

Drs Carla van den Bergen
Neerlandicus, zelfstandig tekstschrijver met als aandachtsgebied: zorg en welzijn, en interculturalisatie.

Jan Booij
Directeur verpleeghuis De Schildershoek en de verzorgingshuizen Om & Bij en Rivierenbuurt/GDVVgroep Den Haag

Interculturalisatie als kans voor vernieuwing van Europese ouderenzorg

De Schildershoek; niets meer maar ook niets minder dan antwoord geven op nieuwe vragen

[intro] In en rondom veel Europese steden zien we een zeer diverse, multiculturele samenleving ontstaan waarvan de ouderen binnen een aantal jaren een beroep zullen doen op zorginstellingen, met andere vragen en behoeften dan die we nu kennen. Toen het Nederlandse verpleeghuis De Schildershoek vijftien jaar geleden zijn deuren opende, diende zich een zelfde situatie aan. Midden in de Haagse Schilderswijk, een oude volkswijk waar binnen korte tijd bewoners uit tientallen verschillende landen kwamen wonen, zag de organisatie ook de eigen populatie veranderen. Mensen met zeer verschillende culturele achtergronden die andere vragen en wensen hadden dan die men kende. De Schildershoek zette een proces/traject van interculturalisatie in met diversiteit van cliënten als gegeven en hun wensen en behoeften als uitgangspunt voor zorgverlening. In vijftien jaar ontwikkelde men er een concept waarin belevingsgerichte zorg de basis werd voor interculturalisatie: niet de cultuur van de client is belangrijk maar de eigenheid van iedere mens afzonderlijk. Een concept waarin de zorgvraag ontleed wordt samen de cliënten en medewerkers, en waarin de zorg wordt afgestemd op de vraag, als tenminste de financiën en de omstandigheden dat toelaten. Want interculturele zorg kost geld en de organisatie moet bovendien de nodige flexibiliteit hebben om mee te veranderen met de cliënten en andere paden te bewandelen dan de bekende. Noodzakelijke voorwaarden om voorbereid te zijn op de komende 20 jaar, op de nieuwe (zorg)vragen die nieuwe ouderen zullen stellen: zelfbewuste, mondige mensen, met een eigen life style en afkomstig uit allerlei culturen. En nog meer dan nu zal actieve betrokkenheid van ouderen een voorwaarde worden om in de toekomst passende zorg te bieden Maar ook dan, ondanks de stormachtige vooruitgang die de techniek zal hebben geboekt en die de onafhankelijkheid van ouderen zal ondersteunen, blijft de mens het uitgangspunt. En interculturalisatie is daarbij een vereiste om de toekomst met vertrouwen tegemoet te zien. In De Schildershoek weet men ervan.

De binnenstad van Den Haag, een stad met een internationaal karakter, groeide in twintig jaar uit tot een multicultureel stedelijk centrum. In de Schilderswijk, een in Nederland bekende oude stadswijk, kwamen behalve autochtone wijkbewoners steeds meer mensen uit verschillende Europese, Arabische, Zuid-Amerikaanse, Aziatische en Afrikaanse landen wonen. Een verpleeghuis, voor mensen met een lichamelijke handicap, maar ook voor demente ouderen, zou zeker in een behoefte voorzien, want de zorg aan oudere mensen ontbrak er vijftien jaar geleden geheel. De locatie werd gevonden, in 1988 ging verpleeghuis De Schildershoek open, maar kennis over de bewoners van die wijk en daarmee over mogelijke klanten ontbrak. Dat die toekomstige cliënten van De Schildershoek andere vragen, behoeften en wensen zouden hebben dan die we elders in de stad kenden, was echter vrijwel zeker. Een project met de naam 'zorg aan migranten' (1989), benadrukte de erkenning daarvoor: het was noodzakelijk dat we ons voorbereidden op de zorg aan de nieuwe bewoners, hoe onbekend ze ook nog waren.

Diversiteit was een gegeven

Dat de culturen en leefstijlen van mensen uiteenlopen en verschillen is niets nieuws. Dat maken de bewoners van verschillende delen van een zelfde land, of zelfs uit verschillende wijken van een stad al duidelijk. In mijn eerdere bezoeken aan Duitsland is mij omstandig de cultuurverschillen tussen Duitsers uit Beieren en Duitsers uit het noorden uitgelegd.

In De Schildershoek kregen we te maken met mensen uit verschillende delen van Europa en van andere continenten, en met hun komst werden nog meer verschillende invloeden werkzaam en leken de cultuurverschillen pregnanter te worden. In essentie waren die op zich niet bijzonder, maar de erkenning ervan en de wil om kennis te nemen van andere levenswijzen, betekende ook een andere manier om met mensen om te gaan. De diversiteit van cliënten werd een gegeven, en om met elkaar te kunnen werken en leven, was het een absolute voorwaarde om vertrouwd te raken met ieders rituelen en gebruiken. En dat kon alleen maar als het leef- en werkklimaat openheid stimuleerde voor bewoners én collega's, van wie sommigen met andere normen en waarden. Er moest bovendien ruimte zijn om creatief om te gaan met de verschillen die zich voordeden. Gaandeweg raakten medewerkers er inderdaad mee vertrouwd: vooroordelen en vooronderstellingen maakten plaats voor acceptatie en waardering.

Men werd nieuwsgierig en het werd zelfs mogelijk om grappen over elkaars gewoonten te maken. Gebruiken die voor anderen misschien wel eigenaardigheden waren, werden in De Schildershoek gewoon. Er ontstond een klimaat waarin iedereen kon zijn wie hij was, met zijn eigen geschiedenis. Niemand was vreemd. *Not impressed*, zou je kunnen zeggen. En over cultuur gesproken: in De Schildershoek ontstond een heel eigen cultuur.

Omslag in zorgvisie

Ook deze manier om naar mensen te kijken, was niet nieuw en paste bovendien in het nieuwe zorgbeleid dat de overheid vanaf begin jaren negentig propageerde. Hierin kreeg de cliënt een duidelijker eigen plaats, zijn rechtspositie werd aangescherpt, en het denken vanuit de cliënt, vanuit het individu, werd steeds vanzelfsprekender. Daarmee was ook het belangrijkste uitgangspunt voor goede zorg geformuleerd: dat was namelijk de cliënt zelf, zijn verhaal, zijn familie, zijn gebruiken en levensgeschiedenis. De wensen, behoeften en verwachtingen van de cliënt zouden het uitgangspunt van het individuele zorgbeleid moeten worden. En de belangrijkste deskundigen hierin waren niet de specialisten maar dat was de cliënt zelf.

In veel verpleeg- en verzorgingshuizen in Nederland wordt deze omslag inmiddels gemaakt. De ouderenzorg in Nederland vernieuwt zich in een rap tempo en de gedachte die veel van deze veranderingen stuurt, is het vormgeven van autonomie, keuzemogelijkheden en eigenheid van mensen. En ook deze veranderingen komen niet uit de lucht vallen maar sluiten aan op het gegeven dat binnen zorginstellingen waar langduriger zorg wordt geboden, van oudsher al meer aandacht was voor de aspecten die het welzijn van het leven bevorderen, zoals het wonen (healing environments). Niet alles staat in het teken van herstel

van een kwaal en behandeling, maar juist in toenemende mate in het mede kunnen bewerkstelligen van een beetje levensgeluk.

Kern van interculturele zorg

Individueel zorgbeleid, direct gekoppeld aan de vragen, wensen en behoeften van de cliënt, krijgt echter pas vorm als de zorgvraag bekend is. Dat betekende eerst met deze cliënt om de tafel gaan zitten, luisteren naar het verhaal dat hij (en zijn familie) te vertellen had. Voor wie de moeite wil doen te luisteren, ligt in het verhaal van de cliënt niet alleen de vraag maar ook het antwoord besloten. De persoonsgebonden informatie geeft qua inhoud, wereldbeschouwing en persoonlijke stijl vaak een duidelijke richtlijn voor de zorg.

Voordelen van beperking

Juist dit aspect bleek in de loop van de jaren de kern en het geheim van interculturele verpleeghuiszorg te zijn: luisteren naar de cliënt en zijn familie, hem leren kennen in alle aspecten, de informatie horen en gebruiken die hijzelf geeft. Het feit dat De Schildershoek erom bekend stond dat men er samen antwoorden probeerde te vinden op de zeer uiteenlopende vragen, wekte vertrouwen en bleek de grootste reclame voor cliënten uit andere culturen om naar De Schildershoek te komen.

Zij werden niet aangetrokken door de verschillende diensten en producten die het verpleeghuis levert, en ook niet omdat op iedere vraag een altijd passend antwoord klonk, maar door het feit dat zij gehoord werden en dat een alternatief, een oprechte poging tot antwoorden, soms ook een oplossing was.

Want de mogelijkheden van het verpleeghuis zijn beperkt. Zo hebben Islamitische medewerkers tot voor kort gebeden in het verpleegartikelenmagazijn en is nog steeds de vergaderzaal de religieuze ruimte voor alle religies. Door, zoals in een theater, gordijnen te gebruiken die de gewenste afbeeldingen bij de religieuze dienst bedekken of juist onthullen. De ruimtes en andere middelen ontbreken om het op een andere wijze te organiseren. Maar misschien is die beperking, één ruimte waarvan alle religies gebruik maken voor hun diensten, ook al is het nu de minst slechte oplossing, juist wel een aanzet tot een cultuur van verdere tolerantie en verdraagzaamheid.

Luisteren en vervolgens handelen

Gehoord werden de cliënten dus in ieder geval. Wensen en behoeften werden geïnventariseerd en waar ze naar dezelfde richting tendeerden, ontstond een meer of minder kleinschalige collectieve vraag.

De ontwikkeling van de interculturele menucyclus is een antwoord op een van die vragen, en kwam tot stand dankzij bijzondere inspanning van medewerkers en bewoners, en van hun familie. Zo moest er rekening gehouden worden met de verschillende vleessoorten die men in de verschillende culturen en religies wel en niet apprecieerde, al dan niet ritueel geslacht; met nieuwe groenten uit Suriname en uit Zuid-Europa, met de verschillende receptuur. Dit moest bovendien gecombineerd worden met zaken als HACCP, voedingswaarden volgens Nederlandse normen, de verschillende diëten en varianten zoals gemalen voedsel, vloeibaar, natriumbepaald. Een ingenieus softwareprogramma bracht al deze eisen bij elkaar en zorgde voor een uitgeknipte menukeuze. Maar het bleek vooral mensenwerk. Ouders van medewerkers en familie van bewoners hielpen om de receptuur te verfijnen, om die ingrediënten toe te voegen en te combineren die een gerecht *the final touch* geven, die het juist die specifieke Surinaamse, Turkse of Marokkaanse smaak op de tong geven. Het resultaat is dat er met beduidend meer pannen op het vuur veel menuvariaties te maken zijn, dat in de toko het assortiment breder is geworden en de keuze in het personeelsrestaurant ruimer.

De vraag heeft ook geleid tot een volwaardig intercultureel programma-aanbod: behalve bekende feesten zoals Sinterklaas, Kerstfeest, Pasen en Koninginnedag vieren we in De Schildershoek ook culturele feestdagen als Holi Phagwa, het Chinees Nieuwjaar, Devali, het Suikerfeest, Ketu Koti. En ook de verschillende levensovertuigingen die bewoners van de Schildershoek aanhangen, worden gerespecteerd. Er zijn twee Hindi diensten (Arya Samaj

en Sanathan Dharm), twee Islamitische diensten, een Koranrecitatie, een Protestantse, Katholieke en een oecumenische dienst.

Onderzoeken van de zorgvraag

De Schildershoek heeft met andere woorden een concept ontwikkeld waarin belevingsgerichte zorg de basis is van interculturalisatie. Daarbij geldt dat ieder individu uniek is en een eigen geschiedenis heeft. Dat betekent ook dat niet de cultuur uitgangspunt is om iemand te benaderen, maar dat degene die men tegenover zich vindt het middelpunt vormt, of het nu een bewoner, collega of bezoeker is. Vanzelfsprekend is dat kennis van andere culturen belangrijk is, om duidelijk te krijgen wat iemand beweegt en om inzicht te krijgen in de leefwereld van de cliënt. Belangrijk ook om de juiste vragen te kunnen stellen.

Hier ligt een belangrijke taak voor de medewerkers die meehelpen de wensenlijst van de cliënten te ontcijferen, mensen uit verschillende landen die vaak talen spreken die niet zo maar worden verstaan. Medewerkers worden ingezet als een doorlatende laag om de gecompliceerde vraag vast te stellen en om te buigen naar nieuw beleid. Hierbij worden zij in de loop van de tijd meer en meer geconfronteerd met het feit dat nieuwe cliënten afkomstig uit verschillende culturen andere vragen hebben op het gebied van zorg. Oude manieren werken op een bepaald moment niet meer en alleen in nauwe samenwerking met de nieuwe cliënten kunnen zij op zoek gaan naar nieuwe vormen. We kunnen wel stellen dat we cliënten, hun familie en vrienden zien als medepioniers in het interculturalisatieproces. David Ingleby geeft aan in het artikel *Naar een dynamisch model van interculturalisatie voor cliënten en personeel* (.....) dat een succesvol interculturalisatieproces zowel 'bottom up' als 'top down' moet verlopen en dat het goed is dat (potentiële) cliënten inbreng hebben bij de beleidsvorming.

Kritisch blijven kijken

Klanten aanspreken als 'medepioniers' in de zorg en de medewerkers inzetten om de vraag te achterhalen: het lijkt de ultieme vraagsturing. Maar kritisch blijven kijken is geboden. Want kom je er zo wel echt achter wat de ander wil, of is het misschien toch onbewust je eigen vraag? Is de vraag geanalyseerd en is de uiteindelijke behoefte bekend of bied je ten slotte toch nog aan wat de organisatie denkt dat goed is voor de ander? Diepgaand (marketing)onderzoek is een vereiste om een product te kunnen ontwikkelen dat beantwoordt aan de werkelijke behoefte. In de Chinese gemeenschap bijvoorbeeld verrichten behalve de dochters, ook de zonen veel mantelzorg. Bij de beleidsvorming nemen wij al snel aan dat hun ouders zo lang mogelijk willen thuisblijven en dat dus de mantelzorg ondersteund moet worden. Maar voor sommigen zou een reguliere instelling wel een oplossing zijn, omdat zij de zoon van de zware belasting van de mantelzorg willen verlossen. Om te voorkomen dat je jarenlang een verkeerd spoor volgt, is het dus zaak dat je de vraag voortdurend in wisselwerking met je cliënten definieert. Dat is een dynamisch, nooit stilstaand proces, waarin de organisatie en al haar medewerkers de kennis en vaardigheden moeten ontwikkelen om met iedereen 'de vraag door te exerceren'.

Ontwikkelen van beleid

Ook toen het aantal allochtone cliënten flink toenam, bleef aanvankelijk de praktijk ten grondslag liggen aan beslissingen die genomen moesten worden. Processen voltrokken zich op een min of meer natuurlijke wijze omdat iedereen in de praktijk een goede leerschool had. Zo ontwikkelden we beleid op gebieden als communicatie, religie, recreatie, voeding en de onderlinge relaties. Hierbij was communicatie het grootste knelpunt (en is dat nog steeds). Taalproblemen, communicatie met of zonder tolk, familieverhoudingen, het waren flinke hindernissen die genomen moesten worden. We probeerden bijvoorbeeld de kloof te overbruggen door fonetische woordenlijsten op te stellen, met woorden zoals die worden gebruikt in het Hindi, in het Mandarijn, Hakka en Kantonees, en toonden hiermee toenadering en interesse. Op die manier kon het vertrouwen groeien.

Gestaag heeft zich zo een specifieke deskundigheid ontwikkeld die beantwoordt aan wat een multiculturele organisatie vraagt. Veranderingen kwamen echter niet zomaar tot stand, maar met vallen en opstaan, door uitproberen en evalueren. Regelmatig leverde het spanningen op in de organisatie. Maar die waren juist nodig om het proces van interculturalisatie tot in alle haarvaten te laten doordringen, een proces dat een organisatie veel goeds op kan leveren. Want iedereen wordt erdoor aangezet om na te denken wat de uitgangspunten zijn, vanuit welke waarden en normen je zorg verleent en wat dat betekent vanuit je eigen cultuur en die van anderen. Het interculturele denken werd complexer, maar kreeg ook een steviger basis.

Intercultureel management

Een belangrijke voorwaarde om binnen De Schildershoek verder te komen werd al snel duidelijk: de ontwikkeling van interculturele verpleeghuiszorg zoals we die voor ogen hadden, kon alleen door intercultureel management gedragen worden. De samenstelling (en het land van herkomst) van het personeelsbestand binnen alle functies diende een afspiegeling te zijn van het cultuurpalet van onze cliënten, want interculturalisatie krijgt meer kans waar zowel cliënten als medewerkers afkomstig zijn uit verschillende en overeenkomstige culturen. Aan beide kanten vindt in dat geval herkenning plaats die bijdraagt aan het ontstaan van een nieuwe cultuur binnen de organisatie, die gedragen wordt door nieuwe cliënten en alle medewerkers. Een grote diversiteit maakt het uiteindelijk makkelijker om verschillende culturen te integreren.

Maar diversiteit vraagt ook om een goede basiskennis van alle medewerkers op verschillende terreinen. Er hebben daarom veel trainingen plaatsgevonden zoals interculturele communicatie, kennismaking met het begrip cultuur en wat dat betekent voor ieder individu, voor je eigen cultuur, management van diversiteit, Hindi en Nederlandse taaltraining. De nieuwe cultuur verspreidde zich via de overlegsituaties, via de contacten met allochtone cliënten en familie en vice versa. De Schildershoek leerde van elkaar te leren. Leren van de cliënten, die medepioniers zijn in dit verhaal. Leren van familieleden, van pandits en imams. Maar zij leerden ook bij ons. Leerden wat een verpleeghuis is, hoe Nederlandse ouderen leven. Imams en de pandit kwamen er de dominee tegen, waarmee ze in vergaderingen zaten, maar ook de pastoor en de humanistische raadsman.

Waar de cultuur van cliëntgericht werken en samenwerken verder uitgroeide, kwam het van oudsher zo getrapte hiërarchische organogram onder druk te staan. Een instelling kan niet goed klantgericht werken als zij niet ook haar eigen medewerkers als haar klant ziet en hen met hetzelfde respect behandelt. Consistentie van denken dwars door de organisatie heen op alle niveaus is belangrijk.

In De Schildershoek heeft dit in de afgelopen jaren geleid tot de overtuiging dat we de zorg met elkaar bieden: met cliënten, relaties en medewerkers. Een sterk saamhorigheidsgevoel dat ontstaan is door de diversiteit in afkomst van medewerkers en bewoners: Hagenaars, Irakezen, Chinezen uit Hong Kong en de Volksrepubliek China, Taiwanese, Indonesiërs, Surinamers, Hindoestanen, Kaapverdianen, Vietnamezen, Javanen, Afghanen, Ghanezen, Libertijnen en Nigerianen, Creolen, Antillianen, Italianen, Portugezen, Marokkanen, Berbers, Dominicanen, Indianen, Tunesiërs, Iraniërs, Turken, Duitsers. Maar zeker ook door de cultuurgebonden eigenschappen die vanuit alle windstreken naar De Schildershoek zijn toe gewaaid waar zij zich vermengd hebben met de cliëntgerichte principes zoals Carl Rogers (...) deze voorstond. Interculturalisatie is daarvan het resultaat.

Een doorlopend proces

Kijken we verder dan de geschiedenis van De Schildershoek in de afgelopen vijftien jaar dan zien we in de komende jaren een zelfde proces vorm krijgen in verschillende Europese landen. In en rondom veel Europese steden ontstaat een steeds diversere, multiculturele samenleving waarvan de ouderen een beroep zullen doen op zorginstellingen, met andere

vragen en behoeften dan die we nu kennen. Hun vraag, in alle diversiteit, zal uitgangspunt worden voor wat de nieuwe zorgorganisaties te bieden moeten hebben.

Nieuwe klanten

Nu al moeten we ons bezinnen op wat die vraag zou kunnen zijn, op wie de ouderen van de toekomst zijn, de ouderen van 2015 en daarna? Kijken in de toekomst is feitelijk natuurlijk onmogelijk, maar er zijn wel aanknopingspunten en ervaringsgegevens die bruikbaar zijn. Zo is het vrijwel zeker dat over twintig jaar de mensen op latere leeftijd oud zijn dan nu het geval is, net zoals deze vergelijking opgaat voor ouderen van nu en die van twintig jaar geleden. Was het levensperspectief toen 55 jaar, binnen één generatie is daar 20 jaar bij gekomen en worden mensen nu gemiddeld 75.

De ouderen van straks zijn de vijftigers van nu - de babyboom generatie - opgegroeid in de jaren zestig waarin toenemend individueel bewustzijn leidde tot grote individuele vrijheid, met Flower Power, Andy Warhol, Motown Music en Jefferson Airplane, of met James Last en Rudi Carell. Het zijn zelfbewuste, mondige ouderen, die de teugels zelf in handen willen houden, zoals ze dat gewend waren in hun actieve leven. Zij zullen beschikken over meer geld dan de ouderen van nu, en zij zullen meer luxe gewend zijn, alleen al omdat de pensioenen in Duitsland en Nederland veel hoger zijn dan in de meeste geïndustrialiseerde landen. Ze hebben eigen vervoer en verregaande technische mogelijkheden, bijvoorbeeld op het gebied van communicatie. Ze zullen voldoende middelen hebben om naar landen met een zachter klimaat te emigreren, een markt die overigens ongekend zal groeien. We krijgen kortom te maken met een generatie van 'tachtig en machtig'.

Ook dementie neemt toe

De vitale tachtigers van de toekomst, mensen met een eigen smaak en voldoende zeggenschap, zullen de regie in eigen hand houden, maar we kunnen er niet aan voorbij gaan dat ook veel ouderen dement zullen worden. Met het gegeven dat het aantal zeer oude mensen in Nederland (en in Duitsland zal dat niet anders zijn) in de komende decennia aanzienlijk zal toenemen, kunnen we er van uit gaan dat ook het aantal mensen dat aan dementie gaat lijden, sterk zal groeien. Als we uitgaan van de gegevens die we nu kennen, namelijk dat het percentage mensen dat aan dementie lijdt oploopt van 1% van de 65-jarigen tot 40% van mensen ouder dan 90 jaar, dan zal het aantal dementerende ouderen groeien van 175 000 ouderen nu, tot ruim 207 000 in 2010 en 412 000 in 2050. Of: in 2000 was naar schatting 1 op de 93 mensen in ons land dement, in 2010 zal dat 1 op de 81 zijn, en in 2050 1 op de 44.

Dat betekent dat dementie, een ziekte die vooral (zeer) oude mensen treft en waarvoor tot op heden geen enkel therapie genezing heeft gebracht, een nog dwingender plaats zal krijgen wanneer het om de zorgvraag gaat van nieuwe, toekomstige cliënten. Mensen met dementie zijn deels wilsbekwaam, omdat men nog uitdrukking kan geven aan gevoelens voortkomend uit een persoonlijk verleden, maar hebben wel aanzienlijk meer moeite om hun noden en vragen te verwoorden.

De naaste (mantelzorger) die hem of haar verzorgt, heeft daarom hierin een belangrijke rol, zal een (plaatsvervangende) zeer bewuste cliënt worden en ook andere eisen stellen. De zorgorganisatie zal te maken krijgen met vragen om individuele benaderingen en behandelplannen. Daarbij wordt – om het welbevinden van patiënt en mantelzorger op peil te houden - goede basiszorg nog noodzakelijker en een vereiste: dat wil zeggen regelmatige beoordeling van de zorg, van de medische, psychologische en sociale noden van de patiënt en de mantelzorger, en zo nodig uitbreiding van professionele hulp. Door cliënt en verzorger systematisch te volgen, kunnen problemen, zoals overbelasting van de mantelzorger, voorzien worden en mogelijk voorkomen.

Meer diversiteit dan verondersteld

Zelfbewuste ouderen met een eigen stem dus, maar ook evenveel mensen die aan dementie lijden, zullen in de komende jaren een beroep doen op zorginstellingen. Die zullen rekening moeten houden met zowel sterke als zwakke groepen ouderen, dat is een gegeven door de tijd heen. Waarbij we overigens omzichtig om moeten gaan met 'dé oudere' van nu en straks. Want de veronderstelling dat ouderen alleen houden van klassieke muziek of van oude schilderijen, wordt nu al tegengesproken door de West-Europese ouderen die het begin meemaakten van de jaren-zestig revolutie, die van jazz houden en hiphop, van Mondriaan en die geïnteresseerd zijn in de architectuur van Rem Koolhaas en Daniel Libeskind en van wie sommigen later in Nederland graag een joint willen draaien.

Er is kortom veel meer diversiteit dan we altijd veronderstellen. Niet alleen in soorten mensen maar ook, en tegen die tijd vooral, wat betreft hun etnisch-culturele achtergrond. Want de ouderen van over twintig jaar in onze Europese grote steden, zijn afkomstig uit veel verschillende landen, met een eigen life style, en een eigen culturele identiteit. Zij komen ook uit traditionele culturen vanuit het Atlasgebergte in Marokko, vanuit Oost-Turkije, of zij zijn traditioneel georiënteerde ouderen uit Zuid Europa, die een deel van hun leven in Duitsland en Nederland hebben doorgebracht, maar niet in de milieus verkeerden waar vernieuwingen op de voet gevolgd werden. Hetgeen natuurlijk ook zal gelden voor een aanzienlijk gedeelte van de autochtone ouderen. Een generatie die overigens tot op veel hogere leeftijd aan het arbeidsproces zal (moeten) deelnemen dan nu het geval is, niet alleen omdat zij langer 'fris' en daardoor actief zijn, maar ook omdat naar alle waarschijnlijkheid de pensioengerechtigde leeftijd naar boven zal worden bijgesteld om bepaalde aspecten in de samenleving financieel veilig te stellen.

Andere vragen

Ook de vraag van ouderen zal in de loop van de jaren veranderen, dat lijkt wel zeker. De veranderde life style, de interesses, het welvaartspeil hebben invloed op de vragen en behoeften die zij zullen formuleren als zij ouder worden. We krijgen met mensen te maken die opgegroeid zijn in een tijd van individualisering en democratisering, zoals eerder gezegd, die hun medezeggenschap willen laten gelden en van wie sommigen deze zelfs zullen laten uitgroeien tot een verregaande vorm van zeggenschap. Zó ver dat zij volgens de ideologie van de autonome, gezonde en mooie mens zelfs vragen (eisen) ook gezond van lijf en leden te sterven (Paul Schnabel).

Maar zeker ook de interculturalisatie zorgt ervoor dat onze toekomstige klanten andere vragen hebben dan die we nu kennen. Zij zullen die vragen beantwoord willen zien in nieuwe antwoorden. Die antwoorden zullen klinken in termen als *zorg op maat* en *vraaggericht*, want in toenemende mate zullen het de ouderen zelf zijn die het zorgaanbod bepalen. Vraaggericht werken betekent in essentie dat je inhoud geeft aan datgene waar vraag naar is, rekening houdend met de beperkingen zoals die er altijd zullen zijn, of zoals de Nederlandse Raad voor de Volksgezondheid en Zorg het formuleert: 'Vraaggerichte zorg is een gezamenlijke inspanning van cliënt en hulpverlener, die erin resulteert dat de patiënt de hulp ontvangt die tegemoet komt aan zijn wensen en verwachtingen en die tevens voldoet aan professionele standaarden.' Een van die vragen, en een eis wat mij betreft, is dat mensen, ook als ze oud, fragiel of ziek zijn, volwaardig mens moeten kunnen blijven. Dit betekent dat de zorg niet in losse producten kan worden opgesplitst. *'Not to deliver services, but to serve'*. De organisatie van de zorg moet doordrongen zijn van een integrale benadering van het mens zijn. *'Where is the juice, the passion, where is the music? There is no music, just a bunch of notes, strung together'*. Harvey Rosenberg. (liefhebber van buizenversterkers.....) Rosenberg, Harvey (1994), *The search for musical ecstasy*.

De rol van de techniek

Wat de zorginstellingen hun cliënten zullen aanbieden zal zeker ook sterk beïnvloed worden door de enorme vooruitgang die de techniek zal hebben geboekt. Mensen zullen

bijvoorbeeld veel langer in hun vertrouwde omgeving blijven wonen door thuiszorgtechnologie (de 'smart houses' met domotica) en ondersteund door moderne communicatiemiddelen. Het huidige Internet zal dan inmiddels achterhaald zijn, informatie is straks overal beschikbaar: opgeroepen met spraak, want telefoons zijn uit het beeld verdwenen; microfoons zijn geïmplanteerd en onzichtbaar, driedimensionale schermen zijn gemakkelijk visueel op te roepen via eenvoudige apparatuur. Dat betekent je dochter op bezoek hebben via een kamerbreed scherm, ook al woont ze in Nieuw Zeeland. Of virtuele reizen maken, zoals een wandeling door de Schotse Hooglanden of het Zwarte Woud, en oude herinneringen –aan Woodstock bijvoorbeeld - ophalen.

Ouderen zullen er bovendien meer zelf voor kunnen zorgen dat ze fit blijven: met behulp van apparaten voor thuismassage en door passieve gymnastiek. De combinaties van mens en robotica zal zich ontwikkelen en verfijnen: met chips die de suikerspiegel, bloeddruk en andere fysiologische waarden meten en eventueel interveniëren. Mensen zullen veel minder vaak een arts bezoeken en direct met hem of haar communiceren via de moderne media. Via GPS (...) en medische controles via de satelliet wordt het straks werkelijkheid dat de ambulance voorrijdt nog voordat de cliënt nog maar vermoedt dat hij binnen enkele minuten een hartinfarct dreigt te krijgen.

NANO- en DNA-technologie zullen een vlucht nemen. Hierdoor zal men sommige ziekten en kwalen op revolutionaire wijze kunnen bestrijden, kan de maakbaarheid van de mens veel verder vorm krijgen, bijvoorbeeld ook en vooral op cosmetisch gebied (dit zal een enorme groeimarkt worden). Ook zullen de mensen mobieler kunnen blijven doordat de toegankelijkheid van de omgeving toeneemt met openbaar vervoer waar iedereen gemakkelijk toegang toe heeft, met ingenieuze rolstoelen, drempelvrije omgevingen en loopwals zoals we die kennen op vliegvelden, maar dan door een bredere omgeving heen. Het ligt in de lijn van de verwachtingen dat de technische ontwikkelingen zaken mogelijk maken zoals hierboven beschreven, of we er gelukkiger van worden is een heel andere vraag.

De mens blijft de maat

Techniek zal een hoofdrol spelen en de onafhankelijkheid van ouderen in de komende jaren vergroten. Anderzijds zal dit zeker ook leiden tot nieuwe eenzaamheid en verdriet. Hier ligt een taak voor de zorginstellingen en hun medewerkers om de randvoorwaarden te creëren waarbinnen de cliënt de beste mogelijkheden heeft om de kwaliteit van het leven te organiseren, om mens te blijven, en zijn eigen welbevinden en welzijn te bewaken. Dit betekent tijd en aandacht om mens te kunnen zijn, elkaar te treffen en aan te raken. Deze, echte, zorg zal nooit door techniek vervangen kunnen worden. Zorg blijft altijd nodig, en is altijd mensenwerk. Daarbij blijft de mens zelf 'de maat van alle dingen' (uitspraak van Protagoras van Abdera, 480 – 410 v. Chr). De maat van de zorg moet daarop dan ook zijn afgestemd, geënt op het individu en zijn belevingswereld. Alleen zal de maat van ouderen in de nabije toekomst een andere zijn dan die van nu.

Zorg moet weer een vak worden

De belangrijkste vraag van de cliënt - ook in de toekomst - is de vraag een volwaardig mens te mogen zijn. Om een zorgaanbod te kunnen leveren dat antwoord geeft op deze vraag, zal in de eerste plaats het Vak Zorg – dit is specialisatie in de breedte – sterk moeten worden opgewaardeerd. Verpleegkundigen en verzorgenden moeten weer in de gelegenheid worden gesteld om integrale zorg te leveren die niet is opgeknipt in losse producten. De organisatie ervan moet zo georganiseerd zijn dat cliënten slechts met enkele mensen te maken hebben. Zorg is een – zeer ondergewaardeerd - vak dat niet iedereen zomaar kan beoefenen. We moeten daarom de essentie ervan opnieuw beschrijven en vertalen naar de toekomst, omdat het steeds meer nodig zal worden dat we integrale zorg leveren – die gebruik maakt van alle elementen die meespelen in het leven van een persoon. Als we de professionaliteit van zorg niet erkennen en waarderen, hebben we straks geen zorgverleners meer.

De tendens in onze Westerse wereld is echter dat steeds verder gaande specialisatie een betere en betaalbare gezondheidszorg zal opleveren, waarmee bovenstaande gedachte zwaar onder druk komt te staan. Regeringen trekken veel geld uit voor elementen in zorg die meer aandacht schenken aan onderzoek, diagnosticering en behandeling. Dat geld wordt onttrokken aan de basiszorg, die uiteindelijk – door de samenspraak met de cliënten - een veel beter uitgangspunt biedt voor de vervolgrichting. Zorg zou gezien moeten worden als een aspect dat bij het leven hoort, dat gedurende alle levensfasen – en niet alleen in die enkele beladen periodes - voorhanden is, geleverd door mensen die daar speciaal voor zijn opgeleid, of mantelzorgers. Dat is echter niet de situatie die we op dit moment kennen in veel West Europese landen.

Taak voor de overheid

Als antwoord op de zeer diverse vragen van nieuwe cliënten, zal het aanbod even divers moeten zijn. Niet alleen afgestemd op 'the middle of the road', maar op sterke en op minder sterke mensen. Kwetsbare groepen verdienen ondersteuning en daar ligt een expliciete taak voor de overheid. Het zorgaanbod moet in de toekomst mede tot stand komen door gereguleerde marktwerking waarin de, dan ongetwijfeld Europese, overheid zorgt voor de kwetsbaren die misschien niet zo slim en niet zo rijk zijn. De overheid moet een onder- en de bovengrens vaststellen, en zorgen voor een basis van noodzakelijke zorg, die toegankelijk, bereikbaar en beschikbaar is voor iedereen. Hier tekent zich voor het komend decennium een belangrijke opgave af voor nieuwe, Europese sociale wetgeving: zorgverlening aan ouderen waarin de termen solidariteit, beschikbaarheid, betaalbaarheid en kwaliteit als kernwaarden vervat zijn.

Ook de organisatie verandert

Voor de organisaties die zorg bieden, zullen ouderen uit alle culturen moeten emanciperen, en nog meer dan nu het geval is, actief betrokken moeten zijn of worden bij het aanbod. De zorginstellingen zullen reguliere voorzieningen toegankelijk moeten maken en op hun beurt meeveranderen met de nieuwe cliënten. In dit licht gezien is interculturalisatie niets meer dan antwoord geven op nieuwe vragen, een dynamisch gegeven.

Maar interculturalisatie is ook: het tegen het licht houden van alle bedrijfsprocessen, het ontwikkelen van nieuwe producten, het vinden van nieuwe vormen tot besluitvorming, het ter discussie stellen van normen en waarden, het vinden van een nieuwe bedrijfscultuur waar dominantie steeds ter discussie staat. Elke organisatie die wil interculturaliseren moet het hele leerproces zelf doormaken en zal er zo'n goede tien jaar mee bezig zijn. Het is geen gemakkelijke opgave, het zal veel onzekerheden geven maar ook veel inspiratie.

Een bekend verhaal vertellen

Organisaties die inderdaad meeveranderen met de cliënten, die antwoord geven op nieuwe vragen, zullen zich overal meer omvormen tot flexibele zorg- en welzijnsinstellingen. Met een, gezamenlijk, geïntegreerd pakket van zorg en welzijn voor ouderen in stedelijke gebieden en op het platteland, zullen zij zich nadrukkelijker richten op de gehele omgeving en de infrastructuur van de toekomstige (kwetsbare) ouderen. Dezen zullen daardoor, in een leefomgeving die is toegerust op hun grotere kwetsbaarheid, langer in hun eigen vertrouwde leefomgeving kunnen blijven wonen.

Hierbij is het nu, maar ook in de toekomst belangrijk dat de zorgorganisatie historisch en geografisch vanuit de klanten en de medewerkers te begrijpen en te herkennen is, dat de instelling geen abstract gegeven wordt is maar een instelling met een eigen gezicht. Daaraan draagt de geschiedenis van individuele mensen bij, aangevuld met die van de wijk, het deel van de stad. De huidige bewoners in De Schildershoek komen van oorsprong uit Suriname, Marokko, China, Turkije of gewoon uit de buurt. Zij brengen verhalen van vroeger mee, van dichtbij en uit hun eigen land. Maar ze hebben elkaar hier ook zien komen en dat levert een gemeenschappelijk verhaal op. Medewerkers in de Schildershoek van allochtone afkomst, en van oudsher wonend in de buurt delen hun verhalen met de bewoners en collega's. Zo

ontstaan weer nieuwe verhalen over het huis, de medewerkers, de cliënten en de wijk. Verhalen die steeds opnieuw verteld, gedeeld en begrepen kunnen worden. Concrete verhalen met een geschiedenis.

Terug naar 2003

In De Schildershoek gaan de ontwikkelingen inmiddels verder. Het verpleeghuis vormt samen met de twee woonzorgcentra Om & Bij en Rivierenbuurt (en de 400 ouderenwoningen, alle behorend tot de GDVV) één zorgcontinuüm, waar we aan ongeveer 800 directe cliënten, die ook buiten de muren van de instellingen wonen, zorg bieden. Een rijk scala van extramurale producten is en wordt ontwikkeld zoals: verpleeghuiszorg in de wijk, extramurale verpleging en ergotherapie, verschillende soorten van dagbehandeling en -verzorging, tijdelijke zorg. Hiermee wordt de organisatie anders gedefinieerd, er ontstaat een nieuw perspectief. Interculturalisatie krijgt een nog vaster omlijnde vorm.

Literatuur

- Ankoné J.C.M. (2002) *Met plezier ouder worden. Welzijn en waardigheid voor langdurige zorggebruikers, op weg naar 2020*. Zoetermeer: Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG)
- Bergen, C. van den (2000) *In De Schildershoek kom je de halve wereld tegen*, RoOF: Multy Cross Magazine, januari 2001
- Bergen, C. van den, Pikulic Mladen, (2003) *Beleving Belicht*. Fotoboek uitgegeven door De Schildershoek, Den Haag
- Cornelissens, J.J.W.M., (2001) *Interculturele belevingsgerichte verpleeghuiszorg in het centrum van Den Haag*, De Schildershoek, Den Haag
- Cornelissens, J.J.W.M., (2003) *Als je goed luistert ligt het antwoord in de vraag besloten*, De Schildershoek, Den Haag
- Bohlmeijer, E. T. en J. J. A. M. Kramer, (2001) Conflictsituaties, coping en verzuim bij allochtone werknemers, in: *Ziek van conflict*, Uitgave van Nederlandse Stichting voor Psychotechniek, Elsevier Bedrijfsinformatie bv, Den Haag (ISBN 90 5749 904 5)
- Booij, J., Hoogeland G.J.& Ruys, E. (1995) *De praktijk van het verpleeghuis: Interculturele verpleeghuiszorg door intercultureel management*, Dwingeloo: Kavanah.
- Booij, J. (2001) *Met dertig culturen binnen een zorgcontinuüm*, Amstelveen: Boon.
- Booij, J. Niets nieuws onder de zon, 12 jaar interculturalisatie in Verpleeghuis De Schildershoek in Meekeren, E van, A. Limburg-Okken en R. May, 'Culturen binnen psychiatrie muren' Uitgeverij Boom 2002 Amsterdam
- Booij, J (2003) *Interculturele woonzorg in De Schildershoek*,
- Bok, P. de (2000) *1001 manieren om oud te worden, een bezoek aan een multicultureel verpleeghuis*, Denkbeeld: tijdschrift psycho-geriatrie, Feb. 2001, jaargang 13 nr. 1
- Bos, R. ten (2001) *Het einde van de wansmaak en de opkomst van de rookworst*, Amstelveen: Boon.
- Brinkgreve (2002) D.E.C. *Als dit het leven is, moet het ten volle geproefd*. Welzijn en waardigheid voor langdurige zorggebruikers, op weg naar 2020. Zoetermeer: Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG)

- Dunning, A.J. (1999) *Betoverde wereld. Over ziek en gezond in onze tijd*, Meulenhoff, Amsterdam
- Gezondheidsraad. Dementie. 2002
- Heteren, G. van (2001) *Waar een wil is zijn wegen. Migrantenstudies*, Houten: Bohn Stafleu Van Lochem.
- Ingleby, D. (2001) *Naar een dynamisch model van interculturalisatie voor cliënten en personeel*. Amstelveen: Boon. *Niets te vragen, niets te wensen? Programmatisch aanbod Zorg en Welzijn voor Oudere Chinezen*, (2001) Projectverslag, Den Haag
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Diverse beleidsnota's. Den Haag, 2001 tot en met 2003
- Rogers, C., (1978) *Mens worden*, Bijleveld, Utrecht
- Röver, Desiree, (2002) *De Schildershoek, een bijzonder verpleeghuis... en dat is 't!* in Röver, D., *Interculturalisatie in de praktijk: van probleem tot groeikans*. Migrant en Zorg 2002
- Rvz (2000) *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*. Zoetermeer: RVZ.
- Libbrecht, U. (2001) *Oosterse wijsheden voor de westerse manager*. Amstelveen: Boon.
- Sawitri, S. & Struijs, A. (2001) *Gezondheidszorg in de multiculturele samenleving*. *Migrantenstudies*. Houten: Bohn Stafleu Van Lochem.
- Slutzky, Mariano, artikel in *Metro* 24 oktober 2000
- Sönmez Nuray (2001) *Multiculturele kwaliteitszorg*. Amstelveen: Boon.
- Tanazaki Junichiro 1994 *Stille Sneeuwval*. Amsterdam: Meulenhoff
- Vulto Marij E. (2002) *Welzijn en waardigheid voor langdurige zorggebruikers, op weg naar 2020*. Zoetermeer: Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG)