

Passende zorg door aandacht voor seksuele oriëntatie

Peter Leusink, Karlijn de Blécourt, Bouko Bakker

Hoewel steeds meer huisartsen zich realiseren dat passende, persoonsgerichte zorg de effectiviteit van een behandeling verbetert, kunnen verschillen in gender en seksuele oriëntatie buiten beeld raken. Er zijn echter duidelijke gezondheidsverschillen tussen heteroseksuele en LHB-personen, ten nadele van de laatste groep. We laten zien waarom aandacht voor seksuele oriëntatie belangrijk is. Ook doen we concrete suggesties om huisartsen (en hun team) sensitiever te maken voor diversiteit.

De aandacht voor sekse-, gender- en seksuele diversiteit in de (eerstelijns)gezondheidszorg wordt steeds groter, onder meer dankzij het Kennisprogramma Gender & Gezondheid van ZonMw en met de activiteiten van de Alliantie Gezondheidszorg op Maat. Hoeveel huisartsen tijdens hun consult geen aandacht besteden aan sekse-, gender- en seksuele diversiteit is niet bekend. Wel is de relevantie van diversiteitsspecifieke gezondheidszorg aangetoond.^{1,2} Ongelijke behandeling van bijvoorbeeld mannen en vrouwen kan leiden tot gelijke gezondheidskansen, en ze verbetert de medische zorg aan mannen en vrouwen.¹

WAAROM OOG VOOR SEKSUELE DIVERSITEIT?

'Elke dag zit de wachtkamer van de dokter vol met mensen: mannen, vrouwen, homo's, lesbiennes, hetero's, bi's, transgenders, interseksepersonen, asexuelen... Allemaal hebben ze recht op zorg die bij hen past, maar door onwetendheid, schaamte en verkeerde aannames krijgen ze die niet altijd.' Aldus de campagnewebsite www.komteemensbijdedokter.nl van de Alliantie Gezondheidszorg op Maat. Het ontbreken van passende zorg komt doordat in gezondheidsonderzoek nauwelijks onderscheid wordt gemaakt tussen hetero- en homoseksuele proefpersonen. Dat leidt tot een heteronormatief perspectief.³ Lesbische, homoseksuele en biseksuele (LHB) personen verschillen echter ten opzichte van heteroseksuele personen op een aantal uitkomstmaten in de geestelijke en lichamelijke gezondheidszorg.^{4,5} Ze kampen met wat wel minderheidsstress wordt genoemd, wat komt doordat ze van een bepaalde sociaal-maatschappelijke norm afwijken. LHB-personen met minderheidsstress hebben door negatieve reacties van andere mensen een geïnternaliseerde homonegativiteit ontwikkeld.⁵ Nederlands onderzoek is ons niet bekend,

CASUS 1 MEVROUW OVERBEEK

Mevrouw Overbeek, 36 jaar, heeft klachten van een blaasontsteking en levert aan de balie bij de doktersassistente een urinepotje in. De assistente ziet dat het dossier van mevrouw geen uitslag uit het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker bevat. Nadat ze de uitslag van het urineonderzoek met mevrouw heeft besproken, zegt ze dat het belangrijk is om een uitstrijkje te laten maken. 'Ik heb een relatie met een vrouw,' zegt mevrouw, waarop de assistente haar verontschuldigen aanbiedt en aangeeft dat een uitstrijkje niet nodig is.

CASUS 2 MENEER EL YAACOUBI

Meneer el Yaacoubi, 21 jaar, had afgelopen jaar 2 keer een urethrale chlamydia-infectie, die is behandeld. Hij komt nu met klachten van slapeloosheid en moeheid. Bij doorvragen van de huisarts blijkt dat hij somber is, lusteloos, nauwelijks iets onderneemt en weinig van dingen geniet. Hij heeft ook suïcidale gedachten, maar maakt geen concrete plannen. Hij zegt geen problemen op zijn werk te hebben. Op de vraag '...of met je vriendin?', antwoordt hij ontkennend.

maar in de Verenigde Staten zegt 6% van een representatieve groep artsen zich niet comfortabel te voelen wanneer ze een LHB-persoon behandelen.⁶ In Groot-Brittannië hoorde 24% van de gezondheidswerkers in de voorafgaande 5 jaar negatieve opmerkingen over LHB-personen.⁷

Het ontbreekt veel (eerstelijns)zorgverleners aan kennis over de (ervaren) gezondheidsverschillen en de factoren die deze veroorzaken.^{8,9} Daardoor missen ze soms essentiële signalen en bieden ze minder passende zorg. Inzicht in de barrières die LHB-personen ervaren, onder andere de attitude van artsen, is essentieel voor het verbeteren van hun gezondheid.¹⁰ Ook de patiënt zelf is zich niet altijd bewust van de invloed van bestaande normen.

SEKSUELE ORIËNTATIE EN GEZONDHEIDSPROBLEMEN

Sommige gezondheidsproblemen komen vaker voor bij LHB-personen. Die zien we het duidelijkst bij LHB-jongeren. Van de LHB-scholieren beoordeelt 68% de eigen gezondheid positief, terwijl heteroseksuele scholieren met 86% een stuk hoger scoren.¹¹ LHB-scholieren hebben relatief vaak last van psychosomatische klachten.⁴ LHB-jongeren doen ruim 4 keer vaker een suïcidepoging dan heteroseksuele jongeren.^{4,5} Het uitkomen voor de seksuele identiteit verloopt niet altijd vanzelfsprekend goed.¹²

DE KERN

- Wat betreft geestelijke gezondheid, risicogedrag en preventie zijn er duidelijke gezondheidsverschillen tussen heteroseksuele en LHB-persoonen, ten nadele van de laatste groep.
- In diversiteitssensitieve zorg hebben zorgverleners en patiënten bewustzijn, kennis en begrip van relevante verschillen.
- Door diversiteit mee te nemen in de anamnese, diagnose en behandeling kan iedereen de best passende zorg ontvangen. Zo kunnen onderlinge gezondheidsverschillen afnemen.

Ook onder de volwassen bevolking zien we opvallende verschillen in gezondheidsindicatoren. De belangrijkste daarvan zijn samengevat in de [tabel].¹³⁻¹⁷ Vergeleken met heteroseksuele personen zijn LHB-persoonen vaker psychisch ongezond en depressief, doen ze vaker een suïcidepoging en hebben ze vaker een (seksuele) geweldservaring. Biseksuele vrouwen hebben meer dan heteroseksuele vrouwen een seksueel probleem, gebruiken vaker overmatig alcohol en bezoeken vaker een psycholoog.¹³⁻¹⁶ De meeste problemen komen meer voor bij biseksuele personen.¹⁷

Daarnaast hebben homoseksuele en biseksuele mannen vaker dan heteroseksuele mannen een soa, waaronder hiv.¹⁷ Toch wordt preventie van hiv-overdracht door verstrekking van

PrEP via de huisarts niet ondersteund door de LHV.¹⁸ Lesbische vrouwen hebben een verhoogd risico op het krijgen van baarmoederhalskanker omdat ze minder vaak deelnemen aan bevolkingsonderzoek, terwijl verspreiding van het humaan papillomavirus (HPV) onder lesbische vrouwen – ongeacht of ze ooit seks hebben gehad met een man – evenveel voorkomt.^{19,20} Ook hebben lesbische vrouwen een verhoogd risico op eierstokkanker omdat ze minder vaak dan heteroseksuele vrouwen de pil gebruiken, zwanger zijn en borstvoeding geven.²¹ In een systematisch literatuuroverzicht van ervaringen met kankerzorg kwam naar voren dat LHB-persoonen ervaring hebben met en angst hebben voor homofobie, negatief gedrag van artsen en heteronormativiteit, en onvervulde behoeften hebben aan LHB-specifieke informatie.^{22,23}

DIVERSITEITSENSITIEF WERKEN

Diversiteitssensitieve zorg is passende, persoonsgerichte zorg op basis van specifieke kenmerken van de patiënt, zoals cultuur, gender, leeftijd of seksuele oriëntatie. Bedenk dat het erom gaat alleen verschil te maken wanneer dat relevant is. Ook specifieke kenmerken van de huisarts kunnen van invloed zijn op onder andere de gespreksonderwerpen, de communicatiestijl, de non-verbale communicatie en de lengte van het consult.²⁴ Wanneer de huisarts bijvoorbeeld laat blijken positief te staan tegenover LHB-persoonen, hen niet veroordeelt en respect toont, zullen patiënten meer geneigd zijn om open te zijn en vertrouwen te hebben.²⁴ Het doel van diversiteitssensitieve zorg is de bestaande gezondheidsverschillen tussen LHB-persoonen en heteroseksuele

KOMT EEN

- MAN ■ HETERO ■ HOMO
- INTERSEKSE PERSOON ■ VROUW
- LESBIENNE ■ BI ✕ MENS

BIJ DE DOKTER



Of je nu man, vrouw, homo, hetero, transgender of bi bent, ieder mens heeft recht op passende zorg. Door onwetendheid, schaamte en verkeerde aannames krijgen we die nog niet altijd. Laat daarom zien wie je bent, zodat je de zorg krijgt die bij jou past. Ga naar komteemensbijdedokter.nl.

ALLIANTIE
GEZONDHEIDSZORG
OP
MAAT.

Campagne van Alliantie Gezondheidszorg op Maat: www.komteemensbijdedokter.nl.

Bron: WOMEN Inc

Tabel

Gezondheidsproblemen naar seksuele oriëntatie [in %]¹³⁻¹⁷

	Homo/lesbisch	Biseksueel	Heteroseksueel
Ten minste 1 langdurige aandoening/ziekte	38	44 [†]	33
Contact met huisarts in het voorafgaande jaar	78 [†]	76	70
Psychisch ongezond [*]	17	26 [†]	11
Depressie in het voorafgaande jaar	15 [†]	18 [†]	8
Slachtoffer geweld afgelopen 5 jaar	9,4	9,0	7,3
Doit een suicidepoging (jongere)**	9 [†]	9 [†]	2
Doit een suicidepoging (55+-jaar)**	7	7	3
Contact met psycholoog in het voorafgaande jaar	14	25 [†]	10
Doit een soa gehad (jongens 17-24 jaar)	16 [†]	4	2
Doit een soa gehad (mannen 18-80 jaar)	37 [†]	20 [†]	5
Drinkt overmatig alcohol	12	20 [†]	9
Wel eens cannabis gebruikt	30 [†]	51 [†]	21
Wel eens ecstasy gebruikt	15 [†]	20 [†]	7
Seksueel geweld meegemaakt (mannen)	14 [†]	20 [†]	5
Seksueel geweld meegemaakt (vrouwen)	27	39 [†]	21
Seksueel probleem (mannen)	14	16	10
Seksueel probleem (vrouwen)	14	26 [†]	14

^{*} Gemeten met 5 vragen van de Mental Health Inventory.

[†] De betreffende groep verschilt significant van de heteroseksuele groep ($p < 0,05$).

** In de brondata werd geen onderscheid gemaakt tussen homo/lesbisch en biseksueel.

personen te verkleinen.²⁵ Een review laat zien dat kennis, attitude en gedrag van studenten en professionals met betrekking tot diversiteitsspecifieke gezondheidszorg na een training op de korte termijn verbeteren.²⁶ Elders zijn richtlijnen verschenen voor huisartsen die handvatten bieden.^{27,28} We geven hieronder enkele praktische adviezen.

1. Ga er niet van uit dat iemand heteroseksueel is. LHB-personen durven niet altijd vanzelf te vertellen over hun seksuele oriëntatie. Dit hangt af van de open en empathische attitude van de gesprekspartner.²⁹ Vraag een nieuwe patiënt of een patiënt die u nog niet goed kent of hij of zij een relatie heeft, samenwoont en/of seksueel contact heeft met een man of vrouw. Niet iedereen die zich aangetrokken

voelt tot iemand van hetzelfde geslacht heeft daarmee ook seks of noemt zichzelf homoseksueel of lesbisch.

2. Wanneer u naar seksuele oriëntatie vraagt zal de patiënt dat meestal positief waarderen, mits u 'inclusieve' taal gebruikt die niet uitgaat van stereotiepe vooronderstellingen.³⁰ Voorbeelden van inclusieve woorden: 'ouders' in plaats van 'vaders en moeders' of 'partner' in plaats van 'hij/zij/man/vrouw/echtgenoot/echtgenote'. Bedenk dat LHB-personen kunnen trouwen en kinderen kunnen wensen of hebben. Stereotiepe vooronderstellingen zijn bijvoorbeeld dat alle homoseksuele mannen anale seks zouden wensen of hebben, dat lesbische vrouwen nooit vaginale penetratie zouden wensen of hebben, of alleen maar seks hebben gehad met een vrouw. Of dat biseksuele personen niet zouden kunnen kiezen voor een hetero- of homoseksuele oriëntatie. Wees open en vraag de patiënt om hulp. Zeg bijvoorbeeld: 'Ik ben niet bekend met de LHB-gemeenschap, dus corrigeer me alsjeblieft als ik niet de juiste vragen stel.'
3. Vraag bij onderwerpen die zijn gerelateerd aan seksuele gezondheid (soa, anticonceptie, seksuele problemen, seksueel misbruik) naar seksueel gedrag en niet naar identiteit. Vraag dus: 'Voel je je aangetrokken tot of heb je seks met een vrouw en/of man?' En niet: 'Ben je lesbisch, homo- of biseksueel?' Niet iedereen identificeert zich met een bepaald label. Heteroseksuele mannen kunnen seks hebben met mannen, lesbische vrouwen hebben wellicht seksueel contact (gehad) met mannen. Informeer bij lesbische vrouwen of ze weten dat ook zij risico lopen op baarmoederhalskanker, ook als ze nooit gemeenschap met een man hebben gehad.³¹ Wees bij mannen die seks hebben met mannen proactief bij het bespreken van preventie met PrEP

CASUS 1 MEVROUW OVERBEEK (VERVOLG)

De assistente vertelt later op de dag aan de huisarts dat ze haar verontschuldiging heeft aangeboden aan mevrouw Overbeek. De huisarts weet echter dat ook lesbische vrouwen door HPV baarmoederhalskanker kunnen krijgen. Een uitstrijkje is daarom wel noodzakelijk. Ze belt mevrouw op, legt de situatie uit en raadt haar aan alsnog een uitstrijkje te laten maken.

CASUS 2 MENEER EL YAACOUBI (VERVOLG)

Nadat hij de klachten heeft samengevat, geeft de huisarts de volgende gevoelsreflectie. 'Ik heb het gevoel dat je behoorlijk klem zit, klopt dat?' Hierop valt een stilte en de heer el Yaacoubi wendt zijn blik af. 'Heb je een goede vriend of vriendin met wie je kunt praten?', vraagt de huisarts. 'Of met je ouders?' Het blijft stil. 'Schaam je je ergens voor? Ik heb een beroepsgeheim, je kunt alles vertellen.' Dan vertelt de heer el Yaacoubi dat hij niet zeker weet of hij homo is en niet weet met wie hij erover moet praten. De huisarts geeft vervolgens erkenning voor de nood waarin de heer el Yaacoubi zit.

en hepatitis B-vaccin (geïndiceerde en zorggerelateerde individuele preventie).

4. Denk bij depressieve klachten, suïcidale uitingen en verslavingsproblematiek ook aan minderheidsstress als mogelijke oorzaak. Dat wil zeggen dat iemand door veroordeling van en negativiteit over de eigen seksuele oriëntatie klem komt te zetten. Dit komt vooral voor bij jongvolwassenen die na hun coming-out stigmatisering, discriminatie en geweld kunnen meemaken.³² De ervaren negativiteit past de persoon dan toe op zichzelf.
5. Noteer (met toestemming van de patiënt) de seksuele oriëntatie in het dossier of als werkaantekening. Leg uit waarom u dit belangrijk vindt.^{33,34} Vragen naar de seksuele oriëntatie krijgt pas betekenis als de patiënt weet waarom de huisarts ernaar vraagt en als de vraag is ingebed binnen de context van het consult.³⁵ Een notitie in het dossier maakt het mogelijk de gezondheidsproblematiek eventueel te relateren aan de seksuele oriëntatie en helpt om deze patiënt niet heteronormatief te benaderen.
6. Bespreek het thema seksuele diversiteit met het hele huisartsenteam, zodat de praktijk op eenzelfde manier aan een LHB-positieve houding kan werken. LHB-persoon zijn namelijk minder tevreden over hun huisarts dan heteroseksuele personen (respectievelijk 13% en 8%), voelen zich vaker onbegrepen (17% en 8%) en geven vaker aan dat ze te maken hebben met discriminatie door of vooroordelen van huisartsen (28% en 9%).³⁶ Gebruik in de spreek- of wachtkamer ook posters en folders over onderwerpen rond sekse-, gender- en seksuele diversiteit.²⁷
7. Maak in opleiding en scholing gebruik van LHB-casuïstiek. Onderzoek laat zien dat specifieke scholing over diversiteit zin heeft.²⁵ Deze verbetert zowel de kennis, attitude als de vaardigheden met betrekking tot LHB-specifieke gezondheidsproblemen. Diversiteitssensitieve aspecten kunnen een plek krijgen in scholing over persoonsgerichte zorg en gezamenlijke besluitvorming, mits ook LHB-casuïstiek een plaats krijgt. Daarnaast draagt het persoonlijke contact met LHB-persoon of het leren van LHB-rolmodellen in de gezondheidszorg bij aan het verminderen van vooroordelen.³⁷ In Nederland maakt de artsengroep Roze in Wit zich hiervoor sterk.

CONCLUSIE

Rekening houden met diversiteit in seksuele oriëntatie betekent dat huisartsen biologische, psychische en sociale aspecten meenemen in de anamnese, diagnose en behandeling, die recht doen aan de specifieke seksuele oriëntatie van de patiënt. Dankzij passende en niet-veroordelende zorg kunnen de gezondheidsverschillen tussen heteroseksuele en LHB-persoon afnemen. Belangrijk zijn daarbij thema's als geestelijke gezondheid (depressie en suïcidaliteit), risicogedrag (overmatig alcohol- en drugsgebruik, verhoogd soa- en hiv-risico) en preventie (screening van HPV, verstrekking van PrEP en hepatitis B-vaccinatie). ■

LITERATUUR

1. Lagro-Janssen T. Gender, gelijkheid en geneeskunde. *Huisarts Wet* 2014;57:452-6.
2. Risberg G, Johansson EE, Hamberg K. 'Important... but of low status': male education leaders' views on gender in medicine. *Med Educ* 2011;45:613-24.
3. McClelland S, Dutcher H. Heterosexist bias in research. In: Golberg A, editor. *The SAGE Encyclopedia of LGBTQ Studies*, 2016:502-5.
4. Kuyper L, Fokkema T. Minority stress and mental health among Dutch LGBs: examination of differences between sex and sexual orientation. *J Couns Psychol* 2011;58:222-33.
5. Frost DM, Lehavot K, Meyer IH. Minority stress and physical health among sexual minority individuals. *J Behav Med* 2015;38:1-8.
6. Kaiser Family Foundation. National survey of physicians. Part I: doctors on disparities in medical care. Menlo Park: Kaiser Family Foundation, 2002.
7. Somerville C. Unhealthy attitudes. The treatment of LGBT people within health and social care services. London: Stone-wall, 2016.
8. Rees SN, Crowe M, Harris S. The lesbian, gay, bisexual and transgender communities' mental health care needs and experiences of mental health services: an integrative review of qualitative studies. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2020 Dec 8. DOI: 10.1111/jpm.12720 [epub ahead of print].
9. Editorial. Meeting the unique health-care needs of LGBTQ people. *Lancet* 2016;387:95.
10. Blondeel K, Say L, Chou D, Toskin I, Khosla R, Scolaro E, et al. Evidence and knowledge gaps on the disease burden in sexual and gender minorities: a review of systematic reviews. *Int J Equity Health* 2016;22:16.
11. Kuyper L. Jongeren en seksuele oriëntatie. Ervaringen van en opvattingen over lesbische, homoseksuele, biseksuele en heteroseksuele jongeren. Den Haag: SCP, 2015.
12. Mustanski B, Espelage DL. Why are we not closing the gap in suicide disparities for sexual minority youth? *Pediatrics* 2020;145:e20194002.
13. Van Beusekom G, Kuyper L. LHB-monitor 2018. De leefsituatie van lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender personen in Nederland. Den Haag: SCP, 2018.
14. Van Lisdonk J, Kuyper L. 55-plussers en seksuele oriëntatie. Ervaringen van lesbische, homoseksuele, biseksuele en heteroseksuele 55-plussers. Den Haag: SCP, 2015.
15. De Graaf H, Wijzen C, redactie. *Seksuele gezondheid in Nederland 2017*. Delft: Eburon, 2017.
16. De Graaf H, Van den Borne M, Nikkelen S, Twisk D, Meijer S. *Seks onder je 25e: seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2017*. Delft: Eburon, 2017.
17. Nikkelen S, Tijdink S, De Graaf H, Bakker B. *Seksuele gezondheid van lesbische, homoseksuele en biseksuele personen anno 2017*. Utrecht: Rutgers, 2019.
18. Leusink P, Van Bergen J, Dekker J. De cruciale rol van de huisarts bij PrEP. *Med Contact* 2019;41:24-6.
19. Henderson HJ. Why lesbians should be encouraged to have regular cervical screening. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2009;35:49-52.
20. Saunders CL, Meads C, Abel GA, Lyrtzopoulos G. Associations between sexual orientation and overall and site-specific diagnosis of cancer: evidence from two national patient surveys in England. *J Clin Oncol* 2017;35:3654-61.
21. National LGBT Cancer Network. Bisexual women and ovarian cancer. Providence: National LGBT Cancer Network, 2020.
22. Lisy K, Peters MDJ, Schofield P, Jefford M. Experiences and unmet needs of lesbian, gay, and bisexual people with cancer

- care: a systematic review and meta-synthesis. *Psychooncology* 2018;27:1480-9.
23. Alexis O, Worsley AJ. The experiences of gay and bisexual men post-prostate cancer treatment: a meta-synthesis of qualitative studies. *Am J Mens Health* 2018;12:2076-88.
 24. Hunt R, Bates C, Walker S, Grierson J, Redsell S, Meads C. A systematic review of UK educational and training materials aimed at health and social care staff about providing appropriate services for LGBT+ people. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16:4976.
 25. Elliott MN, Kanouse DE, Burkhart Q, Abel GA, Lyratzopoulos G, Beckett MK, et al. Sexual minorities in England have poorer health and worse health care experiences: a national survey. *J Gen Intern Med* 2015;30:9-16.
 26. Sekoni AO, Gale NK, Manga-Atangana B, Bhadhuri A, Jolly K. The effects of educational curricula and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: a mixed-method systematic review. *J Int AIDS Soc* 2017;20:21624.
 27. Irish College of General Practitioners. Irish College of General Practitioners Quick Reference Guide (ICGP QRG). A guide for providing care for lesbian, gay and bisexual patients in primary care. Dublin: ICGP, 2020.
 28. Royal College of General Practitioners Northern Ireland. Guidelines for the care of lesbian, gay and bisexual patients in primary care. Belfast: Royal College of General Practitioners Northern Ireland, 2015.
 29. Brooks H, Llewellyn CD, Nadarzynski T, Pelloso FC, De Souza Guilherme F, Pollard A, et al. Sexual orientation disclosure in health care: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2018;68:e187-96.
 30. Dekker JH. Hoe maak je seksuele oriëntatie bespreekbaar? *Ned Tijdschr Geneesk* 2018;162:D2799.
 31. Reiter PL, McRee AL. HPV infection among a population-based sample of sexual minority women from USA. *Sex Transm Infect* 2017;93:25-31.
 32. Rimes KA, Shivakumar S, Ussher G, Baker D, Rahman Q, West E. Psychosocial factors associated with suicide attempts, ideation, and future risk in lesbian, gay, and bisexual youth. *Crisis* 2019;40:83-92.
 33. Joore IK, Geerlings SE, Brinkman K, Van Bergen JE, Prins JM. The importance of registration of sexual orientation and recognition of indicator conditions for an adequate HIV risk-assessment. *BMC Infect Dis* 2017;17:178.
 34. Callander D, Bourne C, Pell C, Finlayson R, Forssman B, Baker D, et al. Recording the sexual orientation of male patients attending general practice. *Fam Pract* 2015;32:35-40.
 35. Dielissen PW. Genuanceerde aanpak bij vragen naar seksuele oriëntatie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2018;162:D2787.
 36. Hulsken S, Bilman E. Naar een gender- en LHBTI-sensitieve gezondheidszorg in Nederland. Amsterdam: Ipsos/Women Inc, 2019.
 37. Wittlin NM, Dovidio JF, Burke SE, Przedworski JM, Herrin J, Dyrbye L, et al. Contact and role modeling predict bias against lesbian and gay individuals among early-career physicians: a longitudinal study. *Soc Sci Med* 2019;238:112422.

Leusink P, De Blécourt KE, Bakker BHW. Passende zorg door aandacht voor seksuele oriëntatie. *Huisarts Wet* 2021;64:DOI:10.1007/s12445-021-1139-6.
 Praktijk de Huisarts, Gouda/De Seksuele Zaak, Utrecht, dr. P. Leusink, huisarts en arts seksuele gezondheid, peter.leusink@kpnmail.nl.
 Rutgers, Utrecht: K.E. de Blécourt, senior programmamedewerker Zorg & Informatie; B.H.W. Bakker, senior programmamedewerker Zorg & Informatie.
 Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.