

Mainstreaming gender en diversiteit in de gezondheidszorg

*Zijn we op weg naar een
diversiteitsbewuste gezondheidszorg?*

De verwachting is dat de Nederlandse samenleving in de toekomst onder invloed van onder andere migratie, demografische veranderingen en globalisering nog sterker te maken zal krijgen met diversiteit. Voor de gezondheidszorg betekent het – wanneer we geen aansluiting zoeken bij de gevarieerde behoefte van de patiëntenpopulatie – dat er geen recht zal worden gedaan aan verantwoorde zorg (Kwaliteitswet zorginstellingen, 1996) en dat dit in de gezondheidszorg kan leiden tot discriminatie en machtsverschillen. In de gezondheidszorg van vandaag is nog steeds sprake van onvoldoende herkenning van de behoefte van de individuele patiënt, met het risico tot onderdiagnose, onderbehandeling, chroniciteit en dus meer zorgconsumptie (Ormel, Vonkorf, Ustun, Pini, Korten & Oldehinkel, 1994). Door aan te sluiten op de zorgvraag van patiënten kunnen klachten en problemen van patiënten sneller herkend en begrepen worden en kan het zorgaanbod adequater en efficiënter worden afgestemd op de zorgvraag. Structurele aandacht voor gender en diversiteit in de gezondheidszorg kan worden bewerkstelligd door een strategie van mainstreaming (Celik, Klinge & Van Wijmen, 2004).

Internationale organisaties zoals de WHO hebben ervaring opgedaan met een dergelijke strategie. Sinds 1996 hanteert ook de Europese Unie een strategie van mainstreaming gender (equality). In Nederland is aandacht voor sekse en gender op de beleidsagenda van het ministerie van VWS gekomen als gevolg van het werk

van de Stuurgroep Vrouwenhulpverlening (VHV) (Stuurgroep Vrouwenhulpverlening, 1999). De ontwikkeling van vrouwenhulpverlening via seksespecifieke hulpverlening naar gendermainstreaming is belicht door Klinge op het congres 'M/V in de zorg: de patiënt bestaat niet' (Klinge, 2003). Midden jaren 90 articuleren verscheidene auteurs (bijvoorbeeld Van Mens-Verhulst, 2001) het belang van diversiteit. Bij de organisatie ZonMw – de ontmoeting van beleid, gezondheidsonderzoek en praktijk – bestaat sinds 1999 het programma 'Diversiteit'. Binnen dit programma loopt een aantal projecten dat expliciet aandacht besteedt aan diversiteit. Dit artikel beschrijft de oorsprong en de ontwikkeling van de strategie van mainstreaming gender bij enkele internationale organisaties. Tegen deze achtergrond zal het huidige streven naar mainstreaming van diversiteit in de gezondheidszorg worden belicht. We beginnen met een uitwerking van het perspectief van diversiteit, gevolgd door een algemene introductie van het concept van mainstreaming en van het concept verantwoorde zorg.

Mainstreaming gender en mainstreaming diversiteit

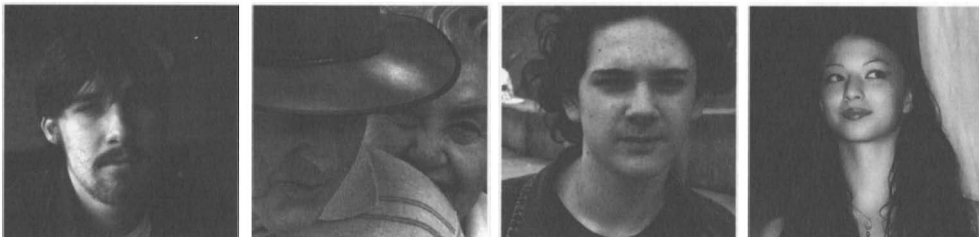
In elke maatschappij is gender een invloedrijk proces en bijgevolg ook werkzaam in de gezondheidszorg. Gender is gedefinieerd als de sociale en culturele betekenisgeving en waardering van sekse. Dit proces is werkzaam

op drie niveaus: het persoonlijke, institutionele en symbolische niveau (Harding, 1986). Bij het persoonlijke niveau gaat het om de inhoud die wordt gegeven aan mannelijkheid en vrouwelijkheid. In de gezondheidszorg kan deze genderrol tot uiting komen bij de presentatie van klachten. Op het institutionele niveau gaat het om het systeem met ideeën en verwachtingen over sekse waaromheen de maatschappij is ingericht: tot op heden nemen meer vrouwen dan mannen de zorgtaken op zich. Tot slot gaat het symbolische niveau om de genderbeelden die er zijn. Zo worden bepaalde ziekten in de gezondheidszorg gezien als mannenziekten (hart- en vaatziekten) en andere als vrouwenziekten (osteoporose). Zowel in het primaire proces – intake, diagnose, behandeling en nazorg – als in het organiseren van de zorg – strategisch beleid, kwaliteitsbeleid en activiteitenplannen – is het relevant om rekening te houden met verschillen ten gevolge van gender. Verschillende initiatieven hebben zich geconcentreerd op het rekening houden met gender en op de mogelijke consequenties indien dit uit het oog wordt verloren (Steketee & Van Vliet, 2002; Van der Vlugt, 2002).

Echter, gender is geen geïsoleerd proces. Het staat in relatie tot factoren, zoals culturele herkomst, klasse, leeftijd, handicap en seksualiteit. Bovendien beïnvloeden deze factoren elkaar. Het resultaat is een dynamisch en gelaagd concept van diversiteit (Van Mens-Verhulst, 2001; Wekker, 2001). In de omgang met niet-Nederlanders, lager opgeleiden, ouderen of juist jongeren, stuiten hulpverleners op problemen waarvan de achtergronden voor hen onduidelijk blijven. Uit een onderzoek over culturele diversiteit in de geestelijke

gezondheidszorg blijkt dat het hulpaanbod binnen de ggz vaak onvoldoende aansluit bij de problematiek van verschillende allochtone bevolkingsgroepen (Hosper, Knipscheer, Kleber & Vollebergh, 1999). Allochtonen hebben vaak een andere manier van klachtpresentatie en somatiseren hun gezondheidsklachten doorgaans meer dan autochtonen. In deze voorbeelden kan de zorg niet op een standaardmanier verleend worden en vereist deze ten minste een bewustzijn van de rol die diversiteitsfactoren zouden kunnen spelen. Pas dan zullen patiënten een gelijke kans krijgen op adequate zorg. Daarom is het noodzakelijk om de zorg vanuit, zoals Wekker (2001) dat verwoordt, een caleidoscopisch denken te organiseren en in te richten. Het caleidoscopisch denken is een manier om in meerdere verschillen tegelijk te denken en deze verschillen als niet-statisch te beschouwen.

Mainstreaming kan een rol spelen bij het besteden van aandacht aan verschillen. Mainstreaming kan gezien worden als een instrument om perspectieven zoals gender en diversiteit te integreren in de hoofdstroom. Mainstreaming is gedefinieerd als 'the (re)organisation, improvement, development and evaluation of policy processes so that a gender equality perspective is incorporated in all policies and at all stages by the actors normally involved in policy-making' (Rees, 1998). Voor mainstreaming gender zijn ook nog andere termen in omloop, zoals gendermainstreaming, mainstreaming van een genderperspectief en in de Angelsaksische literatuur wordt ook wel *mainstreaming gender equality* gebruikt. De definitie gaat ten eerste in op het gegeven dat een perspectief van seksegelijkheid geïnte-



greerd moet worden in het beleid. Relevante verschillen tussen mannen of vrouwen behoren in het beleid expliciet gemaakt te worden. Vervolgens geeft de definitie aan dat mainstreaming moet worden aangepakt door de actoren die doorgaans het beleid maken; het is een taak van alle beleidsmakers, en niet van een groep deskundigen of een coördinator die zich alleen met mainstreaming gender bezighouden. Het doel is het integreren van een genderperspectief in het bestaande beleid door dit met een 'genderbril' te herzien en niet, zoals bij doelgroepenbeleid, om nieuwe specifieke beleidsmaatregelen te genereren die gericht zijn op een bepaalde doelgroep. Tot slot wordt aangegeven dat mainstreaming bereikt kan worden door het (re)organiseren, verbeteren, ontwikkelen en evalueren van beleid(sprocessen). Het eigen maken van een nieuw gedachtegoed gebeurt niet vanzelf, maar daarvoor is een veranderingsproces noodzakelijk.

Aan deze definitie van mainstreaming gender (equality) is een aantal stadia vooraf gegaan die door Rees (1995, 1998) in kaart is gebracht. Zij onderscheidt achtereenvolgens 'tinkering', 'tailoring' en 'transforming the mainstream'. 'Tinkering' is de eerste en oudste strategie waarbij gestreefd wordt naar het opheffen van formele ongelijkheid door gelijke rechten en behandeling van mannen en vrouwen. Bij 'tinkering' is de aandacht gericht op het veranderen van wetgeving, formele regels en procedures, zodanig dat daarbij geen sprake meer is van discriminatie. Bij 'tailoring' gaat het om het wegwerken van de materiële ongelijkheid tussen mannen en vrouwen door middel van positieve actie en positieve discriminatie. Dat was nodig gegeven de ongelijke startpositie van vrouwen. Bij 'tailoring' horen specifieke maatregelen, zoals reïntegratieprogramma's waarmee vrouwen gestimuleerd werden en toegang kregen tot organisaties. De derde stap is 'transforming the mainstream' (jaren negentig), ofwel mainstreaming gender, waarbij het gaat om de integratie van een genderperspectief in alle lagen van de organisatie.

Door het opzetten van een 'genderbril' bij het formuleren en uitvoeren van beleid wordt in de kern van beleidsprocessen systematisch rekening gehouden met een genderperspectief. 'There is no set formula or blueprint that can be applied in every context. However, what is common to mainstreaming in all sectors or development issues is that a concern for gender equality is brought into the mainstream of activities rather than dealt with as an add-on' (Verenigde Naties, 2002). Door het unieke karakter van elke sector, instelling of afdeling vereist gendermainstreaming een aanpak die afgestemd is op de bijzondere context.

Als we mainstreaming gender zouden toevoegen op het beleid van zorginstellingen, zou dit neerkomen op het mobiliseren en integreren van een genderperspectief in de verschillende beleidsdomeinen van de zorg, zoals het primaire proces, activiteitenplannen, beleidsplannen, kwaliteitsbeleid, personeelsbeleid en financieel beleid. Echter, naast het proces van gender hebben we ook te maken met de andere relevante categorieën van verschil die de zorgvraag en de manier waarop deze tot uiting komt, beïnvloeden. Mainstreaming diversiteit in zorginstellingen zou daarom een meerwaarde kunnen hebben en voor een betere afstemming tussen zorg en zorgvragen kunnen zorgen. Door in beleid rekening te houden met diversiteit kan namelijk inhoud gegeven worden aan het concept van verantwoorde zorg. Dit concept is gedefinieerd als zorg van een goed niveau die in ieder geval doeltreffend/effectief, doelmatig/efficiënt, patiëntgericht is en afgestemd op diens/dier reële behoefte. Verantwoorde zorg heeft in Nederland een juridische basis gekregen in de Kwaliteitswet zorginstellingen (VWS, 1997). In onze optiek is mainstreaming diversiteit een strategie die de kwaliteit en de effectiviteit van zorg kan verbeteren, teneinde die verantwoorde zorg te leveren (Klinge, Twisk & Van Wijmen, 2002). Naast de kwaliteit van zorg, moet ook de kwaliteit van leven – zoals die door een ieder anders beleefd wordt – als uitgangspunt van zorg worden genomen. Halsema en Jacobs (2002) benadrukten de

positieve invloed van het gebruikmaken van de kracht van uiteenlopende groepen in de samenleving (empowerment). Bij mainstreaming gender kan empowerment een rol spelen in de betekenis van het aanspreken, ondersteunen of helpen ontwikkelen van de kracht van vrouwen en mannen. Bij mainstreaming van diversiteit moet deze gedachte verder worden doorgetrokken naar het gebruiken van de kracht van onder andere verschillende etnische en culturele groepen, jongeren en ouderen en/of patiëntenverenigingen die deze groepen vertegenwoordigen.

Gendermainstreaming bij de VN

Het United Nations Development Fund for Women (UNIFEM) heeft het begrip mainstreaming in 1984 voor het eerst gebruikt met betrekking tot versterking van de rol van vrouwen in ontwikkelingslanden. Hierbij werd benadrukt dat er meer vrouwen zouden moeten instromen in de 'mainstream'. Het doel was om vrouwen in hogere posities te krijgen. Ten tweede moesten programma's voor vrouwen geïntegreerd worden in het algemene ontwikkelingsbeleid (Kohlman & Notos, 2002). In dit stadium ging het om sekselijkheid en was de aandacht vooral gericht op de versterking van de positie van de vrouw in het algemeen. Mainstreaming gender of diversiteit was nog niet aan de orde.

De VN hebben een fundamentele rol vervuld in de ontwikkeling van gendermainstreaming in de gezondheidszorg door de organisatie van vier Wereldvrouwenconferenties. De eerste Wereldvrouwenconferentie werd in 1975 in Mexico City georganiseerd. Voor het eerst brachten vrouwen van de hele wereld hun krachten bijeen om verder te denken over erkenning en verbetering van respectievelijk

hun rechten en kansen op het economische, politieke en sociale domein. Daaruit vloeide het actieplan 'The World Plan of Action for the Advancement of Women' voort. Tijdens deze conferentie werd gesignaleerd dat vrouwen niet de mogelijkheden kregen om van een goede gezondheid te genieten, onder meer doordat er een tekort was aan voorzieningen voor vrouwen ten gevolge van bestaande vooroordelen, mythen en taboes. Ook werd onvoldoende rekening gehouden met de bijzondere gezondheidsbehoeften van vrouwen, zoals moederschap en gezinsplanning (Verenigde Naties, 1975). Deze eerste conferentie had inzake gezondheid onder andere tot doel het introduceren van effectieve maatregelen om discriminatie van vrouwen met betrekking tot hun gezondheid te voorkomen.

De aanbevelingen van de eerste conferentie werden geëvalueerd op de tweede Wereldvrouwenconferentie in 1980 in Kopenhagen. Opgemerkt werd dat de tot 1980 bereikte resultaten op het gebied van vrouw en gezondheid, met name in ontwikkelingslanden, te wensen overlieten (Zwaenepoel, 1999). Het gevolg was dat er een nieuw actieplan voor de tweede helft van het decennium werd aangenomen. Voor het eerst werden alle overheden verzocht om de gezondheid en het welzijn van vrouwen te evalueren en zo nodig te verbeteren. Verder werden onafhankelijke organisaties, zoals de WHO, verzocht om dit te ondersteunen en eventueel intensief te coördineren (Verenigde Naties, 1980). Net zoals op de eerste conferentie werd op de tweede conferentie de aandacht voor gezondheidszorg geconcentreerd op de positie van vrouwen en nog niet op het proces van gender.



Tijdens de derde conferentie in 1985 in Nairobi bleek het document van de voorgaande conferenties te gecompliceerd en te ambitieus geweest te zijn. De algemene en vage consensus teksten werden aangepast en bijgesteld (Zwaenepoel, 1999). Dit resulteerde in een nieuw actieplan: 'Forward Looking Strategies for the Advancement of Women in the Year 2000'. De strategie beoogde de lidstaten aan te sporen tot het uitzetten van een gemeenschappelijk beleid ter verbetering van de positie van de vrouw in de periode 1985-2000. Hier kwam voor het eerst gendermainstreaming als strategie in beeld. Het accent lag nog steeds op de eliminatie van de op sekse gebaseerde discriminatie. Gestreefd werd naar gelijke rechten en kansen voor vrouwen ten opzichte van mannen. Daarvoor zouden vrouwen moeten instromen in de 'mainstream' (Verenigde Naties, 1985). Het doel was om vrouwen op machtsposities te plaatsen om het systeem van binnenuit te veranderen (Kohlman & Notos, 2002). Daartoe werden de in de voorgaande conferenties gemaakte richtlijnen concreter geformuleerd.

De uitgezette plannen verliepen echter in de praktijk minder voorspoedig. In 1995 initieerde de VN de vierde Wereldvrouwenconferentie in Beijing. Tijdens deze conferentie zijn de 'Forward Looking Strategies' geëvalueerd en aangescherpt. Door 189 staten werden de niet-bindende acties om implementatie te bevorderen in het Beijing Platform for Action (PfA) aanvaard. Het streven was dat: 'governments and other actors should promote an active and visible policy of mainstreaming a gender perspective in all policies and programmes, so that, before decisions are taken, an analysis is made of the effects on women and men, respectively' (Verenigde Naties, 1995). Hiermee werd benadrukt dat alle overheden, en andere actoren die normaal het beleid maken, verantwoordelijk waren voor het stimuleren van mainstreaming gender. In het PfA werd op het gebied van vrouwen en gezondheid een vijftal strategische doelstellingen opgesteld en werden verschillende daaraan gerelateerde acties

geformuleerd. Tijdens deze laatste Wereldvrouwenconferentie werden adviezen uitgebracht in een kader van mainstreaming gender. Hiermee werd mainstreaming gender bevestigd als strategie.

Tijdens 'Beijing+5' in New York (2000) werden de resultaten van het actieplan PfA geëvalueerd. Ook tijdens deze zitting werd geconcludeerd dat de doelen niet waren bereikt, onder meer vanwege het vrijblijvende karakter van de aanbevelingen. Overheden werden hierdoor niet voldoende aangezet om mainstreaming gender te hanteren als beleidsstrategie. De zitting in New York werd afgesloten met een slotdocument getiteld 'Women 2000'. Lidstaten werden aangemoedigd om meer te investeren in mainstreaming gender.

In maart 2005 heeft 'Beijing+10' plaatsgevonden tijdens de Commission on the Status of Women (CSW) in New York. De uitkomst daarvan valt buiten het bestek van dit artikel. Naar verwachting zal een vijfde Wereldvrouwenconferentie in 2007-2008 plaatsvinden (Vrouwenbelangen, 2004).

WHO en gendermainstreaming

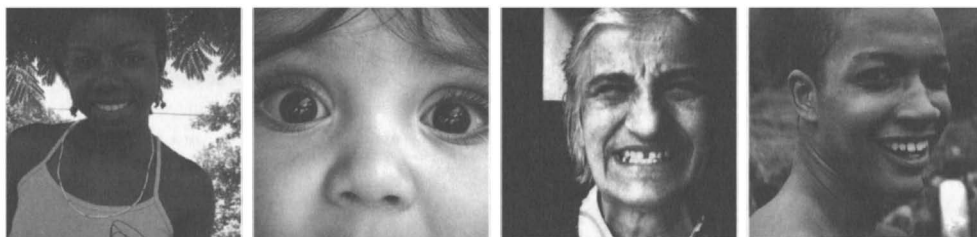
De hoofdhema's van de Verenigde Naties hebben niet direct betrekking op gezondheid (szorg). De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft, als gespecialiseerde VN-organisatie, juist als hoofdhema het waarborgen en verbeteren van de kwaliteit van leven. De WHO heeft als eerste het concept gendermainstreaming direct geïntroduceerd in de gezondheidszorg. De grondregel die de WHO in het Madrid Statement van 2002 hanteert is: 'The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political beliefs, economic or social conditions'. Gendermainstreaming past zodoende bij een diverser wordende samenleving en vereist volgens de WHO een duidelijk actieplan van gendermainstreaming op nationaal niveau (WHO, 2001). De strategie is bedoeld om oude routines van seksediscriminatie in beleidspro-

cessen te doorbreken en een nieuwe impuls te geven aan gelijke behandeling in de gezondheidszorg.

Tijdens de vierde Wereldvrouwenconferentie stelde Hiroshi Nakajima namens de WHO dat de vierde conferentie een verschil zou moeten maken voor het dagelijkse leven van vrouwen, hun gezondheid en welzijn. De verbetering van de gezondheid van vrouwen is een vereiste, zowel vanuit sociaal als economisch perspectief. Gezondheid is namelijk cruciaal voor de algehele sociale en economische ontwikkelingsprocessen van zowel het individu als van de samenleving. Ter realisering van dit doel moet de aandacht voor gezondheid geïntegreerd worden in publiek beleid op zowel lokaal, nationaal als internationaal niveau. De verbetering van de gezondheid van vrouwen betekent een algehele gezondheidsverbetering. Allereerst omdat vrouwen een groot deel van de populatie representeren. Ten tweede heeft de gezondheid van vrouwen in hoge mate een direct effect op de gezondheid van (ongeboren) kinderen. Tot slot kunnen vrouwen gezien worden als sterke bondgenoten bij het verspreiden van informatie en het verhogen van bewustzijnbetreffende gezondheidsrisico's en -mogelijkheden. Tevens kunnen zij nieuwe vaardigheden en kennis introduceren (WHO, 1995). In het Madrid Statement (2001) wordt de gendermainstreaming-strategie omschreven als een zowel politiek als technisch proces dat een omslag van organisaties en van denken vraagt, alsook van de doelen, structuren en bronnen van internationale instellingen, regeringen en non-gouvernementele organisaties. Lidstaten worden opgeroepen om de randvoorwaarden te creëren teneinde een begin te maken met gendermainstreaming.

Mainstreaming gender equality in de Europese Unie

De slotdocumenten van de VN-Wereldvrouwenconferenties hebben altijd een niet-bindend karakter gehad, waardoor de adviezen niet overal en niet altijd even effectief zijn uitgevoerd. Verdragen hebben wel een bindend karakter. In verschillende verdragen van de Europese Unie is aandacht besteed aan gelijke kansen voor mannen en vrouwen. In artikel 119 van het Verdrag van Rome (1957) beperkten gelijke kansen en gelijke behandeling zich tot gelijke beloning voor gelijke arbeid, zonder discriminatie op grond van sekse (Swiebel, 1999). Dit eerste verdrag concentreerde zich dus op het voorkomen van discriminatie op grond van de factor sekse. Over andere diversiteitsfactoren werd niets vastgelegd. In 1974 werd door de Europese Commissie (EC) een Social Action Programme gelanceerd waarbij lidstaten werden verzocht om acties te ondernemen om gelijkheid tussen de seksen ten aanzien van arbeid recht te trekken (Newman, 2001). Om dit verder te ondersteunen zijn door de EC tussen 1975 en 1992 zes richtlijnen uitgebracht. In 1992 werd in het Verdrag van Maastricht een bepaling toegevoegd waardoor positieve discriminatie in het voordeel van vrouwen toegelaten werd. Ook deze bepaling concentreerde zich op de factor sekse in het arbeidsproces. Vanaf 1996 spreekt de EC van mainstreaming gender (Europese Commissie, 1996). Dit was één jaar nadat in Beijing voor deze strategie werd gepleit (Newman, 2001). Het Verdrag van Amsterdam (1997) vormt een belangrijk keerpunt. De gelijkheid van mannen en vrouwen werd hiermee één van de hoofdprioriteiten van de EU. In artikel 13 van dit



Verdrag kan de Raad van Ministers in de Europese Unie '(...) passende maatregelen nemen om discriminatie op grond van geslacht, ras of etnische afstamming, godsdienst of overtuiging, handicap, leeftijd of seksuele geaardheid te bestrijden' (Zwaenepoel, 1999, p.18). Voor het eerst werd in een Europees Verdrag inzake discriminatie aan meerdere diversiteitsfactoren aandacht geschonken. Echter artikel 13 geeft louter aan de Europese Commissie mogelijkheden om wat te doen, zoals bijvoorbeeld het voorstellen van richtlijnen of beleidsmaatregelen om discriminatie te voorkomen. Burgers kunnen dus niet direct rechten ontleen aan dit artikel (Ruygrok & Wierstra, 2003). Hoewel dit artikel een belangrijke wending markeert, heeft het primair betrekking op het arbeidsproces en niet (direct) op de gezondheidszorg.

Dit algemene EU-beleid van gendermainstreaming heeft zich vervolgens ook doen gelden op andere domeinen zoals dat van onderzoeksbeleid. Het voert in dit bestek te ver om de volledige geschiedenis van gendermainstreaming van het EU- onderzoeksbeleid te beschrijven (zie hiervoor Klinge & Bosch, 2005). Belangrijke uitkomst van de Gender Impact Assessment-studies van 2000-2001 is de structurele aandacht voor sekse en gender in alle onderzoek dat onder het zesde kaderprogramma wordt gefinancierd (Klinge & Bosch, 2001; Klinge & Maguire, 2004; Vademecum, 2003). Deze nieuwe richtlijnen voor het doen van onderzoek op het gebied van de levenswetenschappen, dat veel gezondheidsgerelateerd onderzoek omvat, zijn een goed voorbeeld van gendermainstreaming van bestaand beleid.

Emancipatiebeleid en mainstreaming in Nederland

Sinds de jaren '70 is in Nederland een tweesporenbeleid gevoerd betreffende emancipatievraagstukken. Naast sectorbeleid, het verbeteren van de positie en de participatie van vrouwen in verschillende sectoren via onder

andere positieve actie, werd ook facetbeleid ontwikkeld met als doel het integreren van emancipatie in verschillende beleidsterreinen. Onlangs is het tweede spoor gewijzigd in mainstreaming gender. Sinds de derde Wereldvrouwenconferentie in Beijing (1995) is het emancipatiebeleid in Nederland sterker dan voorheen langs deze twee sporen vormgegeven (Ruygrok & Wierstra, 2003; Verloo & Van Lamoen, 2003). Onder invloed van onder andere de Europese initiatieven (zoals art. 119 van het Verdrag van Rome en art. 13 van het Verdrag van Amsterdam) is het Nederlandse overheidsbeleid in de jaren 80 en 90 met name gericht geweest op economische onafhankelijkheid en arbeidsparticipatie van vrouwen.

Sinds eind jaren 80 heeft de Nederlandse overheid geïnvesteerd in het spreiden van verantwoordelijkheden en in implementatie van emancipatiebeleid over al haar departementen. Inmiddels is mainstreaming gender een verplicht aandachtspunt bij de verschillende overheidsdepartementen. Het doel is dat gendermainstreaming een belangrijke impuls geeft aan de kwaliteit van beleid (Interdepartementale werkgroep Gender Mainstreaming, 2002). Tot nog toe is in het uitvoerende werk slechts bij het departement voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aandacht besteed aan mainstreaming gender. Het ministerie van VWS heeft in 1996 opdracht gegeven te onderzoeken welke activiteiten optimaal konden bijdragen aan de integratie van vrouwenhulpverlening in de reguliere gezondheidszorg. Over sekse werd onder andere aanbevolen dat het belangrijk was om rekening te houden met verschillen tussen mannen en vrouwen in beleidsontwikkeling en uitvoering en dat een ongelijke toegankelijkheid van mannen en vrouwen tot de gezondheidszorg en de kwalitatieve ongelijkheid in de gezondheidszorg moest worden opgeheven (Stuurgroep Vrouwenhulpverlening, 1998). Vervolgens heeft ZonMw het programma 'M/V, de factor sekse in de gezondheidszorg' geformuleerd (ZonMw, 2000). Momenteel vormt

het programma 'M/V' samen met de deelprogramma's 'Cultuur & Gezondheid' en 'Seksualiteit' het programma 'Diversiteit', dat nog tot 2008 loopt. Het programma 'M/V' heeft tot doel om de opgedane inzichten over sekse en gender te implementeren in onder andere regionaal zorgbeleid, kwaliteitsbeleid en patiënten-/consumentenbeleid, zodat patiënten en artsen een instrumentarium krijgen om zorgvraag en -aanbod op elkaar af te stemmen (ZON, 2000). Binnen het genoemde ZonMw-programma 'M/V' is in 2003 een project gefinancierd met als titel 'Gender, diversiteit en kwaliteitsbeleid in zorginstellingen' dat wordt uitgevoerd aan de Universiteit van Maastricht. Doelstelling van dit project is een begin te maken met mainstreaming diversiteit in de gezondheidszorg, met een focus op kwaliteitsbeleid. Het project beoogt functionarissen en medewerkers die van strategisch belang zijn voor het kwaliteitsbeleid van een zorginstelling, bewust te maken van de aandacht voor diversiteit in het beleid van zorginstellingen (Celik & Van Oosten, 2004a). Het doel is de kwaliteit van de zorg te verbeteren en tegemoet te komen aan de actuele behoeften van de patiënten in Nederland. Juist deze doelstelling geeft invulling aan verantwoorde zorg.

In 2005 is ZonMw gestart met het vijfjarig plan OPMAAT om zorg en preventie 'op maat' te bevorderen. Op verzoek heeft de Universiteit Maastricht de masterclass 'Bereid tot Diversiteit' gerealiseerd voor ZonMw, ten behoeve van de organisatiebrede implementatie van diversiteit en patiëntenperspectief in ZonMw-programma's (Boland, Klinge & Bosch, 2005). Het programma beoogt de competentie van ZonMw-medewerkers op het gebied van diversiteit en patiënten-

perspectief te vergroten. Voor de honorering van nieuwe projecten zijn beoordelingscriteria geformuleerd met betrekking tot gender, diversiteit en patiëntenperspectief.

We kunnen concluderen dat mainstreaming gender op een specifieke plek in de gezondheidszorg in Nederland, namelijk bij ZonMw, is geïntroduceerd. Er zijn echter in de zorgsector nog heel wat 'gaps' die opvulling behoeven, teneinde een op de patiënt afgestemde zorg te kunnen leveren. Zowel in kwaliteitsbeleid (Twisk, Klinge & Van Wijmen, 2002) als in het praktisch handelen van professionals (zoals bij huisartsen) ontbreken handvatten om zorg te organiseren en te verlenen die tegemoetkomt aan de behoefte van patiënten.

Discussie

Uit ons overzicht is duidelijk geworden dat de oorsprong van mainstreaming-strategieën gezocht kan worden bij internationale initiatieven om discriminatie op basis van sekse te bestrijden. Eén van de eerste pogingen om seksediscriminatie uit te bannen was het Verdrag van Rome. Vervolgens zijn op de eerste twee Wereldvrouwenconferenties aanbevelingen gedaan om discriminatie op basis van sekse te elimineren. De aanbevelingen bleken niet het gewenste effect te hebben, waardoor men op zoek is gegaan naar een strategie om dit wel te bewerkstelligen: mainstreaming gender. Deze strategie is voor het eerst in Nairobi, tijdens de derde Wereldvrouwenconferentie geformuleerd. De bestaande problemen hadden niet enkel te maken met de biologische eigenschappen van de sekse, maar ook met gender; de sociale en culturele impact op sekse. Biologische verschillen tussen mannen en vrouwen hebben gevolgen voor



ziekte en gezondheid, maar ook zaken als opvoeding, maatschappelijke positie, normen en waarden hebben daar invloed op. Een benadering die enkel rekening houdt met sekse is ontoereikend voor het leveren van passende zorg. Met het Verdrag van Amsterdam is voor de Europese Unie de basis gelegd voor deze strategie. Mainstreaming gender heeft ook in Nederland ingang gevonden als beleidsstrategie bij de ministeries SZW en VWS. Mainstreaming diversiteit echter, staat zowel op internationaal als op nationaal niveau nog in de kinderschoenen. Zoals ook door Kohlman en Notos (2002) beschreven, dient mainstreaming niet alleen ingevuld te worden met gender maar met alle relevante diversiteitsfactoren.

Een tegenargument kan zijn dat de stap naar mainstreaming diversiteit nog prematuur is, daar mainstreaming gender in de (Nederlandse) gezondheidszorg nog niet voltooid is. Ten minste drie argumenten kunnen worden gegeven om de voltooiing van mainstreaming gender niet af te wachten, maar de stap te maken naar de implementatie van mainstreaming diversiteit. Ten eerste 'absorbeert' mainstreaming diversiteit tevens de aandacht voor mainstreaming gender. Zo wordt met de beperkte middelen die we hebben een veel grotere doelgroep bereikt. Ten tweede is mainstreaming diversiteit de tot dusver meest volledige en passende strategie. In de zorgvraag zijn diversiteitsfactoren niet geïsoleerd, maar zijn deze juist tegelijkertijd werkzaam. Het zorgaanbod kan niet in overeenstemming worden gebracht met de zorgvraag als beleidsmakers slechts een 'genderbril' op hebben. Tot slot is het proces van gender niet anders dan bijvoorbeeld het proces van etniciteit. Ze gaan allebei over de toewijzing van maatschappelijke betekenissen aan verschillen (Wekker, 2001).

De implementatie van mainstreaming gender is complex en gaat niet vanzelf. Om structurele veranderingen te bewerkstelligen moet voldaan worden aan een aantal randvoorwaarden (Kohlman & Notos, 2002; SZW, 2003). Er moet voldoende politiek draagvlak en commit-

ment van alle betrokkenen zijn. Daarnaast dient er een concreet plan van aanpak aanwezig te zijn waarin de benodigde middelen en instrumenten opgenomen zijn. Hoewel in Nederland tot dusver politiek draagvlak voor mainstreaming gender aanwezig lijkt te zijn, is er geen voldoende betrokkenheid bereikt op het niveau van beleidsmakers in zorginstellingen (Klinge, Twisk & Van Wijmen, 2002). Dit kan te maken hebben gehad met het feit dat beleidsmakers niet wisten hoe ze dit thema in de praktijk moesten vormgeven, bijvoorbeeld vanwege het ontbreken van een plan van aanpak. Om beleidsmakers een impuls te geven, dient allereerst duidelijk te zijn hoe mainstreaming in de praktijk kan worden uitgevoerd. Bijvoorbeeld via een plan van aanpak dat specifiek afgestemd is op de betrokken zorginstelling. Met een dergelijk plan kan uitgewerkt worden welke doelstellingen bereikt moeten worden en hoe dit uitgevoerd kan worden. Daarnaast kan aangegeven worden met welke middelen en instrumenten dit kan worden ondersteund. Kortom: om mainstreaming gender en diversiteit te realiseren moet voldaan worden aan de randvoorwaarden. Bovendien behoren de gemaakte plannen continu geactualiseerd te worden om te anticiperen op veranderingen. De gemodificeerde Deming-cyclus kan hierbij als instrument dienen (Celik, Klinge & Van Wijmen, 2004). Deze gemodificeerde cyclus bestaat kortweg uit een zestal fasen: 1) onbewust van diversiteit; 2) bewust van diversiteit; 3) planning; 4) uitvoering; 5) evaluatie en 6) aanpassing.

Onze verwachting is dat de combinatie van het voldoen aan de randvoorwaarden en de toepassing van de gemodificeerde Deming-cyclus een betere basis biedt voor het welslagen van mainstreaming diversiteit. In ons lopende project (2003-2005) getiteld 'Gender, diversiteit en kwaliteitsbeleid in zorginstellingen' wordt dit principe voor het eerst in de praktijk van zorginstellingen toegepast en getoetst.

Literatuur

- Boland, Tj. B., Klinge, I. & Bosch, M. (2005). *Compendium diversiteit. Masterclass bereidheid tot diversiteit*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Celik, H., Klinge, I. & Wijmen, F.C.B. van (2004). *Gender, diversity, and quality assurance in health care institutions*. Abstract voor congres 'Hospitals in a culturally diverse Europe', 9-11 December 2004 Amsterdam.
- Celik, H. & Oosten N. van (2004a). Training Gender, diversiteit en kwaliteitsbeleid in zorginstellingen. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Europese Commissie (1996). *Incorporating equal opportunities for women and men into all community policies and activities*. Brussel: Europese Commissie.
- Europese Commissie (2002). *National policies on women and science*. Report of the Helsinki group on women. Luxemburg: office for official publications of the European communities.
- Halsema, A. & Jacobs, G. (2002). *Over kracht gesproken: empowerment en diversiteit in zorg en welzijn*. Utrecht: Universiteit voor Humanisatie.
- Harding, S. (1986). *The science question in feminism*. New York: Cornell University Press.
- Hosper, K., Knipscheer, J., Kleber, R., Vollebergh, W. (1999). Culturele diversiteit en gelijkheid in de Geestelijke Gezondheidszorg. Cliënten en hulpverleners vergeleken. *De Psycholoog*, 6: 278-83.
- Interdepartementale werkgroep Gender Mainstreaming (2002). *Interdepartementale overzichtsrapportage Gender Mainstreaming*. Den Haag.
- Klinge, I. (2003). Van VHV (Vrouwenhulpverlening) via SSH (Seksescifieke hulpverlening) naar GM (gender mainstreaming) or: What's in a Name? *Magazine Vrouw en Gezondheid*, Dutch Foundation Women & Health Research, 12(2), 15-19.
- Klinge, I. & Bosch, M. (2001). *Gender in research*. Gender Impact Assessment of the specific programmes of the Fifth Framework Programme Quality of Life and Management of Living Resources. European Commission, EUR 20017.
- Klinge, I. & Bosch, M. (2005). Transforming research methodologies in EU life sciences and health research: gender sensitive ways of doing research. *European Journal of Women's Studies* (in press).
- Klinge, I. & Maguire, P. (2004). The policy implications of gender mainstreaming for healthcare research in the EU. *PharmacoEconomics*, 22 Suppl. 2, 87-93.
- Klinge, I., M. Twisk & Wijmen, F. van (2002). *Kwaliteitsbeleid maakt verschil. Een diversiteitsperspectief op verantwoorde zorg*. Rapport project Gender, diversiteit en kwaliteitsbeleid van zorginstellingen. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Kohlman, C. & Notos, S. (2002). *Meer over mainstreaming*. Den Haag: E-quality.
- Mens-Verhulst, J. van (2001). Diversiteit in theorie en praktijk: een bericht uit de feministische hulpverlening. *Tijdschrift voor Humanistiek*, 6, 7-17.
- Newman, M. (2001). *Gender mainstreaming in the EU. Principles and practice*. London: Selwood Printing Ltd.
- Ormel, J., Vonkorff, M., Ustun, T.B., Pini, S., Korten A. & Oldehinkel, T. (1994). Common mental disorders and disabilities across cultures: Results from WHO-collaborative study on psychopathologic conditions in primary care. *The journal of the American Medical Association*, 272: 1741-8.
- Rees, T. (1995). *Women and the EC training programmes: tinkering, tailoring, transforming*. Bristol, University of Bristol: SAUS Publications.
- Rees, T. (1998). *Mainstreaming Equality in the European Union*. London: Routledge.
- Ruygrok W. & Wierstra, R. (2003). *Gelijke behandeling komt uit Europa. Nederland aan zet*. Den Haag: E-quality.
- Steketee, M. J., & van Vliet, K. P. (2002). Integratie van seksescifieke hulpverlening in de

- geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 80, 231-236.
- Stuurgroep Vrouwenhulpverlening (1998). Vrouwenhulpverlening en Leidschendam 2000. Projectgroep kwaliteitsbeleid. Deeladvies III. In Stuurgroep Vrouwenhulpverlening, (1999). *Naar een specifieke en multiculturele gezondheidszorg in de 21ste eeuw*. Eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de Stuurgroep Vrouwenhulpverlening van het Ministerie van VWS.
- Swiebel, J. (1999). Mainstreaming als verdwijntruc. *Lover*, 2, 4-6.
- SZW (2003). *Handleiding Gender Mainstreaming*. 's-Gravenhage: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Twisk, M.J., Klinge, I. & Wijmen, F.C.B. van (2002). *Aandacht voor verschillen. Een onderzoek naar de aandacht voor maatschappelijke diversiteit in het kwaliteitsbeleid van ziekenhuizen*. Universiteit Maastricht: Maastricht.
- Vademecum (2003). Gender mainstreaming in the 6th framework programme: reference guide for scientific officers/project officers. DG RTD, unit 5. *Women and Science*, March 2003.
- Veen, E. van der & Bonink, H. (2004). *Werkdefinities diversiteit en verwante termen*. Den Haag: ZonMw.
- Verenigde Naties (1975). *Report of the world conference of the international women's year*. Mexico City: Verenigde Naties.
- Verenigde Naties (1980). *Report of the world conference of the United Nations decade for women: equality, development and peace*. Copenhagen: Verenigde Naties.
- Verenigde Naties (1985). *Report of the world conference to review and appraise the achievements of the United Nations decade for women: equality, development and peace*. Nairobi: Verenigde Naties.
- Verenigde Naties (1995). *Report of the fourth world conference on women*. Beijing: Verenigde Naties.
- Verenigde Naties (2002). *Gender Mainstreaming: an overview*. New York: Verenigde Naties.
- Verloo, M. & van Lamoen, I. (2003). *Policy frames and implementation problems: the case of gender mainstreaming*. State of art and mapping of competences in The Netherlands. University of Nijmegen: Nijmegen.
- Vlugt, I. van der (2002). *Koers op seksespecifieke zorg*. Utrecht: TransAct.
- Vrouwenbelangen (2004). *De internationale vrouwenbeweging en Beijing+10*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor vrouwenbelangen, vrouwenarbeid en gelijk staatsburgerschap.
- WVS (1997). *De Kwaliteitswet zorginstellingen*. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Wekker, G. (2001). Van Monocultuur naar caleidoscoop. De noodzaak van diversiteit in het zorgcurriculum. *Tijdschrift voor Humanistiek*, 6, 26-33.
- WHO (1995). Statement by Dr. Hiroshi Nakajima. World Health Organisation. www.un.org/esa/gopherdata/conf/fwcw/conf/una/950911154309.txt
- WHO (2001). *Mainstreaming gender in health: the need to move forward. A discussion paper. Seminar on gender mainstreaming health policies in Europe*. Madrid: World Health Organisation.
- ZON (2000). *M/V De factor sekse in de gezondheidszorg*. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland.
- Zwaenepoel, C. (1999). Mainstreaming de historische context van een internationaal begrip. *Uitgelezen*, 5 (2), 1-43.

Beeldmateriaal

Portretfoto's door diverse amateurfotografen, verzameld op www.deviantart.com.