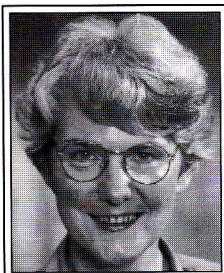


Sekseneutraliteit is een gevaarlijke fictie in het denken over zorg. Door rekening te houden met sekseverschillen kunnen zorgbehoeften beter worden ingeschat, is een grotere cliëntvriendelijkheid te verwezenlijken en hebben kwaliteitsbevorderende maatregelen een grotere kans van slagen. Het opgeven van sekseneutraliteit is een eerste stap op weg naar het denken in termen van diversiteit zoals dat in de toekomst nodig zal zijn.

Kwaliteitsbevorderende maatregelen voor vrouwen in het verzorgingshuis



door prof. dr. J van Mens-Verhulst

Janneke van Mens-Verhulst is werkzaam aan de Universiteit Utrecht (Vagroep Klinische en Gezondheidspsychologie); zij doet onderzoek naar sekspecifieke, emancipatorische en cliëntgerichte vormen van hulp, met name vrouwenhulpverlening. Van 1995-1997 was zij als gasthoogleraar verbonden aan de Universiteit voor Humanistiek op het vakgebied "Feminisme, Humanisme en Emancipatievraagstukken, in het bijzonder Vrouwenhulpverlening."

Levensloop van vrouwen en mannen

Er zijn allerlei aanwijzingen dat de zorgbehoeften van vrouwen niet gelijk zijn aan die van mannen, ook niet als ze in de vierde levensfase zijn gekomen en in hoge mate op anderen zijn aangewezen voor hun verzorging. De verschillen in zorgbehoeften zijn tot op grote hoogte te verklaren uit de verschillende levensloop van vrouwen en mannen en de opvattingen en vaardigheden die daarmee gepaard gaan.

De vrouwen die nu in verzorgingstehuizen wonen, horen tot de "oudere ouderen". Globaal genomen zijn ze geboren voor 1920. Dit betekent dat ze qua levensloop meestal de volgende punten gemeenschappelijk hebben. Opleiding werd niet zo belangrijk gevonden, want de vanzelfsprekende bestemming lag voor meisjes toch in het huwelijk en het moederschap.

Seksualiteit en alles wat daarmee samenhangt, was met allerlei taboes omgeven. De voornaamste taken waren het huishouden en de opvoeding van de kinderen. Als huismoeder werd je bovendien geacht de zorg voor zieke familieleden en burens op je te nemen. In de dertiger jaren werd openlijk gepleit voor het verbod op arbeid voor gehuwde vrouwen: wie toch werkte werd beschouwd als iemand die een eerzame huisvader het brood uit de mond stootte. Het kwam zelden voor dat een vrouw zonder haar man het huis verliet voor een vergadering, dat men sociaal participeerde. Overigens schets ik hiermee vooral de middenklasse. In de praktijk probeerden vele vrouwen, zeker ten tijde van de crisis en in de oorlog, de armoede te keren door "mee te helpen" in het bedrijf, naaiwerk of ander thuiswerk te verrichten of werkhuizen te nemen. Voor dit "afwijkende" gedrag moesten ze zich echter wel excuseren; zo werd de norm van "niet-buitenshuis-werken" in stand gehouden, zelfs door degenen die hem niet naleefden.

Door deze voorgeschiedenis waren en zijn vrouwen van deze generaties voornamelijk gericht op de privé-sfeer. Met sociale participatie hebben ze meestal weinig ervaring. Tengevolge van hun geringere kansenstructuur hebben deze oudere

vrouwen een achterstand ten opzichte van hun mannelijke leeftijdgenoten, zowel op educatief, als op sociaal en financieel gebied. Bovendien zijn ze vaak weinig bedreven in het invullen van hun vrije tijd, want het huisvrouwenbestaan vereiste een permanente beschikbaarheid die niet begrensd werd door de pensioengerechtigde leeftijd.

Een andere factor die samengaat met de traditionele vrouwelijke levensloop is een psychische oriëntatie gericht op de verbondenheid met en zorg voor anderen en gekenmerkt door een geneigdheid tot zelfopoffering. Zo'n houding leidt op langere termijn echter gemakkelijk tot een chronisch zorgtekort waar het de vrouw zelf betreft.

Het verhaal van hoogbejaarde mannen is in deze opzichten wezenlijk anders, want zij werden vooral op hun kostwinner-schap afgerekend. Mannen moesten zich volgens dezelfde ideologie juist buitenshuis handhaven en daarbij niet toegeven aan emoties. Vaak hebben de oudere "oudere-mannen" nog na hun pensionering geleerd met vrije tijd om te gaan. Daarbij konden ze profiteren van hun gunstiger kansenstructuur, in de vorm van betere financiële omstandigheden, meer opleiding, grotere bestuurlijke ervaring en niet te vergeten automobilititeit.

De aanwezigheid van zorg was voor hen een vanzelfsprekendheid en voor hun sociaal netwerk hoefden ze weinig moeite te doen. Daarin werd voorzien: door moeders, zusters, dochters en huishoudsters.

Betekenis van zorg

Mannen en vrouwen verschillen door hun levensloop overigens niet alleen in sociale participatie, het omgaan met vrije tijd en zorgtekort, maar ook in de betekenis die ze aan zorg hechten. Dezelfde zorg heeft, alleen al door de sekseverschillen in voorgeschiedenis, voor haar een andere betekenis dan voor hem. Voor hem betekent zorg ontvangen een rolcontinuering; voor haar een rolwisseling en een aantasting van haar zingevingskader.

Zij heeft doorgaans andere opvattingen over wat goede zorg is dan hij. Zij verwacht bijvoorbeeld dat de zorg vanuit persoonlijke aandacht wordt gegeven. Dit veronderstelt een aanpassing aan het levensritme van de verzorgde, dus: een stukje lopen als je een beetje fit voelt, een gesprekje als je je eenzaam voelt, troost bij een gedwongen afscheid en niet alleen wanneer de verzorgenden vijf minuutjes over hebben. Zorg moeten ontvangen is voor haar, meer dan voor hem, een aantasting van identiteit en eigenwaarde. Juist daarom telt

de manier waarop de zorg gegeven wordt zo zwaar. Moeten vragen om verzorging, er op moeten wachten en erover moeten onderhandelen, maken het nog moeilijker de aftakeling en het verlies aan handelingsvermogen te aanvaarden. Bovendien, voor jezelf opkomen is (als je dat in je leven nog nooit expliciet hebt gedaan en ook niet geacht werd te doen) niet eenvoudig meer te leren op je tachtigste.

Vrouwvriendelijkheid en het verzorgingstehuis

In verzorgingstehuizen wonen driemaal zoveel vrouwen als mannen (1987). Deze verhouding is opmerkelijk omdat door het indicatiestellingssysteem mannen eerder worden toegelaten tot verzorgingstehuizen dan vrouwen. Ze scoren namelijk ongunstiger op de lijst van huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL), want ze hebben minder vaak geleerd om zich te redden met afwassen, koken, de was doen en schoonmaken.

Vrouwen krijgen vaak pas een indicatiestelling als ze een slechte score hebben op de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) (dat wil zeggen, dat ze dan al moeite hebben met zichzelf wassen, aan- en uitkleden, zelfstandig opstaan en lopen en dat er geen genezing meer mogelijk is). Dit is bijvoorbeeld het geval bij de vele hoogbejaarde vrouwen die aan botontkalking, reuma of dementie lijden.

Verzorgd worden in een tehuis grijpt diep in in het authentieke levenspatroon van vrouwen, omdat ze de regie kwijtraken over levensgebieden die voor een belangrijk deel hun eigenwaarde bepaalden en bepalen, zoals lichamelijke verzorging, uiterlijk en maaltijden. Immers, wie hulp bij het douchen nodig heeft, mag meestal niet meer zelf bepalen welke dag - laat staan welke tijd haar het beste uitkomt en of ze haar haar nu wel of niet gewassen wil hebben. Wie zich niet meer zelf kan aankleden, is dikwijls ook geen baas meer over de kleding die ze zal aantrekken. Met andere woorden: naarmate de lichamelijke afhankelijkheid groter wordt, wordt de beslissingsruimte op allerlei andere gebieden kleiner.

Verzorgingstehuizen zien zich voor de opdracht geplaatst om met de hen ter beschikking gestelde middelen zo efficiënt mogelijk te werken. In dat klimaat is de zorg gerationaliseerd ofwel "getayloriseerd". Zo is het vaak gebruikelijk zorghandelingen op te splitsen over een aantal personen met verschillende bevoegdheden en de zorg te verstrekken op de tijden die een maximale benutting van de beschikbare personeelstijd garanderen. Dit kan uitmonden in het serveren van de warme maaltijd om half twaalf 's ochtends en de avondboterham om half vijf 's middags; in een dutje niet mogen of juist moeten doen; en in het naar bed brengen van bewoners en bewoonsters om negen uur 's avonds. In zo'n zorgaanbod ontbreekt de persoonlijke aandacht en inleving die met name voor vrouwen een essentieel onderdeel van kwalitatief goede zorg vormt.

In het professionele denken over ouderen en de voor hen noodzakelijke zorg, wisselen dikwijls twee benaderingen elkaar af. Aan de ene kant is er het "deficitdenken" dat centraal stelt wat een bewonende niet kan. Als de competenties afnemen, stijgen de aanspraken op hulp. Aan de andere kant is er het "activeringsdenken" waarin het gaat over wat een bewonende (nog) wel kan, of zou moeten kunnen en - zo vinden buitenstaanders al gauw - dus zou

AURA
CONSULT
voor mens en organisatie

Een dimensie meer, een vraagstuk minder

U zorgt voor uw cliënten, Aura zorgt voor U.

Een persoonlijke benadering bij ontwikkeling van

- leiderschap,
- inspiratie,
- wijsheid.

Advies, coaching, training

op basis van de rationeel-intuïtieve methode

U krijgt een advies/programma op maat:

- snel,
- to-the-point,
- afgestemd op uw organisatie.

Voor meer informatie of een oriënterend gesprek:

Aura Consult, Ouwesteijn 21, 5258 PG Berlicum

Tel. 073 503 8250, Fax 073 503 8249.

moeten willen. In die manier van denken is het uit den boze om iemands veters te strikken of boterham te smeren als zij of hij dat nog zelf kan. Dat wordt als een vorm van verwennerij beschouwd die de hulpeloosheid en luiheid maar in de hand werkt.

Beide benaderingen kunnen onaangenaam dwingend zijn voor de persoon om wie het gaat. Die is niet meer vrij om te leven naar de behoefte en kracht van het moment - terwijl deze juist in geval van chronische ziektes, zoals vrouwen vaak hebben, per dag sterk kunnen verschillen. Voor professioneel verzorgenden is het natuurlijk de kunst om een goede én flexibele mix van zorg en activering aan te bieden: bewonenden niet onnodig te verafhankelijken, maar ook een verwennerijtje niet onnodig uit te sluiten. Zo'n mix-op-maat kan onder de huidige omstandigheden, waarin uitgerekend is hoeveel zorgminuten er per bewonende per dag beschikbaar zijn, echter ternauwernood meer worden gemaakt. Om strategische redenen doen bewoonsters er daarom goed aan dingen permanent niet meer te doen, of juist altijd wel. Daarmee leveren ze echter nog meer van hun authenticiteit in.

De gewone medemenselijke behoeften - aan een luisterend oor, waardering, respect - verdwijnen naar de achtergrond.

Vrouwen en kwaliteitsbevorderende maatregelen

Het principe van zorg-op-maat wil de te verlenen zorg aanpassen aan de individuele noden van bewoners en zou daarom de gewenste sekse-sensitiviteit kunnen bieden.

In feite gaat het echter ook in de zorg-op-maat-aanpak om standaardpakketten, waaruit een combinatie wordt samengesteld, vaak over de hoofden van de zorgbehoevende heen. Niet wat nodig is volgens zorgbehoevende en verzorgenden, maar wat economisch-administratief mogelijk is, is doorslaggevend.

Het vreemde en vervreemdende levenspatroon dat de standaardpakketten aan de zorgbehoevendenden opleggen, strekt zich ook uit tot hun naasten, met name de kinderen. Zij krijgen namelijk ook taken voorgeschreven, variërend van schoonmaakmiddelen en postzegels inkopen of koelkast schoonmaken tot het meegaan naar de dokter. De zorgbehoevendenden met kinderen die ver weg wonen, of onwillig zijn moeten stevig in hun schoenen staan om niet óók te gaan denken dat hun kinderen tekortschieten, in plaats van het zorgsysteem. Oudere vrouwen zijn kwetsbaarder dan oudere mannen waar het de handelwijze van hun kinderen betreft. Als voormalig opvoedster zijn ze eerder geneigd zich een im- of expliciete veroordeling (hoe onterecht ook) persoonlijk aan te trekken. Zo kan het systeem de verhoudingen tussen moeders en kinderen verzieken.

Critici hebben al geparafraseerd dat zorg-op-maat een verhullende term voor zorg-op-mondjesmaat is en dat het werkt volgens het zorg-op-maat-piep-systeem. Dat wil zeggen dat het systeem van zorg pas wordt aangepast als een bewonende een "piepsignaal" afgeeft dat het anders moet. Echte zorg-op-maat zou natuurlijk andersom tot stand moeten komen: in overleg met de bewonende over hoe de zorg zal plaatsvinden, dat vastleggen in een zorgplan, en dat plan uitvoeren en regelmatig in overleg evalueren en bijstellen.

Formeel gezien kunnen de problemen, behoeften en/of wensen van de zorgbehoevende bewonenden aan de orde komen in de cliëntenraad en via zogenoemde meet- en bespreekprocedures. Praktisch gezien doen zich een aantal seksespecifieke hindernissen voor.

Het werk van een cliëntenraad veronderstelt bijvoorbeeld het vergemeenschappelijken en abstraheren van problemen, maar die strategie staat ver af van de meeste hoogbejaarde vrouwen. Evenmin zijn hoogbejaarde vrouwen geneigd hun stem op vergaderingen te laten horen - als ze zich daar qua gezondheid al toe in staat voelen. Hun zogenoemde "sociale participatie" is lager dan die van mannen. Ze zijn daardoor vaker aangewezen op zogenoemde zaakwaarnemers. Dat zijn meestal nog relatief gezonde mannen of minder traditioneel gesocialiseerde vrouwen, die - het is hen niet kwalijk te nemen - moeite zullen hebben zich met de zwakheid en zorgafhankelijkheid te vereenzelvigen en futiellijkende behoeften serieus te nemen en met verve te verdedigen.

Om die reden lijkt het me een goed idee voor nieuwe bewoners en bewoonsters van verzorgingshuizen seksespecifieke introductiecurssussen te organiseren in het vragen van zorg en het onderhandelen over zorgbehoeftes.

In de gebruikerspanels en meet- en bespreekprocedures wordt vooralsnog geen onderscheid gemaakt naar sekse: niet in de opzet van de vragen, niet in de selectie van bewonenden die worden geïnterviewd en niet in de rapportages. Dit is echter wel gewenst.

Een alternatief voor het keurslijf van de zorgarrangementen is het persoonsgebonden budget (PGB); dit houdt in dat (thuis)zorgafhankelijken voortaan zelf hun zorg kunnen inkopen, in de mate waarin ze zelf vinden dat ze die nodig hebben en bij degenen door wie ze het liefste geholpen willen worden.

In verzorgingstehuizen zou de variatie in bestedingen nog veel verder kunnen gaan: kiezen of je de meubelen goed in de was wilt hebben gezet of liever enkele boodschappen gedaan wilt hebben. Door het invoeren van PGB in verzorgingstehuizen zou de seksespecificiteit van zorgbehoeftes zichtbaar kunnen worden en zou er gemakkelijker aan de variëteit van behoeften tegemoet kunnen worden gekomen. Een aantal vrouwelijke bewoners zou in dat geval nog wel enige bijscholing kunnen gebruiken, met name in het verzinnen waaraan ze het geld kunnen uitgeven en hoe ze zich van persoonlijke aandacht kunnen verzekeren.

Toekomstige diversiteit

Voorgaande beschrijving van de groep zorgbehoevende bewoonsters kan niet anders dan tijdelijk geldig zijn. De levensloop van vrouwen is in de afgelopen 25 jaar ingrijpend veranderd en dat zal ook in de tehuizen merkbaar worden. Een groter aantal vrouwen zal een hogere opleiding hebben gehad, betaald werk hebben gedaan, meer ervaring met sociale participatie hebben en meer mobiliteit hebben (gehad). Zij zullen zakelijker zijn in hun opvattingen over zorg en bovendien zal hun financiële armslag groter zijn. Hun vrijetijdspatroon zal doorgaans "actiever, diverser en uithuiziger" zijn, zelfs bij grote zorgafhankelijkheid. Ze zijn meer gewend zelfstandig keuzen te maken en hun eigen bestaan vorm te geven - onafhankelijk van mannen, kinderen of voorschrijvende instanties.

De behoefte aan professionele verzorging zal onder invloed van demografische en sociale ontwikkelingen vermoedelijk toenemen; er zullen over 25 jaar meer (hoog)bejaarde vrouwen zijn zonder kinderen of met een zeer beperkt aantal kinderen. Bovendien zullen die kinderen (nauwkeuriger gezegd: dochters of schoondochters) minder mantelzorg kunnen en willen verlenen, omdat ze ver weg wonen en/of hun eigen baan en bezigheden hebben.

Welk percentage van de zorg door tehuizen zal worden verschaft, is mede afhankelijk van de beschikbaarheid van alternatieve zorgarrangementen. Al met al mag worden verwacht dat de variatie in de groep vrouwelijke verzorgingsbehoevendenden vele malen groter zijn dan nu - tenzij zich in de komende decennia een ontwikkeling in de richting van de categoriale tehuizen inzet.

In de tehuizen zal de getalsverhouding tussen hoogbejaarde mannen en vrouwen zich vermoedelijk enigszins wijzigen doordat hun leefstijl (roken, drinken, buiten de deur werken) meer op elkaar is gaan lijken. Ook de sekseverschillen in zorgbehoeften kunnen verschuiven; als mannen wat langer leven, zullen ze vaker een chronische ziekte krijgen. Bovendien zullen de toekomstige hoogbejaarde mannen vermoedelijk wat minder hulpbehoevend zijn wat hun huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen betreft en dus minder snel HDL-indicatiestelling krijgen. Dit plaatje berust overigens op de aanname dat sterfe- en ziektecijfers geen

belangwekkende verschuivingen gaan vertonen, het indicatiestellingsbeleid gelijk blijft en alleen de generatiecohorten - en met hen de tijdgeest - opschuiven.

Qua etniciteit zullen de tehuizen meer variatie omvatten. Vermoedelijk zullen er meer allochtone mannen en vrouwen wonen. Dat kan tot taalproblemen leiden. De hoogbejaarde allochtone vrouwen van dat moment zullen in veel gevallen dezelfde achterstanden in hun biografie hebben die ik in het begin van mijn verhaal heb geschetst. Voorts zullen er meer vrouwenparen en mannenparen zijn die gezamenlijk een woonunit willen betrekken. Kortom, er zullen meer levensbeschouwingen en biografieën onder één dak leven dan thans en er zal ook een grotere schakering aan leefstijlen zijn. De kans dat "technisch" ingerichte zorgarrangementen de kwaliteit van leven van de zorgafhankelijke bewonenden ernstig aantasten, is onder die omstandigheden nog groter dan ze nu al is.

Normatieve professionaliteit

De diversiteit in wat bewonenden als goede zorg ervaren en wat familieleden verantwoorde zorg vinden, zal zijn toegenomen. Dat zullen zij kenbaar maken - via cliëntenraden en andere - nog te ontwikkelen - kanalen. Een medisch- of zorg-technisch antwoord is dan niet meer voldoende. Het verwarren van zorgafhankelijkheid met onzelfstandigheid is niet meer acceptabel. Er zullen gesprekken nodig zijn over het waartoe van de zorg: hoe verhoudt zorg zich tot afhankelijkheid, wat betekenen afhankelijkheid en kwetsbaarheid voor de kwaliteit van leven, welk respect is er voor de persoonlijke biografie? Keer op keer dient - in samenspraak tussen zorgontvangers, professionals en management - de vraag te worden beantwoord wat het bestaan menswaardig maakt. Daarvoor is naast de huidige technisch-rationele professionaliteit ook normatieve professionaliteit nodig. Onder normatieve professionaliteit versta ik dan in navolging van Kunneman (1996) de reflexieve verhouding tot de inhoudelijke vragen en dilemma's die in de praktijk naar voren komen. Dit houdt in dat er argumentatief te verantwoorden verbanden gelegd worden tussen a) de kwaliteit van het eigen bestaan, b) de inhoud van het werk dat men doet en c) de bredere culturele en maatschappelijke context waarbinnen dat plaats vindt, en dat alles met oog op de kwaliteit van het eigen professionele handelen zoals ervaren door cliënten. Wetende dat de cliëntengroep heterogener zal zijn dan nu, is het zaak het diversiteitsprincipe in die reflexieve argumentaties te betrekken. Het diversiteitsprincipe houdt respect in voor wat anders is, zowel waar het verlangens als waar het bestaansprojecten en maatschappelijke posities betreft. Het principe houdt een positieve benadering in van overeenkomsten én verschillen (qua sekse, qua etniciteit, seksuele voorkeur en gezondheid) en gaat daarmee pathologisering of trivialisering van "anders-zijn" tegen.

In dit verband is het goed te beseffen dat ook de personeels-samenstelling in de tehuizen zich zal gaan wijzigen. Als de verticale segregatie op de arbeidsmarkt zich doorzet, zullen er meer allochtone hulpen komen.

Als de seksesegregatie in de zorgarbeid vermindert, zullen er

meer mannelijke hulpen en meer vrouwelijke managers zijn dan nu. Wat betreft de vrouwelijke hulpen of managers mag niet meer worden gerekend op een met de spreekwoordelijke paplepel ingegoten zorgzaamheid.

Tot slot

In het verleden waren er aparte tehuizen voor oude mannen en vrouwen. Later waren de tehuizen gemengd qua sekse maar gescheiden qua levensbeschouwing. Tegenwoordig is het aantal categoriale tehuizen beperkt en wordt het aanbod van zorg- en woonpakketten gestandaardiseerd op medisch- en zorgtechnische gronden in combinatie met economische overwegingen. Met culturele, sociale en sociaal-psychische verschillen wordt weinig rekening gehouden. Dat gaat ten koste van de cliëntsatisfactie en daarmee van de kwaliteit van de zorg.

Aandacht voor sekseverschillen - opgevat als een dynamisch conglomeraat van sociaal-culturele, psychische en biologische verschillen - vormt een bijdrage aan kwaliteitsverbetering. Sekse-sensitieve hulp en sekse-bewust beleid zijn bovendien te beschouwen als een oefenrondte voor het zorgaanbod in de toekomst, waarin het aanbodmodel heeft plaats gemaakt voor het vraagmodel en waarin de culturele, sociale en psychologische diversiteit aanmerkelijk zal zijn toegenomen, (ook) onder hoogbejaarden.

Geraadpleegde literatuur:

- Boeije, M. en Nievaard, A.C. (1995). *Waarden en rationaliteit van zorgverlening in verpleeghuizen*. Gezondheid: 223-237
- Brasker, J. (1989) *Gezondheid en oudere vrouwen*. Rijswijk: Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid
- Frijters, J. *Vrouwelijkheid en Mannelijkheid*. Rijswijk: Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid
- Houten, D.J. van (1993) *Systeem en Zorg: over de professionaliteit van interventies*. Methodiekontwikkeling: concepten en trajecten (pp.17-310, Utrecht: SWP.
- Keijzer, B.S.C. (1995). *Sekse verbeeld of in beeld?* Rijswijk: Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid; Den Haag: Emancipatieraad.
- Serail, S. (1989). *De woonsituatie van oudere vrouwen*. Rijswijk: Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid
- Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid (1989) *Ongewenste verschillen*. Rijswijk
- Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid (1994) *Dubbelfocus*. Rijswijk
- Knijn, T. (1994) 'Zorg met mondjesmaat; paradoxen rond de dagelijkse zorg.' *Op haar recept*, red. A. Meinen, C. Parlevliet en S. Sevenhuijsen. Utrecht: Metis.
- Kunneman, H. (1996) 'Normatieve professionaliteit: een appèl.' *Sociale Interventie* 5/3: 108.
- LOBB-bulletin. juli/aug. 1996.
- Mens-Verhulst, J. van (1997) 'Gelijkheid is niet goed genoeg - in de feministische hulpverlening.' *Rekenschap*, september nummer.
- Mens-Verhulst, J. van (1996) *Diversiteit als bron van zorg*. Oratie. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.
- Royers, T. (1997) 'Laten ze het zelf zeggen. Gebruikerspanels voor Ouderen.' *Tijdschrift voor de Sociale Sector* 3: 24-27.
- Vermaas, A. 'Transformatie: gestapeld of integraal?' *Humanitas Bergweg in Rotterdam*. VDB magazine 19/2: 13-16.