

Onderzoeksagenda voor inclusieve zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie

Alliantie Gezondheidszorg Op Maat
2023-2027



Inhoud

1.	Inleiding	4
1.1	Aanleiding	4
1.2	Visie	4
1.3	Alliantie Gezondheidszorg Op Maat 2	5
1.4	Betekenis in het onderzoeksveld	5
1.5	Ontwikkeling van de onderzoeksagenda	5
1.6	Termijn onderzoeksagenda	5
2.	Thema's	6
2.1	Verklein gezondheidsverschillen	6
2.2	Betere toegang tot gezondheidszorg	7
2.3	Passende informatie en behandelingen	8
2.4	Erkenning en waardering van informele zorg	9
3.	Inclusief en sensitief onderzoek	10
3.1	Cijfers als ervaringen genereren	10
3.2	Doelgroep Participatie in een vroeg stadium	10
3.3	Doelgroepgerichte studies	10
3.4	Vooroordelen en bias van onderzoekers	10
3.5	Diversiteits sensitief onderzoek	11
4.	Conclusie	12
5.	Literatuur	13
6.	Bijlage: Omschrijving betrokken belangenorganisaties en expertisecentra	14

1. Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe deze onderzoeksagenda tot stand is gekomen, geven we informatie over de Alliantie Gezondheidszorg op Maat (AGOM) en delen we de visie van de alliantie op inclusieve gezondheidszorg. De begrippen die we in de onderzoeksagenda gebruiken staan hier uitgelegd. De alliantie heeft een handreiking opgesteld waarin we uitleg geven over diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie. In de onderzoeksagenda wordt er wisselend geschreven over lhb, lhbtq+, lhbt+, lhbqa+, etc. De reden hiervoor is dat een uitspraak niet altijd over alle groepen gaat, maar soms alleen over de genoemde letters.

Deze onderzoeksagenda bouwt voort op bestaand werk van de alliantie en opgedane kennis uit het zorgveld. De agenda bestaat uit bestaande kennis en lacunes, deze zijn gebundeld en toegankelijker gemaakt. Daarnaast is de agenda aangevuld met informatie uit interviews met belangenorganisaties en expertisecentra. De reden hiervoor is dat we niet alleen theorie wilden reproduceren, maar juist ook de ervaringen uit de praktijk wilden ophalen. Niet alle ervaringen staan immers al beschreven in literatuur. We hopen dat dit document mensen inspireert om inclusieve zorg als norm te zien, zodat uiteindelijk iedereen goede en juiste zorg krijgt.

1.1 Aanleiding

Iedereen is anders en iedereen verdient zorg op maat. Toch is in de spreekkamer de witte, cisgender, hetero man van middelbare leeftijd nog vaak de – onbewuste – norm. Op de manier hoe we patiënten en cliënten behandelen, hoe we symptomen herkennen en erkennen, en hoe we medicijnen afstemmen op de patiënt en cliënt. Dit komt doordat er van oudsher in gezondheidsonderzoek vooral gebruik is gemaakt van mannelijke proefdieren en -personen, of doordat er in onderzoek geen duidelijk onderscheid is gemaakt tussen sekse, gender, seksuele oriëntatie en andere diversiteitsaspecten (1). Hierdoor is er een achterstand ontstaan in medische kennis over gezondheid in relatie tot deze onderwerpen. Daarbij is er ook sprake van bias – uitgaan van de norm of onbewuste vooroordelen – in de bejegening en behandeling van patiënten en cliënten, en handelsverlegenheid (2,3).

Kansenongelijkheid in de zorg

Door kennisachterstand en bias in de gezondheidszorg heeft niet iedereen dezelfde kansen op het krijgen van goede zorg. Vooral mensen die niet tot de norm behoren krijgen hier mee te maken, bijvoorbeeld met betrekking tot hun sekse, gender en/of seksuele oriëntatie. Hartklachten openbaren zich bijvoorbeeld anders bij vrouwen en mannen, waarbij klachten bij vrouwen vaker worden gemist (4). Ook worden gedragsstoornissen zoals ADHD of een autismespectrumstoornis bij vrouwen gemiddeld later herkend dan bij mannen, omdat zij dit vaak anders uiten dan mannen (5,6).

Naast gemiste klachten, zien we ook verschillen in de mate waarin bepaalde klachten voorkomen. Zo tonen cijfers aan dat lesbische vrouwen, homoseksuele mannen en vooral biseksuele mensen vaker psychische klachten ervaren, komt depressie vaker voor bij lhbt personen (7,8), worden depressies bij mannen vaker gemist (1) en zijn suïcidecijfers onder lhbt personen nog altijd hoger dan onder de algemene bevolking (7,9–11).

Meer over gezondheidsverschillen vind je op de kennispagina's op de toolkitwebsite van de Alliantie Gezondheidszorg op Maat.

De afgelopen jaren heeft de alliantie gewerkt aan het vergroten van kennis en handelingsperspectieven van zorgverleners, het doorbreken van normdenken en bias, en de implementatie daarvan in onderwijs en bij- en nascholing. Dit blijven we doorzetten.

1.2 Visie

De Alliantie Gezondheidszorg op Maat onderstreept het belang dat er gekeken wordt naar verschillende gezondheidsaspecten van een persoon, die verder reiken dan alleen de ziekte of het probleem dat in de spreekkamer aan bod komt. Hiervoor gebruiken we verschillende modellen, namelijk het positieve gezondheidsmodel, het biopsychosociaal model, en het model van Levesque over toegang tot zorg (12,13). Deze modellen dienen als basis voor het werk dat de alliantie ontwikkelt. Daarin erkennen we dat gezondheidszorg die sensitief is voor sekse-, gender- en seksuele diversiteit onderdeel is van het bredere begrip diversiteits sensitieve zorg.

Diversiteits sensitieve zorg gaat om '*bewustzijn, kennis en begrip hebben van verschillen en ongelijkheid in gezondheid en zorg, waarin achtergronden van cliënten én van professionals worden meegenomen vanuit intersectioneel perspectief, en van verschillen in communicatie omtrent, beleving van en houding in zorgcontacten van zowel cliënten als professionals*' (14). Dit betekent verschil maken wanneer het relevant is, maar ook geen verschil maken wanneer het niet relevant is (15,16).

Verschillen doen ertoe

Om te komen tot een gezondheidszorg op maat, is het nodig zorg te bieden die sensitief is voor relevante verschillen op basis van sekse, gender en seksuele oriëntatie en die vrij is van (on)bewuste vooroordelen. Een zorg die rekening houdt met deze verschillen is uiteindelijk van betere kwaliteit voor iedereen: of je nu vrouw, man, beiden, geen van beiden bent – of het niet zeker weet. En of je je nu seksueel en/of romantisch aangetrokken voelt tot iedereen, tot een bepaalde groep of tot helemaal niemand. Dit komt doordat een focus op relevante verschillen – en dus op de unieke patiënt – op twee manieren nieuwe kennis kan opleveren:

het levert kennis op over groepen die afwijken van de norm en, door verschillen in kaart te brengen, leren we mogelijk ook nieuwe dingen over de bestaande norm. Want ook bij witte, cisgender, hetero mannen blijven gezondheidsgebieden soms onderbelicht. In de spreekkamer wordt zo 'verschil de nieuwe norm' en ontvangt iedereen passende zorg.

Intersectionaliteit

'Passende zorg = inclusieve zorg' is een kernboodschap van AGOM. We focussen ons op vrouwen en lhbt+ personen, waardoor het primaire accent ligt op sekse-, seksuele- en genderdiversiteit. Inclusieve zorg richt zich echter niet alleen op gender- en lhbt+ sensitieve zorg. Het kan niet achterwege worden gelaten dat mensen naast de verschillen in sekse, gender en seksuele oriëntatie ook verschillende lagen van andere identiteiten hebben. Een intersectionele benadering erkent juist die samenhang met andere identiteitslagen, en houdt hier rekening mee.

Kortom: binnen AGOM is er, ondanks dat er nadruk ligt op sekse-, seksuele- en genderdiversiteit, eveneens aandacht voor andere identiteitslagen. Om dit te stimuleren en onszelf bewuster te maken van het belang van intersectionaliteit vragen we onderzoekers om dit bewust mee te nemen in hun onderzoek. Voor het opstellen van deze onderzoeksagenda is ons interne intersectionaliteitskader toegepast.

Betekenisvolle betrokkenheid van de doelgroep

De alliantie streeft naar betekenisvolle betrokkenheid van de doelgroep. Dit doen we op verschillende niveaus. We hebben een zeggenschapsmodel ontwikkeld, waarmee we verschillende belangenorganisaties en expertisecentra een stem geven binnen de alliantie.

1.3 Alliantie Gezondheidszorg Op Maat 2

In 2018 is de Alliantie Gezondheidszorg Op Maat (AGOM) 1 gestart. Dit is een samenwerkingsverband tussen WOMEN Inc., Rutgers en COC Nederland en wordt gesubsidieerd door het Ministerie Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. In 2022 maakte de alliantie een doorstart als AGOM2. Vanuit deze alliantie wordt gewerkt aan gelijkwaardige kansen op gezondheid voor vrouwen en lhbt+ personen. Meer informatie over de alliantie vind je op onze website, of op de toolkit.

De evidence base uit AGOM1 is in AGOM2 verder uitgebouwd. Zo is er een deskresearch gepubliceerd over minderheidsstress vanuit intersectioneel perspectief (17), is er onderzoek gedaan naar belemmerende en bevorderende factoren voor het geven van inclusieve zorg (2), en voor het geven van inclusief onderwijs (18). Met deze onderzoeksagenda blijven we onszelf en het zorg- en onderzoeksveld stimuleren om kennishiaten te identificeren en op te vullen.

1.4 Betekenis in het onderzoeksveld

De AGOM2 onderzoeksagenda is aanvullend aan bestaande onderzoeks- en kennisagenda's. Naast deze onderzoeksagenda voor inclusieve zorg op het gebied

van sekse, gender en seksuele oriëntatie, worden of zijn er ook meer specifieke agenda's ontwikkeld. Zo deed WOMEN Inc. samen met vele andere organisaties een oproep voor een nationale strategie op het gebied van vrouwengezondheid. Ook is er de Kennisagenda Gender en Gezondheid door ZonMW. Deze agenda richt zich op het beter begrijpen van hoe sekse en gender van invloed zijn op gezondheid en ziekte, en hoe dit kan worden meegenomen in onderzoek en zorgpraktijken. Ook was er in 2023 de aftrap voor de onderzoeksagenda Transgenderzorg vanuit ZonMW, waarbij de belangrijkste vragen op het gebied van transgenderzorg in kaart gebracht en geprioriteerd worden.

1.5 Ontwikkeling van de onderzoeksagenda

De onderzoeksagenda is opgesteld volgens het Dialoog Model, waarbij oorspronkelijk belanghebbenden zoals patiënten, naasten, onderzoekers en zorgprofessionals in verschillende fasen worden geraadpleegd (19). Gezien onze beperkte tijd en middelen zijn alleen vertegenwoordigers van belangenorganisaties en expertisecentra bevraagd; onderzoekers en zorgprofessionals zijn niet bevraagd. Het proces bestond uit vier stappen: (a.) initiatie en voorbereiding, (b.) consultatie van relevante belanghebbenden, (c.) prioritering van thema's en (d.) integratie tot een onderzoeksagenda.

Vertegenwoordigers van Bi+ Nederland, COC Nederland, Colored Qollective, Nederlandse Organisatie Aseksualiteit, Papaya Kuir, Rutgers, Seksueel Welzijn Nederland, Stichting Maruf, Stichting NNID, Transgender Netwerk, Trans United Europe, Voices for Women, Voice of all Women en WOMEN Inc. zijn geraadpleegd. Voor een omschrijving van de organisaties verwijzen we naar Bijlage 6.1. We bedanken hen voor hun waardevolle bijdragen. We realiseren ons ook dat er nog meer organisaties zijn die we niet hebben kunnen bevragen, maar die ook ongetwijfeld een hele waardevolle inbreng zullen hebben gehad.

1.6 Termijn onderzoeksagenda

De onderzoeksagenda van AGOM2 heeft geen vooraf vastgestelde termijn. De onderzoeksagenda wordt binnen de looptijd van AGOM2 (tot en met 2027) gebruikt om op koers te blijven. Ook wordt de agenda ingezet om met onderzoekers en andere professionals die niet bij AGOM2 betrokken zijn te werken aan de meest belangrijke doelen uit deze onderzoeksagenda. Deze onderzoeksagenda is daarom een startpunt. We doen tegelijkertijd een oproep aan financiers van onderzoek om meer geld vrij te maken voor onderzoek naar diversiteits sensitieve zorg en thema's en kennishiaten rondom diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie. Want meer kennis is nodig om zorg op maat voor iedereen te bereiken.

2. Thema's

Dit hoofdstuk beschrijft de thema's die tijdens de interviews met de belangenorganisaties en expertisecentra naar voren kwamen. Deze thema's gaan zowel over algemene zorg die door vrouwen en lhbtqia+ personen wordt gebruikt, als over zorg die specifiek verband houdt met sekse, gender en/of seksuele oriëntatie. De thema's worden in dit hoofdstuk in willekeurige volgorde en zonder prioritering genoemd.

Over het algemeen kan worden gesteld dat de norm van de cis, hetero, witte man, nog vaak aanwezig is in de kennis en richtlijnen die gebruikt worden door zorgprofessionals. Iedereen die niet aan deze omschrijving voldoet, behoort niet tot de norm.

2.1 Verklein gezondheidsverschillen

Er zijn gezondheidsverschillen tussen vrouwen, lhbtqia+ personen en cisgender mannen of hetero mensen, gebaseerd op (intersecties van) hun identiteit. Er zijn namelijk relatief veel (medische) onderzoeken gedaan onder cisgender mannen, waardoor de uitkomsten niet altijd representatief zijn voor personen met een andere sekse of ander gender. Daarnaast komen bij lhbtqia+ personen andere aandoeningen voor of is ziekteverloop anders dan bij hetero personen, zowel op mentaal als fysiek vlak. Ook zijn kennis, diagnostische tools en behandelingen niet goed afgesteld op vrouwen en lhbtqia+ personen. Hierdoor kunnen vrouwen en lhbtqia+ personen een mindere gezondheid hebben dan mannen of hetero personen.

Sekse- en gendergerelateerde gezondheid

Vrouwspecifieke gezondheid

Vrouwspecifieke gezondheid verwijst naar de gezondheidskwesties en medische behoeften die specifiek zijn voor vrouwen vanwege biologische, hormonale en cyclusgerelateerde verschillen. Deze aspecten omvatten unieke gezondheidsuitdagingen en zorgbehoeften die variëren van reproductieve gezondheid tot aandoeningen die vrouwen vaker of anders treffen dan mannen. Gender en sekse spelen namelijk een belangrijke rol in de presentatie van klachten, opvattingen over gezondheid en ziekte, en de oorzaken (etiologie) van verschillende aandoeningen. Zo is sekse gerelateerd aan de oorzaken van hart- en vaatziekten en beroertes en de reacties op behandelingen. Daarnaast is er nog steeds beperkte kennis over de werking van veel medicijnen bij vrouwen, omdat deze meestal zijn getest op mannelijke proefpersonen (1). Sommige aandoeningen komen vaker voor bij vrouwen door een biologische risicofactor: de afname van oestrogenen. Ook worden vrouwen vaker gediagnosticeerd met psychische stoornissen. Vrouwen krijgen bovendien regelmatig verkeerde of late diagnoses bij ontwikkelingsstoornissen, wat mede veroorzaakt kan worden door psychosociale factoren en vooroordelen, omdat artsen psychische klachten sneller aan vrouwen toeschrijven (1). Ook worden vrouwen minder vaak serieus genomen en worden sommige (met name cyclus- en hormoongerelateerde) klachten afgedaan door de opmerking 'het hoort er nou eenmaal bij'.

Hoewel vrouwen gemiddeld langer leven dan mannen, doen zij dat vaker in minder goede gezondheid. Ze

hebben meer last van werkverzuim, ervaren vaker lichamelijke klachten zonder duidelijke somatische oorzaak, en gebruiken doorgaans meer verschillende medicijnen. Ook zijn vrouwen vaker slachtoffer van seksueel grensoverschrijdend gedrag en misbruik, wat hun gezondheid kan beïnvloeden. Daarnaast is er een gebrek aan kennis over de impact van de menstruatiecyclus en hormoonvariëaties op gezondheid, wat vaak resulteert in lange diagnosetijden. Ook ontbreekt nog steeds voldoende kennis over de vrouwelijke anatomie en gezondheid, wat tot problemen in de medische zorg kan leiden (1).

Gezondheid van intersekse personen

Veel intersekse personen hebben negatieve ervaringen in de algemene gezondheidszorg, bijvoorbeeld door slechte communicatie, ongewenste behandelingen en onderzoeken en onbekendheid over intersekse. Er wordt gesproken over 'afwijkingen' bij personen met variatie in geslachtskenmerken, wat leidt tot onnodige pathologisering en medicalisering. Deze negatieve benaderingen leiden tot stigmatisering en discriminatie.

Daarnaast kunnen intersekse personen eenzaamheid ervaren door taboe, stilte en schaamte rondom niet-normatieve geslachtelijke ontwikkeling. Dit zorgt niet alleen voor negatieve ervaringen in de medische wereld, maar leidt ook tot vermijding van zorg. De gezondheid van intersekse personen is ook afhankelijk van de variatie van geslachtelijke ontwikkeling, omdat verschillende variaties verschillende gezondheidsgevolgen hebben.

Gezondheid van transgender personen

Bij transgender personen is vaker dan bij cisgender personen sprake van depressie, eenzaamheid, onveiligheid, psychische problemen en suicidaliteit. Ook hebben transgender personen vaker een lage sociaaleconomische status. Voor transgender vrouwen duurt het langer voordat zij hulp zoeken dan bij transgender mannen. Ook sluit de zorg niet altijd goed aan op biculturele transgender personen en worden biculturele transgender personen die in een asielzoekerscentrum (azc) wonen aan hun lot overgelaten, wat weer van invloed kan zijn op hun mentale gezondheid. Sinds 2022 is het bevolkingsonderzoek wel toegankelijker voor trans (en intersekse) personen, maar kunnen de psychische barrières (en zorgmijding) voor het meedoen aan bevolkingsonderzoek blijven bestaan.

Wanneer er over transgender personen wordt gesproken is er vaak sprake van binariteit, waarbij weinig oog is voor non-binaire transgender personen. Daarnaast hebben culturele normen en stigma's gevolgen voor welke behandeling wel en welke niet wordt vergoed voor transgender personen. Voor transgender jongeren en kinderen die in transitie willen, geldt dat ze samen met hun ouders/verzorgers naar de huisarts moeten om een verwijzing te vragen naar een gespecialiseerde zorgaanbieder. Daarbovenop komt ook nog kijken dat huisartsen niet altijd hormonen willen voorschrijven aan transgender personen. Dit heeft invloed op de autonomie en hierbij zijn zij afhankelijk zijn van de houding van ouders en zorgprofessionals.

Doelstellingen gerelateerd aan sekse- en gender zijn:

- Doelstelling: vergroten van kennis over de verschillende manieren waarop aandoeningen zich kunnen manifesteren bij vrouwen, intersekse- en transgender personen.
- Doelstelling: vergroten van de kennis over en aandacht voor de mentale gezondheid van vrouwen, intersekse- en transgender personen, met specifieke aandacht voor biculturele- en gevluchte transgender personen.
- Doelstelling: meer kennis over werking en het effect van hormonale anticonceptie bij vrouwen en andere personen die hormonale anticonceptie gebruiken op zowel mentale als fysieke gezondheid.
- Doelstelling: kennislacunes over cyclus- en hormoongerelateerde aandoeningen worden weggewerkt.
- Doelstelling: meer zicht op mentale en fysieke gevolgen van intersekse-gerelateerde behandelingen.
- Doelstelling: meer zicht op mentale en fysieke gevolgen van trans-gerelateerde behandelingen.

Gezondheid gerelateerd aan seksuele oriëntatie

Er zijn aanzienlijke gezondheidsverschillen, vooral op het gebied van mentale gezondheid, tussen verschillende seksuele oriëntaties en romantische voorkeuren. Deze verschillen komen onder andere door factoren zoals heteronormativiteit, heteroseksisme, mononormativiteit, slachtofferschap, (institutionele) discriminatie, minderheidsstress, stigma en vooroordelen. Zo ervaren lhb+ personen van kleur bijvoorbeeld meer gevoelens van depressie, angst, en een lager zelfbeeld vergeleken met witte lhb+ personen. Daarnaast lopen gevluchte lhb+ personen een hoger risico op depressie en suïcidale gedachten dan degenen die niet gevlucht zijn. Bi+ vrouwen rapporteren daarnaast vaker eetproblemen, angst en zelfbeschadiging dan lesbische vrouwen (20). Tot slot worden asexuele en aromantische personen soms onterecht gediagnosticeerd, omdat men asexualiteit of aromantieek aanziet als een stoornis.

Doelstellingen gerelateerd aan seksuele oriëntatie zijn:

- Doelstelling: kennisvergroting over verschillende presentaties van mentale en fysieke aandoeningen in relatie tot seksuele oriëntatie, hierbij specifieke aandacht voor queer personen van kleur, asexuele personen en bi+ personen.

2.2 Betere toegang tot gezondheidszorg

Het aanbieden van zorg maakt zorg nog niet per definitie toegankelijk voor iedereen. Centraal hierin staat de afstemming tussen de kennis, de vaardigheden en de attitudes van de zorgvragers en die van de zorgprofessionals. Over het algemeen komen de ervaringen van vrouwen en lhbtqia+ personen niet overeen met het beeld dat zorgprofessionals hebben over de zorg die zij verlenen. Vanuit de kant van zorgvragers is het belangrijk dat zij iets als een zorgvraag kunnen opvatten, zorg kunnen zoeken, bereiken en betalen en dat zij daarnaast kunnen omgaan met de zorg die wordt geboden. Vanuit de kant van de zorgverlener spelen andere uitdagingen een rol zoals zichtbaar en benaderbaar zijn, het herkennen van een zorgvraag en het kunnen bieden van veilige en sensitieve zorg door het hebben van kennis en vaardigheden. Ook moeten zorgprofessionals de juiste expertise beschikken als het gaat om vrouwen-specifieke en lhbtqia+-gerelateerde onderwerpen.

Geschikte professionals die beschikbaar en vindbaar zijn

Niet alle zorgprofessionals werken sensitief en vooroordelen en bias zijn onvermijdelijk. Het is echter belangrijk dat professionals op de hoogte zijn van hun eigen aannames, zodat ze er bewust aan kunnen werken deze geen rol te laten spelen op de werkvloer. Soms sluiten zorgprofessionals goed aan bij de behoeften en wensen van een zorgvrager, maar gebeurt het desondanks dat de zorgvrager toch geen toegang krijgt tot de zorg van deze professional. Het kan zijn dat het niet duidelijk is dat een professional bijvoorbeeld sensitief is voor lhbtqia+ personen. Ook kan een match op basis van gender gemaakt worden: zoals bijvoorbeeld een vrouw die voorkeur heeft voor een vrouwelijke zorgprofessional. Daarnaast kan een match met iemand uit dezelfde cultuur of die dezelfde taal spreekt een gesprek eenvoudiger maken. Dit is echter niet altijd het geval, soms hebben mensen voorkeur om juist met iemand uit een andere cultuur persoonlijke zaken te bespreken, uit angst dat geheimen of diagnoses uitlekken. Er moet verder onderzocht worden wat de impact is van de behandeling met een zorgprofessional die dezelfde achtergrond heeft.

- Doelstelling: identificeren hoe zorgprofessionals zelfreflectie kunnen toepassen om hun eigen vooroordelen en bias te (h)erkennen.
- Doelstelling: vaststellen hoe zorgprofessionals een veilige en inclusieve omgeving kunnen creëren voor vrouwen en lhbtqia+ personen, met speciale aandacht voor mensen van kleur.
- Doelstelling: bepalen in hoeverre het inzetten van een zorgprofessional met een vergelijkbare achtergrond (zoals gender of etniciteit) bijdraagt aan effectievere en meer gepersonaliseerde zorg.

Verkleinen van wachtlijsten

Met name voor de transgenderzorg en in de mentale gezondheidszorg zijn er vaak enorme wachtlijsten, ondanks dat het schadelijk kan zijn om lang op (transgender)zorg te wachten. Ook zijn er vaak lange wachtlijsten voor professionals gespecialiseerd in lhbtqia+ personen. Het is belangrijk de oorzaken

van deze lange wachtlijsten in combinatie met de overbelasting van zorgprofessionals in kaart te brengen.

- Doelstelling: bepaal welke strategieën effectief zijn in het verkorten van wachtlijsten voor transgenderzorg en in de mentale gezondheidszorg.
- Doelstelling: breng in kaart of er alternatieve zorgopties te ontwikkelen zijn voor mensen die op de wachtlijst staan.

Opheffen van praktische barrières

Er zijn verschillende praktische barrières die ervoor zorgen dat mensen niet de zorg krijgen die zij nodig hebben. Voor mensen in asielzoekerscentra of ongedocumenteerde personen is zorg niet altijd toegankelijk. Voor transgender personen kan een gebrek aan geld ervoor zorgen dat zij de medische en psychische zorg die bij hun transitie komt kijken niet kunnen betalen.

- Doelstelling: breng in kaart welke interventies effectief zijn in het wegnemen van praktische barrières zoals afstand en financiële beperkingen, zodat iedereen toegang heeft tot noodzakelijke zorg.
- Doelstelling: breng in kaart welke zorg vrouwen met en lhbtiqua+ personen met een vluchtachtergrond nodig hebben tijdens of na een verblijf in een azc.

Vergroten van gezondheidsvaardigheden

Regelmatig weten zorgvragers niet waar ze zorg kunnen vinden, wat hun rechten in de zorg zijn, en hoe ze het gesprek met een zorgprofessional kunnen aangaan. Ook komt het voor dat de verwachtingen van zorg (bijvoorbeeld ‘bij ziekte krijg je antibiotica’) niet stroken met de realiteit. Dit wordt soms gezien bij mensen met een vlucht- of migratieachtergrond, al kan het ook voorkomen bij anderen. Er zijn regelmatig mensen uit de gemeenschap waar iemand met een vlucht- of migratieachtergrond deel van uitmaakt nodig om als brug te fungeren tussen zorgvrager en het zorgsysteem. Het is belangrijk dat deze bruggenbouwers gewaardeerd worden voor hun werk, maar ook dat het Nederlandse zorgsysteem toegankelijker en begrijpelijker wordt voor alle zorgvragers.

- Doelstelling: breng in kaart hoe bewustwordings- en voorlichtingsprogramma’s ingezet kunnen worden in het informeren van mensen over waar ze zorg kunnen vinden, wat hun rechten zijn en hoe ze effectief met zorgprofessionals kunnen communiceren.

Aandacht voor mensen die zorg mijden

Vrouwen en lhbtiqua+ personen hebben vaker dan de algemene populatie onprettige ervaringen in de eerstelijnszorg. Hierdoor ontstaat een zelf bestendigend patroon waarin vrouwen en lhbtiqua+ personen zorg vermijden om gevoelens van angst en discriminatie te voorkomen. Zorgmijding kan bijvoorbeeld ontstaan wanneer mensen bij het ondergaan van lichamelijk onderzoek getriggerd worden door eerdere traumatische ervaringen, bijvoorbeeld bij een onderzoek met een eendenbek bij een patiënt met een geschiedenis met seksueel geweld. Deze ervaringen zijn niet terug te draaien, en zijn een logische oorzaak voor het mijden van zorg.

- Doelstelling: inzicht krijgen in belangrijkste redenen waarom vrouwen en lhbtiqua+ personen zorg mijden.
- Doelstelling: inzicht krijgen in wat vrouwen en lhbtiqua+ personen die zorg mijden nodig hebben om weer terug in de zorg te komen.

2.3 Passende informatie en behandelingen

Zorg op maat verwijst naar het leveren van gezondheidszorg die specifiek is afgestemd op de unieke behoeften, voorkeuren en omstandigheden van elk individu. Hierbij hoort ook dat de zorg is afgestemd op de noden en wensen van vrouwen en lhbtiqua+ personen. Zo kan het zijn dat een vrouw voorkeur heeft voor een vrouwelijke zorgprofessional. Maar het betekent ook dat een transgender man goed geholpen wordt bij gynaecologische zorg, ondanks dat diegene geen deel uitmaakt van de meerderheid. En dat transgender personen zelf mogen kiezen hoe en op welke tempo ze hun transitie kunnen doorlopen, en niet aan een kader vastzitten.

Verbeteren van kennis, houding en vaardigheden van zorgprofessionals

In het geneeskunde curriculum zijn thema’s rond sekse, gender, en seksuele oriëntatie nog niet altijd opgenomen. Dit komt onder andere door een gebrek aan effectief lesmateriaal, onwilligheid, tijdsgebrek, docenten die veronderstellen dat het niet relevant is voor hun vakgebied, docenten die niet accepteren zijn, gebrek aan nascholingsmogelijkheden of geen lhbtiqua+ inclusief personeelsbeleid. Terwijl het juist belangrijk is dat zorgprofessionals kennis en vaardigheden in huis hebben over lhbtiqua+ thema’s. Daarnaast is het voor een zorgprofessional belangrijk bewust te zijn van diens bias, eigen persoonskenmerken, normen en waarden en daar ook op te reflecteren, om een onderliggende zorgvraag van een patiënt te herkennen en te erkennen.

De mate van kennis verschilt tussen professionals. Een gebrek aan kennis kan leiden tot onder andere verkeerde diagnoses en uitsluiting in de zorg. Zo komt het bij transgender personen voor dat alle zorgvragen gelinkt worden aan het trans-zijn: het “trans broken arm syndrome”. Vrouwen en lhbtiqua+ personen voelen zich vaak niet serieus genomen. Met name lhbtiqua+ personen ervaren stigma en aannames in de zorg, bijvoorbeeld als iemand een partner heeft van dezelfde gender dat degene per definitie homoseksueel of lesbisch is (en daarmee bi+ ontkend wordt). Ook wordt er van personen verwacht dat zij per definitie seksueel zijn, waardoor asexualiteit volledig genegeerd wordt. Dit komt mogelijk door een gebrek aan kennis en de normatieve ideeën over seksualiteit die heersen in de maatschappij. Het is belangrijk dat zorgprofessionals sensitief werken, en dat vrouwen en lhbtiqua+ personen zich veilig kunnen voelen in de zorg. Ook is het belangrijk dat zorgprofessionals de ruimte hebben om aan te geven als ze iets niet weten, zonder daarbij een te grote emotionele belasting van de zorgvrager te vragen.

- Doelstelling: breng in kaart hoe studenten van zorgopleidingen een basisniveau van kennis kunnen bereiken om vrouwen en lhbtiqua+ personen te behandelen.
- Doelstelling: breng in kaart hoe zorgprofessionals met te weinig kennis een basisniveau van kennis

- kunnen bereiken om vrouwen en lhbtiqua+ personen te behandelen.
- Doelstelling: geef handvatten mee hoe zorg-professionals sensitiever en inclusiever kunnen werken op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie.

Lever de juiste zorg op de juiste plek

Er werd gemeld dat mensen vaak voor relatief eenvoudige zorg die bij de huisarts zou kunnen doorverwezen worden naar een specialist, wat de wachtlijsten vergroot. Een voorbeeld hiervan is hormoontherapie voor transgender personen. Aangezien huisartsen wettelijk bevoegd zijn om hormonen voor te schrijven, vinden sommige mensen dat dit thuishoort bij de huisarts. Anderen geven echter aan dat dit beter kan worden overgelaten aan een gespecialiseerde zorgverlener die zich richt op transgenderzorg. In beide situaties is het van belang dat de mogelijkheid er bestaat om hoe dan ook naar een specialist te (blijven) gaan, in het kader van zorg op maat. Naast zorg bij de huisarts kan informele zorg bij bijvoorbeeld een trans kliniek ook onderdeel zijn van het zorgaanbod.

- Doelstelling: breng in kaart welke transgenderzorg weggelegd is voor een huisarts en wat beter past bij een gespecialiseerde zorgverlener of andere vormen van zorg (zoals informele zorg).

Voorkom ongewenste of onnodige zorg

Er zijn ervaringen van onnodig doorverwijzen naar specialisten, met name door intersekse personen, transgender personen en asexual personen. Bijvoorbeeld: een verwijzing naar een psycholoog voor een diagnose, terwijl iemand zelf al weet transgender te zijn en het dus overbodig vindt. Of medische behandeling van intersekse personen die hier geen behoefte aan hebben; in sommige gevallen zijn dit non-consensuele behandelingen waarin de persoon niet eens wordt betrokken in het besluitvormingsproces. Ook wordt (een vorm van) conversietherapie genoemd door asexual personen, bi+, trans en intersekse personen. Hierbij voldoet iemand niet aan ‘de norm’ (zoals seksueel of hetero zijn of het hebben van bepaalde geslachtskenmerken), en wordt gevraagd/ geadviseerd behandeling of therapie te volgen om te voldoen aan de norm.

- Doelstelling: identificeer welke effectieve maatregelen en beleidsstrategieën kunnen worden ingevoerd om conversietherapie te stoppen.
- Doelstelling: bepaal welke effectieve maatregelen en beleidsstrategieën kunnen worden ingevoerd om onnodige behandelingen zonder voordeel voor de zorgvrager te voorkomen.

Sekspositieve zorg

Seksualiteit en seks worden vaak niet besproken in de zorg, terwijl dit wel relevant kan zijn. Wanneer dit wel wordt besproken, is het vaak probleemgericht in plaats van gericht op plezier en algemeen welzijn. Het is echter wel belangrijk dat rekening wordt gehouden met de culturele en/of religieuze achtergrond van de zorgvrager, omdat het kan voorkomen dat iemand dichtklapt of het als ongepast ervaart wanneer de zorgprofessional niet sensitief genoeg is. Ook komt

het voor dat seks wordt besproken terwijl het in dat gesprek niet relevant is, zoals bij een asexual persoon die aangeeft dat seks geen centrale rol speelt in diens leven.

- Doelstelling: breng in kaart hoe seks en seksualiteit op een positieve en zorgvuldige manier kunnen worden geïntegreerd in zorggesprekken, wanneer deze relevant zijn om te bespreken.

2.4 Erkenning en waardering van informele zorg

Informele zorg bestaat omdat mensen vaak hulp en ondersteuning nodig hebben in situaties waar professionele zorg niet altijd beschikbaar, toegankelijk of wenselijk is. Redenen dat formele zorg niet voldoet kunnen zijn dat iemand ongedocumenteerd is en geen toegang heeft, dat iemand met een migratie- en vluchtachtergrond de Nederlandse taal niet machtig is, of dat iemand geen vertrouwen heeft in de formele zorg door eerdere negatieve ervaringen (zoals discriminatie en racisme) of trauma.

Informele zorg is heel breed. Het kan bestaan uit een training, gesprekken (met een buddy, peer of professional), ontmoetingsbijeenkomsten of zelfs medische behandeling die niet in de formele zorg plaatsvindt, bijvoorbeeld een community-led transkliniek gericht op transgender personen van kleur en sekswerkers. Er zijn veel belangen- en patiëntenorganisaties die informele zorg leveren. Informele zorg is dus een essentieel onderdeel van het zorgsysteem, dat bijdraagt aan het welzijn van vrouwen en lhbtiqua+ personen. Een belangrijk aspect van informele zorg is dat het vaak gedragen wordt door de gemeenschap zelf. Door het bereik en de effectiviteit in kaart te brengen wordt aangetoond wat (belangen) organisaties op dit gebied doen, zodat zij erkenning krijgen voor de waarde van hun zorg.

Bereik van informele zorg in kaart brengen

Het meten van het bereik van informele zorg is belangrijk om inzicht te krijgen in wie ermee bereikt worden: is dit een groep die in formele zorg, of is het een groep die (ook) formele zorg ontvangt? Ook geeft het inzicht in de zorgbehoefte van vrouwen en lhbtiqua+ personen.

- Doelstelling: wanneer een (belangen)organisatie dit nodig acht wordt het bereik van hun informele zorg in kaart gebracht.

Effectiviteit van informele zorg in kaart brengen

Het bepalen van de effectiviteit is belangrijk omdat het duidelijk is vastgelegd wat informele zorg voor iemand oplevert. De mensen die deze informele zorg leveren zijn namelijk niet altijd professionals of experts, soms zijn dit mensen uit een gemeenschap die graag een ander helpen vanwege hun goede wil. Het is belangrijk dat in kaart gebracht wordt wat voor wie werkt, en welke eventuele risico’s en kansen er zijn voor mensen die informele zorg ontvangen.

- Doelstelling: wanneer een (belangen)organisatie dit nodig acht wordt de effectiviteit van hun informele zorg in kaart gebracht.

3. Inclusief en sensitief onderzoek

Voor het uitvoeren van onderzoek is het niet alleen belangrijk om de juiste inhoudelijke thema's te behandelen, maar ook de manier waarop onderzoek wordt uitgevoerd speelt een cruciale rol bij het waarborgen van de kwaliteit van het onderzoek. Hierbij is het essentieel om de doelgroep die je bestudeert goed te betrekken, evenals het type onderzoek (b.v. kwalitatief of kwantitatief) dat je uitvoert, de benadering die je kiest, en de vooroordelen en bias die onderzoekers zelf kunnen hebben. Er is een groeiende behoefte aan interdisciplinair onderzoek, bijvoorbeeld tussen sociale en medische wetenschappen, om samenwerking tussen disciplines te bevorderen. In dit hoofdstuk geven we, op basis van gesprekken met belangenorganisaties en expertisecentra, aanbevelingen voor het uitvoeren van inclusief en sensitief onderzoek op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie.

3.1 Cijfers als ervaringen genereren

Meerdere partijen benadrukken het belang van vragenlijsten als waardevolle onderzoeksmethode, vooral vanwege het gebrek aan data over kleinere groepen en de politieke functie van cijfers om urgentie te benadrukken. Naast cijfers zijn persoonlijke verhalen minstens zo belangrijk, bijvoorbeeld in de vorm van diepte-interviews. Deze verhalen zijn van invloed op beleidsvorming en maatschappelijk bewustzijn.

Een kanttekening is dat deze methoden niet altijd geschikt zijn voor eenieder, zoals personen met een migratie- en vluchtachtergrond. Dit komt doordat zij niet altijd zijn blootgesteld aan westerse onderzoeksmethoden, of dat ze het benaderen vanuit een ander referentiekader (bijvoorbeeld een interview in een azc). Dit kan trauma oproepen, waardoor cultuursensitieve benadering essentieel is (zie paragraaf 3.5).

3.2 Doelgroep Participatie in een vroeg stadium

Bij onderzoek naar zorg gerelateerd aan sekse, gender en seksuele oriëntatie, is het belangrijk dat de doelgroep betekenisvol participeert. Dit betekent dat de betrokkenheid van de doelgroep al in de onderwerpfase moet beginnen, in samenspraak met relevante (belangen)organisaties. Dit omvat meer dan werving en selectie alleen; het omvat ook het vormen van een klankbordgroep en het toetsen van de resultaten bij de doelgroep. Dit helpt onderzoekers om correcte interpretaties van de onderzoeksresultaten te waarborgen.

Doelgroep Participatie gaat hand-in-hand met de inhoudelijke kennis van onderzoekers. Hoewel onderzoekers niet per se deel van de doelgroep hoeven te zijn, moeten ze goed op de hoogte zijn van inhoudelijke aspecten en de doelgroep volledig betrekken in het onderzoeksproces. Dit moet op een kwalitatieve manier gebeuren, waarbij symbolische betrokkenheid wordt vermeden. Let wel: uit de gesprekken komt naar voren dat bepaalde lhbtq+ groepen, zoals lhbtq+ personen van kleur, al worden overvraagd voor onderzoek, wat vervolgens participatie in de weg kan staan.

3.3 Doelgroepgerichte studies

Bij (monitor)onderzoeken naar zorg en/of gezondheid is het essentieel om te differentiëren naar verschillende (sub)groepen. Vragen moeten worden afgestemd op de unieke ervaringen en uitdagingen van elke doelgroep. Het is bijvoorbeeld niet correct om vragen over homoseksuele en lesbische personen over te nemen voor bi+ personen door enkel de terminologie te veranderen (zie ook [handreiking bi+ inclusief onderzoek](#)). Het wordt aanbevolen om aparte vragenlijsten op te stellen voor verschillende lhbtq+ groepen, omdat niet iedereen (bijvoorbeeld intersekse personen) zich altijd identificeert met de lhbtq+ gemeenschap. Deze methodiek verbetert de relevantie en actualiteit van onderzoek en vermindert de complexiteit van generaliseerbaarheid.

Seksespecifiek en genderbewust onderzoek

Naast het uitsplitsen van subgroepen, is het belangrijk om duidelijk onderscheid te maken tussen de termen gender, sekse en seksuele oriëntatie (zie paragraaf 1.2.2). Deze concepten worden vaak door elkaar gehaald, wat leidt tot misverstanden bij zowel onderzoekers als de doelgroep. Belangenorganisaties en expertisecentra adviseren om binnen elk concept nuances aan te brengen, zoals het onderscheiden van genderidentiteit en genderexpressie en geslacht/sekse en apart vragen naar seksuele/romantische aantrekkingskracht, identiteit en gedrag (zie ook: [Inclusieve vraagstelling - AGOM](#)). Voor sekse kan onderzoek verbeterd worden door rekening te houden met de verschillen in ziekte en behandeling tussen mannen, vrouwen en intersekse personen.

3.4 Vooroordelen en bias van onderzoekers

Wat nog onderbelicht blijft, is de invloed van de eigen rol, houding en vooroordelen van de onderzoekers. Er wordt verondersteld dat onderzoek objectief en neutraal wordt uitgevoerd, maar dit is vrijwel onmogelijk. Onderzoekers zijn immers ook mensen met hun eigen bias en referentiekaders, die onvermijdelijk het onderzoek beïnvloeden. Dit hoeft echter geen probleem te zijn, mits onderzoekers eerlijk en transparant zijn over hun eigen positie en zich bewust zijn van hun vooroordelen. Het is daarom van belang om te reflecteren op deze vooroordelen en de mogelijke invloed ervan op de interpretatie van de onderzoeksresultaten. Dit helpt om te voorkomen dat de interpretatie gestuurd wordt door (politieke) belangen.

3.5 Diversiteits sensitief onderzoek

Een terugkerend thema is het uitvoeren van cultuursensitief onderzoek, om specifieke groepen beter te bereiken en hen op hun gemak te laten voelen. Binnen de lhbtq+ gemeenschap bestaat een enorme diversiteit; geen enkele groep is homogeen. Het erkennen van deze diversiteit is belangrijk, maar het bestuderen ervan kan uitdagend zijn, omdat er rekening gehouden moet worden met individuele ervaringen en nuances. Dit vraagt om een alternatieve benadering naast de 'standaard' westerse onderzoeksmethoden.

Een belangrijk uitgangspunt is intersectioneel onderzoek, dat de onderlinge verhouding tussen verschillende identiteitslagen onderzoekt. Bijvoorbeeld de ervaringen van lhbtq+ personen van kleur en lhbtq+ personen met een beperking. In dit kader wordt dan rekening gehouden met hoe etniciteit, afkomst en beperking hun gezondheid en specifieke uitdagingen beïnvloeden.

Een ander onderdeel van cultuur-sensitief werken is inclusief taalgebruik. Dit betekent dat mensen niet worden uitgesloten, gemedicaliseerd of gedehumaniseerd door middel van taal. Bijvoorbeeld, spreken over "personen met een intersekse ervaring" in plaats van "intersekse conditie", of "personen van kleur" in plaats van "allochtoon". Het gebruik van alomvattende termen is eveneens belangrijk, zoals "bi+" en "trans- en non-binaire personen". Ook moet er onderscheid gemaakt worden tussen asexuele en aromantische personen. Daarnaast moet in onderzoek rekening worden gehouden met taalbarrières en kunnen onderzoeksinstrumenten in meerdere talen aangeboden worden.

Tot slot is het opbouwen van een vertrouwensband essentieel om deelnemers niet te reduceren tot onderzoeksobject. Dit kost tijd, maar is de overweging waard om onderzoeksdeelname te bevorderen. Ook wordt aangeraden om focusgroepen op te splitsen, bijvoorbeeld tussen mannen en vrouwen (of andere groepen), zodat deelnemers zich op hun gemak voelen en de kwaliteit van de onderzoeksresultaten verbetert.

4. Conclusie

De onderzoeksagenda over inclusieve gezondheidszorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie benadrukt de noodzaak van diepgaande en geïntegreerde benaderingen en onderzoek. Hiermee kunnen we zorg verbeteren en inclusiever maken voor diverse bevolkingsgroepen, en uiteindelijk gezondheidsverschillen verminderen.

Uit literatuuronderzoek en interviews zijn de volgende thema's geformuleerd:

- Verkleinen van gezondheidsverschillen;
- Verbeteren van toegang tot gezondheidszorg;
- Inzetten van passende informatie en behandelingen;
- Erkennen en waarderen van informele zorg.

Het is belangrijk dat dit onderzoek op een inclusieve en sensitieve manier uitgevoerd wordt. Hierbij is het noodzakelijk dat de volgende punten in acht worden genomen:

- Het genereren van zowel cijfers als ervaringen;
- Doelgroep Participatie in een vroeg stadium;
- Studies zijn doelgroepgericht;
- Onderzoekers erkennen en voorkomen waar mogelijk vooroordelen en bias bij zichzelf;
- Onderzoeken zijn diversiteits sensitief;

Door onderzoek te doen naar bovengenoemde onderwerpen, met de noodzakelijke punten in acht genomen, kan de gezondheidszorg inclusiever worden. Dit draagt bij aan een hogere kwaliteit van leven en gezondheid voor alle mensen, ongeacht hun sekse, gender of seksuele oriëntatie. Het bevorderen van gelijkheid en rechtvaardigheid in gezondheidszorg vereist voortdurende samenwerking tussen onderzoekers, beleidsmakers, zorgverleners en de mensen waar het overgaat. Dit kunnen zorgvragers zijn, maar ook mensen die niet vragen om zorg maar het wel nodig hebben. Uiteindelijk streven we naar een maatschappij waar iedereen zorg op maat krijgt, want passende zorg is inclusieve zorg.

5. Literatuur

1. ZonMW. Kennisagenda Gender en Gezondheid [Internet]. 2015 [cited 2024 Oct 8]. Available from: https://www.zonmw.nl/sites/zonmw/files/2023-07/ZonMw_Kennisagenda_Gender_En_Gezondheid.pdf
2. Finkenflügel R, Billinghamurst K. “Daar ga ik niet zomaar over beginnen”: Verkennend onderzoek onder mbo- en hbo-geschoolde zorgprofessionals over inclusieve zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie. 2024;
3. Van Loenen T, Hosper K, Venderbos J. Discriminatie en gezondheid: Over de invloed van discriminatie (in de zorg) op gezondheidsverschillen en wat we hieraan kunnen doen. 2022.
4. Hartklachten bij vrouwen: alles wat je moet weten [Internet]. [cited 2024 Oct 8]. Available from: <https://www.hartstichting.nl/hart-en-vaatziekten/vrouwen-en-hart-en-vaatziekten/hartklachten-bij-vrouwen>
5. Van Amelsvoort T, Bekker M, Van Mens-Verhulst J, Olff M. Handboek psychopathologie bij vrouwen en mannen. Boom Uitgeverij; 2019. 548 p.
6. Begeer SM, Wierda M, Venderbosch S. Allemaal autisme, allemaal anders. NVA-enquête 2013. 2013;
7. Kuyper L. Jongeren en seksuele oriëntatie: Ervaringen van en opvattingen over lesbische, homoseksuele, biseksuele en heteroseksuele jongeren. 2015;
8. Van Beusekom G, Kuyper L. LHBT-monitor 2018: De leefsituatie van lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender personen in Nederland. 2018.
9. De Graaf Ron. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking : NEMESIS-2 : opzet en eerste resultaten. Trimbo-instituut; 2010. 174 p.
10. Keuzekamp S. Worden wie je bent: Het leven van transgenders in Nederland. 2012;
11. Van Lisdonk J, Kuyper L. 55-plussers en seksuele oriëntatie [Internet]. 2015. Available from: www.scp.nl
12. Engel GL. A Unified Concept of Health and Disease. Perspect Biol Med. 1960;3(4):459–85.
13. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health. 2013 Mar 11;12(1):1–9.
14. Leyerzapf H, Klokgieters SS, Ghorashi H, Groenou MIB Van. Kleurrijke zorg: een verkennende literatuurstudie naar culturele en seksuele diversiteit in de langdurige ouderenzorg. 2017 Dec 5;
15. Ghorashi H, Ponzoni E. Reviving agency: taking time and making space for rethinking diversity and inclusion. European Journal of Social Work. 2014;17(2):161–74.
16. Verdonk P, Muntinga M, Leyerzapf H, Abma T. Strategisch pendelen tussen gestolde categorieën en fluïde identiteiten: Dynamische verschillen in de zorg begrijpen en onderzoeken vanuit intersectionaliteit. Tijdschrift voor Genderstudies. 2015 Dec 1;18(4):433–50.
17. Joemmanbaks F, Derckx T. Multi-pele Minderheidsstress onder lhbt+ personen Mentale gezondheidsverschillen verklaard vanuit een intersectioneel perspectief. 2024.
18. Billinghamurst K, Finkenflügel R. “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. 2024.
19. INVOLV. <https://www.involv.nl/kennisbank/dialoog-model>. Van elkaar leren door het Dialoog Model.
20. Zeeman L. LGBTI4Health: Reducing health inequalities experienced by LGBTI people. [Internet]. 2017. Available from: http://ec.europa.eu/health/social_determinants/projects/ep_funded_projects_en #fragment2

6. Bijlage: Omschrijving betrokken belangenorganisaties en expertisecentra

Naam organisatie	Rol m.b.t. de onderzoeksagenda	Omschrijving
<u>Bi+ Nederland</u>	Lid zeggenschapsmodel	Stichting Bi+ Nederland is de landelijke emancipatie organisatie voor bi+ mensen en bi+ inclusie die bouwt aan bi+ gemeenschappen in Nederland, kennis verzamelt en onderzoek aanjaagt, en bi+ inclusieve wetgeving en een betere rechtspositie van bi+ mensen bepleit.
<u>COC Nederland</u>	Alliantiepartner	Het COC zet zich actief in voor een diverse en inclusieve samenleving. We verbinden de regenboogbeweging en komen op voor emancipatie, acceptatie en gelijke rechten voor alle lhbt+ personen
<u>Colored Qollective</u>	Extern geconsulteerd	Colored Qollective is een organisatie voor en door LHTBQIA+ personen van kleur, die zich richt op het versterken van de gemeenschap door middel van het organiseren van safe(r) space bijeenkomsten, het aanbieden van gratis psychosociale dienstverlening en het verbinden van de gemeenschap met de Transkliniek Utrecht
<u>Nederlandse Organisatie Aseksualiteit: NOA</u>	Extern geconsulteerd	De Nederlandse Organisatie Aseksualiteit (NOA) is een belangenorganisatie voor de aseksuele gemeenschap in Nederland. De NOA heeft het doel om bekendheid te geven aan aseksualiteit, vooroordelen weg te nemen, aanspreekpunt te zijn voor de aseksuele gemeenschap, en te werken aan destigmatisering en zichtbaarheid van aseksualiteit.
<u>Papaya Kuir</u>	Extern geconsulteerd	Papaya Kuir is een lesbotransfeministisch collectief van Latijns-Amerikaanse migranten en vluchtelingen in Nederland, dat zich richt op sociale ondersteuning, culturele projecten en gemeenschapsofbouw om de uitdagingen en ervaringen van hun gemeenschap zichtbaar te maken en te transformeren.
<u>Rutgers</u>	Alliantiepartner	Het kennis- en expertisecentrum seksualiteit.
<u>Seksueel Welzijn Nederland</u>	Lid zeggenschapsmodel	Seksueel Welzijn Nederland is een gemeenschap die zich inzet voor gelijkheid in seksueel plezier door middel van wetenschappelijk onderbouwd onderzoek, educatie en maatschappelijke betrokkenheid, met een focus op het gedachtegoed van de oprichter en seksuoloog Ellen Laan, die pleitte voor seksuele gelijkheid en plezier als norm.
<u>Stichting Maruf</u>	Lid zeggenschapsmodel	Stichting Maruf is een internationaal platform voor ondersteuning van queer moslims.

Naam organisatie	Rol m.b.t. de onderzoeksagenda	Omschrijving
<u>NNID</u>	Lid zeggenschapsmodel	NNID is een door intersekse personen geleide mensenrechtenorganisatie die werkt aan de gelijkberechtiging en emancipatie van intersekse personen, en aan het bevorderen van de zichtbaarheid en acceptatie van intersekse en seksediversiteit in de maatschappij.
<u>Transgender Netwerk</u>	Lid zeggenschapsmodel	Transgender Netwerk is een landelijke organisatie die zich inzet voor de emancipatie, belangenbehartiging en sociale acceptatie van transgender personen en hun netwerken, door middel van voorlichting, beleidsbeïnvloeding en ondersteuning bij discriminatiezaken.
<u>Trans United Europe</u>	Extern geconsulteerd	Trans United Europe is een door zwarte en mensen van kleur (BPOC) transactivisten geleide organisatie die zich inzet voor de empowerment van BPOC-transgemeenschappen in Europa door middel van activisme, beleidsondersteuning en het creëren van veilige ruimtes voor gezondheid, inclusie en sociale rechtvaardigheid.
<u>Voices for Women</u>	Lid zeggenschapsmodel	Voices for Women zet zich in voor betere gezondheidszorg voor vrouwen door bewustwording te creëren over de verschillen tussen mannen- en vrouwenlichamen en hoe deze verschillen medische behandelingen beïnvloeden.
<u>Voice of all Women</u>	Lid zeggenschapsmodel	Voice of all Women is een grassroots-organisatie die zich inzet voor de rechten van vrouwen en streeft naar de versterking van de weerbaarheid, zelfstandigheid en zeggenschap van vrouwen uit gemarginaliseerde gemeenschappen.
<u>WOMEN Inc.</u>	Alliantiepartner	WOMEN Inc. verbetert de positie van vrouwen in Nederland. Want op dit moment hebben vrouwen nog niet dezelfde kansen als mannen. Wij zetten ons in voor gelijke kansen om te werken en te zorgen, gelijke kansen op een goede fysieke en mentale gezondheid en gelijke kansen om duurzaam, financieel onafhankelijk te zijn.

datum

25 november 2024

projectnummer

NL3510ZO B1

auteurs

Renee Finkenflügel, Fayaaz Joemmanbaks,
Marinda Vink & Tomas Derckx
namens Alliantie Gezondheidszorg Op Maat 2

Met dank aan alle (oud)collega's van de Alliantie Gezondheidszorg
op Maat en alle geïnterviewde partijen.

Heb je vragen over de onderzoeksagenda? Neem dan contact
op met communicatie@rutgers.nl.

copyright © Rutgers 2024

