stoornis of een verstandelijke handicap, dus bij mensen van wie gedacht wordt dat ze niet voor rede vatbaar zijn (van Petersen, Vonk en Bouwmeester, 2004). Deze beeldvorming draagt er ook toe bij dat deze mensen nog wel 'getolereerd' worden als buur of medewerker in de supermarkt, maar

daarom nog niet in het privé-leven worden toegelaten (Overkamp, 2000; Kwekkeboom, 2001). De bereidheid om mensen met psychische problemen helpen of hen te vergezellen bij sociale of recreatieve activiteiten beperkt zich toch voornamelijk tot de kring van familieleden en vrienden (Kwekkeboom, 2001) en ook mensen met een verstandelijk beperking zijn hiervoor aangewezen op de eigen familie (de Klerk, 2002).

Het is ook niet verwonderlijk. Een werkgever moet er op kunnen vertrouwen dat afspraken over productie of prestatie inderdaad op tijd worden nagekomen. Het is ook niet iedereen gegeven om verdraagzaam en geduldig te blijven als de bovenbuurman door zijn afwijkende dag- en nachtritme de eigen nachtrust regelmatig verstoort. Niet iedereen kan met humor blijven reageren op ongewenste en aanhoudende genegenheidbetuigingen of kan het geduld opbrengen om na een vermoeiende werkdag een eindeloze discussie te voeren met iemand die niet sociaal vaardig genoeg is om aan te voelen waar de grenzen van een ander liggen. Dit onvermogen leidt in de meeste gevallen dan wel niet tot grove schoffering of mishandeling van degenen die de gewenste rust verstoort, maar het is toch voor velen aanleiding om zich aan al te frequent contact te willen onttrekken.

Daarnaast leert de ervaring dat voornemens om een speciale voorziening voor mensen met psychische problematiek en/of verstandelijke beperking op te zetten vrijwel altijd ontvangen worden met protesten van buurt- en wijkbewoners. Deze weerstand doet zich zelfs voor als er nog niet eens een buurt is, zoals blijkt uit het gezamenlijk protest van eigenaars van bouwkavels tegen de mogelijke komst van een dergelijke voorziening in de nog te ontwikkelen wijk IJburg (Pots, 2004). En ook al blijken deze protesten te verstommen als duidelijk wordt dat de gebruikers of bewoners van de voorziening niet voor overlast zorgen, van een daadwerkelijke integratie in de betreffende buurt of wijk is daarom nog geen sprake. Eerder het tegendeel, op het moment dat er toch problemen ontstaan – vaker niet dan wel veroorzaakt door de betreffende bewoners of gebruikers – komt de buurtbevolking alsnog of opnieuw in opstand<sup>11</sup>. Professionele hulpverleners waarschuwen er daarom ook voor om te veel of te snel voorzieningen voor mensen met beperkingen in de wijk te plannen en daarmee de draagkracht van de wijksamenleving te zwaar te belasten. Zij pleiten er ook voor om de opvang en begeleiding van deze mensen niet over te laten aan de buurtbewoners, maar in handen te leggen van professionals die daarnaast als taak zouden moeten krijgen om via voorlichting en advisering de buurtbewoners te helpen adequaat met hun nieuwe burens om te gaan. In ieder geval moet voorkomen worden dat de bewoners van de wijk of buurt het gevoel krijgen een zorgtaak opgedrongen te krijgen en daarmee verantwoordelijk te worden gemaakt voor het wel en wee van een groep mensen waarvoor zij zelf niet gekozen hebben<sup>12</sup>.

### Het recht om te kiezen

In de in de nota *Zorg en maatschappelijke ondersteuning* gegeven definitie van 'eigen verantwoordelijkheid' wordt weliswaar gesproken van een zo groot mogelijke keuzevrijheid, maar in de pagina's daarvoor werd al gesteld dat door een te ruime keuzevrijheid van de burger diens eigen verantwoordelijkheid onderontwikkeld is gebleven. Blijkbaar gaan de briefschrijvers ervan uit dat (te) veel keuzevrijheid de eigen verantwoordelijkheid en, in het verlengde daarvan, die voor een ander zou bedreigen. Om het in hun ogen verloren gegane evenwicht te herstellen moet daarom de keuzevrijheid van de burger worden ingeperkt en wordt om dit bereiken de toegang tot de collectief gefinancierde voorzieningen bemoeilijkt<sup>13</sup>.

Hiervoor is al beschreven dat de burger, de samenleving, zich noch in het verre noch in het nabije verleden erg zorgzaam heeft betoond ten opzichte van zwakke, kwetsbare mensen. Van deze zorgzaamheid was en is wel sprake als het om

familieleden of vrienden gaat, mensen met wie men om andere redenen al een band heeft. Ook in die situaties is de verleende zorgzaamheid echter het resultaat van een keuze, een afweging tussen meerdere alternatieven (Timmermans, 2004). Als familielid of vriend had men er immers eveneens voor kunnen kiezen om de zorg voor de naaste geheel of gedeeltelijk over te dragen aan een ander. Die keuze wordt dan niet gemaakt omdat men zich niet verantwoordelijk zou voelen, maar omdat men andere verplichtingen heeft – zoals het gezinsinkomen verwerven – of zichzelf fysiek en/of psychisch niet sterk genoeg acht de zorg langdurig (helemaal) zelf te verlenen. Het door de bevolking gezamenlijk gefinancierde collectieve voorzieningenaanbod maakte deze keuzevrijheid mogelijk. Het garandeerde ook dat de keuze voor het zelf verlenen van de zorg vrijwillig werd gemaakt, waardoor deze mantelzorg een kostbaar goed is geworden, dat het waard is te worden gekoesterd (Timmermans, 2004).

Deze redenering kan ook van toepassing worden geacht op de door de burger te verlenen zorg aan kwetsbare mensen. Het collectief gefinancierde zorgaanbod is immers juist in het leven geroepen in reactie op het gegeven dat de samenleving zich als geheel niet zorgzaam betoont waar het om mensen gaat met wie men geen band heeft. Hierdoor was het mogelijk dat mensen die wel zorgzaam zijn en zich wel bekommeren om hun onbekende kwetsbaren van hun zorgzaamheid hun beroep konden maken. De niet-zorgzamen werden, tegen betaling van een premie, van hun 'zorgtaken' vrijgesteld, waardoor zij zich konden wijden aan activiteiten die hun wel lagen en waarvoor geen beroep gedaan wordt op karaktereigenschappen die zij niet bezitten. Deze 'taakverdeling' is er niet een van de laatste decennia. Ook de hiervoor genoemde oude Grieken kenden al opvangvoorzieningen voor mensen die zonder zorg zouden verkommen en ook in de Nederlandse steden getuigt menig historisch gebouw van een traditie waarin speciale voorzieningen werden gecreëerd om kwetsbare mensen de geborgenheid te bieden die de 'gewone' samenleving hun niet kon of wilde geven (Mans, 1998,). Deze voorzieningen werden aanvankelijk dan wel niet collectief gefinancierd, maar in veel gevallen werd (een deel van) de financiering al snel overgenomen door de kerk en/of de lokale overheid en daarmee indirect door de samenleving.

Zoals het huidige beleid de keuzevrijheid van mantelzorgers lijkt in te perken – met alle gevolgen voor hen en de door hen verzorgden van dien – zo wordt ook de keuzevrijheid van de burgers aan banden gelegd. Door het nemen van verantwoordelijkheid te vertalen in 'zelf meer zorg en steun geven' wordt de keuze om de zorg over te dragen aan hiervoor vrijgestelde professionals onmogelijk gemaakt. Omdat de vraag naar zorg en steun niet minder wordt – er zullen nu eenmaal altijd mensen blijven die als gevolg van hun beperkingen het in hun eentje niet redden in de samenleving – worden de burgers dus gedwongen om zelf bij te springen. Want als zij dat niet zouden doen, zouden er (opnieuw) onmenselijke situaties gaan ontstaan en waar een deel van de samenleving zich daar misschien niets aan gelegen zou laten liggen, zal een ander deel zich wel verplicht voelen in te grijpen. Het gaat dan echter wel om afgedwongen, dus onvrijwillige, hulp en het is maar de vraag of iemand daar beter van wordt. De hulpvrager in ieder geval niet, want niets is erger dan hulp te moeten vragen aan iemand die dat eigenlijk niet wil geven. Het ideaal van een door en in de samenleving gegeven opvang en ondersteuning van mensen met beperkingen lijkt daarom alleen ideaal te zijn als die opvang en ondersteuning uit vrije wil gegeven wordt. Goede zorg door de burger is zelfgekozen zorg. Dit houdt ook in dat burgers ruimte moeten kunnen houden om er, juist uit hun verantwoordelijkheid voor kwetsbare mensen, voor te kiezen om tegen betaling die zorg aan anderen over te kunnen dragen. De redenen om een collectief gefinancierd voorzieningenaanbod in stand te houden zijn daarom nog altijd geldig.