

De invloed van levensloopervaringen op de woon- en zorgwensen van homoseksuele toekomstige ouderen



Joost Gladpootjes (3537234)
Masterthesis Stadsgeografie
Faculteit der Geowetenschappen
Begeleider: Prof. Dr. P. Hooimeijer
Juli 2018



Universiteit Utrecht

Voorwoord

Geachte lezer,

Voor u ligt mijn masterthese over de invloed van levensloopervaringen op de woon- en zorgwensen van homoseksuele toekomstige ouderen. Dit onderzoek vormt het sluitstuk van de master *Urban Geography* aan de Universiteit Utrecht en aan u, de lezer, mag ik met trots de ondernomen stappen en gedane bevindingen presenteren middels dit schrijven. Het huidige onderzoek is een eerste aanzet om diverse levensloopervaringen van homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar te koppelen en te bezien waar de kansen en krachten liggen met betrekking tot de woon- en zorgwensen voor de toekomst. In de eerste plaats wil ik dan ook de respondenten die deel hebben genomen aan dit onderzoek hartelijk bedanken voor hun medewerking. De gesprekken die zijn gevoerd waren verrijkend voor dit onderzoek, alsook voor mij als persoon. Daarnaast wil ik uiteraard mijn begeleider, Prof. Dr. P. Hooimeijer, bedanken voor zijn vele geduld in het proces van dit schrijven en de bereidheid om mij steeds te helpen door middel van nuttige feedback. Tot slot wil ik mijn zus, Céline Gladpootjes, bedanken voor haar hulp in het doorlezen van stukken en het doen van suggesties en meedenken in het proces. Ik hoop dat u als lezer van deze masterthese geïnspireerd en bekend raakt met de invloed van levensloopervaringen op de woon- en zorgwensen van homoseksuele toekomstige ouderen en eenieder die betrokken is in het proces omtrent de woon- en zorgwensen voor de toekomst, maar zeker ook diegenen behorende tot de doelgroep zelf, wat aan de gedane bevindingen heeft. Rest mij niets meer dan u veel leesplezier te wensen.

Joost Gladpootjes
Juli, 2018

Samenvatting

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te bieden in levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit en de invloed hiervan op woon- en zorgwensen op latere leeftijd van de groep homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar in Nederland. Een verkennend kwalitatief onderzoek is uitgevoerd en door middel van negen semi gestructureerde interviews met homoseksuele toekomstige ouderen is data verzameld om antwoord te geven op de centrale onderzoeksvragen.

Ten aanzien van de levensloopervaringen omtrent homoseksualiteit komt naar voren dat alle deelnemers aan dit onderzoek openlijk homoseksueel zijn en zij zich na hun *coming-out* beter voelden; door positieve reacties van anderen namen de moeilijkheden rondom hun seksualiteit af. De acceptatie/tolerantie in Nederland ten aanzien van homoseksualiteit wordt door de deelnemers over het algemeen als goed ervaren. Wel voelen sommige deelnemers zich weleens beperkt in het uiten van hun homoseksualiteit in de openbare ruimte, onder andere uit angst voor negatieve reacties. Tegelijkertijd verbergt niemand zijn homoseksualiteit. Discriminatie/stigmatisering omtrent de geaardheid komt onder de deelnemers weinig voor en wanneer dit wel voorkomt heeft dit weinig impact. Geconcludeerd kan worden dat de levensloopervaringen van homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar divers en over het algemeen positief zijn, waarbij de levensloop voor de *coming-out* als zwaarder is ervaren dan na de *coming-out*. Daarbij vindt men het sociale klimaat in Nederland om openlijk homoseksueel te zijn over het algemeen goed.

Wat welzijn betreft laten de resultaten zien dat meeste deelnemers matig zijn met alcohol, geen drugs gebruiken, een gezond gewicht hebben en goed eten. Wel rookt bijna de helft van de deelnemers dagelijks en al sinds lange tijd. Drie deelnemers ervoeren periodes van depressiviteit en/of eenzaamheid gedurende hun leven en nog eens twee deelnemers hadden last van psychische moeilijkheden in de periode voor hun *coming-out*. Grotendeels was dit te wijten aan hun homoseksualiteit, daar men onder andere niet het gevoel had zichzelf te kunnen zijn. De meeste deelnemers zijn van mening dat hun lichamelijke gezondheid losstaat van hun homoseksualiteit, maar dat de mentale gezondheid wel beïnvloed kan worden hierdoor. Het doormaken van een fase van *coming-out* speelt hierbij een belangrijke rol en is een voornaam verschil met heteroseksuelen. Echter, na verwerking hiervan neemt volgens de deelnemers de invloed van de geaardheid af. Geconcludeerd kan worden dat het welzijn van homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar redelijk tot goed te noemen is en dat er factoren in de levensloop zijn die dit zowel negatief als positief beïnvloeden, zoals de sociale omgeving, middelengebruik en het doormaken van een *coming-out*.

Wat sociale hulpbronnen betreft laten de resultaten zien dat de deelnemers aan dit onderzoek, net als iedereen, regelmatig contact hebben met (directe) familie, vrienden, enkele burens, kennissen en/of collega's. Vijf deelnemers hebben een partner en twee deelnemers kinderen. Voor zes deelnemers is hun sociale netwerk niet in negatieve zin veranderd als gevolg van hun homoseksualiteit, maar kennen zij juist relatief veel andere homoseksuelen. Bij drie deelnemers viel er een enkel persoon af omwille van hun geaardheid. Het eigen netwerk is volgens alle deelnemers voldoende wanneer zij kortdurende hulp nodig hebben. Bij een langdurige hulpvraag lijkt het hebben van een partner een belangrijke factor; wanneer een partner afwezig is of niet meer in staat om langdurige hulp te verlenen denkt de meerderheid van de deelnemers dat hun netwerk onvoldoende toereikend is. Geconcludeerd kan worden dat homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar over een divers netwerk beschikken waarop zij een beroep kunnen doen bij een eventuele hulpvraag, en waarbij er is in ieder geval deels sprake van een *family of choice*. Dit sociale netwerk is voldoende bij een kortdurende hulpvraag en in mindere mate bij een langdurige hulpvraag, maar wanneer partner en kinderen ontbreken lijkt het vormgeven van langdurige informele hulp voor deze groep moeilijk haalbaar. Wanneer dit het geval is zal men aangewezen zijn op formele hulp, wat men niet als bezwaarlijk ziet.

Ten aanzien van de woon- en zorgwensen komt uit de resultaten naar voren dat alle deelnemers zo lang mogelijk zelfstandig willen blijven wonen, zij het in hun eigen woning, een

meer geschikte woning of elders. Zeven deelnemers geven, vanwege de beschikbaarheid van hun sociale netwerk, aan in dezelfde regio te willen blijven wonen. Een woon-zorgvoorziening die op zijn minst homovriendelijk is, is voor alle deelnemers het belangrijkste wanneer zelfstandig wonen geen optie meer is. Echter, de voorkeur van zeven van de negen deelnemers gaat om diverse redenen juist niet uit naar een homo-exclusieve woon-zorgvoorziening. Geconcludeerd kan worden dat homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar, net als iedereen, zo lang mogelijk zelfstandig willen blijven wonen. Wanneer men aangewezen is op een woon-zorgvoorziening is met name de mate van acceptatie/tolerantie van belang, meer zo dan de soort woon-zorgvoorziening. Het welzijn van homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar is redelijk tot goed en lijkt zodoende van beperkte unieke invloed op hun woon- en zorgwensen voor de toekomst. Tegelijkertijd kan uit dit onderzoek voorzichtig geconcludeerd worden dat het men haalbaar lijkt om lang zelfstandig te blijven wonen, mits zij in dezelfde regio blijven wonen. Dit omdat hier het sociale netwerk zich grotendeels bevindt, waarop men een beroep kan doen bij een eventuele hulpvraag. Hoe men met de toekomst bezig is lijkt vooral per persoon te verschillen en de rol die homoseksualiteit speelt bij de woon- en zorgwensen voor de toekomst hoeft niet per se van invloed te zijn.

Overkoepelend kan er gezegd worden dat de uitkomsten van het huidige onderzoek, vergeleken met het eerder gedane onderzoek in Nederland, gunstiger lijken. Het feit dat er in het huidige onderzoek gekeken is naar een andere generatie homoseksuelen met een andere levensloop lijkt hieraan debet en heeft haar invloed op de woon- en zorgwensen voor de toekomst. Anderzijds, is het niet uit te sluiten dat met het ouder worden en het optreden van beperkingen, ook voor deze nieuwe generatie homoseksuele ouderen tekorten ontstaan in hun welzijn en sociale hulpbronnen die zij nu nog niet kunnen voorzien.

Een sterk punt aan dit onderzoek is dat de verzamelde data erg rijk aan informatie is. Dit komt doordat de respondenten op verschillende manieren zijn geworven waardoor er, ondanks dat de groep een vrij Nederlandse samenstelling had, binnen deze groep een diverse set aan homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar is geïnterviewd. Binnen deze groep is er op zoek gegaan naar de diversiteit in levensloopervaringen en opvattingen, die ook gevonden is, waarbij de focus niet enkel lag op homoseksualiteit. Een zwak punt binnen het huidige onderzoek is dat er door een beperkt respondentenaantal weinig heterogeniteit binnen de respondentengroep was. Ondanks zorgvuldige selectie van respondenten en het streven naar diversiteit, was er na negen interviews al sprake van saturatie. Dit zou kunnen betekenen dat de gevolgde selectieprocedure toch een te beperkt bereik opleverde. Hierdoor zijn de gevonden resultaten niet generaliseerbaar naar de complete doelgroep homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar, en moeten de gedane bevindingen met zorg ter hand worden genomen. Een aanbeveling voor vervolg onderzoek is dan ook om het huidige onderzoek onder een grotere groep te herhalen, die een beter afspiegeling vormt van de groep homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar in Nederland. Wellicht zou het onderzoek dan of kwantitatief moeten worden opgezet gezien de hoeveelheid respondenten dat nodig is en de generaliseerbaarheid van het onderzoek, of zou een kwalitatief onderzoek kunnen worden herhaald, maar dan met focusgroepen. Dit laatste geniet wellicht in eerste instantie de voorkeur, daar het huidige onderzoek slechts een eerste verkenning is en er mogelijk in vervolgonderzoek op zoek gegaan kan worden naar verklaringen.

Kernwoorden: homoseksualiteit, homoseksuele ouderen, levensloopervaringen, mentale gezondheid, fysieke gezondheid, sociaal netwerk, hulp, zelfstandig wonen, woon-zorgvoorzieningen, toekomst.

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	7
1.1 Zelfstandig wonen.....	8
1.1.1 Veranderende woonvisie.....	8
1.1.2 De inrichting van de zorg door ouderen zelf en de rol van informele hulp.....	9
1.2 Homoseksuele ouderen.....	10
1.2.1 Emancipatie.....	10
1.2.2 Homoseksuele ouderen van nu.....	10
1.2.3 Homoseksuele ouderen van de toekomst.....	11
1.3 Probleem- en doelstelling van het onderzoek.....	11
1.4 Leeswijzer.....	12
2. Theoretisch kader.....	14
2.1 Levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit.....	14
2.1.1 Acceptatie en tolerantie van homoseksualiteit.....	14
2.1.2 Coming-out.....	16
2.2 Welzijn.....	17
2.2.1 Mentale gezondheid.....	17
2.2.2 Fysieke gezondheid.....	18
2.3 Sociale hulpbronnen.....	20
2.3.1 Het belang van een goed sociaal netwerk.....	20
2.3.2 Sociale netwerken van homoseksuele ouderen.....	21
2.3.3 Wie kan hulp bieden.....	22
2.3.4 Formele hulp.....	23
2.4 Wonen.....	24
2.4.1 Huisvesting van homoseksuele ouderen.....	24
2.4.2 Woon-zorgvoorzieningen.....	26
2.5 Huidig onderzoek.....	28
2.5.1 Conceptueel model.....	28
2.5.2 Onderzoeksvragen.....	30
3. Methodologie.....	31
3.1 Onderzoeksstrategie.....	31
3.1.1 Kwalitatief onderzoek.....	31
3.1.2 Semi gestructureerde interviews.....	32
3.1.3 Betrouwbaarheid en validiteit.....	32
3.2 Onderzoeksopzet.....	33
3.2.1 Respondenten.....	33
3.2.2 Instrument.....	34
3.2.3 Procedure.....	34
3.2.4 Analyse.....	35
3.3 Verwachtingen.....	35
4. Resultaten.....	36
4.1 Levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit.....	36
4.1.1 Coming-out.....	36
4.1.2 Beleving van heersende maatschappelijke opvattingen over homoseksualiteit.....	39
4.2 Welzijn.....	43
4.2.1 Lichamelijke en psychische gezondheid.....	43
4.1.2 Verschil in gezondheid met heteroseksuelen.....	45
4.3 Sociale hulpbronnen.....	47
4.3.1 Sociaal netwerk.....	47

4.3.2 Hulp.....	49
4.4 Wonen.....	52
4.4.1 Zelfstandig wonen.....	52
4.4.2 Woon-zorgvoorzieningen.....	53
4.4.3 Toekomst.....	56
5. Conclusie en discussie.....	58
5.1 Levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit.....	58
5.2 Welzijn en de invloed van levensloopervaringen.....	61
5.3 Sociale hulpbronnen en de invloed van levensloopervaringen.....	64
5.4 Woon- en zorgwensen voor de toekomst en de invloed van het sociale netwerk en welzijn. .	66
5.5 Reflectie.....	69
5.5.1 Sterke en zwakke punten van het onderzoek.....	69
5.5.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	70
Literatuurlijst.....	72
Bijlagen.....	75

1. Inleiding

In 2016 telde Nederland 3,1 miljoen mensen die 65 jaar of ouder zijn, wat ongeveer achttien procent van de totale bevolking is. Volgens de huidige bevolkingsprognose van het Centraal Bureau voor de Statistiek zal het aantal 65-plussers de komende jaren gaan toenemen en zal in de toekomst ongeveer een kwart (26 procent) van de Nederlandse bevolking 65 jaar of ouder zijn (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2017). Enerzijds komt dit door het toenemen van de welvaart en de stijgende levensverwachting per generatie, anderzijds door het feit dat de babyboomgeneratie (geboren tussen 1940 en 1955) en de verbindende generatie (geboren tussen 1955 en 1970) relatief veel personen kennen. De generatie van de babyboomers bereiken nu leeftijden van 65 jaar en ouder en, vanwege de grote omvang van deze groep, veroorzaken een toenemende vergrijzing. Omdat ook de generatie die hier op volgt veel mensen omvat, zal het aandeel ouderen in de samenleving groot blijven (Huijsman, 2013, p. 17; Giesbers et al., 2013; Nationaal Ouderen Fonds, 2014). Er wordt een hoogtepunt verwacht van 4,7 miljoen 65-plussers in 2041 en tot 2060 blijft het aantal mensen van deze leeftijd liggen rond de 4,4 miljoen. De komende jaren zal vooral het aandeel 65-79-jarigen sterk stijgen en vanaf 2025 neemt ook de groep 80-plussers sterk toe (dubbele vergrijzing). Waren er in 2016 van alle mensen boven de 65 jaar ongeveer een kwart van de mensen ouder dan 80, is deze groep in 2040 gegroeid tot ongeveer een derde van alle mensen in Nederland van 65 jaar of ouder (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2017; Giesbers et al., 2013; Nationaal Ouderen Fonds, 2014). Deze mensen van 65 jaar en ouder zijn niet over één kam te scheren en zij vormen een zeer diverse groep met verschillende woonwensen en zorgbehoeften, maar ook zijn er verschillen in zaken als inkomen, opleidingsniveau, etniciteit en geaardheid. In dit onderzoek wordt in het bijzonder aandacht besteed aan deze laatste factor en wordt er ingezoomd op homoseksuele ouderen.

Mensen met homoseksuele gevoelens vormen een bijzondere groep in de samenleving omdat zij, in tegenstelling tot andere groeperingen, niet zichtbaar te onderscheiden zijn. Homoseksuelen worden vrijwel altijd geboren in een heteroseksueel gezin en hierdoor worden zij niet automatisch als lid van een groep gesocialiseerd. Als gevolg moeten zij vaak in hun latere leven een (langdurig) proces van identiteitsvorming en socialisatie ondergaan om zich in hun omgeving goed en thuis te voelen (Schuyf & Dankmeijer, 2005, pp. 15-18). Volgens onderzoek van Felten & Boote (2015, p. 2) heeft onder de Nederlandse bevolking ongeveer 6 procent van de vrouwen en ongeveer 7 procent van de mannen homoseksuele gevoelens. In 2012 berekende Movisie (2012) dat dit neer komt op grofweg 188.000 homoseksuelen van boven de 65 jaar, waarvan er 38.000 de leeftijd van tachtig jaar gepasseerd hadden. Met de groei van het aantal ouderen, zal ook de groep ouderen met homoseksuele gevoelens toenemen. Van de 3,1 miljoen ouderen die Nederland momenteel kent, zullen er hiervan rond de 200.000 homoseksueel zijn. Bij de verwachte toename van het aantal 65-plussers tot 4,7 miljoen zal het aandeel mensen met homoseksuele gevoelens ook verder stijgen tot ongeveer 300.000 in 2041, waarvan er ongeveer 100.000 boven de tachtig zullen zijn.

Deze homoseksuele ouderen maken zich, net als heteroseksuele ouderen, vaak zorgen om hun gezondheid naarmate zij ouder worden en hoe een slechter wordende gezondheid invloed heeft de invulling die zij aan hun leven (willen) geven. Net als andere ouderen, krijgen ook homoseksuelen naarmate ze ouder worden te maken met meer mobiliteitsproblemen. Hieraan gerelateerd maken ouderen in het algemeen zich ook zorgen over de noodzaak om in de toekomst van zorg gebruik te moeten maken en over de stijgende kosten in deze sector (Orel, 2004, p. 64 ; Price, 2005, p.16; Schuyf & Stoop, 2007, pp. 3-4). Ook het ouder worden in het algemeen is voor velen vaak lastig, zeker als het gaat om gezondheidszorg en sociale voorzieningen in een wereld die gericht is op de jeugd. Homoseksuelen ervaren, net als heteroseksuelen, veranderingen in hun gezondheid en sociale ondersteuning naarmate zij ouder worden; maar hun situatie wordt verder beïnvloed door unieke stressfactoren die voort komen uit de minderheidspositie die homoseksuelen

in de samenleving innemen (Blando, 2001, p.88; Orel, 2004, p. 60). Uit velerlei onderzoeken blijkt dat homoseksuele ouderen tegen andere problemen aan lopen dan hun heteroseksuele oudere medemens wat betreft woon- en zorgbehoeften en ook blijken er hierin verschillen te bestaan tussen de verschillende cohorten van ouderen (Addis et al., 2009; Blando, 2001; Brotman et al., 2003; Cahill & South, 2002; Gabrielson, 2011; Johnson et al., 2005; Meerendonk, Van de et al., 2003; Orel, 2004; Schuyf & Dankmeijer, 2005; Schuyf & Stoop, 2007).

In het stuk dat volgt worden de kaders geschetst van dit onderzoek. Eerst wordt er nader ingegaan op het veranderende overheidsbeleid ten aanzien van wonen en zorg, en wat de uitwerking hiervan is voor de vierde levensfase. Vervolgens wordt er aandacht besteed aan het emancipatieproces rondom homoseksualiteit en de invloed hiervan op de inrichting van het wonen en de zorg van huidige en toekomstige homoseksuele ouderen. Dit leidt uiteindelijk tot de probleem- en doelstelling van dit onderzoek.

1.1 Zelfstandig wonen

1.1.1 Veranderende woonvisie

Nederland kampte na de tweede wereldoorlog met een enorme woningnood als gevolg van de oorlogsschade en in de oplossing van de woningnood vormde het bejaardenvraagstuk een belangrijk aspect. Met de Wet op Bejaardenoorden uit 1963 maakt de overheid het mogelijk om bejaardenwoningen te bouwen. De individuele bejaardenwoningen werden gebouwd in nabijheid van de activiteiten in de wijk, in de buurt van winkels, de kerk en openbaar vervoer. Deze bejaardenwoningen zouden gecombineerd moeten worden met andere woonvormen, zodat het doorlopen van de gehele levenscyclus in één buurt mogelijk werd. Het bejaardentehuis, een collectieve woonvorm met wooneenheden op huurbasis, bood verzorging aan de minder vitale bejaarden. Echter, het was ook voor de bejaarden die geen hulp of zorg nodig hadden mogelijk om naar het bejaardentehuis te verhuizen. Vanaf de jaren zestig van de vorige eeuw neemt de bouw van bejaardenhuisvesting enorm toe en werd het verhuizen naar een bejaardentehuis door de overheid gestimuleerd (Geschiedenis24, 2014; Loeff et al., 2005, p. 21-25).

De periode tussen 1963 en 1975 was eigenlijk de enige periode waarin het 'bejaardenbeleid' erop gericht was om de bouw van bejaardentehuizen te stimuleren alsmede de verhuizing daar naar toe. De intramurale capaciteit is sinds de jaren tachtig bijna gehalveerd en het merendeel van de mensen met een lichte zorgvraag die voorheen naar een zorginstelling ging, kan tegenwoordig in de huidige woning blijven (Blok, 2013, p. 3; Raad voor de leefomgeving en infrastructuur, 2014, p. 3). Het overgrote deel van de ouderen woont dan ook nog zelfstandig: vijftien procent van alle 65-plussers en zes op de zeven 80-plussers. In 2010 woonde slechts vier procent van alle 65-plussers in een verzorgings- of een verpleeghuis en van de 80-plussers was dat veertien procent (Giesbers et al., 2013). Ouderen die hulp of zorg nodig hebben, hebben dezelfde woonwensen als anderen en volgens het rapport van de Raad voor de leefomgeving en infrastructuur (2014, p. 4) willen ze: *“zelfstandig en betaalbaar wonen in een woning naar keuze, in een prettige buurt met een aantal basisvoorzieningen en een (divers) sociaal netwerk”*. Deze maatschappelijke ontwikkelingen alsmede het rijksbeleid hebben er toe geleid dat ouderen langer zelfstandig blijven wonen (Campen, Van, 2008, p. 19; Raad voor de leefomgeving en infrastructuur, 2014, pp. 3-4). Dit wil niet zeggen dat iemands huidige woning ook geschikt is om er zelfstandig te blijven wonen, soms zullen daarvoor ook woningaanpassingen nodig zijn ter ondersteuning (Blok, 2013, p. 3; Raad voor de leefomgeving en infrastructuur, 2014, p. 4). Een deel van de ouderen zal vanwege lichamelijke beperkingen of om sociale redenen wensen te verhuizen naar een meer passende woning. Dit kan bijvoorbeeld een nultredenwoning zijn, een ouderenwoning of een meer geclusterde woonvorm. Zorgafhankelijke ouderen verkiezen het zelfstandig wonen met zorg in de buurt boven opname in een verzorgingshuis (Blok, 2013, p. 3; Campen, Van, 2008, p. 55). De vraag naar verzorgd wonen en ook het wonen met diensten groeit. Verzorgd wonen houdt in dat zorg- en

hulpverlening vanuit een steunpunt in de buurt kan worden geleverd; wonen met diensten betreft woningen in complexen met extra diensten zoals maaltijdverzorging en gemeenschappelijke ruimten (Raad voor de leefomgeving en infrastructuur, 2014, p.7). Desalniettemin blijkt dat voor vele ouderen de huidige woonsituatie dusdanig aantrekkelijk is dat men zo lang mogelijk oplossingen nastreeft om er te kunnen blijven wonen (Kullberg, 2005, p. 37).

“Op aanraden van hun kinderen beraadden Hans (80) en Els (79) Iken zich het afgelopen jaar over hun woon- en leefsituatie. Ze zijn beiden slecht ter been, maar ze blijven het liefst nog even wonen in hun lichte, vrijstaande huis. Met wat aanpassingen gaat dat lukken.” (Vierstroom Ledenservice, 2014, p. 9).

1.1.2 De inrichting van de zorg door ouderen zelf en de rol van informele hulp

Wanneer ouderen langer zelfstandig blijven wonen en de overheid zich terugtrekt als primaire zorginstantie, moeten ouderen hun zorgvraag zelf vorm geven. De zorgkosten die collectief door de zorgverzekeraar worden gefinancierd, zijn ingeperkt en steeds meer kosten voor wonen en zorg worden tot het woondomein gerekend. Dit houdt in dat mensen steeds meer zelf verantwoordelijk zijn voor hun woonsituatie en zorgbehoeften. Naast een geschikte woning is de woonomgeving een belangrijk aspect met betrekking tot het langer zelfstandig wonen (Raad voor de leefomgeving en infrastructuur, 2014, pp. 4-8). Wanneer een verzorgingshuis in de buurt sluit, vallen de zorg- en welzijnsfuncties ervan weg. Als gevolg van de sluiting van de verzorgingshuizen, kan ook de vitale leefomgeving voor bewoners wegvallen. De beschikbaarheid van deze (en andere) hulpverlening is van belang bij de vraag of men zelfstandig kan blijven wonen (Kullberg, 2005, p. 19; Raad voor de leefomgeving en infrastructuur, 2014, p. 8).

De eigen (financiële) middelen zullen vaker moeten worden aangesproken, maar ook de hulp door directe naasten wordt meer van belang. Inkomen en vermogen spelen een belangrijke rol bij invulling van de zorgbehoeften; mensen die zich particuliere zorg kunnen veroorloven, zijn het minst gebonden aan regels en beschikbaarheid van de thuiszorg en hulp vanuit informele bronnen. Ouderen zijn de afgelopen jaren steeds meer gaan delen in de welvaartsontwikkeling, mede dankzij betere banen. Het aantal 65-plushuishoudens dat moet rond komen van een inkomen rond het AOW-niveau is tussen de jaren negentig en 2005 ongeveer gehalveerd. Ook is er onder deze groep een toenemende sprake van eigen woningbezit (Kullberg, 2005, pp. 2, 19). Tegelijkertijd bestaan er grote verschillen tussen ouderen wat betreft inkomen en vermogen. Door een onvolledige AOW komen vele ouderen onder de armoedegrens uit en is hun gemiddelde inkomen laag ten opzichte van de overige gepensioneerden (Campen, Van, 2008, pp. 52-53). In een andere studie laat Van Campen (2011, p. 55) zien dat onder ouderen met een laag netto maandinkomen (onder de 1400 euro) het aandeel kwetsbaren ongeveer drie keer zo hoog is als onder personen met een hoger maandinkomen (vanaf 1800 euro). Kwetsbaarheid van ouderen wordt hier omschreven als: *“een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten”* (Campen, Van, 2011, p. 11). Met name voor de groep kwetsbare, maar eigenlijk voor alle ouderen, speelt zorg verkregen uit informele hulp een belangrijke rol met betrekking tot het zelfstandig blijven wonen (Houten, Van & Winsemius, 2010, pp. 21-23).

“Drie maanden geleden kreeg ik een knie prothese (...) De eerste week na mijn operatie was mijn dochter bij me. Ze had zorgverlof. Dat was heel fijn, maar ik realiseerde me toen wel dat ik het daarna nog lang niet allemaal zelf zou kunnen. Gelukkig haalde een vriendin boodschappen en een andere vriendin kookte soms.” (Vierstroom Ledenservice, 2014, p. 2).

Van de 2,5 miljoen zelfstandig wonende 55-plus huishoudens in 2005 heeft ruim één derde

(38 procent) last van lichte of zware beperkingen, hiervan ontvangt veertien procent hulp in huis en in drie procent van de huishoudens betreft dit ook verpleging of verzorging (Kullberg, 2005, p. 34). Het hebben van een partner is bij uitstek de belangrijkste sociale hulpbron met betrekking tot informele hulp en het zelfstandig wonen van ouderen. Naast de partner zijn met name kinderen, maar ook vrienden en burens, van belang bij het verstrekken van informele hulp. Een grote groep mensen is zelfs afhankelijk van dit soort hulp (Houten, Van & Winsemius, 2010, p. 32, 184; Kullberg, 2005, p. 2).

1.2 Homoseksuele ouderen

1.2.1 Emancipatie

In Nederland kan de emancipatie van homoseksualiteit grofweg in drie fasen worden onderverdeeld. De eerste fase was de strijd tegen wettelijke discriminatie en de strafbaarstelling van homoseksualiteit. In 1912 werd het 'Nederlandsch Wetenschappelijk Humanitair Komitee' opgericht dat streefde naar de afschaffing van het wetsartikel dat homoseksualiteit strafbaar stelde. En in 1946 werd ook het 'COC' opgericht, dat zich hard maakte in het gevecht voor homo-acceptatie. Uiteindelijk werd in 1971 het wetsartikel geschrapt uit het Wetboek van Strafrecht dat homoseksualiteit strafbaar stelde (Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, 2007, p. 11). Hierna brak de tweede fase aan in de emancipatie van homoseksualiteit, hier was de strijd gericht op het verkrijgen van gelijke rechten voor homoseksuelen. In 1993 werd de Algemene Wet Gelijke Behandeling aangenomen, waarmee discriminatie vanwege seksuele geaardheid voortaan was verboden. En in 2001 werd het burgerlijk huwelijk voor paren van hetzelfde geslacht opengesteld (Anno, 2006). Nederland was hiermee het eerste land ter wereld waar het voor mensen van hetzelfde geslacht mogelijk was om met elkaar te trouwen (Keuzenkamp, 2011, p. 13). De derde fase van de emancipatie van homoseksualiteit gaat om het realiseren van sociale acceptatie, met name in die delen van de samenleving waar homoseksualiteit nu nog heel gevoelig ligt (Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, 2007, p. 11).

1.2.2 Homoseksuele ouderen van nu

De ouderen van nu zijn de mensen uit de vooroorlogse (geboren tussen 1910 en 1925) en stille generatie (geboren tussen 1925 en 1940). Binnen deze groepen zijn conventionele waarden nog stevig verankerd, geworteld in de kerkelijke verzuiling (Huijsman, 2013, p. 13). De mensen uit deze generaties zijn nog geboren vóór de emancipatie en binnen deze generaties is de groep homoseksuelen praktisch onzichtbaar. De ruimte voor seksuele diversiteit is beperkt voor deze oudere homoseksuele mannen en vrouwen, die te maken hebben met generatiegenoten die een negatieve houding hebben ten aanzien van homoseksualiteit (Haber, 2009, p. 271; Leyerzapf et al., 2013, pp. 8-9). De oudste generaties beschouwen homoseksualiteit lang niet altijd als een variant van seksualiteit en vaak wordt het zelfs nog beschouwd als een religieuze zonde en/of ziekte. Tegelijkertijd werden homoseksuelen ook door hun omgeving gemeded. Dit leidde ertoe dat homoseksuelen noodgedwongen hun seksuele voorkeur verborgen moesten houden, om zichzelf te beschermen en om te overleven (Haber, 2009, p. 270; Orel, 2004, p. 59). Hierdoor zijn ook vele homoseksuele ouderen op enig moment in hun leven getrouwd (geweest) om 'gewoon' te kunnen zijn (Leyerzapf et al., 2013, pp. 8-9). De facto zijn zij het slachtoffer van conventionele waarden, kerkelijkheid en de wet die homoseksualiteit strafbaar stelde.

De homoseksuelen uit deze generaties verbazen zich over de openheid van jonge homoseksuelen en kiezen er soms voor om in verzorgings- of verpleeghuizen hun seksuele identiteit (weer) te verbergen (Cahill & South, 2002, p. 52). Deze homoseksuele ouderen blijken vaak uit angst voor discriminatie hun seksuele voorkeur niet te vermelden in contacten met (formele) zorg- en hulpverleners. Terwijl tegelijkertijd deze zorg- en hulpverleners een passieve houding aannemen en er doorgaans van uitgaan dat iemand heteroseksueel is. Deze mismatch

maakt dat 'zorg op maat' voor homoseksuele ouderen moeilijk te krijgen is (Schuyf & Dankmeijer, 2005, pp. 72-73; Schuyf & Stoop, 2007, p. 4). Een andere belangrijke factor is het feit dat homoseksuele ouderen in de regel minder gebruik kunnen maken van informele hulp in de vorm van mantelzorg. Homoseksuele ouderen wonen vaker alleen dan heteroseksuele ouderen, hebben veelal geen kinderen en het sociale netwerk van veel homoseksuele ouderen is meer gebaseerd op vrienden, die verspreid wonen (Schuyf & Stoop, 2007, pp. 4-5).

“Ik woon in een verzorgingstehuis in de buurt van Eindhoven. Ik heb mijn medebewoonsters en bewoners verteld dat ik lesbisch ben en tot voor kort met mijn vriendin heb samengewoond. (...) Maar sinds ik het verteld heb, word ik min of meer gemedan. Ik zit steeds vaker alleen aan een tafeltje mijn kopje koffie te drinken. Laatst hoorde ik zelfs een jonge verzorgster zeggen: “Je denkt toch niet dat ik die oude pot de kont ga wassen zeker?!” Toen dacht ik: of ik nu dood ben of niet, in de hel zit ik nu toch al...” (Schuyf & Stoop, 2007, p. 4).

1.2.3 Homoseksuele ouderen van de toekomst

De mensen die nu de leeftijd van 65 jaar en ouder bereiken (babyboomgeneratie) zouden wat emancipatie betreft, bekeken kunnen worden in twee gedeelten. In de roerige jaren zeventig waarin men streefde naar gelijke rechten voor homoseksuelen, was een deel van deze generatie al in de leeftijd van dertig en ouder. Het gevolg hiervan was dat voor hen de attitude, levensstijlveranderingen en gelijke rechten niet geheel geïnternaliseerd zijn. Zij zullen dan ook wat betreft emancipatie meer lijken op de eerdere generaties (Haber, 2009, p. 270). De toekomstige homoseksuele ouderen (geboren tussen 1950 en 1970) behoren tot het jongere deel van de babyboom generatie en de verbindende generatie. In de tijd dat zij jong waren voelde homoseksuelen zich meer en meer vrij en traden ook belangenorganisaties voor homoseksuelen meer naar buiten. Met name het COC profileert zich duidelijk als organisatie die belangenbehartiging van homoseksuelen tot doel heeft. De mensen uit deze generaties zijn als homoseksuele groep meer geëmancipeerd, hebben over het algemeen een openlijke homoseksuele levensstijl en ook meer zelfvertrouwen. Dit zal zich ook manifesteren in hun woon- en zorgbehoeften, immers zij zullen eerder hun rechten als homoseksueel claimen en minder van plan zijn om hun seksuele identiteit te verbergen (Haber, 2009, p. 270; Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, 2007, p. 11).

1.3 Probleem- en doelstelling van het onderzoek

De toekomstige ouderen krijgen te maken met een aantal uitdagingen, gegeven de toenemende nadruk vanuit de Rijksoverheid als vanuit de wens van de mensen zelf om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen. Het aanbod van collectieve voorzieningen zal er in de loop der jaren anders uit komen te zien, waarbij versobering en meer informele zorg gerealiseerd moet worden. De toekomstige oudere zal meer zelfsturend moeten (en willen) zijn en zelf invulling moeten geven aan de vraag hoe zij in goede conditie blijven en hoe ze zelf omgaan met de inrichting van hun (eventuele) zorg (Houten, Van & Winsemius, 2010, pp. 21-23, 27). Dit maakt dat het voor éénieder van belang is om na te denken over de vraag hoe zij succesvol ouder kunnen worden en hoe men toekomstige woon- en zorgbehoeften wil vorm geven. Mensen die meer zorgafhankelijk zijn moeten een afweging maken tussen wat voor hen de beste combinatie oplevert van wonen, woonomgeving en het kunnen krijgen van (informele) hulp (Raad voor de leefomgeving en infrastructuur, 2014, p. 4). De toekomstige oudere moet zich dus actief voorbereiden op zijn vierde levensfase, waarbij het van belang is om er voor te zorgen dat de leemte die ontstaat door het wegvallen van overheidsvoorzieningen opgevangen kan worden binnen de eigen omgeving.

Homoseksuele ouderen delen veel van dezelfde menselijke behoeftes en zorgen met de groep heteroseksuele ouderen, maar zij ervaren ook specifieke barrières met betrekking tot het ouder zijn. Doordat homoseksuelen een minderheidspositie in de samenleving innemen, moeten zij altijd een proces van socialisatie doorlopen binnen een hetero-normatieve samenleving. Door kerkelijkheid, conventionele waarden en de wet die homoseksualiteit strafbaar stelde, is dit niet altijd gemakkelijk geweest. Ondanks de emancipatiegolf ondervinden homoseksuelen ouderen van nu nog steeds problemen omtrent acceptatie, stigmatisering en discriminatie. Mede hierom ondervinden homoseksuelen ouderen andere knelpunten met betrekking tot hun woon- en zorgbehoeften dan heteroseksuele ouderen en ondervinden zij spanningen tussen hun behoeften en hulpbronnen. Deze belemmeringen zijn onder andere: een hogere kans op mentale en fysieke gezondheidsrisico's, een kleiner sociaal netwerk, beperkte ondersteuning door familie vanwege discriminatie en uitsluiting, problemen met betrekking tot huisvesting en discriminatie in maatschappelijke diensten, zoals de gezondheidszorg (Blando, 2001, p.88; Cahill & South, 2002, p. 49). Ook Gabrielson vond dat de groep homoseksuelen ouderen andere ondersteuningsbehoeften hebben met betrekking tot het ouder worden en dat de gezondheid en het welzijn van hen significant verschilt van de groep heteroseksuele ouderen (2011, p. 357). Een niet onaanzienlijk deel van de homoseksuelen ouderen ziet de toekomst dan ook met angst tegemoet. Volgens een kwart van de homoseksuelen ouderen vormt ouder worden voor hen een grotere belasting dan voor de gemiddelde heteroseksuele oudere (Meerendonk, Van de et al., 2003, p. 48).

Daar de homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar (de homoseksuelen ouderen van de toekomst) in een andere tijd zijn opgegroeid dan de homoseksuelen ouderen van nu, is het aannemelijk dat hun levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit anders zijn. De mate van deze positieve en negatieve ervaringen omtrent de eigen homoseksualiteit hebben invloed op vele andere aspecten, zoals hun gezondheid en sociale hulpbronnen die op hun beurt weer van invloed zijn op de woon- en zorgwensen voor de toekomst. Echter, onder de groep toekomstige homoseksuelen ouderen is hier tot op heden nog geen onderzoek naar gedaan. De huidige studie tracht hier verandering in te brengen en geeft een eerste voorzet op dit gebied. Het doel van dit onderzoek is dan ook om: *inzicht te bieden in levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit en de invloed hiervan op woon- en zorgwensen op latere leeftijd van de groep homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar in Nederland*. De uitkomsten van dit onderzoek zijn in de eerste plaats belangrijk voor de ouderen zelf, maar zeker ook voor beleidsmakers en hulp- en zorgverleners.

1.4 Leeswijzer

In hetgeen wat volgt wordt het onderzoek verder uitgewerkt. In hoofdstuk 2 komt de theoretische achtergrond van deze studie aan bod. Allereerst wordt er in paragraaf 2.1 ingegaan op hoe het gesteld is met het sociale klimaat in Nederland om homoseksueel te zijn en de fase van het naar buiten treden als homoseksueel (*coming-out*). In paragraaf 2.2 wordt er stilgestaan bij het welzijn van homoseksuelen, zowel mentaal als fysiek, en de invloed van levensloopervaringen omtrent homoseksualiteit hierop. Paragraaf 2.3 gaat vervolgens in op de sociale hulpbronnen van homoseksuelen. Hierbij wordt er gekeken naar het belang van een goed sociaal netwerk, hoe dit sociale netwerk voor homoseksuelen eruitziet en wie degene zijn die hulp kunnen bieden, wanneer men hier zelf niet meer toe in staat is. Ook hier wordt de invloed van levensloopervaringen omtrent homoseksualiteit bezien. Daarna komen in paragraaf 2.4 de woon- en zorgwensen voor de toekomst van homoseksuelen ouderen aan bod. Hierbij wordt ingegaan op huisvesting van homoseksuelen en worden er diverse woon-zorgconcepten besproken. Tevens komt de invloed van het welzijn en de sociale hulpbronnen op de woon- en zorgwensen voor de toekomst aan bod. Uiteindelijk leidt dit theoretische raamwerk tot de opzet van het huidige onderzoek in paragraaf 2.5. Hier worden de belangrijkste verbanden voortkomend uit het theoretisch kader gelegd en schematisch weergegeven in een conceptueel model, waaruit de onderzoeksvragen behorende bij deze studie zijn

geabstraheerd.

In hoofdstuk 3 komt vervolgens de methode van onderzoek aan bod. In paragraaf 3.1 wordt de onderzoeksstrategie besproken en beargumenteerd. Evenzo wordt er aandacht besteed aan de aspecten betrouwbaarheid en validiteit. Paragraaf 3.2 gaat in op de onderzoeksopzet. Hier wordt uiteen gezet hoe de respondenten gevonden zijn, en wordt het gebruikte instrument, de wijze van afname en analyseren besproken. Tot slot wordt er in paragraaf 3.3 een verwachting uitgesproken aangaande het onderzoek.

Hoofdstuk 4 betreft de resultatensectie. Hierin worden de uitkomsten van het onderzoek besproken aan de hand van gevonden thema's. Deze thema's worden achtereenvolgens behandeld in paragraaf 4.1 tot en met 4.4 en zijn respectievelijk: 'levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit', 'welzijn', 'sociale hulpbronnen' en 'wonen'.

De data uit hoofdstuk 4 wordt vervolgens in hoofdstuk 5 gebruikt om verbindingen met de literatuur te maken en de onderzoeksvragen te beantwoorden. In paragraaf 5.1 tot en met 5.4 wordt telkens één van de deelvragen beantwoord. Tot slot wordt er in paragraaf 5.5 gereflecteerd op het onderzoek, waarbij de sterke en zwakke punten worden besproken en aanbevelingen gedaan voor vervolg onderzoek.

2. Theoretisch kader

Homoseksuele ouderen hebben andere levensloopervaringen dan heteroseksuele ouderen. Zo groeien homoseksuelen altijd op in een hetero-normatieve samenleving en komen zij altijd voor de keuze te staan of en aan wie zij hun seksuele geaardheid kenbaar maken. In hoeverre er sprake is van acceptatie en tolerantie met betrekking tot homoseksualiteit speelt hierbij een belangrijke rol. Immers, het moeten verbergen van de seksuele voorkeur of het niet worden geaccepteerd kan verregaande negatieve gevolgen hebben, anderzijds kan een hoge mate van acceptatie hiertegen beschermen. Daarbij ervaren homoseksuele ouderen in vergelijking met heteroseksuele ouderen vaker discriminatie in de samenleving en in de zorg. Deze specifieke levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit leiden ertoe dat homoseksuele ouderen een aantal unieke zorgbehoeften hebben en een ander sociaal netwerk dan heteroseksuele ouderen. Voor homoseksuelen is het zodoende extra belangrijk om na te denken over hun toekomstige woon- en zorgbehoeften.

De hierboven genoemde theoretische constructen worden in dit hoofdstuk verder uitgediept en met elkaar in verband gebracht in een theoretisch raamwerk. Achtereenvolgens komen de thema's 'levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit', 'welzijn', 'sociale hulpbronnen' en 'wonen' aan bod. Uiteindelijk leidt dit tot een conceptueel model, waarin de belangrijkste theoretische verbanden op schematische wijze worden weergegeven. De onderzoeksvragen zijn hieruit afgeleid en vormen de basis voor de rest van het onderzoek.

2.1 Levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit

2.1.1 Acceptatie en tolerantie van homoseksualiteit

De levensloopervaringen van homoseksuelen zijn ingebed in de maatschappelijke opvattingen omtrent homoseksualiteit. Zodoende is het van belang om te kijken hoe het gesteld is met de acceptatie en tolerantie met betrekking tot homoseksualiteit, alvorens in te gaan op de effecten van het opgroeien in een hetero-normatieve samenleving. Uit diverse onderzoeken blijkt dat wat tolerantie betreft Nederland internationaal voorop loopt met betrekking tot de acceptatie van homoseksualiteit: het overgrote deel van de Nederlandse bevolking (ongeveer 90 procent) zegt homoseksualiteit te accepteren (Keuzenkamp, 2011, pp. 18-20; Schuyf, 2011, p. 10). Een groot deel van de Nederlandse bevolking (ongeveer negen van de tien Nederlanders) vindt dat homoseksuele mannen en lesbische vrouwen hun leven moeten kunnen leiden zoals zij dat willen. Ook vindt een ruime meerderheid van de Nederlandse bevolking dat paren van hetzelfde geslacht moeten kunnen trouwen (85 procent), zes procent van de bevolking vindt dat de openstelling van het huwelijk voor homoparen moet worden afgeschaft. Het beeld van seks tussen twee personen van hetzelfde geslacht roept meer weerstand op, vooral als het om twee mannen gaat; 17 procent geeft aan dit walgelijk te vinden. Homoseksuele mannen zijn in de ogen van één op de twintig mensen eigenlijk geen echte mannen en zij denken dat homoseksualiteit een aantasting vormt van het onderscheid tussen man en vrouw (Keuzenkamp & Kuyper, 2013, pp. 16-18). Ook Van de Meerendonk en collega's vinden in hun onderzoek dat Nederlanders over het algemeen positief staan tegenover gelijke rechten voor homoseksuelen, zij homoseksualiteit een normale omgangsvorm vinden en seks tussen twee volwassenen van hetzelfde geslacht goedkeuren (2003, pp. 4-5).

Leyerzapf en collega's (2013, pp. 8-9) vinden dat, hoewel homo-emancipatie in Nederland wettelijk geregeld is en homoseksualiteit formeel geaccepteerd, in de praktijk de sociale acceptatie achter blijft. Zij stellen dat ondanks het heersende beeld dat Nederland een pluriforme samenleving is, waarin tolerantie en respect voor diversiteit aan culturen, religies en diverse levensvormen voorop staat, de ruimte voor seksuele diversiteit beperkt is. Uit onderzoek blijkt dat ouderen en lager-opgeleiden negatiever staan tegenover homoseksualiteit en met name de mate van religiositeit is van invloed. De meest religieuze groep (personen die minstens eens per week een religieuze

bijeenkomst bijwonen) is het vaakst negatief over homoseksualiteit (26 procent), vergeleken met een klein aandeel (2 procent) van degenen die nooit naar een religieuze bijeenkomst gaan. Een vierde groep die minder tolerant is wat betreft homoseksualiteit, zijn mensen met een migratieachtergrond (Surinamers, Antillianen, en, met name, Turken en Marokkanen). Alhoewel het overgrote deel Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders vindt dat homoseksuele mannen en lesbische vrouwen hun leven moeten kunnen leiden zoals zij dat willen (respectievelijk 86 en 84 procent), vindt slechts iets meer dan de helft het goed dat homoseksuelen met elkaar mogen trouwen. Ook zou ongeveer één derde van de Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders er moeite mee hebben als hun kind een relatie zou hebben met iemand van het eigen geslacht. Onder Turken en Marokkanen vindt slechts iets meer dan de helft, respectievelijk vierenvijftig en tweeënzestig procent, dat homoseksuele mannen en lesbische vrouwen hun leven moeten kunnen leiden zoals zij dat willen. Slecht een kwart van de Marokkaanse en Turkse Nederlanders vindt het goed dat homoseksuelen met elkaar mogen trouwen en driekwart zou er moeite mee hebben als hun kind een relatie zou hebben met iemand van het eigen geslacht. Religie blijkt ook binnen deze groepen de belangrijkste factor die de lagere mate van acceptatie van homoseksualiteit verklaard, en ook ouderen en lager-opgeleiden binnen deze groepen staan negatiever tegenover homoseksualiteit. Daarnaast speelt het hebben van een migratieachtergrond, en met name de mate van integratie in de Nederlandse samenleving, een rol; een sterke identificatie met de herkomstgroep en meer contacten binnen deze groep gaan samen met minder acceptatie (Keuzenkamp & Kuyper, 2013, pp. 20-23; Meerendonk, Van de et al., 2003, pp. 4-5).

Hoewel het in het algemeen dus redelijk goed gesteld is met de acceptatie van homoseksualiteit in Nederland, is heteroseksualiteit de norm en vormen homoseksuelen een minderheidsgroep waarvan de acceptatie grenzen kent. Het opgroeien in een hetero-normatieve samenleving kan ertoe leiden dat homoseksuelen beperkingen en discriminatie ondervinden, en zij zodoende niet ten volle zichzelf kunnen zijn. Het blijkt dan ook dat, ofschoon de meeste Nederlanders positief zijn ten aanzien van homoseksualiteit in het algemeen, homoseksualiteit in het openbaar en in de naaste omgeving minder getolereerd wordt (Keuzenkamp, 2011, pp. 18-20; Keuzenkamp et al., 2012, p. 18; Schuyf, 2011, p. 10). Uit onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau in 2006 kwam naar voren dat ongeveer de helft (49 procent) van de Nederlanders het aanstootgevend vindt als twee mannen elkaar in het openbaar zoenen, ongeveer een derde (31 procent) van de mensen vindt het aanstootgevend als het om twee zoenende vrouwen gaat. In recenter onderzoek (2013) zijn deze percentages gedaald naar negenentwintig procent als het gaat om zoenende mannen respectievelijk negentien procent als het gaat om zoenende vrouwen in het openbaar. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat sommige mensen zoenen in het openbaar sowieso aanstootgevend vinden, maar als het om een man en een vrouw gaat wekt dit minder weerstand op (14 procent) (Keuzenkamp & Kuyper, 2013, pp. 16-18). Wanneer homoseksualiteit dichterbij komt geeft zo'n vijftien procent van de Nederlanders aan dat zij het onaanvaardbaar zouden vinden als hun zoon of dochter zou samenwonen met een partner van hetzelfde geslacht. Dit is, voor homoseksuelen die tegenover hun ouders (nog) niet uit de kast zijn, een verontrustende gedachte (Keuzenkamp et al., 2012, p. 18). Ook wanneer het gaat om het opvoeden en adopteren van kinderen door homoseksuelen is de tolerantie van de Nederlandse bevolking een stuk minder. Twintig procent keurt de gelijke rechten op adoptie voor homoseksuele en heteroseksuele paren af (Keuzenkamp & Kuyper, 2013, pp. 16-18; Meerendonk, Van de et al., 2003, pp. 4-5).

Discriminatie kan in verschillende vormen tot uiting komen, zo kan er sprake zijn van heteroseksisme (de aanname dat alle vormen van seksualiteit anders dan heteroseksualiteit afwijkend zijn) en homofobie (angst voor of haat tegen homoseksuelen). Discriminatie leidt tot marginalisatie en onzichtbaarheid (Addis et al., 2009, pp. 653-654; Brotman et al., 2003, p. 192). De angst en stress dat de mogelijkheid bestaat om te maken te krijgen met discriminatie, alsmede het daadwerkelijk ondervinden van discriminatie, kan sociale isolatie versterken en zorgen voor een lagere eigenwaarde, een negatiever zelfbeeld, een dalende levenskwaliteit en een hoger

overlijdensrisico. Meer dan één derde van de homoseksuele jongeren is het slachtoffer geworden van discriminatie door een direct familielid of door mede scholieren omwille het feit dat zij homoseksueel zijn. Tegen de tijd dat iemand een hoge leeftijd bereikt is de kans om het slachtoffer te worden van discriminatie door familieleden of in een gemeenschap, door kennissen of vreemden, nog steeds hoog (Haber, 2009, pp. 273-275; Johnson et al., 2005, pp. 87-88). Discriminatie op leeftijd gecombineerd met de aanname van heteroseksualiteit leiden tot het feit dat homoseksuele ouderen een grote mate van homofobie ervaren, wat een vijandige omgeving kan vormen (Addis et al., 2009, pp. 653-654; Cahill & South, 2002, p. 52). Veel homoseksuele ouderen zijn dan ook bereid om veel tijd en energie te besteden om manieren te vinden om te leven als homoseksueel, zonder dat zij met discriminatie, stigmatisering en beperkingen te maken krijgen (Gabrielson, 2011, p. 369). Desalniettemin heeft de grotere kans van homoseksuelen om te maken te krijgen met dergelijke negatieve levensloopervaringen invloed op vele factoren. Het is dan ook van belang om deze te beschouwen, aangezien zij – samen met het proces van *coming-out* – van invloed zijn op het mentale en fysieke welzijn en de sociale hulpbronnen van de homoseksuelen, wat op hun beurt van invloed is op de woon- en zorgwensen van de toekomst.

2.1.2 *Coming-out*

In een samenleving waarin heteroseksualiteit de norm is, wijken homoseksuelen af van de verwachte seksuele voorkeur en moeten zij beslissen of, wanneer en tegenover wie ze hun seksuele voorkeur kenbaar maken. De term *coming-out* wordt gebruikt om het proces aan te geven waarbij een persoon met homoseksuele gevoelens zijn of haar eigen 'zelf definitie' als homoseksueel deelt met anderen. Collectief gezien maakt het *coming-out* proces het mogelijk om de homoseksuele populatie te zien als een sociale groep met gedeelde sociale ervaringen (Cant, 2005, p. 9). Tijdens het proces van *coming-out* ervaren homoseksuelen misschien wel het duidelijkst dat ze deel uitmaken van een minderheidsgroep in de samenleving. Heteroseksuelen hoeven niet expliciet kenbaar te maken dat zij zich aangetrokken voelen tot de andere sekse, omdat dat als vanzelfsprekend wordt aangenomen. Voor homoseksuelen ligt dit anders. Homoseksuelen kunnen in sommige contexten en tegen sommige personen wél, en in andere contexten en tegen andere personen niet uit de kast zijn (Keuzenkamp et al., 2012, pp. 17-19).

Verreweg de meeste homoseksuele mannen en lesbische vrouwen in Nederland komen uit voor hun homoseksuele voorkeur (Keuzenkamp et al., 2012, p. 17). De leeftijd waarop homoseksuele mannen en lesbische vrouwen voor het eerst iemand op de hoogte stellen van hun seksuele voorkeur daalt en de duur van het proces tussen bewustwording en *coming-out* is met de generaties drastisch afgenomen. Deze daling van het aantal jaar dat homoseksuelen hun seksuele voorkeur verborgen houden, wijst erop dat de homoseksuelen van nu zich vrijer en veiliger voelen om voor hun (seksuele) gevoelens uit te komen dan de homoseksuelen die in de voorgaande decennia opgroeiden (Keuzenkamp et al., 2012, pp. 23-24). Als het gaat om openheid, zijn er ook verschillen te vinden tussen de groepen. Homoseksuele mannen zijn net zo vaak uit de kast als lesbische vrouwen, maar hebben hier meer moeite mee. Dit is niet verwonderlijk, gezien de negatievere houding tegenover mannelijke homoseksualiteit in de samenleving (Keuzenkamp et al., 2012, pp. 28-29).

Het sociale klimaat in Nederland om openlijk homoseksueel te zijn, lijkt dus op het eerste gezicht goed, zeker in vergelijking met veel andere landen. Toch is het proces tot aan de *coming-out* voor velen een onzekere en chaotische tijd (Keuzenkamp et al., 2012, p. 17). Ongeveer veertig procent gaat het niet gemakkelijk af om naar anderen in het algemeen en naar familie in het bijzonder open te zijn over hun seksuele voorkeur. Een kleiner deel, ongeveer tien procent, heeft tevens het gevoel op z'n hoede te moeten zijn of is bang dat anderen erachter komen dat hij of zij homoseksueel is (Keuzenkamp et al., 2012, pp. 28-29). Vanwege stress en een continue waakzaamheid kan het verbergen van de seksuele voorkeur tot diverse negatieve uitkomsten leiden voor homoseksuelen (Ryan et al., 2009, p. 346). Anderzijds kan geheimhouding ook positief

uitwerken, omdat homoseksuelen dan minder te maken krijgen met negatieve reacties (Keuzenkamp et al., 2012, p. 17). Echter, zowel homoseksuelen die hun seksuele voorkeur verborgen houden als diegenen die er open over zijn groeien op in een wereld waar heteroseksualiteit de norm is. De stress die het opgroeien in een hetero-normatieve samenleving geeft, vormt een risicofactor met betrekking tot de psychische gezondheid en vergroot tegelijkertijd de kans op het vertonen van ander risicogedrag wat de lichamelijke gezondheid schaadt (D'Amico & Julien, 2012, p. 216; Padilla et al., 2010, p. 265). Daarbij heeft het blootstaan aan sociaal stigma en negatieve reacties vanuit de omgeving ook een negatieve uitwerking op de sociale gezondheid. Voor homoseksuelen is het hierdoor moeilijker om een sociaal netwerk te vormen en te behouden, waarin zij zichzelf kunnen zijn (Ryan et al., 2009, p. 346). Vanwege hun minderheidspositie in de samenleving is de wijze waarop het proces van *coming-out* wordt doorlopen zodoende een tekenende gebeurtenis voor homoseksuelen. De mate waarin iemand het gevoel heeft zichzelf te kunnen zijn en het leven te kunnen leiden zoals diegene dat wilt is immers van invloed op het welzijn en het sociale netwerk, wat uiteindelijk de woon- en zorgwensen voor de toekomst bepaald.

2.2 Welzijn

2.2.1 Mentale gezondheid

Verscheidene studies leveren bewijs voor een slechter psychisch welbevinden van homoseksuelen in vergelijking met heteroseksuelen. In het algemeen geldt dat homoseksuelen een grotere kans hebben op het hebben van een psychiatrische stoornis dan heteroseksuelen. Daarnaast blijkt dat homoseksuele mannen en lesbische vrouwen gedurende hun leven vaker twee of meer stoornissen tegelijk hebben dan respectievelijke heteroseksuele mannen en vrouwen (Addis et al., 2009, pp. 652-654; Keuzenkamp et al., 2012, p. 66). Verschillende studie leveren bewijs voor het feit dat homoseksuele ouderen met name vaker last hebben van depressieve gevoelens dan heteroseksuele ouderen, dit geldt zowel voor homoseksuele mannen als lesbische vrouwen en voor alle leeftijdscategorieën. Een grote minderheid, ongeveer één derde, van de homoseksuele oudere mannen geeft aan last te hebben van depressieve gevoelens en een lage mate van emotionele bevrediging tegenover ongeveer tien procent van de heteroseksuele oudere mannen. Bij lesbische oudere vrouwen zijn meer uiteenlopende cijfers gevonden; Addis en collega's (2009, p. 652) vonden een percentage rond de zeventien procent, terwijl Van de Meerendonk en collega's (2003, pp. 33-34) een percentage van rond de dertig procent vonden. Desalniettemin werd in beide onderzoeken gevonden dat dit percentage ongeveer twee maal zo hoog is dan onder heteroseksuele oudere vrouwen. Verder blijkt dat homoseksuelen die een hoog niveau van minderheidsstress ervaren twee tot drie keer zoveel kans hebben op het ontwikkelen van psychische problemen. Daarbij lopen homoseksuele mannen vooral een groter risico op het krijgen van een depressie of een paniekaanval dan heteroseksuele mannen, lesbische vrouwen lopen vooral een groter risico op het ontwikkelen van angststoornissen dan heteroseksuele vrouwen (Addis et al., 2009, p. 652; Keuzenkamp et al., 2012, p. 66; Meerendonk, Van de et al., 2003, pp. 33-34).

Daarnaast komt ook eenzaamheid onder homoseksuele ouderen veelvuldig voor, waarbij zij gemiddeld veel eenzamer zijn dan heteroseksuele ouderen. De belangrijkste oorzaken die hieraan te grondslag liggen is het veel minder vaak hebben van een partner (waar mee wordt samengewoond) en het hebben van een relatief kleiner netwerk dan heteroseksuele ouderen. Toch blijkt dat homoseksuele ouderen die samenwonen met een partner eveneens beduidend slechter af zijn wat betreft eenzaamheid dan samenwonende heteroseksuele ouderen. Het hebben van een partner is dus geen garantie dat men zich niet eenzaam voelt, evenzo voelen mensen zonder partner zich ook niet altijd eenzaam (Meerendonk, Van de et al., 2003, pp. 48, 74-75; Schuyf, 2011, p. 23). In de literatuur komt ook naar voren dat er verschillen bestaan in de mate van eenzaamheid tussen homoseksuele mannen en lesbische vrouwen. Zo zouden oudere homoseksuele mannen vaak nog langer over een uitgebreider sociaal netwerk beschikken dan lesbische vrouwen, waardoor

eenzaamheid dus bij mannen en vrouwen een verschillende rol speelt. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat lesbische vrouwen vaker een langdurige relatie hebben, terwijl oudere homoseksuele mannen vaker verschillende kortdurende relaties hebben. Wanneer de partner overlijdt, blijven lesbische vrouwen zodoende veel sneller alleen achter dan homoseksuele mannen en raken zij eerder geïsoleerd (Leyerzapf et al., 2013, p. 74). Anderzijds stelt Blando (2001, pp. 88-89) dat lesbische vrouwen juist sterkere relaties hebben met familie en vrienden dan homoseksuele mannen.

Tot slot blijkt ook dat homoseksuelen zichzelf vaker opzettelijk verwonden dan heteroseksuelen. Meer dan een kwart van de homoseksuele mannen en bijna één derde van de lesbische vrouwen geeft aan dat zij zichzelf weleens opzettelijk hebben verwond, dit cijfer ligt bij heteroseksuelen een stuk lager (rond de 15 procent) (Addis et al., 2009, p. 652). Ook komen suïcidale gedachten en zelfmoord onder homoseksuelen vaker voor dan bij heteroseksuelen. Minder dan 10 procent (8,3 procent) van de Nederlandse bevolking heeft ooit suïcidale gedachten gehad; bij homoseksuele mannen en lesbische vrouwen ligt dit getal aanzienlijk hoger, van de homoseksuele mannen en lesbische vrouwen heeft respectievelijk tweeënvertig en zesenvertig procent ooit aan zelfmoord gedacht. Het aantal zelfmoordpogingen van homoseksuele mannen ligt ongeveer vier keer zo hoog als dat van heteroseksuele mannen; bij vrouwen bleek het verschil minder groot, lesbische vrouwen deden gedurende hun leven twee keer zo vaak een zelfmoordpoging als heteroseksuele vrouwen (Keuzenkamp et al., 2012, pp. 73-74).

De hogere mate van psychische stoornissen, eenzaamheid, en zelfverwonding en suicide waar homoseksuelen mee te maken krijgen komen veelal voort uit geïnternaliseerde negatieve homoseksuele gevoelens, zoals zich minder goed af vinden dan heteroseksuelen, de eigen homoseksualiteit als problematisch ervaren en voor (veel) mensen de seksuele voorkeur verbergen. Deze geïnternaliseerde negatieve gevoelens zijn op hun beurt vaak gevoed door negatieve levensloopervaringen omtrent de homoseksuele voorkeur (Addis et al., 2009, p. 652; Meerendonk, Van de et al., 2003, pp. 74-75). Alhoewel de mentale gezondheid van homoseksuele ouderen over het algemeen dus minder is dan die van heteroseksuele ouderen, blijkt dat de psychische gezondheid van homoseksuele ouderen vaak beter is dan die van homoseksuele jongeren. De psychische gezondheid bij homoseksuelen wordt vanaf ongeveer het 35e levensjaar beter en het doorlopen van de *coming-out* op jonge leeftijd speelt hierbij waarschijnlijk een rol (Keuzenkamp et al., 2012, p. 71). Het blijkt dat door hun levensloopervaringen homoseksuele ouderen veelal beter omgaan met het proces van ouder worden en verlies dan heteroseksuelen, omdat zij in het proces van *coming-out* al bekend zijn geraakt met negatieve reacties omtrent hun geardeerdheid (Johnson et al., 2005, p. 86; Orel, 2004, pp. 69-72). Desondanks de levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit dus een negatief effect hebben op het welzijn van homoseksuelen, blijkt het doormaken van de fase van *coming-out* ook enige mate van bescherming te brengen wat betreft de mentale gezondheid op latere leeftijd. Desalniettemin blijft de mentale gezondheid van homoseksuelen minder dan die van heteroseksuelen, wat de woon- en zorgbehoeften voor de toekomst kan beïnvloeden.

2.2.2 Fysieke gezondheid

Wat betreft de fysieke gezondheid zijn homoseksuelen ook slechter af dan heteroseksuelen en vertonen lesbische vrouwen en homoseksuele mannen vaker risicogedrag dan heteroseksuele vrouwen en mannen, met name als het om alcoholconsumptie en roken gaat (Orel, 2004, p. 65; Schuyf & Stoop, 2007, pp. 3-4). Lesbische vrouwen drinken meer én vaker alcohol dan heteroseksuele vrouwen. Zo vonden Addis en collega's (2009, p. 651) dat ongeveer de helft van de lesbische vrouwen wekelijks alcohol consumeert en een acht maal zo'n grote groep lesbische vrouwen drankproblemen heeft vergeleken met heteroseksuele vrouwen. Fredriksen-Goldsen en collega's (2013, pp. 1805-1806) vonden dat lesbische vrouwen van vijftig jaar en ouder ongeveer twee maal zo vaak overmatig alcohol consumeren en iets minder dan twee maal zo vaak roken dan

heteroseksuele vrouwen van boven de vijftig jaar. Mannen vertonen op bijna elk domein meer risicogedrag dan vrouwen en met name homoseksuele mannen, meer dan heteroseksuele mannen. Homoseksuele mannen roken vaker dan heteroseksuele mannen, in de Verenigde Staten gaat het hier om bijna de helft van de homoseksuele mannen tegenover ongeveer een kwart van de heteroseksuele mannen. Ook consumeren mannen meer én vaker alcohol dan vrouwen, homoseksuele mannen meer én vaker dan heteroseksuele mannen. Homoseksuele mannen van vijftig jaar consumeren ruim anderhalf keer vaker overmatig alcohol respectievelijk tabak dan heteroseksuele mannen (Fredriksen-Goldsen et al., 2013, pp. 1805-1806; Hamilton & Mahalik, 2009, p. 132). Ook gebruiken homoseksuelen vaker verdovende middelen (drugs) dan heteroseksuelen. Zo bleek bijvoorbeeld dat ruim drie kwart van de homoseksuelen weleens cannabis heeft gebruikt vergeleken met iets minder dan de helft van de heteroseksuele bevolking en is er in onderzoek gevonden dat homoseksuele mannen ook meer andere illegale drugs gebruiken (Addis et al., 2009, p. 651; Hamilton & Mahalik, 2009, p. 132).

Daarnaast blijken lesbische vrouwen vaker een hogere *body mass index* te hebben dan heteroseksuele vrouwen en hebben zij vaker last van obesitas. Homoseksuele mannen zijn daarentegen juist minder vaak te zwaar. Tevens consumeren lesbische vrouwen minder fruit en groenten dan heteroseksuele vrouwen, dit geldt voor alle leeftijdsgroepen. Of er een verschil is in de consumptie van fruit en groenten tussen homoseksuele mannen en heteroseksuele mannen is onduidelijk (Addis et al., 2009, p. 651; Fredriksen-Goldsen et al., 2013, pp. 1804-1805).

Tot slot komen seksueel overdraagbare aandoeningen en in het bijzonder het *human immunodeficiency virus* (HIV) en uiteindelijk het krijgen van het *acquired immune deficiency syndrome* (AIDS) met name onder homoseksuele mannen voor. De meeste homoseksuele mannen hebben beschermde seks, maar het aantal infecties van seksueel overdraagbare aandoeningen en HIV besmetting neemt desalniettemin toe (Haber, 2009, p. 272; Hamilton & Mahalik, 2009, p. 132). In Nederland zijn ongeveer 24.000 mensen besmet met het HIV virus, waarvan het grootste deel homoseksuele mannen zijn (ongeveer 60 procent). Jaarlijks worden ongeveer 1.100 mensen besmet met het HIV virus, waarvan vierhonderd nieuwe mensen gediagnosticeerd worden met HIV. Binnen deze groep zijn het met name homoseksuele mannen (85 procent in 2012) die deze diagnose krijgen. Daarbij moet opgemerkt worden dat homoseksuele mannen zich ook vaker laten testen, waardoor dit beeld vertekend kan zijn. Het aantal mensen met HIV dat ouder is dan 50 jaar neemt toe, met name onder heteroseksuele ouderen. Bij homoseksuele mannen en lesbische vrouwen was er sprake van een lichte toename (Soaids Nederland, 2014; Trienekens et al., 2012, p. 73). Met name de groep ouderen is een risicogroep waarbij de kans op besmetting met HIV groot is, uit onderzoek blijkt dat ouderen zich minder vaak laten testen en vaker onbeschermde seks hebben. Homoseksuele ouderen daarentegen laten zich juist vaker testen en gebruiken vaker voorbehoedsmiddelen dan heteroseksuele ouderen (Addis et al., 2009, pp. 651-652).

Het vertonen van meer risicogedrag zoals roken en alcohol gebruik maakt dat homoseksuelen een groter risico lopen op onder andere cardiovasculaire aandoeningen dan heteroseksuelen. Even zo blijkt dat, met name homoseksuele mannen, een groot risico lopen op het krijgen van een seksuele aandoening en met name HIV (Addis et al., 2009, p. 654; Fredriksen-Goldsen et al., 2013, pp. 1805-1806). Het gebrek aan een gezonde levensstijl en de daaraan verbonden gezondheidsrisico's zijn vaak ontstaan rond de tijd van *coming-out* en de periode kort erna, in de adolescentie en de vroege volwassenheid. Daar homoseksuelen onderdeel van een minderheidsgroep zijn, kan dit angst en stress oproepen om niet geaccepteerd te worden of gediscrimineerd te worden. Sociale isolatie kan hierdoor versterkt worden en de kans dat homoseksuelen risicogedrag vertonen om zo zich goed over zichzelf te voelen, vergroot (Gabrielson, 2011, pp. 358-359; Orel, 2004, p. 65). Sommige van de negatieve gezondheidsrisico's die in de adolescentie of vroege volwassenheid zijn ontstaan onder homoseksuelen blijven aanwezig in de rest van de levensloop, zoals met name roken en onder lesbische vrouwen ook overmatig alcohol gebruik en overgewicht. De verschillende gezondheidsrisico's die homoseksuelen

ondervinden, meer zo dan heteroseksuelen, hebben schadelijke gevolgen voor de kwaliteit van leven voor homoseksuele ouderen (Fredriksen-Goldsen et al., 2013, pp. 1805-1806). Een verminderde fysieke gezondheid en dus een verminderd welzijn heeft invloed op de woon- en zorgbehoeften van homoseksuele ouderen voor de toekomst. Immers, een verminderde fysieke gezondheid die de mobiliteit beperkt, zeker als dit ook tot gevolg heeft dat hierdoor het sociale netwerk verminderd, kan invloed hebben op de mogelijkheid om zelfredzaam te blijven.

2.3 Sociale hulpbronnen

2.3.1 Het belang van een goed sociaal netwerk

Homoseksuele en heteroseksuele ouderen krijgen te maken met een aantal van dezelfde problemen met het ouderen worden, zoals een vermindering van de fysieke en psychische gesteldheid, het verliezen van de partner en verkleining van het sociale netwerk in het algemeen. Wanneer men minder mobiel is, heeft men ook minder mogelijkheden om sociale contacten op te doen en een grotere zorgbehoefte leidt in het algemeen tot een vershraling van het sociale netwerk. Omgekeerd geldt dat diegene zonder zorgbehoefte gemakkelijker zijn sociale netwerk kan behouden en vergroten (Leyerzapf et al., 2013, p. 50; Steyaert & Kwekkeboom, 2012, p. 34). Evenzo beïnvloed het wel of niet hebben van een sociaal netwerk zowel de psychische als fysieke gezondheid van een individu. Uit onderzoek is al langer bekend dat, zonder dat er een directe zorgvraag bestaat, mensen met een goed sociaal netwerk een hogere levenskwaliteit en -verwachting hebben dan mensen met een klein sociaal netwerk. Dit geldt ook voor mensen met een partner vergeleken met mensen die geen partner hebben (Kullberg, 2005, p 2; Schuyf, 2011, p. 9; Steyaert & Kwekkeboom, 2012, pp. 4-5). Sociale relaties dragen bovendien bij aan het opbouwen en handhaven van een positieve identiteit van mensen. Daarnaast is een sociaal netwerk belangrijk wanneer er behoefte is aan hulp en deze niet door het formele circuit wordt geboden; het hebben van een sociaal netwerk biedt mogelijkheden om een beroep te doen op informele hulp en zodoende te blijven participeren in de samenleving (Gabrielson, 2011, p. 359; Steyaert & Kwekkeboom, 2012, p. 88).

Voor homoseksuelen is het een uitdaging om sociale en emotionele relaties te onderhouden in de aanwezigheid van intolerantie, stigmatisering en discriminatie. Bovendien is de kwaliteit en reikwijdte van het sociale netwerk van homoseksuelen gerelateerd aan de mate waarop iemand zelf zijn of haar homoseksualiteit heeft geaccepteerd, de mate van homofobie in de samenleving en de mogelijkheid om in contact te komen met gelijkgestemden (Blando, 2001, p. 87; Orel, 2004, pp. 60-72). Sociale netwerken blijken vooral belangrijk ter vermindering van de schadelijke effecten van sociaal stigma. Een sociaal netwerk dat bestaat uit mensen die steun bieden en van de seksuele oriëntatie geen probleem maken, draagt er aan bij dat homoseksuelen gezonder oud worden (Addis et al., 2009, pp. 652-653; Haber, 2009, p. 271). Daarnaast blijkt dat homoseksuelen die open zijn over hun homoseksualiteit een grotere kans hebben om gelijkgestemde anderen te ontmoeten dan homoseksuelen die niet open zijn over hun geardeheid. Contacten met gelijkgestemde anderen blijken zeer waardevol te zijn voor homoseksuelen en hebben een positief effect op de eigenwaarde en zorgen voor een betere levenskwaliteit (Blando, 2001, p. 87; Orel, 2004, pp. 60-72). Ook Gabrielson (2011, p. 359) vond in haar onderzoek onder lesbische vrouwen dat het hebben van een ondersteunend sociaal netwerk, leidt tot een ondersteuning van de eigen identiteit. Het hebben van een goed gevoel over de eigen identiteit leidt op haar beurt weer tot zowel een hogere mate van zelfrespect en een betere tevredenheid met het leven. Ook de omvang van en de tevredenheid met het sociale netwerk spelen een belangrijke rol wanneer het gaat om de kwaliteit van leven. Evenals zorgen over het sociale netwerk en de sociale ondersteuning. In onderzoek is aangetoond dat het meer zorgen maken over het sociale netwerk, het hebben van een klein sociaal netwerk en/of het niet tevreden zijn met het sociale netwerk samenhangt met een meer negatieve fysieke en mentale gezondheid bij homoseksuele ouderen, waarbij zelfverwaarlozing, gevoelens van eenzaamheid en

depressiviteit het gevolg kunnen zijn (Addis et al., 2009, pp. 652-653; Haber, 2009, p. 271; Leyerzapf et al., 2013, p. 9; Meerendonk, Van de et al., 2003, p. 48; Schuyf, 2011, p. 23). Om diverse redenen is het hebben van een goed sociaal netwerk dus voor iedereen belangrijk. Echter, vanwege de unieke levensloopervaringen is een goed sociaal netwerk voor homoseksuele ouderen extra belangrijk, omdat dit beschermt tegen negatieve invloeden die voortkomen uit hun minderheidspositie.

2.3.2 Sociale netwerken van homoseksuele ouderen

De sociale netwerken van homoseksuele ouderen zien er veelal anders uit dan die van heteroseksuele ouderen en zijn in het algemeen ook kleiner (Schuyf & Stoop, 2007, p. 4). Zo hebben homoseksuele ouderen bijvoorbeeld in de regel minder contact met hun biologische familie, of de familie waarin ze zijn grootgebracht, dan heteroseksuele ouderen. Alhoewel het niet zo is dat niemand contact heeft met de oorspronkelijke familieleden, blijkt dat dit voor een groot deel wel geldt. Evenzo blijkt ook dat homoseksuele ouderen vaak een minder hechte band hebben met hun oorspronkelijke familie dan heteroseksuele ouderen (Brotman et al., 2003, p. 193). Een belangrijk aspect hierbij is het wel of niet open homoseksueel zijn tegenover familieleden. Homoseksuelen die hun identiteit verborgen houden voor hun familie hebben vaak het gevoel dat de banden die zij met hen aangaan niet zo hecht zijn, omdat ze niet kunnen zijn wie ze echt zijn. Anderzijds geldt dat homoseksuelen die wel open zijn over hun seksuele voorkeur óf juist een hechtere band krijgen met de familie wanneer zij positief reageren óf dat juist de band met hen verslechterd wanneer zij afwijzend reageren. Dit laatste komt zeker bij de oudste generaties veel voor (Orel, 2004, p. 68).

Van de homoseksuele ouderen van boven de 70 jaar is ongeveer de helft vroeger getrouwd geweest met iemand van het andere geslacht. Het aandeel homoseksuelen van de oudste generaties heeft zodoende vaker kinderen dan de jongere homoseksuele ouderen, maar nog steeds geldt dat het leeuwendeel van de homoseksuele ouderen kinderloos is. Veel van de heteroseksuele huwelijken van homoseksuele ouderen liepen stuk en de omschakeling van een heteroseksuele naar een homoseksuele levensstijl betekende vaak ook een breuk in de contacten met familie en vrienden. Dit zorgde ook vaak voor een minder hechte band met eventuele kinderen (Brotman et al., 2003, p. 193; Schuyf & Stoop, 2007, pp. 4-5).

Homoseksuele ouderen blijken in vergelijking met heteroseksuele ouderen niet alleen minder vaak (dagelijks) contact te hebben met familieleden, maar ook met vrienden, kennissen en burens. Uit onderzoek van Schuyf (2011, p. 23) blijkt zelfs dat één procent van de homoseksuele ouderen met niemand persoonlijk contact heeft, iets meer dan een kwart (28 procent) regelmatig persoonlijk contact heeft met één tot vijf personen, achttien procent regelmatig persoonlijk contact heeft met vijf tot tien personen en iets meer dan de helft (53 procent) aangeeft regelmatig persoonlijk contact te hebben met meer dan tien personen. Echter, één vijfde (19 procent) van de respondenten blijkt ontevreden te zijn over de mate waarin zij persoonlijk contact hebben. Van de Meerendonk en collega's (2003, p. 41) vonden in hun onderzoek dat van de homoseksuele ouderen vijftien procent geen familie meer heeft en zes procent geen vrienden. Voor de oudste groep (75 plus) geldt dat meer dan een kwart geen vrienden heeft. De homoseksuele ouderen van 75 jaar en ouder hebben vaker helemaal geen vrienden dan de homoseksuele ouderen uit de jongere groepen. Bovendien hebben deze hoogbejaarde homoseksuelen minder vrienden met wie ze regelmatig contact hebben. Verder hebben homoseksuelen beduidend minder contact met mensen in de buurt dan heteroseksuelen. Homoseksuele ouderen besluiten uit angst voor discriminatie hun homoseksualiteit niet kenbaar te maken aan burens en gaan geen relaties met hen aan (Meerendonk, Van de et al., 2003, pp. 39, 46; Schuyf & Stoop, 2007, pp. 4-5). Een mooie illustratie hiervan is de volgende:

'Ik ben buurvrouw van deze meneer (man, 82 jaar, Amsterdam) en zag toevallig jullie oproep. Ik doe regelmatig boodschappen voor hem en zie dat hij steeds eenzamer wordt.'

Hij loopt slecht en krijgt bijna nooit bezoek. (...) Tegen mij is hij altijd heel open over zijn homo-zijn, maar ik weet dat hij het verder niet veel durft te vertellen aan mensen. Een andere buurvrouw weet bijvoorbeeld van niets, mij vertrouwt hij omdat mijn zoon ook zo is.' (Schuyf, 2011, p. 30).

Ondanks dat homoseksuelen minder contact lijken te hebben met mensen dan heteroseksuelen, besteden zij wel veel tijd in hun leven aan het creëren van een sociaal netwerk, ook wel *family of choice* genoemd (Gabrielson, 2011, p. 368). Deze geconstrueerde netwerken van homoseksuelen bestaan voornamelijk uit de partner en vrienden, waarbij met name het hebben van vrienden een belangrijk element is. homoseksuelen blijken meer vrienden van dezelfde leeftijd te hebben dan heteroseksuelen en ook hebben homoseksuelen gemiddeld vaker contact met vrienden dan met familie. Een groot deel van de homoseksuelen is bevriend met relatief veel andere homoseksuelen of heeft hier in ieder geval contact mee. Cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek laten zien dat dit geldt voor ruim negentig procent van de homoseksuelen (Addis et al., 2009, pp. 652-653; Meerendonk, Van de et al., 2003, p. 41; Orel, 2004, p. 68). Dit wil niet zeggen dat familie hiermee wordt uitgesloten, maar eerder dat een groot deel van de homoseksuelen wel in enige vorm een *family of choice* heeft. Echter, de mate waarin familie deel uitmaakt van de *family of choice* verschilt sterk tussen individuen. De gecreëerde netwerken van homoseksuelen doen dienst ter uitbreiding of vervanging van de ondersteunende netwerken die heteroseksuele ouderen hebben. Desalniettemin hebben homoseksuele ouderen relatief gezien vaker een kleiner sociaal netwerk dan gemiddeld en bestaat dit vaker uit mensen die verspreid wonen en niet direct in de buurt. Voor heteroseksuele ouderen geldt dit niet, zij hebben veel meer contacten in de buurt dan homoseksuele ouderen (Addis et al., 2009, pp. 652-653; Gabrielson, 2011, p. 359; Orel, 2004, p. 60; Schuyf, 2011, p. 9; Schuyf & Stoop, 2007, p. 5).

Omwille het feit dat veel homoseksuele ouderen minder contact hebben met de directe familie en vaak geen kinderen hebben die op bezoek kunnen komen, is een gecreëerd netwerk voor homoseksuelen erg belangrijk. De *family of choice* speelt een belangrijke rol wanneer het gaat om het terug kunnen vallen op een sociaal netwerk voor homoseksuele ouderen en de mogelijkheid om lang zelfstandig te blijven wonen (Addis et al., 2009, pp. 652-653; Gabrielson, 2011, p. 359; Leyerpapf et al., 2013, p. 9; Orel, 2004, p. 60; Schuyf, 2011, p. 9; Schuyf & Stoop, 2007, pp. 4-5).

2.3.3 Wie kan hulp bieden

De maatschappelijke trend en de wens van ouderen zelf om zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen wonen gecombineerd met een terugtrekkende overheid als primaire zorginstantie, maakt dat ouderen steeds meer hun zorg zelf vorm moeten geven. De overheid doet een toenemend beroep op de burgers om informele zorg aan elkaar te verlenen (Steyaert & Kwekkeboom, 2012, p. 72). Informele hulp wordt voornamelijk geboden door zogenaamde 'primaire' mantelzorgers, dit zijn de partner van iemand en de directe familie. De partner, die dagelijks in de buurt is om zo nodig hulp te bieden, is de allerbelangrijkste sociale hulpbron. Naast de partner zijn er ook anderen die informele hulp verstrekken; met name zijn dit directe familieleden zoals kinderen en broer of zus, en mensen die op een niet te grote afstand wonen (zoals burens, maar ook vrienden in de buurt). Vrienden, verre familie en kennissen worden minder vaak aangemerkt als (potentiële) zorgverleners en met name afstand speelt bij het geven van informele hulp door deze drie groepen een belangrijke rol. Ook bij kinderen die voor elders wonende ouders zorgen speelt afstand een rol (Kullberg, 2005, pp. 2, 19-20; Steyaert & Kwekkeboom, 2012, pp. 13, 73-75). Ouderen die een hulpvraag hebben zien de directe familie vaak als enige alternatieve hulpbron voor formele zorg. Dit komt voornamelijk doordat er sprake is van vraagverlegenheid en acceptatieschroom bij hulpbehoevenden. Met name in het vragen van hulp aan vrienden, verre familie en kennissen is men terughoudend. De relatief grote sociale afstand met de laatste twee groepen vereist een bepaalde wederkerigheid in de relatie, die bij naaste familieleden en de partner een ondergeschikte rol speelt.

Voor directe familieleden is het veel meer vanzelfsprekend om elkaar hulp te bieden wanneer dit nodig is (Steyaert & Kwekkeboom, 2012, pp. 35, 72-76).

Algemeen geldt dat homoseksuele ouderen minder kunnen terugvallen op de zogenaamde 'primaire mantelzorgers' zoals de partner en kinderen dan heteroseksuele ouderen (Gabrielson, 2011, pp. 368-369; Meerendonk, Van de et al., 2003, p. 48; Schuyf & Stoop, 2007, pp. 4-5). Immers, bij homoseksuele ouderen in vergelijking met heteroseksuele ouderen komt het veel minder vaak voor dat zij met een partner samen wonen of überhaupt een partner hebben. Van de homoseksuele ouderen van 55 jaar en ouder heeft ongeveer dertig procent een partner waarmee hij of zij samenwoont, waar dit onder de algemene bevolking van 55 jaar en ouder ongeveer vijfenzeventig procent is. Elf procent heeft wel een partner, maar woont hier niet mee samen en een grote meerderheid (59 procent) van de homoseksuele ouderen is alleenstaand (Graaf, De & Loozen, 2005, pp. 28-29; Schuyf, 2011, p. 23). Ook andere onderzoeken vonden dat homoseksuele ouderen een meer dan twee maal zo'n grote kans hebben om alleen te wonen dan heteroseksuele ouderen en dat homoseksuele ouderen een twee maal kleinere kans hebben om een partner te hebben waarop zij een beroep kunnen doen voor informele hulp. Tevens kwam in deze onderzoeken naar voren dat de kans dat homoseksuele ouderen kinderen hebben waar zij op terug kunnen vallen wanneer dit nodig is, ruim vier maal zo klein is dan bij heteroseksuele ouderen (Gabrielson, 2011, p. 357; Haber, 2009, p. 271). Ook kunnen homoseksuele ouderen voor een groot deel niet rekenen op hulp uit de buurt, daar zij uit angst voor discriminatie minder snel contacten aangaan met burens. Dit terwijl juist mensen in de nabije omgeving belangrijk zijn bij het verrichten van eenvoudige hulptaken, zoals het doen van een boodschap (Meerendonk, Van de et al., 2003, p. 46; Schuyf & Stoop, 2007, pp. 4-5). Zodoende moeten homoseksuele ouderen andere manieren vinden die een bijdrage leveren aan het succesvol ouder worden. Het is dan ook niet verwonderlijk dat zij zich meer zorgen maken over wie er voor hen zal zorgen, wanneer zij hier niet zelf meer toe instaat zijn. Veelal blijken homoseksuele ouderen meer afhankelijk te zijn van een gecreëerd netwerk van vrienden voor informele hulp (Gabrielson, 2011, pp. 368-369; Meerendonk, Van de et al., 2003, p. 48; Schuyf & Stoop, 2007, pp. 4-5). Naast een eventuele partner, zijn deze leden van de 'gekozen familie' diegenen waar de homoseksuele oudere op bouwt als het op informele hulp aankomt voor dagelijkse ondersteuning en zorg (Addis et al., 2009, pp. 652-653; Gabrielson, 2011, p. 359; Leyerzapf et al., 2013, p. 9; Orel, 2004, p. 60; Schuyf, 2011, p. 9; Schuyf & Stoop, 2007, pp. 4-5). Desalniettemin wordt de sociale reikwijdte kleiner naarmate men ouder wordt. Vrienden overlijden, waardoor de vriendenkring kleiner wordt en beperkingen in mobiliteit maken het moeilijk of zelfs onmogelijk om elkaar te bezoeken. Hierdoor verminderd zo het aantal personen waarop een beroep kan worden gedaan met betrekking tot informele hulp (Schuyf & Stoop, 2007, p. 5). Evenzo stijgt met het toenemen van de leeftijd de kans dat er geen partner meer aanwezig is in het huishouden die hulp kan bieden. Een goed sociaal netwerk maakt het mogelijk om het nog een geruime tijd zelfstandig vol te houden, maar het daadwerkelijk ontbreken van ondersteuning is voor veel homoseksuele ouderen een grote zorg. Het sociale netwerk van homoseksuele ouderen is immers anders en gemiddeld kleiner dan dat van heteroseksuele ouderen, waardoor zij minder op informele zorg door familieleden kunnen vertrouwen. Met name het niet hebben van kinderen is hiertoe een beperking. Zodoende zijn homoseksuele ouderen voor hulp sneller aangewezen op het afnemen van formele zorg en bepaalt dit hun woonbehoeften (Gabrielson, 2011, p. 357; Kullberg, 2005, pp. 2, 19-20).

2.3.4 Formele hulp

Wanneer het sociale netwerk van homoseksuele ouderen niet toereikend genoeg is om te voorzien in hun eventuele hulpvraag en zij zijn aangewezen op formele zorg, kan dit problemen met zich meebrengen. Vaak heerst er een hetero-normatief karakter in zorginstellingen, waardoor homoseksuele ouderen nog altijd als 'anders' worden gezien en worden buitengesloten (Meerendonk, Van de et al., 2003, p. 28; Schuyf, 2011, p. 4). Iets meer dan de helft (60 procent) van de homoseksuele ouderen is dan ook van mening dat zij geen gelijke toegang tot de

gezondheidszorg hebben (Johnson et al., 2005, pp. 90-96) en veel van hen zijn bang om gediscrimineerd te worden (Addis et al., 2009, pp. 653-654; Brotman et al., 2003, pp. 196-197; Cahill & South, 2002, p. 52). Daarbij blijkt dat slechts een kwart van de homoseksuele ouderen open is over hun seksuele voorkeur ten overstaande van zorgverleners (Haber, 2009, p. 274). Wanneer homoseksuele ouderen gemarginaliseerd worden en onzichtbaar zijn, is de kans aanwezig dat zorgverleners – bewust of onbewust – hun specifieke zorgbehoeften over het hoofd zien (Addis et al., 2009, pp. 654-656). Voor homoseksuelen die doorgaan als heteroseksueel en hun identiteit niet blootgeven, kan dit een belemmering zijn voor hun verzorging. De afnemende kwaliteit van leven naarmate men ouder wordt, kan er voor zorgen dat homoseksuelen hun seksuele voorkeur wel bloot moeten geven en dat zij een fase van *coming-out* ervaren in de zorg. Een hernieuwde *coming-out* of een *coming-out* voor mensen die doorgaan als heteroseksueel, kan zorgen voor hoge stress gehaltes en angst (Price, 2005, pp. 16-17).

Toch blijkt uit Nederlands onderzoek dat homoseksuele ouderen over het algemeen niet verwachten dat zij veel negatieve effecten zullen ervaren als zij open zijn over hun seksuele voorkeur, wel heeft bijna de helft van deze groep de verwachting dat er in de zorg niet goed wordt omgegaan met homoseksualiteit en dat zorgverleners zich niet goed kunnen voorstellen wat het is om homoseksueel te zijn. Homoseksuele mannen zijn in vergelijking met lesbische vrouwen negatiever; zij verwachten minder vaak aangeraakt te worden door zorgverleners en minder positieve effecten van openheid. Bij de jongste generatie homoseksuele ouderen (55-64 jaar) komt homoseksualiteit vaker aan de orde dan bij de oudste generatie (75+ jaar) (Meerendonk, Van de et al., 2003, pp. 27-30). Toch is naast de huidige generatie homoseksuele ouderen, ook de babyboomgeneratie sceptisch over hun zorginvulling. Ook zij zijn namelijk van mening dat zorgverleners vaak een stereotype beeld hebben van homoseksualiteit en zodoende de zorgbehoeften van homoseksuele ouderen niet voldoende goed kunnen inschatten (Blando, 2001, pp. 88-89; Haber, 2009, p. 274; Johnson et al., 2005, p. 86). De meeste homoseksuele ouderen geven dan ook aan het belangrijk te vinden dat hun zorgverleners homovriendelijk zijn en driekwart zegt dat wanneer zij afhankelijk zijn van zorg, zij hier ook rekening mee zullen houden met betrekking tot hun woonwensen voor de vierde levensfase (Meerendonk, Van de et al., 2003, p. 61).

2.4 Wonen

2.4.1 Huisvesting van homoseksuele ouderen

Door de hervormingen in de zorg, wordt de toegang tot intramurale zorg voor mensen met een lichtere zorgindicatie beperkt. Hierbij wordt verwacht dat ongeveer 78.000 mensen met een lichtere zorgindicatie niet meer in aanmerking komen voor verblijf in een intramurale setting, zoals een verzorgingshuis. Dit is een grote daling, maar ook zou de vraag naar plaatsen in een verzorgingshuis zonder dit beleid zijn afgenomen vanwege de behoefte van mensen zelf om langer zelfstandig te blijven wonen (Raad voor de leefomgeving en infrastructuur, 2014, p. 5). Niet langer staat het systeem centraal, maar de mensen en hun mogelijkheden. De zorg wordt zo veel mogelijk georganiseerd rondom het leven van mensen en minder het leven van mensen rondom de zorg. Aanbieders ontwikkelen nieuwe woonvormen voor ouderen en ook zijn er groepen mensen die hun eigen gewenste woonvorm zelf realiseren, waarbij zij zeker zijn dat het woonconcept aan hun behoeften voldoet. De vraag naar woon-zorgconcepten wordt zodoende steeds diverser (Raad voor de leefomgeving en infrastructuur, 2014, pp. 7-9, 12-13).

Desalniettemin willen homoseksuele ouderen, net als de meeste ouderen, ook zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen (Leyerzapf et al., 2013, p. 20). Schuyf (2011, p. 26) vond in haar onderzoek dat het overgrote deel (89 procent) van de homoseksuele ouderen zelfstandig woont. Tweeëntachtig procent van de respondenten woont zelfstandig in een gewone woning en zeven procent in een seniorenwoning. Slechts een klein deel van de homoseksuele ouderen woont in een verzorgings- of verpleeghuis. Homoseksualiteit heeft op uiteenlopende manieren invloed op waar

homoseksuele ouderen wonen. Tien procent van de homoseksuele ouderen geeft aan ergens niet te kunnen of willen wonen vanwege hun homoseksualiteit en voor één op de zes homoseksuele ouderen heeft hun seksuele voorkeur meegespeeld in de keuze om te gaan wonen waar zij nu wonen. Hierbij valt op dat een deel van de homoseksuele ouderen bewust kiest voor het wonen op een plek waar men redelijk anoniem en zonder al te veel sociale controle kan wonen; een ander deel gaat juist op zoek naar een tolerante woonomgeving. Ook worden de sociale contacten in de buurt genoemd als belangrijk aspect met betrekking tot de keuze voor de woonomgeving door homoseksuele ouderen. Achtentachtig procent van de homoseksuele ouderen is tevreden over de huidige woonsituatie, twaalf procent is ontevreden (Meerendonk, Van de et al., 2003, p. 39; Schuyf, 2011, p. 26). Het blijkt dat verreweg de meeste ouderen (86 procent) absoluut niet wil verhuizen; slechts een klein deel (5 procent) wil dit beslist of acht het noodzakelijk. Ook de leeftijd van iemand speelt hierbij een belangrijke rol; hoe ouder iemand is, hoe minder verhuisgeneigd hij of zij is. Overigens wil het niet zeggen dat de wens om niet te verhuizen betekent dat iemands huidige woning en leefomgeving ook geschikt is om er zelfstandig te blijven wonen. Wanneer er beperkingen gaan opspelen is het vaak nodig om de woning aan te passen, om hulp of zorg op maat aan huis te kunnen krijgen. Het zelfstandig willen blijven wonen kan ook betekenen dat mensen wel moeten verhuizen, om geschikte hulp te kunnen ontvangen. Het blijkt dan ook dat gezondheid in combinatie met een minder toegankelijke of geschikte woning belangrijke motieven zijn om te verhuizen. De leefomgeving is evengoed belangrijk voor de mogelijkheid om zelfstandig en naar tevredenheid te kunnen wonen. Grote onvrede met de sociale kwaliteiten van de buurt, blijkt de allerbelangrijkste motivator om te verhuizen. Mensen geven deze reden om te verhuizen twee maal zo vaak aan dan lichamelijke beperkingen en een ongeschikt huis. Een goede sociale leefomgeving kan niet alleen de toegang tot informele hulp vergroten, maar is ook een beschermde factor met betrekking tot gezondheidsproblemen en vereenzaming (Raad voor de leefomgeving en infrastructuur, 2014, p. 4; Kullberg, 2005, p. 35). Het blijkt dan ook dat de belangrijkste directe behoefte van homoseksuele ouderen het hebben van meer sociale contacten met andere homoseksuelen in de buurt is. Ruim 10 procent van de zelfstandig wonende homoseksuele ouderen heeft behoefte aan een woonomgeving waar ook andere homoseksuelen wonen en geeft aan te willen verhuizen naar een andere omgeving wanneer daar meer mogelijkheden zijn om in contact te komen met gelijkgestemden. Evenzo geven zij aan dat wanneer er meerdere homoseksuele mensen in de buurt wonen, dit bijdraagt aan een meer homovriendelijke woonomgeving (Meerendonk, Van de et al., 2003, pp. 54, 60-61; Pijnappels & Finnema, 2011, p. 20).

Homoseksuele ouderen maken zich ook zorgen over hoe zij in de toekomst zullen wonen, wanneer zelfstandig wonen geen optie meer is. Wanneer homoseksuele ouderen niet langer zelfstandig kunnen blijven wonen en moeten verhuizen naar woon-zorgvoorzieningen, brengt dit problemen met zich mee. Deze complexen worden namelijk veelal verondersteld als complexen met heteroseksuele bewoners en waar heteroseksualiteit de norm is, kunnen homoseksuele ouderen zich gedwongen voelen om hun seksuele identiteit te verbergen (Cahill & South, 2002, p. 52; Gabrielson, 2011, pp. 358-359). Vierendertig procent van de homoseksuele ouderen denkt dan ook dat zij hun seksuele voorkeur weer moeten verbergen in verzorgings- of verpleeghuis. Daarbij denkt bijna driekwart (73 procent) van de homoseksuele ouderen dat er discriminatie plaatsvindt in verzorgings- en verpleeghuizen door heteroseksuele medebewoners. Een bijna even grote groep (74 procent) denkt dat zorgverleners in zulk soort instellingen geen anti-discriminatie beleid voeren met betrekking tot seksuele oriëntatie (Addis et al., 2009, p. 653; Johnson et al., 2005, pp. 90-96). Homoseksuele ouderen zijn veelal een onzichtbare groep in verzorgings- en verpleeghuizen en vaak bestaat er onvoldoende bewustzijn van de sociale uitsluiting van homoseksuele ouderen. In de praktijk betekent dit dat er in dit soort instellingen te weinig ruimte is voor seksuele diversiteit en worden de behoeften en wensen van homoseksuele ouderen over het hoofd gezien in het dagelijkse 'reilen en zeilen' van zorgcentra (Addis et al., 2009, p. 653; Leyerzapf et al., 2013, p. 77).

Door hun levensloopervaringen zijn homoseksuelen in het nadeel wanneer zij ouder worden

vergeleken met heteroseksuelen. Immers, over het algemeen is hun welzijn minder en hun sociale netwerk kleiner, waardoor zij eerder op woon-zorgvoorzieningen zijn aangewezen. Daarbij heeft de samenleving een hetero-normatief karakter en biedt zij zodoende niet dezelfde mogelijkheden wat woon-zorgvoorzieningen betreft aan homoseksuele als aan heteroseksuele ouderen. In woon-zorgvoorzieningen waar een open houding jegens homoseksualiteit afwezig is, kan het welzijn van homoseksuele ouderen en hun mogelijkheden om sociale contacten te onderhouden negatief worden beïnvloed (Cahill & South, 2002, p. 53; Orel, 2004, pp. 66-67). Met name de jongere generaties homoseksuele ouderen (tussen de 55 en 75 jaar) maken zich zorgen over dit hetero-normatieve karakter. Veel van hen zijn opgegroeid in de jaren '60 en '70 en hebben zich ingezet voor meer recht, erkenning en acceptatie van homoseksualiteit. Vanuit deze achtergrond zijn velen dan ook niet bereid om op latere leeftijd alsnog hun homoseksualiteit te moeten verzwijgen en in 'onzichtbaarheid' te moeten leven in een zorgcentrum (Leyerzapf et al., 2013, p. 40). De veranderende woonvoorkeuren van ouderen leiden er toe dat er diverse nieuwe woon-zorgconcepten ontstaan en toekomstige homoseksuele ouderen de mogelijkheid hebben om zich te oriënteren op alternatieve woonvormen.

2.4.2 Woon-zorgvoorzieningen

Homoseksuele ouderen tonen zich geïnteresseerd in gevarieerde gemeenschappelijke woon-zorgvoorzieningen. Het blijkt dat een hoop van de homoseksuele ouderen wellicht het meest tevreden zou zijn met gemengde woon-zorgvoorziening waarbinnen homoseksualiteit geaccepteerd wordt. Wonen met zowel andere homoseksuele als heteroseksuele ouderen is de optie waar homoseksuele ouderen het vaakst 'ja' tegen zeggen, mochten zij niet langer zelfstandig kunnen wonen. Iets minder dan driekwart van de homoseksuelen staat hier positief tegenover (Meerendonk, Van de et al., 2003, pp. 54-56; Pijnappels & Finnema, 2011, p. 20). Het aandeel homoseksuele ouderen moet hierbij wel substantieel zijn; een gelijkwaardig mix tussen homoseksuele en heteroseksuele medebewoners, wordt door homoseksuele ouderen als ideaal gezien. Op deze manier verwachten homoseksuele ouderen herkenning, respect en verdraagzaamheid binnen de zorginstelling, dat er ruimte is om openlijk homoseksueel te zijn, gelijkgestemden te kunnen ontmoeten en dat er op hen afgestemde activiteiten worden georganiseerd (Fokkema, 2012, p. 5; Meerendonk, Van de et al., 2003, pp. 60-61; Schuyf & Stoop, 2007, p. 3). Anderzijds, vonden Johnson en collega's (2005, p. 87) een kleiner aandeel homoseksuele ouderen (44 procent) dat het wonen in een gemengde woon-zorgvoorziening met zowel homo- als heteroseksuele ouderen aanspreekt. Een enkele oudere (1 procent) spreekt het wonen in een gemengde woon-zorgvoorziening helemaal niet aan en zij geven de voorkeur aan een woonvorm waar alleen heteroseksuele ouderen wonen (Meerendonk, Van de et al., 2003, pp. 54-56).

Uit onderzoek van Johnson en collega's (2005, p. 90) blijkt dat een grote meerderheid van de homoseksuele ouderen (98 procent) van mening is dat het ontwikkelen van homovriendelijke of homo-exclusieve woon-zorgvoorziening een positieve aangelegenheid is. Homovriendelijkheid staat, vanwege het feit dat men zich dan meer geaccepteerd voelt en zichzelf kan zijn, bij veel homoseksuele ouderen hoog in het vaandel wanneer het op hun woonwensen aankomt. Homoseksuele ouderen tonen zich zo ook geïnteresseerd in het wonen in homo-exclusieve woon-zorgvoorzieningen. Zo vonden Johnson en collega's (2005, p. 87) dat ongeveer twee derde (62 procent) van de homoseksuele ouderen hier de voorkeur aan geven. Een groot aandeel van de homoseksuele ouderen geeft zelfs aan bereid te zijn om over een grote afstand te verhuizen, wanneer zij dan in een homo-exclusieve gemeenschap zouden kunnen wonen. Ten aanzien van het onderzoek van Johnson en collega's (2005) moet wel opgemerkt worden dat alle participanten zich reeds in een homovriendelijke omgeving bevonden en dat drieënzeventig procent van hen van mening is dat er sprake is van discriminatie van homoseksuelen in woon-zorgvoorzieningen. Ook Orel (2004, pp. 66-67) vond in haar studie van een jaar eerder, vergelijkbare resultaten. Het leeuwendeel van de participanten, allen 65 jaar of ouder, geeft in dat onderzoek aan dat zij de

voorkeur hebben voor een woon-zorgvoorziening die homo-exclusief is en men stelt dat dit een goed alternatief is wanneer men niet langer zelfstandig kan blijven wonen. Belangrijk om op te merken is dat de behoefte aan homo-exclusieve woonvormen afneemt wanneer de tolerantie ten opzichte van homoseksualiteit in de samenleving toeneemt (Pijnappels & Finnema, 2011, pp. 9-10). Immers, wanneer de tolerantie ten aanzien van homoseksualiteit in de samenleving toeneemt, is het waarschijnlijk dat men (afhankelijk van generatie en andere levensloopervaringen) ook de tolerantie ten aanzien van homoseksualiteit in woon-zorgvoorzieningen als beter percipieert en er daardoor minder behoefte ontstaat aan homo-exclusieve woonvormen. Of de tolerantie ten aanzien van homoseksualiteit in Amerika als slechter wordt ervaren is moeilijk te zeggen, maar de onderzoeken van Johnson et al. (2005) en Orel (2004) wijzen hier wel op. In Nederland blijkt de tolerantie ten opzichte van homoseksualiteit relatief goed te zijn en evenzo blijkt dat homoseksuele ouderen in Nederland minder vaak de voorkeur geven aan homo-exclusieve woonvormen vergeleken met de gevonden resultaten in de internationale literatuur. Verschillende onderzoeken brengen verschillende cijfers naar voren, maar algemeen kan gesteld worden dat van de homoseksuele ouderen ongeveer tussen de twintig en vijfendertig procent de voorkeur geven aan homo-exclusieve woon-zorgvoorzieningen (Meerendonk, Van de et al., 2003, pp. 61, 74; Pijnappels & Finnema, 2011, pp. 9-10). Het percentage homoseksuele ouderen dat het liefst zou wonen in een woonvorm met alleen maar homoseksuelen van hetzelfde geslacht ligt rond de twintig procent. Lesbische vrouwen geven vaker de voorkeur aan een woon-zorgvoorziening met alleen lesbische vrouwen dan homoseksuele mannen de voorkeur geven aan een woon-zorgvoorziening met alleen maar andere homoseksuele mannen. Ook zijn lesbische vrouwen vaker geneigd dan homoseksuele mannen om naar een woonvorm te verhuizen met alleen maar homoseksuelen (zowel mannen als vrouwen). Tot slot blijkt dat de jongere generatie homoseksuele ouderen (tussen de 55 en 64 jaar) iets vaker de voorkeur heeft voor het wonen in een homo-exclusieve woon-zorgvoorziening dan de oudere generaties homoseksuele ouderen (Meerendonk, Van de et al., 2003, pp. 54-55; Schuyf & Stoop, 2007, p. 3). Dit kan weer verklaard worden vanuit het feit dat de jongere generaties opgegroeid zijn in de tijd waarin er gestreden is voor homo-emancipatie en zij minder bereid zijn om hun homoseksualiteit (weer) te moeten verbergen naarmate zij zorgafhankelijk worden.

Als voornaamste reden voor het wonen in een homo-exclusieve woonvorm geven homoseksuele ouderen aan dat in een homo-exclusieve instelling de mate van acceptatie hoog is. Dit leidt er toe dat men hier zichzelf kan zijn, zonder bang te hoeven zijn voor discriminatie omwille hun geaardheid. Het wonen in een homo-exclusieve woonvorm creëert zodoende een hoger gevoel van veiligheid. Daarnaast geven sommige homoseksuele ouderen aan heteroseksuele ouderen liever uit de weg te gaan. Ook begrip en erkenning worden door vele homoseksuele ouderen als een belangrijke argumenten voor het wonen in een homo-exclusieve vorm aangemerkt; het wonen tussen gelijkgestemden wil zeggen dat het niet meer noodzakelijk is om de seksuele voorkeur uit te leggen en te verdedigen. Een andere reden die veelvuldig naar voren komt is die van de mogelijkheid tot het opdoen van meer sociale contacten: het hebben van vergelijkbare interesses, een gevoel van 'familie' en de mogelijkheden tot een relatie (Meerendonk, Van de et al., 2003, pp. 55-56, 60-61, 74; Orel, 2004, pp. 66-67). Naast positieve aspecten zijn er ook negatieve aspecten aan het wonen in een homo-exclusieve instelling. Zo benadrukken verschillende homoseksuele ouderen dat wanneer zij bij elkaar gaan wonen, zij juist een doelwit voor discriminatie kunnen zijn. Verder geeft men aan zich niet te willen afzonderen van heteroseksuele ouderen en de rest van de maatschappij en dat de seksuele voorkeur niet het belangrijkste is in iemands leven (Meerendonk, Van de et al., 2003, pp. 55-56; Orel, 2004, pp. 66-70). Het voorzien in homoseksuele woonvoorziening om homovriendelijkheid te vergroten kan ook een tegengesteld effect hebben, omdat dit juist geen ruimte biedt voor diversiteit maar juist verdere scheiding in de hand werkt (Leyerzapf et al., 2013, p. 63).

Eenenzeventig procent van de homoseksuele ouderen geeft aan interesse te hebben in kleinschalige woonprojecten gericht op gezamenlijk wonen, waarbij iets meer dan de helft (61

procent) aangeeft graag te beschikken over een gemeenschappelijke ruimte om elkaar te treffen (Pijnappels & Finnema, 2011, pp. 9-10). Deze initiatieven lopen uiteen van de aanschaf van een groot gemeenschappelijk wooncomplex tot aanleunwoningen exclusief voor homoseksuele ouderen en units speciaal bestemd voor homoseksuele ouderen in verzorgingshuizen (Pijnappels & Finnema, 2011, p. 20; Schuyf & Stoop, 2007, p. 3). Gabrielson (2011, pp. 359, 368) spreekt over het ontstaan van woonvormen waar continue hulp of zorg wordt geboden, hiermee bedoeld ze woonvormen waar men lang kan blijven wonen en wanneer het nodig is men een beroep kan doen op hulp of zorg. In zo'n woon-zorgvoorzieningen kunnen bewoners blijven wonen ongeacht hun zorgbehoeften, omdat ze afspraken hebben voor continue zorg. Dit soort woonvormen worden ook steeds meer opgericht door homoseksuele ouderen zelf, gericht op de eigen doelgroep. Hierbij kopen mensen van middelbare leeftijd een wooncomplex, om deze te ontwikkelen tot een (kleinschalige) woon-zorgvoorziening voor homoseksuelen (Brotman et al., 2003, pp. 200-201). Echter, het zelf stichten van een woongroep is niet voor iedereen een optie en geld speelt een belangrijke rol. Relatief gezien is het zelf creëren van een woon-zorgvoorziening een dure aangelegenheid. De huidige generatie van 65 jaar en ouder heeft, vanwege prijsstijgingen, veel vermogen opgebouwd in hun huidige woning en zijn minder bereidwillig om te verhuizen. Particuliere wooncomplexen zijn zodoende meer besteed aan de jongere generatie homoseksuele ouderen (Gabrielson, 2011, p. 359; Kullberg, 2005, p. 37). Tevens is er een verschil tussen homoseksuele mannen en lesbische vrouwen wat betreft sociaaleconomische status. Homoseksuele mannen zijn hier over het algemeen gezien beter af dan lesbische vrouwen, daar er verschillen zijn in uitbetaling tussen mannen en vrouwen. Dit maakt dat voor homoseksuele mannen de financiële mogelijkheden groter zijn om hun eigen woon-zorgvoorziening vorm te geven dan de financiële mogelijkheden voor lesbische vrouwen dit zijn (Orel, 2004, pp. 72-73). Ook blijkt het dat zowel voor de jongere generaties homoseksuele ouderen als voor homoseksuele mannen het stichten van een eigen woongroep vaker een strategie kan zijn met betrekking tot succesvol ouder worden, dan dat dit is voor de oudere generaties homoseksuele ouderen en lesbische vrouwen.

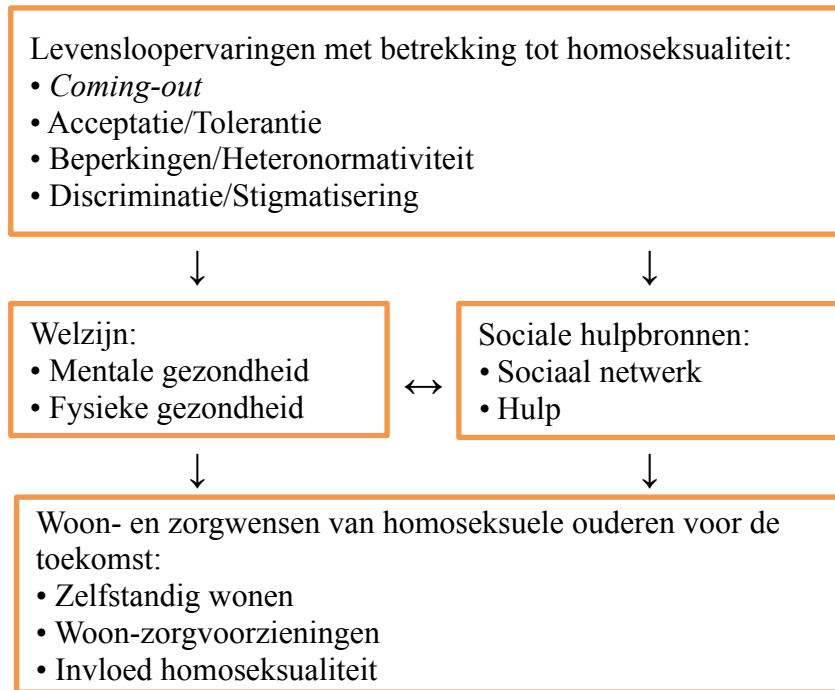
Daar homoseksuele ouderen algemeen gezien slechter af zijn wat betreft hun welzijn, en een kleiner en meer verspreid sociaal netwerk hebben dan heteroseksuele ouderen, kan het zo lang mogelijk zelfstandig wonen voor homoseksuele ouderen een grote uitdaging zijn. Wanneer langer zelfstandig wonen geen optie meer is, tonen homoseksuele ouderen zich geïnteresseerd in diverse woon-zorgvoorzieningen. Echter, vanwege de unieke levensloopervaringen omtrent homoseksualiteit en de bijhorende strijd voor gelijke rechten, weigert men ook in de vierde levensfase om niet zichzelf te kunnen zijn. Een tolerante woon-zorgvoorziening blijkt dan ook het allerbelangrijkste aspect voor toekomstige homoseksuele ouderen.

2.5 Huidig onderzoek

2.5.1 Conceptueel model

De verbanden tussen de verschillende constructen die in dit onderzoek centraal staan en die in de theorie naar voren zijn gekomen, zijn schematisch weergegeven in een conceptueel model (figuur 1). Dit model maakt op eenvoudige wijze de belangrijkste relaties zichtbaar en biedt de richtlijn voor het verdere onderzoek.

Figuur 1. Conceptueel model



Uit het theoretische kader komt allereerst naar voren dat de wijze waarop er tegen homoseksualiteit wordt aangekeken en hoe er op mensen met homoseksuele gevoelens wordt gereageerd, van invloed zijn op de levensloopervaringen van homoseksuelen. Een homoseksueel persoon krijgt in zijn of haar leven altijd in enige mate te maken met tolerantie en acceptatie met betrekking tot homoseksualiteit door andere personen, alsmede met het hetero-normatieve karakter in de samenleving. Daarbij zijn discriminatie en stigmatisering met betrekking tot homoseksualiteit hier direct aan verwant. De mate waarop deze attitudes ten aanzien van homoseksualiteit voorkomen, beïnvloeden de ervaringen die iemand opdoet in zijn of haar leven als homoseksueel. Evenzo hebben de attitudes ten aanzien van homoseksualiteit invloed op de wijze waarop het proces van *coming-out* wordt ervaren. Nadat iemand voor zichzelf heeft ontdekt dat hij of zij homoseksuele gevoelens heeft, is de *coming-out* de eerste keer dat iemand daadwerkelijk in aanraking komt met de reacties van anderen. Hoe dit verloopt is belangrijk met betrekking tot de vraag of iemand een positieve of negatieve start maakt aangaande de reacties rondom de eigen homoseksualiteit.

De levensloopervaringen omtrent homoseksualiteit van een persoon hebben op twee punten in dit onderzoek invloed: op hun welzijn én op de sociale hulpbronnen waarover homoseksuele ouderen beschikken. Over het algemeen blijkt dat, door geïnternaliseerde processen van ervaringen rondom hun homoseksualiteit, homoseksuelen slechter af zijn wat betreft hun welzijn. Zo scoren homoseksuele ouderen zowel op de mentale als de fysieke gezondheid slechter dan heteroseksuele ouderen. Daarbij blijkt dat de sociale netwerken van homoseksuele ouderen kleiner zijn dan die van heteroseksuele ouderen. Tevens blijkt dat deze netwerken ook anders zijn samengesteld, waarbij het kunnen krijgen van hulp minder vanzelfsprekend is. Bovendien ondervinden homoseksuele ouderen dikwijls discriminatie in de zorg. Homoseksuele ouderen hebben zodoende andere zorgbehoeften en een andere zorgvraag dan heteroseksuele ouderen.

Homoseksualiteit heeft via het welzijn en de hulpbronnen van homoseksuele ouderen uiteindelijk invloed op hun woon- en zorgwensen. Doordat homoseksuele ouderen over het algemeen slechter af zijn wat betreft hun gezondheid dan heteroseksuele ouderen en zij ook vaker een kleiner sociaal netwerk hebben waarop zij kunnen terugvallen voor hulp, kan het zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen voor homoseksuele ouderen een grotere uitdaging vormen.

Homoseksuele ouderen zijn zodoende eerder aangewezen op woon-zorgvoorzieningen. Uit de literatuur komt naar voren dat het leeuwendeel van de homoseksuele ouderen minimaal behoefte heeft aan een homovriendelijke woon-zorgvoorziening, daar zij ook in de vierde levensfase zichzelf kunnen zijn. Ook homo-exclusieve woon-zorgvoorzieningen en het starten van een eigen woon-zorgvoorziening worden genoemd als strategieën met betrekking tot het succesvol ouder worden.

2.5.2 Onderzoeksvragen

Het conceptueel model biedt de houvast voor het verdere onderzoek en beschrijft veelal de situatie zoals die geldt voor de homoseksuele ouderen van nu. Daar de groep homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar (de toekomstige homoseksuele ouderen) in een andere tijd zijn opgegroeid en een ander proces van socialisatie als homoseksueel hebben meegemaakt, is er weinig bekend over hun levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit. Evenzo is er niet bekend wat de invloed van deze levensloopervaringen is op hun woon- en zorgwensen voor latere leeftijd. Het doel van dit onderzoek is dan ook om hier meer inzicht in te bieden. Voorts zijn er vanuit de theorie en de verbanden in het bovenbeschreven model vier onderzoeksvragen afgeleid. In de eerste plaats wordt er in dit onderzoek gekeken naar hoe de levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit van de toekomstige homoseksuele ouderen eruit zien. Wanneer dit is vastgesteld, wordt er aan de hand van de tweede en derde onderzoeksvraag gekeken naar het welzijn en de sociale hulpbronnen van deze groep. Aan de hand van de tweede onderzoeksvraag wordt nagegaan hoe het gesteld is met de gezondheid van de toekomstige homoseksuele ouderen en hoe zij hun gezondheid ervaren. Evenzo wordt er onderzocht in hoeverre de levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit hierop van invloed zijn. Aan de hand van de derde onderzoeksvraag wordt er gekeken hoe het sociale netwerk van toekomstige homoseksuele ouderen eruit ziet en op wie zij een beroep kunnen doen voor hulp, en hoe dit beïnvloed is door de levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit. Tot slot wordt er in de laatste onderzoeksvraag, aan de hand van de gevonden woon- en zorgwensen in de literatuur van de huidige generatie homoseksuele ouderen, onderzocht welke woon- en zorgwensen de toekomstige homoseksuele ouderen hebben voor wanneer zij de vierde leeftijd bereiken. Daarbij wordt er ook gekeken naar de invloed van het welzijn en het sociale netwerk hierop. De precieze onderzoeksvragen luiden:

1. *Hoe zien de levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit van homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar eruit?*
2. *Hoe is het welzijn van homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar en in hoeverre is dit beïnvloed door hun levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit?*
3. *Hoe zien de sociale hulpbronnen van homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar eruit en hoe is dit beïnvloed door hun levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit?*
4. *Welke woon- en zorgwensen hebben homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar voor de toekomst, en hoe zijn hun welzijn en sociale hulpbronnen hierop van invloed?*

3. Methodologie

In dit hoofdstuk wordt de methode van onderzoek besproken. Allereerst wordt er ingegaan op de onderzoeksstrategie en wordt de gehanteerde onderzoeksmethode besproken. Tegelijkertijd wordt er een verantwoording gegeven voor de gekozen methode van onderzoek en ook komen de aspecten van betrouwbaarheid, validiteit en transparantie aan bod. Als tweede wordt er nader ingegaan op de onderzoeksopzet. Hier wordt besproken wat de onderzoeksgroep is, hoe de respondenten zijn gevonden en wordt de methode van het onderzoek nader uitgewerkt. Ook wordt er aangegeven hoe het onderzoek is uitgevoerd en hoe de verkregen gegevens worden geanalyseerd. Tot besluit worden de verwachtingen geschetst met betrekking tot het empirische onderzoek.

3.1 Onderzoeksstrategie

3.1.1 Kwalitatief onderzoek

In dit onderzoek zijn de inzichten met betrekking tot de levensloopervaringen omtrent homoseksualiteit, de gezondheid, het sociale netwerk en de woon- en zorgwensen van de huidige groep homoseksuele ouderen leidend, om te kunnen onderzoeken in hoeverre deze aspecten gelijkend dan wel specifiek zijn voor de groep toekomstige homoseksuele ouderen. Deze toekomstige homoseksuele ouderen, die nu een leeftijd hebben tussen de 45 en 65 jaar, zijn opgegroeid in een tijd waarin er anders tegen homoseksualiteit werd aangekeken dan in de tijd van de huidige homoseksuele ouderen. Wat de invloed hiervan is op de levensloopervaringen van deze groep en hoe dit doorwerkt op hun woon- en zorgwensen voor de toekomst, is tot op heden nog niet onderzocht. Dit onderzoek is hier een eerste aanzet toe.

In dit onderzoek wordt er gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksstrategie. Kwalitatief onderzoek is een methode waarbij het empirische onderzoek bijdraagt aan de vorming van nieuwe theorie, waarbij de nadruk meer ligt op woorden dan op kwantificering in het verzamelen en analyseren van data. Kwalitatief onderzoek kan zowel verkennend als meer verklarend van aard zijn (Bryman, 2012, p. 380). Het huidige onderzoek is in eerste instantie verkennend van aard, omdat er weinig bekend is over de levensloopervaringen en de woon- en zorgwensen van toekomstige homoseksuele ouderen. Echter, het empirische onderzoek biedt ook mogelijkheden om vergelijkingen te trekken tussen de toekomstige groep homoseksuele ouderen en de huidige groep homoseksuele ouderen. Bij kwalitatief onderzoek ligt de nadruk op het begrijpen van de sociale wereld door middel van het doen van onderzoek naar de interpretaties van die wereld door de participanten. De sociale wereld waarin iemand leeft is vaak bepalend voor de betekenis die men aan zaken geeft, hun gedragingen en hun houding (Boeije et al., 2009, p. 249; Bryman, 2012, p. 380). In kwalitatief onderzoek gaat de onderzoeker op zoek naar de percepties en meningen van diegenen die onderzocht worden en het uiteindelijke doel is om hier meer inzicht in te krijgen. Kwalitatief onderzoek heeft tot doel gedragingen, ervaringen en belevingen te beschrijven, te interpreteren en te verklaren. Kwalitatief onderzoek produceert geen robuuste, 'harde' data zoals kwantitatief onderzoek dit doet, maar brengt rijke data en uitgebreide beschrijvingen naar voren (Boeije et al., 2009, pp. 253-255; Bryman, 2012, p. 408). Ook in dit onderzoek draait het om meningen en percepties en is er gekozen voor een kwalitatief onderzoek in de diepte, door middel van het houden van interviews onder de groep toekomstige homoseksuele ouderen. Hierbij is de biografische methode gevolgd, om zo op zoek te gaan naar de diversiteit in levensverhalen van homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar. Het uiteindelijke doel van dit onderzoek is dan ook om inzicht te bieden in levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit en de invloed hiervan op woon- en zorgwensen op latere leeftijd van de groep homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar in Nederland.

3.1.2 Semi gestructureerde interviews

Er bestaan verschillende vormen voor het doen van kwalitatief onderzoek. Voor dit onderzoek is er gekozen voor het doen van semi gestructureerde interviews. Er is voor deze kwalitatieve onderzoeksmethode gekozen omdat deze het beste aansluit bij de benodigde gegevens en gewenste analyses, daar het hier gaat meningen van de toekomstige homoseksuele ouderen met betrekking tot hun woon- en zorgwensen voor de toekomst. Semi gestructureerde interviews bieden de respondenten namelijk de mogelijkheid om in eigen woorden hun verhaal te doen, waarbij kan worden doorgevraagd naar aspecten die interessant zijn voor het onderzoek. Semi gestructureerde interviews genieten de voorkeur boven zowel open als gesloten interviews. Enerzijds omdat het onderzoek een redelijk duidelijke focus heeft en bepaalde aspecten van belang worden geacht om aan bod te laten komen in de interviews, anderzijds omdat deze vorm van interviewen ook ruimte biedt aan participanten om zelf bepaalde onderwerpen naar voren te brengen die niet in de literatuur zijn gevonden en er op bepaalde thema's kan worden doorgevraagd. Bij de interviews wordt gebruik gemaakt van een lijst met onderwerpen die in elk interview aan bod komen, maar tegelijkertijd geniet de participant een grote antwoord vrijheid. De vragen volgen niet per se een vaste volgorde en er is ruimte in het interview om door te vragen op bepaalde onderwerpen die de participanten zelf aandragen, waarbij wel getracht wordt de vooraf opgestelde onderwerpen altijd de revue te laten passeren (Bryman, 2012, pp. 471-472).

3.1.3 Betrouwbaarheid en validiteit

Om sociaal onderzoek te beoordelen op haar waarde wordt er vaak gekeken naar de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek. Betrouwbaarheid kan worden opgedeeld in interne en externe betrouwbaarheid. Wanneer een onderzoek betrouwbaar is, zijn toevallige fouten afwezig. Tevens wil betrouwbaarheid van het onderzoek zeggen dat het onderzoek herhaalbaar is en soortgelijke resultaten kunnen worden gevonden. Validiteit heeft te maken met de afwezigheid van systematische fouten en met de integriteit van de gevonden resultaten. Validiteit omvat onder andere interne, externe en ecologische validiteit (Bryman, 2012, pp. 46-47).

Het meten van de betrouwbaarheid en validiteit in kwalitatief onderzoek is moeilijk, omdat deze onderzoeken vaak op zoek gaan naar meningen en percepties van respondenten op een specifiek moment en in een bepaalde setting. Ook bij dit onderzoek is het moeilijk om een precieze herhaling te doen. Semi gestructureerde interviews hebben een open karakter en de verkregen gegevens hangen sterk samen met de tijd, de context en de samenstelling van de respondenten op het moment van onderzoek. Desalniettemin worden alle ondernomen stappen in dit onderzoek uitgebreid uitgeschreven en toegelicht, om dit onderzoek zo goed mogelijk te kunnen herhalen. Door het toepassen van een transparante werkwijze is de interne betrouwbaarheid zo groot mogelijk gemaakt. Een tweede manier om de betrouwbaarheid in het onderzoek te vergroten is door middel van overeenkomst tussen verschillende onderzoekers. Tijdens dit onderzoek zijn er meerdere momenten van overleg met de thesisbegeleider, waarin uitkomsten besproken en geïnterpreteerd worden. Op deze wijze streeft dit onderzoek er naar om de externe betrouwbaarheid zo hoog mogelijk te laten zijn.

Interne validiteit wordt bereikt wanneer er een hoge mate van overeenstemming is tussen de concepten en gevonden antwoorden. Met andere woorden: wanneer een onderzoeker meet wat er ook bedoeld wordt (Bryman, 2012, p 390). Interne validiteit wordt bereikt door rekening te houden met de sociale setting, door door te vragen, door waar nodig dingen toe te lichten en door middel van terugkoppeling van de uitkomsten aan de respondenten. Om de interne validiteit en de transparantie van dit onderzoek verder te vergroten, worden – waar toestemming wordt gegeven – de interviews opgenomen en zo snel mogelijk uitgeschreven. Deze opnames kunnen worden opgevraagd en opnieuw bestudeerd worden om getrokken conclusies te herleiden en eventuele tekortkomingen bloot te leggen. De mate van externe validiteit, oftewel de mate van generaliseerbaarheid van gevonden uitkomsten, ligt in kwalitatief onderzoek moeilijk, omdat het

veelal kleine onderzoeksgroepen betreft. Echter, dit zal geen grote tekortkoming van dit onderzoek zijn, omdat het hier een exploratief onderzoek betreft en generalisatie niet het doel is. Inzichten die in deze studie worden gevonden kunnen in eventueel vervolg onderzoek worden gecontroleerd en verder uitgebreid. De derde vorm van validiteit, ecologische validiteit, houdt zich bezig met de vraag of het onderzoek geen afbreuk doet aan de natuurlijke omgeving van de participanten (Bryman, 2012, p. 48). Doordat de interviews in dit onderzoek worden afgenomen bij de respondenten thuis of op een andere plek die hun voorkeur geniet, wordt er in dit onderzoek getracht om zoveel mogelijk met de natuurlijke omgeving van de respondenten rekening te houden. Tevens worden de interviews één op één afgenomen, zodat respondenten vrijuit kunnen spreken en zo min mogelijk in sociaal wenselijke antwoorden zullen vervallen. Desalniettemin is het moeilijk te controleren of de geïnterviewde open en eerlijk antwoord, waardoor er altijd sprake is van enige ruis in het onderzoek.

3.2 Onderzoeksopzet

3.2.1 Respondenten

De onderzoekspopulatie in dit onderzoek omvat alle homoseksuele mannen en lesbische vrouwen in Nederland tussen de 45 en 65 jaar. Er is voor deze leeftijdsgroep gekozen omdat uit het theoretisch kader naar voren is gekomen dat deze groep in een andere tijd is opgegroeid dan de huidige groep ouderen en de vraag is in hoeverre dit invloed heeft gehad op hun levensloopervaringen en woon- en zorgwensen voor de toekomst. De doelgroep is een lastig te onderscheiden groep in de samenleving, immers homoseksualiteit is niet duidelijk te onderscheiden zoals sekse of (tot in zekere mate) etniciteit dit wel zijn. Het is dan ook niet mogelijk om over een bestand te beschikken dat de gehele onderzoekspopulatie betreft en het trekken van een gerandomiseerde steekproef is dus onmogelijk. Om toch zo veel mogelijk (verschillende) respondenten te vinden is er via verschillende wegen gezocht. Een eerste manier waarop er gezocht is naar respondenten is via sleutelfiguren, een tweetal instellingen heeft meegewerkt aan het onderzoek en hebben gekeken naar mogelijke respondenten in hun netwerk. Dit zijn de stichting Rotterdam Verkeert¹, een kenniscentrum voor homo-emancipatie in Rotterdam en de stichting GetOud², een stichting in Den Haag die zich inzet voor een positievere beeldvorming over ouderen en ouderdom. Een tweede wijze waarop respondenten gezocht zijn, is via sociale media die gericht zijn op homoseksualiteit. Ook is er binnen het eigen netwerk gekeken of er participanten voor dit onderzoek gevonden konden worden, door middel van een oproep op Facebook en via mond-tot-mond correspondentie. Een derde manier waarop geprobeerd is om zoveel mogelijk respondenten te bereiken is via de sneeuwbal methode. Dit is een methode waarbij er geprobeerd wordt om via de eerste deelnemers andere participanten te vinden die ook benaderd kunnen worden voor het onderzoek (Boeije et al., 2009, p. 263). Uiteindelijk zijn via alle voorgenoemde wegen respondenten gevonden voor dit onderzoek.

Wanneer er onderzoek plaatsvindt naar de sociale werkelijkheid van mensen, dan is het belangrijk om de diepte in te gaan met het onderzoek. Hierom stellen Boeije en collega's (2009, p. 254) dan ook dat er in kwalitatief onderzoek noodgedwongen niet zoveel eenheden worden onderzocht, maar dat er wel veel aspecten van de participanten worden bestudeerd. In dit onderzoek is er op voorhand geen vast aantal vastgesteld van mensen om te interviewen, daar er gezocht wordt naar diversiteit binnen de groep. Bij dit onderzoek wordt het punt van verzadiging of saturatie aangehouden als moment om te stoppen met interviewen. Dit wil zeggen dat er gestopt wordt met het verzamelen van gegevens wanneer er uit de interviews geen nieuwe informatie meer verkregen wordt met betrekking tot het onderwerp van het onderzoek (Boeije et al., 2009, p. 262). Dit leidde er toe dat er in dit onderzoek uiteindelijk negen interviews zijn gehouden met mensen met

1 [Http://www.rotterdamv.nl](http://www.rotterdamv.nl)

2 [Http://www.getoud.nl](http://www.getoud.nl)

homoseksuele gevoelens tussen de 45 en 65 jaar.

3.2.2 Instrument

De interviews zijn afgenomen aan de hand van een vooraf opgestelde interviewleidraad (bijlage 1) en zijn zodoende semi gestructureerd. Deze leidraad doet dienst om de interviews enige structuur te geven, zodat het doel van het onderzoek om inzicht te bieden in levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit en de invloed hiervan op woon- en zorgwensen op latere leeftijd van de groep homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar in Nederland, bewaakt blijft. De interviewleidraad bestaat uit een viertal hoofdthema's, die uit de bestudeerde literatuur naar voren zijn gekomen. Deze hoofdthema's zijn achtereenvolgens: 'levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit', 'welzijn', 'sociale hulpbronnen' en 'wonen'. Binnen deze hoofdthema's zijn een aantal deelonderwerpen onderscheiden, die dienst doen ter ondersteuning en verdieping van het hoofdthema. Bij het hoofdthema 'levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit' zijn de deelonderwerpen: '*coming-out*', 'acceptatie/tolerantie', 'beperkingen/hetero-normativiteit' en 'discriminatie/stigmatisering'. Binnen het hoofdthema 'welzijn' zijn de deelonderwerpen: 'lichamelijke gezondheid', 'psychische gezondheid' en 'relatie gezondheid en homoseksualiteit'. De deelonderwerpen 'contacten', 'ondersteuning vanuit het netwerk' en 'relatie sociaal netwerk en homoseksualiteit' horen bij het hoofdthema 'sociale hulpbronnen'. Het hoofdthema 'wonen' heeft als deelonderwerpen: 'zelfstandig wonen', 'woon-zorgvoorzieningen' en 'invloed homoseksualiteit op de toekomst'. De introductie van het interview en de hoofdthema's zijn voor elke deelnemer hetzelfde. Echter, doorvragen binnen het hoofdthema staat in dit onderzoek voorop en de deelonderwerpen hoeven zodoende niet noodzakelijk (allemaal) aan bod te komen. Er is in dit interview dus een grote mate van vrijheid voor de respondenten om zelf dingen aan te dragen die zij belangrijk achten omtrent de hoofdthema's en voldoende ruimte om in te spelen op de antwoorden van de respondenten. Desalniettemin wordt het interview teruggebracht naar de relevante concepten door middel van sturende vragen, wanneer er te ver wordt afgedwaald van de hoofdthema's. Tevens is er vooraf een interviewhandleiding opgesteld (bijlage 2) zodat de introductie van het interview en de hoofdthema's gestructureerd verloopt en voor elke deelnemer hetzelfde is.

3.2.3 Procedure

Alvorens de interviews starten, krijgen de deelnemers aan de hand van de interviewhandleiding (bijlage 2) een introductie van de onderzoeker waarin één en ander over de achtergrond van de studie wordt toegelicht en wat het doel van het onderzoek is. Er wordt hen uitgelegd dat het onderzoek anoniem verwerkt wordt en de gegevens vertrouwelijk worden behandeld. Ook wordt aan elke respondent gevraagd of het gesprek mag worden opgenomen met een geluidsrecorder, zodat er geen informatie verloren gaat en de afgenomen interviews zo goed mogelijk uitgeschreven kunnen worden. De geluidsopnames worden naast de onderzoeker alleen gedeeld met de begeleidende docent en worden na afronding van de thesis vernietigd. Het gesprek met één deelnemer is niet opgenomen, daar deze persoon hier geen toestemming voor gaf. Opdat er geen data verloren gaat, is er in dit gesprek intensief meegeschreven, zijn dingen meermaals herhaalt en is er langzaam gesproken. Tijdens de interviews met alle andere deelnemers zijn er beknopte aantekeningen gemaakt door middel van het noteren van belangrijke steekwoorden. Verder wordt aan het begin van het gesprek de structuur van het interview doorgenomen, wordt de deelnemers duidelijk gemaakt dat het gaat om hen ervaringen, belevingen en percepties, en er zodoende geen goede of foute antwoorden zijn en wordt hen verteld dat het interview een half uur tot een uur zal duren. De interviews beginnen met een aantal eenvoudige vragen over algemene persoonskenmerken van de respondenten en hun huidige leefsituatie, om later de participanten op een aantal algemene punten te kunnen vergelijken en iets te zeggen over de onderzoeksgroep als geheel. Tevens dienen deze vragen om de geïnterviewden op hun gemak te stellen en om hen te laten wennen aan de onderzoeksetting. Alle deelnemers zijn bij hen thuis geïnterviewd, wat ook de

voorkeur genoot, zodat zij zich op hun gemak voelen en niet gehinderd worden door omgevingsfactoren. Tot slot wordt tijdens de interviews door de onderzoeker een zo neutraal mogelijke houding aangenomen, opdat de respondenten niet worden beïnvloed en antwoorden wat zijzelf vinden.

3.2.4 Analyse

Nadat de interviews zijn afgenomen, worden deze zo snel mogelijk getranscribeerd. Hierna volgt gegevensreductie door middel van het coderen van de verkregen data. Coderen is een efficiënte manier om kwalitatieve data hanteerbaar te maken en op overzichtelijke wijze te thematiseren en te analyseren (Boeije et al., 2009, pp. 268-269). Het coderen gebeurt in twee stappen. Eerst wordt er gecodeerd aan de hand van de vooraf opgestelde hoofdthema's als hoofdcodes, te weten: 'levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit', 'welzijn', 'sociale hulpbronnen' en 'wonen'. In de tweede stap van de analyse wordt er binnen de hoofdcodes verder gecodeerd en worden er sub-codes gegenereerd door middel van open codering. Enkele voorbeelden van sub-codes die gegenereerd werden zijn: 'sociaal maatschappelijke ervaringen', 'hulp' en 'zelfstandig wonen'. Tot slot worden er verbanden gelegd tussen de verschillende hoofd- en sub-codes. De transcriptie van de interviews alsook het fragmenteren en coderen wordt gedaan aan de hand van het programma Atlas.ti.

3.3 Verwachtingen

Uit de literatuurstudie komt naar voren dat groep homoseksuelen tussen de 45 en 65 zijn opgegroeid in een tijd waarin de acceptatie van homoseksualiteit toenam en ook de homoseksuele levensstijl meer naar buiten kwam. Het is zodoende ook te verwachten dat deze groep homoseksuelen niet bereid is om gebukt te gaan onder het juk van de hetero-normatieve samenleving en dat dit zijn doorwerking vindt in hun woon- en zorgwensen voor de toekomst. In dit onderzoek wordt verwacht dat de levensloopervaringen van de toekomstige homoseksuele ouderen anders uitvallen dan die van die groep huidige homoseksuele ouderen en dat dit van invloed is op hun woon- en zorgwensen die zij hebben voor de toekomst.

4. Resultaten

In dit vierde hoofdstuk worden de resultaten van de analyses besproken. Allereerst wordt er een beeld geschetst van wie degenen zijn die aan dit onderzoek hebben deelgenomen. Vervolgens worden de resultaten per hoofdthema uiteengezet en besproken. Deze hoofdthema's zijn: 'levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit', 'welzijn', 'sociale hulpbronnen' en 'wonen'. Uit de literatuur is naar voren gekomen dat het doormaken van een *coming-out* en de ervaringen die men heeft in de maatschappij de levensloopervaringen van homoseksuelen vormen. Deze levensloopervaringen hebben op hun beurt invloed op het fysieke en mentale welzijn van homoseksuelen, en op de sociale netwerken die zij hebben en hulp die zij hieruit kunnen ontvangen. De levensloopervaringen zijn via het welzijn en de sociale hulpbronnen weer van invloed op de woon- en zorgwensen van toekomstige homoseksuele ouderen, daar de kwaliteit hiervan van invloed is op zelfstandig wonen, hoe men tegen woon-zorgvoorzieningen aankijkt en hoe men met de toekomst bezig is. Aan de hand van de interviews worden deze onderwerpen hier besproken en wordt er in dit hoofdstuk getracht om verbanden te leggen tussen de ervaringen, belevingen en percepties van diverse toekomstige homoseksuele ouderen, waarmee de onderzoeksvragen in het volgende hoofdstuk beantwoord kunnen worden.

Voor dit onderzoek zijn negen interviews gehouden met mensen met homoseksuele gevoelens tussen de 45 en 65 jaar, het ging hier om zes homoseksuele mannen en drie lesbische vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 57,8 jaar, waarbij de jongste 45 jaar is en de oudste 65 jaar. Zes van de negen deelnemers zijn hoogopgeleid (HBO/WO niveau), drie deelnemers zijn laagopgeleid (MBO niveau). Van alle deelnemers woont de meerderheid in een stad in de Randstad (7 van de 9 deelnemers). Eén deelnemer woont in een dorp net buiten Eindhoven en één deelnemer woont in een dorp in Frankrijk. Vijf van de negen deelnemers heeft momenteel een partner, waarvan er vier ook daadwerkelijk met hun partner samenwonen. Eén deelnemer die wel een relatie heeft woont, net als de vier andere deelnemers die geen partner hebben, alleen. Van alle deelnemers zijn er twee die kinderen hebben uit een voorgaand heteroseksueel huwelijk, van beiden zijn de kinderen inmiddels volwassen.

4.1 Levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit

4.1.1 *Coming-out*

De term *coming-out* wordt gebruikt om het proces aan te geven waarbij een persoon met homoseksuele gevoelens zijn of haar eigen 'zelf definitie' als homoseksueel deelt met anderen (Cant, 2005, p. 9). Dit proces tot aan de *coming-out* is voor velen een onzekere en chaotische tijd, daar de angst bestaat om te maken te krijgen met sociaal stigma, vooroordelen en discriminatie, omdat heteroseksualiteit de norm is (D'Amico & Julien, 2012, p. 216; Keuzenkamp et al., 2012, p. 17). homoseksuelen moeten altijd beslissen of, wanneer en tegenover wie ze hun seksuele voorkeur kenbaar maken, en zodoende is dit een vormend proces voor de levensloop. Voor de deelnemers was de *coming-out* heel divers. Drie mensen hadden hun *coming-out* pas na hun veertigste levensjaar. Onder hen waren er twee die hiervoor een langdurig heteroseksueel huwelijk hadden. De overige zes participanten hadden hun *coming-out* voor hun dertigste levensjaar. Twee deelnemers die pas op na hun veertigste hun *coming-out* hadden, wisten eigenlijk altijd al dat ze homoseksueel waren en voor hen was de periode voor hun *coming-out* zwaar:

...dat heeft er bij mij toentertijd behoorlijk ingehakt, dus dat hele coming-out proces heeft bijna een jaar geduurd, waarin ik zeer slecht geslapen heb eh... zeer slecht gegeten heb... ik viel ook 20-25 kilo af... (Martin)

Maar goed die jaren dat ik het natuurlijk voor me heb gehouden, dat is wel een soort eh... ja een

bommetje in jezelf of zo... (Anette)

Bij de andere zeven geïnterviewden was er niet sprake van een langdurig bewustzijn van hun homoseksualiteit voordat ze uit de kast kwamen, maar wel van enkele jaren. Wel gold voor alle deelnemers de angst voor de reacties van anderen als de voornaamste moeilijkheid rondom het naar buiten treden met hun homoseksualiteit:

Nooit gedurfd, misschien toch dat het een generatie ding is, dat weet ik niet eh... ik heb toch een min of meer publieke functie zeker hier in deze toch al ja dorpse omgeving en wat... hoe gaat men reageren heeft mij altijd tegengehouden... kun je dan nog functioneren in het onderwijs zoals je dat dan zou willen? (Martin)

Dus dat eh... ja en ook van eh... hoe gaat dat eh... ontvangen worden en zo en dit en dat... en wat vinden mijn kinderen ervan, dat heb ik natuurlijk ook heel erg veel gedacht. (Anette)

En eh... het meest lastige is nog naar je kinderen toe en eh... als je uit de kast komt en je bent achttien dan heb je dat natuurlijk niet, dan kan ik je zeggen dat uit de kast komen naar je kinderen dat dat een van de rottigste dingen is omdat eh... ja... de relatie met de kinderen wil je niet verbreken... (Rein)

Ook gaven drie deelnemers aan dat ook het feit dat hun leven opeens anders zou verlopen als homoseksueel ten opzichte van hoe zij altijd gedacht hadden dat het zou lopen erg moeilijk voor hun was. De andere zes deelnemers hebben dit niet als moeilijkheid benoemd:

Ik was er heel erg van geschrokken, ik wou het eigenlijk niet. (Gerda)

Ik wist dat ze het thuis niet zo leuk allemaal vonden, dus ik wilde eigenlijk ook... ik dacht is allemaal veel te veel gedoe, ik wil gewoon hetero blijven dat is wel zo makkelijk, maar kon het toch niet eh...volhouden. (Hubert)

Vroeger had ik een sterk idee van huisje-boompje-beestje, maar daar heb ik afstand van moeten doen. Dat vond ik heel moeilijk tot mijn tweeëntwintigste, toen heb ik het losgelaten (Laurens)

De overgrote meerderheid van de mensen reageerden bij alle participanten goed op hun *coming-out*. Bij iedereen reageerden vrienden, collega's en andere bekenden goed. Ook bij familie was er meestal sprake van positieve reacties, alhoewel er soms sprake was van een proces waarin mensen het eerst kortdurend voor zichzelf moesten verwerken:

Iedereen had zoiets van je bent nog steeds dezelfde persoon, je hebt niet opeens een grote L op je voorhoofd, je karakter is hetzelfde, dus ik zou het niet weten... als je gelukkig bent daarmee dan gunnen we je dat... zo ging dat eigenlijk een beetje. (Gerda)

Nou toen was voor mij eh... het ijs eigenlijk gebroken en het gekke is ook... ik heb nooit zo'n goede relatie met mijn vader gehad tot eh... tot mijn coming-out. En daarna is dat als een blad aan een boom omgedraaid. (Martin)

Dus toen heb ik het gezegd en toen werd het heel goed ontvangen. Mijn vader had het er even moeilijk mee, die was een week ziek. Mijn moeder vond het oké, die vroeg weet je het zeker? (...) mijn broertje vond het alleen maar spannend en mijn schoonzus ook. Iedereen vond het helemaal leuk... (Hubert)

Dat was wel de heftigste eh... gebeurtenis... mijn ouders die konden er moeilijk weg mee, dus eh... ik ben toen een tijdje uit huis geweest en eh... kreeg gelukkig, tussen aanhalingstekens, na drie maanden een ongeluk waardoor ik in het ziekenhuis belandde met een beenbreuk... nou ja dat kan een moeder natuurlijk niet over zich heen laten gaan, dus die eh... viel haar arme zoon in de armen en eh... ik had toen al een relatie met mijn partner en eh... nou eigenlijk sindsdien is alles koek en ei. (Ben)

Drie deelnemers gaven aan dat er één iemand was die niet positief reageerde en niks meer met hen te maken wilde hebben. Dit was voor hen in eerste instantie een negatieve ervaring, maar allen gaven aan dat het een probleem van de ander was en niet dat van hen zelf. Het contact met deze personen is zodoende na de *coming-out* verbroken. Bij één deelnemer reageerden zijn ouders negatief en accepteerden zijn homoseksualiteit niet. Hierdoor is het contact slechter geworden, maar niet verbroken:

Mijn ouders wat ik al zei, die waren heel streng christelijk... die eh... die accepteerden dat niet. Hans is pas, we kenden elkaar dertig jaar toen mocht hij pas voor het eerst thuiskomen bij mij, bij mijn ouder, dus dat was heel negatief. Daarna hebben we er eigenlijk nooit meer inhoudelijk over gesproken. (Hans)

Nou ja, alleen mijn oudste broer vond het onnatuurlijk en hij is ook niet op onze bruiloft geweest. (Marion)

Behalve de negatieve reactie van een enkele persoon, gaven alle deelnemers aan (verder) geen problemen te hebben ervaren na het moment van *coming-out*. Vier deelnemers zeiden zelfs dat hun *coming-out* een enorme opluchting was voor hen was. Zodoende bleek dat voor alle deelnemers het moment tot aan hun *coming-out* het moeilijkst was en het na dit moment met hun beter ging. Twee deelnemers hadden hiervoor wel bewust extra stappen ondernomen, om zich goed te voelen met hun homoseksualiteit:

Toen vroeg zo ook nog aan mij, hoe voel je je nu? Ik zeg ja of er inderdaad een blok beton van me afgevallen is... (Martin)

Dus toen was het out in the open dus ja, eigenlijk geen gedoe. Echt eh... heel fijn. (Hubert)

Eh... heel positief, gewoon heel normaal ja... ik verder geen eh... geen problemen mee gehad, helemaal niet... nee... (Anette)

Dus ik heb eigenlijk tot mijn achttiende, middelbare school toen ik thuis woonde eh... was dat allemaal strikt geheim. Toen ging ik naar een studentenflat en ja in Amsterdam was dat allemaal makkelijk dus... mijn coming-out was na mijn achttiende... werd erg makkelijk gemaakt, omdat ik in Amsterdam woonde, in een studentenflat en in het studentenwereldje zat. Daarvoor was het wel heel moeilijk. (Hans)

Toen ik vierentwintig was ging ik naar een gespreksgroep bij Apollo om te praten met anderen over coming-out en dergelijke en toen kwam alles wel in een stroomversnelling en ging ik ook uit en zo... Later ben ik zelf gespreksleider geworden voor coming-out groepen, dat vond ik heel leuk om te doen. (Laurens)

Alle deelnemers aan dit onderzoek zijn openlijk homoseksueel, maar niet iedereen ging dit gemakkelijk af. De angst voor negatieve reacties van anderen speelde hierbij de grootste rol, maar

in de overgrote meerderheid van de gevallen werd er goed gereageerd door de omgeving van de deelnemers. Dit maakte dat de deelnemers zich na hun *coming-out* beter voelden en de moeilijkheden met betrekking tot hun seksualiteit afnamen. De fase van *coming-out* lijkt zodoende een kritische gebeurtenis in het leven van de deelnemers.

4.1.2 Beleving van heersende maatschappelijke opvattingen over homoseksualiteit

Alhoewel homoseksualiteit formeel geaccepteerd is in Nederland, laat deze acceptatie in de praktijk soms te wensen over. Homoseksuelen lopen altijd het risico om te maken te krijgen met problemen rondom tolerantie, hetero-normativiteit, beperkingen en discriminatie (Leyerzapf et al., 2013, pp. 8-9); ervaringen die de levensloop van homoseksuelen vorm geven. Over het algemeen geven de deelnemers aan dit onderzoek aan dat het met de acceptatie van homoseksualiteit goed gesteld is in Nederland. Wel zijn er binnen dit algemene kader verschillen te zien in hoe de acceptatie zich ontwikkeld heeft door de tijd en worden er door de geïnterviewden kanttekeningen geplaatst bij deze algemene acceptatie. Eén deelnemer vindt dat de acceptatie van homoseksualiteit stukken beter is dan van vroeger, terwijl twee anderen juist denken dat de acceptatie minder is dan dertig jaar geleden en er tegenwoordig sprake is van meer vooroordelen tegen homoseksuelen. Deze laatste twee deelnemers, net als drie anderen, stellen dat door de komst van meer niet-westerse allochtonen en de komst van de Islam de acceptatie wat afneemt, omdat er binnen sommige van deze groepen negatief tegen homoseksualiteit wordt aangekeken:

Al stukken beter, stukken beter... Nou ja alleen al dat je het niet zo durft te zeggen zeg maar nog... (Anette)

Toen ik uit de kast kwam dat dat helemaal niet zo erg was en dat je nu wel weer vaak wat meer vooroordelen hebt. (Gerda)

Nou die is op zich natuurlijk wel goed, op zich is die wel goed, alleen hij staat wel onder druk, moet ik zeggen eh... vind wel dat zeg maar met... met name... de komst van eh... Islam eh... en de mening van Islam over homoseksualiteit, de wereld er niet vrolijker op wordt. Integendeel. Eh... dus daar zie ik wel... daar zie ik wel eh... negatieve smetjes op eh... op een overigens uitermate tolerant Nederland hoor... (Ben)

Eén deelnemer denkt dat het eveneens aan de homoseksuelen zelf te wijten is, doordat sommigen zich te overdreven neerzetten, wat de vooroordelen in de samenleving versterkt en de acceptatie doet verminderen:

Nou en ik vind het vaak heel extravagant, dat ik dan denk van nou moet dat... moet dat dan, dat vind ik dan. Ondanks dat je dan zelf ook 'zo' bent, zo mensen dat dan noemen, dan denk ik van nou ik vind het af en toe wel een beetje overdreven, dat mensen dan zo naar die andere kant doorslaan om dan zogenaamd die vrijheid te hebben... (Gerda)

Twee deelnemers denken dat er nog een specifiek verschil is tussen de acceptatie van homoseksuele mannen en homoseksuele vrouwen, de andere zeven deelnemers hebben hier niet over gerept. Deze twee participanten hebben een tegengestelde visie; één denkt dat de acceptatie van homoseksuele vrouwen juist groter is dan die van homoseksuele mannen, de ander denkt het tegenovergestelde:

Vrouwen hebben het voordeel dat ze sowieso wel gearmd kunnen gaan lopen op straat, kijk als mannen dat gaan doen wordt het al gelijk wat eh... (Marion)

En dan denk ik toch dat het voor mannen misschien toch nog wel ietsjes makkelijker is eh... sowieso

eh... in dit jaar, 2017 in Nederland, dat de homoseksualiteit van mannen meer geaccepteerd is dan dat van vrouwen... (Anette)

Ook noemen twee deelnemers de plaats waar iemand woont en werkt als belangrijk met betrekking tot de mate acceptatie, zij blijken vooral het wonen in een stad een belangrijk punt te vinden. Eén van hen gaf ook aan dat het als homoseksueel moeilijker is in een multiculturele wijk. Daartegen geven twee deelnemers aan, die juist in een zeer multiculturele wijk wonen, hier niet een lage mate van acceptatie te ervaren:

Ik denk dat het er heel erg vanaf hangt waar je eh... waar je woont en waar je werkt. Maar ik denk in als je in Amsterdam woont en werkt en ook ja in welk... in welk milieu. Ik denk als je eh... tussen Marokkaanse, in een Marokkaanse buurt woont bijvoorbeeld dat je het veel moeilijker hebt dan wanneer je in Oud-Zuid woont. (Hans)

Ja, ik ben heel blij dat ik hier woon, in Nederland en in een stad ook. Geen gedoe. (Hubert)

Nee iedereen eh... die... 'oh dat zijn twee dames, oh die wonen samen, oh nou ze zien er heel gelukkig uit, nou ja... prima'. Nee daar hebben we echt nooit... nooit last van gehad. (Marion)

Eveneens vinden drie deelnemers dat er in Nederland voldoende rekening wordt gehouden met homoseksuelen en vinden zij niet dat de wereld heel erg op heteroseksuelen is ingericht. Daarentegen geeft één deelnemer juist aan dat er te weinig rekening wordt gehouden met homoseksuelen in de maatschappij en dat deze met name ingericht is op heteroseksuelen. Een andere deelnemer heeft niet per se het gevoel dat er weinig rekening wordt gehouden met homoseksuelen, maar dat hij zich in bepaalde kringen wel moet aanpassen aan de heteroseksuele norm. De geïnterviewde geeft aan dit niet erg te vinden, naar gelang het soort contact. Bij de interviews met de overige vier deelnemers is dit onderwerp niet aan bod gekomen:

In Nederland niet, ik denk dat we heel gunstig zitten hier. (Hans)

Mijn moeder zei weleens 'homo's lijken me zulke aardige mensen' en mijn vader zei alleen 'flikker dit en flikker dat'. En dat zijn allebei uitingen die je niet graag hoort. Daarnaast vind ik de algehele beeldvorming in de media en met name reclames, heel erg man-vrouw gericht. Een paar jaar geleden is daar wel af en toe verandering in gekomen, maar ik vind dat een hele erge tekortkoming in de maatschappij. (Laurens)

Ja soms eh... pas je je aan eh... omdat je weet dat in bepaalde kringen zeg maar eh... homoseksualiteit niet wordt geaccepteerd... (...) ...dan ontmoet je mensen die eh... waar je iets van wilt zakelijk gezien en dan ben ik bereid dat uit te schakelen. Als het vrienden zijn dan ben ik dat niet bereid uit te schakelen, want als vrienden het niet accepteren dan... ja dan wil ik ze niet als vriend. (Rein)

Desalniettemin de meeste deelnemers het sociale klimaat in Nederland met betrekking tot homoseksualiteit redelijk goed lijken te vinden, geven zes van de negen participanten aan zich weleens beperkt te voelen in de samenleving vanwege hun homoseksualiteit. Eén deelnemer geeft hierbij aan zich binnen een beperkte omgeving, zoals het COC, zich wel vrij te voelen. De beperkingen laten zich met name zien in het niet uiten van hun homoseksualiteit in de openbare ruimte of op het werk; door het niet tonen van affectie voor de partner op straat of door het niet vertellen over hun homoseksualiteit tegenover anderen. De angst voor negatieve reacties, vooroordelen of het vermijden van confrontatie ligt hieraan ten grondslag. Ook geven twee

deelnemers aan dat zij het uitten van affectie in het openbaar in het algemeen sowieso onprettig vinden:

Maar wat wij bijvoorbeeld wel met zijn tweeën eh... wel afgesproken hebben eh... wij zullen nooit hand in hand lopen en dat is natuurlijk denk ik al een veegteken aan de wand, dat je er toch rekening mee houdt dat dat een bepaalde eh... agressie zou kunnen oproepen. (Martin)

Ik wilde er vooral geen issue van maken en vond het onnodig, maar ook uit angst voor reacties van anderen en uitsluiting. Op werk zat ik ook vaak lang in de kast, maar op den duur wist men het dan wel. (Laurens)

Op mijn werk bijvoorbeeld, eh... mijn collega's en zo dat was gewoon heel duidelijk, maar mijn cliënten eh... daar had ik het niet over mijn privéleven. Had ik misschien ook niet gehad als ik hetero was geweest, maar in ieder geval als homo, ik werkte veel met kinderen, ben ik toch was ik me wel bewust van vooroordelen waardoor ik dacht van: hé dit is privé. (Hans)

Maar ik hoef nou niet per se hand in hand over straat te lopen of zo, dat hoeft van mij allemaal niet, het mag gewoon wel... best wel een beetje bescheiden en kijk wat je voor elkaar voelt dat is toch een privé zaak, dus eh... op zich eh... hoeft dat ook allemaal niet zo exposed van mij. Binnen de beperkte omgeving, zeg maar bij het COC of zo, zou ik me gewoon echt wel eh... vrij voelen... (Anette)

De andere drie deelnemers geven aan zich weinig beperkt te voelen als homoseksueel in de samenleving. Eén deelnemer merkt hierbij op dat het altijd een voordeel is geweest dat hij studie en werk heeft gedaan in sectoren waarbij homoseksualiteit meer vanzelfsprekend was, waardoor hij altijd het gevoel heeft gehad helemaal zichzelf te kunnen zijn:

Ja, ik heb het voordeel dat ik... ik heb wel een technische studie gedaan dan: bouwkunde in Delft, maar dat was van alle technische studies eigenlijk de studie met de meeste meisjes en ook de meeste homo's... (...) Daarna ben ik in de... hotellerie heb ik gezeten, gewerkt, nou daar is het eigenlijk ook wel behoorlijk gebruikelijk en nu zit in de entertainment en als je zegt dat je dan hetero bent zeggen we 'oh echt, oh geeft niks'. Dus het is... het is eigenlijk een beetje andersom, het is heel... ja je kan echt wel lekker jezelf zijn... (Hubert)

Wel geven alle deelnemers aan dat zij er voor uitkomen wanneer zij een relatie hebben met iemand van hetzelfde geslacht of wanneer er gevraagd wordt naar hun homoseksualiteit. In die zin geven alle deelnemers aan hun homoseksualiteit niet te verbergen. Echter, drie deelnemers geven hierbij aan altijd open te zijn over hun homoseksualiteit, terwijl de andere zes zich meer terughoudend opstellen. De voornaamste reden hiervoor is dat zij het onnodig vinden om hun homoseksualiteit te vermelden wanneer dit niet relevant voor het contact is. Eén deelnemer geeft ook aan dit te doen om niemand tot last te zijn:

Tenzij hij er naar zou vragen, dan krijgt hij een eerlijk antwoord, ik doe er niet geheimzinnig over. (...) ...maar ik zal dat niet zeggen als het nergens mee te maken heeft. Ik bedoel iemand die eh... die zegt ook niet 'ik ben getrouwd' weet je... (Gerda)

We zijn wel altijd heel open geweest ook naar iedereen, gelijk vanaf het begin af aan van wij wonen samen en wij zijn homo. (Hans)

Nou ja weet je ik ga het niet tentoonspreiden mijn homoseksualiteit, ik ga het ook niet verbergen.

Dus eh... als ik ergens ben, dan ben ik Rein en eh... dan accepteren mensen mij zoals ik ben zeg maar; dan vinden zij mij wel of niet leuk eh... en ik ga er niet de toevoeging aan geven dat ik homo ben. (Rein)

Ik bleef altijd low profile, zodat ik niemand tegen het hoofd stootte. (Laurens)

Zes van de negen geïnterviewden geven aan geen ervaringen te hebben met discriminatie omtrent hun homoseksualiteit. Zo hebben zij onder andere geen ervaring met buitengesloten worden, agressie of lastig gevallen worden:

Nee, maar nee ik eh... ik zei... ik ben nooit gediscrimineerd, althans niet dat ik het merkte... (Rein)

Problemen of agressie, nee heb ik zelf nog nooit ondervonden. (Martin)

Eh... ja, eigenlijk nooit negatieve dingen meegemaakt. Ik heb zelfs in Frankrijk nu, we zijn 10 jaar geleden naar Frankrijk gegaan, wat toch behoorlijk conservatief is, hebben wij nooit, nooit nare dingen meegemaakt. (Hans)

De andere drie geïnterviewde geven aan weleens met discriminatie omtrent hun homoseksualiteit te maken hebben gehad, maar dat dit weinig is voorgekomen. Hierbij ging het om verbale discriminatie, bijvoorbeeld in de vorm van uitschelden of naroeppen, of uitsluiting. Discriminatie in andere vormen hebben deze drie deelnemers niet ervaren. Tegelijkertijd geven de geïnterviewden aan dat deze negatieve gebeurtenissen hun weinig deden en hen niet kon raken, omdat het niet van iemand was die zij persoonlijk kenden en zij achter hun eigen gevoel staan. Evenzo geven zij aan het vooral het probleem van de ander te vinden:

...je hebt natuurlijk met eh... ogenschijnlijke discriminatie te maken, hoe mensen over je denken, hoe de kerk... ik ben katholiek opgevoed, ik ben er uitgestapt omdat die kerk homoseksualiteit niet leuk vond. (Ben)

Ja, je hebt het weleens natuurlijk als je uitgaat of als je buiten of weet ik veel, dat je weleens... als je buiten een homo kroeg staat en dat je dan wordt eh... hoe noem je dat... uitgescholden of zo. Dan gaan ze gillen 'homo', dus dan gil ik altijd terug 'hetero' of dan zeg ik 'dat klopt en nu? Wat nu?' Ik zeg: 'ik hoef het niet met jou te doen hoor, rot maar op'. Ja... voordeel... ik sta daar wel goed in. (Hubert)

Eén keer heb ik wel gehad dat ik een vriend naar de metro bracht achterop de fiets, zo'n twintig jaar geleden, we gaven elkaar drie zonen. En aan de overkant van de straat stond een vader met twee kleine kinderen, van een jaar of vier en zes, die riep toen 'homo's!' en het oudste kind daarna ook. Toen dacht ik 'zo wordt je verkeerd opgevoed', maar het deed me verder niet zoveel omdat het geen persoonlijk iets was. In omgangsrelaties is het veel pijnlijker denk ik. (Laurens)

Ik heb altijd gezegd van joh ik ben homo... (...) ...en ook de houding gehad en soms ook wel letterlijk gezegd van: 'als dat een probleem is, dan heb jij een probleem en niet ik'. (Ben)

Drie heren noemen ook dat hun eigen gedrag bijdraagt aan het niet ervaren van discriminatie. Zo zeggen zij geen negatieve reacties uit te lokken door zich heel vrouwelijk te gedragen of heel erg een statement te maken:

Ik vind mezelf niet homo homo, ik vind mezelf niet heel erg overdreven, hoewel ik wel heel erg blij

ben. Maar ze hebben er meestal niet zoveel last van. Ik kan me voorstellen dat je heel... heel erg vrouwelijk of heel erg een statement moet gaan maken, dat je het dan ook een stukje zelf uitlokt. Ik lok het niet echt uit... (Hubert)

Over het algemeen vinden de deelnemers van dit onderzoek de acceptatie van homoseksualiteit in Nederland goed. De ervaringen van de deelnemers lopen uiteen over het feit of de komst van meer niet-westerse allochtonen de acceptatie doet verminderen. Verder noemt een enkele deelnemer dat man of vrouw zijn, hoe homoseksuelen zichzelf neerzetten en de plaats waar iemand woont, als factoren die van invloed zijn op de mate van acceptatie. Anderzijds benoemen de meeste deelnemers dit niet. Eén deelnemer is de mening toegedaan dat er weinig rekening gehouden wordt met homoseksuelen in de maatschappij, de andere deelnemers vinden dit niet of hebben zich er niet over uitgelaten. Zes deelnemers geven wel aan zich beperkt te voelen in het uiten van hun homoseksualiteit in de openbare ruimte of op het werk, onder andere uit angst voor negatieve reacties. De drie andere deelnemers voelen zich weinig beperkt. Desalniettemin geven alle deelnemers aan hun homoseksualiteit niet te verbergen. Het blijkt dan ook dat wat discriminatie betreft zes deelnemers hier geen ervaring mee hebben. Drie deelnemers hebben wel ervaring met verbale discriminatie of uitsluiting omtrent hun homoseksualiteit, maar dit kwam weinig voor en kon hun weinig raken. Men lijkt dus de mening aangedaan dat het sociale klimaat in Nederland om homoseksueel te zijn over het algemeen goed is.

4.2 Welzijn

4.2.1 Lichamelijke en psychische gezondheid

Homoseksuelen blijken wat welzijn betreft slechter af te zijn dan heteroseksuelen. Met name het grotere risico dat homoseksuelen lopen op het meemaken van negatieve levensloopervaringen, heeft een negatieve invloed op hun fysiek en psychisch welbevinden (Addis et al., 2009, pp. 652-654; Keuzenkamp et al., 2012, p. 66).

Qua lichamelijk gezondheid waren er verschillen tussen de respondenten. Zo gaven vijf van de negen deelnemers aan niet te roken, de andere vier gaven aan dit wel te doen. Deze vier mensen rookte al sinds hun pubertijd, waarbij er twee ongeveer 10 sigaretten per dag rookten en twee ongeveer 25 sigaretten per dag. Wat betreft alcoholconsumptie waren er twee respondenten die geen alcohol dronken, waarvan één dit altijd al niet deed. De ander dronk sinds een jaar geen alcohol meer, maar had dit daarvoor wel veel gedaan. Vijf respondenten zeiden matig met alcohol te zijn en hooguit twee glazen te consumeren per keer. De andere twee respondenten gaven aan ook matig te zijn met alcohol, maar tijdens het uitgaan wel meer te drinken dan twee glazen. Acht van de negen respondenten gaven aan geen drugs te gebruiken, één respondent gaf aan dit af en toe in beperkte mate wel te doen. Zes respondenten gaven aan gezond te eten, of dit in ieder geval te proberen. Eén respondent gaf hierbij aan een hoger gewicht dan gemiddeld te hebben en het lastig te vinden om het gewicht op peil te houden, met name omdat je na je zestigste veel moet bewegen. Met de andere drie respondenten waren hun eetgewoonten niet besproken. Acht van de negen deelnemers dacht dat hun homoseksualiteit niet van invloed was op hun lichamelijk gezondheid. Eén deelnemer gaf aan dat zijn homoseksualiteit in de periode voor zijn *coming-out* wel van invloed was op zijn lichamelijke gezondheid:

Roken doe ik, ja dat klopt. Drinken doe ik niet meer, ik heb wel veel gedronken, maar ik ben al sinds een jaar helemaal niet meer aan het drinken. Drugs gebruik ik af en toen wel, maar niet dramatisch veel. Eh... overgewicht heb ik niet, nee voor de rest doe ik geen rare dingen. (Ben)

Nee, nee, ik rook niet, ik drink één glas wijn per dag en ik ben niet aan de drugs.... en ik eet gezond. (Hans)

...dus dat hele coming-out proces heeft bijna een jaar geduurd. Waarin ik zeer slecht geslapen heb, zeer slecht gegeten heb, ik viel ook twintig-vijfentwintig kilo af... (Martin)

Geen van de deelnemers aan dit onderzoek gaf aan periodes te kennen met gedachten aan zelfmoord; vijf deelnemers benoemden dit expliciet en vier deelnemers hebben zich hier niet over uitgelaten. Wel gaven drie van de negen deelnemers aan periodes in hun leven te kennen van eenzaamheid en/of depressiviteit. Hiervan was één er bekend met periodes van eenzaamheid, één met periodes van depressiviteit en één met beiden. Alle drie gaven zij aan dat het ervaren van deze psychische klachten deels te maken had met hun homoseksualiteit. Echter, voor eenieder lagen hieraan andere factoren aan ten grondslag. Voor één deelnemer kwam het ervaren van eenzaamheid vooral door het feit dat zij geen relatie had. Tegelijkertijd gaf ze aan dat ze zich in een relatie met iemand van hetzelfde geslacht snel beperkt voelt, doordat vrouwen volgens haar erg claimerig zijn, waardoor zij sneller er voor kiest om op zichzelf te zijn. Voor een andere deelnemer had het ervaren van periodes van depressiviteit vooral te maken met het feit dat hij alles goed wilde doen en een hoge mate van stressgevoeligheid kende. Hieraan lag op de achtergrond zijn homoseksualiteit ten grondslag. De derde deelnemer die negatieve psychische klachten ervoer, ervoer deze in de periode voor zijn *coming-out*. Dit kwam doordat hij niemand kende die ook homoseksueel was en hij het gevoel dat er geen ruimte was om zichzelf te kunnen zijn, doordat zijn vader en zijn grootouders zich negatief uitlieten over homoseksuelen. Ook speelde mee dat in die tijd zijn vader kwam te overlijden. Na zijn *coming-out* heeft hij noch van periodes van eenzaamheid noch van periodes van depressiviteit last gehad die te maken hadden met zijn homoseksualiteit:

Ik ben een optimist in hart en nieren en eh... dus aan zelfmoord heb ik nog nooit gedacht eh... ik ben er ook niet stoer genoeg voor geloof ik om zelfmoord te plegen, maar eh... nee ik vind het leven veel te leuk. (Rein)

Ik heb wel ervaring met het gevoel van eenzaamheid, heel erg, ja, zeker. (...) Nou, dat je geen partner hebt, dat is soms eh... lastig... (Anette)

Nou ja dan is het natuurlijk een hele andere zaak, want ik ben natuurlijk getrouwd geweest, dus ik weet hoe dat is. Als je een man hebt als partner, die mannen die zijn vaak ook heel erg met zichzelf bezig en hebben ook vaak een eigen werkkring en vrienden, hobby's. En eh... kijk ik heb het toen niet zo als beperkend ervaren zeg maar, anders als met vrouwen. Die vrouwen die hebben je veel meer in de tang, dat vind ik wel. (Anette)

Eh... ja en denk je dat het te maken heeft met de homoseksualiteit? (onderzoeker)

Nee, ik denk het niet nee. Nou, misschien iets op de achtergrond, ja weet je je wordt gevormd natuurlijk. En eh... het heeft heel erg met stress gevoeligheid te maken, perfectionisme. (Hans)

Ik had het gevoel dat er totaal geen ruimte was. En als je dan geen rolmodel hebt en geen gevoel van acceptatie, dan is dat een pijnlijk gevoel. Alsof je er niet mag zijn... (...) Maar het speelde in die tijd ook mee dat mijn vader net was overleden, toen ik éénentwintig was en vanaf die leeftijd ben ik ook op mezelf gegaan. Toen voelde ik me heel erg alleen. Dus depressie kwam deels door het verlies van mijn vader en deels door mijn homoseksualiteit. (Laurens)

Twee andere deelnemers gaven aan geen last te hebben gehad van periodes van eenzaamheid of depressiviteit, maar wel moeite te hebben gehad in de periode voor hun *coming-out*. Immers, zij wilden niet dat anderen erachter kwamen dat zijn homoseksueel zijn en hadden zodoende het gevoel niet zichzelf te kunnen zijn. Na hun *coming-out* verbeterde dit en verdween de ervaren negatieve geestelijke druk:

Ik herinner me nog de periode eh... als de collega's een mop vertelde zowel over vrouwen als over homo's dan voelde ik me daar zeer ongemakkelijk onder eh... want als ik niet mee lachte met vrouwen moppen dan was het al verdacht eh... als ik niet mee zou lachen met een gay mop was het ook al verdacht. Dus wat je dan doet is dat je probeert het gesprek in een keer een heel andere kant op te krijgen. Nee ik heb mijn coming-out ervaren als een bevrijding in geestelijke zin en qua gezondheid ben ik er naar mijn idee eigenlijk op vooruit gegaan. (Martin)

De overige vier deelnemers aan dit onderzoek gaven aan geen ervaring te hebben met psychische klachten gerelateerd aan hun homoseksualiteit. Vooral de positieve reacties in hun omgeving omtrent hun *coming-out* droegen bij aan het niet hebben ervaren van periodes van eenzaamheid, periodes van depressie of periodes met suïcidale gedachten. Evenzo gaf één deelnemer aan dat het feit dat ze al zevenentwintig jaar met haar partner samen is, maakte dat zij zich geestelijk goed heeft gevoeld:

Ik ben homo en dat bepaald bijna alles, dat is zoals je bent. Ik zie dat als positief, ik voel me, dan wil ik niet zeggen een beter mens, maar ik voel me alles behalve een minder mens omdat ik homo ben. (Ben)

Ja, mijn zus die zei van: 'nou je hebt gelukkig geen lelijkerd uitgekozen, niet zo'n enge tuinbroek pot met van die stekels'. Ja en mijn broer zei: 'nou als jij gelukkig bent, want dat was nooit wat met die vriendjes van je, dus als je het bij haar gevonden hebt vind ik het ook goed'. Dus ja dan hoef je er ook niet depressief over te worden. (Gerda)

Ja, goed ik heb dan inderdaad het geluk gehad dat... iedereen het altijd gewoon van mij geaccepteerd heeft ook. En ja goed als je dan na zevenentwintig jaar nog steeds samen bent... is tegenwoordig een hele prestatie. (Marion)

Tegelijkertijd gaven twee deelnemers aan dat zij door hun homoseksualiteit sterker in het leven staan. Hun psychische gezondheid is juist toegenomen omdat zij voor zichzelf iets hadden overwonnen, door het uitkomen voor hun homoseksualiteit en dit gaf hen een gevoel andere dingen ook aan te kunnen:

Dus wat dat betreft heb je altijd iets overwonnen, daar ben ik dan altijd soort van trots op. Dus ik heb zo iets van als ik dat kan, dan kan ik ook andere dingen aan. (Hubert)

De lichamelijke gezondheid van de deelnemers aan dit onderzoek is redelijk tot goed. De meeste deelnemers zijn matig met alcohol, gebruiken geen drugs, hebben een gezond gewicht en eten goed. Alleen wat betreft roken blijkt bijna de helft van de deelnemers dit dagelijks en al sinds lange tijd te doen. Acht deelnemers zijn van mening dat hun lichamelijke gezondheid losstaat van hun homoseksualiteit, één deelnemer stelt dat zijn homoseksualiteit voor zijn *coming-out* wel van invloed was op zijn lichamelijke gezondheid. Wat de mentale gezondheid betreft is het beeld meer divers; drie deelnemers ervoeren periodes van depressiviteit en/of eenzaamheid gedurende hun leven en nog eens twee deelnemers geven aan last te hebben gehad van psychische moeilijkheden in de periode voor hun *coming-out*. Deze ervaren psychische problemen zijn grotendeels te wijten aan de homoseksualiteit, daar men onder andere niet het gevoel had zichzelf te kunnen zijn. Vier deelnemers hebben nooit psychische moeilijkheden gekend, waar vooral de positieve reacties omtrent de *coming-out* aan bij droegen.

4.1.2 Verschil in gezondheid met heteroseksuelen

Voorts is er gekeken naar de vraag of er een verschil is in de fysieke en mentale gezondheid

tussen homo- en heteroseksuelen. De meningen over deze vraag waren verdeeld onder de deelnemers. Vijf deelnemers zagen in hun eigen omgeving geen verschil in de gezondheid tussen homo- en heteroseksuelen. Wel benoemde één deelnemer de AIDS epidemie in de jaren tachtig, maar gaf aan dit nu minder speelt omdat het geen dodelijk ziekte meer is. Van deze groep benoemde drie deelnemers dat zij het zich wel heel goed kunnen voorstellen dat homoseksuelen slechter af zijn qua psychische gezondheid dan heteroseksuelen. Dit omdat heteroseksuelen niet in een situatie van *coming-out* terecht komen en zodoende niet het risico lopen om niet geaccepteerd te worden of bloot te worden gesteld aan negatieve reacties:

Niet in mijn omgeving, heb ik niet het idee dat eh... dat bijvoorbeeld mensen meer verslaafd zijn of eh... nee dat, maar dat is puur subjectieve beleving van de groep waarin ik zit. Lichamelijk, geestelijk, nee heb ik ook niet, nee. Ja destijds had je natuurlijk de AIDS tijd, maar dat is in ieder geval niet dodelijk meer en daar hoor je niet zo... het speelt natuurlijk wel, maar daar hoor je weinig meer over. Maar die tijd, 80er jaren, ja toen gingen ze bij bosjes eh... onderuit. (Hans)

Ik denk dat als je uit een milieu komt dat je moeilijk uit de kast kan komen... mensen die heel christelijk zijn of die heel eh... die dan zeker weten... of als ik een vader zou hebben die hele tijd grapjes zit te... dat je nog niet uit de kast bent... en je broer of je zus of je vader of je omgeving maakt de hele tijd negatieve opmerking als ze dus iemand van een andere geaardheid zien, dat je dan denkt van 'nou durf ik het helemaal niet meer te vertellen'. Ik kan me dan wel voorstellen... als je het helemaal bij niemand kwijt kan, dat je dan wel depressief wordt. (Gerda)

Daarentegen vonden vier deelnemers dat er wel een verschil was qua gezondheid tussen homo- en heteroseksuelen, en zagen zij dit in hun eigen omgeving ook. Slechts één deelnemer hintte op het feit dat homoseksuelen qua lichamelijke gezondheid beter af waren dan heteroseksuelen, daar hij aangaf in zijn omgeving vaak te horen dat men vond dat zijn homoseksuele vrienden er zo sportief en gezond uitzagen. Verder gaven deze vier deelnemers juist aan veel homoseksuelen te kennen die slechter af zijn qua lichamelijke gezondheid. Eén gaf aan een heleboel andere homoseksuelen te kennen die roken, terwijl een ander aangaf veel homoseksuelen te kennen die nog tot late leeftijd op stap blijven gaan en daarbij ook meer verslavende middelen consumeren. Weer twee anderen zeiden dat er onder homoseksuelen meer sprake is van wisselende seksuele contacten en daardoor seksueel overdraagbare aandoeningen en HIV vaker voorkomen:

Maar ik vind juist dat homo's eigenlijk eh... dat hoor ik in de hetero wereld wel als je uitgaat of op verjaardag of feesten dan zegt mijn familie altijd 'al jouw vrienden zijn allemaal zo strak en sportief en gezond en mooi en allemaal goed verzorgt'. En ik ken wel een hele groep die inderdaad op alle feesten aan de pillen gaan en eh... behoorlijk aan de drank, daar behoor ik zelf niet zo toe. (Hubert)

Ik ken wel een heleboel vrouwen die roken inderdaad eh... in de gay wereld. (Anette)

Ik denk dat er onder homoseksuelen wel meer HIV en meer uitgaansgerelateerde ziektes zijn. (Laurens)

Tevens waren deze deelnemers van mening dat homoseksuelen psychisch slechter af zijn dan heteroseksuelen in de periode rondom hun *coming-out*. Wanneer men niet het leven kan leiden zoals men dat wilt en/of niet open is over hun homoseksualiteit, zit men veel meer in de knel dan een heteroseksueel. Tegelijkertijd waren ze van mening dat na de fase *coming-out* en de verwerking hiervan, de psychische gezondheid verbeterd en zodoende het verschil met heteroseksuelen verdween. Eén deelnemer voegde hier het hebben van een relatie, het wonen in een leuke wijk en het contact met burens als verbeterende factoren aan toe. Dit hadden deze deelnemers zelf ook

ervaren. Tevens noemde één deelnemer dat de gezinssituatie erg belangrijk is met betrekking tot de psychische gezondheid. Hij merkte zelf dat op een gegeven moment zijn heteroseksuele vrienden afvielen, omdat die allemaal kinderen krijgen, en het zodoende belangrijk was om andere homoseksuelen te kennen om dingen mee te blijven ondernemen. Wanneer iemand weinig andere homoseksuelen kent zal zodoende zijn netwerk sneller afnemen. Evenzo gaf hij aan dat dit voor alleenstaande heteroseksuelen zonder kinderen net zo geldt. Daarbij merkte deze deelnemer op de ervaring te hebben dat homoseksuele relaties sneller stuk lopen, omdat er veelal geen kinderen zijn waarvoor men bij elkaar 'moet' blijven. Echter, uit het interview werd niet geheel duidelijk of dit een positieve of negatieve invloed had op de psychische gezondheid van homoseksuelen ten opzichte van de psychische gezondheid van heteroseksuelen. Verder noemde ook één deelnemer dat voor haar een homoseksuele relatie meer stress meebracht dan een heteroseksuele relatie en dit haar gezondheid negatief beïnvloedde. Dit kwam volgens haar doordat een heteroseksuele vrouw meer op haar man kan rekenen wat betreft verantwoordelijkheden en in een homoseksuele relatie de vrouwen beiden meer verantwoordelijkheid moeten dragen:

Als ik dat ene jaar van mij na ga, hoe ik dat jaar door geworsteld ben, dan denk ik dat nogal wat oudere homoseksuelen die naar de buitenwereld toe hetero zijn, dat die behoorlijk klem zitten. Dat denk ik wel. Maar ik kan me niet anders voorstellen, dat wanneer men zoals wij met z'n tweeën gewoon een relatie hebben en in een wijk wonen en burens hebben waar je contact mee hebt, dat dan... nee voor mij maakt dat eigenlijk geen verschil. (Martin)

Maar ik denk dat daar een stukje is, als je het om je heen ziet, dat op een bepaalde leeftijd dat je hetero vrienden afvallen, omdat ze allemaal kinderen krijgen. En ik ga nog met mijn homo vrienden ga ik nog steeds uit en stappen als voordien, dus ik denk dat daar een stuk zit. (Hubert)

En dat een homo leeft voor andere dingen en dat je misschien ook eerder een relatie laat kapot gaan, je hoeft niet bij elkaar te blijven voor de kinderen of zo. (Hubert)

Nou ik denk dat de mate van stress zeg maar die je hebt als je alleen bent, dat dat al zeker een heleboel met je gezondheid te maken kan hebben. Omdat je gewoon eh... verantwoordelijk bent voor alles wat je zelf moet doen zeg maar. Eh... als je getrouwd bent, met een vrouw of met een man, dan heb je gedeelde verantwoordelijkheid, maar met een vrouw is het ook altijd nog dat je meer verantwoordelijkheid hebt als met een man, want een vrouw rekent nou eenmaal... als ze getrouwd zijn, rekenen ze er op dat de man voor haar zorgt, dat zit er natuurlijk zo in. (Anette)

Over de vraag of er een verschil is in de fysieke en mentale gezondheid van homo- en heteroseksuelen lopen de meningen uiteen: vijf deelnemers zien in hun eigen omgeving geen verschil, vier deelnemers zien dit wel. Echter, van deze eerste groep stellen drie deelnemers dat zij het zich wel heel goed voor kunnen stellen dat er een verschil in mentale gezondheid is, doordat heteroseksuelen nooit in de fase van *coming-out* terecht komen en zodoende niet het risico lopen om niet geaccepteerd te worden. Tegelijkertijd zijn de deelnemers de mening toebedeeld dat na de periode van *coming-out* en de verwerking hiervan de mentale gezondheid van homoseksuelen toeneemt en het verschil in gezondheid met heteroseksuelen verdwijnt. De wijze waarop de *coming-out* wordt beleefd lijkt dus een tekende gebeurtenis met betrekking tot de mentale gezondheid van homoseksuelen.

4.3 Sociale hulpbronnen

4.3.1 Sociaal netwerk

Homoseksuelen hebben over het algemeen een kleiner sociaal netwerk dan heteroseksuelen,

zo heeft deze eerste groep bijvoorbeeld minder dagelijks contact met (directe) familie en burens (Schuyf & Stoop, 2007, p. 4). Intolerantie, stigmatisering en de angst voor discriminatie liggen eraan ten grondslag dat het voor homoseksuelen moeilijker is om sociale relaties te vormen en te onderhouden. Bovendien speelt het feit of iemand openlijk homoseksueel is en de mate waarin iemand hiermee comfortabel is, een rol (Blando, 2001, p. 87; Orel, 2004, pp. 60-72). Het ontbreken van een sociaal netwerk hangt tevens samen met het ervaren van een slechter welzijn (Addis et al., 2009, pp. 652-653; Haber, 2009, p. 271). Desalniettemin blijken homoseksuelen veelal een geconstrueerd netwerk te hebben (*family of choice*), wat dienst doet ter uitbreiding of vervanging van de ondersteunende netwerken die heteroseksuelen hebben (Gabrielson, 2011, p. 359; Orel, 2004, p. 60; Schuyf, 2011, p. 9; Schuyf & Stoop, 2007, p. 5). Deze netwerken zijn meer gebaseerd op vrienden dan bij heteroseksuelen het geval is en omvatten relatief veel andere homoseksuelen (Addis et al., 2009, pp. 652-653; Meerendonk, Van de et al., 2003, p. 41; Orel, 2004, p. 68).

In het huidige onderzoek geven alle deelnemers aan diverse soorten contacten te hebben in hun dagelijkse leven. Acht van de negen deelnemers geeft aan regelmatig en goed contact te hebben met hun directe familie; één deelnemer geeft aan weinig contact te hebben met de directe familie, omdat zij niet in de buurt wonen. Ook geven acht van de negen deelnemers aan contact te hebben met vrienden; één deelnemer heeft dit niet benoemd. Twee deelnemers geven hierbij aan met name contact te hebben met heteroseksuelen en vrijwel geen homoseksuele vrienden te hebben. De andere zes deelnemers geven aan dat zij door hun homoseksualiteit juist meer vrienden hebben die ook homoseksueel zijn. Zeven van de negen deelnemers geeft aan goed contact te hebben met enkele directe burens; twee deelnemers geven aan nauwelijks contact te hebben met de burens, omdat ze daar geen behoefte aan hebben. Diegenen met een partner (vijf deelnemers) en met kinderen (twee deelnemers) geven uiteraard aan ook met hen contact te hebben. Tot slot geven vijf respectievelijk vier deelnemers aan contact te hebben met kennissen respectievelijk collega's.

Zes van de negen deelnemers geven aan dat hun sociale netwerk niet in negatieve zin veranderd is nadat zij hun *coming-out* hadden gehad ten opzichte van daarvoor en er geen mensen zijn afgevallen. Wel stellen vijf van deze deelnemers dat hun sociale netwerk anders is omdat zij homoseksueel zijn. Twee van hen, die pas na hun vijftigste levensjaar hun *coming-out* hadden, geven aan dezelfde contacten te hebben als voorheen aangevuld met meer homoseksuele vrienden. Drie anderen, die voor hun vijfentwintigste levensjaar hun *coming-out* hadden, zeggen in hun sociale netwerk met name andere homoseksuelen te hebben. Deze vijf deelnemers geven aan dit bewust in hun leven te hebben opgezocht, door zich te begeven in gelegenheden gericht op homoseksuelen of omdat ze meer gemeenschappelijk hebben met homoseksuelen. Wel is er een verschil te zien tussen deze twee groepen; de eerste groep kent relatief ook meer heteroseksuelen dan de tweede groep. Verder geeft één deelnemer aan dat het contact met haar zus juist beter is geworden na haar *coming-out*, omdat ze nu samen met haar partner en zus gemakkelijker dingen samen onderneemt:

Je hebt meer homo's in je sociale netwerk ja, veel meer. Die had ik in het verleden niet, dus dat veranderd wel. (Rein)

Ja eh... ik ben vanaf mijn achttiende al eh... openlijk homoseksueel dus dat is... Ik denk wel als ik hetero was geweest, had ik een ander netwerk gehad. Je hebt veel meer gemeenschappelijk met homo's, ja dat eh... je zoekt ze ook meer op. Bijvoorbeeld ook met vakanties, je gaat naar... uitgaan, je gaat eerder naar een nachtenkroeg, je gaat eerder naar een homo strandje eh... noem maar op. Dus dat eh... ja dat is wel van invloed. Ik ken tuurlijk in verhouding veel meer homo's dan mensen, dan hetero's. Ik bedoel dan hetero's homo's kennen. (Hans)

Nee. Ik heb eerder er contacten bij, homo's. Er is een wereld voor me open gegaan sinds mijn vijfentwintigste en ik heb veel waardevollere contacten dan ervoor. (Laurens)

Nou ik denk dat als je bijvoorbeeld naar zo'n huisje gaat en je bent met zijn drieën... stel dat zij een man was, dat het dan voor mijn zus wel minder leuk zou zijn want dan voelt zij zich wel een vijfde wiel aan de wagen. Als je dan met drie vrouwen bent is dat toch wat anders: je kookt om de beurt, je hebt andere soorten gesprekken en kijkt andere programma's. (Gerda)

De andere drie deelnemers geven aan dat hun sociale netwerk wel enigszins veranderd is sinds zij openlijk homoseksueel zijn. Twee van hen geven aan dat er één familielid is dat niet meer met hun om wilde gaan vanwege het feit dat zij homoseksueel zijn. De derde zegt dat met een aantal mensen het contact verbroken is naar aanleiding van haar homoseksualiteit:

Dus er zijn wel een paar mensen afgevallen, inderdaad. Die vonden het teveel gedoe. Of die hebben dat helemaal meegemaakt dat stuk weet je wel... dat ik eerst getrouwd was en toen niet, en toen een vriendin had en dat soort dingen en ja dat kunnen ze dan niet aan of zo en dan kappen ze ermee. (Anette)

De deelnemers aan dit onderzoek hebben, net als iedereen, regelmatig contact met diverse mensen: zowel (directe) familie, vrienden als enkele burens. Ongeveer de helft van de deelnemers heeft ook nog contact met kennissen en/of collega's. Daarbij hebben vijf deelnemers een partner en twee deelnemers kinderen, waar zij ook contact mee hebben. Voor zes deelnemers is hun sociale netwerk niet in negatieve zin veranderd als gevolg van hun homoseksualiteit. Wel stellen deze deelnemers dat hun sociale netwerk anders is doordat zij homoseksueel zijn en zij relatief veel andere homoseksuele vrienden hebben. Daarentegen hebben twee deelnemers met name contact met heteroseksuelen en vrijwel geen homoseksuele vrienden. Voor drie deelnemers is hun sociale netwerk wel enigszins veranderd als gevolg van hun homoseksualiteit en viel er een enkel persoon af. Het feit of iemand homoseksueel is lijkt een vrij beperkte invloed te hebben op het sociale netwerk, behalve in die zin dat de meeste homoseksuelen relatief veel andere homoseksuelen kennen.

4.3.2 Hulp

Het hebben van een goed sociaal netwerk is belangrijk wanneer er behoefte is aan hulp. Deze informele hulp wordt met name geboden door zogenaamde 'primaire' mantelzorgers, zoals de partner, kinderen en andere directe familie. Ook mensen die op een niet te grote afstand wonen (zoals burens, maar ook vrienden in de buurt) zijn belangrijke hulpbronnen (Kullberg, 2005, pp. 2, 19-20; Steyaert & Kwekkeboom, 2012, pp. 13, 73-75). Echter, waar heteroseksuele ouderen vaker een beroep kunnen doen op de partner en kinderen, ligt dit voor homoseksuele ouderen anders. Zij hebben in de regel minder vaak een partner respectievelijk kinderen waar zij op terug kunnen vallen (Gabrielson, 2011, p. 357; Haber, 2009, p. 271). Ook hebben homoseksuele ouderen minder contact met mensen in de buurt, daar zij uit angst voor discriminatie minder relaties aangaan met burens (Meerendonk, Van de et al., 2003, p. 46; Schuyf & Stoop, 2007, pp. 4-5). Zodoende kan het voor homoseksuele ouderen moeilijker zijn om voldoende hulp te krijgen uit hun eigen netwerk, wanneer zij dit wel nodig hebben en zijn zij mogelijk sneller op formele zorg aangewezen.

Wanneer het op kortdurende hulp aankomt geven alle negen deelnemers aan dit onderzoek aan dit voldoende te kunnen vinden in hun eigen netwerk. De vijf deelnemers met een partner geven aan zich als eerste tot hun wederhelft te richten. Evenzo geven de twee deelnemers met kinderen aan snel een beroep op hen te kunnen doen. Daarbij noemen alle deelnemers de directe familie, vrienden en/of burens als belangrijk bij een lichte hulpvraag:

Ja, dan zou ik de buurvrouw vragen of mijn dochter. (Anette)

In eerste instantie is dat natuurlijk mijn partner, dat is het eerste aanspreekpunt, maar uiteraard

ook de buurt. Familie woont veel te ver weg, daar kan ik geen beroep op doen. En dan hebben we uiteraard nog vrienden hier in het dorp die we zouden kunnen vragen. Op dit moment in mijn werkzame leven zijn er ook nog collega's als het daar over gaat. (Martin)

En als ik ziek ben en zielig ben dan app ik wel in het rond en verveel ik me en dan moeten ze allemaal hier komen theezetten en koken en eh... dat doen ze allemaal. (Hubert)

Wanneer het op langdurige hulp uit het eigen netwerk aankomt is er een verschil te zien tussen de deelnemers. Twee deelnemers zijn van mening onvoldoende hulp te kunnen vinden in hun eigen netwerk wanneer zij dit langdurig nodig zouden hebben. Eén deelnemer geeft aan dat zijn huidige sociale netwerk voldoende groot is om langdurige hulp uit te ontvangen, maar dat het voor hem wel lastiger is omdat hij geen partner heeft als primaire steun:

Nou, ik heb het niet nodig. Dus op dit moment gaat het goed. Maar ik moet er niet aan denken dat ik het wel nodig heb, dan wordt het echt heel lastig. Daar ben ik eh... ja ben ik weleens een beetje bezorgd om inderdaad eh... ja, dan is het echt te weinig. (Anette)

Waar we het in het begin even over hadden, dat van het alleen zijn eh... zo langzamerhand ga je natuurlijk wel steeds meer denken van: 'ja er komt een keer een dag dat je echt doorlopend hulpbehoevend wordt'. Kijk als ik nou mijn been breek, dan kan ik wel twee of drie weken bij mijn zusje logeren, dat is geen punt, tot ik weer kan lopen. Maar als je nou doorlopend eh... hulpbehoevend wordt... ja, dan wordt het wel lastig. (Ben)

De zes andere deelnemers geven aan in hun netwerk voldoende hulp te kunnen vinden wanneer zij dit langdurig nodig zouden hebben. Van hen zijn er vijf die een partner hebben en één die ook kinderen heeft. Drie van hen geven aan dat wanneer hun partner niet meer in staat zou zijn om hen informele hulp te bieden, zij hun netwerk onvoldoende vinden en dit voor problemen zou kunnen zorgen. Drie van deze zes deelnemers denken sowieso voldoende hulp te kunnen vinden in hun sociale netwerk, hiervan hebben er twee een partner en één ook kinderen. Hierbij moet opgemerkt worden dat er slechts twee deelnemers zijn die ervaring hebben met het krijgen van hulp uit het eigen netwerk bij een grotere hulpvraag. Alle andere deelnemers hebben een schatting gemaakt naar gelang hun ervaringen in het contact binnen hun sociale netwerk:

Nou ja, in eerste instantie mag mijn partner achter mijn rolstoel en eh... ja dat ligt eraan hoe verzorgingsbehoefig ik word, maar ik denk dat ik een eind kom met met mijn sociale netwerk, met hulp. (Hans)

Het zal er aan liggen hoe mijn partner zich dan voelt. Ja, kijk we hebben geen kinderen en de burens zijn van mijn leeftijd. Ja wie weet wordt dat in de toekomst een probleem als die bezuinigingen zich doorzetten... (Martin)

Nou ja ik, weet je, ik zei het al aan het begin ik denk dat ik eh... een beetje afwijk van de doorsnee homo. Omdat ik allereerst een ander verleden heb zeg maar en twee kinderen, dat maakt volgens mij heel erg uit op sociaal vlak eh... dus daar kun je dan op terugvallen. (Rein)

Dus als je geen kinderen hebt kan familie het wel doen of je hele goede vrienden (...) Ik had dat toen ook, ik had meer last van de narcose en als je dan 's nachts zit over te geven, zit daar ook een vriend van je bij. (Hubert)

Wat informele hulp betreft denken vijf van de negen deelnemers dat er wel een verschil is in

hulp die homoseksuelen kunnen ontvangen ten opzichte van heteroseksuelen. Vier van hen noemen het niet hebben van kinderen een beperking, daar zij van mening zijn dat dit voor de gemiddelde heteroseksuele oudere vaak de primaire zorgverleners zijn en er onder hen ook meer een vanzelfsprekendheid geldt om zorg te verlenen. Wel plaatsen zij daarbij de kanttekening dat dit niet geldt voor alle homo- en heteroseksuele ouderen, daar er ook respectievelijk homo- en heteroseksuelen zijn met en zonder kinderen of met een slechte familie relatie. Daarbij zeggen drie van deze deelnemers dat het niet hebben van partner, het krijgen van informele hulp voor hen bemoeilijkt:

Maar misschien juist omdat we dan ook geen kinderen hebben dat je wel moet nadenken over situaties van goh eh... stel dat je op je partner geen beroep kunt doen, welke wegen moet je dan bewandelen. Want inderdaad ik denk dat als je kinderen hebt dat je dan toch automatisch die als eerste lijn aanspreekt van 'joh kunnen jullie helpen'. (Marion)

Ik denk dat naarmate je ouder wordt, ik heb natuurlijk geen kinderen, ik heb eh... Al mijn broers en zussen zijn wel getrouwd, of althans geweest, een aantal zijn opnieuw getrouwd eh... hebben dus allemaal kinderen en ook kleinkinderen al en daar is een natuurlijke eh... zeg maar zorg of althans contact hebben. Ik raak natuurlijk langzaam en zeker meer alleen eh... ik denk dat ik daar wel tegen op zie. (Ben)

Hetero's met gezinnen zullen eerder hun kinderen aanspreken eh... er is denk ik zeker wel een verschil, maar niet alleen heteroseksuelen hebben kinderen natuurlijk en als je geen broers of zussen hebt of een slechte familie relatie dan spreek je ook je vrienden aan. (Laurens)

Door het ontbreken van kinderen en/of partner zijn deze deelnemers van mening eerder op formele hulp te zijn aangewezen dan de gemiddelde heteroseksuele oudere. Echter, geen van hen vind het een bezwaar om zich tot formele instanties te moeten wenden:

Nou ja, als je natuurlijk een ongelukje krijgt of zo eh... je verzwikt iets of je kan niet meer vooruit of je kan de trap niet meer op of zo dat soort dingen. Wat gelukkig niet zo is en nog nooit gebeurd is, maar dat kan als je ouder wordt kunnen dat soort dingen gebeuren. Ja, dan moet je zelf creatief zijn in oplossingen of je moet zorgen dat er één of andere hulporganisatie eh... die in de buurt is: Aafje of de Stromen of weet ik veel wat, komt helpen. (Anette)

En de oplossing zou wellicht zijn dat ik aangewezen zou zijn op professionele instanties, dat is ook wel prettig als bijvoorbeeld iemand je moet wassen. (Laurens)

Tot slot denken vier van de negen deelnemers dat er geen verschil is in de informele hulp die homo- en homoseksuelen kunnen ontvangen:

Ik denk niet dat er een verschil is. (Martin)

Nee, ik denk niet dat er een verschil is. Misschien dat de homo's wat hechter zijn, een hechtere gemeenschap eh... vormen en daardoor ook eerder zouden helpen. Dat zou kunnen, maar daar ben ik niet zeker van. (Hans)

Wat formele hulp betreft vinden vijf van de negen deelnemers dat er geen verschil is in de hulp die homoseksuelen zouden kunnen krijgen ten opzichte van heteroseksuelen in het formele circuit. De andere vier deelnemers hebben hier niets over gezegd:

Nee dat denk ik niet en ik ga heus niet tegen die organisatie zeggen van: 'hallo ik woon alleen en ik ben eigenlijk lesbisch, maar ik heb geen vriendin'. Dan zullen ze hooguit hun wenkbrauwen ophalen en zeggen: 'nou ja goed, dat is voor ons niet van belang mevrouw'. (Anette)

Ik zou het echt heel stom vinden, dat zou ik echt eh... triest vinden als dat uitmaakt eh... dat als je homoseksueel bent, dat je anders wordt bejegend. Ik geloof het ook niet hoor. Ik bedoel als je kijkt naar eh... jongere mensen gaan je dan verzorgen, weet je die zijn professioneel bezig. Eh... nou voor een vrouw zal het sowieso niet uitmaken eh... in de zorg werken heel veel homo's dus eh... (Rein)

Wat kortdurende hulp betreft zijn alle deelnemers dus de mening toebedeeld dit voldoende in hun eigen netwerk te kunnen vinden wanneer zij dit nodig hebben. Wanneer er een langdurige hulpvraag ontstaat is het beeld meer divers en komt naar voren dat naast degenen met een partner, slechts één deelnemer denkt voldoende hulp te kunnen vinden in het eigen netwerk. Het hebben van een partner lijkt bij een langdurige hulpvraag zodoende een belangrijke factor. Immers, drie van de vier deelnemers zonder partner denkt onvoldoende hulp te kunnen ontvangen bij een langdurige hulpvraag en wanneer de partner niet meer in staat is om langdurige hulp te verlenen stellen drie van de vijf deelnemers met een partner dat hun netwerk onvoldoende is. De meningen over de vraag of er een verschil is in informele hulp die homoseksuele ouderen ten opzichte van heteroseksuele ouderen kunnen ontvangen lopen onder de deelnemers uiteen. Vier deelnemers denken dat er geen verschil is en vijf deelnemers denken van wel. Het ontbreken van kinderen, en in mindere mate een partner, als primaire mantelzorgers worden als voornaamste beperkingen genoemd. Zodoende zien zij homoseksuele ouderen ook eerder aangewezen op formele hulp, maar zien dit niet als bezwaarlijk. Wat formele hulp betreft zijn vijf deelnemers van mening dat er geen verschil is in de hulp die homo- en heteroseksuele ouderen kunnen krijgen, vier andere deelnemers hebben zich hier niet over uitgesproken.

4.4 Wonen

4.4.1 Zelfstandig wonen

Net zoals de meeste mensen, willen ook homoseksuelen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen (Leyerzapf et al., 2013, p. 20). Dit doet men bij voorkeur in de eigen woonomgeving, mits de sociale kwaliteiten in de buurt de goed zijn. Immers, een goede sociale leefomgeving kan de toegang tot informele hulp vergroten en beschermen tegen eenzaamheid. De kwaliteit van de leefomgeving is de allerbelangrijkste reden om niet te verhuizen, zelfs belangrijker dan iemands gezondheid en de geschiktheid van de woning (Raad voor de leefomgeving en infrastructuur, 2014, p. 4; Kullberg, 2005, p. 35). Ook alle negen deelnemers aan dit onderzoek willen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen. Vier van hen geven hierbij ook aan om dit bij voorkeur in hun huidige woning te doen. Twee geven aan te willen verhuizen wanneer zij ouder worden, omdat de woning te groot zou worden, te veel onderhoud zou vragen en ongeschikt zou zijn. Weer twee anderen geven aan niet direct te hoeven verhuizen, maar ook niet per se zo lang mogelijk in hun huidige woning te willen blijven wonen. Eén deelnemer heeft zich niet over dit punt uitgelaten:

Ik hoop zo lang mogelijk dat we zelfstandig kunnen blijven en gewoon in onze eh... in ons eigen huis en ik denk niet eh... het bejaardenhuis is echt iets waarvan ik denk als het echt niet anders kan dan in een verzorgingshuis of bejaardenhuis, woongroep, zie ik ook niet eh... nee het liefst zo lang mogelijk zelfstandig. (Hans)

Als je kijkt naar de woning zelf eh... ja daar zal misschien ooit eens een keer eh... een traplift moeten komen, dat soort zeg maar technische eh... hulpmiddelen. Maar het liefst zou ik hier dood

gaan, ik vind het een heerlijk huis. (Ben)

Maar op oudere leeftijd denk ik wel dat we eh... woonruimte moeten hebben gelijkvloers. (Martin)

Zeven van de negen deelnemers willen in ieder geval in de zelfde regio blijven wonen, omdat hun sociale netwerk zich daar ook grotendeels bevindt. Zes van deze deelnemers noemt dan ook het sociale netwerk als de voornaamste reden waarom het hen haalbaar lijkt om zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven wonen. Immers, hierop zouden zij kunnen steunen bij een eventuele hulpvraag. Ook noemen drie deelnemers het feit dat zij reeds in een vijftig plus woning wonen en zodoende hun woning al aangepast is voor de vierde levensfase als een belangrijke factor met betrekking tot de haalbaarheid om nog lang zelfstandig te kunnen wonen. De drie andere deelnemers hebben zich niet expliciet uitgesproken over de haalbaarheid van het zo lang mogelijk zelfstandig wonen en voor twee van hen is hun sociale netwerk ook niet van invloed op waar zij later willen wonen:

Ja, je wilt toch wel je vrienden een beetje om je heen houden. (...) Nee ik geloof het niet dat ik mij in een andere regio thuis zou voelen, ik vind het hier gewoon goed. (Anette)

Mijn tante was getrouwd en had geen kinderen en als ik dan zo kijk, ze heeft het toch met de burens ook allemaal geregeld. Ondanks dat ze een lekkere zuurpruim is, heeft ze het toch voor elkaar gekregen en ik dan denk ik nou ik ben hartstikke vrolijk en leuk en gezellig, dan krijg ik het ook voor elkaar. (Hubert)

In mijn geval is dat misschien even anders, omdat ik dan... stel als die relatie doorgaat dan is mijn vriendje 30 jaar jonger dan ik, nou 29 jaar. Dus eh... ja die... als je daar mee samenwoont dan eh... moet je er maar van uitgaan dat je daar ook nog hulp van krijgt. (Rein)

Het is een driekamerwoning helemaal aangepast op senioren, dus met brede deuren, een grote badkamer en een heerlijk uitzicht. En wij zijn dolblij dat we nog steeds in Pendrecht wonen, daar hoor je weleens andere verhalen over. (Marion)

De homoseksuelen uit dit onderzoek willen dus zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen, zij het in hun eigen woning, een meer geschikte woning of elders. Het sociale netwerk in de buurt alwaar men een beroep op kan doen bij een eventuele hulpvraag blijkt hierbij belangrijk, zeven deelnemers geven immers aan hierom in dezelfde regio te willen blijven wonen. Voor zes van deze deelnemers is dit ook de voornaamste reden waarom het hen haalbaar lijkt om lang zelfstandig te blijven wonen, de andere drie deelnemers hebben zich niet over de haalbaarheid uitgelaten.

4.4.2 Woon-zorgvoorzieningen

Wanneer zelfstandig wonen geen optie meer is en homoseksuele ouderen aangewezen zijn op woon-zorgvoorzieningen is het belangrijk dat deze op zijn minst homovriendelijk zijn (Johnson et al., 2005, p. 90), zodat men ook op latere leeftijd de seksuele identiteit niet hoeft te verbergen en geen discriminatie ondervindt (Leyerzapf et al., 2013, p. 40). Driekwart van de homoseksuele ouderen staat hierbij positief tegenover een gemengde woon-zorgvoorziening met een gelijkwaardige mix van zowel homo- als heteroseksuelen (Johnson et al., 2005, pp. 95-96; Meerendonk, Van de et al., 2003, pp. 54-56; Pijnappels & Finnema, 2011, p. 20). Tussen een kwart en één derde van de homoseksuele ouderen geeft juist de voorkeur aan een homo-exclusieve woon-zorgvoorziening (Meerendonk, Van de et al., 2003, pp. 61, 74; Pijnappels & Finnema, 2011, pp. 9-10). Daarnaast stelt ongeveer zeventig procent van de homoseksuele ouderen interesse te hebben in kleinschalige woonprojecten gericht op gezamenlijk wonen, zoals particuliere woon-

zorgvoorzieningen of een aanleunwoning (Pijnappels & Finnema, 2011, pp. 9-10, 20; Schuyf & Stoop, 2007, p. 3). Slechts een enkele homoseksuele oudere geeft de voorkeur aan een woon-zorgvoorziening waar vrijwel alleen heteroseksuelen wonen (Meerendonk, Van de et al., 2003, pp. 54-56). Wanneer zelfstandig wonen niet langer meer een optie is geven vijf van de negen deelnemers de voorkeur aan een homovriendelijke woon-zorgvoorziening boven een algemene woon-zorgvoorziening. Dit omdat zij het belangrijk vinden zichzelf te kunnen zijn, gelijkgestemden te kunnen ontmoeten en geen discriminatie te ondervinden. Drie andere deelnemers geven niet direct de voorkeur aan een homovriendelijke woon-zorgvoorziening boven een algemene woon-zorgvoorziening, zolang er maar enige mate van tolerantie is:

...omdat daar toch dan wat mensen wonen die een beetje hetzelfde denken als jij of voelen vooral. (Anette)

Je hebt natuurlijk heel veel verzorgingstehuizen en daar lees je ook af en toe over, die natuurlijk allemaal gereformeerd en christelijk zijn... waarin dan homo's echt gediscrimineerd, althans met de nek aangekeken worden, zich moeilijk staande kunnen houden... dat zou ik heel verschrikkelijk vinden. Het zou op zijn minst homovriendelijk moeten zijn. (Ben)

En mocht het zo zijn dat een van ons twee toch naar een instelling zou moeten, dan zou ik niet speciaal een instelling zoeken waar ze dan ook een roze gemeenschap hebben. Als het er zou zijn, zou ik daar ook verder geen problemen mee hebben, maar ik zou niet speciaal zeggen van: 'joh ik wil naar die en die instelling omdat ze daar echt homovriendelijk zijn'. (Gerda)

Wat betreft homo-exclusieve woon-zorgvoorzieningen zijn de deelnemers minder enthousiast; zeven van de negen deelnemers geven hier niet de voorkeur aan en verkiezen dit niet boven een homovriendelijke of algemene woon-zorgvoorziening. Zo lijkt het hen allemaal simpelweg niet leuk om alleen maar door andere homoseksuelen omringd te worden en hebben ze ook in hun huidige leven niet de behoefte om enkel met andere homoseksuelen om te gaan. Daarbij geven twee van deze zeven deelnemers aan dat zij zich sowieso nooit sterk verbonden hebben gevoeld met de homoseksuele gemeenschap. Eveneens zeggen vier deelnemers niet de voorkeur aan homo-exclusieve woon-zorgvoorzieningen te geven omdat dat de wereld zo ook niet is ingericht, één van hen noemt expliciet dat dit de emancipatie van homoseksuelen teniet zou kunnen doen. De drie anderen zeggen dit niet zo direct, maar geven wel aan deze homo-exclusiviteit niet in hun leven te vinden passen:

Nou ja, ik vind het niks, alleen maar homo's. Ik bedoel het is een soort ons-zoekt-ons, soort-zoekt-soort en alleen maar homo's is helemaal niet leuk. Nee, ik ben altijd sterk voorstander geweest van mengvormen. Echte homo kroegen en zo die vond ik ook eigenlijk nooit leuk. (Ben)

Ja, ik heb nooit bij gaybars of gayfeesten of wat dan ook... gaypride heb ook zoiets van als je het leuk vind ga je gang, ik vind het niks. (Marion)

Het moet een een neerslag zijn van de samenleving, ik wil helemaal niet alleen samenwonen met homo's. Ik wil ook eh... weet je soms wil ik dingen doen alleen met homo's eh... sommige feestjes, sommige weet ik veel wat. Maar ik wil niet alles doen met alleen homo's, de wereld is meer dan alleen homo's. (Rein)

Waar ik wel moeite mee heb is dat exclusieve, want ik vind... mijn stelling is... als emancipatie van de homoseksuelen betekent dat we ons straks weer allemaal achter ons eigen deurtje terugtrekken in ons eigen clubje, ja dan ben ik bang dat de hele emancipatie gewoon geen ene moer voorgesteld

heeft. (Martin)

Daarentegen is er één deelnemer die het wonen in een homo-exclusieve woon-zorgvoorziening wel verkiest boven het wonen in een homovriendelijke of algemene woon-zorgvoorziening. Dit omdat zijn hele leven 'homoseksueel is ingericht' en hij zich hier dan ook meer thuis zou voelen, daar hij dan samenwoont met mensen die vanuit dezelfde belevingswereld naar dingen kijken. Ook is er één deelnemer die geen voorkeur heeft voor het wonen in een homovriendelijke of homo-exclusieve woon-zorgvoorziening:

Exclusief heeft mijn voorkeur. Dan heb je meer mensen die vanuit eenzelfde belevingswereld dingen bekijken. Mijn huidige leven is ook vooral een homo leven, ik heb weinig hetero contacten of vriendinnen. (Laurens)

Nee, dat maakt me niks uit denk ik. Nee, want het is voor mij niet van het hoogste belang, ik kan gewoon ook met andere mensen heel goed opschieten. (Anette)

Het wonen in een particuliere woon-zorgvoorziening (opgezet door homoseksuele ouderen zelf) spreekt acht van de negen deelnemers aan. Vier van hen geeft hier ook de voorkeur aan boven een openbare woon-zorgvoorziening, omdat ze dan zelf mensen kunnen uitzoeken waarmee ze zouden willen wonen. Ook benadrukt één van hen de mogelijkheid tot het organiseren van sociale activiteiten en zorg als een voordeel. Deze deelnemers stellen wel de voorwaarde dat iedereen een eigen ruimte heeft binnen zo'n particulier woon-zorgcomplex:

Ja, je kan dan je eigen mensen uitzoeken. Dat lijkt me sowieso, of het nou homo of hetero is, dat lijkt me sowieso prettiger. (Hans)

Ja, dat lijkt me echt heel erg leuk ja. Omdat je dan, je kunt het sociale... kun je organiseren in de gemeenschappelijke ruimtes en aan de andere kant kun je ook veel makkelijker zorg organiseren. (...) Dus ik zie daar praktische voordelen in, maar met name sociale voordelen in de zin van gezelligheid, dat je meer van elkaar kunt aanhouden mits je je eigen ruimte ook houdt, dat is wel een voorwaarde. (Ben)

Voor drie van deze acht deelnemers is het om het even, zij hebben niet direct een voorkeur voor een particuliere of een openbare woon-zorgvoorziening. Van hen geven er twee aan de aanwezigheid van een gemeenschappelijke ruimte, om sociale activiteiten te organiseren en anderen te ontmoeten, belangrijker te vinden dan de soort woonvorm. Eén van de acht deelnemers spreekt het wonen in een woongroep wel aan, maar hij zou de voorkeur geven aan een zelfstandige woning. Ook gaf één deelnemer aan dat het wonen in een particuliere woon-zorgvoorziening haar helemaal niks lijkt. Deze laatste twee deelnemers geven de voorkeur aan een aanleunwoning boven alle andere woonvormen, daar dit meer zelfstandigheid biedt en zij zeer gesteld zijn op hun privacy:

...en als dan je netwerk een klein beetje uitgestorven raakt, dan zou ik het wel fijn om in een flat te wonen waar dan een gemeenschappelijke activiteiten ruimte is. (Gerda)

Ja op zich zou dat me wel aanspreken. Ik heb het verder niet uitgewerkt, het komt af en toe in me op. Maar als je met het nu serieus zou vragen eh... denk ik dat ik toch gewoon voor mijn eigen woning... inderdaad misschien een aanleunwoning of iets ga en niet zo'n gemeenschap. Dan moet ik weer terug naar iets delen of ik denk ja, als je je hele leven op jezelf hebt gezeten... (Hubert)
Dat lijkt me niks. Helemaal niks, nee. Daar ben ik te zelfstandig voor. Ik ben ook te veel en te vaak en te lang alleen voor zeg maar, dat zou ik dan gewoon echt niet kunnen. Ik moet echt mijn privacy

hebben, ik moet alleen kunnen zijn en me af kunnen sluiten. Dat heb ik echt altijd al gehad en dat moet echt ook altijd zo blijven. (Anette)

Een woon-zorgvoorziening die op zijn minst homovriendelijk is, is voor alle deelnemers het belangrijkste wanneer zelfstandig wonen geen optie meer is. De soort woonvorm die zij hierbij prefereren is divers en lijkt van minder belang dan de mate van acceptatie/tolerantie. Echter, de voorkeur van zeven van de negen deelnemers gaat om diverse redenen juist niet uit naar een homo-exclusieve woon-zorgvoorziening.

4.4.3 Toekomst

De unieke levensloopervaringen van homoseksuelen voorspellen de rol die homoseksualiteit in het leven van iemand speelt. Volgens een kwart van de homoseksuelen vormt het ouder worden voor hen een grotere belasting dan voor heteroseksuelen. Met name de vraag wie er later voor hen zal zorgen speelt hierbij een rol (Gabrielson, 2011, p. 357; Meerendonk, Van de et al., 2003, p. 48; Schuyf, 2011, p. 26). Zeven van de negen deelnemers aan dit onderzoek geven aan niet meer met de toekomst bezig te zijn omdat ze homoseksueel zijn. Wel zijn er vier van hen van mening dat door hun homoseksualiteit hun toekomst er anders uitziet dan die van een heteroseksuele oudere. Eveneens geven drie van deze deelnemers expliciet aan dat hun homoseksualiteit erg van invloed is op hun leven en meespeelt in de keuzes die zij maken. Tegelijkertijd geeft één van deze drie deelnemers aan dat hij voor zijn gevoel nooit erg bewust met zijn homoseksualiteit bezig is geweest. De andere vier deelnemers geven aan niet de ervaring te hebben dan hun leven sterk beïnvloed is door hun homoseksualiteit:

*Ben je extra met de toekomst bezig omdat je homoseksueel bent? (onderzoeker)
Nee, ik zou niet weten waarom. (Rein)*

Ik denk bijvoorbeeld, stel voor dat wij met gewoon een aantal vrienden en vriendinnen eh... iets zouden kopen en eh... zorg in zouden kopen, dan zouden daar meer homo's tussen zitten dan het landelijk gemiddelde, maar het zouden niet uitsluitend homo's zijn. (Hans)

Ik ben homo, ik ben uitermate overtuigd homo, maar ik heb het nooit als iets gezien waar ik speciaal iets mee moest. (Ben)

Nou ik ben wel met de toekomst bezig, maar ik ben ook wel van eh... dat ik echt in het hier en nu leef. (...) Ik denk ongeveer eh... een jaar vooruit zeg maar, verder niet. (Anette)

Twee deelnemers stellen dat zij wel meer met de toekomst bezig zijn vanwege hun homoseksualiteit. De voornaamste reden hiervoor is het feit dat zij geen kinderen hebben. De ene deelnemer geeft daarbij aan dat eventuele zorg voor hem later zodoende minder vanzelfsprekend is en de andere geeft aan hierdoor meer bezig te zijn met de vraag wat het nut van zijn leven is:

Hoe zal het dan met zorg zijn als ik later oud ben, ook in verband met geen kinderen hebben. Ik denk dat ik er als hetero met kinderen minder mee bezig zou zijn dan nu. Ik ben nu toch alleen, dus ook daar houd ik een beetje rekening mee in verband met woonwensen en misschien iemand in huis nemen. (Laurens)

Omdat ik geen kinderen heb bijvoorbeeld. Nou ja dat je invulling... ik ben altijd toch bezig met de vraag wat heb ik voor nut in de wereld. (Hubert)

De deelnemers hebben diverse gedachten over de rol die homoseksualiteit speelt in hun

leven met betrekking tot de toekomst. Hoe men met de toekomst bezig is lijkt vooral per persoon te verschillen en dat de rol die de homoseksualiteit hierin speelt niet per se van invloed hoeft te zijn.

5. Conclusie en discussie

Dit onderzoek heeft als doel om: *inzicht te bieden in levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit en de invloed hiervan op woon- en zorgwensen op latere leeftijd van de groep homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar in Nederland*. Uit de literatuur is naar voren gekomen dat voorgenoemde groep in een tijd is opgegroeid waarin homoseksualiteit veel meer geaccepteerd en als normaal gezien werd, dan de huidige homoseksuele ouderen. Echter, tot op heden is er nog weinig bekend over wat de invloed van deze veranderende zienswijzen is voor de toekomst. Dit onderzoek is een eerste aanzet om meer inzicht te krijgen in de levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit van de groep toekomstige homoseksuele ouderen, hun gezondheid, hun sociale hulpbronnen en hun woon- en zorgwensen voor de toekomst. Wanneer er meer inzicht is in de levensloopervaringen van homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar (de toekomstige homoseksuele ouderen) en wat de invloed hiervan is om hun woon- en zorgwensen voor de toekomst, kan hier actief op worden ingespeeld door zowel de toekomstige homoseksuele ouderen zelf als door de maatschappij. Zoals eerder beschreven omvatten de levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit verschillende aspecten, te weten: *coming-out*, acceptatie/tolerantie, beperkingen/hetero-normativiteit en discriminatie/stigmatisering. De ervaringen hieromtrent zijn van invloed op het (mentale en fysieke) welzijn en de sociale hulpbronnen van homoseksuelen. Die op hun beurt weer de woon- en zorgwensen voor de toekomst beïnvloeden. In dit onderzoek zijn op semi gestructureerde wijze homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar ondervraagd over een beperkt aantal kernthema's omtrent hun levensloop. De grote mate van vrijheid binnen de gesprekken, maakte dat het mogelijk was om opzoek te gaan naar de diversiteit en rijkdom in de data. De bevindingen hiervan zijn in het vorige hoofdstuk uitgewerkt, in dit hoofdstuk worden er koppelingen gezocht met de theorie en wordt er gereflecteerd op het feit of de bevindingen al dan niet in overeenstemming met of in tegenstelling tot de theorie zijn. Gevonden tegenstellingen worden op hun beurt verklaard. Dit leidt vervolgens tot de beantwoording van de onderzoeksvragen, waarbij in de paragrafen 5.1 tot en met 5.4 telkens één van deze onderzoeksvragen aan bod komt. Tot slot wordt er in paragraaf 5.5 gereflecteerd op het onderzoek. Hier wordt er gekeken naar de sterke en zwakke punten van het onderzoek, en aanbevelingen voor verder onderzoek gedaan.

5.1 Levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit

De levensloopervaringen zijn in dit onderzoek, conform het conceptueel model, onderzocht aan de hand van de begrippen: *coming-out*, acceptatie/tolerantie, beperkingen/hetero-normativiteit en discriminatie/stigmatisering. Uit eerder onderzoek is naar voren gekomen dat vanwege de minderheidspositie in de samenleving van homoseksuelen, het blootstaan aan sociaal stigma, vooroordelen en discriminatie leidt tot een stressvolle situatie voor veel mensen met homoseksuele gevoelens (D'Amico & Julien, 2012, p. 216). Keuzenkamp et al. (2012, p. 17) beschreven dat het proces tot aan de *coming-out* voor velen een onzekere en chaotische tijd is. Ongeveer veertig procent gaat het niet gemakkelijk af om naar anderen in het algemeen en naar familie in het bijzonder open te zijn over hun seksuele voorkeur. Een kleiner deel, ongeveer tien procent, heeft tevens het gevoel op z'n hoede te moeten zijn of is bang dat anderen erachter komen dat hij of zij homoseksueel is (Keuzenkamp et al., 2012, pp. 28-29). Dit is ook gevonden in het huidige onderzoek, waarin de deelnemers aangaven dat de periode voordat zij hun *coming-out* hadden als moeilijkste tijd gold. De angst voor negatieve reacties van anderen speelde hierbij de grootste rol, maar ook moeite met zelfacceptatie was voor de drie respondenten een belangrijk aspect hierbij. Anderzijds blijkt dat het doormaken van een *coming-out* ook leidt tot groei en geassocieerd is met velerlei positieve factoren en een verbeterde kwaliteit van leven (Vaughan & Waehler, 2009, p. 95). Doordat er in het overgrote geval goed gereageerd werd op de *coming-out* van de respondenten, namen de moeilijkheden met betrekking tot de seksualiteit af. Zodoende kan er uit dit onderzoek

geconcludeerd worden dat de *coming-out* een belangrijk kantelpunt vormde in het leven van de homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar.

Wat betreft acceptatie/tolerantie van homoseksualiteit door anderen in de maatschappij blijkt dat het overgrote deel van de Nederlandse bevolking (ongeveer 90 procent) zegt homoseksualiteit te accepteren. Men staat positief tegenover gelijke rechten voor homoseksuelen, vindt homoseksualiteit een normale omgangsvorm en vindt dat homoseksuelen het leven moeten kunnen leiden zoals zij dat willen (Keuzenkamp, 2011, pp. 17-20; Meerendonk, Van de et al., 2003, pp. 4-5; Schuyf, 2011, p. 10). De gedane bevindingen in het huidige onderzoek zijn hiermee eender en de respondenten stellen dat de acceptatie/tolerantie van homoseksuelen in Nederland goed is. Daarentegen blijkt ook dat meer religieuze mensen en niet-westerse allochtonen minder tolerant staan ten opzichte van homoseksualiteit. Onder Turken en Marokkanen bijvoorbeeld vindt slechts tussen de helft en twee derde van de mensen dat homoseksuelen het leven moeten kunnen leiden zoals zij dat willen (Keuzenkamp & Kuyper, 2013, pp. 20-22; Meerendonk, Van de et al., 2003, pp. 4-5). Vijf deelnemers uit het huidige onderzoek onderschreven dit en vinden dat de acceptatie/tolerantie wat afneemt door de komst van meer niet-westerse allochtonen en de Islam. Echter, twee van deze deelnemers nuanceerden zichzelf door aan te geven zelf in een multiculturele wijk te wonen en hier niet een mindere mate van acceptatie/tolerantie te ervaren. De andere vier deelnemers noemden dit aspect niet en het lijkt dat zij deze ervaring niet delen. Wat betreft het verschil in acceptatie/tolerantie van homoseksualiteit bij mannen en vrouwen betreft kwam er uit de literatuur een verschil naar voren, namelijk dat er een negatievere houding heerst ten aanzien van homoseksualiteit bij mannen (Keuzenkamp et al., 2010, pp. 28-29) en meer Nederlanders moeite hebben wanneer twee mannen in het openbaar affectie tonen dan wanneer het om twee vrouwen gaat (Keuzenkamp & Kuyper, 2013, pp. 16-18). Dit verschil is in het huidige onderzoek niet gevonden, daar twee respondenten hierover tegenstrijdige opvattingen hebben en zeven zich er niet over hebben uitgelaten. Dat er geen overeenkomstige resultaten met de literatuur zijn gevonden is mogelijk te verklaren door het kleine aantal respondenten die in dit onderzoek is gebruikt, waardoor deze steekproef niet representatief is voor de gehele populatie. Immers, in de onderzoeken van Keuzenkamp en collega's (2010) en Keuzenkamp & Kuyper (2013) is gekeken naar de algemene populatie, terwijl er in de huidige studie alleen gekeken is naar homoseksuelen die waarschijnlijk überhaupt een andere mening aangedaan zijn aangaande de acceptatie/tolerantie van homoseksualiteit. Verder kwam uit Amerikaans onderzoek naar voren dat discriminatie meer voorkomt in niet-stedelijke gebieden (Haber, 2009, p. 275). De mening van twee deelnemers uit het huidige onderzoek sluiten hierbij aan, zij gaven expliciet aan dat het wonen in een stad een positieve factor is met betrekking tot acceptatie/tolerantie. Zeven deelnemers, die allen in een stedelijk gebied wonen, hebben zich hier niet over uitgelaten wat wellicht zou kunnen betekenen dat zij de acceptatie/tolerantie overal gelijkwaardig vinden of dat zij de verhoogde mate van stedelijke acceptatie/tolerantie als iets vanzelfsprekends zijn gaan zien. Uit het huidige onderzoek kan geconcludeerd worden dat homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar de acceptatie/tolerantie in Nederland in het algemeen relatief goed vinden.

Ten aanzien van beperkingen/hetero-normativiteit blijkt dat, alhoewel homoseksualiteit in Nederland in het algemeen geaccepteerd wordt, de tolerantie ten aanzien hiervan in het openbaar en in de naaste omgeving minder is (Keuzenkamp, 2011, pp. 17-20; Keuzenkamp et al., 2012, p. 18; Schuyf, 2011, p. 10). Conform deze bevinding, is er in het huidige onderzoek geconstateerd dat zes deelnemers zich weleens beperkt voelen in het uiten van hun homoseksualiteit in de openbare ruimte of op het werk, onder andere uit angst voor negatieve reacties. Daarentegen zijn er drie deelnemers die zich weinig beperkt voelen. Eén van hen is wel van mening zich soms te moeten aanpassen aan de heteroseksuele norm, maar vindt dit geen probleem. Eén deelnemer maakte expliciet kenbaar dat er onvoldoende rekening gehouden wordt met homoseksuelen in de maatschappij. Daarentegen zij drie deelnemers van mening dat er voldoende rekening wordt gehouden met hen in de maatschappij. De overige vier deelnemers hebben zich niet uitgelaten over

de mate waarin er rekening met hen gehouden wordt als homoseksueel, waardoor het aannemelijk lijkt dat zij hieromtrent geen problemen ervaren. Haber (2009, p. 270) vond dat de mensen uit de generaties die gevochten hebben voor gelijke rechten voor homoseksuelen (de toekomstige ouderen) als homoseksuele groep meer geëmancipeerd zijn dan de homoseksuelen uit de generatie ervoor en over het algemeen een openlijke homoseksuele levensstijl hebben en meer zelfvertrouwen. Deze bevinding werd ook in dit onderzoek gedaan, althans alle respondenten gaven aan dat zij hun homoseksualiteit niet verbergen. Desalniettemin moeten homoseksuelen altijd bepalen tegen wie zij hun homoseksualiteit kenbaar maken en zodoende kunnen zij in sommige contexten en tegen sommige personen wél, en in andere contexten en tegen andere personen niet uit de kast zijn (Keuzenkamp et al., 2012, pp. 17-19). Ook hier was een diversiteit te zien tussen de deelnemers. Zes respondenten geven aan zich reactief op te stellen; dat wil zeggen dat zij niet aan iedereen kenbaar maken dat zij homoseksueel zijn, met name wanneer zij dit irrelevant voor het contact vinden, maar wanneer er naar gevraagd wordt hier wel open over zijn. Drie respondenten stellen zich juist proactief op en zijn juist zo veel mogelijk open over hun homoseksualiteit. Wat beperkingen/hetero-normativiteit betreft kan er uit dit onderzoek dus geconcludeerd worden dat de meerderheid van de homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar zich weleens beperkt voelt in het uiten van hun homoseksualiteit, maar dat tegelijkertijd niemand zijn homoseksualiteit verbergt.

Qua discriminatie/stigmatisering omtrent homoseksualiteit blijkt dat meer dan één derde van de homoseksuele jongeren slachtoffer is geworden van discriminatie vanwege hun homoseksualiteit en dat de kans op het ondervinden hiervan tot op hoge leeftijd groot blijft (Haber, 2009, pp. 273-275; Johnson et al, 2005, pp. 87-88). Evenzo blijkt uit de literatuur dat homoseksuelen bereid zijn veel tijd en energie te besteden om manier te vinden om niet met discriminatie te maken te krijgen (Gabrielson, 2011, p. 369). In het huidige onderzoek bleken de ervaringen omtrent discriminatie/stigmatisering lager te liggen, zes deelnemers hebben hier namelijk niet mee te maken gehad. Hierbij merkte wel drie deelnemers op dat hun eigen gedrag hieraan bijdraagt, doordat zij zich bijvoorbeeld niet heel vrouwelijk gedragen. Eén derde heeft wel ervaring met verbale discriminatie of uitsluiting, maar zij geven aan dat dit weinig voor is gekomen. Daarbij bleek dit hen weinig te raken en weinig impact te hebben, doordat men het vooral het probleem van de ander vond en het bijvoorbeeld niet was van iemand die zij persoonlijk kende. De bevindingen in het huidige onderzoek sluiten niet geheel aan bij de bevindingen in de literatuur, waar ietwat hoger aantallen van discriminatie/stigmatisering zijn gevonden en de impact aanzienlijker lijkt. Deze gevonden verschillen kunnen mogelijk verklaard worden doordat dit onderzoek in Nederland heeft plaatsgevonden en de gevonden gegevens in de literatuur van Amerikaanse komaf zijn, alwaar de acceptatie van homoseksualiteit minder is. Een andere mogelijke verklarende factor is het feit dat de deelnemers van het huidige onderzoek allen behoren tot de groep die gestreden heeft voor homo-emancipatie, alwaar de groep in de literatuur meer divers is. In het algemeen kan er uit dit onderzoek gesteld worden dat onder homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar discriminatie/stigmatisering niet tot weinig voorkomt en wanneer dit wel voorkomt, dit weinig impact heeft.

Ten aanzien van de eerste onderzoeksvraag: *Hoe zien de levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit van homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar eruit?* kan dus geconcludeerd worden dat de levensloopervaringen van de deelnemers divers zijn, met hier en daar overeenkomsten en over het algemeen wel positief. De levensloop voor de *coming-out* werd als zwaarder ervaren dan na de *coming-out*. De *coming-out* vormde hierdoor een belangrijk kantelpunt in de levensloop van de deelnemers. De acceptatie/tolerantie ten aanzien van homoseksualiteit wordt in Nederland als goed ervaren, wel zijn er factoren zoals enerzijds de aanwezigheid van meer niet-westerse allochtonen en de opkomst van de Islam en anderzijds het eigen gedrag en het wonen in een stedelijke omgeving, die hier respectievelijk negatief dan wel positief van invloed op zijn. homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar ervaren weleens beperkingen in het uiten van hun homoseksualiteit, maar tegelijkertijd verbergt niemand zijn homoseksualiteit. Tot slot komt

discriminatie/stigmatisering weinig voor en wanneer dit wel voorkomt heeft dit weinig impact.

5.2 Welzijn en de invloed van levensloopervaringen

Welzijn is onderzocht aan de hand van de begrippen mentale gezondheid en fysieke gezondheid. Ten aanzien van de mentale gezondheid is er veelvuldig geconstateerd dat deze voor homoseksuelen minder is dan voor heteroseksuelen, en zij een grotere kans hebben op het hebben van een psychische aandoening (Addis et al., 2009, pp. 652-654; Keuzenkamp et al., 2012, p. 66; Leyerzapf et al., 2013, pp. 8-9; Meerendonk, Van de et al., 2003, pp. 4-5, 33-34). Deze negatieve mentale gezondheidsrisico's waar homoseksuelen mee te maken krijgen komen veelal voort uit geïnternaliseerde negatieve homoseksuelen gevoelens, die op hun beurt vaak gevoed zijn door negatieve reacties van anderen omwille hun seksuele voorkeur (Addis et al., 2009, p. 652; Meerendonk, Van de et al., 2003, pp. 74-75). Daarbij vonden Ryan en collega's (2009, p. 346) dat het verbergen van de seksuele voorkeur negatieve effecten kan hebben op de psychisch gezondheid, daar een continue waakzaamheid en bijbehorende stress de kans op een negatieve psychische, emotionele en sociale gezondheid vergroot. In het huidige onderzoek waren er vijf deelnemers die psychische moeilijkheden ervaren hadden, vooral in de periode voor de *coming-out*, maar niet allemaal in even sterke mate. Bij drie van de deelnemers uitten zich dit in meer stemmings- en angststoornissen, paniekaanvallen en eenzaamheid gedurende hun leven. De ervaren psychische moeilijkheden waren grotendeels te wijten aan de homoseksualiteit, daar men met een geheim rondliep en niet het gevoel had zichzelf te kunnen zijn. Daarentegen waren er vier respondenten die gedurende hun leven nooit psychische klachten ervaren hebben gerelateerd aan hun homoseksualiteit. Vooral de positieve reacties omtrent de *coming-out* droegen bij aan het feit dat deze deelnemers zich geestelijk goed hebben gevoeld. Keuzenkamp en collega's (2012, p. 71), vonden in hun onderzoek dat homoseksuelen vooral op jongere leeftijd moeilijkheden ondervinden met de fase van *coming-out*, maar dat de psychische gezondheid van homoseksuelen vanaf ongeveer het 35e levensjaar beter wordt. Twee deelnemers onderschrijven dit en stellen dat hun psychische gezondheid juist is toegenomen na hun *coming-out*, omdat zij voor zichzelf iets overwonnen hadden. Twee andere deelnemers, die geen psychische moeilijkheden hebben ervaren, delen deze visie ook en stellen dat zij sterker in het leven staan door hun *coming-out*, daar het doormaken hiervan hen het gevoel gaf andere dingen ook aan te kunnen. De overige vijf deelnemers hebben dit niet benoemd, van hen waren er drie deelnemers die gedurende hun leven wel psychische moeilijkheden ervaren hebben. Tot slot blijken automutilatie, suïcidale gedachten en daadwerkelijke suïcide veelvuldig onder homoseksuelen voor te komen en meer zo dan bij heteroseksuelen. Vijfentwintig tot vijfendertig procent van de homoseksuelen heeft zichzelf weleens opzettelijk verwond tegenover vijftien procent van de heteroseksuelen en ruim veertig procent van de homoseksuelen heeft ooit aan zelfmoord gedacht tegenover nog geen tien procent van de heteroseksuelen (Addis et al., 2009, p. 652; Keuzenkamp et al., 2012, pp. 73-74). In dit onderzoek zijn deze bevindingen niet herhaald; vijf deelnemers geven aan deze ervaringen niet te hebben en vier deelnemers hebben hier niets over gezegd. Dit gevonden verschil met de literatuur zou verklaard kunnen worden door het feit dat dit zeer gevoelige onderwerpen zijn, zodat de deelnemers dit bewust voor zichzelf gehouden hebben of doordat de groep die deze problemen wel kent, moeilijker te vinden is. Ten aanzien van de mentale gezondheid van homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar komt er uit dit onderzoek een divers beeld naar voren, waarbij ongeveer een gelijkwaardig deel wel en geen psychische moeilijkheden heeft ervaren omtrent hun homoseksualiteit. Weliswaar lijkt de *coming-out* periode hierbij een kritisch fase.

Wat lichamelijke gezondheid betreft blijkt uit eerder onderzoek dat dat homoseksuelen veel en vaak (overmatig) alcohol consumeren (Addis et al., 2009, p. 651; Fredriksen-Goldsen et al., 2013, p. 1805; Hamilton & Mahalik, 2009, p. 132; Orel, 2004, p. 65; Schuyf & Stoop, 2007, p. 4), en dat ruim driekwart weleens drugs (heeft) gebruikt (Addis et al., 2009, p. 651; Hamilton & Mahalik, 2009, p. 132). Deze bevindingen zijn in dit onderzoek niet herhaald; zeven respondenten

drinken namelijk niet of zijn matig met alcohol. Anderzijds zijn er ook twee deelnemers die nuance in dit beeld aanbrengen en aangeven wel meer dan twee glazen alcohol te drinken tijdens het uitgaan. Acht van de negen deelnemers aan dit onderzoek gebruiken geen drugs; één persoon gaf aan dit in beperkte mate af en toe wel te doen. Een mogelijke verklaring voor het feit dat er geen overeenstemming is tussen het huidige en eerdere onderzoeken zou kunnen zijn dat de respondenten sociaal wenselijk hebben geantwoord, zeker wat betreft drugsgebruik daar dit (grotendeels) illegaal is. Evenzo zou het kunnen komen door de kleine onderzoekspopulatie die in dit onderzoek gebruikt is, waardoor dit geen juiste afspiegeling vormt van de groep homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar. Verder blijkt uit eerder onderzoek dat homoseksuelen minder gezond eten dan heteroseksuelen en lesbische vrouwen vaker last hebben van overgewicht dan heteroseksuele vrouwen, voor homoseksuele mannen geldt dit laatste niet (Addis et al., 2009, p. 651; Fredriksen-Goldsen et al., 2013, pp. 1804-1805; Orel, 2004, p. 65). In het huidige onderzoek is deze bevinding niet gedaan; zes respondenten geven namelijk aan gezond te eten of dit in ieder geval te proberen. De overige drie respondenten hebben zich niet over hun voeding uitgelaten. Wat betreft overgewicht is er slechts één respondent die aangeeft hier last van te hebben, waardoor het aannemelijk lijkt dat dit bij de overige acht respondenten niet aan de orde is. Dat de bevindingen uit eerder onderzoek niet ook in dit onderzoek zijn gedaan, kan mogelijk verklaard worden doordat er geen gebruik is gemaakt van een representatieve steekproef. Wat roken betreft vonden Hamilton & Mahalik (2009, p. 132) dat bijna de helft van de homoseksuele mannen dit doet. Deze gevonden resultaten wijken iets af van het onderzoek van Fredriksen-Goldsen en collega's (2013, p. 1805) die vonden dat ongeveer één vijfde van de homoseksuelen van 50 jaar en ouder rookt. Dit verschil zou kunnen komen doordat in het onderzoek van Fredriksen-Goldsen en collega's (2013) ook de aller oudsten zijn meegenomen en er onder hen minder rokers zijn of deze vroegtijdig zijn overleden. Deze bevindingen komen overeen met die gedaan in het huidige onderzoek, er is gevonden dat bijna de helft van de respondenten dagelijks matig tot zwaar rookt en dit sinds hun pubertijd. Roken blijkt zodoende de voornaamste beperking met betrekking tot de lichamelijke gezondheid in deze onderzoeksgroep. Een andere bevinding van Fredriksen-Goldsen en collega's (2013, pp. 1805-1806) en van Orel (2004, p. 65) was dat geaardheid en lichamelijke gezondheid niet los van elkaar staan. Immers, zij vonden dat gezondheidsrisico's juist ontstaan in de tijd rond de *coming-out* en kort daarna, en vaak aanwezig blijven in de rest van de levensloop. Eén deelnemer aan de huidige studie onderschrijft dit en geeft aan dat zijn homoseksualiteit in de periode voor zijn *coming-out* wel van invloed was op zijn lichamelijke gezondheid. Daarentegen vinden de overige acht deelnemers dat de lichamelijke gezondheid van homoseksuelen los staat van hun geaardheid. Het gevonden verschil tussen deze eerdere onderzoeken en het huidige kan mogelijk verklaard worden doordat de deelnemers aan hebben gegeven dat er na hun *coming-out* een last van hun schouders viel en zij zodoende hun gezondheid als redelijk goed ervaren. Mogelijk was dit anders geweest wanneer er homoseksuelen aan dit onderzoek hadden meegedaan die geen *coming-out* hadden doorgemaakt of zich niet geaccepteerd voelden na hun *coming-out*. Wat de lichamelijke gezondheid betreft is er in dit onderzoek dus geconstateerd dat deze onder homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar beter is dan verwacht werd op basis van eerder onderzoek en redelijk tot goed te noemen is. Tevens lijkt homoseksualiteit volgens de meeste deelnemers los te staan van hun lichamelijke gezondheid.

Schuyf & Dankmeijer (2005, pp. 15-18) stellen dat er een verschil bestaat in de psychische gezondheid van homoseksuelen in vergelijking met heteroseksuelen, daar homoseksuelen in hun leven een (langdurig) proces van identiteitsvorming en socialisatie moeten ondergaan om zich in hun omgeving goed en thuis te voelen. De angst en stress dat de mogelijkheid bestaat om te maken te krijgen met discriminatie omtrent de homoseksuele geaardheid kan sociale isolatie versterken en zorgen voor een negatiever zelfbeeld, een lagere eigenwaarde en depressiviteit, met een dalende levenskwaliteit en een hoger overlijdensrisico als gevolg (Haber, 2009, pp. 273-275; Johnson et al., 2005, pp. 87-88). Vier deelnemers aan het huidige onderzoek zien dit ook in hun eigen omgeving en stellen dat homoseksuelen wat mentale gezondheid betreft slechter af zijn dan de heteroseksuelen.

Daarentegen zien vijf deelnemers dit verschil in gezondheid in hun eigen omgeving niet, maar drie van hen geven aan dat ze zich wel kunnen voorstellen dat er een verschil in mentale gezondheid kan zijn. Zodoende zijn er dus zeven deelnemers van mening dat homoseksuelen psychisch slechter af (kunnen) zijn dan heteroseksuelen in de periode rondom hun *coming-out*, onder andere doordat zij niet het leven kunnen leiden zoals zij dat willen. Immers, heteroseksuelen komen niet in een situatie van *coming-out* terecht en lopen zodoende bijvoorbeeld niet het risico om niet geaccepteerd te worden of bloot te worden gesteld aan negatieve reacties. Desalniettemin de angst en stress om te maken te krijgen met discriminatie ook na de *coming-out* kan blijven bestaan werd, zoals eerder geconstateerd, in onderzoek gevonden dat de psychische gezondheid van homoseksuelen vanaf ongeveer het 35e levensjaar beter wordt (Keuzenkamp et al., 2012, p. 71). Deze mening is ook de deelnemers van het huidige onderzoek toegedaan, zij stellen dat na de fase van *coming-out* en de verwerking hiervan, de psychische gezondheid verbetert en het verschil in gezondheid met heteroseksuelen verdwijnt. Verschillende factoren zien hierop van invloed, zo vonden Blando (2001, p. 87) en Orel (2004, pp. 60-72) dat homoseksuelen die open zijn over hun homoseksualiteit meer kans hebben op het ontmoeten van gelijkgestemden, wat een positief effect heeft op de eigenwaarde en de kwaliteit van leven. Daarop aansluitend vond ander onderzoek dat homoseksuelen met een klein netwerk en/of wanneer men hier niet tevreden mee is, vaker een negatieve psychische gezondheid rapporteren (Leyerzapf et al., 2013, p. 9; Meerendonk, Van de et al., 2003, p. 48; Schuyf, 2011, p. 23). De deelnemers uit het huidige onderzoek hebben overeenkomstige ervaringen en merken op dat onder andere het hebben van een relatie, het kennen van andere homoseksuelen om overeenkomstige levensloopervaringen mee te kunnen delen, de gezinssituatie, het wonen in een leuke wijk en het contact met burens, een positieve werking hebben op de mentale gezondheid. Toch blijkt uit onderzoek van Van de Meerendonk en collega's (2003, pp. 74-75) en Schuyf (2011, p. 23) dat homoseksuele ouderen die wel samenwonen met een partner slechter af zijn wat betreft de psychische gezondheid dan samenwonende heteroseksuele ouderen. Eén deelnemer noemde hierbij dat een homoseksuele relatie mogelijk sneller stuk loopt, daar er vaak geen kinderen zijn als reden om bij elkaar te blijven. Bovendien stelde een andere deelnemer dat er sprake kan zijn van meer stress, daar de traditionele rolverdeling mist en de vrouw mogelijk een 'mannenrol' moet dragen of andersom. De zeven andere deelnemers hebben dit niet benoemd en lijken deze mening niet te hebben, hiervan wonen er drie samen met een partner. Wat betreft lichamelijke gezondheid vonden eerdere onderzoeken dat homoseksuelen ongeveer twee keer zo vaak roken en twee keer zo veel alcohol consumeren dan heteroseksuelen, waarbij dit bij homoseksuele mannen meer voorkomt dan bij lesbische vrouwen (Fredriksen-Goldsen et al., 2013; p. 1805, Hamilton & Mahalik, 2009, p. 13; Schuyf & Stoop, 2007, p. 4). Evenzo vond eerder onderzoek dat met name homoseksuele mannen een groter risico lopen op het krijgen van een seksuele overdraagbare aandoening, en dat HIV en AIDS met name bij deze groep voorkomt (Haber, 2009, p. 272; Hamilton & Mahalik, 2009, p. 132). In het huidige onderzoek gaven vier deelnemers aan veel homoseksuelen te kennen die slechter af zijn dan heteroseksuelen op het gebied van de lichamelijke gezondheid. Voornamelijk roken, het tot late leeftijd op stap blijven gaan en bijbehorend middelenmisbruik, en seksueel overdraagbare aandoeningen door meer wisselende seksuele contacten werden hierbij als aspecten genoemd. Anderzijds is er in dit onderzoek ook één deelnemer die in zijn omgeving juist ziet dat homoseksuelen meer met hun lichaam bezig zijn dan heteroseksuelen en bijvoorbeeld juist vaak sporten. Vijf deelnemers dachten dat er überhaupt geen verschil was in lichamelijke gezondheid tussen homo- en heteroseksuelen. Of er een verschil bestaat tussen de lichamelijke gezondheid van homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar in vergelijking tot heteroseksuelen kan uit dit onderzoek niet eenduidig geconcludeerd worden, wat betreft de mentale gezondheid lijkt er wel een verschil te bestaan gedurende de fase rondom de *coming-out*.

Ten aanzien van de tweede onderzoeksvraag: *Hoe is het welzijn van homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar en in hoeverre is dit beïnvloed door hun levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit?* kan dus geconcludeerd worden dat deze redelijk tot goed te noemen is en dat er

factoren in de levensloop zijn die dit zowel negatief als positief beïnvloeden. Bij negatieve factoren moet op het vlak van mentale gezondheid vooral worden gedacht aan de invloed van de (mogelijk) negatieve omgeving, en dan vooral in de periode voor de *coming-out*. Op het vlak van lichamelijke gezondheid kan er mogelijk sprake zijn van overmatig roken, drinken, middelmisbruik, stappen en seksueel overdraagbare aandoeningen, maar dit geldt zeker niet in het algemeen voor de homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar. Positieve factoren die de mentale gezondheid beïnvloeden zijn juist het overwinnen van de angst voor *coming-out* die enkele deelnemers sterker maakten, maar ook bijvoorbeeld het hebben van een relatie, de gezinssituatie, de buurt waarin men woont en het contact met burens. Uit dit onderzoek kan niet direct geconcludeerd worden dat het welzijn van homoseksuelen ouderen tussen de 45 en 65 jaar minder is dan dat van heteroseksuelen ouderen, maar het feit dat homoseksuelen met een *coming-out* te maken hebben is een voornaam verschil. Zodoende lijkt het er wel op dat beschermende factoren extra belangrijk zijn om de meer aanwezige risicofactoren op te vangen en uit te balanceren.

5.3 Sociale hulpbronnen en de invloed van levensloopervaringen

De sociale hulpbronnen zijn in dit onderzoek bekeken aan de hand van de begrippen: sociale netwerk en hulp. Wat betreft het sociale netwerk blijkt uit eerder onderzoek dat homoseksuelen een relatief klein netwerk hebben en zij ook beperkt contact hebben met deze familieleden, vrienden, kennissen en burens (Meerendonk, Van de et al., 2003, p. 41; Schuyf & Stoop, 2007, p. 4). In het huidige onderzoek is deze bevinding niet gedaan en blijkt juist dat de deelnemers een divers netwerk hebben. Vijf deelnemers aan dit onderzoek hebben een partner en twee deelnemers hebben kinderen, waar zij ook contact mee hebben. Verder heeft vrijwel iedere deelnemer regelmatig contact met directe familie, vrienden en enkele burens. Eén deelnemer heeft weinig contact met directe familie, omdat zij niet in de buurt wonen. Ook bleken twee deelnemers weinig contact te hebben met burens, omdat zij daar geen behoefte aan hebben. Ongeveer de helft van de deelnemers had ook nog contact met kennissen en/of collega's. Het gevonden verschil kan mogelijk verklaard worden door het feit dat de homoseksuelen in dit onderzoek van een andere generatie zijn en zijn opgegroeid in een tijd waarin homoseksualiteit meer geaccepteerd is dan de homoseksuelen uit de onderzoeken van Van de Meerendonk en collega's (2003) en Schuyf & Stoop (2007) die inmiddels de zeventig gepasseerd zijn, wat maakt dat men minder met afwijzing te maken heeft gehad en zodoende hun sociale netwerk niet verminderd is. Dit blijkt inderdaad ook uit het huidige onderzoek. Het sociale netwerk van de deelnemers is niet of nauwelijks veranderd na hun *coming-out*; bij zes deelnemers viel er niemand af omdat zij seksueel zijn en bij twee deelnemers was er één familielid die het contact verbrak. Slechts bij één deelnemer was er sprake van een aantal mensen die het contact verbraken naar aanleiding van haar homoseksualiteit. Uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek blijkt dat ruim negentig procent van de Nederlandse homoseksuelen wel in enige vorm een *family of choice* heeft en bevriend is met relatief veel homoseksuelen. Evenzo kwam in onderzoek naar voren dat homoseksuelen veel tijd besteden in hun leven aan het creëren van zo'n netwerk (Addis et al., 2009, pp. 652-653; Gabrielson, 2011, p. 368; Meerendonk, Van de et al., 2003, p. 41; Orel, 2004, p. 68). In het huidige onderzoek is ook gevonden dat het sociale netwerk van homoseksuelen anders is dan dat van heteroseksuelen en er in ieder geval deels sprake is van een *chosen family*. Zes van de deelnemers hebben namelijk relatief veel seksuele vrienden in hun netwerk, die zij in hun leven ook bewust opgezocht hebben. Hierbij is nog een verschil te zien tussen deelnemers die voor hun vijftiende levensjaar en deelnemers die na hun vijftigste levensjaar hun *coming-out* hadden. Bij de eerste groep bestaat het sociale netwerk voornamelijk uit andere homoseksuelen, bij de laatste zijn de contacten met andere homoseksuelen vooral een aanvulling op de contacten die zij al hadden voor hun *coming-out* en hebben zij zodoende ook heteroseksuelen in hun netwerk. Daarentegen waren er ook twee deelnemers die vrijwel geen seksuele vrienden in hun netwerk hebben en met name contact hebben met heteroseksuelen. Uit dit onderzoek komt dus naar voren dat homoseksuelen tussen de

45 en 65 jaar contact hebben met diverse mensen en hun netwerk weinig is veranderd na hun *coming-out*. Ook kan er geconcludeerd worden dat de meerderheid relatief veel homoseksuele vrienden heeft en er zodoende sprake is van een *family of choice*.

Wanneer er naar hulp gekeken wordt kan dit worden onderverdeeld in informele en formele hulp, en in kort- en langdurende hulp. Uit verschillende onderzoeken is naar voren gekomen dat het hebben van een partner bij uitstek de belangrijkste sociale hulpbron is met betrekking tot het bieden van informele hulp. Naast de partner zijn met name kinderen, maar ook vrienden en burens, van belang bij het verstrekken van informele hulp (Houten, Van & Winsemius, 2010, p. 32, 184; Kullberg, 2005, p. 2). Deze sociale hulpbronnen worden ook door de deelnemers in het huidige onderzoek genoemd. Voor vijf deelnemers met een partner is deze de primaire hulpbron en ook richten de twee deelnemers met kinderen zich snel tot hen. Verder noemen de deelnemers directe familie, vrienden en/of burens als belangrijke hulpverleners. Wat kortdurende informele hulp betreft denken zodoende alle deelnemers van het huidige onderzoek dan ook dit voldoende in hun eigen netwerk te kunnen vinden. Daarentegen doet langdurende informele hulp een intensiever beroep op naasten en hierdoor is er eerder sprake van vraagverlegenheid en acceptatie schroom bij hulpbehoevenden dan bij kortdurende hulp. De bereidheid om hulp te ontvangen van naasten blijkt minder groot dan die om hulp te verlenen (Steyaert & Kwekkeboom, 2012, pp. 35, 72-76). Met name in het vragen van hulp aan vrienden, verre familie en kennissen is men terughoudend. De relatief grote sociale afstand met de laatste twee groepen vereist een bepaalde wederkerigheid in de relatie, die bij naaste familieleden en de partner een ondergeschikte rol speelt (Steyaert & Kwekkeboom, 2012, pp. 35, 72-76). Zeker gezien het feit dat homoseksuelen een twee maal zo'n kleine kans hebben dan heteroseksuelen om een partner te hebben en een vier maal zo'n kleine kans om kinderen te hebben is het niet verwonderlijk dat homoseksuele ouderen zich meer zorgen maken over wie er (langdurend) voor hen zal zorgen, wanneer zij hier niet zelf meer toe instaat zijn (Gabrielson, 2011, pp. 357, 368; Haber, 2009, p. 271). Twee deelnemers, die geen partner hebben, hebben overeenkomstige gedachten en denken onvoldoende hulp te kunnen vinden in het eigen netwerk bij een langdurige hulpvraag wanneer zij ouder zijn. Anderzijds waren er zeven deelnemers die denken wel voldoende hulp te kunnen vinden in hun eigen netwerk bij een langdurende hulpvraag wanneer zij ouder zijn. Hierbij moet opgemerkt worden dat van deze groep op twee personen na, iedereen een partner heeft en één iemand tevens kinderen. Eén persoon denkt wel dat het krijgen van langdurende hulp later lastiger is, omdat hij geen partner heeft. Evenzo geven drie van deze deelnemers aan dat wanneer de partner wegvalt met betrekking tot het bieden van informele hulp, hun netwerk onvoldoende is. Bij het voorgaande moet worden opgemerkt dat de meeste deelnemers in dit onderzoek een schatting hebben gemaakt, daar er slechts twee deelnemers zijn die daadwerkelijk ervaring hebben met het krijgen van hulp uit het eigen netwerk bij een grotere hulpvraag. In lijn met het voorgaande denken vijf deelnemers dat er een verschil is in informele hulp die homo- en heteroseksuelen kunnen ontvangen. Zij noemen hierbij het niet hebben van kinderen als primaire mantelzorgers als voornaamste beperking, maar ook het ontbreken van een partner is hiertoe belangrijk. Wel brengen de deelnemers hier enige nuance in aan, door te stellen dat er uiteraard ook heteroseksuelen zijn zonder kinderen of homoseksuelen met kinderen. Desalniettemin zijn deze deelnemers van mening eerder op formele hulp te zijn aangewezen dan heteroseksuele ouderen, maar geen van de hen geeft aan dit bezwaarlijk te vinden. De andere vier deelnemers denken dat er geen verschil is in informele hulp die homo- en heteroseksuelen kunnen ontvangen, van hen hebben er drie een partner. Wat betreft formele hulp blijkt uit eerdere onderzoeken dat zestig procent van de homoseksuele ouderen van mening is geen gelijke toegang te hebben tot de gezondheidszorg als heteroseksuele ouderen (Johnson et al., 2005, pp. 90-96) en dat zij voor tachtig procent minder gebruik maken van zorg, wanneer dit wel nodig is (Haber, 2009, p. 274). Evenzo komt uit verschillende onderzoeken naar voren dat homoseksuelen negatieve reacties ervaren bij zorgverleners (Addis et al., 2009, pp. 653-654; Brotman et al., 2003, pp. 196-197; Cahill & South, 2002, pp. 50-52) en dat er in de zorg niet goed omgegaan wordt met homoseksualiteit

(Meerendonk, Van de et al., 2003, pp. 27-30). Het idee om op een dag afhankelijk te zijn van formele zorg werkt zodoende angst op bij homoseksuele ouderen (Addis et al., 2009, pp. 653-654; Brotman et al., 2003, pp. 196-197; Cahill & South, 2002, pp. 50-52). Deze bevindingen zijn in het huidige onderzoek niet gedaan en vijf deelnemers vinden dat er geen verschil is in formele hulp die homo- en heteroseksuelen kunnen krijgen. De overige vier deelnemers hebben zich niet over dit punt uitgelaten. Dit gevonden verschil is mogelijk te verklaren doordat de deelnemers uit dit onderzoek een toekomstvoorspelling hebben gedaan over de te verwachte zorg en dit niet aan den lijve hebben ondervonden, waardoor zij mogelijk van buitenaf minder negatief hier tegen aankijken dan wanneer zij dit daadwerkelijk zouden meemaken. Het zou ook zo kunnen zijn dat doordat zij de samenleving als relatief tolerant ervaren zij deze ervaring projecteren op hun gedachten over de formele zorg en daardoor niet negatief tegenover formele zorg staan zoals de theorie wel aangeeft. Er lijkt dus vanuit de huidige studie voorzichtig geconcludeerd te kunnen worden dat het sociale netwerk van homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar voldoende toereikend is voor kortdurende hulp en in redelijk grote mate ook voor langdurende hulp, maar het hebben van een partner lijkt hierbij een belangrijk aspect te zijn.

Ten aanzien van de derde onderzoeksvraag: *Hoe zien de sociale hulpbronnen van homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar eruit en hoe is dit beïnvloed door hun levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit?* kan dus geconcludeerd worden dat zij over een divers netwerk beschikken waarop zij een beroep kunnen doen bij een eventuele hulpvraag. Desondanks dit netwerk vrijwel niet is veranderd na hun *coming-out*, is het wel anders dan dat van heteroseksuelen en is er in ieder geval deels sprake van een *family of choice*. Tegelijkertijd kan uit dit onderzoek geconcludeerd worden dat ook voor homoseksuelen de partner en eventuele kinderen de belangrijkste hulpbronnen zijn. Deze constatering moet wel genuanceerd worden met het gegeven dat er een verschil in informele hulp is die homo- en heteroseksuele ouderen kunnen ontvangen, daar homoseksuelen vaker geen kinderen hebben en, in mindere mate, geen partner. Toch is in dit onderzoek aangetoond dat het sociale netwerk van homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar voldoende is bij een kortdurende hulpvraag en in mindere mate bij een langdurende hulpvraag, maar wanneer partner en kinderen ontbreken lijkt hen het vormgeven van langdurende informele hulp onhaalbaar. Wanneer dit het geval is zal men aangewezen zijn op formele hulp, maar men vindt dit niet bezwaarlijk. Immers, er kan uit dit onderzoek voorzichtig geconcludeerd worden dat er geen verschil is in formele hulp die homo- en heteroseksuelen kunnen ontvangen.

5.4 Woon- en zorgwensen voor de toekomst en de invloed van het sociale netwerk en welzijn

De woon- en zorgwensen zijn in dit onderzoek, conform het conceptueel model, onderzocht aan de hand van de begrippen zelfstandig wonen en woon-zorgvoorzieningen. Ten aanzien van zelfstandig wonen is in eerder onderzoek gevonden dat homoseksuele ouderen het wonen in een zorgcentrum zo lang mogelijk uit willen stellen en zij zo lang mogelijk zelfstandig willen blijven wonen (Leyerzapf et al., 2013, p. 20; Orel, 2004, pp. 66-67). Daarbij blijkt dat, voor vele ouderen die hulp of zorg nodig hebben, de huidige woonsituatie dusdanig aantrekkelijk is dat men zo lang mogelijk oplossingen nastreeft om er te kunnen blijven wonen (Kullberg, 2005, p. 37). Ook de deelnemers uit het huidige onderzoek willen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen, zij het in de eigen woning, in een meer geschikte woning of elders. Verder blijkt uit onderzoek dat met name de sociale kwaliteiten in de woonomgeving belangrijk zijn met betrekking tot de woonvoorkeuren. Immers, een goede sociale leefomgeving kan de toegang tot informele hulp vergroten en dit blijkt een belangrijk aspect met betrekking tot de haalbaarheid om lang zelfstandig te wonen (Houten, Van & Winsemius, 2010, pp. 21-23; Kullberg, 2005, p. 35). De bevindingen uit dit onderzoek sluiten hierbij aan, zeven deelnemers willen namelijk in dezelfde regio blijven wonen wanneer zij ouder worden, omdat hun sociale netwerk zich daar grotendeels bevindt. Daarentegen geven twee deelnemers juist aan dat hun sociale netwerk niet van invloed is op hun woonwensen. Eveneens lijkt het zes deelnemers ook haalbaar om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen en noemen zij

het sociale netwerk in de buurt waarop ze terug kunnen vallen bij een eventuele hulpvraag als voornaamste reden. Anderzijds zijn er ook drie deelnemers die zich niet over de haalbaarheid van zo lang mogelijk zelfstandig wonen hebben uitgelaten. Er kan uit het huidige onderzoek dus geconcludeerd worden dat homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar, net als andere ouderen, zo lang mogelijk zelfstandig willen blijven wonen. De sociale relaties in de woonomgeving blijken hierbij een belangrijke rol in te spelen.

Wat woon-zorgvoorzieningen betreft vonden Johnson en collega's (2005, p. 90) dat een overgrote meerderheid van de homoseksuele ouderen een sterke voorkeur heeft voor een woon-zorgvoorziening waarbij op zijn minst enige mate homovriendelijkheid heerst. Van de Meerdonk en collega's (2003, pp. 54-56) en Pijnappels & Finnema (2011, p. 20) vonden dat iets minder dan driekwart van de homoseksuelen hierbij de voorkeur geven aan een woon-zorgvoorziening waar zowel homo- als heteroseksuele ouderen wonen. In een woon-zorgvoorziening waar het aantal homoseksuele ouderen substantieel is, verwacht men dat dit bijdraagt aan een homovriendelijke woonomgeving waar sprake is van herkenning, respect en verdraagzaamheid, waar men zichzelf kan zijn en waar men gelijkgestemden kan ontmoeten (Fokkema, 2012, p. 5; Meerendonk, Van de et al., 2003, pp. 60-61). Wanneer zelfstandig wonen niet langer een optie is, geven de deelnemers uit dit onderzoek de voorkeur aan een woon-zorgvoorziening die op zijn minst tolerant is, zoals verwacht uit eerder onderzoek. Vijf deelnemers geven hierbij de voorkeur aan een homovriendelijke boven een algemene (niet per se op homoseksuelen afgestemde) woon-zorgvoorziening, omdat zij het belangrijk vinden ook op latere leeftijd zichzelf te kunnen zijn, gelijkgestemde te kunnen ontmoeten en geen discriminatie te ondervinden. Drie deelnemers hebben niet direct een voorkeur voor een homovriendelijke woon-zorgvoorziening boven een algemene. Tegelijkertijd blijkt uit Amerikaans onderzoek dat ongeveer twee derde de voorkeur geeft aan een homo-exclusieve woon-zorgvoorziening (Johnson et al., 2005, p. 87; Orel, 2004, pp. 66-67), terwijl Van de Meerendonk en collega's (2003, pp. 61, 74) en Pijnappels & Finnema (2011, pp. 9-10) in Nederland vonden dat ongeveer tussen één vijfde en één derde een homo-exclusieve woonvorm prefereert. In hoofdstuk twee is reeds aangegeven dat de tolerantie ten opzichte van homoseksualiteit in Amerika mogelijk als minder wordt gepercipieerd dan de tolerantie in Nederland. Doordat blijkt dat de behoefte aan homo-exclusieve woonvormen afneemt naarmate de tolerantie ten opzichte van homoseksualiteit in de maatschappij toeneemt (Pijnappels & Finnema, 2011, pp. 9-10), zou dit kunnen verklaren waarom er in Nederland minder behoefte is aan homo-exclusieve woon-zorgvoorzieningen. De voornaamste redenen om voor een homo-exclusieve woon-zorgvoorziening te kiezen zijn de hoge mate van acceptatie, begrip en erkenning, en het vermijden van discriminatie. Anderzijds wil men zich niet afzonderen van de maatschappij en is de seksuele voorkeur niet het belangrijkste in iemands leven (Meerendonk, Van de et al., 2003, pp. 55-56, 60-61, 74; Orel, 2004, pp. 66-67). Daarbij zouden homo-exclusieve woon-zorgvoorzieningen om homovriendelijkheid te vergroten, ook de diversiteit in de maatschappij juist kunnen beperken (Leyerzapf et al., 2013, p. 63). Eén deelnemer geeft de voorkeur aan het wonen in een homo-exclusieve woon-zorgvoorziening, omdat dit beter past bij zijn huidige leven en hij meent zich meer thuis te voelen tussen gelijkgestemden. Ook was er één deelnemer die geen voorkeur heeft voor het wonen in een homovriendelijke of homo-exclusieve woon-zorgvoorziening. Daarentegen waren er zeven deelnemers die niet de voorkeur geven aan homo-exclusieve woon-zorgvoorziening. De voornaamste reden dat deze deelnemers niet in een homo-exclusieve woon-zorgvoorziening willen wonen, is omdat het hen simpelweg niet leuk lijkt en zij ook niet de behoefte hebben om enkel met andere homoseksuelen om te gaan. Twee deelnemers geven tevens aan zich sowieso nooit sterk met de homoseksuele gemeenschap verbonden te hebben gevoeld. Daarbij stellen vier deelnemers niet in een homo-exclusieve woon-zorgvoorziening te willen wonen, omdat de wereld zo ook niet is ingericht. Eén deelnemer merkte hierbij expliciet op dat dit de emancipatie van homoseksuelen teniet zou kunnen doen. Deze bevindingen komen niet geheel overeen met die uit eerdere onderzoeken, waarin een hoger aandeel homoseksuelen is gevonden die de voorkeur geven aan een homo-exclusieve woon-

zorgvoorziening. Het gevonden verschil met het huidige onderzoek kan mogelijk verklaard worden doordat er in dit onderzoek sprake was van een kleine steekproef, of doordat de mate van tolerantie in de maatschappij de afgelopen jaren toegenomen is. Wanneer er gekeken wordt naar openbare en particuliere woon-zorgvoorzieningen, blijkt dat bijna drie kwart van de homoseksuele ouderen aangeeft interesse te hebben in kleinschalige woonprojecten die gericht zijn op gezamenlijk wonen, maar dat dit niet enkel particuliere woonvormen betreft (Pijnappels & Finnema, 2011, pp. 9-10). Deze bevinding is in het huidige onderzoek ook gedaan en het blijkt dat acht deelnemers het wonen in een particuliere woon-zorgvoorziening aanspreekt. Echter, slechts de helft van hen geeft hier de voorkeur aan boven een openbare woon-zorgvoorziening. De voornaamste reden dat deze deelnemers de voorkeur geven aan een particuliere woon-zorgvoorziening is het feit dat zij dan zelf mensen kunnen uitzoeken waarmee ze willen wonen. Ook benadrukte één deelnemer de mogelijkheid tot het organiseren van sociale activiteiten en zorg als een voordeel. Wel stellen deze deelnemers het hebben van een eigen ruimte binnen zo'n particulier woon-zorgcomplex als voorwaarde. Voor drie deelnemers is het om het even en zij hebben niet direct een voorkeur voor een particuliere woon-zorgvoorziening boven een openbare. Twee van hen vinden de aanwezigheid van een gemeenschappelijke ruimte om sociale activiteiten te organiseren en anderen te ontmoeten belangrijker dan de soort woonvorm. Tot slot spreekt één deelnemer het wonen in een particuliere woon-zorgvoorziening wel aan, maar geeft hij toch de voorkeur aan een zelfstandige woning. Het wonen in een particuliere woon-zorgvoorziening sprak één deelnemer niet aan, omdat dit te weinig zelfstandigheid biedt. Uit dit onderzoek kan dus geconcludeerd worden dat voor homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar acceptatie/tolerantie hoog in het vaandel staat bij hun woonwensen voor de toekomst, wanneer zelfstandig wonen niet langer een optie is. De soort woonvorm die zij hierbij prefereren is divers, maar tegelijkertijd ook minder van belang, zolang zij maar ook op latere leeftijd nog zichzelf kunnen zijn.

Uit eerder onderzoek komt niet direct naar voren dat homoseksuelen meer met de toekomst bezig zijn vanwege hun homoseksualiteit, maar wel dat volgens een kwart van hen het ouder worden een grotere belasting vormt dan voor heteroseksuele ouderen (Meerendonk, Van de et al., 2003, p. 48). Met name de vraag wie er later voor hen zal zorgen en wat er gebeurd als men in een (homo onvriendelijke) woon-zorgvoorziening terecht komt, spelen hierbij een rol (Gabrielson, 2011, p. 357; Schuyf, 2011, p. 26). Evenzo blijkt uit eerder onderzoek met betrekking tot woon- en zorgbehoeften dat de toekomstige homoseksuele ouderen hun rechten als homoseksueel zullen claimen en niet van plan zijn op hun seksuele identiteit te verbergen, maar dat tegelijkertijd hun seksuele voorkeur niet het belangrijkste in hun leven is (Haber 2009, p. 270; Meerendonk, Van de et al., 2003, pp. 55-56). Hierop aansluitend geven zeven deelnemers uit dit onderzoek aan niet meer met de toekomst bezig te zijn vanwege hun homoseksualiteit. Wel zijn vier van deze deelnemers van mening dat hun toekomst er anders uitziet dan die van een heteroseksueel, omdat ze homoseksueel zijn. Drie van hen stellen dat hun homoseksualiteit erg van invloed is op hun leven. Daarentegen zijn er vier deelnemers die deze ervaring niet hebben. Twee deelnemers zijn wel meer met de toekomst bezig vanwege hun homoseksualiteit en het feit dat zij geen kinderen hebben speelt hierbij de voornaamste rol. Eén van hen geeft aan dat zodoende eventuele zorg minder vanzelfsprekend is en de ander bevestigd zich hierdoor het nut van zijn leven meer. Uit het voorgaande kan geen eenduidig conclusie worden getrokken over de vraag in hoeverre de geaardheid van homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar van invloed is op hun toekomst. Daar de deelnemers hier tegengestelde meningen over hebben lijkt de meest voor de hand liggende constatering dat hoe men met de toekomst bezig is per persoon verschilt en dat de rol die de homoseksualiteit hierin speelt niet per se van invloed hoeft te zijn.

Ten aanzien van de vierde onderzoeksvraag: *Welke woon- en zorgwensen hebben homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar voor de toekomst, en hoe zijn hun welzijn en sociale hulpbronnen hierop van invloed?* kan dus geconcludeerd worden dat iedereen zo lang mogelijk zelfstandig wilt blijven wonen en wanneer zij aangewezen zijn op een woon-zorgvoorziening met

name de mate van acceptatie/tolerantie en de mogelijkheid om zichzelf te kunnen zijn de belangrijkste uitgangspunten zijn. Deze zijn belangrijker dan de soort woon-zorgvoorziening, alhoewel de voorkeur niet ligt bij homo-exclusieve woon-zorgvoorzieningen. De voornaamste argumenten hiertegen zijn dat het men niet leuk lijkt om enkel met andere homoseksuelen om te gaan, de wereld zo ook niet is ingericht of men zich niet dusdanig sterk met de homoseksuele gemeenschap verbonden voelt. Het welzijn van homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar is redelijk tot goed en lijkt zodoende van beperkte unieke invloed op hun woon- en zorgwensen voor de toekomst. Tegelijkertijd kan uit dit onderzoek voorzichtig geconcludeerd worden dat het homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar haalbaar lijkt om lang zelfstandig te blijven wonen, mits zij in dezelfde regio blijven wonen. Dit omdat hier hun sociale netwerk zich grotendeels bevindt, waarop zij een beroep kunnen doen bij een eventuele hulpvraag. Tot slot lijkt dat hoe men met de toekomst bezig is vooral per persoon verschillend te zijn en dat de rol die homoseksualiteit speelt bij de woon- en zorgwensen voor de toekomst hierbij niet per se van invloed is.

5.5 Reflectie

5.5.1 Sterke en zwakke punten van het onderzoek

In deze paragraaf worden eerst de zwakke punten van het onderzoek uiteengezet, waarna de sterke punten van het onderzoek worden belicht. Het eerste zwakke punt binnen het huidige onderzoek is het feit dat er door een beperkt respondentenaantal, weinig heterogeniteit binnen de respondentengroep was. Ondanks zorgvuldige selectie van respondenten en het streven naar diversiteit, was er na negen interviews al sprake van saturatie. Dit zou kunnen betekenen dat de gevolgde selectieprocedure toch een te beperkt bereik opleverde. Een voorbeeld daarvan is dat het geen enkele respondent met een migratieachtergrond heeft opgeleverd. Hierdoor zijn de gevonden resultaten niet generaliseerbaar naar de complete doelgroep homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar, en moeten de gedane bevindingen met zorg ter hand worden genomen. De externe validiteit van dit onderzoek is zodoende beperkt. Desalniettemin is de methode van saturatie gevolgd, omdat dit onderzoek in eerste instantie van explorerende aard was. Een tweede zwak punt aan dit onderzoek is het feit dat het sterk gebonden is aan de Nederlandse context. Uitsluitend zijn er interviews geweest met autochtone Nederlanders en is er geen sprake geweest van etnische diversiteit binnen deze groep. Zodoende is er voorbij gegaan aan levensloopervaringen die zijn opgedaan vanuit een andere culturele achtergrond. Dit maakt dat, alhoewel de participanten zeer divers waren in hun levensloopervaringen, er enkel rekening gehouden is met een specifieke Nederlandse context. Een context die ook continue aan verandering onderhevig is, waardoor de levensloopervaringen met de tijd een andere invloed kunnen uitoefenen op de woon- en zorgwensen voor de toekomst, dan in dit huidige onderzoek is gevonden. Echter, waar onderzoek context afhankelijk is, is de invloed van de tijd immer moeilijk te beperken. Het derde zwakke punt is dat in dit onderzoek niet het gehele spectrum van homoseksualiteit is meegenomen. Dit onderzoek heeft zich enkel gericht op homoseksuele mannen en lesbische vrouwen en zodoende mensen met biseksuele gevoelens uitgesloten. Deze keuze is gemaakt, omdat er op voorhand weinig literatuur te vinden was over huidige biseksuele ouderen, waardoor het in dit onderzoek niet mogelijk was eventuele vergelijkingen met deze groep te maken. Tot slot hebben de semi gestructureerde interviews er soms ook toe geleid dat de sturing op de interviews niet altijd even strak was. Hierdoor is er ook data verzameld die niet direct bruikbaar was voor dit onderzoek. Tevens leidde dit tot een lastigere dataverwerking en analyse, wat meer tijd innam dan wanneer de onderzoeker meer sturing aan de interviews had gegeven. Dit heeft mogelijk de interne validiteit van dit onderzoek beperkt. Desalniettemin is er voor deze methode gekozen, opdat er opzoek kon worden gegaan naar de diversiteit in levenservaringen.

Het eerste sterke punt aan dit onderzoek is dat de verzamelde data erg rijk aan informatie is. Dit kwam door het feit dat de respondenten op verschillende manieren zijn geworven waardoor er,

ondanks dat de groep een vrij Nederlandse samenstelling had, binnen deze groep een diverse set aan homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar is geïnterviewd. Binnen deze groep is er op zoek gegaan naar de diversiteit in levensloopervaringen en opvattingen, die ook gevonden is, waarbij de focus niet enkel lag op homoseksualiteit. Een tweede sterk punt aan dit onderzoek is dat er niet alleen naar problemen in de levensloop is gekeken, maar juist ook naar manieren waarop men zich goed kan voelen. Zodoende is er in dit onderzoek een hoge mate van oplossingsgerichtheid, wat concrete aanwijzingen heeft opgeleverd om het succesvol ouder worden van toekomstige homoseksuele ouderen te bevorderen. Als derde is het feit dat er gebruik is gemaakt van semi gestructureerde interviews met een beperkt aantal kernthema's een sterk punt aan dit onderzoek. Hierdoor hadden de participanten veel ruimte om naar vrijheid over hun ervaringen te spreken en dingen aan te dragen die zij belangrijk achtten. Zodoende is de ruimte geboden om het eigen levensverhaal te construeren, zonder beperkt te worden door sturende vragen. Ten vierde kan worden opgemerkt dat doordat de interviews bij de participanten thuis zijn gehouden, de participanten zich op hun gemak leken te voelen en eerlijk leken te antwoorden, waardoor de kans op sociaal wenselijke antwoorden aanzienlijk is gedrukt in dit onderzoek. Dit bevorderde de ecologische validiteit van het onderzoek.

Tot slot kan er overkoepelend gezegd worden dat de uitkomsten van het huidige onderzoek, vergeleken met het eerder gedane onderzoek in Nederland, gunstiger lijken. Het feit dat er in het huidige onderzoek gekeken is naar een andere generatie homoseksuelen met een andere levensloop lijkt hieraan debet en heeft haar invloed op de woon- en zorgwensen voor de toekomst. Anderzijds, is het niet uit te sluiten dat met het ouder worden en het optreden van beperkingen, ook voor deze nieuwe generatie homoseksuele ouderen tekorten ontstaan in hun welzijn en sociale hulpbronnen die zij nu nog niet kunnen voorzien.

5.5.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

In deze paragraaf worden op basis van de getrokken conclusies en de sterke en zwakke punten van het onderzoek aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek. Als eerste wordt aanbevolen om een gelijksoortig onderzoek te verrichten onder homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar, waarbij er een representatieve steekproef wordt getrokken vanuit de gehele populatie. Hiermee wordt de externe validiteit van het onderzoek vergroot en zijn de resultaten generaliseerbaar naar de gehele populatie. Helaas zal het trekken van een representatieve steekproef een zeer moeilijke opgave zijn, daar homoseksuelen niet zichtbaar te onderscheiden zijn in de samenleving en ook niet iedereen open is over zijn of haar seksuele geaardheid. Een alternatief hiervoor zou zijn om, wanneer er sprake is van een representatief onderzoek onder de algehele populatie, een vervolgonderzoek te doen onder personen met homoseksuele gevoelens en daarbij nader in te zoomen op deze specifieke achtergrond. In ieder geval verdient het de aanbeveling om het huidige onderzoek onder een grotere groep te herhalen, die een beter afspiegeling vormt van de groep homoseksuelen tussen de 45 en 65 jaar in Nederland. Wellicht zou het onderzoek dan of kwantitatief moeten worden opgezet gezien de hoeveelheid respondenten dat nodig is, of zou een kwalitatief onderzoek kunnen worden herhaald, maar dan met focusgroepen. Dit laatste geniet wellicht in eerste instantie de voorkeur, daar het huidige onderzoek slecht een eerste verkenning is en er mogelijk in vervolgonderzoek op zoek gegaan kan worden naar verklaringen. Een tweede aanbeveling is om in vervolgonderzoek rekening te houden met de culturele achtergrond van de respondenten. Daar er homoseksuelen zijn die op latere leeftijd naar Nederland zijn gekomen of zijn opgegroeid in een gezin met een andere etnische achtergrond en zodoende levensloopervaringen hebben die niet eender zijn met de specifieke Nederlandse context. Wanneer dit gedaan wordt, zal dit een verdieping geven omtrent de invloed van de levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit op de woon- en zorgwensen voor de toekomst en kan er een meer inclusief beeld gepresenteerd worden. Tot slot verdient het de aanbeveling om het gehele spectrum van homoseksualiteit te betrekken en zodoende ook onderzoek te doen onder toekomstige biseksuele ouderen. Deze groep wordt momenteel in de literatuur veelal gepasseerd en over hun

levensloopervaringen is zodoende weinig bekend. Wanneer ook zij worden meegenomen in onderzoek, kan er een meer valide beeld ontstaan over het gehele spectrum van homoseksualiteit en de invloed van levensloopervaringen op de woon- en zorgwensen voor de toekomst.

Literatuurlijst

- Addis, S., Davies, M., Greene, G., MacBride-Stewart, S & Shepherd, M. (2009). The health, social care and housing needs of lesbian, gay, bisexual and transgender older people: A review of the literature. *Health and Social Care in the Community*, 17(6), pp. 647-658.
- Anno (2006). Zestig jaar homo-emancipatie. <http://www.kennislink.nl/publicaties/zestig-jaar-homo-emancipatie> [Geciteerd 14 oktober 2017].
- Blando, J.A. (2001). Twice hidden: Older gay and lesbian couples, friends, and intimacy. *Generations*, 25(2), pp. 87-89.
- Blok, S.A. (2013). Vergrijzing, extramuralisering en toezegging actieplan ouderenhuisvesting. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.
- Boeije, H., Hart, H. 't & Hox, J. (2009). Onderzoeksmethoden. Den Haag: Boom Lemma uitgevers. Achtste druk.
- Brotman, S., Ryan, B. & Cormier, R. (2003). The health and social service needs of gay and lesbian elders and their families in Canada. *The Gerontologist*, 43(2), pp. 192-202.
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods*. Oxford: University Press. Fourth edition.
- Cahill, S. & South, K. (2002). Policy issues affecting lesbian, gay, bisexual, and transgender people in retirement. *Generations*, 26(2), pp. 49-54.
- Campen, C. van (2008). Grijswaarden: monitor ouderenbeleid 2008. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Campen, C. van (2011). Kwetsbare ouderen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Cant, B. (2005). Exploring the implications for health professionals of men coming out as gay in healthcare settings. *Health and Social Care in the Community*, 14(1), pp. 9-16.
- Centraal Bureau voor de Statistiek, Statline databank. Voorburg/Heerlen, 30 oktober 2017. <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=80745ned&D1=0&D2=0&D3=0,129-130,1&D4=0&D5=5,29-31,1&HDR=T,G2&STB=G1,G3,G4&VW=T>
- D'Amico, E. & Julien, D. (2012). Disclosure of sexual orientation and gay, lesbian, and bisexual youths' adjustment: associations with past and current parental acceptance and rejection. *Journal of GLBT Family Studies*, 8(3), pp. 215-242.
- Felten, H. & Boote, M. (2015). Handreiking LHBT-emancipatie: Feiten en cijfers op een rij. Utrecht: MOVISIE.
- Fokkema, T. (2012). Ouderenzorg moet homovriendelijker. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 3(1), pp. 4-6.
- Fredriksen-Goldsen, K.I., Kim, H.J., Barkan, S.E., Muraco, A. & Hoy-Ellis, C.P. (2013). Health disparities among lesbian, gay, and bisexual older adults: Results from a population-based study. *American Journal of Public Health*, 103(10), pp. 1802-1809.
- Gabrielson, M.L. (2011). "I will not be discriminated against" Older lesbians creating new communities. *Advances in Nursing Science*, 34(4), pp. 357-373.
- Geschiedenis24 (2014). Een huis voor bejaarden. <http://www.geschiedenis24.nl/andere-tijden/afleveringen/2010-2011/Een-huis-voor-bejaarden.html> [Geciteerd 14 oktober 2017].
- Giesbers, H., Verweij, A., Beer, J. de (2013). Vergrijzing: Wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/toekomst/> [Geciteerd 14 oktober 2017].
- Graaf, A. de & Loozen, S. (2005). Wonen zonder partner. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Haber, D. (2009). Gay aging. *Gerontology & Geriatrics Education*, 30, pp. 267-280.
- Hamilton, C.J. & Mahalik, J.R. (2009). Minority stress, masculinity, and social norms predicting gay men's health risk behaviors. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), pp. 132-141.

- Houten, M. van & Winsemius, A. (2010). *Participatie ontward: Vormen van participatie uitgelicht*. Utrecht: MOVISIE, kennis en advies voor maatschappelijke vernieuwingen.
- Huijsman, R. (2013). *Hoe slaagt de mol? Management, organisatie & leiderschap voor toekomstige ouderenzorg*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Johnson, M.J., Jackson, N.C., Arnette, J.K. & Koffman, S.D. (2005). Gay and lesbian perceptions of discrimination in retirement care facilities. *Journal of Homosexuality*, 49(2), pp. 83-102.
- Keuzenkamp, S. (2011). *Acceptatie van homoseksualiteit in Nederland 2011: Internationale vergelijking, ontwikkelingen en actuele situatie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Keuzenkamp, S., Kooiman, N. & Lisdonk, J. van (2012). *Niet te ver uit de kast: Ervaringen van homo- en biseksuelen in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Keuzenkamp, S. & Kuyper, L. (2013). *Acceptatie van homoseksuelen, biseksuelen en transgenders in Nederland 2013*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kullberg, J. (2005). *Ouderen van nu en van de toekomst: Hun financiële spankracht, zorgbehoefte en woonwensen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Leyerzapf, H., Visse, M., Beer, A. de & Abma, T. (2013). *Op weg naar betere roze ouderenzorg: via gelijkwaardige ontmoeting en erkenning van 'verschil' naar ruimte voor seksuele diversiteit*. Amsterdam: VU medisch centrum.
- Loeff, K., Meijel, L. van & Opmeer, P. (2005). *Bejaardentehuizen: categoriaal onderzoek wederopbouw 1940-1965*. Zeist: Rijksdienst voor de Monumentenzorg.
- Meerendonk, B. van de, Adriaansen, R. & Vanwesenbeeck, I. (2003). *Zorgbehoeften van en zorgverlening aan lesbische en homoseksuele ouderen in Nederland*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep/Schorerstichting.
- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (2007). *Gewoon homo zijn: Lesbisch- en homo-emancipatiebeleid 2008-2011*. Den Haag: Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.
- MOVISIE (2012). *Roze ouderen*. <https://www.movisie.nl/artikel/roze-ouderen> [Geciteerd 14 oktober 2017]
- Nationaal Ouderen Fonds (2014). *Feiten en Cijfers*. http://www.ouderenfonds.nl/wie_zijn_wie/organisatie/feiten_en_cijfers [Geciteerd 14 oktober 2017].
- Orel, N.A. (2004). Gay, lesbian, and bisexual elders: Expressed needs and concerns across focus group. *Journal of Gerontological Social Work*, 43(2/3), pp. 57-77.
- Padilla, Y. C., Crisp, C., & Rew, D. L. (2010). Parental acceptance and illegal drug use among gay, lesbian, and bisexual adolescents: results from a national survey. *Social Work*, 55(3), pp. 285-275.
- Pijnappels, C. & Finnema, E. (2011). *Woonwensen Roze Ouderen in Rotterdam: Een kwalitatief onderzoek naar de woonwensen van homoseksuele ouderen in Rotterdam, in opdracht van Rotterdam Verkeert*. Rotterdam: Kenniskring Samenhang in de Ouderenzorg.
- Price, E. (2005). All but invisible: Older gay men and lesbians. *Nursing older people*, 17, pp. 16-18.
- Raad voor de leefomgeving en infrastructuur (2014). *Langer zelfstandig, een gedeelde opgave van wonen, zorg en welzijn*. Den Haag: Raad voor de leefomgeving en infrastructuur.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2017). *Vergrijzing*. <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/bevolking/cijfers-context/vergrijzing> [Geciteerd 14 oktober 2017].
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123(1), pp. 346-352.
- Schuyf, J. (2011). *'De roze oudere is bijna een gewoon mens'*. Groenboek Tweede Roze Belweek 2011. Consortium Consortium Roze 50plus: ANBO, COC Nederland, MOVISIE, Schorer.
- Schuyf, J. & Dankmeijer, P. (2005). *Homobeleid uitgelicht: Een praktische gids voor lokaal beleid*. Amsterdam: Schorer Boeken en Kenniscentrum Lesbische en Homo-emancipatiebeleid.

- Schuyf, J. & Stoop, R. (2007). Ouderen en homoseksualiteit: Beleidsmogelijkheden ten behoeve van oudere homoseksuelen. Utrecht: MOVISIE, kennis en advies voor maatschappelijke vernieuwingen.
- Steyaert, J. & Kwekkeboom, R., (red.) (2012). De zorgkracht van sociale netwerken. Utrecht: MOVISIE, kennis en advies voor maatschappelijke vernieuwingen.
- Soa aids Nederland (2014). Soa-cijfers: Geschatte landelijke soa-cijfers over 2011. <http://www.soa aids.nl/nl/soas/veel-voorkomende-soas/cijfers> [Geciteerd 21 oktober 2017].
- Trienekens, S.C.M., Koedijk, F.D.H., Broek, I.V.F. van den, Vriend, H.J., Op de Coul, E.L.M., Veen, M.G. van, Sighem, A.I. van, Stirbu-Wagner, I. & Sande, M.A.B. van der (2012). Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2011. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment.
- Vaughan, M. D. & Waehler, C. A. (2009). Coming Out Growth: Conceptualizing and Measuring Stress-Related Growth Associated with Coming Out to Others as a Sexual Minority. *Journal of Adult Development*, 17, pp. 94-109.
- Vierstroom Ledenservice (2014). Vierstroom. Amsterdam: Rhbm Publishing.

Bijlagen

Bijlage 1 – Topiclijst

Introductie:

- **Voorstellen**
- **Introductie onderzoek**
- **Anonimiteit / Opnemen**
- **Geen goede/foute antwoorden**
- **Structuur / Duur interview**

I. Achtergrondinformatie:

- **Persoonskenmerken** (*voornaam, leeftijd, geslacht, opleidingsniveau*)
- **Leefsituatie** (*partner, kinderen, woonsituatie*)

I. Levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit:

- **Coming-out** (*wanneer, reactie door familie/vrienden/bekenden*)
- **Acceptatie / Tolerantie** (*sociale omgeving, maatschappij; voorbeelden*)
- **Beperkingen / Hetero-normativiteit** (*zichzelf kunnen zijn, uiten van homoseksualiteit, mate van rekening houden met homoseksuelen in samenleving; voorbeelden*)
- **Discriminatie / Stigmatisering** (*gepest, uitgescholden, bedreigd, genegeerd, buitengesloten, geslagen, etc.; voorbeelden*)

II. Gezondheid:

- **Lichamelijke gezondheid** (*voeding/gewicht, roken, alcohol, drugs*)
- **Psychische gezondheid** (*eenzaamheid, depressiviteit, gedachten aan zelfmoord*)
- **Relatie gezondheid en homoseksualiteit** (*zelf, generatiegenoten; lichamelijk, psychisch*)

IV. Sociale hulpbronnen:

- **Contacten** (*met wie, invloed homoseksualiteit*)
- **Ondersteuning vanuit het netwerk** (*door wie, verschil korte of lange periode, voldoende nu en later*)
- **Relatie sociaal netwerk en homoseksualiteit** (*verschil in hulp; informeel/formeel*)

V. Wonen:

- **Zelfstandig wonen** (*haalbaar, invloed gezondheid en sociale netwerk*)
- **Woon-zorgvoorzieningen** (*homovriendelijk, homo-exclusief, particulier*)
- **Invloed homoseksualiteit op de toekomst**

Bijlage 2 – Handleiding interviews

Introductie

Hartelijk dank voor uw deelname aan dit interview. Mijn naam is Joost en momenteel ben ik bezig met mijn masterscriptie in het kader van mijn studie *urban geography* oftewel stadsgeografie. Deze scriptie gaat over het langer zelfstandig wonen van ouderen, waarbij ik specifiek onderzoek ga naar de woon- en zorgwensen van homoseksuele mannen en vrouwen die zij hebben voor de toekomst. **Het doel van dit interview is om inzicht te krijgen in uw levensloopervaringen met betrekking tot homoseksualiteit en de invloed hiervan op uw woon- en zorgwensen op latere leeftijd.** Graag zou ik het interview opnemen op een geluidsrecorder, als u dit toestaat. De antwoorden die u geeft worden anoniem verwerkt en zijn niet tot u te herleiden. Het interview gaat over uw ervaringen en percepties en er bestaan geen goede of foute antwoorden. Dit interview is onderverdeeld in vijf thema's en graag zou ik met u praten over uw levenservaringen met betrekking tot homoseksualiteit, uw gezondheid, uw sociale netwerk en hoe u de toekomst ziet. Het interview zal ongeveer een half uur tot een uur duren. Heeft u nog vragen voordat we beginnen?

I. Achtergrondinformatie

In het eerste deel van het interview zou ik graag wat algemene gegevens van u willen weten, om bij de verwerking te kunnen kijken hoe uw huidige situatie is in vergelijking met andere participanten.

II. Levenservaringen

Bij het tweede gedeelte van dit interview zou ik graag meer willen weten over uw levensloop. Allereerst zou ik graag meer willen weten over uw *coming-out*; wanneer dit was, hoe dit voor u was en wat de reacties van uw omgeving hierop waren. Ten tweede gaat het om uw ervaringen omtrent homoseksualiteit en ben ik op zoek naar hoe het voor u is om homoseksueel te zijn en hoe dit uw leven (heeft) beïnvloed.

III. Gezondheid

Dan zijn we nu aangekomen bij de vragen over gezondheid. Graag wil ik het met u hebben over uw lichamelijke en psychische gezondheid, alsook over de relatie tussen gezondheid en homoseksualiteit. *Ter herinnering: u bent vrij om te antwoorden en de verkregen informatie wordt vertrouwelijk verwerkt.*

IV. Sociaal netwerk

In dit gedeelte wil ik met u praten over uw sociale netwerk, hierbij verkrijg ik graag meer inzicht in uw sociale relaties. Daarnaast wil ik het met u hebben over ondersteuning vanuit het sociale netwerk, hierbij gaat het er met name om op wie u een beroep kunt doen als u hulp nodig heeft. Tevens komt de relatie tussen homoseksualiteit en het sociale netwerk aan bod.

V. Toekomst

We zijn nu aangekomen bij het vijfde en laatste deel van dit interview. Dit gedeelte gaat over het wonen op latere leeftijd. Momenteel trekt de overheid zich terug als primaire zorginstantie en komen de verantwoordelijkheden voor wonen en zorg steeds meer bij de mensen zelf te liggen. Toekomstige ouderen zullen dus moeten denken over hun woon- en zorgwensen voor de toekomst en aan de hand van de vragen in dit gedeelte wil ik te weten hoe u hier over denkt. Ook hierbij komt de rol van homoseksualiteit weer aan bod.

Aan het einde van dit gedeelte is er nog ruimte voor overige opmerkingen, mocht u die hebben.

Uitleg woon-zorgvoorzieningen:

- Homovriendelijke: Homovriendelijke woon-zorgvoorzieningen zijn, zoals het woord al zegt, woon-zorgvoorzieningen voor ouderen die homovriendelijk zijn. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om het wonen in een verzorgingshuis of aanleunwoning bij een instelling die als homovriendelijk bekend staat, maar waar ook heteroseksuele medebewoners zijn.
- homo-exclusief: homo-exclusieve woon-zorgvoorzieningen zijn woon-zorgvoorzieningen die exclusief voor homoseksuele mannen en vrouwen zijn. Dit kan zowel in een gemengd (mannen en vrouwen) als gescheiden (alleen mannen of vrouwen) vorm. Bij deze vorm van woon-zorgvoorzieningen zijn er dus geen heteroseksuele medebewoners.
- Particuliere: Bij particuliere woon-zorgvoorzieningen gaat het om kleinschalige projecten waarbij mensen gezamenlijk wonen, al dan niet met een gezamenlijke ruimte. Hier kan het bijvoorbeeld gaan over het kopen van een wooncomplex en daarbij het gezamenlijk inkopen van zorg, maar ook om bijvoorbeeld een aparte sectie voor homoseksuelen in een reeds bestaand complex. Dit concept komt redelijk overeen met de homo-exclusieve woon-zorgvoorzieningen, maar het gaat hier meer om particuliere projecten, waar mensen voor kiezen zonder dat ze direct een zorgbehoefte hebben, maar bijvoorbeeld eenzaamheid willen tegengaan en alvast investeren in wonen voor de toekomst.

Hartelijk dank voor het beantwoorden van deze vragen!