

## DE MYTHE VAN SEKSENEUTRALE ZORG

Lezing tgv fusie van de Purmerendse verzorgingshuizen De Rusthoeve en De Tien Gemeenten,  
(14 mei 1998).

### Prof. dr. J. van Mens-Verhulst

In de zorg wordt graag gesproken van 'bewoners', 'cliënten', 'patiënten' en 'personeel' zonder dat er onderscheid wordt gemaakt naar geslacht. Daarmee wordt de mythe in stand gehouden dat sekse er niet toe zou doen in de zorg. Mijn stelling is juist dat sekse er heel veel toe doet in de zorg. Ik heb daarvoor verschillende overwegingen:

Ten eerste is er de macht van het **getal**: er wonen in verzorgingstehuizen driemaal zoveel vrouwen als mannen (in 1987) en naar schatting werken er acht keer zoveel vrouwen als mannen in deze sector.

Ten tweede is er de kwestie van de **expertise**: vrouwen zijn in het algemeen de deskundigen als het over zorgen en wonen gaat. In die zin mag je aannemen dat wat goed gevonden wordt door vrouwen in veel gevallen ook goed is voor mannen. Het omgekeerde is aanvechtbaarder.

Mijn derde overweging is dat de meeste vrouwen andere **zorgbehoeften** hebben dan mannen en die op een andere manier naar voren brengen. Dat besef is natuurlijk uiterst belangrijk als we zorg op maat willen leveren.

Een vierde overweging is dat ook degenen die de zorg verlenen gemakkelijk verkeerd kunnen worden begrepen als er geen rekening wordt gehouden met de **seksespecifieke achtergrond van hun motieven en behoeften**.

Het zijn met name die laatste twee punten - zorgbehoeften en zorgmotieven van vrouwen - die ik hier verder wil uitwerken. Ik schets daarbij een globaal beeld. Het is dus heel goed mogelijk dat u individuele uitzonderingen kent, of er zelf een bent: bijvoorbeeld een man met een vrouwelijk geachte zorgzaamheid of een vrouw met een meer mannelijk geachte zakelijkheid. De beschikbare tijd dwingt me echter mijn verhaal te beperken tot een verhaal over de grootste gemene deler van bewoonsters en verzorgsters in

### Zorgbehoeften

Om het verschil in zorgbehoeften tussen vrouwen en mannen zo helder mogelijk te schetsen, ga ik eerst kort in op de levensloop van vrouwen.

#### *Levensloop*

De vrouwen die nu in verzorgingstehuizen wonen, horen tot de 'oudere ouderen' ; ze zijn [globaal genomen] geboren voor 1920. Dat betekent dat ze qua levensloop vaak het volgende gemeenschappelijk hebben:

- opleiding werd voor hen als meisjes niet zo belangrijk gevonden;

- huwelijk en moederschap waren hun vanzelfsprekende bestemming (en als het daar om een of andere reden niet van kwam, leidde dat gemakkelijk tot de sociale buitensluiting);
- seksualiteit en alles wat daarmee samenhangt, was met allerlei taboes omgeven;
- zuinigheid was een grote deugd - naast vlijt: een vrouwenhand mocht nooit stil staan: als het gewone werk klaar was, kon je altijd nog verstellen, breien en naaiwerk doen.
- gezinnen waren groter dan nu ('2 kinderen' was nog een uitzondering)
- als huismoeder had je ook de zorg voor zieke familieleden en burenen;
- je voornaamste baan was het huishouden; en dat was tevens de bron voor zelfwaardering en schaamte.
- tegelijkertijd werd het vaak vanzelfsprekend gevonden dat je meewerkte in het eigen bedrijf (de winkel of de boerderij) en dus een dubbele belasting voor je rekening nam;
- velen hebben ook, tijdens de crisis en in de oorlog, de armoede proberen op te vangen met werkhuizen, maar dat betekende heus geen "eigen inkomen" dat je naar eigen goeddunken uitgaf.

De Emancipatieraad spreekt in dit verband van een achterstand van oudere vrouwen ten opzichte van hun mannelijke leeftijdsgenoten; een achterstand, zowel op educatief, sociaal als financieel gebied die ontstaan is door de (ongunstiger) kansenstructuur in eerdere fasen van hun leven. Die achterstand is mijns inziens echter niet het hele verhaal.

Bij zo'n traditioneel vrouwelijke levensloop past ook een **andere psychische oriëntatie**: een van verbondenheid-met-anderen, inleving in wat anderen nodig hebben en zelfopoffering. Resultaat daarvan is evenwel vaak een chronisch zorgtekort waar het de vrouw zelf betreft, en weinig bedrevenheid in het invullen van eigen vrije tijd.

Dat is een wezenlijk ander verhaal dan dat van mannen. Want mannen van die generatie werden en worden vooral op hun kostwinnerschap afgerekend. Ze werden geacht zich buitenshuis te handhaven (en te ontspannen) en daarbij niet toe te geven aan emoties. De aanwezigheid van zorg was voor hen echter een vanzelfsprekendheid. En ook voor hun sociaal netwerk hoefden ze weinig moeite te doen. Daarin werd voorzien: onbetaald, door moeders, zusters, dochters en buurvrouwen; of slecht betaald, door huishoudsters, verpleegsters, maatschappelijk werksters.

Bovendien hebben deze oudere 'oudere-mannen' vaak na hun pensionering nog kunnen leren om met vrije tijd om te gaan. (Het huisvrouwschap kent nu eenmaal geen pensioenge-rechtigde leeftijd). En ook daarbij konden ze profiteren van hun gunstiger kansenstructuur, in de vorm van betere financiële omstandigheden, meer opleiding, grotere bestuurlijke ervaring en vaal ook auto-mobiliteit.

### *Betekenis van zorg ontvangen*

Mannen en vrouwen verschillen door hun levensloop overigens niet alleen in zorgtekort en het omgaan met vrije tijd, maar ook in de betekenis die ze aan zorg hechten.

Dezelfde zorg heeft, alleen al door de sekseverschillen in voorgeschiedenis, voor háár een andere waarde dan voor hem. Voor hem betekent zorg ontvangen een rolcontinuering; voor haar een rolwisseling en een aantasting van haar zingevingskader. Zij heeft doorgaans ook andere ideeën dan hij over wat goede zorg is.

Zij verwacht dat de zorg vanuit persoonlijke aandacht wordt gegeven; dat wil zeggen: afgestemd op haar specifieke wensen, gevoelens, behoeften, gewoontes en situaties. Die verwachting staat haaks op de opsplitsing van zorghandelingen over zoveel personen met verschillende bevoegdheden en het krijgen van zorg op tijden die je niet wenst (zoals warm eten om half twaalf 's ochtends, de avondboterham om half vijf 's middags, naar bed gebracht worden om kwart over negen en een dutje niet mogen of juist moeten doen).

Persoonlijk aandacht veronderstelt juist een aanpassing aan het levensritme van de verzorgde, dus: een stukje lopen als je je een beetje fit voelt, een gesprekje als je je eenzaam voelt, troost bij een gedwongen afscheid - en niet alleen wanneer de verzorgsters vijf minuutjes over hebben.

En voor haar telt de manier waarop die zorg gegeven wordt minstens even zwaar als het resultaat. Moeten vragen om verzorging, er op moeten wachten en erover moeten onderhandelen, doet al afbreuk aan de waarde ervan. Bovendien, voor jezelf opkomen is, (als je dat in je leven nog nooit expliciet hebt gedaan en ook niet geacht werd te doen) niet eenvoudig meer te leren op je tachtigste.

### Het zorgsysteem

Zijn deze seksspecifieke noties nu terug te vinden in het zorgbeleid voor ouderen? Eigenlijk niet.

**Het zogenaamde sekseneutrale systeem van indicatiestelling** maakt bijvoorbeeld dat mannen eerder worden toegelaten tot verzorgingshuizen dan vrouwen, omdat zij ongunstiger scoren op de lijst van huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL)<sup>1</sup>. Zij hebben immers minder vaak geleerd om zich te redden met afwassen, koken, de was doen en schoonmaken.<sup>2</sup>

**Ook het zorg-op-maat principe**, dat belooft de te verlenen zorg aan te passen aan de individuele noden van bewoners en bewoonsters, biedt niet de gewenste seksspecificiteit. In feite gaat het om standaardpakketten, waaruit een combinatie wordt samengesteld. Die samenstelling gebeurt vaak over de hoofden van de zorgbehoevende heen, in plaats van dat

---

<sup>1</sup> HDL: afwassen, koken, de was doen en schoonmaken. ADL: Vaardigheden zoals jezelf wassen, aan- en uitkleden, zelfstandig opstaan en lopen.

<sup>2</sup> Vrouwen komen vaak pas binnen als ze een slechte ADL-score hebben, omdat er geen genezing meer mogelijk is, zoals bijvoorbeeld bij de vele hoogbejaarde vrouwen die aan botontkalking of reuma lijden; of aan dementie.

er overleg met haar of hem plaats vindt. Niet wat nodig is volgens de bewoonster of bewoner, maar wat economisch-administratief mogelijk is, is doorslaggevend. Dit maakt dat de geboden zorg een vreemd en vervreemdend levenspatroon oplegt in plaats van dat de verzorgde haar levensverhaal zoveel mogelijk op de door haar gewenste wijze kan voortzetten<sup>3</sup>.

Het kwijt raken van de regie over eigen leven treft vrouwen harder dan mannen, omdat het gaat om zaken die voor hen een belangrijk deel van hun leven en van hun eigenwaarde uitmaken: lichamelijke verzorging, uiterlijk, maaltijden en andere huishoudelijke zaken. Zo bekeken, kan ik me wel indenken dat veel bewoonsters er toe overgaan zelf hun was weer te doen - als hen die kans geboden wordt.

Echter, naarmate de lichamelijke onafhankelijkheid en zelfredzaamheid afneemt, wordt de beslissingsruimte van de bewoonster kleiner. Wie, bijvoorbeeld, hulp bij het douchen nodig heeft, mag meestal niet meer zelf bepalen welke dag - laat staan welke tijd haar of hem het beste uitkomt en of ze haar haren nu wel of niet gewassen wil hebben. Wie zich niet meer zelf kan aankleden, is dikwijls ook geen baas meer over de kleding die ze zal aantrekken - en al helemaal niet meer over de ceintuur, sieraden en schoenen die ze daarbij wil dragen.

Het zorg-op-maat principe raakt vrouwen nog op een ander kwetsbaar punt. Het pakket calculeert namelijk mantelzorg in- als "bondgenoot". Dat wil zeggen dat voorgeschreven wordt wat de naaste omgeving van de bewoonster - veelal de kinderen - moet doen: schoonmaakmiddelen en postzegels inkopen, meegaan naar de dokter, koelkast schoonmaken, enzovoorts. Wee de bewoonster met kinderen die ver weg wonen, of onwillig zijn: ze moet stevig in haar schoenen staan om niet óók te gaan denken dat haar kinderen te kort schieten. Zo kan een ontoereikend zorgsysteem haar moedertrots én een ontspannen relatie met de kinderen aantasten.

#### Aanvullende maatregelen: evenmin sekseneutraal

Maar, zult u tegenwerpen, bewonenden kunnen hun problemen en wensen toch collectief naar voren brengen; voorheen in de bewonerscommissie, nu in de cliëntenraad. Formeel hebt u dan volkomen gelijk. In de praktijk ligt dat echter wat anders.

Zoals ik in het begin al aangaf - zijn de meeste vrouwen uit het cohort van voor 1930 niet gewend zich openlijk te verzetten als de gang van zaken hen niet bevalt.

Ook het vergemeenschappelijken van problemen is de meeste hoogbejaarde vrouwen niet eigen. (Veel van de jongere vrouwen hebben dat in de zeventiger jaren apart moeten leren, in praatgroepen en trainingen).

Evenmin zijn hoogbejaarde vrouwen geneigd hun stem op vergaderingen te laten horen - als ze zich daar qua gezondheid al toe in staat voelen. Hun zogenaemde 'sociale participatie' is lager dan die van mannen, dus zijn ze aangewezen op zaakwaarnemers. Dat zijn meestal mannen, of stevige vrouwen, die - het is hen niet kwalijk te nemen - moeite hebben

---

<sup>3</sup>Boeij en Nievaard, 1995 in Gezondheid:224

zich met zoveel zwakheid te vereenzelvigen, de futiel-lijkende behoeften serieus te nemen en met overtuigingskracht naar voren te brengen.

Ook een **zorgvisie**, hoe emancipatorisch ook bedoeld, kan groepen vrouwen marginaliseren omdat de in onze maatschappij hoog gewaardeerde idealen van mondigheid, privacy en autonomie hen nooit zo hebben aangesproken of omdat deze in hun situatie van zorgafhankelijkheid een gepasseerd station zijn. Voor de laatste groep is het veel belangrijker dat ze innerlijk vrede kunnen hebben met hun situatie, bijvoorbeeld omdat ze de betrekkelijkheid van het onafhankelijkheidsideaal in de gaten krijgen en omdat er de kleine dagelijkse genoegens zijn als iemand met liefde en aandacht voor je zorgt.

Maar de meet-en-bespreekprocedures dan, zult u zeggen? Daarin kan toch de stem van de bewonenden doorklinken. Maar ook daarin wordt, voor zover ik weet, geen onderscheid gemaakt naar sekse. Niet in de opzet van de vragen; niet in de selectie van bewoners (bewoonsters?) die worden geïnterviewd; niet in de rapportages. Ik ben daarom bang dat al die standaard organisatie-oplossingen niet zo goed passen bij de gemiddelde bewoonster van een verzorgingstehuis en al helemaal geen oplossing zijn, wanneer we juist aandacht willen schenken aan de variëteit onder bewoonsters en bewoners: sociaal, psychisch, lichamelijk - en cultureel.

Niet de procedures of zorgvisie, maar mensen van vlees en bloed ( veelal vrouwen) zullen m.i. de sekse-specifieke kloof tussen behoefte en aanbod, tussen zorgafhankelijkheid en zorgmacht moeten dichten. En daarmee kom ik bij de verzorgsters en hun zorgmotivatie .

### **Zorgmotivatie.**

Tot op heden zijn nog veel gaten en misverstanden opgevangen door het niet-geplande, niet-begrote en niet-betaalde werk van individuele verzorgsters en vrijwilligsters,... en naar ik vermoed vooral de wat ouderen onder hen.

Dat is een feit dat zowel tot tevredenheid als bezorgdheid stemt.

Uit onderzoek<sup>4</sup> blijkt namelijk enerzijds dat 45<sup>+</sup> vrouwen met een zorgend beroep hun motivatie vooral halen uit het contact met patiënten, maar dat zij anderzijds vaak onnodig vroeg stoppen met werken omdat hun baan te zwaar wordt.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> In dat vermoeden word ik gesterkt door een krantenbericht van 28 april j.l. (NRC) waarin de resultaten worden samengevat [van een onderzoek dat door het instituut NIA TNO voor de Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek is gedaan, in opdracht van VWS] naar de te vroege uitval van vrouwen die in de zorgsector werkzaam zijn (daar hoort dus ook de gezinszorg en de verpleging bij).

<sup>5</sup> Op zich vind ik dat niet verbazingwekkend, als we in aanmerking nemen dat nog slechts 25% van alle

Vooraf de redenen waarom ze stoppen zijn interessant. Naast de te grote fysieke belasting en te hoge werkdruk en de slechte arbeidsvoorwaarden wat betreft salaris, reiskosten en werktijden worden namelijk genoemd: de weerzin tegen te strakke structurering van de zorg, en het moeten werken met protocollen, zorgplannen en 'productienormen'. Tegelijkertijd wijst het onderzoek dus uit dat de verzorgden oudere werkneemsters vaak extra waarderen om hun werkwijze en levenservaring!

Om de uittocht van 45<sup>+</sup> ers tegen te gaan, bepleiten de onderzoekers een aantal maatregelen. Ik noem u er twee die mij het meest troffen. Ten eerste de aanbeveling om de productienormen aan te passen en ten tweede die om de aandacht en zorg voor patiënten en bewoners te herwaarderen --- anders gezegd: een al te grote waardering voor snel werken en beheersing van nieuwe methoden moet maar liever wat worden getemperd.

De resultaten van dit onderzoek onderstrepen iets wat vanuit vrouwenstudies en humanistische studies al eerder was geconstateerd: de zorg is "geTayloriseerd" zoals ooit de autofabrieken dat werden. Op alle fronten moet zo rationeel, zo efficiënt mogelijk worden gewerkt. Daartoe zijn functies opgesplitst in professioneel en eenvoudig werk en is uitgerekend hoeveel zorgminuten er per bewonende per dag beschikbaar zijn. Op die manier worden de zorgzaamheid en het persoonlijk contact die ook in de ogen van vrouwelijk verzorgsters essentiële ingrediënten zijn, uit het werk gefilterd en uitbesteed aan de mensen op de Melkertbanen en de vrijwilligsters.

En zelfs dit is geen seksneutrale ontwikkeling! Het is eerder een schoolvoorbeeld van een geseksueerd, dus met sekseverschillen beladen, professionaliseringsproces. Want allereerst zijn de professionele activiteiten, waartoe o.a. de planning van de zorg wordt gerekend, gekoppeld aan een hogere status en relatief goede betaling, maar ... vereisen ook een hogere opleiding, full-time beschikbaarheid en een afstandelijke benadering. Ze worden dus op een traditioneel mannelijke wijze ingevuld.

Bovendien passen die zogenaamd eenvoudiger activiteiten, zoals de directe zorgverlening, met meer nabijheid - letterlijk en figuurlijk - die in deeltijd kunnen worden vervuld (daardoor) beter in de door vrouwen geleefde werkelijkheid. Zij gaan echter gepaard met een lagere status en minimale betaling.

Tot voor kort lieten deze eenvoudiger functies nog ruimte voor wat ik maar even zorgprofessionaliteit noem<sup>6</sup>: de mogelijkheid om de relatie met bewoners en bewoners centraal te stellen en op specifieke situaties in te spelen. Daarmee doel ik niet zozeer op de medisch vastgestelde zwaktes maar op eventuele tijdelijke kwetsbaarheid (lichamelijk én psychisch) en de vrijheid om wat extra's te ondernemen dat voor een individuele bewoonster haar levensplezier verhoogt: voor de een de was mooi in de kast te leggen, voor de ander de planten water te geven en bij een derde de nagels te lakken. Dat dat dus niet altijd af hoeft te

hangen van de zelfredzaamheidsschaal en de noodzaak tot activering.

Met de rationalisering en standaardisering van de zorg en - zeg maar - de robotisering van de verzorgsters verdwijnt echter de ruimte voor het verwezenlijken van eigen zorgprofessionaliteit en zorgethiek en daarmee verdwijnt dus ook het animo van 45+ vrouwen om nog in de zorg werkzaam te zijn!

Dat mag een ernstige waarschuwing zijn aan het adres van allen die bezig zijn de zorg voortdurend in produktie-termen te verwoorden en ook als een produktieproces in te richten. Zonder de winstpunten van de bedrijfsmatige aanpak te willen ontkennen (natuurlijk is het prettig als je ervan verzekerd kunt zijn dat je een evenredig deel van de beschikbare hulp geleverd krijgt en dat het beschikbare geld zo eerlijk mogelijk wordt verdeeld) moeten we ons toch de vraag stellen of we de zorg inmiddels niet teveel tot commerciële dienstverlening hebben gereduceerd.

Hoe het verhaal van de jongere verzorgsters luidt, wat hun motivatie is en waar zij wellicht op afknappen, is nog niet uitgezocht. Omdat ze al in een geëmancipeerdere tijd zijn opgegroeid dan hun oudere collega's, kunnen ze misschien beter tegen de zakelijke benadering van hun zorgwerkzaamheden; en hebben ze wellicht minder moeite met de beroepsethiek die de autonomie van de verzorgde zo centraal stelt dat persoonlijke betrokkenheid van de verzorgende als niet-professioneel wordt gezien.

Misschien is de jongere generatie wel de ideale bemiddelaarsters tussen bewoonsters en procedures, omdat ze affiniteit hebben met beide werelden:

- \* de "vrouwelijke" wereld van hun oma's en de zorgverwachtingen die daar bij horen;
- \* de "mannelijke" wereld van hun beroep en de procedures die daar moeten worden gevolgd om de zorg enigszins op maat [- en dan van formaat in plaats van mondjesmaat -] te laten zijn.

Wel denk ik dat de **scholing** hen dan systematischer op die rol van intermediair moet voorbereiden: a) door de verzorgsters bewust te maken van het bestaan van seksspecifieke zorgverwachtingen en -behoeften; en b) door hen te helpen zich in te leven in de zorgafhankelijkheid van hoogbejaarde bewoonsters en bewoners. Voor dat laatste is het nodig dat je bij jezelf begint en je afvraagt:

- welke stereotypen heb ik van oude mannen en vrouwen;
- hoe jaloers ben ik op mensen die zorg krijgen zonder het te hoeven geven (althans zo lijkt het; verzorgden weten soms wel beter);
- welke afkeer, angst en welk verzet roept de gedachte zelf oud te zijn in je op? maar ook:
- welke hoop en warmte maakt het zorgen voor iemand in je los?

---

<sup>6</sup> Zie Gremmen, p. 214

Vervolgens hangt het nog van de **organisatiecultuur** af of deze bemiddelende rol ook werkelijk kan worden vervuld. Een zorgvisie is daarvoor noodzakelijk, maar niet voldoende. Processen van bewustwording en zelfreflectie dienen in alle echelons van de organisatie op gang te worden gebracht. Daarbij dringen zich nog extra vragen op:

- wat was ooit de motivatie om in deze sector te gaan werken?
- welke belang hebben we bij de zorgtechnische en economische benadering?
- welk risico's lopen we met een zorgethische benadering, die de zorgzaamheid en wederzijdse verantwoordelijkheid een centrale plaats geeft in het beroep?
- wat zijn de grenzen?
- wat de dilemma's?

Het zijn dus niet alleen de jongeren die voor aanvullende scholing en vorming in aanmerking komen - en mijns inziens ook niet alleen het personeel. Ook bewoonsters en bewoners zullen zoveel als mogelijk is vertrouwd moeten worden gemaakt met de zorgvisie en wat dat in de praktijk betekent: waar ze op mogen rekenen, wat overleg vereist, hoe zij in overleg kunnen treden en wanneer het tijd is om een klacht in te dienen. Dat zou bijvoorbeeld kunnen met behulp van een volgende video (er bestaat al zo'n mooie van de 10 gemeenten) waarop een aantal alledaagse botsingen en kritische incidenten worden nagespeeld, - zogenoemde vignetten -- die met bewonenden kunnen worden nabesproken.

Zo'n aanpak kan naar twee kanten vruchten afwerpen, want ik verwacht dat die gesprekken ook kunnen bijdragen aan de permanente ontwikkeling van de zorgvisie - die zorgvisie die altijd "in concept" zoals ik van de heer Kwadijk hoorde. De bewoonster als co-producent van de zorgvisie, zagezegd.

### **Diversiteit**

Zo'n zorgvisie-in-permanente-ontwikkeling lijkt me een prachtig startpunt voor de toekomst. De seksesensitieve hulp en het seksebewuste beleid waarvan ik hier een impressie heb gegeven is namelijk nog maar het begin van een zorgverlening die over de hele linie zal moeten leren in te spelen op een toenemende diversiteit: zowel onder de bewonenden als onder het personeel. Te verwachten is namelijk dat de sociale en psychische verschillen tussen de vrouwelijke bewoners bijvoorbeeld groter worden: met meer variatie qua opleiding, sociale participatie, mobiliteit, vrijetijdsbesteding, en bestuurlijke ervaring bijvoorbeeld.

Verder zullen er vermoedelijk meer allochtone mannen en vrouwen opgenomen worden<sup>7</sup>.

Bij degenen van Turkse en Marokkaanse afkomst kan dat tot taalproblemen leiden, vergelijkbaar met die welke hoogbejaarde Nederlandse immigranten in Australië hebben: niet

---

<sup>7</sup> van wie de gemiddelde leeftijd wel eens lager zou kunnen zijn dan van de autochtone bevolking.



alleen het personeel, ook de kleinkinderen verstaan hen niet meer. Die hoogbejaarde allochtone vrouwen van dat moment zullen in veel gevallen dezelfde opeenstapeling van achterstanden in hun biografie hebben - qua opleiding, armoede en externe gerichtheid - die ik voor de hoogbejaarde vrouwen van nu heb geschetst, in het begin van mijn verhaal.

Voorts zullen er meer vrouwenparen en mannenparen zijn die gezamenlijk een woonunit willen betrekken, omdat dat past in hún biografie.

Ook zou ik me kunnen voorstellen dat verzorgingstehuizen ook andere populaties<sup>8</sup> gaan bedienen en dat de leeftijden van bewonenden meer uiteen gaan lopen.

Kortom, er zullen meer levensbeschouwingen en biografieën onder één dak leven en er zal ook een grotere schakering aan leefstijlen zijn. Dat gaat onvermijdelijk gepaard met een diversiteit aan zorgopvattingen: van bewonenden en van familieleden. Het kan overigens ook inhouden dat mensen niet voortdurend met keuzes willen worden geconfronteerd; dat ze dat streven naar autonomie ervaren als een keuzedwang waarvan ze liever verschoond blijven.

Daar komt dan een grotere diversiteit in de personeelssamenstelling bij, want het is te verwachten dat er meer allochtone hulpen en misschien ook meer mannelijke hulpen komen. Zij brengen de zorgopvattingen van hun cultuur en hun generatie mee. Ze zijn immers opgegroeid in een tijd waarin geprobeerd wordt alles wat geld kost te rationaliseren en alle inspanningen tot betaalde arbeid te verheffen.

Ik heb het vanmiddag niet willen laten bij het ontmythologiseren van zorg. Ik hoop u ook enkele ingrediënten te hebben aangereikt voor het werken aan-en-met een zorgvisie-ontwikkeling. Ik verwacht daar mooie dingen van: meer plezier in het werk; betere zorg voor onze ouders of grootouders; en het uitzicht op een levenswaardige oude dag.

#### Literatuur

LOBB tijdschrift: Landelijke Organisatie Bewonerscommissies Bejaardentehuizen.

VRO-publicaties: Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid

V. van Geen, lezing

I. Gremmen

D.J. van Houten, 1993 Systeem en Zorg

D.J. van Houten, 1995, Een Gevarieerde Samenleving

D.J. van Houten, 1996, in Sociale Interventie

T. Knijn, 1994

H. Manschot, 1994

J van Mens-Verhulst, 1997

---

<sup>8</sup> Minst-draagkrachtigen zullen het eerst aangewezen zijn op de vzt