

# “Daar ga ik niet zomaar over beginnen”

Een verkennend onderzoek onder mbo-  
en hbo-geschoolde zorgprofessionals over  
inclusieve zorg op het gebied van sekse,  
gender en seksuele oriëntatie



# Inhoud

Samenvatting	4
Begrippenlijst	5
1 Aanleiding	7
1.1 Inclusieve zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie	7
1.2 Intersectionaliteit	8
1.3 Doelstellingen	8
1.4 Onderzoeksvragen	8
2 Methode	9
2.1 Werving	9
2.2 Respondenten	9
2.3 Interviewgids	10
2.4 Data-analyse	10
3 Resultaten	11
3.1 Definities	11
3.2 Belang van inclusieve zorg en intentie	12
3.3 Ideale situatie	12
3.4 Huidige situatie	13
3.5 Belemmerende factoren	18
3.6 Bevorderende factoren	22
4 Conclusie en aanbevelingen	26
4.1 Aanbevelingen	26
4.2 Limitaties	28
5 Referenties	29

# Samenvatting

In deze verkenning zijn middels zeventien interviews met mbo- en hbo-geschoolde zorgprofessionals de behoeften en uitdagingen in kaart gebracht voor het leveren van inclusieve zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie. Hierbij zijn vier hoofdonderwerpen uitgevraagd: de huidige stand van zaken, de ideale situatie, bevorderende factoren en belemmerende factoren.

De geïnterviewde zorgprofessionals benadrukken het belang van inclusieve zorg, omdat alle cliënten en patiënten zichzelf moeten kunnen zijn. Echter, zij constateren dat het onduidelijk is wat inclusieve zorg precies inhoudt en hoe deze geleverd kan worden. Zij zien een cruciale rol voor de werkgever om kennisbevordering aan te bieden. De overkoepelende wens van de meeste zorgprofessionals is dat zorgorganisaties meer aandacht en tijd besteden aan inclusieve zorg. Ze zijn zelf gemotiveerd, maar geven aan dat er meer nodig is dan alleen hun eigen motivatie. Een structurele aanpak en ondersteuning vanuit de organisatie worden als essentieel gezien.

De volgende factoren belemmeren inclusief werken op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie:

- Onduidelijkheid over de betekenis van gender, sekse en seksuele oriëntatie: De wereld verandert snel in relatie tot diversiteit binnen sekse, gender en seksuele oriëntatie, en zorgprofessionals hebben moeite om deze veranderingen bij te houden. Diversiteit in sekse en seksuele oriëntatie is over het algemeen bekend, maar diversiteit in gender is vaak minder bekend.
- Normen en waarden en taboes: Persoonlijke normen en waarden van zorgprofessionals spelen een rol. Het komt voor dat zij op persoonlijk vlak moeite hebben met diversiteit, wat zij soms laten blijken in hun werk. Veel zorgprofessionals ervaren een taboe rondom genderdiversiteit en seksuele oriëntatie. Dit leidt tot handelingsverlegenheid en onzekerheid over hoe zij met diversiteit in de praktijk om moeten gaan.
- Systemen: Regelmatig kan diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie niet worden aangegeven in bestaande systemen, zoals het elektronisch patiëntendossier.
- Overbelaste zorg: De zorg is overbelast, waardoor het onderwerp inclusieve zorg vaak op de plank blijft liggen. Andere zaken krijgen voorrang.

De volgende factoren bevorderen inclusief werken op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie:

- Open houding van zorgprofessionals: Een open houding, nieuwsgierigheid en respectvolle communicatie worden als bevorderend gezien. Deskundigheidsbevordering kan helpen om het gebrek aan kennis en handelingsverlegenheid aan te pakken.
- Diversiteit binnen het team: Diversiteit binnen een team zorgt ervoor dat zorgprofessionals niet om diversiteit op de werkvloer heen kunnen. Dit betekent vaak dat er experts binnen een team aanwezig zijn, en dat er kan worden doorverwezen naar een gespecialiseerde collega.
- Teamondersteuning: Het bespreken van casussen binnen het team en elkaar aanspreken op de geleverde zorg draagt bij aan inclusieve zorg. Het aanstellen van een werkgroep of aandachtsfunctionaris kan ervoor zorgen dat het onderwerp diversiteit op de agenda blijft staan.
- Organisatorisch beleid: Een organisatie kan inclusieve zorg bevorderen door in het beleid vast te leggen zich hiervoor in te zetten en duidelijk te maken op welke manieren dit gedaan wordt. Continuïteit en betrokkenheid van meerdere personen binnen de organisatie zijn hierbij belangrijk.

In het rapport worden aanbevelingen gedaan waarmee zowel zorgprofessionals, zorgorganisaties als de Alliantie Gezondheidszorg Op Maat kunnen bijdragen aan inclusieve zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie.

# Begrippenlijst

De definities in dit rapport zijn overgenomen van de Alliantie Gezondheidszorg Op Maat (Begrippenlijst – Komt een mens bij de dokter, z.d.)

Begrip	Uitleg
Lhbti+	Parapluterm voor lesbische vrouwen, homoseksuele mannen, biseksuele personen, transgender personen, intersekse personen en meer. De plus staat voor eventuele andere termen waar men zich qua seksualiteit of gender mee kan identificeren.
Sekse	Seksekenmerken zijn lichamelijke kenmerken waarmee je wordt geboren of die je later ontwikkelt. Sommige lichamelijke kenmerken zijn zichtbaar, andere niet. Voorbeelden zijn genitaliën, lichaamsvormen (lichaamsbouw, vetverdeling en borstklierontwikkeling), hormonen en chromosomen. Sommige van deze geslachtskenmerken worden vrouwelijk genoemd en andere mannelijk. Daardoor ontstaat het idee dat er twee variaties zijn: sekse vrouw en sekse man. In werkelijkheid bestaat er ontzettend veel variatie in genitaliën, lichaamsvormen, hormonen en chromosomen. Iedereen heeft een eigen unieke set seksekenmerken. De variatie in sekse is dan ook veel groter dan de hokjes vrouw en man doen vermoeden. Wij gebruiken sekse en geslacht als synoniemen. Geslacht wordt meer gebruikt in de medische hoek.
Seksediversiteit	Seksediversiteit geeft aan dat sekse een spectrum is met oneindig veel variaties. Sekse omvat vele vormen van vrouw, vele vormen van man en vele vormen die niet passen in de bestaande ideeën over vrouw of man. En al deze variaties mogen er zijn.
Gender	Gender gaat over hoe mensen zich identificeren, bijvoorbeeld als man, vrouw of non-binair, en over hoe mensen zich uiten, mannelijk, vrouwelijk of genderneutraal (androgyn). Deze twee aspecten van iemands gender noemen we: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Genderidentiteit – Wie ben je? Ben je bijvoorbeeld man, vrouw, of non-binair? Je genderidentiteit is de diepgevoelde beleving van gender en hoeft niet overeen te komen met het gender dat je bij geboorte toegewezen hebt gekregen.</li> <li>• Genderexpressie – Wat of hoe doe je? Bijvoorbeeld hoe je je gedraagt, kleedt of beweegt. Iedereen heeft mannelijke, vrouwelijke en genderneutrale kanten. Gender gaat ook over de rollen en verwachtingen die we als maatschappij hebben van vrouwen en mannen. Iedere cultuur heeft specifieke ideeën over wat het betekent om vrouw of man te zijn en hoe vrouwen en mannen zich horen te gedragen. Wat mannelijk is en wat vrouwelijk is, is dan ook geen vaststaand gegeven, maar iets wat vorm krijgt door sociale en culturele gewoontes van een plaats en een tijd.</li> </ul>
Genderdiversiteit	Genderdiversiteit gaat zowel over de diversiteit aan genderidentiteiten als de diversiteit in hoe mensen hun gender uiten, de genderexpressie. Het gaat over wie je bent, wat je doet, hoe je je uit en hoe dit in jouw cultuur gelabeld wordt als mannelijk of vrouwelijk. Iedereen ervaart dit op een eigen manier en iedereen heeft een eigen mix van vrouwelijke, mannelijke en androgynen kanten.
Seksuele oriëntatie	Seksuele oriëntatie gaat over tot wie iemand zich seksueel en/ of romantisch aangetrokken voelt, met wie iemand (seksuele) relaties aangaat en over hoe iemand zichzelf noemt. De meeste mensen zijn heteroseksueel, homoseksueel, lesbisch of biseksueel. Meer recent wordt ook asexualiteit tot seksuele oriëntatie gerekend. Tot wie je je aangetrokken voelt, met wie je (seksuele) relaties hebt en hoe je je noemt kan verschillen. Je kan je aangetrokken voelen tot mannen en vrouwen, maar alleen seks hebben met vrouwen. Je kan je hetero noemen, maar ook seks hebben met mensen van gelijk geslacht of gender.
Seksuele diversiteit	Seksuele diversiteit omvat de uiteenlopende vormen waarmee mensen uiting geven aan hun seksualiteit in aantrekking, gedrag, zelfbenoeming, sociale contacten en leefwijzen. In Nederland verwijst seksuele diversiteit vaak naar diversiteit in seksuele oriëntaties.

Begrip	Uitleg
Seksualiteit	De World Health Organization (WHO, 2002) definieert seksualiteit als volgt: "Seksualiteit is een centraal aspect van het menszijn gedurende het gehele leven en omvat geslacht, gender-identiteiten en -rollen, seksuele geaardheid, erotiek, plezier, intimiteit en voortplanting. Seksualiteit wordt ervaren en uitgedrukt in gedachten, fantasieën, verlangens, overtuigingen, houdingen, waarden, gedragingen, praktijken, rollen en relaties. Hoewel seksualiteit al deze dimensies kan omvatten, worden niet alle altijd ervaren of uitgedrukt. Seksualiteit wordt beïnvloed door de interactie van biologische, psychologische, sociale, economische, politieke, culturele, ethische, juridische, historische en religieuze en spirituele factoren."
Inclusieve zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie	De definitie van inclusieve zorg m.b.t. sekse-, gender- en seksuele diversiteit die in dit onderzoek gehanteerd wordt is gebaseerd op de <u>Toolkit Komt een Mens bij de Dokter</u> en is als volgt: 'zorgprofessionals houden in de praktijk rekening met sekse-, gender- en seksuele diversiteit'. Dit betekent dat: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diversiteit zichtbaar wordt gemaakt</li> <li>• Professionals op een sensitieve manier bespreken wat de wensen, gewoontes en behoeften zijn van patiënten/cliënten wat betreft sekse-, gender- en seksuele oriëntatie</li> <li>• Zorgprofessionals zich bewust zijn van hun eigen vooroordelen, normen en waarden wat betreft sekse-, gender- en seksuele diversiteit</li> <li>• Zorgprofessionals kennis hebben over sekse-, gender- en seksuele diversiteit</li> <li>• Zorgprofessionals persoonsgerichte zorg bieden</li> </ul> Voor de leesbaarheid zal er soms gesproken worden over 'inclusieve zorg' in plaats van de volledige term 'inclusieve zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie'.

# 1. Aanleiding

Sinds 2018 maakt Rutgers deel uit van de Alliantie Gezondheidszorg op Maat (AGOM), een samenwerkingsverband tussen Rutgers, WOMEN Inc. en COC Nederland. Het doel van de alliantie is om actief bij te dragen aan een gender- en lhbti+ sensitieve gezondheidszorg in Nederland. Iedereen is anders en de Alliantie wil dat 'verschil' de norm wordt in de spreekkamer.

Vanuit de alliantie wordt onderzoek gedaan met als doel om de kennis over gender- en lhbti+ sensitieve gezondheidszorg te vergroten. Om deze kennis te vergroten, is het belangrijk om in kaart te brengen of er op dit moment inclusief gewerkt wordt in de zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie, en wat redenen zijn om niet inclusief te werken. Met deze kennis kunnen adviezen, interventies en richtlijnen ontwikkeld worden die de zorgprofessionals ondersteunen in hun werk.

## 1.1 Inclusieve zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie

Zorgprofessionals zien dagelijks veel verschillende soorten patiënten en cliënten. Iedere patiënt of cliënt is anders en heeft eigen wensen en behoeften. Leeftijd, etniciteit, woonplaats, ervaringen; zorgprofessionals weten dat gezondheid met heel veel punten samenhangt. Volgens de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) heeft iedereen in Nederland recht op passende zorg en ondersteuning, maar is de werkelijkheid anders. Binnen de zorgsector is te weinig aandacht voor verschillen tussen mensen zoals lichamelijke en psychische vermogens, culturele achtergrond en sekse. En dat terwijl de Nederlandse samenleving steeds meer divers wordt (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2022). Dit verkleint de kansen van mensen op passende zorg.

De RVS pleit in het essay 'Passende zorg is inclusieve zorg' voor meer kennis, bewustwording en handelen voor het inclusiever organiseren van zorg en ondersteuning. In het essay vat de RVS het begrip 'diversiteit' breed op, met aandacht voor verschillen tussen groepen en individuen op basis van bijvoorbeeld culturele achtergrond, afkomst, etniciteit, sekse, gender, psychische of lichamelijke vermogens, seksuele oriëntatie en religie (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2022).

In het essay wordt beschreven dat het werken aan inclusieve zorg ingewikkeld en soms uitdagend is, omdat we op een andere manier moeten leren kijken naar de manier waarop de zorgsector georganiseerd is en naar de kennis die daaraan ten grondslag ligt. Inclusie vraagt soms om het maken van verschil, waar we gewend zijn dat niet te doen. Die aandacht is nooit onbegrensd, omdat die kan stuiten op fundamentele normen over gelijke behandeling. Waar die grens bij concrete gevallen precies ligt, is een belangrijk onderdeel van maatschappelijke en professionele dialoog in de praktijk.

De aandacht voor sekse-, gender- en seksuele diversiteit in de gezondheidszorg wordt steeds groter, onder meer dankzij het Kennisprogramma Gender & Gezondheid van ZonMw en met de activiteiten van de Alliantie Gezondheidszorg Op Maat. Diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie speelt namelijk een cruciale rol in gezondheid, individuele zorgbehoeften en het verminderen van gezondheidsverschillen. Sekseverschillen, waaronder biologische, psychologische, sociale en culturele aspecten, resulteren in verschillende optimale zorgbehoeften per individu. Deze verschillen kunnen van invloed zijn op zaken als ziekteverloop en reactie op medicatie, zoals bij bepaalde vormen van kanker en auto-immuunziekten. Bijvoorbeeld, hartklachten openbaren zich anders bij mannen en vrouwen. Zo hebben vrouwen na de overgang een hoger risico op hartklachten en symptomen kunnen lijken op overgangsklachten. Het is ook belangrijk om rekening te houden met biologische verschillen bij intersekse en transgender personen vooral bij sekse- of genderspecifieke zorg. Denk hierbij aan screening op baarmoederhalskanker, waarbij deze groepen mogelijk zorg mijden (Van Tuyl et al., 2022).

Genderrollen en onbewuste aannames over sekse en gender kunnen ook een rol spelen bij het uiten, diagnosticeren en behandelen van klachten. Zo wordt de diagnose van ADHD en autisme bij meiden vaker gemist vanwege verschillen in gedrag ten opzichte van jongens. Daarnaast hebben lhbti+ personen vaak andere gezondheidsproblemen en behoeften dan cisgender en hetero personen (Van Tuyl et al., 2022).

Toch is het nog niet vanzelfsprekend dat inclusieve zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie geleverd wordt (Leusink et al., 2021). Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat zowel vrouwen als lhbti+ personen ervaren dat met name de eerstelijns zorg voor hen niet inclusief is. Zo laat een peiling van Ipsos, in opdracht van de Alliantie Gezondheidszorg op Maat, zien dat lhbti+ personen niet altijd de zorg krijgen die zij nodig hebben, verloopt communicatie wat betreft lhbti+ gerelateerde onderwerpen moeizaam en voelen ze zich vaker onbegrepen door hun huisarts. Dit leidt tot het mijden van zorg (Hulsken & Bilman, 2019).

Een onderdeel van inclusieve zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie is het bespreekbaar maken van seksualiteit. Zorgprofessionals ervaren vaak handelingsverlegenheid ten aanzien van het bespreken van seksualiteit. Ze ervaren onzekerheid over het gebruik van de juiste terminologie, weten niet wanneer zij er rekening mee moeten houden en geven aan behoefte te hebben aan specifiekere kennis over seksualiteit binnen deze groep (Sánchez & Vijlbrief, 2023).

Verder zijn de behoeftes van beroepsverenigingen in de eerste lijn zijn in kaart gebracht. Zo gaven eerstelijns beroepsverenigingen 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 zorgprofessional

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 (Van Tuyl et al., 2022).

De artsenvereniging Roze in Wit zet zich in voor inclusieve zorg door artsen op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie. De aandacht voor inclusieve zorg door professionals met een mbo- en hbo-opleiding blijft achter, daarom ligt de focus in dit onderzoek op deze zorgprofessionals. Er is vanuit AGOM een onderzoek parallel aan dit onderzoek uitgevoerd onder docenten op mbo- en hbo-zorgopleidingen (Billinghurst & Finkenflügel, 2024).

Kortom, voor het bevorderen van inclusieve zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie is het noodzakelijk om in kaart te brengen welke factoren meespelen in het inclusief werken op dit gebied, en hier praktische handvatten voor te bieden.

## 1.2 Intersectionaliteit

De onderzoekers zijn zich bewust van intersectionaliteit, en dat iedereen meerdere lagen in diens identiteit heeft die elkaar beïnvloeden. Intersectionaliteit is een concept dat oorspronkelijk werd ontwikkeld door de Amerikaanse jurist en hoogleraar Kimberlé Crenshaw. Het verwijst naar de manier waarop verschillende vormen van discriminatie en onderdrukking - zoals die gebaseerd op sekse, gender en seksuele oriëntatie - elkaar kruisen en overlappen. Intersectionaliteit bekijkt hoe deze verschillende vormen van discriminatie en onderdrukking niet los van elkaar staan, maar elkaar beïnvloeden en versterken.

Voorbeelden hiervan zijn:

- Een lesbische vrouw kan te maken krijgen met discriminatie op basis van haar sekse (seksisme) en haar seksuele oriëntatie (homofobie). Deze twee vormen van discriminatie kunnen haar leven op unieke en complexe manieren beïnvloeden.
- Een transgender persoon van kleur ervaart mogelijk discriminatie op basis van genderidentiteit (transfobie), etniciteit (racisme) en seksuele oriëntatie, als ze bijvoorbeeld ook homoseksueel zijn. De combinatie van deze factoren kan leiden tot een unieke vorm van onderdrukking die anders is dan wat een cisgender homoseksueel persoon of een heteroseksuele transgender persoon zou ervaren.
- Een biseksuele vrouw met een beperking kan geconfronteerd worden met seksisme, bi-fobie en ableïsme (discriminatie op basis van handicap). De combinatie van deze factoren creëert specifieke uitdagingen en barrières die uniek zijn voor haar situatie.

Het begrijpen van intersectionaliteit is essentieel voor het creëren van inclusieve gezondheidszorg. Het erkent dat mensen complexe en gelaagde identiteiten hebben en dat het aanpakken van enkelvoudige vormen van discriminatie vaak niet voldoende is. In plaats daarvan is het nodig om de samenhang tussen verschillende vormen van onderdrukking te erkennen en aan te pakken.

Samenvattend helpt intersectionaliteit om een vollediger beeld te krijgen van hoe diverse vormen van discriminatie elkaar beïnvloeden en hoe dit specifieke groepen mensen op unieke manieren raakt. Dit begrip is cruciaal voor het bevorderen van inclusieve gezondheidszorg.

## 1.3 Doelstellingen

Het doel van dit onderzoek is om in kaart te brengen hoe zorgprofessionals inclusieve zorg leveren op het gebied van sekse-, gender- en seksuele diversiteit, en wat belemmerende en bevorderende factoren hierbij zijn. Om dit in kaart te brengen wordt ook de intentie van de zorgprofessional uitgevraagd, en naar welke ideale situatie zij toe willen. Op basis van deze informatie formuleren we aanbevelingen voor zorgprofessionals en zorgorganisaties om inclusieve zorg te leveren op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie. Daarnaast worden er aanbevelingen gepresenteerd voor de Alliantie Gezondheidszorg op Maat waarmee de Alliantie zorgprofessionals kan ondersteunen.

## 1.4 Onderzoeksvragen

De onderzoeksvraag is:

- Hoe leveren mbo- en hbo-geschoolde zorgprofessionals inclusieve zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie, en welke belemmerende en bevorderende factoren ervaren ze hierbij?

De volgende sub-vragen zijn geformuleerd om de onderzoeksvraag te beantwoorden:

1. Hebben zorgprofessionals de intentie inclusieve zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie te leveren, en wat is voor hen de ideale situatie?
2. Wat is de huidige stand van zaken van wat betreft inclusieve zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie door mbo- en hbo-geschoolde zorgprofessionals?
3. Wat zijn belemmerende factoren voor het leveren van inclusieve zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie?
4. Wat zijn bevorderende factoren voor het leveren van inclusieve zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie?

# 2. Methode

## 2.1 Werving

Voor dit kwalitatieve onderzoek werden door middel van interviews data verzameld. Het doel was om vijftien mbo- op hbo-opgeleide zorgprofessionals te interviewen.

Er werden zorgprofessionals geworven met de volgende beroepen:

- Doktersassistent
- Helpende zorg en welzijn
- Pedagogisch hulpverleners
- Pedagogisch medewerker
- Persoonlijk begeleider specifieke doelgroepen
- Sociaal werkers
- Verloskundige
- Verzorgende Individuele Gezondheidszorg (IG)
- Verpleegkundige

Na het opstellen van de interviewgids werd de werving gestart. Hiervoor zijn wervingsteksten opgesteld. Voor de werving werd gebruikgemaakt van het bestaande netwerk van Rutgers. De oproep voor respondenten werd verspreid via de sociale media kanalen en website van Rutgers. De werving vond plaats in september 2023.

Geïnteresseerden meldden zich aan via een Microsoft Forms formulier, en de onderzoekers namen vervolgens contact met de geïnteresseerden om door te geven dat zij geselecteerd waren voor deelname aan het onderzoek. De respondenten werden daarna verdeeld over drie interviewers.

De interviews duurden ongeveer 60 minuten, en vonden online via Microsoft Teams of op het kantoor van Rutgers plaats. De respondenten waren bij de online interviews thuis of op hun werk.

## 2.2 Respondenten

De onderzoekers hebben een selectie gemaakt van respondenten op basis van hun werkveld. Er is gezorgd dat een zo gevarieerd mogelijke groep geïnterviewd kon worden. Data van zeventien zorgprofessionals is geanalyseerd. Dit was mogelijk omdat dit onderzoek parallel liep met een ander onderzoek, waarvan de data van drie respondenten ook relevant was voor dit onderzoek. Eén interview bleek na transcriptie niet bruikbaar, omdat deze persoon te weinig kon vertellen over de zorgsetting. Een deel van de zorgprofessionals was aandachtsfunctionaris seksualiteit. Dit houdt in dat de zorgprofessional binnen diens organisatie het thema seksualiteit als aandachtsgebied heeft.

Werkgebied	Functie	Opleiding	Aandachtsfunctionaris
Z1 GGZ	Verpleegkundig specialist GGZ	Verpleegkunde	Nee
Z2 Sociaal domein	Persoonlijk begeleider; Maatschappelijk hulpverlener	Maatschappelijk werk & dienstverlening	Nee
Z3 GGZ	Sociaal werker	Sociaal werker	Nee
Z4 Centrum Seksuele Gezondheid	Verpleegkundige	Verpleegkunde	Nee
Z5 GGZ	Sociaal werker; Persoonlijk begeleider	Sociaal werker	Ja
Z6 Gehandicaptenzorg	Sociaal werker; Persoonlijk begeleider	Sociaal werker	Nee
Z7 Wijkteam	Sociaal werker	Maatschappelijk werk en dienstverlening	Nee
Z8 Activeringscentrum	Sociaal werker	Persoonlijk begeleider specifieke doelgroepen	Nee
Z9 GGZ	Sociaal werker; Persoonlijk begeleider	Sociaal werker	Ja
Z10 GGZ	Persoonlijk begeleider	Persoonlijk begeleider specifieke doelgroepen	Nee
Z11 Gehandicaptenzorg	Persoonlijk begeleider	Persoonlijk begeleider specifieke doelgroepen	Ja
Z12 GGZ	Pedagogisch hulpverlener; Maatschappelijk hulpverlener	Verpleegkunde	Ja
Z13 Gehandicaptenzorg	Persoonlijk begeleider	Persoonlijk begeleider specifieke doelgroepen	Ja
Z14 Praktijkondersteuner	Verpleegkundige; Verzorgende	Verpleegkunde; Verzorgende IG	Nee
Z15 Medisch specialistische zorg	Verpleegkundige	Verpleegkunde	Nee
Z16 Centrum Seksuele Gezondheid	Sociaal werker	Sociaal werker	Nee
Z17 Medisch specialistische zorg	Verpleegkundige	Verpleegkunde	Nee

## 2.3 Interviewgids

De toolkit ‘Komt een mens bij de dokter’ werd gebruikt als basis voor de vragen over inclusieve zorg (Alliantie Gezondheidszorg Op Maat - De toolkit, z.d.). Hierin staan vijf stappen beschreven waarop zorgprofessionals inclusief kunnen werken op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie.

Voor elk van de vijf stappen staan voorbeelden hoe deze stap gezet kan worden. Dat gaat als volgt:

### 1. Maak diversiteit zichtbaar

- Op je website
- In formulieren
- Op locatie

### 2. Bespreek sekse, gender en seksuele oriëntatie

- Ken de seksuele oriëntatie en relatiestatus
- Bespreek gender en sekse

### 3. Wees bewust van vooroordelen

- Omgaan met onbewuste vooroordelen
- Kijk verder dan de labels homo, lesbisch, bi en hetero
- Wees bewust; niet iedereen voelt zich man of vrouw

### 4. Doe kennis op over gezondheidsverschillen

- Tussen man en vrouw
- Op basis van seksuele oriëntatie
- Bij transgender personen
- Bij intersekse personen

### 5. Zorg persoonsgericht

- Wees respectvol en bevestigend
- Houdt zicht op de context
- Geef de cliënt regie
- Verwijs warm door
- Evalueer je aanpak

Zorgprofessionals gaven antwoord op vragen of ze het belangrijk vonden dat er inclusief gewerkt werd op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie, hier kwam hun intentie naar voren. Daarnaast werd gevraagd of er in de werkelijkheid inclusief gewerkt werd, door naar het gedrag van de zorgprofessionals te vragen. Wanneer de intentie en het gedrag niet overeen kwamen, werd er gevraagd naar factoren die hieraan bijdroegen.

Ook werd er gevraagd naar belemmerende en bevorderende factoren bij het leveren van inclusieve zorg. Dit was om de attitude, subjectieve normen en waargenomen gedragscontrole in kaart te brengen. Daarnaast werd gevraagd naar de manier waarop hun collega's inclusieve zorg leverden. Dit om te bepalen of de respondenten een uitzondering waren in hun werk of dat gedrag, intenties en factoren voor hen en hun collega's overeenkwamen. Tot slot werd gevraagd om aanbevelingen voor het inclusiever maken van zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie.



Figuur 1: vijf stappen naar zorg op maat

## 2.4 Data-analyse

De interviews zijn opgenomen in Microsoft Teams en vervolgens getranscribeerd door een extern bureau. De onderzoeker heeft de transcripten geanalyseerd met behulp van MAXQDA versie 22, een programma voor kwalitatieve data-analyse. De analyse volgde zowel deductieve als inductieve benaderingen, gebaseerd op het stappenplan van Verhoeven (2020), dat zes fasen omvat: verkennen, coderen, thematiseren, reviseren en verfijnen, vaststellen en structureren, en presenteren. Aanvankelijk werden codes inductief gevormd door de data te verkennen en thema's te identificeren, waarna een codeboom werd gecreëerd. Vervolgens werd de analyse deductief gereviseerd en verfijnd door te controleren op ontbrekende codes binnen de interviews, waarna de codeboom werd aangepast. Tot slot zijn op basis van de codes de bevindingen gepresenteerd in het rapport.

## 3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de interviews gepresenteerd. Eerst zal worden ingegaan op de definities van sekse, gender, seksuele oriëntatie en inclusieve zorg. Daarna wordt het belang van inclusieve zorg beschreven. Vervolgens wordt ingegaan op de ideale en de huidige situatie op het gebied van inclusieve zorg volgens de punten in de AGOM toolkit. Het hoofdstuk wordt afgesloten met belemmerende en bevorderende factoren voor inclusieve zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie.

De conclusie en aanbevelingen op basis van deze resultaten worden gepresenteerd in hoofdstuk 4. Voor de leesbaarheid zal er gesproken worden over 'inclusieve zorg' in plaats van de volledige term 'inclusieve zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie'.

### 3.1 Definities

Aan de start van elk interview is de respondenten gevraagd toe te lichten hoe diegene de begrippen sekse, gender, seksuele oriëntatie en inclusieve zorg ziet. De reden hiervoor is om zeker te zijn dat de respondent en de interviewer gedurende het interview dezelfde begrippen hanteren. Ondanks dat respondenten gerustgesteld werden dat het geen overhoring of toets was, geven velen aan onzeker te zijn in hun antwoorden. Sommige respondenten geven aan dat ze vinden dat ze de betekenissen moeten kennen vanwege hun beroep als zorgprofessional, en dat ze na het interview de begrippen gaan opzoeken.

**Z2:** "Sekse is volgens mij gewoon heel plat: je bent man of vrouw, en gender is, volgens mij, ik ben wel wat ouder, hè, ik ben 47, eh, volgens mij is dat wat je je voelt, dat je dus ook als man, kun jij je vrouw voelen of andersom. Of dat non-binair, volgens mij, dat je niet weet wat... Volgens mij is het dat, denk ik."

**Z1:** "Ik zou het denk ik wel moeten weten, dus ik ga het opzoeken hierna, maar sekse is denk ik gewoon je biologische, eh, bouw, geslacht, zeg maar en ik denk dat gender is hoe je je voelt. Maar dat weet ik niet zeker."

Het is nuttig gebleken dat de definities aan het begin van het onderzoek afgestemd werden, omdat uit de gesprekken blijkt dat de zorgprofessionals vaak niet (helemaal) bekend zijn met de verschillende termen. De termen die de onderzoekers hebben gebruikt staan in de Begrippenlijst.

#### 3.1.1 Sekse

Het begrip 'sekse' is niet direct voor alle respondenten duidelijk, er wordt soms gedacht dat dit met seks te maken heeft. Wanneer de onderzoekers hebben aangegeven dat het een synoniem is voor 'geslacht' kunnen de respondenten wel de betekenis van sekse uitleggen.

#### 3.1.2 Gender

Het begrip 'gender' is voor veel respondenten onbekender. De respondenten horen het woord weleens, maar weten niet precies wat gender omvat, of ze zijn onzeker of ze het weten. Aan de meerderheid moet de betekenis worden uitgelegd. Respondenten geven hierbij aan dat het begrip 'gender' voor hen een 'nieuw' begrip is. Ze kennen zowel privé als via werk geen tot weinig mensen die hierover praten. Ook geven respondenten aan dat hun collega's over het algemeen niet of minder bekend zijn met het begrip gender.

**Z2:** "Homo en lesbienne, dat snap ik, heb ik in mijn omgeving ook, maar ik ken niemand persoonlijk die worstelt met gender. Ik ken het alleen maar van tv, van documentaires. Ja, ik heb daar vooral vragen over, hoe dat werkt en gaat."

**Z6:** "Ik zie gender als een soort van spectrum waar je aan de ene kant het meest mannelijk hebt en het andere meest vrouwelijk en we zitten allemaal ergens op. Dat is voor mij gender. Eh, en de meeste mensen zitten aan een kant en er zitten ook mensen die daar gewoon wat tussenin vallen. En daarom vind ik het juist ingewikkeld, want vroeger was het gewoon A of B, nul of één [...]. En nu mag alles en dat maakt het soms ingewikkeld. Ja, dat maakt het voor iedereen een beetje: o, o, eh. Het maakt ongemak."

#### 3.1.3 Seksuele oriëntatie

Ook het begrip 'seksuele oriëntatie' is niet bij alle respondenten bekend. Het wordt regelmatig uitgelegd als een oriëntatieperiode om uit te vinden op welk geslacht of gender iemand valt. Het is niet voor alle zorgprofessionals duidelijk dat het hierbij gaat om tot wie iemand zich over het algemeen seksueel aangetrokken voelt, en dat het niet gaat om een oriëntatieperiode.

**Z16:** "Dat is het oriënteren, eigenlijk zegt dat het woord al een beetje, je bent een beetje aan het kijken en kijken wat bij jou past binnen alles wat er mogelijk is binnen seksueel gebied."

**Z2:** "Volgens mij is dat gewoon, eh, het verkennen van jouw gevoel. Ik ben 15 en ik heb gierende hormonen, of dat nou richting mannen of vrouwen is, dat ik die ga ontdekken: wat vind ik nou, wat voel ik nou? Experimenteren met de ander die ik leuk vind. Dat denk ik."

#### 3.1.4 Inclusieve zorg

Op de vraag wat inclusieve zorg betekent voor de zorgprofessionals, geven ze verschillende maar overeenkomstige antwoorden. Bijvoorbeeld dat er in de zorg rekening wordt gehouden met de mens als persoon en de behoeften die daarbij horen. Dat er over deze behoeften in gesprek wordt gegaan en dat deze worden gerespecteerd. Dat iedereen dezelfde kwaliteit

zorg ontvangt, ongeacht iemands identiteitskenmerken. Hierbij geven meerdere zorgprofessionals nadrukkelijk aan dat het om meer kenmerken gaat dan sekse, gender en seksuele oriëntatie, zoals cultuur, religie, leeftijd en etniciteit.

**Z17:** “Nou ja, weet je, als je in de gezondheidszorg werkt, hè, de patiënten, in mijn geval patiënten, dat is een afspiegeling van de maatschappij en dat betekent dus ook dat je, ja, heel veel diverse mensen tegenkomt en dus ook mensen die anders erin staan dan jij of, eh... En ik vind dat je als zorgverlener, moet je daarbij aan kunnen sluiten en dan moet je daar begrip voor kunnen hebben en respect.”

**Z8:** “Eh, ja, nou ja, het betekent voor mij heel veel, want ja, eh, ik werk met mensen en eh, daarbij is inclusieve zorg in den breedste vorm van de zin, dus niet alleen gericht op seksualiteit, maar ook ouder zijn of jonger of van een andere, eh, etniciteit of iets dergelijks. Ik vind het heel belangrijk dat je daarmee, eh, ja, ook cultuursensitief met elkaar kunt werken.”

**Z1:** Ik denk dat wij nog helemaal niet inclusief zijn en ook niet als ik kijk naar de gehandicapte mensen, bijvoorbeeld. Weet je, qua voorzieningen is natuurlijk de hele wereld gericht, nog steeds, op gezonde jonge mensen die, eh, een beetje gemiddeld zijn.

### 3.2 Belang van inclusieve zorg en intentie

Zorgprofessionals vinden inclusieve zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie heel belangrijk. Ze geven aan dat ze dit in de praktijk ook willen leveren. Hier zijn verschillende redenen voor. Bijvoorbeeld dat sekse, gender en seksuele oriëntatie onderdeel zijn van iemands identiteit. Respondenten geven aan dat alle cliënten en patiënten zich welkom moeten voelen en dat iedereen zichzelf moet kunnen zijn. Er wordt benoemd dat er steeds meer (openlijke) diversiteit op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie is, en dat de zorgprofessionals hier aandacht voor moeten hebben.

**Z5:** “Ik vind dat ontzettend belangrijk, omdat de cliëntpopulatie steeds groter wordt. Er komen steeds meer mensen bij, je krijgt steeds meer cliënten binnen. En ik denk dat het niet meer standaard is dat iemand hetero is, maar dat we veel meer gaan kijken naar een breder perspectief van mensen die anders geaard zijn of die zich anders voelen. Dus ja, ik denk dat het gewoon heel belangrijk is om als professional daar rekening mee te houden, omdat je gewoon er niet meer van uit kunt gaan dat het altijd maar het standaard plaatje is en omdat de wereld ook steeds diverser wordt, denk ik dat er ook, eh, steeds meer aandacht voor komt, waar cliënten ook in aanraking mee komen en daardoor toch een soort van gevoel of iets gaan ontwikkelen bij zichzelf, waarvan ze denken; o ja, misschien kan ik mezelf hier ook wel in vinden.”

Daarnaast geven zorgprofessionals aan dat inclusieve zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie onderdeel is van persoonsgerichte zorg, en dat het altijd het streven zou moeten zijn om zorg te bieden die aansluit bij de cliënt of patiënt.

Ook geven sommige zorgprofessionals aan dat zichzelf of collega's genderdivers of niet hetero zijn, en dat ze het niet alleen voor hun patiënten en cliënten belangrijk vinden dat er inclusief gewerkt wordt, maar ook voor henzelf en/of voor collega's.

Bovendien zijn er respondenten die aangeven dat ze inclusieve zorg heel belangrijk vinden, maar die niet goed kunnen verwoorden waarom. Zij vinden het vooral belangrijk dat iedereen kan zijn wie diegene is, al vinden ze soms ook dat er te veel aandacht is voor met name gender en seksuele oriëntatie.

**Z3:** “Ik vind wel dat iedereen zichzelf moeten kunnen zijn in de maatschappij en dat iedereen gewoon moet kunnen zijn wie hij wil zijn, want wat ik al zei: sommige cliënten noemen zich dan anders, waardoor je je eigenlijk al, ja, ook zo gaat opstellen naar anderen en dat vind ik zelf echt niet nodig. Weet je, iedereen mag er zijn, iedereen is hetzelfde van binnen. Ja, dus ik ben daar heel open minded in.”

### 3.3 Ideale situatie

In de ideale situatie leveren zowel de zorgprofessionals zelf als hun collega's inclusieve zorg. Hierbij is er voldoende aandacht voor de gezondheidsverschillen en wordt zorg op maat geleverd, terwijl diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie genormaliseerd is. De professionals geven aan dat er nog veel moet gebeuren voordat er in hun ogen volledig inclusieve zorg geleverd kan worden. We beschrijven per onderdeel van de AGOM-toolkit hoe volgens de zorgprofessionals de ideale situatie eruit zou zien.

#### 3.3.1 Zichtbaarheid van diversiteit

De meningen over hoe zichtbaar diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie moet zijn op de website en op locatie, zijn niet eenduidig. Er zijn respondenten die het enorm belangrijk vinden dat een organisatie diversiteit laat zien. Redenen hiervoor zijn dat de organisatie hiermee uitstraalt inclusief te werken, en dat iedereen welkom is. Ze zien bijvoorbeeld graag dat er diverse mensen op de website en in informatiefolders staan, en dat er regenboogvlaggen opgehangen kunnen worden.

Maar er zijn ook respondenten die vinden dat diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie niet bewust of meer zichtbaar moet worden gemaakt. Redenen hiervoor zijn dat ze het niet nodig vinden, ze de huidige situatie prima vinden, of dat ze denken dat het mensen kan afstoten. In meerdere gesprekken wordt genoemd dat we in een snel veranderende wereld leven, en dat niet iedereen de ontwikkelingen op het gebied van gender en seksuele oriëntatie kan en wil volgen. De ontwikkelingen gaan dus te snel voor deze groep.

Daarnaast is er een deel van de respondenten dat vindt dat er niet te veel aandacht voor diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie in de uitingen van de organisatie moet zijn, omdat dit juist normalisering van diversiteit tegen zou gaan. Een zorgprofessional zegt over de zichtbaarheid van diversiteit op de website:

**Z13:** “Het heeft voor mij een beetje twee kanten. Zeg maar, de persoon die hierin heel erg geïnteresseerd is en heel erg pro seksualiteit is, die zegt eigenlijk van: ja, absoluut doen en er moet aandacht voor zijn, alleen, aan de andere kant, we willen ook de hele tijd dat het genormaliseerd wordt, dus waarom moeten we dan zo dat in de spotlight blijven zetten als we ook gewoon kunnen doen alsof het al heel normaal is, want het is normaal, toch, vinden wij? Dus waarom moeten we daarvoor extra nog allemaal kopjes en zo gaan aanpakken, terwijl, we zijn allemaal normale mensen en iedereen met elke oriëntatie en elke genderidentiteit is normaal, vind ik.”

Wanneer het gaat over formulieren, vinden vrijwel alle respondenten dat in de ideale situatie mensen moeten kunnen invullen wat voor hen van toepassing is. Dat betekent bijvoorbeeld dat alleen de vakjes ‘man’ en ‘vrouw’ op een aanmeldingsformulier niet voldoen. Er zijn ook respondenten die aangeven dat het wat hen betreft vaak helemaal niet relevant is om sekse ergens te registreren of uit te vragen, en dat zij voor de formulieren voldoende hebben aan iemands naam.

#### 3.3.2 Bespreken van sekse, gender en seksuele oriëntatie

Zorgprofessionals vinden dat sekse, gender en seksuele oriëntatie in de ideale situatie besproken worden wanneer deze onderwerpen op dat moment relevant zijn. Daarmee bedoelen ze dat sekse, gender of seksuele oriëntatie bijvoorbeeld gerelateerd is aan een hulpvraag van een cliënt of patiënt, of wanneer een cliënt of patiënt er zelf over begint.

**Z3:** “Ja, ook al is er niks aan de hand, je kunt altijd het gesprek aangaan. Beter één gesprek te veel dan eentje te weinig, vind ik.”

Daarnaast wordt aangegeven dat deze onderwerpen in de ideale situatie niet besproken zouden worden wanneer ze niet relevant zijn. Zo wordt een voorbeeld gegeven van een transgender cliënt, en dat dit tijdens elke overdracht en elk overleg werd benadrukt, terwijl het niet relevant was voor de zorg die deze cliënt ontving. Er wordt ook aangegeven dat in de ideale situatie cliënten en patiënten zich vrij voelen om zelf over deze onderwerpen te beginnen, en dat de zorgprofessionals hierop voorbereid zijn en hiervoor openstaan.

#### 3.3.3 Bewustzijn van vooroordelen

In de ideale situatie zouden zorgprofessionals geen vooroordelen hebben. De meeste zorgprofessionals geven echter aan dat dit niet mogelijk is, en dat iedereen altijd (onbewuste) vooroordelen met zich meedraagt. De meer realistische ideale situatie is dus dat deze (onbewuste) vooroordelen niet zichtbaar zijn op de werkvloer, en/of niet merkbaar zijn voor cliënten en patiënten.

**Z5:** “Ik denk dus dat ze er niet altijd bewust van zijn, maar daarbij denk ik wel van, weet je, je haalt wel een maatschappelijke zorgdiploma, SPH of social work, noem het allemaal maar op, je bent wel zorgmedewerker

en dan denk ik: als we zo met onze cliënten omgaan, wat zo'n kwetsbare doelgroep is, heb je dan misschien wel het juiste werk gekozen?”

**Z3:** “[Als je vooroordelen hebt] dan ben je eigenlijk in mijn ogen niet helemaal geschikt voor dit werk. Dat klinkt misschien heel zwaar, maar ja, de maatschappij is zo divers, je kunt gewoon geen vooroordelen hebben of een bepaalde mening hebben. De meeste mensen zijn ook al zwaar gekwetst en als je dan als begeleider daar ook nog als kwetsend persoon binnenkomt of er kwetsend over praat of iets in die richting, ja, dat werkt gewoon niet. Dan worden ze nog onzekerder en nog negatiever. Nee, nee, ik vind dat persoonlijk niet kunnen.”

In de ideale situatie zouden deze (onbewuste) vooroordelen uitgebreid worden besproken door zorgprofessionals onderling, zodat zij hierin van elkaar kunnen leren en elkaar kunnen aanspreken waar nodig.

**Z4:** “We gaan er maar van uit dat iedereen heel open is en weinig vooroordelen misschien heeft, maar dat is natuurlijk helemaal niet per se zo, ook al werken we in dit vakgebied. Dus daar mogen we met intervisie of met, eh, een [overleg] wel wat meer aandacht voor hebben. [...] Dan denk ik van: ja, het is ook logisch, als mens heb je gewoon, we hebben allemaal vooroordelen, of we dat nou leuk vinden of niet, maar dat hebben we gewoon en eigenlijk is dat heel mooi om die ook gewoon weleens uit te spreken en te kijken: mag dat? Hè, mogen we ze hebben en in hoeverre, als we ze hebben staat het misschien toch in de weg of hoeft dat niet in de weg te staan. Gewoon eigenlijk die openheid van: joh, ja, wat doen we daarmee?”

#### 3.3.4 Kennis over gezondheidsverschillen

Wanneer er gevraagd wordt naar de ideale situatie op het gebied van kennis over gezondheidsverschillen, komen er ook wisselende antwoorden. Er zijn respondenten die vinden dat alle zorgprofessionals basiskennis zouden moeten hebben over gezondheidsverschillen. Maar er zijn ook respondenten die aankaarten dat je nooit alles kan weten als professional (ook niet in de ideale situatie), en dat het voldoende is als er gespecialiseerde leden in een team zijn die over een bepaald onderwerp veel verstand hebben.

#### 3.3.5 Persoonsgerichte zorg

Alle respondenten geven aan dat ze in de ideale situatie persoonsgerichte zorg zouden geven. Wel wordt hierbij benoemd dat het niet altijd duidelijk is wat persoonsgerichte zorg precies inhoudt, en al helemaal niet op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie. In de ideale situatie zou dit dus duidelijker zijn voor de zorgprofessionals, en zouden ze hierin gefaciliteerd worden door hun werkgever.

### 3.4 Huidige situatie

Ondanks dat zorgprofessionals de intentie hebben om inclusief te werken en er een beeld is van hoe dit er in de ideale situatie uit zou zien, gebeurt dit in de praktijk

vaak niet (volledig). We beschrijven per onderdeel van de AGOM toolkit hoe volgens de zorgprofessionals de huidige situatie is. Ze reflecteren hierbij op de organisatie en het beleid, en op zowel hun eigen werk als dat van collega's.

### 3.4.1 Zichtbaarheid van diversiteit

Diversiteit kan binnen een organisatie zichtbaar zijn op bijvoorbeeld de website en op locatie, maar ook in systemen en formulieren.

#### Op de website en op locatie

Als het over de website gaat, geeft een deel van de respondenten aan niet precies te weten hoe de website van hun organisatie eruitziet. Een paar respondenten die dit wel weten, geven aan dat ze de website ouderwets en niet inclusief vinden op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie, maar ook op andere gebieden. Er staan bijvoorbeeld alleen foto's van witte heterostellen op de website.

Er zijn meerdere respondenten die aangeven dat de website van hun organisatie recent een update heeft gekregen en nu wel inclusief is in hun ogen. Ze geven aan dat er ten opzichte van een aantal jaar geleden veel veranderd is, bijvoorbeeld qua gebruik van foto's op de website. Deze update betreft over het algemeen diversiteit die verder gaat dan alleen sekse, gender en seksuele oriëntatie.

**Z17:** *“Ja, ja, daar zie je wel diversiteit in terug. Ja, en dan bijvoorbeeld wel collega's met een hoofdhoek bijvoorbeeld op bij campagnes of mannen of juist vrouwen.”*

Ook op locatie is het heel verschillend hoe zichtbaar diversiteit is. Er werden meerdere voorbeelden gegeven van het zichtbaar maken van diversiteit, bijvoorbeeld door het ophangen van een regenboogvlag of het tonen van diverse groep mensen (dus niet alleen witte, cis, hetero personen) op uitingen van de zorgorganisatie.

**Z4:** *“Ja, in onze gang hebben we prachtige platen hangen waar we zelf heel blij mee zijn en ook bij de entree met, nou, alle verschillende soorten en maten mensen die je je maar kunt voorstellen. Eh, en die hebben we ook bewust uitgekozen en opgehangen, omdat we willen tonen, ja, dat wij een plek zijn waar gewoon iedereen welkom is. Eh, dus op die manier zijn we er denk ik mee bezig. Dat willen we ook doorvoeren in de website. We hebben nog een beetje een achterlijke, oude website, maar die wordt vernieuwd en daar willen we dat ook wel in doorvoeren, maar je werkt ook tegelijkertijd binnen een [organisatie] die soms daar wat roestiger in is.”*

#### Op formulieren en in systemen

Het is vaak een administratieve beperking dat gender en seksuele oriëntatie niet kunnen worden vastgelegd op formulieren en in systemen. Op aanmeldformulieren is het vaak alleen mogelijk om te registreren of iemand man of vrouw is. Ondanks dat zorgprofessionals zouden willen kunnen registreren of iemand bijvoorbeeld non-binair is, hebben huidige formulieren regelmatig maar twee opties.

**Z8:** *“Het begint eigenlijk al bij een intakegesprek bijvoorbeeld, dat die persoon zegt van, ja, bij een formulier, dat er dan staat man/vrouw, klaar.”*

Daarnaast geven meerdere zorgprofessionals aan dat ze alleen de optie hebben om 'man' of 'vrouw' in een elektronisch cliënten- of patiëntendossier in te vullen, of dat dit gematcht wordt met het geslacht op het identiteitsbewijs en niet handmatig aan te passen is. Hierdoor is het soms niet mogelijk het gender van een cliënt of patiënt te registreren. Ook het registreren van intersekse personen is hierdoor niet mogelijk. Omdat systemen onderling continu data uitwisselen, kan iets, bijvoorbeeld geslacht, niet zomaar in een systeem worden aangepast. Ook kunnen voornaamwoorden vaak alleen zichtbaar worden gemaakt door een pop-up toe te voegen, dit kan vervuiling van het systeem opleveren.

**Z17:** *“Soms is het bijvoorbeeld ook, eh, een mismatch tussen bijvoorbeeld het systeem van het ziekenhuis waar de verzekeringen worden gecontroleerd en het geslacht, bijvoorbeeld. Dus dan kan het zijn, hè, het systeem haalt gegevens op en dan stel je voor dat wij dat dan veranderen, omdat de patiënt dat dan graag wil en dan kan het dus zijn dat er een error optreedt in die administratie en dat is de facturen in het slechtste geval dus naar de patiënten zelf gaan. Ja, dat zou natuurlijk heel vervelend zijn. Dus vaak zit het hem op administratieve zaken, zeg maar.”*

**Z7:** *“Ja, nou ja, eigenlijk ook al, omdat we natuurlijk onze gegevens uit het BRP halen, is het natuurlijk ook echt wat in je paspoort staat, dat komt in het dossier te staan, maar dat wil niet zeggen dat het een naam is of de gender die ze uitstralen. Dus dat is wel soms denk ik ook wel van: ja. Op mijn vorige werk hadden we ook inderdaad gewoon een X-je, gebruikten we ook gewoon, nou ja, daar mocht je sowieso onder welke naam je dan ook geregistreerd wilde worden, kon je daarin, in ons registratiesysteem, want dat was niet gekoppeld aan iets. Dus nu denk ik wel eens van: o. Er zijn wel mogelijkheden hoor, want we hebben bijvoorbeeld ook dat je een vakje kan aanklikken dat je dan groot boven dat te zien krijgt als je een dossier opent van: joh, daar kan je natuurlijk wel 'Let op, roepnaam is'. Dat zou ik in ieder geval dan invullen van: joh, let op, als je diegene belt, dit is de naam die ze gebruiken. De naam, ga het niet anders noemen.”*

Ook komt het voor dat er vragen over gender en/of seksuele oriëntatie op een aanmeldformulier staan (meestal onder de noemer seksualiteit), maar dat deze worden overgeslagen. Onderliggende redenen zijn dat de zorgprofessional het ongemakkelijk vindt om uit te vragen, of denkt dat de patiënt/cliënt het ongemakkelijk vindt om hierover te praten. Oppervlakkig lijkt het dus geborgd te zijn, maar in de praktijk wordt dit niet altijd nageleefd. Zo zegt iemand:

**Z10:** *“Ja, eh, we hebben wel een vragenlijst wat we elk jaar moeten afnemen met cliënten. Er staat wel één vraag tussen over: hoe erg is je seksuele, eh, seksualiteit op dit moment of ben je tevreden met het onderwerp seksualiteit. Maar dan merk je dat het eigenlijk, dat die vraag wordt of overgeslagen of heel*

*oppervlakkig benoemd. Het is maar één klein vraagje in de vragenlijst en het gebeurt wel vaker dat die overgeslagen wordt.”*

### 3.4.2 Bespreken van sekse, gender en seksuele oriëntatie

#### In het algemeen

Wanneer het gaat over het bespreken van sekse, gender en seksuele oriëntatie, komt naar voren dat een groot deel van de zorgprofessionals hier niet op tegen is, maar dat ze niet weten wanneer dit relevant is of hoe ze dit kunnen aanpakken. Ze weten ook niet of zichzelf de aangewezen persoon zijn om hierover te beginnen.

**Z2:** *“Maar je gaat het niet, zeg maar, als het geen issue is bij mijn cliënt, ga ik er niet zomaar over beginnen, want ik ben daar om te werken aan de doelen die diegene heeft gesteld.”*

Vaak wordt het gesprek geopend aan de hand van een hulpvraag van een cliënt. Zorgprofessionals beginnen alleen over sekse, gender of seksuele oriëntatie als het duidelijk is dat de cliënt of patiënt er graag over wil praten, of wanneer dit direct gerelateerd is aan de hulpvraag.

**Z2:** *“Ik ga niet zomaar zeggen van: 'Hé, dit speelt, dus nu gaan we het erover hebben.' Als de ander ermee komt, dan neem ik alle tijd ervoor. [...] Dus het is, ja, dus in feite: de cliënt bepaalt de inhoud van de gesprekken, omdat die een hulpvraag heeft, waarbij die geholpen wil worden door mij of één van mijn collega's in den lande.”*

Het komt ook voor dat onderwerpen rond sekse, gender en/of seksuele oriëntatie niet besproken worden met een cliënt of patiënt vanwege hun cognitieve functioneren.

**Z12:** *“En ik denk dat dat voor onze doelgroep, dat dat ook soms heel erg onduidelijk is van: hoe zit dat nou in elkaar en wat is nou het verschil? Maar ik denk dat ze daar best wel mee struggelen soms. En als je inderdaad een lichtverstandelijke beperking hebt en je hebt ook al een andere voorkeur of je voelt je anders, ja, dat is dan misschien nog ingewikkelder, ook om onder woorden te brengen.”*

**Z6:** *“Als ze wat hoger niveau worden, dan merk je dat, dat er opmerkingen worden gemaakt naar, eh, of naar: o, dat is een leuke jongen of o, dat is een... Maar dan is het heel vaak de vraag, en dat is natuurlijk bij ons heel vaak, dat is waarom het moeilijk verstaanbaar gedrag is, het is niet duidelijk: zeggen ze dit omdat ze dit geleerd hebben en sociaal wenselijk willen zijn: 'O, ik vind ook jongens leuk' of voelen ze zich veel fijner bij een vrouw of man? Je kunt vaak wel zien, bepaalde cliënten gaan iets makkelijker mee bij een vrouw of man. Nou, dan zou je daaruit kunnen afleiden dat daar de seksuele voorkeur ligt, maar dat hoeft natuurlijk ook weer niet per se.”*

#### Bespreken van sekse en gender

Respondenten geven aan dat bij de intake van cliënt- of patiëntgegevens vaak informatie uit een eerder dossier of een paspoort wordt overgenomen. Daarom wordt

er meestal geen gesprek meer wordt gevoerd over iemands sekse en gender. Het komt ook voor dat dit wel eenmalig wordt gevraagd bij de intake, maar dat dit vervolgens niet meer ter sprake komt.

Met name gender wordt vaak niet besproken. Het wordt niet besproken wanneer zorgprofessionals niet zeker weten of het relevant is, of wanneer ze niet weten hoe ze dit kunnen uitvragen.

**Z1:** *“Ja, seksuele oriëntatie wel, denk ik, bijna altijd in ieder geval. Ook omdat we te maken hebben dus met mensen die grensoverschrijdend gedrag vertonen. Gender weet ik niet of dat altijd wordt besproken. Ik vrees, als ik kijk naar mezelf, ik doe dat vooral als het voor mij niet helemaal helder is. Maar dat is natuurlijk helemaal geen goed uitgangspunt.”*

**Z9:** *“Nou ja, ik ben wel gestart, zullen we maar zeggen met, omdat ik zelf zag dat dat qua seksualiteit een beetje achterbleef, met een training opzetten, zal ik maar zeggen, dus seksualiteit bespreekbaar maken. Ik probeer het toch een beetje aan te kaarten en, eh, maar gender is dan toch weer, nog weer wat ingewikkelder.”*

Bespreken van seksuele oriëntatie en relatiestatus Verschillende respondenten geven aan dat het hen niet altijd duidelijk is wanneer het wel of niet relevant is om dit te bespreken. Ze vinden seksuele oriëntatie en relatiestatus te persoonlijke onderwerpen om zomaar te bespreken. Het kost tijd om een band op te bouwen met een cliënt of patiënt. Ze geven aan dat ze dit in hun privéleven ook niet zomaar bespreken.

**Z3:** *“Nee, dat is toch altijd wel een soort persoonlijke vraag. Als ik het toevallig heb gelezen, dat diegene, hè, een andere seksuele voorkeur heeft, dan vraag ik het wel altijd, omdat het dan al benoemd is. Maar als het nog niet benoemd is, dan vind ik het voor de eerste keer altijd toch weer net wat, ja, te persoonlijk.”*

**Z17:** *“Nou ja, omdat het natuurlijk heel persoonlijk is om te informeren naar dat gebied bij iemand die je niet kent eigenlijk. Zeg maar, onder hele goede vrienden wordt dat zelfs niet besproken, laat staan dat je dat met een wildvreemde zou moeten bespreken.”*

**Z6:** *“Ik denk omdat het te ingewikkeld is. Ja, dan moet je vertrouwen opwekken bij iemand. Wij gaan ook niet hier aan tafel gelijk over onze persoonlijke seksuele voorkeur praten. Dus dat is met de cliënten hetzelfde natuurlijk. Je moet een soort van vertrouwen op hebben gebouwd en als je elke dag iemand anders hebt, dan ga je het daar ook niet gauw over hebben. Dus dat kost vertrouwen en tijd.”*

Er wordt aangegeven dat sommige cliënten en patiënten het te privé vinden om hierover te praten met een zorgprofessional, en zich zelfs aangevallen kunnen voelen. Een respondent vertelt dat het bespreken afhangt van degene die ze voor zich heeft:

**Z1:** *“Dat wisselt heel erg, want er zijn ook cliënten, die voelen zich echt aangevallen als je vraagt naar hun seksuele voorkeur. [...] Nee, ik kan het wel uitleggen en mensen pikken dat wel, maar ik merk wel dat niet*



iedereen ervan gediend is om het daarover te hebben. Sowieso vinden mensen het gewoon lastig om te praten over, eh, over zichzelf soms ook al en helemaal over als het gaat over seksualiteit of over gevoelens. Dat is best ingewikkeld.”

Het komt ook voor dat respondenten niet naar de seksuele oriëntatie vragen omdat ze dit niet nodig vinden. Een respondent maakt op basis van het uiterlijk van de cliënt of patiënt een inschatting wat betreft seksuele oriëntatie.

**Z15:** “Dat doe ik in mijn vragenlijst wel. Dus ik vraag: heb je een partner? Als ze dan zeggen: ja, dan vraag ik: is het een man of is het een vrouw? Hè, dus in die zin, eh, misschien heb je wel meerdere partners, dat heb ik ook weleens gevraagd. Dat is niet standaard, maar dat heeft meer te maken met een intuïtief gevoel. Bij sommige mensen hoef ik dat niet te vragen, want daar is dat bijna van hun hoofd af te lezen.”

### 3.4.3 Bewust zijn van vooroordelen

Respondenten benoemen dat het belangrijk is om zonder vooroordelen te werken. Ze geven aan dat je niet geschikt bent om in de zorg te werken wanneer je vooroordelen hebt. Daarnaast wordt genoemd dat het laten blijken van vooroordelen tijdens het werk schadelijk kan zijn voor de cliënt of patiënt. De meeste respondenten zien dan ook niet veel vooroordelen van collega's op de werkvloer. De meeste collega's worden open-minded genoemd.

**Z3:** “Nee, we hebben allemaal best wel een gevarieerde caseload, maar er wordt altijd wel gewoon met respect over de cliënten gepraat en, nee, nee, stel dat er een man binnenkomt die een beetje vrouwelijk doet, dan wordt er niet gelijk gezegd: ‘O, daar loopt een homo’ of iets. Weet je, het is altijd gewoon: ‘Hé, daar loopt Jan’, bijvoorbeeld. Het is niet zo dat... Nee, van wat ik heb gezien zijn ze allemaal heel open minded en niet veroordelend.”

### Omgaan met onbewuste vooroordelen

Wanneer het specifiek over onbewuste vooroordelen gaat, geven meerdere respondenten aan dat deze wel aanwezig zijn bij henzelf en/of onder hun collega's. Dit wordt niet direct als problematisch, en zelfs als onvermijdelijk gezien. Verschillende respondenten vertellen dat iedereen onbewuste vooroordelen heeft, en dat het belangrijk is om hier aandacht aan te besteden. Op die manier kunnen de vooroordelen besproken worden met collega's.

**Z5:** “Ja, ik denk dat dat wel, eh, ik denk dat dat soms wel besproken wordt binnen het subteam waar ik werk. Ik denk ook wel binnen andere teams, dat er soms aannames zijn over cliënten waarvan ik denk: nou, daar ben ik het niet mee eens, vind ik niet, eh, daarin heb je geen gelijk. Of eh, ja, wat je zegt, ik denk dat iedereen wel aannames heeft en ik denk dat iedereen wel van alles wat vindt, maar ja, ik denk dat het bij ons wel bespreekbaar is, ja.”

### Vooroordelen gerelateerd aan sekse en gender

Een voorbeeld van een onbewust vooroordeel kwam naar voren in onderstaand citaat, waar een respondent aangeeft een oordeel te hebben over een man met een baard in een minirokje. Dit gaat over genderexpressie. De respondent geeft aan dat het niet helemaal strookt met diens normen en waarden. Maar de respondent besluit vervolgens hier niks mee te doen, omdat de respondent vindt dat hij er geen oordeel over zou moeten hebben.

**Z15:** “Je hoeft niet alles normaal te vinden en je hoeft er ook niet aan mee te doen, maar laat ja, laat iedereen gewoon. Ik heb ook weleens een oordeel, hè, ik heb ook weleens een man met een baard in een minirokje, dat ik denk: moet dat allemaal? Omdat ik het dan, eh, ja, omdat het ook ergens toch, ja, eh, raakt aan de waarden en normen die ik natuurlijk ook van thuis heb meegekregen. Alleen heel snel kan ik dat dan bij mezelf wel corrigeren dat ik dan denk: heb ik er last van? Nee, ik heb er geen last van, dus waarom moet ik er een oordeel over hebben?”

### Vooroordelen gerelateerd aan seksuele oriëntatie

Wanneer het gaat over seksuele oriëntatie, wordt een enkele keer gedeeld dat een respondent vooroordelen ziet op hun werkvloer. Als respondenten wel vooroordelen zien, is dit met name bij gelovige collega's, die van huis uit hebben meegekregen dat een cis man en cis vrouw samen moeten zijn.

**Z15:** “Ik vind het sowieso heel belangrijk dat mensen vrij zijn, dus vrij zijn om te zijn wie ze zijn en ook liefde hebben wie ze willen liefhebben en op wat voor manier dat nou is, hè, ook of dat polyamoreus is of weet ik veel hoe mensen het allemaal doen, ik denk altijd: ik heb er geen last van, waarom zou je er een oordeel over hebben? En ik zou het zo fijn vinden als andere mensen dat ook zouden kunnen doen. Ik denk dat het van belang is: hoe makkelijker wij er in de zorg over praten, hoe makkelijker dat ook is. En dat geldt ook voor het onderwijs natuurlijk.”

### 3.4.4 Kennis over gezondheidsverschillen

Vrijwel alle respondenten geven aan dat er te weinig kennis is over sekse, gender en seksuele oriëntatie bij henzelf en bij collega's. Zij weten niet altijd waar ze deze kennis kunnen opdoen.

### Kennis gerelateerd aan sekse

Tijdens de interviews komt kennis over gezondheidsverschillen tussen vrouwen en mannen of bij intersekse personen amper naar voren. Wanneer hier specifiek naar wordt gevraagd, geven respondenten aan dat ze op de hoogte zijn dat aandoeningen zich anders presenteren bij mannen en vrouwen, en dat ze de zorg hierop kunnen aanpassen.

**Z4:** “Nu, zeg maar, de tijd haalt ons denk ik ook in, hè, wat goed is. Eerst was ik daar misschien zelf ook helemaal niet zo bewust van, had ik daar ook helemaal niet zo over nagedacht dat als alles op mannen getest is, dat dat wel een hele andere uitwerking op vrouwen

zou kunnen hebben. Dat is ook niet helemaal mijn hele specialisme. Dus daar heb ik toen denk ik niet zo heel erg bij stilgestaan, maar nu denk ik: ja, doordat er ook veel meer over bekend is, denk ik: dat kan ook eigenlijk helemaal inderdaad niet.”

### Kennis gerelateerd aan gender

Zorgprofessionals geven aan dat er met name weinig kennis is over gezondheidsverschillen op het gebied van gender. Dit wordt verklaard doordat dit ten opzichte van sekse en seksuele oriëntatie voor veel mensen nieuwer is, en dat ze de ontwikkelingen op dit gebied niet goed kunnen volgen.

**Z5:** “Ja, dat de cliëntpopulatie dus steeds diverser wordt en dat je dus dit meer gaat tegenkomen en waar je dus gewoon als professional wel van op de hoogte moet zijn en dus ook weet wat die sekse, gender, seksuele oriëntatie, wat dat allemaal inhoudt. Ik denk dat gewoon dat er een heleboel, dat de oude generatie begeleiders binnen de zorg daar gewoon niet altijd, eh, dat niet altijd weten. Dus ja, wat het voor mij betekent is dat je jezelf daar ook een stukje in laat informeren, dat je ook eens gaat zoeken van: wat betekent dat nou? Wat betekent het nou dat mijn cliënt zich eigenlijk non-binair voelt of eigenlijk transgendergevoelens heeft? Wat kan ik als professional daarin doen?”

### Kennis gerelateerd aan seksuele oriëntatie

Enkele zorgprofessionals beginnen over kennis over gezondheidsverschillen gerelateerd aan seksuele oriëntatie. Dit gaat over soa's en mentale aandoeningen. Er wordt niet actief uitgevraagd of zorgprofessionals kennis hebben over deze gezondheidsverschillen.

**Z8:** “Nee. Nee, eh, zelf ja, enige kennis als in dat er, eh, grotere, dat het percentage bij transpersonen, mensen uit, eh, LHBTI-gemeenschap of queer-personen, eh, dat de kans hoger is en dat het percentage veel hoger ligt qua mentale gezondheid, dat dat, eh, ja, dat dat daar minder is. En eh, ja, dat eigenlijk.”

### 3.4.5 Persoonsgerichte zorg

Zorgprofessionals geven aan dat ze achter het idee van persoonsgerichte zorg staan, en dit ook graag in de praktijk zouden brengen. Maar ook hier is sprake van handelingsverlegenheid. De zorgprofessionals willen persoonsgerichte zorg leveren, maar hebben te weinig kennis en handvatten om dit te doen.

### Respectvolle en bevestigende zorg

Bevestigende zorg verwijst naar een benadering binnen de gezondheidszorg die gericht is op het bieden van ondersteuning en acceptatie aan individuen die tot seksuele, gender- of andere minderheidsidentiteiten behoren. Het doel van bevestigende zorg is om een veilige en inclusieve omgeving te creëren waarin deze individuen zich gerespecteerd, begrepen en gesteund voelen. Het gaat hier om bijvoorbeeld het uitvragen van de gewenste aanspreekvorm, en het gebruik van actuele terminologie.

Respondenten geven aan dat het in de praktijk niet altijd lukt hieraan te voldoen. Ondanks dat de wens om respectvol en bevestigend er is, blijkt het in de

praktijk een uitdaging. Met name het gebruik van voornaamwoorden is voor zorgprofessionals een struikelblok.

**Z17:** “Eh, het gaat me wel makkelijk af, maar ik heb soms wel het gevoel dat ik mijn best soms moet doen of dat ik het... soms gaat het niet mij van nature af. Stel je voor dat iemand te vrouwelijke kenmerken heeft, maar wel hem of hij moet worden genoemd en overal staat mevrouw, hè, op papieren en in de dossiers, ja, dat is lastig.”

Ook wordt bij collega's gezien dat de wens voor bepaalde voornaamwoorden bewust niet wordt gerespecteerd.

**Z8:** “Op het intakeformulier staat gewoon man/vrouw, [...], daar was iemand die zich identificeerde als non-binair en mijn collega's bleven ‘hij’ zeggen, terwijl diegene aangaf, eh, aangesproken te willen worden met hen/hun. En dat bleef ook, eh, aangesproken worden met ‘hé, gozer’ of ‘hij’.”

Daarnaast komt het voor dat zorgprofessionals hier onbewust fouten in maken, omdat ze zich niet bewust zijn van de wens van de patiënt of cliënt wat betreft voornaamwoorden, of omdat ze op het moment dat ze iemand aanspreken niet opletten zijn.

**Z17:** “Ja, dat je aansluit op de behoeften van de patiënt, zeg maar, dat je het, hè, zorg op maat en vooral ook aansluiten. En ik denk ook wel dat als een patiënt aangeeft van: ‘Ik wil graag met ‘haar’ worden aangesproken’, dat je daar ook bij aansluit en dat je wel je best doet dus om op het formulier te zetten, zodat collega's het ook weten en dat je het ook goed opschrijft, bijvoorbeeld, in het dossier, dat die wens er is. Kijk, en dat het dan soms misgaat, dan zeggen ze ook: word dan niet meteen boos, want voor ons is het ook wennen, hè, zeg maar. Want dat is het soms ook, hoor, er wordt soms meteen heel boos gereageerd vanuit de patiënt, als je dan toch per ongeluk meneer zegt, bijvoorbeeld. Eh, maar hè, dat gebeurt niet expres. Ja, en als je dus in de computer en overal staat ‘mevrouw’ en hij wil eigenlijk ‘hij’ en ‘meneer’, ja, dat gaat gewoon, hè, op polsbandjes, overal staat het vastgelegd. Ja, dat gaat dan een keer fout en je bent er heel erg op gebrand en dan word je een beetje zenuwachtig en dan zeg je toch per ongeluk..., hè, want je oriënteert je toch op het uiterlijk.”

### Zicht op de context

Om zicht te houden op de context, is het belangrijk dat zorgprofessionals de sociaal-culturele risicofactoren kennen, bijvoorbeeld op het gebied van gendernormen, leefstijl en heteronormativiteit. Of de zorgprofessionals tijd hebben om dit in kaart te krijgen is wisselend.

**Z1:** “In de GGZ is juist dat contact om te kijken: wie heb ik nou voor me? En ik ga ook samen met cliënten op onderzoek uit van: wat is er nou gebeurd in je leven dat je hier staat nu op dit moment. Dus ja, juist bij ons heb je daar heel veel tijd voor.”

### Regie voor de cliënt of patiënt

Volgens de AGOM toolkit moeten cliënten en patiënten

zelf de regie hebben over hoe om te gaan met issues rond sekse, gender en seksuele oriëntatie. Regie hebben houdt bijvoorbeeld in dat niet iedereen met een vorm van intersekse zich wil aanpassen aan de heersende norm, niet alle mensen met trans-gevoelens willen in transitie. Niet iedereen wil uit de kast komen. Iedereen heeft een eigen manier om zichzelf te zijn en bepaalt zelf de koers en het tempo om dingen te realiseren.

Een praktisch punt dat hierbij benoemd wordt door een zorgprofessional is dat dit in de praktijk niet altijd gebeurt, omdat cliënten en patiënten niet altijd in staat zijn om de regie te hebben, en het soms ook fijn vinden als een ander beslissingen voor hen neemt. Een andere professional geeft wel een voorbeeld van hoe hij ervoor zorgt dat zijn cliënten zelf de regie hebben:

**Z3:** “Maar ik vraag altijd wel heel goed uit als ik daar de eerste keer ben van: wat verwacht je van je begeleider? Welk begeleidershulp vind jij fijn? En dan krijg je hele diverse antwoorden. De één zegt: nou, ik wil inderdaad iemand hebben die gewoon hier zit, ik wil iemand hebben die me, hè, een schop onder de kont geeft, ik wil iemand hebben die me aan mijn arm meesleurt naar instanties. En wat ik daar ook altijd mee probeer te bereiken is dat ze dan, eh, zelf hun aandeel hebben in de hulpverlening. Dus je kunt wel overal ingaan met dezelfde aanpak, maar dat werkt niet. En zij weten vaak zelf ook wel wat het beste bij hen aansluit.”

#### Warme doorverwijzing

Warm doorverwijzen houdt in dat zorgprofessionals indien nodig doorverwijzen naar passende zorg die ook sensitief is op diversiteit. Wanneer het vooraf niet duidelijk is of deze zorg sensitief is, is het belangrijk dat de zorgprofessionals een vinger aan de pols houden.

Er wordt regelmatig door zorgprofessionals doorverwezen wanneer zij het idee hebben dat hun cliënt of patiënt baat heeft bij contact met een meer gespecialiseerde zorgprofessional. Ook komt het voor dat cliënten of patiënten juist naar de respondenten doorverwezen worden, wanneer de respondenten wordt geacht meer expertise te hebben.

**Z1:** “Wat we wel doen, dat doen we wel bij mensen die worstelen met gender of seksualiteit, dat we kijken van: wat hebben we in huis? Ook binnen de hele GGZ. We hebben ook de herstelacademie waar ervaringswerkers, nou ja, allerlei groepen organiseren, bijeenkomsten en ook activiteiten en daar is ook wel aandacht voor gender en, eh, nou ja, dat soort onderwerpen.”

#### Evaluatie van de geboden zorg

Er zijn regelmatig interventies waarin (de behandeling van) cliënten en patiënten wordt besproken. Respondenten hebben regelmatig overleg met collega's en kunnen deze onderwerpen hier voorleggen aan anderen. Er wordt over het algemeen een open en vrije sfeer ervaren.

**Z17:** “Ja, we bespreken dat en gelukkig, eh, mijn collega's...de sfeer is wel dat je altijd vragen kunt stellen, zeg maar. En we hebben bijvoorbeeld ook interventiebijeenkomsten als verpleegkundigeteam en

daar zou je dat ook bijvoorbeeld in kunnen brengen van: nou, hoe kan ik daar dan het beste mee omgaan? We hebben soms ook patiënten die meerdere partners hebben en dan is het een man, die komt in het ziekenhuis en die heeft bijvoorbeeld drie relaties en dan wordt er bijvoorbeeld van ons gevraagd of wij dan willen afstemmen dat die vrouwen elkaar niet tegenkomen. Ja, dan vragen we ons wel af van: ja, is dat dan onze rol? We hebben respect voor die levenswijze, maar is het dan onze rol als zorgverlener om dat af te stemmen?”

**Z4:** “Ja, we hebben ook interventie en we hebben casuïstiekbespreking, we hebben [verschillende overleggen] en dat betekent dat we binnen het team ook met elkaar meekijken, dus met consulten met elkaar weer meekijken, omdat je toch alleen op zo'n poli zit en je doet je trainingen en je voorlichtingen samen juist bewust om het met z'n tweeën altijd te doen, zodat je van elkaar leert en ook de groepsdynamiek in de gaten kunt houden.”

### 3.5 Belemmerende factoren

Door middel van de interviews is in kaart gebracht welke factoren het leveren van inclusieve zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie in de weg kunnen staan. Dit kunnen zowel factoren zijn die bij de zorgprofessional zelf liggen, als de factoren van buitenaf.

#### 3.5.1 Veranderende wereld

Ondanks dat respondenten aangeven dat ze aandacht voor diversiteit belangrijk vinden en dat ze het fijn vinden dat iedereen kan zijn wie diegene wil zijn, ervaren ze dat de ontwikkelingen op het gebied van diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie voor hun gevoel heel snel gaan. Ze geven aan dat ze de ontwikkelingen niet kunnen bijhouden.

**Z3:** “Ja, ook als je nu ziet hoe divers de maatschappij wordt en is en nog diverser wordt, ja. Vroeger was alles in een notendopje, maar nu, je hebt zoveel notendopjes, je moet overal iets van afweten.”

**Z13:** “Wat ik momenteel wel erg lastig vind is dat de seksuele diversiteit wel heel heftige vormen aanneemt en daar vind ik niks van, maar ik merk wel dat de doelgroepen waarmee we werken en de problematieken die we af en toe tegenkomen inderdaad op het stukje seksuele diversiteit, eh, het wordt wel héél complex, vind ik, en vooral als begeleider, gewoon als je denkt van: ik ga lekker mijn dienstje draaien en dan kom je zoiets tegen, daar wordt het wel erg ingewikkeld van.”

**Z3:** “Weet je, het is een steeds meer actueel onderwerp. Alle seksuele differentiaties worden alleen maar breder en ruimer, dus ja, je moet je er ook wel in gaan verdiepen.”

Ook wordt gedeeld dat het tegenwoordig veel normaler is om over sekse, gender en seksuele oriëntatie te praten. Er is meer informatie over te vinden en het komt vaak aan bod in de media. Dit is veranderd ten opzichte van tien jaar geleden.

**Z4:** “Eh, nou ja, ik denk dat het in ons vakgebied, is het gewoon heel belangrijk dat je, kijk, mensen zijn onderhevig aan interne veranderingen, aan veranderingen van buitenaf, dus toen ik hier kwam werken tien jaar geleden zagen we ook wel een andere populatie van mensen op de poli, was het hele stukje van, hè, mogen zijn wie je eigenlijk echt bent, ongeacht hoe je geboren bent of hoe je jezelf noemt, was veel minder aan de orde. Het was nog veel meer zwartwit allemaal.”

**Z2:** “Maar het was ook niet in de media zoals nu. Nu wordt het veel meer besproken, het komt in series naar voren en in, overal. Maar tien jaar geleden was dat niet.”

#### 3.5.2 Normen en waarden van de zorgprofessional

Enkele zorgprofessionals zien dat collega's persoonlijke uitdagingen ondervinden met betrekking tot diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie, en laten dit ook doorschemeren in hun handelen. De normen en waarden van deze collega's kunnen verband houden met cultuur en religie, maar ook met leeftijd en woonplaats. Het gebeurt regelmatig dat collega's hun persoonlijke normen en waarden ook op de werkvloer uiten. De meeste respondenten geven aan hier moeite voor te hebben, al begrijpen ze dat iedereen andere normen en waarden heeft, en deze niet altijd stroken met inclusief werken.

**Z3:** “Kijk, je hebt natuurlijk een werkpersoonlijkheid en een privé-persoonlijkheid en ik vind wel dat je dat van elkaar moet scheiden. Zeg maar, als je bij je werk bent, dan moet je er open minded ingaan, dan maakt je geloof niet meer uit. Ja, ik denk altijd dat geloof daar wel een sterke factor in speelt.”

**Z17:** “Nou ja, wat ik zie gebeuren is dat er soms best wel kritische vragen, hè, ik werk in [...] de Biblebelt, ik heb soms best wel gereformeerde collega's die een sommige denkwijzen hebben. Ja, wat je dan ziet gebeuren is dat er soms met onwetendheid eigenlijk wordt gereageerd of, eh, dat is soms lastig.”

**Z12:** “Nou ja, het hangt er denk ik ook wel heel erg van af hoe je zelf bent opgevoed. Wat heb je zelf meegenomen, hoe ben je daar zelf in, hè, bespreek je dat zelf thuis? Heb je dat zelf besproken? Hoe ben jij achter alles gekomen? Wat is je eigen kennis daarin? Want ook daarin merk ik wel, eh, een verschil. Geloofsovertuiging speelt een hele belangrijke rol, het wel of niet willen bespreken. Dus er zijn meerdere factoren die daar invloed op hebben, ja.”

Leeftijd van de zorgprofessional wordt meerdere keren genoemd als factor die belemmerend kan zijn om inclusief te werken. Het komt voor dat oudere zorgprofessionals minder contact hebben met de jongere generaties en minder recent onderwijs hebben gekregen, en hierdoor minder toegelegd zijn op inclusieve zorg leveren.

**Z3:** “Ik heb op stages vooral met oudere collega's gemerkt dat ze best wel gesloten zijn over het onderwerp, maar dan ook richting cliënten toe. Er zijn heel veel cliënten die erover willen praten, erover

moeten praten, maar als hun begeleider dan eigenlijk heel closed-minded is of er niet open over is of eigenlijk het gesprek afkapt, ja, dan gaan ze er zelf eh, mee puzzelen en dingen ermee doen.”

**Z2:** “Ja, hè, mijn vak draait om de ander, dus als mijn cliënt worstelt met genderissues, dan kan ik wel zeggen: ‘Dikke lul, ik doe er niet aan mee’, maar het gaat niet om mij, het gaat om die ander en ik denk dat je dan wel, eh... Maar ik ben benieuwd wel, als mensen eerlijk zijn, zeker van mijn generatie, eh, of ze daar dan ook echt voor openstaan of snappen of openstaan in ieder geval om de kennis op te doen om die cliënt beter te kunnen helpen.”

**Z5:** Nou, minder op de hoogte is misschien niet een goed woord, maar de jongere generatie, die gaat allemaal wel mee in het hele sekse- en genderverhaal, maar ik denk dat de wat oudere generatie het misschien allemaal, ja, zeg maar even grof gezegd, het wat onzin vindt en het allemaal niet zo goed begrijpt. En ik denk dat daarom, dat het daarom belangrijk is dat, zeg maar, de oudere generatie ook wat meer geïnformeerd wordt.

Er werd hierbij benoemd dat met name gender een begrip is dat lastig te begrijpen en/of te accepteren is voor oudere zorgprofessionals.

**Z7:** “Nou ja, je hebt heel, wat ik wel merk is dat de wat oudere personen, die staan bijvoorbeeld niet heel erg open voor non-binair, het bi vinden ze vaak ook nogal een beetje lastig, gewoon om, weet je, ze denken, ze zijn ook best redelijk voor hun tijd vaak open-minded, van: oké, homoseksualiteit, lesbisch, dat mag allemaal, maar als het maar een beetje anders is, dan is het wel lastig. Dan moeten we er wel, dan is het lastiger.”

**Z2:** “Ik ben 47, ik denk dat er voor mensen van mijn leeftijd, is dit echt nieuw wat er nu allemaal gebeurt met het bespreken van gender. Dat hebben wij veel minder gehad, of bijna niet, of sterker nog, in heel onze opvoeding en op school niet.”

Ook geven meerdere zorgprofessionals aan die buiten de Randstad wonen dat het er daar heel anders aan toegaat dan in de grote steden in de Randstad. Zij geven aan dat de ontwikkeling in de Randstad vaak sneller gaat dan waar zij wonen, en dat die cultuuromslag er in hun werkplek of woonplaats nog helemaal niet is. Dit heeft als risico dat het verschil tussen de Randstad en daarbuiten alleen maar groter wordt.

**Z5:** “[...] dat heeft dan deels te maken met leeftijd, maar ook met de ervaring die je opdoet, want in een dorp of in een heel klein, ouderwets stadje zie je niet iemand die, eh, zie je niet een transman of een transvrouw of iemand die asexueel of weet ik veel wat is. Dat kom je daar gewoon niet zoveel tegen. Dus ik denk dat dat wel een verschil is. En ook gewoon, ja, dat het ook en stukje te maken heeft met de manier van denken, sta je ervoor open? Wat ik eerder zei: vind je het interessant? Ja, ik denk een beetje op die manier.”

**Z6:** “Bij ons is het heel normaal om een fysieke weerbaarheid training te krijgen en dan zou het hierin ook heel interessant zijn om een training te geven,

zodat iedereen op hetzelfde niveau zit, zodat iedereen dezelfde tools in handen heeft en niet iemand die net van de opleiding afkomt er heel anders tegenaan kijkt dan iemand die al 20 jaar in het vak zit, want volgens mij is dit een behoorlijk snelle, of er zit gewoon een snelle ontwikkeling in de werkelijkheid. En er blijven heel veel mensen die gewoon in hun kleine dorpje wonen en die dat niet per se meekrijgen, eh, die staan er gewoon anders in. Dus op het moment dat jij alle ontwikkelingen wel meekrijgt via je werk, dat zou best wel veel opleveren, denk ik.”

Niet alleen de normen en waarden van de professional zelf kunnen een belemmering zijn, professionals kunnen ook belemmering ervaren van normen en waarden van andere collega's, of binnen een team. Er wordt zelfs genoemd dat deze onderwerpen de oorzaak kunnen zijn van discussies binnen een team. De meningen en zienswijzen van collega's verschillen dan zodanig dat het frictie oplevert.

**Z2:** “Ja, ik denk dat dat toch een... Zeker als ik uitga van de jonge generatie, het is toch wel spannend als je net klaar bent met je hbo of universiteit en je gaat binnen zo'n organisatie aan de slag, je komt toch in een bestaande cultuur terecht en wat nou als je zo'n team hebt met van die grijze, oude, toch een beetje ouderwetse mannen en vrouwen? ‘Dat is toch zo'n modeverschijnsel, dat transgendergezever’, ja, dat lijkt me best wel ingewikkeld als je dan jong bent, je komt net kijken. Of je hebt een heel fijn team, dan kun je steun krijgen als iemand iets doms zegt, maar als je net nieuw bent, ik vraag me af of daar oog voor is. Ik hoop het wel, maar ik zou het niet weten.”

**Z3:** “Dat iedereen zichzelf mag zijn en er gewoon mag zijn en dat er geen obstakels in moeten zijn in, hè, dat je transgender bent, homoseksueel, lesbienne, demiseksueel. Weet je, iedereen is gewoon gelijk van binnen en het zou zoveel makkelijker zijn als iedereen gewoon elkaar accepteert en dat je gewoon kunt focussen op je werk, op je cliënten in plaats van onderling, ja, hoe zeg je dat? Eh, onderling daar ruzie over gaat maken. Je kunt beter je tijd en energie gewoon steken in je werk, hè, in het inclusief maken in plaats van met elkaar onderling strijden.”

### 3.5.3 Gebrek aan kennis

Vrijwel alle zorgprofessionals geven aan dat er tijdens hun zorgopleiding te weinig aandacht wordt besteed aan diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie. Ze hebben het gevoel dat ze niet genoeg kennis en vaardigheden hebben wanneer ze in de praktijk te maken krijgen met deze diversiteit.

Wanneer het gaat om nieuwe kennis opdoen, weten professionals niet altijd waar ze deze kunnen vinden. Er wordt dan ook aangegeven dat een werkgever scholing moet aanbieden en dat niet verwacht moet worden dat zorgprofessionals dit in hun vrije tijd doen:

**Z2:** “Als ik kijk naar mijn vak, dan zal het vooral moeten komen van mijn werkgever, denk ik, om die kennis aan te dragen als je een jonge doelgroep hebt.”

Voor professionals die hier niet of minder geïnteresseerd in zijn hebben deze onderwerpen geen prioriteit. Het komt dan ook voor dat professionals die geen tot minder interesse hebben in diversiteit niet naar bijscholingen op dit gebied gaan. Een oplossing zou kunnen zijn om de bijscholingen te verplichten. De meningen zijn verdeeld of het verplichten van bijscholing over diversiteit een goed idee is, omdat hierdoor de weerstand tegen bijvoorbeeld genderdiversiteit juist vergroot zou kunnen worden.

Ook wordt op zorgopleidingen te weinig aandacht besteed aan inclusieve zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie. Zorgprofessionals signaleren dat jongere professionals die net klaar zijn met werk niet voorbereid zijn op deze onderwerpen. Het is noodzakelijk dat dit wordt opgenomen in lessen op zorgopleidingen.

Ook kan een uitgebreide inwerkperiode zorgprofessionals kennis en vaardigheden geven voor inclusieve zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie.

**Z4:** “Een gedeelte van ons komt bijvoorbeeld uit de psychiatrie en dan heb je wel een bepaalde basis al waarop je gewoon heel erg gewend bent om met mensen echt dat gesprek aan te gaan. Maar een heel groot gedeelte komt bijvoorbeeld ook net het ziekenhuis uitgerold. Nou, dat staat niet per se de mens centraal in het ziekenhuis, maar wel het lijf. Nou, dat is heel anders. En in de opleiding is er weinig tot geen aandacht natuurlijk voor, dus dat is heel erg dat je van elkaar leert. Dus we hebben een hele lange inwerkperiode hier, echt van wel, eh, nou, je kunt wel zeggen een maand of drie zelfs waarin je echt wel bij de hand wordt genomen en heel veel meeluistert en heel veel samen onder begeleiding die gesprekken doet. Dus je leert heel veel van je collega's, ervaren collega's. Eh, maar we hebben ook wel heel veel ruimte voor héél veel scholen en training.”

### 3.5.4 Taboe en handelingsverlegenheid

Zowel gebrek aan kennis als normen en waarden van een zorgprofessional kunnen ertoe leiden dat er taboes zijn of dat iemand handelingsverlegenheid ervaart. Verschillende respondenten geven aan te weinig kennis te hebben van met name gender, en hierdoor dit niet te bespreken met patiënten of cliënten. Ze vinden wel dat het belangrijk is wanneer het gerelateerd is aan de zorgvraag, maar voelen zich er ongemakkelijk bij.

**Z9:** “Dat zie ik ook terug op de werkvloer, dat dat gewoon een probleem is. Men voelt zich handelingsverlegen en ik heb zelf ook wel ervaren hoe lastig het soms is, zal ik maar zeggen, om je, nou, bijvoorbeeld bij een gender jongen die op zoek is naar zijn genderidentiteit, om daar toch naast te staan en ook te begeleiden daarin, in dat is een proces.”

**Z13:** “Misschien moeten we het met z'n allen helemaal niet zo ingewikkeld maken, maar goed, dat wordt het ondertussen wel een beetje. Vooral bij iemand op het moment dat die zijn eigen hele basale leven, weet

je wel, het eten, de hygiëne en dat soort stappen al heel moeilijk onder controle heeft, hoe duik je dan in godsnaam in zo'n onderwerp als dit? Hoe ga je iemand daarmee helpen en wat is daarin de juiste begeleiding? Moet je iemand daar wel mee gaan helpen of moet je het lekker gewoon zijn beloop laten en is het oké zoals het is? Het roept gewoon heel veel vragen op en je wilt gewoon ook heel voorzichtig zijn met het onderwerp, want je wilt niet, eh, uiteindelijk de oorzaak zijn van dat iemand zich minder oké gaat voelen door zo'n keuze die hij dan maakt.”

Meerdere keren wordt opgemerkt dat er een taboe rust op praten over gender en seksuele oriëntatie. Respondenten ervaren dit zelf, maar merken het ook op bij collega's.

**Z10:** “Of ja, taboe klinkt misschien wel heel heftig, maar gewoon, ja, je praat er niet echt veel over, vind ik, überhaupt over seks in het algemeen met collega's of cliënten. Ja, dat is een beetje, omdat je daar toch juist een afstand of een professionele verlenersrelatie aangaat met cliënten, dan is dan onderwerp iets wat héél dichtbij intiem is, dus dat voelt af en toe in strijd met je, ja, wat voor relatie je aangaat met cliënten.”

**Z6:** “Ik heb het idee dat het sowieso altijd een beetje taboe blijft, is. Het is ergens toch een beetje... seksualiteit en gender is altijd iets van: o, maar... dat wordt makkelijk in een hoekje geschoven en belangrijk is dat het daaruit komt, maar het wordt makkelijk in een hoekje geschoven.”

**Z9:** “Ja. Nou, ja, ik probeer het wel er eens mee, hè, dus daar stappen in te zetten. Maar dat is nou niet zo eenvoudig, want het roept ook heel veel vragen op, zal ik maar zeggen, en ook soms wat weerstand en, niet zozeer bij mij, maar omdat het... Maar wel merk ik ook wel bij collega's, zal ik maar zeggen, dat het niet allemaal even gesneden koek is. Dat er nog steeds een taboe zit op seksualiteit bespreekbaar maken überhaupt. En laat staan over bijvoorbeeld gender, genderidentiteit, dat is echt wel een, ja, daar is een hoop te doen.”

### 3.5.5 Te weinig tijd of prioriteit

De kennis, maar ook de normen en waarden van de professional, kunnen beïnvloed worden door bijvoorbeeld meer aandacht voor inclusieve zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie. Verschillende respondenten geven aan iets of meer met deze onderwerpen te willen doen, maar dat er simpelweg geen tijd of ruimte voor is binnen hun werk om zich hierin te verdiepen.

Dit wordt veroorzaakt door een personeelstekort of door meer urgente problemen op de werkvloer. Zo zijn er vaak allerlei zaken die eerst aandacht verdienen, zoals het leveren van de zorg volgens de kwaliteitseisen van de organisatie, maar bijvoorbeeld ook een financiële situatie van een cliënt voor een persoonlijk begeleider, of het oplossen van een acuut medisch probleem voor een verpleegkundige.

Ook ‘concurreren’ de informatie en bijscholingen over inclusieve zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie met andere onderwerpen. Zorgprofessionals moeten van vele verschillende onderwerpen op de hoogte blijven, zoals bijvoorbeeld ontwikkelingen in medische behandelingen of beleidsmatige wijzigingen.

Zorgprofessionals neigen er soms naar om bijvoorbeeld te kiezen voor een scholing die op dat moment relevanter lijkt voor hun werk. Dit betekent niet dat ze geen interesse hebben in diversiteit, maar dat een ander onderwerp op dat moment meer prioriteit heeft.

**Z14:** “Ik zie niet dat er ruimte is voor zoveel aandacht. Er zijn genoeg onderwerpen die moeten worden besproken die van levensbelang zijn, waar mensen niet eens genoeg aandacht aan geven. Ook binnen de zorgsector weet ik dat het niveau echt onder de maat is van het soort kennis dat iedereen gewoon hoort te hebben over het behandelen van patiënten. En ze komen niet eens toe aan hun tijd voor administratie. Dus ik denk: als ze tijd hebben voor trainingen en cursussen, dan heb ik liever dat ze gaan naar een hartfalen-webinar of wat dan ook, dan dat ze gaan leren hoe ze om moeten gaan met hun collega's, want de situatie dat je dan aan het oppakken bent is zo incidenteel, naar mijn gevoel. Als er iets gebeurt, laten we het dan curatief oplossen, want we zijn niet in een fase waarbij wij preventief bezig kunnen zijn. [...] Er zijn genoeg punten en prikkelingen waardoor mensen zeggen: fuck it, ik stop ermee. Dus ik denk dat eerst dat soort situaties mogen worden geadresseerd, voordat je echt verdergaat naar een utopie waar er tijd en aandacht kan worden gegeven aan dit soort problematiek. Niet dat het niet belangrijk is.”

**Z4:** “Ja, door wat ik al zei, dat begint weer binnen de opleiding en inderdaad scholingen, maar ik denk dat een gemiddeld specialist niet snel naar zo'n scholing zou komen, omdat ze nog tienduizend andere scholingen moeten doen en altijd overwerken. Dus dat moet dan eigenlijk in die verplichte basis denk ik als eerste terug gaan komen. Die opleiding moeten ze doorlopen, die moeten ze behalen, dus daar zal je het in moeten funderen, want anders denk ik, net als bij de huisartsen, als wij daar bijvoorbeeld iets willen veranderen, dat lukt ook bijna niet, omdat ze overladen worden met van alles wat zij moeten. Hè, ze moeten ook heel veel. Dus elke brief of voorlichting of scholing, daar wordt amper iets mee gedaan. Dat lukt gewoon bijna niet om daartussen te komen, dus je moet daar nog voor gaan zitten. En als wij verpleegkundigen hetzelfde, eh, ik weet wel toen ik in het ziekenhuis werkte, dat ik denk, nou, als ik mazzel had één scholing per jaar waar ik naartoe kon en dan hield het wel weer op. Ja, dan wordt er toch vaak verwacht dat je dan de scholing vaatchirurgie kiest als je op die afdeling werkt, omdat het gewoon een verplichting is om te weten hoe je een handeling moet doen en als je naar de seksualiteitscursus wilt, dat is leuk, maar doe maar in je vrije tijd. Nou, dan gebeurt het niet.”

Ook kan er niet alleen een gebrek aan prioriteit, maar ook een gebrek aan tijd zijn om een relatie met een cliënt of patiënt te kunnen opbouwen. Vertrouwen is

nodig voor het leveren van inclusieve zorg, en het kost tijd dit op te bouwen.

**Z15:** *“Ik denk dat eh, de productie bovenaan staat en dat, eh, een dokter heeft over het algemeen een lijstje wat hij wil weten, wat hij wil vertellen en dat moet allemaal in vijf minuten. Eh, nee, daar pleit ook wel voor, ik weet dat toen ik kwam, had ik voor de nieuwe patiënten driekwartier en ze wilden daar elke keer vanaf snoepen en op een gegeven moment zei ik: dan ga ik het niet meer doen, want ik kan niet in een kwartier met mensen verbinding leggen en een vertrouwensrelatie opbouwen, dat gaat gewoon niet. En ik ben dan degene die, eh, juist die ruimte kan bieden om ook mensen hun hele verhaal eens te laten doen.”*

3.5.6 Systemen die geen ruimte bieden voor diversiteit

Bij een intake kan er gevraagd worden naar gender, maar vaak kan dit niet geregistreerd worden omdat het systeem dat niet toelaat. Er is bijvoorbeeld alleen een optie om sekse te registreren. Of er is überhaupt alleen de mogelijkheid in een systeem om iemand als man of vrouw te registreren.

**Z17:** *“En ik denk dat dat dus te maken heeft met denk ik die tekortkoming in de systemen, hè, dat je dat dus niet... Hè, dus je kunt wel vragen van, hè, een X of eh, maar uiteindelijk kan het nergens in verwerkt worden, zeg maar.”*

Er kan gekozen worden om via een pop-upschermbijvoorbeeld de voorkeur voor voornaamwoorden te registreren, maar dit vervuult het systeem. Ook worden de pop-ups vaak weggeklikt zonder dat deze gelezen worden.

**Z14:** *“De patiënt kan het zelf aangeven en het stukje inclusief taalgebruik, en dat is dan waar we over praten, hoe ga je om met mensen, ons [systeem] als voorbeeld, [...] daar vul je natuurlijk je patiënt NAW-gegevens in en dan zeg je of die een man of vrouw biologisch is, maar dan zegt die ook automatisch de heer of mevrouw. Dus als jij dat zou kunnen aanpassen om te weten van: o, je kunt specifiek kiezen, dan heb je iets aan die melding. Als de patiënt het jou meldt, dan ga je een alert pop-up moeten zetten in het [systeem] dat op het moment dat je het dossier opent, dan staat er: let op, niet met de zoon praten hierover, of let op, de persoon is allergisch voor dit. Maar dan ga je zeggen: let op, de persoon wil they/tem genoemd worden of zo. Ja, dat kan, maar veel mensen klikken die meldingen dan al weg van: nee, nee, niet belangrijk, niet belangrijk. Terwijl, die melding-momenten zijn heel belangrijk en veel mensen zitten het te vervuilen. En je mag maar drie of vier meldingen zetten, afhankelijk van het [systeem] en afhankelijk van hoe je het inzet.”*

### 3.6 Bevorderende factoren

Door middel van de interviews is in kaart gebracht welke factoren inclusieve gezondheidszorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie kunnen bevorderen. Dit kunnen zowel factoren zijn die bij

de zorgprofessional zelf liggen, als de factoren van buitenaf.

#### 3.6.1 Een open houding

Het hebben van een open houding wordt regelmatig genoemd als bevorderende factor voor inclusieve zorg. Het betekent dat zorgprofessionals nieuwsgierig zijn naar hun cliënten of patiënten en durven vragen te stellen. Er wordt aangegeven dat het niet erg is als een zorgprofessional niet alles weet, maar dat het vooral belangrijk is dat iemand wil luisteren en zich wil verdiepen.

**Z17:** *“Veel vragen en nieuwsgierig zijn. Nieuwsgierig zijn, vragen, openstellen voor andere waarden en normen dan dat je misschien zelf gewend bent, maar vooral nieuwsgierig zijn. En soms verbazen.”*

**Z1:** *“Nou ja, wat mijn ervaring is, is als je nieuwsgierig bent zelf als hulpverlener, dat het ook wel, eh, oprecht nieuwsgierig, niet vervelend, maar dat je gewoon echt graag wilt weten van: hoe werkt at nou bij jou of hoe zit dit nou, want ik weet hier niks van, dan zijn mensen zeker bereid om er iets over te zeggen en vinden ze het vaak ook heel leuk en waarderen ze dat juist. Het maakt het ook wel gelijkwaardig, denk ik, want ik ben niet degene die alles weet of zo in de spreekkamer.”*

**Z8:** *“Ja, te kunnen leren door te vragen aan de persoon zelf. Daar zou je ook over kunnen leren. Leren gaat niet alleen maar in boekjes of weet ik veel, dat je onderzoekjes leert of zo, maar aan de persoon zelf. Van de persoon zelf kan je het beste leren van hoe het voor diegene is. En met die kennis kun je ook weer...ga met elkaar het gesprek aan.”*

#### 3.6.2 Deskundigheidsbevordering

Zoals genoemd bij de belemmeringen, ervaren zorgprofessionals regelmatig een gebrek aan kennis en vaardigheden. Tijdens hun opleiding in de gezondheidszorg krijgen zij onvoldoende kennis en vaardigheden aangeleerd over inclusief werken op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie.

Daarnaast is het noodzakelijk dat zorgprofessionals zich gedurende hun werk in de zorg blijven verdiepen in ontwikkelingen, bijvoorbeeld op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie. De wereld staat namelijk niet stil en er blijven ontwikkelingen komen op het gebied van diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om terminologie, maar ook om medische kennis.

**Z3:** *“Ja, ik denk dat je dan toch wat meer voorlichting krijgt, wat meer tools krijgt. Nu is het voornamelijk, hè, zelf uitzoeken of zelf uitvragen bij mensen. Maar ik denk dat het sterker zal staan als je al van tevoren weet wat demiseksueel in zou houden, dat je in ieder geval iets van kennis erover hebt. Want nu kom ik bij die meneer en die zegt: ‘Ja, ik ben demiseksueel’ en dan keek ik hem echt aan van: hè, waar heb je het over? (lacht) Dus hij ging het helemaal netjes uitleggen, maar ik denk: ja, dan wek je denk ik ook wel een bepaalde indruk naar de*

*ander toe. Want als je daar dan zit van: ‘Ja, ik weet wat je bedoelt’ of: ‘Dat is dit en dit’, dan heb ik het idee dat je diegene dan meer begrijpt en als hij het eerst moet uitleggen, dan heb ik altijd het idee dat hij dan denkt dat jij hem niet begrijpt. Dat is dan weer mijn eigen gevoel, maar ja. Dus een beetje voorlichting, uitleg, informatie, ik denk dat dat heel helpfull zou zijn om het beter te doen. Dan moet je wel heel veel zelf zoeken, maar dan bereik je maar één iemand. Als je gewoon voorlichting geeft voor een team of een organisatie, bereik je zoveel meer mensen.”*

**Z12:** *“Nou ja, voor beiden, maar ik denk dat het ‘t mooiste als het één is, want het is natuurlijk, wij kunnen best ingewikkelde dingen lezen, maar het is, eh, ja, waarom zou je het voor de ene wat lastiger maken dan de ander? Het zou mooi zijn als het toegankelijk is voor iedereen. Maar dan wat meer achtergrondinformatie: wat is nu wat, hè? Want jij vroeg al heel mooi aan het begin van: wat versta jij daaronder? Nou ja, als je inderdaad niet op dezelfde lijn zit in het gesprek, dan is het ook al heel ingewikkeld. Dus wat is nu de basiskennis die je moet hebben? Ja, want als ik eventjes dus terugdenk naar de momenten die wij hebben gehad, dan gaat het heel veel over, eh, wel de seksuele ontwikkeling, seksuele gezondheid en het bespreekbaar maken daarvan. Maar over het stukje gender, daar hebben we het eigenlijk als je het zo bekijkt, volgens mij, al een tijdje niet over gehad, terwijl je het wel weer hebt over Sexting en al dat soort dingen wat nu weer, eh, ja, veel aan de orde komt. Dat ik denk: ja, dat maakt natuurlijk ook dat het nog een onderbelicht onderwerp is. Dus.”*

Ook kan een training in gesprekstechnieken ervoor zorgen dat een zorgprofessional inclusiever taalgebruik hanteert. Een respondent geeft als voorbeeld dat diegene had geleerd om te spreken over ‘partner’, in plaats van ‘man’ of ‘vrouw’. Hierdoor voelt iemand zich door een kleine inzet van de zorgprofessional meer welkom.

**Z10:** *“Eh, nou ja, ik denk dat het vooral ligt aan openheid en, eh, gewoon inderdaad ja, je onbevooroordeeldheid, hè, van dat je gewoon openstaat voor iedereen en dat je daar wel op gaat handelen, zoals bijvoorbeeld als jij het gesprek aangaat met iemand die je niet kent of nieuw is, dat je wel weet hoe je een gesprek aangaat. Niet van: ‘Heb je een vrouw?’ maar: ‘Heb je een partner?’ Zulke kleine dingetjes, dat je wel gesprekstechnieken in je mars hebt, hoe je die inclusiviteit kunt tonen, hè.”*

Door training te geven aan zorgprofessionals kan ook het taboe op praten over gender en seksuele oriëntatie afnemen. Het wordt dan namelijk een normaler onderwerp dat makkelijker te bespreken is. Zorgprofessionals leren hierbij wanneer ze deze onderwerpen ter sprake kunnen brengen, of hoe ze kunnen reageren op een hulpvraag die hiermee te maken heeft.

**Z3:** *“Ik denk ook misschien meer voorlichting richting begeleiders, dat als je het meer bespreekbaar maakt in het algemeen, dat het dan ook een normaler onderwerp wordt, omdat er voor hen toch vaak toch een soort taboe-achtig iets op zit of een soort privé-achtig iets*

*en als je het wat meer normaliseert, dan denk ik dat die druk bij hen wat zal afnemen.”*

Een respondent merkt op dat het wat haar betreft niet altijd een hele dag training hoeft te zijn, maar dat dit ook kan beginnen met een half uurtje kennis delen tijdens een werkoverleg. Zo kan met een kleine tijdsinvestering toch een verschil worden gemaakt.

**Z7:** *“Ja, dat ligt, kijk dat kan al heel laagdrempelig een halfuurtje kennis delen tijdens je werkoverleg, bijvoorbeeld. Daar is iedereen aanwezig. Kijk, dan heb je natuurlijk al een klein beetje van: joh, hier willen we een beetje meer aandacht aan besteden, weet je dat je hier meer kennis...En misschien ook een aantal collega’s daar, van: joh, die hebben meer kennis, als je een vraag over hebt, cliënten, ga kennis halen, zoets. Natuurlijk wil je het liefst dat ze een driedaagse cursus bij wijze van spreken doen en alle kennis, maar ... Ja, zou ik ook willen, maar dat is niet realistisch. En om te beginnen zo’n halfuurtje, eh..., zo’n halfuurtje dat je in ieder geval weet waar je je kennis kan halen als je een cliënt hebt en je ertegenaan loopt, dat is al in ieder geval gelijk werkbaar.”*

Een ander idee dat aan bod kwam om zorgprofessionals in korte tijd nieuwe kennis te laten opdoen is informatie voor zorgprofessionals op social media. Er kunnen bijvoorbeeld filmpjes geplaatst worden op TikTok, Instagram of YouTube. Dit kan eventueel verspreid worden via een beroepsvereniging of een kanaal dat hier speciaal voor opgezet is.

**Z3:** *“Heel veel mensen zitten op social media, TikTok, Instagram, dat soort dingen. Ik denk: als je heel veel korte filmpjes zal maken, want wat langere films, ja, dan scrollt iedereen weer door, ik denk: als je gewoon hele korte filmpjes zal maken, pak hem beet 30 tot 40 seconden, als dat kan, ik denk je dan ook best wel een groot publiek daarmee bereikt.”*

**Z10:** *“Nee, eh, ik zou eh, ja, ik denk gewoon inderdaad interactief, misschien ook gastlezingen van iemand die transgender is of, eh, zich definieert als non-binair of hoe je het zegt. Dus gastlezingen en filmpjes, YouTube-filmpjes met interviews. Gewoon een beetje dat speelse, interactieve, dat helpt altijd wel.”*

Bijscholing zou volgens de zorgprofessionals niet alleen moeten bestaan uit theorie en tekst. Om handelingsverlegenheid aan te pakken is het noodzakelijk dat de training ook praktisch ingestoken is. Dit kan bijvoorbeeld door de inzet van ervaringsdeskundigen.

**Z9:** *“In ieder geval dat mensen in staat, leren om dat gesprek aan te gaan. En daar zit de focus bij mij ook in die training op van; ja, ga gewoon dat gesprek aan. Hè, dus de focus op die communicatie vooral en niet zoveel...want heel veel trainingen zijn gericht op kennis en, eh, en nog meer kennis en dan aan het einde van de rit is het van: ja, maar hoe ga ik dat doen dan?”*

**Z2:** *“Ja, want ik heb weinig aan theorieën. De meesten van mijn beroepsgroep zijn allemaal hands-on, zijn de*

*aanpakkers. Dan denk ik: ja, uiteindelijk gaat het om, ja, ik heb dadelijk zo'n jongen voor mijn neus die worstelt, wat werkt en wat werkt niet? Daar heb ik meer aan dan dat ik een theorie krijg of een boek daarover of weet ik veel."*

**Z2:** *"Ik denk altijd dat ik, dat is mijn ervaring, maar alles wat ik heb gehad in mijn leven, en ik spreek namens een hoop van mijn collega's: mensen willen dat wat ze krijgen, welk onderwerp het ook is, moeten ze kunnen gebruiken in de praktijk. Dat willen ze, van: hé, oké, dit speelt nu binnen de samenleving, hoe kan ik daar binnen mijn werkcontext, dat is cruciaal, hè, eh, daarmee aan de slag als ik het tegenkom, dat ik niet handelingsverlegen ben."*

### 3.6.3 Diversiteit binnen team

Een bevorderende factor voor inclusief werken was het werken binnen een gevarieerd team. Een (nieuwe) collega kan andere collega's aan het denken zetten, en motiveren dat ze zich verder verdiepen in inclusieve zorg. Een zorgprofessional geeft twee voorbeelden van hoe de komst van een nieuwe collega de dynamiek in diens team veranderd heeft.

**Z1:** *"Wat voor mijn eigen team een aanjager is geweest, denk ik, is dat we een nieuwe collega hebben gekregen voor een jaar, die is bijna klaar nu voor ons, en eh, ja, die is niet heel helder over zijn gender, zo zeg ik het goed, eh, hij ziet er uit als een jongen en hij heeft een vriend, maar hij heeft ook zeker een vrouwelijke kant en toen hij kwam, zeg maar, wilde hij ook anders worden aangesproken, of tenminste, dat was het verhaal, maar in de praktijk gaat hij daar heel losjes mee om. Maar dat heeft ons wel aan het denken gezet ook, want we zijn dan toch nog heel erg vastgeroest en ik vind het zelf ook heel ingewikkeld, van: hoe moet je dat dan doen met 'hen' of...? Dat vind ik moeilijk praten."*

**Z1:** *"Ja, en ik denk dat we een betere mix moeten hebben qua personeel, want iedereen neemt ook natuurlijk ook weer mensen aan die op je lijken. Dat maakt het gewoon best wel eenvormig. Ik heb een hele club met allemaal jonge psychologen met, eh, die allemaal uit keurige gezinnen komen en dat is toch niet echt een afspiegeling van de doelgroep die we hebben. En dat gaat niet alleen over genderdiversiteit, hoor, maar overal waar we in kunnen verschillen als mensen."*

### 3.6.4 Bespreken van casussen binnen team en collega's aanspreken

Meerdere respondenten benadrukken het belang van het bespreken van hoe inclusief te werken op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie binnen het team. Verschillende respondenten geven aan een collega aan te spreken wanneer deze bijvoorbeeld stigmatiserende opmerkingen maakt.

**Z3:** *"Ik zou dan in gesprek gaan met diegene, zeggen: 'Goh, hè, je hebt dit en dat gezegd over diegene, wat was je motivatie daarvoor?' Als diegene dan zegt: 'O, dat was onbewust', dan komt het al heel anders over dan als iemand zegt: 'Ja, dat doe ik bewust', want daar zit ook*

*nog een reden achter. Ik denk dat ik dan rollenspellen zou inzetten om dan diegene in de rol van de ander te zetten en dan achteraf vragen van: 'Hoe voel jij je nu in deze situatie?' Ja, dat je dan eigenlijk de poppetjes omdraait. Een soort spiegel voorhouden, zeg maar."*

**Z12:** *"Nou ja, als we het over vooroordelen hebben, dan is dat natuurlijk wat bij ons sowieso al wel snel besproken wordt. Wij moeten ons werk soms ook wel verdedigen, weet je wel, van: o, waarom doe je dat en die mensen mogen toch helemaal niet dit en die mogen niet dat en die hebben geen rechten daarop. Dus over vooroordelen zijn wij altijd wel, eh, hebben we het daar altijd wel over. Ja, en we bespreken casuïstiek ook wel veel met elkaar: waar loop je tegenaan? En eh, ja, wij zijn er binnen het team heel open over, maar dat moet ook eigenlijk wel, anders kunnen we ons werk niet doen, want de diversiteit is heel groot. Maar ik merk wel, hè, dat dat stukje, eh, dat we nu heel erg bezig zijn met het stukje seksuele ontwikkeling, seksualiteit en het stukje gender, ja, dat dat niet veel naar boven komt bij cliënten. Maar ook omdat het waarschijnlijk besproken wordt of nog niet besproken gemaakt kan worden."*

Het komt voor dat het aanspreken van een collega leidt tot een akkefietje. Een respondent gaf bijvoorbeeld een voorbeeld van het aanspreken van een collega nadat diegene 'niet mee wilde doen' toen het ging over diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie.

**Z8:** *"Ja, ja, ik heb persoonlijk, heb ik mijn collega's daar vaker op aangesproken toentertijd. Eh, het is één keer tot een akkefietje gekomen van: 'Ja, ik doe daar niet aan mee' en dergelijke. Eh, waarin ik ook heb gezegd: 'Ja, dan zeg jij nu dus eigenlijk: ik doe mijn werk niet.' Dus ja, dat eh, maar ja, ik ben daar nu niet meer."*

### 3.6.5 Gespecialiseerde professionals en doorverwijzen

Een aantal respondenten geeft aan dat wat hen betreft niet alle collega's op de hoogte hoeven te zijn van inclusief werken, maar dat het belangrijk is dat er een paar collega's zijn die hierin gespecialiseerd zijn en naar elkaar kunnen doorverwijzen. Dit kan bijvoorbeeld een directe collega zijn die meer verstand heeft van een bepaald onderwerp.

**Z7:** *"Ja, of gewoon zeggen: 'Wil je een keer met mij mee in gesprek of wil jij een keer een gesprek voeren met deze, want die heeft daar vragen over en jij hebt daar kennis', en dat die vrijheid mag bestaan, dat hoop ik. Tot nu toe lijkt dat wel zo te zijn en ik hoop dat we dat mogen blijven doen."*

Ook vinden zorgprofessionals het prima wanneer collega's cliënten of patiënten naar hen doorverwijzen, bijvoorbeeld wanneer de andere zorgprofessional zelf een gesprek niet wil aangaan. Wat betreft de zorgprofessionals hoeft niet elke professional een expert te zijn op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie.

**Z3:** *"Daar heb ik ze wel op aangesproken en ook gewoon gezegd van: nou, weet je, het is gewoon een onderwerp wat nu heel actueel is en actueler wordt en*

als je het niet wil bespreken, nou, prima, geef mij maar dan die cliënt, maar dan ga ik wel het gesprek aan, want dat is gewoon nodig. Sommigen boden ook best wel veel weerstand daarin, dus toen zei ik: 'Nou, geef maar, dan doe ik het wel, want dat moet gewoon gebeuren.'"

Respondenten die zelf lhbt+ zijn geven aan dat zij soms als expert ingezet worden vanwege hun eigen seksuele oriëntatie. Dit wordt door de respondenten niet als onprettig ervaren, zij zien dit zelf als sterk punt en vonden het niet erg als collega's cliënten of patiënten naar hen doorverwijzen.

**Z5:** *"Ja, ik denk wel dat dat meer gaat voorkomen, ja, denk ik. Ja, ik weet niet of dat bij onze locatie voorkomt, maar ik weet wel dat toen ik net daar kwam werken, toen zei één van mijn collega's: nou, fijn dat je er bent, want die ene homoseksuele cliënt, die heeft heel veel vragen voor jou. Dat ik dacht: o, oké, boeiend, want kan hij die dan niet bij anderen stellen of is dat dan lastig? Noem maar op. En daar kwam toen uiteindelijk wel uit dat het soms gewoon wat lastiger is om over dat soort dingen te praten met bepaalde collega's of collega's die geen queer zijn, zeg maar."*

### 3.6.6 Het aanstellen van een aandachtsfunctionaris en/of werkgroep

Verschillende zorgorganisaties hebben een aandachtsfunctionaris of een werkgroep aangesteld om diversiteit op de agenda van de organisatie te zetten en te houden. Dit zijn over het algemeen professionals met een passie voor diversiteit, die vanuit de organisatie uren krijgen om aan deze onderwerpen te werken. Er wordt aangegeven dat het goed is om een kartrekker te hebben binnen een organisatie.

**Z1:** *"Ja, dat is wel steeds meer gelukkig, maar dat is wel iets van de laatste jaren, zeg maar. Dat was voorheen veel minder. Nu is daar echt aandacht voor en, eh, nou ja, we doen ook die dingen als de vlag hijsen en zo, dat vind ik allemaal een beetje voor de Bühne. Maar er wordt ook wel echt nagedacht van: hoe gaan we het nu beter doen?"*

**Z11:** *"Ik ben al blij dat die werkgroepen er zijn en een landelijke werkgroep. En die hebben bijvoorbeeld ook de regenboogvlag gehesen op het hoofdkantoor. Er is meer aandacht op het intranet over dit soort dingen."*

Echter komt ook naar voren dat wanneer een aandachtsfunctionaris of een kartrekker van een werkgroep stopt, het werk niet automatisch wordt voortgezet. Ook zijn er niet altijd genoeg uren beschikbaar voor de aandachtsfunctionaris om het werk voldoende uit te voeren. Daarnaast wordt benoemd dat het werk van een werkgroep soms alleen voor bepaalde locaties van een zorgorganisatie geldt, en dat locaties die in gebieden staan waar bijvoorbeeld relatief veel strenggelovigen wonen hier niet aan meedoen. Niet alle locaties zijn dus toegankelijk voor een werkgroep of aandachtsfunctionaris.

### 3.6.7 Beleid van de organisatie

Het is belangrijk dat in de visie en het beleid van de zorgorganisatie het belang en de wijze van het garanderen van inclusieve zorg beschreven staan. Hierdoor laat een organisatie serieuze betrokkenheid zien. Er wordt echter wel door verschillende respondenten benadrukt dat deze inclusiviteit niet alleen oppervlakkig mag zijn. Het is niet genoeg om alleen mee te doen aan Paarse Vrijdag of ergens een regenboogvlag op te hangen.

**Z9:** *"Nou ja, het ideale beeld is natuurlijk dat je een duidelijke visie en beleid hebt. En van daaruit echt middelen vrij gaan maken om dingen op te pakken en dat ook door te voeren, zal ik maar zeggen. En aan te geven dat je... kijk, een vlag ophangen he, dat is één ding, daar maak je een soort statement mee, maar dat is een uiting van. Maar dan moet je, ik vind: zo'n vlag heeft ook een consequentie op het moment dat je dat ophangt, dan moet je daar ook echt beleid op voeren en dan moet je daar ook een visie op hebben. En dat ook doorvoeren op de werkvloer. En dan moet je het echt serieus nemen, en dat is wat vaak niet gebeurt. [...] Ja, hoe kun je die verandering bewerkstelligen? Ja, ik denk dat het toch begint met visie en leiderschap. Kijk, ik ga gewoon niks doen totdat ik commitment heb van een manager of iemand daarover gaat en die ook wettelijk gaat over het geld. Heel plat gezegd, maar als je geen geld hebt, als je geen middelen hebt, dan kun je helemaal niks en dan is er ook geen prioriteit. En ja, en daar ligt het denk ik ook vooral in. Dan is het toch niet dusdanig belangrijk genoeg. Wij zijn een behandelinstelling, dus we richten ons op behandeldoelen. Behandeltrajecten zijn kort, max negen maanden, ja, dan is de context er ook minder naar om dan te denken van: o, we moeten daar gelijk wat mee."*

**Z8:** *"Ja, het is wel heel mooi dat eraan meegedaan wordt, want dat laat ook zien dat, eh, de organisatie er betrokken bij is. Maar ergens vind ik: oké, op één moment laat je aan de buitenwereld zien van: ik doe mee, yeah, en alles mag er zijn en zo, maar dan vind ik ook dat je binnen in de organisatie er daadwerkelijk werk van moet maken en niet alleen, zeg maar, hoe noem je dat? Voor de etalage."*

## 4 Conclusie en aanbevelingen

Zorgprofessionals gaven aan dat ze inclusieve zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie belangrijk vinden, maar tijdens de interviews kwam naar voren dat het niet voor iedereen duidelijk was wat dat precies inhoudt. Dit begon bij het feit dat de gebruikte begrippen, sekse, gender en seksuele oriëntatie, niet bij iedereen (volledig) bekend waren.

Daarnaast in het begrip ‘inclusieve zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie’ niet voor alle zorgprofessionals duidelijk. Veel zorgprofessionals denken hierbij aan het bespreken van seksualiteit met een cliënt of patiënt, maar inclusieve zorg gaat verder dan alleen het bespreken van bepaalde onderwerpen. Het is belangrijk te erkennen dat deze onderwerpen minder bekend zijn bij zorgprofessionals dan wellicht gehoopt of gedacht, en dat om inclusieve zorg te leveren eerst duidelijk moet worden wat dit precies inhoudt, en hoe dit gegarandeerd kan worden.

Wanneer er met de respondenten gesproken werd over hoe inclusieve zorg eruit kan zien en hoe dit nu in de praktijk gaat, komen wisselende meningen en ervaringen naar boven. Het is zorgprofessionals niet altijd duidelijk wanneer het wel of niet relevant is om onderwerpen gerelateerd aan sekse, gender en/of seksuele oriëntatie te bespreken of uit te vragen. Daarnaast is het registreren van sekse en gender volgens sommigen in het geheel niet relevant, omdat er alleen naar gevraagd dient te worden wanneer het ook relevant is voor de zorg. Zij benoemden dat het prima zou zijn om sekse en gender in het geheel weg te laten uit bijvoorbeeld aanmeldformulieren, en dit geen gespreksonderwerp te laten zijn om diversiteit te normaliseren.

Wanneer het gaat om intentie zijn er verschillen tussen de zorgprofessionals. Vrijwel alle respondenten vinden het belangrijk om inclusieve zorg te leveren, maar wanneer het concreet om intentie gaat worden er vele barrières genoemd en wordt de intentie vaak niet omgezet in gedrag.

Factoren die eraan bijdragen dat de intentie niet omgezet wordt in gedrag zijn heel wisselend. Er is bijvoorbeeld een gebrek aan kennis en vaardigheden. Bijscholing zou hier een oplossing voor kunnen zijn. Een review laat zien dat kennis, attitude en gedrag van studenten en professionals met betrekking tot diversiteitsspecifieke gezondheidszorg na een training op de korte termijn verbeteren (Leusink et al., 2021). Er werd echter in de interviews aangekaart dat zorgprofessionals met interesse in het onderwerp naar een bijscholing zullen gaan, maar dat collega's die hier geen interesse in hebben de bijscholing waarschijnlijk links laten liggen.

Ook werd aangegeven dat normen en waarden een rol spelen in het leveren van inclusieve zorg. Zo kampen zorgprofessionals met collega's, management en/of familie van de cliënt of patiënt die het niet belangrijk

of zelfs verkeerd vinden dat er inclusieve zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie wordt geboden. Onderliggende redenen hiervoor kunnen bijvoorbeeld culturele of geloofsaspecten zijn.

Een deel van de zorgprofessionals gaf aan dat ze het te druk hebben met andere, meer urgente zaken, en te veel werk hebben om zich ook te verdiepen in inclusieve zorg. Ze willen het, maar er is geen tijd of prioriteit. Een voorbeeld hiervan is ook dat er vanuit de organisatie geen tijd voor wordt vrijgemaakt, en dat zorgprofessionals in hun vrije tijd naar scholingen of initiatieven moeten gaan.

Deze factoren komen overeen met factoren die het bespreken van seksualiteit in de weg staan, zoals onzekerheid over de te gebruiken terminologie, ontbreken van specifieke medische kennis, tijd of beschikbare middelen of ontbrekend beleid vanuit de zorgorganisatie, waardoor het onderwerp geen structurele plek heeft in de zorg voor cliënten (Sanchez van Kammen & Vijlbrief, 2022). Het is niet voldoende alleen bijscholing aan te bieden. Zorgprofessionals moeten namelijk ook de intentie en de mogelijkheid hebben om de kennis en vaardigheden om te zetten in gedrag in de praktijk (Sanchez van Kammen & Vijlbrief, 2022).

Tenslotte werd benoemd dat inclusieve zorg geen wassen neus mag zijn: het is niet genoeg om ergens een regenboogvlag op te hangen of mee te doen aan Paarse Vrijdag. Inclusieve zorg gaat veel verder dan dat, en gaat niet alleen over wat er voor de Bühne zichtbaar is.

### 4.1 Aanbevelingen

Op basis van de interviews hebben we aanbevelingen geformuleerd om de zorg inclusiever te maken op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie. Dit geldt voor zowel zorgprofessionals, zorgorganisaties als voor de Alliantie Gezondheidszorg Op Maat zelf.

Tijdens de interviews kwam naar voren dat de meerderheid van de respondenten niet (volledig) bekend was met de begrippen sekse, gender en seksuele oriëntatie, ondanks dat de respondenten waarschijnlijk bovengemiddeld geïnteresseerd zijn in dit onderwerp (gezien zij zichzelf hebben aangemeld voor het onderzoek, zie ook de 4.2 Limitaties). Ook hebben meerdere zorgprofessionals aangegeven dat de ontwikkeling op het gebied van diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie, maar met name op het gebied van gender, voor hen te snel gaat en dat ze het niet kunnen bijbenen.

Het is dus belangrijk dat er in uitingen niet vanuit wordt gegaan dat iedereen op de hoogte is van de begrippen, omdat je hiermee de mensen die dit niet zijn kan verliezen. In uitingen is het dus belangrijk dat begrippen altijd uitgelegd worden, en dat er ruimte is voor vragen.

Daarnaast kwam in de interviews naar voren dat het noodzakelijk is dat op het mbo- en hbo-zorgonderwijs wordt geleerd hoe zorgprofessionals inclusieve zorg kunnen leveren op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie. Hier is vanuit de Alliantie Gezondheidszorg Op Maat parallel onderzoek naar gedaan (Billinghurst & Finkenflügel, 2024).

#### 4.1.1 Zorgprofessionals

##### Heb een open houding

Iedereen heeft eigen normen en waarden die bijvoorbeeld samenhangen met opvoeding, cultuur of geloof. Voor sommige zorgprofessionals is het eenvoudig deze thuis te laten als ze naar werk gaan, maar voor andere zorgprofessionals is dit niet mogelijk. Deze normen en waarden mogen er echter niet toe leiden dat een cliënt of patiënt minder goede zorg ervaart op basis van hun sekse, gender of seksuele oriëntatie. Zorgprofessionals kunnen bijvoorbeeld oefenen met het herkennen van (onbewuste) vooroordelen om een (meer) open houding te hebben. Ook kan meer kennis over diversiteit leiden tot een meer open houding, omdat zorgprofessionals zich meer thuis voelen in het onderwerp, en minder handelingsverlegenheid ervaren.

##### Volg bijscholingen en trainingen

Er zijn verschillende bijscholingen en trainingen op het gebied van inclusief werken ontwikkeld die zorgprofessionals kunnen volgen. Vanuit de Alliantie Gezondheidszorg Op Maat is de [Toolkit](#) beschikbaar en ook vanuit Rutgers zijn verschillende [materialen en trainingen](#) op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie online te vinden. Veel van deze trainingen en bijscholingen zijn geaccrediteerd.

##### Bespreek diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie met collega's

Door relevante casussen te bespreken in een werkoverleg kunnen ook zorgprofessionals die minder bekend zijn met of geïnteresseerd zijn in deze onderwerpen hier meer over leren. Er kan op deze manier ruimte gecreëerd worden om vragen te stellen, en met elkaar te bespreken hoe inclusieve zorg geleverd kan worden. Daarnaast kan er in kaart gebracht worden welke collega's expertise hebben op het gebied van diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie, en kan naar gespecialiseerde collega's doorverwezen worden wanneer nodig.

#### 4.1.2 Zorgorganisaties

##### Faciliteer bijscholingen

Vrijwel alle respondenten noemen het belang van bijscholing in deze snel veranderende wereld. Ze geven aan dat ze voor hun gevoel onvoldoende op de hoogte zijn van de ontwikkelingen in de maatschappij, maar dat dit wel noodzakelijk is aangezien hun cliënten en patiënten een afspiegeling zijn van de maatschappij. Ze hebben het idee dat ze de diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie moeten herkennen en erkennen

om inclusieve zorg te kunnen leveren. Er wordt hierbij duidelijk aangegeven dat dit niet vanzelf gaat, en dat ze zich hier echt voor moeten verdiepen. Een bijscholing zou hiervoor een geschikte methode zijn.

Verskillende respondenten geven aan dat de werkgever verantwoordelijk zou moeten zijn voor bijscholing op het gebied van inclusief werken. Er is echter vaak geen tijd of prioriteit vanuit de werkgever voor deze scholingen. Andere scholingen of trainingen gaan voor, of de zorgprofessionals moeten de scholing in diens eigen tijd volgen. Het is dus belangrijk dat er bewustwording van de urgentie en relevantie gecreëerd wordt bij de werkgever die de scholingen bepaalt.

Het is niet alleen belangrijk dat de huidige zorgprofessionals kennis opdoen via een bijscholing, maar het is ook noodzakelijk dat informatie over inclusieve zorg wordt opgenomen in het zorgonderwijs. Voor aanbevelingen voor het zorgonderwijs met betrekking tot inclusieve zorg, zie het [parallel onderzoek](#) van Billinghurst & Finkenflügel (2024).

Neem de uitvoering van inclusieve zorg op in het beleid. Zorgprofessionals willen diversiteit graag zichtbaarder en bespreekbaarder maken, maar dit is niet altijd haalbaar vanwege het beleid van de organisatie. Dit kan betekenen dat professionals bijvoorbeeld geen tijd hebben om zich te verdiepen in inclusieve zorg, maar ook dat er bijvoorbeeld een verbod is om een regenboogvlag op te hangen of om de toiletten genderneutraal te maken.

Het is essentieel om in het beleid van de organisatie vast te leggen wat er wordt gedaan op het gebied van inclusieve zorg, zodat dit niet afhangt van gemotiveerde en/of geïnteresseerde werknemers die zich hier optioneel in hun vrije tijd mee bezig willen houden. Daarnaast kan op deze manier worden vastgesteld welke basiskennis zorgprofessionals moeten hebben en waarvoor ze kunnen worden doorverwezen naar een (meer gespecialiseerde) collega.

##### Zet druk achter systemen waarin rekening wordt gehouden met diversiteit

Uit de interviews is gebleken dat in veel systemen de mogelijkheid ontbreekt om diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie vast te leggen. Zorgorganisaties maken gebruik van systemen die zij niet zelf hebben ontwikkeld en waarin zij geen aanpassingen kunnen aanbrengen. Ondanks deze beperkingen is het van essentieel belang dat zorgorganisaties actief streven naar meer inclusieve systemen en hier druk achter zetten. Op dit moment komt het namelijk voor dat vragenlijsten niet inclusief zijn, simpelweg omdat de antwoorden niet kunnen worden geregistreerd in het gebruikte systeem van de zorgorganisatie. Bovendien is het rechtstreeks overnemen van gegevens uit de basisregistratie persoonsgegevens niet altijd geschikt, omdat cliënten en patiënten zich niet altijd identificeren met het geslacht dat op hun paspoort vermeld staat.

**Zorg voor een divers medewerkersbestand**

Uit de bevindingen blijkt dat teams met diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie bijdragen aan inclusiviteit. Zorgprofessionals hebben aangegeven dat ze leren van hun teamleden, en dat de aanwezigheid van bijvoorbeeld een genderdiverse zorgprofessional in een team andere professionals aanzet tot nadenken over hun omgang met genderdiverse personen. Daarnaast nemen zorgprofessionals soms de rol van expert op zich wanneer er een cliënt of patiënt is met bijvoorbeeld hetzelfde gender of dezelfde seksuele oriëntatie als henzelf.

## 4.1.3 Alliantie Gezondheidszorg Op Maat

**Ontwikkel scholingsmateriaal en handvatten voor de zorgprofessional, en maak bestaand materiaal vindbaar**

Vanuit verschillende respondenten was er de vraag naar scholing over sekse, gender en seksuele diversiteit. Het ging hierbij om nieuwe kennis opdoen over bijvoorbeeld gezondheidsverschillen, maar ook over vaardigheden om deze onderwerpen met hun patiënten en/of cliënten te bespreken. Ook werd de wens gedeeld om meer te leren over inclusieve zorg. Deze kennis kan aangeboden worden via live trainingen, e-learnings, webinars, maar ook bijvoorbeeld via informatie op social media. Er zijn door onder andere Rutgers en vanuit de Alliantie Gezondheidszorg Op Maat materialen ontwikkeld, maar dit is niet bij alle zorgprofessionals bekend. Het is dus ook belangrijk om bestaand materiaal beter zichtbaar te maken onder zorgorganisaties en zorgprofessionals.

**Ontwikkel informatiemateriaal en handvatten voor cliënten en patiënten**

Daarnaast wordt gevraagd naar materiaal voor cliënten en patiënten. Hierbij heeft materiaal dat de zorgprofessionals kunnen gebruiken met hun cliënten of patiënten de voorkeur. Het gaat dan zowel om informatiemateriaal als tools om bijvoorbeeld gender of seksuele oriëntatie bespreekbaar te maken. Voorbeelden die hiervoor worden genoemd zijn rollenspellen, een handleiding boekje en een werkblad.

## 4.2 Limitaties

Er zijn verschillende kanttekeningen bij deze verkenning te plaatsen. Ten eerste is de groep zorgprofessionals die we geïnterviewd hebben divers, en kunnen er geen uitspraken gedaan worden over één bepaalde zorgsector.

Ten tweede hebben de zorgprofessionals zichzelf kunnen aanmelden, en hebben de zorgprofessionals die aan dit onderzoek hebben meegedaan mogelijk een relatief grote interesse in het onderwerp inclusieve zorg en sekse, gender en seksuele oriëntatie.

Ten derde spraken respondenten vaak over seksualiteit, in plaats van sekse, gender en seksuele oriëntatie. Seksualiteit kan te maken hebben met sekse, gender en seksuele oriëntatie, maar inclusieve zorg op deze gebieden houdt veel meer in dan alleen het bespreken van seksualiteit. De interviewers hebben gedurende de interviews de focus teruggebracht naar sekse, gender en seksuele oriëntatie.

## 5 Referenties

Alliantie Gezondheidszorg Op Maat - *De toolkit*. (z.d.). Geraadpleegd 16 april 2024

*Begrippenlijst – Komt een mens bij de dokter*. (z.d.). Geraadpleegd 16 april 2024

Billinghurst, K., & Finkenflügel, R. (2024). *“Het is gewoon een onderbelicht thema”: Een verkennend onderzoek onder mbo en hbo docenten over inclusieve zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie*.

Leusink, P., de Blécourt, K., & Bakker, B. (2021). Passende zorg door aandacht voor seksuele oriëntatie. *Huisarts en Wetenschap*, 64(6), 46–48.

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2022). *Passende zorg is inclusieve zorg*.

Rutgers. (z.d.). *Handreiking sekse, gender & seksuele diversiteit*.

Sanchez van Kammen, L., & Vijlbrief, A. (2022). *Bespreekbaar maken van seksualiteit in zorg*.

Van Tuyl, L., Zinger, N., & Schäfer, W. (2022). *Borging van diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie in de zorg Een verkenning onder beroepsverenigingen in de eerste lijn*. [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

Verhoeven. (2020). *Thematische analyse: patronen vinden bij kwalitatief onderzoek*.

**datum**

3 juli 2024

**projectnummer**

NL3510ZO C1

**auteurs**

Renee Finkenflügel & Kelsey Billinghamurst,  
namens Alliantie Gezondheidszorg Op Maat 2

**Met dank aan**

Yolin Kraan, Tomas Derckx, Bouko Bakker & Afiah Vijlbrief

copyright

© Rutgers 2024



