

MASTERSCRIPTIE UNIVERSITEIT VOOR HUMANISTIEK

**MAAIKE KLUIT**

# **KLEURRIJKE KENNIS**

**HOMOVRIENDELIJKHEID IN DE  
OUDERENZORG EN DE ROL  
VAN KENNISVERWERVING**



# INHOUDSOPGAVE

<b>VOORWOORD</b> .....	1
<b>SAMENVATTING</b> .....	3
<b>1 INLEIDING</b> .....	5
1.1 Probleemstelling .....	6
1.2 Begrippenkader .....	6
1.3 Verantwoording en werkwijze .....	7
<b>2 ROZE OUDEREN, VISIES OP OUDERENZORG EN KENNISONTWIKKELING</b> .....	13
2.1 Roze ouderen: positie, zorgbehoeften en huidige beleid .....	13
2.2 Zorg en visies op ouderenzorg .....	18
2.3 Kennisverwerving en visieontwikkeling van zorgprofessionals .....	21
<b>3 RESULTATEN: MANAGERS AAN HET WOORD</b> .....	29
3.1 Benodigde kennis voor het verwerven van de Roze Loper .....	29
3.2 Kennisverwerving bij gecertificeerde instellingen .....	37
3.3 Onderscheid tussen wel en niet gecertificeerde zorginstellingen .....	39
<b>4 CONCLUSIE EN DISCUSSIE</b> .....	45
4.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen .....	45
4.2 Conclusie .....	47
4.3 Discussie .....	48
4.4 Aanbevelingen .....	50
<b>LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN EN BEGRIPPEN</b> .....	53
<b>LITERATUUR</b> .....	55
<b>BIJLAGE 1: VRAGEN KIWA TOLERANTIESCAN</b> .....	59
<b>BIJLAGE 2: INTERVIEWRICHTLIJN</b> .....	63



## VOORWOORD

Ruim twee jaar geleden werd ik coördinator maatschappelijke zaken bij COC Leiden. Mijn voornaamste taak werd het ontwikkelen en uitvoeren van beleid en activiteiten ten behoeve van homoseksuele ouderen. Er ging een wereld voor me open, een kleurrijke wereld, continu in beweging, die me onmiddellijk aan het hart ging. Alles zat erin: van humanisering tot empowerment, van identiteitsontwikkeling tot sociale interventie; een onontgonnen gebied – dacht ik – met een hoge humanistische relevantie. En een prachtig onderwerp voor een scriptie. Maar bij het inlezen ontdekte ik dat er over deze doelgroep al enorm veel is geschreven. Ik hoefde niet meer te onderzoeken wat de behoeften van lesbische vrouwen boven de 55 zijn, want dat is al gedaan. Ik hoefde niet te evalueren welke woon-zorgvormen het meest gewenst zijn door roze ouderen in de randstad, want dat is al gedaan. We weten precies hoe eenzaam roze ouderen zijn, er is zelfs statistisch bewerkt cijfermateriaal van.

Toch bleef ik nieuwsgierig. Naarmate ik meer ingewijd raakte in het domein van de homobeweging in het algemeen en roze ouderen in het bijzonder, leerde ik de verschillende discoursen kennen die in deze wereld een rol spelen en elkaar soms keihard tegenspreken. Daarnaast raakte ik des te sterker gemotiveerd om een zinvolle bijdrage te leveren aan de humane oude dag van een groep mensen die, als je de literatuur mag geloven, nog meer dan hun heteroseksuele leeftijdgenoten in eenzaamheid verpieteren in zorginstellingen en in het ongelukkigste geval nog gediscrimineerd worden ook. En juist dat aspect van mijn baan leverde nog genoeg praktische vraagtekens op waarmee ik aan de slag kon, met Educatie en Kritische Organisatie- en Interventiestudies als afstudeervarianten.

Een masterscriptie dient een oefening te zijn in systematiek en methodologische zuiverheid. In navolging van mijn meer intuïtieve karakter dreigde het maar al te vaak een in stuipen verlopend creatief en associatief proces te worden. Gelukkig stuurde mijn begeleidster Jyotsna Gupta me telkens rustig en beslist terug in het gareel. Dat de totstandkoming van deze scriptie desondanks toch stuipen vertoonde was bijna onvermijdelijk; praktische omstandigheden zorgden voor interessante uitdagingen waaraan ik in steevast te kort tijdsbestek het hoofd moest bieden. Zo stond het literatuurgedeelte van de scriptie nog in de grondverf toen ik aan mijn eerste interviews begon. Toch gaf juist die vroege stap naar de praktijk een impuls aan het schrijven en het aanscherpen van het theoretische deel en mijn begripsdefinities. En toen al het materiaal van de interviews er eenmaal lag, geschiedde het analyseren en beschrijven van de resultaten en conclusies als in een snelkookpan. Intussen draaide ik Simeon ten Holts *Canto Ostinato* grijs.

Ik dank mijn afstudeerdocente Jyotsna Gupta voor haar prettige, persoonlijke stijl van begeleiden met een plezierige balans tussen inhoud en proces. Meelezer Yvonne Leeman was van cruciaal belang door op een beslissend moment feedback te geven die niet mals was, maar waar ik écht iets aan had. Speciale dank ben ik verschuldigd aan Peter Hermans, die tijd vrijmaakte voor een persoonlijk minicollege over bibliotheekvaardigheden en zoekstrategieën. Alle respondenten en contactpersonen van de verschillende zorginstellingen, die ik hier omwille van de anonimiteit niet bij name zal noemen, bedank ik zeer hartelijk voor hun bereidheid en tijd om aan mijn onderzoek mee te werken. Op de UvH bleek Astrid Bouman ook na de afronding van onze gezamenlijke stage in dit proces een studiepartner uit duizenden. Met Heleen Simonsz was niet alleen de samenwerking en uitwisseling op studiegebied, maar ook de vriendschap zeer waardevol. Emma Schotveld en Miriam Gankema, maatjes vanaf de start op de UvH, deelden lief en leed van hún afstudeerproces ook met mij.

Maar ook buiten de universiteit waren talloze mensen nabij en dierbaar. In de eerste plaats mijn ouders. Wat een incasseringsvermogen moet je hebben, met een afstuderende dochter die en passant ook nog wat andere kantelmomenten in haar leven meemaakt! Werkplek faciliteren, financiële support bieden, bijvoederen, praatpaal spelen, aanmoedigen, meedenken, en dan weer laten gaan en afstand houden: jullie deden het allemaal en ik ben jullie er geweldig dankbaar voor. Suzanne: ik heb nog nooit een vriendschap ervaren waarin zó kernachtig en zó door dik en dun de rafels en de glans van het menselijk bestaan gedeeld worden. En dan Arantxa, in wier keuken ik vrijwel tweewekelijks mijn hart uitstortte, Aletta en Lodewijk met wie ik uitrenrondjes door het prachtige Cronesteijn maakte en fijne tafelgesprekken voerde, Maartje en Martijn bij wie ik na een wandeldag steevast kon neerploffen en bijkletsen, Kathelijne die onvermoeibaar lieve kaartjes en sms-jes bleef sturen, en verder alle vrienden die mij met steun sms-ten, belden, mailden, ‘facebookten’, alle mensen die mij volstopten met eten en iedereen die op welke manier dan ook begrip en geduld opbracht. Dank jullie wel! Ik ben er weer!

## SAMENVATTING

Homoseksuele ouderen vormen een onzichtbare en kwetsbare groep binnen woon-zorginstellingen. Lang niet altijd durven zij open te zijn over hun geaardheid en meer dan hun heteroseksuele leeftijdgenoten lijden zij onder eenzaamheid en sociaal isolement. Komen zij wél uit voor hun seksuele identiteit, dan lopen zij het risico gediscrimineerd te worden, zowel door medebewoners als door het verzorgend personeel. Een speciaal homovriendelijk certificaat, de Roze Loper, beoogt hier verandering in te brengen. Dit vraagt echter wel om extra aandacht en inzet in termen van tijdsinvestering, middelen en facilitering. Waarom besluit een zorginstelling om homovriendelijk te worden, welke kennis hebben Roze Loper-instellingen in huis en heeft een niet-gecertificeerde organisatie behoefte aan kennis over roze ouderen?

Op basis van literatuur bracht ik de thema's zorg, kennisverwerving en roze ouderen in kaart. Daarnaast probeerde ik de bovenstaande vragen in de praktijk te beantwoorden door zorgmanagers en beleidsmedewerkers te interviewen. Hieruit bleek dat het begrip 'kennis' ten aanzien van homovriendelijk beleid in drie aspecten uiteenvalt. Ten eerste concrete kennis over de doelgroep: leefstijl, specifieke problematiek en behoeften op het gebied van zorg en welzijn. Ten tweede meer abstracte kennis over de aanpak van homovriendelijk beleid: hoe implementeer je roze beleid, waar vind je sleutelfiguren en hoe zorg je voor een duurzame verankering? Ten derde is kennis een kwestie met een morele lading; *waarom* zou je nadrukkelijk apart beleid maken speciaal voor roze ouderen?

Voor het succesvol invoeren van homovriendelijk beleid is kennis binnen zorgorganisaties zeer belangrijk. Ook na de start komt scholing en bewustwording bij voorkeur projectmatig en in een organisatiebrede cyclus terug. Een integrale aanpak komt het invoeren van homovriendelijk beleid op de lange termijn ten goede. Daarbij is een goed intern en extern PR- en communicatiebeleid van groot belang. Het inschakelen van een roze werkgroep, cliëntenraden en ondersteuning door belangengroepen vergemakkelijken het structureel inpassen van roze beleid. Bovendien kan kennisuitwisseling tussen zorginstellingen onderling veel toevoegen op het gebied van de aanpak binnen de organisatie. Daarnaast is het zinvol om de zogenaamde homo-hetero-allianties uit te (blijven) breiden naar de doelgroep ouderen, om dialoog en een op diversiteit gerichte beeldvorming te stimuleren.





Het denken en spreken over (ouderen)zorg heeft in de afgelopen decennia verschillende ontwikkelingen doorgemaakt: van een vrij paternalistische rol voor medisch professionals tot verregerende emancipatie van de patiënt (Van Delden et al., 1999), van het oplossingsgerichte *cure* naar een meer contextgerichte *care* met aandacht voor zachte waarden (Kanne, 2008) en van professionaliseringstrajecten met vooral technische en procedurele consequenties (Pool & Van Dijk, 1999) tot het gezamenlijk vormen van morele visies op zorg, waarbij menswaardigheid en medemenselijkheid niet uit het oog worden verloren (Van Heijst, 2005). Van Wijk (2011) introduceert het begrip cliëntgerichtheid in de zorg, waarbij aandacht voor individuele behoeften enerzijds en doelgerichtheid en marktwerking anderzijds geen tegenstrijdigheid vormen, maar beide waardevolle benaderingen zijn die elkaar juist aanvullen.

De trend om zorg op maat te leveren aan een geëmancipeerde cliënt vraagt om zorgvuldige afstemming met een diversiteit aan ouderen vanuit evenzovele achtergronden. Sinds enkele jaren komen homoseksuele ouderen in beeld als doelgroep met specifieke wensen en behoeften.

De positie van homoseksuele ouderen op het gebied van wonen, welzijn en zorg laat te wensen over, zo blijkt uit verschillende onderzoeken (Schuyf, 2006; Schuyf & Stoop, 2007; Keuzenkamp, 2007). Zo hebben roze ouderen meer dan hun heteroseksuele leeftijdgenoten te maken met eenzaamheid en sociaal isolement (Schuyf, 1996; Fokkema & Kuiper, 2009). In zorgafhankelijke situaties worden roze ouderen regelmatig gediscrimineerd vanwege hun seksuele oriëntatie (Schuyf, 2006). Zowel medebewoners van zorginstellingen als het verzorgend personeel geven blijk van intolerantie jegens homoseksuelen. Tegelijkertijd lopen roze ouderen specifieke zorg mis, juist doordat zij in zorginstellingen niet durven uitkomen voor hun seksuele oriëntatie en daardoor onzichtbaar blijven (Schuyf, 2006; Schuyf & Stoop, 2007). Directies, managers en personeel zien zelden openlijk homoseksuele ouderen in het verzorgingshuis en tonen zich weinig bereid om in te spelen op de zorgbehoeften, dan wel een opener klimaat te creëren (Schuyf, 1996; Meerendonk et al., 2003).

Naar aanleiding van verschillende onderzoeken vormden vier betrokken partijen (ANBO, COC Nederland, Movisie en de Schorer Stichting) in 2005 het landelijk Consortium Roze 50+. Onder het motto 'De onzichtbaarheid voorbij' lanceerde het Consortium in 2009 een masterplan om de zichtbaarheid van roze ouderen te vergroten en hun maatschappelijke positie te versterken. Eén van de hiertoe ontwikkelde instrumenten is de zogenaamde Roze Loper, een certificaat of kwaliteitskeurmerk waarmee zorginstellingen hun homovriendelijkheid kunnen onderstrepen.

## **1.1 PROBLEEMSTELLING**

In Nederland zijn nu 35 instellingen gecertificeerd met een Roze Loper, enkele instellingen zijn ‘aspirant’. Aan de certificering gaan een tolerantiescan en een audit vooraf, waarin wordt nagegaan wat voor beleid en welke activiteiten een instelling in huis heeft om het predikaat homovriendelijk te mogen dragen. Kennis over de doelgroep om hen een gunstig woonklimaat te garanderen en specifieke zorg te kunnen bieden is daarbij onontbeerlijk.

### Doelstelling

In kaart brengen welke kennis over roze ouderen bij de gecertificeerde instellingen aanwezig is, en hoe zij aan deze kennis zijn gekomen. Dat maakt het mogelijk voor de Consortiumpartners om instellingen die het traject nog ingaan, beter te begeleiden. Ook kan het bestaande aanbod van trainingen en voorlichtingsactiviteiten worden uitgebreid of beter afgestemd, en/of kunnen nieuwe interventies worden ontworpen om in de kennis en visie-ontwikkeling te voorzien.

### Vraagstelling

Welke kennis over zorg voor de doelgroep roze ouderen is nodig bij het verwerven van het Roze Loper-certificaat?

Hoe heeft de kennisverwerving en visie-ontwikkeling plaatsgevonden bij diverse gecertificeerde instellingen?

Waarin onderscheiden gecertificeerde instellingen zich van aspirant-instellingen op het gebied van kennis en visie op zorg voor roze ouderen?

## **1.2 BEGRIPPENKADER**

### Zorg, zorginstellingen

Dit onderzoek richt zich op de positie van roze ouderen in zorginstellingen en op het klimaat ten aanzien van (toekomstige) roze bewoners in zorginstellingen: woon-zorgvoorzieningen gericht op ouderen. Het gaat om permanente zorgverlening in instellingsverband of aanleunwoningen. Ziekenhuiszorg valt buiten het bereik van dit onderzoek, evenals revalidatiezorg, thuiszorg en zorg aan roze verstandelijk en/of lichamelijk gehandicapten.

### Ouderen

Het betreft in dit onderzoek niet-zelfstandig wonende ouderen; de meest voorkomende leeftijdsgrens in roze studies is 55 jaar en ouder. In dit onderzoek zijn ‘ouderen’ personen van 55+ die reeds in een

woon-zorginstelling wonen, dan wel op zoek zijn naar bij hen passende huisvesting en zorg.

### Normatieve professionalisering

Normatieve professionalisering heeft betrekking op de waardegeladenheid van het beroepsmatig handelen van zorgprofessionals en op de spanning tussen verschillende normen en waarden die het werk in de zorg met zich meebrengt. In dit onderzoek komt het begrip normatieve professionalisering aan bod in het kader van zorg en beleid gericht op roze ouderen.

### Kennis/kennisverwerving

Kennisverwerving in dit onderzoek betreft het vergaren van concrete kennis, maar ook de ontwikkeling, bewustwording en visievorming van zorgprofessionals en zorgorganisaties als collectief. Besproken worden het initiëren van kennistrajecten van bovenaf of juist vanaf de werkvloer, verschillende manieren van kennisoverdracht en kennisverwerving in termen van organisatieontwikkeling.

### Diversiteit/LHBT

Diversiteit verwijst in dit onderzoek naar ‘roze’, seksuele diversiteit. Het begrip ‘roze’ is een overkoepelende term voor LHBT: Lesbisch, Homoseksueel, Biseksueel en Transgender. LHBT of ‘roze’ kan o.a. aanduiden: iemand met een zelfbenoemde *seksuele* voorkeur voor hetzelfde geslacht; iemand met homoseksuele of lesbische *gevoelens*; iemand die bepaald seksueel *gedrag* vertoont. In de tekst gebruik ik afwisselend ‘roze’, ‘homoseksuele’ en ‘LHBT’ om deze groep aan te duiden.

## **1.3 VERANTWOORDING EN WERKWIJZE**

Om mijn vraagstelling te beantwoorden over de rol van kennis bij het verwerven van het Roze Loper-certificaat heb ik kwalitatief empirisch onderzoek gedaan: literatuurstudie aangevuld door kwalitatieve interviews. Het betreft een onderzoek naar kennis in complexe situaties ‘die we niet of slechts in beperkte mate kunnen onderzoeken met methoden en technieken die gericht zijn op kwantificering’ (Maso en Smaling, 2004, p. 11). Omdat kennis een veelzijdig begrip is, de gezondheidszorg een continu veranderend domein en het begrip homoseksualiteit omgeven is door normativiteit en bewustwording lag kwantitatief onderzoek niet voor de hand.

### Literatuursearch

Op zoek naar bestaande literatuur over zorg in het algemeen, ontwikkeling van zorgprofessionals en zorgorganisaties en beleid ten aanzien van homoseksuele ouderen heb ik de volgende bronnen geraadpleegd: de online catalogus van de UU, Aleph voor boeken en papieren publicaties en Omega voor digitale publicaties; de online nationale catalogus Picarta voor boeken, artikelen en tijdschriften; de Bibliografie Nederlandse Sociale Wetenschappen (BNSW), het scriptiearchief Igitur en de wereldwijde bibliografie worldcat.org. Ik gebruikte de zoektermen ‘professionalisering’ en ‘(gezondheids)zorg’ en ouderenzorg; ‘diversiteit(sbeleid)’; ‘kennis(verwerving)’, ‘leren’ , ‘lerende organisaties’, ‘visieontwikkeling’ en ‘organisaties’; ‘zorginstellingen’, ‘homoseksualiteit’ en ‘ouderen’. Omdat mijn vragen zijn toegespitst op de Nederlandse situatie heb ik me voor het gedeelte betreffende gezondheidszorg en roze ouderen beperkt tot Nederlandstalige literatuur. Aangezien de positie van homoseksuele ouderen pas enkele decennia tot aandachtspunt is geworden, heb ik me voor deze publicaties niet beperkt, maar alle bronnen over dit onderwerp geraadpleegd, waarbij de oudste dateert van 1993.

### Interviews

Naast literatuurstudie deed ik praktijkonderzoek in het werkveld van de ouderenzorg door middel van interviews. Mijn voorkeur ging aanvankelijk uit naar het gebruik van focusgroepen, zoals beschreven in Evers (2007). Een focusgroep biedt de mogelijkheid diversiteit tussen respondenten te onderzoeken, taboes te doorbreken, inzicht te bieden in bronnen van complex gedrag en motivaties, en ‘de focusgroep levert meer op dan de som van een aantal individuele interviews’ (Evers, 2007). Anderzijds is het begeleiden van een goede focusgroep sterk afhankelijk van de gespreksleider, wat een zware verantwoordelijkheid op de schouders van de onderzoeker legt; deelnemers kunnen juist belemmerd worden in hun uitspraken vanwege groepsdruk en eventuele hiërarchische verhoudingen. Ik zette bovendien vraagtekens bij de praktische haalbaarheid van een focusgroep met deelnemers uit het management in de zorg. Omdat ik toch veel waarde hecht aan de interactie, reflectie en uitwisseling, wilde ik duo-interviews houden: vraaggesprekken in tweetallen. Bijvoorbeeld door van dezelfde instelling de directeur en een beleids- of kwaliteitsmedewerker te spreken, of van dezelfde koepelorganisatie de directeuren van twee verschillende lokaties. In de praktijk bleek echter zelfs dat niet altijd haalbaar; bij de helft van de benaderde zorginstellingen heb ik twee medewerkers kunnen interviewen, en daarvan konden slechts twee interviews daadwerkelijk gelijktijdig worden afgenomen.

Om zoveel mogelijk ruimte te bieden aan de reflectie en de meningen van respondenten maakte ik voor de gesprekken gebruik van een open interviewrichtlijn, gebaseerd op hoofdthema’s uit de literatuur. Met de kernpunten uit deze conversatiehulp ging ik het gesprek in. De richtlijn bood de

mogelijkheid op belangrijke onderwerpen door te vragen tijdens het interview en hiervan een extra aandachtspunt te maken tijdens de analyse. De interviewrichtlijn is als bijlage opgenomen.

### Planning en verwerking

De informatie over kennisverwerving en visievorming, verkregen uit gesprekken met reeds gecertificeerde instellingen, wilde ik gebruiken als opmaat voor de interviews met aspirant- en niet-gecertificeerde instellingen. Dat had als consequentie dat ik eerst alle zorginstellingen met een Roze Loper zou interviewen en daarna de niet-gecertificeerde verzorgingshuizen met de hieruit ontstane visieverhalen wilde confronteren. Ook hier lagen wenselijkheid en haalbaarheid te ver uit elkaar om de ideale volgorde aan te houden. De volle agenda's en beperkte beschikbaarheid van de beoogde respondenten maakten dat ik elke mogelijkheid van harte aangreep en afzag van mijn eerder gestelde voorwaarden. Er hebben in totaal tien gesprekken plaatsgevonden met twaalf respondenten van acht verzorgingshuizen. Van alle interviews maakte ik geluidsopnamen, met uitzondering van één gesprek, door een technisch mankement aan het opname-apparaat. Deze opnamen heb ik letterlijk getranscribeerd.

### Selectie respondenten

Met het oog op de representativiteit en diversiteit zocht ik naar gecertificeerde en niet-gecertificeerde zorginstellingen met enige spreiding in achtergrond (humanistisch, algemeen, christelijk, ...) en geografische ligging (grote/middelgrote stad, platteland). Helaas bleek dit in de uitvoering lastig haalbaar. Wat de ligging betreft kwam ik om praktische redenen zoals reistijd in de Randstad uit, waar ik zelf woon. Diversiteit in denominatie bleek niet gemakkelijk te realiseren: verzorgingshuizen met een christelijke signatuur zijn over het algemeen niet bezig met homovriendelijk beleid en Roze Lopers waren dan ook in deze categorie niet te vinden. Toen het in eerste instantie niet lukte om gecertificeerde en niet-gecertificeerde instellingen te vinden met de gewenste spreiding in denominatie en ligging, maakte ik gebruik van mijn roze netwerk en contacten. De oproep in het roze circuit leverde contactpersonen en zorgmanagers in Noord- en Zuid-Holland op van wel en niet-gecertificeerde instellingen. Zo bezocht ik uiteindelijk verzorgingshuizen in Amsterdam, Haarlem, Leiden, Leidschendam, Wassenaar, Den Haag en Rotterdam. De deelnemende woon-zorgcentra in het onderzoek waren algemeen of humanistisch; één niet-gecertificeerde instelling was van huis uit gereformeerd. Vier verzorgingshuizen waren in het bezit van het Roze Loper-certificaat, één was aspirant, twee waren het traject aan het overwegen; bij één zorginstelling was geheel geen sprake van aandacht of belangstelling voor roze beleid. Ik sprak met twaalf respondenten van acht verschillende zorginstellingen; twee van de interviews waren dubbelinterviews en bij twee zorginstellingen sprak ik met twee betrokken medewerkers op een verschillend moment. Bij vier verzorgingshuizen interviewde ik één manager of beleidsmedewerker. Zie voor een overzicht van de respondenten de

onderstaande tabel.

Omdat het gaat om kennisverwerving, scholingsbeleid en organisatiecultuur wilde ik spreken met directies, (lokatie)managers, beleids- of kwaliteitsmedewerkers. Zij hebben immers invloed op de keuzes die hierin gemaakt worden. Bij niet-gecertificeerde instellingen vroeg ik om een interview met de lokatiemanager. Bij reeds gecertificeerde instellingen vroeg ik naar die persoon binnen de organisatie die het Roze Loper-traject in gang had gezet, verantwoordelijk was voor de uitvoering ervan, of er het meest vanaf wist. De groep respondenten bestond uit zes lokatiemanagers, twee medewerkers op het gebied van diversiteitsbeleid, een humanistisch geestelijk verzorger, een afdelingshoofd psychogeriatric, een woon-zorgconsulent en een vertegenwoordiger van een maatschappelijke roze organisatie. Drie respondenten identificeerden zichzelf tijdens het interview als homoseksueel of lesbisch, drie respondenten identificeerden zichzelf als heteroseksueel, bij de overige zes respondenten kwam hun eigen seksuele geaardheid niet ter sprake. De groep respondenten bestond uit tien vrouwen en twee mannen. Enerzijds zou daarmee het beeld bevestigd kunnen worden dat er meer vrouwen werkzaam zijn in de zorg; anderzijds ging het grotendeels om beleids- en managementfuncties, wat weer zou weerspreken dat deze posities vooral door mannen bekleed worden.

#### Overzicht respondenten

<b>Code</b>	<b>Functie, m/v</b>	<b>Denominatie</b>	<b>Roze Loper</b>
N1	Lokatiemanager (v)	Algemeen	Niet-gecertificeerd
N2a	Lokatiemanager (v)	Algemeen	Niet-gecertificeerd
N2b	Afdelingshoofd (v)	Algemeen	Niet-gecertificeerd
N3	Zorgmanager (v)	Algemeen (oorspronkelijk gereformeerd)	Niet-gecertificeerd
N4a	Lokatiemanager (v)	Humanistisch	Aspirant
N4b	Woonzorgconsulent (v)	Humanistisch	Aspirant
G1	Beleidsmedewerker diversiteit (v)	Algemeen	Gecertificeerd
G2a	Lokatiemanager (m)	Humanistisch	Gecertificeerd
G2b	Projectleider roze diversiteit (v)	Humanistisch	Gecertificeerd
G3a	Humanistisch geestelijk verzorger (v)	Humanistisch	Gecertificeerd
G3b	Kerngroep lid Haarlem Roze Stad (v)	Humanistisch	Gecertificeerd
G4	Lokatiemanager (m)	Algemeen	Gecertificeerd

### Analyse

Voor de analyse van het materiaal uit de interviews heb ik geen gebruik gemaakt van atlas.ti of een ander coderingsprogramma voor kwalitatieve onderzoeksmethoden. De voornaamste afweging daarbij was de tijdsinvestering om me het werken daarmee eigen te maken. De centrale thema's en uitspraken uit het onderzoek heb ik zelf systematisch gelabeld en geclusterd. Daarbij waren de hoofdlijnen uit de tekst van het literatuuronderzoek leidend. Ik onderscheidde de volgende begrippen: zorg/ouderenzorg, normatieve professionalisering, kennisverwerving, lerende organisaties, top-down/bottom-up, transfer, diversiteit, positie van roze ouderen, behoeften van roze ouderen, beleid van/voor roze ouderen, en een categorie 'diversen'. Aan elk begrip kende ik een cijfer toe. Vervolgens koppelde ik veelzeggende uitspraken uit de gesprekken aan de genummerde begrippen; zo kon ik 'scoren' welke uitspraken er gedaan werden over een bepaald onderwerp, hoe vaak, en met welke inhoudelijke strekking. Daarbij maakte ik onderscheid tussen de uitspraken die gedaan werden door respondenten van een Roze Loper-instelling en uitspraken van respondenten van een niet-gecertificeerde zorginstelling. Zo kon ik uitspraken vergelijken van wel en niet-gecertificeerde instellingen. Ook kon ik voor zowel de gecertificeerde als voor de niet-gecertificeerde instellingen een verbinding leggen tussen de geclusterde uitspraken en de literatuur.

Het volgende hoofdstuk van deze scriptie beschrijft op basis van de literatuur de visies op roze ouderen, (ouderen)zorg en kennisontwikkeling in zorgorganisaties. Allereerst ga ik in op de positie, wensen en behoeften van homoseksuele ouderen en beleidsinterventies. Daarop volgt een paragraaf over perspectieven op zorg en ouderenzorg. Vervolgens kijk ik naar de ontwikkeling en (normatieve) professionalisering van professionals in de zorg en zorgorganisaties. In het derde hoofdstuk bespreek ik de resultaten van de interviews, gericht op kennis over homovriendelijk beleid. Het vierde hoofdstuk bevat een conclusie en discussie, die worden gevolgd door een aantal aanbevelingen.





## ROZE OUDEREN, VISIES OP OUDERENZORG EN KENNISONTWIKKELING

# 2

### 2.1 ROZE OUDEREN: POSITIE, ZORGBEHOEFTE EN HUIDIGE BELEID

*‘Als te verwachten is dat oudere homoseksuele mannen en lesbische vrouwen als zodanig onzichtbaar zijn en als daarenboven ook nog verwacht kan worden dat hun levenservaringen onderling sterk van elkaar verschillen, dan staan we als onderzoekers wel voor een aantal praktische problemen’ (Soesbeek & Bonfrère, 1993, p. 23)*

In navolging van de gebruikte literatuur komt ook in deze scriptie de term ‘roze ouderen’ veelvuldig voor. Het begrip ‘roze’, voorafgaand aan ‘ouderen’, ‘woonvoorziening’ of ‘netwerk’, is een overkoepelende term die verwijst naar het rijtje LHBT: Lesbisch, Homoseksueel, Biseksueel en Transgender. Meerendonk et al. (2003) en Den Heijer (2009) wijzen terecht op de beperkingen die het met zich meebrengt om de in zichzelf zeer diverse doelgroep af te bakenen. Want LHBT of ‘roze’ kan verschillende zaken aanduiden: iemand met een zelfbenoemde seksuele voorkeur voor hetzelfde geslacht; iemand met homoseksuele of lesbische gevoelens; iemand die bepaald seksueel gedrag vertoont. ‘In alle gevallen staat de wens en/of de feitelijkheid van het onderhouden van seksueel/emotionele betrekkingen met het eigen geslacht centraal’ (Schuyf, 1996, p. 11). Transgenders zijn mannen die als vrouw geboren zijn, of vrouwen die als man geboren zijn; dit heeft meer te maken met genderidentiteit dan met seksuele gerichtheid (Kuyper & Van Rossenberg, 2010). De afkorting LHBT wil zo inclusief mogelijk zijn; voor de leesbaarheid schrijf ik ‘roze’ overal waar LHBT bedoeld wordt.

In diverse roze onderzoeken (Schuyf, 1996; Vincenten, 2009; Den Heijer, 2009) worden verschillende leeftijdsgrenzen gehanteerd van 50, 55 en 65 jaar, die natuurlijk consequenties hebben voor de aantallen roze ouderen die in deze groep vertegenwoordigd zijn. De meest voorkomende leeftijdsgrens is 55 jaar en ouder. Den Heijer (2009) meldt dat de schattingen voor het aantal homoseksuelen van deze leeftijdscategorie in Nederland uiteenlopen van 176.000 tot 246.000. Beide kanttekeningen ten aanzien van leeftijd ter harte nemend hanteer ik in deze tekst voor het begrip ‘ouderen’ de leeftijdsgrens van 55 jaar en ouder.

### **2.1.1 Positie van homoseksuele ouderen**

*‘Het altijd maar leiden van een dubbelleven en dus steeds letten op wat je zegt tegen wie is heel vermoeiend, belemmert me in het hebben van sociale contacten en trekt me in een sociaal isolement. Dit gepaard met de angst dat ik straks in een verzorgingstehuis al helemaal niet mezelf kan zijn. Kortom, ik kruip de kast weer in’ (Groenboek Belweek Roze Ouderen, 2011)*

Ondanks alle aandacht in de afgelopen decennia laat de positie van roze ouderen op het gebied van wonen, welzijn en zorg te wensen over, zo blijkt uit verschillende onderzoeken (Schuyf, 2006; Schuyf & Stoop, 2007; Keuzenkamp, 2007). ‘Een groot deel van de bestaande problematiek is te vergelijken met de algemene problematiek van ouderen. De specifieke positie van het homoseksueel zijn leidt echter tot een aantal knelpunten,’ aldus Schuyf (1996). Zo hebben roze ouderen meer dan hun heteroseksuele leeftijdgenoten te maken met eenzaamheid en sociaal isolement (Schuyf, 1996; Fokkema & Kuiper, 2009). Dat heeft drie oorzaken: roze ouderen hebben minder vaak een (vaste) partner en/of kinderen, beschikken over een kleiner sociaal netwerk om op terug te vallen en zijn minder dan heteroseksuele ouderen geneigd deel te nemen aan sociale activiteiten (Fokkema & Kuiper, 2009). Bovendien lijken zij vaker psychosociale problemen te ondervinden tengevolge van homodiscriminatie in verleden en heden, ambivalentie ten aanzien van de eigen geaardheid en/of het verborgen houden van de homoseksualiteit (Kuiper & Fokkema, 2009).

In zorgafhankelijke situaties worden roze ouderen regelmatig gediscrimineerd vanwege hun seksuele oriëntatie (Schuyf, 2006). Zowel bewoners van zorginstellingen als het personeel geven blijk van intolerantie jegens homoseksuelen (Schuyf, 2006; Den Heijer, 2009). Tegelijkertijd lopen roze ouderen specifieke zorg mis, juist doordat zij niet durven uitkomen voor hun seksuele oriëntatie en daardoor onzichtbaar blijven (Schuyf, 2006; Schuyf & Stoop, 2007). Directies, managers en personeel zien zelden openlijk homoseksuele ouderen in het verzorgingshuis en tonen zich weinig bereid om in te spelen op de zorgbehoeften, dan wel een opener klimaat te creëren (Schuyf, 1996; Meerendonk et al., 2003). Het in 2011 verschenen *Groenboek Belweek Roze Ouderen* biedt enige nuancering op het licht sombere perspectief. Er is onder roze ouderen minder angst voor de toekomst dan enkele jaren geleden, zij zijn over het algemeen tevreden over de zorg die zij ontvangen en er is zelfs ruimte voor acceptatie, trots, jezelf kunnen zijn en vreugde over het leven als roze oudere (Groenboek 2011, p. 8). Literatuuronderzoek uit de VS liet zien dat roze ouderen baat hebben bij het accepteren van hun homo- of lesbische identiteit. Daarbij komt dat sommige roze ouderen minder moeite hebben met ouder worden dan hetero-ouderen. ‘Zij zijn op jongere leeftijd al gestigmatiseerd wegens hun seksualiteit en hebben daarom minder last van het stigma dat men krijgt als ‘oude’. Het positief managen van deze gestigmatiseerde identiteiten bevordert succesvol ouder worden’ (Renkens, Felten

en Schuyf, 2011, p. 10).

De (on)zichtbaarheid van roze ouderen, kennis over hun problematiek en de bereidheid van het management om op specifieke behoeften in te spelen zijn hoofdthema's in de interviews voor dit onderzoek. Ook worden in de analyse mogelijke signalen uit de interviews verwerkt, die verwijzen naar positieve ervaringen en trots onder roze ouderen.

### **2.1.2 Zorgbehoeften**

*'De meeste homoseksuele ouderen vinden het belangrijk dat zorgverleners homovriendelijk zijn. Dit dient tot uitdrukking te komen doordat de zorgverlener beschikt over kennis over homoseksualiteit en een juiste attitude jegens de homoseksuele zorgvrager' (Pijnappels & Finnema, 2011, p. 22)*

Roze ouderen kampen met discriminatie, eenzaamheid, isolement en de angst om terug in de kast te moeten wanneer zorgafhankelijkheid nadert. Dit alles heeft zijn weerslag op de wensen en behoeften van roze ouderen ten aanzien van hun woon/leefomgeving: Den Heijer (2009) wijst erop dat het merendeel van de roze ouderen er de voorkeur aan geeft in een als roze aangemerkte woonvoorziening terecht te komen; gebrek aan sociale ondersteuning elders, de behoefte om met gelijkgestemden te wonen en een gevoel van onveiligheid zijn daarbij de belangrijkste factoren. Tegelijkertijd geven roze ouderen aan, dat ze niet zozeer apart zouden willen wonen, maar geaccepteerd en erkend willen worden zoals ze zijn door hun omgeving en hun verzorgenden (Schuyf, 2006). Vincenten (2009, p. 36) onderzocht de leefstijlen en behoeften van lesbische vrouwen van 55+ en constateerde dat vrouwen in deze leeftijdscategorie specifieke zorg- en welzijnsbehoeften hebben die samenhangen met hun leefstijl en seksuele identiteit. 'Dat is in de eerste plaats erkenning voor hun leefstijl en de waarde van lesbische relaties. Daarnaast hebben zij behoefte aan meer zichtbaarheid en een veilige omgeving waarin zij openlijk lesbisch kunnen zijn. Om het welbevinden van ouder wordende lesbiennes te waarborgen, is het belangrijk dat zorg- en welzijnsorganisaties en gemeenten rekening houden met de leefstijlen van deze generatie vrouwen en de specifieke behoeften die zij ervaren.' Ook in deze studie komt naar voren dat er enige verdeeldheid is over de gewenste woonvorm: 'Enkele vrouwen hebben behoefte aan speciale woonvormen voor roze ouderen, maar een ruime meerderheid van de vrouwen wil het liefst dat standaardvoorzieningen homovriendelijker worden' (Vincenten, 2009, p. 36). Een Rotterdams onderzoek naar de woonwensen van homoseksuele ouderen laat hetzelfde beeld zien: 'De meeste homoseksuele ouderen willen samen wonen met zowel homoseksuelen als heteroseksuelen. Een kleiner deel van de homoseksuele ouderen willen alleen

maar met andere homoseksuele mensen wonen' (Pijnappels & Finnema, 2011, p. 21). De wensen lopen uiteen van samen met homoseksuelen te willen wonen, of in de nabijheid van andere homoseksuelen, of tenminste in een homovriendelijke omgeving. 'Dit betekent dat zij in hun nabijheid meerdere mensen ontmoeten die hun situatie begrijpen of zoals zij dat omschrijven "waarbij je niets hoeft uit te leggen"' (Pijnappels & Finnema, 2011, p. 21).

Het *Groenboek Belweek Roze Ouderen* (2005) documenteerde telefonische getuigenissen van bewoners, personeel en familieleden ten aanzien van homo-(on)vriendelijkheid in de zorg. In 2011 vond een herhaling plaats van de belweek en verscheen een tweede *Groenboek*. Hoewel roze ouderen minder last hebben van eenzaamheid en discriminatie, blijft aandacht voor hun levensloop, problematiek en woon/zorgbehoeften geboden. Zij benadrukken bovendien het belang van aandacht voor hun positie in de opleidingen verpleegkunde of verzorging. De meeste roze ouderen willen 'homovriendelijke zorg, maar in een mix van homo- en heterobewoners' (Groenboek 2011, p. 6). De behoeften van roze ouderen hangen sterk samen met hun positie en problematiek; de signalen van de meest recente belweek lijken gematigd positief, wat wellicht verklaart dat de wens om geheel apart te wonen minder sterk wordt. Het belangrijkste zijn de vraag om erkenning, veiligheid en het 'niets hoeven uitleggen'. Of dergelijke wensen bij de zorginstellingen bekend zijn zal in de interviews terugkomen.

### **2.1.3 Beleid**

*'Het is aan de zorginstellingen om een dusdanig klimaat te scheppen, dat homoseksualiteit geen issue is' (Hans Becker, 2010)*

Naar aanleiding van verschillende onderzoeksresultaten vormden vier betrokken partijen (ANBO, COC Nederland, Movisie en de Schorer Stichting) in 2005 het landelijk Consortium Roze 50+. Onder het motto 'De onzichtbaarheid voorbij' lanceerde het Consortium in 2009 een masterplan om de zichtbaarheid van roze ouderen te vergroten en hun maatschappelijke positie te versterken. Eén van de hiertoe ontwikkelde instrumenten is de zogenaamde Roze Loper, een kwaliteitskeurmerk waarmee zorginstellingen hun homovriendelijkheid kunnen onderstrepen. Het eerste certificaat werd in april 2010 uitgereikt aan een verzorgingshuis in Amsterdam; inmiddels zijn 35 verzorgingshuizen in Nederland in het bezit van de Roze Loper. De criteria voor het toekennen van de Roze Loper zijn in handen van KIWA: een onafhankelijke kwaliteitsorganisatie die is gespecialiseerd in certificeringstrajecten in de zorg. Het bedrijf ontwikkelde een 'tolerantiescan' en verzorgt de audits bij zorginstellingen die het Roze Loper-certificaat willen verwerven. De tolerantiescan is bedoeld als bewustwordingsinstrument én maakt duidelijk of het aanbod van de instelling voldoende aansluit bij

homoseksuele bewoners. De tolerantiescan onderscheidt de thema's beleid en organisatie, personeelsbeleid, opleiding, bewustwording, diversiteit, sociaal-emotionele veiligheid en signalering en begeleiding van klachten. De volledige vragenlijst van de tolerantiescan is als bijlage opgenomen.

Een twintigtal zorginstellingen is momenteel 'aspirant', hetgeen wil zeggen dat zij nog aan de tolerantiescan onderworpen moeten worden, dan wel aanpassingen in hun beleid moeten doorvoeren voordat zij zich als homovriendelijk mogen profileren. Die profilering beperkt zich niet tot het formeel accepteren van homoseksualiteit, het organiseren van speciale activiteiten of het toelaten van een bepaald percentage roze ouderen. Ook in het personeelsbeleid, in de betrekkingen met familie van cliënten en in de dagelijkse omgang tussen bewoners zou de beledenen homovriendelijkheid zichtbaar moeten zijn; in die zin wijkt de emancipatieslag die hier gemaakt wordt, niet af van de algemene homo-emancipatie in de gehele samenleving.

Of roze ouderen baat hebben bij een benadering die hen specifiek als roze wegzet, staat overigens ter discussie. Hans Becker, de grondlegger van de humaniserende ja-cultuur bij de Rotterdamse Humanitas woon-zorginstellingen, betwijfelt dit. Het is volgens hem onnodig om roze ouderen apart te laten wonen of ontmoetingsmogelijkheden voor hen te faciliteren. 'Faciliteren is óók al discrimineren', zegt Becker. 'Je creëert een kneuzenclubje, een sfeer van "zij mogen wel bij ons eten, hoor!". Homo's moeten eens goed voor zichzelf leren zorgen. Dat begint ermee dat ze zichzelf accepteren'.<sup>1</sup>

Het integrale beleid van het Consortium Roze 50+ omvat naast de Roze Loper nog meer activiteiten, o.a. een webcommunity, ontmoetingsmogelijkheden, buddyzorg, training van zorgprofessionals en zichtbaarheidsacties, onder andere door middel van homo-heteroallianties. Er is een breed en divers financieel commitment voor het uitvoeren van dit beleid, o.a. van de ministeries VWS, VROM, OCW, het Blauwe Fonds, VSB fonds, het Oranje fonds en andere bronnen (Masterplan Roze 50+, 2009). Voor Roze Loper-zorginstellingen is de zogenaamde *toolkit* beschikbaar, een ruime keuze uit interventies die bijdragen tot het bespreekbaar maken van homoseksualiteit of de zichtbaarheid van roze ouderen stimuleren. Een greep uit het aanbod: een fototentoonstelling, een begeleide dialoogbijeenkomst, de stadsverteller, een theatervoorstelling, muziek- en dansactiviteiten met een roze tintje maar ook het spel *Wie van de Drie* maken deel uit van deze toolkit.

Op het in kaart brengen van de positie en problematiek van roze ouderen op basis van de literatuur volgt het beantwoorden van vragen over kennis over de doelgroep en het invoeren van homovriendelijk beleid in de praktijk door leidinggevenden, managers en beleidsmedewerkers in de zorg. Door middel van de interviews probeer ik te verkennen hoe zorginstellingen, gecertificeerd of niet, aankijken tegen de doelgroep homoseksuele ouderen, de kennis over deze doelgroep en het implementeren van homovriendelijk beleid. Deze vragen komen dan ook terug in de conversatiehulp.

---

<sup>1</sup> Uitspraak dhr. Becker in gesprek met Maaïke Kluit, 29 juni 2010

## 2.2 ZORG EN VISIES OP OUDERENZORG

*‘De dagelijkse gang van zaken in de ouderenzorg toont nog steeds een dominante oriëntatie op de primaire levensbehoeften: eten, drinken, toiletgang, slapen, het wegnemen van pijn en ongemak, en overleven als zodanig’ (Van Delden et al., 1999, p. 101)*

In dit hoofdstuk schets ik in grote lijnen de achtergrond waartegen mijn vragen over kennisverwerving en cultuurverandering in organisaties in relatie tot homovriendelijk beleid gesteld en beantwoord zullen worden.

Bij een eerste verkenning van het concept ‘zorg’ wordt al snel duidelijk dat grofweg twee benaderingen van het begrip dominant zijn. Op zoek naar begripsdefinities bij verschillende auteurs worden de contouren zichtbaar van enerzijds een vrij technisch-instrumentele, curatieve en resultaatgerichte benadering, anderzijds een vooral ethisch-morele en op medemenselijkheid gerichte invalshoek. Filosofische begripsopvattingen van (ouderen)zorg zijn te vinden bij Van Delden et al. (1999), Van Heijst (2005), Kanne (2008) en Vosman & Baart (2011). Deze auteurs bieden een kennisbasis over ethiek van de zorg, perspectieven op het denken over goede zorgverlening en visies op de rol van zorgprofessionals. Daartegenover lijkt een meer zakelijke opvatting te staan, o.a. bij Pool & Van Dijk (1999) en Van Wijk (2011) voor wie *zorgverlening* vrijwel synoniem lijkt te zijn aan *service*. Het adviesrapport *Professionals in de gezondheidszorg* (2000) van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) benoemt de patiënt als consument en de zorg als een verzameling arbeidsorganisaties waarin doelmatigheid en kostenbeheersing centraal staan. Natuurlijk staan beide visies niet lijnrecht tegenover elkaar; bij nadere bestudering blijken de representanten van beide invalshoeken voortdurend toenadering tot elkaar te zoeken. Hieronder breng ik deze dialoog in beeld en verken ik de betekenis van beide perspectieven voor mijn onderzoek naar kennis over roze ouderen in de zorg.

### **2.2.1 Professionalisering: van beheersing naar medemenselijkheid**

Een schets door Van Delden et al. (1999) van het ouderenzorgbeleid laat zien dat de nadruk de afgelopen decennia sterk is komen te liggen op toegankelijkheid van voorzieningen en doelmatigheid in organisatie en uitvoering. Daarnaast is professionalisering van medewerkers in de zorg een toverwoord geworden; het rapport van de RVZ uit 2000 getuigt daarvan, evenals de meer recente publicatie van Van Wijk (2011). Professionalisering klinkt veelbelovend, maar er worden kritische kanttekeningen geplaatst bij de inhoudelijke betekenis van het woord. ‘Er is in de zorg veel aandacht

voor professionalisering, waarbij het accent doorgaans ligt op procedures, kostenbeheersing en efficiëntie en er weinig oog is voor persoonlijke betrokkenheid en aandacht' (Kanne, 2008). Professionalisering van de zorg lijkt meer en meer te bestaan uit het vastleggen van protocollen, kwaliteitsindicatoren en begrotingen. 'In de zorgsector heerst over het algemeen een sterk financieel gerichte beheerscultuur met regels, geboden en vooral verboden' stelt ook Becker (2006). Van Heijst (2005, p. 10) neemt afstand van die zakelijke benadering: 'Zorgvisies en mission statements staan in het teken van vakmatig excelleren en presteren in kwaliteitsmetingen (voor de professionals), en autonomie en keuzevrijheid (voor de cliënt, bewoner of patiënt), al begint er duidelijk iets te veranderen.' Er is een trend zichtbaar waarbij juist de 'zachte' waarden meer en meer centraal komen te staan, en waarbij het 'niet alleen gaat om het technische aspect, het daadwerkelijke verlenen van zorg, maar ook om de context waarin deze zorg plaatsvindt' (Kanne, 2008). Het past bovendien in deze trend om goede zorg tot onderwerp van discussie te maken en de discussie niet te beperken tot kosten, resultaten en evidence-based handelwijzen.

Van Heijst (2005, p. 10) betoogt dat een louter prestatiegerichte benadering zowel afnemers van de zorg als zorgverleners geen recht doet. 'Zorgen is vorm geven aan het feit dat mensen samenhangen, op kleine schaal en op grotere schaal in de gemeenschap van de samenleving.' Zorg is dan niet slechts een oppervlakkige en beheersbare aangelegenheid, gericht op 'beter maken', maar een veel breder op te vatten begrip waarin medemenselijkheid centraal staat. Een vergelijkbaar standpunt is terug te zien in de omschrijving van het begrip *care* bij Vosman & Baart (2011, p. 203): 'Care is the effort to keep life (existence) going when it is failing, weak, in pain, in danger, broken, threatened, fragile, and when it loses its quality, autonomy and self-sufficiency.' Zowel bij Van Heijst als bij Vosman & Baart zijn menselijke kwetsbaarheid en wederzijdse afhankelijkheid fundamentele uitgangspunten in het gesprek over zorg. Ook Van Delden et al. (1999, p. 77) noemen deze elementen, en stellen in hun definitie van goede zorg het samenvallen van de beide benaderingen als voorwaarde: 'Zorg duidt een bijzondere relatie aan tussen mensen, zeker als kwetsbaarheid en verregaande afhankelijkheid er een manifeste rol in spelen. Goede zorg houdt in dat materiële hulp- en dienstverlening aan de ene en interpersoonlijke communicatie en aandacht aan de andere kant intrinsiek met elkaar verbonden zijn'. Oog hebben voor kwetsbaarheid en samenhang tussen mensen kan beslist bijdragen aan een tolerant, homo-vriendelijk klimaat in een zorginstelling. Juist aandacht en interpersoonlijke communicatie zijn van belang voor een doelgroep die minder zichtbaar is; het kan kwetsbare groepen – homoseksuele, maar ook allochtone of gehandicapte bewoners – ten goede komen als binnen een zorginstelling de 'zachte waarden' centraal staan, of bóven efficiëntie gaan.

### 2.2.2 Service en cliëntgerichtheid

Bij Van Wijk (2011, p. 17) ligt het accent van goede zorg voornamelijk op het verlenen van service; hij benadrukt het belang van vraaggericht opereren en ziet patiënten en zorgverleners als partijen die vraag en aanbod uitwisselen: ‘Organisaties moeten aansluiten bij de (zorg)vragen, behoeften en wensen van patiënten/cliënten en voorwaarden scheppen om hun medewerkers de juiste diensten op een excellente manier te laten verlenen’. Ook bij Pool & Van Dijk (1999, p. 76) is het bieden van zorg een kwestie van dienstverlening in een omgeving die snel verandert en aan vernieuwing onderhevig is. ‘Dit vereist van de medewerkers in de organisatie een flexibele en dienstverlenende houding. De medewerker is dus de vitale factor in het streven van de organisatie naar klantgerichtheid, kwaliteit, productiviteit en effectiviteit in de snel veranderende omgeving’. Maar of daarmee de wederzijdse afhankelijkheid voldoende een gezicht krijgt, is de vraag: ‘Care is not a product, created and delivered by one party and consumed by the other, but a mutual effort. Good care is aiming at that mutuality; values such as the human dignity and one’s biographical situatedness (being someone in a unique way) are intrinsically interwoven in this intention’ (Vosman & Baart, 2011, p. 206). Kan er voldoende recht worden gedaan aan een ‘biographical situatedness’, bijvoorbeeld een ‘afwijkende’ levensloop, wanneer de zorg zo op efficiëntie gericht is? Is zorg op maat, bijvoorbeeld aan een roze oudere, wel mogelijk binnen een context die standaard-kwaliteit propageert? Toch is Van Wijk niet blind voor het belang van relationaliteit en waarden in het werken in de zorg; het door hem geïntroduceerde begrip “*serviceklimaat*” strekt zich uit over de gehele organisatie, heeft zowel harde als zachte kanten en verwijst wel degelijk naar ‘een set van waarden (uitgangspunten) en normen (de manieren waarop de uitgangspunten in de praktijk vorm dienen te krijgen; geschreven en ongeschreven gedragsvoorschriften) die de grondtonen van de dienstverlening van deze organisatie vormen’ (Van Wijk, 2011, p. 27). Het welzijn van de patiënt staat centraal en ook diens afhankelijkheid wordt onderkend. ‘Patiënten zouden steeds moeten ervaren dat alles op hun welbevinden is gericht en dat men oog heeft voor de afhankelijke situatie waarin zij verkeren’ (op.cit., p. 41).

Zo uiteenlopend als de perspectieven op zorg zijn, de auteurs vinden elkaar als het gaat om een belangrijk en veelgenoemd aspect van de zorg: marktwerking. Waar Van Wijk nog mild is – hij beziet marktwerking min of meer in het verlengde van vraaggerichte zorg – is Van den Ende (2011, p. 19) voorzichtig kritisch: marktwerking ‘... resulteert in een tweedeling onder de (potentiële) afnemers van diensten; voor professionals en hun organisaties wordt het steeds lastiger om deze groep mensen te bereiken’ en Van Heijst (2005, p. 13) rondt af verordelend: ‘Marktwerking berust op een in wezen amorele dynamiek waarin het niet draait om ‘waarden’ maar om ‘waren’. Aan de hand van uitspraken over beleidskeuzes van zorginstellingen zal in de analyse bekeken worden of marktwerking een stimulans of een gevaar vormt voor homovriendelijk beleid.

Het valt voorzichtig te betwijfelen of roze ouderen in een vraaggerichte en sterk dienstverlenende



omgeving tot hun recht komen. Enerzijds is het goed denkbaar dat als mondige roze cliënten hun wensen en behoeften duidelijk kenbaar maken aan de zorgomgeving, de organisatie deze kans kan benutten om hen tegemoet te komen. Anderzijds zullen juist kwetsbare roze ouderen die zich niet als homoseksueel durven te identificeren tekortkomen. Het is bovendien de vraag of een organisatie de kwaliteiten en de bereidheid in huis heeft om de specifieke zorgvragen, wensen en behoeften van een *roze* cliënt in beeld te krijgen. Op deze kwestie gaan de interviewvragen over kennis in dit onderzoek in.

## **2.3 KENNISVERWERVING EN VISIEONTWIKKELING VAN ZORGPROFESSIONALS**

### ***2.3.1 De professional in de zorg – normatieve professionalisering***

*‘Waaraan wordt afgemeten wat goed is? En wie hanteert de maatstaf? Je bent een goede zorgverlener wanneer je je productietarget haalt. Of ben je wél een goede medewerker maar juist géén goede zorgverlener wanneer je je productietarget haalt? Want een goede zorgverlener is toch iemand die alle tijd neemt voor een patiënt?’ (Kanne, 2008, p. 181)*

Professionals zoeken hun weg binnen de gestelde technische kaders, proberen begrippen als relationaliteit en kwetsbaarheid vorm te geven in hun dagelijks handelen, dienen zich bewust te worden van hun onvermijdelijke machtspositie en zoeken naar evenwicht tussen rationaliteit en ethiek – dit alles onder de noemer professionalisering. Professionalisering gaat, in navolging van de industriële benadering, ‘gepaard met prikkels tot een bedrijfsmatige manier van werken’ (Baart, 1996, p. 113), terwijl productieve factoren volgens meer moderne denk- en zienswijzen juist bestaan uit menselijke kwaliteiten als aanspreekbaarheid, sensibiliteit, aanraakbaarheid, lichamelijke responsiviteit, trouw, zorgzaamheid en beschikbaarheid.

Het spreken en denken over normatieve professionalisering heeft in de afgelopen decennia een rijk vervolg gevonden, o.a. in een gelijknamig themanummer van het Tijdschrift voor Humanistiek (2005) en in de bundel Goed Werk (2008) waarin over normen en waarden in het werk vanuit verschillende beroepsdomeinen gereflecteerd wordt. Om het belang van normen en waarden en de discussie erover lijkt niemand vandaag de dag meer heen te kunnen. Toch betoogt Van den Ende (2011, p. 31) dat er nog veel te weinig aandacht uitgaat naar de normatieve rol die professionals spelen in onze samenleving, omdat nu eenmaal ‘professioneel handelen in de (semi-)publieke en maatschappelijke dienstverlening altijd morele en maatschappelijke aspecten heeft’. De RVZ signaleert dat zorginhoudelijke argumenten in botsing komen met financiële afwegingen en dat het voor

professionals in de zorg steeds lastiger wordt om te bepalen in hoeverre bepaalde maatregelen voor hen acceptabel zijn. Professioneel werken betekent *goed* werken. Niet regels en budgetten zouden leidend moeten zijn voor goed werk, maar de morele afwegingen en de eerder genoemde menselijke kwaliteiten. Volgens Baart (1996) biedt de normatief-existensiële dimensie juist een kader voor de sociaal-technische aspecten van het professioneel handelen in zorg en welzijn.

De beroepsrol van de professional – kennis, ervaring, positie in een organisatie – lijkt een machtsongelijkheid met zich mee te brengen, door Baart (1996, p. 119) *professionele macht* genoemd: de professional gaat ‘de relatie met zijn cliënt aan vanuit een beroepsrol en de ermee verbonden positie, verwachtingen en verantwoordelijkheden. Daarmee is de relatie van meet af aan bepaald en beperkt en wel, hoe men het ook draait of wendt, als een asymmetrische betrekking.’ De asymmetrie kan echter ook andersom gezien worden, wanneer men de cliënt als consument beschouwt die invloed uitoefent op het zorgaanbod. Voor deze invalshoek lijkt meer ruimte te ontstaan. Van Wijk geeft de relatie tussen professionals en cliënten het karakter van een aanbieder-consument-verhouding; in zijn visie kunnen de afnemers van zorg bepalen en sturen wat er op de markt wordt aangeboden. Van asymmetrie lijkt in die relatie geen sprake te zijn, integendeel – juist de consument heeft macht! ‘Meer dan in het verleden zullen zorginstellingen hun aanbod moeten gaan afstemmen op de vraag, maar vooral ook op de behoeften en de verwachtingen van patiënten en cliënten’ (Van Wijk, 2011, p. 9).

Was in het verleden het kennisverschil tussen professional en cliënt mede debet aan de door Baart bedoelde ongelijke machtsverhouding, ook daarin zijn veranderingen merkbaar. Van den Ende signaleert dat de deskundighedsniveaus van burger en professional steeds dichterbij elkaar komen te liggen. Dat werpt een nieuw licht op professioneel handelen en op de betekenis van kennis en deskundigheid.

In de verschillende discoursen over de zorg strijden een technisch-procedurele benadering en een ethische, menslievende benadering om voorrang. Onder de noemer van professionalisering en kwaliteitszorg komt er dikwijls een beheers- en controledrang om de hoek kijken. Anderzijds werpt het begrip professionalisering een nieuw perspectief op de rol van de professional, zijn/haar persoonlijke waarden en de relatie met de cliënt: het denken over botsende waarden en de strijdigheid tussen regelgeving en moraal vindt plaats in het proces van normatieve professionalisering. Zijn deze spanningen ook voelbaar in de praktijk en in hoeverre spelen zij een rol bij de keuze om homovriendelijk beleid te voeren? Wat weten zorgorganisaties over hun homoseksuele bewoners en hoe kunnen zij ook aan hen *goede* zorg leveren? De aanwezige kennis en afwegingen ten aanzien van homovriendelijk beleid komen terug in de interviewvragen voor instellingen met en zonder Roze Loper-keurmerk.

### 2.3.2 Kennisverwerving en (visie)ontwikkeling van zorgprofessionals

*‘Kennis stelt een organisatie in staat om haar klanten een wezenlijk voordeel te bezorgen’*  
(Van Wijk, 2011, p. 120)

Doordat technische en maatschappelijke ontwikkelingen niet stilstaan en arbeid complexer wordt, is het noodzakelijk om tijdens de professionele loopbaan te blijven bijleren en zich te ontwikkelen. Werken is een oneindige cyclus van formeel en informeel leren. Waar medewerkers zich ontwikkelen, profiteert – als het goed is – de hele organisatie. Leerprocessen zijn echter slecht te managen en ongrijpbaar (Rondeel & Wagenaar, 2002, p. 10). Geschat wordt dat slechts 10 % van alle opleidingsactiviteiten in organisaties het gewenste effect heeft (Pool & Van Dijk, 1999, p.75), terwijl ongeveer 75 procent van de verandertrajecten in Nederlandse (zorg)organisaties faalt (Van Wijk, 2011, p. 97). Een somber beeld, dat het belang van het effectief aanpakken van leer- en opleidingsprocessen in (zorg)instellingen onderstreept. Het nodigt bovendien uit tot reflectie over leren in en door organisaties, wat een interessante dwarsdoorsnede van visies oplevert. Waarom wordt er geleerd en door wie, wat en hoe precies? Moeten ontwikkelingen bottom-up plaatsvinden of top-down?

#### Lerende organisaties

Doordat veranderingen in de zorg aan de orde van de dag zijn, is in organisaties binnen dat domein bij uitstek een lerende attitude nodig. ‘In een lerende organisatie zijn medewerkers en leidinggevenden in staat de snelle doorstroom van opvattingen, aanpassingen en vernieuwingen te verwerken. Zij houden rekening met de eisen en behoeften van de omgeving en de klanten in deze omgeving’ (Pool & Van Dijk, p. 76). Kennis en kennisverwerving zijn daarin geen statische begrippen: kennis verwijst naar een gezamenlijk gedeeld ontwikkelingsproces, dat zich telkens in andere gedaanten en met andere invalshoeken herhaalt. Rondeel & Wagenaar (2002) signaleren de spanning tussen individueel en collectief leren; hoewel persoonlijk verworven bekwaamheden van medewerkers deel moeten uitmaken van de organisatie als geheel, komt daar in de praktijk vaak weinig van terecht. Zij pleiten voor *verbinding* als cruciale factor om ontwikkeling te doen slagen. Ook Van Wijk (2011, p. 119) propageert ‘verbinding met de klanten of gebruikers als cultuur van de organisatie’. Hij wijst erop dat ontwikkelen niet slechts een kwestie is van een nieuw kunstje leren, maar ook een inhoudelijke en emotionele betrokkenheid van mensen vraagt. ‘Het is (...) niet vreemd dat veranderprocessen in zorgorganisaties beginnen met het opnieuw definiëren van de zorgvisie’ (Van Wijk, 2011, p. 123). De visie verwijst dan ook naar de doelstellingen waarmee de kennisambitie samenhangt; die behelst datgene waar een professional goed in wil zijn, beter in wil worden. Ook hier speelt een collectief begrip van de organisatie een rol: ‘De kennisambitie van een organisatie staat in nauwe relatie tot de

bedrijfscultuur' (Van Wijk, 2011, p. 123).

### Top-down, bottom-up, cliëntgericht

Leren, opleiden en ontwikkeling vindt bij voorkeur zowel top-down als bottom-up plaats: 'pas dan leidt het tot vruchtbare en zinvolle opleidingsinspanningen en wordt de effectiviteit ervan voor de bedrijfsprocessen vergroot' (Pool & Van Dijk, 1999, p. 75). De keerzijde van een top-down geregisseerd implementatieproject is weerstand van degenen op wie de verandering is gericht of wiens belangen worden geraakt. Dan wordt maar al te vaak bevestigd dat het ontwikkelingsbeleid faalt en resulteert in *resistive compliance*: 'Ja zeggen, nee doen'. (Van Wijk, 2011, p. 107). Bij Rondeel & Wagenaar worden liefst alle organisatie- en managementfuncties, dwars door het bedrijf heen, aangesproken. De lerende organisatie ontstaat bij hen pas, wanneer oude domeinstructuren worden losgelaten en de verschillende geledingen van een organisatie elkaar gaan faciliteren. Iedereen in de organisatie moet op dezelfde manier tegen een opleidingsplan en beleidsplan aankijken (Pool & Van Dijk, 1999, p. 84). Ook van Wijk benadrukt het belang van een collectieve ambitie voor het welslagen van een scholings- of ontwikkelingstraject. Waar Pool & Van Dijk (1999) echter organisatiebreed gedragen plannen voorstaan, ziet Van Wijk (2011) visievorming toch vooral als een hoofdtaak van bestuurders en management. In de benadering van Pool & Van Dijk is het vaststellen van de opleidingsnoodzaak een proces waar behalve management ook medewerkers en cliënten een belangrijke rol in spelen. Bovendien moeten opleidingsplannen interne en externe consistentie vertonen. Interne consistentie betekent dat onderdelen van het scholingsplan een goede onderlinge samenhang vertonen, bijvoorbeeld door inbedding in een cyclus. Daarnaast moet het opleidingsplan externe consistentie bezitten, dus samenhang vertonen met andere werkerterreinen en ontwikkelingen. Voldoende tijd reserveren voor de aanloopfase, het formuleren van visie en richting en het inrichten van een communicatieplan is van groot belang. Van Wijk (2011, p. 44) begint bovendien met zoeken naar aansluiting bij de geschiedenis en culturen van het bedrijf: 'Waar zijn we begonnen, wat zijn van oudsher onze waarden en hoe hebben we die in de loop der jaren vormgegeven? Wat is ons huidige aanbod en welke patiënten/cliëntengroepen bedienen we ermee? Deze vragen zijn zo belangrijk omdat werkrouines en de waarden daarachter zijn verstold tot een stilzwijgende cultuur van routines in het patiëntencontact en de onderlinge samenwerking'. De bedrijfswaarden en -normen moeten eenduidig en consistent verweven zijn in het gedrag en de houding van de medewerkers.

Van Wijk (2011) constateert dat cultuurveranderingen in zorgorganisaties vaak moeilijk zijn. Er is dikwijls sprake van spanning tussen professionals en managers, terwijl de laatstgenoemden in menig veranderproces de hoofdrolspelers zijn. Participatie en socialisatie van alle betrokkenen is een belangrijk middel om een ontwikkelproces door de hele organisatie heen te laten slagen. Evenals Pool & Van Dijk (1999) ziet Van Wijk (2011) het belang van een (goed) communicatieplan: de verander-

opleidings- of interventiecyclus moet breed gedragen en transparant zijn, en er mag geen sprake zijn van verborgen doelstellingen en belangen.

### Transfer

Transfer betekent overdracht van in een leersituatie opgedane kennis naar de praktijk: een belangrijk, maar kwetsbaar onderdeel van een opleidingstraject. Zo blijken kennis en vaardigheden vaak niet toepasbaar en een andere attitude in de praktijk moeilijk hoog te houden. Deze constatering doen ook Rondeel & Wagenaar (2002); het geleerde sluit dikwijls niet aan bij de behoefte die in het werk aanwezig is, of 'impliciete spelregels' belemmeren de overdracht van het geleerde naar de werkplek. Door dit soort struikelblokken is de opbrengst van een opleiding niet altijd duidelijk. Van Wijk (2011) noemt een aantal transfer-bevorderende factoren: stimulerend leerklimaat, betrokken managers, leersituaties die lijken op werksituaties, goed geïnformeerde docenten, voldoende taakvolwassenheid, een sfeer van gezamenlijkheid en concrete leerdoelen. Het strekt daarnaast tot aanbeveling om leerplannen ook in jaarplanning op te nemen; het opleidingstraject heeft zo het karakter van een cyclus.

### Instrumenten

Van Wijk (2011, p. 127) suggereert talloze interventies om de organisatieontwikkeling te ondersteunen: van werkoverleg en kwaliteitskringen tot multidisciplinaire werkconferenties; van intervisie en training – met het oog op de transfer liefst direct op de werkplek – tot enquêtes en voorlichtingsbijeenkomsten; en diverse HRM-gerelateerde ingrepen, zoals functionerings- en beoordelingsgesprekken. Het is cruciaal om professionals hierin een rol te geven. Bovendien is participatie van andere belanghebbenden – cliënten, samenwerkingspartners, middenkader – een voorwaarde om verandering te realiseren. In deze zgn. *stakeholderbenadering* is er een gedeeld belang; het gaat om het verwerven van commitment van professionals, omdat de ontwikkeling van een bepaalde groep professionals binnen de organisatie nooit op zichzelf staat, zoals Rondeel & Wagenaar (2002) al eerder betoogden.

Kennisontwikkeling is een centraal en terugkerend gegeven in zorginstellingen. Of het nu gaat om verpleegtechnisch handelen of veranderprocessen, organisaties zijn als collectief voortdurend in beweging en in ontwikkeling. Bij het verwerven van het Roze Loper-certificaat wordt kennis over de doelgroep roze ouderen getoetst en staan o.a. bewustwording, visie en personeelsbeleid centraal. De kennisambitie en kennisverwerving in een organisatie vertonen een nauwe samenhang met de gevestigde bedrijfscultuur; leren op en over het werk vraagt om een inhoudelijke en emotionele betrokkenheid van professionals bij de visie en doelstellingen van het bedrijf of de instelling waarvoor

zij werken. Een integrale benadering van opleidingen, evenals een breed draagvlak voor de ontwikkelprocessen zijn daarbij wenselijk. In de interviewrichtlijn komen professionaliseringstrajecten en kennisverwerving bij alle zorginstellingen aan bod, zowel in het kader van het roze beleid als op zichzelf staande ontwikkelingstrajecten.

### ***2.3.3 Diversiteit en participatie in zorg***

*‘Als we voorbijgaan aan diversiteit, en participatie geen kans geven, lijdt de volksgezondheid daar onherroepelijk onder’ (Themanummer Mediator, 2011, p. 4)*

Van den Ende (2011, p. 19) constateert dat de diversiteit onder de bevolking toeneemt. Met een nuancering: misschien is er niet eens sprake van een absolute toename, maar is het een trend dat diversiteit in etnische afkomst, sociaal-economische situatie en seksuele gerichtheid in deze tijd zichtbaarder wordt of meer erkenning en aandacht krijgt. Dat heeft gevolgen voor zorg- en hulpverlening. ‘Het resultaat is een toename in de diversiteit in de hulpvraag, in de omgang met de eigen problematiek of vraag én in de omgang met de professional.’

Wie in verschillende bronnen zoekt naar ‘diversiteit’ en ‘diversiteitsbeleid’ in relatie tot zorg, komt in aanraking met een onuitputtelijke reeks publicaties over de arbeidsparticipatie van vrouwen, de emancipatie van allochtonen, de seksespecifieke behoeften van patiëntengroepen en de behoefte aan participatie van minder zichtbare doelgroepen in wetenschappelijk onderzoek. Het begrip diversiteit verwijst niet of nauwelijks naar seksuele diversiteit of homoseksualiteit; het vraagt enige creativiteit om ook daarover geschikte bronnen te vinden. Dat geeft te denken over de noodzaak om seksuele diversiteit breder onder de aandacht te brengen. ‘Een heteroseksuele vanzelfsprekendheid is ingebouwd in het sociale weefsel van de Nederlandse samenleving’ (Hekma, 2004, p. 210).

Het themanummer ‘Diversiteit in de gezondheidszorg’ van het *Tijdschrift voor Genderstudies* besteedt aandacht aan de aspecten gender en sekse in de gezondheidszorg, maar niet aan seksuele diversiteit. In een special van het tijdschrift *Mediator* (onderzoek en ontwikkeling in gezondheid en zorg) wordt seksuele voorkeur slechts éénmaal genoemd; het accent ligt ook in deze publicatie op migranten en vrouwen. Wel wordt een aantal belangrijke problemen en fundamentele kwesties aangestipt ten aanzien van diversiteit in het algemeen. Van Mens-Verhulst stelt vast dat het in de gezondheidszorg ontbreekt aan ‘diversiteitsdeskundigheid; het meeste gezondheidsbeleid richt zich op de grootste gemene deler’ (Mediator, 2011, p. 14). Om zorg op maat te kunnen bieden is het noodzakelijk om de participatie van patiënten, cliënten en zorgafnemers te vergroten en zo hun invloed te versterken. Oog hebben voor de verschillen in bevolkingssamenstelling en recht doen aan de uiteenlopende zorgvragen zijn dan ook basisvoorwaarden voor goede zorg, volgens Ghorashi: ‘Gezondheidszorg die niet in staat

is te differentiëren – ofwel sensitief te zijn voor de diversiteit van de groep die ze voor zich krijgt – verliest onherroepelijk kwaliteit’ (Mediator, 2011, p. 23). Van Houten (1999, p. 195) doet een scherpe observatie ten aanzien van de spanning tussen het universele en het particuliere: ‘Het ingewikkelde is dat we hier te maken hebben met bepaalde rechtvaardigheidsopvattingen die gebaseerd zijn op universalistische principes, waarbinnen geen ruimte is voor differentiatie en contextualiteit’. Hoe is het mogelijk om die ruimte wel te creëren? Het is volgens Widdershoven en Abma (in Manschot & Van Dartel, 2003, p.194) noodzakelijk om uit te gaan van pluraliteit en daarbij duurzaam in dialoog te treden en te blijven: ‘Dialogische ethiek veronderstelt tevens dat er aandacht is voor de stem van allen, ook van de zwakkere partijen’. De centrale kenmerken van dit proces zijn ‘openheid, respect, inclusie en betrokkenheid’ (op. cit., p. 196).

Dat het goed mogelijk is om de door Ghorashi gepropageerde sensitiviteit te formaliseren bewijst het beleid van een zorginstelling met het Roze Loper-label. In een diversiteitsnota besteedt Keunen (2010, p. 4) expliciet aandacht aan seksuele diversiteit vanuit een zakelijk, maar ook vanuit een moreel oogpunt. Aansluiten op de diversiteit in de samenleving is voor een zorgorganisatie geen vrijblijvende opdracht, maar een markt vraagstuk met een morele lading: ‘Diversiteitsbeleid is geen doel op zich maar een middel om de organisatie-doelstellingen te behalen op de gebieden innovatie, concurrerende en lerende organisatie en bestaansrecht in de toekomst (zakelijk perspectief). Het is eveneens een middel tegen uitsluiting van groepen, hetgeen een morele verplichting is als zorgorganisatie in het maatschappelijk middenveld (maatschappelijk perspectief).’ Dubel (2012) stelt het nog scherper: van vrijblijvendheid is geen sprake, aangezien ruimte maken voor seksuele diversiteit niet alleen een morele legitimatie heeft, maar een fundamenteel recht betreft. Volgens Dubel (2008, p. 3) gaan ‘seksuele oriëntatie en gender-identiteit in feite over de kern van iemands bestaan, over zijn/haar recht op fysieke en mentale integriteit en ook over zijn/haar vrijheidsrechten en zelfverwezenlijking. Die vrijheidsrechten impliceren dat je zelf je seksuele oriëntatie en je genderidentiteit bepaalt en tot uitdrukking brengt op basis van gelijkwaardigheid met anderen’.

De literatuur schetst een beeld waarin maar weinig ruimte is voor diversiteit in de zorg. Verschillende auteurs benadrukken het belang van diversiteitsdenken en aandacht voor de specifieke context en participatie van cliënten. In de interviews en analyse zoek ik hierop aansluiting door te verkennen of de zorginstellingen in de praktijk, gecertificeerd of niet, ruimte bieden voor differentiatie in de zorgverlening.

Een zorgvisie die slechts op efficiëntie en marktwerking gericht is, lijkt onvoldoende recht te doen aan kwetsbare doelgroepen zoals homoseksuele ouderen. Ook andere groepen, zoals allochtone ouderen of ouderen met een handicap, worden minder (goed) bediend ten gevolge van een al te procedurele en universalistische benadering. Er lijkt echter een verschuiving plaats te vinden naar een zorgverlening met meer oog voor zachte waarden, individuele behoeften en het accent op de mensen – zowel

medewerkers als cliënten. Hoe er gewerkt wordt hangt nauw samen met de bedrijfscultuur. Om daarin een omslag te bereiken is van de gehele organisatie betrokkenheid en inzet nodig. Hier is een belangrijke rol weggelegd voor het ontwikkelen en opleiden van organisaties en haar medewerkers. In de interviews en de analyse zoek ik aansluiting op de zorgvisie van instellingen, hun omgang met diversiteit en de rol van professionalisering en scholing met betrekking tot roze of diversiteitsbeleid.

Het volgende hoofdstuk bevat de resultaten van de interviews. Hierbij houd ik in grote lijnen de thema's en onderwerpen aan zoals ze in dit hoofdstuk aan de orde zijn gekomen: roze ouderen, positie, zorgbehoeften en beleid; zorg en visies op ouderenzorg en kennisverwerving van zorgprofessionals.



*G2a: 'Maar als je zegt: ik sta open voor iedereen, dat kan ook een wassen neus zijn. Want dan denkt iedereen: ja, ammehoela, dan trek je niet iedereen aan. En eigenlijk trek je dan niemand aan. De allergrootste doodoener is: we staan open voor iedereen.'*

Wat weten zorgmanagers en lokatiedirecteuren van hun homoseksuele bewoners af? Hoe geven de gecertificeerde instellingen handen en voeten aan het roze beleid in hun verzorgingshuis? Op deze vragen probeer ik in dit hoofdstuk antwoord te geven op basis van het interviewmateriaal. De resultaten van de interviews worden gepresenteerd aan de hand van de drie onderzoeksvragen. De eerste twee vragen beantwoord ik aan de hand van het interviewmateriaal met respondenten van gecertificeerde verzorgingshuizen. In de beantwoording van de derde vraag probeer ik het onderscheid zichtbaar te maken tussen gecertificeerde en niet-gecertificeerde instellingen.

### **3.1 BENODIGDE KENNIS VOOR HET VERWERVEN VAN DE ROZE LOPER**

*G2a: 'Maar als homoseksualiteit dichtbij komt dan vinden heel veel ouderen van 65+ het nog steeds... Gek, vies, bah. En daar moet nog steeds, anno 2012, tegen gevochten worden.'*

De interviews over homovriendelijk beleid en de Roze Loper maken duidelijk dat het begrip 'kennis' ten aanzien van dit onderwerp in drie aspecten uiteenvalt. Ten eerste betreft het concrete kennis, achtergrondkennis, informatie over de doelgroep zoals beschreven in hoofdstuk 2: denk aan leefstijl, specifieke problematiek en behoeften op het gebied van zorg en welzijn. Ten tweede is er de meer abstracte kennis over de aanpak van homovriendelijk beleid: hoe implementeer je het roze beleid in een organisatie, waar vind je sleutelfiguren om 'de kar te trekken' en hoe zorg je voor een duurzame verankering? Aan welke voorwaarden moet voldaan worden en op welke manier kan er voor continuïteit worden gezorgd ten aanzien van het Roze Loper-keurmerk? Het derde kennisaspect is niet zozeer een feitelijk gegeven, als wel een bewustwordingskwestie met een duidelijke morele lading; waarom zou je nadrukkelijk apart beleid maken en activiteiten

organiseren speciaal voor roze ouderen? En hoe kun je deze vraag beantwoorden? Deze discussie komt in elk interview naar voren en wordt door elk van de respondenten anders benaderd.

### ***Welke kennis over zorg voor de doelgroep roze ouderen is nodig bij het verwerven van het Roze Loper-certificaat?***

Om deze vraag te beantwoorden maak ik gebruik van de interviews met respondenten van gecertificeerde zorginstellingen. Hier breng ik in kaart welke kennis de respondenten hebben over roze ouderen, welke visie zij hebben op zorg en hoe kennisverwerving een rol speelt bij het invoeren van roze beleid.

#### ***3.1.1 Roze ouderen: positie, zorgbehoeften en beleid***

##### *Positie*

Over de positie van homoseksuele ouderen wordt door de respondenten verschillend gedacht. Respondent G4 bevestigt precies de onzichtbaarheid van roze ouderen: ‘Nou, we hebben nu ook geen bewoners met een andere geaardheid. In ieder geval niet dat wij weten, of dat het bekend is. Dus het is nu ook niet helemaal relevant’. Het is precies deze kennis die door respondenten G1 en G2a als fundamenteel wordt aangemerkt. Daarnaast spreken vier respondenten het vermoeden van discriminatie, of angst voor discriminatie in hun verzorgingshuis uit: ‘Homoseksuele ouderen denken van: ik moet terug de kast in. Ik mag niet zijn zoals ik ben’(G2a). Respondenten G1, G2a en G2b verwijzen naar het jarenlange taboe op homoseksualiteit, de door de doelgroep ervaren eenzaamheid, discriminatie en zelfs geweld. Alle respondenten noemen intolerantie onder de bewoners als een probleem om homoseksualiteit te accepteren. Zij koppelen dit aan het feit dat de generatie ouderen in verzorgingshuizen zich minder makkelijk aanpast aan veranderingen of nieuw gedachtengoed. Al spreekt respondent G4 die laatste gedachte zelf tegen: ‘We moeten oppassen dat we niet denken dat de huidige bewoners niet met de tijd mee kunnen gaan. [...] Dat moeten wij echt niet onderschatten. [...] Mensen kunnen echt wel meeveranderen’.

##### *Zorgbehoeften*

Over de zorgbehoeften van roze ouderen zijn de respondenten het onderling met elkaar eens. Respondenten G1, G2a, G2b en G3b spreken zich duidelijk uit: roze ouderen hebben geen andere wensen ten aanzien van de verzorging, maar willen wel graag erkenning en een respectvolle

bejegening. ‘Kijk, ik hoef niet per se een homoseksuele man of vrouw aan mijn bed, op het moment dat ik bedlegerig ben. Nee, ik wil een zorgverlener aan mijn bed die mij respectvol behandelt. Die gewoon respect heeft voor mij in mijn eigenheid, en dat ik homoseksueel ben, maar ook kinderen heb, en dat het in mijn leven er net even weer wat anders uitziet dan in haar of zijn leven’ (G3b). Respondent G2a verwoordt de wensen van zijn bewoners als volgt: ‘We willen het liefst gespikkeld in zo’n gebouw zitten, maar we willen wel kunnen doen wat we willen. Maar we willen zijn zoals we zijn. We kunnen, als ik met een man hier rondloop als man, dan wil ik gewoon hand in hand kunnen lopen hier. Daar wil ik samen mee eten. Dan, als er iemand tegen mij zegt van goh, wat zijn jullie van elkaar? Dat we kunnen zeggen van: we zijn vrienden. Nee, niet zomaar vrienden, écht man en man. Ja.’ Respondent G3b zegt: ‘Qua verzorging hebben wij helemaal geen andere verzorging nodig, en zijn we net als alle andere mensen. Wij zijn mens. Alleen we willen graag dat jullie weten dat wij er zijn.’

#### Beleid: legitimatie voor doelgroep-specifieke benadering

Is dat echt nodig? Die wonen hier toch niet? Dit zijn de twee meest gestelde vragen als het onderwerp homoseksualiteit ter sprake komt bij zorginstellingen. Respondenten G1 en G2a betogen dat, afgaand op de bevolkingssamenstelling, in ieder huis – afhankelijk van de grootte – een tien- tot twintigtal homoseksuele ouderen zou moeten wonen. Dat zij niet in beeld zijn, bevestigt hun onzichtbaarheid. En dat is nu juist waarom roze beleid nodig is, beargumenteren zij. ‘Hoe kan het, dat je heel veel verzorgings- en verpleeghuizen hebt en thuiszorg, terwijl de demografie van [woonplaats] laat zien dat zes of zeven procent homoseksueel is, maar als jij in je huis kijkt, die aantallen niet terugziet. Hoe kan dat nou? Of het is zo, dat die cliënten niet die leefstijl naar voren brengen, dus in de kast blijven, populair gezegd. Of die cliënten wonen niet bij ons. En waar zijn ze dan?’ (G1) De Roze Loper geeft volgens alle respondenten een signaal af aan de buitenwereld dat het klimaat in de betreffende zorginstelling veilig en tolerant is ten aanzien van homoseksualiteit. Daar moet je wel iets voor doen. Het blijkt lang niet vanzelfsprekend te zijn om de heteronormatieve bril af te zetten waarmee medewerkers en managers naar hun bewoners kijken. Respondent G2a, zelf homoseksueel, betreft zichzelf op het hanteren van de heteronorm: ‘Sterker nog, ik behandelde ouderen op een hele heteroseksuele manier! [...] Ik ging ook naar mensen toe en vroeg van: heeft u kleinkinderen, komen die geregeld langs? Als het een man was: bent u nog getrouwd, waar is uw vrouw? [...] Dat soort dingen. Heel standaard!’. De organisatie van respondent G1 streefde naar een betere visie op diversiteit, zodat niet alleen roze maar ook allochtone ouderen beter bediend konden worden. Respondent G3a geeft aan dat het roze beleid goed paste bij de identiteit van het huis, om vorm te geven aan de humanistische inslag.

Is de zorginstelling eenmaal homovriendelijk, dan komen de bewoners ‘vanzelf’ uit de kast en melden

zich ‘vanzelf’ nieuwe homoseksuele cliënten aan. Wachten tot de noodzaak zichtbaar is, is de verkeerde volgorde, proberen vijf respondenten duidelijk te maken. ‘Men denkt heel vaak: och, dat loopt toch zo’n vaart niet? En waarom zoveel specifieke aandacht, en men vergeet heel vaak dat er toch eigenlijk heel erg een taboe is, op seksualiteit, laat staan homoseksualiteit’ (G2b). Vier respondenten vermoeden of bevestigen dat roze ouderen gericht op zoek gaan naar homovriendelijke zorg: in drie huizen zijn naar aanleiding van het expliciet homovriendelijke beleid (meer) homoseksuele bewoners aangemeld. ‘Hier ben ik veilig, hier kan ik mezelf zijn, en hier hebben ze voldaan aan bepaalde criteria, waardoor ik mij hier als mens prettig kan voelen.’ (G2a)

Respondenten G2a, G2b, G3a en G3b roemen de positieve invloed van zichtbare diversiteit in een organisatie. Zij willen roze diversiteit niet alleen maar benaderen vanuit de problematiek waarmee de doelgroep geassocieerd wordt, maar benadrukken dat diversiteit voor kleur zorgt en de organisatie winst oplevert. Onderlinge verschillen op een positieve manier laten opvallen is iets wat het klimaat ten goede komt. Dat gaat volgens hen verder dan alleen seksuele gerichtheid; het gaat om anders-zijn, over vooroordelen, over tolerantie en over respect in het algemeen. Zij onderstrepen dit met voorbeelden van creativiteit, trots, kracht, een positieve uitstraling en een stimulerend, uitnodigend effect op andere bewoners en bewonersgroepen. ‘En die mensen die zien nou deze groep leuke dingen doen, dansactiviteiten, leuke feesten organiseren, en die zeggen: ja, dat willen wij ook. Nou, dan zeg ik: maar dat kán je toch ook?’ (G2a). Het maakt de organisatie levendig, kleurrijk en *leuker*, zeker als personeel en bewoners onderkennen ‘dat dat toevoegend is, dat dat spannend is, dat dat onze wereld veel leuker maakt dan al die eenvormigheid’ (G3b).

### Beleid: integrale aanpak

Over het invoeren van roze beleid zijn de respondenten het grotendeels met elkaar eens: samenhang en organisatiebrede aanpak komen het succes ten goede. Respondenten G1, G2a, G2b en G3a geven aan dat de aanpak van roze beleid alleen slaagt als het door de hele organisatie gedragen wordt en niet op de schouders van één persoon rust. Continuïteit, samenwerking en lange termijn-visie worden vaak genoemd. Binnen elke organisatie zijn ‘trekkers’ nodig, personen die het roze beleid bewaken en in stand houden. Dat het noodzakelijk is om sleutelpersonen te hebben die het roze beleid levend houden binnen én buiten de organisatie wordt door vijf respondenten genoemd. Daarnaast noemen zij verschillende andere factoren die van invloed zijn op de continuïteit: steun vanuit het management; brede zichtbaarheid en communicatie door de gehele organisatie; het betrekken van homoseksuele collega’s en, indien bekend, van homoseksuele bewoners; het vroegtijdig inzetten van de cliëntenraad; goede connecties onderhouden met maatschappelijke en/of roze organisaties en tenslotte het oprichten en actief houden van een werkgroep of kerngroep waarin belangrijke personen van binnen en buiten de organisatie samenwerken. De invloed van zowel medewerkers als cliënten is belangrijk om het

onderwerp vanaf het begin goed in beeld te krijgen. Hun bijdrage kan worden ingezet bij het maken van plannen en organiseren van activiteiten en voor draagvlak en herkenning binnen de organisatie zorgen.

Respondenten G1, G2b, G3a en G3b adviseren het aangaan van coalities, het inschakelen van maatschappelijke en roze organisaties om ‘gevoed’ te blijven en het beleid breed te kunnen uitzetten. ‘Op het moment dat je als organisatie [...] ook geen mensen van buitenaf erbij haalt die daar wél midden in zitten en die daar wél mee leven, dan ga je gewoon de boot missen’ (G3b). Respondent G3a vindt het een enorme meerwaarde om te kunnen profiteren van de kennis en het enthousiasme van de roze organisaties waarmee zij samenwerkt.

Alle respondenten waarschuwen dat het continueren van homovriendelijk beleid (te) kwetsbaar is als het van enkelingen in de organisatie afhangt. Een homoseksuele directeur of een bevlogen geestelijk verzorger alléén zullen niet kunnen garanderen dat activiteiten, communicatie en draagvlak in de organisatie overeind blijven wanneer iemand met een spilfunctie vertrekt. Respondent G1 vat het als volgt samen: ‘Je moet de meerwaarde voor je eigen organisatie helder maken, een aantal trekkers benoemen, en het onderdeel laten zijn van een breder beleid. [...] Ik denk dat je het integraal onderdeel moet laten zijn van een focus die de organisatie toch al heeft. Dus wij hebben het aan het diversiteitsbeleid gehangen, en dan gaat het én om P&O, én om hoe de facilitaire dienst ermee omgaat, én om de werkvloer: één op één contact met de cliënt, én om het management die erop stuurt. Je kan het niet los zien van wat je verder allemaal doet’.

Het Nationaal Ouderenfonds lanceerde in 2011 een pestprotocol, bedoeld voor verzorgingshuizen, ondersteund door posters en een forum. In twee instellingen is sprake van een (eigen) pestprotocol en/of een pestbeleid. Respondenten G2b en G3a geven aan dat het eenvoudig zou zijn om elementen van de Roze Loper te laten aansluiten op het pestprotocol, of dat dit reeds gebeurt. Respondent G2a noemt het belang van faciliteren: van ontmoeting, van activiteiten, een veilige sfeer scheppen door mee te werken aan zichtbaarheid. Volgens drie respondenten is het belangrijk om op verschillende niveaus in de organisatie het gesprek op gang te brengen. ‘En dat doe je door ook goed te luisteren. En door gewoon toch ook een bepaalde woordenschat. Je hebt het over partner. Niet over man of vrouw. [...] Gewoon hele open houding. Gewoon echt met mensen in gesprek durven gaan’(G2b). Respondenten G1, G3a en G3b noemen de rol van de geestelijk verzorger, zowel in een signalerende functie als om het onderwerp in gespreksgroepen en bijeenkomsten ter sprake te brengen.

Vijf respondenten waarschuwen dat het Roze Loper-traject een ontwikkeling is die tijd nodig heeft; een organisatie die homovriendelijk wil worden is niet in een paar stappen klaar. Het is een lange weg, waarbij het van belang is dat het roze aspect steeds op verschillende niveaus terugkeert. Verschillende respondenten zeggen letterlijk dat een cultuuromslag niet in één bijeenkomst bereikt is. ‘In het begin dacht ik: het is een inkoppertje. Want er is een toolkit, er is subsidiegeld, dus het leek alsof je een kant

en klaar produkt in huis haalde, zal ik maar zeggen. En dat is misschien ook heel naïef van mij gedacht, hoor, maar dat valt dan uiteindelijk tegen. Je begint aan iets en los van alle tijd en inzet die het vraagt realiseer je je ook niet van: oh ja, dit is... Dat komt terug, en nog eens terug' (G3a). Dezelfde respondent heeft de positieve gewaarwording dat het mede door haar geïnitieerde roze beleid enorm enthousiasme losmaakt bij betrokkenen en dat het breed gedragen wordt. Tegelijkertijd schrikt ze van de verantwoordelijkheid, en heeft ze het gevoel iets te moeten waarmaken tegenover de doelgroep. 'Je voelt van: het wordt heel erg gedragen, en de andere kant daarvan is: mijn hemel, we hebben wel iets.. een bepaalde verantwoordelijkheid genomen, waar je vervolgens nu ook stappen in moet zetten of zo. Je hebt bepaalde verwachtingen gecreëerd' (G3a).

### Beleid: tegenvallers en kanttekeningen

Respondenten G1, G2b en G3a waarschuwen dat teveel aandacht voor het roze onderwerp averechts werkt. Het is zoeken naar een evenwicht tussen het onderwerp regelmatig zichtbaar maken en het niet groter maken dan het is. Wéér iets speciaals, wéér roze; al te nadrukkelijk roze issues promoten en te veel activisme tonen schiet al gauw zijn doel voorbij. Zij adviseren het roze aanbod goed te doseren om overdaad en daarmee weerstand te voorkomen. Respondent G2b waarschuwt voor ongenueanceerd roze activisme; zij ervaart dat haar werk veel succesvoller is wanneer zij opereert vanuit gelijkwaardigheid, dialoog en openheid, dan wanneer ze 'op de barricaden' staat om gelijk te krijgen: 'Dan sla je de deur dicht.' Respondent G4 is vrij stellig in zijn standpunt dat er geen stempel moet worden gedrukt op roze ouderen als speciale doelgroep; hij pleit voor openheid en sensitiviteit zonder te stigmatiseren.

Eén respondent viel de audit vies tegen. De beoordeling vond voornamelijk plaats op basis van het beleid op papier, de visie en de gestelde doelen, terwijl de homovriendelijkheid in de bewuste instelling met name in de praktijk tot uiting kwam en niet zozeer in documentatie. 'Ja, ja. Dus je had eigenlijk geen doel. Weet je wel? Ik voelde me nog lullig ook. Maar dat was gewoon een hele strenge dame. Aan het eind van de middag was het natuurlijk geweldig' (G2a). De moeite voor het behalen van het keurmerk moet niet onderschat worden, bevestigt een andere respondent, al leek het een gemakkelijk project met grote kans van slagen. 'Het was voor mij ook een idee van: dit past heel erg bij de identiteit, het is heel actueel, en ook het idee van – dat vind ik bijna gênant om te zeggen, maar: het is makkelijk. Dus ik dacht, er is zoveel, voor heel veel dingen moet je knokken, maar ik had het idee: dit is nou eens een keer iets wat denk ik vrij makkelijk als huis op te pakken is. Dacht ik!' (G3a)

### **3.1.2 Zorg en visies op ouderenzorg**

De tegenstelling tussen technisch en curatief handelen enerzijds en moreel-medemenselijk georiënteerde zorg anderzijds, zoals geschetst in het tweede hoofdstuk, komt niet expliciet aan bod. Tijdens de gesprekken wordt duidelijk dat respondenten zoeken naar een balans tussen beide. Twee respondenten komen in het werk regelmatig de vraag tegen wat het verlenen van zorg dient te omvatten. Waar houdt de eigen regie van een bewoner of cliënt op, waar begint de verantwoordelijkheid van de zorgverlener? En wie bepaalt dat? Zorg ontvangen is niet hetzelfde als achterover leunen, betoogt respondent G2a. 'Ik denk dat wij in zorgland ook wel eens teveel zorgen', merkt respondent G4 op. Twee respondenten signaleren dat de ouderenzorg als geheel zal veranderen; de komende jaren zal de trend zich voortzetten dat ouderen op steeds hogere leeftijd gebruik gaan maken van woon-zorgvoorzieningen. Deze generatie ouderen blijft langer thuis wonen, daarbij meer en meer ondersteund door verschillende zorg- en hulpverleners en mantelzorgers. Er zal dan ook een grotere rol weggelegd zijn voor thuiszorg- en welzijnsorganisaties. Als mensen daadwerkelijk verhuizen naar een zorginstelling zijn ze gemiddeld ouder, en maken ze gedurende een korte periode intensiever gebruik van zorg: deze zorg wordt zwaarder en complexer. De zorg aan thuiswonende ouderen krijgt een meer versnipperd karakter, doordat verschillende zorg- en hulpverleners in beeld komen. Respondent G3b wijst erop dat het beleid voor roze ouderen dan ook aan de nieuwe omstandigheden zal moeten worden aangepast.

### ***3.1.3 Kennisverwerving en (visie)ontwikkeling van zorgprofessionals***

Kennis in een zorgorganisatie is een randvoorwaarde voor het goed uitoefenen van de zorgverlening. Dat geldt zowel voor de praktische bekwaamheden als voor de (liefst gedeelde) visie op het werk. Zonder uitzondering zijn de verzorgingshuizen bijna voortdurend bezig met onderwijs, training en scholing. Vaak maken de interne scholingen deel uit van een certificering: twee verzorgingshuizen hebben het Prezo-keurmerk behaald of zijn ermee bezig. Kennisverwerving en ontwikkeling is aan de orde van de dag. Dat maakt het enerzijds lastig om een training over homoseksuele ouderen of homovriendelijk beleid toe te voegen aan de toch al zo volle scholingsagenda; anderzijds biedt het reeds bestaande aanbod vaak mogelijkheden om het roze element eenvoudig te laten 'meeliften'. Alle respondenten verwijzen naar actuele trainingstrajecten, cultuurveranderingen of andere bewustwordingsprocessen in hun organisatie die expliciet aandacht aan roze ouderen besteden. Daarbij is veel oog voor de verhouding tussen de persoonlijke waarden van de professional en de verwachtingen en eisen die de regelgeving of organisatie aan een werknemer stellen. Reflectie op het werk staat centraal: respondenten noemen 'hoe sta je in je werk', 'bewustwording', 'houding', en 'wat neem je mee van jezelf'. Ook de relatie tussen professional en cliënt wordt daarbij benoemd: hoe ga je met elkaar om? En welke rol spelen je eigen denkbeelden in de interactie met de cliënt? Respondent

G2a bevestigt dat kennisoverdracht en bewustwording, onder personeel maar zeker ook onder bewoners, voortdurend aan de orde zijn. Eén verzorgingshuis is als geheel nieuwe homovriendelijke lokatie gestart en heeft daar het voordeel van ervaren: ‘Mensen die daar meteen al niet voor openstonden, zijn afgehaakt in het sollicitatieproces’ (G1). Er wordt van nieuwe medewerkers op zijn minst een tolerante houding verwacht ten aanzien van homoseksualiteit, juist onder het motto van professionaliteit.

### Lerende organisaties

Uit de interviews blijkt dat de trainingen of bijeenkomsten voor het personeel over roze ouderen niet zozeer kennisoverdracht over de doelgroep omvatten, maar veel meer ruimte bieden voor bewustwording en reflectie over diversiteit, vooroordelen en tolerantie. Respondent G2b bevestigt dat het slagen van homovriendelijk beleid van kennis afhankelijk is: ‘Ja, kennis is macht. En dat is een hele ouwe, maar het is echt waar. Kennis is gewoon heel nodig’. Alle respondenten maken duidelijk dat de zorg als geheel voortdurend aan verandering onderhevig is, wat het voor hen reuze lastig maakt om een nieuw beleids- of aandachtspunt zoals homovriendelijkheid succesvol te implementeren. De interviews maken duidelijk dat verbinding van fundamenteel belang is, en dat inhoudelijke en emotionele betrokkenheid van mensen noodzakelijk is. Dat gaat verder dan aandacht voor roze ouderen binnen de setting van de training: ‘Er is sowieso veel meer gesprek over dit onderwerp. Ook onder medewerkers. Bij de lunch, aan de koffie’ (G3a). Bij respondent G2a komt een verrassend inzicht om de hoek kijken tijdens het trainen van zijn personeel. ‘Het leuke is dat we altijd hebben gedacht dat het Nederlandse personeel er absoluut geen probleem mee heeft, en juist het allochtone personeel er meer problemen mee heeft’. Tijdens een training ontdekken allochtone medewerkers dat oudere Nederlanders helemaal niet zo tolerant tegenover homoseksualiteit staan. ‘Dus dat is ook een eyeopener van: die hebben er óók naartoe moeten groeien’. Respondenten G3a en G3b hebben ervaren dat het intern samenwerken naar aanleiding van het roze beleid óók tot collectief leren leidt; hoe verschillende mensen met verschillende stijlen elkaar vinden in het samen organiseren van een activiteit of het participeren in een werkgroep.

### Top-down, bottom-up, cliëntgericht

Respondent G1 geeft aan dat het in gang zetten van homovriendelijk beleid zowel vanuit de Raad van Bestuur als vanaf de werkvloer, via de geestelijk verzorger, tot stand is gekomen. In een tweede verzorgingshuis zijn het een lid van de cliëntenraad enerzijds en de geestelijk verzorger anderzijds die initiatieven namen voor de Roze Loper. In de andere huizen werd het homovriendelijk beleid door lokatiemanagers en/of directie geïnitieerd. Alle respondenten benadrukken dat de beide bewegingen



nodig zijn, dus zowel top-down als bottom-up; het is van belang dat een initiatief breed gedragen wordt, wil het succesvol en duurzaam zijn. Ligt de verantwoordelijkheid alleen bij de managers, dan schuilt daarin het risico dat zij andere keuzes maken en het roze beleid sneuvelt onder bezuinigingen of tijdsbeperking. Worden de leerlingen en vrijwilligers niet betrokken, dan wordt er een hele groep overgeslagen die dagelijks met de ouderen werkt.

### Transfer

Kennis over roze ouderen en roze beleid betreft, zo is gebleken, veelal niet-technische kennis. Dat maakt oefenen en toetsen ingewikkeld en transfer naar de werkpraktijk lastig te controleren en realiseren. Het lijkt voor de hand te liggen om in zo'n geval terug te grijpen naar regelgeving en afspraken op papier. Maar of dat nu garanties geeft over de opbrengst? Daarover heeft respondent G2a een duidelijke mening naar aanleiding van de audit: 'Ik zeg: weet je wat we doen? We stoppen er gewoon mee. En nou wil ik gewoon dat je gaat kijken wat hier gebeurt. [...] En nou, daar werd iedereen warm van, en zij zelf ook. En daaruit kwam het naar voren van: je kan het beter *dóen*, en jullie doen het absoluut, en dat is gewoon het aller- aller- allerbelangrijkste'.

### Instrumenten

Vrijwel alle respondenten van Roze Loper-gecertificeerde instellingen noemen de afhankelijkheid van goede interne communicatie, vaak in samenhang met top-down ondersteuning. Planmatigheid van de aanpak door het management is wenselijk, evenals draagvlak onder werknemers. Roze beleid komt alleen tot zijn recht als het in alle geledingen van de organisatie zichtbaar is en regelmatig terugkomt. De respondenten noemen een integrale benadering, communicatie, samenhang en continuïteit als overkoepelende voorwaarden en trainingen, werkoverleggen, functioneringsgesprekken, thema-avonden, gespreksgroepen, folders, vermelding in het personeelsblad als concrete manieren om het roze beleid op de agenda te krijgen en te houden.

## **3.2 KENNISVERWERVING BIJ GECERTIFICEERDE INSTELLINGEN**

*G1: 'Dus je kan je oriënteren nog zoveel als je wil om kennis op te doen, maar het gaat erom, hoe ga je daar uiteindelijk inhoud aan geven en vorm aan geven binnen je organisatie.'*

### *Hoe heeft de kennisverwerving en visie-ontwikkeling plaatsgevonden bij diverse gecertificeerde instellingen?*

Hieronder breng ik in kaart op welke manier de kennis bij de gecertificeerde verzorgingshuizen is binnengehaald en verspreid. Doordat de aanleiding per zorginstelling verschilt, is ook bij elk van de Roze Loper-gecertificeerde instellingen het traject van kennisvermeerdering zeer uiteenlopend.

Twee grotere instellingen beschikken over een medewerker met roze beleid als aandachtsgebied. In het eerste geval begon de directeur met het organiseren van ontmoeting en het (laten) geven van trainingen, om na een jaar pas aan de Roze Loper-certificering te beginnen. De projectleider roze diversiteit schoolt medewerkers en vrijwilligers, adviseert teamleiders en organiseert roze activiteiten voor bewoners. Deze respondent geeft op de vraag naar kennis en behoefte aan kennis het stellige antwoord: 'Dan kan ik zeggen dat wij alle kennis in huis hebben' (G2b). Dat heeft alles te maken met de expertise die zij in een eerdere baan heeft opgebouwd en die zij rechtstreeks meeneemt in haar huidige functie, van waaruit zij de rest van de organisatie informeert. 'En toen heb ik het Roze Ouderen Overleg [woonplaats] geïnitieerd, vanwege het feit ook dat de eenzaamheid, depressiviteit van roze ouderen nog sterker is dan onder hetero ouderen. Bij hetero ouderen is dat een belangrijk item, en onder homo-ouderen nog meer. [...] En in dat overleg zaten allerlei managers van verschillende zorgkoepels. [...] En dus die konden allemaal kennismaken, ik heb ze bij elkaar gebracht rondom het thema roze ouderen, van: wat doen wij nu hieraan, en willen wij hier iets mee. En ik heb toen in die tijd gedacht om zoveel mogelijk mensen te informeren' (G2b). Hetzelfde gebeurt nu binnen de instelling waar zij werkt.

De beleidsmedewerker diversiteit in de tweede grote instelling coördineert het algehele aanbod, dat door diverse medewerkers, waaronder de geestelijk verzorger, wordt uitgevoerd. 'De geestelijk verzorger heeft natuurlijk zelf al veel daarin georiënteerd, had cijfers boven water gehaald, heeft contacten met COC, zit in allerlei netwerken. Dus die netwerken hebben we ook heel erg gebruikt om intern kennis te verspreiden. Onder medewerkers, maar ook onder de laag daarboven, lokatiemanagers en beleidsmakers, om het onderwerp te agenderen'. De uitvoering, het geven van presentaties en begeleiden van trainingen en gespreksgroepen ligt vooral in handen van de geestelijk verzorger. Daarnaast is gebruik gemaakt van aanbod uit de Toolkit, zoals de Stadsverteller. Er wordt breed bekendgemaakt wat er plaatsvindt. Respondent G1 geeft aan dat de benodigde kennis ofwel in huis is, ofwel dat binnen de organisatie voldoende bekend is waar deze te vinden is. 'Ja, weet je, en de kennis over de doelgroep en wat er bij hun speelt: er zijn zóveel onderzoeken al naar gedaan, dat is een kwestie van.... In [vestigingsplaats] hebben we een documentatiecentrum, dat zit in de bibliotheek, daar zijn alle artikelen, onderzoeken, boeken over homoseksualiteit...' Veel belangrijker dan de feitelijke kennis over roze ouderen, zo benadrukken deze respondenten, is de aanpak en de legitimering van het beleid.

Bij een derde verzorgingshuis kwam de Roze Loper in beeld via de cliëntenraad én de geestelijk verzorger; daar nam men voor de visie-ontwikkeling een lokale roze organisatie in de arm. Er werd gestart met een werkgroep waarin diverse professionals vertegenwoordigd waren. ‘We hebben dus nu een kerngroep. En in die kerngroep zitten vier medewerkers, zit een lid van de cliëntenraad, maar zitten heel uitdrukkelijk ook maatschappelijke organisaties, die zijn vertegenwoordigd. En dat vind ik zelf een hele mooie constructie, waardoor je ook als huis gevoed wordt door maatschappelijke ontwikkelingen en door dit soort geluiden’ (G3a). Het oprichten van de kerngroep werd gevolgd door het organiseren van een roze café. Ook wordt hier in overleg met de trainer een roze tintje gegeven aan de cursus humane ouderenzorg. Tegelijkertijd is door middel van (o.a.) het Wie van de Drie-spel het management nogmaals betrokken. De humanistisch geestelijk verzorger besteedt aandacht aan het thema diversiteit en homoseksualiteit in de gespreksgroepen.

In één instelling was de respondent niet bij de start betrokken en worden op dit moment ook geen speciale roze trainingen of activiteiten voor medewerkers en bewoners georganiseerd.

### **3.3 ONDERSCHIED TUSSEN WEL EN NIET GECERTIFICEERDE ZORGINSTELLINGEN**

*N3: ‘Intussen gingen wij ons afvragen: hoe gaat dat straks als zij hier komen? Want ze zijn van harte welkom. Hoe gaan we hier als huis mee om? Dat is de belangrijkste vraag die ik heb, en de kennis waaraan wij als organisatie het meeste behoefte hebben.’*

***Waarin onderscheiden gecertificeerde instellingen zich van aspirant-instellingen op het gebied van kennis en visie op zorg voor roze ouderen?***

De meeste gecertificeerde instellingen zijn duidelijk verder ingevoerd dan de niet-gecertificeerde instellingen. Zij zijn op de hoogte van de issues van roze ouderen, hebben door schade en schande ervaren hoe het roze beleid succesvol kan worden ingezet en kunnen op grond van verschillende argumenten (identiteit van het huis, doelgroep willen bedienen) aangeven waarom zij dit doen. De ‘aspirant’-instellingen en verzorgingshuizen die nog overwegen met roze beleid aan de slag te gaan, hebben overwegend dezelfde vragen en struikelblokken: die gaan over openheid versus discretie, tijdsinvestering, menskracht, logistieke kwesties, manieren om het beleid concreet te maken en de kwestie waarom het nodig is. Instellingen mét certificaat weten vooral veel af van de organisatiekant en hebben minder moeite met legitimeren waarom je speciaal roze beleid zou invoeren.

### **3.3.1 Roze ouderen: positie, zorgbehoeften en beleid**

#### Positie en zorgbehoeften

Alle respondenten van niet-gecertificeerde instellingen wisten bij het nadenken over beleid voor homoseksuele ouderen in hun eigen huis geen voorbeelden van homoseksuele bewoners. ‘Ik kon er geen één opnoemen. En dan denk ik: is dat nou positief, of is dat nou negatief? En misschien is dat dan wel – dat slaat voor mij een beetje over naar de negatieve kant, als je er niet één kan noemen. Dan is men er niet open over en men voelt zich dus niet vrij om erover te praten’ (N4a). De gecertificeerde instellingen hebben diezelfde vragen ook gehad, maar door een zichtbaar homovriendelijk beleid te voeren zijn bij hen de roze bewoners of roze belangstellenden juist in beeld gekomen. Eén respondent van een gecertificeerd huis weet geen homoseksuele bewoners te noemen en stelt dat het roze beleid op dit moment niet van toepassing is.

Respondenten van zowel gecertificeerde als niet-gecertificeerde huizen wijzen erop dat de praktische levensbehoeften van roze ouderen niet afwijken van heteroseksuele bewoners: ‘De ADL [*algemene dagelijkse levensverrichtingen*] en alles ziet er gewoon hetzelfde uit.’ (N1). Eén respondent van een niet-gecertificeerd huis betwijfelt of roze ouderen werkelijk op zoek gaan naar mogelijkheden voor homovriendelijk wonen, terwijl drie lokaties met homovriendelijk beleid de populatie roze bewoners hebben zien groeien sinds zij een Roze Loper hebben.

#### Beleid: legitimatie voor doelgroep-specifieke benadering

Tussen twee respondenten ontstaat tijdens het interview een discussie over de noodzaak om dat signaal van homovriendelijkheid af te geven: ‘Moet je daar zo expliciet een Roze Loper voor in het leven roepen?’ (N2a). Haar collega geeft daarop een helder antwoord: ‘Ik denk dat andere doelgroepen niet terug kunnen in de kast. Kijk, Marokkaan ben je. En dan zit je hier al jaren, en daar heeft iedereen zich naar leren gedragen. Maar ik denk een homofiel iemand van tachtig, die heeft daar heel veel moeite voor moeten doen om dat ooit hardop te zeggen, en die is bang. En die zit hier in een hele afhankelijke situatie, dus die durft dat denk ik veel moeilijker te uiten. Dus de kans dat die teruggaat is veel groter. Dus wil je iemand hier thuis laten voelen, dan denk ik dat het een voorwaarde is’ (N2b). De instellingen met Roze Loper hebben deze overwegingen en vragen niet (meer): zij houden zich over het algemeen bezig met organisatorische details en langere termijnkwesties.

In het gesprek over de Roze Loper worden in grote lijnen twee hoofdredenen genoemd om roze beleid te voeren. Twee gecertificeerde instellingen noemen als eerste een economische prikkel, passend bij de zakelijke benadering van Van Wijk (2011). Om alle bewonersgroepen te kunnen bedienen moet een instelling zich onderscheiden op de markt, anders zullen potentiële klanten hun zorg elders gaan

halen (G1, G4). Twee respondenten, van zowel een wel als een niet-gecertificeerde instelling, beschrijven hun motivatie als een meer ethische, morele kwestie, waarbij de nadruk ligt op het verleiden van toekomstige cliënten met een tolerant klimaat, het scheppen van een veilige sfeer voor huidige bewoners en het afgeven van een signaal aan de wijk en de maatschappij. ‘Deze doelgroep heeft het kennelijk – kennelijk, zeg ik nog even, want ik geloof het hoor – heeft het nodig om dus die specifieke aandacht te krijgen, omdat hè, wat jij zei, deze mensen juist zo angstig zijn en terug in de kast gaan. En niet voor zichzelf kunnen opkomen, in die zin, om voor hun geaardheid uit te durven blijven komen. Dus dat vind ik wel een belangrijk argument’ (N2a). Respondent N3 sluit zich hierbij aan: ‘Maar de behoefte om deze doelgroep aan te spreken is er wel degelijk. Je ziet toch steeds meer dat mensen uit de kast komen, openlijk over hun geaardheid spreken, en die moeten dan ook als ze bijvoorbeeld hier willen komen wonen, wéten dat wij er ook voor hen zijn, dat ze hier terecht kunnen.’ Twee respondenten geven desgevraagd aan, dat de overweging om een Roze Loper-keurmerk te behalen bij hen in huis een mix is van beide beweegredenen.

#### Beleid: aanpak

De aspirant-instellingen en niet-gecertificeerde huizen hebben veel vragen over de beste manier om het homovriendelijk beleid in de praktijk vorm te geven, van praktische zaken tot privacy-kwesties. Respondent N4b ervaart het benaderen van bewoners en omwonenden als struikelblok: het personeel is over het algemeen vrij makkelijk enthousiast te krijgen, maar het bereiken van (toekomstige) cliënten met activiteiten of informatie is iets waar het huis nog mee worstelt. Er blijkt een grote behoefte te bestaan aan kennisuitwisseling met reeds gecertificeerde zorginstellingen of andere deskundigen. Respondenten N2a, N3, N4a en N4b willen graag weten wie hun homoseksuele bewoners zijn, wat voor wensen zij hebben, en hoe ze ermee om moeten gaan in hun organisatie. Daarbij zoeken zij naar een passende balans tussen discreet zijn, ruimte bieden maar niet ‘labelen’ enerzijds en nadrukkelijk openstaan en doorvragen naar persoonlijke zaken zoals seksuele geaardheid of identiteit anderzijds.

Respondenten van wel én niet-gecertificeerde instellingen spreken hun zorg uit over de prioriteit die er, ook op langere termijn, aan het roze beleid gegeven zal worden. Er gebeurt al zoveel tegelijk, verzuchten verschillende van hen. In één verzorgingshuis is de roze werkgroep al driemaal van samenstelling veranderd, waarmee de continuïteit in gevaar komt. Respondenten G1, G3a en G3b en N2a, N3 en N4a noemen ook in dit verband het risico dat optreedt wanneer slechts één persoon in de organisatie verantwoordelijk of écht gemotiveerd is.

Drie van de gecertificeerde instellingen zijn vrij groot: het gaat om veel bewoners, veel personeel en soms verschillende lokaties. Dat heeft voordelen bij het uitrollen van roze beleid: scholing, communicatie, zelfs het aanstellen van aparte medewerkers – de gehele organisatie profiteert daarvan.

Respondent N3 roemt de kleinschaligheid van haar verzorgingshuis, maar signaleert daarin ook een gevaar. ‘Door die kleinschaligheid is er geen massaliteit, en is de sfeer erg huiselijk en gemoedelijk, maar daardoor is er ook weinig ruimte voor anonimiteit. [...] Dat is een kracht en een charme, maar het roept ook vragen op. Want als wij homovriendelijk willen worden, dan hebben we juist met het oog op die kleinschaligheid en huiselijkheid ook handvatten nodig hoe je in die setting een veilige sfeer kunt creëren en handhaven’.

Drie gecertificeerde verzorgingshuizen zijn in verwarring over het vervolg na het verwerven van de Roze Loper. Alledrie de lokaties hebben de Roze Loper al een jaar of langer, en weten niet precies wat de procedure is voor het continueren/waarborgen van het keurmerk. ‘Neemt het consortium contact met ons op? Moeten wij KIWA benaderen?’ (G3a). Een aspirant-instelling voelt zich onvoldoende geïnformeerd; anders dan bij het Prezo keurmerk volstaat voor de Roze Loper al het aantonen dat de organisatie ermee bezig is, zonder dat het plan kant en klaar hoeft te liggen. ‘Dus bij het COC vroegen ze van: wanneer kunnen we de audit afnemen, en wij zeiden van: we zijn nog helemaal niet klaar! En later bleek dus pas, dat daar anders over gedacht werd. [...] En misschien hadden we die Roze Loper anders allang gehad’ (N4b).

### ***3.3.2 Zorg en visies op ouderenzorg***

Alle respondenten, wel en niet-gecertificeerd, noemen in verschillende bewoordingen het tegemoetkomen aan de klant, voorzien in hun wensen en behoeften en vraaggericht bevorderen van hun welzijn als uitgangspunt voor de zorg. Respondenten G3a en N4b noemen homovriendelijk beleid als passend bij de identiteit en/of de missie van het – in beide gevallen humanistisch – verzorgingshuis. Beiden geven aan dat er vanuit het humanistische perspectief al veel aandacht uitgaat naar vrijheid, zichzelf zijn en autonomie; de Roze Loper past daar naadloos in. In de overige instellingen is de denominatie of zorgvisie niet bepalend voor het al dan niet kiezen voor het Roze Loper-certificaat. In vijf interviews komt de verantwoordelijkheid van de organisatie voor het klimaat onder de bewoners ter sprake. Moeten cliënten zelf zorgdragen voor hun eigen welzijn en zijn ze aanspreekbaar op hun bijdrage aan het klimaat in de instelling? ‘En het zoeken is wel, vanuit de organisatie ook, van: waar zit de verantwoordelijkheid vanuit de organisatie en wat is mensen ook hun eigen verantwoordelijkheid, want weet je, ze leven met elkaar’ (N1). Is het de taak van medewerkers of zelfs managers om bewoners aan te spreken op hun gedrag? De respondenten die zich hierover uitspreken laveren hierin allemaal tussen sturen en loslaten. Want een bewoner tot de orde roepen voelt ongemakkelijk: ‘En als het heel erg uit de hand loopt mag ik met die meneer in gesprek om te zeggen van goh, dit gaat op die manier niet, zo werkt dat hier niet. Dit kan niet. En dan zit je met een meneer van tachtig of ouder aan tafel, die je een soort de les moet lezen. Nou, dat voelt niet lekker’

(N1). Zo ontstaan bij de gecertificeerde instellingen ook dilemma's rondom de juiste benadering als het gaat om homovriendelijk beleid. Moet je de 'kronkel' (G2a) uit iemands hoofd kletsen, of laat je een bewoner met een discriminerende mening in zijn waarde? 'Die andere mening mag er ook zijn, maar als organisatie vinden we het belangrijk dat we alle cliënten kunnen bedienen. En daarom geven we er aandacht aan.' (G1)

In drie interviews komt de betrokkenheid van de cliëntenraad ter sprake. In één van de gecertificeerde verzorgingshuizen is het initiatief voor de Roze Loper uit de cliëntenraad voortgekomen, bij twee andere (een wel, een niet-gecertificeerde instelling) speelt de cliëntenraad een belangrijke rol in het betrekken van bewoners bij roze beleid en het bespreekbaar maken onder bewoners. Respondent N4a geeft aan dat zij graag had gezien dat de cliëntenraad in een eerder stadium betrokken was.

Respondenten N1, G2a en G4 waarschuwen voor het effect dat een keurmerk als de Roze Loper een wassen neus of een papieren tijger wordt. 'Uiteraard hebben we [...] een beleid dat discrimineren niet aan de orde is. Maar als je dat op papier zet, ziet de wereld er nog niet zo uit' (N1). Met het behalen van het certificaat is de cultuuromslag nog niet bereikt; de respondenten relativeren de waarde van het keurmerk wanneer het alleen wordt uitgereikt op basis van schriftelijke afspraken. 'Dat kan daar staan, maar dat wil nog niet zeggen dat het toegepast wordt,' merkt respondent G2a op.

### ***3.3.3 Kennisverwerving en visieontwikkeling van zorgprofessionals***

Twee gecertificeerde zorginstellingen hebben apart hun medewerkers getraind en geïnformeerd. In twee instellingen, één gecertificeerd huis en één aspirant-instelling, wordt de roze scholing ingebouwd in het reguliere onderwijs. De overige niet-gecertificeerde huizen zijn (nog) niet met scholing bezig. Om roze beleid succesvol in te voeren is kennis echter wel hard nodig. Dat blijkt zowel uit de interviews met gecertificeerde huizen als bij de aspirant- en niet-gecertificeerde instellingen. Respondenten N2a, N3 en N4b hebben in huis vooral behoefte aan kennisverspreiding over de doelgroep homoseksuele ouderen en het omgaan met intolerantie en vooroordelen. 'We hebben eigenlijk geen kennis over homoseksuele ouderen in huis,' zegt respondent N3 letterlijk. Respondent N1 geeft aan op het praktische vlak antwoorden te zoeken: bijvoorbeeld het risico op hiv-besmetting. Respondent N4b van een aspirant-instelling mist de kennis met betrekking tot de aanpak ten aanzien van de bewoners. 'Het leefplan, om daarin op te nemen of iemand op prijs stelt dat anderen weten dat hij bijvoorbeeld homo is, [...] om dat bij de opname al te bespreken, daar zijn we nog over bezig, van... hoe we dat het beste kunnen gaan doen'. Haar informatie heeft zij vooral opgedaan tijdens een informatiemiddag van het Consortium Roze 50+ bij een ministerie. 'Dat was voor mij heel erg leerzaam. Want ik weet nog dat ik heel veel dingen opgeschreven heb toen, vanaf die ene middag, van hé, [...] lesbiennes en biseksuelen, waarom is hun gezondheid minder? Weet je wel, ze hebben vaak

psychische problemen, eenzaamheid, depressies, daardoor roken en drinken ze meer, toen ben ik het eens op gaan zoeken. En waarom een lesbische vrouw vaak minder in zicht, in beeld is als homo's [...] Weet je, al dat soort puntjes heb ik al uit die twee uurtjes gehaald van zo'n lunchbijeenkomst' (N4b).

Zet je niet in op scholing, dan is de cultuurverandering ook lastiger te maken, zo vertelt respondent N4a uit ervaring: 'Ik denk dat er nog onvoldoende kennis is op de teams. [...] Ik denk dat de aandacht voornamelijk besteed is aan de externe kant en te weinig aan de interne'. Bovendien stipt dezelfde respondent aan dat er niet alleen door alle geledingen geschoold zal moeten worden, maar dat dit ook moet gebeuren met oog voor de specifieke niveaus en afdelingen. 'En dan zal je de zorgmedewerkers waarschijnlijk iets anders moeten vertellen als de restaurantmedewerkers. Want de zorgmedewerkers moeten er iets anders mee dan de restaurantmedewerkers' (N4a). Respondent N2a ziet vooral de behoefte om de problemen van roze ouderen in het managementteam nog eens goed op de agenda te zetten: niet alleen om het onderwerp ook op dat niveau goed gedragen te weten, maar ook 'om de urgentie wat duidelijker te krijgen'.



*G2a: ‘Dit huis moet een afspiegeling zijn van onze maatschappij. Daar horen homoseksuele ouderen bij, daar horen allochtone ouderen bij, daar horen Nederlandse ouderen bij. En die allochtone ouderen, en die Nederlandse en die roze ouderen, die geven kleur aan de zorg.’*

#### 4.1 BEANTWOORDING VAN DE ONDERZOEKSVRAGEN

***Welke kennis over zorg voor de doelgroep roze ouderen is nodig bij het verwerven van het Roze Loper-certificaat?***

Het begrip ‘kennis’ ten aanzien van dit onderwerp valt in drie aspecten uiteen. Ten eerste betreft het concrete kennis, achtergrondkennis en feitelijke informatie over de doelgroep homoseksuele ouderen. Het betreft dan leefstijl, specifieke problematiek en behoeften op het gebied van zorg en welzijn. Ten tweede betreft het kennis over de aanpak van homovriendelijk beleid: hoe implementeer je roze beleid in een organisatie, waar vind je sleutelfiguren om ‘de kar te trekken’ en hoe zorg je voor een duurzame verankering? Aan welke voorwaarden moet voldaan worden en op welke manier kan er voor continuïteit worden gezorgd ten aanzien van het Roze Loper-keurmerk? Het derde kennisaspect betreft bewustwording en draagt een morele lading; *waarom* is het nodig om beleid maken en activiteiten te organiseren speciaal voor roze ouderen?

Alledrie de soorten kennis moeten aanwezig zijn in een zorginstelling om het Roze Loper-certificaat – en daarmee de ‘garantie’ op homovriendelijkheid – te verwerven. Wanneer de vraag *waarom* specifiek roze beleid wenselijk is, voor managers en leidinggevendenden onvoldoende beantwoord wordt, missen zij de motivatie om er binnen hun organisatie achteraan te gaan. Wanneer onzichtbaar blijft om welke mensen het gaat, met welke problemen en achtergrondverhalen, en op welke manier zij het liefst zorg ontvangen, wordt het onmogelijk voor een zorginstelling om deze doelgroep te verleiden en te bedienen. Tenslotte heeft de organisatie – in nauwe samenhang met de andere twee kennisaspecten – baat bij inzicht over de beste aanpak van homovriendelijk beleid.

***Hoe heeft de kennisverwerving en visie-ontwikkeling plaatsgevonden bij diverse gecertificeerde instellingen?***

De gecertificeerde instellingen hebben op verschillende manieren hun kennis in huis gehaald. Bij drie zorginstellingen heeft eerst een geestelijk verzorger, beleidsmedewerker of andere professional de benodigde kennis verzameld en een netwerk opgebouwd. In alle Roze Loper-huizen is het initiatief genomen door een roze professional, manager, bewoner of een combinatie hiervan. In één verzorgingshuis nemen externe roze partijen structureel deel aan het roze werkgroepoverleg om de kennis actueel te houden. Twee zorginstellingen beschikken over een speciale medewerker die het (seksuele) diversiteitsbeleid bewaakt.

Na het in huis halen van de kennis is deze intern verspreid, zowel onder het personeel als onder bewoners. Dit gebeurde door middel van training, scholing, workshops, interne advisering en informatiebijeenkomsten (personeel en management) en door middel van gespreksgroepen, ontmoetingsmogelijkheden, een stadsverteller en een spel (bewoners en roze cliënten). In twee zorginstellingen wordt aan het roze beleid extra aandacht gegeven door middel van een speciale nieuwsbrief. Het actueel houden van de kennis en bewustwording is een kwestie van lange termijn en het bieden van een homovriendelijk klimaat vraagt om een scholingscyclus die blijvend op de agenda moet worden gehouden.

***Waarin onderscheiden gecertificeerde instellingen zich van aspirant-instellingen op het gebied van kennis en visie op zorg voor roze ouderen?***

De gecertificeerde zorginstellingen beschikken over meer kennis en expertise op het gebied van roze ouderen en hebben meer ervaring met het implementeren van roze beleid binnen de organisatie. Professionals van de gecertificeerde huizen zijn reeds goed op de hoogte of weten de weg naar kennis makkelijk te vinden, waar vooral niet-gecertificeerde instellingen moeite hebben met uitleggen waarom roze beleid nodig zou kunnen zijn. Zonder achtergrondkennis over de doelgroep blijft het ook lastig om die vraag te beantwoorden. De vraag over de aanpak blijkt overigens ook binnen de ervaren zorginstellingen op verschillende niveaus actueel te zijn; bovendien zijn alle verzorgingshuizen, zowel met als zonder keurmerk, erg nieuwsgierig naar elkaars ervaringen. Drie niet-gecertificeerde instellingen hebben hun homoseksuele bewoners niet in beeld, maar streven naar een beleid om aan hun behoeften tegemoet te komen. Ze willen graag weten wie hun homoseksuele bewoners zijn, wat voor wensen zij hebben, en hoe ze ermee om moeten gaan in hun organisatie. Daarbij zoeken zij naar een passende balans tussen discretie en openheid.

Denominatie en zorgvisie van de instellingen zijn niet bepalend voor de keuze om het Roze Loper-

certificaat te behalen. Wel geven de humanistische verzorgingshuizen nadrukkelijk aan dat het roze beleid past bij de identiteit van het huis. Ook bij de andere zorginstellingen, met en zonder keurmerk, valt eventueel roze beleid goed samen met de kernwaarden van het huis, de bedrijfscultuur of de visie op zorg in het algemeen.

## 4.2 CONCLUSIE

Binnen de setting van dit onderzoek zijn een paar voorzichtige uitspraken te doen over de rol van kennisverwerving bij het verwerven van het Roze Loper-certificaat. Voor het succesvol implementeren van homovriendelijk beleid is kennis en kennisuitwisseling binnen organisaties enorm belangrijk. De onzichtbaarheid van roze ouderen zoals beschreven bij Schuyf (1996) en Schuyf & Stoop (2007), de door Kuiper & Fokkema (2009) gesignaleerde intolerantie en discriminatie onder bewoners en het onvermogen bij zorginstellingen om adequaat in te spelen op hun zorgbehoeften (Meerendonk et al, 2003) worden in de interviews met niet-gecertificeerde instellingen grotendeels bevestigd. Na het doorlopen van de tolerantiescan en het starten met homovriendelijk beleid blijft kennisverspreiding belangrijk, zo onderstrepen de instellingen mét keurmerk; scholing en bewustwording komt volgens hen bij voorkeur projectmatig en in een organisatiebrede cyclus terug, zoals ook Pool & Van Dijk (1999), Rondeel & Wagenaar (2002) en Van Wijk (2011) aanraden. Dit soort leren *kan* alleen in een collectief plaatsvinden, zoals het bij de trainingen in de gecertificeerde verzorgingshuizen heeft geleid tot een gezamenlijke uitwisseling van visies, ervaringen, waarden en aannames; verbinding en contextualiteit, genoemd door Van Wijk (2011) en Rondeel & Wagenaar (2002) spelen hier een grote rol. Het proces alleen top-down invoeren is onvoldoende; een roze project gedragen door één persoon zal op langere termijn te kwetsbaar blijken. Duurzame steun vanuit het management is onontbeerlijk, maar gedragenheid binnen alle geledingen van de werkvloer is minstens zo essentieel. Managers die oog hebben voor de vraag van roze ouderen om erkenning, komen tegemoet aan hun wensen zoals omschreven door Vincenten (2009) en Pijnappels & Finnema (2011) die dit begrip als belangrijke welzijnsfactor registreerden. Een integrale, organisatiebrede aanpak komt het invoeren van homovriendelijk beleid ook op de langere termijn ten goede. Daarbij is een goed intern en extern PR- en communicatiebeleid van groot belang. Pool & Van Dijk (1999), Rondeel & Wagenaar (2002) en Van Wijk (2011) worden bevestigd in hun constatering dat opleidings- en visieprocessen integraal aangepakt en organisatiebreed gedragen moeten worden om succesvol en duurzaam te zijn; interne en externe consistentie dragen daaraan bij, wat betekent dat het de moeite loont om het roze beleid en de kennisverwerving van begin af aan te koppelen aan verschillende personen op verschillende niveaus binnen de zorginstelling. Het risico van *resistive compliance* (Van Wijk, 2011) ligt op de loer, weerstand van professionals die top-down moeten meebewegen met

verandering die hun belangen raakt zonder dat zij betrokken zijn. De aanwezigheid van een gezamenlijke visie (Pool & Van Dijk, 1999) ontstaan vanuit een collectieve ambitie (Van Wijk, 2011) zal ook hier het roze beleid ondersteunen. Een werkgroep of kerngroep in het leven roepen met vertegenwoordigers uit alle niveaus van de organisatie en ondersteuning zoeken bij maatschappelijke en roze partijen vergemakkelijkt het structureel inpassen van roze beleid. Bovendien kan kennisuitwisseling tussen zorginstellingen onderling nog veel toevoegen op het gebied van de aanpak binnen de organisatie.

Zorginstellingen met Roze Loper-keurmerk signaleren een toename van homoseksuele (aspirant-)bewoners en bezoekers van roze activiteiten. Het lijkt erop dat als door middel van homovriendelijk beleid voldaan wordt aan de behoefte aan erkenning en zichtbaarheid, zoals beschreven bij Vincenten (2009) en Schuyf (2006) de drempel om in een 'reguliere', niet specifiek-roze zorginstelling te wonen (Den Heijer, 2009) lager wordt. Participatie door de doelgroep, maar ook draagvlak onder bewoners kan volgens gecertificeerde huizen goed gerealiseerd worden door vroegtijdig de cliëntenraad in te schakelen. Daarmee wordt bevestigd wat Van Mens-Verhulst (2011) en Ghorashi (2011) stellen, namelijk dat het pas mogelijk is om zorg op maat te bieden als de diversiteitsdeskundigheid uit bewoners, cliënten en zorgafnemers zelf kan komen en zij structureel van invloed kunnen zijn op beleid dat hen zelf betreft. Aangezien cliëntenraden een belangrijke vorm van bewonersparticipatie zijn, kunnen zij zeker van waarde zijn voor het slagen van een Roze Loper-traject.

Daarnaast is het zinvol om de zogenaamde homo-hetero-allianties uit te (blijven) breiden naar de doelgroep ouderen om uitwisseling te stimuleren en een op diversiteit gerichte beeldvorming te beïnvloeden.

### **4.3 DISCUSSIE**

Hoewel de vier gecertificeerde instellingen onderling overeenkomsten vertonen ten aanzien van de kennisontwikkeling en de ervaringen met het invoeren van roze beleid, lopen de achtergronden – van aanleiding voor het beleid tot grootte van het huis en van initiatieffase tot uitvoering – al te sterk uiteen om hierover eenduidige uitspraken te kunnen doen.

Het vermoeden dat homovriendelijk beleid in christelijke zorginstellingen niet hoog op de agenda staat, werd min of meer bevestigd doordat het niet lukte om in deze categorie, al dan niet gecertificeerd, respondenten te vinden. De voorzichtige verwachting dat vooral instellingen met een bepaalde specifieke signatuur of zorgvisie geneigd zijn door middel van scholing homovriendelijk te worden, kan echter worden bevestigd noch ontkend; slechts twee respondenten noemen het roze beleid als 'passend bij' de humanistische inslag van hun huis, maar leidend is de levensbeschouwelijke of zorgvisie niet geweest.

Hoewel uit bovenstaand onderzoek wel enkele hoofdlijnen en beleidsrichtingen zichtbaar zijn geworden, geeft empirisch onderzoek op deze beperkte schaal een onvoldoende beeld van de rol die kennisverwerving en visieontwikkeling spelen bij het invoeren van homovriendelijk beleid in zorginstellingen. De uitkomsten van de interviews vertonen in sommige opzichten bijna willekeur ten aanzien van bepaalde thema's, wat het trekken van harde conclusies op basis van het beschikbare materiaal van slechts acht verzorgingshuizen lastig maakt. Dat kan te maken hebben met een ontoereikende conversatiehulp of onvoldoende interviewskills bij de onderzoeker. Bovendien is om goed gefundeerde uitspraken te kunnen doen over de rol van kennis in verschillende soorten zorginstellingen veel fijnvertakter onderzoek op grotere schaal nodig. Onderzoek binnen een aanmerkelijk groter aantal verzorgingshuizen van verschillende, óók religieuze signatuur en gesitueerd door heel Nederland en niet slechts in de Randstad kan pas een evenwichtig beeld geven van de kennisontwikkeling. Voor vervolgonderzoek is een grotere spreiding in denominatie en ligging en uitbreiding van het aantal respondenten gewenst.

Verschillende respondenten laten zich ongevraagd uit over de ouderenzorg van de toekomst. Als de zorg inderdaad op een andere manier wordt ingericht en het concept van het verzorgingshuis 'uitstervend' is, zoals zij voorspellen, zal ook het beleid voor homoseksuele ouderen op een andere manier onder de aandacht gebracht moeten worden, als het niet meer centraal gebeurt vanuit de fysieke leefomgeving van cliënten. Het scheppen van een 'serviceklimaat' rondom een cliënt of patiënt zoals Van Wijk (2011) schetst en faciliterende dienstverlening bieden zoals bij Pool & Van Dijk (1999) wordt een stuk complexer, laat staan met aandacht voor een specifieke doelgroep. Het afstemmen van de zorg op kwetsbare ouderen zal nog meer aankomen op de flexibiliteit van zorgaanbieders; het doet meer een beroep op de morele en relationele vermogens van professionals en op hun netwerkvaardigheden, zowel onderling als met betrekking tot hun cliënten, dan op hun puur beroepsmatige capaciteiten. Dan wordt het zorg vanuit het medemenselijke en contextuele perspectief van Van Heijst (2005) en Vosman & Baart (2011); opleiding en scholing zullen dan ook een sterk reflectief karakter (Kanne, 2008) hebben en verbinding (Rondeel & Wagenaar, 2002) wordt belangrijker dan ooit.

Een eveneens interessante ontwikkeling is de discussie (begin augustus 2012) rondom verpleeghuiszorg: een zorgkoepel in Gouda doet een voorstel om mantelzorgers te verplichten tot enkele uren per maand zorg- en dienstverlening. Wat voor consequenties heeft dat voor homoseksuele ouderen, die over een ander – vaak kleiner – netwerk beschikken? Als het gaat om toegankelijkheid en doelmatigheid van de zorg (Van Delden et al., 1999) komt deze groep wellicht in de knel, al biedt de benadering van Van Wijk (2011), gericht op de cliënt en met oog voor afhankelijkheid en welbevinden van de klant, wellicht hoopvolle perspectieven. Een andere vraag is of het over enkele decennia nog nodig zal zijn om voor de doelgroep homoseksuele ouderen specifiek beleid te maken. De generatie die volgt (nu vijftigers en zestigers) is wellicht geëmancipeerder, bewuster en gericht bezig met de

toekomst en beter in staat voor zichzelf de zorg te organiseren die zij wil.

Zoals gezegd zijn binnen elke organisatie ‘trekkers’ nodig: personen die het roze beleid bewaken en in stand houden. Dit werd bevestigd tijdens mijn zoektocht naar respondenten; toen ik contact legde met een instelling die op de website [rozezorg.nl](http://rozezorg.nl) aangemerkt stond als Roze Loper-gecertificeerd, kreeg ik te horen dat de lokatiemanager die daartoe het initiatief had genomen, er niet meer werkzaam was. Op mijn vraag wie dan momenteel het woord kon doen ten aanzien van dit onderwerp, had de telefoniste eigenlijk geen antwoord; haar suggestie was dat ik beter een andere instelling kon benaderen, want ‘hier in huis is eigenlijk niemand meer die er iets over kan vertellen’. Rondeel & Wagenaar (2002) wijzen op het belang van *commitment* en ook hier geldt dat meerdere professionals het roze project zullen moeten dragen. Intrinsieke motivatie van alle betrokkenen is van fundamentele waarde. Die kan bestaan doordat iemand zelf de doelgroep vertegenwoordigt, en dus zijn of haar eigen belangen behartigt. Maar het hoeven niet altijd homoseksuele ouderen of homoseksuele professionals te zijn die bijdragen aan een homovriendelijk klimaat. Het is de kunst om alert te zijn op heteronormativiteit: alle woorden in onze taal zijn ermee beladen. De respondent die het heeft over ‘een andere geaardheid’ bevestigt dit onbewust ten volle. Homo-emancipatie is hetero-emancipatie. Dat betekent niet alleen dat roze ouderen de ruimte krijgen om zichzelf te zijn, maar ook dat heteroseksuele professionals, cliënten en familieleden zich bewust worden van hun heteronormatieve kijk op de wereld. Bovendien gaat het loslaten van heteronormativiteit een stapje verder dan onderscheiden wie homo of hetero is; mensen zitten niet ofwel in het ene, ofwel in het andere hokje. Diversiteit is meer dan sorteren: daar waar verschillende ‘hokjes’ elkaar kruisen wordt het intersectionaliteit. Het belang van diversiteit in de breedste zin van het woord wordt door de respondenten in positieve zin onderstreept: het is een meerwaarde voor een organisatie om kleur in huis te halen. Daarmee gaan zij een stap verder dan Dubel (2008), die het accent vooral legt op bepaalde randvoorwaarden en rechtvaardigheid; hun uitspraken lijken eerder tegemoet te komen aan de roep van Van Houten (1999) en Ghorashi (2011) om differentiatie en contextualiteit. Ze bevestigen het uitgangspunt van Widdershoven en Abma (in Manschot & Van Dartel, 2003) dat het noodzakelijk is om uit te gaan van pluraliteit. Niet alleen omdat dat eerlijk is. Nee, het is een verrijking.

#### 4.4 AANBEVELINGEN

Om aspirant-instellingen beter te kunnen begeleiden in het Roze Loper-traject kan een aantal adviezen bij de start waardevol zijn. Afhankelijk van de procedure kan een Roze Ambassadeur of een afgevaardigde van het Consortium Roze 50+ een verzorgingshuis de volgende tips geven:

- Zorg dat er intrinsiek gemotiveerde trekkers zijn in huis
- Zoek aansluiting met lokale maatschappelijke organisaties, belangenbehartigers
- Stel een kerngroep, werkgroep of een commissie diversiteit in
- Benoem een beleids-, diversiteits- of p&o-medewerker met dit aandachtsgebied
- Zorg dat ondersteuning vanuit het management, ook financieel, gewaarborgd is
- Sluit aan bij huisregels of pestprotocollen mede met het oog op signalering

Het Consortium Roze 50+ beschikt over een ruime keuze aan interventies en activiteiten om het roze beleid in zorginstellingen te ondersteunen. Hiervan wordt door de gecertificeerde instellingen reeds dankbaar gebruik gemaakt. In aanvulling hierop kunnen de volgende stappen het werk van het Consortium wellicht ondersteunen:

- Blijf zoeken naar financiële ondersteuning voor landelijk roze ouderenbeleid
- Zorg voor heldere communicatie over de certificering en de her-audit (KIWA)
- Blijf inzetten op homo-hetero-allianties, speciaal óók in de ouderenzorg
- Verruim het aanbod (de ‘toolkit’) met interventies waarbij het accent niet zozeer op homoseksualiteit en roze ouderen ligt, maar op diversiteit in de breedste zin van het woord. Breid de toolkit uit met een aanbod gewijd aan tolerantie, vooroordelen, discriminatie, dialoog, leefstijlen en diversiteit in het algemeen
- Faciliteer onderlinge uitwisseling en ondersteuning voor aspirant- en Roze Loper-instellingen, bijvoorbeeld door middel van een forumfunctie op rozezorg.nl of door middel van – eventueel regionaal of lokaal georganiseerde – workshops en bijeenkomsten





## **LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN EN BEGRIPPEN**

ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
ANBO	Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen
COC	Federatie van Nederlandse Verenigingen tot Integratie van Homoseksualiteit
KIWA	Kwaliteitszorgbedrijf dat (o.a.) certificeringstrajecten in zorg begeleidt
MOVISIE	Landelijk kennisinstituut op het terrein van welzijn, participatie, sociale zorg en sociale veiligheid
Prezo	Prestatiemodel Zorg: kwaliteitskeurmerk voor verantwoorde zorg
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg



## LITERATUUR

- Baart, A. (1996). Wat heet professioneel? Naar een sterke opvatting van professionaliteit. *Tijdschrift voor sociale interventie*, 3, 113-124.
- Becker, H.M. (2006). *De ja-cultuur als instrument voor humanisering van de zorg*. Utrecht: SWP.
- Delden, J.J.M. Van, Hertogh, C.M.P.M. & Manschot, H.A.M. (red.) (1999). *Morele problemen in de ouderenzorg*. Assen: Van Gorcum.
- Drost, A. (2012). *Interview G. ten Brummelhuis*. Haren: DrostEffect.
- Dubel, I. (2012). *Seksueel burgerschap. Powerpointpresentatie*. Den Haag: Hivos.
- Ende, T. van den (2010). Kantelmomenten in het werk. Over het belang van normatieve scholing. In: *Waardevolle wetenschap. Zingeving en humanisering in het wetenschappelijk onderwijs* Alma, H. & Lensvelt-Mulders, G. (red) Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.
- Ende, T. van den (2011). *Waarden aan het werk. Over kantelmomenten en normatieve complexiteit in het werk van professionals*. Amsterdam: SWP.
- Evers, J. (red). (2007). *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde*. Den Haag: Lemma.
- Fokkema, T. & Kuyper, L. (2009). The relation between social embeddedness and loneliness among older lesbian, gay, and bisexual adults in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior* 38 (2): 264-275.
- Heijer, den R. (2009). *De behoefte aan woonvoorzieningen voor homoseksuele ouderen (m/v) in Nederland*. Amsterdam: EuMaG.
- Heijst, van A. (2005). *Menslievende zorg: een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Klement.
- Hekma, G. (2004). *Homoseksualiteit in Nederland van 1730 tot de moderne tijd*. Amsterdam: Meulenhoff.
- Humanisme en humaniteit in de 21ste eeuw: onderzoeksprogramma van de Universiteit voor Humanistiek 2005-2010*.
- IWOH (2007). *Gewoon homo zijn. Nota lesbisch- en homo-emancipatiebeleid 2008-2011*. Interdepartementale Werkgroep Overheidsbeleid en Homoseksualiteit.
- Kanne, M. (2008). Waarden en woorden. Opvattingen van professionals en managers over goed werk. In:

- Goed werk. Verkenningen van normatieve professionalisering.* Jacobs, G. (red) p. 180-194. Amsterdam: SWP.
- Keunen, S. (2010). *Niemand heeft het erover... en ondertussen.* Visiedocument diversiteit. Amsterdam: Osira Groep.
- Keuzenkamp, S. (red.) (2010). *Steeds gewoner, nooit gewoon. Acceptatie van homoseksualiteit in Nederland.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Keuzenkamp, S., Bos, D., Hekma, G. & Duyvendak, J.W. (red.) (2006). *Gewoon doen. Acceptatie van homoseksualiteit in Nederland.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kuyper, L. (2011). *Sexual Orientation and Health. General and minority stress factors explaining health differences between lesbian, gay, bisexual, and heterosexual individuals* Proefschrift Universiteit Utrecht.
- Kuyper, L. & Fokkema, T. (2009). *Loneliness among older lesbian, gay, and bisexual adults: the role of minority stress.* Archives of Sexual Behavior 38.
- Kuyper, L. & van Rossenberg, S. (2010). *Reader persberichten en webteksten schrijven.* Uitgave: COC Leiden.
- Lagro-Janssen, T., Celik, H. & Klinge, I. (2005). Diversiteit in de gezondheidszorg. *Gender: tijdschrift voor genderstudies* Themanummer. Vol. 8 afl. 2.
- Manschot, H. & van Dartel, H. (2003). *In gesprek over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk.* Amsterdam: Boom.
- Maso, I. & Smaling, A. (2004). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie.* Amsterdam: Boom.
- Mediator (2011). *Special Diversiteit in zorg en onderzoek*, 22, 1, februari 2011
- Meerendonk, B. van de, Adriaensen, R. & Vanwesenbeeck, I. (2003). *Op weg naar een vrolijke herfst? Zorgbehoeften en zorgverlening aan lesbische en homoseksuele ouderen in Nederland.* Rutgers Nisso Groep/Schorerstichting.
- Tijdschrift voor Humanistiek (2005). *Themanummer Normatieve Professionalisering*, 22, juli 2005.
- Tijdschrift voor Humanistiek (2008). *Themanummer Homo- en lesborechten zijn mensenrechten.* 33/34, juni 2008.
- Pijnappels, C. & Finnema, E. (2011). *Woonwensen Roze Ouderen in Rotterdam.* Rotterdam: Kenniscentrum Zorginnovatie Hogeschool Rotterdam.
- Pool, J. & van Dijk, J.K. (1999). *Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Professionals in de gezondheidszorg.* (2000) Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en zorg.

- Renkens, J., Felten, H. & Schuyf, J. (2011). *Handreiking homo-emancipatie en gezondheid*. Utrecht: Movisie.
- Rondeel, M. & Wagenaar, S. (red.) (2002). *Kennis maken: leren in gezelschap*. Schiedam: Scriptum.
- Roze 50+ (2009). *De onzichtbaarheid voorbij*. Masterplan Consortium Roze 50+ Nederland.
- Schuyf, J. (1996). *Oud Roze: De positie van lesbische en homoseksuele ouderen in Nederland*. Homostudiesreeks nr. 31. Utrecht.
- Schuyf, J. (2006). *Groenboek belweek roze ouderen*. Projectgroep Roze Ouderen.
- Schuyf, J. (2011). *De roze oudere is bijna een gewoon mens. Groenboek Tweede Roze Belweek 2011*. Uitgave: Consortium Roze 50+.
- Schuyf, J. & Stoop, R. (2007). *Ouderen en homoseksualiteit. Beleidsmogelijkheden ten behoeve van homoseksuele ouderen*. Factsheet. Utrecht: Movisie.
- Soesbeek, K. & Bonfrere, L. (1993). *Zouden ze bestaan? Homoseksualiteit en ouder worden*. Utrecht: Homostudies/ISOR, Universiteit Utrecht.
- Verpleeghuis eist dat familieleden meehelpen. *De Verdieping*, Trouw, 3 augustus 2012.
- Verschuren, P.J.M. (1991). *De probleemstelling voor een onderzoek*. Utrecht: Het Spectrum.
- Vincenten, P. (2009). *Behoeften worden zichtbaar. Een verkennend onderzoek naar de leefstijlen van 55+ lesbische vrouwen en hun behoeften op het gebied van zorg en welzijn*. Utrecht: Movisie.
- Vosman, F. & Baart, A. (2011). Relationship based care and recognition. Part two: Good care and recognition. In: Leget, C., Gastmans, C. en Verkerk, M. (red.) (2011). *Care, compassion and Recognition: An Ethical Discussion*. Leuven: Peeters.
- Wijk, van K. (2011). *Van zorginstelling naar serviceorganisatie*. Amsterdam: Reed Business.

## **OVERIGE BRONNEN**

<http://www.rozezorg.nl/> (geraadpleegd op 31 juli 2012)

<http://www.kiwa.nl> (geraadpleegd op 28 april 2012)

<http://www.ouderroze.nl/informatie.html> (geraadpleegd op 15 april 2012)

[http://www.art1.nl/artikel/6914-Factsheet\\_discriminatie\\_en\\_homoseksualiteit](http://www.art1.nl/artikel/6914-Factsheet_discriminatie_en_homoseksualiteit) (geraadpleegd op 28 april 2012)

<http://www.judithschuyf.eu/Publicaties.html> (geraadpleegd op 28 april 2012)

<http://www.zorgethiek.nu> (geraadpleegd op 7 december 2011)

<http://www.swarthmore.edu> (geraadpleegd op 7 december 2011)

<http://transgendernetwerk.nl> (geraadpleegd op 7 december 2011)

<http://www.perspektkeurmerk.nl> (geraadpleegd op 5 augustus 2012)

# BIJLAGE 1

## VRAGEN KIWA TOLERANTIESCAN

### BELEID EN ORGANISATIE

- 1 Staat in de visie of missie van de organisatie beschreven dat de cliënt centraal staat?
- 2 Is dit (de cliënt staat centraal) ook opgenomen in de introductie van nieuwe medewerkers?
- 3 Heeft uw organisatie een specifiek beleid voor bepaalde groepen cliënten?
- 4 Wordt seksuele geaardheid wel eens beleidsmatig besproken in de organisatie?
- 5 Heeft u een specifiek beleid voor cliënten die homoseksueel, lesbisch of biseksueel zijn?
- 6 Zijn er activiteiten voor cliënten die homoseksueel, lesbisch of biseksueel zijn?
- 7 Heeft de organisatie gedragsregels in haar reglement hoe om te gaan met seksistisch of discriminerend gedrag?
- 8 Zijn er regels vastgelegd van maatregelen en voorzieningen om intimidatie of discriminatie te voorkomen?
- 9 Bestaat over deze gedragsregels overeenstemming tussen leiding, personeel en cliënten?
- 10 Is de formulering van deze gedragsregels vastgelegd met cliëntenraden of OR?
- 11 Wordt er actief voorlichting gegeven over diversiteit?
- 12 Is er voorlichtingsmateriaal over seksuele diversiteit aanwezig?
- 13 Is er binnen de organisatie een verantwoordelijke of portefeuillehouder aangesteld die toeziet op diversiteit?
- 14 Beschouwt u uw eigen organisatie als homovriendelijk voor uw cliënten?
- 15 Weet u of er homoseksuelen, lesbiënnes of biseksuelen onder uw cliënten zijn?
- 16 Vindt u het belangrijk om te weten of er homoseksuelen, lesbiënnes of biseksuelen onder uw cliënten zijn?
- 17 Informeert uw organisatie bij opname van een cliënt naar de seksuele geaardheid?
- 18 Houdt u met deze informatie rekening? (cliënten, medewerkers)

19 Stelt u cliënten in de gelegenheid zich te uiten over hun geaardheid?

20 Heeft uw organisatie een vertrouwenspersoon voor cliënten?

## **PERSONEELSBELEID**

1 Is er een beleidsdocument waarin de diversiteit van personeel is opgenomen?

2 Is er actief aannamebeleid gericht op de diversiteit van het personeel?

3 Is er een personeelsbeleid waarbij per leeftijdscategorie loopbaanperspectief wordt geboden?

4 Zijn er specifieke afspraken of beleid met betrekking tot seksuele geaardheid?

5 Beschouwt u uw eigen organisatie als homovriendelijk voor uw personeel?

6 Weet u of er homoseksuelen, lesbiënnes of biseksuelen onder uw medewerkers zijn?

7 Vindt u het belangrijk om dit te weten?

8 Kunnen homoseksuele medewerkers hun partners meenemen naar bijvoorbeeld feesten van uw organisatie?

9 Besteedt u bij het aannamebeleid aandacht aan seksuele geaardheid bij het inwerkprogramma, de opleidingen en de informatievoorziening?

10 Bestaat er een informatiepakket voor (nieuw) personeel waarin seksuele geaardheid is opgenomen?

11 Heeft uw organisatie een vertrouwenspersoon voor medewerkers?

12 Worden er thematische bijeenkomsten gehouden voor medewerkers waarbij seksuele geaardheid een thema kan zijn?

## **OPLEIDING**

1 Is er een opleidingsbeleid?

2 Is er een scholingsplan?

3 Wordt er scholing aan personeel en cliënten aangeboden met betrekking tot bewustwording van (zoals coming-out, leefstijlen, homovijandigheid) en omgang met kwetsbare groepen?

4 Besteedt men daarbij (naast het geven van feitelijke informatie) aandacht aan gevoelens, intimiteit, relaties, communicatieve vaardigheden of normen en waarden rond diversiteit?

5 Is er een gedrags- of beroepscode?



6 Wordt personeel door scholing of andere instrumenten bewust gemaakt van de eigen beroepsmatige houding ten opzichte van diversiteit?

### **BEWUSTWORDING EN VEILIGHEID**

1 Zijn er instrumenten waarmee bewustwording over diversiteit wordt gemonitord?

2 Is er een platform waarbij het thema diversiteit wordt besproken? Bijvoorbeeld via voorlichtingsbijeenkomsten, tv programma's of het op de agenda plaatsen van dit onderwerp.

3 Is er binnen de organisatie informatie beschikbaar over ontmoetingsmogelijkheden voor bepaalde groepen cliënten?

4 Worden medewerkers gestimuleerd om op het gebied van diversiteit een voortrekkersrol te ambiëren?

5 Krijgen medewerkers de mogelijkheid om zo'n voortrekkersrol te vervullen?

6 Zijn er bepaalde groepen cliënten over het voetlicht gebracht bij de brancheorganisaties en andere koepels?

7 Voor zover u weet, is er sprake van leeftijdsdiscriminatie bij 50-plussers?

8 Voor zover u weet, voelt iedereen zich over het algemeen emotioneel veilig/geaccepteerd?

9 Worden roddelen of pesten actief tegengegaan?

### **SIGNALERING, BEGELEIDING EN KLACHTEN**

1 Is er een klachtenprocedure?

2 Is er een klachtenfolder?

3 Voor zover u weet, is de organisatie in staat om problemen van personeel en cliënten rondom diversiteit te signaleren?

4 Voor zover u weet, is de organisatie in staat om personeel en cliënten op te vangen die willen praten over persoonlijke vragen of problemen met betrekking tot diversiteit?

5 Zijn personeel en cliënten geïnformeerd over de stappen die zij kunnen zetten wanneer zij bij de politie of Commissie Gelijke Behandeling aangifte willen doen van intimidatie/discriminatie?

6 Heeft de organisatie intern een contactpersoon aangewezen die het verbindingsstuk is tussen organisatie en de externe vertrouwenspersoon?

7 Zijn de bevoegdheden en werkwijze van de vertrouwenspersoon en klachtencoördinator vastgelegd in de functieomschrijving?

8 Beschikt de organisatie over een sociale kaart? (Verwijsindex met informatie over welzijns- en gezondheidsvoorzieningen)

9 Wordt door de organisatie transport georganiseerd of beschikbaar gesteld om cliënten te vervoeren naar activiteiten buiten de instelling?

10 Is in geval van een externe vertrouwenspersoon de handelwijze bij inschakeling van deze persoon vastgelegd in een protocol?

## BIJLAGE 2

# INTERVIEWRICHTLIJNEN

### CONVERSATIEHULP ASPIRANT ROZE LOPER-INSTELLING OF NIET-GECERTIFICEERDE INSTELLING

#### Inleiding

Toelichting achtergrond van het onderzoek, aanleiding. Uitleg gang van zaken en duur van het interview.  
Vragen of er bezwaar bestaat tegen opnemen van het gesprek.

- Wat is het beleid ten aanzien van opleiding/scholing en ontwikkeling in het algemeen van de zorgprofessionals in uw organisatie?
- Speelt er op dit moment een professionaliseringstraject binnen de organisatie?
- Heeft u naar uw mening (voldoende) kennis in huis over de doelgroep roze ouderen?
- Heeft uw organisatie behoefte aan kennis over de doelgroep roze ouderen?
- Welke specifieke kennis denkt u zelf nodig te hebben?
- Welke afwegingen spelen of speelden een rol (of: zouden een rol spelen) bij uw keuze om al dan niet het certificeringstraject in te gaan?

## CONVERSATIEHULP GECERTIFICEERDE ROZE LOPER-INSTELLING

### *Inleiding*

Toelichting achtergrond van het onderzoek, aanleiding. Uitleg gang van zaken en duur van het interview.  
Vragen of er bezwaar bestaat tegen opnemen van het gesprek.

- Wat is het beleid ten aanzien van opleiding/scholing en ontwikkeling in het algemeen van de zorgprofessionals in uw organisatie?
- Spelen er op dit moment professionaliseringstrajecten binnen de organisatie?
- Heeft u naar uw mening (voldoende) kennis in huis over de doelgroep roze ouderen?
- Welke specifieke kennis heeft u in huis, waar bestaat die kennis uit?
- Hoe heeft u deze kennis verworven?
- Welke afwegingen spelen of speelden een rol bij de keuze om het Roze Loper certificeringstraject in te gaan?
- Was de certificering een onderdeel van algemeen professionaliserings- of scholingsbeleid of een gerichte keuze voor homovriendelijk beleid?
- Welke kennis ontbreekt nog?
- Komt u struikelblokken of problemen tegen die met kennis of kennishiaten samenhangen?

Wat zou u aan een niet-gecertificeerde organisatie adviseren over de kennisverwerving ten aanzien van roze ouderen?