

Komt een Hindoestaanse vrouw bij de dokter

Een inventariserend onderzoek naar de aandacht voor cultuur en gender binnen het gezondheidsgerelateerde onderwijs en onderzoek

Minne Bakker
Studentnr.: 3028631

Utrecht, 1 juli 2010

Universiteit Utrecht

Master: Arbeid, Zorg en Welzijn: Beleid en Interventies

Begeleider: R. Maier

Tweede beoordelaar: R. Abma

Stage

Henny Verhagen Stichting

Begeleiders: K. van Vliet, H. Felten

Voorwoord

Deze thesis is het verslag van mijn onderzoek naar de mate van aandacht voor cultuur en gender binnen het gezondheidsgerelateerde onderwijs en onderzoek, in opdracht van de Henny Verhagen Stichting. Met deze thesis zal ik de master Arbeid, Zorg en Welzijn: Beleid en Interventies afronden.

Begin februari is mijn zoektocht naar een scriptieonderwerp en bijbehorende stage gestart. Uiteindelijk ben ik begin maart met veel enthousiasme begonnen aan dit onderzoek, in opdracht van de Henny Verhagen Stichting. De eerste paar weken stonden in het teken van inlezen en voorbereiden. Daarna is het echte onderzoek van start gegaan. Na weken het cursusaanbod van verschillende opleidingen te hebben bestudeerd, ben ik enkele weken met veel plezier het land door gereisd om met verschillende mensen interviews te houden. Dit was een zeer welkome afwisseling op het lezen van wat soms eindeloos veel cursusbeschrijvingen leken. Direct na de afronding van de dataverzameling heb ik de eerste voorlopige analyses gemaakt. Deze eerste bevindingen heb ik mogen presenteren tijdens een expertmeeting van de Henny Verhagen Stichting. Naar aanleiding hiervan kreeg ik zoveel enthousiaste en positieve reacties dat ik daarna met veel gedrevenheid weer achter de computer ben gaan zitten om het verhaal ook goed op papier te zetten. Uiteindelijk ben ik blij dat ik na wat stressvolle, inspiratieloze, dan weer ideeënrijke en bevlogen momenten in de bibliotheek deze master heb volbracht.

Ik wil graag van deze gelegenheid gebruik maken om nog een aantal mensen te bedanken. Op de eerste plaats natuurlijk mijn begeleider Robert Maier bedanken. Door zijn kritische vragen en inhoudelijke opmerkingen werd ik gestimuleerd kritisch na te denken en goede afwegingen en keuzes te maken. Daardoor is het me uiteindelijk gelukt om het onderzoek tijdig af te ronden. Ook naar mijn medestudenten, Lobke, Hanneke en Elke gaat een dankwoord uit. In tijden die ook voor hen stressvol waren, hebben zij steeds de tijd genomen om mijn stukken tot in detail te lezen. Daarnaast wil ik natuurlijk ook mijn begeleiders van de Henny Verhagen Stichting, Katja van Vliet en Hanneke Felten, bedanken. Onze bijeenkomsten en de e-mails waarin tips werden gegeven en kritische vragen werden gesteld hebben mij erg geholpen bij het uiteindelijke onderzoek. Daarnaast wil ik ook de overige leden van het Henny Verhagen bestuur bedanken voor het feit dat ze op verschillende momenten met me meegedacht hebben. Ik wil uiteraard ook de respondenten bedanken. Zonder hen was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Ik weet het zeer te waarderen dat zij tijd hebben vrijgemaakt om uitgebreid met mij over de stand van zaken in het onderwijs en onderzoek te spreken. Hun enthousiasme over diversiteit en de levendige verhalen hebben mij zeer geboeid en mijn interesse in diversiteit alleen maar versterkt.

Utrecht, juli 2010
Minne Bakker

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	5
2.	Theoretisch kader	8
2.1	Politieke context	8
2.2	Diversiteit	11
2.3	Kruispuntdenken.....	13
2.4	Cultuur en gezondheid.....	15
2.5	Gender en gezondheid.....	20
2.6	Aandacht voor diversiteit in het onderwijs en onderzoek	22
2.7	Conclusie	24
3.	Probleemstelling	26
3.1	Relevantie.....	27
4.	Methoden	29
4.1	Onderzoeksmethoden	29
4.1.1	<i>Quickscans</i>	29
4.1.2	<i>Interviews</i>	31
4.1.3	<i>Expertmeeting</i>	32
4.2	Data-analyse.....	32
5.	Resultaten	34
5.1	Begrippen	34
5.1.1	<i>Diversiteit</i>	34
5.1.2	<i>Verschildenken</i>	35
5.1.3	<i>Cultuur</i>	36
5.1.4	<i>Gender</i>	37
5.2	Belang.....	38
5.3	Onderwijs	40
5.3.1	<i>Quickscan</i>	40
5.3.2	<i>Belemmerende factoren</i>	42
5.3.3	<i>Bevorderende factoren</i>	48
5.3.4	<i>Toekomst van het onderwijs</i>	49
5.4	Onderzoek	51
5.4.1	<i>Quickscan</i>	51
5.4.2	<i>Belemmerende factoren</i>	52
5.4.3	<i>Bevorderende factoren</i>	54
5.4.4	<i>Toekomst</i>	55
5.5	Conclusie	56
6.	Conclusie.....	58
6.1	Onderwijs	59
6.2	Onderzoek	61
6.3	Toekomst.....	62
6.4	Reflectie	62

Literatuurlijst

Bijlagen

1. Inleiding

Iedereen in Nederland maakt gedurende zijn leven, in meer of mindere mate, gebruik van enige vorm van gezondheidszorg. Tussen individuen of groepen mensen kunnen grote verschillen bestaan in de mate van het zorggebruik. Zo hebben mannen gemiddeld 2,7 keer per jaar contact met een huisarts (CBS, 2010). Voor vrouwen ligt dit aantal aanzienlijk hoger, op 4,0 keer per jaar (CBS, 2010). Er zijn verschillende factoren die invloed hebben op de mate waarin mensen gebruik maken van een huisarts. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat mannen minder gebruik maken van huisartsenzorg dan vrouwen, omdat het voor mannen niet 'stoer' is om met gezondheidsklachten naar een arts te gaan (Gustafson, 1998). Dergelijke gendergerelateerde factoren kunnen ten grondslag liggen aan de hierboven genoemde cijfers (Gustafson, 1998; Courtenay, 2000; Saltonstall, 1993). Ook het verschil in zorgbehoefte kan een rol spelen bij de mate van zorggebruik. Vrouwen hebben over het algemeen in hun leven meer zorgbehoeften dan mannen. Hiervoor zijn twee belangrijke oorzaken te onderscheiden. Ten eerste hebben vrouwen meer zorgbehoeften vanwege (een mogelijke) zwangerschap. Dit is een periode in het leven van de vrouw waarin zij veel (verschillende vormen van) zorg krijgt. Aan de andere kant hebben vrouwen een hogere levensverwachting dan mannen (Slobbe et al., 2006). Dat heeft als gevolg dat vrouwen op latere leeftijd over het algemeen meer zorg ontvangen dan mannen. Al deze factoren tezamen zorgen voor verschillen tussen mannen en vrouwen in het somatische zorggebruik. Ook van de geestelijke gezondheidszorg blijken vrouwen relatief iets vaker gebruik te maken dan mannen (Sectorrapport GGZ, 2009)¹. Een verklaring voor dit verschil wordt niet gegeven.²

Naast gender blijkt ook etniciteit een belangrijke rol te spelen in de mate van contact met huisartsen. Mensen uit de Nederlandse Antillen en Aruba hebben minder vaak een consult bij de huisarts dan mensen die oorspronkelijk afkomstig zijn uit Turkije (respectievelijk 2,8 en 3,3 keer contact met een huisarts per jaar) (CBS, 2010). Niet alleen tussen verschillende etnische minderheidsgroepen, maar ook tussen minderheidsgroepen en autochtone Nederlanders zit verschil in het gebruik van gezondheidszorg. Hoewel de totale cijfers van beide groepen niet zover uiteenliggen, is uit een aantal onderzoeken gebleken dat er essentiële verschillen zijn tussen de gezondheid van migranten/allochtonen³ en autochtonen. Allochtonen hebben over het algemeen een gezondheidsachterstand ten opzichte van autochtone Nederlanders (Engelhard, 2007). Dat blijkt uit het feit dat de vier grootste allochtonen groepen in Nederland een slechtere gezondheid hebben dan autochtone Nederlanders. De kans op bijvoorbeeld kindersterfte,

¹ Hierbij is specifiek gekeken naar het gebruik van volwassenen in de leeftijd van 18-64 jaar.

² De verschillen in sekse binnen deze vorm van gezondheidszorg worden aanzienlijk minder frequent en minder specifiek in kaart gebracht dan binnen de somatische zorg.

³ Er wordt in deze thesis gebruik gemaakt van zowel het begrip 'allochtoon' als van het begrip 'migrant'. Met migranten wordt bedoeld op mensen die zelf, bewust, de verhuizing naar Nederland hebben meegemaakt (1e generatie migranten/allochtonen). Met allochtonen kan naast deze eerste generatie allochtoon, ook mensen bedoeld worden van wie ten minste één ouder in het buitenland geboren is. Met andere woorden: 2e generatie allochtonen (CBS, 2000).

obesitas en complicaties tijdens de zwangerschap is aanzienlijk groter onder allochtone, dan onder autochtone Nederlanders.

Vrij recent begint het belang van aandacht voor cultuur en gender op het gebied van gezondheid op verschillende terreinen door te dringen. Sinds enkele jaren is er zowel in de maatschappij als in de wetenschap meer aandacht gekomen voor de invloed van cultuur en etniciteit op (onder andere) gezondheid (Seeleman et al., 2005; Halsema et al., 2002; Beneken, 1999). Voor de aandacht voor gender op het gebied van gezondheid wordt al enkele decennia gestreden (Van Mens-Verhulst en Waaldijk, 2008). Tegenwoordig wordt de aandacht steeds vaker verlegd van cultuur óf gender, naar het 'kruispunt' tussen cultuur én gender (Wekker en Lutz, 2001). Dit nieuwe perspectief op diversiteit brengt nieuwe inzichten mee in hoe cultuur in combinatie met gender andere betekenissen kan hebben dan cultuur of gender afzonderlijk.

Het feit dat steeds meer opleidingen en wetenschappelijke onderzoeken aandacht besteden aan deze diversiteit op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg, draagt bij aan een verbetering van de beeldvorming hierover (Van Mens-Verhulst & Bekker, 2005). Met name de aandacht die in het curriculum van het hoger onderwijs wordt besteed aan diversiteit binnen de gezondheid(szorg) is van groot belang. De verschillende opleidingen die gericht zijn op gezondheid(szorg) leiden studenten op om uiteindelijk een beroep te vervullen (hierbij kan gedacht worden aan pedagogiek, psychologie, geneeskunde, verpleegkunde en dergelijke opleidingen). Deze studies moeten een zo goed mogelijke basis vormen voor de diversiteit binnen de uiteindelijke beroepsuitoefening. Uiterlijk bij de beroepsuitoefening zullen deze professionals immers in aanraking komen met de diversiteit op onder andere het gebied van cultuur en gender binnen de samenleving. Om alle patiënten goed te kunnen helpen is het noodzakelijk dat men tijdens de studie al leert over de mogelijke invloed en gevolgen van deze diversiteit (Van Mens-Verhulst & Bekker, 2005).

Hoewel het belang van een diversiteitsbewust curriculum door steeds meer wetenschappers wordt ingezien, lijkt het onderwijs zich er nog niet erg op aan te passen (Van Mens-Verhulst en Bekker, 2005; Seeleman et al., 2009). Eind jaren '90 zijn er door de Stuurgroep Vrouwenhulpverlening nog wel initiatieven genomen om het geneeskundecurriculum meer diversiteitsbewust te maken. Uiteindelijk lijken deze initiatieven bij de invoering van de bachelor-masterstructuur echter weer grotendeels verdwenen (Van Mens-Verhulst en Bekker, 2005). Ook op het gebied van wetenschappelijk onderzoek is er nog sprake van zeer gefragmenteerde kennis en aandacht voor diversiteit (Kunst et al., 2008).

Momenteel is er weinig zicht op de mate waarin het hoger onderwijs en het wetenschappelijk onderzoek aandacht besteedt aan cultuur en gender. Daardoor is ook onduidelijk waar de grootste lacunes liggen en waar in de toekomst de focus van beleid moet liggen. Het doel van dit onderzoek is om deze lacune(s) in kaart te brengen. Duidelijk moet worden hoeveel aandacht er momenteel binnen het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek besteed wordt aan cultuur en gender op het gebied van gezondheid(szorg) en waar de belangrijkste belemmerende en bevorderende factoren

liggen binnen het onderwijs en onderzoek. Het verzoek voor dit onderzoek is vanuit de Henny Verhagen Stichting gekomen. De Henny Verhagen Stichting stimuleert wetenschappelijk onderzoek en onderwijs op het gebied van gezondheid(szorg) en diversiteit. Dit doet zij onder andere door iedere vier jaar een prijs uit te reiken aan personen met bijzondere wetenschappelijke of maatschappelijke verdiensten op het terrein van gezondheidszorg en diversiteit⁴. De inhoudelijke focus van de Henny Verhagen Stichting ligt op diversiteit op het gebied van cultuur en gender. Om die reden zullen deze factoren in dit onderzoek verder uitgelicht worden.

In deze inleiding is kort een beeld geschetst van het belang voor aandacht voor diversiteit binnen het gezondheidsgerelateerde onderzoek en onderwijs. In het volgende hoofdstuk wordt hier een uitgebreidere theoretische context voor geschetst. Op basis van die context wordt in hoofdstuk 3 de onderzoeksvraag geformuleerd. In hoofdstuk 4 staat de methodologische verantwoording centraal. Hoofdstuk 5 gaat in op de belangrijkste resultaten van het onderzoek. Ten slotte worden in hoofdstuk 6 de conclusies van het onderzoek geformuleerd. Ook zal er in dat hoofdstuk aandacht zijn voor de beperkingen van het onderzoek.⁵

⁴ www.hennyverhagenstichting.nl

⁵ Het is onmogelijk om in een algemene thesis als deze te ontkomen aan generaliseringen en stereotyperingen over (minderheids)groepen. Om uiteindelijke verbanden te kunnen zien en inzichten te kunnen krijgen zijn dergelijke generaliseringen tot op zekere hoogte noodzakelijk. Het besef dat het hierbij om stereotypen en generalisaties gaat is daarbij uiteraard van groot belang.

2. Theoretisch kader

Dit hoofdstuk gaat uitgebreid in op de verschillende theoretische achtergronden van de aandacht voor diversiteit. De eerste paragraaf schetst een beeld van de politieke situatie omtrent gezondheidszorg en migranten. Dit is een belangrijke context, aangezien de overheid invloed kan uitoefenen op het onderwijs en onderzoek. Paragraaf 2.2 besteedt aandacht aan het begrip diversiteit. In deze thesis wordt dit begrip veelvuldig gebruikt. Daarom wordt er ingegaan op de verschillende gevaren die het spreken over diversiteit met zich meebrengt. De paragraaf over het kruispuntdenken benadrukt het belang van de aandacht voor diversiteit. Nadat de belangrijkste contextuele factoren besproken zijn, wordt meer uitgebreid ingegaan op de specifieke problemen rondom cultuur en gender in de gezondheidszorg. Paragraaf 2.6 besteedt aandacht aan de vraag waarom juist in het gezondheidsgerelateerde onderwijs en -onderzoek aandacht voor diversiteit van groot belang is.

2.1 Politieke context

Om de ontwikkelingen op het gebied van diversiteit en gezondheid goed te kunnen plaatsen, is het zinvol een brede blik te werpen op de politieke context waarbinnen de ontwikkelingen op het gebied van gezondheidszorg, onderwijs en onderzoek plaatsvinden.

Tot ver in de vorige eeuw heeft Nederland een uitgebreide verzorgingsstaat gekend. Dat hield in dat de overheid voor onder andere sociale zekerheid, onderwijs en gezondheidszorg zorgde (Van Mens-Verhulst en Waaldijk, 2008). De eerste grote verandering in deze verzorgingsstaat vond plaats naar aanleiding van de oliecrisis in de jaren '70 van de vorige eeuw. Het systeem van de verzorgingsstaat was gebaseerd op constante economische groei (Farrell en Morris, 2003). Door de crisis stopte deze groei, waardoor het systeem sterk onder druk kwam te staan. De overheid maakte hoge kosten door het grote aantal uitkeringen aan werklozen. Daarnaast waren er ook demografische ontwikkelingen die ertoe leidden dat de kosten van de verzorgingsstaat (te) hoog opliepen. Zo was de bevolking sterk gegroeid en waren er veel meer ouderen die aanspraak konden maken op een AOW-uitkering (Farrell en Morris, 2003). Uiteindelijk was de overheid genoodzaakt zich op bepaalde gebieden terug te trekken door sommige organisaties te privatiseren en de marktwerking zijn gang te laten gaan.

De marktwerking binnen de gezondheidszorg in Nederland is pas vrij recent geïntroduceerd. Desondanks zijn er al gevolgen merkbaar. Het doel van de marktwerking binnen de zorg is om de onderlinge concurrentie tussen verschillende zorgaanbieders aan te zwenken. Deze concurrentie moet ervoor zorgen dat zorginstellingen zo efficiënt mogelijk werken en toch kwalitatief goede producten/diensten leveren (Philippidou et al., 2004). Het nadeel van een dergelijke organisatiestructuur is dat organisaties vaak erg outputgericht te werk gaan. Ook in de zorg is dat terug te zien. Steeds vaker wordt er uit efficiëntieoverwegingen gebruik gemaakt van standaardprotocollen, op basis van

onderzoek (Kramer, 2009). Manna (2006) geeft aan dat het bestaan van standaarden geen probleem hoeft te zijn, mits artsen⁶ deze als richtlijn gebruiken en ervan af durven wijken. Steeds vaker gebeurt het echter dat standaarden gebruikt worden als kwaliteitsindicatoren. Het goed naleven van de standaarden wordt in outputgerichte organisaties vaak gezien als het bewijs voor goede zorg. Het omgekeerde lijkt echter waar. De standaarden zijn gebaseerd op generaliserende statements voor de gemiddelde populatie. De standaard die in Nederland vaak wordt gehanteerd, is de autochtone man van middelbare leeftijd (Van Mens-Verhulst et al., 2005; Verdonk et al., 2009a)⁷. Het moge duidelijk zijn dat het merendeel van de patiënten afwijkt van dit gemiddelde. Voor deze meerderheid zou het daarom juist nodig zijn om ook af te wijken van de standaardprotocollen. Gebeurt dat niet, dan kan dat leiden tot (indirecte) discriminatie (Suurmond et al., 2007; Lanting, 2008). Als patiënten volgens de standaardbehandeling behandeld worden, terwijl ze niet aan deze omschrijving voldoen, krijgen ze mogelijk niet de zorg die aansluit bij hun behoeften (indirecte discriminatie).

Hoewel de gezondheidszorg niet meer volledig onder de verantwoordelijkheid van de overheid valt, kan de overheid er nog wel enige invloed op uitoefenen. Eind vorige eeuw en begin van deze eeuw werd de aandacht naar cultuur en gezondheid nog volop gestimuleerd. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in 2000 adviseerde om interculturele zorg op te nemen in het curriculum en eindtermen van verschillende opleidingen. Daarnaast adviseerde de RVZ de Tweede Kamer om de toegankelijkheid van de zorg voor allochtonen te verbeteren (RVZ 2000a en RVZ 2000b). Toenmalig Minister Borst (VWS) wilde een groot deel van de adviezen van de RVZ opvolgen en interculturalisatie van de zorg een 'krachtige impuls' geven (Lanting, 2008, p. 30). Aan dit positieve politieke klimaat kwam echter een einde, nog voordat de interculturalisatie van de zorg tot bloei was gekomen. De nieuwe Minister van VWS, Hoogervorst, gaf aan dat de overheid geen inhoudelijk sturende rol moest hebben op het gebied van gezondheid en zorg (Kramer, 2009; Lanting, 2008). De verantwoordelijkheid voor interculturalisatie van de zorg lag bij 'marktpartijen in de zorgsector, lokale overheden en individuele consumenten' (RVZ zoals beschreven in Lanting, 2008, p. 31). Deze ontwikkeling lijkt voort te komen uit de context van die tijd, waarin de overheid taken wilde afstoten. Er speelt echter waarschijnlijk nog een andere belangrijke factor mee. Begin van deze eeuw hebben er een aantal gebeurtenissen plaatsgevonden die het politieke klimaat op het gebied van interculturalisatie sterk hebben beïnvloed. Sinds "9/11", de moord op Pim Fortuyn en later op Theo van Gogh, is het politieke idee over de omgang met en de integratie van allochtonen sterk veranderd. Onder het bewind van de centrumrechtse regering destijds, werd besloten dat interculturalisatie niet (hoog) op de politieke agenda hoorde (Kramer, 2009; Lanting, 2008). Hoewel de moorden op Fortuyn en Van Gogh een negatieve invloed hebben gehad, is het integratiebeleid niet in één dag omgeslagen. Het integratiebeleid maakte in de jaren tussen 1980 en begin 2000 al grote

⁶ Er wordt in deze thesis vaak gesproken over artsen. Hiermee worden ook psychiaters geïmpliceerd.

⁷ Het gaat hierbij met name om de standaard binnen de somatische zorg. Voor psychische zorg geldt juist vaak de autochtone vrouw als standaard. Ook voor deze norm geldt dat het merendeel van de patiënten afwijkt van deze standaard.

veranderingen door. In de jaren '80 werd het integreren 'met behoud van eigen cultuur' nagestreefd. Het behouden van de eigen cultuur werd als iets positiefs gezien, omdat allochtonen zich dan in hun 'eigen groep' sterk zouden voelen en van daaruit de emancipatie naar de Nederlandse cultuur mogelijk zou worden (Kramer, 2009). In de jaren '90 werd integratie met behoud van eigen cultuur steeds minder als nastrevenswaardig gezien. Uiteindelijk werd in deze periode de basis gelegd voor het idee dat integratie assimilatie in zou moeten houden; migranten moeten zich aanpassen aan 'de' Nederlandse cultuur (Kramer, 2009).

Deze verschuiving van de betekenis van het begrip 'integratie' komt terug in het financiële beleid van de overheid ten aanzien van allochtonen en integratie. De overheid lijkt niet langer te willen investeren in de integratie van allochtonen. De verantwoordelijkheid hiervoor wordt bij de allochtonen gelegd, in plaats van bij de overheid. Daarom schrapt de overheid verschillende subsidies, bijvoorbeeld voor sociaal-culturele instellingen, en beëindigt het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid veel op minderheden gericht arbeidsmarktbeleid (Kramer, 2009). Aan de ene kant komt er dus een grotere druk op allochtonen. Er wordt van ze verwacht dat ze beter integreren (lees: assimileren). Aan de andere kant wordt er gekort op subsidies en specifiek beleid ter verbetering van deze integratie. Hierin ligt een tegenstrijdigheid binnen het politieke beleid (Kramer, 2009). Het lijkt erop dat de overheid niet langer wil investeren in allochtonen. Zij moeten zichzelf zien te redden en zich zelfstandig en veelal op eigen initiatief aanpassen aan de Nederlandse cultuur.

Ook de aandacht voor allochtonen op het gebied van gezondheidszorg verdwijnt vanaf de jaren '90 steeds meer uit de belangstelling van de overheid. Dit heeft met name te maken met het feit dat het beleid in de zorg steeds meer bepaald wordt door economische (markt) overwegingen van de verzekeraars en zorginstellingen (Kramer, 2009). De overheid investeert niet langer in onderzoeken naar, of verbeteringen van de gezondheidszorg voor allochtonen. Daardoor wordt het ook voor het onderzoek en organisaties die afhankelijk zijn van subsidies lastig, of soms onmogelijk, om verder te kunnen werken op dit terrein.

Hoewel de Nederlandse overheid sinds begin deze eeuw redelijk afstand neemt van de problematiek rondom de gezondheid(szorg) van migranten en allochtonen, is er op Europees niveau juist meer aandacht voor dit onderwerp. Tot enkele jaren geleden werd gezondheid vooral gezien als verantwoordelijkheid van de afzonderlijke lidstaten (Lanting, 2008). Tegenwoordig ziet de 'Council of Europe' (Raad van Europa) het echter mede als zijn taak om te zorgen dat mensen met een mogelijk achtergestelde positie binnen een land, geen achtergestelde positie hebben op het gebied van gezondheid(szorg): "No poor health for poor people" (www.coe.int). Ook vanuit de Europese Unie komen er steeds meer subsidies voor (onderzoek naar) de ondersteuning en verbetering van de gezondheidszorg. Migrantenvormen daarbij vaak een specifieke doelgroep (Nieuwsbrief Gezondheid-EU, 2007).

2.2 Diversiteit

Er wordt tegenwoordig in allerlei verschillende contexten over 'diversiteit' gesproken. In dit onderzoek wordt ook gebruik gemaakt van dit begrip, aangezien de aandacht voor diversiteit op het gebied van gender en cultuur centraal staat. Ondanks het veelvuldige gebruik van het begrip diversiteit, is de invulling ervan niet eenduidig. Dat blijkt ook uit het feit dat het in de verschillende disciplines een andere invulling krijgt (Sarkar, 2010; Bercier, 2004). In deze paragraaf zullen twee belangrijke risico's van het denken over diversiteit aan bod komen. Ten eerste is er het gevaar van het te ver doorvoeren van diversiteit. Tegelijkertijd heerst het gevaar om diversiteit te veel te simplificeren.

Diversiteit gaat in de context van dit onderzoek over de verschillen en overeenkomsten tussen mensen en groepen mensen. Het meest complexe aan het begrip is dat nergens beschreven staat op basis van welke verschillen mensen binnen of buiten een groep horen. Desondanks is de Nederlandse maatschappij opgedeeld in oneindig veel, elkaar overlappende groepen: mannen/vrouwen, allochtonen/autochtonen, werkenden/werklozen, alleenstaanden/gehuwden et cetera. Tot welke groep men behoort, is grotendeels afhankelijk van de context (Van Mens-Verhulst, 2007). Een allochtone, alleenstaande, werkende vrouw, kan in de ene context aanspraak maken op haar kenmerk 'vrouw' en in een andere context aanspraak maken op haar 'allochtoon zijn'.

Één van de gevaren van het indelen van mensen in allerlei verschillende groepen heeft Apostel beschreven in het artikel 'Postmodernisme en Verlichting' (1997). Het indelen van mensen op basis van verschillen, heeft als gevaar dat de overeenkomsten uit het oog worden verloren. Het moge duidelijk zijn dat er tussen alle mensen verschillen bestaan. Door te focussen op deze verschillen, wordt het uiteindelijk onmogelijk groepen te vormen. Ook binnen groepen (bijvoorbeeld man/vrouw of allochtoon/autochtoon) kunnen de verschillen tussen mensen immers groot zijn. Op basis van deze verschillen zou er altijd een reden zijn om iemand niet in een bepaalde groep in te delen. Wat dan uiteindelijk overblijft, is een onsamenhangende massa geïsoleerde individuen.

De mate waarin de individuen daadwerkelijk geïsoleerd zijn van elkaar wordt in verschillende filosofische stromingen aan de orde gesteld. Relativisten stellen dat individuen in een dergelijk geval van versnippering, volledig geïsoleerd raken. Om elkaar te kunnen begrijpen is het, volgens relativisten, nodig met elkaar te communiceren. Bij zeer uiteenlopende percepties en paradigma's lijkt er echter geen basis te zijn voor communicatie, aangezien de taal binnen verschillende paradigma's, verschillende betekenissen kan hebben. Er bestaat geen neutrale taal, waardoor betekenisvolle communicatie niet mogelijk is. Dat heeft als gevolg dat relativisme vroeg of laat eindigt in separatisme (Fay, 1996)⁸.

Deze (sceptische) mening wordt niet door iedereen gedeeld. Ondanks het feit dat alle individuen in meer of mindere mate van elkaar verschillen, is er volgens Van den Bossche et al. (2009) een brede algemene basis die voor iedereen hetzelfde is en

⁸ Fay (1996) geeft in zijn boek aan dat relativisten ervan uitgaan dat er uiteindelijk separatie zal plaatsvinden tussen groepen. Hier is dit in het extreme doorgevoerd en wordt er niet gesproken van groepen, maar van individuen.

waardoor onderlinge communicatie en wederzijds begrip wel degelijk mogelijk zijn. Voorwaarde voor deze basis is de veronderstelling dat onze ideeën over de werkelijkheid, niet de werkelijkheid vormen. Fay (1996) geeft het voorbeeld van het denken over de aarde. Toen Copernicus in de 16e eeuw ontdekte dat de aarde niet het centrum van het universum was, was het niet zijn perceptie op de aarde die ertoe leidde dat de aarde uit het centrum verdween. De aarde was daarvoor ook al niet het centrum. Het feit dat hij dat ontdekte heeft daar niets aan veranderd (Fay, 1996). Hoewel er allerlei verschillende theorieën bestonden en ontstonden over de positie van de aarde, was wel voor iedereen duidelijk wat 'de aarde' was. Dat maakt het mogelijk erover te discussiëren en de beeldvorming erover al dan niet aan te passen (Fay, 1996). Dit voorbeeld geeft aan dat het feit dat alle mensen een gemeenschappelijke basis hebben over feiten in de wereld, het mogelijk maakt over deze feiten te spreken. Daarnaast geeft dit voorbeeld weer dat denkbeelden en percepties voortdurend in ontwikkeling zijn, doordat ze voortdurend te maken hebben met denkbeelden en percepties van anderen. De denkbeelden van individuen zijn daardoor voortdurend in 'bemiddeling' (Van den Bossche et al., 2009, p. 22).

Het eerste gevaar van diversiteit is, zoals hiervoor is gebleken, het te ver doorvoeren ervan, waardoor individuen als los zand naast elkaar leven. Het tweede gevaar van het denken over diversiteit, is het gevaar om diversiteit te zeer te vereenvoudigen (Ghorashi, 2006; Van Mens-Verhulst, 2007). Dit gevaar ontstaat wanneer men de verschillende categorieën van diversiteit (bijvoorbeeld leeftijd, religie, gender, seksuele voorkeur en dergelijke) als 'absolute contrasten' gaat beschouwen (Ghorashi, 2006, p. 19). De diversiteit tussen mensen wordt dan vaak vastgelegd op basis van één kenmerk, bijvoorbeeld leeftijd of etniciteit. Het indelen van mensen op basis van één diversiteits-categorie doet geen recht aan de complexiteit en gelaagdheid tussen en binnen mensen. Bijvoorbeeld een gelovige vrouw, kan als vrouw vinden dat ze recht heeft om baas in eigen buik te zijn, maar dat als gelovige niet rijmen met abortus (Van Mens-Verhulst, 2007). Iemand is dus niet of vrouw, of gelovig; keuzes en handelingen worden gemaakt op basis van de wisselwerking en afweging tussen verschillende lagen (differentiële lijnen) (Wekker en Lutz, 2001; Van Mens-Verhulst, 2007).

Hiervoor is besproken dat de grenzen tot welke groep iemand behoort in de praktijk vaak helemaal niet duidelijk zijn. Waar ligt de grens tussen allochtoon en autochtoon in de praktijk? Iemand met Turkse ouders die zelf nog nooit in Turkije is geweest, waar deel je die in? Het denken in dichotomieën van Turks of Nederlands, islamitisch of christelijk en dergelijke, is in de praktijk vaak onrealistisch. Door iedereen in eenvoudige, dichotome categorieën in te delen bestaat het gevaar van te ver doorgevoerde generalisaties en vereenvoudigingen (Van Mens-Verhulst, 2007).

In de huidige maatschappij wordt het begrip 'diversiteit' ook op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg steeds vaker toegepast. In wetenschap en gezondheidszorg vindt er momenteel een verschuiving plaats van aandacht voor cultuur of gender naar aandacht voor 'diversiteit' (Lagro-Janssen, 2007). In eerste instantie lijkt dit een positieve verschuiving, aangezien het aangeeft dat er besef komt voor het feit dat

verschillende factoren tezamen een bepaalde invloed kunnen hebben op de gezondheid van mensen en de manier waarop ze daarmee omgaan. Ook in de context van gezondheidszorg zijn de hierboven beschreven gevaren echter van toepassing. Over het gevaar van totale versnippering schrijft Lagro-Janssen (2007) het volgende "Het gevaar van het verschuiven van de aandacht voor gender naar diversiteit is dat dit brede begrip louter een synoniem wordt voor een op het individu toegespitste benadering en voor individuele verschillen zoals die er tussen mensen nou eenmaal zijn". Dit is een van de gevaren van het denken over diversiteit; dat er een houding ontstaat waarin gedacht wordt dat iedereen anders is, dus dat daar geen rekening mee gehouden kan worden. Ook het gevaar van versimpeling van diversiteit dat uiteindelijk leidt tot stereotyperingen is in de gezondheidszorg aan de orde. In de vorige paragraaf is dit gevaar al kort aan bod gekomen. Toen bleek dat er in de gezondheidszorg steeds vaker gewerkt wordt met standaardbehandelingen en protocollen. Die worden opgesteld voor vaste, gemiddelde categorieën (op basis van leeftijd, etniciteit, sekse en dergelijke). Dit indelen in categorieën kan, zoals hierboven beschreven, eenvoudig leiden tot stereotyperingen en generalisaties. Deze zouden in de gezondheidszorg juist vermeden moeten worden.

In deze paragraaf zijn twee belangrijke gevaren omtrent het begrip diversiteit aan de orde gekomen. Duidelijk is geworden dat het spreken over diversiteit risico's met zich meebrengt. Desondanks is het nodig om diversiteitsbewust te handelen, zeker ook in de gezondheidszorg. In de volgende paragraaf zal het belang hiervan aan de hand van het kruispuntdenken aangetoond worden.

2.3 Kruispuntdenken

Sinds enkele jaren wordt er door een groeiende groep wetenschappers gepleit voor het 'kruispuntdenken' (Wekker en Lutz, 2001; Van Mens-Verhulst, 2009; S'Jegers, 2005). Het kruispuntdenken houdt in dat er niet langer vanuit één systeem, bijvoorbeeld etniciteit, gender of sociaaleconomische positie wordt gekeken naar mensen, maar dat er oog is voor de invloed die de systemen op elkaar hebben. Om het ontstaan van het kruispuntdenken te kunnen doorgronden is het zinvol een blik te werpen op de historische ontwikkeling ervan.

In de jaren '60 en '70 van de vorige eeuw vond de tweede grote feministische golf plaats. Vrouwen stredden voor meer rechten, gelijkheid en zelfstandigheid. Opvallend is, dat deze groep feministen nagenoeg uitsluitend bestond uit autochtone, hoogopgeleide, heteroseksuele vrouwen. Deze vrouwen stredden voor het belang van 'de vrouw'. Daarbij werd ervan uitgegaan dat alle vrouwen op dezelfde wijze onderdrukt werden door de mannelijke ideologie (Wekker en Lutz, 2001). Door feministen werd het 'vrouw-zijn' centraal gesteld en werden de verschillen tussen vrouwen van geen belang geacht. Voor zwarte en migrantenvrouwen is dit echter een onoverkomelijke vooronderstelling. Het blijkt dat het denken vanuit enkel een 'vrouwenperspectief' te eenzijdig is voor zwarte en migrantenvrouwen.

"In de strijd tegen racisme ben ik solidair met mijn zwarte broeders, in de strijd tegen seksisme ben ik solidair met mijn witte zusters, maar als zwarte vrouw blijf ik strijden tegen seksisme bij de één en racisme bij de ander." (Captain en Ghorashi, 2001, p. 167)

De opkomst van het kruispuntdenken is mede ontstaan doordat in de jaren '70 van de vorige eeuw het begrip 'gender' zijn intrede maakte. In de tijd dat gesproken werd over verschil op basis van 'seks' leek het niet mogelijk om binnen de twee groepen nog grote verschillen te erkennen. Het verschil was er immers op basis van het man- of vrouw zijn. De komst van het begrip 'gender' heeft het mogelijk gemaakt in te gaan op de verschillen binnen de 'categorie' man en vrouw (Wekker en Lutz, 2001). Doordat het begrip gender het mogelijk maakte ook oog te hebben voor de verschillen tussen vrouwen (of mannen) onderling, kwam er ruimte om - naast sekseverschillen - binnen de beide groepen te kijken naar onderlinge verscheidenheid in cultuur, leeftijd, sociaaleconomische positie, seksuele geaardheid en dergelijke systemen. Daardoor ontstond er in de loop van de jaren '90 steeds meer aandacht voor de combinatie van verschillende systemen en de onderlinge verwevenheid met elkaar (Wekker en Lutz, 2001).

Uit het idee van deze verwevenheid van verschillende systemen met elkaar is het 'intersectionele denken' of het 'kruispuntdenken' ontstaan (Wekker en Lutz, 2001).

'Kruispuntdenken gaat ervan uit dat gender en etniciteit (en die andere factoren waardoor we een maatschappelijke positie toegewezen krijgen) afhankelijke, in elkaar grijpende systemen zijn van ideeën en praktijken met betrekking tot verschillen tussen mensen. Met andere woorden, gender, etniciteit en klasse komen altijd gelijktijdig en in wisselwerking tot stand. Dat betekent dat gender altijd al een etnische en klasseninvulling heeft en dat etniciteit altijd al gegenderd en van klassenbetekenis voorzien is.' (Wekker en Lutz, 2001, p. 40-41)

Het kruispuntdenken moet het denken in dichotome verschillen vervangen. Denken in dichotome verschillen houdt in dat gedacht wordt in of/of: mensen zijn jong of oud, arm of rijk, allochtoon of autochtoon, man of vrouw, homoseksueel of heteroseksueel. Het gevaar van het denken in dergelijke dichotomieën is dat een van beide categorieën als 'de beste' wordt gezien. Kijkend naar de begrippen cultuur en gender blijken hier ook duidelijke voorkeurscategorieën aan verbonden te zijn. In Nederland zijn witheid (autochtoon) en mannelijkheid twee van deze 'ongemarkeerde categorieën' (Wekker en Lutz, 2001, p. 32). Dat houdt in dat deze categorieën de norm zijn en zich niet hoeven te benoemen; hun machtspositie spreekt voor zich (Wekker en Lutz, 2001).

De begrippen gender en cultuur impliceren steeds vaker dat er niet naar de norm als geheel wordt gekeken, maar naar specifieke doelgroepen; vrouwen respectievelijk allochtonen. De indruk wordt dus gewekt dat een algemene factor (gender of cultuur) alleen slaat op de afwijkende groep. Daardoor lijkt het alsof mannen genderneutraal zijn en autochtonen in Nederland geen cultuur hebben, of dat die cultuur neutraal is. De normgroep (autochtone man) slaagt erin zich als 'neutraal' af te schilderen (Wekker en Lutz, 2001). Deze neutraliteit is uiteraard een illusie. Ook mannen worden beïnvloed door

genderrollen en ook autochtonen behoren tot een cultuur waarin bepaalde waarden, normen en richtlijnen als normaal worden gepraktiseerd. Het kruispuntdenken moet de verschuiving van dit doelgroepenbeleid (vrouwen, allochtonen, gehandicapten, homoseksuelen of dergelijke) naar diversiteitsbeleid bewerkstelligen.⁹

Het kruispuntdenken is dus noodzakelijk om mensen in hun gehele context en situatie te kunnen begrijpen (ongeacht of dit de 'neutrale' context of de 'gekleurde' context is). Ook op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg is deze diversiteitsbenadering van belang. 'Neutrale' behandelingen bestaan niet binnen de gezondheidszorg (Manna, 2006). Artsen zullen hun eigen context (cultuur, gender, sociaaleconomische positie et cetera) als neutraal bestempelen, waardoor patiënten met een andere achtergrond minder goed behandeld zullen worden (Celik et al., 2008; Manna, 2006; Suurmond et al., 2007; Verdonk et al., 2009). In de gezondheidszorg moet daarom niet 'neutraal' gehandeld worden, maar altijd naar de specifieke omstandigheden van de patiënt. Belangrijk is daarom dat alle artsen zich realiseren dat zowel zichzelf als hun patiënten gebonden zijn aan een context waarin hun cultuur en gender een bepaalde rol speelt. Hoe die factoren mogelijk een rol spelen wordt in de volgende paragrafen aangegeven.

Het is van belang op deze plek te benadrukken dat er vanuit de theorie van het kruispuntdenken gepleit wordt voor het kijken naar alle (voor de situatie relevante) factoren die de maatschappelijke positie van mensen beïnvloeden. Dit zijn buiten cultuur en gender bijvoorbeeld ook seksuele geartheid, gehandicapt zijn, sociaaleconomische positie en dergelijke factoren. In deze thesis is ervoor gekozen om alleen in te gaan op de invloed van gender en cultuur, aangezien hier de focus van de Henny Verhagen Stichting ligt. Dat wil echter niet zeggen dat de andere factoren van minder groot belang zijn. Uit deze paragraaf is juist naar voren gekomen dat er niet één factor is die meer of minder van belang is, maar dat het gaat om de combinatie van verschillende factoren die iemands maatschappelijke positie bepalen.

2.4 Cultuur en gezondheid

Deze thesis bekijkt de manier waarop (onder andere) cultuur invloed heeft op de gezondheid en het zorggebruik van mensen. Om meer te kunnen zeggen over het verband tussen cultuur en gezondheid is het relevant kort aan te geven wat beide begrippen in de context van deze thesis inhouden. Deze paragraaf gaat eerst in op de verschillen tussen de begrippen cultuur en etniciteit. Vervolgens wordt een korte definitie gegeven van gezondheid en gezondheidszorg. Deze definities dienen als inleiding voor de kern van de paragraaf; de invloed van cultuur op gezondheid.

Het is niet eenvoudig een duidelijke omschrijving van de begrippen cultuur of etniciteit te geven. Hoewel deze begrippen in het dagelijks leven veelvuldig gebruikt worden, is de

⁹ In het hoofdstuk van Wekker en Lutz (2001) krijgt diversiteitsbeleid een negatieve invulling. In deze thesis wordt er juist de aandacht voor verschillende factoren die invloed hebben op de maatschappelijke positie van mensen mee bedoeld. Hier heeft het dus een positieve invulling.

invulling ervan niet eenduidig. Vaak worden de begrippen in het dagelijks leven zeer simplistisch beschreven. Zo wordt cultuur vaak één op één verbonden aan etniciteit of nationaliteit (Knipscheer et al, 2008). Nationaliteit is daarbij het meest duidelijke begrip; daarbij gaat het over het bezit van staatsburgerschap.¹⁰

De begrippen etniciteit en cultuur zijn veel minder duidelijk. Etniciteit wordt in het dagelijks gebruik vaak gekoppeld aan een geografische locatie (Knipscheer et al., 2008). Deze definitie wordt in de literatuur echter als te beperkt gezien. Jenkins (1997) geeft in zijn boek 'Rethinking Ethnicity' aan dat etniciteit, net als cultuur, geen vaststaande identiteit is die mensen hebben. Evenals cultuur is etniciteit niet iets dat mensen overkomt, of dat los van de mens bestaat. Het menselijk handelen bepaalt de cultuur en niet andersom (Jenkins 1997; Voestermans et al., 2007; Vermeulen, 2001).

Noch cultuur, noch etniciteit zijn gebonden aan een geboorteplaats of geografische locatie. Hughes zegt over etniciteit het volgende:

'An ethnic group is not one because of the degree of measurable of observable difference from other groups: it is an ethnic group, on the contrary, because the people in it and the people out of it know that it is one; because both the ins and the outs talk, feel, and act as if it were a separate group'. (Hughes 1994, zoals beschreven in Jenkins 1997, p 10)

Etniciteit lijkt de groep te zijn waar je, op basis van culturele verschillen, jezelf in indeelt en door anderen wordt ingedeeld. Daarbij moet benadrukt worden dat de culturele verschillen tussen groepen slechts de groepen markeren; ze zijn niet de oorzaak van deze verdeling. Die wordt immers gemaakt op basis van het toebedeeld worden en jezelf toebedelen aan een groep (Jenkins, 1997). Op basis van welke culturele kenmerken groepen gevormd worden is zeer subjectief. De cultuur van een groep wordt op die manier eerder bepaald door de etniciteit dan omgekeerd. Jenkins (1997) zegt hierover:

'The production and reproduction of difference vis-à-vis external others is what creates the image of similarity internally, vis-à-vis each other.' (Jenkins, 1997, p 12)

Het valt buiten het bereik van deze thesis om veel uitgebreider stil te staan bij de begrippen cultuur en etniciteit. Voorgaande uiteenzetting maakt duidelijk dat de begrippen cultuur en etniciteit te complex zijn om hier eenduidig te vatten. In deze verdere thesis is ervoor gekozen het begrip cultuur te gebruiken. Daarmee worden in deze context de verschillende (expliciete en impliciete) waarden, normen en rituelen, die invloed hebben op hoe iemand zich emotioneel en praktisch gedraagt tegenover zichzelf en anderen bedoeld (Helman, 2000). Het zijn als het ware richtlijnen waar mensen binnen een cultuur zich min of meer aan houden. Hoewel de begrippen cultuur en etniciteit nauw met elkaar verbonden zijn en misschien niet eens apart van elkaar kunnen worden beschouwd, wordt omwille van de leesbaarheid van de tekst het woord cultuur gebruikt en niet cultuur/etniciteit.

¹⁰ Daarbij moet gezegd worden dat zelfs nationaliteit tegenwoordig geen duidelijke grenzen meer heeft. Het is namelijk best mogelijk om meerdere nationaliteiten te hebben (denk bijvoorbeeld aan dubbele paspoorten).

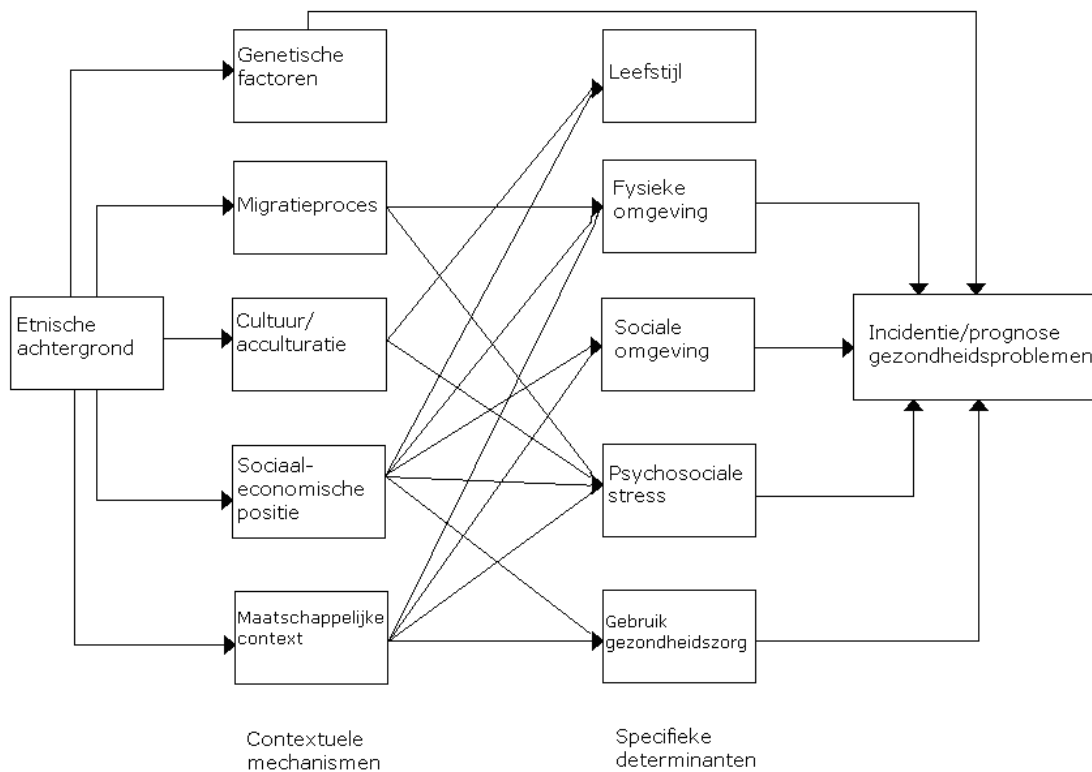
Gezondheid is, net als cultuur en etniciteit, een begrip dat in het dagelijks leven vanzelfsprekend en eenduidig wordt gebruikt. Ook dit begrip brengt echter inhoudelijke moeilijkheden met zich mee. Iedere samenleving of cultuur heeft zijn eigen waarden, normen en ideeën over wat ziekte en gezondheid is en hoe ermee om moet worden gegaan (Helman, 2000, Kleinman, 1980). De invulling van ziekte en gezondheid is daardoor divers.

Het is in de context van deze thesis niet zozeer van belang om uitgebreid in te gaan op het construct 'gezondheid'. Belangrijk is om te benadrukken dat de manier waarop met ziekte en gezondheid om wordt gegaan, sterk cultureel afhankelijk is. Daarnaast is het uiteraard van belang aan te geven wat er in deze thesis mee bedoeld wordt. Gezondheid betreft in de context van dit onderzoek zowel lichamelijke als geestelijke gezondheid. Gezondheidszorg heeft hierbij niet alleen betrekking op de daadwerkelijke behandeling; het gaat over de gehele omgang tussen arts en patiënt. Dat impliceert de communicatie, de diagnosestelling, de gevolgen van een ziekte voor de positie in de maatschappij en dergelijke factoren.

De reden dat er in dit onderzoek aandacht wordt besteed aan cultuur op het gebied van gezondheid(szorg) is, omdat uit onderzoek is gebleken dat cultuur een grote invloed kan hebben op de perceptie van mensen op hun gezondheid en het gebruik van gezondheidszorg (Helman, 2000). Van de verschillende factoren die invloed hebben op het gebruik van gezondheidszorg (zoals sociaaleconomische positie, sekse, leeftijd, cultuur), lijkt cultuur een van de belangrijkste determinanten te zijn (Campinha-Bacote, 2003)¹¹. Stronks (1999) geeft in haar artikelen een theoretisch model weer van de manier waarop cultuur invloed kan hebben op de gezondheid van allochtonen (zie figuur 1). In dit model worden een aantal contextuele mechanismen genoemd, die op verschillende manieren invloed kunnen hebben op de specifieke determinanten (zie de verschillende pijlen). De invulling van de contextuele mechanismen worden hier besproken.

Vaak worden de verschillen in gezondheid direct teruggevoerd op etnische achtergrond of cultuur. Daarbij worden de *genetische verschillen* vaak over het hoofd gezien. Toch zijn er, vaker dan gedacht wordt, belangrijke genetische verklaringen voor een deel van de gezondheidsverschillen (Berkum et al., 2010; Stronks, 1999, Suurmond et al., 2007). Het feit dat sikkelcelziekte vaker voorkomt onder Antillianen en Creoolse Surinamers blijkt deels genetisch bepaald te zijn (Stronks, 1999). Aandoeningen als taaislijmziekte komen juist vaker voor bij West- en Noord-Europeanen (Suurmond et al., 2007).

¹¹ In dit onderzoek werd specifiek gekeken naar het gebruik van de geestelijke gezondheidszorg.



Figuur 1: Conceptueel model (Stronks, 1999)

Migratie kan op twee manieren een rol spelen. Ten eerste kan de overgang van het land van herkomst naar het nieuwe thuisland¹² tot problemen leiden (Stronks, 1999). Onder Turkse en Marokkaanse migranten kinderen in Nederland is bijvoorbeeld de sterfte als gevolg van verdrinking hoger dan onder autochtone kinderen. Risico's van verdrinking en dergelijke zijn in het land van herkomst misschien minder aan de orde. Op die manier kan de migratie de kans op ongelukken vergroten, door gebrek aan inzicht in de risico's van het nieuwe thuisland.

Een tweede manier waarop migratie een rol kan spelen is dat de migratie *an sich* kan leiden tot stress en eventueel psychische problemen (Stronks, 1999; Berkum et al., 2010). In welke mate dat daadwerkelijk het geval is, is erg afhankelijk van de migratieprocedure (komt men als vluchteling of asielzoeker, is de culturele afstand tussen het land van herkomst en het nieuwe thuisland groot of klein en dergelijke) en persoonlijke omstandigheden (bijvoorbeeld copingstrategieën, de mate waarin er al een sociaal netwerk is in het nieuwe thuisland en dergelijke). Het feit dat de migratie voornamelijk invloed heeft op de psychische gesteldheid van mensen, is een reden waarom veel onderzoek naar migranten wordt gedaan op het gebied van psychische problemen. Desondanks zijn er ook lichamelijke problemen mogelijk als gevolg van migratie (bijvoorbeeld hart- en vaatziekten) (Stronks, 1999).

¹² In andere artikelen wordt vaak gesproken van het 'gastland'. Aangezien Nederland voor veel allochtonen echter geen gastland maar een nieuw thuisland is, zal in deze tekst gesproken worden van het nieuwe thuisland.

Ook de *cultuur* van etnische groepen heeft invloed op de volksgezondheid (Stronks,1999). De culturele achtergrond van mensen kan op verschillende manieren invloed hebben op hun gezondheid of het zorggebruik. Zo wordt het Nederlandse personeel vaak geleerd om openlijk over ziekten en de dood te praten. In andere culturen kan het spreken over de dood worden gezien als het tarten van het lot, of het ontnemen van hoop op overleving van de patiënt. Dat zou het regelen van terminale zorg kunnen belemmeren (Suurmond et al., 2007). Cultuur kan ook invloed hebben op specifieke behoeften. Zo is het voor bepaalde culturen van belang om in een zorginstelling halal te kunnen eten, of bepaalde feestdagen te kunnen vieren (het einde van de Ramadan of het Chinese Nieuwjaar). Dergelijke behoeften kunnen invloed hebben op de manier waarop allochtonen de zorg ervaren.¹³

Ondanks dat er vrij grote verschillen zijn in *sociaaleconomische positie* tussen verschillende culturele groepen, blijkt dat allochtonen over het algemeen een lagere sociaal economische positie hebben dan autochtonen (Stronks, 1999, Berkum et al., 2010). Mensen met een lagere sociaaleconomische positie hebben meer kans op gezondheidsproblemen, bijvoorbeeld door ongunstige arbeidsomstandigheden of woonsituaties, of door ongezondere voeding (Stronks, 1999).

De *maatschappelijke context* waar migranten na de migratie in terechtkomen kan zeer grote invloed hebben op de gezondheid en de gezondheidszorg voor allochtonen. Als er in het nieuwe thuisland sterk wordt gediscrimineerd, of als er sprake is van getto-vorming, dan heeft dat gevolgen voor de gezondheid(szorg) voor allochtonen (Stronks, 1999). Als het politieke klimaat van het nieuwe thuisland integratie sterk stimuleert, dan is de kans groot dat er in de gezondheidszorg maatregelen zijn getroffen om deze voor migranten en allochtonen zo goed mogelijk te maken (bijvoorbeeld door het vertalen van folders of de mogelijkheid tot het gebruikmaken van een tolkentelefoon).

Hoewel het model van Stronks (1999) specifiek in gaat op de factoren die invloed hebben op de gezondheid van allochtonen, is dit model ook bruikbaar voor de rest van de Nederlandse bevolking. De determinanten zullen in deze groep wellicht anders zijn dan in het model van Stronks weergegeven, maar de specifieke determinanten die in het model staan gelden uiteraard ook voor autochtone Nederlanders.

Voor (toekomstige) artsen (en andere zorgprofessionals) is het van belang om op de hoogte te zijn van deze mogelijke verschillen tussen culturele groepen. Het feit dat verschillende ziekten bijvoorbeeld meer vóórkomen bij bepaalde etnische groepen kan een belangrijke rol spelen bij de diagnosestelling en behandeling van ziekten. Zoals bij de genetische verschillen is aangegeven, komt sikkelcelziekte bij bepaalde groepen Surinamers relatief veel voor. Als een Creoolse Surinamer met klachten van sikkelcelziekte naar de arts gaat, moet deze erop bedacht zijn dat hij ook onderzoekt op deze ziekte. Bij een autochtone Nederlander zal dat niet nodig zijn. Als de arts de allochtone patiënten volgens dezelfde protocollen behandelt als de autochtone patiënten, zal het voor

¹³ De mate waarin men behoefte heeft aan dergelijke cultuurgebonden rituelen en gewoonten, is onder andere afhankelijk van de mate waarin allochtonen zijn geaccultureerd. Het valt buiten het bestek van deze thesis om uitgebreid in te gaan op de verschillende acculturatiestrategieën. Daarvoor verwijs ik naar Berry (2003).

allochtonen mogelijk aanzienlijk langer duren voordat ze de juiste diagnose en behandeling krijgen. Doordat bepaalde groepen allochtonen verder afwijken van 'de gemiddelde Nederlander' waar de standaarden voor gemaakt zijn, vormen zij een grote risicogroep.

2.5 Gender en gezondheid

Aan het einde van de 19^e eeuw ontstond er in Nederland de eerste feministische golf. Vanaf het begin van de feministische golf waren er vrouwen die zich inzetten voor betere gezondheidsomstandigheden voor vrouwen (Lagro-Janssen, 2007). Onder andere Aletta Jacobs, de eerste vrouw die zich in Nederland vestigde als arts, heeft daarin een belangrijke rol gespeeld. Als arts kon zij in eerste instantie de reproductieve en specifieke sekseproblemen onder de aandacht brengen en zorgen voor verbeteringen op dat gebied (Lagro-Janssen, 2007).

Toen in de jaren '60 en '70 van de vorige eeuw de tweede feministische golf plaatsvond, kwamen er opnieuw vrouwen op voor hun belangen. Waar de eerste feministische golf nodig was om de basisrechten van vrouwen te verwerven, was er in de tweede feministische golf meer ruimte voor de verhoudingen tussen mannen en vrouwen in het dagelijks leven. Vrouwen wilden een sterkere positie in de maatschappij, bijvoorbeeld door uit de standaardrol van huisvrouw te breken. In deze feministische golf werd er dus verder gekeken dan alleen sekse specifieke problemen; de sociaal bepaalde verdeling tussen mannen en vrouwen kwam meer ter discussie te staan. Hierin is ook de basis voor de aandacht voor gender te vinden.

Het begrip 'gender' is in de jaren '70 van de vorige eeuw voor het eerst in het Engels gebruikt in wetenschappelijk onderzoek. Rond die tijd kwam er meer aandacht voor de rol van sekse en de gedragingen die bij de twee seksen horen en de invloed daarvan op gezondheid en het gebruik van gezondheidszorg (Krieger, 2003; Pinn, 2003). Met het begrip 'sekse' wordt bedoeld op een biologisch construct, met de biologische kenmerken die gericht zijn op voortplanting (Krieger, 2003; Pinn, 2003). Het begrip 'gender' heeft betrekking op een veel breder, sociaal construct waarbij gewoonten, gedragingen en relaties tussen mannen en vrouwen een rol spelen. Het gaat over het beeld dat mannen en vrouwen van zichzelf (als man of vrouw) en van andere mannen en vrouwen hebben en hoe de omgeving en sociale instituties omgaan met mannen en vrouwen (Krieger, 2003; Pinn, 2003). Het moge duidelijk zijn dat de begrippen 'gender' en 'sekse' sterk met elkaar verbonden zijn. De sekse van een persoon heeft grote invloed op de gender. Op die manier zijn gender en sekse altijd simultaan en in combinatie met elkaar aan de orde (Krieger, 2003)¹⁴.

De aandacht voor sekse en gender op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg is erg relevant. Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat sekse en gender een grote invloed hebben op de ontwikkeling en kansen op bepaalde aandoeningen en ziekten, en op de genezing ervan (Krieger, 2003; Pinn, 2003; Bertakis,

¹⁴ Overigens hoeft de sekse van een persoon niet in alle gevallen aan de sluiten bij de genderrol. Bij transseksuelen of travestieten sluit de genderrol juist niet aan bij de sekse.

2009; Lagro-Janssen, 2007). Een aantal gezondheidsrisico's kunnen vanuit de sekse verklaard worden. Zo lijden vrouwen vaker aan vermoeidheid, omdat dit een klacht is die vaak veroorzaakt wordt door menstruatiestoornissen of zwangerschap (Lagro-Janssen, 2007). Gender speelt echter ook vaak een rol in de ontwikkeling, diagnose en behandeling van ziekten. Gender heeft onder andere invloed op de leefstijl van mensen en de daarmee samenhangende risico's voor bepaalde ziekten, communicatiestijlen, diagnosestelling en de behandeling. Daarbij spelen zowel de genderrol van de patiënten een rol, als die van de arts.

Rolpatronen en maatschappelijke opvattingen over mannelijkheid en vrouwelijkheid kunnen leiden tot specifieke risico's. Het feit dat het werken in de bouw voor mannen gangbaarder is dan voor vrouwen, heeft bijvoorbeeld tot gevolg dat mannen grotere kans hebben op specifieke longaandoeningen (Lagro-Janssen, 2007). Dit geldt overigens ook voor de ontwikkeling van psychische problemen. Ook daarbij kan gender een belangrijke rol spelen. In het artikel van Nicolai (1992) worden voorbeelden gegeven waaruit blijkt dat de maatschappelijke rolverdeling tussen mannen en vrouwen kan leiden tot specifieke psychische klachten. Vrouwen hebben bijvoorbeeld vaak de maatschappelijke taak als eerste verantwoordelijk te zijn voor zorg en opvoeding. Deze taak kan onzekerheid en schuldgevoelens met zich meebrengen, aangezien niet duidelijk is wanneer de aan deze taak voldaan is (Nicolai, 1992). Uit die onzekerheid of schuldgevoelens kunnen specifieke psychische klachten ontstaan.

Bij het stellen van een diagnose kan de invloed van communicatiestijlen erg groot zijn (Lagro-Janssen, 2008a). Door een goede communicatie worden er minder verkeerde diagnoses gesteld, is er sprake van grotere patiënttevredenheid en deze leidt vaak tot meer therapietrouw (Lagro-Janssen, 2008). Gender heeft ook invloed op de manier waarop mensen met elkaar communiceren. Bij bijvoorbeeld de symptoombeschrijving van hart-vaatziekten, blijken er grote verschillen te bestaan tussen mannen en vrouwen. Vrouwen hebben in dat geval vaak meer vage klachten, terwijl mannen vaak de standaard symptomen beschrijven (Celik et al., 2008; Lagro-Janssen, 2007). De manier waarop de klachten beschreven worden, kan grote invloed hebben op de diagnose en behandeling van de ziekte (Celik et al., 2008). Zo worden bij vrouwen hartinfarcten door de manier van klachtenpresentatie vaak pas later geconstateerd dan bij mannen. Dit kan grote gevaren opleveren voor de gezondheid van vrouwen. Ook voor psychische problemen geldt dat mannen en vrouwen deze vaak anders presenteren. Bij angststoornissen presenteren mannen hun klachten minder ernstig dan vrouwen. Vrouwen rapporteren bij angststoornissen meer lichamelijke klachten dan mannen (Kölling et al., 2008).

De uiteindelijke behandeling van de verschillende klachten wordt ook gedeeltelijk door gender bepaald. Vrouwen worden door (mannelijke en vrouwelijke) artsen vaker dan mannen psychosomatisch gediagnosticeerd (Lagro-Janssen, 2008). Dat heeft onder andere als gevolg dat vrouwelijke patiënten vaker kalmerende medicijnen voorgeschreven krijgen dan mannelijke patiënten. De reden voor deze verschillen wordt niet duidelijk aangegeven. Het is mogelijk dat het komt doordat vrouwen bij het beschrijven van de klachten hun problemen vaak in een psychosociale context plaatsen (Lagro-Janssen, 2008a).

Ook in de manier waarop mannen en vrouwen reageren op bepaalde behandelingen lijken zich zowel sekse- als genderspecifieke verschillen voor te doen. Bij depressieve klachten lijken vrouwen goed te reageren op antidepressiva, terwijl mannen beter reageren op de combinatie van medicijnen en psychotherapie (Lagro-Janssen, 2007). Er is echter nog relatief weinig onderzoek gedaan naar de invloed van sekseverschillen op de werking van antidepressiva en verschillende onderzoeksresultaten spreken elkaar op dit gebied tegen (Kölling et al., 2008). Hoewel de oorzaken voor afwijkingen in de werking van de behandeling nog niet met zekerheid benoemd kunnen worden, blijken er wel verschillen te zijn in behandelingsresultaat tussen mannen en vrouwen.

Tot nu toe is met name ingegaan op de invloed van de genderrol van de patiënten. De genderrol van de behandelende arts of psycholoog mag echter ook niet buiten beschouwing blijven. Artsen handelen vaak in de veronderstelling dat zij 'genderneutraal' zijn. Dat is gebaseerd op het idee dat alle artsen dezelfde opleiding volgen en dus niet specifieke mannelijke of vrouwelijke competenties ontwikkelen (Lagro-Janssen, 2008a). Het is echter onmogelijk om genderneutraal te handelen. De genderrol wordt immers niet specifiek tijdens de opleiding ontwikkeld, maar al ver daarvoor (Lagro-Janssen, 2008a). In haar artikel benadrukt Lagro-Janssen (2008b) dat het voor een goede behandeling van belang is dat artsen reflecteren op hun eigen attitude. Deze speelt een rol bij ogenschijnlijke vanzelfsprekendheden die artsen (vaak onbewust) hanteren. Hierbij kan gedacht worden aan de rol van sekse in een cultuur, de machtsposities die eraan verbonden zijn en dergelijke. Een arts moet dus niet de illusie hebben zelf vanuit een neutrale positie te handelen, maar moet zich bewust zijn van de invloed van zijn of haar achterliggende ideeën.

2.6 Aandacht voor diversiteit in het onderwijs en onderzoek

Tot nu toe is gebleken dat de aandacht voor gender en cultuur in de medische praktijk van groot belang is. Om toekomstige artsen goed beslagen ten ijs te laten gaan, zou het noodzakelijk zijn om in het basiscurriculum van gezondheidsgerelateerde opleidingen (zoals psychologie, geneeskunde, verpleegkunde en dergelijke) al voldoende aandacht te besteden aan diversiteit (Wieringen et al, 2003; Seeleman et al., 2009; Van Mens-Verhulst et al., 2005; Knipper et al., 2010; Verdonk et al., 2009b). In de inleiding is al aangegeven dat het nodig is om tijdens de verschillende opleidingen aandacht te besteden aan diversiteit op het gebied van cultuur en gender, zodat toekomstige professionals hun kennis direct in de praktijk kunnen toepassen (Van Mens-Verhulst en Bekker, 2005),

Een tweede argument dat Van Mens-Verhulst en Bekker (2005) in hun artikel noemen voor een diversiteitbewust curriculum, gaat in op de relatie tussen de academische vorming en het burgerschap van mensen. Door tijdens de studie te leren over andere perspectieven dan enkel het eigen, wordt het voor studenten mogelijk een kritische blik te werpen op zaken omtrent diversiteit (Van Mens-Verhulst et al., 2005). Door bewustwording van het eigen (beperkte) perspectief, kan men leren meer open te staan voor andere perspectieven en narratieven. Op die manier kan de zorg voor mensen van

een ander geslacht of met een andere cultuur beter afgestemd worden (Van Mens-Verhulst et al., 2005).

Een derde argument om binnen het curriculum van het hoger onderwijs aandacht te besteden aan diversiteit op het gebied van cultuur en gender is het feit dat studenten van nu zich in de toekomst moeten richten op het oplossen van problemen in de maatschappij. Zij moeten daarom een schakel vormen tussen wetenschap en samenleving. Om dat te kunnen doen, dienen ze op de hoogte te zijn van hoe de samenleving er in het dagelijks leven uitziet en welke problemen er op bepaalde terreinen spelen. Dat inzicht kan verkregen worden door in het curriculum aandacht te besteden aan de samenleving zoals die er in werkelijkheid uitziet (Van Mens-Verhulst en Bekker, 2005).

Tot nu toe is vooral ingegaan op het belang van aandacht voor diversiteit binnen de verschillende gezondheidsgerelateerde opleidingen. Daarmee hangt het belang van deze aandacht binnen het onderzoek nauw samen. Het hoger onderwijs is in grote mate gebaseerd op (wetenschappelijk) onderzoek. Om in het curriculum de nodige aandacht te kunnen besteden aan diversiteit op het gebied van gezondheid(szorg) is veel kennis op dit gebied nodig. Daarom is het van essentieel belang dat op dit gebied ook onderzoek wordt verricht (Van Mens-Verhulst en Bekker, 2005).

Verschillende artikelen besteden aandacht aan problemen die bij de implementatie van diversiteit in het curriculum spelen (Wieringen et al., 2003; Verdonk et al., 2009a). Op de eerste plaats lijken praktische problemen, zoals het gebrek aan cursusmateriaal en kennis op het gebied van cultuur en/of gender een belemmering te zijn (Wieringen et al., 2003; Verdonk et al., 2009a). Op de tweede plaats is het voor de implementatie van cultuur en gender belangrijk dat er enthousiaste docenten of andere 'trigger persons' bij betrokken zijn (Wieringen et al., 2003; Verdonk et al., 2009a). Zij zijn bijvoorbeeld nodig om ervoor te zorgen dat de aandacht voor cultuur of gender niet weer uit het curriculum verdwijnt. Momenteel lijkt er een gebrek aan dergelijke personen te zijn (Wieringen et al., 2003).

Daarnaast lijkt er een veel fundamentele belemmering te liggen op het niveau van het management. Het management lijkt het belang van aandacht voor diversiteit niet te zien en wil er geen geld of tijd voor vrijmaken (Wieringen et al., 2003; Verdonk et al., 2009a). Het feit dat het management geen aandacht besteedt aan cultuur of gender hangt waarschijnlijk samen met het beleid dat momenteel binnen universiteiten gevoerd wordt. Enkele decennia geleden heeft de marktwerking zijn intrede binnen het onderwijs gemaakt (Boomkens, 2008). Aan universiteiten waren de gevolgen hiervan tweeledig. Ten eerste waren er gevolgen voor het onderwijs. Daarnaast waren er, op een andere manier, gevolgen voor het universitaire onderzoek.

Door de invoering van marktwerking binnen universiteiten is er een steeds sterkere outputsturing ontstaan. Universiteiten krijgen betaald voor de productie die ze leveren; per studiepoint die de studenten behalen krijgen ze geld (Lorenz, 2008). Om deze productie te kunnen controleren zijn er verschillende monitoringssystemen geïntroduceerd, zoals (zelf)evaluaties rapporten, tabellen en overzichten. Om deze gegevens te kunnen beheersen is er een nieuwe managementlaag in de universiteiten gekomen (Lorenz, 2008).

Door het outputgerichte beleid, met bijbehorende evaluaties en controles, ontstaat er een bureaucratische manier van werken, waarbij de productie steeds door middel van verschillende standaarden gemeten wordt. Dit heeft onvermijdelijk als gevolg dat de autonomie van docenten afneemt. Niet langer kunnen ze zelf bepalen op welke wijze ze bepaalde vakken doceren; alles moet voldoen aan de regels van het management (Lock, 2008; Boomkens, 2008).

Ook binnen het universitaire onderzoek heeft de marktwerking grote invloed. Zonder hier uitgebreid in te gaan op de constructie van verschillende geldstromen, kan gezegd worden dat de overheid, vanwege bezuinigingen, aanzienlijk minder is gaan investeren in wetenschappelijk onderzoek. Universiteiten zijn daardoor voor de financiering van onderzoek meer afhankelijk geworden van het bedrijfsleven of maatschappelijke instellingen (Boomkens, 2008). De onderzoeken zijn, doordat ze gebaseerd zijn op vragen vanuit het werkveld, vaak meer van praktische- in plaats van fundamentele aard. Het feit dat onderzoekers zich moeten conformeren aan de interesse voor onderzoek vanuit het bedrijfsleven, heeft de autonomie van onderzoekers in sterke mate beperkt (Lock, 2008; Boomkens, 2008).

Deze ontwikkelingen laten zien dat universiteiten met de komst van de marktwerking zowel op het gebied van onderwijs, als op het gebied van onderzoek minder autonoom zijn geworden. De afhankelijkheid van de markt zorgt ervoor dat de keuzes voor onderwijs en onderzoek niet alleen gebaseerd kunnen worden op de interesse van de docenten en onderzoekers. Bedrijven zijn geïnteresseerd in praktisch onderzoek in plaats van fundamenteel onderzoek en managers zijn geïnteresseerd in efficiency en concurrentiepositie in plaats van inhoud en kwaliteit. Dit is uiteraard een wat ongenueanceerde beschrijving van een groter geheel van ontwikkelingen. Hierdoor wordt, ten onrechte, gesuggereerd dat het management de schuld van al het kwaad is. Het management is slechts een voorbeeld van de gevolgen van de marktwerking binnen universiteiten. Het idee dat onderwijs steeds meer als koopwaar wordt gezien en studenten slechts als consumenten is het bredere fundament van de ontwikkelingen binnen het management (Abma, 2008; Lorenz, 2008). Het valt buiten het bereik van deze thesis om dieper op deze ontwikkelingen in te gaan. Op deze plaats is getracht een beeld te schetsen van de algemene veranderingen die binnen universiteiten plaatsvinden.

2.7 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn verschillende contextuele factoren besproken van diversiteit op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg. Daarnaast is besproken op welke wijze cultuur en gender invloed (kunnen) hebben op de gezondheid van mensen. Hoewel er meer factoren zijn die invloed kunnen hebben op gezondheid (denk bijvoorbeeld aan leeftijd of sociaaleconomische positie), wordt er in deze thesis de focus gelegd op cultuur en gender. Duidelijk is geworden dat aandacht voor cultuur en gender binnen de gezondheidszorg van groot belang is. De invloed van cultuur en gender zijn afzonderlijk besproken, zodat van beide factoren duidelijk is wat de invloed precies is. In de praktijk zijn beide factoren niet

los van elkaar te zien. In de paragraaf over het kruispuntdenken is de meerwaarde aangegeven van het simultaan bekijken van verschillende factoren. Om de context van patiënten goed in beeld te krijgen moet niet gekeken worden naar één factor, maar naar verschillende factoren tegelijk. Daarnaast is aangegeven waarom juist in het onderwijs en onderzoek aandacht voor diversiteit noodzakelijk is en welke problemen daarbij uit de literatuur naar voren zijn gekomen.

3. Probleemstelling

Voorgaand hoofdstuk heeft laten zien dat de gezondheid van mensen en de omgang met de gezondheidszorg afhankelijk is van verschillende factoren. Cultuur en gender bleken invloed te kunnen hebben op de ontwikkeling van bepaalde ziekten, de omgang met ziekte en gezondheid en de gezondheidsbeleving van mensen. Ook is er ingegaan op het belang van een diversiteitsgericht curriculum. Tot op heden is er weinig bekend over de mate waarin er in het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek aandacht wordt besteed aan diversiteit op het gebied van gezondheid(szorg). Daardoor is onduidelijk waar eventuele lacunes of witte plekken zitten. Om beter zicht te krijgen op de situatie zoals deze momenteel in het onderwijs en onderzoek is, heeft de Henny Verhagen Stichting gevraagd een inventarisatie te maken van de mate van aandacht voor cultuur en gender binnen dit onderwijs en onderzoek. Door na te gaan waar de belangrijkste belemmerende en bevorderende factoren liggen op dit gebied, kan duidelijk worden op welke wijze en op welke plekken er in de toekomst aandacht voor diversiteit bevorderd kan worden. De hoofdvraag van dit onderzoek luidt als volgt:

In welke mate wordt er in het gezondheidsgerelateerde hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek expliciet aandacht besteed aan diversiteit op het gebied van cultuur en/of gender?

De deelvragen die daarbij gesteld worden zijn:

- *Welke invulling krijgen de begrippen cultuur, gender en diversiteit?*
- *Welke belemmeringen worden er ervaren bij het bevorderen van aandacht voor diversiteit binnen het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek?*
- *Welke bevorderende factoren worden er ervaren bij het bevorderen van aandacht voor diversiteit binnen het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek?*
- *Hoe zou de toekomst van het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek op het gebied van diversiteit eruit moeten zien?*

Bij deze hoofd- en deelvragen zijn een aantal begrippen die een korte definiëring behoeven. Zo wordt er met hoger onderwijs in deze context alle universiteiten in Nederland bedoeld die door de overheid bekostigd en/of erkend worden. Daarnaast bevat deze categorie ook het Nederlandse postdoctorale onderwijs.

In de hoofdvraag wordt gesproken over expliciete aandacht. Hiermee wordt bedoeld op de aandacht die er volgens de cursusbeschrijvingen aan diversiteit op het gebied van cultuur en/of gender wordt besteed. Het is dus mogelijk dat er cursussen zijn die bijvoorbeeld één college aandacht besteden aan deze diversiteit. Als dit niet expliciet in de beschrijving opgenomen is, blijven deze cursussen buiten beschouwing.

Om een zo uitgebreid mogelijk beeld te krijgen van de mate van aandacht op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg, wordt al het gezondheidsgerelateerde hoger onderwijs (universitair en postdoctoraal) en wetenschappelijk onderzoek bekeken. Daarbij

gaat het om zowel psychische als somatische gezondheid. Er wordt daarbij breed gekeken naar gezondheid, ziekte en zorg. Dat houdt in dat er zowel gekeken is naar curricula van bijvoorbeeld geneeskunde, als van psychologie en pedagogische wetenschappen.

In de hoofd- en deelvragen wordt het begrip diversiteit gebruikt. In de hoofdvraag is specifiek aangegeven dat het gaat om diversiteit op het gebied van cultuur en gender. In de deelvragen is dit niet zo specifiek aangegeven, maar ook daar wordt diversiteit op het gebied van cultuur en gender bedoeld.

3.1 Relevantie

De maatschappelijke relevantie van aandacht voor diversiteit op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg is erg groot. In het vorige hoofdstuk is uitgebreid ingegaan op de manieren waarop cultuur en gender invloed kunnen hebben op de gezondheid en het zorggebruik van mensen. In de Nederlandse gezondheidszorg lijkt nu nog veel de autochtone, hoog opgeleide man van middelbare leeftijd in veel gevallen als standaard te gelden. Dit heeft ten eerste gevolgen voor mensen die niet autochtoon zijn. In het vorige hoofdstuk is aangegeven dat momenteel ruim 11% van de Nederlandse bevolking allochtoon van niet-westerse afkomst is (dat zijn bijna 1,8 miljoen mensen). Deze mensen hebben een grotere kans op gezondheidsproblemen en gezondheidszorg die niet (volledig) aansluit bij hun behoeften. In het artikel van Berkum et al. (2010) wordt echter nog eens benadrukt dat een diversiteitsgerichte zorg niet alleen positieve gevolgen heeft voor de allochtonen binnen Nederland. Iedereen heeft baat bij zorg die meer toegespitst is op de behoeften van de individuele patiënt. Het probleem betreft dus de hele samenleving. Het doel van dit onderzoek is om in kaart te brengen hoeveel aandacht er momenteel binnen het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek is voor diversiteit op het gebied van gezondheid. Door dit in kaart te brengen zal ook duidelijk worden waar op dit moment eventuele lacunes liggen (bijvoorbeeld bij specifieke opleidingen of bij bepaalde universiteiten). Ook wordt er in dit onderzoek aandacht besteed aan de belemmerende factoren die deskundigen ervaren bij het implementeren van diversiteitsgericht onderwijs of bij het doen van dergelijk onderzoek. Daardoor wordt ook in kaart gebracht op welk niveau zich momenteel de grootste knelpunten bevinden. Hier kan in de toekomst (onder andere door de Henny Verhagen Stichting) mee aan de slag gegaan worden. Dit onderzoek is dus nodig om na te gaan waar de prioriteiten op dit moment liggen.

De wetenschappelijke relevantie hangt nauw samen met de maatschappelijke relevantie. In het vorige hoofdstuk is op basis van verschillende artikelen aangegeven waarom het belangrijk is juist in het onderwijs en onderzoek aandacht te besteden aan diversiteit (en hier bijvoorbeeld niet pas mee te beginnen als de artsen al werkzaam zijn in de praktijk). Duidelijk is geworden dat het van belang is om toekomstige zorgprofessionals zo vroeg mogelijk diversiteitsbewust te maken, zodat het in de latere praktijk (en de rest van de samenleving) vanzelfsprekend wordt hier rekening mee te houden. Door na te gaan waar de lacunes op dit moment liggen, kan in de toekomst gericht onderzoek gedaan

worden naar deze onderbelichte onderwerpen. Tot op heden ontbreekt er een overzicht van de mate van aandacht voor diversiteit van cultuur en gender op het gebied van gezondheid binnen het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek.

Dit onderzoek past uitermate goed binnen de denkwijze van algemene sociale wetenschappen. Er is sprake van een maatschappelijk probleem dat niet binnen één 'hokje' past. Het gaat hier immers om zowel fysiek, als psychisch welzijn (geneeskunde en psychologie), om de invloed van cultuur en gender op gezondheid (sociologie en medische antropologie). Door dit onderzoek vanuit één perspectief te benaderen, zou slechts een beperkt beeld van de situatie in beeld gebracht worden. Door een interdisciplinaire blik is het mogelijk om de situatie in zijn hele omvang te bestuderen.

Ook de manier van dataverzameling en -analyse heeft een interdisciplinaire invalshoek. Er wordt zowel op een kwantitatieve wijze een beeld geschetst (door middel van quickscans), als verdiepende informatie door middel van interviews verzameld.

4. Methoden

In het vorige hoofdstuk is de centrale vraag van deze thesis geformuleerd. Dit hoofdstuk licht uitgebreid toe met welke methoden en analyses getracht is een antwoord op deze vraag te formuleren. De eerste paragraaf gaat in op de onderzoeksmethoden die gehanteerd zijn. Vervolgens wordt aangegeven op welke wijze de data zijn verzameld. Daarna komt de data-analyse aan bod. Daarbij wordt gedetailleerd ingegaan op de manier waarop de data zijn verwerkt en geanalyseerd. Dit alles moet leiden tot een duidelijk overzicht van hoe het onderzoek verlopen is en waarom het van belang was om het op deze wijze te doen.

4.1 Onderzoeksmethoden

Het doel van het onderzoek is een overzicht te creëren van de huidige stand van zaken in onderwijs en onderzoek over diversiteit op het gebied van gezondheid(szorg). Daarbij moet duidelijk worden welke belemmerende en bevorderende factoren daarbij een belangrijke rol spelen. Het gaat hierbij om een verkennend en inventariserend onderzoek. Daarom is getracht door middel van verschillende manieren van dataverzameling een uitgebreid beeld van de stand van zaken te geven. Uiteindelijk zijn de data op drie manieren verzameld; door middel van quickscans, kwalitatieve interviews en een expertmeeting.

4.1.1 Quickscans

Door middel van de quickscans kan er in relatief korte tijd een grote hoeveelheid informatie geïnventariseerd worden. De quickscans zijn zowel voor het onderwijs als voor het onderzoek uitgevoerd. De focus van de quickscans lag bij het onderwijs. Daardoor is de quickscan voor het onderwijs van veel uitgebreidere aard dan de quickscan van het onderzoek.

Voor het onderwijs is gekeken naar het gezondheidsgerelateerde aanbod van alle universiteiten en zoveel mogelijk postdoctorale opleidingen binnen Nederland. In eerste instantie is gezocht naar het aanbod dat op de websites van de verschillende instellingen beschreven staat. Daarbij zijn de cursusbeschrijvingen of cursushandleidingen bestudeerd. Instanties die geen informatie online beschikbaar hadden, zijn via de e-mail of telefonisch gecontacteerd met de vraag relevante informatie aan te leveren.

Het zoeken naar relevante cursussen is zo uitgebreid mogelijk gedaan. Dat houdt in dat er gekeken is naar alle opleidingen waarbij mogelijk aandacht wordt besteed aan cultuur of gender op het gebied van gezondheid(szorg). Hierbij kan gedacht worden aan opleidingen als geneeskunde, psychologie, pedagogische wetenschappen, sociologie, culturele antropologie, gezondheidswetenschappen en dergelijke opleidingen. Opleidingen die geen aandacht besteden aan cultuur of gender op het gebied van gezondheid zijn buiten beschouwing gelaten. Dit zijn bijvoorbeeld bouwkunde, geschiedenis en scheikunde. Om de zoektocht enigszins af te bakenen is er in de verschillende cursusbeschrijvingen

steeds gezocht op een aantal begrippen. Dit zijn cultuur, etniciteit, allochtoon, migrant, vluchteling, gender, sekse, geslacht, man, vrouw, diversiteit, of afleidingen van deze begrippen (culturele, etnische en dergelijke)¹⁵. Om na te gaan of de cursussen gezondheidsgelateerd zijn, is gezocht op de begrippen zorg, gezondheid, gezondheidszorg, welzijn en ziekte. De cursusbeschrijvingen zijn steeds volledig doorgelezen, om zeker te zijn dat er geen andere begrippen waren die aandacht voor cultuur of gender op het gebied van gezondheid(szorg) aanduidden.

Binnen de bacheloropleidingen zijn ongeveer 500 beschrijvingen bekeken. Binnen de masteropleidingen waren dat er ongeveer 250. In dat opzicht is de quickscan van het universitaire onderwijs niet zozeer van inventariserende aard, maar meer van uitputtende aard.¹⁶

Naast het universitaire onderwijs is er gezocht naar zoveel mogelijk instanties die postdoctorale opleidingen aanbieden. Het is echter niet met zekerheid te zeggen of alle postdoctorale opleidingen in kaart zijn gebracht. Postdoctorale opleidingen worden zeer verspreid aangeboden. Er zijn een aantal grote instanties die opleidingen aanbieden (bijvoorbeeld de RINO's). Daarnaast zijn er echter een groot aantal kleinschaligere organisaties die ook opleidingen aanbieden (zoals Pharos, Mutant, of Saxion). Naast het zoeken op websites van specifieke organisaties, is er via verschillende zoekmachines (Google, Yahoo) gezocht naar postdoctorale opleidingen. Op die manier is getracht een zo groot mogelijk aantal postdoctorale opleidingen in kaart te brengen. In totaal zijn er ongeveer 150 postdoctorale opleidingen bekeken (deze opleidingen liepen uiteen van eendaagse workshops tot meerjarige opleidingen).

Van het gezondheidsgelateerde wetenschappelijk onderzoek op het gebied van cultuur en/of gender is ook een quickscan gemaakt. Deze quickscan is minder uitgebreid dan het onderwijs, aangezien de hoeveelheid onderzoek het onmogelijk maakt al het relevante onderzoek in kaart te brengen. Om het gebied enigszins af te bakenen, is er gezocht naar zowel afgerond onderzoek (publicaties) als lopend onderzoek (onderzoeksprogramma's) vanaf 2006. Verder is ervoor gekozen om de onderzoeken via 7 grote websites te inventariseren. Dit waren de websites van het RIVM, Trimbos Instituut, NIGZ, Nederlandse Onderzoek Databank (NOD), ZonMw, Pharos en Mikado. Daarbij is zoveel mogelijk gezocht naar grootschalige reviews en onderzoeksprogramma's, aangezien deze vaak een overzicht geven van de situatie. Daardoor kan met minder onderzoeken toch een grote hoeveelheid informatie verzameld worden. Bij het zoeken naar relevante publicaties en onderzoeksprogramma's zijn dezelfde zoektermen gebruikt als voor het onderwijs (te weten cultuur, etniciteit, allochtoon, migrant, vluchteling, gender, sekse, geslacht, man, vrouw, diversiteit, zorg, gezondheid, gezondheidszorg, welzijn, ziekte of een afgeleide van deze begrippen). Het is lastig aan te geven hoeveel onderzoeken er in totaal bekeken zijn. Ruim 100 van alle bekeken onderzoeken is relevant bevonden.

¹⁵ Bij Engelstalige cursussen zijn deze woorden uiteraard in het Engels vertaald.

¹⁶ Een overzicht van de relevant bevonden cursussen is te vinden in bijlage 4.

4.1.2 Interviews

Naast de quickscans is gebruik gemaakt van kwalitatieve interviews. Het gaat hierbij om semi-gestructureerde interviews met deskundigen op het gebied van diversiteit en gezondheid. Deskundigen zijn in dit geval mensen die in het verleden of heden veel onderzoek hebben gedaan of onderwijs hebben gegeven op het gebied van gender en/of cultuur in het kader van gezondheid of gezondheidszorg. Een semi-gestructureerd interview leek om verschillende redenen het beste aan te sluiten bij de context van het onderzoek. Een interview heeft hier de voorkeur boven een enquête, aangezien de antwoordmogelijkheden moeilijk vooraf te bepalen zijn ('t Hart et al., 2005). Het gaat om een verkennend onderzoek naar de belemmerende en bevorderende factoren die deskundigen ervaren op het gebied van onderzoek en onderwijs. Een enquête zou wellicht geen recht doen aan de mogelijke verscheidenheid in antwoorden van de deskundigen. Om die reden is het verstandig om ook het interview niet volledig gestructureerd te maken (Bryman, 2008). Door te werken met een semi-gestructureerd interview (aan de hand van een topiclijst), krijgen de deskundigen de ruimte aan te geven waar zich volgens hen de lacunes bevinden. Een topiclijst¹⁷ is in dit geval wel noodzakelijk, om ervoor te zorgen dat er in de afzonderlijke interviews uiteindelijk dezelfde onderwerpen aan bod komen. Zonder topiclijst kan dat niet gegarandeerd worden, waardoor het achteraf moeilijk kan worden de verschillende interviews met elkaar te vergelijken en op een (voor dit onderzoek) bruikbare wijze te analyseren.

In totaal zijn er 10 respondenten gemiddeld een uur geïnterviewd aan de hand van de topiclijst. Daarvan heeft één respondent schriftelijk op de vragen gereageerd. Daarnaast was er één interview waarbij 2 respondenten aanwezig waren. Zij hebben steeds beiden de vragen beantwoord. Hoewel beide respondenten afzonderlijk antwoord gaven, is de kans groot dat ze elkaars antwoorden hebben beïnvloed. De overige 8 respondenten zijn individueel geïnterviewd. Er is steeds getracht de interviews op een rustige plek te houden. Vaak waren dat de werkkamers van de respondenten. Bij één respondent is het interview thuis gehouden. Ook dit was een rustige en private omgeving. Het feit dat de interviews grotendeels individueel en op rustige plekken zijn gehouden, komt de betrouwbaarheid van het onderzoek ten goede ('t Hart et al, 2005). De kans is in deze gevallen immers klein dat de respondenten niet voluit durfden te spreken over bijvoorbeeld de belemmerende factoren vanuit het management. Alle interviews zijn opgenomen op een voicerecorder en daarna letterlijk uitgetypt. Ook dit komt de betrouwbaarheid van het onderzoek ten goede. De kans dat er bepaalde dingen onjuist zijn onthouden wordt daardoor immers uitgesloten.

Het bestuur van de Henny Verhagen Stichting heeft een eerste lijst met deskundigen op het gebied van diversiteit en gezondheid opgesteld. Dit was een zeer diverse en uitgebreide lijst, aangezien alle bestuursleden in verschillende sectoren werkzaam zijn en contacten hebben op het gebied van diversiteit en gezondheid. Uit die lijst zijn de 10 respondenten geselecteerd. Bij het selecteren van de respondenten is getracht een zo divers mogelijke selectie te maken. Daarbij is ten eerste gelet op

¹⁷ De topiclijst is opgenomen in bijlage 1.

diversiteit in werkplek. Er is geprobeerd respondenten van zoveel mogelijk verschillende universiteiten of zorginstellingen te selecteren¹⁸. Ook is gelet op de expertise van de respondenten. Er is bewust gekozen om zowel mensen met culturele expertise, als mensen met expertise op het gebied van gender te interviewen, om beide factoren goed belicht te krijgen. Ten slotte is er gezocht naar zowel mannen als vrouwen met expertise op het gebied van diversiteit en gezondheid. Er is bewust geprobeerd om de groep respondenten zo divers mogelijk te maken, aangezien dit de validiteit van het onderzoek ten goede komt. Door respondenten te selecteren die bij verschillende instellingen werken en verschillende expertises hebben, wordt voorkomen dat er een eenzijdig en beperkt beeld wordt geschetst.

4.1.3 Expertmeeting

Op 27 mei (jl.) heeft de Henny Verhagen Stichting een expertmeeting georganiseerd. Bij deze bijeenkomst waren ongeveer 20 experts aanwezig op het gebied van diversiteit en gezondheid (voor het verslag van de bijeenkomst, zie bijlage 3). Buiten een presentatie over de huidige stand van zaken omtrent de gezondheid van migranten en een presentatie over de voorlopige resultaten van dit onderzoek, is er getracht gezamenlijk een aantal praktische agendapunten op te stellen om de situatie in de toekomst te verbeteren. De informatie uit deze bijeenkomst is meegenomen in de analyse.

4.2 Data-analyse

De informatie uit de quickscans zijn in eerste instantie in een spreadsheet in Excel verzameld. In deze spreadsheet zijn alle vakken opgenomen die aandacht leken te besteden aan cultuur en/of gender op het gebied van gezondheid. In de spreadsheet is de opleiding, de naam van de cursus, een relevant deel van de cursusbeschrijving en een hyperlink naar de desbetreffende cursusbeschrijving opgenomen. Uiteindelijk is deze grote spreadsheet (met daarin ongeveer 150 cursussen) nog eens doorgelopen op de echt relevante cursussen. Daaruit is een selectie van 52 relevante cursussen gemaakt. Een deel van de cursussen is afgevalen, omdat uit de cursusbeschrijving niet duidelijk opgemaakt kon worden of er aandacht wordt besteed aan cultuur of gender. Bijvoorbeeld het vak Gezondheidscommunicatie aan de Vrije Universiteit besteedt aandacht aan 'specifieke doelgroepen'. Dergelijke beschrijvingen zijn zo vaag, dat ervoor gekozen is deze vakken niet op te nemen in de uiteindelijke selectie van relevante vakken. Op die manier is voorkomen dat er heel veel interpretatie nodig was. Dat komt de betrouwbaarheid van het onderzoek ten goede.

Van de 52 cursussen is nagegaan of ze, op het gebied van gezondheid, aandacht besteden aan cultuur, gender of aan beide. Hiervoor is in de cursusbeschrijvingen gezocht naar de begrippen cultuur, etniciteit, allochtoon, migrant, vluchteling, gender, sekse,

¹⁸ In bijlage 2 staat een overzicht van de respondenten met daarbij de werkplek vermeld.

geslacht, man, vrouw, diversiteit¹⁹. Uiteraard is ook gekeken of er andere begrippen gebruikt werden die de aandacht voor diversiteit zouden kunnen impliceren. Dit bleek niet het geval te zijn. Het postdoctorale onderwijs is op een vergelijkbare manier geanalyseerd. De relevante opleidingen/cursussen/workshops zijn in een tabel opgenomen (zie bijlage 4). Vervolgens is nagegaan hoeveel cursussen aandacht besteden aan cultuur, aan gender of aan beide onderwerpen.

Ook voor het onderzoek is getracht een dergelijke spreadsheet te maken. Dit bleek echter minder eenvoudig, aangezien de indeling van die spreadsheet minder voor de hand ligt (wordt er geordend op basis van vakblad waarin gepubliceerd is, op basis van de organisatie die het onderzoek uitvoert, op basis van naam van de auteur of dergelijke). Uiteindelijk is ervoor gekozen om de onderzoeken direct in een tabel te zetten en aan te geven of ze aandacht besteden aan cultuur, gender of beide onderwerpen²⁰.

De interviews zijn op een kwalitatieve wijze geanalyseerd. Zoals eerder aangegeven zijn alle interviews letterlijk uitgetypt. Vervolgens zijn de interviews in Maxqda geplaatst. Daar zijn ze gelabeld en geanalyseerd. Buiten de interviews is ook het verslag van de expertmeeting in Maxqda gezet. Op die manier zijn de belangrijkste bevindingen uit die bijeenkomst ook meegenomen in de analyse.

¹⁹ Omwille van de leesbaarheid van de tekst zal in het vervolg gebruik worden gemaakt van de begrippen gender en cultuur als overkoepelende begrippen voor alle hier genoemde woorden.

²⁰ Gezien het feit dat er ongeveer 100 relevante onderzoeken zijn opgenomen in deze tabel, is besloten dit overzicht niet op te nemen in een bijlage.

5. Resultaten

Dit hoofdstuk gaat in op de belangrijkste resultaten uit de quickscan, de interviews en de expertmeeting. De quickscan geeft een algemeen beeld van de mate van aandacht voor cultuur en gender binnen het gezondheidsgerelateerde onderwijs en onderzoek. In de interviews is aandacht besteed aan vragen over belemmerende en bevorderende factoren binnen het onderwijs en onderzoek op het gebied van diversiteit. Ook is de respondenten gevraagd een beeld te schetsen van het ideale toekomstplaatje. Daarnaast is er tijdens de expertmeeting over verschillende punten gediscussieerd. De resultaten uit deze bijeenkomst bieden eveneens een verdieping aan de resultaten uit de quickscans.

De eerste paragraaf geeft een beschrijving van de begrippen diversiteit, cultuur en gender. Daarna komen de resultaten van de quickscan van het onderwijs aan bod. Daarbij wordt ook aandacht besteed aan de belangrijkste belemmerende en bevorderende factoren die de respondenten hebben genoemd. De resultaten over het onderzoek komen op eenzelfde manier aan de orde. Al deze informatie schetst een beeld van de mate van aandacht die er momenteel binnen het gezondheidsgerelateerde onderwijs en onderzoek is op het gebied van cultuur en gender en de belangrijkste factoren die deze mate van aandacht beïnvloeden.²¹

5.1 Begrippen

In het theoretische kader is aandacht besteed aan de begrippen diversiteit, cultuur en gender. Duidelijk is geworden dat (ondanks het veelvuldige gebruik) de betekenis van deze begrippen niet altijd helder is. Tijdens de interviews is de respondenten gevraagd aan te geven wat zij verstaan onder cultuur, gender en diversiteit. Door de respondenten te vragen naar de betekenis van deze begrippen, kon voorkomen worden dat er uiteindelijk onduidelijkheid bestaat over de invulling de respondenten er aan geven.

5.1.1 Diversiteit

Allereerst is de respondenten gevraagd wat zij verstaan onder diversiteit in de context van gezondheid(szorg). De meeste respondenten geven aan dat diversiteit op het gebied van gezondheid flexibel is. Het gaat om factoren die de maatschappelijke positie van mensen bepalen. Welke factoren dat zijn, kan aan verandering onderhevig zijn. Daarbij worden echter wel vaak dezelfde factoren genoemd.

²¹ Om de leesbaarheid van de citaten te verbeteren, zijn deze soms enigszins aangepast, of verhelderd (toevoegingen zijn als volgt weergegeven [..., MB]). Om te garanderen dat de inhoud van de citaten correct is, is de respondenten gevraagd na te gaan of er geen (interpretatie)fouten in de citaten staan. Vervolgens zijn de citaten, op verzoek van de respondenten, geanonimiseerd. Wel is in bijlage 2 (in overleg met de respondenten) een overzicht van de respondenten (in willekeurige volgorde) opgenomen.

'Diversiteit is het geheel van alle dimensies van verschil dat er tussen mensen op aarde kan zijn. In relatie tot ziekte en gezondheid zijn natuurlijk sekse en gender onderdeel ervan, maar ook zoiets als etniciteit, leeftijd, sociale klasse, handicap, seksuele oriëntatie. Ik kan er nog veel meer bij doen, maar ik beperk me toch meestal tot 6 hoofdklassen.' (Respondent 1)

'Ik versta eronder een vorm van persoonlijke identiteit onder invloed van factoren van maatschappelijke positietoewijzing. Diversiteitfactoren die de maatschappelijke positie toewijzen zijn voor mij sekse, gender, sociaaleconomische status, seksuele voorkeur, dus eigenlijk allemaal factoren op grond waarvan sociale groepen ontstaan.' (Respondent 2)

In het kader van gezondheid worden met name de factoren sekse/gender, etniciteit, leeftijd, sociaaleconomische status en seksuele voorkeur genoemd. Het is niet verwonderlijk dat juist deze begrippen in de context van gezondheid veelvuldig genoemd worden. Dit zijn de factoren die door de Europese Unie zijn vastgesteld als relevante factoren die invloed hebben op de maatschappelijke positie van mensen (www.equity2007.europa.eu).

5.1.2 Verschildenken

In het theoretisch hoofdstuk is ingegaan op twee risico's van het begrip diversiteit. Ook in de interviews is aandacht besteed aan de problemen die het diversiteitsdenken met zich mee kan brengen. Aan de ene kant is er het gevaar van een te ver doorgevoerde verdeling; door te richten op de verschillen tussen mensen kunnen de overeenkomsten uit het oog worden verloren (Apostel, 1997). Dit is een gevaar dat de respondenten in de praktijk ook ervaren.

'Het benadrukken van verschillen tussen mensen dat heeft het risico in zich dat je op een gegeven moment denkt dat iets in alles verschillend is. Terwijl het meeste gewoon hetzelfde is.' (Respondent 3)

'Dat merk je ook als je training geeft. Dan kom je heel snel mensen tegen die zeggen "Ja maar, wij denken er ook niet allemaal hetzelfde over". Die nuanceren het, maar bijna weer tot "iedereen is verschillend dus we hoeven het er helemaal niet over te hebben, want iedereen is verschillend".' (Respondent 4)

Aan de andere kant is in het theoretische kader het gevaar van het te zeer vereenvoudigen van de verschillen tussen mensen genoemd. Door de verschillen tussen mensen te zeer te

versimpelen is de kans op stereotyperingen aanzienlijk (Van Mens-Verhulst, 2007). Ook dit gevaar komen de respondenten in de praktijk veelvuldig tegen.

'Het is niet de eerste keer dat we hebben gehoord van "Wat moeten we daarmee... Moeten we dan voodoo met ze doen!?" Dat soort opmerkingen hoor je nog steeds. Mensen denken "Zolang we weten wat die culturele gewoonte van groep X is dan komt het wel goed". Dat is dus juist niet wat nodig is.' (Respondent 4)

'Een nadeel kan zijn dat men teveel in stereotypen gaat denken, bijvoorbeeld "Dit is een blanke hoog opgeleide man die wel vertrouwd zal zijn met psychotherapie. Of, dit is een Turkse oudere vrouw van de eerste generatie. Ze zal wel niet gemotiveerd zijn voor psychotherapie".' (Respondent 5)

Bovenstaande citaten laten zien dat er een voortdurende balans gezocht moet worden tussen de aandacht voor verschillen aan de ene kant en het voorkomen van stereotypen aan de andere kant. Een van de respondenten verwoordde dit dilemma zeer helder aan de hand van een voorbeeld.

'Dat laat zich het beste illustreren met wat ik elk jaar tegenkom als ik studenten hierover onderwijs geef. Eerst zijn ze heel verbaasd dat er verschillen zijn, vervolgens vinden ze het ontzettend moeilijk als ze dan in de huisartsenpraktijk een dagje meekijken, dat niet álle Marokkaanse meisjes een probleem hebben met de pil. Want dat hadden ze toch geleerd, Marokkaanse meisjes die durven niet om de pil te vragen. Dat dilemma tussen, het is belangrijk om het te weten maar dat dat niet betekent dat het voor iedereen geldt, dat is enorm lastig.' (Respondent 3)

5.1.3 Cultuur

Tijdens de interviews is de respondenten gevraagd kort aan te geven wat zij verstaan onder het begrip cultuur. Duidelijk is dat er geen vaste definitie of invulling bestaat van het begrip cultuur. Hoewel veel respondenten er dagelijks mee werken, blijft de precieze invulling van het begrip onduidelijk en vaag.

'Dat kan ik niet goed zeggen en daar is ook veel te veel over te zeggen' (Respondent 3)

'Er zijn natuurlijk honderdduizenden boeken volgeschreven over wat de definitie van cultuur is.' (Respondent 6)

Gezien het feit dat cultuur in onderzoek moeilijk te definiëren is en daarnaast ook zeer moeilijk af te bakenen is, geven de respondenten aan meer gebruik te maken van het begrip 'ethniciteit'.

'Ik gebruik zelf nooit het woord cultuur.' MB: Oke, waarom niet? 'Nou ik wil alleen maar een woord gebruiken als het goed gedefinieerd is en als ik weet wat ik er zelf mee bedoel en ook als ik het schrijf dat mijn lezer weet wat ik bedoel. Dat vind ik bij cultuur niet. Ik gebruik zelf wel vaker ethnic background of ethnic origin.' (Respondent 1)

'Ik hanteer het begrip cultuur niet zo vaak, maar meer etnische herkomst. Want cultuur, ja er zijn zoveel subculturele verschillen binnen één land. Dus dat vind ik een hele moeilijke. Ik weet niet zo goed wat ik daar mee aan moet.' (Respondent 2)

In het theoretische hoofdstuk is ingegaan op de complexiteit van de begrippen cultuur en etniciteit. Duidelijk is geworden dat beide begrippen nauw met elkaar samenhangen (Jenkins, 1997). Desondanks geven de respondenten aan vaker gebruik te maken van begrippen over etniciteit. Door te focussen op specifiek etnische herkomst of etnische achtergrond proberen zij de complexiteit van het begrip wellicht te omzeilen.

5.1.4 Gender

Het begrip gender lijkt voor een aantal respondenten een duidelijkere definitie te hebben. De verschillen tussen sekse en gender zijn, met name voor de mensen die onderwijs geven of onderzoek doen op dit gebied, vaak helder aan te geven.

'We zijn vanuit vrouwenstudies natuurlijk gewend om een onderscheid te maken tussen sekse en gender. Dan wordt met sekse meestal bedoeld biologische bepaalde sekse; het geslacht. En met gender meer de sociaal-culturele betekenissen van mannelijkheid en vrouwelijkheid, die in een bepaalde cultuur of subcultuur fungeren.' (Respondent 2)

Bij kennis over gender komt een vrij duidelijk onderscheid naar voren tussen mensen die in hun werk wel (structureel) aandacht besteden aan gender en mensen die meer gericht zijn op cultuur. Wanneer gender geen expliciet aandachtspunt is, is het dus vaak ook niet zo duidelijk wat het inhoudt.

'Gender gaat over man en vrouw dacht ik. Ik weet daar niet zo heel veel van. Dus dat is, denk ik, in hoeverre mannen en vrouwen een andere aanpak vereisen in hulpverlening, en hoe ze omgaan met de aard van hun problemen of dat soort zaken.' (Respondent 6)

'Gender vind ik een moeilijk begrip. Ik denk dat het niet alleen sekse is, maar dat het ook te maken heeft met de rol die daarbij hoort en verwachtingen en alles...' (Respondent 4)

Het feit dat mensen die gender niet als expertise hebben ook minder duidelijk geven wat gender precies is, kan invloed hebben op de mate waarin zij gender van belang achten voor onderwijs en onderzoek op het gebied van gezondheid. Hier zal in paragraaf 5.3.1 nog kort op in worden gegaan.

In deze paragraaf is stilgestaan bij verschillende relevante begrippen die centraal staan in het onderzoek. Bij diversiteit blijkt dat de invulling ervan op het gebied van gezondheid redelijk afgebakend is door grote organisaties zoals de Europese Unie. De problemen omtrent het diversiteitsdenken zijn in de praktijk nog groot. Duidelijk is geworden dat er een voortdurend dilemma bestaat over het benadrukken van verschillen aan de ene kant en het voorkomen van stereotypen aan de andere kant.

Het begrip cultuur is voor veel respondenten moeilijk te definiëren. Een aantal respondenten heeft daarom aangegeven dit begrip te vermijden. Etniciteit lijkt voor veel respondenten een duidelijker afbakening te hebben. Dit is opvallend, aangezien in het theoretische kader is gebleken dat etniciteit dezelfde complexiteit heeft als cultuur. Door zich specifiek te richten op etnische herkomst nemen de respondenten een deel van de complexiteit weg. Daarbij geldt echter dat ook etnische herkomst niet onomstreden is. Waar de grens ligt van etnische herkomst is niet altijd eenduidig te zeggen (Jenkins, 1997).

Over het begrip gender lijkt minder onduidelijkheid te bestaan. Hier valt alleen wel op dat de respondenten die geen expertise hebben op het gebied van gender, er meer moeite mee hebben om aan te geven wat gender is, dan respondenten die wel op dit gebied onderzoek doen of onderwijs geven. Op dit gebied is dus een duidelijke splitsing te zien.

5.2 Belang

Nadat de respondenten hadden aangegeven wat ze onder de verschillende begrippen verstaan, is ze gevraagd waarom het zo belangrijk is dat er aandacht komt in het curriculum voor diversiteit. In het theoretisch kader is uitgebreid aan bod gekomen dat het van belang is om in het curriculum al aandacht aan diversiteit te besteden, zodat de toekomstige professionals goed beslagen ten ijs gaan. Daarnaast bleek uit de paragrafen over gender en cultuur dat deze factoren invloed kunnen hebben op de perceptie, het verloop en de behandeling van ziekten.

Ook de respondenten geven aan dat aandacht voor diversiteit in de huidige samenleving van groot belang is. Aan de ene kant zijn er argumenten genoemd die te maken hebben met de omvang van de groep.

'Gemiddelde hulpverlening in de ambulante GGZ binnen Utrecht heeft per dag minstens 2 á 3 allochtone klanten. Dus je kunt er niet omheen.' (Respondent 7)

'We leven in een land met ruim 3 miljoen allochtonen op een bevolking van 16 miljoen, dus het is een substantiële groep waar je over spreekt.' (Respondent 2)

Aan de andere kant zijn er vrij veel argumenten genoemd die aangeven dat de gevolgen van slechte scholing op dit gebied erg groot zijn. Deze gevolgen variëren van slechte zorg tot hoge kosten.

'Als je dan wat harder spreekt, gewoon puur financieel, dan is het ook economisch zinvol om eens te kijken naar bijvoorbeeld geestelijke gezondheidszorg van allochtonen of vluchtelingen. Zoveel behandelingen mislukken, of verlopen in ieder geval veel minder goed dan bij autochtone cliënten, dat kost ook waanzinnig veel geld.' (Respondent 6)

'Wat je ziet is de artsenopleidingen, de psychologie opleidingen, de verpleegkunde opleiding, ze doen er niks aan, echt niks. Het is een schandaal, het is institutioneel racisme, het is het uitsluiten van belangrijke doelgroepen. Maar het gevolg daarvan is dat onze behandeling heel veel tijd moeten besteden aan het vraagstuk intercultureel hulpverleners. Daardoor wordt de hulpverlening aan allochtonen ook veel duurder. Bovendien behandelen we ze veel te laat waardoor we ze eigenlijk in een laat stadium binnenkrijgen binnen de gezondheidszorg, in een veel ernstigere situatie. Dat geldt voor mannen, geldt voor vrouwen, geldt voor kinderen, geldt voor jongeren, geldt voor de hele allochtone doelgroep, dus de hele diversiteit van die doelgroep.' (Respondent 7)

'Dat betekent dat ze relevant zijn voor hulpverleners, omdat als je geen weet hebt van deze verschillen dan kun je gewoon niet goed behandelen. Als je niet weet dat een kind minder medicatie nodig heeft dan een volwassene, dan roept iedereen "Ja natuurlijk is dat belangrijk". Dat moet je ook maar ooit ergens gehoord hebben, dat een kind anders in elkaar zit dan een volwassene. Als je niet wéét dat er etnische verschillen zijn, of als je niet wéét dat mannen en vrouwen écht anders zijn, dan maak je dus net zo'n grote fout als wanneer je een kind als een volwassene zou behandelen.' (Respondent 3)

Deze argumenten uit de praktijk laten zien dat een gebrek aan goede scholing grote gevolgen kan hebben voor de uiteindelijke zorg. Het is noodzakelijk om toekomstige professionals bekend te maken met mogelijke verschillen tussen allochtonen en autochtonen en tussen mannen en vrouwen. Als dat niet vanaf het begin gedaan wordt, dreigt er uitsluiting van goede zorg voor verschillende groepen. Dit kan uiteindelijk leiden tot hogere kosten, niet alleen voor de patiënt maar uiteindelijk voor de gehele maatschappij. In het theoretisch kader is aangegeven dat het belang van goed onderwijs met name ligt in het feit dat verschillende doelgroepen anders grotere kans hebben om slechtere zorg te krijgen (Van Mens-Verhulst et al., 2005).

Opvallend is, dat de financiële gevolgen die de respondenten noemen, in de theorie (voor zover bekend) niet aan de orde komen. Het feit dat slechtere behandeling de maatschappij uiteindelijk geld kost, benadrukt nog een nieuw belang voor de maatschappelijke relevantie van aandacht voor diversiteit.

Het belang dat door geen enkele respondent expliciet is aangegeven, maar wellicht wel een achterliggende rol speelt is het feit dat een goede gezondheid leidt tot een betere kwaliteit van leven (www.who.int; TEngland, 2006). Waarschijnlijk ligt het uiteindelijke doel van het streven naar aandacht voor diversiteit op het gebied van gezondheid, in het idee dat iedereen in Nederland een goede kwaliteit van leven verdient. Opvallend is dus dat de respondenten dit doel niet als zodanig genoemd hebben.

5.3 Onderwijs

Deze paragraaf gaat uitgebreid in op de mate waarin in het hoger onderwijs aandacht wordt besteed aan cultuur en gender. Daarbij is door middel van quickscans gekeken naar het wetenschappelijke onderwijs en het postdoctorale onderwijs. Daarnaast is in de interviews ingegaan op verschillende vragen omtrent het onderwijs (hierbij ging het met name over het universitaire onderwijs).

5.3.1 Quickscan

In totaal zijn er voor de quickscan ongeveer 500 cursusbeschrijvingen van de universitaire bachelors bekeken, ongeveer 250 cursusbeschrijvingen van de universitaire masters en ongeveer 150 beschrijvingen van postdoctorale opleidingen bekeken.

Van het universitaire onderwijs (bachelor en master samen) zijn 52 cursussen relevant bevonden. Relevant houdt in dit geval in dat er in de cursusbeschrijving expliciet is aangeduid dat er in de cursus aandacht wordt besteed aan cultuur en/of gender²² op het gebied van gezondheid(szorg). Het betreft 39 bachelorcursussen en 13 mastercursussen. Een verklaring voor deze scheve verdeling zou kunnen zijn dat er in de bachelor praktisch gezien meer ruimte (tijd) is voor cursussen. De bachelor duurt over het algemeen drie jaar, terwijl de master in de meeste gevallen slechts één jaar duurt²³. Daarnaast is er in de master vaak een aanzienlijk deel van de tijd gereserveerd voor het doen van onderzoek. In deze periode wordt er dus ook niet expliciet aandacht besteed aan diversiteit op het gebied van gezondheid.

In totaal zijn er 13 cursussen die aandacht besteden aan zowel cultuur als gender (9 binnen de bachelor en 4 binnen de master). Bij de overige 39 cursussen valt op dat er aanzienlijk vaker aandacht wordt besteed aan cultuur dan aan gender. Van deze cursussen

²² Omwille van de leesbaarheid zullen hier slechts de begrippen cultuur en gender genoemd worden. Met deze twee begrippen worden echter alle begrippen geïmpliceerd die in hoofdstuk 4 (Methoden) zijn genoemd als begrippen waarop gezocht en geselecteerd is.

²³ In de geneeskunde opleidingen is deze verdeling enigszins anders. Ook daar is er echter aanzienlijk meer ruimte voor theoretische vakken in de bachelor, aangezien er in de master met name coschappen gelopen worden.

zijn er 33 die aandacht besteden aan cultuur tegenover 6 die aandacht besteden aan gender (op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg).

Deze scheve verdeling is ook terug te vinden bij de postdoctorale opleidingen. In totaal zijn er 46 postdoctorale opleidingen gevonden die aandacht besteden aan cultuur en/of gender op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg. Daarbij kan er een groot verschil zitten in het soort opleiding, aangezien het postdoctorale onderwijs uiteen kan lopen van een één daagse cursus tot een meerjarige opleiding. 7 van de 46 opleidingen besteden (soms in geringe mate) aandacht aan cultuur én gender. Daarvan zijn 6 vakken onderdeel van een meerjarige cursus en niet toegankelijk voor iedereen. Slechts 1 cursus die aandacht besteed aan cultuur en gender is voor iedereen toegankelijk. Verder valt op dat geen enkele cursus aandacht besteed aan alleen gender en gezondheid. Alle overige 39 cursussen besteden aandacht aan cultuur op het gebied van gezondheid.

Opvallend is, dat (op basis van deze gegevens) geconcludeerd kan worden dat er zowel in het universitaire onderwijs als in het postdoctorale onderwijs aanzienlijk meer aandacht is voor cultuur dan voor gender. Gezien het feit dat hier niet direct een logische verklaring voor te vinden is, is er tijdens de expertmeeting gevraagd wat volgens de deelnemers hiervoor de oorzaak zou kunnen zijn. In eerste instantie werd aangegeven dat het zou kunnen komen door de begrippen waarop er geselecteerd is.

Één van de deelnemers van de expertmeeting gaf aan dat het mogelijk is dat gender minder vaak expliciet in de cursusbeschrijving wordt opgenomen, doordat het langzaam gemainstreamd is in het onderwijs. Het zou dus kunnen dat het vanzelfsprekend is om er aandacht aan te besteden en dit niet meer expliciet te noemen. Veel andere deelnemers van de meeting waren het niet met dit idee eens. Zij waren juist van mening dat de aandacht voor gender aan het 'verdampen' is, of ondergesneeuwd raakt.

'Het is niet helemaal weg, maar het is 'ondergesneeuwd'. Eerst is iets een 'hot item' en daarna raakt het weer wat ondergesneeuwd door de aandacht voor een nieuw 'hot item'. Eerst was dat bijvoorbeeld gender en daar is de laag cultuur of etniciteit overheen gekomen. Daardoor raakt gender weer wat vergeten. De kunst is om dan door die nieuwe laag heen te prikken en gender er ook in op te nemen en erin door te laten dringen.' (Respondent 5 tijdens expertmeeting)

Een andere mogelijke oorzaak voor de geringe aandacht voor gender werd tijdens de interviews gegeven. Daar werd door een aantal respondenten aangegeven dat zij hun expertise niet hadden op het gebied van gender.

'Daar komt gender wel af en toe ter sprake, maar wij hebben er niet zo veel aandacht aan besteed en op de een of andere manier is mijn expertise daar niet echt... Ja je bent dan al zoveel met etnische verschillen bezig dat je er niet zo veel weet over gender.' (Respondent 4)

Eén van de respondenten gaf nog een andere reden voor het buiten beschouwing laten van gender.

'In principe proberen we nu wel te verbreden naar sociaaleconomische verschillen. Dus diversiteit naar sociaaleconomische status.' MB.: Meer dan naar gender? *'Ja meer dan naar gender. Ik heb ook meer zo het idee van, dat zit in Nijmegen. Wat zal ik daar gaan concurreren.'* (Respondent 8).

Dit citaat laat zien dat het niet van belang wordt geacht structureel, in iedere cursus of onderzoek, aandacht te besteden aan gender. Dat is ook een resultaat dat uit de expertmeeting naar voren is gekomen. Ook daar werd niet door iedereen het belang van gender voor bijvoorbeeld communicatie tussen arts en patiënt ingezien. Tijdens de expertmeeting bleek dat een belangrijke oorzaak hiervan het gebrek aan kennis is. In paragraaf 5.1.1. is gebleken dat mensen die geen expertise hebben op het gebied van gender, ook veel minder goed weten wat gender precies inhoudt. Het gebrek aan kennis over dit onderwerp zou ertoe kunnen leiden dat mensen het belang er ook minder van inzien. De vraag is dan uiteraard wat de oorzaak is en wat het gevolg.

5.3.2 Belemmerende factoren

Tijdens de interviews is de respondenten gevraagd de mate van aandacht voor cultuur en gender binnen het onderwijs te waarderen met een cijfer op de schaal van 1 tot 10 (1 is heel slecht, 10 is heel goed). De cijfers varieerden van een 1 tot een 6, met als gemiddelde cijfer een 4. De redenen voor deze lage cijfers lagen met name in het gebrek aan aandacht op dit gebied.

'Ik denk dat er in het algemeen heel erg veel tekort is. Dus zowel etniciteit als gender, dat is gewoon ernstig.' (Respondent 2)

'Dat cijfer mag dan niet hoog zijn natuurlijk. Want veel aandacht is er volgens mij niet.' (Respondent 6)

Vervolgens is de respondenten ook gevraagd welke belemmeringen er volgens hen zouden zijn, die ertoe leiden dat er niet meer aandacht voor diversiteit in het onderwijs is. De redenen die de respondenten hiervoor gaven waren redelijk uiteenlopend. Uiteindelijk bleken de belangrijkste belemmeringen op twee niveaus te liggen; op managementniveau en op uitvoerend niveau.

De belemmeringen op het managementniveau zijn daarbij verreweg het meest omvattend beschreven door de respondenten. Uit de interviews is naar voren gekomen dat diversiteit in het curriculum bij het management vaak niet de prioriteit heeft.

'Er zijn allerlei mensen die over het onderwijs nadenken en die zagen dat [aandacht voor diversiteit, MB] niet meteen als hoogste prioriteit.' (Respondent 6)

'Nee, de Raad van Bestuur hier is echt zeer conservatief. Dat betekent dat ze het medisch-technisch hoog ontwikkelen, dat is wat alle prioriteit krijgt en alles waarvan zij denken dat het soft is -ook al is dat helemaal niet zo- dat krijgt totaal geen aandacht. Dat is lastig.' (Respondent 3)

Uit de onderzoeken van Wieringen et al. (2003) en Verdonk et al. (2009a) kwam ook naar voren dat op het niveau van de organisatie van de opleidingen het belang van aandacht voor diversiteit niet altijd wordt erkend. De reden die daar mogelijk aan ten grondslag ligt is de marktwerking binnen de universiteiten. Zoals in hoofdstuk 2 is aangegeven zijn universiteiten (met name de managers binnen de universiteiten) erg gericht op economische relevantie en efficiency (Boomkens, 2008; Lorenz, 2008). Het lijkt dat aandacht voor diversiteit op het moment geen grote economische relevantie heeft. Het wetenschappelijke paradigma is momenteel meer gericht op de cijfermatige 'harde' wetenschap. Hier zal later in deze paragraaf nog uitgebreider op in worden gegaan.

Een oorzaak die de respondenten noemen voor de lage prioriteit van diversiteit binnen het curriculum is een gebrek aan kennis van het belang van aandacht voor diversiteit.

'Dat komt omdat het nog steeds bij heel veel mensen onbekend is dat er zulke harde verschillen zijn. [...] Er is gebrek aan kennis bij degenen die het curriculum in hoge mate bepalen.' (Respondent 3)

Één van de respondenten geeft aan dat het gebrek aan kennis ontstaat doordat degenen die gaan over de invulling van het curriculum zelf de 'ongecategoriseerde norm' hebben, zoals die beschreven is hoofdstuk 2 (Wekker en Lutz, 2001). Dat houdt in dat ze zelf in de praktijk niet te maken krijgen met achtergestelde vormen van zorg, dus dat ze het belang van aandacht voor specifieke groepen wellicht minder zien.

'De besluitvormers hier zijn wit, zijn man, zijn asociaal, zijn zelfingenomen over hun eigen programma's en hebben zelf geen contact met de etnisch diverse groepen. [...] Ik denk dat dat één van de grootste barrières is die we tegenkomen. Dus we krijgen jonge psychologen, jonge psychiaters, jonge therapeuten, die nog nooit een allochtoon hebben gesproken.' (Respondent 7)

Verder valt op dat veel respondenten aangeven dat er betere tijden zijn geweest op het gebied van diversiteitsgericht onderwijs. Met de herstructurering van het onderwijs en de

invoering van het bachelor-master systeem is veel aandacht op dit gebied, volgens de respondenten, weer verdwenen.

'Er kwam het BAMA stelsel; bachelor-master stelsel. Alles moest gereorganiseerd worden, de hele opleiding opnieuw ingericht. Dat was het moment om de omstreden onderwerpen van de band te doen. Alles moest korter; in 3 jaar moest men mensen klaarstomen voor hun beroep. Onze mooie cursussen zijn gewoon geschrappt.' (Respondent 9)

'Toen [1998, MB] was er een tracé onderwijs; gender en gezondheidswetenschappen. Dat waren drie cursussen. Dat was van april tot juli, achter elkaar. Later is er nog een interfacultaire cursus bijgekomen uit het Centrum voor Gender en Diversiteit. Dat is dus een geheel van 4 cursussen. Maar met de BAMA is dat geheel afgeschaft.' (Respondent 1)

Een reden die één van de respondenten daarvoor geeft is dat er in het nieuwe onderwijssysteem andere manieren van kosten declareren en geld verdelen zijn ontstaan.

'Dat is allemaal herstructurering. Een andere manier van geld verdelen, interfacultaire dingen willen ze ook niet meer en er is een andere manier van afrekenen.' (Respondent 1)

Dat er sinds de invoering van de bachelor-master structuur veel diversiteitsgerichte vakken verdwenen zijn is volgens de respondenten een feit. De respondenten hebben tijdens de interviews ook verschillende redenen genoemd waarom het management volgens hen geen grote prioriteit geeft aan het besteden van aandacht aan diversiteit. In een van de hierboven genoemde citaten blijkt al dat het management meer aandacht lijkt te hebben voor het oefenen en ontwikkelen van hoogstaande technieken in de curricula. Voor de 'softe' kant van de geneeskunde of psychologie lijkt minder aandacht te zijn.

'Dan loop je tegen dat dominante wetenschappelijke paradigma aan, waardoor er maar weinig mensen zijn die denken "Hé, we moeten misschien ook nog iets over variatie en culturele en sociale diversiteit zeggen".' (Respondent 10)

'De medische wetenschappen breiden zich explosief uit. Dat geloof ik best, er komen zoveel nieuwe onderwerpen en kennis; DNA bijvoorbeeld. Dan zeggen ze "Dat [aandacht voor cultuur, MB] hebben we moeten droppen om plaats te maken voor een cursus genetica". Al die nieuwe technieken, nieuwe apparatuur, nieuwe medicijnen. Dat moeten de studenten allemaal leren. [...] Met de opkomst van het hersenenonderzoek in de psychologie, toen begon de psychologie zich veel meer op de neuropsychologie te richten. De biologische invalshoeken. Dat zie je overal. Cultuur is helemaal uit, wetenschappelijk gezien.' (Respondent 9)

Uit deze citaten komt naar voren dat het belang van aandacht voor diversiteit in het onderwijs niet volledig door het management erkend lijkt te worden. Het lukt tot op heden niet om diversiteit structureel in het curriculum in te bedden. Bovenstaand citaat doet vermoeden dat technische vaardigheden in het geneeskundecurriculum en hersenonderzoek in het psychologiecurriculum belangrijker gevonden worden dan aandacht voor cultuur en gender. De respondenten geven aan dat dit te maken heeft met het imago van gender en cultureel gerelateerd onderwijs.

'Dat het accent meer ligt op de hardere kant van de psychologie. Meer de fysiologische kant, dat heeft dan meer wetenschappelijke status.' (Respondent 6)

'Bijna altijd denken bijvoorbeeld medische specialisten die zich niet met dit onderwerp hebben beziggehouden, dat aandacht voor gender en cultuur heel soft is. Dat dat dan een beetje gaat in termen van "Vrouwen voelen anders".' (Respondent 3)

Deze citaten tonen aan dat er een 'harde' en een 'softe' kant binnen de verschillende curricula bestaat. Momenteel heerst er in het wetenschappelijke paradigma blijkbaar het idee dat de 'harde' kant de belangrijkste is. Daardoor is er op het niveau van het management wellicht minder drang om aandacht te besteden aan de 'softere' kant van geneeskunde of psychologie. Het lijkt erop dat universiteiten onderling concurreren op de punten van technologie in plaats van op diversiteit. Daardoor lijkt de aandacht voor diversiteit op de tweede plaats te komen. Dat de concurrentieplaats tegenwoordig een belangrijk criterium is voor universiteiten om op te scoren is ook door Boomkens (2008) en Lorenz (2008) aangegeven. Door de stugge managementlaag, die meer gericht lijkt te zijn op de (kwantitatieve) prestaties van de universiteit dan op de inhoud van de opleidingen, is het voor docenten of zelfs opleidingsdirecteuren niet altijd eenvoudig om aandacht voor (in dit geval) diversiteit te bevorderen.

Tot nu toe zijn de belemmeringen op het niveau van het management aan bod gekomen. De respondenten gaven echter ook aan dat op het niveau van de docenten belemmerende factoren te noemen zijn. De grootste belemmeringen die op dit niveau genoemd werden zijn het gebrek aan kennis en aan materiaal.

'Voor cursussen van collega-docenten probeer ik hen als opleidingsdirecteur te motiveren gender en etnische herkomst te integreren. Maar ik krijg vaak te horen: "Dat vinden we moeilijk, we weten niet zo goed hoe dat moet", of "we weten niet waar we dat moeten zoeken".' (Respondent 2)

'Er is niet altijd voldoende deskundigheid aanwezig bij de curriculum ontwikkelaars en docenten.' (Respondent 5)

Een andere grote witte plek is er op het gebied van goede casuïstiek. Ook daar blijkt in de praktijk, volgens de respondenten, een groot tekort aan te zijn. De reden daarvoor is dat er weinig evidence based materiaal is op dit gebied. Daardoor is vaak nog onduidelijk wat wel en niet werkt in de praktijk.

'Omdat evidence gewoon nog mist vind ik zelf. Als je onderwijs wilt ontwikkelen moet je zelf dat altijd verdedigen of beargumenten waarom het erin moet. Mensen herkennen wel wat argumenten van "het levert problemen op in de praktijk dus daar moet je ze op voorbereiden". Maar wat werkt dan? Dat vind ik zelf bij het maken van onderwijs heel moeilijk. Je bedenkt wel iets maar heeft het nu echt effect? Dus de evidence in die zin ontbreekt wel. [...] Aan casuïstiek waarmee je dan de onderwijsinstanties moet overtuigen, daar heb je nog niet zo heel erg veel van.' (Respondent 4)

'Dat gebeurt hier op de afdeling ook wel veel dat soort onderzoek van dat je competenties verschillend moet behandelen, maar misschien moet je diabetes ook wel verschillend behandelen enzovoorts. Dat weten we allemaal niet.' (Respondent 8)

De schuld van het gebrek aan kennis kan daarom niet slechts bij de docenten gelegd worden. Er zou meer onderzoek nodig zijn om deze witte plekken op te kunnen vullen. Dat is niet zozeer de taak van de docenten, maar van onderzoekers. Op basis van onderzoek kan evidence based onderwijsmateriaal ontwikkeld worden. De gedachte van de meeste respondenten is dat wanneer er genoeg materiaal is, er ook meer docenten het initiatief zullen nemen om in hun cursus aandacht te besteden aan diversiteit. De vraag is uiteraard of dat inderdaad het geval zal zijn. Tijdens de expertmeeting is bijvoorbeeld aangegeven dat er op het gebied van gender al redelijk veel onderwijsmateriaal is. Die kennis en dat materiaal lijkt zich met name te bevinden aan de Radboud Universiteit in Nijmegen. Tijdens de meeting kwam naar voren dat eigenlijk weinig mensen buiten deze universiteit op de hoogte zijn van deze informatie. Ook werd geconcludeerd dat er 'geen logische lijn van overdragen van kennis is', aldus één van de deelnemers. Daardoor gaat veel kennis verloren of blijft het op dezelfde plek, zonder dat anderen er weet van hebben. Het

ontwikkelen van goede casuïstiek hoeft daarom niet per definitie te betekenen dat er in de curricula ook meer aandacht komt.

Verschillende respondenten geven aan langzaam pessimistisch te worden van de situatie. Er moet hard gevochten worden, ieder jaar weer, om een cursus in het curriculum te houden. De respondenten lijken de moed soms een beetje op te geven.

'Ik begin bijna in Marx te geloven; dat de ellende nog groter moet worden wil er eens wat veranderen.' (Respondent 10)

'Een deel van mij denkt: je moet gewoon wachten totdat de tijden beter worden. Anderen zeggen dat je de tijd beter moet maken. Ik wil het niet helemaal in m'n eentje doen. Ik wil steun van boven. Ik wil geen onderwijsprogramma uitschrijven als niemand dat gaat invoeren.' (Respondent 9)

Juist het gebrek aan een 'trigger person' in het onderwijs kan ertoe leiden dat de aandacht voor diversiteit uitblijft. Uit het artikel van Verdonk et al. (2009a) bleek immers dat het juist heel belangrijk is dat er iemand is in het onderwijs die de kar wil trekken en zich in wil zetten om de aandacht te blijven bevechten. De pessimistische citaten hierboven laten zien dat dergelijke sleutelfiguren wellicht moe beginnen te raken van het vechten tegen de hogere lagen.

Overigens geven de respondenten aan dat het ook een gevaar kan zijn om hele sterke 'trigger persons' te hebben. Het gevaar is dat de kennis en aandacht met het verdwijnen van deze persoon ook weer volledig verdwijnt uit het curriculum of onderzoek. Het blijft op die manier in het 'hobbycircuit' zitten, zoals één van de respondenten het noemt.

'Als het afhangt van personen is dat ook een gevaar, want als sommige personen met pensioen gaan, dan stort het helemaal in.' (Respondent 8)

De verschillende belemmeringen die in deze paragraaf zijn genoemd, hangen uiteraard alle nauw met elkaar samen. Het feit dat er gebrek aan kennis is, kan ertoe leiden dat het belang van aandacht voor diversiteit niet gezien wordt. Dit geldt zowel op het niveau van de docenten als op het niveau van het management. Met name het gebrek aan economische relevante kennis kan voor het management een reden zijn geen aandacht te besteden aan diversiteit in het curriculum (Lock, 2008). Prioriteiten binnen het curriculum lijken tegenwoordig namelijk in grote mate bepaald te worden op basis van hun economische relevantie. Gebrek aan kennis over deze economische relevantie zou ertoe kunnen leiden dat er geen aandacht is voor de 'softe' wetenschappen. Het lijkt een soort negatieve spiraal die alleen verbroken kan worden door 'harde' (cijfermatige)

wetenschappelijke kennis en casuïstiek op het gebied van diversiteit en gezondheid(szorg) te ontwikkelen.

5.3.3 Bevorderende factoren

In de vorige paragraaf zijn de belemmerende factoren voor het onderwijs uitvoerig besproken. In deze paragraaf zal verder ingegaan worden op de bevorderende factoren die de respondenten ervaren. Tijdens de interviews is de respondenten gevraagd of zij factoren zouden kunnen noemen die volgens hen bevorderend werken voor het implementeren van diversiteitsgerichte vakken in de verschillende curricula. Er zijn uiteindelijk twee factoren te onderscheiden die als bevorderend gezien kunnen worden. Ten eerste blijkt dat studenten erg veel interesse hebben in de cursussen. De respondenten gaven aan dat erg veel cursussen op het gebied van gender en cultuur facultatieve cursussen waren. Sinds enkele jaren begint de animo voor deze vakken toe te nemen.

'Ik heb een keuzevak ontwikkeld voor geneeskundestudenten wat we nu een derde keer geven. Dat zijn kleine groepjes, hiervoor waren het 2 groepjes van 8. Nu is het een groep van 20, dat is ook wel het maximum met hoeveel je zo'n keuzevak kan doen.'
(Respondent 4)

'Ondertussen zie je dat het aantal studenten dat aandacht heeft voor het facultatieve programma van 15 naar meer dan 300 is gestegen. Dat is succesvol.' (Respondent 7)

Een mogelijke reden voor deze toegenomen interesse die uit de interviews naar voren kwam, is de mogelijkheid dat steeds meer studenten in hun dagelijks leven te maken krijgen met de pluriformiteit van de samenleving. Daardoor zien zij het belang van kennis hierover misschien meer dan een management, dat zich (vaak) in een zeer 'witte' (mono-culturele) organisatie en omgeving bevindt.

Opvallend is dat de toenemende interesse in diversiteit vanuit studenten kennelijk niet heeft geleid tot een toenemende interesse vanuit het management. Op basis van de marktwerking binnen universiteiten zou verwacht kunnen worden dat wat 'verkoopt' ook meer aangeboden wordt. Uit de vorige paragraaf kwam echter naar voren dat het management vaak nog niet wil investeren in diversiteit. Een klein aantal respondenten geeft overigens wel aan te werken met een management dat positief tegenover diversiteit staat. Dit wordt als een zeer bevorderende factor ervaren.

'Het onderwijsinstituut nodigt ons wel uit van "Hoe is het nou met het longitudinaal thema?". Het is absoluut niet zo dat wij hier roepende in de woestijn zijn. Wij krijgen ook wel mogelijkheden. Hoe groot die precies zijn en wat wij precies kunnen realiseren dat is natuurlijk de vraag, maar het wordt wel ondersteund van bovenaf.' (Respondent 8)

Een van de respondenten gaf aan zelf een positie te bekleden van waaruit zij de aandacht voor diversiteit binnen het curriculum kan stimuleren.

'Dan is ook bevorderend, in mijn geval, dat ik zelf de opleidingsdirecteur ben, dus ook de positie heb gekregen om te zeggen: Dat vind ik belangrijk en dat moet gewoon gebeuren. Dat helpt allemaal wel.' (Respondent 2)

Dat het management een belangrijke rol speelt bij de mogelijkheden tot implementatie van diversiteitsgerichte cursussen, blijkt uit het feit dat het aan de ene kant als een zeer belemmerende factor wordt ervaren als het management niet mee wil werken (zie vorige paragraaf). Aan de andere kant wordt het juist als zeer bevorderend ervaren als het management wel mee wil werken. Ondanks dat het management vaak niet direct de inhoud van het curriculum bepaalt, kan het blijkbaar wel enige invloed uitoefenen op welke vakken er in het curriculum opgenomen worden.

5.3.4 Toekomst van het onderwijs

Tijdens de interviews is de respondenten gevraagd wat er volgens hen, ideaal gezien, in de toekomst zou moeten veranderen om het onderwijs perfect te maken. Het ging er daarbij niet om een realistisch beeld te schetsen van hoe de toekomst waarschijnlijk zal zijn. Het ging erom een beeld te schetsen van de ideale onderwijssituatie op het gebied van diversiteit in het onderwijs.

De verdeling van de antwoorden is hierbij zeer gering. Alle respondenten gaven aan dat er in de toekomst structurele aandacht voor diversiteit in het curriculum zou moeten komen. Momenteel is er her en der wel een (keuze) cursus in een aantal curricula opgenomen, maar de aandacht moet meer structureel worden. De respondenten geven twee redenen voor het belang van structurele aandacht voor diversiteit in het gezondheidsgerelateerde curriculum. Ten eerste kan door deze implementatie voorkomen worden dat bepaalde groepen (bijvoorbeeld allochtonen of vrouwen) als 'anders' worden gezien.

'Op het moment dat je een blok allochtonen krijgt dan heb je ineens het idee "Dit is iets héél anders dan autochtonen", terwijl dit toch maar op een aantal aspecten zo is.' (Respondent 3)

Respondent 4: 'Ook door te denken over een longitudinale lijn, zodat aandacht voor diversiteit op verschillende plekken terug komt en niet één blok over allochtonen.'

Respondent 8: 'Nee, want dat leidt volgens mij echt tot aapjes-kijk-gedrag.'

Het zou juist voorkomen moeten worden dat dergelijke groepen als 'anders' worden gezien. Dat is onder andere belangrijk voor het voorkomen van stereotypingen.

Verschillende respondenten geven daarnaast aan dat structurele aandacht op den duur waarschijnlijk zal leiden tot diversiteitsbewust handelen van toekomstige professionals.

'Je moet een begin maken en ik zou dus dat denken daarover [diversiteit, MB] als een automatisme aan willen brengen.' (Respondent 1)

De respondenten geven ook aan dat het van belang is om op verschillende niveaus en op verschillende manieren aandacht te besteden aan diversiteit. Op het moment zijn veel vakken die aandacht besteden aan diversiteit nog facultatief. Daar zou volgens de respondenten verandering in moeten komen. Alle studenten zouden in het curriculum met diversiteit op (onder andere) het gebied van cultuur en gender in aanraking moeten komen.

'De aandacht moet meer geïntegreerd in dat totale curriculum. Niet meer facultatief, maar zo dat het diversiteitsperspectief er gewoon standaard erbij hoort.' (Respondent 6)

Een aantal respondenten geeft daarnaast aan dat het zinvol is om ook buiten het vaste curriculum vakken aan te blijven bieden.

'In de basisopleidingen moet je een hap cultuur hebben of een hap etniciteit, maar daarnaast moet je mensen zich laten specialiseren. Zo heb ik het altijd gedaan in de interculturele psychologie: je hebt colleges in het eerste jaar voor iedereen en bij alle subdisciplines een paar colleges en daarnaast vrij gespecialiseerde cursussen. Dat is de beste aanpak.' (Respondent 9)

De respondenten hebben allen vrij specifieke ideeën over hoe het in de toekomst beter zou kunnen. Alle respondenten hebben aangegeven dat er meer structurele aandacht nodig is. Tijdens de expertmeeting is gesproken over waar het initiatief voor veranderingen zou moeten liggen. Tijdens deze bijeenkomst is naar voren gekomen dat het in deze tijd niet eenvoudig is om veranderingen te bewerkstelligen. Dit heeft onder andere te maken met het feit dat er een verschuiving heeft plaatsgevonden in waar het initiatief voor verandering genomen wordt. In de vorige eeuw kwam het initiatief voor verandering met

name van onderaf. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat de vrouwen tijdens de feministische golf stredden voor hun eigen belangen. Zij hebben er in de vorige eeuw zelf voor gestreden om meer aandacht voor gender in het curriculum en in de gezondheidszorg te krijgen. In de huidige strijd naar aandacht voor diversiteit komt het initiatief veel minder van onderaf. Met de komst van de marktwerking binnen universiteiten is het strijden voor aandacht voor diversiteit van onderaf waarschijnlijk veel moeilijker geworden. Voorheen konden studenten de inhoudelijke discussie met docenten aangaan om vanaf daar aandacht binnen het curriculum te bewerkstelligen. Tegenwoordig is de discussie meer van inhoudelijke relevantie naar economische relevantie verschoven (Boomkens, 2008).

Tijdens de expertmeeting is aangegeven dat het noodzakelijk is om de aandacht voor diversiteit nu via een andere weg te bevorderen. Het lijkt relevant om het initiatief te verplaatsen naar hogere lagen. In plaats van bottom-up moet er nu wellicht meer top-down gestreden worden. Een voorstel dat tijdens de meeting een aantal keer genoemd werd, is dat accreditatiecommissies diversiteit mee zouden moeten nemen als criterium in hun beoordeling. Op die manier kan de aandacht voor diversiteit van bovenaf gestimuleerd worden. Als diversiteit meegenomen wordt bij de beoordeling van opleidingen, is de kans groot dat managers aandacht in het curriculum zullen bevorderen. Ze zullen immers een slechte concurrentiepositie willen voorkomen (Lorenz, 2008).

Het is van belang in te zien dat er dergelijke verschuivingen van initiatief aan het plaatsvinden zijn. Het heeft immers gevolgen voor de manier waarop veranderingen in het curriculum bewerkstelligd kunnen worden. Om het ideale toekomstbeeld zoals de respondenten dat geschetst hebben mogelijk te maken, moet duidelijk zijn waar de initiatieven genomen moeten worden. Wordt dat niet gedaan, dan zal er in de toekomst waarschijnlijk ook weinig veranderen.

5.4 Onderzoek

In de vorige paragraaf is uitgebreid ingegaan op de mate waarin er in het gezondheidsgerelateerde onderwijs aandacht wordt besteed aan diversiteit. Deze paragraaf gaat in op de mate van aandacht binnen het wetenschappelijke onderzoek. Daarbij wordt eerst gekeken naar de resultaten van de quickscan. De daaropvolgende paragraaf gaat aan de hand van de belemmerende en bevorderende factoren in op mogelijke verklaring voor de mate van aandacht. Ten slotte wordt bekeken welke toekomstidealen de respondenten voor het wetenschappelijke onderzoek op het gebied van diversiteit hebben.

5.4.1 Quickscan

Zoals aangegeven in hoofdstuk 4 is er bij de quickscan van het onderzoek gekeken naar een aantal specifieke websites. Daarbij is gekeken naar zowel afgeronde onderzoeken vanaf 2006, als naar lopende onderzoeken.

Opvallend is dat er bij de onderzoeken, evenals bij het onderwijs, meer aandacht is voor cultuur dan voor gender. In dit geval zou de verklaring daarvoor mogelijk gezocht kunnen worden in het feit dat er een aantal websites zijn bekeken van organisaties die specifiek gericht zijn op migranten/vluchtelingen (bijvoorbeeld Pharos, Mikado, Mighealth.net). Wel is er een aantal onderzoeken die zich specifiek richten op vrouwen. Het gaat hierbij vaak om onderzoeken die specifiek betrekking hebben op problemen die verbonden zijn aan de vrouwelijke sekse (bijvoorbeeld onderzoeken naar problemen bij zwangerschap of meisjesbesnijdenis). Onderzoeken die aandacht besteden aan daadwerkelijke genderrollen, zijn er slechts in relatief kleine getale.

Verder valt op dat het merendeel van de onderzoeken ingaat op psychische problemen van migranten of vluchtelingen. Vluchtelingen/asielzoekers en illegalen vormen in dit onderzoek vaak een aparte groep. Dat houdt in dat er niet veel gesproken wordt over 'allochtonen' in het algemeen. De meeste onderzoeken gaan in op één van deze specifieke doelgroepen, of op specifieke etnische groepen (Marokkanen, Turken, Chinezen of dergelijke). De reden dat er meer onderzoek naar psychische problemen wordt gedaan, zou kunnen zijn dat de urgentie naar kennis op dit gebied groter is. Om allochtone patiënten in de geestelijke gezondheidszorg goed te kunnen helpen is er waarschijnlijk een goede communicatie en inleving in de mogelijke problemen nodig. In de somatische zorg is dit wellicht minder noodzakelijk, omdat een behandeling (denk bijvoorbeeld aan een griep of een gebroken been) mogelijk ook tot stand kan komen zonder veel achtergrondinformatie. Bovendien kan er in deze zorgsector eenvoudiger gebruik worden gemaakt van een tolkentelefoon, mocht de communicatie tot grote problemen leiden (Seeleman et al., 2008). Een andere verklaring voor deze nadruk op psychische problemen kan wellicht gevonden worden in het feit dat de migratie vaak psychische gevolgen heeft. Dit blijkt uit het schema van Stronks (1999) (zie hoofdstuk 2, figuur 1). Mogelijk kampen migranten vaker met psychische problemen dan met lichamelijke problemen. Dat kan als gevolg hebben dat er in het onderzoek ook meer aandacht wordt besteed aan deze psychische problemen.

5.4.2 Belemmerende factoren

In de interviews is de respondenten allereerst gevraagd op een schaal van 1 tot 10 aan te geven welk cijfer zij zouden geven voor de mate waarin er volgens hen momenteel in Nederland onderzoek wordt gedaan naar diversiteit en gezondheid. De cijfers voor het onderzoek liepen uiteen van een 2 tot een 8. De hogere cijfers zijn te verklaren doordat een aantal respondenten aangaven buiten hun eigen onderzoek niet op de hoogte te zijn van onderzoek op dit gebied. Zij hebben daarom hun eigen onderzoek gewaardeerd. Aangezien er in die onderzoeken aandacht werd besteed aan diversiteit, zijn deze onderzoeken hoog gewaardeerd. Hoewel 2 respondenten een hoger cijfer hebben gegeven, komt het gemiddelde cijfer voor de mate van aandacht voor diversiteit in het onderzoek op een 4,3 uit. Daarmee is het nauwelijks hoger dan het gemiddelde cijfer dat de respondenten voor het onderwijs gaven.

Uiteraard is de respondenten ook weer gevraagd wat zij als belangrijkste belemmerende factoren ervoeren bij het doen van onderzoek op dit gebied. Daarbij kwamen twee factoren duidelijk naar voren: het politieke klimaat en een aantal factoren die samengevat kunnen worden onder de noemer 'praktische belemmeringen'.

Nagenoeg alle respondenten gaven aan dat het politieke klimaat op het gebied van aandacht voor diversiteit (met name op cultureel gebied) begin deze eeuw volledig is omgeslagen.

'Op dat moment was het klimaat in één klap omgedraaid. De moord op Pim Fortuyn en de moord op Van Gogh, de Towers... De radicalisering van de islam maakt dat zowel op het niveau van politiek als op het niveau van de journalistiek, bevolking, media, het klimaat negatief omsloeg.' (Respondent 7)

'In 2000 was Nederland echt koploper op het gebied van gezondheid en migratie. Maar toen hadden we Pim Fortuyn, Theo van Gogh en Rita Verdonk. Er is besloten in 2003, tenminste dat vond Hoogervorst, dat het eigenlijk niet meer hoeft. "De allochtonen kunnen goed voor zichzelf zorgen en het strookt niet met ons integratiebeleid om speciale aandacht aan hun problemen te geven. Want ze moeten gewoon veranderen in Nederlanders en dan hebben ze dezelfde problemen en spreken ze dezelfde taal, dus we gaan niet letten op diversiteit". Dat heeft hij min of meer letterlijk gezegd!' (Respondent 9)

'Tien jaar geleden hadden ze behoorlijk wat specifieke potjes met geld voor onderzoek rondom culturele verschillen. Daar heb ik zelf ook van geprofiteerd in de zin van dat ik daarvan wel subsidies heb gekregen voor onderzoek. Maar dat is zeker sinds de fatale 2001 en al het gedoe daarna behoorlijk van de agenda afgehaald.' (Respondent 6)

De verandering van het politieke klimaat waar de respondenten hier over spreken, komt overeen met de beschrijving van de politieke ontwikkelingen in het theoretisch kader. Daar kwam ook naar voren dat de overheid steeds minder verantwoordelijkheid wilde nemen op het gebied van integratie van migranten. Uit deze citaten blijkt nog eens duidelijk dat deze ontwikkeling ook voelbaar is in de praktijk. Het wetenschappelijk onderzoek op dit gebied is grotendeels afhankelijk van overheidssubsidies. Een andere belangrijke subsidieverstrekker is ZonMw (ZorgOnderzoek Nederland, Medische Wetenschappen). ZonMw ontvangt echter ook een aanzienlijk deel van hun subsidies direct van de overheid (ministerie van VWS). Daardoor is ook ZonMw afhankelijk van de mate waarin de overheid in diversiteit en onderzoek wil investeren. In de interviews komt nog eens duidelijk naar voren hoeveel invloed de overheid heeft op de mate van diversiteitsgericht onderzoek.

'Bij de vorige regering was het volgens de directie van ZonMw ondoenlijk er wat middelen weg te halen en dat zou dus bij deze regering wel moeten lukken, maar dat is blijikbaar dan ook nog heel lastig.' (Respondent 2)

Volgens de respondenten is het negatieve politieke klimaat de belangrijkste belemmerende factor voor het onderzoek. Daarnaast zijn er nog wel een aantal praktische problemen genoemd die goed diversiteitsgericht onderzoek bemoeilijken. Het blijkt soms lastig te zijn om allochtonen op een goede manier te integreren in het onderzoek.

'Onder allochtonen onderzoek doen is niet altijd zo makkelijk. Om mensen bij het onderzoek te betrekken heb je andere methoden nodig, dat betekent ook wel dat het omslachtig onderzoek is. Het duurt lang en het is kostbaar, meetinstrumenten zijn vaak niet gevalideerd voor deze groep dus die moeten eerst ontwikkeld worden.' (Respondent 3)

'We wilden ook Marokkaanse mannen en vrouwen aan het woord laten die niet zo goed Nederlands spraken –met tolken werk je dan - en mensen die wel de taal beheersten. We hadden eerst al problemen om de topic duidelijk te maken. 'Gezond leven', welke term gebruik je daarvoor in het Marokkaans? En dan, hoe bereik je de mensen? Dan krijg je de vertaalproblemen... Dus dan moet dat gesprek dat heeft plaatsgevonden terug in het Nederlands worden verzet. Nou, daar zitten al ontzettend veel vertekeningen enzovoorts in. Daarmee is het al afgeschreven voor harde wetenschap.' (Respondent 10)

De belangrijkste praktische belemmeringen blijken dus te zitten in het feit dat het betrekken van allochtonen bij het onderzoek nog relatief moeilijk is. Dat heeft onder andere te maken met het feit dat er nog geen goede meetinstrumenten zijn. Het ontwikkelen van meetinstrumenten kost uiteraard tijd, en daardoor geld. Juist aan dit geld is een gebrek, aangezien de overheid momenteel zeer beperkt subsidies verstrekt op dit gebied. Op die manier blijken de belemmerende factoren in meer of mindere mate met elkaar samen te hangen.

5.4.3 Bevorderende factoren

Tijdens de interviews is er ook ingegaan op eventuele bevorderende factoren die de respondenten ervoeren bij het doen van onderzoek naar diversiteit en gezondheid. Één van de belangrijkste factoren die daarbij genoemd werd was het feit dat diversiteit en gezondheid op Europees niveau steeds meer aandacht begint te krijgen.

'Nou mijn eigen lijn heeft dus ontzettend geprofiteerd van dat Europese beleid, aangezien het in 2000 vertaald is naar een domein van onderzoek.' (Respondent 1)

Al met al blijkt dat de respondenten aanzienlijk meer belemmerende dan bevorderende factoren ervaren in het doen van onderzoek op het gebied van diversiteit en gezondheid. Er zijn nog wel een aantal andere bevorderende factoren genoemd, bijvoorbeeld dat het eenvoudiger is subsidie aan te vragen als je als onderzoeker een gevestigde naam hebt in die wereld. Dergelijke factoren zijn echter minder structureel, en werden slechts door een zeer klein aantal respondenten genoemd.

5.4.4 Toekomst

Het grootste deel van de respondenten gaf aan dat het, net als voor het onderwijs, nodig is om meer structureel aandacht te besteden aan diversiteit in het gezondheidsgerelateerde onderzoek. Het zou volgens de respondenten goed zijn als onderzoekers bij ieder onderzoek bedenken welke factoren van invloed kunnen zijn. Daarvoor is een nieuw denkbeeld bij onderzoekers nodig.

'Het is gewoon goed nadenken. Heel veel van dit nadenken over die dimensies van verschil is een soort van bewustwording dat je het eerst in je hoofd hebt en dan kijkt "Wat is nu voor mijn probleem het meest relevant".' (Respondent 1)

'NWO zou eigenlijk moeten denken: we zijn hier voor wetenschappelijk onderzoek. Wetenschappelijk onderzoek moet ook betrekking hebben op de gehele bevolking. Differentiatie van bevolking is ook juist een interessant onderzoeksobject. Dat soort attitudes zou je daar willen hebben.' (Respondent 2)

De respondenten hebben ook aangegeven dat het onderzoekers zou stimuleren als er van bovenaf (vanuit de subsidieverstrekker) gevraagd zou worden in welke mate hun onderzoek aandacht besteedt aan diversiteit. Dat zou onderzoekers verplichten om na te denken over verschillende diversiteitsfactoren. Een belangrijke subsidieverstrekker, ZonMw, heeft deze vraag inmiddels opgenomen in de subsidieaanvraag.

'Het helpt al, dat ZonMw nu in alle aanvragen wel die vraag stelt van: Is er rekening gehouden met verschillen tussen groepen?' (deskundige tijdens de expertmeeting)

Hoewel verschillende respondenten aangeven het als bevorderend te ervaren dat ZonMw de vraag heeft opgenomen in de subsidieaanvraag, wordt wel aangegeven dat ZonMw dit punt nog te weinig als criterium hanteert.

'Die vraag wordt heel vaak niet eens ingevuld.' (Respondent 3)

'Het is wel goed dat ze [ZonMw, MB] standaard aan iedere onderzoeker vragen om daar iets mee te doen, maar volgens mij valt het in de praktijk tegen.' (Respondent 6)

Door de vraag over diversiteit expliciet als criterium op te nemen, worden onderzoekers gestimuleerd bewust na te denken of stil te staan bij de mate van diversiteit binnen hun onderzoek.

Een aantal respondenten gaf daarnaast aan dat het voor de mate van aandacht vanuit de politiek en andere instellingen toe zou kunnen nemen als het type onderzoek verandert.

'Iets dat je ziet op het gebied van allochtonen en van gender, is dat onderzoek heel vaak nog een erg beschrijvend karakter heeft, dus veel kwalitatief onderzoek. Dat moet dan ook, omdat er vaak zo weinig bekend is. Maar ik denk dat als je meer onderzoek kiest dat de kosten en effectiviteit bekijkt, dat dat de politiek natuurlijk veel harder aan zou spreken. [...] Ik denk dat we er meer gezondheidseconomen en health technology mensen bij zouden moeten halen.' (Respondent 3)

Het is opvallend dat de respondenten dit als oplossing voor het tekort aan aandacht noemen. In het theoretisch kader is deze verschuiving van fundamenteel onderzoek naar praktisch onderzoek ook al besproken (Boomkens, 2008; Lorenz, 2008). Uit het citaat lijkt naar voren te komen dat onderzoekers niet meer de autonomie hebben om zelf het onderwerp te bepalen; het belang van aandacht moet aangetoond worden en dat moet blijkbaar gedaan worden op basis van cijfers. De interesse vanuit de politiek (en wellicht ook vanuit het bedrijfsleven) gaat niet zozeer uit naar inhoudelijke kennis, maar naar de efficiency en de daarbij behorende cijfers. Dit is precies de tendens die in het theoretisch kader is beschreven (Boomkens, 2008; Lorenz, 2008).

5.5 Conclusie

In dit hoofdstuk is een beeld geschetst van de mate van aandacht voor cultuur en gender binnen het gezondheidsgerelateerde onderwijs en onderzoek. Daarbij is uitgebreid ingegaan op de belangrijkste belemmerende en bevorderende factoren die de respondenten in de interviews en tijdens de expertmeeting hebben genoemd. Samenvattend kan geconcludeerd er drie factoren zijn die grote invloed hebben op de mate van aandacht voor diversiteit binnen het onderwijs en onderzoek. Ten eerste is er volgens de respondenten een gebrek aan kennis, zowel bij docenten als bij degenen die het curriculum inhoudelijk bepalen. Er is nog relatief weinig cursusmateriaal dat ingaat op diversiteit. Daarnaast komt uit de interviews naar voren dat het belang van diversiteit mogelijk niet in wordt gezien, doordat degenen die het curriculum inhoudelijk bepalen zelf

autochtone mannen van middelbare leeftijd zijn. In het theoretische hoofdstuk is uitgebreid ingegaan op het feit dat deze categorie vaak de algemene 'norm' is binnen de gezondheidszorg en dat veel standaardprotocollen in de gezondheidszorg aansluiten op deze norm (Manna, 2006; Wekker en Lutz, 2001). Uit de interviews blijkt dat het mogelijk is dat degenen die het curriculum bepalen zelf geen ervaring hebben met zorg die niet aansluit bij hun situatie, waardoor het belang voor 'andere zorg' (diversiteitsgerichte zorg) mogelijk niet gezien wordt.

Docenten die het belang van diversiteit wel inzien, lukt het vervolgens lang niet altijd om diversiteitsgerichte cursussen in het curriculum te implementeren. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het beleid dat binnen universiteiten gevoerd wordt. Universiteiten hebben tegenwoordig vaak een stugge managementlaag. Uit de interviews komt naar voren dat als het management niet achter bepaalde veranderingen staat, deze veranderingen ook bijna onmogelijk door te voeren zijn. Het management is vaak meer gericht op economische relevantie; cursussen moeten vol zitten en goed 'verkopen' (Boomkens, 2008; Lorenz, 2008). Momenteel lijkt de nadruk in het wetenschappelijke paradigma meer op 'harde' (cijfermatige) wetenschap te liggen. Dat is wat momenteel 'verkoopt', waardoor aandacht voor cursussen met een 'soft' imago, zoals diversiteit, niet structureel in het curriculum opgenomen worden. Blijkbaar is de economische relevantie van aandacht voor diversiteit op dit moment nog niet voldoende aangetoond, anders zou het management dit onderwerp waarschijnlijk meer stimuleren. Hier lijkt het gebrek aan (evidence based en cijfermatige, economisch relevante kennis) mee samen te hangen. Of dit inderdaad de relevante oorzaak-gevolg relatie is, is op basis van de resultaten van dit onderzoek echter niet te concluderen.

Een derde factor die uit de interviews als zeer belemmerend naar voren is gekomen is het politieke klimaat. Veranderingen in het politieke klimaat begin deze eeuw lijken directe gevolgen hebben op de mate van aandacht binnen het wetenschappelijk onderzoek. Evenals in het theoretische hoofdstuk, kwam ook in dit hoofdstuk een aantal belangrijke gebeurtenissen naar voren die duidelijk invloed hebben gehad, bijvoorbeeld de moord op Fortuyn en Van Gogh. Opvallend is dat de respondenten aangeven het gevoel te hebben dat het politieke klimaat ineens is omgeslagen. In het theoretische hoofdstuk is aangegeven dat er voor de moorden op Fortuyn en Van Gogh ook op bestuurlijk niveau al veranderingen aan het plaatsvinden waren. De overheid begon al steeds meer verantwoordelijkheid op het gebied van bijvoorbeeld zorg en integratie af te stoten (Kramer, 2009). Deze verandering is door de respondenten niet benoemd. Wellicht dat de veranderingen in het politieke beleid tot begin 2000 vrij gelijkmatig verliepen. De moorden op Fortuyn en Van Gogh geven uiteraard een duidelijk breekpunt aan, wat door de respondenten daarom mogelijk beschouwd wordt als de (enige) oorzaak.

6. Conclusie

De gezondheidszorg in Nederland is met de komst van de marktwerking meer gestandaardiseerd en geprotocoliseerd (Manna, 2006). Deze standaarden en protocollen zijn vaak in zekere mate gebaseerd op generaliserende statements voor de 'gemiddelde populatie'. De norm die in Nederland, met name in de somatische zorg, vaak wordt gehanteerd, is de autochtone man van middelbare leeftijd (Van Mens-Verhulst et al., 2005; Verdonk et al., 2009a). Als patiënten volgens deze standaard behandeld worden, terwijl ze niet aan de norm van deze behandeling voldoen, krijgen ze mogelijk niet de zorg die aansluit bij hun behoeften. Om die reden is het van belang dat er tijdens behandelingen aandacht wordt besteed aan diversiteit. In deze thesis is gekeken naar diversiteit op het gebied van cultuur en gender. Uit de literatuur is gebleken dat een diversiteitsgerichte behandeling het beste bewerkstelligd kan worden door er in het curriculum van het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek aandacht aan te besteden (Van Mens-Verhulst et al., 2005). Aangezien onduidelijk is hoeveel aandacht er op dit moment in het gezondheidsgerelateerde hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek is voor cultuur en gender, is dit getracht in kaart te brengen. De hoofdvraag luidde *'In welke mate wordt er in het gezondheidsgerelateerde hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek expliciet aandacht besteed aan diversiteit op het gebied van cultuur en/of gender?'*. Daarbij is voor zowel het onderwijs als het onderzoek eerst bekeken welke belemmerende factoren een aantal deskundigen op dit gebied ervaren (deelvraag: *Welke belemmeringen worden er ervaren bij het bevorderen van aandacht voor diversiteit binnen het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek?*). Vervolgens is ook nagegaan welke bevorderende factoren deskundigen ervaren (deelvraag: *Welke bevorderende factoren worden er ervaren bij het bevorderen van aandacht voor diversiteit binnen het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek?*). Ten slotte is met de deskundigen gesproken over de toekomst van het diversiteitsgerichte onderwijs en -onderzoek. Daarbij is ingegaan op de vraag hoe de deskundigen de ideale toekomst van diversiteitsgericht onderwijs en onderzoek zien (deelvraag: *Hoe zou de toekomst van het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek op het gebied van diversiteit eruit moeten zien?*)

Om een goed beeld te kunnen schetsen van de stand van zaken, is een deel van de data door middel van quickscans verzameld. Dat houdt in dat er gezocht is naar cursussen of onderzoeken die aandacht besteden aan cultuur en/of gender op het gebied van gezondheid. Naast deze quickscans zijn er ook tien kwalitatieve interviews gehouden met sleutelfiguren op het gebied van diversiteit en gezondheid. In die interviews is specifiek ingegaan op de belemmerende en bevorderende factoren. Ook heeft er een expertmeeting plaatsgevonden waarbij verschillende bevorderende en belemmerende factoren bediscussieerd zijn.

Dit hoofdstuk geeft de belangrijkste conclusies die op basis van de voorgaande hoofdstukken geformuleerd kunnen worden. De eerste paragraaf gaat in op de conclusies betreffende het onderwijs. Paragraaf 6.2 besteedt aandacht aan de belangrijkste

conclusies betreffende de aandacht voor diversiteit binnen het wetenschappelijke onderzoek. De laatste paragraaf gaat kort in op de beperkingen van deze thesis en eventuele mogelijkheden voor vervolgonderzoek.

6.1 Onderwijs

Op basis van de quickscan kan geconcludeerd worden dat de mate van aandacht voor cultuur en gender binnen het universitaire en postdoctorale onderwijs zeer beperkt is. Met name het aantal cursussen dat aandacht besteedt aan zowel cultuur als gender is minimaal (13 universitaire cursussen en 6 postdoctorale cursussen van de in totaal bijna 800 bekeken cursusbeschrijvingen). Daaruit kan geconcludeerd worden dat er in het onderwijs momenteel zeer weinig aandacht wordt besteed aan het kruispuntdenken. Kruispuntdenken impliceert immers aandacht voor de invloed van verschillende factoren op elkaar en op de gehele situatie (Wekker en Lutz, 2001). Een iets groter aantal cursussen besteedt aandacht aan cultuur óf gender. Niet zelden wordt dat gedaan door in een afzonderlijke cursus in te gaan op speciale groepen, bijvoorbeeld allochtonen. Daaruit kan geconcludeerd worden dat er in de praktijk nu nog veel aandacht is voor doelgroepenbeleid; speciale aandacht voor bijvoorbeeld allochtonen of vrouwen. Er wordt in dit doelgroepenbeleid niet gekeken naar de invloed van een 'factor' (zoals cultuur of gender), maar alleen aandacht besteed aan de groep die afwijkt van de norm. In plaats van te richten op de uitzondering, wordt bij het kruispuntdenken gepleit voor een vanzelfsprekendheid in het bekijken van de invloed van verschillende factoren op een situatie (Wekker en Lutz, 2001). Uit dit onderzoek lijkt naar voren te komen dat er in het huidige onderwijs nog te veel uitgegaan wordt van een norm (vaak is dit de autochtone man, maar in sommige gevallen, bijvoorbeeld anorexia, is het juist een autochtone vrouw). Bij verschillende opleidingen wordt daarnaast wel (vaak facultatief) meer incidenteel een cursus aangeboden die gaat over groepen die afwijken van de norm.

Het gebrek aan structurele aandacht hebben de respondenten in de interviews veelvuldig genoemd. Gemiddeld gaven zij voor de mate van aandacht voor cultuur en gender binnen het onderwijs een 4 (op een schaal van 1 tot 10). De respondenten gaven aan dat structurele aandacht binnen het curriculum het stereotiepe denken over bepaalde groepen kan voorkomen of verminderen. Momenteel besteedt een relatief groot deel diversiteitsgerichte cursussen aandacht aan specifieke doelgroepen. Juist deze specifieke aandacht lijkt stereotyperingen te bevorderen. Dat komt wellicht doordat er dan op de verschillen tussen bepaalde groepen wordt gericht; daardoor wordt mogelijk de indruk gewekt dat bijvoorbeeld allochtonen essentieel verschillen van autochtonen en daarom in een aparte cursus behandeld worden. De respondenten benadrukken dat er uiteraard meer overeenkomsten dan verschillen tussen allochtonen en autochtonen zijn en dat daarnaast de verschillen binnen de groep allochtonen ook erg groot kunnen zijn. Het generaliseren van de groep allochtonen lijkt dus juist te leiden tot stereotyperingen. De respondenten geven aan daardoor in een dilemma te zitten. Aan de ene kant vinden ze het belangrijk om aandacht te besteden aan specifieke groepen zoals allochtonen of vrouwen, omdat deze nu

vaak afwijken van de gemiddelde norm en daardoor grotere kans hebben op minder goede zorg. Aan de andere kant benoemen de respondenten het gevaar dat aandacht voor specifieke groepen kan leiden tot stereotyperingen. Ook in dat geval krijgen patiënten waarschijnlijk slechtere zorg, aangezien de zorg niet aansluit bij de persoonlijke behoeften van de patiënten. De respondenten snijden hiermee de complexiteit van het begrip diversiteit aan. Om betekenisvolle uitspraken te kunnen doen en verbanden te kunnen leggen zijn simplificaties van groepen noodzakelijk. Aangezien er altijd verschillen zijn tussen individuen zijn dezesimplificaties en generalisaties nodig om boven het niveau van het individu uit te kunnen stijgen (Apostel, 1997). Dergelijke simplificaties kunnen er echter toe leiden dat de verschillen binnen de groep over het hoofd worden gezien (Van Mens-Verhulst, 2007). Uit de interviews blijkt dat er een balans gevonden moet worden tussen aandacht voor diversiteit en het voorkomen van stereotyperingen. De respondenten geven aan dat deze balans bereikt kan worden door *structureel* aandacht te besteden aan diversiteit.

Deze oplossing klinkt wellicht eenvoudig. Toch is het tot op heden niet gelukt de aandacht voor diversiteit op een dergelijke structurele manier in het curriculum te implementeren. De respondenten hebben hier in de interviews twee verklaringen voor genoemd. Ten eerste dat het gebrek aan kennis en cursusmateriaal het bemoeilijkt om aandacht voor diversiteit structureel op te nemen in cursussen. Er lijkt momenteel nog een tekort te zijn aan goed, evidence based onderwijsmateriaal, waardoor het momenteel nog niet mogelijk is in alle cursussen er aandacht aan te besteden.

Ten tweede bleken respondenten op het niveau van het management grote belemmeringen te ervaren. Uit de interviews komt naar voren dat aandacht voor diversiteit door het management niet als prioriteit wordt gezien. Volgens de respondenten heeft dit te maken met het 'softe' imago dat diversiteit heeft. Het wetenschappelijk paradigma is momenteel kennelijk meer gericht op 'harde' wetenschap, wat volgens de respondenten cijfermatige en evidence based kennis inhoudt. Het feit dat 'harde' wetenschap momenteel populairder is, is waarschijnlijk ook een van de redenen dat de aandacht vanuit het management met name naar deze cursussen uitgaat. Het management is met de komst van de marktwerking zich veel meer gaan richten op output en efficiency (Boomkens, 2008; Lorenz, 2008). De marktwerking heeft er in zekere zin toe geleid dat onderwijs (of kennis) als koopwaar wordt gezien, en dat studenten slechts consumenten zijn (Lorenz, 2008). Aangezien 'harde' (cijfermatige) wetenschap momenteel populair is, zal deze waarschijnlijk ook het beste 'verkopen'. Dat kan een verklaring zijn waarom het management niet meer aandacht wil besteden aan diversiteit.

Toch is het opmerkelijk dat diversiteit in de laatste jaren niet meer aandacht vanuit het management heeft gekregen. Verschillende respondenten hebben namelijk aangegeven dat de keuzecursussen over diversiteit de laatste jaren sterk in populariteit zijn toegenomen. Het zou daarom logisch zijn dat het management meer van deze cursussen wil aanbieden, aangezien deze lijken te 'verkopen'. Hoe het management hier precies tegenaan kijkt is uit dit onderzoek niet bekeken. Het zou interessant zijn om daar in vervolgonderzoek verder op in te gaan.

6.2 Onderzoek

Uit de interviews is gebleken dat de respondenten de mate van aandacht voor diversiteitsgericht wetenschappelijk onderzoek onvoldoende vinden. Gemiddeld gaven de respondenten een 4,3 (op een schaal van 1 tot 10)²⁴. Een oorzaak voor het gebrek aan diversiteitsgericht wetenschappelijk onderzoek zou mogelijk kunnen liggen in de marktwerking die binnen het wetenschappelijk onderzoek is ingevoerd. Steeds vaker zijn onderzoekers voor subsidies afhankelijk van bedrijven en instellingen (Boomkens, 2008). Dat heeft als gevolg dat deze bedrijven inspraak hebben op de inhoud van het onderzoek, aangezien ze onderzoeken die niet aan hun eisen voldoen niet zullen subsidiëren. Bedrijven zijn over het algemeen meer geïnteresseerd in praktisch en economisch relevante onderzoeken in plaats van fundamentele onderzoeken (Boomkens, 2008). Uit de interviews is gebleken dat juist deze economische relevantie van aandacht voor diversiteit nog onvoldoende in kaart is gebracht. Tot op heden zijn veel onderzoeken van fundamentele aard geweest. Deze onderzoeken lijken op de huidige markt niet zoveel waard te zijn. Als de overheid of bedrijven overtuigd moeten worden van het belang van aandacht voor diversiteit, zal er meer praktisch onderzoek gedaan moeten worden. Verschillende respondenten geven aan de financiële voordelen van aandacht voor diversiteit aangetoond zouden moeten worden. Deze kennis zou ertoe kunnen leiden dat er vanuit de overheid en instellingen meer aandacht komt voor diversiteitsgericht onderzoek.

In deze thesis is duidelijk naar voren gekomen dat de situatie voor het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van diversiteit (met name culturele diversiteit) begin deze eeuw sterk is veranderd. Na de moord op Fortuyn en Van Gogh lijken de politieke ontwikkelingen die op dat moment plaatsvonden (onder andere het afstoten van verantwoordelijkheden op het gebied van integratie) in een stroomversnelling terecht te zijn gekomen. Er kan geconcludeerd worden dat er een tegenstrijdigheid zit tussen het beleid dat de overheid in theorie wil voeren en de gevolgen die dat beleid in de praktijk heeft. Begin deze eeuw heeft de overheid aangegeven niet meer te willen investeren in allochtonen; zij moeten integreren en dat moet de overheid zo min mogelijk geld kosten. De vraag 'Wat kost een allochtoon?' die Wilders enkele jaren geleden in de kamer stelde maakt deze focus op kosten nog eens schrikbarend duidelijk. In dit onderzoek is naar voren gekomen dat juist het geven van zorg die niet aansluit bij de behoeften van allochtonen – en alle overige Nederlanders – veel geld kost. Met name bij allochtonen is er relatief vaak een gebrek aan tijdige diagnose, er is relatief vaak sprake van behandelingsontrouwe patiënten binnen deze groep, er is vaker sprake van uitval en dergelijke. Dit heeft als gevolg dat de kosten voor deze slecht aansluitende behandelingen vaak hoger oplopen dan voor autochtone patiënten. Een behandeling die oog heeft voor de invloed van cultuur kan dergelijke kosten juist voorkomen. Het beleid van de overheid om niet te investeren in allochtonen lijkt daarom op financieel gebied juist averechts te werken. Door praktisch en economisch relevant onderzoek te doen op het gebied van

²⁴ Op basis van de quickscan kan over de kwantiteit van diversiteitsgericht onderzoek geen conclusie getrokken worden, aangezien ervoor gekozen is het onderzoek niet uitputtend te inventariseren.

diversiteit, zouden de overheid en eventuele andere bedrijven, mogelijk ook het belang van aandacht voor diversiteit meer inzien.

6.3 Toekomst

Op basis van dit onderzoek geconcludeerd worden dat er in de toekomst zowel binnen het onderwijs als binnen het onderzoek nog een grote verbetering gemaakt kan worden. Er lijkt voornamelijk meer structurele aandacht nodig te zijn. Enkele decennia geleden werd het gebrek aan aandacht (toen met name op het gebied van gender) van onderaf bestreden. De 'gedupeerden' zetten zich zelf in, in de strijd om meer gelijkheid. Tegenwoordig lijkt het initiatief minder van onderaf te komen. Verschillende deskundigen hebben tijdens de expertmeeting aangegeven dat de tijden, in dit opzicht, veranderd zijn. Dit heeft waarschijnlijk ook te maken met het feit dat veel universiteiten tegenwoordig een managementlaag hebben die aandacht voor diversiteit niet lijkt te stimuleren. Het zou daarom nodig om de strijd om aandacht voor diversiteit dit keer 'top-down' te voeren. Voor het onderwijs zou dat bijvoorbeeld gedaan kunnen worden door aandacht voor diversiteit vanuit accreditatiecommissies als beoordelingsfactor mee te nemen. Door van diversiteit een kwaliteitscriterium voor opleidingen te maken, wordt het management indirect gedwongen er aandacht aan te besteden, aangezien ze anders hun concurrentiepositie zullen verliezen.

Voor het onderzoek geldt dat er op eenzelfde wijze - door het stellen van harde eisen op het gebied van diversiteit - vanuit subsidieverstrekkers aandacht geëist zou kunnen worden. Door in de subsidieaanvraag te vragen naar de mate van aandacht voor diversiteit en dit als criterium te hanteren, worden onderzoekers gedwongen een weloverwogen keuze te maken en van tevoren stil te staan bij de vraag welke factoren mogelijk invloed hebben. Daarnaast lijkt het voor het onderzoek van belang om praktisch relevant onderzoek uit te gaan voeren. Door aan te tonen wat de (financiële) voordelen zijn van aandacht voor diversiteit, zal dit onderwerp mogelijk hoger op de agenda van verschillende organisaties en van de overheid komen.

6.4 Reflectie

Reflecterend op de inventarisatie van het wetenschappelijk onderzoek dat in deze thesis bekeken is, moet er een kritische noot geplaatst worden. Achteraf bleek het wetenschappelijke onderzoek niet voldoende uitgebreid in kaart te zijn gebracht om conclusies te kunnen trekken over de mate van aandacht. Dit heeft te maken met de keuzes die er voor de afbakening zijn gemaakt. Om een beeld te krijgen van de mate van onderzoek zou in een vervolgonderzoek gebruik gemaakt moeten worden van striktere afbakeningen.

In dit onderzoek is een eerste inventarisatie gegeven van de mate van aandacht voor diversiteit in het onderwijs en onderzoek. Daarbij is specifiek gekeken naar de

factoren cultuur en gender. Hoewel dit twee belangrijke factoren zijn, zijn er meer factoren die aandacht behoeven. Seksuele voorkeur, verstandelijke en/of lichamelijke beperkingen, sociaaleconomische positie en dergelijke factoren zullen waarschijnlijk ook invloed hebben op de gezondheid, behandeling en het zorggebruik van mensen. Deze diversiteitsfactoren zouden in een vervolgonderzoek daarom ook in kaart gebracht moeten worden.

Een ander aspect dat in vervolgonderzoek aandacht behoeft is de situatie binnen de hogere beroepsopleidingen (hbo's) en eventueel middelbare beroepsopleidingen (mbo's). Deze zijn in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. Ook op deze opleidingen is aandacht voor diversiteit echter van groot belang. Onduidelijk is hoe de situatie bij dergelijke opleidingen momenteel is en of (en waar) er verbeteringen nodig zijn.

Dit onderzoek geeft eerste beeld van de stand van zaken al een belangrijke stap in de richting van verbeteringen van de huidige situatie. Vanuit hier zou verder gekeken worden, onder andere door de Henny Verhagen Stichting, waar en op welke wijze de lacunes die er aan het licht gekomen zijn opgevuld kunnen worden.

Literatuurlijst

- Abma, R. (2008). De kennisindustrie en de teloorgang van academische waarden. *Waterstof*, 32, maart 2008.
- Apostel, L. (1997). Postmodernisme en Verlichting: Antagonisme of voortzetting? In: L. Apostel en J. Walry (red.), *Hopeloos gelukkig: Leven in de postmoderne tijd* (p. 249-268). Amsterdam: Meulenhoff.
- Beneken, M. (1999). *Omgaan met diversiteit: interculturalisatie in de zorg*. Utrecht: Schakels.
- Bercier, B. (2004). Diverse Diversities. *First Things: A Monthly Journal of Religion & Public life*, 139, 22-27.
- Berkum, M. van, Smulders, E. (2010). *Migranten, preventie en gezondheidszorg*. Stichting Pharos: Utrecht.
- Berry, J. Conceptual Approaches in Acculturation. In: K. Chun, P. Organista en G. Marin (Eds.) (2003). *Acculturation: Advances in Theory, Measurement, and Applied Research*. New York: American Psychological Association.
- Bertakis, K. (2009). The influence of gender on the doctor–patient interaction. *Patient Education and Counseling*, 76, 356–360.
- Bossche, M. van den, Vandemeulenbroecke, R. (red) (2009). *Humanismen. Filosofische beschouwingen over diversiteit en pluraliteit*. Brussel: VUBPRESS.
- Boomkens, R. (2008). *Topkitsch en slow science. Kritiek van de academische rede*. Amsterdam: Van Gennep.
- Bryman, A. (2008). *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Camphina-Bacote, J. (2003). Many faces: Addressing diversity in health care. *Online Journal of Issues in Nursing*, 18.
- Captain, E. en Ghorashi, H. (2001). Tot behoud van mijn identiteit. Identiteitsvorming binnen de zmv-vrouwenbeweging. In: M. Botman, N. Jouwe en G. Wekker (red.), *Caleidoscopische visies. De zwarte-, migranten- en vluchtelingenvrouwenbeweging in Nederland* (p. 153-182). Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen.
- Celik, H., Abma, T., Widdershoven, G., et al. (2008). Implementation of diversity in healthcare practices: Barriers and opportunities. *Patient Education and Counseling*, 71, 65-71.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2000). Standaarddefinitie allochtonen. *Index*, 10, 24-25.
- Courtenay, W. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50, 1385-1401.
- Engelhard, D. (red) (2007). *Met kennis van feiten. Vluchtelingen, nieuwkomers en gezondheid in cijfers*. Utrecht: Pharos.
- Farrell, C. en Morris, J. (2003). The neo bureaucratic state: Professionals, managers and professional managers in schools, general practices and social work. *Organization*, 10, 129-156.
- Fay, B. (1996). *Contemporary Philosophy of Social Science*. Oxford: Blackwell Publishers.

- Ghorashi, H. (2006). *Paradoxen van culturele erkenning. Management van diversiteit in Nieuw Nederland*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Gustafson, P. (1998). Gender differences in risk perception: Theoretical and methodological perspectives. *Risk Analysis*, 18, 805-811.
- Halsema, A. en Jacobs, G. (2002). *Over kracht gesproken. Empowerment en diversiteit in zorg en welzijn*. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.
- Hart, H. 't, Boeijs, H. & Hox, J. (2005). *Onderzoeksmethoden en Technieken*. Amsterdam: Boom onderwijs.
- Helman, C. (2000). *Culture, Health and Illness*. Oxford: Butterworth Heinemann.
- Jenkins, R. (1997). *Rethinking Ethnicity. Arguments and Explorations*. Londen: SAGE Publications.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. California: University of California Press.
- Knipper, M., Seeleman, C., Essink-Bot, M.L. (2010). How should ethnic diversity be represented in medical curricula? A plea for systematic training in cultural competence. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 29, 54-60.
- Knipscheer, J., Kleber, R. (2008). *Psychologie en de multiculturele samenleving*. Amsterdam: Boom onderwijs.
- Kölling, P., Gijsbers van Wijk, C., Cath, C. (2008). Angst en Depressie. *Bijblijven*, 24, 42-47.
- Kramer, S. (2009). *Gewoon bijzonder. Het vertoog van migranten en vluchtelingen in de GGZ*. Proefschrift. Retrieved May 17, 2010 from: <http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=103632>
- Krieger, N. (2003). Genders, sexes, and health: what are the connections—and why does it matter? *International Journal of Epidemiology*, 32, 652–657.
- Kunst, A., Mackenbach, J., Lamkaddem, M. (2008). *Overzicht en evaluatie van resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid, gezondheidsrisico's en zorggebruik in Nederland*. Gezamenlijke uitgave van het ErasmusMC en het Nivel.
- Lagro-Janssen, A. (2007). Sekse, gender en gezondheid; ontwikkelingen in het wetenschappelijk onderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 151, 374-378.
- Lagro-Janssen, A. (2008a). De geneeskunde is niet genderneutraal: invloed van sekse van de dokter op medische zorg. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 152, 1131-1145.
- Lagro-Janssen, A. (2008b). Gender en de invloed op het dagelijks handelen van de huisarts. *Bijblijven*, 24, 7-12.
- Lanting, K. (2008). *Gevolgen van etnische en culturele diversiteit voor het medisch onderwijs*. Scriptie interculturele psychologie Universiteit Utrecht.
- Lorenz, C. (red.) (2008). *If you're so smart, why aren't you rich? Universiteit, markt & management*. Amsterdam: Boom.

- Lock, G. (2008). Helzapoppin...De universiteit in vuur en zwavel. In: C. Lorenz (red.), *If you are so smart, why aren't you rich. Universiteit, markt & management* (p. 87-107). Amsterdam: Boom.
- Manna, D. (2006). *Standardisation in a Multi-ethnic World: a paradox?* Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Mens-Verhulst, J. van (2006). Weren aan de hulpverlening: van tweerichtingsverkeer naar kruispuntdenken. *Openbaar college ter gelegenheid van haar afscheid als hoogleraar Vrouwengezondheidszorg*.
- Mens-Verhulst, J. van (2007). Het vals plat van diversiteitsdenken. *Voordracht voor symposium. 30 maart 2007*
- Mens-Verhulst, J. van (2009). Intersectionaliteit en sociale inclusie: het ei...van Troje. Deel 1: Het ei van Columbus. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 18, 4-22.
- Mens-Verhulst, J. van, Bekker, M. (2005). Argumenten oor een diversiteitbewust curriculum in de wetenschappelijke gezondheids(zorg)wetenschappen. *Tijdschrift voor Genderstudies*, 2, 44-50.
- Mens-Verhulst, J. van, Waaldijk, B. (red.) (2008). *Vrouwenhulpverlening 1975-2000. Beweging in en rond de gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nicolai, N. (1992). Vrouw en psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 18, 252-270.
- Philippidou, S., Prastacos, G., Soderquist, K. (2004). Towards New Public Management in Greek Public Organizations: Leadership vs. Management, and the Path to Implementation. *Public organization review*, 4, 317-337.
- Pinn, V. (2003) Sex and Gender Factors in Medical Studies: Implications for Health and Clinical Practice. *Journal of the American Medical Association*, 289, 397-441.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) (2000a). *Interculturalisatie van de gezondheidszorg: advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) (2000b). *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg: advies uitgebrecht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Saltonstall, R. (1993). Healthy bodies, social bodies: Men's and women's concepts and practices of health in everyday life. *Social Science & Medicine*, 36, 7-14.
- Sarkar, S. (2010). Diversity: A philosophical perspective. *Diversity*, 2, 127-141.
- Sectorrappport GGZ 2009. *Zorg op waarde geschat*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Seeleman, C., Suurmond, J., Stronks, K. (2005). *Een arts van de wereld: Etnische diversiteit in de medische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Seeleman, C., Suurmond, J., Stronks, K. (2009). Cultural competence: a conceptual framework for teaching and learning. *Medical Education*, 43, 229-237.
- Seeleman, C., Essink-Bot, M.L., Stronks, K. (2008). Toegankelijkheid en kwaliteit van de somatische zorg. Retrieved, April 17, 2010, from:

http://www.zonmw.nl/fileadmin/cm/vraagsturing/ethniciteit/Toegankelijkheid_en_kwaliteit_van_de_somatische_zorg.pdf

- S'Jegers, S. (2005). *Een feminisme voor alle vrouwen? De witte vrouwenbeweging in Vlaanderen in relatie tot multiculturaliteit, 'allochtone' vrouwen(organisaties) en het hoofddoekendebat*. Retrieved, May 16, 2010, from:
http://www.iiav.nl/epublications/2005/Feminisme_voor_alle_vrouwen.pdf
- Slobbe, L., Kommer, G., Smit, J., et al. (2006). *Kosten van ziekten in Nederland 2003*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Stronks, K. (1999). Allochtoon, dus ongezond? Mogelijke verklaringen voor de samenhang tussen ethniciteit en gezondheid geïntegreerd in een conceptueel model. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 77, 33-40.
- Suurmond, J., Seeleman, C., Stronks, K. (2007). Multiculturaliteit in zorg en verpleging. *Vakblad voor opleiders in gezondheidsonderwijs*, 4, 3-7.
- Tengland, P. (2006). The goals of health work: Quality of life, health and welfare. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 9, 155-167.
- Verdonk, P., Benschop, Y., Heas, H., de, Mans, L. en Lagro-Janssen, A. (2009a). From gender bias to gender awareness in medical education. *Advances in health sciences education*, 14, 135-152.
- Verdonk, P., Benschop, Y., Heas, H., de, Mans, L. en Lagro-Janssen, A. (2009b). 'Should you turn this into a complete gender matter?' Gender mainstreaming in medical education. *Gender and Education*, 21, 703-719.
- Vermeulen, H. (2001). *Etnisch-culturele diversiteit als 'feit' en norm*. Amsterdam: Vossius UvA.
- Voestermans, P., Verheggen, T. (2007). *Cultuur & lichaam : een cultuurpsychologisch perspectief op patronen in gedrag*. Heerlen: Open Universiteit Nederland.
- Wekker, G. en Lutz, H. (2001). Een hoogvlakte met koude winden. De geschiedenis van het gender- en ethniciteitsdenken. In: M. Botman, N. Jouwe en G. Wekker (red.), *Caleidoscopische visies. De zwarte-, migranten- en vluchtelingenvrouwenbeweging in Nederland* (p. 25-50). Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen.
- Wieringen, J., van, Kijlstra, M. en Schulpen, T. (2003). Medisch onderwijs in Nederland: weinig aandacht voor culturele diversiteit van patiënten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 147, 815-819.

Internetbronnen

Informatie over Aletta Jacobs. Retrieved June 16, 2010, from:
<http://www.alettajacobs.org/thema/zorg.html>

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Gerapporteerd gebruik medische voorzieningen en geneesmiddelen. Retrieved March 20, 2010, from:

<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=7042mc&D1=1-2,12-13,23-24&D2=20-29&HDR=G1&STB=T&VW=T>

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Door de huisarts geregistreeerde contacten; herkomst. Retrieved March 20, 2010, from:

<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=80192NED&D1=1&D2=a&D3=0,l&D4=1-2,4-7&D5=0&D6=a&VW=T>

Europees jaar van gelijke kansen voor iedereen. Retrieved June 8, 2010, from:

<http://equality2007.europa.eu>

World Health Organisation (WHO). Informatie over hun speerpunten. Retrieved June 12, 2010, from: http://www.who.int/about/brochure_en.pdf

Council of Europe (COE). Informatie over hun speerpunten. Retrieved June 13, 2010, from:

<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1245243&Site=COE&BackColorInternet=DBDCF2&BackColorIntranet=FDC864&BackColorLogged=FDC864>

Nieuwsbrief Gezondheid-EU (Nummer 2). Retrieved June 20, 2010, from:

http://ec.europa.eu/health-eu/newsletter/2/newsletter_nl.htm#8

Bijlage 1 Topiclijst

Interview

Kennismaking en achtergrond

Voordat we beginnen met het interview zal ik me eerst even voorstellen en kort uitleggen waar dit interview over gaat. Ik ben Minne Bakker, bezig met mijn master Arbeid, zorg en welzijn aan de Universiteit Utrecht. Ik ben bezig met een onderzoek in opdracht van de Henny Verhagen Stichting. Het doel van het onderzoek is om in kaart te brengen hoeveel aandacht er is voor diversiteit op het gebied van cultuur en gender met betrekking tot gezondheid en gezondheidszorg binnen het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek. Ik ben bezig met een overzicht te maken van wat er binnen het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek op dit gebied is. Het doel van dit interview is met name om meer in te gaan op de begrippen diversiteit, cultuur en gender. Vervolgens zal ik wat vragen stellen over de manier waarop er volgens u aandacht voor cultuur en gender in het onderwijs of onderzoek zou moeten worden besteed.

Voordat we echt gaan beginnen wil ik u vragen of het een probleem is als ik gebruik maak van een opnamerecorder? De gegevens worden gebruikt voor mijn scriptie en eventueel voor de website van de Henny Verhagen Stichting.

Heeft u verder nog vragen?

Dan wil ik nu graag eerst beginnen met wat algemene gegevens

1. Persoonlijke gegevens van de respondent

- 1.1 Datum:.....
- 1.2. Tijd:.....
- 1.3. Naam respondent:.....
- 1.4. Organisatie (+ evt afdeling).....
- 1.5. Korte introductie van respondent:.....
(Wat voor soort onderzoek)
(Wat voor soort onderwijs)

2. Diversiteit, cultuur en gender

Bij het lezen van literatuur voor dit onderzoek kwam ik veelvuldig het begrip 'diversiteit' tegen met betrekking tot cultuur en gender

- 2.1. Kunt u mij vertellen wat u verstaat onder diversiteit in de context van gezondheid?
- 2.2. Hoe ziet u de rol van gender daarin?
- 2.3 Hoe ziet u de rol van cultuur daarin?

Ik heb veel gelezen over het begrip diversiteit en ben ook valkuilen omtrent het begrip tegen gekomen. Bijvoorbeeld dat het spreken over diversiteit kan leiden tot extreme vormen van wij-zij denken, doordat je juist focust op de verschillen in plaats van de overeenkomsten.

- 2.4. Herkent u deze valkuil?
- 2.5. Wat zijn eventuele andere valkuilen?

Om misverstanden te voorkomen over de invulling van de begrippen cultuur en gender, wil ik u ook hier kort wat over vragen.

- 2.6. Kunt u kort uitleggen wat u in deze context verstaat onder het begrip cultuur?
2.7 Kunt u kort uitleggen wat u in deze context verstaat onder het begrip gender?

Ik heb de bachelorcursussen die aandacht besteden aan gezondheid, cultuur én gender in kaart gebracht 500 cursusbeschrijvingen gelezen, 160 leken in meer of mindere mate relevant en daarvan bleken 10 cursussen aandacht te besteden aan de combinatie van de drie onderwerpen.

- 2.8. Is het volgens u nodig om aandacht te besteden aan de combinatie van cultuur, gender én gezondheid(zorg), of is cultuur en gezondheid voldoende?

Waarom?

Voor wie is het belangrijk (artsen, patiënten, studenten)?

3. Veranderingen in de toekomst: Onderwijs

Ik wil het met u hebben over de situatie zoals deze in het onderwijs en onderzoek momenteel is. Ik zal eerst een paar vragen stellen over uw mening over het onderwijs en vervolgens over onderzoek.

- 3.1 Kunt u op een schaal van 1-10 aangeven wat u momenteel vindt van de mate van aandacht voor cultuur en gender binnen het onderwijs?

3.2 Toelichting:

- 3.3. Zijn er volgens u belemmerende factoren die het bemoeilijken om meer vakken gericht op diversiteit en gezondheid in het curriculum te krijgen?

Welke?

Waarom denkt u dat die belemmeringen er zijn?

Voor wie zijn het belemmeringen (patiënten, studenten, artsen)?

Op welk niveau zijn er belemmeringen (beleid, beroepskant, studenten etc)?

- 3.4. Zijn er ook bevorderende factoren?

Welke?

Voor wie?

- 3.5 Wat is er al wel gelukt?

Waarom was het nodig?

Voorbeelden: wat zijn goede cursussen?

Wat maakt het een goede cursus?

Concrete voorbeelden: good practices/bad practices

- 3.6. Wat moet er volgens u in de toekomst nog verbeterd worden?

Waarom?

Wat?

Hoe (concreet)?

Waar (bachelor/master/keuzevakken/etc)?

4. Veranderingen in de toekomst: Onderzoek

Tot zover over het onderwijs. Ik heb dezelfde vragen over het onderzoek.

4.1 Kunt u op een schaal van 1-10 aangeven wat u momenteel vindt van de mate van aandacht voor cultuur en gender binnen het onderzoek?

4.2 Toelichting:

4.3 Zijn er volgens u in het onderzoek belemmerende factoren, die het onderzoeken van diversiteit op het gebied van gezondheid bemoeilijken?

Welke zijn dat?

Waarom zouden die er zijn?

Op welk niveau (geen subsidie, geen onderzoekers)?

4.4 Zijn er ook bevorderende factoren die onderzoek naar diversiteit en gezondheid juist stimuleren?

Welke?

4.5 Wat is er bijvoorbeeld al wel gelukt binnen het onderzoek?

Hoe is het gelukt?

Waarom was het nodig?

Voorbeelden: welk onderzoek is wel goed?

Wat maakt het goed?

Concrete voorbeelden: good practices/bad practices

4.6 Wat moet er nog verbeterd worden op het gebied van onderzoek naar diversiteit op het gebied van gezondheid?

Waarom?

Hoe zou dat bereikt kunnen worden?

Waar: welke organisaties: universiteiten? (NB Specifieke organisaties (Mikado, Pharos, etc.)?)

5 Afsluiting

We zijn nu bijna aan het einde gekomen van het interview.

5.1. Ik wil u als laatste nog vragen of u nog dingen hebt gemist in dit interview, of dat er nog dingen zijn die u nog toe wilt voegen?

Hartelijk bedankt!

Bijlage 2 Respondenten

J. van Mens-Verhulst	Universiteit Utrecht
J. Knipscheer	Universiteit Utrecht
D. Ingleby	Universiteit Utrecht
R. May	Altrecht
M.L. Esskink-Bot	Universiteit van Amsterdam
C. Seeleman	Universiteit van Amsterdam
M. Bekker	Universiteit van Tilburg
M. van den Muijsenbergh	Radboud Universiteit/Pharos
I. Klinge	Universiteit Maastricht
G. Noordenbos (schriftelijk)	Universiteit Leiden

N.B. De volgorde waarin de respondenten hier gepresenteerd staan, komt *niet* overeen met de nummers die de respondenten in het resultatenhoofdstuk hebben gekregen.

Bijlage 3 Expertmeeting

Uitkomsten discussie expertmeeting Henny Verhagen Stichting (HVS)

Datum: 27 mei 2010

Tijd: 15.00 uur – 17.30 uur

Locatie: Movisie, Trainingszaal

Programma:

15.00 uur	Opening en kennismaking dor Indra Boudjarath (Voorzitter Henny Verhagen Stichting)
15.10 uur	Stand van zaken Henny Verhagen Stichting
15.25 uur	Presentatie Helena Kosec (Pharos): Migratie en Gezondheid
15.45 uur	Presentatie Minne Bakker (stagiaire Henny Verhagen Stichting: Diversiteit in onderwijs en onderzoek
16.00 uur	Discussie <ul style="list-style-type: none">• Wat zijn de prioriteiten en lacunes op het terrein van diversiteit in gezondheid in onderzoek en onderwijs?• Hoe kunnen we deze onder de aandacht brengen en hier gezamenlijk aan werken?
16.45 uur	Borrel

Aanwezig

I. Boedjarath (Mikado, voorzitter HVS, voorzitter expertmeeting), M. Bakker (stagiaire HVS, verslag) H. Felten (Movisie, bestuurslid HVS, verslag), K. van Vliet (Verwey-Jonker Instituut, penningmeester HVS), W. van Berlo (Rutgers Nisso Groep, secretaris HVS), T. van Elst (Movisie, bestuurslid HVS), J. van Mens-Verhulst (oud-hoogleraar Vrouwengezondheidszorg), G. Noordenbos (Universiteit Leiden), I. Klinge (Universiteit Maastricht), L. Meeuwesen (Universiteit Utrecht), N. Jessurun (psychotherapeut/gezinstherapeut, privépraktijk), H. Kosec (Pharos), M. de Gruijter (Verwey-Jonker Instituut), P. Verdonk (Universiteit Maastricht), I. Vanwesenbeeck (Rutgers Nisso Groep), R. Reis (LUMC), G. Tomassen (NIGZ), F. Smulders (Fontys Hogescholen), M. Kok (UMC Utrecht). M. Bekker(Universiteit van Tilburg) schriftelijke bijdrage en reactie

Uitkomsten discussie

Naar aanleiding van de uitkomsten van het onderzoek van Minne Bakker is er een discussie gevoerd met de aanwezigen. Hieronder vindt u een korte beschrijving van de thema's die aan bod zijn gekomen in deze discussie.

1. Meer aandacht voor cultuur dan voor sekse?

Uit het onderzoek komt naar voren dat er meer aandacht is voor cultuur dan voor sekse in onderwijs. Naar aanleiding hiervan is gediscussieerd over de vraag hoe deze uitkomst te verklaren is. Enkele mogelijke verklaringen die worden gegeven:

- De zoektermen die zijn gebruikt: misschien worden er andere termen gebruikt in de beschrijvingen van cursussen om te refereren aan sekse dan de termen die in het onderzoek zijn gebruikt. De onderzoeker geeft aan dat er veel verschillende zoektermen zijn gebruikt: niet alleen 'sekse' en 'gender' maar bijvoorbeeld ook 'vrouw' en 'man'.
- Gender- mainstreaming: Zou het kunnen zijn dat aandacht voor sekse dusdanig gemainstreamd is binnen het onderwijs dat het niet meer terug te vinden is in de beschrijvingen van de cursussen? Is aandacht voor gender zo vanzelfsprekend geworden om mee te nemen, waardoor het niet meer expliciet genoemd wordt in beschrijving? Verschillende aanwezigen denken dat dit niet het geval is. Een opmerking is dat de aandacht voor sekse (of gender) in het gezondheidsgerelateerde curriculum weer aan het 'verdampen' is.
- Individuele docenten hebben wel aandacht voor gender maar het ontbreekt nog aan een structurele inbedding in het curriculum.
- De noodzaak voor aandacht voor gender wordt niet gevoeld. Illustratief is dat een van de aanwezigen aangeeft nog nooit met collega's over gender te hebben gesproken. Voor haar en haar collega's is het onduidelijk waarom dit nodig zou zijn. Andere aanwezigen geven vervolgens voorbeelden van de meerwaarde van aandacht voor sekse en cultuur. Duidelijk wordt dat kennis van deze meerwaarde niet wijdverbreid is. De kennis is wel beschikbaar maar wordt te weinig gebruikt. Met de overdracht van kennis naar jongere generaties lijkt er kennis te zijn verloren gegaan, zo wordt er geconcludeerd door verschillende aanwezigen. Ook nu nog wordt kennis over de meerwaarde van aandacht voor cultuur en sekse te weinig overgedragen, zo menen verschillende aanwezigen.

2. Golfbewegingen

Verschillende malen komt in de discussie naar voren dat aandacht voor sekse en cultuur als een golfbeweging opkomt en weer verdwijnt. Aandacht voor sekse niet zo zeer verdampt, maar er is eerder een laag over heen gekomen: het is niet helemaal weg, maar het is 'ondergesneeuwd'. Aandacht voor sekse is een 'hot item' geweest in onderwijs en onderzoek naar gezondheid maar is daarna ondergesneeuwd door de aandacht voor nieuwe 'hot items'. "De kunst is om door die nieuwe lagen heen te prikken" en sekse weer op de agenda te krijgen.

3. Integratie?

In het begin spitst de discussie zich vooral toe op het gebrek aan aandacht voor sekse. Vervolgens komt aan de orde dat aandacht op het gebied van cultuur misschien nog wel een groter probleem is: men denkt hiervan soms, vooral op beleidsniveau, dat 'het zich vanzelf wel oplost in de loop van generaties'. Dat is echter niet zo, menen een aantal aanwezigen. Er blijven migranten komen waardoor het probleem nooit in de loop van een paar generaties opgelost wordt. Een ander argument dat naar voren komt, is dat een migrant in zekere zin altijd migrant blijft. "Het kan heel goed gaan, maar als er dan ineens iets gebeurt als 9/11 of zo, dan ben je weer meteen 'de migrant". Ook geven enkele aanwezigen aan dat er vaak onrecht aangenomen wordt dat door integratie de gezondheidsproblemen van migranten afnemen. Er blijven problemen of gezondheidsrisico's die voor mensen met een migranten- of vluchtelingenachtergrond groter zijn.

4. Een andere situatie

De voorzitter vraagt hoe wij het tij zouden kunnen keren. Hoe kunnen we zorgen voor meer aandacht voor cultuur en sekse in het onderwijs en onderzoek m.b.t. gezondheid? Aangegeven wordt dat de tijden nu heel anders zijn dan 20 jaar geleden: studenten hebben nu veel minder interesse voor sekse. Er is geen sprake van een beweging, zoals de vrouwenbeweging indertijd en er zijn geen leiders tussen de docenten of studenten die het onderwerp aanzwengelen. Na deze analyse komen vervolgens verschillende strategieën aan de orde om meer aandacht te krijgen voor sekse en cultuur in onderzoek en onderwijs m.b.t. gezondheid.

- Het is belangrijk om aan te sluiten bij de wensen en behoeften van jonge vrouwen en mannen, vooral bij jonge vrouwen en mannen die een migrantenachtergrond hebben. Een aantal manieren om dit te doen, zijn:
 - o Aansluiten bij de taal en de manier van communiceren van deze jonge generatie
 - o Aansluiten bij de belevingswereld; ga in gesprek over concrete problemen die jonge mensen van migrantenachtergrond tegenkomen (vrije partnerkeuze, knellende tradities, maagdelijkheid, seksualisering etc.) en probeer vanuit deze problemen de verbinding te leggen met gezondheid (depressiviteit bijvoorbeeld).
 - o Maak gebruik van nieuwe media om deze jonge generatie te bereiken.
- Vraag apart aandacht voor cultuur en voor sekse. Het kruispuntdenken is het vertrekpunt, maar het kan soms handig zijn om verschillende diversiteitsfactoren apart te agenderen.

- Kies voor een top-down strategie. Het zou bijvoorbeeld kunnen helpen om visitatiecommissies (accreditatiecommissies) gevoelig te maken voor diversiteit. Overtuig een van de leden van zo'n commissie en zorg ervoor dat deze vragen stelt over cultuur en sekse.
- Zorg ervoor dat het een subsidie-eis wordt voor onderzoek m.b.t. gezondheid dat er aandacht is voor cultuur en sekse. Dit gebeurt nu al bij ZonMw, maar dit zijn nog geen harde eisen. Een voorstel is dat er een soort filter moet komen die er voor zorgt dat de onderzoeker altijd verantwoording moet afleggen voor de mate waarin diversiteit in het onderzoek naar voren komt.
- Belangrijk is dat aandacht voor sekse en cultuur in de eindtermen van het onderwijs wordt opgenomen. Contact met HBO-raad maar ook MBO-Raad wordt aangeraden.
- Onderhoud beter contact met elkaar over het thema en maak hierbij gebruik van nieuwe media. Probeer meer mensen in één keer te bereiken. Een LinkedIn groep aanmaken is een eerste stap.
- Mobiliseer belangengroeperingen. Zorg dat de studenten die wel het nut van aandacht voor cultuur en sekse inzien, bewogen worden om meer met dit thema te doen. Dit kan tot een beweging leiden: een golfbeweging.
- Verspreid de kennis over de meerwaarde van aandacht voor cultuur en sekse. Zorg juist voor zogenoemde 'harde' bewijzen en verspreid deze kennis op een manier dat deze zo toegankelijk mogelijk is.
- Maak gebruik van je eigen contacten en netwerken om aandacht voor sekse en cultuur m.b.t. gezondheid te generen.
- Organiseer bijeenkomsten zo als deze om elkaar te kunnen informeren en te versterken.

Bijlage 4 Relevante cursussen

Leeswijzer bij overzicht relevante cursussen

Kolom 1: De universiteiten; deze staan op alfabetische volgorde op de stad waarin ze gevestigd zijn (dus Amsterdamse Universiteiten bovenaan, Wageningen onderaan).

Kolom 2: De opleiding; deze staat in de volgorde waarop ze op de website genoemd staan (vaak alfabetische volgorde, soms ook per faculteit).

Kolom 3: De cursus; staat op volgorde waar ze in het curriculum aangeboden worden.

Kolom 4: De cursusbeschrijving; kort fragment uit de volledige beschrijving waaruit blijkt of/dat er aandacht wordt besteed aan cultuur/ethniciteit en/of gender/sekse.

Kolom 5: Link; hyperlink naar de hele cursusbeschrijving.

Overzicht relevante bachelorcursussen

Universiteit	Opleiding	Cursus	Beschrijving	Link
Universiteit van Amsterdam	Geneeskunde	Stofwisselingsstoornissen	Naast een patiëntdemonstratie en overzichtscolleges van de basale studiestof, worden ethische, psychosociale, kosten-effectiviteit, etnische en preventie aspecten multidisciplinair behandeld.	Studiegids
		Vaardigheidsonderwijs 2e jaar	Eén van de practica is gewijd aan multiculturele aspecten van gespreksvoering, in het bijzonder het anamnesegeprek.	Studiegids
		Opstap naar de kliniek	Naast een patiëntdemonstratie en overzichtscolleges van de basale studiestof, worden ethische, psychosociale, kosten-effectiviteits, etnische en preventie aspecten multidisciplinair behandeld.	Studiegids
Vrije Universiteit		Humane levenscyclus III	De levensverwachting van de Nederlanders in mondiaal perspectief seksespecifiekeverschillen in gezondheid en ziekte	Studiegids
		Internationale volksgezondheid	aandacht voor cultuur en gezondheid	Studiegids
		Interculturalisatie van zorg	heel veel op gebied van cultuur, niet van gender	Studiegids
	Geneeskunde	Capita selecta	Wat is de rol van de arts? Wat betekent dood in de verschillende culturen waarmee de arts in zijn werk te maken krijgt?	Studiegids
		Het verhaal van de patiënt	In de tweede week is de aandacht vooral gericht op de ervaring en ziektebeleving van de allochtone patiënt in Nederland. Je leert nadenken over de vooroordelen die het contact tussen arts en allochtone patiënten kunnen beïnvloeden. Tevens leer je de eerste	Studiegids

			beginselen om een gesprek te voeren met een patiënt met een andere culturele achtergrond. Je leert in deze week de waarde en het belang van het individuele patiëntenverhaal kennen, alsmede hoe het individuele verhaal wordt gevoed door medische opvattingen en allerlei culturele beelden over ziekte en gezondheid	
	Gezondheids- wetenschappen	Ziekte en context	Studenten verwerven kennis over de sociale en culturele factoren die van invloed zijn op het vóórkomen van ziekte, op de wijze van zorgverlening, en op de betekenis van ziekte en gezondheid. Het gaat hier om kennis van de sociologie binnen de geneeskunde, gericht op praktische toepassingen in zorg en preventie	Studiegids
Universiteit Leiden	Geneeskunde	Arts en patient	Ten slotte worden in dit blok diverse achtergronden van de arts-patiëntrelatie belicht, te weten: samenleving, sociaal-economische omstandigheden, cultuur, etniciteit.	Studiegids
		Maatschappij en gezondheidszorg	Verder wordt aandacht besteed aan maatschappelijke ontwikkelingen zoals de zorgverlening die nodig is om goede zorg te bieden aan specifieke groepen (andere etnische achtergrond, dak- en thuislozen, mensen in detentie)	Studiegids
		Context medisch handelen	Aandacht voor de vraag hoe iemands culturele achtergrond van invloed is op het geven van goede zorg.	Studiegids
	Pedagogische wetenschappen	Interculturele aspecten van opvoeding, onderwijs en hulpverlening	In deze cursus wordt aan de hand van theoretische modellen en theorieën een beeld gegeven van de enorme mondiale verscheidenheid in opvoeding en ontwikkeling	Studiegids

	Psychologie	Cultural health and health care	(ook onderdeel van minor) invloed van cultuur op gezondheid en gezondheidszorg	Studiegids
Universiteit Maastricht	Geneeskunde	Wens-kind-mens	Bij de persoonlijke ontwikkeling zal aandacht zijn voor genderspecifieke en culturele aspecten.	Studiegids
	Gezondheids-wetenschappen	Gezondheid en ziekte	Bij verschillende onderwerpen die in het blok aan de orde komen wordt er niet alleen naar Nederland en de Nederlandse cultuur gekeken, maar wordt er ook over grens heen gekeken. Dit geldt expliciet voor sociaal-culturele maatstaven voor gezondheid en ziekte.	Studiegids
Radboud Universiteit	Geneeskunde	Medische professionele vorming 1: Arts en Patiënt	De student kan de invloed beschrijven en analyseren van maatschappij en cultuur op gezondheid en ziekte en op het geneeskundig proces, in het bijzonder voor wat betreft gender, etnische diversiteit, multiculturaliteit en medisch-ethische opvattingen	Studiegids
		Medische professionele vorming 2: Arts en Context	De student kan de invloed beschrijven en analyseren van maatschappij en cultuur op gezondheid en ziekte en op het geneeskundig proces, in het bijzonder voor wat betreft gender, etnische diversiteit, multiculturaliteit en medisch-ethische opvattingen	Studiegids
		Medische professionele vorming 3: Arts en Praktijk	Trefwoorden: diagnostiek, therapie, gender, etniciteit, cultuur, medisch-ethische opvattingen.	Studiegids
		Psychoproblematiek	Mensen uit een andere cultuur presenteren psychoproblematiek soms op een andere manier dan autochtone Nederlanders, en dit kan de arts op een dwaalspoor brengen. Vandaar dat in dit blok ook aandacht wordt besteed aan het herkennen, omgaan en	Studiegids

			behandelen van mensen met psychoproblematiek die uit een andere cultuur komen.	
	(Keuzeonderwijs)	Sekse, seksualiteit en multiculturaliteit	De student heeft inzicht in de rol die sekse en cultuur spelen bij gezondheidsproblemen, is in staat deze inzichten naar de hulpverlening te vertalen, en kan kennis aantonen van sekse en cultuurverschillen in het bijzonder bij seksualiteit, reproductie en seksueel geweld. Tevens leert de student te reflecteren op de eigen persoonlijke opvattingen en houding ten opzichte van sekse, seksualiteit en cultuur.	Studiegids
	(Keuzeonderwijs)	Gezondheid, levensbeschouwing en cultuur	U werkt aan een verdieping van uw inzichten in de levensbeschouwelijke, morele en cultuurafhankelijke aspecten van de gezondheidszorg, in het bijzonder van de zorg voor minderheden (in verschillende betekenissen).	Studiegids
	Culturele Antropologie en Ontwikkelings-sociologie	Gender	De cursus "Gender" gaat over deze kwestie van gelijkheid en verschil. Een ander belangrijk thema is het onderscheid tussen sekse (biologische mannelijkheid en vrouwelijkheid) en gender (de sociale, psychologische en culturele constructie van mannelijkheid en vrouwelijkheid) en de kwestie natuur/cultuur.	Studiegids
		Angst en angststoornissen	Aandacht voor verschil in angsten tussen mannen en vrouwen	Studiegids
Erasmus universiteit	Geneeskunde	De populatie als patiënt	Aandacht voor de verdeling van gezondheid en ziekte in de bevolking (verschillen in gezondheid naar leeftijd, geslacht, sociaal-economische status en etniciteit)	Studiegids
		De patiënt	De student kan bij het maken van een	Studiegids

			behandelplan voor een patiënt een breed referentiekader gebruiken, waarbij niet alleen rekening wordt gehouden met bio-medische gegevens, maar ook met andere relevante aspecten van het functioneren van de patiënt, zoals sociaal netwerk, sekse, culturele en/of religieuze achtergrond, etc.	
	Beleid en Management Gezondheidszorg	Sociaal-Medische Wetenschappen	Aandacht voor verschillen naar geslacht en leeftijd, maar ook naar sociaaleconomische positie en etnische herkomst	Studiegids
		Verdelingsvraagstukken en Gezondheidszorgbeleid	De effecten van preventie en gezondheidsbevordering worden toegelicht aan de hand van voorbeelden over laag sociaal-economische groepen en allochtonen.	Studiegids
		Minor Public Health: de gezonde stad	Bij het ontwikkelen van interventies moet, behalve met de weerbaarheid van de praktijk en kosteneffectiviteit, ook rekening worden gehouden met de doelgroepen waarop te ontwikkelen interventies zijn gericht. In het kader van grootstedelijke problematiek zijn hierbij vooral sociaaleconomische en etnische verschillen relevant.	Studiegids
Universiteit Utrecht	Geneeskunde	Medical Humanities 1	De student begrijpt dat de beoefening van de geneeskunst plaats vindt in een culturele en sociale context die door diversiteit wordt gekenmerkt en begrijpt hoe die context mede vorm geeft aan de diverse beleving van ziekte en aan de wijze waarop de geneeskunst wordt beoefend	Studiegids
		Medical Humanities 2	De student begrijpt dat de beoefening van de geneeskunst plaats vindt in een culturele en sociale context die door diversiteit wordt gekenmerkt en begrijpt hoe die context mede	Studiegids

			vorm geeft aan de diverse beleving van ziekte en aan de wijze waarop de geneeskunst wordt beoefend	
	Psychologie	Inleiding in de Psychologie	Daarnaast is er bijzondere aandacht voor de interculturele aspecten van de psychologie.	Studiegids
		Biopsychosociaal perspectief op psychopathologie	Tevens is er aandacht voor de achtergrond van psychopathologie vanuit ontwikkelings- en intercultureel perspectief.	Studiegids
		Basisvaardigheden communicatie	Ook wordt aandacht besteed aan cultuur- en sekseverschillen en specifieke gesprekken in beroepssituaties, zoals het functioneringsgesprek	Studiegids
		Interculturalisatie van de gezondheidszorg	Inzicht krijgen in: opvattingen binnen verschillende culturen over (geestelijke) ziekte en gezondheid; risicofactoren en stressoren die speciaal betrekking hebben op migranten en vluchtelingen, bijvoorbeeld verlieservaringen, acculturatieproblemen en discriminatie	Studiegids
		Health Psychology	Sex differences in stress and health	Studiegids
Universiteit voor Humanistiek	Humanistiek	Humanisering 2: Waarden, instituties en professionaliteit	Daarbij kijken we naar de concrete mogelijkheden en praktijken van humanisering, waar deze als inhumain worden ervaren, bijvoorbeeld in de bejegening in de gezondheidszorg, in de inrichting van het onderwijs, in het overheidsbeleid met betrekking tot werk en werkloosheid, in de benadering van culturele minderheden	Studiegids
Wageningen Universiteit	Gezondheid en Maatschappij	Sociologie en antropologie van gezondheid	In dit vak staat centraal hoe mensen betekenis geven aan gezondheid en ziekte. Mensen interpreteren ziekte en gezondheid op basis van hun cultuur.	Studiegids

Overzicht relevante mastercurussen

Universiteit	Opleiding	Cursus	Beschrijving	Link
Universiteit van Amsterdam	Amsterdam Master in Medical Anthropology	Introduction in Medical Anthropology	Students learn how illness, well-being, health and health care can be studied as social and cultural phenomena.	Studiegids
	Amsterdam Master in Medical Anthropology	Children, Health and Well-being: a cultural perspective	In this course students gain knowledge of the influence of culture on the well-being and health of children. They become acquainted with a social-cultural perspective on children's problems and the implications of working with a specific child-perspective	Studiegids
	Amsterdam Master in Medical Anthropology	Gender, Reproductive and Sexual Health and Fertility	This module offers insight in the social, cultural and gender dimensions of reproductive and sexual health and health care, and in the way in which women's decision making power and access to resources affect reproductive and sexual health.	Studiegids
	Amsterdam Master in Medical Anthropology	Culture, Psychology and Psychiatry	They learn to adequately interpret specific complaints and experiences in relation to culture. They gain insight into the influence of culture on cognitive and emotional processes, as well as on therapeutic practices	Studiegids

	Psychologie: Klinische psychologie	Cultuur en gezondheid (Keuzevak)	Kennis van theorie en praktijk van culturele verschillen in somatische en psychische gezondheid. Het gaat hierbij zowel om verschillen tussen samenlevingen als verschillen binnen één samenleving (autochtonen versus allochtonen, mannen versus vrouwen, arme	Studiegids
Vrije Universiteit	Premaster Sociologie van Mondialisering en Diversiteit	Sociologisch domein I: Sociale gerontologie in de 21ste eeuw	Daarbij worden theorieën toegepast op kwesties als sociaal-economische en genderverschillen in gezondheid en zorg	Studiegids
Universiteit Leiden	Clinical Psychology	Transdiagnostic Approach to Eating Disorders (k)	Why are eating disorder patients mostly women?	Studiegids
Universiteit Maastricht	Public Health for Professionals	Health, Sickness and Culture	The intention of this unit is to provide students with insight into the ways in which culture, socio-economic context, behaviour, health and illness are interlinked.	Studiegids
Universiteit van Tilburg	Master Psychologie en Geestelijke Gezondheid. Track: Kinder- en Jeugdpsychologie	Diagnostiek	bewustzijn ontwikkelen van de relevantie van differentiële aspecten met name gender en etniciteit.	Studiegids
	Master Psychologie en Geestelijke Gezondheid. Track: Klinische Psychologie	Klinische Psychologie	Bewustzijn ontwikkelen van de relevantie van differentiële aspecten zoals op basis van sekse/gender, etniciteit, persoonlijkheid en levensloop	Studiegids

Universiteit Utrecht	Klinische en Gezondheidspsychologie	Verlies en psychotrauma	Ook wordt uitvoerig stilgestaan bij rouwreacties en stressreacties bij speciale groepen.	Studiegids
	Arbeid, Zorg en Welzijn	Migranten en gezondheidszorg	Wat zijn belangrijke cultuurverschillen, wanneer belemmeren zij de communicatie? In welke mate spelen taalbarrières een rol? Wat is het beleid ten aanzien van het slechten van taalbarrières in de zorg? Hoe staat het met de interculturele competenties van zorgverleners? In hoeverre dragen dergelijke competenties bij aan de verbetering van de kwaliteit van zorg voor migranten en etnische minderheden? Welke methodologische problemen spelen er ten aanzien van interculturele kwesties? Met dit soort vragen zullen we ons tijdens deze verdiepingscursus bezig houden.	Studiegids
	Geneeskunde	Praktisch lijn onderwijs (5e jaar)	Daarbij heeft de student geleerd om het gedrag van artsen in het algemeen, het eigen gedrag en dat van de patiënt in die situaties te analyseren, waarbij ook aandacht wordt besteed aan het communiceren met patiënten met verschillende culturele achtergronden.	Studiegids

Overzicht relevante postdoctorale cursussen

Instelling	Soort onderwijs	Cursus	Beschrijving	Link
KNMG	Opleiding	Jeugdarts	De jeugdarts is in staat de invloed van omgeving, leeftijd, geslacht, etnisch-culturele achtergrond, sociaal netwerk en emotie naar waarde te schatten.	Informatie
KNMG	Opleiding	Arts infectieziekten	De arts infectieziektebestrijding weet de invloed van omgeving, leeftijd, geslacht, etnisch-culturele achtergrond, sociaal netwerk en emotie naar waarde in te schatten.	Informatie
KNMG	Opleiding	Arts tuberculosebestrijding	De arts infectieziektebestrijding weet de invloed van omgeving, leeftijd, geslacht, etnisch-culturele achtergrond, sociaal netwerk en emotie naar waarde in te schatten.	Informatie
KNMG	Opleiding	Bedrijfsarts	De bedrijfsarts toetst zijn oordeel steeds aan de visie van de cliënt, houdt daarbij rekening met factoren als leeftijd, beroep, opleiding, etniciteit, geloofsopvattingen, sociaal netwerk, emotie, bedrijfs- en beroeps cultuur.	Informatie
KNMG	Opleiding	Verzekeringsarts	De verzekeringsarts maakt een inschatting van de invloed van factoren als leeftijd, geslacht, etnisch culturele achtergrond, sociaal netwerk en emotie op het verloop van de communicatie en stemt hierop zijn eigen communicatie af, rekening houdend met het doel van de cliëntrelatie.	Informatie
Mikado	Cursus	Basiscursus Interculturele zorg	Onderdelen: bewustwording van de noodzaak tot intercultureel werken, kennismaking met d interculturele visie en beleid van	Informatie

			betreffende instelling, inleiding tot interculturele vaardigheden en bejegening van cliënten, kennis over achtergronden en sociale kaart van de regio's waarin instellingen werkzaam is	
Mikado	Training	Psycho-educatie	De belangrijkste leerdoelen zijn: * Inzicht krijgen in het belang van interculturele psycho-educatie * Het geven van de goede informatie en/of voorlichting op een gepaste wijze * Het zien van een verband tussen iemands taal, cultuur, ziektebeleving en presentatie van klachten en hulpzoekgedrag. * Het toepassen van bovenstaande kennis in de interculturele praktijk	Informatie
Mikado	Training	Interculturele communicatie	De belangrijkste leerdoelen van deze bijeenkomst zijn * De hulpverleners worden zich bewust van het eigen handelen en de eigen attitudes ten aanzien van cultuurverschillen bij de zorgverlening aan cliënten van verschillende etnisch-culturele afkomst. * Het cultuursensitief handelen en het zich bewust zijn van de eigen houding en die van de cliënt zijn belangrijk voor het opbouwen van een goede hulpverlener-cliënt relatie.* Deelnemers krijgen handvatten aangereikt over bijvoorbeeld het werken met tolken en metaforen.	Informatie
Mikado	Trainingen	Andere mogelijke onderwerpen voor trainingen	Interculturele competenties; Werken in een multicultureel team; Kleurrijk leidinggeven; Angst en depressie bij migranten; Somatoforme stoornissen bij migranten; Het verhaal van de cliënt; Verslaving en dubbele	Informatie

			problematiek; Psychose en schizofrenie	
Movisie	Training	Interculturele communicatie	Aan het eind van de training hebben de deelnemers meer kennis van en inzicht in verschillen tussen culturen en kunnen zij interculturele communicatiemethoden beter toepassen in de praktijk	Informatie
Movisie	Training	Aandacht voor diversiteit	Deze manier van begeleiden bouwt voort op de segmenten van Vrouwenhulpverlening (later Seksespecifieke hulpverlening) en de Interculturele hulpverlening. Diversiteitshulpverlening gaat over rekening houden met verschillen tussen mensen. Dit betekent oog hebben voor alle mogelijke combinaties van sekse, etniciteit, leeftijd, seksuele voorkeur, religie en beperking van cliënten. Een persoonsgerichte benadering van cliënten komt hierdoor dichterbij.	Informatie
Mutant	Training	Training cultuurverschillen in communicatie en opvoeding	Onderwerpen die aan bod komen zijn: * Interculturele communicatie * (Culturele) verschillen en overeenkomsten in opvattingen over en beleving van ziekte, gezondheid en oplossingen voor gezondheidsproblemen * (Culturele) verschillen en overeenkomsten in opvoedingsidealen en opvoedingspraktijken	Informatie

Mutant	Training	Training cultuurverschillen bij het levenseinde	De training Cultuurverschillen bij het levenseinde voor verpleegkundigen en huisartsen is mede gebaseerd op het onderzoek dat Fuusje de Graaff verrichtte voor het Nivel. Zij onderzocht de ervaringen en behoeften van naasten van terminale Turkse en Marokkaanse patiënten, van thuiszorgmedewerkers en huisartsen, van indicatiestellers en transferverpleegkundigen. Onderwerpen die aan bod komen zijn: *Interculturele communicatie * (Culturele) verschillen en overeenkomsten in opvattingen over en beleving van ziekte en het naderende einde * (Culturele) verschillen en overeenkomsten in zorgpraktijken: de rol van mannen en vrouwen, familie zorg en professionele zorg	Informatie
Mutant	Training	Training interculturele zorgverlening in de praktijk	De training interculturele zorgverlening in de praktijk richt zich in eerste instantie op competenties ten behoeve van het interculturaliseren van het primaire zorgproces, zoals kritisch kijken naar eigen vooronderstellingen en vanzelfsprekendheden, het signaleren van de vraag achter de vraag, het omgaan met de diverse cliënten en hun familieleden, het uitvoeren van de praktische zorg en het adviseren over zorg.	Informatie
NAvP	Opleiding	Integratieve Psychotherapie	kort- versus langdurige therapie, therapieterminatie, werkveld, transculturele benadering.	Informatie

NAvP	Opleiding	Basisopleiding Psychotherapie	beroepsethiek: ouderenpsychiatrie; meerzijdige partijdigheid in hulpverlening aan kinderen en hun ouders en interculturele behandeling.	Informatie
NIGZ	Cursus	Meedoen, meedenken, meebeslissen. Conferentie over Participatie van allochtonen in gezondheidsbevordering	Lezingen en workshops over het belang van participatie van allochtonen in de gezondheidsbevordering. Met resultaten uit recent onderzoek en ervaringen uit het veld. Aandacht voor o.a. het praktisch realiseren van participatie, succes- en faalfactoren, het verankeren van participatie in beleid, peer educatie, verschillende doelgroepen waaronder jongeren en mensen met een beperking.	Informatie
NPI	Cursus	Transculturele Psychoanalytische Psychotherapie	In deze cursus wordt vanuit psychoanalytisch perspectief de transculturele psychotherapie toegelicht, zowel wat betreft het inschatten van behandelingsmogelijkheden als de behandeltechniek. Er wordt onder meer gewerkt aan het herkennen en hanteren van culturele (tegen-)overdrachtsfenomenen.	Informatie
Pharos	Training	Werken aan interculturele communicatie competenties	Deze training reikt een analysekader en handvatten aan voor het omgaan met het begrip cultuur en communicatie. Er wordt ingegaan op de leerzame kanten van verschillende gebruiken, op de oorzaken van onzekerheid, en op de mensenrechten, die als bovculturele waarden als toetssteen behelpzaam kunnen zijn.	Informatie

Pharos	Training	Interculturele communicatie en conflictpreventie	De training interculturele communicatie en conflictpreventie reikt middelen aan waarmee u sterker staat in interculturele conflicten. Door gebruik te maken van een goed onderbouwd 'analysekader diversiteit' verbetert uw communicatie, zodat u oplossingsgericht en met respect in gesprek kunt gaan met uw cliënt, patiënt of werknemer	Informatie
Pharos	Workshop	Intercultureel & interactief: interculturele communicatie voor hulpverleners	Door de onderlinge wisselwerking en interactie met deelnemers doet u nieuwe ideeën en vaardigheden op. U bent u bewust van onderliggende, aangeleerde mechanismen die uw gedrag en denkwijze bepalen. Hierdoor is uw interculturele communicatie effectiever.	Informatie
Pharos	Training	Psychosociale aspecten van terugkeer: inzicht in proces en begeleiding	Het perspectief van definitieve afwijzing en mogelijke terugkeer leidt tot veel emotionele reacties, waaronder wanhoop en paniek. De lichamelijke en psychische klachten en mogelijke agressie die ontstaan kunnen zich richten op de asielzoeker zelf en op anderen. Begeleiders en hulpverleners van asielzoekers worden geconfronteerd met deze problematiek	Informatie
Pharos	Training	Psychosociale aspecten van terugkeer: gespreksvaardigheden	Deze verdiepingstraining legt de nadruk op het oefenen van gespreksvaardigheden voor begeleiders en hulpverleners rondom het E97 thema terugkeer.	Informatie

Pharos	Training	Ziektebeleving en presentatie in andere culturen	De training besteedt aandacht aan: <ul style="list-style-type: none"> • de betekenis van ziekte in andere culturen • de rol van zieke en hulpverlener in andere culturen • interculturele communicatie • het bespreekbaar maken van verwachtingen van de patiënt of cliënt • handvatten om hier in de praktijk mee om te gaan 	Informatie
Pharos	Training	Behandeling van asielzoekers en vluchtelingen	In deze trainingsmodule wordt vooral veel praktisch geoefend om de bestaande behandelaanpak in te passen in de hulpverlening aan deze doelgroep.	Informatie
Pharos	Training	Medische aspecten in de asielprocedure	De cursus behandelt o.a. <ul style="list-style-type: none"> • traumatisering in het asielbeleid 	Informatie
Pharos	Training	Somatiseren en onbegrepen lichamelijke klachten	In deze trainingsmodule leert de hulpverlener wat de culturele betekenis is van somatiseren en krijgt hij handvatten aangereikt om het in de behandeling een plaats te geven.	Informatie
Pharos	Training	Transculturele psychiatrische diagnostiek en culturele formulering	GGZ hulpverleners die veel werken met asielzoekers, vluchtelingen en migranten moeten kennis hebben van deze Culturele Formuleringsmethode als hulpmiddel in de diagnostiek. Het doet recht aan de culturele achtergrond van de cliënt. Deze trainingsmodule besteedt aandacht aan de inter-culturele diagnostiek en de Culturele Formuleringsmethode	Informatie

RINO Groep Utrecht	Cursus (post hbo)	Interculturele hulpverlening in het Algemeen Maatschappelijk Werk	In deze cursus verwerft u kennis van en inzicht in uw eigen en de andere cultuur (waaronder de Marokkaanse en de Turkse cultuur). U leert nieuwe kennis en inzichten te vertalen naar de beroepspraktijk van het Algemeen Maatschappelijk Werk, waarbinnen steeds vaker hulp wordt geboden aan cliënten met een migratie-achtergrond.	Informatie
RINO Groep Utrecht	Cursus	Multiculturele diagnostiek en hulpverlening (B1062)	Hulpverlening aan mensen met een diversiteit aan etnische achtergronden is niet alleen complex, maar kan ook voldoening geven. Voldoende kennis van de verschillende culturen en de vorm waarin psychische klachten hierin voorkomen, is daarbij belangrijk.	Informatie
RINO Noord-Holland		Cultuursensitieve diagnostiek en behandeling	Cursus nog in ontwikkeling	Informatie
RINO Noord-Holland	Cursus	Transculturele behandelaspecten	Na afloop van de cursus hebben de deelnemers kennisgemaakt met de achtergronden van verschillende migrantendoelgroepen, en met recente inzichten over transculturele vraagstukken bij hulpverlening aan migranten. Daarnaast krijgen cursisten een overzicht van huidige stand van zaken rondom diagnosticeren met en zonder cultuurspecifieke elementen.	Informatie

RINO Noord-Holland	1-daagse workshop	CGT en het intercultureel addendum angststoornissen	Na de workshop zijn de deelnemers op de hoogte van de inhoud van het intercultureel addendum angststoornissen en specifiek van de kennis die er is over CGT bij cliënten met een niet-westerse achtergrond. Daarnaast zijn zij gemotiveerd en hebben ze handvatten om in de praktijk een cultuursensitieve vorm van CGT toe te passen bij cliënten met een niet-westerse achtergrond en bij cliënten die de Nederlandse taal niet spreken.	Informatie
RINO Noord-Holland	Cursus	Cultuursensitieve diagnostiek en therapie bij kinderen en jeugdigen	Zij zijn in staat om: *een eerste inschatting te kunnen geven van de invloed van migratie en van een bepaalde etnische of culturele achtergrond op de ontwikkeling van een kind/jongere en de manifestatie van psychopathologie *gangbare diagnostische middelen en psychologische tests te waarderen vanuit een transculturele optiek	Informatie
RINO Noord-Holland	Workshop	Cultural Curiosity	Op basis van het werken met verschillende autochtone en allochtone cliënten hebben de docenten een methode ontwikkeld die zij Cultural Curiosity zijn gaan noemen. Deze methode is een toevoeging op de client centered basishouding.	Informatie
RINO Noord-Holland	Workshop	Als cultuurverschillen niet meer 'leuk' zijn	De deelnemers vergroten hun vermogen om cultuursensitief te werken, juist ook in situaties die raken aan hun eigen diepgewortelde waarden.	Informatie
RINO Zuid Holland	Nascholing	Interculturele hulpverlening aan allochtone jeugdigen en ouders/opvoeders	U leert vaardigheden op het gebied van communicatie, cultureel bepaalde opvoedingsstijlen, observatie, diagnostiek en interventie bij hulpvragen waarbij cultuurproblemen een rol spelen	Informatie

RINO Zuid-Holland	Cursus	Interculturele hulpverlening aan allochtone jeugdigen en ouders/opvoeders	Na het volgen van deze cursus bent u bekend met de diverse aspecten van interculturele hulpverlening. U heeft vaardigheden op het gebied van communicatie, cultureel bepaalde opvoedingsstijlen, observatie, diagnostiek en interventie bij hulpvragen waarbij cultuurproblemen een rol spelen.	Informatie
RINO Zuid-Holland	Opleiding GZ- Psycholoog Kinder en Jeugd	Capita selecta (Ethiek, Kinderbescherming en justitie, Seksualiteit, Psychofarmacologie, Cultuurgebonden problematiek, e.a.)	Geen beschrijving	
Saxion	Cursus	Transculturele Hulpverlening	De cursus heeft als doel dat U in de uitvoering van de hulpverlening een nauwe aansluiting weet te vinden met etnisch culturele diversiteit van de cliënt en hiermee de kwaliteit van de hulpverlening verrijkt met culturele sensitiviteit.	Informatie
Saxion	Cursus	Omgaan met culturele diversiteit	De cursus heeft als doel dat u leert handelen en denken vanuit intercultureel perspectief. U optimaliseert uw houding in de omgang met migranten en wordt vindingrijk en vaardiger in het omgaan met hen.	Informatie
Spon Nijmegen	Postdoctorale opleiding Gz Psycholoog: Kinder en Jeugd	Culturele aspecten van de hulpverlening	Inhoud niet online	

Spon Nijmegen	Postdoctorale opleiding Gz Psycholoog: Volwassenen en Ouderen	Culturele aspecten van de hulpverlening	Inhoud niet online	
Utrecht	Huisartsenopleiding	Vrouwen en haar klachten	Het bevorderen van kennis en vaardigheden van haio's met betrekking tot bepaalde veel voorkomende klachten van vrouwen.	Informatie
Vu	Opleiding	Huisartsenopleiding	Het vak: Omgaan met allochtonen: Achtergrondinformatie verwerven over de verschillende groepen allochtonen m.b.t. verschil in beleving en uiting van psychisch onwelbevinden. Betrek daarbij de godsdienstbeleving, ideeën over oorzaken van onwelbevinden, verschillen tussen mannen en vrouwen	Informatie
Vu	Opleiding	Algemeen Militair Arts	De context bestaat uit fysieke, psychische, sociale, culturele en levensbeschouwelijke achtergronden van de patiënt, diens levensfase en gezondheidsgeschiedenis. De AMA betreft deze factoren bij zijn interpretatie van de hulpvraag. De AMA past zinsbouw en woordkeus aan bij leeftijd, geslacht, etnische en culturele achtergrond, en emotie van de patiënt.	Informatie