

HULPVERLENINGSTRAJECT VAN TRANSGENDERJONGVOLWASSENEN UIT BELGIË EN NEDERLAND

Een vragenlijststudie naar de belemmerende en
bevorderende factoren in eerstelijns-, tweedelijns- en
transgenderzorg

Promotor: prof. dr. Erick JANSSEN
Co-promotor: prof. Luk GIJS
Faculteit Geneeskunde
Departement Neurowetenschappen
Interfacultair Instituut voor Familiale en Seksuologische
Wetenschappen

Werkbegeleider: prof. Dr. Els ELAUT
Coördinator Centrum voor Seksuologie en Gender UZ Gent

Anke Struyven

Masterproef aangeboden tot het behalen van de
graad van Master in de Seksuologie

augustus 2020

HULPVERLENINGSTRAJECT VAN TRANSGENDERJONGVOLWASSENEN UIT BELGIË EN NEDERLAND

Een vragenlijststudie naar de belemmerende en
bevorderende factoren in eerstelijns-, tweedelijns- en
transgenderzorg

Promotor: prof. dr. Erick JANSSEN
Co-promotor: prof. Luk GIJS
Faculteit Geneeskunde
Departement Neurowetenschappen
Interfacultair Instituut voor Familiale en Seksuologische
Wetenschappen

Werkbegeleider: prof. Dr. Els ELAUT
Coördinator Centrum voor Seksuologie en Gender UZ Gent

Anke Struyven

Masterproef aangeboden tot het behalen van de
graad van Master in de Seksuologie

© Copyright by KU Leuven

Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde Campus gasthuisberg ON2, Herestraat 49 - bus 400, 3000 Leuven. Telefoon +32 (0)16 37 76 68.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

"Een gedeelte van de voorbereiding en afwerking van deze masterproef gebeurde in de periode waarin COVID-19-maatregelen van kracht waren (van toepassing vanaf 13/3/2020). In het kader van de maatregelen die binnen de KU Leuven werden getroffen, was het afwerken van de gegevensverzameling voor deze masterproef niet mogelijk en diende de verwerking te gebeuren op basis van beperkte resultaten. Hiermee dient rekening gehouden te worden bij de lectuur van dit document."

Anke Struyven, Hulpverleningstraject van Transgenderjongvolwassenen uit België en Nederland. Een vragenlijststudie naar de belemmerende en bevorderende factoren in eerstelijns-, tweedelijns en transgenderzorg

Masterproef tot het behalen van de graad van Master in de Seksuologie, augustus 2020.

Promotor: prof. dr. Erick Janssen, Co-promotor: prof. dr. Luk Gijs en werkbegeleider prof. dr. Els Elaut

Transgender personen behoren tot een seksuele minderheidsgroep die te maken krijgen met verscheidene maatschappelijke en sociale uitdagingen. In de hulpverlening krijgen transgender personen te maken met zowel belemmerende als bevorderende factoren. Eerder onderzoek is vooral gericht op de volledige populatie. In dit onderzoek wordt gefocust op positieve en negatieve factoren in het hulpverleningstraject van jongvolwassen transgender personen in België en Nederland.

De huidige studie gebruikte een online survey methode (N = 100) met zowel kwantitatieve als kwalitatieve vragen om een helder beeld te schetsen van eerstelijns-, tweedelijns- en transgenderzorg. De leeftijd van de participanten ligt op 18-25 jaar. Specifieke thema's zoals discriminatie, vermijdingsgedrag, genderidentiteit en tevredenheid werden bevraagd. Data-analyse gebeurde via descriptieve analyses en statistische toetsen voor het kwantitatieve deel. De kwalitatieve, open vragen werden via een open coderingssysteem geanalyseerd.

Het grootste aantal transgender personen is in het algemeen tevreden over de hulpverlening en voelen zich over het algemeen geaccepteerd. Het merendeel van de participanten heeft nooit contact vermeden met de hulpverlening uit angst voor of eerdere negatieve ervaringen. De meest voorkomende negatieve ervaringen in de eerste- en tweedelijnszorg zijn; het moeten informeren van de hulpverlener, misgendering en ongepaste nieuwsgierigheid. Van de participanten kreeg 15% te maken met discriminatie of stigmatisering. Positieve factoren worden opgedeeld in verschillende categorieën waaronder intrapersonlijke factoren, interpersoonlijke en rekening houden met genderthema. In de transgenderzorg zijn wachttijden, poortwachtersmodel, communicatie en onvoldoende informatie terugkerende bezorgdheden. Het proces en de organisatie van de transgenderzorg worden als krachten benoemd, alsook enkele specifieke hulpverlenersfactoren.

Bevindingen uit eerdere onderzoeken en literatuurreviews vinden vergelijkbare thema's en aanbevelingen. De algemene tevredenheid in de transgenderzorg ligt hoger dan in de eerste- en tweedelijnszorg met elk verschillende uitdagingen en aandachtspunten. In tegenstelling tot sommige bevindingen in de literatuur, zijn er in dit onderzoek weinig significante verschillen tussen binaire en non-binaire transgender personen. Er werd een significant verschil vastgesteld voor gevoelens van acceptatie en negatieve ervaringen (enkel in de eerstelijnszorg).

Anke Struyven, Care trajectory of Transgender young adults from Belgium and the Netherlands. A questionnaire study into the barriers and facilitating factors in first-line, second-line and transgender care.

Master thesis presented to obtain the degree of Master in de Seksuologie, august 2020.

Promotor: prof. dr. Erick Janssen, co-promotor: prof. dr. Luk Gijs and supervisor: prof. dr. Els Elaut

As a sexual minority group, transgender people face a variety of social and societal challenges. When it comes to health care, transgender people encounter both barriers and facilitators. Previous research has focused on the entire population. This research focuses on positive and negative factors in the care trajectory of young adult transgender people in Belgium and the Netherlands.

The current study used an online survey method (N = 100) with both quantitative and qualitative questions to provide a better understanding of primary, secondary and transgender healthcare. The age of the participants ranged from 18 to 25 years. Specific themes such as discrimination, avoidance behaviour, gender identity and satisfaction were assessed. Quantative data was analysed through descriptive analyses and Chi-Square tests. The qualitative, open questions were analysed via an open coding system.

The majority of transgender people tend to be satisfied with the provided health care and feel generally accepted. Most of the participants never avoided contact with health care out of fear of or previous negative experiences. The most common negative experiences in primary and secondary healthcare include having to inform the counsellor, being misunderstood, and being subjected to inappropriate curiosity. Of the participants, 15% reporting having to deal with discrimination or stigmatisation. Positive factors were categorized and included intrapersonal factors, interpersonal factors, and gender aspects. In transgender care, waiting times, the gatekeeper model, communication and insufficient information are recurring concerns. The process and organisation of transgender care are mentioned as strengths, as well as some specific care provider-related factors.

Findings from previous studies and literature reviews reveal similar themes and recommendations. The satisfaction in transgender healthcare is higher than in primary and secondary healthcare, each with different challenges. However, in contrast to some findings in the literature, there were only a few significant differences between binary and non-binary transgender persons in the current study. A significant difference was found for feelings of acceptance and negative experiences (in primary healthcare).

Woord vooraf

Voor de eerste keer een masterproef schrijven, dat klonk ontzettend spannend. Al vanaf de start van de opleiding Seksuologie wist ik dat het thema genderidentiteit en transgender personen mij enorm intrigeerde. Vanuit deze interesse diende ik een vrij onderwerp in waarbij ik het hulpverleningstraject van transgender personen wou bekijken. Tot mijn grote vreugde werd dit onderwerp goedgekeurd en kon ik van start gaan.

Ik zou graag enkele mensen bedanken die bijgedragen hebben aan dit mooie project. Eerst en vooral mijn promotor Erick Janssen, die vanuit zijn sterke expertise en kritische blik op wetenschappelijk onderzoek mij een weg heeft laten vinden binnen het soms moeilijke spinnenweb van kwantitatief onderzoek. Daarnaast een grote dank voor mijn co-promotor, Luk Gijs, die vanuit zijn ervaringen met transgender personen mij telkens nieuwe inzichten aanreikte en kritisch deed reflecteren op het onderzoek. Op de momenten waarop ik even vast zat, stond hij klaar met de nodige hulp en steun. Verder wil ik Els Elaut bedanken voor haar deskundige visie vanuit het werkveld. Zij staat dagelijks in contact met transgender personen en heeft een sterke ambitie om hun wereld iets beter te maken. Door hen zijn nieuwe deuren opengegaan en heb ik een bredere kijk op de wereld van transgender personen gekregen.

Verder wil ik mijn dankbaarheid richten naar de verenigingen die de vragenlijst gedeeld hebben om participanten te bereiken, maar eveneens voor hun dagelijkse inzet voor de trans*gemeenschap om hen te ondersteunen in de barrières die ze mogelijks tegen komen in hun dagelijkse leven. In het bijzonder wil ik Senne Mispion uitgebreid bedanken in mijn zoektocht naar deelnemers en zijn onuitputtelijk enthousiasme. Daarnaast uiteraard ook een grote dank aan de participanten van dit onderzoek voor hun openheid over het thema, wat uiteraard niet vanzelfsprekend is. Ik hoop met dit onderzoek iets voor jullie te betekenen en een groter maatschappelijk draagvlak te creëren zodat hulpverleners bewuster omgaan met het genderthema.

Als laatste wil ik mijn ouders, familie en vrienden bedanken om mij te steunen in mijn studietraject. Zij gaven mij de mogelijkheid om deze studie, waar ik al lang van droomde, te volbrengen en mij onvoorwaardelijk te steunen in de keuzes die ik gemaakt heb.

Inhoudsopgave

Woord vooraf	iii
Lijst van tabellen	vii
Lijst van figuren	viii
1 Conceptueel kader	2
1.1 Terminologie	2
1.2 Prevalentiecijfers van transgender personen in België en Nederland	4
1.3 Gezondheid en welzijn bij transgender personen	6
1.4 Organisatie en toegang hulpverlening.....	8
1.4.1 Eerste- en tweedelijnszorg	10
1.4.2 Transgenderzorg.....	10
2 Positieve en negatieve factoren in het hulpverleningstraject	13
2.1 Belemmerende factoren in de eerste- en tweedelijnszorg	13
2.1.1 Ongevoeligheid genderthema en uitingen van ongemak	13
2.1.2 Discriminatie, weigering van zorg en verbaal geweld	15
2.1.3 Kennis genderthema/knowledge gap	15
2.2 Bevorderende factoren in de eerste- en tweedelijnszorg	16
2.3 Bezorgdheden en krachten in transgenderzorg	17
2.4 Aanbevelingen over de hulpverlening	18
2.4.1 Bewustzijn en kennis van hulpverleners	18
2.4.2 Aanbevelingen op structureel niveau.....	19
2.5 Relevantie van het onderzoek	20
3 Methodologie	21
3.1 Onderzoeksopzet	21
3.2 Participanten.....	22
3.2.1 Selectiecriteria participanten	22
3.2.2 Wervingsprocedure	22
3.3 Dataverzameling	23
3.4 Data-analyse	23

4	Resultaten	25
4.1	Demografische kenmerken	25
4.2	Toegewezen geslacht en genderidentiteit.....	26
4.2.1	Genderincongruentie en genderdysforie	27
4.2.2	Leven in genderrol openbaar en privé	28
4.3	Eerste- en tweedelijnszorg.....	29
4.3.1	Gevoel van acceptatie in de eerste- en tweedelijnszorg.....	29
4.3.2	Vermijdingsgedrag omwille van genderidentiteit	30
4.3.3	Ervaringen en tevredenheid in de eerste- en tweedelijnszorg	32
4.3.3.1	Negatieve ervaringen.....	33
4.3.3.2	Negatieve factoren.....	35
4.3.3.3	Positieve factoren of kenmerken in eerste- en tweedelijnszorg	35
4.4	Transgenderzorg	37
4.4.1	Medische en psychologische interventies.....	37
4.4.2	Drempels om hulp te zoeken in transgenderzorg	38
4.4.3	Tevredenheid transgenderzorg	39
4.4.4	Positieve factoren in de transgenderzorg	41
4.4.5	Negatieve factoren in de transgenderzorg.....	43
4.5	Aanbevelingen en verbeteringen in eerstelijns-, tweedelijns- en transgenderzorg.....	45
4.5.1	Eerstelijnszorg	45
4.5.2	Tweedelijnszorg.....	46
4.5.3	Transgenderzorg.....	47
4.5.4	Eigen behandeltraject.....	50
5	Discussie	52
5.1	Kenmerken van de participanten	52
5.2	Bevindingen eerste- en tweedelijnszorg.....	52
5.3	Transgenderzorg	54
5.4	Vergelijking eerstelijns-, tweedelijns- en transgenderzorg	55
5.5	Beperkingen, sterktes en toekomstig onderzoek	56
6	Referentielijst	57

7	Bijlagen.....	63
	Bijlage A Vragenlijst	63
	Bijlage B Constructie vragenlijst	78
	Bijlage D Uitnodigingsbrief organisaties	80
	Bijlage E Visual vragenlijst Facebook en Instagram.....	82
	Bijlage F Gecontacteerde organisaties	84
	Bijlage G Codeersysteem.....	85
	Goedkeuring Comissie Medische Ethiek UZ Gent.....	88

Lijst van tabellen

Tabel 1	Demografische kenmerken van de onderzoekspopulatie.....	25
Tabel 2	Toegewezen geslacht in combinatie met genderidentiteit.....	26
Tabel 3	Positief en negatief gevoel tegenover genderidentiteit	27
Tabel 4	Acceptatie in de eerstelijnszorg met Fisher's Exact test	29
Tabel 5	Acceptatie in de tweedelijnszorg met Fisher's Exact test	30
Tabel 6	Vermijdingsgedrag omwille van genderidentiteit in eerstelijnszorg met Fisher's exact test.	30
Tabel 7	Vermijdingsgedrag omwille van genderidentiteit in tweedelijnszorg met Fisher's exact test	31
Tabel 8	Negatieve ervaringen in de gezondheidszorg	33
Tabel 9	Significantietoetsen verschillen negatieve ervaringen en genderidentiteit	34
Tabel 10	Transitiegerelateerde interventies.....	38
Tabel 11	Drempels in de transgenderzorg	39
Tabel 12	Significantietoets ervaren van drempels in transgenderzorg en nationaliteit.....	39
Tabel 13	Positieve en negatieve factoren van de psychologische hulpverlening in de transgenderzorg	41
Tabel 14	Verbeteringen in de transgenderzorg	48

Lijst van figuren

Figuur 1	Transgenderzorgpad.....	11
Figuur 2	Leeftijd waarop voor het eerst hulp gezocht is omtrent genderidentiteit	28
Figuur 3	Tevredenheid in de eerste- en tweedelijnszorg.....	32
Figuur 4	Tevredenheid algemeen, informatie en psychologische ondersteuning	40
Figuur 5	Algemene ervaringen transgenderzorg in combinatie met genderidentiteit	40

1 Conceptueel kader

In dit hoofdstuk wordt een uiteenzetting gegeven van begrippen die gerelateerd zijn aan (trans)gender. Verder worden prevalentiecijfers besproken met enkele kritische nuances omtrent deze bepalingen. In wat volgt worden gezondheidsaspecten van transgender personen besproken. Tot slot wordt de organisatie van zowel de eerste- en tweedelijnszorg in België en Nederland als van de transgenderzorg toegelicht.

1.1 Terminologie

Iedere persoon wordt in principe geboren met biologische geslachts- en lichaamskenmerken. In de puberteit ontwikkelen secundaire geslachtskenmerken zoals borstontwikkeling en lichaamsbeharing. Dit geheel wordt het biologische geslacht genoemd. Lichaamskenmerken worden maatschappelijk ingedeeld in typisch mannelijk of vrouwelijk, gekoppeld aan genderrollen en bijhorende verwachtingen. Deze combinatie wordt gender genoemd (Transgender Infopunt, z.d.). The American Psychological Association [APA] (2012) definieert gender als attitudes, gevoelens en gedragingen in een bepaalde cultuur geassocieerd met het biologische geslacht van een persoon. Volgens The World Professional Association for Transgender Health [WPATH] refereert gender naar sociaal en cultureel geconstrueerde rollen, gedragingen, uitdrukkingen, identiteit en zelfbeeld (Coleman et al., 2012). Genderidentiteit staat voor een innerlijk en subjectief gevoel een man/vrouw, beiden of geen van beiden te zijn. Biologische, sociale (cultureel en maatschappelijk) en psychologische invloeden hebben een invloed op het ontstaan en ervaren van een genderidentiteit (T'Sjoen, van Trotsenburg & Gijs, 2013).

Biologische factoren hebben een invloed op de genderontwikkeling. Een foetus produceert vanaf de zesde week geslachtshormonen die actief zijn in het hele lichaam. Sommige verschillen in de hersenen worden toegeschreven aan de invloed van geslachtshormonen. De ontwikkeling van de hersenen heeft op zijn beurt invloed op gedrag (Dessens & Cohen-Kettenis, 2004). In het onderzoek van Burke, Manzouri & Savic (2017) blijkt dat er neuro-anatomische kenmerken van bepaalde hersengebieden gerelateerd zijn aan de verwerking van het zelf- en lichaamsbeeld.

Transgender wordt veel gebruikt als een overkoepelende term die refereert naar variatie in gendergevoelens en -gedrag. Deze term wordt gebruikt wanneer genderidentiteit, geboortegeslacht en genderexpressie niet overeenstemmen. Binnen het binaire concept wordt er gesproken over een transman en transvrouw. Transman verwijst naar iemand met een vrouwelijk toegewezen geslacht en een mannelijke genderidentiteit. Transvrouw is een persoon met een mannelijke geboortegeslacht en een vrouwelijke genderidentiteit. Er kan een wens zijn om het lichaam te veranderen, of reeds

veranderd hebben, om aansluiting te vinden bij de gewenste genderidentiteit (Vance, Ehrensaft & Rosenthal, 2014; Motmans, Nieder & Bouman, 2017).

Naast deze binaire benadering is er een non-binair concept van gender. Non-binair verwijst naar een spectrum van variatie/diversiteit in genderidentiteiten. De genderidentiteit van een persoon kan tussen of buiten de typische man-vrouw opdeling vallen. Een andere mogelijkheid is dat een persoon zich het ene moment man voelt en op een ander moment vrouw (Motmans, Nieder & Bouman, 2019; Motmans, Nieder et al., 2017). De termen die gebruikt worden voor personen met een non-binaire genderidentiteit zijn talrijk (voor een duidelijk overzicht zie Transgender Infopunt). Bi-gender of genderfluïde personen ervaren of voelen zich afwisselend man of vrouw. De termen intergender, androgyn of demigender verwijzen naar het zich gelijktijdig man en vrouw voelen. Agender wordt gebruikt voor mensen die geen gender ervaren. De non-binaire groep geeft mogelijk een voorkeur aan neutrale namen en voornaamwoorden. Een persoon kan zijn voornaamwoord of naam kiezen op basis van hoe deze zich voelt in dat moment (Matsuno & Budge, 2017).

In de DSM-5 (American Psychological Association, 2014) wordt genderdysforie gediagnosticeerd als minstens twee kenmerken van het A criterium aanwezig zijn en voldaan is aan het B criterium.

- (A) Een duidelijke incongruentie tussen het ervaren/geuite gender en het toegewezen gender gedurende minstens zes maanden, wat blijkt uit minstens twee van de volgende kenmerken:
1. Een duidelijke incongruentie tussen het ervaren/geuite gender en de primaire en/of secundaire geslachtskenmerken;
 2. Een sterk verlangen om de eigen primaire en/of secundaire geslachtskenmerken niet te hebben, vanwege de duidelijke incongruentie met de ervaring/expressie van het eigen gender;
 3. Een sterk verlangen om de primaire en/of secundaire geslachtskenmerken van het andere gender te hebben;
 4. Een sterk verlangen om van het andere gender te zijn (of van een gender dat afwijkt van het toegewezen gender);
 5. Een sterk verlangen om als iemand van het andere gender te worden behandeld (of van een gender dat afwijkt van het toegewezen gender);
 6. Een sterke overtuiging de kenmerkende gevoelens en reacties van het andere gender te ervaren (of van een gender dat afwijkt van het toegewezen gender);
- (B) De aandoening gaat gepaard met klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen (American Psychiatric Association, 2014, p. 328- 329).

De ICD-11 classificatie van de World Health Organization [WHO] (2018) spreekt over genderincongruentie in de adolescentie en volwassenheid, met als definitie;

Gender Incongruence of Adolescence and Adulthood is characterized by a marked and persistent incongruence between an individual's experienced gender and the assigned sex, which often leads to a desire to 'transition', in order to live and be accepted as a person of the experienced gender, through hormonal treatment, surgery or other health care services to make the individual's body align, as much as desired and to the extent possible, with the experienced gender. The diagnosis cannot be assigned prior the onset of puberty. Gender variant behavior and preferences alone are not a basis for assigning the diagnosis (WHO, 2018 Section 17 [HA60], para 1).

In deze twee diagnostische classificatiesystemen wordt de trend van toenemende aanvaarding en erkenning van genderdiversiteit duidelijk. In de DSM-5 wordt gekozen voor een apart hoofdstuk van genderdysforie. Er wordt gepoogd een balans te vinden tussen het risico op stigmatisering (door het behouden van een psychiatrische diagnose) en toegang tot zorg en de gerelateerde vergoeding van zorgverzekeraars (deze valt weg indien de diagnose geschrapt wordt). In de ICD-11 is genderincongruentie niet meer geclassificeerd onder mentale- en gedragsproblemen. Deze verandering is bedoeld voor de-stigmatisering en het verbeteren van toegang tot professionele hulp (Steensma, T'Sjoen, Bouman & Heylens, 2018). Een ander voordeel van de term 'gender incongruentie' is dat deze niet onmiddellijk gekoppeld wordt aan een stoornis en het non-binaire en genderqueer identiteiten omvat (Richards et al., 2016).

1.2 Prevalentiecijfers van transgender personen in België en Nederland

Officiële epidemiologische studies en cijfers over genderdysforie en genderincongruentie bij kinderen, adolescenten en volwassenen zijn gelimiteerd. Er worden verscheidene bronnen gebruikt om de prevalentie van deze groepen te bepalen. Onderzoekers maken het meeste gebruik van grootschalige studies met ouder- en zelfrapportage om genderdysforie bij kinderen en jongeren te bepalen. Bij volwassenen wordt het cijfer berekend door de registratie van aangemelde personen in genderteams en andere gezondheidsinstanties. De meetmethode kan een vertekend beeld geven doordat volwassen personen die genderincongruentie ervaren niet altijd de stap zetten naar gespecialiseerde hulpverlening of andere gezondheidsinstanties. Deze meetmethode kan er dus voor zorgen dat de prevalentie wordt onderschat. Een andere meetmethode bij adolescenten en volwassenen is het bepalen van het aantal juridische geslachtswijzigingen (Kuyper & Wijsen, 2014; Zucker & Lawrence, 2009).

Door de invoering van een nieuwe wet op 25 juni 2017 in België worden verplichte medische interventies voor juridische geslachtsverandering geschrapt. Hierdoor kunnen mensen vanuit zelfbeschikking het officiële geslacht, via de burgerlijke stand, veranderen naar het gewenste gender. Deze nieuwe wet werd van kracht op 1 januari 2018 waardoor er een grote stijging van prevalentie van officiële geslachtswijzigingen te zien was in het rijksregister. Hieruit ontstaat een overzicht van het aantal geslachtswijzigingen op maand- en jaarbasis. Dit gaat uitsluitend over personen die hun geslacht op hun identiteitsbewijs gewijzigd hebben. Deze cijfers geven aan dat er in 2018 van april tot september 2018 548 personen hun geslachtsregistratie lieten wijzigen. In dit onderzoek wordt gefocust op transgender personen jonger dan 25 jaar. In deze leeftijdscategorie lieten 229 personen officieel hun geslacht wijzigen. De verhouding is 26% transvrouwen en 62% transmannen (Federale Overheidsdienst Justitie, 2018; van Hove, 2018). Uit de review van Zucker (2017) blijkt dat het prevalentiepercentage bij kinderen, adolescenten en volwassenen varieert van 0,5% tot 1,3%. Bij adolescenten is de wens om van het andere geslacht te zijn meer voorkomend bij meisjes dan bij jongens (geboortegeslacht).

In vergelijking met België waar in 2017 een nieuwe wet werd ingevoerd, werd een gelijkaardige wet ingevoerd op 1 juli 2014 in Nederland. Door de invoering van deze wetsaanpassing stijgt het aantal geregistreerde geslachtswijzigingen in Nederland. In de jaren voor de wetswijziging, zoals onderzocht door Kuyper & Wijsen (2014) was het gemiddelde aantal personen die hun geslacht lieten wijzigen 80 per jaar; na deze wetswijziging was er een stijging tot 770 personen in 2015. Deze studie toont eveneens aan dat 4% van de vrouwen en 5,7% van de mannen in Nederland zichzelf niet uitsluitend man of vrouw voelt. Meer specifiek rapporteert deze groep een ambigue (4,6% van de mannen en 3,2% van de vrouwen) of incongruente genderidentiteit (1,1% van de mannen en 0,8% van de vrouwen). Een klein aandeel, tussen 0,4% en 0,8% van de mannen en tussen 0,1% en 0,3% van de vrouwen, rapporteert onvrede met het lichaam waarin ze geboren zijn en wensen hormonen of een operatie om meer tot het andere geslacht te behoren. Opvallend in deze resultaten is het gegeven dat er geen duidelijke genderdichotomie is. Er is eerder sprake van een continuüm met een grotere groep die zich in het midden situeren (ambigue genderidentiteit) dan aan de uiteinden (personen met genderincongruentie, genderdysfore gevoelens en eventuele medische behandelwens).

Wiepjes en collega's (2018) deden een cohortonderzoek lopend van 1972 tot 2015. Het doel van dit onderzoek was de prevalentie van genderdysforie te bepalen en met welke frequentie genderbevestigende behandeling opgestart wordt. Van 1972 tot 2015 bezochten 6.793 personen het genderteam in Amsterdam. De verdeling lag op 4.432 personen met een mannelijk geboortegeslacht

en 2.361 personen met een vrouwelijk geboortegeslacht. Tussen de leeftijd 18 tot 30 jaar is er 1 persoon op 2800 personen in de algemene populatie dat een behandeling start voor genderdysforie.

Het bepalen van de prevalentie van personen met een non-binaire identiteit blijft moeilijk. Volgens Zucker (2017) vereist dit extra onderzoek. Het is onduidelijk welk percentage zich als non-binair (bijvoorbeeld genderqueer) identificeert. Uit het recente onderzoek 'Transgender in België' door Motmans, Wyverkens & Defreyne (2017) identificeerde 22% van de 534 participanten zich genderqueer of non-binair. Deze schatting is eerder aan de lage kant doordat personen met een non-binaire genderidentiteit zich niet altijd identificeren als transgender persoon (Matsuno & Budge, 2017).

1.3 Gezondheid en welzijn bij transgender personen

Dhejne, van Vlerken, Heylens & Arcules (2016) reviewden 38 studies naar de mentale gezondheid van transgender personen. Er werd vastgesteld dat er bij transgender personen een hoge aanwezigheid van psychiatrische stoornissen is. Dit aantal ligt vermoedelijk hoger dan bij cisgender personen, al kan men niet tot concrete conclusies komen. Dit is een gevolg van een beperkt aantal goed onderbouwde onderzoeken naar psychiatrische stoornissen. Depressie en angst wordt in de meerderheid van de studies teruggevonden. Andere psychiatrische stoornissen zoals schizofrenie of een bipolaire stoornis werden niet frequenter vastgesteld bij transpersonen in vergelijking met de algemene populatie. De meerderheid van de onderzoeken vertoont geen verschil tussen gender. In één studie werd gevonden dat transvrouwen een grotere vatbaarheid hebben voor het ontwikkelen van psychologische of psychiatrische problemen in vergelijking met transmannen.

Uit een andere studie van Jones, Bouman, Haycraft & Arcelus (2019) blijkt dat non-binaire transgender personen in het Verenigd Koninkrijk een significant betere mentale gezondheid rapporteren dan binaire transgender personen. Een verklaring daarvoor kan zijn dat er minder ontevredenheid over het lichaam is in deze populatie. De studie vond geen significante verschillen in de kwaliteit van leven tussen non-binaire en binaire transgender personen. Non-binaire personen met een mannelijk geboortegeslacht bleken betere scores te hebben op psychologische en sociale domeinen dan transmannen. Een tegenstrijdige bevinding van Matsuno & Budge (2017) is dat non-binaire personen, in vergelijking met binaire transgenderpersonen, meer negatieve mentale gezondheidsproblemen ondervinden. In de Verenigde Staten blijkt dat 49% van de volwassen non-binaire participanten psychologische moeilijkheden ervaren. Voor de binaire transgender personen ligt dit op 32%. Er zijn dus tegenstrijdige bevindingen over het al dan niet voorkomen van meer mentale gezondheidsproblemen bij non-binaire personen in vergelijking met binaire transgenderpersonen. Jonge personen (16-25 jaar) blijken meer gevoeligheid te hebben voor een slechtere mentale

gezondheid tegenover oudere personen. Angst en depressie wordt door één op vijf ervaren (Jones et al., 2019).

Medische interventies hebben volgens het onderzoek van Dhejne en collega's (2016) een duidelijke invloed op het verbeteren van de mentale gezondheid. Personen die longitudinaal gevolgd werden hadden een algemene verbetering van psychopathologie en psychiatrische stoornissen na hun behandeling. Volgens T'Sjoen et al. (2013) zijn deze medische interventies een veelvoorkomende, maar niet voldoende, voorwaarde om genderdysforie te reduceren en mogelijk de kwaliteit van leven te verbeteren. Deze resultaten komen niet uit elk onderzoek naar voren, de studie van Bränström & Pachankis (2020) in Zweden tonen andere bevindingen. Deze studie toont een verhoogd risico aan op mentale gezondheidsproblemen bij personen die de diagnose genderincongruentie kregen, in het bijzonder diegene die en genderbevestigende interventies ondergingen. Er wordt een afname van geestelijke gezondheidszorg geconstateerd naargelang de persoon het gewenste traject doorlopen heeft.

Het seksuele minderheidsstressmodel van Meyer (2003) stelt dat er specifieke stressoren zijn voor seksuele minderheidsgroepen die voortkomen uit stigmatisering, vooroordelen en discriminatie. Stigmatisering kan het lijden van transgender personen vergroten en zelfs veroorzaken. Deze minderheidsstress kan transgender personen meer vatbaar maken voor mentale gezondheidsproblemen of een verminderde toegang tot adequate gezondheidszorg (T'Sjoen et al., 2013). Een recenter model is het 'Gender Minority and resilience Stress Model' [GSMR model] door Testa en collega's (2017) waarin externe en interne stressoren van minderheidsstatus gerelateerd aan gender worden samengevat en op welke manier deze stressoren een invloed hebben op de mentale gezondheid van transgender personen. Volgens het GSMR model zijn er vier externe stressoren: victimisatie, afwijzing, discriminatie op basis van geslacht en niet erkennen van de identiteit. Gendergebaseerde victimisatie gaat over verbale of fysieke handelingen tegenover een transgender persoon vanwege hun genderidentiteit of -expressie. Afwijzing gaat over meerdere vormen met name door individuele personen, voorzieningen en gemeenschappen. Discriminatie op grond van gender omvat ervaringen en moeilijkheden met het vinden van een huis, werk, medische zorg of legale documenten vanwege iemands genderidentiteit of -expressie. Deze externe stressoren kunnen leiden tot drie soorten interne stressoren: negatieve verwachtingen naar toekomstige situaties, geïnternaliseerde transfobie en het niet durven tonen van de genderidentiteit.

Een mogelijk gevolg van stigmatisering en de angst hiervoor is dat transgender personen zorg gaan vermijden of uitstellen. Medische problemen worden genegeerd waardoor dringende medische urgenties kunnen ontstaan die men eventueel had kunnen voorkomen door hulp te zoeken (Dolan,

Strauss, Winter & Lin, 2020). Het nationale transgenderonderzoek in Amerika van James en collega's (2016) toont aan dat 23% van de participanten niet naar een dokter gaan uit angst om onjuist behandeld te worden. In het onderzoek van Motmans, Wyverkens en collega's (2017) in België blijkt dat participanten die algemeen vermijdingsgedrag stellen, waaronder het vermijden van plaatsen en vermijden van genderidentiteit uit te drukken, een significant verminderde subjectieve gezondheid rapporteren.

1.4 Organisatie en toegang hulpverlening

De eerstelijnszorg wordt in België gekenmerkt door een rechtstreeks toegankelijke hulp en zorg. Enkele voorbeelden hiervan zijn huisartsen, eerstelijnspsychologen, diëtisten, enzovoort. Onder tweedelijnszorg vallen zorg- en hulpverleners die na verwijzing geconsulteerd worden zoals algemene ziekenhuizen en centra voor geestelijke gezondheidszorg. Derdelijnszorg is gespecialiseerde zorg waaronder de transgenderzorg valt (Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg, z.d.).

WPATH heeft in 2012 internationale richtlijnen 'Standards of Care 7' ontworpen zodat transgenders, transseksuelen en personen met gender non-conformiteit de best mogelijke zorg krijgen. Het doel van de SOC is om gezondheidsmedewerkers een kader aan te reiken waarmee er een veilige en efficiënte omgeving gecreëerd wordt voor de doelgroep. De SOC zijn samengesteld op basis van wetenschappelijke bevindingen en de ervaring en kennis van deskundige hulpverleners in de behandeling van genderdysforie. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat empirische evidentie voor de meeste aanbevelingen in de SOC nog niet sterk is. Algemene gezondheid, psychisch welzijn en optimaliseren van zelfontplooiing zijn gebieden waarop gefocust wordt. Men streeft naar maximalisatie van eerstelijnszorg, reproductieve interventies, geestelijke gezondheidszorg, stem- en communicatietherapie, gynaecologische en urologische zorg en de hormonale en chirurgische behandelingen (Coleman et al., 2012; Wylie et al., 2016). Momenteel worden de SOC herzien. De doelstelling van de WPATH is om de SOC 8 klaar te hebben in 2021.

Intentioneel zijn de SOC bedoeld voor universeel gebruik. Dat neemt niet weg dat de meeste aanbevelingen vooral gebaseerd zijn op Noord-Amerikaanse en West-Europese kennis en kunde. In landen kunnen verschillen zijn in attitudes over transgender personen, genderrollen en genderidentiteiten, taal om genderidentiteiten te omschrijven, epidemiologie van genderdysforie, aangeboden therapieën, toegang en kostprijs van behandeling en politieke problemen omtrent dit domein van gezondheidszorg. In andere culturele contexten is het aangeraden dat gezondheidsmedewerkers zich bewust en sensitief zijn van deze verschillen (Coleman et al., 2012).

Verder is er het informed consent model voor genderbevestigende behandeling. Informed consent tracht empowerment van de patiënt te vergroten door het versterken van zelfbeschikking over hun lichaam en gezondheid. De persoon krijgt informatie rond de voor- en nadelen en alternatieven over een behandeling. Op deze manier kan de persoon tot een weloverwogen beslissing komen. Met dit model gaat men in tegen de vereiste dat er een diagnose door een psychiater of psycholoog gesteld moet worden. De nadruk ligt op het recht van de persoonlijke autonomie, waarbij keuzemogelijkheden worden erkend en ondersteund (Cavanaugh, Hopwood & Lambert, 2016). In Nederland en België wordt niet met het Informed Consent model gewerkt.

De Yogyakarta Principles zijn principes gericht op universele mensenrechten met betrekking tot seksuele oriëntatie en genderidentiteit. Belangrijk hierbij is de koppeling naar Yogyakarta principle 18;

No person may be forced to undergo any form of medical or psychological treatment, procedure, testing, or be confined to a medical facility, based on sexual orientation or gender identity. Notwithstanding any classifications to the contrary, a person's sexual orientation and gender identity are not, in and of themselves, medical conditions and are not to be treated, cured or suppressed (Yogyakarta, 2007, Principle 18).

Er zijn duidelijke verschillen tussen de Standards of Care (SOC) en het informed consent model. Binnen de SOC ligt de nadruk op een mentale evaluatie door een psychosociale hulpverlener alvorens toegang te krijgen tot genderbevestigende behandeling, waaronder medische interventies, hormoontherapie en geslachtsbevestigende operaties. Psychotherapie is niet verplicht maar sterk aanbevolen om de persoonlijke betekenis en impact van genderdysforie te onderzoeken. Toegang tot financiële vergoeding en transitiegerelateerde zorg is dus in hoge mate gereguleerd. De SOC schrijven voor dat er minstens één jaar moet geleefd zijn in de gewenste genderrol en van minstens twee mentale gezondheidsmedewerkers advies gekregen hebben voor een geslachtsbevestigende operatie. Deze beslissing steunt niet op wetenschappelijk onderzoek en is enkel een overeenkomst tussen deskundigen in het veld (Cavanaugh et al., 2016).

In 2017 werd een grote studie in België opgezet door het instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen naar ervaringen van transgender personen. Er werden veel verschillende topics onderzocht waaronder transgenderzorg en gezondheidszorg door een kwantitatieve vragenlijst te verspreiden met een bereik van 534 deelnemers. Uit de resultaten blijkt dat 75,3% van de respondenten hulp zoekt bij een professionele hulpverlener omtrent hun ervaren genderidentiteit. Van de transmannen en transvrouwen zocht respectievelijk 83,7% en 83,6% ooit hulp bij een professionele hulpverlener. Er zijn verschillende redenen waarom transgender personen geen hulp zoeken. De voornaamste redenen zijn

dat niet nodig hebben (35,6%), niet durven (25,8%), angst voor vooroordelen van hulpverleners (24,2%) en niet weten waar ze terecht kunnen (21,2%). Deze doelgroep ervaart meer specifieke problemen namelijk; geen vertrouwen in het hulpverleningsaanbod, niet voldoende financiële middelen, dit niet wensen, geen professionele hulp in de buurt vinden, te lange wachttijden, oneens met behandelingswijze in België (Motmans, Wyverkens et al., 2017). Toegang tot gezondheidszorg blijkt voor transgender personen op verscheidene niveaus moeizaam te zijn. Het vertrouwen en relatie tot het zorgstelsel kunnen verkleinen door bepaalde ervaringen (Eyssel, Koehler, Dekker, Sehner & Nieder, 2017).

1.4.1 Eerste- en tweedelijnszorg

Bepaalde interventies, waaronder opstart van hormoonbehandeling en operaties (faciale vervrouwelijking, lasertherapie,...), kunnen in principe aangeboden worden in de eerstelijnszorg. Een huisarts mag wettelijk hormonale behandeling voorschrijven, al dan niet in overleg met een endocrinoloog. (Transgenderzorg, z.d.).

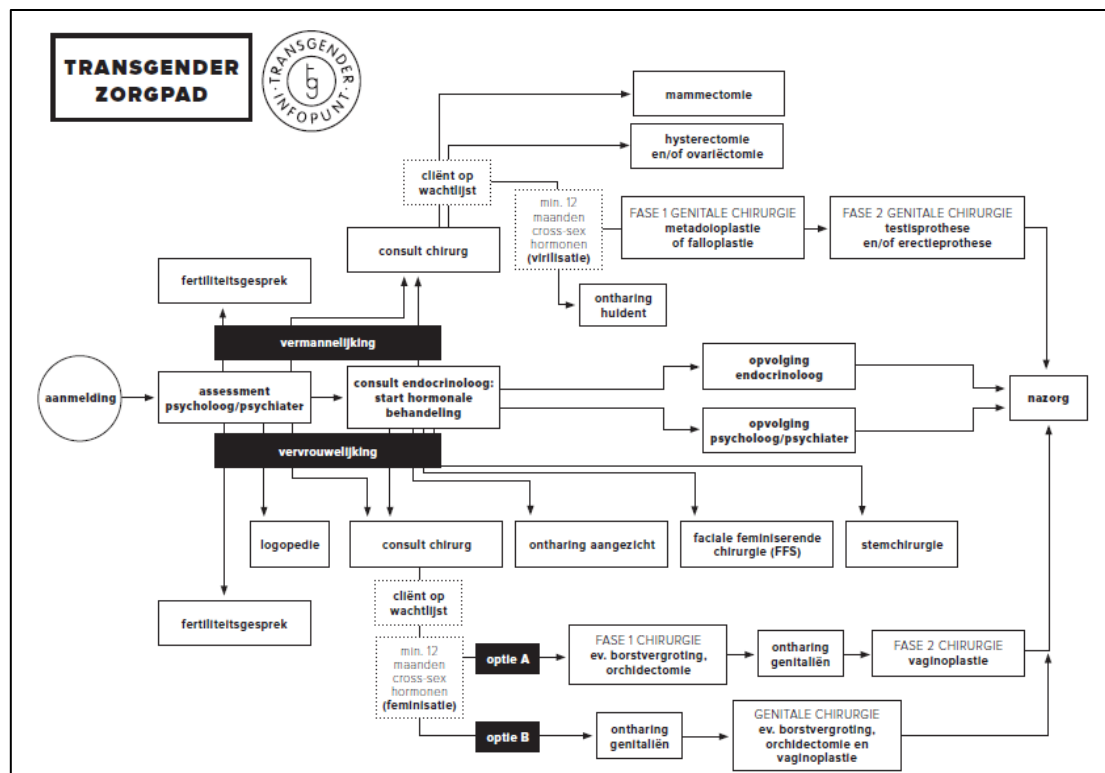
De niet-gendergerelateerde redenen waarvoor transgender personen hulp zoeken zijn grotendeels overeenkomstig met de redenen waarvoor cisgender personen hulp zoeken (Wylie et al., 2016). Wanneer de zorg niet door één persoon opgenomen kan worden is het belangrijk dat er een sterke communicatie is tussen verschillende zorgverleners, een multidisciplinaire aanpak (Bockting, Robinson, Benner & Scheltema, 2004).

Uit het onderzoek van Austin & Goodman (2018) bij 65 volwassen transgenderpersonen in Amerika blijkt dat 53% het laatste jaar beroep deed op therapeutische voorzieningen. Er is een verscheidenheid aan zorgen bij deze personen, waaronder verbeteren van zelfbegrip, coming-out, genderexploratie en het verkrijgen van een brief voor toegang tot medische transitie. Deze redenen werden eveneens gevonden in het onderzoek van Goldberg, Kuvalanka, Budge, Benz & Smith (2019) met 506 participanten, waaronder het grote deel zich als non-binair identificeert. Hierin vond men gelijkaardige redenen als in het vorige beschreven onderzoek met toevoeging van een niet ondersteunende omgeving.

1.4.2 Transgenderzorg

Het transgender infopunt (2018) heeft een zorgpad (zie figuur 1) ontwikkeld om de transgenderzorg in België te verduidelijken en verbeteren. Hierin wordt het mogelijke transitieproces geschematiseerd. Belangrijk hierbij is om aandacht te hebben dat niet iedere persoon ervoor kiest om het volledige traject van begin tot einde te doorlopen. Het zorgpad is dus niet voor iedere persoon gelijk en hangt af van zowel de emotionele en concrete behoeften van de persoon. Medische beslissingen worden in

samenspraak met de cliënt genomen. Het verloop van het traject kan in duur verschillen omwille van medische, psychologische en sociale aspecten.



Figuur 1 Transgenderzorgpad.

Overgenomen van Transgender Infopunt, 2018 (<https://transgenderinfo.be/m/zorg/zorgpad/>)

In de eerste fase, de diagnostische fase, wordt een assessment uitgevoerd door een psycholoog of psychiater om de hulpvraag in kaart te brengen en eventueel de diagnose genderdysforie te stellen. Dit assessment duurt typisch zes tot twaalf maanden. De duur en intensiteit van deze fase is afhankelijk van de persoon. Tijdens de psychologische gesprekken wordt de genderthematiek geëxploreerd. De mogelijkheid om in de gewenste genderrol te leven wordt besproken, indien ze dit nog niet deden. Het is noodzakelijk om de begeleidende gesprekken af stemmen op de vragen en noden van een individu. De psycholoog van een genderteam gaat een assessment van genderdysforie uitvoeren en verwijst eventueel door naar een specialist in genderbevestigende medische interventies, met duidelijke psycho-educatie hieromtrent zodat er een goed geïnformeerde keuze gemaakt kan worden. Het assessment gaat over de geschiedenis en ontwikkeling van de genderdysforie, steun vanuit de context en het effect van stigmatisering op hun mentale welzijn. Als laatste kan ondersteuning en hulp geboden worden bij coming-out, verandering in genderrol en vinden van een comfortabele genderexpressie (Transgender Infopunt, 2018).

Verdere opvolging en ondersteuning wordt aanbevolen gedurende het transitieproces, hierbij wordt de draagkracht geëvalueerd. De frequentie van deze gesprekken wordt individueel bepaald naargelang

de nood. Er worden tien psychologische gesprekken terugbetaald in België. Naar nazorg toe is er in België standaard één gesprek gepland, meestal na een chirurgische interventie. Meerdere gesprekken zijn mogelijk naargelang de noden van de persoon (Coleman et al., 2012; Transgender Infopunt, 2018).

Daarnaast wordt nagegaan welke behandelingen en ingrepen gewenst zijn, hierbij worden verwachtingen omtrent hormonale en chirurgische behandelingen besproken. Na de diagnostische fase wordt, indien gewenst, een adviesbrief opgemaakt ter doorverwijzing naar de endocrinoloog en plastische chirurg. Bij transvrouwen kan er een faciale feminiserende chirurgie (FFS), vaginoplastie en borstvergroting uitgevoerd worden. Bij transmannen een subcutane mammectomie, hysterectomie en ovariëctomie waarbij de eierstokken verwijderd worden. Verder is er de keuze tussen een falloplastiek of een metadoioplastiek en een testikel- en/of erectieprothese (Transgender Infopunt, 2018).

In het onderzoek van Motmans, Wyverkens en collega's (2017) geeft 85% van de respondenten aan dat hun lichaam te willen veranderen of reeds veranderd te hebben om dit beter te doen aansluiten bij hun genderidentiteit. In de beleving van transpersonen kunnen medische interventies van belang zijn. In het onderzoek van Austin & Goodman hecht het grootste deel van de participanten (92% tot 94%) veel belang aan het aanpassen van gezichts- en lichaamsbehaaring en kleding om hun gewenste genderidentiteit te weerspiegelen. Dit heeft meestal een positieve invloed op het welzijn. Verder blijkt er een variabiliteit te zijn in de wens tot chirurgische interventies. Voor ongeveer de helft van de deelnemers is geslachtschirurgie geen noodzakelijk onderdeel, bij de andere helft is dit wel van cruciaal belang voor hun welzijn. In het onderzoek van Matsuno & Budge (2017) geven non-binaire participanten aan dat er verschillen zijn in de wens tot medische interventies. Het komt regelmatig voor dat deze groep hormoontherapie, borstoperatie en/of andere operaties wil ondergaan om de lichamelijke verschijning te laten aansluiten bij hun genderidentiteit.

2 Positieve en negatieve factoren in het hulpverleningstraject

2.1 Belemmerende factoren in de eerste- en tweedelijnszorg

2.1.1 Ongevoeligheid genderthema en uitingen van ongemak

In het survey-onderzoek van Motmans, Wyverkens en collega's (2017) werd er gepeild naar negatieve ervaringen in de Belgische gezondheidszorg. De drie meest frequente negatieve ervaringen zijn bij vier op tien participanten het gebruik van foutieve voornaam/voornaamwoorden, bij een kwart van de respondenten ongepaste nieuwgierigheid of inbreuk op de privacy. Bij respondenten die openlijke leven volgens hun genderidentiteit kwamen deze drie ervaringen significant vaker voor. Het gebruik van foutieve voornaam(woorden) komt vaker voor bij transmannen. Jongere respondenten rapporteerden de laatste twee jaar vaker negatieve ervaringen in de gezondheidszorg, terwijl de frequentie van gezondheidszorg gelijk was. Bij negatieve ervaringen stellen de respondenten vaker vermijdingsgedrag.

Uit het onderzoek van Austin & Goodman (2018) in de Verenigde Staten blijkt dat hulpverleners en therapeuten vaak het eerste aanspreekpunt vormen voor transgender personen die op zoek zijn naar transitiegerelateerde diensten. De helft van de deelnemers (n=65) rapporteerde moeite met het vinden van endocrinologische zorg en een derde had moeite om een transvriendelijke endocrinoloog te vinden. In de eerstelijnszorg had een derde het moeilijk om een transvriendelijke en ondersteunde zorgverlener in Amerika te vinden. Dat vormt vervolgens een uitdaging voor het welzijn van transgender personen.

Heng, Heal, Banks & Preston (2018) deden een systematische literatuurreview naar alle onderzoeken omtrent ervaringen en perspectieven van transgender personen over de eerste- en tweedelijnszorg. Er werden enkele inclusiecriteria bepaald om onderzoeken al dan niet mee te nemen in de review. Een eerste criteria is dat participanten zich binnen de brede term van transgender identificeren (non-binair en genderincongruent). Het tweede criteria gaat over interacties met de hulpverlening waaronder eerstelijnszorg, algemene zorg, transgenderzorg en gespecialiseerde hulpverlening. Het laatste criterium gaat over de onderzoeksmethoden waarbij kwantitatieve, kwalitatieve en gecombineerde vormen werden geïnccludeerd. Door deze selectie werden 20 studies betrokken in de review. Een hoofdthema dat, in 18 van de 20 onderzoeken terugkwam, is communicatie. De subthema's gaan over acceptatie of ontkenning van de genderidentiteit en al dan niet getoonde professionaliteit. Uit zeven studies bleek dat de hulpverleners een ongemakkelijke of onzekere houding vertoonden in hun contact met de personen. De meest negatieve ervaring is wanneer de genderidentiteit volledig genegeerd wordt. Een andere negatieve ervaring is dat het genderspect over- of ondergewaardeerd wordt.

Overwaardering van het genderthema is zichtbaar voor de participanten wanneer een hulpverlener elke hulpvraag, dus tevens niet-transgerelateerde hulpvragen, koppelt aan de genderidentiteit. Het volledig negeren van het genderaspect wordt als onderwaardering ervaren. Een ander hoofdthema uit deze review is relatiedynamiek. Veel transgender personen ervaren zich afhankelijk van en kwetsbaar tegenover hulpverleners doordat deze toegang verschaffen tot transitiegerelateerde zorg en dus als 'poortwachter' fungeren. Daarnaast wordt er in bepaalde situaties steun gemist van de hulpverleners. Zo is er weinig psychosociale begeleiding tijdens het wachten op de start van een behandeling. Er wordt aangekaart dat er weinig steun en opvolging is nadat een persoon zijn gewenste behandeling gekregen heeft.

Personen met een non-binaire genderidentiteit vertegenwoordigen een steeds grotere groep in de samenleving. Hulpverleners stotten bij zichzelf op weinig kennis of begrip. In Amerika onderzochten Goldberg en collega's (2019) de ervaringen van 309 studenten in de gezondheidszorg waaronder 75% non-binaire participanten. Het resterende aantal zijn binaire transgender personen. De gemiddelde leeftijd ligt op 22,9 jaar. Een op drie participanten rapporteert positieve ervaringen, een op drie negatieve ervaringen en een op drie zowel positieve als negatieve ervaringen. Sommige participanten, vooral non-binaire personen, kiezen er voor om hun genderidentiteit niet te tonen opdat er zo weinig mogelijk vragen komen.

Misgendering komt regelmatig voor bij transgender personen. Misgendering van een persoon betekent dat taal gebruikt wordt, zoals naam, voornaam en aanspreektitel, die niet overeenkomt met hun genderidentiteit. Deze ongevoeligheid voor correct taalgebruik wordt geassocieerd met ontkenning van de genderidentiteit door hulpverleners (Dolan et al., 2020; Heng et al., 2018). Non-binaire personen hebben volgens het onderzoek van Goldberg en collega's (2019) 71% meer kans om te maken te krijgen met misgendering en negatieve ervaringen met hulpverleners in vergelijking met binaire transpersonen. Een verklaring zou kunnen zijn dat hulpverleners non-binaire identiteiten moeilijk aanvaarden. In het vragenlijstonderzoek van Kosenko, Rintamaki, Raney & Maness (2013) rapporteerden 45 participanten (n=154) dat hun hulpverleners ongevoelig zijn voor hun genderidentiteit en gerelateerde problemen. Hierbij gaat het om gedragingen als verkeerde voornaamwoorden gebruiken, opmerkingen over de genderidentiteit, commentaar geven op hoe goed de persoon is 'aangepast' en personen ontmoedigen om een transitie te ondergaan.

Voor hulpverleners die werken met de doelgroep is het belangrijk om de gepaste voornaam(waarden) te gebruiken. Zo wordt er rekening gehouden met de genderidentiteit dat op zijn beurt kan zorgen voor een positieve beleving. Hulpverleners kunnen bespreken op welke manier onderzoeken het meest comfortabel aanvoelen (Weir & Piquette, 2018; Schuster, Reisner & Onorato, 2016).

2.1.2 Discriminatie, weigering van zorg en verbaal geweld

In de Verenigde Staten deden auteurs een grootschalig onderzoek bij 27.715 transgender personen naar ervaringen op verschillende levensgebieden. Één op drie had ten minste één negatieve ervaring in de hulpverlening gerelateerd aan hun genderidentiteit. Negatieve ervaringen gingen van verbale intimidatie tot het weigeren van behandeling (James et al., 2016). Eveneens in de Verenigde Staten deden Grant en collega's (2010) onderzoek naar discriminatie in de gezondheidszorg, waaraan 6450 participanten deelnamen. Hieruit bleek dat negatieve attitudes ten opzichte van transgender personen kunnen leiden tot het weigeren van hulp (19%) en discriminatie, waaronder verbale en fysieke mishandeling (30%). Uit Duits onderzoek van LesMigraS (in Güldenring, 2015) blijkt dat de helft van de transpersonen zich ooit gediscrimineerd voelde in de gezondheidszorg. Daarnaast wordt er gerapporteerd dat gezondheidszorg voor hen als een belastend en moeizaam gebied wordt ervaren.

Uit het onderzoek van Motmans, T'Sjoen & Meier (2015) naar geweldervaringen van transgender personen in België bleek dat 4,4% (n=146) een ernstig voorval met verbaal of fysiek geweld meemaakte in de hulpverlening. Uit het onderzoek 'leven als transgender in België' (Motmans, Wyverkens et al., 2017) blijkt dat 5,2% van de deelnemers zelden, soms, regelmatig of vaak in aanraking komt met fysiek geweld of opzettelijke beschadiging van eigendommen of kleding in de gezondheidszorg. Van de participanten kreeg 8% te maken met eenmalig of herhaaldelijke dreigementen en 15% werd slachtoffer van pesterijen waaronder belachelijk gemaakt worden, uitgescholden worden, genegeerd worden of verbaal geweld.

2.1.3 Kennis genderthema/knowledge gap

In het survey-onderzoek van Motmans, Wyverkens et al. (2017) blijkt dat de respondenten de meeste hulpverleners als behulpzaam ervaren maar dat hulpverleners (35,1% van de huisartsen en 38,5% van de psychologen/psychiaters) over te weinig informatie beschikken. Uit de literatuurreview van Heng en collega's (2018) kwam in 18 van de 20 studies terug dat participanten ervaringen rapporteren die een gebrek aan kennis en educatie aantoonden. Een terugkerende ervaring was bijvoorbeeld dat participanten zelf de medische informatie moesten geven aan hun hulpverleners, verkregen via organisaties of internetbronnen. Door de beperkte kennis en ervaring ontstaat het probleem dat transgender personen de hulpverleners moeten informeren. Een ander probleem is dat er veel vragen komen, deze worden door de personen als vermoeiend ervaren.

In de nationale transgendervragenlijst van James en collega's (2016) heeft 24% het gevoel de hulpverleners te moeten informeren om toegang te krijgen tot correcte hulp. Van de participanten kreeg 15% van de participanten ongepaste en onnodige vragen over transzijn dat niet gerelateerd is

aan de reden waarvoor ze hulp zoeken. Acht procent werd geweigerd om transitiegerelateerde zorg te ontvangen.

2.2 Bevorderende factoren in de eerste- en tweedelijnszorg

Zorgvuldig Advies & Transvisie (2019) deden in Nederland een onderzoek naar ervaringen en behoeften van transgenders in de zorg. Aan het onderzoek namen 975 personen deel waaronder 50% (trans)man, 31,5% (trans)vrouw, 11% non-binair. De gemiddelde leeftijd in dit onderzoek was 27 jaar. Over het algemeen zijn de transgender personen in Nederland vaker tevreden dan ontevreden over ontvangen zorg. Tijd nemen voor het maken van behandelkeuzes is het aspect waar de participanten het meest tevreden over zijn. Uit dit onderzoek blijkt dat 87% van de respondenten contact zocht met de huisarts met vragen omtrent genderidentiteit en mogelijkheden hierrond. Twee derde rapporteert tevredenheid over het handelen van de huisarts omtrent eventuele doorverwijzing. De redenen voor tevredenheid zijn begrip- en respectvol handelen, zich serieus genomen voelen en steun vinden.

In het onderzoek van Austin & Goodman (2018) gaven alle 65 deelnemers aan zich veilig en comfortabel te voelen bij het delen gendergerelateerde zorgen met hun huidige hulpverlener. In het Amerikaanse onderzoek van James en collega's (2016) heeft 62% het laatste jaar een hulpverlener geraadpleegd dat hen men respect behandelden.

Ross, Law,& Bell (2016) maakten gebruik van gevalsstudies om inzicht te krijgen in percepties en ervaringen met betrekking op de gezondheidszorg. Deze studie hanteert een werkwijze waarbij uitsluitend gefocust wordt op de krachten in de gezondheidszorg. Participanten werden bijgevolg gerekruteerd op basis van positieve ervaringen. Vijf personen werden via een diepte-interview bevraagd. De positieve ervaringen in de gezondheidszorg werden grotendeels in verband gebracht met kenmerken van de hulpverlener. Kennis over specifieke problemen waarmee deze doelgroep te maken heeft, werden in dit onderzoek door participanten benoemd als sleutelement tot positieve ervaringen. Respect is een ander belangrijk onderdeel. Alle participanten kaartten het belang van steungroepen tijdens hun hulpverleningstraject aan. Hier wordt gebouwd aan hun sociale netwerken en wordt er relevante informatie verkregen over mogelijkheden in de gezondheidszorg.

Een zesde van de participanten in het onderzoek van Goldberg en collega's (2019) rapporteert positieve ervaringen met hulpverleners. Er is veel waardering voor hulpverleners die de correcte voornaam(woorden) gebruiken en kennis hebben van genderidentiteiten en bijhorende problemen. Respectvol omgaan met de genderidentiteit door de therapeut heeft als positief gevolg dat de zelfacceptatie bij de transpersoon vergemakkelijkt. Kenmerken die belangrijk zijn bij therapeuten die weinig ervaring hebben met de doelgroep zijn; een open houding, leergierig en ondersteunend. Uit

het onderzoek van Heng en collega's (2018) worden interacties met hulpverleners waarbij een gevoel van samenwerking heerst als positief omschreven. Deze samenwerking geeft een gevoel van steun en vertrouwen.

2.3 Bezorgdheden en krachten in transgenderzorg

In 2016 is er een Nederlands survey-onderzoek gevoerd door Principle 17 (2016) naar de behoeften en knelpunten in de transgenderzorg. Er werd gepeild naar welke zorgvormen ontvangen of gewenst zijn en waarom bepaalde zorgvormen niet gewenst zijn. Daarnaast werden wachtlijsten verder onderzocht waaronder op welke wachtlijst men stond, de lengte van de wachttijd en de beleving van het wachten. Ervaringen en tevredenheid met recent ontvangen zorg werden eveneens bevraagd. Als negatieve factoren kaarten de participanten aan dat er lange en onduidelijke wachtlijsten zijn waardoor er lang gewacht moet worden op hulp. Iedere discipline heeft een aparte wachtlijst voor intake, diagnostiek, start hormoongebruik en chirurgische ingrepen. Hierdoor kunnen onduidelijkheden ontstaan. Andere factoren zijn dat genderteams niet snel afwijken van hun algemene protocol en dat er beperkingen zijn in de communicatie. Er worden regelmatig afspraken afgezegd, patiënten worden onvriendelijk benaderd en noodzakelijke brieven blijven uit. Uit dat specifiek onderzoek blijkt dat transgenders moeilijk feedback durven geven aan hulpverleners uit angst voor een belemmering of beëindiging van hun traject. De genderidentiteit van personen wordt vaak niet gerespecteerd waardoor verkeerde namen gebruikt worden. Zorgverleners blijken sterk binair te denken.

Een bezorgdheid zijn de wachttijden voor psychologisch en diagnostisch onderzoek. De verwachte wachttijden, zoals bekend bij de participanten, in het onderzoek van Zorgvuldig Advies & Transvisie (2019) ligt op anderhalf jaar op voor psychologische zorg en begeleiding. Deze komt dus niet altijd overeen met de reële wachttijden. Uit de resultaten blijkt dat 88% van de participanten verwacht dat ze langer dan een jaar moeten wachten op een psychologisch diagnostisch onderzoek door een gespecialiseerd genderteam in Nederland. Personen kunnen op meerdere wachtlijsten tegelijk staan. Een groot deel vindt het wachten op psychologische zorg te lang duren en ervaren hier last van. De last dat benoemd wordt is gericht op het gevoel dat hun leven stilstaat en dat hun sociale leven, werk of studie er onder lijdt.

In februari 2020 werd door het transgender infopunt vermeld dat er 624 Belgen op de wachtlijst staan om te kunnen starten met transgenderzorg in Gent. De vraag komt eveneens van niet-Belgen doordat er in hun land van herkomst een beperkt aanbod is waardoor men op een andere plaats op zoek moet naar informatie, zorg en ondersteuning. Het is niet mogelijk om te communiceren over de wachtlijsten waardoor dit leidt tot frustraties en onbegrip (Transgender infopunt, 2020).

Transgender personen zijn soms selectief in het geven van informatie aan hulpverleners. Hiermee is de verwachting dat de toegang tot gewenste behandeling vergroot wordt (Heng et al., 2018). Poortwachters creëert een barrière waardoor het moeilijker is om een therapeutische relatie op te bouwen die gebaseerd is op vertrouwen en het bevorderen van individualiteit. Dit kan ingaan tegen het streven naar zelfbeschikking en besluitvorming bij gezondheidskwesties. Een onrechtstreeks en onbedoeld gevolg van de SOC is dat het poortwachters en paternalisme in de hand werkt. Deze bevindingen werden in een tijdschrift van ethiek geschreven, het is dus eerder een opinie dan een datagebaseerde veronderstelling. Transgenderpersonen voelen zich verplicht zich te conformeren aan de veronderstellingen van een psycholoog (Cavanaugh et al., 2016).

Transgender personen voelen zich verplicht om een gedetailleerd assessment te ondergaan waarbij er persoonlijke vragen over hun levensloop gesteld worden. Hoe de personen zich voelen tegenover hun genderidentiteit, met wie ze een relatie hadden en over hun seksueel gedrag. Verder worden persoonlijkheidstesten afgenomen met een evaluatie van depressie en angststoornissen. Dat traditioneel model is rigide en grotendeels gebaseerd op de binaire opdeling van gender en representeert niet de realiteit van personen hun identiteit en noden. Iedere persoon is verschillend en wenst een individueel transitieproces (Transgender Europe, 2019).

2.4 Aanbevelingen over de hulpverlening

2.4.1 Bewustzijn en kennis van hulpverleners

In de hulpverlening is het belangrijk dat er gestreefd wordt naar bewustzijn van het genderthema. Dit bewustzijn kan doorgetrokken worden in professionele waarden en houdingen en in een beleid geïntegreerd worden. Het bewustzijn kan men bekomen door opleidingen rond het thema aan te bieden in organisaties. Er zou een klinische training opgestart kunnen worden zodat medewerkers meer informatie krijgen over het bieden van gezondheidszorg aan transgenders (Grant et al., 2010). Austin & Goodman (2018) wijzen op het belang van voorlichting, opleiding en onderwijs. Professionals in de eerstelijnszorg en geestelijke gezondheidszorg die met transgender personen werken kunnen een belangrijke rol spelen om de personen te ondersteunen in hun contacten met andere hulpverleners. Een aanbeveling kan zijn om een databank te maken van bestaande endocrinologen, chirurgen en artsen die genderbevestigende zorg aanbieden een transvriendelijke attitude hanteren.

Vanuit de systematische literatuurreview maakten Heng en collega's (2018) een samenvatting van de aanbevelingen die participanten gaven in de verschillende onderzoeken. Als aanbeveling wordt gegeven dat hulpverleners geschoold moeten worden in het thema zodat er een bewustzijn is van

genderdiversiteit. Uit een onderzoek kwam de suggestie om een centrale databank of website te maken met informatie over transgenderpersonen en -zorg.

Daarnaast is het belangrijk om maatschappelijk geweld en discriminatie tegenover transgenderpersonen zo veel als mogelijk te verkleinen. Het heeft een direct en indirect negatief effect op zowel de slachtoffers als op het gezondheidszorgsysteem (Schuster et al., 2016). Een aanbeveling is dat er een zo optimaal mogelijke fysieke en emotionele veilige hulpverleningscontext gecreëerd wordt met een positieve attitude van de hulpverlener. Het is belangrijk dat hulpverleners op de hoogte zijn van de uitdagingen waar deze doelgroep mee te maken krijgt (Weir & Piquette, 2018).

Bij personen met een non-binaire genderidentiteit is het belangrijk dat er erkenning is dat gender een fluïde en non-binair gegeven kan zijn. Hulpverleners moeten er aandachtig op zijn gender niet af te leiden uit uiterlijke verschijningsvorm(en). Gerelateerd aan medische en sociale transitie van non-binaire personen is het belangrijk dat er op een open en aanvaardende manier gecommuniceerd wordt over hun wensen en verlangens (Goldberg et al., 2019).

2.4.2 Aanbevelingen op structureel niveau

Uit het vragenlijstonderzoek van Eyssel en collega's (2017), bij 415 transgenderpersonen tussen 16-76 jaar in Duitsland, blijkt dat er een behoefte is aan eenvoudige toegang tot transgenderzorg. De wachttijden zouden kunnen verkleinen en toegang zou eenvoudiger kunnen worden door te kijken naar de uiteenlopende behoeften waarvoor hulp gezocht wordt. Daarnaast tonen de resultaten aan dat hulpverleners meer bedacht moeten zijn op de individuele behoeften en zorgen. Dit zou opgelost kunnen worden door één contactpersoon aan te stellen en feedback te mogen geven op het einde van een behandeling. Weir en Piquette (2018) geven aan dat in het eerste contact met gezondheidsdiensten er de mogelijkheid zou kunnen zijn om genderidentiteit aan te duiden op registratiedocumenten.

Een belangrijke aanbeveling uit het onderzoek van Ross et al. (2016) is om te werken vanuit een patiëntgerichte benadering met nadruk op begrip van diens wereld en de redenen waarvoor hulp wordt gezocht. Op deze manier komen patiënt en zorgverlener samen in het organiseren van de zorgvraag. Dat maakt het mogelijk om de patiënt te betrekken bij het besluitvormingsproces. Hierbij zijn enkele aandachtspunten en competenties belangrijk; een ontvankelijke omgeving, empowerment, socioculturele competentie, comfort en steun. Uit hun onderzoek blijkt dat dit positieve ervaringen bewerkstelligt en hulpverleners competent maakt in het in stand brengen van een verbinding met de persoon.

Transgender Europe (2019) geeft de aanbeveling dat transgenderzorg voor iedere persoon toegankelijk moet zijn zonder uitsluiting op basis van sociaal-economische status, seksuele oriëntatie, etniciteit, etc. Een andere aanbeveling is om een duidelijk overzicht te maken van alle medische, sociale en psychologische hulp die door de gezondheidszorg kunnen aangeboden worden. Het gaat over gepersonaliseerde behandeling gericht op de behoeften van een persoon, operaties, hormoonbehandeling en ondersteuning. Verder kunnen strategische richtlijnen vastgelegd worden die gedecentraliseerde, gespecialiseerde en kwaliteitsvolle hulpverlening bewerkstelligen.

2.5 Relevantie van het onderzoek

Het transgenderthema wordt steeds actueler in onze samenleving waardoor wetenschappelijk onderzoek niet achterwege kan blijven. Vandaar de keuze om rond dit onderwerp een onderzoek op te stellen. In de literatuur wordt gesteld dat er verschillende belemmerende factoren zijn die transgenders ervaren in de verschillende zorgdomeinen. De focus ligt grotendeels op belemmerende factoren waardoor er nood is aan het aanhalen van bevorderende en positieve factoren. Een andere focus lag op de tevredenheid van transgenders over hun operaties, hun beslissing om van geslacht te veranderen en hun leven na de overgang. Weinig studies hebben zich gericht op de tevredenheid van transgenders tijdens het behandelingsproces en de diensten (Eyssel et al., 2017). Op gebied van ervaringen met hulpverlening van non-binaire personen is er weinig empirische data beschikbaar (Matsuno & Budge, 2017). Reeds gevoerde onderzoeken omtrent dit thema lopen in een brede leeftijdscategorie en grotendeels bij volwassen transgenders. Vandaar ligt de focus in dit onderzoek op jongvolwassenen die retrospectief gaan kijken naar hun reeds afgelegd hulpverleningstraject.

Een belangrijke nuance hierbij is dat de organisatie van gezondheidszorg in de verschillende onderzoeken kan verschillen van die in Nederland en België. Toch zijn de bevindingen relevant doordat enkele factoren in veel verschillende onderzoeken overeenkomstig zijn. De motivatie om dit onderzoek te voeren is niet om de huidige hulpverlening te bekritisieren. De hoofdreden ligt bij het feit dat er vanuit samenwerking gezorgd kan worden dat transgenderpersonen een optimale hulpverlening kunnen bekomen. Daarbij kunnen de bevorderende factoren vergroot worden en de belemmerende factoren trachten te minimaliseren.

3 Methodologie

Met deze masterproef wordt gepoogd om een helder beeld te schetsen van het hulpverleningstraject zodat deze mogelijks geoptimaliseerd wordt. Meer specifiek is de onderzoeksvraag: Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren in de hulpverlening (eerstelijnszorg, tweede en derdelijns transgenderzorg) van transgenderjongvolwassenen in België en Nederland van 18-25 jaar?

Voor de start van het onderzoek werd het artikel van Vincent (2018) volledig gelezen. Dit artikel legt de nadruk op ethische aanbevelingen in academisch onderzoek bij transgender personen. Hier werden enkele aandachtspunten belicht waaronder taalgebruik, transparantie, respectvolle manier van omgaan en intersectionaliteit in het achterhoofd houden.

Doordat de uitnodigingsbrieven voornamelijk verspreid werden via het Centrum voor Seksuologie en Gender in UZ Gent, was toestemming van de Commissie van Medische Ethiek Gent nodig om te starten met de verspreiding. Deze toestemming werd verkregen vrijdag 21 februari 2020 (zie goedkeuring Commissie Medische Ethiek). Daardoor werd automatisch goedkeuring verkregen van de Ethische Commissie van UZ/KU Leuven. Er werd bewust gekozen om personen onder de 18 jaar niet te betrekken in dit onderzoek doordat er specifieke risicofactoren en aanbevelingen in verband met onderzoek van minderjarigen gelden.

Initieel werd er beoogd een combinatie te maken van kwantitatieve vragenlijsten en kwalitatieve diepte-interviews. Door de omstandigheden en maatregelen van COVID-19 is het kwalitatieve luik, namelijk de interviews, geannuleerd. De vragenlijsten kregen daardoor de hoogste prioriteit.

3.1 Onderzoekopzet

De data werd verzameld via een online survey met behulp van de software Qualtrics. In de vragenlijsten (zie bijlage A) worden vragen gesteld over hun hulpverleningstraject en de bijhorende belemmerende en bevorderende factoren. De focus ligt op jongvolwassenen waarbij hun reeds afgelegde hulpverleningstraject (aanmelding, intake, zorg en nazorg) bevestigd wordt. Vragenlijsten zijn een goede methode om te weten te komen hoe mensen antwoorden en denken over bepaalde onderwerpen (Fife-Shaw, 2012). Een vragenlijst is aanbevolen wanneer je in korte tijd een grote groep respondenten wil benaderen. In de vragenlijst werd een combinatie gemaakt van open en gesloten vragen. Bij open vragen moeten participanten zelf hun antwoord formuleren met als gevolg dat deze moeilijker te analyseren zijn. Het voordeel van open vragen is dat je achter onverwachte antwoorden komt. Gesloten vragen reduceren het aantal fouten, maar men is verplicht om een keuze te maken uit de mogelijkheden. Bij online vragenlijsten kan er ogenblikkelijk begonnen worden met het verwerken

en analyseren van resultaten. Daarnaast heeft de onderzoeker volledige controle over de tijdspanne waarin de vragenlijst afgenomen moet worden (van Lanen & van der Donk, 2016).

De vragenlijst was een combinatie van aangepaste vragen uit bestaande onderzoeken en zelf-geconstrueerde vragen (zie bijlage B). De vragenlijst werd kritisch nagekeken door prof dr. Elaut, gespecialiseerd is in transgenderzorg in België en door prof dr. Gijs die tevens actief is in de transgenderzorg in Nederland. Participanten kregen de keuze en openheid om een vraag onbeantwoord te laten. Verder werd skip logic bij enkele vragen toegepast waardoor unieke paden ontstonden met als gevolg dat een volgende vraag afhankelijk is van vorige antwoordkeuzes.

De vragenlijst werd opgesteld in een logische volgorde. In de eerste fase van de vragenlijst verkregen participanten informatie over het onderzoek. Het doel, de voorwaarden en de duur van het onderzoek werden meegedeeld. Er werd verzekerd dat deelname volledig vrijwillig is en dat anonimiteit en vertrouwelijkheid gegarandeerd worden. Indien er vragen of opmerkingen waren, staan er mensen die gecontacteerd kunnen worden. Voor ze naar de vragenlijst konden moesten de participanten aanduiden of ze akkoord gaan en of ze meerderjarig zijn. De vragenlijst werd opgedeeld in 5 thema's: persoonlijke gegevens (1), genderidentiteit (2), eerste- en tweedelijnszorg (3), transgenderzorg (4) en aanbevelingen (5). Aan het einde van het onderzoek konden opmerkingen en een e-mailadres worden toegevoegd om de resultaten te ontvangen.

3.2 Participanten

3.2.1 Selectiecriteria participanten

Om deel te nemen aan het vragenlijstonderzoek moesten de participanten voldoen aan de volgende inclusiecriteria: a) leeftijd van 18 – 25 (jongvolwassenen), b) zich identificeren als trans*persoon, gebruikt als overkoepelende term voor transgender, gendervariant, gender non-binair, genderfluïde, transseksueel of aan travestie doen c) aangemeld bij genderteam en/of eerstelijnszorg omtrent hun genderidentiteit, d) Nederlandse taal beheersen.

3.2.2 Wervingsprocedure

In eerste instantie was het doel om participanten te rekruteren via informatiebrieven in de wachtzalen en consultatieruimtes van het Centrum voor Seksuologie en Gender in het UZ Gent en via sociale media. Door de COVID-19 omstandigheden zijn de consultaties geannuleerd en werden er geen mensen ontvangen in het UZ Gent. Daardoor verliep de werving van participanten enkel via sociale mediakanalen. Participanten werden uitgenodigd via een tekst die organisaties plaatsten (zie bijlage C) of een afbeelding die gedeeld werd (zie bijlage D). Om een zo groot mogelijk aantal participanten te

bereiken, werden voornamelijk Facebook en Instagram gebruikt. Jongeren die tot een seksuele minderheid behoren blijken meer tijd online door te brengen dan jongeren die niet tot een seksuele minderheid behoren. Sociale media blijkt voor transgender jongeren een belangrijke rol te spelen in het vormen van een identiteit. Dit suggereert dat online rekrutering via sociale mediakanalen een succesvolle methode kan zijn om deze groep te bereiken (Miller-Perusse, Horvath, Chavanduka & Stephenson, 2019). Het gaat daardoor over een convenience sampling doordat het niet duidelijk is wie precies tot de populatie behoort. De steekproef wordt bepaald door willekeurig te selecteren en personen die eenvoudig te benaderen zijn (via sociale media) worden (Van der Donk & van Lanen, 2016).

Daarnaast werd een uitnodigingsbrief met algemene uitleg via e-mail naar een aantal verenigingen die zich inzetten voor de trans*gemeenschap gestuurd (zie bijlage F). Er werden individuele personen per mail en via sociale media aangesproken die een belangrijke rol hebben binnen de trans*gemeenschap. Op deze manier is er dus sprake van een sneeuwbalstelsel waarbij deze personen anderen aanspreken om de vragenlijst in te vullen.

3.3 Dataverzameling

Het verzamelen van de data gebeurde van 16 maart 2020 tot 22 april 2020.

3.4 Data-analyse

Na de dataverzameling werd de data geanalyseerd. Hierbij werd gebruik gemaakt van SPSS versie 26 (IBM Corp, 2017). Vanuit Qualtrics kunnen vragenlijstgegevens eenvoudig geëxporteerd worden naar SPSS. Er wordt grotendeels gebruik gemaakt van descriptieve analyses waarbij antwoorden worden uitgedrukt in aantallen of percentages, gecorrigeerd voor het aantal participanten dat de vraag beantwoord hebben. Enkele statistische toetsen, waaronder Mann-whitney test (ordinale variabelen) en chi-kwadraattoets, worden uitgevoerd om verschillen en verbanden tussen groepen en variabelen te onderzoeken. Om verschillen met betrekking op genderidentiteit na te gaan, wordt de opdeling gemaakt tussen non-binair (non-binair, genderfluïde en genderqueer) en binair (man, vrouw, transman en transvrouw). Voor alle analyses ligt de significantiewaarde op $p < 0,05$. Voor de kwalitatieve, open vragen werd gebruik gemaakt van open coderen waarbij betekenisvolle tekstfragmenten werden opgesplitst en een categorienaam kregen. Er werden voorafgaand geen categorieën opgesteld, wat betekent dat er een inductieve werkwijze werd toegepast. Het coderen gebeurde via Excel waarbij een coderingsboek werd opgesteld zoals in bijlage G (Van der Donk & van Lanen, 2016).

Aan het vragenlijstonderzoek namen in totaal 131 participanten deel. Drie mensen gaven geen leeftijd op, één persoon was jonger dan 18 jaar en elf personen waren ouder dan 26. Deze personen werden doorverwezen naar het einde van de vragenlijst en dus niet meegenomen in de analyse. Er werden nog 16 mensen uit de data gehaald doordat er niet voldoende vragen werden ingevuld of de deelnametijd te laag lag. Het resterende aantal participanten voor data-analyse wordt daarmee 100. Niet alle vragenlijsten werden volledig ingevuld, toch stond in deze vragenlijsten eveneens belangrijke data die behouden en meegenomen worden in de statistische analyses. Van de participanten vulden 76% de vragenlijst volledig in. Verder voltooiden twee personen de vragenlijst voor 97%, vier personen 84%, een persoon voor 67%, vijf personen 61% en twaalf personen 48%.

4 Resultaten

4.1 Demografische kenmerken

Demografische kenmerken waaronder leeftijd, nationaliteit en opleidingsniveau worden weergegeven in Tabel 1. De gemiddelde leeftijd van de participanten ligt op 21,44 jaar met een standaarddeviatie van 1,98 (zie verder Tabel 1). 68% van de participanten heeft de Belgische nationaliteit. De overige 32% hebben de Nederlandse nationaliteit. Van de participanten heeft 25% een universitair diploma behaald, of is bezig met een academische opleiding (12 academische bachelor en 13 masterdiploma), en 22% volgt een opleiding aan een hogeschool en 12% volgt een HBO-opleiding. Onder de participanten heeft 30% een middelbaar diploma, 10% nog geen middelbaar diploma en 1% heeft geen opleiding of onvolledig basisonderwijs. Het merendeel van de participanten is hoog opgeleid. Het huidige opleidingsniveau werd bevraagd en dit kan een vertekend beeld geven doordat personen nog aan hun opleiding moeten beginnen of er mee bezig zijn.

Tabel 1 Demografische kenmerken van de onderzoekspopulatie

DEMOGRAFISCHE KENMERKEN ONDERZOEKSPOPULATIE		N
Participanten		100
Leeftijd	18 jaar	9
	19 jaar	4
	20 jaar	20
	21 jaar	24
	22 jaar	16
	23 jaar	9
	24 jaar	10
	25 jaar	8
Nationaliteit	Belgische	68
	Nederlandse	32
Opleidingsniveau	Geen opleiding/onvolledig basisonderwijs	1
	Geen middelbaar diploma	10
	Middelbaar diploma	30
	HBO opleiding	12
	Professionele bachelor	22
	Academische bachelor	12
	Masterdiploma	13

4.2 Toegewezen geslacht en genderidentiteit

Participanten konden kiezen uit volgende gender beschrijvingen: man, vrouw, man die aan travestie doet, vrouw die aan travestie doet, transman (gedefinieerd als persoon met een vrouwelijk geboortegeslacht maar een mannelijke genderidentiteit), transvrouw (persoon met een mannelijk geboortegeslacht maar een vrouwelijke genderidentiteit, genderqueer (ziet zichzelf niet binnen stereotype hokjes van man of vrouw), non-binair (mannelijke en vrouwelijke identiteitskenmerken gecombineerd, zich man én vrouw voelt, of noch man noch vrouw, of zich helemaal buiten deze hokjes plaatst) en genderfluïde (voelen zich een dynamische mengeling van man en vrouw: de ene dag meer/noch man, de andere dag meer/noch vrouw).

In tabel 2 wordt het toegewezen geslacht in combinatie met genderidentiteit gepresenteerd. Bij de geboorte werd 18% geregistreerd als man en 82% geregistreerd als vrouw. Bij 28% is het toegewezen geslacht vrouw is en de ervaren genderidentiteit man. De genderidentiteit als vrouw en een toegewezen mannelijk geslacht wordt door 7% benoemd. Van de participanten ervaart 2% zowel hun genderidentiteit en toegewezen geslacht als vrouwelijk. Verder is 37% transman en 8% transvrouw. Non-binaire genderidentiteit werd aangeduid door 13% waarvan 2% met een mannelijke geboortegeslacht en 11% met een vrouwelijk geboortegeslacht. Van de participanten benoemt 2% met een vrouwelijk toegewezen geslacht zichzelf als genderqueer en 3% zich als genderfluïde.

Tabel 2 Toegewezen geslacht in combinatie met genderidentiteit

ERVAREN GENDERIDENTITEIT	TOEGEWEEZEN GESLACHT			
	Man		Vrouw	
	Aantal	Procent	Aantal	Procent
Man	0	0,0%	28	34,1%
Vrouw	7	38,9%	2	2,4%
Transman	0	0,0%	37	45,1%
Transvrouw	8	44,4%	0	0,0%
Genderqueer	0	0,0%	2	2,4%
Non-binair	2	11,1%	11	13,4%
Genderfluïde	1	5,6%	2	2,4%
Totaal	18		82	

4.2.1 Genderincongruentie en genderdysforie

Bij de participanten heeft 40% de diagnose 'gender incongruentie' gekregen. Een hoger percentage, namelijk 83%, van de participanten kreeg de diagnose 'genderdysforie'. Een bevinding is dat 92% van de personen (N=74) met de diagnose 'genderdysforie' een assessment bij een psycholoog en/of psychiater binnen de transgenderzorg heeft laten uitvoeren. 79

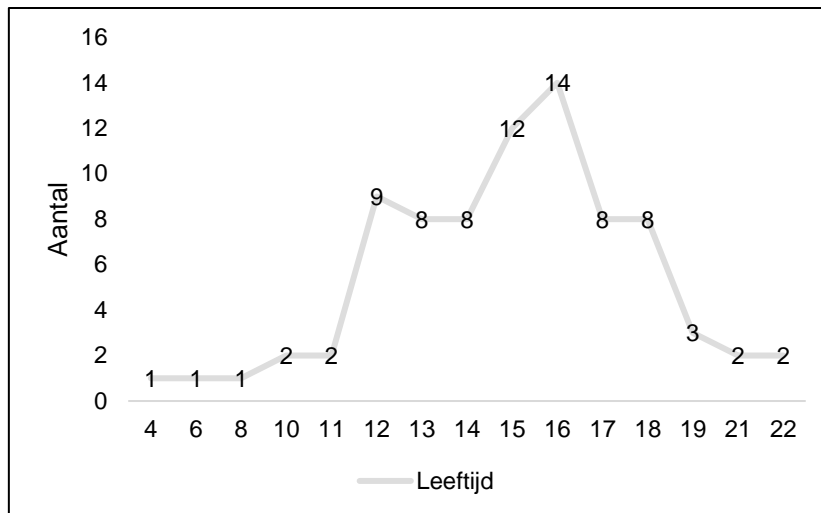
Er werd bevraagd door welke hulpverlener het vermoeden van gender incongruentie of genderdysforie het eerst benoemd werd. Van de participanten 49,3% werd het benoemd door een psycholoog of psychotherapeut, bij 27,8% personen specifiek door een psycholoog of het algemene genderteam (UZ Gent of VUMC), 10,1% kregen het vermoeden door een psychiater, waarbij niet gespecificeerd werd of dit al dan niet binnen een genderteam was, 10,1% door hun huisarts en 3% van de personen specifiek in een centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg.

Een vraag werd opgesteld om te bevragen hoe positief of negatief de participanten tegenover hun genderidentiteit staan. De schaal liep van nul tot honderd waarbij honderd stond voor heel positief en in de andere vraag heel negatief. Het gemiddelde van beide vragen zijn weergegeven in tabel 3.

Tabel 3 Positief en negatief gevoel tegenover genderidentiteit

POSITIEF EN NEGATIEF TEGENOVER GENDERIDENTITEIT					
	N	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaarddeviatie
Op een schaal van 0-100 waarbij 100 heel positief is, hoe positief staat u tegenover uw genderidentiteit?	100	10	100	80,9	18,4
Op een schaal van 0-100 waarbij 100 heel negatief is, hoe negatief staat u tegenover uw genderidentiteit?	100	0	100	20,7	20,0

Op figuur 2 staat samengevat op welke leeftijd de participanten (N=81) voor het eerst hulp zochten omtrent hun genderidentiteit. Hier kan u zien dat het grootste aantal op de leeftijd van 16 jaar ligt gevolgd door 15 jaar en 12 jaar. De gemiddelde leeftijd waarop participanten voor de eerste keer hulp zoeken omtrent hun genderidentiteit was 15 jaar met een standaarddeviatie van 3,14.



Figuur 2 Leeftijd waarop voor het eerst hulp gezocht is omtrent genderidentiteit

4.2.2 Leven in genderrol openbaar en privé

Er werd gekeken hoe vaak de participanten in hun gewenste genderrol leven, deze wordt later teruggekoppeld naar het ervaren van discriminatie. Van de participanten leeft 82% in hun gewenste genderidentiteit in het openbaar. Verder duidt 6% regelmatig, 7% soms en 5% weinig aan. Privé leeft 81% altijd in hun gewenste genderrol, 13% regelmatig, 3% soms en 3% weinig. Geen enkele participant geeft aan nooit in zijn gewenste genderrol te leven.

De redenen die participanten geven, via open vragen, om weinig in hun genderrol te leven in het openbaar zijn: niet geaccepteerd worden door hun omgeving, bang voor de reacties en een maatschappij die niet gekend is met non-binariteit. Bij participanten die soms in hun gewenste genderrol leven kan de opdeling gemaakt worden tussen positieve en negatieve redenen. Een positieve uitkomst die gegeven werd door een persoon was dat het opluchting biedt om te leven volgens de gewenste genderidentiteit. Veeleer werden negatieve redenen gegeven waaronder conflicten trachten te vermijden, niet durven tonen op het werk, (angst voor) misgendering of ongepast aangesproken worden en zich niet op het gemak voelen. Participanten durven zich nog niet volledig te uiten, zijn bang voor de mening van anderen en voelen zich veiliger om zich niet volledig te uiten. Dat maakt dat regelmatig wordt aangeduid in plaats van altijd. De grootste categorie, namelijk diegene die altijd in hun gewenste genderrol leven, geven verschillende redenen hiervoor. Bij deze optie worden grotendeels positieve redenen gegeven namelijk: willen overal zichzelf zijn, voelt het meest comfortabel, voelt het meest natuurlijke, weinig aantrekken van anderen hun mening en reeds een 'volledige' transitie ondergaan (hormonen, operatie,...). Een terugkomende opmerking is dat participanten aangeven regelmatig als cis-persoon aanzien te worden doordat hun uiterlijk, gedrag en non-verbale handelingen overeenkomstig zijn met het gewenste geslacht. Dit wordt door een

participant specifiek omschreven als een privilege. “Dit is wie ik ben”, was een andere reden dat regelmatig herhaald werd om altijd te leven in hun gewenste genderidentiteit.

4.3 Eerste- en tweedelijnszorg

4.3.1 Gevoel van acceptatie in de eerste- en tweedelijnszorg

Aan de participanten werd de vraag gesteld of ze zich over het algemeen geaccepteerd voelen als transgenderpersoon in de eerste- en tweedelijnszorg. In tabel 4 en 5 staat een overzicht van het gevoel van al dan niet geaccepteerd te worden in combinatie met de ervaren genderidentiteit en een Fisher’s Exact-test om na te gaan of er significante verschillen zijn tussen binaire en non-binaire personen.

De meeste participanten, namelijk 71,8%, voelen zich geaccepteerd in zowel de eerstelijnszorg als in de tweedelijnszorg (77,4%). Van de participanten voelt 10,6% zich niet geaccepteerd in de eerstelijnszorg. In de tweedelijnszorg voelt 6% zich niet geaccepteerd. Er blijkt een significant verschil te zijn in gevoelens van acceptatie in de eerstelijnszorg [$P = 0.011$] en de tweedelijnszorg [$P = 0.023$].

Tabel 4 Acceptatie in de eerstelijnszorg met Fisher’s Exact test

ACCEPTATIE EERSTELIJNSZORG				N = 85
	Ja	Gedeeltelijk	Nee	Totaal
Binair	55	11	5	71
- (trans)man	45	8	4	
- (trans)vrouw	10	3	1	
Non-binair	6	4	4	14
- Genderqueer	1	1	0	
- Non-binair	3	3	3	
- Genderfluide	2	0	1	
Fisher’s Exact Test		Waarde 7.690	Exact sign. (2-sided).011	

Tabel 5 Acceptatie in de tweedelijnszorg met Fisher's Exact test

ACCEPTATIE TWEDELIJNSZORG				N = 84
	Ja	Gedeeltelijk	Nee	Totaal
Binair	57	10	3	70
- (trans)man	45	8	3	
- (trans)vrouw	12	2	0	
Non-binair	7	5	2	14
- Genderqueer	1	1	0	
- Non-binair	3	4	2	
- Genderfluide	3	0	0	
Fisher's Exact Test		Waarde 6.500	Exact sign. (2-sided) .023	

4.3.2 Vermijdingsgedrag omwille van genderidentiteit

Op de vraag of de participanten ooit contact vermeden te hebben met de eerstelijnszorg omwille van hun genderidentiteit, heeft 67,8% van de personen nooit contact vermeden. Van de participanten geeft 28,7% aan dat ze enkel naar een hulpverlener gaan als dit noodzakelijk is en 3,4% zegt nooit naar een hulpverlener te gaan. Dit wordt schematisch weergegeven in tabel 6 met een Fisher's exact test. Er is geen significant verschil [$P = 0.093$] tussen binaire en non-binaire personen in het stellen van vermijdingsgedrag in de eerstelijnszorg

Tabel 6 Vermijdingsgedrag omwille van genderidentiteit in eerstelijnszorg met Fisher's exact test.

VERMIJDINGSGEDRAG EERSTELIJNSZORG				N = 87
	Nee	Ja, ik ga enkel als het echt noodzakelijk is	Ja, ik ga nooit naar een hulpverlener	Totaal
Binair	52	17	3	72
- (trans)man	42	13	2	
- (trans)vrouw	10	4	1	
Non-binair	7	8	0	15
- Genderqueer	2	0	0	
- Non-binair	4	6	0	
- Genderfluide	1	2	0	
Fisher's Exact Test		Waarde 4.824	Exact sign. (2-sided).093	

In de tweedelijnszorg blijkt dat 73,3% nooit contact vermeden heeft. Verder geeft 24,4% aan enkel naar een hulpverlener te gaan als dit noodzakelijk is en 2,3% gaat nooit naar een hulpverlener. Deze bevindingen worden weergegeven in tabel 7 in combinatie met de ervaren genderidentiteit en de Fisher's exact test. Er is geen significant verschil [$P = 0.831$] tussen binaire en non-binaire personen in het stellen van vermijdingsgedrag in de tweedelijnszorg

Tabel 7 Vermijdingsgedrag omwille van genderidentiteit in tweedelijnszorg met Fisher's exact test

VERMIJDING TWEEDELIJNSZORG				N = 86
	Ja	Gedeeltelijk	Nee	Totaal
Binair	51	18	2	71
- (trans)man	39	15	2	
- (trans)vrouw	12	3	0	
Non-binair	12	3	0	15
- Genderqueer	2	0	0	
- Non-binair	8	2	0	
- Genderfluide	2	1	0	
Fisher's Exact Test		Waarde .403	Exact sign. (2-sided).831	

Aan de participanten die aangeven enkel naar een hulpverlener te gaan als het noodzakelijk is of nooit naar een hulpverlener te gaan, werd bevraagd of het vermijden kwam door een eerdere negatieve ervaring in de eerstelijnszorg. Dat bleek bij 35,7% het geval te zijn en hen werd gevraagd de situatie te omschrijven. Deze situaties gingen over vervangende huisartsen die niet transvriendelijk handelen, schending van beroepsgeheim door dokters, verkeerde doorverwijzing en gevoelens van genderdysforie niet serieus nemen. Onderstaand een tekstfragment over een negatieve ervaring in de eerstelijnszorg:

“De hulpverleenster had een soort fascinatie voor mijn genderidentiteit. Ze benoemde telkens hoe speciaal ze het vond. En ze vermeldde zelfs dat haar collega's jaloeers waren, omdat zij altijd 'de speciallekes' voor zich kreeg. Dat voelde enorm 'othering' tegenover mij, alsof ik een buitenstaander was, een 'raar wezen'. En ik moest telkens energie steken om haar uitleg te geven ivm voornaamwoorden, hoe ik mijn gender zag, enz. Terwijl ik daar niet zat om haar die dingen aan te leren. Ik zat daar om naar geluisterd te worden... Als kers op de taart vroeg ze vrijwel meteen of ik geen last had van mijn onderste geslachtsdeel... Terwijl dat echt een vraag is die eerder vanuit haar fascinatie gesteld werd, in plaats van dat ze echt luisterde naar mijn uitleg.” (Belgische non-binaire persoon).

Van de participanten vermeed 17,4% ooit contact met tweedelijnszorg als gevolg van een eerdere negatieve ervaring of angst hiervoor. Wederom werd gevraagd om de situatie te schetsen. Enkele voorbeelden hiervan zijn:

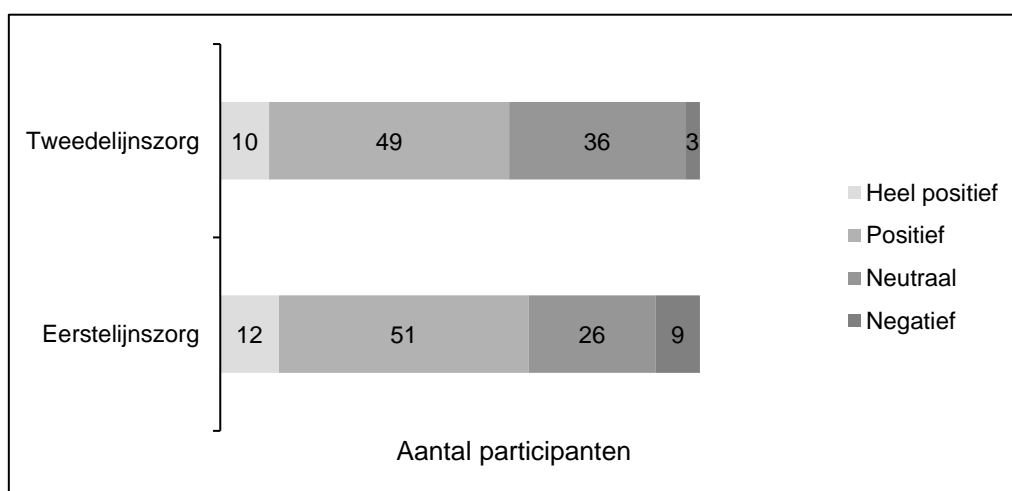
“Psycholoog die al mijn problemen toeschreef aan mijn trans-zijn, en bovendien (al was dit misschien onbedoeld) kwetsende opmerkingen maakte.” (Nederlandse transman).

“Er werden ongepaste vragen gesteld die absoluut niet noodzakelijk waren. Nadat ik zei niet wenste te antwoorden werd het snel duidelijk dat er minder bereidheid was om mij verder te helpen.” (Belgische transman).

4.3.3 Ervaringen en tevredenheid in de eerste- en tweedelijnszorg

Aan de participanten werd een schaalvraag gesteld over de ervaringen die ze hadden in de eerste- en tweedelijnszorg (zie figuur 3). Deze worden wederom gekoppeld aan de genderidentiteit om te bepalen of er een verschil is in tevredenheid. De ervaringen in de eerstelijnszorg zijn voor 12,4% heel positief. Van de participanten ervaart 52% de eerstelijnszorg als positief. Neutraal werd aangeduid door 16,3%. De eerstelijnszorg wordt door 9,2% negatief ervaren. Er werd een significant verschil gevonden tussen binaire en non-binaire personen en ervaringen in de eerstelijnszorg ($U = 492$, $z = -2.014$, $p = 0.043$). Non-binaire personen hebben meer negatieve ervaringen dan binaire personen.

In de tweedelijnszorg zijn de resultaten gelijkaardig aan de eerstelijnszorg. Van de participanten geeft 10,2% aan heel positieve ervaringen te hebben en 50% rapporteert positieve ervaringen. Neutraal wordt door 36,7% aangeduid. Van de participanten geeft 3% aan negatieve ervaringen te hebben. Heel negatief werd zowel voor de eerste- als tweedelijnszorg niet aangeduid. Er werd geen significant verschil gevonden tussen binaire en non-binaire personen en ervaringen in de tweedelijnszorg ($U = 566$, $Z = 1.556$, $p = 0.123$).



Figuur 3 Tevredenheid in de eerste- en tweedelijnszorg

4.3.3.1 Negatieve ervaringen

Om de meest voorkomende negatieve ervaringen van de participanten na te gaan werd een mogelijke lijst van negatieve ervaringen aangeboden. Hier werden acht keuzes aangeboden en was er de optie om andere negatieve ervaringen in te vullen. De participanten kregen de mogelijkheid om meerdere antwoordopties aan te duiden. Hieruit kwam er een gedetailleerd overzicht met percentages van de negatieve ervaringen, weergegeven in tabel 8. De meest voorkomende negatieve ervaring is dat de personen de hulpverlener moest informeren, dit komt bij 71,4% voor. Dit gaat eveneens in de andere richting, namelijk dat 28,6% personen deze optie niet hebben aangeduid. Verder volgt niet met gekozen voornaamwoord aangesproken worden (55,7%) en ongepaste nieuwsgierigheid (41,4%).

Tabel 8 Negatieve ervaringen in de gezondheidszorg

NEGATIEVE ERVARINGEN		N=70		
	Aantal	procent	Binair	Non-binair
Het moeten informeren van de hulpverlener over transgenders/ genderidentiteit	50	78%	41	9
Niet met gekozen voornaam en-of voornaamwoord worden aangesproken	39	55,7%	32	7
Ongepaste nieuwsgierigheid	29	41,4%	22	7
Kritiek op uiterlijk, gedrag of ideeën	12	17,1%	10	2
Inbreuk op de privacy	6	8,6%	5	1
Geweigerde toegang tot zorg	5	7,14%	4	1
Ongewenste intimiteiten	3	4,3%	2	1
Dreigementen	1	1,4%	0	1
Andere	8	11,4%		

De participanten kregen de optie om andere ervaringen te benoemen. Dit werd door acht personen gedaan. Hier kwamen situaties uit waarin bleek dat hulpverleners het genderthema ontkennen of minimaliseren. Verder kwam spotten met het voorwerp, bewust vertragen van de zorg en buiten de hulpvraag nieuwsgierig zijn naar voren. Onderstaand een duidelijk voorbeeld waarbij gendergerelateerde problemen ontkend worden door de hulpverlener:

“Verteld worden dat transgenders aandachtzoekers zijn en zich aanstellen etc. Dat ik gewoon een meisje was en als ik meer rokjes/jurkjes droeg zou het wel over gaan”
(Nederlandse transman).

Tabel 9 geeft een overzicht van Chi-kwadraat en Fisher's exact toets om na te gaan of er een verschil is tussen binaire en non-binaire personen in negatieve ervaringen. Er blijkt voor geen enkele ervaring een significant verschil.

Tabel 9 Significantietoetsen verschillen negatieve ervaringen en genderidentiteit

VERSCHILLEN NEGATIEVE ERVARINGEN EN GENDERIDENTITEIT		
	p Chi-kwadraattoets	p Fisher's exact toets
Het moeten informeren van de hulpverlener over transgenders/ genderidentiteit	0.691	
Niet met gekozen voornaam en-of voornaamwoord worden aangesproken	0.769	
Ongepaste nieuwsgierigheid	0.182	
Kritiek op uiterlijk, gedrag of ideeën	1.000	
Inbreuk op de privacy	1.000	
Geweigerde toegang tot zorg	0.837	
Ongewenste intimiteiten		0.426
Dreigementen		0.167

Er werd aan de participanten gevraagd of ze ooit te maken kregen met discriminatie of stigmatisering in de gezondheidszorg. Uit de resultaten blijkt dat 15% reeds te maken kreeg met discriminatie of stigmatisering en dus 85% deze negatieve ervaring nog niet heeft meegemaakt. Van de participanten die discriminatie of stigmatisering meemaakten identificeert 66,7% binair en 33,3% non-binair. Met een Fisher's exact toets werd nagegaan of er een verschil was in discriminatie voor binaire en non-binaire transgender personen. Er blijkt geen significant verschil [$p = 0.095$] te zijn tussen beiden groepen.

DISCRIMINATIE			N=81
	Ja	Nee	Totaal
Binair	8	60	68
Non-binair	4	9	13
Fisher's Exact Test	Exact sign. (2-sided)		.095

4.3.3.2 Negatieve factoren

In de eerste- en tweedelijnszorg werden negatieve factoren benoemd door de acht participanten die de antwoordcategorie negatief of heel negatief hadden aangeduid bij tevredenheid. Het thema dat het meeste terugkomt, is niet serieus genomen worden of niet begrepen voelen. Personen halen aan dat er verkeerd doorverwezen werd waardoor hun traject vertraagde. Vier transmannen en een non-binaire persoon ervaren dat ze niet serieus genomen werden met enkele specifieke situatieschetsen:

“Nam me niet serieus over genderissues (niemand is graag een vrouw?!? zei ze).”
(Nederlandse transman).

“Ik werd niet serieus genomen, men leek weinig kennis te hebben over onderwerpen als depressie, angsten en transgenderzorg. Ook werd ik verkeerd doorverwezen waardoor mijn proces 1,5 jaar langer duurde.” (Nederlandse non-binaire persoon).

Er wordt door een non-binaire persoon gerapporteerd dat er herhaaldelijk verkeerde voornaamwoorden gebruikt worden. Daarnaast zijn er situaties waarbij er een gebrek aan kennis wordt aangetoond zowel in de eerste- als in de tweedelijnszorg. Dit wordt aangegeven door een transman en twee non-binaire personen.

“Omtrent het genderthema liet de kennis te wensen over. Ik kreeg onder meer de opmerking 'waarom heb je lang haar als je beweert een man willen zijn'. Op dat moment had ik nog totaal niet gesproken hierover met familie en heel wat vrienden en kennissen.” (Belgische transman).

Een andere terugkerend aspect dat wordt aangehaald door een transvrouw is dat er persoonlijke vragen komen van hulpverleners die volledig buiten de hulpvraag liggen.

4.3.3.3 Positieve factoren of kenmerken in eerste- en tweedelijnszorg

Indien participanten bij de schaalvraag omtrent ervaringen in de eerstelijnszorg (64,4%) en tweedelijnszorg (60,2%) positief of heel positief aanduidde, werd via open antwoordoptie bevestigd welke factoren maakten dat de hulpverlening positief beleefd werd. Dit is een eerder kwalitatief deel omtrent de eerste- en tweedelijnszorg. De thema's zijn intrapersonlijke factoren, interpersoonlijke factoren en genderthema.

Onder intrapersonlijke factoren vallen alle karakteristieken of handelingen van een hulpverlener die positief ervaren worden door de participanten (N=45). Enkele kenmerken die duidelijk terugkomen in de eerstelijnszorg zijn vriendelijkheid, vlot in omgang en werken vanuit nabijheid. Meegaand zijn werd eveneens als een positieve factor bestempeld in de eerstelijnszorg. Open minded bleek een andere

belangrijke factor waarmee samenhangt dat de hulpverlener vanuit een niet-oordelende houding vertrekt, met openheid en neutraliteit. Een Belgische transman gaf hier een specifiek voorbeeld over:

“Mijn huisarts ziet mij om de twee weken. Zij staat open voor alle genderrelateerde zaken. En volgt mij ook goed op. Waardoor ik echt een goede band met haar heb opgebouwd.”

In de tweedelijnszorg werden gelijkaardige kenmerken gerapporteerd door de participanten (N=42). Behulpzaamheid, vriendelijkheid, geduld, neutraliteit en veiligheid bieden werden door participanten opgegeven als positieve aspecten van hulpverleners. Daarnaast zorgt de specialisatie van de tweede lijn ervoor dat er meer deskundigheid en kennis is vanuit de hulpverleners wat zorgt voor meer ondersteuning op maat. Een mooie illustratie is volgend citaat van een Nederlandse transman:

“Tot nu toe ben ik in ziekenhuizen altijd goed geholpen en ik heb over het algemeen meer vertrouwen in de verplegers en artsen dan in bijvoorbeeld de huisarts.”

Interpersoonlijke factoren hebben meer betrekking op de relatie tussen de hulpverlener en de participanten en hoe het contact verloopt. Enkele belangrijke factoren, zowel in eerste lijn als in tweede lijn, zijn geruststelling bieden en begrip tonen tegenover de persoon. Verder voelen veel participanten zich serieus genomen, wat leidt tot meer vertrouwen in de hulpverlener. Er zijn enkele karakteristieken die in het contact belangrijk zijn namelijk een goede aandacht voor de klachten, goed luisteren en aansluitende hulp bieden. Enkele participanten benoemen de positieve band en klik die ze hebben met hun hulpverlener als zeer positief. Een laatste positieve factor in de eerste- en tweedelijnszorg is dat de participanten met respect behandeld worden. In de tweedelijnszorg ervaren de participanten het positief dat er mee nagedacht wordt over oplossingen en er een niet-veroordelende houding ingenomen wordt.

Verder hadden enkele positieve ervaringen in zowel eerste- als tweedelijnszorg betrekking op hun genderidentiteit. Zo vinden twee transmannen, een transvrouw en een genderfluïde persoon het positief dat er correcte termen en namen gebruikt worden. Hier zijn twee duidelijke illustraties van

“Bij 2elijnszorg was alles direct aangepast aan de juiste genderidentiteit ook al was het nog niet officieel.” (Belgische transman).

“Aanspreken met de juiste naam/voornaamwoorden ook al was mijn naam nog niet officieel veranderd.” (Belgische transman).

Twee transmannen halen aan dat ze het belangrijk vinden dat er op een transvriendelijke manier gehandeld wordt. Vier transmannen geven als positieve ervaring dat de genderidentiteit niet centraal gesteld wordt. Een Belgische transman licht dit als volgt toe

“Er wordt geen nadruk gelegd op het feit dat ik transgender ben, dit wordt gewoon aanvaard en ik word toch geholpen zoals elk ander persoon. In het geval er hier rond zich toch een 'probleem' voordoet, kan ik ook hiermee bij hun terecht.”.

Nog eens vier transmannen geven aan dat er dat er aandacht is voor het probleem waarvoor hulp gezocht wordt. Een transman refereert naar het gegeven dat de dokter homoseksueel is waardoor deze eveneens behoort tot een seksuele minderheid en er hierdoor meer begrip en openheid getoond wordt.

4.4 Transgenderzorg

4.4.1 Medische en psychologische interventies

In tabel 10 staat een samenvatting van de interventies die de participanten ondergingen om hun verschijningsvorm of expressie beter te laten aansluiten bij hun ervaren genderidentiteit. Het grootste deel participanten (88,1%) onderging een assessment bij een psycholoog of psychiater. Verder wordt deze psychologische ondersteuning van naderbij bekeken. De opdeling hiervan is 91,9% binaire transgender personen en de overige 8,1% zijn non-binaire personen. Er is 75% dat een behandeling met hormonen ondergaat/onderging. Er werd niet specifiek bevraagd over welke hormonen het gaat. Verder onderging 60,7% een mastectomie of borstvergroting. Als laatste liet 25% een hysterectomie, ovariëctomie of orchiëctomie uitvoeren. Puberteitsremmers werd door 14,3% genomen, 13,1% onderging logopedie en 11,9% liet genitale chirurgie uitvoeren. Van de participanten onderging 2,4% gelaatschirurgie en 1,2% chirurgie aan de stem. Zoals de percentages in de tabel 10 weergegeven is het merendeel van de participanten die interventies laat uitvoeren binair, dus transmannen of transvrouwen.

Tabel 10 Transitiegerelateerde interventies

TRANSITIEGERELATEERDE INTERVENTIES				N=84
	Aantal	Procent	Percentage binair	Percentage non-binair
Assessment bij een psycholoog en/of psychiater	74	88,1%	91,9%	8,1%
Genderbevestigende hormoonbehandeling	63	75%	95,2%	4,8%
Mastectomie (weghalen of verkleining van de borsten) of borstvergroting	51	60,7%	92,2%	7,8%
Hysterectomie/ovariectomie (weghalen van baarmoeder en eierstokken) of orchiëctomie (weghalen van de testis)	21	25%	100%	/
Puberteitsremmers	12	14,3%	91,7%	8,2%
Logopedie	11	13,1%	91%	9%
Genitale chirurgie (vaginoplastie, metadoioplastie of falloplastie)	10	11,9%	100%	/
Gelaatschirurgie	2	2,4%	100%	/
Stemchirurgie	1	1,2%	100%	/

4.4.2 Drempels om hulp te zoeken in transgenderzorg

In dit onderzoek geeft 55,6% aan drempels te ervaren bij het zoeken naar hulp in de transgenderzorg, 44,4% ervaart dus geen drempels. Van de personen die drempels ervaren is 82,2% binair en de overige 17,8% is non-binair. Participanten die aangeven drempels te ervaren werden doorverwezen naar een volgende vraag waarbij mogelijke drempels opgesomd stonden. Tabel 11 omvat een overzicht van de drempels die participanten ervaarden bij het zoeken naar hulp. De meest voorkomende redenen zijn niet durven (40,7%), te lange wachttijden (30,9%) en niet goed weten wat te verwachten (29,6%). Er werd via een chi-kwadraattoets nagegaan of er een verschil is tussen personen met een Nederlandse of Belgische nationaliteit. Er is geen significant verschil [$p = 0.089$] tussen beiden nationaliteiten (zie tabel 12).

De participanten konden in de categorie 'andere redenen' open antwoorden geven over drempels die ze ervaarden. Het zijn grotendeels persoonlijke factoren die de participanten invullen. Zes personen geven een reden op gerelateerd aan hun omgeving bijvoorbeeld angst voor de reactie van de ouders en omgeving, stotten op onbegrip bij ouders en ouders die niet op hetzelfde tempo gaan als de persoon. Een andere persoon geeft aan bang te zijn dat het probleem niet serieus genoeg is. Als laatste gaf een persoon als reden zelf nog niet 'out' te zijn als transgender persoon.

Tabel 11 Drempels in de transgenderzorg

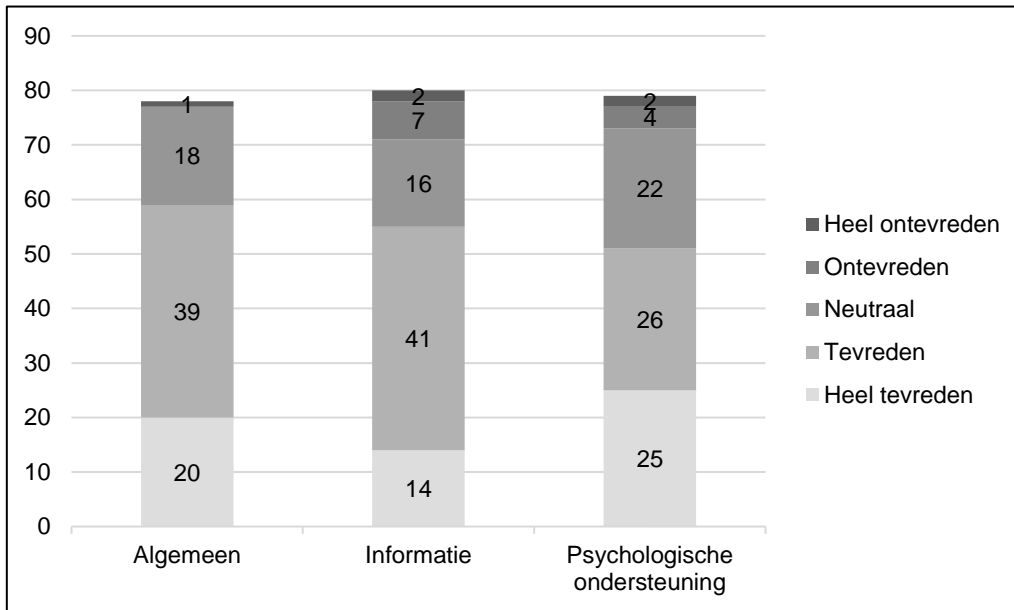
ERVAREN DREMPELS IN DE TRANSGENDERZORG		N=81	
	Aantal	Procent	
Ik durf/durfde niet	33	40,7%	
Te lange wachttijden	25	30,9%	
Ik weet niet goed wat te verwachten	24	29,6%	
Financiële redenen	18	22,2%	
Angst voor oordelende hulpverleners	17	21%	
Niet weten waar ik terecht kan	16	19,8%	
Ontkenning van genderidentiteit	15	18,5%	
Geen vertrouwen in het aanbod	7	8,6%	
Geen nood aan hulp	4	4,9%	
Ik sta niet achter de behandelwijze in België of Nederland	2	2,5%	
Andere redenen	8	9,9%	

Tabel 12 Significantietoets ervaren van drempels in transgenderzorg en nationaliteit

SIGNIFICANTIETOETS ERVAREN VAN DREMPELS IN TRANSGENDERZORG EN NATIONALITEIT			N=81
	Ja	Nee	Totaal
Belgisch	28	27	55
Nederlands	8	18	26
Chi-kwadraattest	Asymptotic sign. (2-sided)		.089

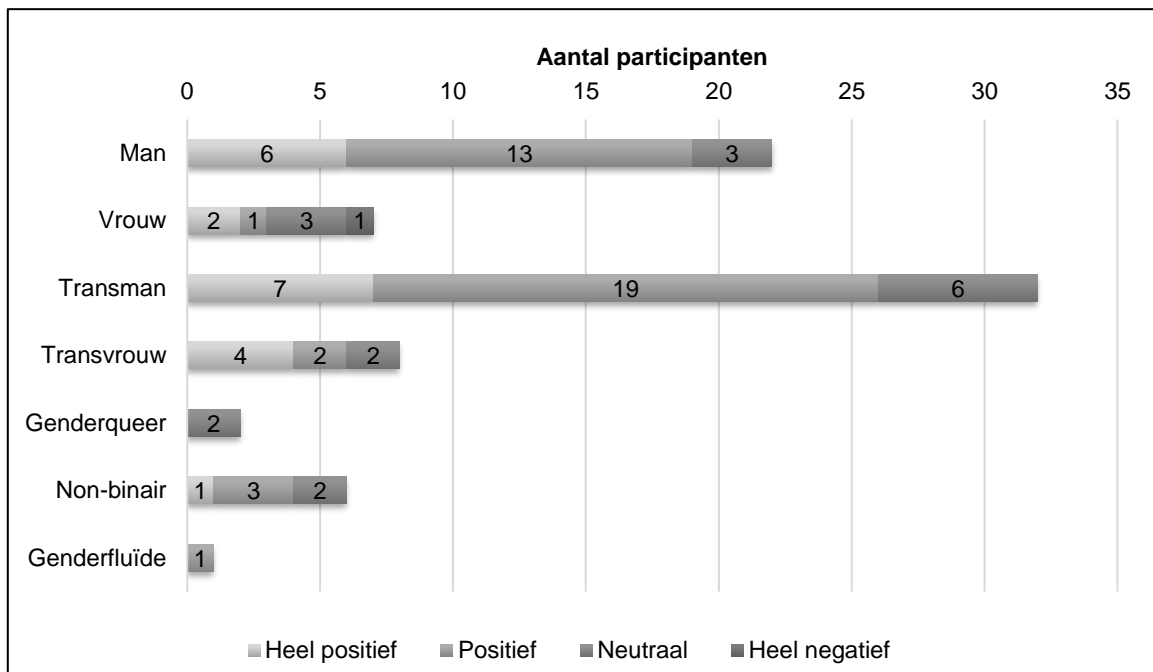
4.4.3 Tevredenheid transgenderzorg

De tevredenheid werd op basis van drie aspecten van de transgenderzorg bepaald namelijk de algemene tevredenheid, de verkregen informatie en de psychologische ondersteuning. Deze werden bevraagd aan de hand van een vijfpuntenschaal met als onderverdeling heel tevreden, tevreden, neutraal, ontevreden en heel ontevreden. Zoals blijkt uit figuur 4 zijn het grootste deel participanten tevreden of heel tevreden. In het algemeen is 25,6% heel tevreden, 50% tevreden, 23,1% neutraal en 1,3% ontevreden. Omtrent de verkregen informatie is 17,5% heel tevreden, 51,3% tevreden, 20% neutraal, 8,8% ontevreden en 2,5% heel ontevreden. Als laatste bekijken we de psychologische ondersteuning waar 31,6% heel tevreden, 32,9% tevreden, 27,8% neutraal, 5,1% ontevreden en 2,5% heel ontevreden is.



Figuur 4 Tevredenheid algemeen, informatie en psychologische ondersteuning

In figuur 5 staat visueel voorgesteld wat de ervaringen van de participanten (N=78) zijn in combinatie met de genderidentiteit. Negatief werd door niemand aangeduid en heel negatief werd enkel door een (trans)vrouw gerapporteerd. Het grootste aantal heeft positieve ervaringen in de transgenderzorg.



Figuur 5 Algemene ervaringen transgenderzorg in combinatie met genderidentiteit

Van de participanten rapporteerde 68,8% tevredenheid over de psychologische ondersteuning in de transgenderzorg. Er werd gevraagd aan de participanten wat maakte dat er tevredenheid of ontevredenheid heerste over de psychologische ondersteuning. Het grootste aantal vond de psycholoog geruststellend en aanmoedigend. Verder waren de participanten tevreden dat de

psycholoog toegang gaf tot verdere medische interventies tot geslachtsaanpassing. De derde meest voorkomende reden is dat participant de psycholoog makkelijk in vertrouwen konden nemen. Indien er ontevredenheid is, duidt 50% aan het moeilijk te vinden om de psycholoog in vertrouwen te nemen, 33,3% had moeite met de rol van psycholoog als poortwachter, vonden dat de psycholoog hen niet goed aanvoelde of er werd niet gevraagd naar hun mening over het verloop van de therapie. Geen enkele persoon duidde aan dat de psycholoog niet deskundig was.

Tabel 13 Positieve en negatieve factoren van de psychologische hulpverlening in de transgenderzorg

POSITIEVE EN NEGATIEVE FACTOREN PSYCHOLOGISCHE HULPVERLENING	N=51 (JA)		N=6 (NEE)	
	Aantal JA	Procent	Aantal NEE	Procent
De psycholoog was geruystellend en aanmoedigend	42	82,4%	1	16,7%
De psycholoog gaf mij toegang tot verdere medische interventies voor geslachtsaanpassing	40	78,4%	2	33,3%
De psycholoog was makkelijk in vertrouwen te nemen	38	74,5%	3	50%
De psycholoog voelde me goed aan	37	72,5%	2	33,3%
De psycholoog was deskundig	37	72,5%	0	
De psycholoog had een goede kijk op mijn problemen	36	70,6%	1	16,7%
Er werd gevraagd naar mijn mening over het verloop van de therapie	35	68,6%	2	33,3%

4.4.4 Positieve factoren in de transgenderzorg

In wat volgt worden kwalitatieve open vragen geanalyseerd en opgedeeld in thema's. Dit is het kwalitatieve luik van het onderdeel transgenderzorg. Zowel de positieve als negatieve factoren worden besproken. Bij positieve factoren wordt een onderverdeling gemaakt van proces en organisatie in de transgenderzorg en hulpverlenersfactoren.

Uit de resultaten blijkt dat participanten (N=63) regelmatig opluchting ervaren door het gevoel ergens terecht te kunnen en effectief de hulp krijgen die ze verlangen en nodig hebben. Dit blijkt uit onderstaand citaat;

“Het feit dat je geholpen wordt. Ze sturen je door naar de juiste plaatsen, helpen je met afspraken maken, oplossingen zoeken. Er werd eens oprecht geluisterd en geloofd naar wat je zei.” (Belgische transman).

Er zijn enkele factoren die gericht zijn op het proces en de organisatie van transgenderzorg. Een belangrijke positieve factor die door vijf participanten wordt genoemd is dat er niet moeilijk gedaan wordt over het starten van hormonale of chirurgische interventies. Twee participanten geven aan dat de resultaten van desbetreffende interventies als noodzakelijk en opluchtend ervaren worden.

Gericht op het verloop van het traject vinden vijf participanten een snelle doorverwijzing en een vlotte voortgang met aandacht voor de individuele tempo positief. Belangrijk hierbij is dat er geen druk wordt gelegd op de persoon of personen niet in een bepaalde richting worden geduwd. Het helpt als hulpverleners mee dingen uitzoeken omtrent de mogelijkheden en als ze doorverwijzen indien het nodig is. Er is bij twee participanten een positieve ervaring met de verschillende disciplines binnen de transgenderzorg. Hieronder staat een voorbeeld waarbij een persoon geen druk ervaarde door de hulpverlener;

“Het feit dat er geen druk op je gelegd wordt . Ze gaan rustig met jou op zoek naar je traject en wat er nu juist in je om gaat. Er worden geen drastische beslissingen genomen, alles verloopt zeer beredeneerd.” (Belgische transman).

Verder bekrachtigen twee participanten de goede en duidelijke communicatie over wat hun te wachten staat, de gevolgen en de mogelijkheden. Een participant zegt dat er sprake is van kwaliteitsvolle zorg en een ander persoon is zeer tevreden over zijn afgelegde traject. Psychologen blijken regelmatig een cruciale rol te spelen in het traject. Tien verschillende participanten bevestigen dat een goede klik met hun psycholoog een grote hulp is in hun transitie.

“Mijn psycholoog van het genderteam is het beste wat me had kunnen overkomen. Ze praatte ook met mij over mijn andere psychologische moeilijkheden, zonder daardoor mijn genderidentiteit niet serieus te nemen.” (Belgische transman).

Er zijn enkele specifieke kenmerken bij hulpverleners die participanten als een meerwaarde zien in hun traject. Respectvol, behulpzaam en vriendelijkheid zijn kenmerken die door zeven personen als positief omschreven worden. Vijf personen geven aan dat er een open klimaat en houding waar naar hen geluisterd wordt aanwezig is. Drie participanten kaarten aan dat ze zichzelf kunnen zijn, nooit raar aangekeken worden en zich geaccepteerd voelen in de transgenderzorg. Vijf participanten voelen zich serieus genomen en hebben de indruk dat de hulpverleners tijd nemen voor hen. Er wordt geluisterd met aandacht voor discretie

4.4.5 Negatieve factoren in de transgenderzorg

Uit de resultaten blijkt meermaals dat de wachttijden in de transgenderzorg problematisch zijn. Dit wordt namelijk door 32 participanten (52,4%) aangehaald. De besproken wachttijden gaan over de geslachtsoperatie, start van hormoonbehandeling en het uitvoeren van mastectomie. Een persoon geeft aan dat het gevolg van de wachttijden is dat er zelf een traject uitgestippeld moet worden. Hierdoor kwam de persoon in contact met niet-deskundige hulpverleners die ongepaste vragen stelden en onbeleefd waren. Hier enkele citaten omtrent de wachttijden met een individuele focus;

“Jammer dat het hele traject zo lang wachten is. Voor de definitieve geslachtsoperatie moet je zo’n vijf tot zes jaar wachten. Ook duurde het erg lang (ongeveer een jaar) vooraleer men wou starten met de hormoonbehandeling. Het wachten op de testosteron duurde veel te lang omdat je in je hoofd al man bent en er qua uiterlijk nog steeds als vrouw uitziet. Erg pijnlijk en verwarrend, zowel voor jezelf als de buitenwereld.” (Belgische transman).

Een andere participant maakt een kritische bedenking omtrent het verkleinen van deze wachtlijsten door meerdere personen aan te nemen per psycholoog.

“Het verkorten van de wachtlijsten is niet bevorderend voor de personen die al in het traject zitten. Dit omdat deze patiënten dan minder zorg ter beschikking krijgen, met name het aantal consultaties bij de psycholoog.” (Belgische transman).

Een participant haalt aan dat de afstand naar Gent een grote drempel vormt en dat het ongelukkig is dat Gent het enige centrale punt in Belgische transgenderzorg is. Een Nederlandse participant haalt aan dat het lastig is om steeds een andere endocrinoloog te krijgen waardoor geen vertrouwensband kan worden opgebouwd. Een Nederlandse participant geeft aan het absoluut niet eens te zijn met de manier waarop de zorg is opgezet, vooral gericht op de rol van de psycholoog als poortwachter. Dit wordt door vier andere personen eveneens als knelpunt ervaren.

“Eenmaal ik zeker was over mijn identiteit werkte de psycholoog onnodig voorzichtig en vertragend. Er werd weinig informatie gegeven over de volgende stappen die ik moest zetten. Door de gatekeepende rol van de psycholoog heb ik ook bepaalde aspecten van mijn persoonlijkheid (bv. autisme) bewust achtergehouden uit angst voor een vertraging van het traject. Zelf vind ik dat het aantal verwijzingen en goedkeuringen die nodig zijn om aan derdelijnszorg te kunnen beginnen onredelijk uitgebreid zijn en zeer vertragend werken.” (Belgische non-binaire persoon).

Een andere participant kaart daar tegenover aan dat het juist wel belangrijk is om te exploreren naar het genderthema en niet zo maar van start te gaan met onomkeerbare interventies zoals hormoontherapie.

“Men kijkt niet genoeg naar onderliggende factoren die kunnen samengaan met genderdysforie. Depressie en andere stoornissen van de lichaamsbeleving moeten beter onderzocht worden alvorens te beginnen aan een levenslang medisch traject dat onomkeerbaar is. Ondanks dat ik er me beter bij voel, was het veel te simpel en snel om aan hormoontherapie te beginnen. Het moet correct onderzocht en in vraag gesteld worden.”

(Belgische transvrouw).

Er zijn enkele negatieve factoren met betrekking op de communicatie in de transgenderzorg. Zo haalt een participant aan dat er inflexibiliteit wordt getoond in het maken van afspraken en er soms onbeleefd gereageerd wordt via bijvoorbeeld telefonisch contact. Drie participanten geven aan dat de communicatie grotendeels via de psycholoog loopt. Dit had als gevolg dat men lang moest wachten op antwoord doordat er een miscommunicatie had plaatsgevonden. Hierdoor wordt het traject vertraagd en nemen de personen liever zelf de communicatie op.

“De psycholoog die soms afspraken met bv een chirurg wou plannen voor mij maar dit uiteindelijk niet deed en altijd vergat te doen waardoor ik eigenlijk altijd zelf contact moest opnemen met de afdelingen en het zo sneller ging.” (Belgische transman).

Verder hebben enkele participanten het gevoel dat ze zich moeten verantwoorden tegenover hun psycholoog. Er heerst het gevoel dat er bewezen moet worden dat ze ‘voldoende’ trans-zijn. Een Nederlandse participant haalt aan dat binnen de vragenlijst van diagnostiek foute termen en verwoordingen gehanteerd worden. Iemand anders haalt aan dat er moeilijke termen gebruikt worden in verband met operaties, waardoor niet alles begrepen wordt. Een laatste aspect omtrent communicatie is dat er te weinig informatie gegeven wordt of bekend is over specifieke onderwerpen. Een participant vond dat er te weinig informatie was over het gebruik van hormonen. Een ander aspect is te weinig informatie over wachttijden. Een andere participant gaf aan nog steeds te moeten uitleggen wat non-binair juist inhoudt.

Vijf maal werd aangehaald dat participanten niet voldoende informatie kregen over chirurgische ingrepen en dat er grotendeels gefocust wordt op de resultaten nadien zonder aandacht voor het proces. Er is te weinig informatie omtrent de complicaties, voorbereiding, opname en herstel. De ingreep wordt soms geminimaliseerd door te doen alsof het niet veel voorstelt. Transgender personen ervaren dit veel ingrijpender dan ingeschat wordt door dokters. Een participant geeft aan dat de

chirurg enkel gezien wordt tijdens de operatie maar dat er nadien er geen verdere opvolging is. Deze participant geeft aan dat er te weinig aandacht is voor de fysieke en psychologische impact van de operaties.

“Chirurgen gaan soms snel over informatie (lijkt soms bandwerk) terwijl het bij ingrepen toch over ons lichaam gaat en vermelden misschien niet voldoende op voorhand. Je moet zelf veel vragen stellen om dingen te weten te komen terwijl ik meer het idee heb dat zij ons informatie moeten geven die we nodig hebben, als je iets vergeet te vragen weet je het soms niet en dan zit je met extra vragen en onzekerheden.” (Belgische transman).

4.5 Aanbevelingen en verbeteringen in eerstelijns-, tweedelijns- en transgenderzorg

Als laatste werd aan de participanten gevraagd aanbevelingen te geven gericht op de eerstelijns-, tweedelijns- en transgenderzorg. Een specifieke vraag ging over hun eigen doorlopen traject en wat hierin anders had gekund. Het zijn open antwoordvragen dus het is wederom een kwalitatief deel van deze vragenlijst.

4.5.1 Eerstelijnszorg

Van de participanten gaf 27,9% gaf aan dat er meer kennis mag komen over binaire en non-binaire transgender personen. Een andere aanbeveling is dat er meer kennis mag zijn over het specifieke hulpverleningsaanbod zodat er inzicht verworven komt in doorverwijzingsmogelijkheden. Verder zou het zinvol zijn dat hulpverleners meer kennis hebben over de wensen en mogelijkheden van behandelingen van een individueel persoon.

Negen personen gaven aan dat het positief zou zijn als er meer geïnformeerde hulpverleners zijn. Hierbij wordt regelmatig verwezen naar huisartsen die over onvoldoende informatie beschikken over het genderthema. Hulpverleners moeten geïnformeerd worden over wat gepast en ongepast is in hun contact met transgender personen zodat confronterende situaties voorkomen worden. De onwetendheid van hulpverleners terugdringen is een aanbeveling van een participant. Twee participanten geven daarbij de aanbeveling om geen intieme of ongepaste vragen te stellen. Twee personen zeggen dat hulpverleners meer open mogen zijn over het transgenderthema.

Een andere belangrijke aanbeveling is om trainingen en opleidingen te voorzien voor hulpverleners in de eerstelijnszorg opdat er meer kennis en voeling komt over het thema. Dit wordt door vijf participanten aangegeven. Een persoon geeft de aanbeveling om in organisaties één centrale persoon

aan te stellen die kennis en informatie heeft over het genderthema waarbij de personen terecht kunnen. Onderstaande voorbeelden gaan over opleiding van huisartsen.

“Training van dokters in spé geïmplementeerd in de opleiding. Zo zijn huisartsen niet meer zo ongepast nieuwsgierig of maken ze geen fouten zoals je waarschuwen voor abnormale bloedwaarden, terwijl dit heel normale bloedwaarden zijn (maar mijn gegevens nog op vrouw stonden bij het labo...)” (Belgische Transman).

“De huisartsenpraktijk heeft nul ervaring met transgenders, de meeste dokters waren erg ongemakkelijk en konden geen normale houding aannemen en daarnaast heb ik ook niet veel vertrouwen in het laten zetten van een grote injectie bij de huisarts. Dus een cursus over transgender personen/ transgenderzorg kan naar mijn mening geen kwaad.” (Nederlandse transman).

Er zijn enkele structurele factoren die benoemd worden door participanten. Een persoon geeft de aanbeveling dat de transgenderzorg meer verplaatst mag worden naar de eerstelijnszorg. Een andere participant kaart aan dat de toegankelijkheid meer vergroot kan worden. Verder haalt een participant aan dat het eenvoudiger zou moeten zijn om namen en voornaamwoorden aan te passen in systemen, ook als deze nog niet gewijzigd is. Als laatste aanbeveling zou de doorverwijzing naar de tweedelijnszorg en transgenderzorg vlotter mogen verlopen volgens een participant.

Een persoon geeft de aanbeveling dat er minder discriminatie zou moeten zijn van hulpverleners naar transgender personen toe. Er wordt niet verder gespecificeerd wat hier juist mee bedoeld wordt. Transvriendelijkheid is een belangrijke aanbeveling die hiermee samenhangt.

“Dat alle hulpverleners in de eerstelijnszorg transgender vriendelijk zijn en zijn of haar mening niet duidelijk laat worden naar de patiënt, ongeacht of ze het er mee eens zijn of niet.” (Nederlandse transman).

Belangrijk om hierbij te vermelden is dat 10 personen aangeven dat er voor hen niets verbeterd kan worden in de eerstelijnszorg en ze tevreden zijn van de verkregen zorg.

4.5.2 Tweedelijnszorg

In de tweedelijnszorg zijn er enkele gelijkaardige aanbevelingen als in de eerstelijnszorg. Het gaat over kennis, structurele factoren en interpersoonlijke factoren.

Wederom halen zestien personen aan dat er meer kennis moet zijn omtrent het genderthema, er heerst nog veel onwetendheid hieromtrent. Specifiek is er de aanbeveling om hulpverleners meer kennis te laten verkrijgen over de transgenderzorg in België en Nederland. Deze kennis zou verkregen

kunnen worden door educatie en voorlichting, zoals een participant het benoemt. Twee personen geven aan dat er meer informatie mag gegeven worden.

“Kennis omtrent het onderwerp verbeteren, ze (mentor) stuurde me direct door naar UZ Gent (= beangstigend). Het is niet altijd nodig direct een doorverwijzing te doen, soms kan luisteren, erkennen of samen zoeken ook al helpen. Als je een goede basis hebt van het onderwerp kan je al op weg met een persoon.” (Belgische transman).

“Ik stuitte vaak op een tekort aan kennis/begrip dus ik denk dat het goed zou zijn als meer zorgverleners geïnformeerd zouden zijn en geen vragen stellen indien ze niet van toepassing zijn voor hetgeen de patiënt/cliënt langskomt.” (Belgische transman).

Zes personen geven de aanbeveling om de wachttijden te verkorten. Een persoon gaf hierbij het advies om meer zorg naar de eerste lijn te verplaatsen. Verder wordt aanbevolen om het zorgaanbod uitgebreider en toegankelijker te maken. Er zou betere communicatie moeten zijn tussen verschillende disciplines.

Binnen de psychologische hulpverlening merken de participanten dat hun genderidentiteit genegeerd of ontkend wordt door de hulpverlener. Hier geven ze aan dat het belangrijk is om een persoon serieus te nemen en er meer acceptatie moet komen van hun genderidentiteit. Transparantie en geen ongepaste vragen stellen zijn aanbevelingen die terugkomen. Indien een persoon met problemen naar een hulpverlener komt die niet gerelateerd zijn aan trans-zijn, is het belangrijk enkel daarop te focussen en te vragen naar probleem waarvoor je komt.

Zes personen geven wederom aan tevreden te zijn over de tweedelijnszorg door aan te geven dat er niets te verbeteren is. Drie personen hebben geen idee wat er kan verbeteren voor hen in de tweedelijnszorg.

4.5.3 Transgenderzorg

De participanten werden bevraagd welke verbeteringen ze willen zien in de transgenderzorg (zie tabel 14). Van de participanten geeft 87,3% aan dat de wachtlijsten verkorten een grote verbetering zou zijn. 60,8% wil dat er meer gespecialiseerde hulpverleners komen en 41,8% wilt niet dat genderdysforie nog beschouwd wordt als een mentale stoornis. Er werd niet bevraagd wat hier juist de reden voor is. Enkele participanten hebben de categorie andere verbeteringen aangeduid. Meer gespecificeerd wil een participant de hulp voor familie en leerkrachten verbeterd zien. Een ander persoon haalt aan dat het levensnoodzakelijk is om hulp te bieden. Als laatste verbeterpunt is duidelijke informatie na een operatie wat je moet doen als nazorg.

Tabel 14 Verbeteringen in de transgenderzorg

VERBETERINGEN IN DE TRANSGENDERZORG		N=79	
	Aantal	Procent	
Het verkorten van de wachtlijst	69	87,3%	
Verhogen van aantal gespecialiseerde hulpverleners	48	60,8%	
Genderdysforie niet zien als mentale stoornis	33	41,8%	
Meer rekening houden met individuele behoeften en zorgen	31	39,2%	
Vergroten van kennis omtrent behoeften van non-binaire personen	22	27,8%	
Duidelijkere informatie ontvangen	22	27,8%	
Eén contactpersoon aanstellen voor mijn behandeltraject	21	26,6%	
Training voorzien voor medewerkers	20	25,3%	
Het aflassen van de noodzaak van een diagnose om hormonen of een operatie te krijgen	20	25,3%	
Toegang tot behandeling baseren op het gegeven dat mensen dit zelf willen	18	22,8%	
Feedback mogen geven op het einde van de behandeling	15	19%	

Er werd eveneens via een kwalitatieve open vraag bevestigd welke factoren voor hen verbeterd kunnen worden in de transgenderzorg. Wederom halen 32 participanten aan dat het sterk aanbevolen is om de wachtlijsten te verkleinen. Velen zijn er zich van bewust dat dit geen vanzelfsprekend gegeven is. De participanten dachten mee na over mogelijke oplossingen waaruit verder komt; een uitbreiding van de capaciteit en een groter aantal gespecialiseerde hulpverleners. En indirect verkleinend effect op de wachtlijsten zou zijn dat transgenderzorg op meerdere locaties aangeboden wordt waardoor het aanbod vergroot.

“De wachtlijsten zijn rampzalig lang (over de 600 personen momenteel!!), het is echt een zoektocht waar je wel snel terecht kan, voornamelijk omdat je als trans persoon erg angstig bent/in de kast zit en dus niet zomaar overal gaat rondhoren waar je terecht kan.”
(Belgische non-binaire persoon).

“Over het algemeen moet het toegankelijker worden gemaakt door voornamelijk te investeren in de zorgsector en dit betekent ook hulpverlening specifiek voor transgender personen zodat de wachttijden zo goed als verdwijnen, hulpverleners een brede kennis hebben over gender en je niet half Vlaanderen door moet reizen via dure treinritten om aan hulp te geraken.” (Belgische genderfluide persoon).

Een andere participant pleit voor samenwerking tussen verschillende praktijken.

“In Gent zitten goede psychologen die gespecialiseerd zijn, maar het zou interessant zijn moesten ze samenwerken met andere praktijken in alle provincies.. zodat deze niet zo ver moeten rijden en dan enkel voor de operaties naar Gent moeten gaan bijvoorbeeld” (Belgische transman).

Er werd door twee participanten een aanbeveling gedaan gerelateerd aan de context en omgeving van de transgender persoon. Een van hen gaf aan dat er meer begeleiding moet zijn voor de familie en ouders doordat deze regelmatig meestappen in het traject. Een andere participant vindt dat de keuze steeds bij de persoon zelf moet liggen, losstaand of de context er al dan niet achter staat.

Een participant wijst op het gegeven dat de transgenderzorg toegankelijker gemaakt mag worden. Een andere persoon haalt aan dat het traject vlotter en sneller mag verlopen. Drie participanten vinden niet dat het standaardprotocol gevolgd moet worden en dat het niet steeds ‘politiek correct’ moet verlopen. Drie personen pleitten dan weer voor de invoering van een Informed Consent model. Een andere participant gaat hier tegenin en zegt dat er eerder kritischer moet worden beredeneerd of een persoon toegang krijgt tot hormonen.

“Soms strenger zijn op de personen die daar langskomen want soms zie ik personen die al na 1 maand met hormonen beginnen en dit vind ik niet correct.” (Belgische transman).

Enkele participanten geven de aanbeveling om duidelijkere en meer informatie te geven over enkele pijlers in de transgenderzorg. Zo wensen ze meer informatie en duidelijkheid over de wachtlijsten, het verloop van het traject en de opties hierin. Er zou een online overzicht kunnen komen over de actuele wachttijden. Als laatste willen de participanten meer informatie over de operaties waaronder het verloop, de mogelijke complicaties en de nazorg.

“Meer voorbereiding qua informatie. Ik moet nu bij mijn lotgenoten gaan vragen wat ik allemaal moet voorzien voor de nazorg van mijn geplande ingreep omdat toen ik het aan de chirurg vroeg; ik heel weinig informatie kreeg. en ik ben niet de enige” (Belgische transman).

Een persoon geeft aan dat er persoonlijker contact mag zijn in de transgenderzorg, soms hebben ze het gevoel als nummer behandeld te worden. Een andere participant geeft als aanbeveling dat personen die werkzaam zijn in de transgenderzorg, respect mogen tonen en moeten kunnen omgaan met specifieke vragen die gesteld worden.

4.5.4 Eigen behandeltraject

Eerst en vooral is het belangrijk hierbij aan te halen dat 18,5% aangeeft een goed verloop te hebben gehad en zeer tevreden zijn over hun behandeltraject.

Er zijn personen die verbetering hadden willen zien met betrekking op hun hormoontherapie. Een participant wenste een snellere toegang tot hormoontherapie. Een andere participant geeft de aanbeveling om hormonen via de huisarts te krijgen. Een participant vindt dat er een terugbetaling voorzien mag worden voor plastische chirurgie. Deze wordt vaak als 'cosmetisch' gezien waardoor geen terugbetaling verkregen wordt. Voor deze transpersonen is dit meestal een belangrijke ingreep die verder gaat dan enkel het cosmetische. Denk hieraan aan laserontharing en facial feminization surgery. Veel personen geven aanbevelingen over de genitale chirurgie. Drie participanten wouden meer informatie over deze chirurgie en de hormonen.

“Meer informatie over genitale chirurgie, meer foto's ter beschikking indien mogelijk. Eventueel als suggestie misschien een illustratie maken waar mensen zich wel comfortabel bij voelen om dit te delen?” (Belgische transman).

Een andere participant wenst een betere techniek voor de genitale chirurgie waardoor de kwaliteit verhoogt en er minder complicaties optreden. Verder ervaarde een participant moeite doordat de operatie last minute afgezegd werd terwijl deze reeds in het ziekenhuis aanwezig was. Dan zijn er nog twee specifieke voorbeelden omtrent de genitale chirurgie;

“Ik zou graag zo snel mogelijk mijn geslachtsoperatie, nl. phalloplastie, ondergaan. Op dit moment heb ik als tussenoplossing al een metaidioplastie gehad. Hier heb ik zelf voor moeten 'smeken'. Zonder die operatie had ik me nog steeds erg onzeker gevoeld. Ik sta nu al bijna vijf jaar op de wachtlijst voor een phalloplastie, dus ik hoop dat deze operatie snel zal plaatsvinden.” (Belgische transman).

Zeven participanten geven wederom aan dat de wachtlijsten inkorten een invloed zou hebben op hun beleving van hun eigen behandeltraject. Een participant had graag meer en duidelijkere informatie gewenst over het verloop van het traject. Een participant geeft aan dat het krijgen van afspraken sneller mag verlopen in het traject. Personen die zeker zijn van hun keuze mogen, volgens twee participanten, een snellere behandeling krijgen.

“Iets sneller handelen dan een maand voor een bespreking in een team psychologen zou fijn zijn. Ik snap de noodzaak dingen goed te overdenken, maar voor mij is het zo dat zodra ik met een hulpvraag kom, ik er ook vrij zeker van ben dat dat de goede weg voor mij is. Ik

snap dat dit niet voor iedereen zo is en dat bedenktijd niet slecht is, maar ik heb het tot nu toe ervaren als nóg meer wachttijd.” (Nederlandse transman).

Drie personen wensen een betere opvolging en begeleiding gedurende het traject. Een specifiek voorbeeld, dat onderaan terug te vinden is, gaat over digitale communicatie. Er wordt regelmatig niet gereageerd waardoor het proces vertraagd wordt. Een aanbeveling gerelateerd hieraan is dat er één contactpersoon aangesteld kan worden gedurende het volledige behandeltraject, zo geven vijf participanten aan.

“Op een gegeven moment werd een afspraak bij mijn psycholoog/therapeut afgezegd wegens ziekte van haar kant. Ik werd gevraagd via voicemail van het secretariaat om een nieuwe afspraak te maken. Ik vind telefoneren niet eenvoudig en zat toen in een zeer slechte periode. Dit leidde ertoe dat ik meer dan een jaar niet ben terug geweest, tot ik mezelf ertoe verplichtte opnieuw een afspraak te maken. Er is dus geen tijd/geld voorzien om patiënten goed op te volgen in een dergelijk geval.” (Belgische transman).

“Dat ik misschien maar 1 contactpersoon moet hebben in dat ziekenhuis waarmee alles geregeld word. Nu moet je voor iedere stap bijna een paar andere mensen contacteren. Terwijl voor sommige mensen, waaronder mezelf de stap telkens zetten naar dat contact veel energie en moed vraagt.” (Belgische transman).

Een persoon had in het behandeltraject gewenst dat er de mogelijkheid was om zijn eigen psycholoog te kiezen. Verder vond een participant dat er meer tijd mag uitgerekend worden voor de psychologische consultaties. Twee personen geven aan dat ze moeite ervaren met de rol van psycholoog als poortwachter en dit niet noodzakelijk vinden in het traject.

5 Discussie

In wat volgt worden de belangrijkste bevindingen van het vragenlijstonderzoek besproken en geïnterpreteerd met een terugkoppeling naar de beschreven literatuur. De sterktes en beperkingen van dit onderzoek worden gegeven met enkele suggesties voor een vervolgonderzoek.

Dit onderzoek biedt inzicht in de belemmerende en bevorderende factoren, ervaringen en tevredenheid in de eerstelijns-, tweedelijns- en transgenderzorg. De focus ligt op Nederlandse en Belgische transgenderjongvolwassenen. Zowel binaire als non-binaire personen werden bevroegd, gezien hun afwezigheid in huidig onderzoek (Matsuno & Budge, 2017). In reeds gevoerde onderzoeken bevroegt men grotendeels de belemmerende factoren waardoor er nood is aan het in kaart brengen van bevorderende factoren (Eyssel et al., 2017).

5.1 Kenmerken van de participanten

Opleidingsniveau. Binnen het domein van de demografische gegevens werd het opleidingsniveau bevroegd. Een belangrijke nuance hierbij is dat het huidige opleidingsniveau bevroegd werd, wat op zijn gevolg een vertekend beeld kan geven doordat velen nog aan hun opleiding moeten beginnen of net begonnen zijn.

Genderidentiteit. Er is een aanzienlijk groter aantal transmannen (65%) dan transvrouwen (15%) die deelnamen aan dit onderzoek. Dat komt overeen met bevindingen in de literatuur waarbij de verhouding ligt op 26% transvrouwen en 62% transmannen (Federale overheidsdienst justitie, 2018; Van Hove, 2018). Van de participanten in dit onderzoek identificeert 20% zich als genderqueer, genderfluïde of non-binair. Dit is overeenkomstig met een gelijkaardig onderzoek, waarbij het percentage op 19,1% ligt (Motmans, Wyverkens et al., 2017). De verdeling van de non-binaire genderidentiteiten in combinatie met het geboortegeslacht is ongelijkmatig. Het grootste deel non-binaire participanten heeft een vrouwelijk toegewezen geslacht.

5.2 Bevindingen eerste- en tweedelijnszorg

Ervaringen. Uit dit onderzoek blijkt dat meer dan de helft van de participanten positieve ervaringen hebben met eerste- en tweedelijnszorg. Dat is gelijkaardig aan het onderzoek van Zorgvuldig Advies & Transvisie (2019) waarbij transgender personen in Nederland vaker tevreden dan ontevreden zijn over hulpverlening. In onderzoek wordt regelmatig gefocust op de negatieve factoren waardoor dit een vertekend beeld kan geven over de positieve ervaringen die transgender personen hebben. In het onderzoek van Goldberg en collega's (2019), bij een gelijkaardige leeftijdscategorie, rapporteert een zesde van de participanten positieve ervaringen. Vooraf was een persoonlijke

inschatting dat meer personen ontevreden zouden zijn over de hulpverlening, in dit onderzoek is het tegendeel bewezen. Niettegenstaande dat er negatieve ervaringen zijn.

Discriminatie en stigmatisatie. Volgens het onderzoek van James en collega's (2016) blijkt een op de vier participanten geen hulp te zoeken uit schrik verkeerd behandeld te worden. Angst voor of het ervaren van stigmatisering kan leiden tot het vermijden of uitstellen van zorg (Dolan et al., 2020). Vermijdingsgedrag werd door 15% van de participanten in dit onderzoek getoond, zonder significant verschil tussen binaire en non-binaire personen. Dat blijkt minder dan in de huidige literatuur bekend is (Grant et al., 2010; Güldenring, 2015). Het is belangrijk om discriminatie en geweld zo veel als mogelijk te verkleinen (Schuster et al., 2016). Elke situatie van discriminatie tegenover een transgender persoon is er eentje te veel en heeft invloed op het welzijn van de persoon. Discriminatie en stigmatisering blijft een abstract concept dat door iedere persoon anders ingevuld kan worden. Het is mogelijk dat de ene persoon een situatie wel als discriminerend omschrijft en een andere persoon niet.

Kennis. Een gebrek aan kennis werd in het kwalitatieve deel verscheidene keren benoemd. Mogelijke gevolgen hiervan zijn dat drie op de vier participanten hun hulpverlener moest informeren over transgender personen en genderidentiteit en er ongepaste nieuwsgierigheid getoond werd door hulpverleners bij twee op vijf participanten. Dat wordt eveneens teruggevonden in een bestaand onderzoek (James et al., 2016). Een belangrijke aanbeveling hieromtrent uit de literatuur is om hulpverleners te scholen in het thema en belang te hechten aan voorlichting, opleiding en onderwijs (Heng et al., 2018; Austin & Goodman, 2018). In dit onderzoek vonden participanten dat er meer kennis mag komen over transgender personen, het specifieke hulpverleningsaanbod, wensen en mogelijkheden van behandelingen. Het vergroten van kennis en transparantie van hulpverleners is een structurele oplossing waar andere negatieve factoren mee verkleind kunnen worden.

Genderthema. Uit de literatuur bleek een gebrek aan acceptatie en ontkenning van genderidentiteit door hulpverleners een terugkerende belemmerende factor. Voor transgender personen is het lastig wanneer een hulpverlener elke hulpvraag, dus eveneens niet-transgerelateerde hulpvragen, koppelde aan de genderidentiteit (Heng et al., 2018). In dit onderzoek voelt een op tien zich niet geaccepteerd. Er zijn tegengestelde ervaringen waarbij de ene participant rapporteert dat hulpverleners het genderthema ontkennen of minimaliseren en andere participanten aangeven dat het genderthema niet centraal stond. Als aanbeveling in dit onderzoek wordt aangehaald dat hulpverleners geïnformeerd moeten worden wat gepast en ongepast is waardoor confronterende situaties voorkomen worden.

Misgendering. Voor hulpverleners die werken met de doelgroep is het belangrijk om de gepaste voornaamwoorden en namen te gebruiken. Zo wordt er rekening gehouden met de genderidentiteit dat op zijn beurt kan zorgen voor een positieve beleving (Weir & Piquette, 2018; Schuster et al., 2016). Misgendering zou volgens de literatuur meer voorkomen bij non-binaire personen (Goldberg et al., 2019). Het verkeerd gebruiken van voornaam(waarden) komt bij de helft van de participanten voor. Een positieve beleving is dat namen automatisch worden aangepast in de tweedelijnszorg indien de naam nog niet officieel gewijzigd is. In een aanbeveling wordt daar tegenover gezegd dat het eenvoudiger moet worden om namen en voornaamwoorden aan te passen in de systemen.

5.3 Transgenderzorg

Wachlijsten. Wachlijsten blijken een enorm probleem in de transgenderzorg. Uit de literatuur blijkt dat de wachlijsten onduidelijk en lang zijn. Een gevolg hiervan is dat transgender personen het gevoel hebben dat hun leven stilstaat en hieronder lijdt (Principle 17,2016; Zorgvuldig advies & Transvisie, 2019). De helft van de participanten in dit onderzoek vinden de wachttijden problematisch. Het verkorten van de wachlijsten zou voor de overgrote meerderheid een grote verbetering zijn in de transgenderzorg. Velen zijn er zich van bewust dat het verkorten niet vanzelfsprekend is. Enkele oplossingen die de participanten geven zijn; uitbreiding van capaciteit, groter aantal gespecialiseerde hulpverleners en meerdere locaties. Het is niet eenvoudig hier een oplossing of aanbeveling rond te doen. Naargelang er meer personen worden toegelaten in de psychologische ondersteuning verplaatst het effect naar andere diensten zoals bijvoorbeeld endocrinologie. Participanten hebben angst dat hun persoonlijke traject in gedrang komt als er meer personen toegelaten worden.

Poortwachtersmodel. Uit literatuur blijkt dat transgender personen selectief zijn in het geven van informatie aan hulpverleners. Hiermee hopen ze de kans op toegang tot gewenste behandeling te vergroten (Cavanaugh et al., 2016; Heng et al., 2018). In dit onderzoek bleek het grootste deel tevreden over de psychologische ondersteuning doordat de psycholoog toegang gaf tot medische interventies voor geslachtsaanpassing. Een op vier ervaarde moeite met de rol van psycholoog als poortwachter. Gelijkaardig als in de literatuur, hebben participanten het gevoel zich te moeten verantwoorden tegenover hun psycholoog. Toch blijken psychologen een cruciale rol te spelen in het traject van participanten. Een goede klik met de psycholoog is een grote hulp tijdens de transitie. Drie personen pleitten in dit onderzoek voor de invoering van een informed consent model. In dit model wordt de empowerment van de patiënt vergroot door het versterken van zelfbeschikking over hun lichaam en gezondheid (Cavanaugh et al., 2016). Een informed consent model is in theorie een sterk model dat vanuit zelfbeschikking vertrekt. Het past binnen het patiëntgerichte model in onze huidige

geneeskunde. Niettegenstaande zijn de meningen verdeeld over dit onderwerp en de verdeeldheid wordt eveneens in dit onderzoek weerspiegeld. De ene participant pleit voor een invoering van het informed consent model terwijl een andere participant aangeeft dat het onverantwoord is om naar een systeem over te schakelen waarbij patiënten op korte termijn een keuze maken.

Genderdysforie. Van de participanten kreeg een groot deel de diagnose van genderdysforie waarvan bijna iedereen een assessment bij een psycholoog of psychiater liet uitvoeren in de transgenderzorg. Deze diagnose wordt, in theorie, enkel gesteld als personen hier significant onder lijden en met behandeling dit lijden mogelijks verkleind kan worden. Uit verbeteringen in de transgenderzorg wenst iets minder dan de helft dat genderdysforie niet meer beschouwd wordt als psychiatrische stoornis. Aan een psychiatrische diagnose hangen namelijk gevolgen vast waaronder stigmatisering, discriminatie, intimidatie, enzovoort. Veelal is het niet de genderdysforie an sich dat lijden veroorzaakt, maar eerder de maatschappelijke tijdsgeest.

Medische en chirurgische interventies. Een positieve factor dat benoemd wordt in dit onderzoek is dat er niet moeilijk gedaan wordt over starten van deze interventies. De behandelingen worden als noodzakelijk en opluchtend ervaren. In het kwalitatieve deel over negatieve factoren geven participanten aan dat er niet voldoende informatie gegeven wordt over chirurgische ingrepen. De participanten wensen meer informatie over de nazorg van de chirurgische ingrepen. Participanten hebben de indruk dat een chirurgische ingreep geminimaliseerd wordt, terwijl dit in hun beleving een ingrijpende interventie is. Dat is een opvallende bevinding doordat het niet teruggevonden werd in de bestaande literatuur. Mogelijks is dit een gelokaliseerd probleem in België en Nederland.

5.4 Vergelijking eerstelijns-, tweedelijns- en transgenderzorg

Tevredenheid. In de eerste- en tweedelijnszorg geeft zes op tien participanten aan positieve ervaringen te hebben. In de transgenderzorg is drie op vier heel tevreden of tevreden. De tevredenheid in de transgenderzorg ligt dus hoger dan in de eerste- en tweedelijnszorg. Een mogelijke verklarende factor kan zijn dat deze zorg meer gespecialiseerd en gekend is met het genderthema waardoor negatieve factoren zoals ongepaste nieuwsgierigheid, gebruik van verkeerde voornaamwoorden en het moeten informeren van de hulpverlener hier niet voorkomt. De transgenderzorg heeft op zijn beurt specifieke uitdagingen die niet voorkomen in de eerste- en tweedelijnszorg. Zo vormen de wachttijden, problemen met chirurgische ingrepen en poortwachtersmodel belangrijke barrières in de transgenderzorg.

5.5 Beperkingen, sterktes en toekomstig onderzoek

Een eerste beperking van het onderzoek is dat het een relatief kleine steekproef is waardoor er geen garantie is dat de resultaten representatief zijn voor de volledige transgenderpopulatie. Er is mogelijk sprake van een selectiebias. Participanten moesten reeds de stap gezet hebben naar hulpverlening waardoor personen die deze stap nog niet gezet hebben, niet bevraagd zijn. Verder is het mogelijk dat enkel participanten met negatieve ervaringen uiting gaven hieraan. Om dit te voorkomen werd aandacht besteed (in de introductie en oproep) aan positieve ervaringen. De meerderheid van de participanten identificeert zich als (trans)man. Daarnaast zijn de meeste participanten hoogopgeleid. De gevonden factoren kunnen mogelijks een indicator vormen voor wat speelt binnen deze gemeenschap. Doordat de vragenlijst enkel in het Nederlands beschikbaar was, komen de participanten vermoedelijk grotendeels uit Vlaanderen en Nederland.

De tweede beperking is de keuze voor een gemakssteekproef, die een invloed kan hebben op de onderzoeksresultaten. Doordat de rekrutering grotendeels via sociale media liep, zijn de personen zonder deze kanalen niet of minder bereikt. Er werd gekozen voor sociale media omdat er zo veel mensen in korte tijd bereikt kunnen worden. Buiten het gegeven dat de vragenlijst mogelijks niet voor iedereen beschikbaar was, werd deze niet door iedereen volledig ingevuld. Slechts 76% vulde de vragenlijst volledig in. De reden hiervoor zou kunnen zijn dat er enkele open kwalitatieve vragen gesteld werden waardoor participanten afhaakten of dat de vragen te persoonlijk waren. Enkele participanten gaven feedback op de vragenlijst. Sommige vragen bleken subjectief en sturend over te komen.

Ondanks deze beperkingen heeft het onderzoek eveneens enkele sterktes. In het laatste deel van de vragenlijst gaven verschillende participanten het belang aan van dit soort onderzoek. De vragenlijst omvat een breed scala aan thema's zoals discriminatie, tevredenheid, vermijdingsgedrag,... Dit vormt een mogelijke basis voor verder en gespecificeerd onderzoek.

De resultaten van dit onderzoek geven mogelijks een aanzet tot verbetering van de eerstelijns-, tweedelijns- en transgenderzorg. Het in kaart brengen van zowel positieve als negatieve factoren zorgen voor een adequaat beeld van de hulpverlening. Een aanbeveling naar toekomstig onderzoek is om een onderzoek te doen naar zowel de ervaringen van transgender personen alsook de perspectieven van hulpverleners in kaart te brengen. Een andere aanbeveling zou kunnen zijn om de leeftijd in dit onderzoek (18-25 jaar) te vergelijken met andere leeftijdscategorieën. Verder zou het interessant zijn om een vergelijking te maken naar andere seksuele minderheden en met welke uitdagingen zij te maken krijgen in de hulpverlening.

6 Referentielijst

- American Psychological Association. (2012). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist*, 67(1), 10–42. <https://doi.org/10.1037/a0024659>
- American Psychiatric Association (2014). *Beknopt overzicht van de criteria (DSM-5)*. Nederlandse vertaling van de Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5. Amsterdam: Boom.
- Austin, A. & Goodman, R. (2018) Perceptions of transition-related health and mental health services among transgender adults. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 30(1), 17-32, DOI: 10.1080/10538720.2017.1408515
- Bockting, W.O., Robinson, B., Benner, A., & Scheltema, K. (2004). Patient satisfaction with transgender health services. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 30(4), 277-294. DOI: 10.1080/00926230490422467
- Bränström, R., & Pachankis, J. E. (2020). Toward rigorous methodologies for strengthening causal inference in the association between gender-affirming care and transgender individuals' mental health: response to letters. *The American Journal of Psychiatry*, 177(8), 769-772. DOI: 10.1176/appi.ajp.2020.2005059
- Burke, S.M., Manzouri, A.H., & Savic, I. (2017). Structural connections in the brain in relation to gender identity and sexual orientation. *Scientific Reports*, 7(1), 17954-12. DOI: 10.1038/s41598-017-17352-8
- Cavanaugh, T., Hopwood, R., & Lambert, C. (2016). Informed consent in the medical care of transgender and gender-nonconforming patients. *AMA journal of ethics*, 18(11), 1147-1155. DOI: 10.1016/j.cps.2018.03.016
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., Decuyper, G., Feldman, J., ... Zucker, K (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165-232. DOI: 10.1080/15532739.2011.700873
- Dessens, A., & Cohen-Kettenis, P. (2004). Problemen op het gebied van de genderidentiteit en genderrol. *Kind En Adolescent Praktijk*, 3(3), 65-72. doi:10.1007/BF03059513

- Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G., & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International Review of Psychiatry: Gender Dysphoria and Gender Incongruence*, 28(1), 44-57. DOI: 10.3109/09540261.2015.1115753
- Dolan, I., Strauss, P., Winter, S., & Lin, A. (2020). Misgendering and experiences of stigma in health care settings for transgender people. *Medical Journal of Australia*, 212(4), 150-151.e1. DOI: 10.5694/mja2.50497
- Eyssel, J., Koehler, A., Dekker, A., Sehner, S. & Nieder, T.O. (2017). Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey. *PLoS ONE* 12(8): e0183014. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183014>
- Federale Overheidsdienst Justitie. (2018). Je voornaam en geslachtsregistratie aanpassen bij de burgerlijke stand. Geraadpleegd op 28 april 2019 van https://justitie.belgium.be/sites/default/files/downloads/brochure_transgender_nl_2018-01.pdf
- Fife-Shaw, C. (2012). *Questionnaire design*. In G.M. Breakwell, J.A. Smith, & D.B. Wright (eds), *Research Methods in Psychology* (4th edition, 112-139). Sage Publications LTD: Los Angeles.
- Goldberg, A. E., Kuvalanka, K. A., Budge, S. L., Benz, M. B., & Smith, J. Z. (2019). Health care experiences of transgender binary and nonbinary university students. *The Counseling Psychologist*, 47(1), 59-97. DOI: 10.1177/0011000019827568
- Grant, J., Mottet, L., Tanis, J., Herman, J. L., Harrison, J., & Keisling, M. (2010). National transgender discrimination survey report on health and health care. DC: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force.
- Güldenring, A. (2015). A critical view of transgender health care in Germany: Psychopathologizing gender identity – Symptom of ‘disordered’ psychiatric/ psychological diagnostics?. *International Review of Psychiatry*, 27(5), 427-434. DOI: 10.3109/09540261.2015.1083948
- Heng, A., Heal, C., Banks, J., & Preston, R. (2018). Transgender peoples' experiences and perspectives about general healthcare: A systematic review. *International Journal Of Transgenderism*, 19(4), 359-378. DOI: 10.1080/15532739.2018.1502711
- IBM Corp. (2017). IBM SPSS Statistics for Windows (Version 26.0). Armonk, NY: IBM Corp.

- James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2016). The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey. Washington, DC: National Center for Transgender Equality.
- Jones, B., Bouman, W.P., Haycraft, E., & Arcelus, J. (2019). Mental health and quality of life in non-binary transgender adults: A case control study. *International Journal of Transgenderism: Non-binary and Genderqueer Genders*, 20(2-3), 251-262. DOI: 10.1080/15532739.2019.1630346
- Kosenko, K., Rintamaki, L., Raney, S., & Maness, K. (2013). transgender patient perceptions of stigma in health care contexts. *Medical Care*, 51(9), 819-822. DOI: 10.1097/mlr.0b013e31829fa90d
- Kuyper, L. & Wijsen, C. (2014). Gender identities and gender dysphoria in the netherlands. *The Official Publication of the International Academy of Sex Research*, 43(2). 377-385. DOI: 10.1007/s10508-013-0140-y
- Matsuno, E., & Budge, S. (2017). Non-binary/genderqueer identities: a critical review of the literature. *Current Sexual Health Reports*, 9(3), 116-120. DOI: 10.1007/s11930-017-0111-8
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674–697. DOI: 10.1037/0033-2909.129.5.674
- Miller-Perusse M., Horvath, K.J., Chavanduka, T., & Stephenson, R. (2019) recruitment and enrollment of a national sample of transgender youth via social media: experiences from project moxie. *Transgender Health*, 4(1), 157-161. DOI: 10.1089/trgh.2018.0062
- Motmans, J., Nieder, T.O., & Bouman W P. (2017) Special issue of the international journal of transgenderism: nonbinary and genderqueer genders. *International Journal of Transgenderism*, 18:2, 239. DOI: 10.1080/15532739.2017.1314152.
- Motmans, J., Nieder T.O., & Bouman, W.P. (2019) Transforming the paradigm of nonbinary transgender health: A field in transition. *International Journal of Transgenderism*, 20:2-3, 119-125, DOI: 10.1080/15532739.2019.1640514
- Motmans, J., T'Sjoen, G., & Meier, P. (2015). *Geweldervaringen van transgender personen in België*. Gent/Antwerp: University of Gent/University of Antwerp.

- Motmans J., Wyverkens, E., & Defreyne, J. (2017) Being transgender in Belgium: ten years later. brussels: institute for the equality of women and men. Geraadpleegd op 27 november 2019 van https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/118_-_being_transgender_in_belgium.pdf
- Principle 17. (2016). rapport transzorg in Nederland. Geraadpleegd op 27 november 2019 van http://www.principle17.org/sites/default/files/rapport%20p17_web.pdf
- Richards, C., Bouman W P., Seal, L., Barker, M G., Nieder T.O., & T'Sjoen, G. (2016) Non-binary or genderqueer genders. *International Review of Psychiatry*, 28:1, 95-102. DOI: 10.3109/09540261.2015.1106446
- Ross, K. A.E, Law, M.P, & Bell, A. (2016). Exploring healthcare experiences of transgender individuals. *Transgender Health*, 1(1), 238-249. DOI: <http://doi.org/10.1089/trgh.2016.0021>
- Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg. (z.d.). Eerstelijnsgezondheidszorg. Opgevraagd op 14 februari 2020 van <http://www.vlaamseels.be/drupal/?q=node/2>
- Schuster, M., Reisner, S., & Onorato, S. (2016). Beyond bathrooms — meeting the health needs of transgender people. *The New England Journal of Medicine*, 375(2), 101-103. DOI: 10.1056/nejmp1605912
- Steensma, T., T'Sjoen, G., Bouman, B. & Heylens, G. (2018) *Genderdysforie*. In: L. Gijs, L. Aerts, M. Dewitte, P. Enzlin, J. Georgiadis, B. Kreukels & E. Meuleman (Red.). *Leerboek Seksuologie* (3de herziene druk, 387 – 405). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Testa, R., Michaels, M., Bliss, W., Rogers, M., Balsam, K., & Joiner, T. (2017). suicidal ideation in transgender people: gender minority stress and interpersonal theory factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 125-136. DOI: 10.1037/abn0000234
- Transgender Europe. (2019). Guidelines to human rights-based trans-specific healthcare. Geraadpleegd op 6 augustus 2020 van <https://tgeu.org/wp-content/uploads/2019/12/TGEU-Guidelines-to-Human-Rights-Based-Trans-specific-Healthcare-EN.pdf>
- Transgender Infopunt. (2018, 18 maart). Transgender Zorgpad [Foto]. Geraadpleegd van <https://transgenderinfo.be/m/zorg/zorgpad/>
- Transgender Infopunt. (2018). Transgender zorgpad. Geraadpleegd op 17 april 2019 van <http://transgenderinfo.be/wp-content/uploads/transgender-zorgpad-15-03-18.pdf>

- Transgender Infopunt. (2020). Lange wachtlijsten voor transgenderzorg. Geraadpleegd op 9 juni 2020 van <https://transgenderinfo.be/lange-wachtlijsten-voor-transgenderzorg/>
- Transgender Infopunt. (z.d.). Identiteit: Genderontwikkeling. Geraadpleegd op 9 juni 2020 van <http://transgenderinfo.be/m/identiteit/genderontwikkeling/>
- Transgenderzorg. (z.d.). Hormoontherapie. Opgevraagd op 18 juli 2020 van <https://transgenderzorg.be/transgenderzorg/hormoontherapie>
- T'Sjoen, G., Van Trotsenburg, M., & Gijs, L. (2013). *Transgenderzorg*. Leuven: Acco.
- van Hove, H. (2018). Transgender personen in België die een wijziging van de officiële geslachtsvermelding aanvragen – 2018. Geraadpleegd op 30 april 2019 van https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/trans_cijfers_rijksregister_2018_nl.pdf
- van Lanen, B. & van der Donk, C. (2016). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn* (Tweede, herziene druk 2015). Bussum: Coutinho.
- Vance, S.R., Ehrensaft, D., & Rosenthal, S.M. (2014). Psychological and medical care of gender nonconforming youth. *Pediatrics (Evanston)*, *134*(6), 1184-1192. DOI: 10.1542/peds.2014-0772
- Vincent, B. W. (2018). Studying trans: recommendations for ethical recruitment and collaboration with transgender participants in academic research. *Psychology & Sexuality*, *9*(2), 102-116. DOI: 10.1080/19419899.2018.1434558
- Weir, C., & Piquette, N. (2018). Counselling transgender individuals: issues and considerations. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, *59*(3), 252-261. DOI: 10.1037/cap0000129
- White Hughto, J., Rose, A., Pachankis, J., & Reisner, S. (2017). barriers to gender transition-related healthcare: identifying underserved transgender adults in massachusetts. *Transgender Health*, *2*(1), 17-118. DOI: 10.1089/trgh.2017.0014
- Wiepjes, C., Nota, N., De Blok, C., Klaver, M., De Vries, A., Wensing-Kruger, S., . . . Den Heijer, M. (2018). The Amsterdam Cohort of gender dysphoria study (1972–2015): trends in prevalence, treatment, and regrets. *The Journal of Sexual Medicine*, *15*(4), 582-590. DOI: 10.1016/j.jsxm.2018.01.016

- World Health Organization. (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). Geraadpleegd op 18 juni 2020 van <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Wylie, K., Knudson, G., Khan, S., Bonierbale, M., Watanyusakul, S., & Baral, S. (2016). Serving transgender people: Clinical care considerations and service delivery models in transgender health. *The Lancet*, 388(10042), 401-411. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)00682-6
- Zorgvuldig Advies & Principle 17. (2019). Onderzoeksrapport ervaringen en behoeften van transgenders in de zorg. Geraadpleegd op 21 juni 2020 van https://zorgvuldigadvies.nl/wp-content/uploads/2019/11/Onderzoeksrapport-ervaringen-en-behoeften-van-transgenders-in-de-zorg-v.1_compressed-2.pdf
- Zucker, K. J. (2017). Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sexual Health*, 14(5), 404. DOI: 10.1071/sh17067
- Zucker, K. J. & Lawrence, A. A. (2009). epidemiology of gender identity disorder: recommendations for the standards of care of the world professional association for transgender health. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 8-18. DOI: 10.1080/15532730902799946.
- Yogyakarta Principles. (2007). The Yogyakarta Principles. Principles on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation and Gender Identity. Geraadpleegd op 26 mei 2020 van <http://yogyakartaprinciples.org/principle-18/>

7 Bijlagen

Bijlage A Vragenlijst

Vragenlijst Transgenders

Welkom bij de vragenlijst over bevorderende en belemmerende factoren in de eerste lijns-, tweedelijns- en transgenderzorg. Via deze vragenlijst wordt er gepeild naar uw ervaringen met betrekking tot de hulpverlening die u genoten heeft. Om deel te kunnen nemen is het nodig dat u reeds de stap hebt gezet naar hulpverlening gericht op uw transitie.

Doel van het onderzoek

Het doel van deze studie is om in kaart te brengen hoe transgender personen de eerstelijns-, tweedelijns- en transgenderzorg ervaren en evalueren. Meer specifiek is de onderzoeksvraag: Wat zijn de Belemmerende en Bevorderende Factoren in de Hulpverlening aan Transgenderjongvolwassenen van 18-25 jaar?

Voorwaarden voor deelname

Er zijn enkele voorwaarden waaraan u moet voldoen om deel te nemen aan dit onderzoek. De eerste is dat u tussen de 18-25 jaar oud bent. Daarnaast moet u zich identificeren als trans*persoon. Hiermee worden personen bedoeld die zich niet identificeren met het bij geboorte toegekende geslacht of zich niet binnen het binaire denken van man en vrouw plaatsen. Als laatste moet u de Nederlandse taal beheersen.

Duur van de vragenlijst

Het invullen van de online vragenlijst zal ongeveer 15 minuten van uw tijd vragen.

Vertrouwelijke informatie

De informatie verkregen met deze vragenlijst is vertrouwelijk. De gegevens worden volledig gepseudonimiseerd en worden enkel voor onderzoekdoeleinden gebruikt. Verkregen data worden niet doorgegeven aan derde personen. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. U kan uw deelname aan de vragenlijst op elk moment stopzetten zonder dat u hiervoor een reden moet geven.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat

- Deze studie heeft goedkeuring van het EC onderzoek UZ/KU Leuven en Commissie voor Medische Ethiek UZ Gent.

- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang.
- De gegevens die met uw deelname worden verzameld zijn volledig anoniem. Er worden geen persoonsgegevens zoals naam, geboortedatum, adres, enzovoort verspreid. Bij publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- In het geval van problemen of vragen kan u contact op nemen met de onderzoeker via anke.struyven@student.kuleuven.be. Of via de promotors van deze studie erick.janssen@kuleuven.be en luk.gijs@kuleuven.be

Alvast hartelijk dank voor uw interesse en/of deelname aan dit onderzoek. U heeft de mogelijkheid om aan het einde van de vragenlijst uw contactgegevens (e-mailadres) te geven om de resultaten van het onderzoek te ontvangen.

Indien u akkoord bent, kruis aan

- Ik verklaar dat ik bovenstaande informatie heb gelezen en begrijp dat mijn deelname anoniem en vrijwillig is.

Om deel te nemen aan dit onderzoek moet u meerderjarig (18 jaar) zijn.

- Ik verklaar hierbij meerderjarig te zijn

In samenwerking met



DEEL 1 - PERSOONLIJKE GEGEVENS

Vraag 1 - Hoe oud bent u?

- ▼ 17 of jonger (1), 18 jaar, 19 jaar, 20 jaar, 21 jaar, 22 jaar, 23 jaar, 24 jaar, 25 jaar 26 of ouder (10)

↳ Display This Question:

If Hoe oud bent u? = 17 of jonger

In dit onderzoek ligt de focus op de leeftijd van 18-25 jaar. Indien u vragen of opmerkingen hieromtrent hebt kan u contact opnemen met de onderzoekers of via de laatste stap uw opmerking te formuleren.

Skip To: Q63 If In dit onderzoek ligt de focus op de leeftijd van 18-25 jaar. Indien u vragen of opmerkingen hier... Is Displayed

↳ Display This Question:

If Hoe oud bent u? = 26 of ouder

In dit onderzoek ligt de focus op de leeftijd van 18-25 jaar. Indien u vragen of opmerkingen hieromtrent hebt kan u contact opnemen met de onderzoekers of via de laatste stap uw opmerking te formuleren

Skip To: Q63 If In dit onderzoek ligt de focus op de leeftijd van 18-25 jaar. Indien u vragen of opmerkingen hier... Is Displayed

Vraag 2 - Wat is uw nationaliteit?

- Belgisch
- Nederlands
- Andere _____

Vraag 3 - Wat is uw huidige opleidingsniveau?

- Geen opleiding/onvolledig basisonderwijs
- Basisonderwijs
- Middelbaar/geen diploma
- Middelbaar/wel diploma
- Hoger Beroepsonderwijs
- Professionele bachelor (Hogeschool)
- Universitaire academische bachelor
- Universitair masterdiploma
- Doctoraat
- Andere _____

DEEL 2 - GENDERIDENTITEIT

Vraag 4 - Bij uw geboorte werd u geregistreerd als

- Man
- Vrouw

Vraag 5 - Hoe ervaart of benoemt u uw genderidentiteit?

- Man
- Vrouw
- Man die aan travestie doet
- Vrouw die aan travestie doet
- Transman (persoon met een vrouwelijk geboortegeslacht maar een mannelijke genderidentiteit)
- Transvrouw (persoon met een mannelijke geboortegeslacht maar een vrouwelijke genderidentiteit)
- Genderqueer (ziet zichzelf niet binnen stereotype hokjes van man of vrouw)
- Non-binair (mannelijke en vrouwelijke identiteitskenmerken gecombineerd, zich man én vrouw voelt, of noch man noch vrouw, of zich helemaal buiten deze hokjes plaatst)
- Genderfluïde (voelen zich een dynamische mengeling van man en vrouw: de ene dag meer/noch man, de andere dag meer/noch vrouw)

Vraag 6 - Hoe vaak leeft u in uw gewenste genderrol?

	Nooit	Weinig	Soms	Regelmatig	Altijd
In het openbaar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Privé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

↳ Display This Question:

If Hoe vaak leeft u in uw gewenste genderrol? = **In het openbaar [Nooit]**

Vraag 6A - Wat zijn de redenen dat u in het openbaar **nooit** in uw gewenste genderrol leeft?

↳ Display This Question:

If Hoe vaak leeft u in uw gewenste genderrol? = In het openbaar [**Weinig**]

Vraag 6B - Wat zijn de redenen dat u in het openbaar **weinig** in uw gewenste genderrol leeft?

↳ Display This Question:

If Hoe vaak leeft u in uw gewenste genderrol? = In het openbaar [**Soms**]

Vraag 6C - Wat zijn de redenen dat u in het openbaar **soms** in uw gewenste genderrol leeft?

↳ Display This Question:

If Hoe vaak leeft u in uw gewenste genderrol? = In het openbaar [**Regelmatig**]

Vraag 6D - Wat zijn de redenen dat u in het openbaar **regelmatig** in uw gewenste genderrol leeft?

↳ Display This Question:

If Hoe vaak leeft u in uw gewenste genderrol? = In het openbaar [**Altijd**]

Vraag 6E - Wat zijn de redenen dat u in het openbaar **altijd** in uw gewenste genderrol leeft?

Vraag 7 - Op een schaal van 0-100 waarbij 100 heel positief is, hoe positief staat u tegenover uw genderidentiteit? Genderidentiteit is de innerlijk beleving van het vrouw en/of/noch man zijn.

Helemaal niet positief

Heel positief

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Vraag 8 - Op een schaal van 0-100 waarbij 100 heel negatief is, hoe negatief staat u tegenover uw genderidentiteit?

Helemaal niet negatief

Heel negatief

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Vraag 9 - Is de diagnose "gender incongruentie" ooit bij u gesteld? Gender incongruentie wordt gekenmerkt door een duidelijke en aanhoudende incongruentie tussen het ervaren gender van een individu en het toegewezen geslacht.

Ja

Nee

Vraag 10 - Is de diagnose "genderdysforie" ooit bij u gesteld? De term genderdysforie wordt gebruikt voor personen die lijdensdruk(distress) veroorzaakt door de incongruentie tussen het toegewezen geslacht en de ervaren genderidentiteit.

- Ja
- Nee

Vraag 11 - Wie, in de hulpverleningscontext, heeft het vermoeden van genderincongruentie of genderdysforie als eerste benoemd?

DEEL 3 - EERSTELIJNS- EN TWEDELIJNSZORG

Eerstelijnszorg is algemene professionele zorg (bijvoorbeeld door een huisarts). De persoon kan zelf naar de hulpverlener toestappen zonder doorverwijzing. Tweedelijnszorg zijn hulpverleners die werkzaam zijn in algemene ziekenhuizen of zorgcentra. De zorg is enkel toegankelijk na doorverwijzing. Derdelijnszorg is zorg die enkel op doorverwijzing mogelijk en zeer gespecialiseerd is. Transgenderzorg valt onder deze laatste categorie en wordt verder nog bevraagd.

Vraag 12 - Welke zorg heeft u reeds ontvangen? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- Psychologische/psychotherapeutische zorg of begeleiding
- Maatschappelijk werk (CAW, CGG, JAC)
- Seksuologische zorg
- Gynaecologie/andrologie
- Fysiotherapie
- Psychiater
- Alternatieve zorg
- Tandarts
- Huisarts
- Endocrinoloog
- Chirurg
- Andere _____

Vraag 13 - Hoe regelmatig ontvangt u zorg?

	Nooit	Eens/maand	Een paar keer/maand	Eens/week	Altijd/dagelijks
Eerstelijnszorg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tweedelijnszorg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transgenderzorg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vraag 14 - De ervaringen die u heeft gehad met eerstelijnszorg zijn over het algemeen

- Heel positief
- Positief
- Neutraal
- Negatief
- Heel negatief

Vraag 15 - De ervaringen die u heeft gehad met tweedelijnszorg zijn over het algemeen

- Heel positief
- Positief
- Neutraal
- Negatief
- Heel negatief

↳ Display This Question:

If De ervaringen die u heeft gehad met eerstelijnszorg zijn over het algemeen = **Heel positief**

Or De ervaringen die u heeft gehad met eerstelijnszorg zijn over het algemeen = **Positief**

Vraag 14A - Welke factoren maakten dat de eerstelijnszorg als positief werden ervaren door u?

↳ Display This Question:

If De ervaringen die u heeft gehad met eerstelijnszorg zijn over het algemeen = **Negatief**

Or De ervaringen die u heeft gehad met eerstelijnszorg zijn over het algemeen = **Heel negatief**

Vraag 14B - Welke factoren maakte dat de eerstelijnszorg als negatief werden ervaren door u?

↳ Display This Question:

If De ervaringen die u heeft gehad met tweedelijnszorg zijn over het algemeen = **Positief**

Or De ervaringen die u heeft gehad met tweedelijnszorg zijn over het algemeen = **Heel positief**

Vraag 15A - Welke factoren maakte dat de tweedelijnszorg als positief werden ervaren door u?

↳ Display This Question:

If De ervaringen die u heeft gehad met tweedelijnszorg zijn over het algemeen = **Negatief**

Or De ervaringen die u heeft gehad met tweedelijnszorg zijn over het algemeen = **Heel negatief**

Vraag 15B - Welke factoren maakte dat de tweedelijnszorg als negatief werden ervaren door u?

Vraag 16 - Voelde u zich over het algemeen geaccepteerd als transgender persoon?

	Ja	Gedeeltelijk	Nee
In de eerstelijnszorg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In de tweedelijnszorg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vraag 17 - Heeft u ooit contact vermeden omwille van uw genderidentiteit?

	Met eerstelijnszorg	Met tweedelijnszorg
Nee	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja, ik ga enkel als het echt noodzakelijk is	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja, ik ga nooit naar een hulpverlener	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vraag 18 - Heeft u ooit contact vermeden met eerstelijnszorg omwille van negatieve verwachtingen over of negatieve ervaringen met de hulpverlening?

- Ja
- Nee

vraag 19 - Heeft u ooit contact vermeden met tweedelijnszorg omwille van negatieve verwachtingen over of negatieve ervaringen met de hulpverlening?

- Ja
- Nee

↳ Display This Question:

If Heeft u ooit contact vermeden omwille van uw genderidentiteit? = Met eerstelijnszorg [**Ja, ik ga enkel als het echt noodzakelijk is**]

Or Heeft u ooit contact vermeden omwille van uw genderidentiteit? = Met eerstelijnszorg [**Ja, ik ga nooit naar een hulpverlener**]

Vraag 18A - Kwam het vermijden van eerstelijnszorg door een eerdere negatieve ervaring?

- Ja (zou u eventueel de situatie kunnen omschrijven)
- Nee

↳ Display This Question:

If Heeft u ooit contact vermeden omwille van uw genderidentiteit? = Met tweedelijnszorg [**Ja, ik ga enkel als het echt noodzakelijk is**]

Or Heeft u ooit contact vermeden omwille van uw genderidentiteit? = Met tweedelijnszorg [**Ja, ik ga nooit naar een hulpverlener**]

Vraag 19A - Kwam het vermijden van tweedelijnszorg door een eerdere negatieve ervaring?

- Ja (zou u eventueel de situatie kunnen omschrijven)
- Nee

Vraag 20 - Welke van onderstaande ervaringen heeft u reeds meegemaakt in de eerste- en tweedelijnszorg? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- Geweigerde toegang tot zorg
- Niet met gekozen voornaam en/of voornaamwoord worden aangesproken
- Kritiek op uiterlijk, gedrag of ideeën
- Ongepaste nieuwsgierigheid
- Dreigementen
- Ongewenste intimiteiten
- Inbreuk op de privacy

- Het moeten informeren van de hulpverlener over transgenders/genderidentiteit
- Andere (omschrijf de ervaring)

Vraag 21 - Heeft u ooit te maken gekregen met stigmatisering of discriminatie in de eerste- en tweedelijnszorg? Stigmatisering is wanneer een groep personen negatief wordt gelabeld, veroordeeld en uitgesloten. Discriminatie is het ongelijk behandelen of achterstellen van een bepaalde groep mensen.

- Ja
- Nee

DEEL 4 - TRANSGENDERZORG

Vraag 22 - Op welke leeftijd heeft u voor het eerst hulp gezocht omtrent uw genderidentiteit?

▼ 1-4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25

Vraag 23 - Welke transspecifieke interventies heeft u reeds ondergaan? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- Assessment bij een psycholoog en/of psychiater
- Puberteitsremmers
- Genderbevestigende hormoonbehandeling
- mastectomie (weghalen of verkleining van de borsten) of borstvergroting
- Hysterectomie/ovariectomie (weghalen van baarmoeder en eierstokken) of orchiëctomie(weghalen van de testis)
- Logopedie
- Stemchirurgie
- Genitale chirurgie (vaginoplastie, metadoioplastie of falloplastie)
- Gelaatschirurgie

Vraag 24 - Ervaarde u drempels om hulp te zoeken?

- Nee
- Ja
- ↳ Display This Question:

If Ervaarde u drempels om hulp te zoeken? = Ja

Vraag 24A - Welke drempels ervaarde u om hulp te zoeken? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- Financiële redenen
- Ontkenning van genderidentiteit
- Geen nood aan hulp
- Geen vertrouwen in het aanbod
- Niet weten waar ik terecht kon
- Ik durfde/durf niet
- Ik sta niet achter de behandelwijze in België of Nederland
- Te lange wachttijden
- Angst voor oordelende hulpverleners
- Ik weet niet goed wat te verwachten
- andere redenen;

Vraag 25 - De ervaringen die u gehad hebt met de transgenderzorg zijn

- Heel positief
- Positief
- Neutraal
- Negatief
- Heel negatief

Vraag 26 - In welke mate bent/was u tevreden over de psychologische ondersteuning in de transgenderzorg?

- Heel tevreden
- Tevreden
- Neutraal
- Ontevreden

- o Heel ontevreden

Vraag 27 - Hoe tevreden bent u over de informatie over transgenderzorg die u over het algemeen verkregen heeft?

- o Heel tevreden
- o Tevreden
- o Neutraal
- o Ontevreden
- o Heel ontevreden

↳ Display This Question:

If In welke mate bent/was u tevreden over de psychologische ondersteuning in de transgenderzorg? = **Heel tevreden**

Or In welke mate bent/was u tevreden over de psychologische ondersteuning in de transgenderzorg? = **Tevreden**

Vraag 27A - Wat maakte dat u tevreden was over de psychologische hulpverlening? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- De psycholoog was geruststellend en aanmoedigend
- Er werd gevraagd naar mijn mening over het verloop van de therapie
- De psycholoog was makkelijk in vertrouwen te nemen
- De psycholoog had een goede kijk op mijn problemen
- De psycholoog voelde me goed aan
- De psycholoog gaf me toegang tot verdere medische interventies voor geslachtsaanpassing
- De psycholoog was deskundig
- Andere _____

↳ Display This Question:

If In welke mate bent/was u tevreden over de psychologische ondersteuning in de transgenderzorg? = **Ontevreden**

Or In welke mate bent/was u tevreden over de psychologische ondersteuning in de transgenderzorg? = **Heel ontevreden**

Vraag 27B - Wat maakte dat u ontevreden was over de psychologische hulpverlening?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- De psycholoog was niet geruststellend en niet aanmoedigend
- Er werd niet gevraagd naar mijn mening over het verloop van de therapie
- De psycholoog was moeilijk in vertrouwen te nemen
- De psycholoog had een slechte kijk op mijn problemen
- De psycholoog voelde me niet goed aan
- Ik had moeite met de rol van de psycholoog als gatekeeper. Gatekeeper is iemand die de toegang medische interventies voor geslachtsaanpassing toekent.
- De psycholoog was niet deskundig
- Andere _____

Vraag 28 - Welke factoren maakte dat transgenderzorg als positief werd ervaren door u?

Vraag 29 - Welke factoren maakte dat transgenderzorg als negatief werden ervaren door u?

Vraag 30 - Wat wilt u verbeterd zien in de transgenderzorg? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- Meer rekening houden met individuele behoeften en zorgen
- Eén contactpersoon aanstellen voor mijn behandeltraject
- Feedback mogen geven op het einde van de behandeling
- Duidelijkere informatie ontvangen
- Het verkorten van de wachtlijsten
- Training voorzien voor medewerkers
- Verhogen van aantal gespecialiseerde hulpverleners
- Vergroten van kennis omtrent behoeften van non-binaire personen
- Toegang tot behandeling baseren op het gegeven dat mensen dit zelf willen
- Genderdysforie niet zien als mentale stoornis
- Het aflassen van de noodzaak van een diagnose om hormonen of een operatie te krijgen

Andere, namelijk: _____

DEEL 5 - AANBEVELINGEN

Vraag 31 - Wat zou er moeten gebeuren om de eerstelijnszorg te verbeteren voor jou, als transgender persoon?

Vraag 32 - Wat zou er moeten gebeuren om de tweedelijnszorg te verbeteren voor jou, als transgender persoon

Vraag 33 - Wat wil u verbeterd zien in de transgenderzorg?

Vraag 34 - Wat wil u specifiek verbeterd zien in uw eigen behandeltraject in de transgenderzorg?

We zijn aan het einde gekomen van deze vragenlijst. Wil u nog opmerkingen toevoegen over thema's die u gemist hebt of over deze vragenlijst of dit onderzoek als zodanig

Indien er nog vragen of problemen zouden zijn na het invullen van deze vragenlijst of u hebt nood aan een gesprek kan u mij altijd contacteren via anke.struyven@student.kuleuven.be of mijn promotor erick.janssen@kuleuven.be. Daarnaast kan u ook contact opnemen met mijn co-promotor die gespecialiseerd is in transgenderzorg in Nederland via luk.gijs@kuleuven.be

Veel dank voor deelname aan deze vragenlijst. Hieronder kan u nog enkele opmerkingen of belangrijke mededelingen toevoegen. U mag hier eventueel uw e-mailadres doorgeven indien u de resultaten van het onderzoek wil ontvangen. Uiteraard blijft deze informatie vertrouwelijk.

↳ Display This Question:

If In dit onderzoek ligt de focus op de leeftijd van 18-25 jaar. Indien u vragen of opmerkingen hier... Is Displayed

Or Or In dit onderzoek ligt de focus op de leeftijd van 18-25 jaar. Indien u vragen of opmerkingen hier... Is Displayed

Indien er nog vragen of problemen zouden zijn nadat u doorverwezen bent naar het einde van dit onderzoek of u hebt nood aan een gesprek kan u mij altijd contacteren via anke.struyven@student.kuleuven.be of mijn promotor erick.janssen@kuleuven.be. Daarnaast kan u ook contact opnemen met mijn co-promotor die gespecialiseerd is in transgenderzorg in Nederland via luk.gijs@kuleuven.be

Hieronder kan u nog enkele opmerkingen toevoegen.

Bijlage B Constructie vragenlijst

DEEL I _ DEMOGRAFISCHE GEGEVENS

Vraag 1 – leeftijd	}	Persoonlijke constructie
Vraag 2 – nationaliteit		
Vraag 3 – opleidingsniveau		

DEEL II _ GENDERIDENTITEIT

Vraag 4 – geboortegeslacht	Persoonlijke constructie	
Vraag 5 – ervaren genderidentiteit	Leven als transgender persoon in België, Motmans, Wyverkens & Defreyne (2017).	
Vraag 6 – leven in gewenste genderrol	Transgender Survey. James et al. (2016).	
Vraag 7 + 8 – schaal vraag positief of negatief tegenover genderidentiteit	}	Persoonlijke constructie
Vraag 9 – diagnose gender incongruentie		
Vraag 10 diagnose genderdysforie		
Vraag 11 – diagnose als eerste benoemd		

DEEL III _ EERSTE- EN TWEDELIJNSZORG

Vraag 12 – ontvangen zorg	}	Persoonlijke constructie
Vraag 13 – frequentie zorg		
Vraag 14 + 15 – ervaringen eerstelijnszorg		
Vraag 16 – acceptatie	}	Transgender Survey
Vraag 17 + 18 – Vermijden van contact		
Vraag 19 – contact vermeden door negatieve ervaringen		
Vraag 20 – welke ervaringen meegemaakt	Aangepast met inspiratie onderzoek 'Leven als transgender persoon in België'.	
Vraag 21 – stigmatisering of discriminatie	Persoonlijke constructie	

DEEL IV _ TRANSGENDERZORG

Vraag 22 – leeftijd hulp gezocht	}	'Leven als transgender persoon in België'
Vraag 23 – welke interventies		

Vraag 24 – drempels om hulp te zoeken

Aangepast met inspiratie onderzoek 'Leven als transgender persoon in België'.

Vraag 25 – ervaringen met transgenderzorg

Vraag 26 – tevredenheid psychologische ondersteuning

Vraag 27 – tevredenheid verkregen informatie

Vraag 28 – positieve factoren

Vraag 29 – negatieve factoren

Persoonlijke constructie

Vraag 30 – verbeteringen transgenderzorg

Aangepast met inspiratie onderzoek 'Transgender Survey'

DEEL V _ AANBEVELINGEN

Vraag 31 – aanbevelingen eerstelijnszorg

Vraag 32 – aanbevelingen tweedelijnszorg

Vraag 33 – aanbevelingen transgenderzorg

Vraag 34 – Persoonlijkebehandeltraject

Aanpassing van onderzoek 'Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey

Persoonlijke constructie

Bijlage D Uitnodigingsbrief organisaties

Hallo iedereen!

Mijn naam is Anke en ik studeer Seksuologie aan de KU Leuven. Voor mijn masterproef doe ik onderzoek naar het hulpverleningstraject van transgenders en de positieve en negatieve aspecten hierin. De thema's die aan bod komen zijn het gebruik, de kwaliteit en de effectiviteit van de hulpverlening.

Voor het onderzoek ben ik op zoek naar trans*personen (transgender, gendervariant, gender non-binair en genderfluïde) van 18 tot en met 25 jaar die reeds een eerste aanmelding hebben gehad bij een genderteam of een reguliere hulpverlening rond hun genderidentiteit.

Bent u bereid om 10 minuten van uw tijd te investeren in een vragenlijst rond dit onderwerp? Dan kan u via deze link https://kuleuven.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_3pKUHvqOf8kWIct de vragenlijst invullen. Tijdens deelname aan het onderzoek en verwerking van de gegevens wordt uw privacy gegarandeerd.

Bij vragen mag u mij steeds contacteren via anke.struyven@student.kuleuven.be

Bij voorbaat dank, Anke Struyven

PARTICIPANTEN GEZOCHT



Als deel van een onderzoek aan de KU Leuven in kader van de opleiding Master Seksuologie ben ik op zoek naar participanten voor een **vragenlijst**. Binnen dit onderzoek wordt **uw hulpverleningstraject** bekeken en wat hierbij **positieve** en **negatieve aspecten** zijn. De thema's die aan bod komen zijn het gebruik, de kwaliteit en de effectiviteit van de hulpverlening.

We zoeken **trans*personen** (transgender, gendervariant, gender non-binair en genderfluïde) van **18 tot en met 25 jaar** die reeds een **eerste aanmelding** hebben gehad bij een genderteam of een reguliere hulpverlening rond hun genderidentiteit. Op deze manier trachten we een beeld te vormen over de krachten en valkuilen in de hulpverlening.



Bent u bereid om 10 minuten van uw tijd te investeren in een vragenlijst rond dit onderwerp? Scan dan onderstaande **QR Code** of via deze link https://kuleuven.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_3pKUHvgOf8kWlCt . Bij vragen mag u mij steeds contacteren via anke.struyven@student.kuleuven.be

Bij voorbaat dank,
Anke Struyven



PARTICIPANTEN GEZOCHT

KU LEUVEN

Mijn naam is Anke en ik studeer Seksuologie aan de KU Leuven. Voor mijn masterproefonderzoek ben ik op zoek naar participanten.

Bent u een trans*persoon (transgender, gendervariant, gender non-binair of genderfluïde) en 18 – 25 jaar? Wilt u deelnemen aan een vragenlijst over uw hulpverleningstraject en de positieve en negatieve aspecten hieromtrent?

Scan dan onderstaande QR-code of volg de link voor deelname en meer informatie



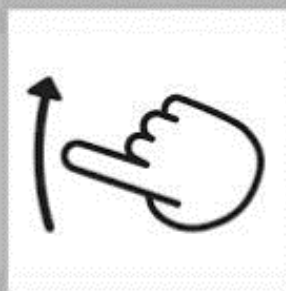
PARTICIPANTEN GEZOCHT

KU LEUVEN

Mijn naam is Anke en ik studeer Seksuologie aan de KU Leuven. Voor mijn masterproefonderzoek ben ik op zoek naar participanten.

Bent u een trans*persoon (transgender, gendervariant, gender non-binair of genderfluïde) en 18 – 25 jaar? Wilt u deelnemen aan een vragenlijst over uw hulpverleningstraject en de positieve en negatieve aspecten hieromtrent?

Swipe up om naar het onderzoek te gaan en meer informatie te ontvangen.



Bijlage F Gecontacteerde organisaties

GECONTACTEERDE ORGANISATIES OF FACEBOOKGROEPEN	GEDEELD?
<i>Acanta</i>	Zelf gedeeld
<i>Anders gewoon</i>	Neen
<i>Cavaria</i>	Neen
<i>De Flamingo's</i>	Neen
<i>De genderbende nieuws</i>	Zelf gedeeld
<i>Enig verschil</i>	Ja
<i>GenderAcept</i>	Ja
<i>Genderbende</i>	Neen
<i>Gendercontact</i>	Neen
<i>Genderdiversiteit</i>	Neen
<i>Het Roze Huis</i>	Neen
<i>Partner Transgender</i>	Neen
<i>Regenbooghuis Limburg</i>	Ja
<i>T-Nederland</i>	Neen
<i>TG België</i>	Ja
<i>Transgender Infopunt</i>	Ja
<i>Transgender support groep Nederland/België</i>	Ja
<i>Unique</i>	Ja
<i>Vlaamse Genderkring</i>	Ja
<i>Wel jong, niet hetero</i>	Neen

Bijlage G Codeersysteem

POSITIEVE FACTOREN EERSTE- EN TWEEDELIJNSZORG

- Intrapersoonlijke factoren*
 - Vriendelijkheid en nabijheid
 - Open minded
 - Meegaand
- Interpersoonlijke factoren*
 - Niet oordelend
 - Geruststelling bieden en begrip tonen
 - Serieus nemen
 - Goede hulp en steun bieden
 - Behandelen met respect
 - Vertrouwen, goede band of klik
- Genderthema*
 - Correcte termen en namen gebruiken
 - Transvriendelijk
 - Genderidentiteit niet centraal stellen

NEGATIEVE FACTOREN EERSTE- EN TWEEDELIJNSZORG

- Interpersoonlijke factoren*
 - Niet serieus nemen
 - Niet begrepen worden
- Genderthema*
 - Herhaaldelijk verkeerde voornaam(woorden) gebruiken
 - Gebrek aan kennis
 - Persoonlijke vragen die buiten de hulpvraag liggen

POSITIEVE FACTOREN TRANSGENDERZORG

- Proces en organisatie*
 - Niet moeilijk doen over interventies
 - Goede communicatie
 - Snelle doorverwijzing/tempo
 - Vlot trajectverloop
 - Eigen tempo
 - Positieve ervaring met verschillende disciplines
 - Resultaten medische en chirurgische interventies
- Hulpverlenersfactoren*
 - Deskundigheid
 - Goede en duidelijke uitleg
 - Acceptatie en zichzelf kunnen zijn
 - Serieus nemen en tijd nemen
 - Veiligheid
 - Goede klik

Wachttijden

- Poortwachtersmodel*
 - Verantwoorden tegenover psycholoog
 - Niet eens zijn met de organisatie

- | | |
|------------------------------|--|
| <i>Communicatie</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Inflexibiliteit in afspraken - Communicatie via psycholoog - Lang wachten op antwoord - Afspraken niet nakomen - Gebruik van moeilijke termen - Te weinig informatie, kennis en ervaring - Ongepaste opmerkingen |
| <i>Chirurgische ingrepen</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Geen nazorg - Onvoldoende informatie over complicaties |

AANBEVELINGEN EERSTELIJSZORG

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <i>Kennis</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Kennis over transgenderthema, non-binariteit, hulpverleningsaanbod, behandelingen - Meer geïnformeerde hulpverleners - Training en opleiding voor hulpverleners |
| <i>Structurele factoren</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Toegankelijkheid - Voornaamwoorden wijzingen via systeem - Betere doorverwijzing |
| <i>Interpersoonlijke factoren</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Minder discriminatie - Geen ongepaste vragen - Meer openheid - Serieus mee omgaan - Transvriendelijk zijn |
| <i>Geen verbeteringen</i> | |

AANBEVELINGEN TWEDELIJSZORG

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <i>Kennis</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Onwetendheid terugdringen - Transgenderzorg - Educatie, training en voorlichting - Meer informatie geven |
| <i>Organisatie</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Wachttijden verkorten - Uitbreiding en toegankelijker maken |
| <i>Interpersoonlijke factoren</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Geen ongepaste vragen stellen - Meer acceptatie - Enkel vragen naar probleem waarvoor je komt |

AANBEVELINGEN TRANSGENDERZORG

- | | |
|---------------------------------|--|
| <i>Structuur en organisatie</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Wachttijden inkorten - Meer gespecialiseerde hulpverleners - Meer locaties en aanbod - Meer begeleiding van context - Niet standaardprotocol volgen - Toegankelijk maken - Duidelijkere en meer informatie |
|---------------------------------|--|

Medische en chirurgische interventies - Kritisch voor toegang tot hormonen
- Meegaan in wensen van persoon

Interpersoonlijke factoren - Respect tonen en kunnen omgaan met specifieke vragen
- Persoonlijker contact

VERBETERINGEN PERSOONLIJK TRAJECT

Goed verloop

Medische interventies - Snellere toegang tot hormoontherapie
- Hormonen via de huisarts
- Meer informatie

Chirurgische interventies - Terugbetaling plastische chirurgie
- Meer informatie
- Betere techniek met minder complicaties

Verloop traject - Sneller afspraken krijgen
- Snellere behandeling
- Betere opvolging en begeleiding
- Meer tijd voor consultaties
- Geen gatekeeping
- Kortere wachttijd
- Één contactpersoon

