

# Borging van diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie in de zorg

Een verkenning onder beroepsverenigingen in de eerste lijn

Lilian van Tuyl  
Nienke Zinger  
Willemijn Schäfer



**NIVEL**  
Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

September 2022

ISBN 978-94-6122-747-8

030 272 97 00  
nivel@nivel.nl  
www.nivel.nl

© 2022 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Voorwoord

Voor u ligt het rapport 'Borging van diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie in de zorg. Een verkenning onder beroepsverenigingen in de eerste lijn', geschreven door onderzoekers van het Nivel, in opdracht van de Alliantie Gezondheidszorg op Maat.

Hoewel Nederland voorop loopt in de emancipatie van seksuele -en genderminderheden, is aandacht voor diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie in de zorg nog lang niet vanzelfsprekend. Met ondersteuning van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, is de Alliantie Gezondheidszorg op Maat tot stand gekomen, waarbinnen WOMEN Inc., Rutgers en COC Nederland samenwerken voor meer kennis en aandacht voor gezondheidszorg die rekening houdt met diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie. De Alliantie heeft het Nivel gevraagd met onderzoek de borging van het thema in eerstelijns beroepsverenigingen te verkennen. De resultaten die zijn beschreven in dit rapport vormen een eerste exploratie van het draagvlak en de borging binnen de beroepsverenigingen van het thema diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie.

We willen de beroepsverenigingen die hebben meegewerkt aan de interviews die zijn beschreven in dit rapport danken voor hun waardevolle bijdrage aan dit onderzoek.

De auteurs,  
September 2022

# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1 Introductie</b>	<b>7</b>
1.1 Aanleiding	7
1.2 Alliantie Gezondheidszorg op Maat	9
1.3 Doel en vraagstelling	10
<b>2 Methode</b>	<b>11</b>
2.1 Onderzoeksopzet	11
2.2 Werving deelnemers	11
2.3 Interviews	11
2.4 Data codering en analyse	12
2.5 Privacy en toestemming	12
<b>3 Resultaten</b>	<b>13</b>
3.1 Deelnemende (beroeps)verenigingen en hun kerntaken	13
3.2 Draagvlak, ervaringen en perspectieven	14
3.3 Borging van diversiteit in beleid en activiteiten van de organisaties	17
3.4 Benodigdheden, hulpmiddelen en toekomstperspectief	20
<b>4 Conclusie en aanbevelingen</b>	<b>25</b>
4.1 Conclusie en discussie	25
4.2 Aanbevelingen	26
<b>Literatuur</b>	<b>28</b>
<b>Bijlage A Leidraad groepsinterviews</b>	<b>31</b>
<b>Deel 1: Draagvlak, ervaringen en perspectieven</b>	<b>31</b>
<b>Deel 2: Borging van diversiteit in beleid</b>	<b>31</b>
<b>Deel 3: Benodigdheden en hulpmiddelen</b>	<b>32</b>
<b>Uitwerking</b>	<b>32</b>

# Samenvatting

Dit rapport beschrijft de resultaten van een kwalitatieve verkenning van het draagvlak en de mate van borging van het thema diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie bij beroepsverenigingen in de eerstelijns gezondheidszorg.

In het onderzoek staan drie vraagstellingen centraal:

1. Wat is het draagvlak van eerstelijns beroepsverenigingen voor het borgen van het thema diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie?
2. Hoe borgen de eerstelijns beroepsverenigingen diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie in hun kernactiviteiten?
3. Wat zijn de behoefes van eerstelijns beroepsverenigingen rondom ondersteuning ter verbetering van zorg op het thema diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie?

Ter beantwoording van de vraagstellingen zijn interviews gehouden met één of meerdere vertegenwoordigers van een selectie van zes beroepsverenigingen in de eerstelijnszorg: het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging voor Praktijkondersteuners en Praktijkverpleegkundigen (NVvPO), Verpleegkundigen en Verzorgende Nederland (V&VN), Landelijke Vereniging Praktijkondersteuners GGZ (LV POH-GGZ), Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) en InEen.

## Variatie in draagvlak, activiteit en kennisniveau

Het thema diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie wordt bij de geïnterviewde beroepsverenigingen in de eerste lijn als een nieuw thema ervaren, waarbij variatie tussen beroepsverenigingen bestaat in hoe lang en in welke mate zij met het thema bezig zijn. Sommige verenigingen geven aan het thema te hebben belicht tijdens specifieke webinars voor hun leden en nemen het thema mee in de scholing of in richtlijnontwikkeling, door bijvoorbeeld in de casuïstiek een diverse patiëntenpopulatie op te nemen op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie van de patiënt. Andere verenigingen geven aan niet actief met het thema bezig te zijn. De meest genoemde reden om niet actief bezig te zijn met het thema was dat er vanuit de beroepsgroep geen vragen over dit thema terechtkomen bij de verenigingen, terwijl de beroepsverenigingen veelal vraaggericht werken. Dit kan betekenen dat beroepsverenigingen niet het idee hebben dat dit thema speelt in hun werkveld en het daarmee wat verder van de praktijk af staat. Ook was de nodige variatie te zien in de kennis en ervaring die geïnterviewden en hun collega's hebben met betrekking tot het thema. Zo werd er gesproken over een grote variatie tussen collega's die actief met het thema bezig waren in de praktijk of binnen de beroepsvereniging en wie dat niet waren.

## Een 'aanvoerder' helpt bij borging in kernactiviteiten

Het hebben van een 'aanvoerder', of trekker, van het thema binnen de vereniging wordt als belangrijke stimulans ervaren bij het onder de aandacht brengen en houden van het thema in kernactiviteiten en bij de achterban. Ook de samenwerking met belangenorganisaties of kennisinstituten op dit thema wordt als stimulerend ervaren. Andere factoren die de borging van het thema positief beïnvloeden, zijn de omvang van de vereniging (kleine, flexibele organisaties kunnen snel grote stappen maken) en het hebben van een visie of programma (zoals persoonsgerichte zorg) van de beroepsvereniging waarop het thema aansluit.

Vanwege het vraaggerichte werken van de verenigingen en de beperkte tijd die leden ter beschikking hebben om een actieve bijdrage te leveren in werkgroepen of aan andere vormen van

kennisverspreiding, is er vaak beperkt aandacht vanuit de beroepsverenigingen voor het thema. Mede door het gebrek aan vragen over dit thema vanuit de achterban, in combinatie met het grote aantal onderwerpen dat in de eerstelijns gezondheidszorg aandacht behoeft, geven verenigingen aan hun prioriteiten bij andere onderwerpen te leggen.

### **Kennis en informatie nodig voor verdere borging in eerstelijns beroepsverenigingen**

Verenigingen geven aan baat te kunnen hebben bij meer kennis en informatie. Deze kennis en informatie is enerzijds nodig om de bewustwording van de beroepsgroep ten aanzien van de relevantie van het thema te benadrukken. Specifiek is er ook behoefte aan kennis om een vertaling van wetenschap naar praktijk te bewerkstelligen, zodat men de zorgverleners kan ondersteunen om in de spreekkamer beter met het thema om te kunnen gaan. Ook zagen verenigingen mogelijkheden voor het aanpassen van interne processen van de leden om zorg die sensitief is voor diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie beter in te bedden in het zorgproces. Daarbij werd de nadruk gelegd op de behoefte van zorgverleners om het thema te normaliseren door het in te bedden in de voor hen dagelijkse medische praktijk door middel van sekse-, gender- en lhbt+ sensitieve casuïstiek. Suggesties die genoemd werden voor benodigheden en hulpmiddelen die zouden kunnen bijdragen aan een betere borging van het thema, waren meer kennis en handreikingen voor praktische toepassingen van het thema voor de beroepsgroepen.

Dit exploratieve onderzoek illustreert dat er de nodige variëteit bestaat in de mate waarin beroepsverenigingen in de eerste lijn het thema diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie geborgd hebben. Beroepsverenigingen die weinig aan de borging van het thema doen, zien het als een losstaand onderwerp en kiezen veelal voor andere prioriteiten. Verenigingen die wel met het thema bezig zijn, geven aan dat het van belang is om het thema te integreren in de klinische praktijk, waaronder in casuïstiek. Kansen om het thema beter te borgen binnen eerstelijns beroepsverenigingen liggen bij het verduidelijken van de relevantie van het thema voor alle patiënten, het verspreiden van kennis in de vorm van praktijkgerichte toepassingen en de bejegening richting de patiënt.

# 1 Introductie

## 1.1 Aanleiding

Diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie speelt een belangrijke rol als het aankomt op gezondheid, individuele behoeften aan zorg en het voorkomen van gezondheidsverschillen (zie box 1 voor meer informatie over de begrippen).

Sekseverschillen - de verschillen tussen mannen, vrouwen en intersekse personen – uiten zich op zowel biologisch, psychisch, sociaal als cultureel vlak, met als consequentie dat ook de optimale zorg van persoon tot persoon kan verschillen (1). Zo zijn biologische verschillen van invloed op onder meer het ziekteverloop en de reactie op medicatie (2, 3). De frequentie waarmee bepaalde vormen van kanker en auto-immuunziekten optreden verschillen tussen mannen en vrouwen vanwege verschillen in geslachtschromosomen en geslachtshormonen (4). Een ander voorbeeld is te zien bij hart- en vaatziekten. Bij mannen openbaren hartklachten zich vaak op jongere leeftijd met vaak typische signalen, zoals pijn op de borst. Bij vrouwen neemt het risico juist na de overgang toe, zijn de klachten vaak anders en lijken deze erg veel op overgangsklachten (5, 6). Ook bij intersekse<sup>1</sup> en transgender personen is aandacht voor biologische verschillen van belang. Hierbij dient de zorgverlener zich ervan bewust te zijn dat de biologische kenmerken van de patiënt anders kunnen zijn dan waarmee de patiënt zich identificeert. Met name bij sekse- of genderspecifieke zorg, waaronder de screening op baarmoederhalskanker, zijn aanwijzingen dat intersekse en transgender personen deze zorg vaker mijden (7, 8).

Ook kunnen genderrollen en onbewuste aannames over sekse en gender meespelen bij het uiten, de diagnose en de behandeling van klachten. De diagnoses ADHD en autisme worden bij meisjes vaker gemist, omdat zij ander gedrag vertonen dan jongens en afwijkend gedrag bij meisjes anders wordt uitgelegd dan bij jongens (2, 9). Daarnaast verschillen ook de gezondheidsproblemen en behoeften van lesbische vrouwen, homoseksuele mannen, biseksuelen, transgender- en intersekse personen (lhbti) van die van de vaak als norm genomen cisgender<sup>2</sup> en hetero personen (10-12).

In 2019 bleek uit een vragenlijstonderzoek dat ervaringen met de eerstelijnszorg van lhbti personen slechter zijn dan die van cisgender en hetero personen. Zo kwam naar voren dat 17% van de lhb en 24% van de transgender en intersekse personen zich niet goed begrepen voelen door hun huisarts, ten opzichte van 8% van de cisgender en hetero personen. Daarnaast kwam naar voren dat 14% van de lhbt en 23% van de intersekse personen aangaven het gevoel te hebben niet open en eerlijk te kunnen zijn bij hun huisarts over alle onderwerpen die ze zouden willen bespreken, ten opzichte van 7% van de cisgender en hetero personen (13). Vragenlijstonderzoek van MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid in samenwerking met WOMEN Inc. toont aan dat meer dan een derde (35%) van de ondervraagden een voorkeur heeft voor een hulpverlener van de eigen sekse of gender en meer dan de helft (56%) van de respondenten geeft aan zorg voor mentale klachten vermeden te hebben, terwijl ze die wel nodig hadden. Hierbij gaf een kwart van de ondervraagden aan dat sekse of gender een rol speelde bij het vermijden van zorg. Mensen die zich niet (alleen) als man of vrouw identificeren noemen dit het vaakst (9).

---

<sup>1</sup> Persoon die geboren is met lichamelijke kenmerken die anders zijn dan wat gezien wordt als (volledig) 'man' of 'vrouw'. Lichamelijke kenmerken zijn bijvoorbeeld: genitalia, lichaamsvormen, stemhoogte, lichaamsbehairing, hormonen, chromosomen, etc.

<sup>2</sup> Persoon van wie de genderidentiteit overeenkomt met het bij geboorte toegekende geslacht

Bovengenoemde gezondheidsverschillen die samenhangen met diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie illustreren het belang van diversiteitssensitieve zorg.

### **Box 1: Definities sekse, gender en seksuele oriëntatie**

De Alliantie Gezondheidszorg Op Maat heeft diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie als volgt gedefinieerd (17).

#### **Seksediversiteit**

Seksediversiteit refereert naar verschillen en de verscheidenheid binnen sekse; verschillen tussen mannen, vrouwen en intersekse personen.

#### **Genderdiversiteit**

Genderdiversiteit refereert naar verschillen en de verscheidenheid binnen de aspecten van genderidentiteit en genderexpressie. Genderidentiteit verwijst naar welk gender iemand volgens het eigen gevoel of overtuiging werkelijk is of zou moeten zijn, losstaand van het bij de geboorte toegekende geslacht, juridisch geslacht en/of lichamelijke kenmerken. Genderidentiteit kan wel of niet overeenkomen met het bij geboorte toegekende geslacht. Genderexpressie verwijst naar de uiterlijke manifestatie van mannelijkheid of vrouwelijkheid, in onder meer gedrag, kleding, spraak, haardracht en lichaamskenmerken. De interpretatie van gedrag en expressie als mannelijk of vrouwelijk, is sociaal-cultureel bepaald. Genderdysforie/genderincongruentie is de klinische term die het gevoel van onbehagen dat iemand met het eigen geslacht heeft te duiden.

#### **Seksuele diversiteit**

Seksuele diversiteit omvat de uiteenlopende vormen waarmee mensen uiting geven aan hun seksualiteit in gedrag, sociale contacten en leefwijzen. Hierbij verwijst het vaak ook naar diversiteit in seksuele oriëntaties. Seksuele oriëntatie betreft iemands capaciteit om zich seksueel of romantisch aangetrokken te voelen tot één of meerdere genders en daar romantische, seksuele relaties of sekse mee te kunnen hebben. Het wordt aangeduid in relatie tot de eigen genderidentiteit.

#### **Diversiteit is de realiteit**

Voor meer informatie en uitleg over taalgebruik over diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie: Diversiteit is de Realiteit - Alliantie Gezondheidszorg Op Maat (18).

Met het beschikbaar komen van meer kennis omtrent het belang van onderkenning van diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie voor de kwaliteit van zorg, groeit ook de maatschappelijke en politieke aandacht. Zo heeft ZonMw in 2015 een kennisagenda Gender en Gezondheid opgesteld, gericht op het verkleinen van de kennisachterstand over man-vrouwverschillen in gezondheid en zorg, om zo een passende kwalitatieve zorg voor iedereen te realiseren en de gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen te verminderen. Tweede Kamerlid Ploumen heeft in 2020 een initiatiefnota ingediend over de noodzaak van gendersensitieve zorg (14, 15). Zie voor meer informatie over gendersensitieve gezondheidszorg box 2.



Meer aandacht voor verschillen in determinanten van gezondheid waarbij rekening wordt gehouden met diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie, kan maatschappelijke voordelen opleveren zoals meer passende en dus kwalitatief betere zorg, een zorgkostenbesparing en een grotere maatschappelijke participatie door een reductie in het ziekteverzuim (14). Daarnaast zorgt aandacht voor verschillen in onder andere seksekenmerken, genderidentiteit en seksuele oriëntatie ervoor dat zorgprofessionals optimaal kunnen bijdragen aan het herstel en welzijn van de individuele patiënt of cliënt (16). In de spreekkamer is het hiervoor belangrijk dat de zorgverlener niet (onbewust) van een norm uitgaat die vaak gebaseerd is op een mannelijke patiënt die hetero en cisgender is.

## Box 2: Gendersensitieve gezondheidszorg

In de Kennisagenda Gender en Gezondheid van ZonMw wordt een gendersensitieve gezondheidszorg als volgt gedefinieerd.

‘Een gendersensitieve gezondheidszorg richt zich op kwaliteit van zorg voor mannen én vrouwen. Dit vraagt om een op de persoon afgestemde multidisciplinaire benadering (dat wil zeggen zowel multidisciplinair binnen de gezondheidszorg als tussen het medische domein, psychologie, sociologie etc.) van de zorggebruiker binnen zijn of haar specifieke omgeving, waarbij alle sekse- en gendersaspecten in ogenschouw genomen worden. Dat betekent dat een allesomvattend kennisprogramma zich op zowel vrouwspecifieke als manspecifieke zaken zou moeten richten. Ook bij mannen zijn immers gebieden die om extra aandacht vragen.’ (14)

## 1.2 Alliantie Gezondheidszorg op Maat

Om een meer open benadering in de spreekkamer van de zorgverlener te bevorderen zijn WOMEN Inc., Rutgers en COC Nederland de ‘Alliantie Gezondheidszorg op Maat’ gestart. Dit initiatief wordt gefinancierd door het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. Doelen van de Alliantie zijn het vergroten van het bewustzijn van het publiek, de eerstelijnszorgsector en de overheid van de rol die sekse, gender, seksuele oriëntatie en levensloop spelen bij aandoeningen en de behandeling ervan. Binnen dit initiatief heeft men kennis, tools, trainingen en praktijkervaringen samengebracht waar aankomende of werkende zorgprofessionals gebruik van kunnen maken<sup>3</sup>.

De eerstelijns- en jeugdzorgprofessionals waar de Alliantie zich op richt, zijn onder andere psychologen, huisartsen, praktijkondersteuners, doktersassistenten en verpleegkundigen. De Alliantie heeft als doel het veld te ondersteunen via professionele beroepsverenigingen van de eerstelijnszorgprofessionals. In dit kader heeft de Alliantie het Nivel gevraagd om te verkennen wat het huidige draagvlak en de behoefte aan ondersteuning voor verbetering is binnen het thema ‘diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie’ onder eerstelijns beroepsverenigingen. Specifiek gaat dit over:

- Sekseverschillen: man / vrouw verschillen, variaties in seksekenmerken, intersekse, seksediversiteit, DSD (Differences of Sex Development)
- Genderverschillen: man / vrouw rollen, genderdiversiteit, trans- en cisgender, non-binair / genderfluiditeit

---

<sup>3</sup> [www.komteemensbijdedokter.nl/knowledge/tools-trainingen-voor-zorgprofessionals](http://www.komteemensbijdedokter.nl/knowledge/tools-trainingen-voor-zorgprofessionals)

- Oriëntatieverschillen: hetero-, homo-, bi-, pan- en asexueel

De Alliantie Gezondheidszorg op Maat zou graag willen verkennen wat 'het veld' en met name beroepsverenigingen nodig hebben om op organisatorisch en maatschappelijk niveau aandacht voor sekse, gender en seksuele diversiteit te borgen. De resultaten van het onderzoek vormen een eerste exploratie van het draagvlak binnen de beroepsgroepen voor verbetering op het thema diversiteit. Ook worden de mogelijkheden in kaart gebracht voor de Alliantie om eerstelijnsorganisaties beter te ondersteunen. Tot slot wordt inzicht verkregen in de thema's, beroepsverenigingen en/of tools waaraan meer aandacht moet worden gegeven om het onderwerp op de agenda te krijgen.

### 1.3 Doel en vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is het achterhalen van het draagvlak en de behoeftes van de verschillende eerstelijns beroepsverenigingen rondom ondersteuning ter verbetering van gendersensitieve zorg, gericht op het thema diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie.

Hierbij staan twee vraagstellingen voor een selectie van beroepsverenigingen centraal:

1. Wat is het draagvlak van eerstelijns beroepsverenigingen voor het borgen van het thema diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie?
2. Hoe borgen de eerstelijns beroepsverenigingen diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie in hun kernactiviteiten?
3. Wat zijn de behoeftes van eerstelijns beroepsverenigingen rondom ondersteuning ter verbetering van zorg op het thema diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie?

## 2 Methode

### 2.1 Onderzoeksopzet

Een kwalitatief onderzoek van exploratieve aard is uitgevoerd onder vertegenwoordigers van beroepsverenigingen in de eerstelijnszorg in Nederland. Zes beroepsverenigingen voor verschillende beroepen in de eerste lijn werden geselecteerd, waarbij werd gestreefd naar variatie tussen de beroepsgroepen. Per beroepsvereniging werd een interview georganiseerd met vertegenwoordiging vanuit de organisatie. Contacten werden gelegd via het netwerk van de opdrachtgevers, onderzoekers of beroepsverenigingen werden benaderd via publiekelijk beschikbare contactgegevens. Waar mogelijk werden groepsinterviews gehouden met tenminste twee vertegenwoordigers vanuit de beroepsverenigingen om vanuit verschillende perspectieven een beeld te krijgen van het draagvlak en de behoeften van de eerstelijns beroepsverenigingen. Deelnemende beroepsverenigingen zijn: het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlandse Vereniging voor Praktijkondersteuners en Praktijkverpleegkundigen (NVvPO), Verpleegkundigen en Verzorgende Nederland (V&VN), Landelijke Vereniging Praktijkondersteuners GGZ (LV POH-GGZ), Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) en InEen. Daarnaast was nog een beroepsvereniging uitgenodigd, maar die heeft het verzoek tot deelname aan het onderzoek afgewezen.

### 2.2 Werving deelnemers

De keuze voor de beroepsverenigingen werd gemaakt door de opdrachtgever en de onderzoekers. Beroepsverenigingen werden per e-mail uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek. Aan contactpersonen werd het doel van het onderzoek uitgelegd en zo werd bepaald welke vertegenwoordigers van de betreffende vereniging het beste uitgenodigd konden worden. Bij geen respons werd een week na het versturen van de uitnodiging per e-mail een herinnering verzonden of telefonisch contact opgenomen. De werving vond plaats in februari en maart 2022, de interviews in maart en april 2022.

### 2.3 Interviews

Per deelnemende beroepsvereniging werd een (groeps)interview van 1 tot 1,5 uur ingepland. Thema's die werden besproken hadden betrekking op drie deelthema's:

- Deel 1: Draagvlak, ervaringen en perspectieven op het gebied van diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie.
- Deel 2: Borging van diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie in het beleid.
- Deel 3: Benodigdheden en hulpmiddelen voor de borging van diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie.

De interviewleidraad is opgenomen in bijlage A.

De interviews vonden online plaats via Zoom of Teams. Bij ieder interview waren twee onderzoekers aanwezig. Eén onderzoeker leidde het gesprek en de andere onderzoeker maakte aantekeningen. Na toestemming van de deelnemers werden de interviews opgenomen en woordelijk getranscribeerd.

## 2.4 Data codering en analyse

De transcripten werden geanalyseerd aan de hand van de hoofdvragen. Per vraag werd gestreefd een overzicht te geven van de bevindingen en thema's. Aan de hand van de interviewleidraad werd een inductief codeboek ontwikkeld, welke op deductieve wijze werd verrijkt gedurende het coderen van de transcripten. Alle transcripten werden door tenminste twee onderzoekers gecodeerd en de toegewezen codes werden besproken tot overeenstemming was bereikt over de juiste codering. Een derde persoon was beschikbaar om deel uit te maken van de discussie indien geen overeenstemming werd bereikt over de codering. Na codering van de transcripten werden de bevindingen samengevat en besproken door het onderzoeksteam om de hoofdthema's binnen elke onderzoeksvraag te identificeren.

## 2.5 Privacy en toestemming

Alle deelnemers werd om toestemming gevraagd voor het opnemen van de interviews ten behoeve van de analyse. De opnames van de interviews werden opgeslagen in een beveiligde map en omgeving, alleen toegankelijk voor de betrokken onderzoekers. De opnames zijn verwijderd nadat de transcripten zijn geanalyseerd en de studie gerapporteerd. Bij het onderzoek werd de Algemene Verordening Gegevensbescherming (EU 2016/679) in acht genomen. Met de deelnemers is afgesproken dat niet op organisatieniveau zal worden gerapporteerd. Zodoende zijn quotes in deze rapportage niet herleidbaar tot de geïnterviewde beroepsverenigingen.

## 3 Resultaten

De onderwerpen die naar voren zijn gekomen in de interviews worden besproken in vier verschillende paragrafen. Allereerst worden de verenigingen en hun kerntaken besproken.

Vervolgens worden achtereenvolgens de volgende deelonderwerpen besproken:

- Draagvlak, ervaringen en perspectieven op het gebied van diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie
- Borging van diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie in beleid
- Benodigheden en hulpmiddelen voor de borging van diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie.

### 3.1 Deelnemende (beroeps)verenigingen en hun kerntaken

Zes (beroeps)verenigingen uit de eerstelijnszorg namen deel aan de interviews. Vijf betroffen een beroepsvereniging in de eerstelijnszorg (NHG, NVvPO, V&VN, LV POH-GGZ en NIP) en één overkoepelende vereniging voor ondersteuning van organisaties in de eerstelijnszorg (InEen).

#### Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Twee huisartsen hebben deelgenomen aan het interview. Eén deelnemer is waarnemend huisarts en werkzaam als beleidsmedewerker bij het NHG. De tweede deelnemer is werkzaam als huisarts, voorzitter van de NHG expertgroep SeksHAG en heeft tot voor kort onderwijs gegeven bij een huisartsenopleiding. Het NHG is de wetenschappelijke vereniging voor huisartsen. De vereniging telt ruim 12.000 leden, bestaande uit huisartsen en huisartsen in opleiding (17). Kernactiviteiten van het NHG betreffen onder andere het (door)ontwikkelen van richtlijnen en tools om de richtlijnen in de praktijk te implementeren, waaronder via e-learnings, kwaliteitsinstrumenten, implementatieproducten en door het organiseren van congressen. Het NHG heeft autonome expertgroepen, waaronder de Huisarts Adviesgroep Seksuele Gezondheid (seksHAG). SeksHAG richt zich op het verbeteren van de kwaliteit van de seksuele gezondheidszorg in de eerste lijn en op het informeren van huisartsen omtrent deze onderwerpen, door onder andere advisering, scholing, onderzoek en richtlijnontwikkeling (18).

#### Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners en Praktijkverpleegkundigen (NVvPO)

Van de NVvPO werd een beleidsmedewerker geïnterviewd. De NVvPO is een beroepsvereniging voor praktijkondersteuners (POH's), POH'ers-GGZ en praktijkverpleegkundigen huisartsenzorg met ongeveer 3500 leden. Kernactiviteiten zijn het ondersteunen van leden door vakinhoudelijke informatievoorziening, cao-onderhandelingen en de vertegenwoordiging van de eigen leden. Daarnaast houden ze een kwaliteitsregister bij en gaf de deelnemer aan dat ze betrokken zijn bij richtlijnontwikkeling (19-21). Daarnaast gaf de deelnemer aan dat de informatievoorziening richting leden onder andere verloopt via een thematische livestream via Facebook en een podcast. Samen met het NHG en de V&VN PVK-POH brengt de NVvPO het tijdschrift voor Praktijkondersteuners en Praktijkverpleegkundigen uit (22).

#### Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)

Van twee afdelingen van de V&VN is een bestuurslid geïnterviewd; de afdeling V&VN Praktijkverpleegkundigen & Praktijkondersteuners (V&VN PVK-POH) en de afdeling V&VN

Verpleegkundig Specialisten (V&VN VS). Beide deelnemers zijn ook werkzaam in de praktijk als Praktijkondersteuner Huisartsenzorg (POH) en Verpleegkundig Specialist (VS), respectievelijk. De V&VN PVK-POH had in 2019 ruim 1500 leden en heeft als kernactiviteiten het ondersteunen van leden op het gebied van deskundigheidsbevordering en belangenbehartiging (23, 24). V&VN VS onderhoudt een register voor verpleegkundig specialisten, waarin ruim 6100 VSen en VSen in opleiding uit de eerste en tweede lijn bij ingeschreven staan (25). Daarnaast richt V&VN VS zich onder andere op de beroepsontwikkeling en positionering van VSen, het onderhouden van contacten tussen VSen en het (mede)organiseren van scholingsbijeenkomsten en congressen (26). De deelnemers gaven ook beide aan betrokken te zijn bij richtlijnontwikkeling.

### **Landelijke Vereniging POH-GGZ (LV POH-GGZ)**

Van de Landelijke Vereniging POH-GGZ (LV POH-GGZ) is één deelnemer geïnterviewd die zowel betrokken is bij de LV POH-GGZ in de commissie wetenschappelijk onderzoek als werkzaam is in de praktijk. De LV POH-GGZ houdt zich bezig met het ondersteunen van leden met kennis, de ontwikkeling en belangenbehartiging voor de functie van POH-GGZ en het bijhouden van een kwaliteitsregister (27). Daarnaast geeft de deelnemer aan dat de vereniging betrokken is bij cao-onderhandelingen en advisering bij richtlijnontwikkeling en hebben ze ruim 2.000 leden.

### **Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)**

Drie leden van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) werden geïnterviewd. Eén deelnemer is werkzaam als psycholoog in een eigen praktijk, één is werkzaam bij een organisatie gespecialiseerd in transgenderjongeren en de derde deelnemer is werkzaam bij het Kennis- en Zorgcentrum Genderdysforie en is daarnaast bij het NIP betrokken in de werkgroep Seksualiteit en Diversiteit. Het NIP behartigt de belangen van psychologen, verbindt hun leden uit verschillende vakgebieden zodat zij hun vakkennis kunnen vergroten en heeft ongeveer 13.000 leden. Kernactiviteiten hebben betrekking op het bijhouden van een kwaliteitsregister, betrokkenheid bij richtlijnontwikkeling en het delen van kennis via onder andere congressen en themadagen (28). Daarnaast gaf een deelnemer aan dat er bij andere organisaties wordt aangesloten voor scholing en onderzoek.

### **InEen**

Eén beleidsmedewerker van InEen is geïnterviewd. InEen is een branchevereniging en ondersteunt op organisatieniveau ruim 400 organisaties die werkzaam zijn in de eerste lijn, waaronder huisartsenposten, zorggroepen uit de ketenzorg, gezondheidscentra en regionale ondersteuningsstructuren (29, 30). Volgens de deelnemer richt de vereniging zich op drie kernactiviteiten. Ten eerste het verspreiden van kennis onder de leden, door bijvoorbeeld leden op de hoogte te brengen van nieuwe ontwikkelingen en het delen van documenten en handreikingen. Daarnaast heeft de vereniging een netwerkfunctie onder de leden wat zich uit in het organiseren van ontmoetingen, symposia en bijeenkomsten en het onderhouden van het ledenplatform op de website waarbij leden met elkaar kunnen praten. Ten derde heeft InEen een lobbyfunctie en vertegenwoordigt het de leden op landelijk niveau.

## **3.2 Draagvlak, ervaringen en perspectieven**

Bij de bespreking van het draagvlak, de ervaringen en perspectieven van de (beroeps)verenigingen, kwamen twee onderwerpen naar voren. Ten eerste deelden deelnemers hun ervaringen met het thema in de praktijk en bespraken ze in hoeverre ze het thema binnen en buiten de vereniging vonden spelen. Daarnaast werden door de deelnemers de mate van kennis onder zorgverleners over

dit thema naar voren gebracht en de mogelijke gevolgen van een gebrek aan kennis over het thema. Deze twee onderwerpen worden hieronder besproken. Hierbij richt onderwerp 1 zich op de ervaringen uit de praktijk en onderwerp 2 op het niveau van de beroepsgroep en beroepsvereniging.

#### 1: In de praktijk weinig vragen of ervaringen met het thema

- Beeld van negatieve ervaringen wordt niet herkend, maar wel begrepen
- (Beroeps)verenigingen krijgen geen vragen binnen over het onderwerp
- Thema speelt meer buiten beroepsverenigingen dan binnen de verenigingen
- Aandacht en interesse voor thema varieert onder collega's

#### 2: Nieuw thema, doorgaans weinig kennis en ervaring bij beroepsverenigingen

- Angst onder zorgverleners om thema actief bespreekbaar te maken
- Denken in stereotypes; alleen jonge zorggebruikers twifelen over genderidentiteit
- Gebrek aan kennis van zorgverleners kan als onprettig worden ervaren

### In de praktijk weinig vragen of ervaringen met het thema

Uit de interviews kwam naar voren dat de deelnemers zich **niet herkenden in het beeld dat lhbt personen vaker een negatieve ervaring hebben met de eerstelijnszorg**, maar dat ze zich aan de andere kant **wel konden voorstellen** dat het voor mensen een drempel is om dit thema bespreekbaar te maken met hun zorgverlener. Zo antwoordde een deelnemer op de vraag of ze het beeld van de negatievere ervaringen herkenden vanuit de praktijk het volgende:

*'Ja nee dat niet zodanig, maar ja ik kan me voorstellen als dat gezegd wordt kan ik me daar ook wel iets bij voorstellen dat mensen dat misschien moeilijk vinden om daarover te praten.'*

Deelnemers gaven ook aan dat zorgverleners ervanuit gaan dat hun patiënten informatie over dit thema zullen delen als er in de spreekkamer een veilige omgeving wordt geboden.

*'Wat ik denk is dat mensen denken dat mensen het zelf iets, het zelf wel ter sprake zullen brengen. Dat merk je dus ook steeds tijdens die webinars. Dat is echt een soort aanname van, o ja, ik bied toch een veilige omgeving en ik ben toch laagdrempelig, dus mensen zullen zelf wel iets noemen.'*

Verschillende redenen werden genoemd waaruit de negatieve ervaringen van lhbt personen zouden kunnen zijn ontstaan met de eerste lijn. Zo kwam naar voren dat dit kon komen door eerder ervaren negatieve reacties uit de maatschappij door patiënten en werd een voorbeeld gegeven van een huisarts die een persoon direct doorstuurde naar een psycholoog met de boodschap 'om het eerst allemaal zelf uit te zoeken'. Daarbij gaf een deelnemer ook aan het als zorgverlener vaak niet snel te weten te komen als je wel wat fout hebt gedaan, zolang er geen actieve kritiek vanuit de patiënten komt.

Er kwam ook naar voren dat het thema meer *buiten* de beroepsvereniging speelt dan dat het specifiek aandacht krijgt *binnen* de verenigingen. Zo gaven de (beroeps)verenigingen aan doorgaans **geen concrete vragen over het onderwerp binnen te krijgen vanuit de leden**, maar er wel veel over te horen in de media. Zo gaf een deelnemer aan:

*'Ik zie wel dat er ja in de media, social media wel heel veel aandacht voor is. Dus als je dat soort dingen volgt dan lees je er vanzelfsprekend over... (...), maar ik durf niet te zeggen voor mijn achterban hoe zij daar in hun werk mee omgaan of dat ze daar kennis van hebben of inderdaad kennis te kort hebben.'*

Ondanks dat er geen vragen over het onderwerp binnenkomen, gaven sommige deelnemers wel aan bewust met het onderwerp bezig te zijn tijdens hun eigen werk in de praktijk. Ze gaven aan dit te doen door bijvoorbeeld van de meeste patiënten in de eigen praktijk de gendergerelateerde en seksuele voorkeur te weten en zich te verontschuldigen na het maken van een aannamefout over een patiënt gerelateerd aan het onderwerp. Hierbij werd opgemerkt dat ze het idee hadden dat naar diversiteit in *seks* meer aandacht uitgaat dan naar diversiteit in gender of seksuele oriëntatie. Hierbij werd genoemd dat diversiteit in ziektebeloop en klachtenpatronen vaak wordt vergeten, evenals dat medicatie dikwijls op een niet-diverse onderzoeksgroep wordt getest.

Daarnaast kwam naar voren dat er **gevarieerd tegen het thema wordt aangekeken** binnen de leden van de verenigingen.

*'Laat ik het heel zwart-wit zeggen, er zijn mensen die er veel affiniteit mee hebben en er zijn mensen die er bijna geen affiniteit mee hebben. Of er zelfs een beetje bang van zijn.'*

Deelnemers die betrokken waren bij het organiseren van presentaties over het thema gaven aan de ene kant het idee te hebben dat hun collega's in het publiek interesse toonden voor het onderwerp. Dit werd opgemerkt uit het deelnemersaantal en de vragen die achteraf werden gesteld. Aan de andere kant gaven deelnemers ook aan dat er beroepsgenoten zijn die veel minder interesse en aandacht voor het thema hebben. Daarbij werd gesuggereerd dat het thema vaker leeft onder de jongere beroepsgenoten. Een deelnemer gaf aan het idee te hebben dat de groep die wel interesse heeft voor het thema steeds groter wordt.

### **Nieuw thema, doorgaans weinig kennis en ervaring bij beroepsverenigingen**

Uit de interviews kwam naar voren dat **het thema als vrij nieuw wordt ervaren**. Verenigingen die al met het thema bezig zijn, zijn ook nog zoekende naar hoe het thema vorm te geven binnen de vereniging. Een gebrek aan kennis over het thema bij de deelnemers en collega's kwam geregeld naar voren. Deelnemers gaven aan te worstelen met het **gebrek aan kennis** over het thema, bij henzelf of bij collega's die minder actief betrokken zijn bij het thema. Ook een deelnemer die actief met het thema bezig is binnen de vereniging gaf aan dat het aan kennis en ervaring ontbreekt om vakinhoudelijk op het onderwerp in te zoomen en om wetenschappelijke inzichten toe te passen in de praktijk. Verder werd er ook een gebrek aan kennis rondom het thema bij de leden geïdentificeerd, wat gevolgen voor patiënten zou kunnen hebben. Er werden meerdere gevolgen van dit gebrek aan kennis genoemd.

Zo werd er genoemd dat als er weinig kennis is over het thema, er angst onder zorgverleners kan heersen om het thema actief bespreekbaar te maken. Zo lichtte een deelnemer toe:



*'Maar het zijn toch voor mensen moeilijke onderwerpen. Dus die bewustwording is, volgens mij, heel belangrijk, die er nog niet is. En verder ook toch het ongemak dan met de termen, wat een drempel is om dingen dan bespreekbaar te maken. Want als je zelf niet weet, zeg maar, hoe het precies zit, dan ga je natuurlijk ook niet dat soort onderwerpen voorleggen of... Dus dat is, volgens mij, wat er nog mist.'*

Daarnaast kwam naar voren dat door het gebrek aan kennis kon worden **gedacht in stereotypes**. Dit had bijvoorbeeld betrekking op de aanname van zorgverleners dat alleen jongere zorggebruikers twijfelen over genderidentiteit. Ook gaven deelnemers aan dat cliënten met een transgendervraagstuk vaak snel worden doorgestuurd naar een specialistische transgenderpoli, terwijl de eerste lijn ook al kan bijdragen in explorerend voorwerk.

*'Deelnemer 1: Wat ik nog wel eens merk, is dat zodra het woord transgender valt of een kind geeft aan van nou, ik voel me niet fijn met dit lijf, dat mensen dan zoiets hebben van oh, ga je aanmelden bij een transgenderpoli. En vervolgens doen ze niks meer. (...) Terwijl ja, er kan heel veel gedaan worden. En dat is ook een beetje wat jij zegt natuurlijk, [gericht aan andere deelnemer], van mensen weten er te weinig van. Ze vinden het dan te spannend. Ze denken oh, dat is heel specialistisch, ik weet er niks van, ga maar naar de genderpoli. Terwijl er heel veel voorwerk gedaan kan worden en soms is dan een aanmelding helemaal niet meer nodig. Dat je inderdaad zegt van iemand heeft al helemaal uitgezocht hoe het bij die persoon zit. Deelnemer 2: Ja. Ik zou wel de neiging hebben erop in te gaan. En wat verkennende gesprekken te hebben. Maar als het wat ingewikkeld wordt, dan wel door te verwijzen, ja.'*

Een deelnemer gaf aan dat een gebrek aan kennis onder zorgverleners door patiënten als onprettig kan worden ervaren.

*'In het gezondheidszorgveld an sich is er toch nog wel wat terughoudendheid, angst, onbekendheid. Misschien wel veel onbekendheid zelfs, waardoor er gewoon met name vanuit de cliënten zelf gezien natuurlijk zich vaak toch wel onheus bejegend voelen. Dat is natuurlijk wel zorgelijk.'*

### 3.3 Borging van diversiteit in beleid en activiteiten van de organisaties

Bij de bespreking van borging van diversiteit in het beleid en de activiteiten door de beroepsverenigingen kwamen twee sub-onderwerpen naar boven. Ten eerste werden door de deelnemers verschillende drijfveren maar ook barrières genoemd voor het integreren van het thema in hun beleid en activiteiten. Ten tweede werden door de deelnemers verschillende activiteiten genoemd waarop zij borging van het thema bewerkstelligen. Deze twee onderwerpen worden hieronder besproken.

## 1: Drijfveren en drempels voor borging binnen de organisatie

- Het hebben van een aanvoerder of trekker op het thema (+)
- Samenwerking met belangenorganisaties (+)
- Kleine organisaties (+)
- Onvoldoende tijd (-)
- Vraaggericht werken (+/-)
- Prioriteiten van andere thema's (-)
- Aansluiting thema bij missie/visie organisatie (+)

## 2: Hoe zorgen de beroepsverenigingen voor borging

- Nascholing en verfijning van kennis
- Aandacht bevorderen bij scholingsinstituten; lastig vanwege versnippering
- Samenwerking met andere beroepsverenigingen. Bijv. webinars, programma's opzetten
- Ontwikkeling richtlijnen

### Drijfveren en drempels voor borging binnen organisaties

Ten eerste kwam naar voren dat een belangrijke drijfveer voor het integreren van het thema in beleid en activiteiten het hebben van een **'aanvoerder' of trekker van het thema** is. Met andere woorden: er moeten één of meerdere personen aanwezig zijn in de organisatie die zich ervoor inzetten dat het thema regelmatig naar boven komt. Aan de andere kant was het duidelijk dat wanneer er niemand in een dergelijke rol was, dat dit juist als drempel werkte voor borging van het thema. Zo gaf een van de deelnemers aan:

*'Wat ik zeg: we hebben er, eigenlijk zijn we er nog helemaal niet zo mee bezig geweest.. niet op kantoor ofzo, of bij ons bedrijf iemand die daar specifiek aandacht voor heeft. Ja misschien degene die personeelszaken doet. Heb ik eigenlijk nooit aan haar gevraagd, maar... Het speelt bij ons eigenlijk niet zo heel erg. Natuurlijk misschien ook wel een beetje een heel erg, ja ik durf het bijna niet te zeggen, maar niet blank mannen bolwerk, maar blank vrouwen bolwerk zo'n beetje, dus ja, eerlijk gezegd... Dat zegt dan misschien ook over ons als organisatie iets. Maar, ja daar gebeurt nog niet zo heel veel mee. Maar het is niet dat ik afwijs ofzo..'*

Bij een aantal verenigingen herkende men wel iemand in een dergelijke trekkersrol en bij een aantal niet. Ook gaven de deelnemers van twee van de verenigingen aan via een werkgroep of met actief betrokken leden aan dit onderwerp te werken. Bij twee andere verenigingen werd aangegeven het onderwerp geenszins af te wijzen, maar dat zij binnen de vereniging geen personen met kennis en/of ervaring op dit thema specifiek hebben. De **samenwerking met belangenorganisaties** (zoals WOMEN Inc. en Rutgers) helpt bij de borging; hierin voelde men zich ondersteund, zeker wanneer er sprake is van laagdrempelig contact met deze organisaties. Zeker binnen **kleine organisaties** kan borging makkelijker plaatsvinden wanneer iemand met een trekkersrol actief is op het thema. Aan de andere kant kan het zijn dat men **onvoldoende tijd** heeft om zich te verdiepen in het thema. Uit de interviews bleek dat dit een barrière is voor borging omdat niet iedereen al voldoende ervaring heeft met het thema.

Uit de interviews kwam naar voren dat de beroepsverenigingen veelal **vraaggericht werken**, wat zowel een drijfveer als drempel kon zijn voor het borgen van het thema. Deelnemers van

verschillende verenigingen gaven aan dat men de bespreking en focus op bepaalde thema's van de vragen van de leden laat afhangen. Dit wordt mede veroorzaakt doordat er een grote hoeveelheid aan belangrijke thema's spelen binnen de gehele breedte van de eerste lijn, waardoor er prioriteiten moeten worden gesteld voor waar de aandacht heen gaat. Een van de deelnemers zei:

*'Ja, ik moet altijd toch wel voorzichtig zijn. Het is ook een beetje verwachtingsmanagement. Wij ondersteunen onze leden, dat is meer vraaggericht vanuit de leden dan dat wij zelf als beroepsvereniging met diverse onderwerpen en activiteiten aan de slag gaan. Wil niet zeggen dat wij een, laat ik zeggen, reactieve beroepsvereniging zijn, helemaal niet zelfs. Alleen er komt zo veel binnen dat we ook gewoon onze prioriteiten moeten stellen.'*

In de praktijk zag men bij borgingsactiviteiten ook nog wel een aantal **drempels op het niveau van de zorgverlener**. Zo zou het thema soms niet erkend worden door zorgverleners omdat er geen actieve kritiek vanuit patiënten over gebrek aan aandacht voor hun specifieke behoeften zou komen. Daarnaast gaf één van de deelnemers aan dat er wel eens afkeurende reacties zijn geweest van patiënten op hun materialen wanneer ze in de wachtkamers zijn verspreid. Op het niveau van de verenigingen werd tenslotte als drijfveer voor borgingsactiviteiten genoemd dat aandacht voor het thema goed **aansluit bij de visie of missie van de vereniging**, zoals bij het programma persoonsgerichte zorg.

### Hoe zorgen de beroepsverenigingen voor borging?

Wat betreft de borging van diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie in de kernactiviteiten van de verenigingen, geven sommige verenigingen aan actief te werken aan borging van dit thema en anderen alleen meer indirect. Er werden verscheidene manieren genoemd waarop het thema geborgd wordt.

Ten eerste zijn de beroepsverenigingen actief bij **nascholing en verfijning van de kennis van leden** op het thema. Zo gaf een van de deelnemers aan dat hun vereniging nevenproducten ontwikkelde op bepaalde thema's waar nog weinig over is in de bestaande opleiding zoals non-binariteit. Specifiek noemde een van de deelnemers ook dat het meer aansluit bij de leden/ zorgverleners als het langs een medisch technisch onderwerp wordt besproken:

*'Nou ik denk dat dat inderdaad via een medisch technisch onderwerp is. Ik denk als je het onderwerp apart gaat agenderen van 'we gaan nu een avondje over diversiteit', ik denk dat het niet gaat lukken. Maar ga je bijvoorbeeld over soa's praten of over PrEP, over dat preventiemiddel en je gaat daarbij ook wat vertellen over de homoseksuele mannencultuur en dat daar andere seksuele mores heersen en daar zonder al te veel veroordelingen met elkaar over gaat praten dan gaat die [beroepsgroep] snappen van oh, wacht even. Mannen die seksueel met mannen dat staat wellicht buiten mijn eigen beleveniswereld als heteroseksuele [zorgverlener], maar ja, dat wil niet zeggen dat ik daar niet open voor kan staan of vragen over kan stellen.'*

Ook gaven deelnemers aan dat het nodig is **aandacht te bevorderen bij scholingsinstellingen** voor de vooropleiding van de zorgverleners. Een lastigheid hierin die genoemd werd, is dat de scholing versnipperd is en dat een thema over het algemeen niet centraal wordt opgepakt. Verder verschilt de mate van aandacht voor het thema tussen de beroepsgroepen in de vooropleiding. Twee verenigingen gaven aan dat man-vrouwverschillen in ziektebeelden al langer leven en dat dit sub-

thema daardoor soms wel al goed is geïntegreerd in de scholing en ook richtlijnen. Dat geldt minder voor de thema's genderdiversiteit en seksuele oriëntatie.

Ook deden verschillende verenigingen aan (na)scholing vanuit **samenwerking met andere organisaties**, bijvoorbeeld door gezamenlijk een activiteit te organiseren of door te verwijzen naar andere webinars en organisaties. Hierdoor komt men ook nog op specifiekere activiteiten uit:

*'Ja en die verfijning wat [andere deelnemer] zegt, wij hebben ook samen een programma gemaakt voor doktersassistentes.. want die doen vaak de plasjes, hè, dus de urines nakijken en de pil voorschrijven. Die bieden we nu de mogelijkheid voor een spreekuur seksuele gezondheid en daar dat thema diversiteit komt daar ook aan bod in de scholing.'*

Ook binnen de **richtlijnenontwikkeling** vindt borging plaats. Zo gaf één van de verenigingen aandacht aan het thema via het programma persoonsgerichte zorg door bij de ontwikkeling van nieuwe standaarden en herziening van richtlijnen expliciet na te gaan of er qua diversiteit aanpassingen gedaan moeten worden. Ook merkte men binnen een andere organisatie deze aandacht binnen de richtlijnontwikkeling:

*'Maar ik denk dat er toch vanuit [organisatie] inderdaad zo die richtlijnen die er nu zijn gemaakt dat je kan merken dat het onderwerp echt wel op het netvlies staat, want bij (...) [organisatie] breed en dan dus voor alle afdelingen wordt ook input voor die richtlijnen gevraagd.'*

Tenslotte kwam naar boven dat het thema bij de verschillende verenigingen al langer of minder lang speelt. Bij een van de verenigingen spelen de onderwerpen gender en seksuele oriëntatie sinds eind 2015 naar aanleiding van een congres over onder andere dit onderwerp. Een tweede vereniging is sinds 1,5 jaar actief met het thema bezig en heeft sindsdien een aantal webinars over dit thema georganiseerd. De andere beroepsverenigingen geven aan alleen borging voor diversiteit in het algemeen te bieden in beleid, bijvoorbeeld door onderwerpen vanuit verschillende invalshoeken te benaderen, betrokkenheid bij onderzoek naar gezondheidsverschillen en betrokkenheid bij richtlijnontwikkeling naar veranderende seksualiteit bij aandoeningen.

### 3.4 Benodigheden, hulpmiddelen en toekomstperspectief

Met deelnemers is besproken of op dit moment gebruik wordt gemaakt van specifieke tools om diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie te bevorderen en welke tools dit zijn. Ook is de bekendheid van de deelnemers met de tools die worden aangeboden op de campagnewebsite 'Komt een mens bij de dokter' nagegaan. Tot slot is deelnemers gevraagd in hoeverre zij aanvullende mogelijkheden zien om het thema in hun activiteiten te borgen en wat zij daarbij nodig hebben.

De tools die door de Alliantie zijn ontwikkeld en onder de aandacht zijn gebracht met de campagne 'Komt een mens bij de dokter' waren bij de helft van de deelnemers bekend, waarbij sommigen ze in detail hadden bekeken en andere alleen vluchtig wisten van het bestaan van de toolbox. Eén van de deelnemers gaf aan dat het interessant zou zijn om de tools onder de aandacht van de beroepsgroep te brengen en tijdens een webinar verder toe te lichten.

Het merendeel van de deelnemers was niet bekend met het gebruik van andere specifieke tools op het gebied van diversiteit. Eén deelnemer noemde de Alliantie Gender & GGZ en de website [genderbread.org](http://genderbread.org) als bronnen voor het vinden van tools.

#### 1: Praktische benodigheden voor borging

- Kennis & informatie
  - voor bewustwording
  - voor vertaling naar de praktijk
  - voor het structureel onder de aandacht houden
  - voor beter begrip van het probleem
- Dialoog voeren
- Interne processen aanpassen
- Samenwerking tussen beroepsgroepen

#### 2: Leren kijken door een andere bril

- Normaliseren
- Via medisch-technische casuïstiek

### Praktische benodigheden voor borging

Het beeld ontstaat dat er vanuit beroepsverenigingen nog weinig gebruik wordt gemaakt van tools om het thema diversiteit in de organisatie te borgen. Wel hebben de deelnemers verschillende ideeën en suggesties om hier in de toekomst aan te werken. Daarbij noemen deelnemers diverse praktische tools en benodigheden om het thema beter te borgen binnen de eigen beroepsvereniging.

#### Kennis & informatie

Allereerst geven alle verenigingen aan dat er een behoefte is aan kennis en informatie omtrent het thema. Deze kennis en informatie worden op verschillende manieren als tool gezien om het thema diversiteit in de beroepsvereniging te borgen.

Zo zien enkele beroepsverenigingen het als een middel om de beroepsgroep meer **bewust te maken van de relevantie** van het thema. Ze geven hiervoor verschillende media aan, waaronder informatie delen via de website, nieuwsbrieven, facebook, een Youtube kanaal, lezingen en Webinars. Ook de verspreiding van informatie over het onderwerp door artikelen of ervaringsverhalen op te nemen in vaktijdschriften wordt genoemd om collega's bewust te maken van het onderwerp. Diverse verenigingen merkten hierbij op dat er goed moet worden nagedacht over wat de boodschap van de informatieverbreiding moet zijn om te voorkomen dat het thema geproblematiseerd wordt. Er werd aangegeven dat de focus zou moeten liggen op wat zorgverleners zouden willen weten om hun patiënten beter te benaderen op het gebied van communicatie en attitude. Eén vereniging geeft echter aan dat er voor de beroepsgroepen veel méér onderwerpen spelen waar ze graag meer aandacht aan willen geven, dus dat er wel keuzes gemaakt moeten worden wat betreft de prioriteit van de behandeling van verschillende onderwerpen die spelen in de eerstelijns zorg.

*'Maar het zijn toch voor mensen moeilijke onderwerpen. Dus die bewustwording is, volgens mij, heel belangrijk, die er nog niet is. En verder ook toch het ongemak dan met de termen, wat een drempel is om dingen dan bespreekbaar te maken. Want als je zelf niet weet, zeg*

*maar, hoe het precies zit, dan ga je natuurlijk ook niet dat soort onderwerpen voorleggen of... Dus dat is, volgens mij, wat er nog mist.'*

Daarnaast wordt ook gezien dat informatie in de vorm van (wetenschappelijke) **kennis en inzicht beter vertaald moet worden naar de praktijk**, zodat de beroepsgroep er in de praktijk ook wat mee kan.

Zo is er behoefte aan vaardigheden om de juiste vragen rondom diversiteit te kunnen stellen. Maar ook beter inzicht in het juiste moment wanneer er moet worden doorverwezen naar specialisten op het onderwerp. De beroepsverenigingen zien een belangrijke rol voor zichzelf bij het verspreiden van nieuwe kennis en informatie waarmee de zorgverlener in de praktijk aan de slag kan:

*'Zeker, ja hoor, dat doen we graag echt als rol van kennis delen. Als er dit soort nieuwe onderzoeken zijn of methodieken of handreikingen of... hè, dus dan zijn we wat dat betreft echt wel een soort... zien we ons als een distributiekanaal om daar aandacht voor te vragen, ja.'*

Beroepsverenigingen geven ook aan dat meer informatie nodig is om **beter te begrijpen waar patiënten precies tegenaan lopen** in de huidige eerstelijns zorgverlening. Wat maakt dat mensen ontevreden zijn over de zorg, of zorg gaan mijden? Wat hebben zij nodig van eerstelijns zorgverleners?

Tot slot geven enkele beroepsverenigingen aan dat een continue stroom van informatie van belang is om het thema **structureel onder de aandacht te houden**, omdat het anders al snel weer 'vergeten' wordt vanwege de grote hoeveelheid belangrijke onderwerpen die spelen in de eerste lijn.

### **Dialoog**

Een ander type tool welke door enkele beroepsverenigingen werd genoemd, is het hebben van een dialoog met beroepsgenoten over het thema. Het doel dat hiermee werd beoogd te bereiken was het creëren van aandacht en bewustwording van het belang van het thema diversiteit.

*'We zagen bijvoorbeeld ook in de COVID-tijd dat sommige verpleegkundigen willen bijvoorbeeld niet vaccineren of niet gevaccineerd worden vanwege geloofsovertuiging. En dat geldt ook bijvoorbeeld bij abortus of bij transgenderzorg of homoseksualiteit of er zijn... ik denk dat je voor kennis of zo daar zijn altijd handvatten. Als je die handvatten zoekt kun je die vinden. (...) Die dialoog en het ontwikkelen met elkaar... je moet het met elkaar wel aan blijven gaan en het open gesprek zeg maar. Dus voor mijn gevoel zit het hem meer daarin. Ik denk alle kennis... nou ja we hebben Google bij wijze van spreken maar ook (...) opleidingen en in alle kwaliteitsdocumenten, in de veldnormen, in alles daar moet in feite wel genoeg in staan, maar ja... en dan denk ik daarnaast dus met elkaar die dialoog hebben als beroepsgenoten onder elkaar.'*

### **Interne processen**

Er worden een aantal mogelijkheden geïdentificeerd in interne processen waarin deelnemers verbetermogelijkheden zien voor wat betreft de borging van het thema in de beroepsvereniging.

Een specifieke tool die door één van de deelnemers werd genoemd, is de **mogelijkheid die de techniek kan bieden** bij het herinneren van zorgverleners aan het thema diversiteit gedurende een consult. Hierbij werd voorgesteld in het elektronisch patiëntendossier een aparte ruimte te creëren

waarbij aangevinkt kan worden hoe de patiënt genoemd wil worden. Andere deelnemers geven desgevraagd aan dat ze het belangrijk vinden dat het tegelijkertijd wel ‘in het normale moet blijven’, dat deze vraag niet blindelings aan iedereen gevraagd moet worden. Deelnemers geven aan te worstelen met de verschillen in voorkeuren tussen mensen, die van te voren moeilijk is in te schatten.

*‘Deelnemer 1: Ik denk dat het wel een mooie vraag kan zijn, hoewel je er niet alles mee dekt maar: hoe wil je genoemd worden haar zij of nou ja al die pronouns wat ze dan tegenwoordig hebben, dus dat kan wel een anamnesevraag zijn denk ik (...) die je al een beetje op weg helpt. Deelnemer 2: Zou wel een mooie vraag zijn misschien bij het inschrijfformulier hè... Deelnemer 1: Ja precies. Deelnemer 2: ... die we hebben want ons systeem waar we mee werken daar kies je man of vrouw... Deelnemer 1: Ja. Deelnemer 2: ... en dat is het en daartussen is niks. Dus daar valt ook nog winst te behalen.’*

In lijn hiermee wordt een good practice door één van de deelnemers gedeeld die recent in de eigen vereniging was ingevoerd, om de standaard aanhef (geachte heer / mevrouw) in brieven die beroepsgroepen onderling naar elkaar sturen aan te passen (geachte collega).

*‘Wat even in mijn hoofd schiet is iets heel kleins. Wat ik heel interessant vind van onze overkoepelende organisatie, [organisatie], die heeft vorig jaar een schrijven uit laten gaan dat we al onze collega’s ook als je iemand niet kent niet meer aanschrijft met beste heer/mevrouw, maar met beste collega. Dat soort dingen.’*

Een andere vorm van een aanpassing van interne processen is het **betrekken van de juiste personen** bij de ontwikkeling van producten en diensten voor de beroepsgroep. Een voorbeeld hiervan is de ontwikkeling van een leerboek voor huisartsen waarin door collega’s van de dienst communicatie of betrokkenen bij een programma persoonsgerichte zorg wordt meegelezen om te kijken of er aandacht is voor het thema diversiteit in het product.

### **Samenwerking met andere beroepsgroepen**

Tot slot werd het proces van samenwerking en samen optrekken tussen beroepsgroepen genoemd als manier om het thema binnen met name huisartsenpraktijken beter te borgen.

*‘Ook nog een tip. Ik kom het elders ook wel eens tegen. Wij doen het zelf niet, maar ik zie het her en der wel eens gebeuren. Bijvoorbeeld de combinatie van een POH-GGZ en de huisarts dat je gezamenlijke scholing organiseert, als koppel. Dat geeft vaak ook wel, ja, extra input voor in de praktijk. Zeker met dit onderwerp.’*

### **Leren kijken door een andere bril**

Naast de verschillende praktische tools en benodigdheden voor een betere borging van het thema in beroepsverenigingen, werd door een meerderheid van de deelnemers uitvoerig gesproken over de manier waarop het thema het best onder de aandacht kan worden gebracht. Daarbij werd benadrukt dat een activistische inslag (een ‘revolutie’), of een paternalistische inslag (‘jullie doen het niet goed’) niet het gewenste effect zou opleveren en vooral weerstand opwekt. De voorkeur van deelnemers ging uit naar het *normaliseren* van de verschillen tussen mensen.

*‘Ik denk dat je wel goed moet kijken naar wat je boodschap dan is hè, want als je het gaat hebben over diversiteit en dan over homoseksualiteit of transgenderzorg of wat dan ook, ga je dat behandelen als probleem? Wat is het een probleem? Het is eigenlijk gewoon de één is*



*blond en de ander heeft bruin haar of zo. [...] en welk doel wil je bereiken want als je iets gaat uitleggen over homoseksualiteit op een congres voor zorgverleners ga je dan bijna zeggen dat het nou even heel raar gezegd maar dat het een ziekte is.'*

*'Maar ja, ik denk ook het moet, maar goed, dat is voor mij persoonlijk, **geen revolutie** worden. Want dan krijg je wat jij zegt dan gaan mensen ook echt weerstand ertegen krijgen. Dat zou zonde zijn denk ik. Ik ben blij dat je het ook zegt, [gericht aan andere deelnemer]. Want ik vind dat heel belangrijk om dat mee te nemen ook.'*

De manier waarop beroepsverenigingen dit perspectief onder de aandacht zouden willen brengen is via medisch-technische onderwerpen.

*'Ja en ook in het onderwijs proberen we ook sowieso aandacht te besteden aan casuïstiek waarin bijvoorbeeld lesbische of homoseksuele mensen deel van uit maken zonder dat het ertoe doet.'*

*'Noem maar bijvoorbeeld de erectieproblemen en dan neem ik een casus over erectieproblemen van een homoseksueel stel in plaats van de standaard heteroseksuele casus. Ja, dan zie je de huisarts in het begin even worstelen, maar natuurlijk kan een homoseksuele man ook erectieproblemen hebben. Alleen dat betekent dat ze bepaalde vragen moeten stellen en ja, dat kun je ze leren en dan gaat het onderwerp ook leven en dan gaan ze het ook normaler vinden. Dus je doet het eigenlijk via een indirecte weg bouw je die diversiteit in, in casuïstiek bijvoorbeeld.'*

*'Het is niet een los onderwerp. Het is een manier van kijken. Een bril die je op moet zetten bij het beoordelen van alle patiënten de hele dag (...) Ja, je ziet het dus er is niet een aparte richtlijn over. Je ziet het door alle onderwerpen heen terugkomen. Bij het één wat meer dan het ander en ja, dat maakt het inderdaad ook lastig om als individueel onderwerp op te pakken en daar nou eens even, ja... Het is attitude, communicatie, medische bril. Van alles een beetje, ja.'*



## 4 Conclusie en aanbevelingen

### 4.1 Conclusie en discussie

Dit rapport beschrijft een kwalitatieve verkenning van het draagvlak en de mate van borging van het thema diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie bij beroepsverenigingen in de eerste lijn. Uit de zes gevoerde interviews kwam naar voren dat dit als een jong onderwerp wordt ervaren, waarbij variatie tussen beroepsverenigingen bestaat in de mate waarin zij met het thema bezig zijn. Er komen weinig vragen vanuit de leden over dit thema bij beroepsverenigingen binnen, wat de indruk wekt dat het thema wat verder van de praktijk af staat. Ook was de nodige variatie te zien in de kennis over het thema en de borging van het thema binnen beroepsverenigingen. Het hebben van een aanvoerder of trekker van het thema binnen de vereniging werd als belangrijke stimulans ervaren, net als de samenwerking met belangenorganisaties of kennisinstituten op dit thema. Echter, vanwege het vraaggerichte werken van de verenigingen en de beperkte tijd die leden ter beschikking hebben om een actieve bijdrage te leveren, is er vaak beperkt aandacht vanuit de beroepsverenigingen voor het thema. Verenigingen zouden geholpen kunnen worden door kennis en informatie om enerzijds de bewustwording van de beroepsgroep ten aanzien van de relevantie van het thema te benadrukken, maar ook om een vertaling van wetenschap naar praktijk te bewerkstelligen, zodat zorgverleners in de spreekkamer beter zijn toegerust om met het thema om te gaan. Ook zagen verenigingen mogelijkheden voor het aanpassen van interne processen om sensitieve zorg beter in te bedden in het zorgproces. Daarbij werd de nadruk gelegd op de behoefte van zorgverleners om het thema te normaliseren, door het in te bedden in de voor hen dagelijkse medische praktijk, door middel van diversiteit in casuïstiek.

#### Diversiteitssensitieve zorg

Er lijkt een verschil in benadering te bestaan tussen de verenigingen die actief met het thema bezig zijn en zij die dat niet zijn. Bij beroepsverenigingen die niet actief met het thema bezig zijn, wordt diversiteit in sekse, gender of seksuele oriëntatie meer als een losstaand thema gezien. Zo zag men weinig relevantie van dit thema in relatie tot zorgvragen anders dan directe transgendervraagstukken. In combinatie met het gebrek aan vragen vanuit de leden, de beperkt beschikbare tijd en de vele onderwerpen die spelen in de eerste lijn, wordt prioriteit aan andere onderwerpen gegeven. Dit in tegenstelling tot de beroepsverenigingen die wel met het thema bezig zijn. Deze geven aan dat ze het thema meer zien als een onderdeel van de te leveren zorg, passend bij het thema persoonsgerichte zorg. In Een, het NHG en Zelfzorg Ondersteund definiëren persoonsgerichte zorg als volgt: *'Persoonsgerichte zorg is een manier om zorg op maat te bieden aan mensen met een gezondheidsvraag. Kern van persoonsgerichte zorg is dat je als zorgverlener niet de klacht of aandoening centraal stelt, maar de persoon in zijn geheel. In de zorg voor en ondersteuning bij gezondheidsvragen staat de manier waarop de patiënt in het leven staat en zelf met het probleem omgaat centraal.'* (31). Samen beslissen, e-health en samenwerking tussen partners in de eerste lijn en het sociaal domein zijn hierin belangrijke elementen. Deze elementen hebben in de afgelopen jaren ook veel aandacht gekregen vanuit zowel onderzoek als beleid. Diversiteitssensitief werken met oog voor sekse, gender en seksuele oriëntatie past goed in de benadering van persoonsgerichte zorg, maar heeft voor wat betreft kennis en tools voor zorgverleners nog een langere weg te gaan.

Verschillende behoeftes werden uitgesproken door de eerstelijnsberoepsverenigingen rondom de ondersteuning ter verbetering van de zorg op het thema. Zo gaven veel verenigingen aan

onvoldoende kennis en ervaring in huis te hebben om met het thema om te gaan. Hierbij werd ook aangegeven dat dit een grote drempel kan zijn voor de zorgverlener zelf om het thema bespreekbaar te maken in de praktijk. Er is dan vooral ook een behoefte aan handreikingen voor praktische toepassingen om patiënten gendersensitiever te benaderen op het gebied van communicatie en attitude. Daarnaast was er bij sommige beroepsverenigingen vraag naar meer duidelijkheid over de urgentie en relevantie van de borging van het thema.

Het recent verschenen rapport van het Sociaal en Cultureel Planbureau met betrekking tot opvattingen over seksuele en genderdiversiteit in Nederland en Europa laat zien dat het overgrote deel van de Nederlandse bevolking over het algemeen positief denkt over homo- en biseksualiteit en genderdiversiteit, hoewel er in de afgelopen jaren geen toename in acceptatie is te zien (32). Wel is te zien dat opvattingen samenhangen met geslacht, leeftijd, opleiding, herkomst en religie, waarbij leden van religieuze groepen en mensen woonachtig in niet-stedelijk gebied gemiddeld genomen negatiever denken over gender en seksuele oriëntatie. Inzicht in de opvattingen omtrent dit thema onder specifieke groepen zorgverleners zou verdere aanknopingspunten voor verbetering van draagvlak en borging van diversiteitssensitieve zorg kunnen bieden.

### Exploratief onderzoek

Dit onderzoek vormt een eerste exploratie van het draagvlak en de mate van borging van het thema diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie onder eerstelijns beroepsverenigingen. Er is een klein aantal (n=6) verenigingen geïnterviewd en binnen de verenigingen is een klein aantal respondenten (n=1 tot 3) gesproken. De bevindingen zijn zodoende niet representatief voor de gehele beroepsvereniging, alle eerstelijns beroepen, of voor alle eerstelijns beroepsverenigingen.

De niveaus in kennis en bewustzijn lopen ook uiteen binnen het thema van diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie. Zo zijn verschillen in sekse - man/vrouw verschillen - voor veel zorgverleners laagdrempeliger te begrijpen en vanuit de biologie en geneeskunde bekender terrein. Bovendien is het een onderwerp dat al langer in de medische belangstelling staat. Zo is er veel aandacht voor het verschil in ervaren symptomen rondom hartfalen en een hartinfarct tussen mannen en vrouwen en zetten belangenverenigingen zoals de Hartstichting zich in om kennis op dit gebied te vergroten (6). De onderwerpen genderdiversiteit en seksuele oriëntatie zijn jonger en minder gemakkelijk te begrijpen voor veel zorgverleners, waardoor meer aandacht, kennis en informatie essentieel is voor een goed begrip. Hoewel het perspectief van de zorgverlener niet veel wordt beschreven in de wetenschappelijke literatuur, lijkt er een gebrek aan kennis te bestaan onder zorgverleners met betrekking tot het thema (10, 33-35).

Meer onderzoek is nodig om de attitude, perspectieven en ervaringen van (eerstelijns) zorgverleners met deze thema's in kaart te brengen, om op die manier goed aan te kunnen sluiten bij de kennisbehoefte van zorgverleners in de praktijk.

## 4.2 Aanbevelingen

Uit dit verkennende onderzoek bleek dat er ruimte is voor verbetering van de borging van het thema diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie in eerstelijns beroepsverenigingen. Ook blijkt dat meer inzicht en informatie nodig is omtrent ervaringen, perspectieven en wensen van alle betrokkenen.

Meer bewustwording over de manier waarop rekening kan worden gehouden met diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie kan bijdragen aan het verkleinen van gezondheidsverschillen, en kan een eerste stap zijn naar het faciliteren van meer borging. Hierbij is het van belang om zorgverleners vanuit de inhoud aan te spreken en praktische toepassingen aan te reiken. Hiervoor lijkt meer kennis en inzicht in zowel de psychische als de lichamelijke gezondheidsklachten van betrokken personen nodig. Suggesties werden gedaan om dit te doen door het thema geregeld op te nemen in casuïstiek die tijdens de opleiding of bijscholing wordt besproken en het thema te borgen binnen activiteiten rondom persoonsgerichte zorg.

Meer kennis over het thema in de vorm van praktische toepassingen gepersonaliseerd op de beroepsgroepen kunnen als een handreiking dienen voor een meer sensitieve bejegening door zorgverleners. Om het gebrek aan kennis en ervaring binnen beroepsverenigingen op te vullen, wordt aangeraden om organisaties samen te brengen op dit thema om van elkaar te leren en gezamenlijk de borging te verbeteren.

Een voor de hand liggende aanbeveling is om het thema in te bedden in de scholing voor aanstaande zorgverleners. Het is aangetoond dat scholing en training op dit thema de attitude en het gedrag van studenten ten aanzien van diversiteitssensitieve zorg doet verbeteren (36). In de interviews werd aangegeven dat deze scholing soms versnipperd geregeld is zonder een centrale aansturing. Dit zou een drempel kunnen zijn voor het snel implementeren van het thema. Ook hebben beroepsverenigingen hierdoor minder zicht op de kennis die de beroepsgroep op het thema in huis heeft en waar nog behoefte aan is. Zodoende is het ook op het gebied van scholing van belang om beroeps- en onderwijsorganisaties samen te brengen om te zorgen voor een meer centrale borging van het thema in scholing. Dit onderzoek liet zien dat het hebben van een trekker of aanjager binnen de vereniging daarbij een sterk stimulerende werking heeft.

Dit rapport is een eerste exploratie van de mate van draagvlak en borging van het thema diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie in eerstelijns beroepsverenigingen. Een volgende stap in het tegemoet komen aan behoeften van zorgverleners en patiënten is het breder en meer gericht onderzoeken van de kennisbehoeften van eerstelijnszorgverleners, door middel van een representatieve, landelijke uitvraag onder de verschillende beroepsgroepen. Dit onderzoek biedt daarvoor een eerste handreiking.

# Literatuur

1. Lagro-Janssen T, Teunissen D, editors. Gendersensitieve huisartsgeneeskunde. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2022. ISBN: 978-90-368-2706-5. doi: 10.1007/978-90-368-2707-2.
2. Tulp E. Sekse en gender maken verschil in de gezondheidszorg: Man en vrouw zijn niet gelijk. *Zorgvisie*. 2021;51(3):38-41. doi: 10.1007/s41187-021-1020-z.
3. Conforti F, Pala L, Bagnardi V, De Pas T, Martinetti M, Viale G et al. Cancer immunotherapy efficacy and patients' sex: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol*. 2018 Jun;19(6):737-746. doi: 10.1016/S1470-2045(18)30261-4.
4. Migliore L, Nicolì V, Stoccoro A. Gender Specific Differences in Disease Susceptibility: The Role of Epigenetics. *Biomedicines*. 2021 Jun 8;9(6):652. doi: 10.3390/biomedicines9060652.
5. Mehta LS, Beckie TM, DeVon HA, Grines CL, Krumholz HM, Johnson MN et al.; American Association Cardiovascular Disease in Women and Special Populations Committee of the Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, and Council on Quality of Care and Outcomes Research. Acute Myocardial Infarction in Women: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2016 Mar 1;133(9):916-47. doi: 10.1161/CIR.0000000000000351.
6. Hartstichting. Ophelderen verschillen tussen mannen en vrouwen. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.hartstichting.nl/wetenschappelijk-onderzoek/onderzoek-naar-vrouwen/ophelderen-verschillen-tussen-mannen-en-vrouwen>. [Geraadpleegd op 17-06-2022].
7. Zeeman L, Aranda K. A Systematic Review of the Health and Healthcare Inequalities for People with Intersex Variance. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Sep 8;17(18):6533. doi: 10.3390/ijerph17186533.
8. Quinn GP, Schabath MB, Sanchez JA, Sutton SK, Green BL. The importance of disclosure: Lesbian, gay, bisexual, transgender/transsexual, queer/questioning, and intersex individuals and the cancer continuum. *Cancer*. 2015;121:1160-1163. doi: 10.1002/cncr.29203
9. WOMEN Inc., MIND. Gender en GGZ Verkenning sekse- en genderverschillen in de geestelijke gezondheidszorg. 2021. Beschikbaar via: <https://www.womeninc.nl/cases/alliantie-gender-ggz>
10. Leusink P, De Blécourt K, Bakker B. Passende zorg door aandacht voor seksuele oriëntatie. *Huisarts Wet*. 2021;64. doi: 10.1007/s12445-021-1139-6
11. Alliantie Gezondheidszorg op Maat. Factsheet Seksuele Oriëntatie & Gezondheid. 2021. Beschikbaar via: <https://www.komteenmensbijdedokter.nl/knowledge/factsheets/>
12. Scandurra C, Mezza F, Maldonato NM, Bottone M, Bochicchio V, Valerio P, et al. Health of Non-binary and Genderqueer People: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2019;10. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01453
13. Hulsken S, Bilman E. Naar een gender- en LHBTI-sensitieve gezondheidszorg in Nederland. 2019.

14. ZonMw. Kennisagenda Gender en Gezondheid. 2015. Beschikbaar via: [https://publicaties.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Gender/ZonMw\\_Kennisagenda\\_Gender\\_En\\_Gezondheid.pdf](https://publicaties.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Gender/ZonMw_Kennisagenda_Gender_En_Gezondheid.pdf)
15. Ploumen E. Initiatiefnota van het lid Ploumen over de noodzaak van gendersensitieve zorg: ongelijke behandeling = betere zorg. 2020. Beschikbaar via: [https://www.tweedekamer.nl/debat\\_en\\_vergadering/commissievergaderingen/details?id=2021A06451](https://www.tweedekamer.nl/debat_en_vergadering/commissievergaderingen/details?id=2021A06451).
16. Alliantie Gezondheidszorg op Maat. Op stoom naar een gezondheidszorg op maat! Rapportage 2020. 2020. Beschikbaar via: <https://www.komteemensbijdedokter.nl/wp-content/uploads/sites/24/2021/10/DEF-AGOM-rapportage-2020.pdf>
17. Alliantie Gezondheidszorg op Maat. Begrippenlijst. 2020. Beschikbaar via: <https://detoolkit.komteemensbijdedokter.nl/begrippen/>
18. De Blécourt K, Oud B. Diversiteit is de Realiteit. Alliantie Gezondheidszorg Op Maat; 2021. Beschikbaar via: <https://www.komteemensbijdedokter.nl/knowledge/factsheets/>.
19. NHG. Het NHG ter introductie. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.nhg.org/het-nhg-ter-introductie>. [Geraadpleegd op: 15-06-2022].
20. seksHAG. Over seksHAG. [Internet]. Beschikbaar via: <https://sekshag.org/organisatie/>. [Geraadpleegd op: 15-06-2022].
21. NVvPO. De Ledenraad dat ben jij! [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.nvvpo.nl/ledenraad>. [Geraadpleegd op: 15-06-2022].
22. NVvPO. Wie zijn wij. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.nvvpo.nl/wie-zijn-we>. [Geraadpleegd op: 15-06-2022].
23. NVvPO. Kwaliteitsregister. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.nvvpo.nl/vakinhoud/kwaliteitsregister>. [Geraadpleegd op: 15-06-2022].
24. TvPO. TvPO. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.tvpo.nl/contact/>. [Geraadpleegd op: 15-06-2022].
25. V&VN PVK-POH. Jaarplan 2020. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.venvn.nl/media/liymaq5m/pvkpoh-jaarplan-2020-def.pdf>. [Geraadpleegd op: 17-06-2022].
26. V&VN PVK-POH. Beleidsplan 2016-2020. 2016. Beschikbaar via: <https://www.venvn.nl/media/yxnnjzat/pvkpoh-beleidsplan-2016-2020-def.pdf>. [Geraadpleegd op: 15-06-2022].
27. V&VN VS. Verpleegkundig Specialisten Register 2022. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.venvn.nl/registers/verpleegkundig-specialisten-register/>. [Geraadpleegd op: 15-06-2022].
28. V&VN VS. Waarom V&VN VS? [Internet]. Beschikbaar via: <https://venvnvs.nl/venvnvs/missie/>. [Geraadpleegd op: 15-06-2022].
29. POH-GGZ. Doelen. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.poh-ggz.nl/home>. [Geraadpleegd op: 15-06-2022].

30. NIP. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.psynip.nl/het-nip/over-het-nip/>. [Geraadpleegd op: 15-06-2022].
31. InEen. Over InEen. [Internet]. Beschikbaar via: <https://ineen.nl/over-ineen/>. [Geraadpleegd op: 15-06-2022].
32. InEen. Onze leden. [Internet]. Beschikbaar via <https://ineen.nl/over-ineen/onze-leden/>. [Geraadpleegd op: 15-06-2022].
33. InEen, NHG & Zelfzorg Ondersteund! Persoonsgerichte zorg. [Internet]. [https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg\\_org/uploads/ineen-nhg-zo-infographic-persoonsgerichte-zorg.pdf](https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/ineen-nhg-zo-infographic-persoonsgerichte-zorg.pdf).
34. Huijnk W. Opvattingen over seksuele en genderdiversiteit in Nederland en Europa 2022. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2022 mei 2022. Beschikbaar via: <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2022/05/17/opvattingen-over-seksuele-en-genderdiversiteit-in-nederland-en-europa-2022>.
35. Rees S, Crowe M, Harris S. The lesbian, gay, bisexual and transgender communities' mental health care needs and experiences of mental health services: an integrative review of qualitative studies. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2021;28(4):578-89.
36. Meeting the unique health-care needs of LGBTQ people. *Lancet*. 2016;387(10014):95.
37. Blondeel K, Say L, Chou D, Toskin I, Khosla R, Scolaro E, et al. Evidence and knowledge gaps on the disease burden in sexual and gender minorities: a review of systematic reviews. *Int J Equity Health*. 2016;15:16. doi: 10.1186/s12939-016-0304-1.
38. Sekoni AO, Gale NK, Manga-Atangana B, Bhadhuri A, Jolly K. The effects of educational curricula and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: a mixed-method systematic review. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(1):21624. doi: 10.7448/IAS.20.1.21624.

# Bijlage A Leidraad groepsinterviews

## Introductie

Dit onderzoek wordt gefinancierd door WOMEN Inc. en Rutgers.

Het betreft exploratief onderzoek naar de borging van diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie in de eerstelijns gezondheidszorg. Dit is van belang, omdat het steeds evidenter wordt dat optimale zorg voor vrouwen anders is dan voor mannen en er bovendien signalen zijn dat lhbtï personen zich vaker niet goed begrepen voelen door de eerstelijnszorgverleners dan cisgender en hetero personen, wat kan leiden tot het mijden van zorg.

Met dit verkennende onderzoek onder beroepsverenigingen in de eerstelijnszorg, willen wij er achter komen wat uw ervaring en perspectief is op gender-sensitieve zorg; en wat eventuele benodigdheden binnen uw organisatie zijn om op organisatorisch en maatschappelijk niveau aandacht voor gender-sensitieve zorg te borgen.

Dit interview wordt opgenomen, zodat het na afloop anoniem kan worden uitgetypt. Vervolgens wordt er een verslag gemaakt van alle interviews, waarin geen naar u herleidbare gegevens kunnen worden teruggevonden. Vervolgens wordt de geluidsopname vernietigd. **Geeft u toestemming voor deze geluidsopname?**

### Deel 1: Draagvlak, ervaringen en perspectieven

1. Welke kernactiviteiten heeft uw organisatie?  
*Prompts: Onderzoek, informatie, ondersteuning, tools, scholingsaanbod, advisering?*  
*Op welke manier worden leden ondersteund vanuit de organisatie? → grip krijgen op de wijze van deskundigheidsbevordering in eerstelijnszorgorganisaties.*
2. Hoe wordt er binnen de beroepsgroep aangekeken tegen diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie (ook wel seksuele en genderdiversiteit (SGD) genoemd)?  
*Prompts: Waaruit blijkt dat? Eventueel vragen naar de aandacht die in de opleiding wordt besteed aan het thema. Maak hierbij onderscheid tussen diversiteit in sekse (biologische verschillen) en gender / seksuele oriëntatie.*
3. Uit vragenlijstonderzoek van 2019 bleek dat op dat moment, ervaringen van lesbische vrouwen, homoseksuele mannen, biseksuelen, transgenders en intersekse personen (lhbtï) met de eerstelijnsgezondheidszorg een stuk slechter zijn dan die van cis en hetero personen. Is dit een beeld wat u herkent? Wat vindt u hiervan? Hoe is dit mogelijk te verklaren vanuit uw perceptie op wat zij van de zorg verwachten? Op welke manier verschillen hun behoeften van die van cis- en hetero personen?

### Deel 2: Borging van diversiteit in beleid

1. Voor welke kernactiviteiten wordt al rekening gehouden met diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie (ook wel seksuele en genderdiversiteit (SGD) genoemd)? Ziet u reden voor verbetering op dat vlak?
2. Prompts: Indien wel rekening gehouden met het thema: Hoe / waarmee? Indien niet rekening gehouden met het thema: Hoe komt dit? Wat is de reden? Wat zou er nodig zijn voor verbetering op dit vlak? (Maak hierbij onderscheid tussen diversiteit in sekse en gender / seksuele oriëntatie.)
3. Bij/binnen welke activiteiten zou meer aandacht wenselijk zijn? En welke mogelijkheden ziet u dan?

*Prompts: Maak hierbij onderscheid tussen diversiteit in sekse en gender / seksuele oriëntatie. In welke vorm zou dat kunnen gebeuren? Co-creatie, bijscholing, training, e-learning?*

4. Heeft u het idee voldoende kennis en/of ervaring te hebben om op een goede manier met dit thema om te gaan?

*Prompts: Sinds wanneer is dit thema “gaan leven” binnen uw organisatie? (Maak hierbij onderscheid tussen diversiteit in sekse en gender / seksuele oriëntatie.)*

### **Deel 3: Benodigdheden en hulpmiddelen**

1. Maakt uw organisatie op dit moment gebruik van specifieke tools om diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie te bevorderen? Wat voor tools zijn dit? Is het een onderwerp in bijscholing / opleiding?

2. Bent u ook bekend met de tools die worden aangeboden op de campagnewebsite ‘komt een mens bij de dokter’?

*Prompts: Wat vindt u van de producten en maakt u hier gebruik van?*

3. Zijn er binnen uw activiteiten mogelijkheden om bestaande tools zoals impactkaarten, e-learning, toolkit e.d. op te nemen of hiernaar te verwijzen? Wat vindt u hiervan? Welke voorwaarden verbindt u hieraan?

*Prompts: accreditatie? ...*

### **Uitwerking**

De interviews zullen worden afgenomen door twee onderzoekers. Er worden audio-opnames gemaakt die getranscribeerd zullen worden.

#### **Procedure online interview**

- Duur interview: ± 60 tot 90 minuten
- Afhankelijk van de voorkeur van de deelnemers wordt deze per telefoon of per e-mail benaderd voor het inplannen van een afspraak.
- Bij de start van het interview wordt de bedoeling van het interview uitgelegd. Vervolgens wordt mondeling om toestemming gevraagd om de interviews op te nemen.
- Verder wordt genoemd dat de interviews anoniem worden getranscribeerd en dat het eindverslag waarin alle interviews zijn samengevat geen tot de persoon herleidbare gegevens zal bevatten.