

Voorwaarden persoonsgerichte zorg

Oog voor sekse-, gender- en seksuele diversiteit

Ook huisartsen hebben vooroordelen. Dat geeft op zich niet, maar vereist wel enige zelfkennis. Want vooroordelen over vrouwen, mannen, levensfasen en LHBTI+-personen kunnen persoonsgerichte zorg in de weg zitten. Daarom beginnen Huisartsen Eemland en Alliantie Gezondheidszorg op Maat een pilot die beoogt dat diversiteit de norm wordt in de spreekkamer.

TEKST: BETTY VAN WIJNGAARDEN

“Hoe schat jij, als zorgverlener, de persoon in die tegenover je zit in de spreekkamer? Wat is jouw bias en welke vaardigheden heb je nodig om jouw bias te omzeilen? En wat is een logisch moment om ongemakkelijke vragen te stellen, bijvoorbeeld over iemands relatiestatus, seksuele oriëntatie of seksuele problemen?” Zo vat Ymke Kelders van Alliantie Gezondheidszorg op Maat de ‘angel’ samen die huisartsen en andere eerstelijnszorgprofessionals kan hinderen bij inclusieve eerstelijnsgezondheidszorg. De normen en waarden waarmee mensen opgroeien, maar ook hun sociale en geografische omgeving dragen bij aan hun referentiekader. Zo ook bij huisartsen. Dit is op zich niet erg, zo werken onze hersenen nu eenmaal, maar wél iets om je bewust van te zijn. Stereotypering kan persoonsgerichte zorg, vooral aan patiënten die ‘anders’ zijn dan de huisarts zelf, laten mislukken. “In onze pilot stimuleren wij de 160 huisartsen en andere eerstelijnszorgprofessionals die bij Huisartsen Eemland

zijn aangesloten hun eigen vooroordelen onder de loep te nemen”, vertelt zorgprogrammacoördinator Rianne Dijkema van Huisartsen Eemland. “Het begon ermee dat we op onze jaarlijkse regionale nascholingsdag eens een ander onderwerp wilden behandelen. Zo kwamen we bij WOMEN Inc uit, dat meer bewustwording wil dat vrouwen met bijvoorbeeld een hartinfarct vaak andere symptomen hebben dan mannen. Waardoor huisartsen het minder vaak herkennen. Uiteindelijk hebben we het onderwerp breder getrokken tot gendersensitiviteit in z’n algemeen, met een workshop over inclusieve gezondheidszorg. Deze pilot is hier een vervolg op.”

Maatschappelijk probleem

Los van hoe huisartsen zelf in het leven staan, is het hun taak vraaggestuurd te werken en goede zorg te geven. “Het is niet zo dat we heel concrete vragen over dit onderwerp hebben gekregen van onze achterban”,

zegt Dijkema. “Maar we merken dat dit maatschappelijk speelt. We vinden het belangrijk dat mensen zich, ongeacht gender, gehoord en serieus genomen voelen in de eerste lijn.”

Open kunnen praten over gender-sensitieve issues is ook medisch gezien relevant. Zo duurt het gemiddeld zeven jaar voordat endometriose bij vrouwen wordt herkend. Lesbische, homoseksuele en bi+ -jongeren hebben twee keer vaker suïcidegedachten dan heteroseksuele jongeren. Ook hebben zij ruim vier keer zo vaak een suïcidepoging gedaan. En mannen zoeken doorgaans minder snel psychologische hulp en haken eerder af als zij deze hulp wél krijgen.

‘Mannen zoeken doorgaans minder snel psychologische hulp’

“Of we willen of niet, hier moeten we iets mee als Huisartsen Eemland”, vindt Dijkema. “Het sluit aan bij persoonsgerichte zorg, het voeren van ‘het andere gesprek’ en Samen Sterker, het motto van Huisartsen Eemland.” Kelders: “Vanuit een gevoel van ongemakkelijkheid kunnen zorgverleners ervoor kiezen niet over seksualiteit of gender-sensitieve onderwerpen te beginnen. Bijvoorbeeld omdat ze niet weten wat ze er vervolgens mee moeten, niet weten naar wie te verwijzen. Het mag dan ongemakkelijk zijn, maar het is wél de taak van een huisarts of poh dergelijke onderwerpen bespreekbaar te maken.”

Welkom

Met de pilot beogen Huisartsen Eemland en Alliantie Gezondheidszorg op Maat dat alle lagen binnen de huisartsenorganisaties aandacht hebben voor sekse-, gender- en seksuele diversiteit. “Zowel op beleidsniveau, in kennis en onderwijs als in tools in de spreekkamer”, zegt Kelders. “Maar ook dat bijvoorbeeld posters worden opgehangen, zodat patiënten zien dat er binnen de huisartsenpraktijk ruimte is voor goede communicatie over diversiteit (zie kadertekst ‘Handvatten’, red.). Dit is een heel simpele handeling met groot resultaat; mensen voelen dat ze welkom zijn in de praktijk.” De pilot, die na de zomer begint en een jaar duurt, trapt af met de formatie van een kerngroep. Deze doet een nulmeting en coördineert de vervolgvactiteiten. Kelders: “Daarbij kijken we welke basiskennis over sekse-, gender- en seksuele diversiteit er al is, halen we *best practices* op en maken we huisartsen en andere



HANDVATTEN

De toolkit *Komt een mens bij de dokter*, die de Alliantie Gezondheidszorg op Maat eerder heeft ontwikkeld, wordt ook ingezet tijdens de pilot. Deze bevat vijf stappen naar zorg op maat, die de kennis rondom sekse, gender en seksuele diversiteit vergroten, zorgprofessionals helpen deze thema's bespreekbaar te maken en de eigen handelingsverlegenheid te overwinnen.

Daarnaast wil de Alliantie patiënten aanmoedigen hun vragen rondom deze thema's wél aan te kaarten, ook als de eigen huisarts daar niet zelf over begint. Voor hen heeft de Alliantie een aantal gesprekstips op een rij gezet.

De toolkit (inclusief posters) en gesprekstips zijn te vinden op: <https://www.de-eerstelijns.nl/dossier/de-dossiers-bij-de-eerstelijns-6-2021/>

zorgverleners ervan bewust wat zij op dit gebied allemaal kunnen tegenkomen.” Dijkema: “Ook vullen we de sociale kaart aan, zodat huisartsen weten naar wie zij iemand met een specifieke gender-gerelateerde vraag kunnen doorsturen. Het is niet erg als een huisarts niet weet hoe met bepaalde gender-gerelateerde issues om te gaan. Dit is niet anders dan bijvoorbeeld bij diabetes; een huisarts met een specifieke vraag daarover kan aankloppen bij een kaderhuisarts diabetes of internist. Wij willen dat de kerngroep in een consultatiefunctie voorziet, zodat zorgverleners met vragen over gender-sensitieve onderwerpen bij hen terecht kunnen.”

Leren herkennen

Wat als een huisarts vanuit de eigen normen en waarden moeite heeft met een van genoemde thema's, bijvoorbeeld wanneer een puberjongen zegt niet zeker te weten of hij op meisjes of op jongens valt? Kelders: “Een huisarts mag zich ongemakkelijk voelen om hierover het gesprek aan te gaan. Maar het begint ermee dat de huisarts genderspecifieke gezondheidsverschillen leert herkennen. Eventueel kan die de patiënt verwijzen naar een andere huisarts. Dat gebeurt ook bij patiënten die bijvoorbeeld ongewenst zwanger zijn of nadenken over euthanasie.”

