

Mijn gender, wiens zorg?

Onderzoek naar de toename in en veranderingen van de vraag naar transgenderzorg.

Das, E., Wasserbauer, M. Loopuijt, C., Plug, I., Uilhoorn, A., van der Vleuten, A., & Verhaak, C. (Februari, 2023).



Onderzoeksrapport. Radboud Universiteit en Radboudumc.

Colofon

Gelieve dit rapport als volgt te citeren:

Das, E., Wasserbauer, M. Loopuijt, C., Plug, I., Uilhoorn, A., van der Vleuten, A., & Verhaak, C. (2023). *Mijn gender, wiens zorg? Onderzoek naar de toename in en veranderingen van de vraag naar transgenderzorg. Onderzoeksrapport*. Radboud Universiteit.

Dit onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van ZonMw en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.



Dit werk valt onder een [Creative Commons Naamsvermelding-NietCommercieel-GeenAfgeleideWerken 4.0 Internationaal-licentie](#). Gelieve geen onderdelen van dit rapport te gebruiken zonder de bron te vermelden.

Dankwoord

Met veel dank aan alle deelnemers aan de focusgroep studie “Mijn gender, wiens zorg?”, en de gespreksleiders Sasha Bertolini, Brand Berghouwer, Tijn de Jong, Naomi Hoogewei, Bianca Franse, Corine van Dun, Ryan Ramharak, Jessica Maes, Anke Oerlemans, Colin van der Heijden, en Mik Nordkamp.

Dank voor de waardevolle consultaties met de klankbordgroep, leden van de interne begeleidingscommissie (Wyke Stommel, Anke Oerlemans, Hedi Claahsen, Mieke Verloo), en onderzoekers van SiRM betrokken bij het project transgenderzorg. We zijn dankbaar voor de samenwerking met belangenbehartigers Transgender Netwerk Nederland en Transvisie, en voor formele en informele consultaties met diverse stakeholders. Dank voor input van de commissie Gender en Diversiteit (ZonMw), en de waardevolle ondersteuning van medewerkers van ZonMw Gender en Diversiteit.

Veel dank aan Wolter de Boer voor de fijne samenwerking en belangrijke bijdrage in de eerste fase van dit project. Dank ook aan Jessica Maes voor de samenwerking rond trans personen met een LVB, masterstudenten Sarah Ris en Fenne Boumans voor de medewerking aan de mediastudie, TipTopTranscriptions en De TikTijger voor het verzorgen van de transcripts, Rosanne Smits en Kobie van Krieken om mee te kijken, medewerkers van RU voor administratieve ondersteuning, en aan Liza Slotman voor het ontwerp van ons logo.

Samenvatting

Achtergrond: toenemende vraag naar transgenderzorg

Onderzoeksplatform Diversiteit in Geslacht en Gender, Radboud Universiteit en Radboudumc

De laatste jaren is de vraag naar transgenderzorg toegenomen. Ook lijkt de aard van de zorgvraag veranderd. Goed inzicht in het waarom van de toename ontbreekt. Dit onderzoek geeft antwoord op drie samenhangende waarom-vragen:

- Hoe kunnen we de toename in aantal transgender personen verklaren?
- Hoe kunnen we de toename in de vraag naar transgenderzorg verklaren?
- Hoe kunnen we verandering in de aard van de zorgvraag verklaren?

Wij hebben deze vragen beantwoord op basis van:

- analyse van beschikbare cijfers over aantallen trans personen en over vraag naar transgenderzorg
- analyse van theorieën over identiteit en gender
- focusgroepen met trans personen en zorgprofessionals
- analyse van media over de afgelopen 10 jaar

Vervolgens doen wij aanbevelingen voor beleid en onderzoek en schetsen wij een toekomstvisie.

Bevindingen

Onderzoeksvraag 1: Hoe kunnen we de toename in aantal transgender personen verklaren?

Meer zichtbaarheid trans personen, toename aantallen onbekend.

De eerste vraag in ons onderzoek was *of er meer transgender personen zijn dan vroeger.*

Een duidelijk antwoord op deze vraag is er niet, omdat belangrijke cijfers ontbreken. Wel zijn trans personen tegenwoordig meer zichtbaar. Ze laten zich meer zien en horen. Ook is er meer aandacht en erkenning voor hun plek in de maatschappij. Dit maakt het makkelijker voor transgender personen om zichzelf te herkennen in (ervaringen van) anderen. Deze conclusie is gebaseerd op onze analyse van theorieën, van de focusgroepen, en van de media over de afgelopen tien jaar.

Trans personen zijn dus zichtbaarder geworden, maar er is geen bewijs dat dit komt door een toename van het aantal transgender personen. Het kan ook zijn dat trans personen nu zichtbaarder zijn omdat ze zich nu meer durven te uiten.

Toch hebben trans personen nog geen volwaardige plek in de samenleving.

Onderzoeksvraag 2: Hoe kunnen we de toename in de vraag naar transgenderzorg verklaren?

De fuik van de specialistische genderzorg

De tweede vraag was *hoe we kunnen verklaren waarom er een toename is van de vraag naar transgenderzorg.*

Specialistische zorg is van onmisbare waarde voor trans personen. Het is alleen niet de meest geschikte plek voor alle zorgvragen. Sommige vragen zouden beter op hun plek zijn in de reguliere zorg, zoals huisartsen en reguliere ggz. Deze zorg is hier echter nog niet voldoende op ingericht.

Trans personen hebben behoefte aan zorg omdat hun lichaam niet past bij de door hen ervaren gender. En ook door het gebrek aan acceptatie in de maatschappij. Specialistische zorg voor trans personen is gericht op genderbevestigende medische behandeling. Die is van groot belang. Maar die zorg dekt niet volledig de behoeften van trans personen. Dit komt omdat er nog geen volledige maatschappelijke acceptatie en integratie van trans personen is. Het debat over hun plaats in de maatschappij, bijvoorbeeld in taal en wetgeving, polariseert en verhardt. Dat blijkt uit media-analyses. In de brede maatschappij, zoals thuis, op school en in de reguliere zorg, ontbreekt het aan up-to-date kennis en ervaring om goed om te gaan met genderdiversiteit, genderidentiteit en -expressie. Dit komt naar voren uit de gesprekken met de focusgroepen. Hierdoor blijven transgender personen last houden van het "anders zijn" – minderheidsstress. Dat wordt onvoldoende opgepakt in de maatschappij.

Op dit moment is specialistische zorg dus de enige plek waar kennis, aandacht en (psychische en somatische) zorg structureel aanwezig zijn. Terwijl het normaal zou moeten zijn dat trans personen met hun vragen over minderheidsstress op meerdere plekken terecht zouden moeten kunnen. Deze situatie leidt tot een steeds sterkere toename in de vraag naar specialistische zorg. Maar de specialistische zorg kan het gebrek aan maatschappelijke acceptatie niet oplossen. Hierdoor worden de wachtlijsten steeds langer, en daarmee de psychische nood nog hoger.

Deze situatie vraagt om aandacht in twee richtingen: enerzijds moet geïnvesteerd worden in specialistische genderzorg om wachtlijsten op te heffen; anderzijds moet kennis- en expertise vergroot worden op het gebied van genderdiversiteit in de reguliere zorg en in de bredere maatschappij, zoals op scholen.

Onderzoeksvraag 3: Hoe kunnen we veranderingen in de aard van de zorgvraag verklaren?

Oplossing en behoefte lopen uiteen

De derde vraag was *hoe we de veranderende vraag naar transgenderzorg kunnen verklaren.*

Het antwoord hierop is dat de vraag naar transgenderzorg en de inrichting ervan uiteenlopen. Er is een grote behoefte om gezien en gehoord te worden bij trans personen, maar in de huidige bredere maatschappij is hier nog geen of onvoldoende ruimte voor. Hierdoor komen allerlei soorten vragen op het gebied van genderzorg terecht bij de specialistisch zorg. En de specialistische zorg is hierop niet ingericht.

Uit gesprekken met mensen die zorg nodig hebben en mensen die zorg verlenen, blijkt dat er problemen zijn met de manier waarop de zorg voor trans personen is georganiseerd. Dit zorgt voor drie uitdagingen:

1. De eerste uitdaging is dat niet alle vragen van trans personen specialistische zorg nodig hebben. Maar voor gender-gerelateerde of -bevestigende vragen is de specialistische zorg momenteel de enige optie. Dit verschil kan ertoe leiden dat mensen met een gendervraag in de samenleving worden gezien als iets pathologisch, terwijl dat niet zo is.
2. De tweede uitdaging is dat er een verschil is tussen de zorgvraag van trans personen en het huidige aanbod van zorg. Hierdoor zijn mensen vaak niet tevreden met het zorgsysteem. De specialistische zorgstructuur vereist vast omschreven diagnoses en zorgprocessen. Dat past niet goed bij de behoefte van trans personen om hun identiteit te verkennen en te ontdekken. Trans personen hebben last van de strakke structuur in de specialistische zorg.

3. De derde uitdaging is dat trans personen vaak naar specialistische zorgcentra gaan met vragen die worden beïnvloed door hun minderheidspositie in de samenleving. Dit vraagt om een gerichte aanpak op maatschappelijk niveau. Wat we zien is dat problemen die ontstaan door gebrek aan acceptatie en erkenning in de samenleving, worden aangepakt en behandeld alsof het om een medische aandoening (ziekte) gaat. Deze zogenoemde 'medicalisering' leidt tot wachtlijsten die steeds langer zullen worden, tenzij er wordt geïnvesteerd in de factoren die een rol spelen in de maatschappij als het gaat om genderdiversiteit.

Vijf Aanbevelingen

Hieronder staan vijf aanbevelingen voor beleid om de zorg voor trans personen te verbeteren:

1. **Zorg voor meer kennis** over en integratie van trans personen in de maatschappij. Leer professionals in belangrijke beroepen zoals leraren, maatschappelijk werkers en werkgevers, praten over genderidentiteit via educatieve modules en webinars. Geef hen gereedschap om het gesprek aan te (durven) gaan en bied ondersteuning via hulplijnen, zoals de kindertelefoon, slachtofferhulp en 113 en (online) steun- en informatiepunten. Sluit aan bij adviezen zoals bijvoorbeeld eerder geformuleerd door Movisie (maatschappelijk domein) en NOC*NSF (sport).
2. Zorg ervoor dat trans personen **de juiste zorg op de juiste plek** kunnen krijgen. Leg de verantwoordelijkheid hiervoor op meerdere plekken in de zorg, zoals bij huisartsen en reguliere GGZ. Vergroot daarnaast (tijdelijk) het zorgaanbod om de wachtlijsten terug te dringen en transgenderzorg toegankelijker te maken.
3. Maak de **reguliere zorg inclusiever** zodat personen met genderdiversiteit zich daar ook gehoord en gezien voelen. Stimuleer de integratie van ervaringsdeskundigen in specialistische centra. Zorg voor meer genderdiverse medewerkers onder zorgprofessionals.
4. Zorg voor **meer kennis in de reguliere zorg**. Bied educatieve modules en webinars aan voor huisartsenzorg, reguliere GGZ, GGD's over hoe om te gaan met trans personen en hoe een inclusieve benadering van genderdiversiteit eruitziet en de sociaal-maatschappelijke component van minderheidsstress. Integreer deze kennis in alle reguliere opleidingen voor zorgprofessionals.
5. Zorg voor **transparante en up-to-date communicatie** over de inrichting van de zorg. Maak duidelijk bij wie men terecht kan met welke vraag en wees helder over klachtenprocedures. Besteed aandacht aan de communicatie hierover met laaggeletterden.

Toekomstvisie

In de toekomstvisie op de maatschappij wordt genderdiversiteit niet langer als een afwijking gezien. Genderdiversiteit is zichtbaar en geaccepteerd. In de transgenderzorg zijn wachtlijsten verdwenen. Of er is in elk geval ondersteuning voor trans personen in de wachttijd. Er is meer integratie tussen de trans personen en zorgverleners door inzet van ervaringsdeskundigen. Ook zijn er meer trans personen onder zorgprofessionals. Binnen de specialistische genderzorg is expliciet aandacht voor trans personen met een non-binaire zorgvraag. Ook buiten de specialistische transgenderzorg is er meer kennis over genderdiversiteit. Hierdoor voelen trans personen zich ook vanzelfsprekend binnen reguliere circuits gehoord en ondersteund.

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1. Conclusies en aanbevelingen	7
2. Verantwoording	14
3. Wat vertellen de cijfers?	17
4. Wat zeggen de theorieën?	25
5. Wat zeggen (of vertellen) trans personen en andere betrokkenen?	42
6. Media-aandacht	67
Referenties	77
Woordenlijst	87

1. Conclusies en aanbevelingen

De laatste jaren hebben we een sterke toename gezien in de vraag naar transgenderzorg. Ook lijkt de aard van de zorgvraag veranderd. Goed inzicht in het waarom van de toename en in achterliggende maatschappelijke processen ontbreekt. Dit onderzoek heeft antwoord gegeven op drie samenhangende waarom-vragen:

- Hoe kunnen we de toename in aantal transgender personen verklaren?
- Hoe kunnen we de toename in de vraag naar transgenderzorg verklaren?
- Hoe kunnen we verandering in de aard van de zorgvraag verklaren? In deze synthese bieden wij een antwoord op deze vragen op basis van de onderzoeksresultaten. Vervolgens doen wij aanbevelingen voor beleid en onderzoek en schetsen wij een toekomstvisie.

Verklaringen voor de toename in en veranderingen van de vraag naar transgenderzorg

Toename aantal trans personen onbekend, wel meer zichtbaarheid

De eerste vraag was *of er een toename is van het aantal transgender personen in Nederland*. Deze vraag kan niet worden beantwoord omdat belangrijke cijfers ontbreken om correcte en representatieve uitspraken te kunnen doen. Dit blijkt uit een analyse van beschikbare datasets en publicaties over het aantal transgender personen en trends in aantallen personen die naar transgenderzorg stappen (hoofdstuk 3). Wel laten de resultaten uit de focusgroepen zien dat transgender personen zichtbaarder zijn geworden. We zien een toename van genderdiverse beelden, rolmodellen en taal in de maatschappij en in de media. Dit maakt dat transgender personen zich beter kunnen herkennen. Door contact met vergelijkbare anderen in online en offline *safe(r) spaces*¹ ervaren zij ondersteuning, erkenning en herkenning. Transgender personen komen ook vaker voor in de literatuur, in films en op televisie, ze zijn hiermee zichtbaarder geworden voor elkaar en voor het bredere publiek (hoofdstuk 4, 5). Ook de analyse van de klassieke en sociale media laat een toename zien in de zichtbaarheid en acceptatie van transgender personen voor het bredere publiek. Deze toegenomen publieke zichtbaarheid hangt samen met veranderingen in emancipatie en in sociaal-maatschappelijke gendernormen (hoofdstuk 6).

Deze ontwikkelingen kunnen worden waargenomen als een toename van het aantal transgender personen of een ‘nieuw’ fenomeen. Dat toename van genderdiversiteit een nieuw fenomeen is kunnen we niet bevestigen. Het kan ook zijn dat simpelweg meer trans personen hun trans identiteit durven uiten door de toenemende herkenning en acceptatie. Uit de focusgroepen (hoofdstuk 5) komt nadrukkelijk naar voren dat eerder de maatschappelijke context niet veilig was, en men de woorden niet had om de ervaren identiteit tot uitdrukking te brengen.

¹ *Safe(r) space* is een concept dat in de laatste jaren in de LHBTQIA-gemeenschap meer onder de aandacht kwam. Letterlijke en figuurlijk “veilige(re) ruimtes” bieden plaats om contact en gemeenschapsgevoel met gelijkgezinden te realiseren (zie ook Dhoest & Wasserbauer, 2022). Als we het in de context van dit onderzoek over *safe(r) spaces* hebben, spreken we in het algemeen over organisaties, plaatsen, en contexten waarin transgender personen zich niet nader hoeven verklaren of in twijfel worden getrokken.

De toegenomen zichtbaarheid en emancipatie van transgender personen in de publieke ruimte levert ook tegenreacties op die ervoor zorgen dat transgender personen te maken krijgen met discriminatie en agressie. Dit leidt tot minderheidsstress en de ervaring van beperkte maatschappelijke ruimte om de genderidentiteit uit te dragen (hoofdstuk 4). Diversiteit in seksualiteit heeft inmiddels een plek verworven in de moderne samenleving. Maar transgender personen moeten in de huidige maatschappij hun identiteit nog verklaren, verdedigen of verbergen, uit angst voor discriminatie die in sterke mate aanwezig is. Deze trend komt duidelijk naar voren uit de focusgroepgesprekken (hoofdstuk 5).

De ogenschijnlijke tegenstelling tussen toegenomen zichtbaarheid van trans personen enerzijds en de ervaren minderheidsstress van trans personen anderzijds valt te verenigen vanuit het principe van onvoltooide emancipatie: het gaat de goede kant op met de emancipatie van transgender personen maar we zijn er nog niet.

Toename zorgvraag: De fuik van de specialistische zorg

Een tweede vraag was, *hoe we de toegenomen vraag naar transgenderzorg kunnen verklaren*. Het antwoord is dat de specialistische zorg van onmisbare waarde is voor trans personen, maar niet de meest passende plek voor alle urgente zorgvragen. Sommige vragen lenen zich beter voor de reguliere zorg (bijvoorbeeld: huisartsen, reguliere GGZ), maar die is daar nog onvoldoende op ingericht. De zorgvraag van trans personen komt voort uit enerzijds de innerlijke ervaring van een lichaam dat niet past bij de ervaren gender, en anderzijds uit een gebrek aan acceptatie in de sociaal-maatschappelijke omgeving. De specialistische transgenderzorg is ingericht op (indicatie voor) gender bevestigende medische behandeling. Deze zorg is van groot belang maar dekt maar gedeeltelijk de huidige behoefte van trans personen.

De beschikbare data over de wachtlijsten laten zien dat de vraag naar transgenderzorg sterk is toegenomen, ondanks de forse uitbreiding van het aanbod van transgenderzorg (hoofdstuk 3). Dit komt doordat de maatschappelijke acceptatie en integratie van trans personen verre van voltooid is. Dit wordt onder meer duidelijk door discussies over taal (persoonlijk voornaamwoorden) en sociale normen; discussies die zich toespitsen op de vraag of de maatschappij zich moet aanpassen aan trans personen. Het debat over de plek van transgender personen in de maatschappij polariseert en verhardt in de meest recente jaren, zo laat de media-analyse zien (hoofdstuk 6). In de brede maatschappij ontbreekt het aan up-to-date kennis en ervaring om goed in te spelen op diversiteit aan genderidentiteit en -expressie. In de focusgroepen (hoofdstuk 5) bevestigen deelnemers dat: Op scholen weet men nog niet hoe om te gaan met verschillende genderidentiteiten, sportclubs bieden nog onvoldoende ruimte voor transgender en non-binaire personen, huisartsen weten nog niet goed te identificeren waar iemand met gendervragen het best terecht kan en psychologen in de reguliere GGZ voelen handelingsverlegenheid als ze met gendervragen worden geconfronteerd. Kortom, in belangrijke maatschappelijke organisaties is de emancipatie van trans personen nog niet voltooid. Hierdoor blijft de psychologische last van het 'anders zijn' - de minderheidsstress - bij de transgender personen zelf liggen; in de maatschappij wordt deze niet of onvoldoende opgepakt.

Momenteel is de specialistische zorg de enige plek waar kennis, aandacht en (psychische en somatische) zorg structureel aanwezig zijn, terwijl het normaal zou moeten zijn dat trans personen juist met vragen als gevolg minderheidsstress op meerdere plekken terecht kunnen. Deze onwenselijke situatie veroorzaakt een push naar de specialistische transgenderzorg die de maatschappelijke achtergrond van de zorgvraag echter niet kan oplossen. Het structurele probleem van de reeds lange wachtlijsten jaagt het probleem verder aan in een zichzelf versterkend proces; door de lange wachtlijsten wordt de psychische nood nog hoger, maar de specialistische zorg kan deze nood maar ten dele ledigen.

Deze situatie vraagt om een tweesporenbeleid waarbij enerzijds geïnvesteerd wordt in specialistische transgenderzorg om wachtlijsten op te heffen, en anderzijds geïnvesteerd wordt in een kennis- en expertise impuls op het gebied van genderdiversiteit in de reguliere zorg en de bredere maatschappij (bijv. op scholen).

Veranderende zorgvraag: Mismatch tussen zorgvraag en aanbod

Een derde vraag was hoe we *de veranderende vraag naar transgenderzorg kunnen verklaren*. Het antwoord is, dat er een mismatch is tussen de vraag naar en de inrichting van de transgenderzorg. We signaleren bij trans personen een sterke behoefte om gezien en gehoord te worden. Deze behoefte strekt zich uit over verschillende maatschappelijke domeinen die daar niet of onvoldoende aan kunnen beantwoorden. Hierdoor komt dit brede palet aan vragen in het specialistisch zorgdomein terecht. De structuur van het specialistische zorgdomein is hier niet op ingericht. Uit de gesprekken met transgenderpersonen en zorgverleners (hoofdstuk 5) blijkt dat dat tot de volgende **paradoxen** leidt:

1) Pathologiseren vs. depathologiseren: De specialistische zorg is onmisbaar voor trans personen met behoefte aan gender bevestigende zorg. Niet alle genderidentiteitsvraagstukken behoeven specialistische zorg, maar de specialistische genderzorg is momenteel de enige go-to voor gendergerelateerde zorgvragen. *Deze mismatch werkt het pathologiseren van (diversiteit in) genderidentiteit in de hand.*

2) Diagnosticeren vs. exploreren: er is een mismatch tussen het huidige zorgaanbod en de zorgvraag. De specialistische zorgstructuur vereist vastomschreven diagnoses en zorgprocessen, die vormen immers het fundament om medisch te kunnen handelen. Maar veel transgender personen hebben juist behoefte aan het exploreren, verkennen van hun genderidentiteit, zo blijkt uit onze focusgroepen en ook uit de literatuurstudie. De strakke structuur van het specialistisch zorgsysteem leent zich hier niet voor. *Deze mismatch leidt tot ontevredenheid met het zorgsysteem.*

3) Medische zorg vs. maatschappij: zorgvragers gaan naar specialistische zorgcentra met vragen over hun genderidentiteit, maar hun zorgvraag wordt mede bepaald door een gemarginaliseerde positie in de samenleving die minderheidsstress en uitsluiting met zich meebrengt. Deze positie vraagt om gerichte interventies op maatschappelijk niveau. We constateren dat momenteel ook de psychosociale problemen die hun oorsprong hebben in de samenleving worden opgepakt in de medische context. *Deze mismatch draagt het dilemma van medicalisering in zich met groeiende wachtlijsten die zonder investering in maatschappelijke aspecten van genderdiversiteit alleen maar zullen toenemen.*

De medische inbedding, de pathologisering, heeft aan de ene kant met zich meegebracht dat transgenderzorg een sterke ontwikkeling heeft doorgemaakt. Het heeft echter ook het dominante binaire beeld van lichaam en identiteit en de relatie daartussen versterkt. Dat heeft te maken met de maakbaarheidsgedachte, waarbij medische interventies logische oplossingen lijken te zijn voor betere match tussen genderidentiteit en lichaam. Dat is echter maar ten dele het geval omdat de nadruk ligt op binaire interventies en de interactie met de context buiten beschouwing blijft.

Aanbevelingen voor beleid

Het ontstoppen van de specialistische zorg-trechter vraagt om het aanpakken van elke stap in de “persoon naar cliënt naar patiënt journey”, van 1) het herkennen van genderdiversiteit bij een transpersoon, naar het ontstaan van een gendervraag, naar 2) het signaleren van ontstaan van *een probleem* rond de gendervraag, naar 3) het identificeren en formuleren van een zorgvraag (plaatsing op de wachtlijst), naar 4) het ontvangen van een specialistische transgenderzorg behandeling, naar 5) nazorg. Zie Figuur 1.

Figuur 1.1. Persoon - cliënt - patiënt journey in het transgender (zorg)traject.



Voor een constructieve aanpak moeten passende oplossingen geboden worden bij elke stap in de persoon - cliënt - patiënt journey. Hieronder bieden wij vijf concrete handvatten.

Stimuleer kennis over en integratie van trans personen in de maatschappij. Pak de handelingsverlegenheid aan op verschillende maatschappelijke domeinen buiten de zorg, zoals onderwijs, cultuur, sport, recht, maatschappelijk welzijn, scholen, maatschappelijk werk, werkgevers. Leer ouders, leraren, mentoren, maatschappelijk werkers, werkgevers e.a. praten over genderidentiteit via educatieve modules en webinars, geef hen tools in handen om het gesprek aan te (durven) gaan, zet in op reguliere hulplijnen als kindertelefoon, slachtofferhulp en 113, en (online) steun- en informatiepunten. Sluit aan bij adviezen zoals bijvoorbeeld eerder geformuleerd door Movisie (maatschappelijk domein) en NOC*NSF (sport). Pas lesmateriaal aan op basis van recente

inzichten. Bied structurele financiële inbedding voor community-based² steunpunten en hulplijnen voor gendervraagstukken. *Wanneer de integratie toeneemt, zal het aantal personen met minderheidsstress afnemen.*

Bied de juiste zorg aan op de juiste plek: De wachtlijstproblematiek is iatrogeen geworden, zichzelf versterkend. Doorbreek deze negatieve spiraal door gendervraagstukken op meerdere plekken in het zorgsysteem te beleggen, zoals in de reguliere GGZ, waar het ondersteunen bij genderidentiteitsvragen tot de basisexpertise zou moeten horen, en bij huisartsen. Blijf daarnaast investeren in de specialistische zorg, met speciale aandacht voor het probleem van minderheidsstress. Vergroot (tijdelijk) het zorgaanbod om de wachttijden terug te dringen en transgenderzorg toegankelijker te maken. Bied ondersteuning aan mensen op de wachtlijst. *Wanneer de brede zorg inclusiever wordt voor trans personen, zal de specialistische zorg-trechter minder snel verstopt raken.*

Zorg voor **inclusieve reguliere zorg** zodat personen met genderdiversiteit zich ook daar gezien en gehoord voelen. Stimuleer de integratie van ervaringsdeskundigen in specialistische centra en vertegenwoordiging van genderdiverse medewerkers onder zorgprofessionals. *Wanneer de inclusie toeneemt, zal de zorg in brede zin als passender ervaren worden.*

Vergroot kennis over gender diversiteit in de zorg: Ook in de reguliere zorg bestaat op grote schaal handelingsverlegenheid ten aanzien van vragen rond genderdiversiteit. Meer kennis is een belangrijke voorwaarde voor het succes van het inclusiever maken van de reguliere zorg voor trans personen. Dit heeft tevens een belangrijk depathologiserend effect.

- Bied educatieve modules/ webinars aan voor huisartsenzorg, reguliere GGZ, GGD's over een inclusieve benadering van genderdiversiteit, de omgang met trans personen en de sociaal-maatschappelijke component van minderheidsstress.
- Integreer kennis over genderdiversiteit in het reguliere programma van bachelor, master en post-master opleidingen in de zorg.

Wanneer de kennis toeneemt, zal de zorg in brede zin als passender ervaren worden.

Draag zorg voor transparante en up to date communicatie over de zorgstructuur: bij wie kan men terecht met welke vraag, zorg voor vindbare en betrouwbare informatie. Wees helder over klachtenprocedures. Besteed hierbij speciaal aandacht aan personen met lage geletterdheid.

Kennisagenda transgenderzorg

Dit rapport is in het tijdsbestek van een jaar tot stand gekomen. We hebben daarbij onze doelen bereikt en antwoorden op de onderzoeksvragen kunnen schetsen. De betrokkenheid van verschillende onderzoekers binnen de transgender en queer gemeenschap vormde in het bijzonder in de derde deelstudie een belangrijke invalshoek: de samenwerkingen met belangenvertegenwoordigers en de kennis van de gemeenschap betekende dat we in de werving voor

² Een *community* is een formele of informele groep personen die zich met elkaar verbonden voelen, in deze context rond hun genderidentiteit. Community kan zowel online als in de fysieke werkelijkheid bestaan.

deelnemers aan focusgroepen een groot bereik hadden en versterkte het vertrouwen van potentiële deelnemers ten aanzien van het onderzoek. Dit rapport is echter pas het begin van een interdisciplinair, participatief onderzoeksproces dat vraagt om verdere voortzetting en verdieping.

Verder kijken dan het perspectief van de zorg is essentieel, omdat het recht doet aan de brede context waarin gendervragen ontstaan. Daarmee kunnen kokervisie voorkomt en nieuwe oplossingen in andere contexten worden gesignaleerd voor de ontstane problemen met de wachtlijst voor transgenderzorg die tegenwicht bieden aan processen van medicalisering en pathologisering (RVS, 2017). Dit rapport heeft laten zien dat het transgendervraagstuk niet alleen de zorg is van de medische specialisten, maar ook de zorg van professionals binnen en buiten de reguliere zorg. Wij moedigen toekomstig onderzoek aan om de bredere sociale en maatschappelijke context te betrekken bij studies naar de ontwikkeling van genderidentiteit en de vraag naar transgenderzorg. Specifiek is er gebrek aan:

- betrouwbare cijfers over het aantal transgender personen in Nederland: dat geeft zicht op hoeveel personen zich als transgender identificeren, en biedt mogelijkheden tot onderzoek naar zorgbehoefte en maatschappelijke positie van trans personen in termen van bijvoorbeeld mentale gezondheid en ervaren discriminatie;
- inzicht in genderdiversiteit en behoefte aan zorg: geeft inzicht in hoeveel personen zich in gender diverse termen identificeren en hoeveel van hen een zorgvraag hebben;
- inzicht in de rol van sociale media bij het herkennen en exploreren van de transgenderidentiteit;
- inzicht in de interactie tussen individuele en sociale factoren bij de ontwikkeling van de transgenderidentiteit bij kinderen, adolescenten en volwassenen en hun eventuele zorgvraag.

Aanbevelingen voor inclusieve gegevensverzameling

Er zijn geen volledige of definitieve aanbevelingen voor inclusieve gegevensverzameling over genderidentiteit, maar we kunnen een aantal aanbevelingen schetsen, die in (bevolkings)onderzoek naar én met transgender personen in overweging zouden moeten worden genomen.

Vermijd proxies. Vermijd het gebruik van proxies (indirecte metingen) bij het meten van genderidentiteit. Dit kan namelijk leiden tot het teveel berusten op aannames en stereotypen bij het analyseren van gegevens en kan de waarde ervan ondermijnen. Metingen van genderexpressie, gender incongruentie, of juridische geslachtswijziging, zijn bijvoorbeeld maar in zeer beperkte mate geschikt om generaliseerbare uitspraken te doen over genderidentiteit (Lowik et al., 2022).

Twee-stappen methode en zelfbeschikking. Maak gebruik van de twee-stappen methode (Reisner et al., 2014) en/of bied mogelijkheid voor zelf-identificatie om naar genderidentiteit te vragen. Bij de veelgebruikte twee-stappen methode wordt eerst gevraagd wat iemands huidige genderidentiteit is en vervolgens welk geslacht bij geboorte is toegewezen om op deze manier vast te stellen wie transgender/ genderdivers en wie cisgender is (Lowik et al., 2022). Overweeg of het voor de uitvoering

van een onderzoek noodzakelijk is om iemands bij de geboorte toegewezen geslacht te kennen of dat er andere methoden zijn om naar genderidentiteit te vragen (Lowik et al., 2022).

Transgenderidentiteit opnemen in bevolkingsbreed onderzoek. Zoals ook Kuyper (2017) constateerde, is het integreren van vragen over genderidentiteit en geslacht aan reeds bestaande, langlopende en bevolkingsbrede studies cruciaal om generaliseerbare uitspraken te kunnen doen. CBS-data, op basis waarvan grootschalige en herhaalde onderzoeken zoals de leefstijlmonitor, en de jeugdmonitor worden geschreven, bieden een mooie kans om breed informatie uit te vragen over genderidentiteit, geslacht toegekend bij geboorte, en eventuele zorgvragen bij personen die transgender zijn. Op basis van herhaalde monitors kunnen veranderingen in identificaties en aard van/proportioneel aantal zorgvraag betrouwbaar worden gemeten.

Transparantie in dataverzameling. De meeste cijfers over toename en verandering van zorgvraag zijn tot nu toe afkomstig van het Amsterdam UMC. Het verdient aanbeveling om de verschillende UMC's en gespecialiseerde GGZ-locaties afspraken te laten maken over gezamenlijke dataverzameling en de beschikbare data breed beschikbaar te maken voor vergelijkende studies.

Delen van onderzoeksresultaten met doelgroep. Het is belangrijk om onderzoeksresultaten met leden van de onderzochte gemeenschap te delen, vooral wanneer wordt gewerkt met (in het verleden) gemarginaliseerde groepen waar het vertrouwen tussen onderzoekers en de gemeenschap precair is. Het delen van onderzoek met de gemeenschap maakt het mogelijk de implicaties van de bevindingen te bespreken en op die manier beter beleid te maken (McDavitt et al., 2016).

Toekomstvisie

In de toekomstvisie op de maatschappij wordt genderdiversiteit niet langer gepathologiseerd, en is genderdiversiteit zichtbaar en geaccepteerd binnen verschillende maatschappelijke domeinen. In de transgenderzorg zijn wachtlijsten verdwenen of is in elk geval ondersteuning voor trans personen in de wachttijd. Er is meer integratie tussen de trans community en zorgverleners door inzet van ervaringsdeskundigen en door representatie van trans personen onder zorgprofessionals. Binnen de specialistische genderzorg is expliciet aandacht voor de non-binaire zorgvraag. Daarnaast is er ook buiten de specialistische transgenderzorg meer deskundigheid op het gebied van genderdiversiteit, zodat trans personen met uiteenlopende (zorg)vragen ook vanzelfsprekend binnen reguliere circuits gehoord en ondersteund kunnen worden.

2. Verantwoording

Aanleiding en probleemstelling

In dit hoofdstuk schetsen wij de aanleiding voor dit rapport, geven wij een onderbouwing van de gekozen interdisciplinaire insteek, en reflecteren wij op het onderzoeksteam en de samenwerkingen.

In de voorbije decennia hebben transgender personen in Nederland en andere landen op juridisch en maatschappelijk vlak rechten en erkenning verworven. Ook heeft de zorg voor transgender personen zich kwalitatief en kwantitatief sterk ontwikkeld. Desalniettemin staat deze zorg in twee opzichten onder grote druk. Ten eerste wordt er door volwassenen, kinderen en jongeren een veel groter beroep gedaan op transgenderzorg³ dan de capaciteit toelaat, met de veelbesproken wachtlijsten tot gevolg en grote lijdensdruk onder degenen die wachten om toegang te krijgen tot zorg of tot de volgende stap in het zorgtraject (Zorgvuldig Advies, 2020; Zorgvuldig Advies & Transvisie, 2022). Ten tweede bestaat er onvrede onder transgender personen over de bestaande zorgtrajecten en het bestaande zorgaanbod, zoals blijkt uit de talrijke protestacties die afgelopen jaar plaatsvonden. Deze onvrede, evenals issues rond gender in het algemeen en rond transgenderzorg in het bijzonder, zijn geregeld voorwerp van politieke controverse, zoals blijkt uit de vele kamerdebatten en moties over deze onderwerpen (o.a. Kamerstukken II, 2021, 2021D21063; Kamerstukken II, 2021, 31016-337; Kamerstukken II, 2021, 35925-XVI-36). Er is hier sprake van een gevoelig en complex vraagstuk dat dringend oplossing behoeft.

Het doel van de Directie Curatieve Zorg van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is om een betere aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod te krijgen door de wachttijden in de transgenderzorg te verkorten en meer variatie in het aanbod te realiseren. Om dat doel te bereiken is meer inzicht nodig in onderliggende maatschappelijke processen die de toenemende vraag verklaren, maar goed wetenschappelijk onderzoek daarnaar ontbreekt nog. In dat licht beoogt dit onderzoek een antwoord te geven op drie samenhangende waarom-vragen:

1. Hoe kunnen we de toename in (specifieke groepen) transgender personen verklaren?
2. Hoe kunnen we de toename in de vraag naar transgenderzorg verklaren?
3. Hoe kunnen we verandering in de aard van de zorgvraag verklaren?

Een complex vraagstuk vergt een interdisciplinaire wetenschappelijke benadering en beantwoording

Dit onderzoek heeft tot doel om middels onderzoek de redenen voor en dynamieken achter de recente toename van behandelvragen ten aanzien van transgenderzorg inzichtelijk te krijgen en binnen maatschappelijke veranderingen te kaderen. Hierin hebben we aandacht voor de persoon (microniveau), diens omgeving (mesoniveau), en maatschappelijke ontwikkelingen (macroniveau). Het interdisciplinair team brengt deze aspecten in kaart middels verschillende theoretische en

³ Zie woordenlijst op het einde van dit rapport voor definities van concepten.

empirische benaderingen. We nemen beschikbare data over aantallen en toename van transgender personen en vraag naar transgenderzorg onder de loep (deelstudie 1), beschrijven theorieën en wetenschappelijk onderzoek uit diverse disciplines om verschillende verklaringen voor een mogelijke toename in kaart te brengen (deelstudie 2), voeren twee empirische studies uit om nieuwe inzichten te winnen (deelstudies 3 en 4), en synthetiseren bestaande en nieuw verworven kennis.

Het onderzoek biedt inzicht in maatschappelijke processen die helpen de toenemende zorgvraag te verklaren, en geeft zicht op perspectieven van verschillende betrokkenen bij transgenderzorg alsook het breder maatschappelijk debat. Naast het inzichtelijk maken van dit complex samenspel, poogt dit onderzoek ook bij te dragen tot een betere aansluiting van zorgvraag en aanbod.

Interdisciplinariteit en participatie als *guiding principles*, *mixed methods* als methodologische vertaling

Om deze vragen te kunnen beantwoorden is een interdisciplinaire benadering nodig. Er is immers niet één verklaring voor de toename in transgender personen die een zorgvraag hebben. Verschillende disciplines hebben verschillende, deels tegenstrijdige verklaringen geopperd. Ook schieten monodisciplinaire verklaringen tekort als het gaat om verklaring van de toename onder specifieke groepen van transgender personen en veranderingen in de aard van de zorgvraag. Het belang van interdisciplinair onderzoek op het domein van transgenderzorg wordt door wetenschappers benadrukt (Veale et al., 2022).

De betrokken onderzoekers brengen een achtergrond in diverse wetenschappelijke disciplines en paradigma's mee. Deze multifocale blik op het vraagstuk verkleint de kans op vooringenomenheid, vergroot de reikwijdte van de bevindingen, en faciliteert een genuanceerde bespreking van wat we op basis van theorie en empirie wél en niet kunnen concluderen.

Onderzoeksteam en reflexiviteit

Dit onderzoek werd uitgevoerd door onderzoekers verbonden aan het Platform Diversiteit in Geslacht en Gender (Radboud Universiteit & Radboudumc). Het onderzoeksplatform bundelt kennis en expertise rond intersekse en trans thema's vanuit verschillende wetenschappelijke disciplines om samen vanuit een interdisciplinair perspectief onderzoek te doen. Met ons onderzoek willen we ertoe bijdragen om inzichten uit genderstudies, sociale wetenschappen, ethiek, taal- en communicatiewetenschappen in dialoog te laten gaan met het medische discours. Ons onderzoek is theoretisch onderbouwd vanuit deze verschillende disciplines, en sluit aan bij ervaringen en behoeften van trans personen, alsook actuele debatten rond transgenderzorg in het politieke, maatschappelijke en medische veld.

Het onderzoeksteam van dit project bestond uit drie senior onderzoekers (Das, van der Vleuten, Verhaak), twee postdoc onderzoekers die coördinerende en uitvoerende functies hadden (Plug; Wasserbauer), en twee junior onderzoekers (Loopuijt, Uilhoorn). Ten aanzien van de doelgroep transgender personen, en ruimer, de LHBTQIA gemeenschap, zijn er binnen het team zowel insider, insider/outsider, en outsider posities vertegenwoordigd (Rosenberg & Tilley, 2021).

Participatie en samenwerkingen

Dit onderzoek heeft versterkt ingezet op participatie om aan te sluiten bij de ervaringen en behoeften van de doelgroep. Dit hebben we op verschillende niveaus geïmplementeerd: In focusgroepen werden stemmen uit de diverse transgender populatie, van zorgprofessionals en andere betrokken stakeholders gehoord. Binnen de focusgroep studie werkten we samen met gespreksleiders vanuit de transgender gemeenschap. Dit is in overeenstemming met aanbevelingen voor onderzoek naar en met de transgender populatie (Veale et al., 2022). Een **klankbordgroep** bestaande uit ervaringsdeskundigen met professionele expertise op het thema, was actief betrokken bij het focusgroep onderzoek en werd meerdere keren geraadpleegd voor feedback op het hele project. In de klankbordgroep zetelen o.a. vertegenwoordigers van: Transgender Netwerk Nederland, Transvisie, Trans United Europe, NNID, Principle 17, en Steunpunt Gendervragen. Een **interne begeleidingscommissie** heeft tijdens het traject van dit onderzoek, feedback en begeleiding geboden. De commissie was samengesteld uit leden van het Platform Diversiteit in Geslacht en Gender: Dr Anke Oerlemans, Dr Wyke Stommel, Prof dr Mieke Verloo, en Prof dr Hedi Claahsen-van der Grinten.

Structuur van het rapport

Dit onderzoek is opgebouwd uit vier deelstudies, die elk vanuit een andere methodologische invalshoek de onderzoeksvragen benaderen. Ieder hoofdstuk begint met de belangrijkste bevindingen, gevolgd door een beknopte methodologie en de resultaten. De inzichten uit de deelstudies worden samengebracht in de samenvatting en de conclusie voorin het rapport.

Wat vertellen de cijfers? De eerste deelstudie biedt een overzicht van kwantitatieve data rond aantallen en trends betreffende transgender personen en (de aard van) hun zorgvraag, en aanbevelingen voor inclusiever toekomstig onderzoek en metingen van aantallen en proporties transgender personen.⁴

Wat zeggen theorieën? De tweede deelstudie schetst een multidisciplinair theoretisch kader om veranderingen in de zorgvraag in de huidige maatschappelijke context beter te begrijpen.

Wat zeggen (of vertellen) trans personen en andere betrokkenen? De derde deelstudie bestaat uit een analyse van focusgroepen die inzicht biedt in de visies van verschillende stakeholders betreffende genderidentiteit en zorgvraag.

Wat zeggen de media? In de vierde deelstudie leveren we een analyse van klassieke en sociale mediaberichtgeving over gender en transgender issues tussen 2011-2021 om het thema in een breder maatschappelijk kader te plaatsen.

⁴ Voor terminologie rond aantallen en proporties, zie woordenlijst.

3. Wat vertellen de cijfers?

Samenvatting. We beschikken niet over het longitudinale cijfermateriaal dat nodig is om correcte en representatieve uitspraken te doen op de vraag of het aantal transgender personen in de Nederlandse samenleving gestegen is. We constateren een groeiend aantal aanmeldingen voor transgenderzorg in de meest recente jaren, maar we hebben weinig zicht op transgender personen met een zorgvraag die zich niet aanmelden bij een universitair medisch centrum (UMC) of in de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Tot op heden zijn de meest recente beschikbare cijfers over personen met een zorgvraag en het soort aangeboden zorg afkomstig uit 2015 of 2016. In bestaand onderzoek constateren we een gebrek aan recente cijfers, afwezigheid van een uniforme aanpak, ontbreken van zelfrapportage en leunen op proxies (d.w.z., indirecte metingen van transgender identiteit, zie infra). Ook constateren we een tendens om de groep zorgvragers voor transgenderzorg gelijk te stellen aan de volledige transgender bevolking (pathologiseren), en binaire genderidentiteiten als uitgangspunt te nemen.

Voor nauwkeurige uitspraken over de toename van de zorgvraag, en in het bijzonder de veranderende zorgvraag, met als doel de transgenderzorg beter in te richten, zijn de volgende zaken essentieel en dringend nodig: 1) populatie-brede en representatieve steekproeven, 2) betrouwbare metingen van genderidentiteit op basis van zelfidentificatie, en 3) convergentie in metingen tussen studies en over tijd.

Methode

Deze sectie biedt overzicht van publiek beschikbare en gepubliceerde data over transgender en non-binaire personen in Nederland, getoetst aan actuele richtlijnen en *best practices* voor inclusieve dataverzameling rond genderdiversiteit, ter beantwoording van de volgende onderzoeksvragen:

- In hoeverre is er een toename in aantallen transgender personen in Nederland?
- In hoeverre is er sprake van een toename in vraag naar transgenderzorg?
- Wat weten we niet over de toename in aantal transgender personen in Nederland en de toename en verandering in de vraag naar transgenderzorg op basis van de beschikbare data? Welke parameters en bronnen zijn nodig om te kunnen achterhalen wat we niet weten?

Voor deze deelstudie werd een narratieve review uitgevoerd. Narratieve reviews zijn bij uitstek geschikt om onderwerpen op een bredere manier te benaderen (Baethge, Goldbeck-Wood, & Mertens, 2019). Deze methode sluit aan bij de interdisciplinaire benadering van ons onderzoek. We zochten naar publiek beschikbare datasets en publicaties over de populatie transgender personen en/of de vraag naar transgenderzorg in Nederland. Wij onderzochten openbaar beschikbare datasets en artikelen tussen 2000 en 2022⁵. Artikelen die voldeden aan de relevantiecriteria (zie Appendix) werden beoordeeld, gecategoriseerd en geanalyseerd op inhoud en onderzoeksopzet. De selectie van datasets werd besproken met onze klankbordgroep, projectpartners en opdrachtgever. In totaal werden publicaties op basis van zeven datasets in de analyse meegenomen en systematisch

⁵ Omdat we verschillende longitudinale studies bespreken die na 2000 werden gepubliceerd, is er in sommige studies wel sprake van data voor deze periode.

beschreven aan de hand van bron, type dataset, jaar, publicatie, methode, definitie van transgender, (absolute en relatieve) aantallen transgender personen en sub-identiteiten. **We hebben deze studies getoetst aan actuele aanbevelingen en best practices voor inclusieve dataverzameling** (Broussard, Warner, & Pope, 2018; The GenIUSS Group, 2014; Lagos & Compton, 2021; Lowik et al., 2022; National Academies of Sciences, Engineering, & Medicine, 2022)(Zie Appendix voor meer informatie).

Aantal transgender personen in Nederland

In het kader van de **eerste onderzoeksvraag keken we naar actuele cijfers over aantal en aandeel⁶ transgender personen in Nederland**. Aangezien er tot op heden geen grootschalige census-data met metingen van genderidentiteit bestaan, keken we naar beschikbare grootschalige populatiestudies die onder andere naar genderidentiteit vragen. De populatiestudies die we hier hebben opgenomen, zijn “Seksuele gezondheid in Nederland 2011”, “Seks onder je 25” (2017), de Studentenmonitor (2019-2022), en data van het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS-data) over wijziging van geslachtsregistratie (1995-2020). In de recente studie rond de toekomstige capaciteit voor transgenderzorg in Nederland, baseerde SiRM zich voor een inschatting van de transgender populatie op Nederlandse studies op basis van zelfrapportage. Het onderzoeksinstituut stelde eveneens vast dat het moeilijk is om op basis van de beschikbare datasets generaliseerbare uitspraken te doen, en gaat ervan uit dat, in overeenstemming met de inschattingen van WPATH (Coleman et al., 2022) ongeveer 1% van de bevolking zich in de huidige situatie als trans identificeert (SiRM, 2023).

We stellen vast dat de beschikbare datasets verschillende definities, onderzoeksmethodes en bronnen hanteren, wat het moeilijk maakt om aantallen en trends correct in te schatten. De methoden voor het verkrijgen van informatie over genderidentiteit variëren sterk in verschillende contexten, onderzoeksontwerpen en disciplines. Deze bronnen geven zicht op de aantallen transgender personen op het moment van de meting en in de specifieke context van de meting, maar staan niet toe om generalisaties of trends over tijd vast te stellen. In deze sectie bespreken we de datasets en plaatsen er kanttekeningen bij.

Kuyper & Wijsen (2014) rapporteren over de survey “**Seksuele gezondheid in Nederland 2011**” (N⁷=8.064, leeftijd 15-70 jaar). Het onderzoek hanteert drie dimensies om “transgender” te operationaliseren: personen die aangeven (1) genderincongruentie of ambivalentie te ervaren, (2) een afkeur voor hun lichaam hebben of (3) de wens hebben om gender-bevestigende behandelingen te krijgen, worden als transgender personen beschreven. In deze studie wordt er niet naar zelf-identificatie van de deelnemers gevraagd, maar wordt “transgender zijn” afgeleid uit een combinatie van bovenstaande eigenschappen. De combinatie van alle drie factoren is te lezen als proxy voor transgender personen met een vraag naar transgenderzorg, en is van toepassing op 0,6% van de deelnemers die bij geboorte als man werden beschreven, en 0,2 % van de deelnemers die bij geboorte als vrouw werden beschreven. 4,6 % van bij de geboorte als man, en 3,2 % van bij de geboorte als vrouw beschreven personen rapporteert een ambivalente genderidentiteit. Genderincongruentie in de zin van zichzelf sterker identificeren met een ander geslacht dan datgene toegekend bij geboorte,

⁶ Voor toelichting over terminologie rond populatie-inschattingen, zie woordenlijst.

⁷ N verwijst steeds naar het totaal aantal deelnemers aan de studie.

wordt bij 1,1 % van bij geboorte als man, en 0,8 % van bij de geboorte als vrouw beschreven personen vastgesteld. De auteurs stellen op basis van het grote verschil tussen deze cijfers vast dat populatieschattingen op basis van personen die naar de zorg stappen, wellicht een te lage inschatting weergeven van hoeveel personen genderdysforie ervaren. De auteurs waarschuwen dat het delage algemene deelnamepercentage van 20,9 % aan het onderzoek, en een mogelijke selectiebias op basis van het onderwerp van de studie (dat seksueel actieve personen en personen in een relatie sneller zou kunnen aanspreken) moeilijk is om op basis van deze studie inzichten in aandelen transgender personen te generaliseren.

De Rutgers publicatie **“Seks onder je 25”** (de Graaf et al., 2017) stelt vast dat 1,7% van personen die bij de geboorte als jongen werden beschreven, en 2,9% van de personen die als meisje werden beschreven, zich niet geheel of uitsluitend *voelen in overeenstemming met hun geboortegeslacht* (N= 20.500, leeftijd 12-25 jaar). De onderzoekers beschrijven dit als “transgendergevoelens”. Aangezien de jongeren niet direct gevraagd werd of ze transgender of non-binair zijn, kunnen we op basis hiervan geen uitspraken doen over of ze zichzelf als transgender identificeren, of zij genderdysforie ervaren, of zij genderbevestigende behandelingen wensen of dat hun genderexpressie afwijkt van wat er maatschappelijk bij hun geboortegeslacht verwacht wordt (de Graaf et al., 2017, p. 53).

De **studentenmonitor** (besproken in van den Broek et al., 2019-22) registreert sinds 2019 jaarlijks genderexpressie en transitie op basis van zelfidentificatie en maakt gebruik van de twee-stappen methode. Alleen personen die *aangeven ook in transitie te zijn*, worden in dit rapport als transgender opgenomen (N=41 in 2019-20, N=49 in 2020-21 en N=117 in 2021-22). Omdat de studentenmonitor nu op verschillende tijdstippen (jaarlijks) gegevens over genderidentiteit verzamelt op een manier die ook transgender personen meeneemt, kunnen er inmiddels voorzichtig longitudinale uitspraken worden gedaan. Daaruit zouden we kunnen constateren dat er een toename is in absolute aantallen transgender en non-binaire jongeren en personen die in “transitie naar [hun] gewenst geslacht” zijn in de specifieke context van het hoger onderwijs. Op populatieniveau blijft het aantal trans personen echter zeer klein.

De **CBS-data over wijziging van geslachtsregistratie worden in verschillende rapporten over de leefsituatie van LHBT-personen van duiding voorzien (Ebenau & van Andel, 2018)**. Zoals Van Beusekom en Kuyper in de LHBT-monitor (2018) aangeven, kunnen we door de operationalisering van het begrip transgender als *‘de groep die de geslachtsregistratie hebben laten aanpassen’* slechts uitspraken doen over een subgroep van de totale populatie: personen die hun geslachtsregistratie in de Basisregistratie Personen (BRP) lieten aanpassen. Van 1995 tot 1 juli 2014 hebben deze data omwille van de sterilisatie-eis slechts betrekking op een nog specifiekere subdoelgroep, namelijk transgender personen die verplicht werden tot een sterilisatie om hun juridisch geslacht te kunnen wijzigen. In 2018 omvat het totale aantal transgender personen die hun geslachtsregistratie hebben laten wijzigen 0,026% van de Nederlandse bevolking (Van Beusekom & Kuyper, 2018). Op basis van CBS-cijfers tot en met begin 2021 stelt de LHBT-monitor 2022 vast dat dit aandeel is gestegen naar 0,039% van de Nederlandse bevolking (Huijnk et al., 2022). Huijnk en collega’s constateren dat de invoering van de Transgenderwet in 2014 een stabiel positief effect lijkt te hebben gehad op het aantal wijzigingen (2022). Sinds de invoering van de nieuwe wet is de sekseratio veranderd: Gemiddeld zijn er steeds meer wijzigingen van vrouw naar man in vergelijking met een wijziging van man naar vrouw. Deze cijfers blijven in een binair denkkader; het registreren van een andere geslachtsregistratie, x, is

tot op heden enkel mogelijk met behulp van een deskundigenverklaring en een proces via een rechtbank, en wordt nog niet systematisch geregistreerd (zie wetsvoorstel: Kamerstukken II. (2021). 35825 nr. 6). Dit heeft tot gevolg dat een belangrijk deel van de non-binaire personen hun geslachtsregistratie niet kan wijzigen, waardoor er een onderschatting van deze doelgroep is, of wel het geslacht wijzigt maar nu lijkt te vallen onder binair-identificerende personen.

Toename en verandering in vraag naar transgenderzorg

Op basis van het **werk van de Kwartiermaker Transgenderzorg** (Zorgvuldig Advies, diverse publicaties tussen 2018-2022), kunnen we vaststellen dat er een sterke toename is in de vraag naar in transgenderzorg in de periode van de werkzaamheden van de Kwartiermaker, met name tussen 2018 en 2022. Deze rapporten focussen op aantallen van aanmeldingen bij zorgaanbieders, en alleen op personen met een zorgvraag. Hierbij wordt gekeken naar wachtenden per zorgaanbieder en zorgaanbod in UMC's (psychologische, endocrinologische en chirurgische zorg) en de GGZ, opgesplitst op basis van leeftijd in volwassenen (18+) en jongeren (-18). Wachttijden voor andere zorg zoals logopedie en psychiatrie worden niet op dezelfde manier in kaart gebracht. Het aantal aanmeldingen voor transgenderzorg, gemeten aan de hand van hoeveel mensen wachten op een intake (de eerste stap voor toegang tot transgenderzorg), is tussen oktober 2019 en juli 2022 van 2.820 naar 8.630 wachtenden gestegen. Dat is een groei van 206% (Zorgvuldig Advies, 2022b)⁸. De wachtlijsten zijn, ondanks de forse uitbreiding van het aanbod van transgenderzorg, in lengte sterk toegenomen (Zorgvuldig Advies, 2022b). In 2018 was de doelstelling van het Ministerie van VWS om begin 2022 de wachttijden met 50% te verminderen. Helaas is dit niet gelukt en zijn de wachtlijsten gestegen met meer dan 50%. Dit betekent dat personen met een gendervraag in 2021 en 2022 gemiddeld 2 jaar moesten wachten voordat een eventuele indicatie voor medische zorg gesteld kan worden (Transvisie, 2021; Zorgvuldig Advies, 2022). Inmiddels is er meer zicht op dubbelingen op wachtlijsten (één persoon meldt zich gemiddeld aan bij 1,53 zorgaanbieder(s); Zorgvuldig Advies, 2022b), en weten we dat niet iedere persoon op de wachtlijst uiteindelijk echt een zorgvraag heeft. Deze rapporten bieden echter geen zicht op het aantal personen met een vraag naar transgenderzorg voor wie de UMC's en GGZ-aanbieders niet toegankelijk zijn, of die via zelfmedicatie of zorg in het buitenland aan hun zorgvraag tegemoetkomen.

Twee studies op basis van medische dossiers bieden meer gedetailleerd zicht op personen die zich bij het Amsterdam UMC voor transgenderzorg aanmeldden. **Wiepjes en collega's (2018)** bespreken de groeiende en veranderende vraag van transgender personen die naar de medische zorg stappen. Het betreft een retrospectieve studie van de medische dossiers van personen met een relevante diagnosestelling⁹ die tussen 1972 en 2015 aan het Kennis- en zorgcentrum genderdysforie van het Amsterdam UMC, voormalig VUmc, in behandeling waren (ook wel het *Amsterdam cohort* genoemd).

⁸ De exacte aantallen en ontwikkelingen van aanmeldingen en wachttijden per zorgaanbieder tussen december 2018 en juli 2022, kunnen in de voortgangsbrieven van de Kwartiermaker Transgenderzorg worden geraadpleegd (Zorgvuldig Advies: <https://zorgvuldigadvies.nl/voortgang-kwartiermaker-transgenderzorg/>)

⁹ Sinds de jaren 1980 zijn de classificaties van transgenderidentiteiten in de medische en psychologische classificatie handboeken DSM en ICD meerdere keren veranderd, zie ook deelstudie 2. De rode draad is dat een indicatiestelling nodig was en nog steeds is, om transgenderzorg te ontvangen.

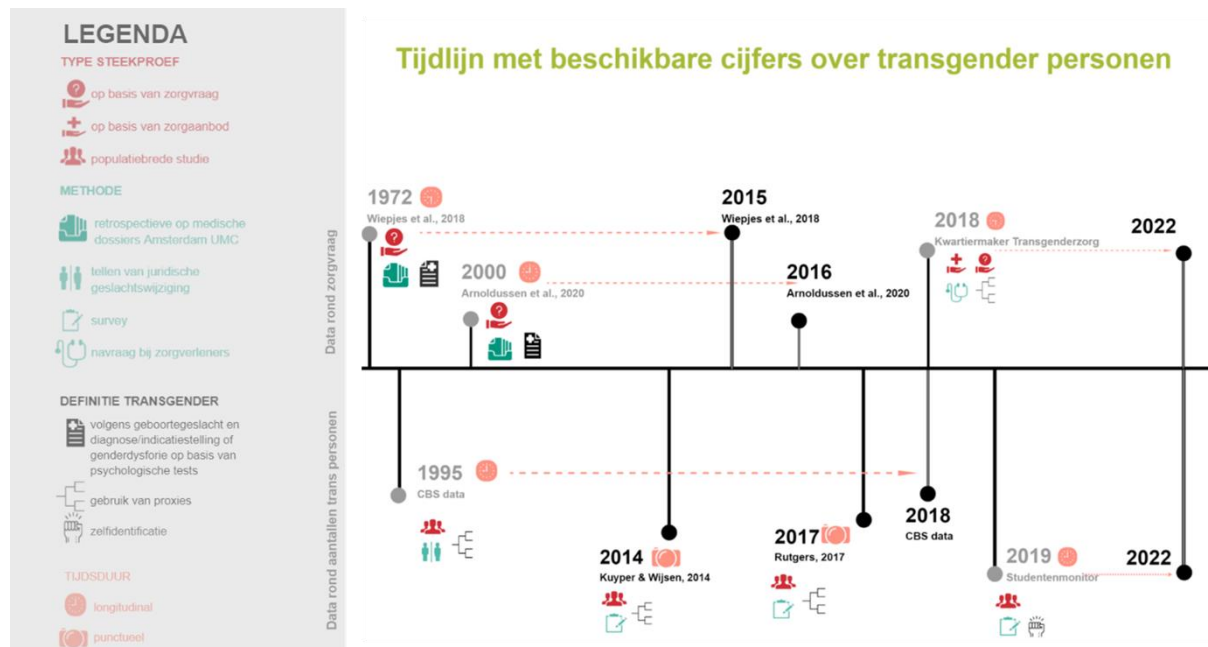
Het kenniscentrum behandelde in deze periode volgens de auteurs 95% van alle transgender personen die zich in Nederland met een zorgvraag tot de reguliere transgenderzorg wendden. Twee belangrijke kanttekeningen hierbij zijn, dat niet alle transgender personen een medische zorgvraag hebben, en dat beschikbare zorgpaden beïnvloeden wie zich al dan niet voor transgenderzorg aanmeldt in een specifieke periode. De aantallen transgender personen die jaarlijks een relevante diagnose ontvingen, zijn in deze periode vertwintigvoudigd: van 34 personen in 1980, naar 686 personen in 2015. Waar in de volwassenenzorg meer trans vrouwen en transfeminiene personen zich voor transgenderzorg aanmeldden, waren dat in de zorg voor kinderen en jongeren meer transjongens en transmasculiene personen. De studie geeft weer dat enerzijds de vraag naar en anderzijds ook het aanbod van transgenderzorg sterk zijn gegroeid. Ze geeft echter geen inzicht in de ontwikkelingen na 2015, en geeft ook de werkelijke zorgvraag in de meest recente periode niet weer, waarin meer personen op de wachtlijst staan dan in zorg zijn. De afwezigheid van non-binaire identiteiten in deze retrospectieve analyse van medische dossiers kan op meerdere manieren geduid worden: er was, onder andere, algemeen minder aandacht voor non-binaire identiteiten; non-binaire personen werden in zorg in het verleden minder goed in kaart gebracht; en men kon lange tijd alleen in transgenderzorg terecht als men een “volledige transitie” wilde of accepteerde (i.e. hormoonbehandeling, chirurgische ingrepen, sterilisatie). Zoals de auteurs ook suggereren, veranderen mogelijke zorgpaden waardoor ook non-binaire personen makkelijker de weg naar zorg vinden.

Ook de studie van **Arnoldussen en collega's (2020)** baseert zich op medische dossiers van het Amsterdam UMC. Namelijk van jongeren (10-18 jaar) die tussen 2000 en 2016 bij het Amsterdamse expertisecentrum in behandeling waren. Hierbij wordt aandacht besteed aan de demografie en mogelijke veranderingen in deze doelgroep. De intensiteit van genderdysforie onder de cliënten, gemeten aan de hand van gestandaardiseerde psychologische vragenlijsten, is niet veranderd over tijd. Er melden zich meer personen aan bij het expertisecentrum, maar in verhouding ontvangen niet meer kinderen en jongeren een diagnose of medische transgenderzorg dan vroeger. Op basis van deze bevindingen stellen de auteurs vast, dat het toegenomen aantal aanmeldingen te verklaren is doordat hulp vragen bij genderdysforie gangbaarder is geworden, en niet te herleiden is tot aanmeldingen van personen met minder intense genderdysforie of meer psychologische problemen. Er is sinds 2014 wel een verandering in de demografie van cliënten te observeren; proportioneel zijn er meer aanmeldingen van personen die bij de geboorte het geslacht vrouwelijk toegekend kregen. Deze retrospectieve studie eindigt met aanmeldingen in het jaar 2016.

De **veranderende demografie onder jongere zorgvragenden**, zoals beschreven door Arnoldussen et al. (2020), met name het grotere aantal aanmeldingen van transgender en non-binaire personen die bij geboorte het geslacht vrouw kregen toegekend, wekt interesse. Initiële studies beschrijven een hoger aantal aanmeldingen van personen die bij geboorte het geslacht mannelijk werden toegekend, dus trans vrouwen (zie, o.a., Eklund et al. (1988), Bakker et al. (1993)). Op basis van de WPATH Standards of Care 8 (Coleman et al., 2022), stellen we vast dat binnen de huidige groep trans personen, bij de geboorte als man geregistreerde personen een kleine meerderheid vormen (54% van de hele trans populatie). Onder jongeren (<18), gaat WPATH (Coleman et al., 2022) uit van iets meer trans en non-binaire jongeren die bij de geboorte als meisje werden geregistreerd (19% van de hele trans populatie, vs. 18% aan bij de geboorte als jongen geregistreerde personen (zie hoofdstuk 4 voor mogelijke verklarende mechanismen).

Onderstaande figuur biedt een overzicht over de besproken datasets, en toont aan dat deze datasets moeilijk met elkaar te vergelijken zijn omwille van de verschillende maten en criteria die gebruikt worden.

Figuur 3.1. Overzicht van de verschillende variabelen die in de datasets worden gebruik



Discussie

We stellen vast dat de beschikbare datasets en publicaties met betrekking tot het aantal transgender personen en trends in aantallen personen die naar transgenderzorg stappen, slechts in beperkte mate inzicht geven in de huidige situatie. We identificeren tekortkomingen op een aantal domeinen, die met elkaar samenhangen, en bespreken deze hieronder.

Gebrek aan recente en longitudinale data

Er is een gebrek aan solide longitudinale metingen over aantallen transgender personen in Nederland in populatie-brede onderzoeken. Deze vaststelling komt overeen met de eerdere aanbeveling van Kuyper, namelijk dat het toevoegen van vragen over genderidentiteit aan reeds bestaande, langlopende studies “meer garanties bieden voor een continuering van het onderzoek naar trans personen” (Kuyper, 2017). Helaas werd deze aanbeveling nog niet geïmplementeerd. Bovendien zijn er geen data van recente onderzoeken beschikbaar; de meest recente cijfers over de omvang van de transgender populatie in Nederland dateren uit 2017 (de Graaf et al., 2017). Ook de meest recente data in gepubliceerd onderzoek over de veranderende demografie en vraag naar transgenderzorg in expertisecentra, stopt in 2016. In discussies omtrent de knelpunten in de transgenderzorg en behoeften voor toekomstbestendige transgenderzorg wordt dus niet gewerkt met actuele cijfers. Het zou bijvoorbeeld wenselijk zijn om ook zicht te hebben op de recente ontwikkelingen in zelf-identificatie en aanmeldingen voor transgenderzorg van jongeren.

Sterke contextgebondenheid van data

De meeste datasets zijn sterk contextgebonden. Het grootste deel van de onderzoeken heeft betrekking tot niet-representatieve steekproeven, of legt focus op bepaalde aspecten (bijvoorbeeld, leeftijdsgroep, juridische geslachtswijziging, medische zorgcontext) die bij transgender personen van toepassing kunnen zijn, maar dit niet noodzakelijk zijn. Omdat de meeste gegevens uit studies sterk contextgebonden zijn, zijn de daaruit te trekken conclusies niet generaliseerbaar, ook al bieden ze mogelijkheden voor longitudinale analyses. Bredere uitspraken over de proportie van transgender personen zijn dan ook niet mogelijk met de huidige beschikbare datasets, grotendeels vanwege de beperkingen van de huidige methoden voor het verzamelen van gegevens over genderidentiteit. Contextgebonden data lopen het gevaar door derden geëxtrapoleerd te worden naar de hele populatie transgender personen, en kunnen een vertekend beeld schetsen.

Studies baseren zich op proxies

Een opvallende observatie bij het analyseren van de data zijn de uiteenlopende definities die toegepast zijn bij het spreken over transgender personen. De meeste studies baseren zich op wat we als “proxies” kunnen samenvatten: transgenderidentiteit wordt vaak geconceptualiseerd door het gebruik van een indirecte meting van transgenderidentiteit, en niet door genuanceerde zelfidentificatie op basis van geslacht toegekend bij geboorte en huidige genderidentiteit. Proxies gebruiken in metingen van identiteit en ervaring van transgender personen ondermijnt de validiteit van metingen en de generaliseerbaarheid van cijfers. Een meting van genderincongruentie is bijvoorbeeld niet gelijk aan iemands genderidentiteit. Het gebruik van proxies als enige benaderingswijze (zonder de bijkomende mogelijkheid tot zelfidentificatie) om uit af te leiden wie transgender is, sluit mensen uit die zich niet in de voorgestelde categorieën kunnen herkennen en in die meting niet (kunnen) worden meegeteld. Bovendien worden transgender personen gepathologiseerd door het gebruik van medische proxies (zoals ervaren dysforie, de wens naar genderbevestigende chirurgie). Daarnaast kan het gebruik van proxies ervoor zorgen dat er uitgegaan wordt van aannames en stereotypen bij het analyseren van gegevens, hetgeen de waarde van de analyses kan ondermijnen (Lowik, et al., 2022). Dit aandachtspunt sluit enerzijds aan bij bovenstaand punt over contextgebondenheid, en heeft anderzijds betrekking op het classificeren van een persoon als transgender op basis van het ontvangen van transgenderzorg of een wijziging van het juridisch geslacht.

Proxies: binaire denkkaders en gebrek aan aandacht voor zelf-identificatie

De meeste datasets zijn gebaseerd op een binaire benadering van gender: een indeling in man en vrouw, en trans man en trans vrouw. Dit is geen volledige representatie van het brede spectrum aan genderidentiteiten, en hierdoor worden onder andere non-binaire identiteiten onzichtbaar gemaakt. Om zelfbeschikking mogelijk te maken moeten er meer opties dan “man” en “vrouw” beschikbaar zijn. Personen moeten meerdere opties kunnen aanvinken, of vrij invullen. Deze bevinding sluit aan bij Kuyper & Wijsen (2014), die constateren dat de eenvoud van de huidige metingen geen recht doet aan de complexiteit van identiteiten, gevoelens en ervaringen van gender diverse personen. Recent onderzoek van de Kwartiermaker Transgenderzorg en Transvisie (Zorgvuldig Advies & Transvisie, 2019 en 2022), uitgevoerd op basis van zelfidentificatie, toont aan dat binaire opties niet voldoende zijn om inzicht te krijgen in bestaande genderidentiteiten. Een meer inclusieve meting van genderidentiteit met respect voor zelf-identificatie kan bestaan uit twee stappen: ten eerste, vraag naar de huidige

genderidentiteit; ten tweede vraag naar het toegewezen geslacht bij de geboorte. Deze aanpak maakt non-binaire en fluïde identiteiten zichtbaar.

Medicaliseren en pathologiseren

Veel definities van transgenderidentiteiten gaan uit van een medicaliserend kader. Medicalisering is het proces waarbij een fenomeen of issue wordt begrepen op een louter medische manier. Men beschrijft een probleem dan in medische taal, en gebruikt een medisch kader om het probleem te begrijpen en een oplossing (i.e. behandeling) voor te stellen (Conrad, 1992, p. 211). Er wordt beroep gedaan op diagnostische kaders, en zelfbeschikking en zelf-identificatie worden achterwege gelaten. Het gevaar bestaat dat personen worden gereduceerd tot een medische hulpvraag en in een medische benadering van transgender als “afwijkend” worden geplaatst. Dit staat haaks op veranderingen in toonaangevende zorgstandaarden, zoals de achtste versie van de Standards of Care (SOC-8), die in 2022 door de World Professional Association for Transgender Health (WPATH; Coleman et al., 2022) werd gepubliceerd, en een benadering op basis van de principes van de mensenrechten (Yogyakarta Principles: International Commission of Jurists, 2007 & 2017), waarin nadruk op zelfbeschikking en autonomie van transgender personen ligt. In klinische studies zijn de gegevens over transgender personen beperkt tot personen die een transgender-gerelateerde diagnose hebben gekregen of degenen die transgenderzorg hebben aangevraagd of ondergaan. Zo vraagt onderzoek deelnemers bijvoorbeeld of ze genderincongruentie of -ambivalentie ervaren (Kuyper & Wijsen, 2014), en classificeert onderzoek deelnemers als transgender op basis van hun zorgvraag of gediagnosticeerde dysforie (Arnoldussen et al., 2020; Wiepjes et al., 2018). Het gebruik van dit soort medische proxies en definities gaat eraan voorbij dat niet alle transgender personen een genderbevestigende zorgvraag hebben, of sterke dysforie ervaren.

Het gebruik van medische en psychologische proxies in afwezigheid van de mogelijkheid tot zelfidentificatie legt een sterke focus op genderincongruentie of ambivalentie. De geschiedenis van transgender personen is gekenmerkt door classificaties van buitenaf, een narratief van afwijking en achterhaalde classificaties als mentale ziekte (cf. Bakker, 2018). Dit mechanisme wordt ook wel samengevat onder de noemer “pathologiseren” - variatie en diversiteit in genderidentiteit werden lange tijd als ziekte benaderd (zie Suess Schwend, 2020). Er is nauwelijks oog voor ‘transgender zijn’ buiten het medisch kader in onderzoek. De meeste cijfers die we kennen zijn afkomstig van de vraag naar zorg en de aangeboden zorg, en vooral uit het Amsterdam UMC. Deze cijfers schetsen een beeld over zorg die aangeboden werd en wordt in multidisciplinaire expertisecentra voor geslacht en gender. Ze geven echter niet weer welke andere behoefte aan zorg en steun er in de transgender populatie is, op welke manieren deze al dan niet wordt beantwoord, hoeveel transgender personen in totaal beroep willen doen op zorg en hoeveel trans personen zonder zorgvraag er in Nederland zijn.

4. Wat zeggen de theorieën?

Samenvatting. Deze deelstudie onderzoekt in hoeverre verschillende disciplines een antwoord kunnen geven op de vraag hoe genderidentiteit zich ontwikkelt. Ook wordt nagegaan wat bekend is over de vraag in hoeverre cisgender of transgender ontwikkelingen verschillen. Juist over die vraag blijkt bestaande kennis ontoereikend. Om de complexe vraagstukken te kunnen begrijpen, moeten we elementen uit verschillende disciplines combineren. Dit is tot nu toe nog niet of nauwelijks gedaan. De analyse laat zien dat de gezondheidsgevolgen voor mensen die niet zonder meer passen in een bestaand gender regime niet goed te begrijpen zijn zolang ze gezien worden als individuele problemen, zonder oog te hebben voor de sociale en maatschappelijke context. Minderheidsstress ontstaat namelijk in interactie met de omgeving; door het behoren tot een gemarginaliseerde groep. Ook de rol van mobilisatie, media en sociale media voor transgender personen is juist binnen dat dominante gender regime van belang. Het is van belang om transgender personen herkenning en erkenning te bieden, hen de woorden te geven waarmee ze zich kunnen identificeren als deel van een gemeenschap, en in een volgende stap eventueel toegang tot zorg te zoeken. Tenslotte is het verzet in tegenbeweging en media tegen de erkenning van transgender personen te begrijpen als conflict over (de transformatie van) het gender regime. Dit is een politiek conflict, dat in gepolariseerde vorm (morele paniek) de ruimte voor exploratie van gender diversiteit verkleint.

Methode: naar een meerdimensionaal kader

In de ontwikkeling van een theoretisch model zijn we stapsgewijs te werk gegaan. Allereerst hebben we geïnventariseerd welke theorieën een antwoord zouden kunnen formuleren op de centrale vragen van dit project. We hebben geen *systematic review* geschreven, maar op basis van de multidisciplinaire kennis in ons team relevant onderzoek samengebracht uit uiteenlopende disciplines (medische biologie, ontwikkelingspsychologie, communicatiewetenschappen, sociologie, politicologie, gender studies en trans studies). Daarbij selecteerden we (aanzetten tot) theoretische antwoorden op de drie waarom-vragen (toename trans personen, toename zorgvraag en verandering van de aard van de zorgvraag). In stap twee hebben we relevante factoren en mechanismen uit deze benaderingen in kaart gebracht. In navolging van het socio-ecologische model (Bronfenbrenner, 1979) maken we een analytisch onderscheid naar drie niveaus: micro (individu), meso (de omgeving van het individu) en macro (staat en samenleving). In een derde stap hebben we doordacht hoe deze factoren een rol spelen in de theoretische beantwoording van de drie genoemde vragen, en hebben we gekeken hoe factoren van verschillende niveaus op elkaar inwerken. Dit is van belang omdat transgender personen lang benaderd zijn vanuit biomedische en cognitief-psychologische perspectieven, die typisch naar factoren op het niveau van het individu kijken en de invloed van meso- en macrofactoren onderbelicht laten (zie ook Mocarski et al., 2019).

De drie stappen leggen de eerste bouwstenen voor een dynamisch multidimensioneel theoretisch kader om veranderingen in het aantal transgender personen en in omvang en aard van hun zorgvraag te kunnen begrijpen. Het is dynamisch in de zin dat het voortdurend dient te worden bijgesteld om beperkingen en bias te corrigeren, door inzichten van andere ervaringsdeskundigen en onderzoekers

in te brengen. Dit proces van reflectie en re/constructie kreeg onder meer vorm in deelstudies 3 en 4. Voor discussie, zie deelstudie 5.

We bespreken per niveau de verschillende factoren en in hoeverre zij een verklaring kunnen geven voor de toename van het aantal transgender personen en veranderingen in de vraag naar transgenderzorg.

Microniveau

Hoe kunnen we de toename in transgender personen verklaren, met andere woorden, wat zegt biomedisch en psychologisch onderzoek over de wijze waarop mensen hun genderidentiteit ontdekken en ontwikkelen?

Het individuele lichaam: somatisch

In hoeverre ontwikkelt ons lichaam een bepaalde genderidentiteit onder invloed van hormonen of genen? Prenatale hormonale processen, genen en geslachtschromosomen spelen een rol in de ontwikkeling van genderidentiteit en genderincongruentie, maar onduidelijk is hoe groot die rol is. Wel is duidelijk dat ze op zichzelf geen verklaring kunnen geven voor de ontwikkeling van genderidentiteit of transgenderidentiteit los van omgevingsfactoren zoals socialisatie (Kreukels en Steensma, 2020; Mueller et al., 2021). Ze kunnen zeker geen toename van een bepaalde identiteit verklaren los van veranderingen op meso- en/of macroniveau. Dergelijk biomedisch onderzoek wordt verder gekenmerkt door een sterk **binaire inslag**, waarbij de focus ligt op het identificeren van het 'typisch' en 'atypisch' mannelijke en vrouwelijke, het 'typisch' en 'atypisch' masculiene en feminiene. Dit zijn echter geen biologische, maar sociaal geconstrueerde categorieën.

Daarom hebben we ook benaderingen nodig die zich richten op de interpretatie van het biologische (zie volgende paragraaf) en de sociale constructie van categorieën (zie mesoniveau).

Het individu: genderidentiteit

Over de ontwikkeling van genderidentiteit is in de psychologie weinig bekend. Wel biedt de cognitieve psychologie belangrijke inzichten in de ontwikkeling van genderrolgedrag en genderexpressie, en levert de psychoanalyse een belangrijke bijdrage aan theorievorming rond de ontwikkeling van identiteit in het algemeen.

In de cognitieve psychologie ligt de nadruk op de ontwikkeling van een besef van het bestaan van het eigen geslacht en dat van anderen. Kinderen leren dat het geslacht niet verandert (zogenaamde **geslachtsconstantie**) en welk gendergedrag als passend bij dat geslacht zou horen. Dat doen kinderen via een cognitief leerproces, waarbij zij input (waarden, normen, betekenissen over vrouw-zijn en man-zijn) uit de omgeving halen (Ruble, Martin & Berenbaum, 2006). Impliciet wordt verondersteld dat via een proces van identificatie (leren, modelling) kinderen zich als meisje of als jongen gaan identificeren, aansluitend bij het geboortegeslacht. Dit cognitieve bewustwordingsproces van geslacht en gender begint al jong. In eerste instantie is er nog veel flexibiliteit ten aanzien van gendernormen, maar in de vroege adolescentie gaan ze striktere normen hanteren, waar ze in de late adolescentie weer flexibeler mee omgaan. Genderrollen spelen een belangrijke rol in groepsvorming en acceptatie door leeftijdgenoten. De mate waarin iemand voldoet aan het gedrag en het uiterlijk dat past bij de groepsnorm (gender typicality), en de mate waarin iemand tevreden is over diens gender hebben een positieve relatie met mentale gezondheid (Masters et al., 2021).

Deze theorieën uit de cognitieve psychologie schieten tekort omdat ze uitgaan van een vanzelfsprekende relatie tussen geboortegeslacht, binair genderrolgedrag en een binaire genderidentiteit, en van identificatie met ouderfiguren van hetzelfde geboortegeslacht als het kind zelf. Gendercongruentie wordt als normaal gezien, incongruentie als afwijkend. Vanuit de cognitieve psychologie is niet bekend waardoor gender incongruentie ontstaat.

De psychoanalytische identiteitstheorie waarvan Erik Erikson (1968) de grondlegger is, geeft meer inzicht in hoe identiteit zich in het algemeen ontwikkelt. Deze theorie beschouwt identiteit als het product van identificaties met anderen. Elke levensfase kenmerkt zich door een bepaalde spanning met betrekking tot de identiteit. Identiteit ontwikkelt zich dan ook via crises, perioden waarin de persoon nieuwe uitdagingen van specifieke levensfasen moet integreren in een aangepast zelfbeeld. De adolescentie is een levensfase die zich volgens Erikson kenmerkt door rolverwarring in een zoektocht naar identiteit waarin jongeren zich afvragen: wie ben ik. Zijn theorie kent een lange traditie van empirisch onderzoek met focus op adolescentie. Daarbij is het proces van identiteitsontwikkeling geoperationaliseerd naar vier fasen, waarbij er van uit wordt gegaan dat een gezonde identiteitsontwikkeling vanuit een crisis, via exploratie en verwarring tot een commitment komt. De fase van commitment lijkt samen te hangen met een betere psychosociale gezondheid (Waterman, 1982; Meeus et al., 2011).

Toch komen we met deze benaderingen niet verder dan wat we al bij het individuele lichaam hebben beschreven, omdat ze beperkt blijven tot **microniveau**. Ze leggen wel op een of andere manier nadruk op ontwikkeling van zowel genderrolgedrag als identiteit in interactie met een omgeving, maar die omgeving blijft exogeen, met andere woorden, veranderingen in de omgeving worden niet meegenomen in de benadering. Een tweede beperking van deze identiteitstheorieën is dat de ontwikkeling van genderidentiteit vaak gezien wordt als een **lineair proces met een stabiel eindstadium**, en dat de ontwikkeling **binair** gericht is op identificatie als ofwel man ofwel vrouw. Het lineaire karakter van de benadering is problematisch, omdat het experimenteren ziet als een fase van voorbijgaande aard, en omdat het fluiditeit uitsluit. Ook psychologisch onderzoek naar zogenaamde *desisters* (afhakkers) en *persisters* (doorzetters) onder transgender jongeren (Steensma et al., 2011) is impliciet gebaseerd op lineair denken.

Meer recent, onder invloed van de transgenderbeweging (zie macroniveau), is een reactie gekomen op de binaire en lineaire benadering van de relatie tussen geslacht en gender. T.J. Jourian (2015) stelt een flexibel en multidimensioneel model voor waarbij de veronderstelde koppeling tussen bij geboorte toegekend geslacht, genderidentiteit, genderexpressie en seksuele voorkeur wordt losgelaten. In zijn model worden dimensies van geslacht en gender niet als binaire categorieën gezien (man of vrouw, mannelijk of vrouwelijk, hetero of homo), maar als naast elkaar bestaande dimensies die verder aangevuld worden met een derde dimensie die de man/vrouw categorieën overstijgt (Wasserbauer, 2018). Dit model levert winst op omdat het recht doet aan de ervaringen van transgender en non-binaire personen, in plaats van hen te reduceren tot labels die als niet-passend gevoeld worden (zie ook het model van de gender unicorn, Transstudent.org). Zoals Kuper, Wright en Mustanski (2018) laten zien, geven transgender jongvolwassenen op heel verschillende en individueel veranderende wijze uitdrukking aan hun genderidentiteit, genderexpressie (rol in relaties en interacties), genderpresentatie (kleding, make-up) en fysiek zelfbeeld (zoals primaire en secundaire geslachtskenmerken). Ook na adolescentie loopt dit proces van exploratie door (Arnett, 2000).

Kortom, genderidentiteitsontwikkeling van transgender (en cisgender) personen vindt plaats in een tweerichtingsverkeer tussen intrapersonlijke processen van zelf-bewustwording en zingeving, die betekenis geven aan biologische aspecten, en interpersoonlijke processen van interactie

(mesoniveau). Om genderidentiteitsontwikkeling op passende wijze te beschrijven, dienen verschillende dimensies van geslacht en gender worden erkend, inclusief een dimensie die man/vrouw categorisering overstijgt. Het proces van genderidentiteitsontwikkeling wordt beïnvloed door maatschappelijke veranderingen (zie macroniveau).

Mesoniveau

Welke omgevingsfactoren beïnvloeden de ontwikkeling van (trans- of cis)genderidentiteit, de vraag naar zorg en de aard van de vraag naar zorg van transgender personen?

Het sociale lichaam

Medisch antropologen Scheper-Hughes en Lock (1987) maken onderscheid tussen het **individuele, 'beleefde' lichaam** (*body-self*) en het **sociale lichaam** als manier om na te denken over de relatie tussen de biologische en de sociale wereld. Het sociale lichaam is tijd- en plaatsgebonden, en aan verandering onderhevig. In de huidige tijd in Nederland krijgt het vorm in wat psychoanalyticus Paul Verhaeghe (2012) een **neoliberale meritocratie** noemt, waarin grote nadruk wordt gelegd op ieders verantwoordelijkheid voor het eigen succes of de eigen mislukking. Verhaeghe is kritisch over deze ideologie, waarin competitie domineert en een oppervlakkige en instabiele identiteit ontstaat, terwijl solidariteit en gemeenschap eroderen. Competitie leidt verder tot sociale angst en sociale isolatie.

In deze neoliberale samenleving wordt het lichaam een plaats voor zelfverwezenlijking, een weg naar succes. Deze visie legitimeert het steeds verder optimaliseren van het lichaam door cosmetische en plastische chirurgie. Weliswaar wordt het denken over '**elective surgery**' (chirurgische interventies zonder medische noodzaak) beïnvloed door het aanbod (de 'technische' mogelijkheden en de beschikbaarheid, betaalbaarheid en toegankelijkheid van chirurgie), maar ook door het sociale. In een samenleving die gericht is op zelfverwezenlijking zijn chirurgen degenen die 'mismatched selves and bodies' (zie hierna het '*wrong body-discours*') kunnen harmoniseren en die een techniek bieden om je 'ware zelf naar boven te halen' (Plemons, 2017). Kritiek op de neoliberale individuele maakbaarheidsideologie sluit aan bij oudere feministische kritiek van Kathy Davis (1995; 2009). Davis stelt dat vrouwelijkheid vooral wordt begrepen in termen van lichamelijke schoonheid, waardoor cosmetische chirurgie een logische oplossing lijkt te zijn voor onvrede met of onzekerheid over het uiterlijk, en het antwoorden op het streven naar een 'normaal' lichaam. Cosmetische chirurgie wordt genormaliseerd als een neutrale techniek om het persoonlijke identiteitsproject mee te realiseren.

Het persoonlijke identiteitsproject en de vraag naar chirurgie mogen echter niet los worden gezien van de interacties van het individu met de buitenwereld en de invloed van de omgeving (zie ook Woertman, 2019). De omgeving is gendered, met andere woorden, het sociale lichaam is gendered (zie ook hierna, gender schema theorie). Dit kunnen we onder meer aflezen aan de veranderingen in wat we beschouwen als belangrijke **signifiers van gender** (zichtbare tekenen van onze genderidentiteit, die betekenis geven aan onze identiteit). In de Verenigde Staten is het gezicht als signifier van geslacht en gender belangrijker geworden dan genitaliën en secundaire geslachtskenmerken (Plemons, 2017). Met het inzicht dat geslacht ook sociaal is en het gezicht een cruciaal deel is van het sociale lichaam, is *facial feminization surgery* een belangrijke techniek geworden in transgenderzorg. Vrouw zijn betekent in deze visie herkend worden als vrouw en in het dagelijkse leven behandeld worden als vrouw, wat iets anders is dan het hebben van bepaalde genitale kenmerken (Plemons 2017). Chirurgische interventies bij transgender personen zijn dan gericht op het

realiseren van de genderidentiteit en het aanpassen van het *sociale* lichaam. Dat betekent dat de zorgvraag en individuele keuzes veranderen als er verandering optreedt in wat ‘sociaal’ als belangrijke signifiers van gender worden beschouwd. Het betekent ook dat het lichaam en het lichamelijke betekenis krijgen door mesoniveau (sociale leven) en macroniveau (gender regime).

Ook sluit de neoliberale visie op het lichaam aan bij het wijdverbreide **wrong body-discours**, dat verwijst naar het beeld dat een individu ‘in het verkeerde lichaam’ geboren is, een lichaam dat ‘verkeerd’ gegendered is in relatie tot de genderidentiteit zoals die zelf gedefinieerd wordt (Engdahl, 2014, p. 267). Chirurgie is in die visie een oplossing om het lichaam en het ‘ware zelf’ met elkaar in harmonie te brengen (Plemons 2017). Genderidentiteit wordt hierbij gezien als een aangeboren vaststaande identiteit gekoppeld aan biologisch geslacht, maar zoals bleek uit de bespreking van microfactoren, mist die visie een sluitende biologische onderbouwing.

Er is veel af te dingen op het *wrong body*-discours. Allereerst heeft het discours ‘gatekeeping gevolgen’ binnen het medische discours over ‘de echte transgender’, omdat alleen wie ervan overtuigd is in het verkeerde lichaam geboren te zijn, transgenderzorg zou mogen krijgen die erop gericht zou zijn lichaam en ‘zelf’ weer in overeenstemming te brengen (zie de definities in ICD-10¹⁰ en DSM-IV). Daarbij wordt het gegenderde lichaam beschouwd als een lichaam dat altijd eenduidig en volledig mannelijk of vrouwelijk is. Ook het **born this way-discours** is in deze lijn te plaatsen: alleen wanneer iemand geboren is met de geest (of de hersenen) van het andere geslacht, is het acceptabel om lichamelijke veranderingen toe te staan (Sadjadi, 2019, p. 115). Dit veronderstelt dus dat er een methode is om vast te stellen of iemand ‘echt’ geboren is met de geest of de hersenen van het andere geslacht: is vertrouwen op zelfinschatting voldoende, of moet een medisch expert dit vaststellen op basis van een gevalideerde methode? Ook worden lichaam en identiteit als dichotome, van elkaar te onderscheiden stabiele categorieën gezien, terwijl beide sociaal en in interactie geconstrueerd worden.

Ten tweede ligt een assumptie van essentialisme aan het *wrong body*-discours ten grondslag. Het lichaam wordt verondersteld verkeerd te zijn in relatie tot een innerlijke, authentieke genderidentiteit. Dit essentialisme miskent gender-variante lichamen en expressie. Het maakt een onderscheid tussen het materiële en het subjectieve, tussen lichaam en zelf, alsof dit gescheiden zaken zijn, in plaats van de trans- (en cis-)lichaamservaring te verklaren vanuit een overlappend begrip van zelf, lichaam, geslacht en gender: het geleefde lichaam als uitdrukking en ervaring van een fysiek lichaam in een bepaalde socio-culturele context, een ‘**body-in-situation**’ (Engdahl, 2014, p. 268) in plaats van een ‘verkeerd-zijn’ van het lichaam als permanent en vaststaand.

De vraag naar transgenderzorg en de aard van die vraag zullen dus beïnvloed worden door de mate waarin het *wrong body*-discours, het *born this way*-discours of het *body-in-situation*-discours domineren.

Genderidentiteitsontwikkeling in context

Genderidentiteit wordt dus vaak als een individueel ontwikkelingsproces benaderd (zie microniveau), terwijl het niet plaatsvindt in de begrenzing van het individuele lichaam maar gezien moet worden als een **interactioneel** (Pullen Sansfaçon et al., 2020) en **performatief** (Morgenroth & Ryan, 2021) proces van getuige zijn (witnessing) en spiegelen (mirroring). In tegenstelling tot de cognitieve psychologie hoeft in interactionele of performatieve benaderingen de ontwikkeling van genderidentiteit niet lineair of binair te zijn, en wordt de invloed van factoren op mesoniveau expliciet meegenomen.

¹⁰ Zie woordenlijst voor afkortingen.

Wanneer betekent verandering in de omgeving dat een andere genderidentiteit mogelijk wordt? Als die verandering inhoudt dat niet langer alles in termen van binaire genderschema's wordt gedacht, stelt psycholoog Sandra Bem. Zij introduceerde in 1981 de **genderschema theorie** die stelt dat mensen informatie organiseren in termen van gender (gender labelen). Bem verbaasde zich erover dat gender-based schematische informatieverwerking zo alomtegenwoordig is, en dat de samenleving voortdurend het belang van de genderdichotomie benadrukt voor vrijwel ieder aspect van iemands leven. Alles varieert in functie van geslacht. Bem ziet in haar onderzoek echter ook variatie in de mate waarin individuen 'consistent' gesocialiseerd zijn, en opent daarmee de weg voor het doordenken van non-binariteit. Zij noemde mensen androgyn als deze, afhankelijk van wat de omstandigheden hen toestaan, flexibel mannelijk of vrouwelijk zijn, en zowel het mannelijke als het vrouwelijke in henzelf omarmen. Zij stelde ook dat dit concept nog onvoldoende radicaal is, omdat het nog steeds uitgaat van het idee dat er in ieder van ons een mannelijk en een vrouwelijk is en dat mannelijkheid en vrouwelijkheid een tastbare realiteit zijn in plaats van cognitieve constructies die afgeleid zijn uit gender-schematisch denken. Bem stelt dat de samenleving zou moeten stoppen om alles, ook als genitalia irrelevant zijn, te interpreteren vanuit gender schema's (Bem, 1981, p. 363). Met deze oproep was Bem haar tijd ver vooruit.

Kay Bussey en Albert Bandura (1999) maakten vervolgens met hun sociaal-cognitieve theorie van genderidentiteitsontwikkeling ruimte voor meervoudig concurrerende genderinvloeden, waarbij de ontwikkeling van genderidentiteit niet alleen in de vroege kindertijd plaatsvindt maar het hele leven lang. Daarbij identificeren zij drie manieren waarop meso-factoren doorwerken: modelleren, 'enactive experience', en 'direct tuition'. Voor de eerste manier, modelleren, zijn ouders, leeftijdsgenoten en media van grote invloed omdat zij de modellen bieden voor 'passend' gendered gedrag. De tweede manier, 'enactive experience' (actieve ervaring), verwijst naar activiteiten waardoor mensen op positieve wijze ervaren wat succesvol gedrag is. Mensen leren van de wijze waarop anderen op hun gendered gedrag reageren. De derde manier is 'direct tuition', waarbij mensen expliciete aanwijzingen krijgen over wat normaal is. Zo worden cisgender normen gereproduceerd. Noah Zazanis (2021) onderzocht wat dit betekent voor transgender identiteitsontwikkeling. Als gender een alomtegenwoordige structuur is die aan iedereen wordt opgelegd, wat betekent het dan om van gender te 'veranderen' terwijl men onderworpen blijft aan die structuur? (zie ook Devor, 2004). Ook Zazanis gaat ervan uit dat transgenderidentiteiten, zoals cisgender identiteiten, niet biologisch gedetermineerd zijn, maar dat dezelfde drie mesoprocessen (modelleren, enactive experience, en direct tuition) in interactie met het biologische een rol spelen. Daarbij ervaren transgender personen in een door cisgender mensen en normen gedomineerde samenleving, echter conflicterende invloeden. Modelleren gebeurt voor hen niet in de eerste plaats via ouders en leeftijdsgenoten, aangezien ze zich onvoldoende herkennen in de meest voorkomende modellen. Daarom zoeken ze naar passende modellen in klassieke en sociale media. Transgender gemeenschappen op sociale media kunnen ook een bron van 'direct tuition' zijn, aangezien er onder meer filmpjes worden geplaatst waarin transgender personen bijvoorbeeld ervaringen met zorg delen, stemtrainingstechnieken, en aanwijzingen over hoe als 'transgender' te leven. Tenslotte kunnen transgender personen in interacties binnen (digitale en fysieke) transgroepen leren door positieve feedback op actieve ervaringen (enactive experience).

De verdere socialisatie als transgender persoon vindt dus plaats in een specifieke sociale context, namelijk de (digitale en fysieke) transgender gemeenschap binnen een cisgender samenleving. Daar kan een transgenderidentiteit verder tot ontplooiing komen. Dit betekent niet dat een (cis- of trans-) persoon in interactie met de transgendergemeenschap tot transgender 'gemaakt' wordt. Het

betekent wel dat genderidentiteitsontwikkeling altijd verloopt in interactie met de omgeving, waarbij die ontwikkeling voor transgender personen gekenmerkt wordt door spanning tussen het beleefde lichaam en de dominante modellen die ouders, leeftijdsgenoten en media bieden. Vanuit deze spanning als gevolg van concurrerende genderinvloeden is de zoektocht naar herkenning te begrijpen, die mogelijk wordt gemaakt door transgender representatie in media en gemeenschap.

Deze spanning tussen het geleefde lichaam en de omgeving wordt niet erkend door degenen die ervan uitgaan dat gendersocialisatie in een patriarchale maatschappelijke context plaatsvindt waardoor degenen die bij geboorte als vrouw geïdentificeerd zijn, gesocialiseerd zijn tot seksuele wezens en slachtoffers van mannelijke seksualiteit. Degenen die bij geboorte als man geïdentificeerd zijn, zijn gesocialiseerd tot seksuele daders met macht en privileges. In deze specifieke feministische visie zouden transgender mannen altijd slachtoffer blijven, en transgender vrouwen altijd genieten van hun privileges en potentieel ouderschap (Hines, 2019). Socialisatie werkt dan deterministisch: deze wordt dan gezien als een proces waarbij de samenleving gendered identiteiten produceert, terwijl het individu geen handelingsmogelijkheid heeft en zich niet kan verzetten tegen socialisatie. In die visie is dus geen ruimte voor omgekeerde, non-binaire of fluïde genderidentiteitsontwikkeling als vervolg op de spanningen en inconsistenties in de socialisatie tot man of vrouw die een individu ervaart. Zazanis (2021) stelt daar een visie tegenover, waarin socialisatie geen deterministisch proces is. Genderidentiteit wordt niet passief en individueel gereproduceerd, maar actief en interactief sociaal geproduceerd, en kan leiden tot verzet tegen en verandering van de aanvankelijke gendered socialisatie op basis van het bij geboorte door anderen toegekende geslacht. Dat en hoe de hier benoemde spanning doorwerkt in het leven van transgender personen wordt in de volgende paragraaf uitgewerkt.

Minderheidsstress en gemeenschap

Het welzijn van transgender personen wordt negatief beïnvloed door wat **minority stress** (minderheidsstress) wordt genoemd. Deze stress komt voort uit het deel uitmaken van een gemarginaliseerde groep, bijvoorbeeld op grond van genderidentiteit en/of seksuele oriëntatie anders dan de heteronormatieve monogame meerderheidsnorm. De stress wordt veroorzaakt door het ervaren van stigma, discriminatie en vooroordeel (zowel de ervaringen daarmee als het daarop anticiperen) en het internaliseren ervan (Meyer, 2003). Deze stress is typerend voor mensen die gemarginaliseerd worden, naast de gangbare vormen van 'levensstress' die ieder mens ervaart, en heeft tot gevolg dat hun mentale gezondheid negatief wordt beïnvloed.

Wat precies veroorzaakt die unieke stress? Minderheidsstress verwijst naar twee soorten stigmatisering waarmee transgender personen te maken kunnen krijgen. Ten eerste *distale stressprocessen*: dat wat zich in iemands omgeving afspeelt, zoals gender-gerelateerde discriminatie, gender-gerelateerde afwijzing, intimidatie en geweld. Ten tweede zijn er *proximale stressprocessen*: de gedachten en gevoelens die iemand ontwikkelt als gevolg van distale stress, zoals het verwachten van stigma, het verbergen van de eigen identiteit en het ontwikkelen van zelfstigma (zoals geïnternaliseerde transfobie, internalisering van negatieve dominante stereotypen en waarden) als iemand de negatieve overtuigingen en houdingen over de gemarginaliseerde groep waartoe die behoort internaliseert (Meyer, 2003; Testa et al., 2015). Frequente stressoren zijn 'misgendering' (aangesproken worden met persoonlijke voornaamwoorden die niet passen bij iemands identiteit), 'interpersonal invalidation' (bagatelliseren en afwijzen van iemands gevoelens) en binaire normativiteit. Hiermee omgaan en hierop bedacht zijn kost veel mentale en emotionele energie. Dit betekent dat transgender personen behoefte hebben aan passende zorg voor hun geestelijke

gezondheid als gevolg van de negatieve invloed van het behoren tot een gemarginaliseerde groep en het gedrag van de meerderheid op het geestelijk welzijn. Uit onderzoek blijkt bovendien dat stigma en vooroordeel nog sterker zijn jegens transgender personen van kleur, transgender personen die deel uitmaken van een gemarginaliseerde etnisch-culturele groep (McConnell et al., 2018; Aftab et al., 2013) en non-binaire personen (Matsuno et al. 2022). Om die redenen is een intersectioneel perspectief nodig op de wijze waarop stress wordt ervaren en de vraag wat passende zorg is.

Om de invloed van minderheidsstress op de zorgvraag te begrijpen, is het van belang ook beschermende factoren mee te nemen die bijdragen aan de veerkracht van transgender personen en de effecten van minderheidsstress verminderen. **Verbondenheid met een gemeenschap** is de belangrijkste beschermende factor (*community connectedness, belongingness*): het gevoel van 'erbij horen' draagt bij aan het welzijn en de veerkracht (resilience) van transgender personen (Barr, Budge en Adelson, 2016). Mobilisatie (online en fysiek) voor de belangen van transgender personen verhoogt zichtbaarheid en daarmee de mogelijkheden voor transgender personen om aansluiting te vinden (zie macroniveau). Een hiermee samenhangende beschermende factor is **trots** (*pride*), al lijkt dit tegenstrijdig. Echter, hoewel de negatieve gevolgen van het behoren tot een gemarginaliseerde groep voor de mentale gezondheid van transgender personen zijn aangetoond, blijkt uit onderzoek ook hoe juist het behoren tot een gemarginaliseerde groep een bron van trots kan zijn. In dat kader wijzen psychologen en transgender personen op de rol van **gendereuforie** (Beischel, Gauvin & van Anders, 2021; Austin, Papciak, & Lovins, 2022), een geuzennaam, omdat vanuit de psychiatrie het begrip *genderdysforie* gemunt is, dat vanuit een gemedicaliseerd perspectief benadrukt wat negatief en afwijkend is. Gendereuforie verwijst juist naar de positieve ervaringen (*enactive experience*) met gender en gendered identiteiten binnen de gemeenschap (Blewitt-Golsch, 2019).

Verbondenheid en trots kunnen een rol spelen in de omvang en aard van de zorgvraag van transgender personen. Ze spelen een mediërende rol tussen mesoniveau factoren als marginalisatie en discriminatie, en individuele reacties daarop in de vorm van geïnternaliseerde transfobie en het verbergen van de eigen identiteit. Als gendereuforie en verbondenheid binnen de eigen zorgzame gemeenschap de negatieve impact op het geestelijk welzijn van gemarginaliseerd-zijn verminderen, kan dit de vraag naar zorg buiten de eigen gemeenschap verminderen. Tegelijkertijd kan gendereuforie ook tot een nieuwe zorgvraag leiden als deel van een proces van positieve bevestiging en het verder vormgeven van de transgenderidentiteit. Kortom, een zorgvraag komt niet noodzakelijk voort uit negatieve gevoelens en onder invloed van verbondenheid en trots kan verandering optreden in het soort zorg waaraan behoefte is.

Een belangrijke kanttekening bij de concepten *minderheidsstress* en *community connectedness* is dat we moeten differentiëren. Opnieuw is het van belang om **intersectioneel** te denken, omdat mensen met meervoudig gemarginaliseerde identiteiten (zoals transgender personen van kleur, transgender personen met beperking) zich juist buitengesloten kunnen voelen door 'de' gemeenschap en hun minderheidsstress kan toenemen door de perceptie 'echt nergens echt bij te horen'. Ook is het van belang tijd mee te nemen op individueel niveau (**levensfase**), omdat behoeften veranderen in de loop van een mensenleven. Daarnaast is het relevant om door de tijd heen **generatie**-effecten mee te nemen: mensen groeien op in een sociaal-historische context, die gekenmerkt wordt door een mate van acceptatie en door technologische (on)mogelijkheden om toegang te hebben tot informatie en contacten te leggen om een gemeenschap te vinden of vormen (Hoy-Ellis, 2021; zie Bakker, 2018).

Macroniveau

We definieerden het mesoniveau als de directe omgeving van het individu, die op haar beurt beïnvloed wordt door factoren op macroniveau. Op basis van sociologisch, politicologisch en juridisch onderzoek hebben we de volgende factoren hierin geïdentificeerd: het gender regime, de maatschappelijke acceptatie van transgender personen, de mobilisatie rond genderidentiteit, de media, wetgeving, pathologisering en medicalisering.

Het politieke lichaam en het genderregime

Naast het individuele, geleefde lichaam (micro) en het sociale lichaam (meso) onderscheiden we een derde dimensie: het politieke lichaam. Bij de analyse van het sociale lichaam noemden we al Verhaeghe, die de invloed van de veranderende omgeving op de identiteit benadrukt: de identiteit is een constructie, 'een verzameling van ideeën die de buitenwereld op ons lijf geschreven heeft' (Verhaeghe, 2012, p.15). Vervolgens gaat het volgens Verhaeghe om het zich eigen maken van het grote verhaal, het verhaal waardoor we tot een familie gaan behoren, waardoor we leren wat een man is, wat een vrouw is. Voor de antwoorden op dergelijke vragen doen we beroep op de symbolische orde, het narratief geheel van kunst, religie en wetenschap. Daarin vinden we verschillende antwoorden en daarmee beschikken we over keuzemogelijkheden, die rijker zijn naarmate de cultuur rijker is. Deze visie van Verhaeghe biedt aanknopingspunten voor het begrijpen van verandering op micro- en mesoniveau naar aanleiding van verandering op macroniveau.

In het verlengde van het lichaam in context (het sociale lichaam, mesoniveau) ligt het **politieke lichaam**, het lichaam als een 'plek' die gecontroleerd moet worden door politieke processen. In hedendaagse samenlevingen moet het politiek correcte lichaam mooi, slank, netjes en productief zijn (Scheper-Hughes en Lock, 1987). Overheids campagnes (gericht op gezondheid en fitheid) en media dragen deze normen uit. Zo worden lichamen gedisciplineerd, in samenhang met processen van pathologisering en medicalisering (cosmetische chirurgie, leefstijl geneeskunde) en juridisering. Alle lichamen worden onderworpen aan disciplineren, maar sommige lichamen meer dan andere. Om dit te begrijpen doen we beroep op het concept genderregime.

Het huidige in de samenleving verankerde **genderregime** is een binair systeem waarin gender wordt geconstrueerd in twee verschillende categorieën, vrouw en man. Dit genderregime beïnvloedt structureel hoe de samenleving is georganiseerd rond rollen, verwachtingen, verantwoordelijkheden en activiteiten van vrouwen en mannen (Walby, 2020). Ook al zijn genderregimes vatbaar voor verandering, juist omdat ze structureel verankerd zijn in instituties als taal, wetgeving, onderwijs en gezondheidszorg, is verandering een taai proces. Structurele verandering vereist dat onderliggende machtsverhoudingen worden blootgelegd en geproblematiseerd. Daarvoor is mobilisatie nodig (zie hierna). Deze binaire indeling van het genderregime is ook hiërarchisch van aard, waarbij (de waardering van) het mannelijke dominant is en het vrouwelijke ondergeschikt (het patriarchale genderregime), in combinatie met boven- en onderschikking op basis van etniciteit, sociaaleconomische klasse, seksuele gerichtheid en beperking. In dit binaire hiërarchische genderregime moeten we de disciplineren van het transgender lichaam als politiek lichaam en veranderingen in de zorgvraag van transgender personen begrijpen. Immers, het controleren en disciplineren van het lichaam via pathologisering, medicalisering en wetgeving (bijvoorbeeld voorwaarden voor juridische geslachtsverandering) spelen bij uitstek een rol bij transgender personen. Zo worden binaire transgender lichamen een 'plek' om het genderregime te bestendigen,

en is transgenderzorg nog steeds (impliciet) geworteld in **cisgenderisme** (Ansara & Hegarty, 2012), waarbij cisgender identiteiten en expressie impliciet hoger gewaardeerd worden dan transgender identiteiten en expressie.

Het hiërarchisch karakter van het genderregime werkt ook door in de ruimte die er is voor het ontdekken en ontwikkelen van genderidentiteit en genderexpressie. Het vrouwelijke wordt lager gewaardeerd dan het mannelijke. Kinderen en jongeren die na de geboorte als meisje worden geïdentificeerd (vaak aangeduid met het Engelse acroniem AFAB, *assigned female at birth*), kunnen relatief goed experimenteren met mannelijkheid binnen de lijnen van wat maatschappelijk aanvaard wordt (Devor, 2004, p. 50). Het label 'tomboy' en bijbehorend gedrag roepen relatief weinig negatieve connotaties op, al zijn er uiteindelijk wel grenzen aan de mate van mannelijkheid die mag worden getoond. Voor kinderen en jongeren die bij geboorte als jongen geïdentificeerd zijn (aangeduid als AMAB, *assigned male at birth*), is het sociaal problematischer om uitdrukking te geven aan vrouwelijkheid. Het label 'sissy (boy)' heeft een uitgesproken negatieve lading, en 'vrouwelijke jongens' worden vooral door mannelijke leeftijdsgenoten en volwassenen bespot en belachelijk gemaakt (Devor, 2004, p. 50). Uit psychologisch onderzoek naar transgender personen blijkt dat ouders zich meer zorgen lijken te maken om meisjesachtige jongens dan jongensachtige meisjes (Sandnabba & Ahlberg, 1999), dus gaan ouders eerder met jongens dan meisjes naar psychotherapie, en vrezen ze meer voor uitsluiting door peers en pestgedrag (de Graaf et al., 2018). Als gevolg van de sterke sociale afkeuring is de ruimte voor een transgender identiteit en expressie dus relatief kleiner als deze het 'vrouwelijke' versterkt bij degenen die bij geboorte als jongen werden geïdentificeerd, terwijl de ruimte groter is als een transgender identiteit en expressie het 'mannelijke' versterken bij degene die bij geboorte als meisje werd geïdentificeerd.

In hoeverre kan hiermee verklaard worden dat in het verleden meer mensen met mannelijk geboortegeslacht zich meldden bij transgenderzorg, terwijl sinds 2014 iets meer jongeren met vrouwelijke geboortegeslacht zich aanmelden voor zorg? Er lijken twee factoren een rol te spelen, die beide samenhangen met het hiërarchische genderregime en de onderwaardering van het vrouwelijke: de mate van maatschappelijk stigma en de relatieve zichtbaarheid. Allereerst durfden mensen zich pas op latere leeftijd te uiten als transgender, als gevolg van het zware maatschappelijke stigma en de marginalisatie (zie Van de Putte, 2020). Voorzover transgender personen zichtbaar waren in de samenleving en media, betrof dit vooral transgender vrouwen die werden geseksualiseerd en als 'fake' werden afgeschilderd (zie Bakker, 2018). Transgender mannen bleven grotendeels onzichtbaar, en trans mannen zagen wel transgender vrouwen in de media, maar wisten niet dat ook voor hen transitie een optie was. Recent is het stigma afgenomen, waardoor transgender personen zich op jongere leeftijd durven te uiten. Ook is de zichtbaarheid van jonge transgender mannen toegenomen. Het seksisme, of de transmysoginie (Serano, 2023) is echter hardnekkig: voor AMAB transgender jongeren is er meer stigma dan voor AFAB transgender jongeren, waardoor AFAB transgender jongeren zich gemakkelijker durven uiten en op relatief jongere leeftijd zorg zoeken (Arnoldussen et al., 2019; de Graaf et al. 2018). De grotere zichtbaarheid en vermindering van stigma, en de toename van sociale acceptatie, is mede te danken aan de mobilisatie door verschillende emancipatiebewegingen.

Sociale acceptatie

De mate van stigma is een aspect van sociale acceptatie, in de zin van de houding van de samenleving jegens transgender personen. Sociale acceptatie beïnvloedt processen op meso- en microniveau als

het gaat om genderidentiteitsontwikkeling en minderheidsstress. Uit onderzoek uit 2012 naar de sociale acceptatie van transgender personen in Nederland blijkt dat 29 procent van de respondenten (vrijwel) nooit of zelden hun gewenste genderidentiteit gebruiken, en veel respondenten niet open zijn over hun transgenderidentiteit (Keuzenkamp, 2012, p. 10). Ongeveer 42 procent van de respondenten had te maken gehad met negatieve reacties op het werk, op school en in de openbare ruimte (Keuzenkamp 2012, p. 11). Deze bevindingen roepen de vraag op waar sociale acceptatie door beïnvloed wordt. Uit een landenvergelijkend onderzoek naar acceptatie van personen met een gemarginaliseerde seksuele oriëntatie (lesbisch, homoseksueel en biseksueel) blijkt dat opleidingsniveau, verstedelijking, mate van religiositeit, inkomen en houding ten aanzien van genderrollen een rol spelen (Kuyper, Idema en Keuzenkamp, 2013, p. 52). Meer sociale acceptatie gaat samen met meer positief beleid in dat land jegens personen met een gemarginaliseerde seksuele oriëntatie. De onderzoekers hebben gevonden dat transgenderbeleid zich ontwikkelt ná beleid voor gemarginaliseerde seksuele identiteiten, dat als voedingsbodem fungeert voor transgenderbeleid. Naarmate sociale acceptatie toeneemt, zal minderheidsstress afnemen en zullen mensen (verandering van) hun genderidentiteit of genderexpressie meer durven tonen. Daarmee neemt de zichtbaarheid van gemarginaliseerde seksuele en genderidentiteiten in een samenleving toe, en ontstaat een positieve spiraal.

Mobilisatie

Mobilisatie ontstaat gewoonlijk vanuit mensen die opstaan om normen en praktijken te veranderen ('norm entrepreneurs', Sunstein, 1996) en grassroots groepen, die vanuit gedeelde onvrede met maatschappelijke structuren kunnen overgaan tot collectieve actie. Die actie kan intern (zelfhulp) of extern (wetgeving, maatschappelijke en institutionele verandering) gericht zijn. Daarbij speelt de politieke context een rol in de mate van mobilisatie en de keuze van strategieën (Roggeband, 2002): als er geen opening is om onvrede op de politieke agenda te zetten, is de kans groter dat sociale mobilisatie plaatsvindt. Ook de dreiging van afwijzing vanuit de politiek of de opkomst van een tegenbeweging werkt mobiliserend (McAdam, Tarrow en Tilly, 2001). Een gevoel van collectieve identiteit is essentieel voor het succes van een beweging. Die collectieve identiteit wordt gecreëerd door de grens aan te geven tussen de groep en de dominante meerderheid, door het ontwikkelen van bewustzijn als groep met een gedeeld belang dat afwijkt van de gevestigde orde en door nieuwe manieren van denken en doen uit te werken.

Deze aspecten zien we terug bij de ontwikkeling van de transgenderbeweging in Nederland, waarbij aanvankelijk niet politieke mobilisatie voorop stond, maar het gevoel van een gezamenlijke identiteit. Terwijl vanaf 1954 de eerste klinische transgenderzorg werd verleend, zij het op zeer kleine schaal en grotendeels 'onder de radar', startte in 1970 een eerste zelfhulpgroep voor trans vrouwen als plaats van herkenning en informele zorg (Bakker, 2018). Het aantal praatgroepen en ontmoetingsavonden breidde uit. In de loop van de jaren 1980 richtten trans mannen aparte groepen op (Van de Putte, 2020). De zelfhulp- en praatgroepen speelden een zeer belangrijke rol in bewustwording en openden een pad naar benoeming van de eigen genderidentiteit en naar medische zorg. Ze waren van belang voor het welzijn en sociaal leven van veel transgender mensen (Kuyper, 2017, p. 35) en vormden een belangrijke beschermende factor tegen minderheidsstress (zie mesoniveau). In parallel met de vrouwenbeweging ontwikkelden enkele zelfhulpgroepen zich vanaf 1975 naar politiek activisme dat zich richtte op juridische wijziging geslachtsregistratie, betere toegang tot zorg (beschikbaarheid en financiële vergoeding), en tegengaan van discriminatie op de arbeidsmarkt (Bakker 2018). Ook toen in het kielzog van de emancipatie van en beweging voor lesbiennes en homoseksuelen eind vorige

eeuw het aantal transgender organisaties toenam, bleven de meeste organisaties zich vooral richten op sociale acceptatie, gemeenschapsvorming en onderlinge uitwisseling van kennis (Soto, 2020, p. 296). Dit veranderde toen ze zich in 2006 schaarden onder een gezamenlijke koepel, Transgender Netwerk Nederland (TNN), die gesubsidieerd werd door het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen. TNN hanteert een strategie die gericht is op zichtbaarheid, wetswijziging en veranderingen op het gebied van gezondheid en discriminatie. Sindsdien heeft de transgenderbeweging zich ontwikkeld naar een zeer diverse beweging (inclusief een grassroots collectief als TransUnited voor transgender personen met biculturele of migratieachtergrond en sekswerkers), met een brede politieke agenda naast op zelfhulp en gemeenschapsvorming gerichte internetfora en groepen. Zo speelt de beweging een cruciale rol in vergroting van zichtbaarheid in politiek en media en het delen van taal en kennis, waardoor jongeren en volwassenen zich kunnen herkennen (modelleren, spiegelen; zie mesoniveau), zich niet langer alleen voelen, eindelijk woorden vinden voor hun identiteit, en zich durven uiten als transgender. Op grond van de herkenning en de gedeelde kennis over mogelijke transgenderzorg kan de zorgvraag toenemen.

De emancipatie van de transgenderbeweging heeft plaatsgevonden tegen de achtergrond van bredere maatschappelijke en politieke veranderingen. In de voorbije decennia is de verschuiving van een klassieke welvaartsstaat naar een maatschappij waarin iedereen geacht wordt te participeren (neoliberale meritocratie, zie ook de reeds geciteerde Verhaeghe) gepaard gegaan met toename aan ongelijkheid, onzekerheid en maatschappelijke onvrede. (Vrooman et al., 2014; Vrooman et al., 2023). Tegen deze achtergrond heeft de grotere zichtbaarheid van transgender personen, de mobilisatie rond genderidentiteit en de mobilisatie van de LHBTQIA en feministische bewegingen in bredere zin ook tegenbewegingen gemobiliseerd.

De tegenbeweging bestaat in Nederland uit een losse alliantie van orthodox-religieuze groepen en politieke partijen, conservatieve rechts-radicalen groepen en politieke partijen, en 'trans-uitsluitende' radicale feministen. Zij vinden elkaar in het afwijzen van de mogelijkheid tot van geslachtswijziging, verzet tegen de versoepeling van voorwaarden voor geslachtsverandering (angst voor misbruik en seksuele intimidatie door mannen die zich voordoen als trans vrouw) en in het algemeen afwijzen van non-lineaire (fluide) en non-binaire benaderingen van gender identiteit. Anti-transgender feministen richten zich vooral tegen de bedreiging van 'de vrouw' door mensen die zich trans vrouw noemen maar vanuit hun perspectief eigenlijk nog steeds man zijn en dus een potentieel gevaar (zie meso). Al in de jaren '70 van de vorige eeuw verzetten sommige vrouwen in de Nederlandse vrouwenbeweging zich tegen trans mannen die beticht werden van verraad aan de vrouwenbeweging (Van de Putte, 2020, p. 39), maar in het huidige tijdsgewricht zijn de argumenten en discussie grotendeels afkomstig uit de Verenigde Staten en Groot-Brittannië, waar sommige feministen met anti-trans perspectieven een prominente positie innemen in cultuur en media (Hines, 2019). Religieus-geïnspireerde en conservatieve bewegingen tegen transgender personen richten zich met name op transgender kinderen en jongeren met als argument dat 'het kind' en 'het gezin' in gevaar zijn (Faye, 2022). Zij hanteren concepten als 'sociale besmetting' en 'rapid-onset-gender-dysphoria' (zie verder bij 'media'). Deze wijze van mobilisatie wordt wel beschouwd als het creëren van '**morele paniek**', waarbij een voorval, persoon of groep gedefinieerd wordt als een bedreiging van maatschappelijke waarden en belangen (Althoff, 2018). Morele paniek is zichtbaar in de wijze waarop stereotypen over transgender personen worden uitvergroot, wordt benadrukt dat transgender personen ziek zijn, besmettelijk en bedreigend, en dat er een onstuitbare groei is van dit probleem. Morele paniek en de hieruit voortvloeiende maatschappelijke en politieke polarisatie zijn een risicofactor als het gaat om het welzijn van transgender personen. Ze vergroten de kwetsbaarheid van jongeren en volwassenen

die hun genderidentiteit exploreren en kunnen (bedoeld of onbedoeld) geweld tegen transgender personen legitimeren.

Media

De grotere beschikbaarheid van laagdrempelige (online) informatie wordt, samen met een toename in sociale acceptatie, wel genoemd als mogelijke verklaring voor de toegenomen zorgvraag van transgender personen. Hier onderzoeken we op basis van relevante theorieën de veronderstelde en bewezen effecten van klassieke media (kranten, entertainment media) en (de opkomst van) sociale media op de zorgvraag van transgender personen.

Klassieke en entertainment media: representatie, framing en genderrollen

De media bepalen doorgaans niet wát ontvangers denken, maar wel waaróver ze denken (agenda-setting effect; Wanta & Ghanem, 2000). Wanneer bepaalde onderwerpen of sociale groepen ondergerepresenteerd worden in de media, wordt er ook niet over hen gesproken in de maatschappij. Dergelijke onderrepresentatie kan een onderschatting van het belang en de omvang van gemarginaliseerde groepen in de maatschappij in de hand werken (Hall, 1990). Een betere representatie genereert tevens meer mogelijkheden voor identificatie (Cavalcante, 2018; Halberstam, 2018). Uit onderzoek naar representatie van ondervertegenwoordigde of gemarginaliseerde groepen in de media (Mastro, 2017; Trebbe et al., 2017) blijkt dat de representatie van dergelijke groepen doorgaans verschillende fases doorloopt. Na verloop van tijd worden ze doorgaans genuanceerder en breder gepresenteerd (Clark, 1969). In Nederland is de media-aandacht voor trans personen tussen 1991 en 2016 sterk gestegen (Atria, 2017; Transgender Netwerk Nederland, 2022). Deelstudie 4 van dit onderzoek presenteert de cijfers over de laatste 10 jaar.

Media kunnen bepaalde aspecten van een maatschappelijke kwestie uitlichten middels **framing** (Scheufele, 2000); zo kan het benadrukken van thema's als zorg of economie met betrekking tot transgender personen ten koste van andere maatschappelijke domeinen zoals onderwijs en politiek, de publieke perceptie van transgender thema's sturen. Framing kan zich ook richten op transgender personen zelf. Halberstam (2018) stelt vast dat transgender personen in de (entertainment) media lange tijd als 'dysfoor', oneerlijk, en gedesoriënteerd werden afgebeeld. Transgender personen representeerden in dit mediaframe een conditie van radicale instabiliteit, terwijl andere genderidentiteiten als begrijpelijk, natuurlijk en stabiel werden neergezet (Halberstam, 2018).

Entertainment media kunnen tevens een rol spelen in het cultiveren van bepaalde **stereotype beelden** (Gerbner & Gross, 1976). Deze beelden kunnen mede bepalen hoe ontvangers de wereld waarnemen. Een review van onderzoek tussen 2000-2020 over de bijdrage van media aan het ontwikkelen van genderstereotypen in kinderen en adolescenten liet zien dat vrouwelijkheid en mannelijkheid nog steeds conform het dominante gender regime worden voorgesteld in de media (Ward & Grower, 2020). Drie meta-analyses toonden een klein en significant verband aan tussen frequent TV-kijkgedrag en de expressie van meer stereotype overtuigingen over bijvoorbeeld het belang van het uiterlijk voor jongens en meisjes en het belang van traditionele genderrollen.

Om een actueel beeld te kunnen vormen van de framing en representatie van transgender thema's in de Nederlandse media, rapporteert deelstudie 4 van dit onderzoek een analyse van de berichtgeving in de afgelopen 10 jaar over transgender thema's in de kranten en op Twitter.

Sociale media spelen een belangrijke rol in de moderne samenleving in het algemeen en in het leven van jongeren in het bijzonder: ze geven laagdrempelig toegang tot een veelheid aan informatie en beelden over elk denkbaar onderwerp. De sociale context is mondiaal geworden en in toenemende mate visueel; via Instagram, YouTube, TikTok en Tumblr krijgen we een constante stroom van beelden te verwerken over de moderne beeldcultuur in Nederland en ver daarbuiten. De toenemende populariteit van sociale media in de laatste tien jaar is aanleiding geweest voor onderzoek naar mogelijk negatieve effecten op bijvoorbeeld lichaamsbeeld en genderdysforie, en anderzijds mogelijk positieve effecten op herkenning en het ervaren van sociale steun (community connectedness, zie meso) voor gemarginaliseerde groepen.

Negatieve effecten. Veel media-psychologisch onderzoek heeft zich gericht op lichaamsbeeld (Cash & Pruzinski, 1990). Een review van 63 onafhankelijke cross-sectionele samples wees bijvoorbeeld een klein, positief en significant verband uit tussen sociale mediagebruik en een verstoord lichaamsbeeld (Saiphoo & Vahedi, 2019). Verschillende factoren waren van invloed op dit verband, zoals het type sociale mediagebruik, dimensie van lichaamsbeeld en leeftijd. Belangrijke kanttekening is dat deze studie geen inzicht geeft in oorzaak-gevolg relaties; is mediagebruik oorzaak of gevolg van een verstoord lichaamsbeeld? Om dit robuust vast te stellen zijn longitudinale studies nodig. De Valle et al., (2021) rapporteerde een zeer klein, negatief verband tussen sociale mediagebruik en lichaamsbeeld vanuit 10 longitudinale studies. In de vaak aangehaalde studie van Littman (2018) over 'rapid onset gender dysphoria' veronderstelden ouders van kinderen met genderdysforie een verband tussen veranderende ontwikkeling van genderidentiteit bij hun kind en social mediagebruik. Causaliteit is niet aangetoond en het onderzoek is ook niet in een multifactorieel kader geplaatst. We kunnen in het algemeen concluderen dat er mogelijk een klein verband is tussen sociale mediagebruik en genderdysforie, maar dat er geen evidentie is van wat eerst was, de dysforie of het mediagebruik, en er ook geen rechtstreeks verband of effect is gevonden tussen beiden.

Positieve effecten. Via vlogs op YouTube en Tumblr kunnen transgender personen hun eigen representatie vertellen (Raun, 2010). Dit soort videoblogs kunnen dagboekachtige entries bevatten waarin sociale (coming out-proces, acceptatie, steun/afwijzing), medische (fysieke/mentale veranderingen, medische procedures) en juridische aspecten (naam en document verandering) van de transitie worden besproken (Haimson & Veinot, 2020) (zie bij mesoniveau, het mechanisme van direct tuition). Zo kunnen social mediagebruikers de eigen transgenderidentiteit herkennen door de wijze waarop men zich online ziet (**screen birth**; Raun, 2010), of zich realiseren, bijv. door het kijken van YouTube-video's van mensen die hun transitie vertellen, dat zij zelf transgender zijn (**epifanie**; Kennedy, 2022, p. 54). Op deze manier dragen sociale media eraan bij 'to cultivate a new identity and to imagine and create an everyday life consistent with [trans people's] desires' (Cavalcante, 2018, p. 110). Dit proces wordt door Kennedy (2022) beschreven als 'empowering'; waar transgender personen eerder werden aangespoord hun identiteit te verbergen, maken zij deze nu zichtbaar voor zichzelf en voor anderen. Sociale media kunnen bijdragen aan het vinden van taal, informatie en lotgenoten (Selkie et al., 2020). Voor de generaties zonder toegang tot sociale media was het lastig om het individuele gevoel van verwarring of onbehagen over de eigen genderidentiteit en genderexpressie te kunnen overstijgen door contact met anderen die soortgelijke gevoelens hadden (Bakker 2018; zie ook mobilisatie). De ervaring in taal en beeld kunnen vangen en delen is belangrijk voor transgender personen omdat het onderstreept dat er andere mensen zijn die zijn zoals zij (Kennedy, 2018). Queer media presence kan op deze manier geruuststellen, laten zien dat 'trans personen ertoe doen en onderdeel uitmaken van een grotere wereld' (Cavalcante, 2018, p. 16).

Uit het voorgaande volgt dat sociale media een belangrijke rol spelen in de sociale constructie en de ontwikkeling van mensen als sociale wezens met een genderidentiteit. Die rol werkt op verschillende wijzen door in samenhang met individuele en contextuele kenmerken, en wordt in de media verschillend beoordeeld, onder meer op basis van steun voor transformatie van het gender regime en ruimte voor verandering daarbinnen, of verzet daartegen.

Beleid en wetgeving

Zoals eerder opgemerkt, blijkt sociale acceptatie van transgender personen de ontwikkeling van beleid voor transgender personen te beïnvloeden, onder meer als politici er uit electorale motieven rekening mee willen houden (Kuyper et al., 2013, p. 9). Dat is nog meer het geval bij sterke mobilisatie voor veranderingen in beleid en wetgeving. Op hun beurt beïnvloeden de framing en ontwerp van beleid en wetten de publieke opinie. Relevante wetgeving betreft:

1. Antidiscriminatiewetgeving aangaande genderidentiteit
2. Expliciete hate-crime wetgeving
3. Vrijheid van samenkomst/vereniging/prides
4. Procedures voor geslachtswijziging en voorwaarden die daarvoor gesteld worden.

De twee eerste vormen van wetgeving stellen heldere normen die de erkenning en bescherming van de rechten en positie van transgender personen beogen, en daarmee bijdragen aan vermindering van bedreiging en geweld tegen en minderheidsstress onder transgender personen. De derde vorm draagt bij aan vergroting van de zichtbaarheid en mogelijkheden om zich als gemeenschap te organiseren. Mobilisatie van de Nederlandse transgenderbeweging heeft zich vooral gericht op de vierde vorm. Tot 1985 was wijziging van het geslacht op de geboorteakte alleen mogelijk in de vorm van de correctie van een vergissing bij de aangifte van de geboorte (het 'misslagartikel', art. 1:24BW; Bakker, 2018, p. 94). Deze optie leidde vanaf 1969 tot rechtszaken over de vraag of iemand al bij de geboorte (al) van het andere geslacht was (Bakker, 2018, p. 96). In 1975 werd deze route door een uitspraak van de Hoge Raad geblokkeerd voor transgender personen.¹¹ In 1985 werd bij wet geregeld dat transgender personen hun geslachtsregistratie konden wijzigen op voorwaarde dat ze

- ongehuwd waren, want zolang Nederland geen homohuwelijk kende, was het wettelijk niet mogelijk dat een kind twee ouders van hetzelfde geslacht had;
- zich hadden laten steriliseren (geen kinderen meer kunnen baren of verwekken);
- zich lichamelijk aan het verlangde geslacht hadden laten aanpassen 'voor zover dit uit medisch of psychologisch oogpunt mogelijk en verantwoord is', en
- zich door de rechter hadden laten beoordelen.

De voorwaarde van ongehuwd zijn verviel in 2001 met openstelling van het huwelijk voor paren van hetzelfde geslacht.

Op 1 juli 2014 trad een nieuwe wet in werking, de Transgenderwet. Iedere persoon die 16 jaar of ouder is, die voorgelicht is over de juridische gevolgen van de wijziging, en beschikt over een deskundigenverklaring (afgegeven door een arts of psycholoog) waaruit blijkt 'dat de duurzame overtuiging bestaat tot het andere geslacht te behoren', kan verzoeken om wijziging van de geslachtsregistratie. Dat betekent dat er sindsdien geen noodzakelijke interventie meer is van een rechter of arts, maar dat wel een deskundige moet worden gevraagd om een verklaring ([Artikel 28a](#), lid 2).

¹¹ Intersexe personen kunnen wel een beroep doen op dit artikel om hun geslachtsregistratie te wijzigen.

In 2019 heeft de regering een wetswijziging voorgesteld, waarbij geen deskundigenverklaring meer nodig is, en iedereen vanaf 16 jaar het juridisch geslacht in de Basisregistratie Persoonsgegevens kan laten wijzigen om het in overeenstemming te brengen met de genderidentiteit. Wel geldt een wachttijd van twaalf weken. Voor een X in het paspoort is nog wel een rechterlijke uitspraak nodig, omdat hiervoor een beroep moet worden gedaan op het eerder genoemde ‘misslagartikel’, al staat de uitspraak van de Hoge Raad nog steeds. Ook jongeren tussen de 12 en 16 jaar die hun geslachtsregistratie willen wijzigen hebben nog steeds een rechterlijke uitspraak nodig. Het parlement moet nog instemmen met deze wetswijziging.¹²

Juridische veranderingen hebben een sterke invloed op het aantal mensen dat zich als transgender wil én kan registreren. Tot 2011 vormde de eis dat wie gehuwd was, moest kiezen tussen scheiding of geslachtsverandering, een drempel die veel mensen ertoe bracht hun transgenderidentiteit in het verborgene te beleven. De sterilisatie-eis (1985-2014) wierp een hoge drempel op, vooral voor transgender personen bij geboorte als vrouw geïdentificeerd. De Nederlandse regering heeft in 2020 excuses aangeboden aan de transgender (en intersekse) gemeenschap voor deze verminkende praktijken. Ook de eis (tot 2015) dat volledige lichamelijke aanpassing nodig was, vormde een drempel, en tenslotte voelden mensen zich beperkt door de binaire keuze ‘man of vrouw’. Veel transgender personen wilden hun geslacht niet veranderen zolang ze aan de fysieke eisen moesten voldoen. Toch was er al vanaf 1980 sprake van een toename van het aantal transgender personen dat behandeling met hormonen wenste en vanaf 1986 versnelde die stijging, die werd verklaard op grond van de grotere maatschappelijke acceptatie (Eklund et al., 1988). Vanaf 2015 steeg het aantal wijzigingen in geslachtsregistratie geslacht sterk (Van den Brink & Snaathorst, 2017, p. 18). Ook is er sindsdien een daling van de leeftijd waarop mensen hun geslacht wijzigen. Tot 2014 was de groep 26-45 jarigen veruit de grootste; al in 2015 was deze ingehaald door 19-25 jarigen, en in 2017 was de verwachting dat deze zou worden ingehaald door de 16-18 jarigen (Van den Brink & Snaathorst, 2017, p. 19). De leeftijdsdaling lijkt samen te hangen met bredere bewustwording op het gebied van genderidentiteit onder kinderen, jongeren en ouders (Arnoldussen et al., 2019; de Graaf et al. 2018), mede gestimuleerd door zichtbaarheid van rolmodellen, (social) media en mobilisatie (zoals bijvoorbeeld de *Gender & Sexuality Alliance* op scholen (GSA¹³)).

Juridische veranderingen hebben ook invloed op de zorgvraag: indien sterilisatie niet langer verplicht wordt gesteld, verandert de aard van de zorgvraag en ontstaan nieuwe vragen op het gebied van fertiliteitsbehoud. De vraag naar psychologische zorg neemt af als de deskundigenverklaring niet langer verplicht is om toegang te krijgen tot hormoonbehandeling. Uit het schaarse onderzoek (Van den Brink & Snaathorst, 2017) blijkt dat afschaffing van de deskundigenverklaring vermoedelijk niet leidt tot een sterke toename in de vraag naar hormonale en chirurgische interventies. Wel maakt de verwevenheid van het juridische en het medische traject duidelijk hoe de levens van transgender personen gemedicaliseerd en gepathologiseerd worden.

Medicalisering en pathologisering

Genderdysforie wordt gedefinieerd in een medische context. Het is sinds 1980 onderdeel van de DSM-III (APA, 1980) waarin het in eerste instantie gedefinieerd werd als een stoornis in de seksuele identiteit, later als een genderidentiteitsstoornis (DSM IV) en in de DSM V als genderdysforie.

¹² Stand van zaken op 28/02/2023.

¹³ GSA staat voor *Gender & Sexuality Alliance* en is een organisatie of groep leerlingen en vrijwilligers die zich sterk maken om een veilige schoolomgeving voor iedereen te creëren.

De ICD-11 (2018) spreekt niet meer van stoornis of dysforie, maar van genderincongruentie. Waar genderdysforie eerder als een stoornis werd gezien, staat dus bij de huidige definiëring de afwijking van 'de norm' centraal. Het medisch perspectief gaat ervan uit dat genderdysforie een te diagnosticeren probleem is dat opgeroepen wordt door de ervaren discrepantie tussen bij de geboorte toegewezen geslacht en ervaren gender, en de mentale druk die dat oproept. Hierbij spelen zowel de individuele relatie tot het lichaam een rol als de relatie tot de ervaren sociale verwachtingen ten aanzien van genderrol en genderidentiteit. Volgens het biomedisch model van diagnose, interventie en uitkomst kan een hormonale behandeling (interventie) ervoor zorgen dat het fysieke lichaam meer aansluit bij de ervaren gender (uitkomst). Chirurgie sluit daar nog verder bij aan. Puberteitsremmers voorkomen dat kinderen de fysieke kenmerken van het geboortegeslacht krijgen, zodat verdere dysforie kan worden voorkomen en toekomstige behandelingen minder ingrijpend zullen zijn. Hiermee is genderdysforie gemedicaliseerd.

Studies van Dehue (2012) en de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017) laten zien dat wanneer een probleem eenmaal is gemedicaliseerd, het ook makkelijker als zodanig erkend wordt, waarmee meer mensen een diagnose krijgen en de zorgvraag stijgt. Onderzoek van Van Dijk et al. (2022) bij huisartsen naar de rol van medicalisering laat zien dat zorgprofessionals deze processen op macroniveau herkennen maar er op microniveau, in de spreekkamer, niet op kunnen acteren. Als gevolg van het **pathologiseren** (definiëring van een probleem in een medische context) worden oplossingen ook vooral gezien in medische interventies. Medicalisering is niet los te zien van een maakbaarheidsgedachte. Verhaeghe (2012) laat zien dat we tegenwoordig veel verklaringen van ziekte en onbehagen in individuele lichamelijke processen zoeken: genetica, hersenen. Dat versterkt de betekenis van de problematiek als een medisch probleem, waarbij bovendien meso- en macrofactoren buiten beschouwing blijven.

Vertaald naar de transgenderzorg zien we vergelijkbare processen waarbij vragen van transgender personen gedefinieerd worden als individuele aandoeningen waarbij hormoon- en chirurgische behandelingen een oplossing kunnen bieden. Het medisch perspectief is aantrekkelijk, want het biedt een perspectief op oplossing van het probleem. Het gaat echter voorbij aan maatschappelijke processen als discriminatie en marginalisering die bijdragen aan de uitdagingen waar transgender personen mee te maken hebben (zie minderheidsstress). Tevens scheidt het een stigma van afwijking, anders zijn, dat op zichzelf weer specifieke mentale druk met zich meebrengt en geen recht kan doen aan de positieve impact die het herkennen en definiëren van een niet-cis-genderidentiteit oproept (Johnsons, 2019; Raun; 2010). Zorg kan ook vanuit een ander dan medisch perspectief worden opgezet en aangeboden. Tegenover pathologisering en medicalisering staat de mensenrechtenbenadering. Onderzoekers als Cannoot (2019) en Davy et al., (2018) pleiten voor een toestemmingsmodel (*informed consent*), waarbij trans personen autonomie hebben in het definiëren van zichzelf als transgender en het verkrijgen van medische behandelingen volgens een model van gedeelde besluitvorming. Zij zien de psychologische diagnostiek als bevoogdend. Deze discussie speelt met name in de volwassenzorg. Bezien in samenhang met meso- en macrofactoren vergt depathologisering uiteindelijk ook verandering van het dominante gender regime en de gender schemata die daaraan vormgeven, maar op korte termijn in ieder geval een wetswijziging.

Hiermee samenhangend spelen ook de **financiële vergoedingen** voor transgenderzorg een rol in de zorgvraag. Paradoxaal genoeg is het voordeel van pathologisering dat behandelingen door zorgverzekeraars vergoed worden, maar tegelijkertijd is het nadeel van pathologisering dat niet transgender personen zelf maar financiële regelingen op basis van andere overwegingen de mogelijkheden van een zorgtraject beïnvloeden.

5. Wat zeggen (of vertellen) trans personen en andere betrokkenen?

Samenvatting. De focusgroepgesprekken bieden inzicht in de ontwikkeling van genderidentiteit, de behoefte aan zorg en gewenste veranderingen. De toegenomen zichtbaarheid van trans personen werd benoemd als belangrijk thema in het herkennen en ontdekken van de eigen genderidentiteit. Herkenning van genderidentiteit in beeld en taal ondersteunen trans en non-binaire personen in dit proces. Dit leidt weer tot meer zichtbaarheid van trans personen in maatschappelijke domeinen als media, school, zorg. Herkenning van de eigen genderidentiteit kan euforie teweegbrengen, maar ook voor dysforie zorgen wanneer de ervaren genderidentiteit en -expressie niet erkend worden of negatieve reacties oproepen. Een veilige samenleving en een steunende omgeving zijn hierbij van belang.

Net als het ontdekken van de genderidentiteit, is ook het ontdekken van een eventuele vraag naar zorg een proces. Dit proces wordt gevoed door innerlijke ervaring van een lichaam dat niet past bij de ervaren gender, en door de interactie met de sociale/maatschappelijke omgeving. Trans personen geven aan zich niet gezien te voelen. De mentale druk die dat bij veel trans personen oplevert, zich soms uitend in depressie en suïcidale gedachten, ligt aan de basis van de stap naar de zorg. Die zorg sluit slechts in beperkte mate aan bij de behoefte van trans personen. Dat begint bij de lange wachtlijsten die tijdige toegang tot zorg belemmeren. Het heeft ook te maken met de ervaren mismatch tussen een binair zorgsysteem met vast omschreven diagnoses en zorgprocessen, en het individuele proces van het ontdekken van genderidentiteit en de daarbij al dan niet passende zorgvraag. Soms is er behoefte aan ondersteuning voor verdere exploratie, soms is zorgbehoefte duidelijk en wordt een diagnostisch proces als onnodig vertragend en stigmatiserend gezien. Soms past de zorgvraag binnen binaire behandelprocessen, soms is er behoefte aan individuele keuzes voor deelaspecten van zorg buiten een vastomlijnd traject.

Trans personen en zorgprofessionals zijn opmerkelijk eensgezind over hun toekomstvisie. Ze benadrukken het belang van een maatschappij waarin genderdiversiteit niet langer wordt gepathologiseerd, en waar genderdiversiteit zichtbaar en geaccepteerd is binnen verschillende maatschappelijke domeinen. In de genderzorg zijn wachtlijsten verdwenen, of is er in elk geval ondersteuning voor trans personen in de wachttijd. Er is meer integratie tussen de trans community en zorgverleners door inzet van ervaringsdeskundigen en door vertegenwoordiging van trans personen onder zorgprofessionals. Ook buiten de specialistische transgenderzorg is er meer deskundigheid op het gebied van genderdiversiteit, zodat trans personen met uiteenlopende (zorg)vragen ook vanzelfsprekend binnen de reguliere gezondheidszorg gehoord en ondersteund kunnen worden.

Methode en aanpak

In deze deelstudie¹⁴ werden focusgroepen ingezet om reflecties en nieuwe inzichten te verkrijgen over transgenderzorg vanuit verschillende perspectieven. Hierbij stonden trans- en non-binaire stemmen centraal. Daarnaast zijn ook perspectieven van zorgprofessionals en van ouders van trans kinderen meegenomen. 102 deelnemers werkten in 18 aparte, digitale focusgroepgesprekken mee aan dit onderzoek. Focusgroepdiscussie is een kwalitatieve onderzoeksmethode die bijzonder geschikt is om interacties tussen deelnemers mogelijk te maken en inzichten te verzamelen over nieuwe fenomenen. In de focusgroepen streefden we naar diepere en bredere inzichten in de volgende domeinen: factoren in ontwikkeling en ontdekking van genderidentiteit; factoren om al dan niet naar transgenderzorg te gaan; evaluatie en ervaringen in de huidige (transgender)zorg, en wensen voor verbetering van de zorg in de toekomst.

Aandacht voor participatie van de doelgroep op meerdere niveaus

In overeenstemming met recente richtlijnen (o.a.: Hendrickson et al., (2020); Vincent, 2018) voor onderzoek naar de transgender gemeenschap werd bij de opzet van onze focusgroep bijzondere aandacht gegeven aan de participatie van de doelgroep op meerdere niveaus: het niveau van de onderzoeker (twee uitvoerende onderzoekers zijn non-binair), het niveau van de klankbordgroep (bestaande uit ervaringsdeskundigen en belangen tegenwoordigers) en het niveau van de gespreksleiders (gespreksleiders vanuit de transgender gemeenschap en uit de medische sector). Dit gaat in tegen de (historisch gezien) meer voorkomende tendens om onderzoek te doen *naar of over* trans personen in plaats van onderzoek te doen *met* hen. Deze samenwerking verrijkt het onderzoek (zorgt voor inclusief taalgebruik, betere beleidsaanbevelingen, minder misvattingen).

Praktische opzet

De focusgroepen werden online gehouden (via Zoom) om rekening te houden met corona maatregelen en om de participatiegraad te verhogen. Deelnemers ontvingen voorbereidende documenten (een toestemmingsformulier dat ondertekend moest worden voorafgaand aan deelname en een document met afspraken over vertrouwelijkheid) en ontvingen een vergoeding na afloop van de focusgroep. Deelnemers werden toegewezen aan homogeen opgezette focusgroepen, afhankelijk van hun voorkeur en overlappende kenmerken (bijvoorbeeld een focusgroep met: trans personen op de wachtlijst, trans personen na afronding van een zorgtraject, trans personen van kleur).

Werving en zelf-selectie van deelnemers

Deelnemers werden geworven tussen april en juni 2022 via online wervingsmethoden (onderzoekswebsite mijngenderwenzorg.nl, instagram) en via belangenorganisaties en activistische organisaties, evenals door het benaderen van alle zorgverstrekkers van transgenderzorg op de site transgenderwegwijzer.nl (2022). Outreach naar moeilijker te bereiken personen (zorgverleners en personen zonder toegang tot digitale media) werd gedaan door middel van flyers en het plakken van stickers. Voor de voorbereiding, werving en uitvoering van de focusgroep met transgender personen met een licht verstandelijke beperking (LVB), werkten we samen met een expert op dit specifieke kruispunt.

¹⁴ Goedgekeurd door de Ethische Toetsingscommissie Rechtsgeleerdheid en Managementwetenschappen, Radboud Universiteit, met de referentie EACLM: 2022.07

Analyse en interpretatie van de uitkomsten

De focusgroepen werden getranscribeerd door externe bureaus. De ruwe gegevens werden opgeslagen op een beveiligde server, geanonimiseerd (persoonlijk identificeerbare informatie werd niet opgenomen in dit verslag), gepseudonimiseerd en gecontroleerd (door leden van het onderzoeksteam) op verkeerde data-interpretatie. Bij citaten wordt naast de schuilnaam wel steeds de specifieke focusgroep vermeld.

De data zijn (in verschillende reflexieve rondes) gecodeerd in Atlas.ti en geanalyseerd met behulp van reflexieve thematische analyse (Braun & Clarke, 2006; Braun et al., 2019). We erkennen ook de rol van de positionaliteit van de onderzoeker (Braun et al., 2019). Thema's werden uit de data geïdentificeerd in interactie met de onderzoeksvragen en theoretische achtergrondkennis (zie deelstudie 2). In deze deelstudie rapporteren we over de meest genoemde thema's, maar beogen deze kwalitatieve studie niet te kwantificeren of te generaliseren. Aangezien er minder focusgroepen met zorgverleners en naasten plaatsvonden (5 met zorgprofessionals en 1 met ouders van trans kinderen, tegenover 11 met trans personen), komen deze ook minder aan bod in de analyse, maar worden wel apart gerapporteerd.

Beschrijving van de deelnemers

Op de oproep tot deelname kwamen 230 reacties. Geïnteresseerde deelnemers werden via e-mail gecontacteerd voor beschikbaarheid en ingepland voor een focusgroep. Niet iedereen kon deelnemen wegens beschikbaarheid, non-respons op e-mails, uitval op het laatste moment of omdat ze niet in aanmerking kwamen (leeftijd jonger dan 16 jaar of woonachtig buiten Nederland). Het uiteindelijke aantal deelnemers was 102, in 18 focusgroepen (uitgevoerd tussen juni en september 2022). De focusgroepen duurden 1,5 tot 2 uur met maximaal 12 deelnemers. Deelnemers waren tussen 16 en 75 jaar. In elke focusgroep waren een gespreksleider en onderzoeker aanwezig. De deelnemers waren als volgt verdeeld: 70 transgender personen; en 32 zorgprofessionals, ouders van trans kinderen, of docenten. De focusgroep met docenten werd niet in deze analyse opgenomen omdat de groep een ander profiel had dan oorspronkelijk beoogd. In totaal werden dus 17 focusgroepen (98 deelnemers) verwerkt.

Resultaten

De resultaten zullen aan de hand van de gestelde vragen in de focusgroepen behandeld worden in vier secties:

1. Invloeden in het ontdekken en ontwikkelen van genderidentiteit
2. Overwegingen om al dan niet naar transgenderzorg te gaan
3. Veranderingen in de aard van de zorgvraag
4. Knelpunten en toekomstvisies

In sectie 1, 2 en 4 staat het perspectief van de transgender deelnemers centraal, aangevuld met input van zorgprofessionals en ouders van transgender kinderen. In sectie 3 wordt ingegaan op het perspectief van de zorgprofessionals.

Invloeden in het ontdekken en ontwikkelen van genderidentiteit

De eerste vraag die centraal stond tijdens de focusgroepen was “Wat zijn mogelijke invloeden in het ontdekken en ontwikkelen van je genderidentiteit?”. De antwoorden op deze vraag worden in drie thema’s toegelicht, namelijk: (1) representatie en herkenning van genderidentiteit, (2) onderzoeken en exploreren van genderidentiteit en (3) invloed van gendernormen. In onderstaande box bevindt zich een samenvatting van de thema’s, daaronder een meer uitgebreide beschrijving.

Representatie en herkenning van genderidentiteit	Representatie (zichtbaarheid en vertegenwoordiging van trans personen) zorgde bij deelnemers voor herkenning van zichzelf in anderen en was daarin een belangrijke factor in het ontdekken en ontwikkelen van genderidentiteit. Er werd gedeeld dat de huidige meer diverse en toegankelijke representatie van genderdiversiteit in de media en in <i>real life</i> zorgt voor: <ul style="list-style-type: none">- het kunnen reflecteren op eigen genderidentiteit- woorden kunnen vinden voor eigen genderidentiteit- het herkennen van de eigen genderidentiteit
Onderzoeken en exploreren van genderidentiteit	Kunnen onderzoeken en exploreren van genderidentiteit was voor deelnemers belangrijk in het ontdekken van genderidentiteit: <ul style="list-style-type: none">- werd onder andere gedaan door experimenteren met genderexpressie en door opzoeken van informatie- zorgde regelmatig voor een prettig gevoel van bevestiging van de eigen genderidentiteit
Impact van gendernormen	Deelnemers gaven op verschillende manieren aan druk te ervaren van binaire genderopvattingen in de samenleving: <ul style="list-style-type: none">- het gevoel te moeten conformeren aan een verwachte genderrol,- lastig gesprek te voeren over genderidentiteiten,- het gaf deelnemers soms het idee niet trans te kunnen zijn omdat ze niet in het bestaande plaatje van een trans man of trans vrouw pasten Deelnemers vonden het daarentegen bevrijdend om gender als fluïde te benaderen.

Representatie en herkenning

De meest genoemde factor in het ontdekken en ontwikkelen van genderidentiteit is het belang van representatie. Representatie betekent zowel “vertegenwoordiging” als ook “afbeelding”, en de deelnemers spraken over het belang van representatie in beide betekenissen: de manieren waarop transgender en non-binaire personen vertegenwoordigd, afgebeeld en zichtbaar zijn, speelde een belangrijke rol in het ontdekken van de eigen genderidentiteit. Er werden verschillende vormen van representatie genoemd, zowel online representatie als fysiek/ *in real life*. Online ging onder andere over representatie en herkenning door sociale media, bijvoorbeeld door het volgen van transgender personen op Instagram en op YouTube. Genoemde fysieke representatie was onder andere op school,

in de omgeving en in activisme. Beide vormen werden genoemd als belangrijk in het vinden van rolmodellen.

Er werd ook regelmatig gesproken over de afwezigheid van (goede) representatie, met name in het verleden. Daarnaast was er een invloed van smalle representatie: mensen deelden dat ze enkel transgender vrouwen zagen in de media, of enkel binaire transgender personen. De huidige representatie werd beschreven als breder en minder traditioneel.

Door representatie gaven deelnemers aan dat het hen toestemming gaf om hun genderidentiteit te bevragen, het gaf woorden aan een ervaring, of het gaf een bepaalde herkenning. Onder herkenning verstaan we een 'interne klik' of resonantie, bijvoorbeeld het moment waarop iemand zich realiseert dat diegene transgender is, of wanneer de ervaring van iemand anders de eigen ervaring weerspiegelt, zoals beschreven door deelnemers:

Greg (Engelstalige focusgroep): "I discovered trans Youtubers and for a very long time I only knew about binary trans Youtubers. Like I started watching trans masculine people, uh, because I thought, nobody was really talking about the possibility that there's something beyond the binary. So, for a long time, I was like, oh, OK, so I must wish to transition and have a beard? I mean, beards are cool, but not for me necessarily. Uhm and yeah, at some [point] I discovered nonbinary Youtubers as well, and I was like, wow. I don't have to transition if I don't want to. And something else exists beyond man and woman. Amazing."

Yafir (focusgroep trans personen van kleur): "Er was wel een worsteling, maar pas toen ik dingen zag kon ik het gaan ontdekken."

Gelijkgestemden in de omgeving bleken ook van groot belang. Deelnemers gaven aan dat het helpend was om mensen uit de community¹⁵ te (leren) kennen die ook trans en non-binair zijn. Samen komen met mensen uit de community werd ook genoemd als prettig in het ontdekken van genderidentiteit omdat het een *safe(r) space*¹⁶ bood om te experimenteren met bijvoorbeeld een nieuwe naam of andere voornaamwoorden.

Een andere belangrijke factor in representatie is taal. Deelnemers gaven aan dat taal ruimte gaf om te reflecteren en woorden gaf aan een ervaring. Ook taal is dus krachtig in zichtbaar maken, in representatie. Dit werkt ook de andere kant op, als er tot een bepaald moment geen woorden waren om zich mee te kunnen identificeren:

Otis (focusgroep jongeren): "Het was net voor corona dat ik letterlijk het woord non-binair leerde kennen en toen was het van: 'o shit, dit is het'"

In de focusgroep met ouders van trans kinderen werd benoemd dat representatie in media en representatie op de middelbare school factoren waren voor hun kind in het ontdekken en ontwikkelen van genderidentiteit.

¹⁵ Een *community* is een formele of informele groep personen die zich met elkaar verbonden voelen, in deze context rond hun genderidentiteit. Community kan zowel online als in de fysieke werkelijkheid bestaan.

¹⁶ Zie voetnoot 1 voor toelichting over *safe(r) spaces*.

Ook in de focusgroepen met zorgprofessionals kwam representatie terug. Zorgprofessionals noemden de rol van meer zichtbaarheid door (sociale) media, dat er meer diverse rolmodellen zijn (ook op middelbare scholen, door bijvoorbeeld GSA's¹⁷) en dat er meer (trans) activisme is. Zij deelden dat deze betere representatie bijdraagt aan zelf-ontdekking, jezelf kunnen herkennen in anderen en ergens woorden voor kunnen vinden. Deze genoemde punten zijn in overeenstemming met wat gedeeld werd in de focusgroepen met transgender personen. Een zorgprofessional verwoordde het als volgt:

Tyler (focusgroep zorgprofessionals): "Wat ik heb gemerkt in de afgelopen 10 jaar, we moeten ook niet doen alsof alle termen waar we het nu over hebben allemaal nieuw zijn, want velen waren er al eerder of hadden een andere benaming, maar mensen hadden het er wel over. Er waren al heel veel personen die hun gender buiten het binaire ervoeren. Alleen wat ik heb gemerkt daarin is dat taal best wel veel kan doen en omdat we nu ook duidelijkere woorden hebben die vaker voorkomen, weten veel personen zich ook sneller te identificeren, dus weten ze ook veel sneller te zeggen: 'misschien klopt dat bij mij of misschien voel ik me wel non-binair', terwijl was het eerst: ik ben geboren als man, maar ik voel me helemaal niet 100% vrouw. Als je alleen weet dat dat die twee opties zijn, dan ga je ook niet verder denken en ik denk dat dat heel veel heeft meegespeeld."

Onderzoeken en exploreren van genderidentiteit

Het tweede thema gaat over het onderzoeken en exploreren van de eigen genderidentiteit. Deelnemers gaven aan dat dit een belangrijke rol speelde in het ontwikkelen van genderidentiteit. Ze deden dit onder andere door te experimenteren met genderexpressie (bijvoorbeeld door kleding, make-up, of drag¹⁸) of door te experimenteren met voornaamwoorden.

Obi (trans personen die bewust niet kiezen voor zorg): "Kapsel en kleding of zo, daar ben ik wel echt veel mee aan het spelen en experimenteren en dat vind ik heel erg leuk en het werkt heel fijn. Ook soms wel of niet een binder¹⁹ aan hebben, dat soort dingen."

Het opzoeken van informatie (over transgender zijn en stappen naar zorg), en de ruimte daarvoor hebben, kwam ook terug. Tevens gaven deelnemers aan dat de quarantaine in de COVID-19 periode een rol had gespeeld, omdat bepaalde sociale settings en verwachtingen weg vielen ontstond er ruimte voor reflectie en meer vrijheid om te experimenteren, zoals onderstaande deelnemer beschrijft:

Anne (focusgroep jongeren): "Door corona kwam ik opeens heel erg veel thuis te zitten. En ik was niet meer bezig met school, ik had geen werk, dus ik was 24/7 thuis op mijn kamer. En

¹⁷ GSA staat voor *Gender & Sexuality Alliance* en is een organisatie of groep leerlingen en vrijwilligers die zich sterk maakt om een veilige schoolomgeving voor iedereen te creëren.

¹⁸ Drag is een vorm van uitvoerende kunst waarbij de uitbundige expressie van gender centraal staat. Het lichaam wordt als canvas gezien om door middel van uitbundige performances een fantasie uit te dragen, bijvoorbeeld het belichamen van een andere gender. (Transgender Netwerk Nederland, 2022).

¹⁹ Een *binder* is een kledingstuk voor het bovenlichaam dat de borsten van de drager plat duwt en waarmee je een platte(re) borstkas creëert.

daardoor ontstond er een soort ruimte in mijn hoofd waardoor ik in staat was over andere dingen na te denken dan school.”

Het exploreren van genderidentiteit zorgde bij deelnemers regelmatig voor een bevestiging van hun genderidentiteit. Externe, of sociale gender bevestiging gebeurde bijvoorbeeld door naasten of door interacties met onbekenden. Maar gender bevestiging werd ook als een intern proces genoemd, bijvoorbeeld door het gebruik van niet medische gender bevestigende hulpmiddelen (een binder, packer, borstprothesen e.d.). Momenten waarop de genderidentiteit bevestigd werd kunnen een fijn gevoel teweeg brengen. Dit wordt gender euforie genoemd, en kwam ook terug in de focusgroep gesprekken:

Yafir (focusgroep trans personen van kleur): “En nu sinds ik ook lang haar heb, want ik had een paar jaar terug nog echt kort haar, nu sinds ik lang haar heb spreken mensen me ook met mevrouw aan, en ik merk dat ik dat wel gewoon fijn vind. Dus dat is inderdaad toch een stukje bevestiging.”

Impact van gendernormen

Ten slotte werden zaken genoemd rondom de impact van maatschappelijke heteroseksuele normen en binaire genderopvattingen op het ontdekken van genderidentiteit. Met binaire genderopvattingen wordt het dominante idee bedoeld dat bij het bij geboorte toegewezen geslacht een bepaalde genderidentiteit hoort, en dat deze tot uiting komt in bepaald gedrag, taalgebruik, door kleding, etc. Transgender personen botsen vaker op deze verwachtingen, en benoemden dit ook in de focusgroepen. Deelnemers gaven aan druk te (hebben) ervaren van de hardnekkige sociale en culturele normen over gender in de samenleving. De impact van deze druk werd op verschillende manieren benoemd. Deelnemers zeiden onder andere langer in een genderrol te blijven omdat ze het gevoel hadden dat die van hen verwacht werd. Sommige deelnemers hadden het gevoel zich te moeten conformeren aan een verwachte genderrol (in bepaalde settings) of leerden bepaalde manieren waarin hun lichaam zich bewoog af. Zoals onderstaand citaat duidelijk maakt, interageren andere identiteitskenmerken zoals etniciteit, hierin met gender:

Dimitri (Engelstalige focusgroep): “The part where you talked about, (...) like realizing that you're not as binary as you thought you were. I very much relate to that, because I was also just trying to hold onto what society was expecting of me and uhm as a person of color.”

Deelnemers lieten weten dat het overheersend binaire denkbeeld het bemoeilijkte om hun genderidentiteit te benoemen en bespreken. Al helemaal omdat niet alle trans personen (en niet alle deelnemers aan de focusgroepen) zich binnen de binaire genderopvattingen identificeren. Wanneer non-binair wel bekend is, merkten deelnemers op dat dit vaak gezien werd gezien als gelijk aan het hebben van een androgyne genderexpressie. Genderidentiteit en genderexpressie zijn echter twee verschillende dingen, en non-binaire personen kunnen zich op alle verschillende manieren uiten. Onderstaande quote illustreert dit:

Sien (focusgroep tijdens zorgtraject): “Ik had in het begin vooral heel erg het gevoel dat ik heel vrouwelijk moest zijn. Als je je dan als trans vrouw identificeert dat je dan super vrouwelijk moet zijn en dat ben ik ook wel op heel veel punten, maar op andere ook weer helemaal niet

en het heeft best wel lang geduurd voordat ik kon zeggen: het is oké dat je niet typisch vrouwelijke dingen ook leuk vindt. Ik kan me voorstellen dat het bij non-binaire mensen bijvoorbeeld dezelfde druk is dat ze heel androgyn moeten zijn.”

Dit leidde ertoe dat deelnemers onder andere aangaven dat ze dachten niet transgender te kunnen zijn. Bijvoorbeeld omdat ze niet volledig in het (hun tot dan toe bekende) transgender plaatje pasten. Of omdat ze dachten te moeten kiezen voor een volledige overstap naar het andere binaire hokje als trans man of -vrouw met daarbij behorende medische genderbevestiging en genderexpressie, terwijl dit niet in lijn was met hoe ze zich identificeerden.

Tim (focusgroep trans personen met licht verstandelijke beperking): “Ik voel mij totaal geen man, totaal geen vrouw. Ik wil wel deels in transitie. Maar je hebt toch mensen die je in een hokje willen duwen. En dat maak ik toch wel wekelijks mee. (...) Vrouw, man snappen ze. Trans vrouw, trans man snappen ze. Maar non-binair, dat wordt gewoon niet gesnapt en dat is gewoon zo jammer. En dan kan ik het nog honderd keer zeggen, ik voel me geen man, ik voel me geen vrouw.”

Voor veel deelnemers was het prettig om op een bepaald moment buiten het binaire kader ruimte te vinden om gender te benaderen als fluïde. Dit had een invloed op het verder ontdekken en uiten van genderidentiteit. Deelnemers noemden dat het ruimte creëerde om te realiseren dat er meer is dan twee genders. Deze ruimte werd als prettig ervaren voor zowel deelnemers die een binaire als een non-binaire genderidentiteit hebben. Voor sommige deelnemers was het exploreren van genderneutrale voornaamwoorden een opstapje van het later ontdekken van hun binaire trans identiteit, anderen ontdekten juist hun non-binaire genderidentiteit.

Alexia (trans personen betrokken in activisme): “Ik heb heel lang geen ruimte gehad voor twijfel, omdat ik allemaal mensen zag die namelijk wit waren en er androgyn uitzien, en ja, er was gewoon één soort representatie van non-binaire mensen online. En ja, ik zou qua figuur daar überhaupt niet aan kunnen voldoen. En dat gaf mij het gevoel dat ik het dan toch niet kon zijn, en dat ik het 100% zeker moest weten.”

Ook zorgprofessionals noemden de impact van binaire gendernormen in de samenleving in het ontwikkelen van genderidentiteit. Tevens werd in deze groepen opgemerkt dat er een meer diverse zorgvraag heerst, er mensen met meer verschillende genderidentiteiten transgenderzorg zoeken en dat de nieuwe generatie transgender personen een meer fluïde begrip van gender heeft en gendernormen meer loslaat. Op de verandering in de zorgvraag wordt verderop uitgebreider ingegaan.

Overwegingen om al dan niet naar transgenderzorg te gaan

In de tweede onderzoeksvraag stond de vraag centraal wat de redenen waren voor transgender personen om al dan niet de stap naar transgenderzorg te zetten. De antwoorden op deze vraag zullen in vijf delen besproken worden: (1) redenen om wel naar transgenderzorg te gaan, (2) redenen om niet naar transgenderzorg te gaan, (3) redenen om later de stap naar transgenderzorg te zetten, (4) ervaren drempels in de stap naar transgenderzorg en (5) ervaren hefbomen in de stap naar

transgenderzorg. In onderstaande box bevindt zich een samenvatting van de thema's, daaronder een meer uitgebreide beschrijving.

Redenen om wel naar transgenderzorg te gaan	<ul style="list-style-type: none"> - Dysforie en misgenderen - Relatie met het lichaam - Mentale gezondheid: depressie en suïcidaliteit - Lange wachtlijst
Redenen om niet naar transgenderzorg te gaan	<ul style="list-style-type: none"> - Het is goed (genoeg) zoals het is - Gebrek aan vertrouwen in zorgsysteem
Redenen om later de stap naar transgenderzorg te zetten	<ul style="list-style-type: none"> - Niet trans genoeg voelen - Onzekerheid (over zorgbehoeftes, en of dat mogelijk is) - Ontoegankelijkheid in informatie
Ervaren drempels in de stap naar transgenderzorg	<ul style="list-style-type: none"> - Angst om niet in het binaire zorgsysteem te passen - Angst dat zorgbehoeftes verkeerd begrepen worden - Onbegrip vanuit partner/ familie
Ervaren hefboomen in de stap naar transgenderzorg	<ul style="list-style-type: none"> - Ervaren steun uit de omgeving - Informatie over opties in aanmelden voor transgenderzorg

Redenen om wel naar transgenderzorg te gaan

Als meest genoemde reden om de stap naar de zorg te zetten werd **dysforie**²⁰ genoemd. Deelnemers noemden genderdysforie an sich, maar ook specifiek dysforie door hun stem, dysforie rondom de menstruatie of bijvoorbeeld dysforie door lichaamsbeharig. **Misgenderen**, bijvoorbeeld door stemgeluid dat voornamelijk geassocieerd wordt met een ander gender, werd hierbij ook als reden genoemd om naar transgenderzorg te stappen. Dysforie en ongemak dat ervaren werd houdt ook verband met hoe er in de maatschappij naar genderrollen wordt gekeken en hoe mensen op bepaalde uitingen van gender reageren. Er is een sociale impact op dysforie, die ook zichtbaar wordt in hoe regelmatig deelnemers aangeven verkeerd te worden aangesproken:

Ben (Engelstalige focusgroep): "Then what did in the end make me sign up for the waiting list is really like, yeah: my body, especially my voice, because usually I'm gendered correctly until the moment I start speaking. And that's the most horrible thing ever and like, I tried two years to just barely speak to anyone, but that's not a good way to go through life. So, uhm, that was really why I wanted to, why I signed up."

²⁰ Voor definitie zie woordenlijst.

Andere veel genoemde redenen hadden te maken met de **relatie met het lichaam**. Deelnemers gaven aan zich niet thuis te voelen in hun lichaam, nood te hebben aan verandering van het lichaam. Soms was het de vorm van het lichaam die niet pastte, voor anderen waren het bepaalde lichaamsdelen of lichaamsfuncties.

Arthur (focusgroep trans personen na zorgtraject): “Kijk, natuurlijk waren voor mij die borsten het grootste probleem. Ik heb niet super veel genderdysforie als het gaat om genitaliën, maar het was inderdaad ook de vorm van mijn lichaam en ik kon het op dat moment niet plaatsen (...), maar ik heb achteraf wel [gemerkt]: ‘oh dus zo is het om je echt thuis te voelen in je lichaam’. Dus ik wist oprecht niet hoe dat dan voelde.”

Jade (focusgroep trans personen met een beperking): “Ik heb een beetje een ander gevoel omtrent mijn lichaam, of dat wel of niet van mij is. Want je hoort ook vaak in de media dat transgenders in het verkeerde lichaam zitten en zo. Ik heb daar moeite mee als ik dat lees of hoor. Dit lichaam is gewoon van mij, ik heb alleen wat verkeerde onderdelen. En ik zit niet in het verkeerde lichaam, dit is mijn lichaam, het klopt niet helemaal, maar dat is tot op zekere hoogte te fixen.”

Tevens noemen deelnemers dat hun **mentale gezondheid** van invloed was op het zetten van de stap naar transgenderzorg. Depressie en suïcidaliteit kwamen naar voren als reden om aan te melden voor transgenderzorg. De lange wachtlijsten zorgden ook voor mentale gezondheidsklachten.,

Jacob (focusgroep trans personen met een beperking): “En dat [de periode voorafgaand aan uit de kast komen, red.] was gewoon echt anderhalf jaar van vechten tegen mijn spiegelbeeld. Ik denk dat we dat allemaal wel kennen. En toen was inderdaad voor mij de keuze van: of nu naar de huisarts, of gewoon dood. Letterlijk, ik had gewoon echt met mezelf afgesproken, of het een of je gaat een paar ballen kweken en je gaat hulp vragen of het is klaar.”

Verder werd de **lange wachtlijst** genoemd als reden om de stap naar transgenderzorg te zetten. Naast dat het een reden was om snel aan te melden voor zorg, ook als de zorgbehoefte nog niet duidelijk was, waren de lange wachtlijsten ook een reden om andere vormen van zorg te zoeken bijvoorbeeld in de vorm van zelfmedicatie:

Aaron (focusgroep trans personen op de wachtlijst voor zorg): “Ik hoorde van die vriend van mij van zet je naam maar op de wachtlijst, ook al heb je niet het gevoel nu dat het heel urgent is, tegen de tijd dat het echt gaat knagen is het te laat.”

Redenen om niet naar transgenderzorg te gaan

Ook werden in de focusgroepen redenen gegeven om niet aan te melden voor transgenderzorg. Deelnemers noemden hierbij vooral dat ze zich goed (genoeg) voelden zonder transgenderzorg. Deze deelnemers hadden bijvoorbeeld een non-binaire of genderfluïde genderidentiteit en geen behoefte aan medische transgenderzorg omdat niet-medische gender bevestiging afdoende werkt:

Shankar (focusgroep trans personen van kleur): “Ja voor mij is de vraag minder relevant omdat ik nooit de behoefte heb gehad om lichamelijke iets te veranderen. Ik ben gewoon blij met het lijf wat ik heb, met het mannenlijf wat ik heb. En ik ervaar daar geen dysforie. Ik ervaar dysforie

in hoe mensen mij behandelen en hoe ik gezien word en echt qua gender zit de dysforie, niet qua sekse bij mij.”

Er waren ook deelnemers die vanuit **gebrek aan vertrouwen in het transgender zorgsysteem** niet naar zorg gaan:

Hilary (trans personen betrokken in activisme): “Omdat ik er ook geen vertrouwen in heb. Zelfs de huisartsen die weten gewoon niet hoe ze met non-binaire mensen om moeten gaan.”

Enkele deelnemers gaven aan dat het eenvoudiger voelde om onwetend te blijven over hun zorgbehoefte dan de lange wachttijd aan te moeten gaan.

Elena (trans personen die bewust niet kiezen voor zorg): “Ik ben ook best wel actief in transgenderkringen hier in de stad, dus dan kom je best wel wat mensen tegen en [zie je] dat die in zekere zin vastzitten omdat ze die wachtlijsten allemaal in moeten, dat ik dan ook denk: ik wil het eigenlijk ook vooral niet te veel onderzoeken of ik dit wil. Want de optie die ik nu heb, ‘het is prima zo’, is misschien ook wel handiger dan de optie: ‘eigenlijk wil ik dit, maar nu heb ik dan X jaar lang een probleem’. Dat maakt wel dat ik ook niet te hard aan het zoeken ben, wat kan er allemaal wel.”

Daarnaast waren er deelnemers die noemden dat **transgenderzorg voor hen (op dit moment) ontoegankelijk is**. Hierbij werd onder andere een verhuizing naar het buitenland genoemd, mentaal niet voldoende capaciteit hebben voor het starten van een medisch traject en *information overload* waardoor het onduidelijk is voor deelnemers wat ze het beste kunnen doen om de juiste zorg te krijgen.

Redenen om later de stap naar transgenderzorg te zetten

Relatief veel deelnemers benoemden dat ze veel tijd nodig hadden alvorens zich aan te melden voor transgenderzorg. Twijfel speelde hierin een grote rol. Bijvoorbeeld deelnemers die zich **afvroegen of ze wel trans genoeg waren**. Waarbij mensen met een non-binaire genderidentiteit vaker aangaven tijd nodig te hebben om te realiseren dat non-binair zijn net zo valide trans-zijn is. Daarnaast werden ook twijfels geuit over het ontdekken van de zorgbehoefte en bleek hierin regelmatig het idee te bestaan dat deelnemers hun zorgbehoefte al volledig helder zouden moeten hebben voorafgaand aan het aanmelden voor transgenderzorg. Hier bleek vaak **onzekerheid** achter te zitten om afgewezen te worden voor zorg met een “gedeeltelijke zorgvraag”. Ondanks dat deelnemers aangaven te weten dat er in theorie zorg op maat beschikbaar is, wordt de onduidelijkheid over mogelijke zorg opties/ zorgtrajecten genoemd als oorzaak van onzekerheid over aanmelden voor transgenderzorg:

Greg (Engelstalige focusgroep): “I thought for a very long time that I had to want hormones as well and I tried to push myself from a box to another and I was like, no I like, the moment I came across the concept of top surgery, I was like, sign me up. But then I was like, ‘no, don't sign me up because I have to sign up for the whole thing, and I don't want the whole thing’. There isn't even such a thing as a whole thing! Uhm, so that took another, I don't know how many years 6, 7 or something to realize, oh wait, actually I can just want this one thing and that is OK.”

Ten slotte deelden sommige deelnemers dat vertraging in het aanmelden voor transgenderzorg ook te maken had met **ontoegankelijkheid in de informatie over transgenderzorg**. Er werd genoemd dat er niet voldoende overzicht is in de opties en alles zelf uitzoeken het erg lastig kan maken.

Aaron (focusgroep met trans personen op de wachtlijst voor zorg): “Je moet eerst door hebben hoe het systeem in elkaar zit. (...) En voordat ik dat had uitgezocht, of voordat dat duidelijk was voor mij, dat heeft ook echt wel even geduurd. Het is dus dat ik een vriend had die mij dat allemaal heeft uitgelegd, maar als die dat dus niet had gedaan, dan denk ik dat ik nu nog altijd zoiets zou hebben, ‘oh veel te ingewikkeld, dat zoek ik later wel uit.’”

Ervaren drempels in de stap naar transgenderzorg

Deelnemers noemden verschillende drempels in het zetten van de stap naar transgenderzorg. Hierin speelde **angst om niet in het binaire zorgsysteem te passen** en **angst dat zorgbehoeftes verkeerd begrepen worden** de grootste rol.

Shankar (focusgroep trans personen van kleur): “Want in mijn hoofd is transzorg altijd geweest zo van ‘je hebt een mannenlijf en je wilt een vrouwenlijf hebben’. Of ‘je hebt een vrouwenlijf en je wilt een mannenlijf hebben’. Maar ik heb het nooit gezien als een plek om te ontdekken of om ook vragen te mogen stellen of dat het... dat het een inclusieve plek is waar je heen kunt en dat je samen ergens uitkomt of zo.”

Daarnaast speelde ook angst voor/ zorgen om **onbegrip vanuit partner of familie** een rol.

Ervaren hefbomen in de stap naar transgenderzorg

Naast drempels, geven mensen ook hefbomen aan die hun stap naar de zorg juist hebben gestimuleerd. Belangrijkste daarbij is de **ervaren steun uit de omgeving**. Bijvoorbeeld ouders die initiatief namen in helpen met aanmelden, een partner die meedenkt, of bekenden uit de trans gemeenschap die advies geven.

Paul (focusgroep trans personen na zorgtraject): “En mijn moeder die had eigenlijk zoiets van: ‘Ja Jezus, ga dan ook gewoon een keertje naar de huisarts ermee, ga er dan ook iets mee doen (...)’ Dus dat heb ik toen uiteindelijk ook gewoon gedaan op haar advies.”

Tevens was **informatie over opties in aanmelden voor transgenderzorg** bijdragend in de stap om aan te melden. Bijvoorbeeld vanuit een huisarts, fora of websites zoals Transvisie.

Veranderingen in de aard van de zorgvraag: het perspectief van zorgprofessionals

In de focusgroepen met zorgprofessionals werd gevraagd op welke manier zij de aard van de zorgvraag hadden zien veranderen. De antwoorden op deze vraag zullen in vijf delen worden toegelicht: (1) verandering in wie zich aanmeldt, (2) veranderingen in het proces van het ontdekken en ontwikkelen van genderidentiteit (samen met veranderingen in de samenleving), (3) verandering in zorgbehoefte,

(4) veranderingen in de transgenderzorg en (5) verklaringen voor de toename in zorgbehoefte. In onderstaande box bevindt zich een samenvatting van de thema's, daaronder een meer uitgebreide beschrijving.

Verandering in wie zich aanmeldt	<ul style="list-style-type: none"> - Grotere diversiteit in genderidentiteiten - Meer non-binaire personen - Meer jongeren
Verandering in het proces van genderidentiteit ontdekken	<ul style="list-style-type: none"> - Toenemende diverse representatie geeft meer herkenning - Meer kennis en toegankelijke informatie over transgender thema's - Meer acceptatie in de samenleving, meer fluïde beeld van gender
Verandering in zorgvraag	<ul style="list-style-type: none"> - Meer diversiteit in de zorgvraag, minder binaire zorgvraag - Zorgvraag vaak al helder bij start van zorg - Meer alternatieve zorg - Minder openheid over authentieke identiteit en zorgbehoefte door angst geen toegang te krijgen tot noodzakelijke zorg
Verandering in zorg	<ul style="list-style-type: none"> - Toename in niet-transgenderzorg in overbruggingsperiode wachttijd - Meteen op wachtlijst door lange wachttijd
Verklaring voor de toename in zorgbehoefte	<ul style="list-style-type: none"> - Interactie tussen meer diverse zorgaanbod en toenemende zorgvraag - Door toenemende representatie en meer herkenning ook meer transgender personen met zorgvraag - Veranderingen in juridische wetgeving - Meer acceptatie in samenleving

Verandering in wie zich aanmeldt

Zorgprofessionals benoemden een **grotere diversiteit aan verschillende genderidentiteiten** te zien, met daarin ook een **toename in de hoeveelheid non-binaire mensen** en **meer jongeren** met een zorgvraag. Er werd diversiteit op alle assen van identiteit waargenomen. Tevens benoemden zorgprofessionals dat mensen van een oudere generatie soms nog moeite hebben in het meekomen in deze toegenomen diversiteit.

Annet (focusgroep zorgprofessionals): "Wij zien steeds meer mensen die inderdaad zeggen van ik voel me non-binair. En vooral heel veel mensen die zeggen: 'ja, hmm hokje. Ik ben gewoon mezelf en welke term daar dan bijpast maakt niet zoveel uit.'"

Verandering in proces van genderidentiteit ontdekken

Zoals ook eerder genoemd is, werd het **belang van representatie** niet enkel door transgender en non-binaire deelnemers maar ook door zorgprofessionals onderschreven. Zorgprofessionals benoemden hoe zij horen en opmerken dat de toenemend diverse representatie invloed heeft op het ontdekken en ontwikkelen van genderidentiteit.

Toename van kennis over transgender thema's en meer toegankelijke informatie werd ook genoemd als factor die van invloed is in het eerder ontdekken van genderidentiteit. **Betere toegang tot informatie** over transgender thema's laat het meer leven en zorgt ervoor dat het eerder resoneert bij mensen met een transgenderidentiteit:

Roos (focusgroep zorgprofessionals): "Het leeft meer in de samenleving. Ook dat er meer informatie en kennis is dus dat er ook misschien meer mensen naar buiten treden en er meer zichtbaar is, zichtbaarheid is. En dat daarom ook die groep groter, misschien groter lijkt. Ik weet niet of die groep nu ook groter is, maar dat je dan gewoon—Dat zie je meer en dat je ook dan de ruimte krijgt om te denken: 'hey oké, hoe is het bij mij eigenlijk'. En misschien dat dat eerder minder was."

Bovenstaande onderwerpen werden meestal samen genoemd met veranderingen in de samenleving. Zo benoemden deelnemers dat er minder stigma heerst rondom transgender zijn en er meer ruimte lijkt te zijn om te praten over genderidentiteit en hiervoor uit te komen. Meer mensen durven zich af te vragen wie ze zijn buiten binaire kaders. Jongere generaties lijken een **meer fluïde begrip van gender** te hanteren. Zie ook onderstaande quotes:

Tyler (focusgroep zorgprofessionals): "Is het een hype, als je mij vraagt: nee. Het is meer een kwestie van personen beseffen dat ze er mogen zijn en dat is iets wat ik heel erg heb gemerkt. (...) Vooral in die laatste 20 jaar heb ik gezien: als het gaat om media, films ging het vaak om: je mag jezelf zijn. Je hoeft niet zo te zijn als de rest. Dat zijn heel veel mensen gaan omarmen. Veel meer mensen zijn dat terug gaan zien in hun opvoeding, zijn dat ook gaan toepassen bij hun kinderen. Op scholen zie je: er is veel meer diversiteit. Die subgroepen kunnen elkaar makkelijker vinden door het internet o.a. Wat je daardoor krijgt is dat personen minder snel denken: 'ik ben de rare eend tussen alle anderen', maar juist ook durven te denken: 'wie ben ik nou?' en dat ook gaan onderzoeken voor zichzelf en uiteindelijk dan ook buiten het binaire soms terecht komen, waardoor je weer een veranderende hulpvraag krijgt."

Er lijkt een paradigmashift op te komen waarin we loskomen van het binaire denkbeeld rondom gender. Hoewel hierbij ook genoemd werd dat er een generatieverschil bestaat in het meekomen in dit denkbeeld. Zie onderstaande quote:

Vincent (focusgroep zorgprofessionals): "Iets wat wel bij mij blijft terugkomen is het feit, we zijn bezig met een soort van verandering in de maatschappij, een soort van shift en het hele idee van het binaire denken moet eerst los komen. Ik denk dat we daar heel veel stappen nog in hebben te maken en dat dat ook een doel heeft in waarom die hulpvraag zo erg verandert. Waar de jongere generatie veel makkelijker mee kan gaan in die verandering is dat voor de oudere generatie veel moeilijker. Ik denk dat dat ook een grote rol speelt in die veranderende

hulpvraag, maar ook waarom je een soort van clash hebt van de community tegen de zorgverleners.”

Verandering in zorgvraag

Samengaand met de grotere diversiteit in genderidentiteiten benoemden zorgprofessionals ook dat zij meer diversiteit opmerkten in de zorgvraag en tevens een **minder binaire zorgvraag**. Er werd ook benoemd dat de **zorgvraag vaak al helder is bij aanvang** van een zorgtraject en dit werd in verband gebracht met het de lange wachttijd waarop het proces van zorgbehoefte ontdekken momenteel vaak al grotendeels plaatsvindt.

Emiel (focusgroep zorgprofessionals): “Ik ben dus pas net begonnen in deze zorg, maar als je de geschiedenis bekijkt, [...] vroeger was het binaire denken werd dus ook benadrukt zelfs in de transgenderzorg. Je gaat of voor het één of het ander. En ik denk dat de zorg daarin heel erg veranderd is. Terwijl de maatschappij en de organisatie van de zorg daar soms nog niet zo op ingericht is.”

Een andere reden waarom de zorgvraag verandert, is het effect van de lange wachttijd. Hierdoor komen verschillende aspecten in het leven van personen op de wachtlijst voor een tijd op pauze te staan. Zorgprofessionals gaven ook aan hierdoor op te merken dat mensen **eerder alternatieve zorg** zoeken in de vorm van zelfmedicatie, medicatie verkregen buiten het reguliere medische circuit.

Annet (focusgroep zorgprofessionals): “Relaties, daten, werk, opleiding. Ja, dat komt soms vaak helemaal niet van de grond. Dus ook daar voel ik die haast en die urgentie van, ‘hé nu weet ik het eindelijk. Nu wil ik er ook iets mee en nu kan het niet’. Of inderdaad, ‘ik ga dus zelf online bestellen’ of via zo’n gender GP in Engeland. En ik kan het bijna—Ik vind het geen goede zorg, maar ik kan het ze ook eigenlijk niet kwalijk nemen.”

Zorgprofessionals deelden ook dat bij een groot aantal transgender personen de angst bestaat dat zij niet de toegang tot of toestemming voor noodzakelijke zorg zullen krijgen wanneer ze hun authentieke identiteit en zorgbehoefte delen. Het **gebrek aan openheid** wat hierdoor ontstaat geeft een vertekening in de diversiteit in zorgbehoeftes, deelden zorgprofessionals:

Christoph (focusgroep zorgprofessionals): “Daar zit ook nog een extra angst vanwege die ontoegankelijkheid van de zorg dat mensen denken: ‘als ik eenmaal zorg nodig heb moet ik wel zeker weten dat ik die zorg ga krijgen’, dus dat mensen niet altijd eerlijk durven te zijn. En dat is ook die taak als zorgverlener dat je ondanks het label wat je als team aan je hebt gehangen, toch een situatie creëert waar mensen zich durven te uiten wat nou echt precies hun vraag is en dat kan wel een zoektocht zijn.”

Verandering in zorg

In de gesprekken over veranderingen in de zorgbehoefte werd benoemd dat er een **toename van zorg voor trans personen buiten de specialistische transgenderzorg centra** ontstaat ter overbrugging van de lange wachttijden. Dat zien we bijvoorbeeld in de reguliere GGZ waar trans personen zorg krijgen

voor hun gendervragen, terwijl ze op de wachtlijst staan, zoals in onderstaande quote gelezen kan worden:

Chiara (focusgroep zorgprofessionals): “Ik merk ook dat de zorg verschuift, zeg maar. Want ik werk dan bij een organisatie die in principe niet specifiek is voor genderzorg. Maar wij bieden dus nu wel steeds meer ter overbrugging. Wat op zich mooi is denk ik als een soort van oplossing, maar natuurlijk niet helemaal de bedoeling is. Tenminste, ja je kan je afvragen, willen we dat iedereen of meerdere bedrijven, organisaties dit kunnen - of willen we dat het specifiek blijft?”

Tevens werd genoemd dat personen inmiddels **meteen op een wachtlijst** gaan door de lange wachttijden, wat begrijpelijk genoemd werd maar ook voor wachtlijst vervuiling zorgt door dubbelingen en personen die wellicht nog geen concrete zorgvraag hebben.

Verklaringen toename

Ten slotte gingen zorgprofessionals enkele keren in op verklaringen voor de toename in het aantal personen dat transgenderzorg behoeft. De meest genoemde uitleg is een **interactie tussen de toename van (diverser) zorgaanbod met de toenemende zorgbehoefte**. Er werd genoemd dat mensen met diverse genderidentiteiten er altijd al waren, maar dat er nu door toenemende **representatie** ook een toenemende herkenning optreedt. Iemand anders voegde toe dat veranderingen in **juridische wetgeving** het ook makkelijker maken voor transgender personen om de stap naar transgenderzorg te zetten. De rol van meer **acceptatie in de samenleving** en een meer fluïde beeld van gender die meer algemeen aan het worden is, werd hierin ook genoemd.

Knelpunten en toekomstvisies

In de derde vraag in de focusgroepen met transgender personen werd ingegaan op de behoefte aan zorg en steun en in hoeverre dit in overeenstemming was met beschikbare zorg en steun. Deze gesprekken leverden rijke input op over knelpunten in de huidige transgenderzorg en in de zorg in het algemeen. Daarnaast werd veel gesproken over hoe de deelnemers zouden willen dat de transgenderzorg er in de toekomst uit zou zien. In de focusgroepen met zorgprofessionals werd in de derde vraag gesproken over wat zorgprofessionals anders zouden willen doen of zien in de transgenderzorg. Dit leverde naast toekomstvisies ook ideeën voor oplossingen op. In deze sectie worden eerst de knelpunten in de huidige transgenderzorg beschreven, om vervolgens in te gaan op toekomstvisies en oplossingen. In onderstaande box bevindt zich een samenvatting van de thema's, daaronder een meer uitgebreide beschrijving.

Knelpunten in de huidige transgenderzorg	<ul style="list-style-type: none">- Wachtlijsten- Diagnostische fase- Poortwachtersmodel (gatekeeping)- Binaire transgenderzorg- Rol van de huisarts
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Nazorg - Intersectionele drempels - Dilemma's van zorgprofessionals
Toekomstvisies en oplossingen transgenderzorg	<ul style="list-style-type: none"> - Versterking van de rol van de transgender gemeenschap - Zorg op maat - zelfbeschikking - Depathologiseren van transgenderzorg - Ondersteuning tijdens wachttijd - Onzekerheid erkennen en bespreekbaar maken - Zorgprofessionals buiten de gespecialiseerde gender centra meer betrekken - Betere informatie over transgenderzorg - Voorlichting & scholing - Inclusieve omgang & inclusief taalgebruik

Knelpunten in de huidige transgenderzorg

- Wachelijsten

Geheel volgens verwachting waren de wachelijsten één van de meest besproken knelpunten in de huidige transgenderzorg. Zoals eerder al naar voren kwam, vormde de lange wachttijd een extra mentale belasting voor trans personen. Het zette sommige mensen aan zich extra snel voor transgenderzorg aan te melden, anderen ervoeren het als een drempel om überhaupt naar zorg te stappen. Het stimuleerde deelnemers ook om zich op meerdere wachelijsten te plaatsen en zich tot alternatieve zorg te richten.

Zorgprofessionals benoemden hoe complex de capaciteit van de transgenderzorg in elkaar zit. Zij deelden ook over de impact van lange wachttijden op het opbouwen van een vertrouwensband:

Lisa (focusgroep zorgprofessionals): "Waar ik echt wel van wakker lig is dat de wachttijd zo lang is. Nu zie ik al extra cliënten buiten mijn tijd om. Dat is dan niet alsof ik daar echt iets aan kan doen, maar dat zou ik wel willen. Ik wil het oplossen en misschien is dat ook een zorgverlener eigen. Door die wachttijd sta je ook als zorgverlener met 5-0 achter en ik ben heel erg van het samenwerken en met jongeren mee lopen, maar eerst moet ik dan heel veel effort in het contact leggen, wat ik ook vind dat ze verdienen hoor, maar ik zou willen dat dat niet nodig was of minder nodig, omdat het dan eerst gaat over het contact en om het erover te hebben wat die wachttijd heeft gedaan. Dat gaat ook over rouw. Ik zou het ze echt gunnen dat dat niet nodig was."

- Diagnostische fase

De diagnostische fase riep de meeste knelpunten op. Sommige deelnemers benadrukten de behoefte aan bredere exploratie van hun zorgvraag, in plaats van door de hen ervaren druk op het stellen van een diagnose. Anderen hadden zelf al duidelijk wat hun zorgbehoefte waren en vonden het proces tot diagnose juist te lang duren. Er was vanuit deelnemers behoefte aan individuele zorg, maar er werd een **gebrek aan maatwerk** benoemd. Ook was er bezwaar tegen wat ervaren werd als ongepaste vragen over bijvoorbeeld seksualiteit en geaardheid.

Aubrey (focusgroep trans personen met een beperking): "Ik wil snellere diagnose: Ik heb het gevoel dat ik nu echt extreem lang wacht, om eigenlijk te bewijzen dat ik trans ben, terwijl het juist een gevoel is wat eigenlijk niet te bewijzen is. Dus daarom wil ik eigenlijk ook dat die diagnose gewoon een stuk minder belangrijk wordt, en gewoon eigenlijk per behandeling die je krijgt juist gekeken gaat worden waarom die behandeling zo nodig is."

- Poortwachtersmodel (gatekeeping)

Het zogenaamde poortwachtersmodel, ook wel gatekeeping genoemd, riep veel kritische reacties op. Met dit model wordt bedoeld dat de toegang tot verschillende fases van transgenderzorg wordt gereguleerd op basis van indicatiestellingen door een multidisciplinair team. Dit brengt verschillen in machtsposities en afhankelijkheid van zorgprofessionals met zich mee. Het gevolg van deze afhankelijkheid is dat deelnemers angst en onzekerheid ervoeren over of ze wel toegang tot de voor hen benodigde transgenderzorg zouden krijgen omdat ze bijvoorbeeld vreesden niet "trans genoeg" te zijn. Ook gaven deelnemers aan dat ze niet eerlijk durfden te zijn over hun authentieke identiteit en zorgbehoefte en zich bijvoorbeeld anders voor deden in de diagnostische fase, in gesprekken en in de antwoorden op vragenlijsten.

Ben (Engelstalige focusgroep): "So (...) I lied already on the personality test because I saw questions about, how do you act in this situation? It was basically like, are you like a stereotypical male - stereotypical female? And I was like, yeah, I'm not going to like, I knew that if I was going to be honest on those tests, it was going to go wrong. And even while I always like kind of skewing my answers, uhm, it still kind of bit me in the ass. It was crazy for me at least, but I hope that not everyone has had that experience."

In de focusgroepen met zorgprofessionals werd dit gebrek aan openheid, en de negatieve impact ervan op het diagnostisch proces herkend. Zorgprofessionals werkzaam buiten de transgenderzorg wezen op het belang van een onafhankelijke positie van met name psychologen en psychiaters.

Annet (focusgroep zorgprofessionals): "Wat we eigenlijk altijd gezegd hebben als [naam GGZ instelling] is: wij mengen ons niet in dat medisch diagnostiek stuk. Juist zodat mensen bij ons alles kunnen delen, al hun twijfels en al hun angst, suïcidaliteit, alle persoonlijkheidsproblemen die er zijn. Want wat ik veel hoor van mensen is dat ze zeggen: 'ja, bij de VU vertel ik dat niet want dat zou mijn lichamelijke behandeling wel in de weg kunnen zitten.'"

- Binair zorgsysteem

Deze eerder genoemde angst om geen toegang tot zorg te krijgen speelde vooral bij personen met een non-binaire genderidentiteit die een behoefte aan bepaalde zorg hadden waarvan ze niet wisten of die beschikbaar zou zijn. Hierbij werd gedeeld dat de huidige transgenderzorg nog te binair is ingericht. Zoals in onderstaande quote ook genoemd wordt:

Alex (focusgroep met trans jongeren): "Ik vind uit mijn ervaring dat die zorg zeker binair is ingericht. Want er wordt eigenlijk vanuit gegaan, althans dat is mijn ervaring bij de VU, dat je

wel van jezelf weet en zeker bent dat je echt in een hokje past, en dat dat hokje dan ook echt een man of een vrouw is, want andere hokjes, ja die kunnen er zijn, maar ja we weten niet of we je dan wel kunnen behandelen of dat we dan wel genderdysforie kunnen vaststellen bij je.”

- Rol van de huisarts

Een ander aspect dat meermaals genoemd werd is de rol van de huisarts in de toegankelijkheid van transgenderzorg. Deelnemers spraken in de focusgroepen over huisartsen die weinig tot geen kennis over het aanmelden voor transgenderzorg hadden en welke impact dat heeft op de toegankelijkheid van de zorg. Zie hierbij onderstaande quote:

Isabelle (focusgroep met trans personen op een wachtlijst): “Ik heb een hele fijne huisarts, niks verkeerd over te zeggen (...), maar ik merkte wel dat die niet over heel veel informatie beschikte (...). Zij wist bijvoorbeeld dat ik me kon aanmelden bij het VU, maar daar stopte het. En ik had ergens gehoord dat het ook bij andere instanties, dat je daar ook terecht kon, andere genderteams. Dus ik had dat gevraagd, maar dat wist zij niet. Zij dacht dat alleen het VU er was. Dus ja op zo'n moment dan ben je dus eigenlijk op jezelf aangewezen, moet je zelf op gaan zoeken hoe en wat. En het zou fijn zijn als in dit geval mijn huisarts dan daar meer over had geweten.”

Ook stuiten deelnemers op zorgprofessionals die bepaalde normatieve denkbeelden hadden, met name heteroseksuele normen en binaire genderopvattingen zorgden voor situaties waarin trans personen zich niet gezien en/of verkeerd begrepen voelden.

- Gebrek aan nazorg

In gesprekken met deelnemers die chirurgische genderbevestigende operaties hadden ondergaan kwam naar voren dat zij onvoldoende nazorg ervoeren. Er werd gedeeld dat er niet geïnformeerd werd hoe het mentaal ging na een operatie:

Oliver (focusgroep met trans personen tijdens zorgtraject): “Bijvoorbeeld met je geslachtsoperatie, dan sta je daar en dan denk je: ‘wow, dit is heel anders’. Daar is 0,0 begeleiding voor en ook niet bij de controles, dat soort dingen. Het is allemaal meer hoe het medisch werkt, maar verder, dat ben ik heel erg tegengekomen, sowieso in het afgelopen jaar dat ik door een hele zware tijd daardoor ben gegaan en ik denk als dat beter zou zijn, dan zou dat wel prettiger zijn.”

Tevens werd aangegeven dat er een gebrek is aan verpleegkundigen die bekend zijn met nazorg rondom genderbevestigende chirurgie. Ook in de focusgroep met ouders kwam dit aspect aan bod:

Marjolein (focusgroep met ouders van trans kinderen): “Ik ben degene die over die thuishulp begonnen is, want ik heb gemerkt: na operatie wordt er verwacht dat je je kind zelf verzorgt als die mee naar huis gaat, en allerlei wonden heeft, die moet je dan zelf verzorgen. Nou mijn [volwassen, red.] zoon die was bij de laatste operatie, die had meerdere wonden en dat was voor mij ook psychologisch te zwaar om dat alleen te doen. Dus ik heb thuishulp ingeschakeld en wondverzorging, maar er is geen enkele thuishulp die gespecialiseerd is in transgenderzorg.”

- Intersectionele drempels

Vanuit intersectioneel oogpunt kwamen in de focusgroepen aspecten naar boven rondom drempels in (toegankelijkheid van) transgenderzorg. Dit was met name het geval in de focusgroep met mensen met een licht verstandelijke beperking. Zij gaven aan dat de transgenderzorg voor hen op dit moment niet inclusief is door gebrek aan toegankelijk taal, en door gebrek aan zorgverleners met affiniteit met hun doelgroep:

Sammy (focusgroep met trans personen met een licht verstandelijke beperking): “Ze gebruiken soms zulke moeilijke taal. En dan vraag je of ze Jip en Janneke willen spreken en dan doen ze het niet.”

Alle deelnemers met een licht verstandelijke beperking gaven aan bang te zijn dat er geen “groen licht” (akkoord voor start traject transgenderzorg) zou worden gegeven omdat ze omwille van hun beperking niet als wilsbekwaam zouden worden gezien. Deze angst werd ook in andere focusgroepen naar voren gebracht. Bijvoorbeeld door mensen met een andere DSM-5 diagnose.

Jacob (focusgroep trans personen met een beperking): “En waar ik mentaal gewoon heel erg tegenaan loop is dat ik er bang voor ben dat ik als wilsonbekwaam gezien ga worden als ik straks tegenover de psycholoog zit. Want dat merkte ik eigenlijk al bij de huisarts (...) dat ik eigenlijk een soort sfeer proefde alsof hij naar mij keek van, ‘o hij is gehandicapt, hij zal vast niet helemaal weten waar hij het over heeft’ (...) Ik ben als de dood dat er artsen gaan zijn die zeggen van: ‘ja maar jij mag deze stappen niet ondernemen omdat je al gehandicapt bent’, of omdat ik dwanggedachtes heb of omdat noem maar op... Ik ben ontzettend bang dat die diagnoses mij in de weg gaan zitten.”

Zorgprofessionals gaven tevens aan dat onder andere trans personen met autisme of een licht verstandelijke beperking voor complexere zorgvragen kunnen zorgen.

- Dilemma's van zorgprofessionals

Zorgprofessionals gaven aan hun werk als zwaar en complex te ervaren door onzekerheid over uitkomsten op korte en lange termijn. Ze gaven aan dat het voor hen niet altijd duidelijk is of behandeling (en zo ja, welke behandeling) de beste keuze is voor iemand. Ze worstelen daarbij tussen erkenning van het belang van zelfbeschikking van trans personen en hun eigen professionele inschatting van de impact van een bepaalde keuze. De vraag die hierbij centraal leek te staan was “wanneer doe ik het goed?” In geval ze niet met iemand tot een gezamenlijk besluit konden komen was een bijkomend dilemma hoe stelling te nemen in advies voor verdere behandeling? Hierover bestonden verschillende ideeën, de ene zorgprofessional hanteerde een meer sturende functie en de ander meer adviserend. Zie hierbij onderstaande quote:

Frits (focusgroep zorgprofessionals): “[Als je] als professional op basis van het verhaal van de patiënt echt denkt dat iets geen goed idee is, dan vind ik dat je dat moet zeggen. En dan is het aan de patiënt om het te doen of niet. Dat is niet jouw keus. Jij kan ook niet besluiten voor die patiënt, maar ik vind wel dat je dat moet zeggen.”

Toekomstvisies en oplossingen transgenderzorg

Naast het benoemen van knelpunten, werden in de focusgroepen ook veel kansen voor verbetering van de zorg benoemd. Deze zijn hieronder als thema's rondom toekomstvisies en oplossingen toegelicht.

Versterking van de rol van de transgender gemeenschap

In de gesprekken over de toekomst van de Nederlandse transgenderzorg stond het belang van betrokkenheid van mensen uit de eigen community centraal. Deelnemers gaven aan veel steun te halen uit samenzijn met andere transgender personen, zowel op georganiseerde bijeenkomsten vanuit organisaties zoals bijvoorbeeld Transvisie, alsook met vrienden en bekenden. Dit werd als waardevol ervaren voor steun, om informatie te delen, om te kunnen experimenteren (met bijvoorbeeld voornaamwoorden en genderexpressie) en om in een *safe(r) space* te zijn. Dit gold met nadruk vanuit intersectioneel oogpunt voor trans personen van kleur. Er werd gedeeld dat deze sterke behoefte om samen te komen ook bestaat omdat er gebrek is aan erkenning en herkenning in de maatschappij in het algemeen en in de zorg in het bijzonder. Een belangrijk punt hierbij is dat transgender personen niet alleen als ervaringsdeskundige in te zetten, maar ook te zorgen voor genderdiversiteit op werkplekken, naast andere vormen van diversiteit. Daar moet de instroom van opleidingen (biomedische en psychosociale opleidingen, maar ook breder in onderwijs) al aandacht voor zien.

In de toekomstvisie op de transgenderzorg gaven deelnemers het belang aan dat mensen ook kunnen terecht bij zorgprofessionals uit de eigen gemeenschap. Exploratie biedt meer ruimte met gelijkgestemden die een gevoel of ervaring zelf herkennen, en geeft volgens de deelnemers ook meer veiligheid. Onderstaande quote illustreert dit effect binnen één van de focusgroepen:

Emeline (Engelstalige focusgroep): "These professionals that aren't trans or aren't gender nonconforming, they look at it from a perspective that will just never really hit the core and for that system to be so exclusive or exclusionary to the people that we are, our own people, that just feels very harsh (...) it is indeed like not being exposed to people that understand you and then in this trajectory not having, you know, examples or trans people, that are actually trans part of that, to guide you and not having this space to have that doubt and all of those things."

Zorg op maat

Er kwam ook een behoefte naar zorg op maat naar voren in gesprekken met zowel trans personen als zorgprofessionals. Dit sluit aan bij het besproken knelpunt over het diagnostisch proces, waarin ook het gebrek aan maatwerk werd aangekaart. Trans personen deelden hierbij dat iedereen individuele behoeftes heeft in zorg, en hier meer aan tegemoet getreden zou moeten worden. Dit kan onder andere door het herzien van de rol van de psycholoog en door zorg aan te bieden buiten de binaire kaders van de huidige transgenderzorg.

Harry (focusgroep trans personen met een beperking): "Ik ben ook echt wel voorstander van psychologische hulp, als je die nodig hebt, als je daar behoefte aan hebt, alsjeblieft ga naar een gender gespecialiseerd persoon. Maar het moet een keuze zijn en geen verplichting."

Zorgprofessionals ondersteunen deze behoefte maar gaven ook aan dat gepersonaliseerde zorg lastig kan zijn binnen de medische zorg die werkt met diagnoses en richtlijnen.

Zelfbeschikking

Een ander thema dat zowel door trans personen als zorgprofessionals werd genoemd, is zelfbeschikking. Trans personen benadrukten de eigen competentie om te weten wat ze nodig hebben en wat goed voor ze is. Ze willen daar zelf over kunnen beslissen. Ook zorgprofessionals noemden zelfbeschikking een basisrecht, echter zagen zij ook belangrijke uitdagingen bij de toepassingen van het informed consent model.

Depathologiseren transgenderzorg

Tevens werd ingegaan op het verder depathologiseren van de transgenderzorg. Er werd gesteld dat genderidentiteit niet gemedicaliseerd moet blijven. Eén deelnemer lichtte toe dat de huidige DSM-5²¹ classificering (genderdysforie) nog wel medicaliserend is, maar de ICD-11 een beter aansluitende term gebruikt, namelijk genderincongruentie, geplaatst als categorie buiten ziektes en aandoeningen:

Christoph (focusgroep zorgprofessionals): "Ik denk dat identiteit geen diagnose is. Ik vind het DSM-5 model over dysforie, dat is een gevolg van hoe iemands identiteit in de maatschappij geaccepteerd wordt en welke klachten iemand daarvan ervaart. Er zit natuurlijk een element bij van hoe iemand diens eigen lichaam ervaart, maar het grootste element is juist die positie in de samenleving. Ik vind wat de ICD-11 aanhoudt, genderincongruentie, dus het nieuwe model van de WHO waar het niet meer onder de ziektes valt, maar onder een conditie of state of being passend is bij identiteit."

Ondersteuning bieden tijdens wachttijd

De wachttijden moeten korter met continuïteit van zorg, daar waren trans deelnemers en zorgprofessionals het over eens. Er werden weinig concrete oplossingen voor het verminderen van de wachttijden gedeeld. Iets wat zorgprofessionals echter noemden om de wachttijden te verkorten, was het bieden van ondersteuning tijdens de wachtperiode en het screenen van personen op de wachtlijst. Met dit laatste werd bedoeld dat personen op de wachtlijst al benaderd zouden worden om te kijken in hoeverre hun zorgbehoefte duidelijk is en welke zorg ze nodig hebben. Zo zou je minder wachtlijst vervuiling (zoals dubbelingen) krijgen en kan er gericht worden doorverwezen.

Tineke (focusgroep zorgprofessionals): "Misschien een wachtlijstbeheer, dat je mensen die op de wachtlijst komen dat je die van te voren spreekt. He dat je kunt bepalen in welke fase zitten ze? Wat hebben ze eventueel nog nodig? En dat mensen daarna op de wachtlijst geplaatst worden."

Onzekerheid erkennen en bespreekbaar maken

Gelinkt aan dilemma's van zorgprofessionals werd benoemd dat het kan helpen onzekerheid te erkennen als inherent onderdeel van de transgenderzorg. Dat zou bijvoorbeeld in intervisie

²¹ DSM-5 en ICD-11 zijn de twee belangrijkste medische en psychologische classificatiesystemen, waarin de beschrijving van transgender personen en diagnoses doorheen de geschiedenis veranderde; zie ook deelstudie 1 en 2.

momenten, maar ook daarbuiten, bespreek kunnen worden gemaakt. Zoals deze zorgprofessional toelichtte:

Mark (focusgroep zorgprofessionals): “Ik denk dat het heel erg zou kunnen helpen om (...) dat te erkennen. Ik heb in ieder geval gemerkt dat het mijzelf ook heeft geholpen om het te erkennen en niet zo’n hele zware verantwoordelijkheid. Ik bedoel, die ervaar ik nog steeds. Die verantwoordelijkheid is ook wel iets—Ja, om daar beter mee om te gaan en ook om meer te delen met cliënten. Dus als ik aan mensen vraag goh hoe is dat dan voor jou, dat je dat gewoon ook niet goed weet. En je weet gewoon fundamenteel niet wie je bent over 10 jaar en hoe je identiteit zich verder gaat ontwikkelen. Wat er in jouw leven verder nog gaat gebeuren. Dus hoe verhoud je je daartoe?”

Zorgprofessionals buiten de gespecialiseerde gender centra meer betrekken

Een ander onderwerp dat naar voren kwam in gesprekken met zowel trans personen als zorgprofessionals was het betrekken van een bredere diversiteit aan zorgprofessionals in de zorg voor transgender personen. Vanuit trans deelnemers werden hierbij voornamelijk huisartsen genoemd die een rol zouden kunnen spelen in bijvoorbeeld het voorschrijven van hormonen aan volwassenen. Zorgprofessionals onderschreven dit als er sprake zou zijn van goede ondersteuning. Gespecialiseerde centra zouden daar een rol in kunnen vervullen, richting huisartsen en richting professionals in de reguliere GGZ.

Betere informatie over transgenderzorg

Zowel trans personen als zorgprofessionals, gaven aan behoefte te hebben aan beter toegankelijke informatie over transgenderzorg, ondanks hun waardering voor de fijne websites van belangenorganisaties Transvisie en TNN. Transgender deelnemers voelden zich vaak overspoeld door informatie en wezen op het belang van overzicht: welke zorg is beschikbaar en waar, en welke professionals zijn deskundig op het gebied van gendervragen. Hierbij werd het belang aangegeven van extra aandacht voor mensen die laaggeletterd zijn, en ook voor ouders, partners en andere naasten van trans personen.

Voorlichting & scholing

Buiten de zorg is er ook behoefte aan betere voorlichting over genderdiversiteit op scholen. Bijvoorbeeld meer aandacht voor transgender thematiek in lesmateriaal. Daarnaast pleitten zowel trans personen als zorgprofessionals voor meer inclusieve benadering van mensen in allerlei organisaties. Daarbij werd door zorgprofessionals vooral het aanleren van inclusief taalgebruik (binnen en buiten de transgenderzorg) genoemd, naast het inclusief maken van de opties voor het weergeven van persoonsgegevens in een cliëntendossier.

Alexia (focusgroep trans personen betrokken in activisme): “Het zou mooi zijn als doktoren en alle mensen in alle lagen van de zorg workshops krijgen. Dus hoe behandel en benader je trans mensen. (...) Het begint al bij kleine dingen, ja dat zijn geen kleine dingen, maar dat zijn voor cis-mensen wel kleine dingen, zoals voornaamwoorden en aanhef en dat soort zaken.”

Ook gaven trans personen en zorgprofessionals het belang aan van betere kennis over genderidentiteit en transgenderzorg in de hele breedte van de zorg. Zoals onderstaande quote illustreert:

Myrthe (focusgroep zorgprofessionals): “We krijgen best wel vaak consultatievragen bij de genderpoli van allerlei psychologen, andere hulpverleners die zeggen geen idee. Ik denk dat je en in één zo’n telefoongesprek van 20 minuten en een paar websites doorsturen of een online training van Movisie, daarmee zijn psychologen vaak al zoveel geholpen dat ze het bij de volgende 10 cliënten het zelf wel, in ieder geval het eerste stukje kunnen doen. En ik vind het zo zonde dat het eigenlijk niet heel veel in de opleidingen zit. Ik denk dat dat wel een (...) stukje onbekend maakt onbemind, nou maak het dan bekend.”

Inclusieve omgang en inclusief taalgebruik

Aansluitend bij de behoefte aan betere kennis over genderidentiteit en transgenderzorg in de hele breedte van de zorg, werd ook de behoefte aan inclusieve omgang en taalgebruik in de gehele breedte van de zorg genoemd. Trans deelnemers benoemden bijvoorbeeld vervelende ervaringen binnen de gynaecologische zorg als transmasculien persoon. Veel ziekenhuizen noemen de poli gynaecologie de “vrouwenpoli”, de terminologie is erg binair op cis vrouwen gericht. Enkele non-binaire en trans personen deelden een nare ervaring in deze setting, zoals ook Arthur:

Arthur (focusgroep trans personen na zorgtraject): “Toen had ik gebeld naar de gynaecologie afdeling en toen hadden ze gezegd ja maar volgens mij is dit niet jouw afdeling, volgens mij hoor je hier niet te zijn. En ik was van... ja kijk ik snap het, ja maar jawel hier hoor ik wel te zijn, neem dat alsjeblieft van mij aan. Maar ja, ook vaak dingen die ik hoor dat een keer een spiraaltje is gezet, dat er ook wordt gezegd de meeste vrouwen hebben dit.”

Er bestaat dus duidelijk een behoefte aan meer inclusieve specialistische zorg, waarin op een respectvolle manier iemand voorkeur in aanspreekvormen wordt uitgevraagd en deze gehanteerd worden in verder contact en communicatie. Kleine aanpassingen in het patiëntendossier mogelijk maken is al een groot verschil, zoals ook Timothy benoemde:

Timothy (focusgroep volwassenen die bewust niet kiezen voor een zorgtraject): “Ik heb ook wel eens gezegd: ‘als je dan een mail stuurt of een brief, zet er gewoon goedemorgen of goedemiddag of Timothy, maar haal meneer en mevrouw standaard weg’. Dat is dan niet zo’n probleem, daar maak je mij al een heel stuk blijer mee.”

De belangrijkste aspecten rondom inclusieve algemene zorg voor trans personen lijkt vanuit de gesprekken hierover te liggen bij inclusieve communicatie en taalgebruik. Waarbij het gaat om bejegening in consultaties, taalgebruik in medische dossiers en brieven. Over de meerwaarde van juist taalgebruik deelde Elena het volgende:

Elena (focusgroep trans personen die bewust niet kiezen voor een zorgtraject): “Als we toch allemaal mensen zijn, dan zou het ook bijna niet uit moeten maken of we hij of zij of die of hen gebruiken, maar voor mij maakt het enorm veel verschil als ik niet met zij aangesproken word,

maar met die of met hen, want dat is de enige manier waarop mensen volgens mij door hebben dat ik geen vrouw ben. Dat voelt toch wel als een erkenning of andersom als een miskennis.”

Vanuit zorgprofessionals werd het aspect rondom inclusief taalgebruik ook benadrukt. Er werd bijvoorbeeld gedeeld dat oefenen met genderneutrale voornaamwoorden meer gedaan zou moeten worden, zodat deze makkelijker toegepast kunnen worden.

6. Media-aandacht

Samenvatting. De aandacht voor transgender thema's is toegenomen tussen 2011 en 2022 in kranten en op Twitter. In de kranten ging veruit de meeste aandacht uit naar de *zichtbaarheid* van transgender personen en naar *sociale normen*. De houding was in het merendeel van de krantenberichten neutraal of positief over transgender thema's. In de laatste jaren werd de houding in krantenberichten wat minder neutraal, en vaker polariserend. Ongeveer de helft van de tweets had een positieve houding ten aanzien van transgender thema's. Ongeveer de helft van de tweets bevatte een negatieve emotie (ongeacht de houding). In de latere jaren nam het aantal tweets met een negatieve emotie toe en het aantal tweets met een positieve emotie af. De resultaten illustreren hoe het maatschappelijk debat en de publieke opinie rondom transgender thema's zich in de laatste tien jaar heeft ontwikkeld. Aan de hoeveelheid en inhoud van de media kunnen we afleiden dat de zichtbaarheid van transgender personen in de afgelopen jaren is toegenomen. De toon van het debat is over het algemeen positief, maar verhardt en polariseert in de meest recente jaren. De bevindingen suggereren dat de emancipatie van transgender personen onderweg is, maar nog niet is voltooid.

Methode en Aanpak

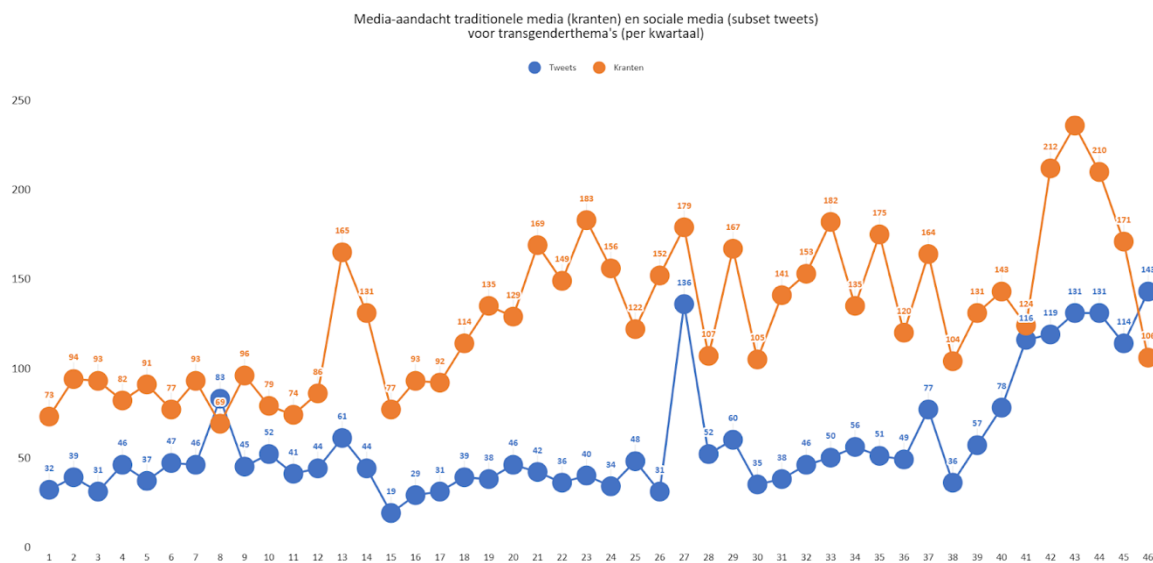
In dit hoofdstuk is de media-aandacht voor transgender thema's in Nederlandse klassieke en sociale media in de periode 1 januari 2011 tot 31 mei 2022 geanalyseerd middels een kwantitatieve inhoudsanalyse. Deze analyse is geschikt om grote patronen bloot te leggen in de maatschappij en de publieke opinie. We codeerden 5.938 krantenberichten en 2656 tweets (van totaal 39.986 tweets) op *thema* (waar ging het over?) *houding* (steunend of kritisch?), en *emotie* (positief of negatief?). Door gebruik te maken van twee onafhankelijke codeurs van de media-inhoud is de objectiveerbaarheid van de bevindingen gegarandeerd. (Appendix: details methode).

Hoeveel aandacht was er voor transgender thema's in de media?

Uit de analyse blijkt dat de media-aandacht voor transgender thema's is toegenomen in de klassieke en sociale media tussen 2011 en begin 2022 (zie Figuur 6.1), ten opzichte van de aandacht voor seksuele oriëntatie, die juist afnam over tijd (Appendix).

Figuur 6.1. Media-aandacht voor transgender thema's in klassieke media (oranje) en sociale media (blauw; subcorpus), tussen het eerste kwartaal van 2011 (januari t/m maart) en het tweede kwartaal van 2022 (april t/m juni), weergegeven per kwartaal.

Noot: de aantallen in 2022 zijn lager omdat het jaar niet volledig is meegenomen in de analyses.



Welke gebeurtenissen vallen samen met veel media-aandacht?

In Figuur 6.2 worden de pieken in media-aandacht voor transgender thema's gekoppeld aan relevante gebeurtenissen in de maatschappij, zogeheten *real world events*. We zien hier dat periodes van toename in media-aandacht voor transgender thema's in kranten en op Twitter samenvallen met enkele belangrijke gebeurtenissen met betrekking tot transgender personen, zoals de aankondiging van een debat in de Tweede Kamer over het wijzigen van de transgenderwet (maart 2013), de aankondiging dat de NS voortaan reizigers met genderneutrale taal ging aanspreken (juli 2017) en de coming-out van Nikkie de Jager (januari 2020).

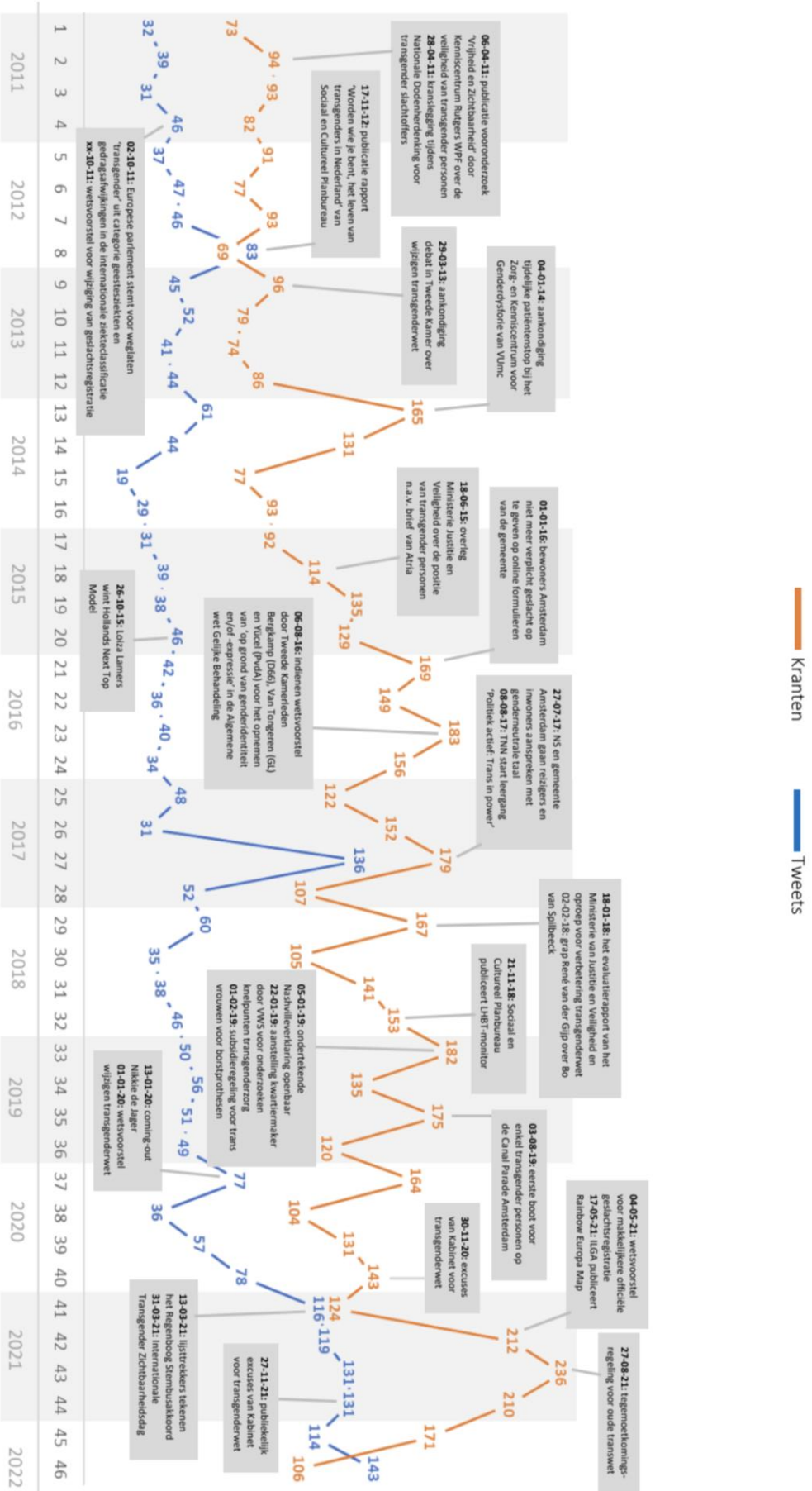
Noot: de gebeurtenissen in Figuur 6.1 vallen meestal samen met pieken in media-aandacht in zowel kranten als op Twitter, en zijn dus niet specifiek gebonden aan één van deze media.

Waar gingen krantenberichten en tweets over?

Krantenberichten

In totaal zijn 5938 krantenberichten geanalyseerd op transgender thema's waarover geschreven werd door Nederlandse kranten tussen 2011 en begin 2022. In de bestudeerde periode van 11,5 jaar gingen verreweg de meeste krantenberichten over het thema *representatie*. Daarna ging de meeste aandacht uit naar thema's als *buitenland* en *sociale normen*. De minste aandacht ging uit naar de thema's *transgenderzorg*, *wet- en regelgeving* en *liefde en relatie*. Voor de drie thema's met de meeste media-aandacht in de klassieke media, i.e., *representatie*, *buitenland* en *sociale normen* is vervolgens gekeken of deze een systematisch patroon over tijd lieten zien; dit was niet het geval (Appendix). Een overzicht en uitleg per thema is gegeven in Tabel 6.1.

Figuur 6.2: Media-aandacht traditionele media (kranten) en sociale media (tweets) voor transgender thema's (per kwartaal)



Tabel 6.1. Meest voorkomende thema's in de krantenberichten

Thema	Uitleg	Aantallen (%)
Representatie	Over de representatie van trans personen in literatuur, films en series, tv-programma's, theater, kunst, muziek, sport en evenementen	2721 (44,9%)
Buitenland	Over thema's met betrekking tot trans personen in het buitenland, zonder directe relatie met Nederland	737 (12,2%)
Sociale normen	Over maatschappelijke acceptatie, rollen en verwachtingen, inrichting en andere ontwikkelingen in de maatschappij	642 (10,6%)
Discriminatie en geweld	Over trans personen die het slachtoffer zijn van geweld of discriminatie	309 (5,1%)
Debat	Over het bevragen of bediscussiëren van genderidentiteit, vaak vanuit een wetenschappelijk of beroepsmatige functie	309 (5,1%)
Emancipatie	Over het streven naar gelijke rechten, zelfstandigheid, eerlijke maatschappelijke verhoudingen voor en/of door de transgendergemeenschap	272 (4,5%)
Persoonlijk verhaal	Een persoonlijke verhaal of ervaring van een transgender persoon	230 (3,8%)
Religie	Over de positie van transgender personen binnen een religie	207 (3,4%)
Taal	Over voornaamwoorden, genderinclusieve woorden, taalontwikkelingen, transgender definities/termen	179 (3,0%)
Zorg	Over psychische, medische, somatische zorg voor transgender personen, zorgvraag en mogelijkheden transgenderzorg	176 (2,9%)
Wet en regelgeving	Over huidige (of aangekondigde wijzigingen in) wet- en regelgeving	117 (1,9%)
Liefde en relatie	Een persoonlijke verhaal of ervaring van iemand die dichtbij een transgender persoon staat, e.g., ouders, vrienden, familie, partner	39 (0,6%)
Totaal		5938

Tweets

In totaal zijn 2656 tweets over transgender thema's tussen 2011 en begin 2022 gecodeerd (ca. 10% van het totale aantal tweets in deze periode). De codes komen grotendeels - maar niet volledig - overeen met die van de kranten, omdat Twitter een medium is waar ook ruimte is voor minder serieuze content zoals grappen en hypes. In de bestudeerde periode van 11,5 jaar ging het merendeel van de tweets over de thema's *sociale normen*, *representatie* en *emancipatie*. De minste aandacht ging uit naar de thema's *wet- en regelgeving*, *religie* en *daily hype*. Ook voor het onderwerp dat in dit rapport centraal staat – de *transgenderzorg* – is weinig aandacht op Twitter. Een overzicht en uitleg per thema is gegeven in Tabel 6.2.

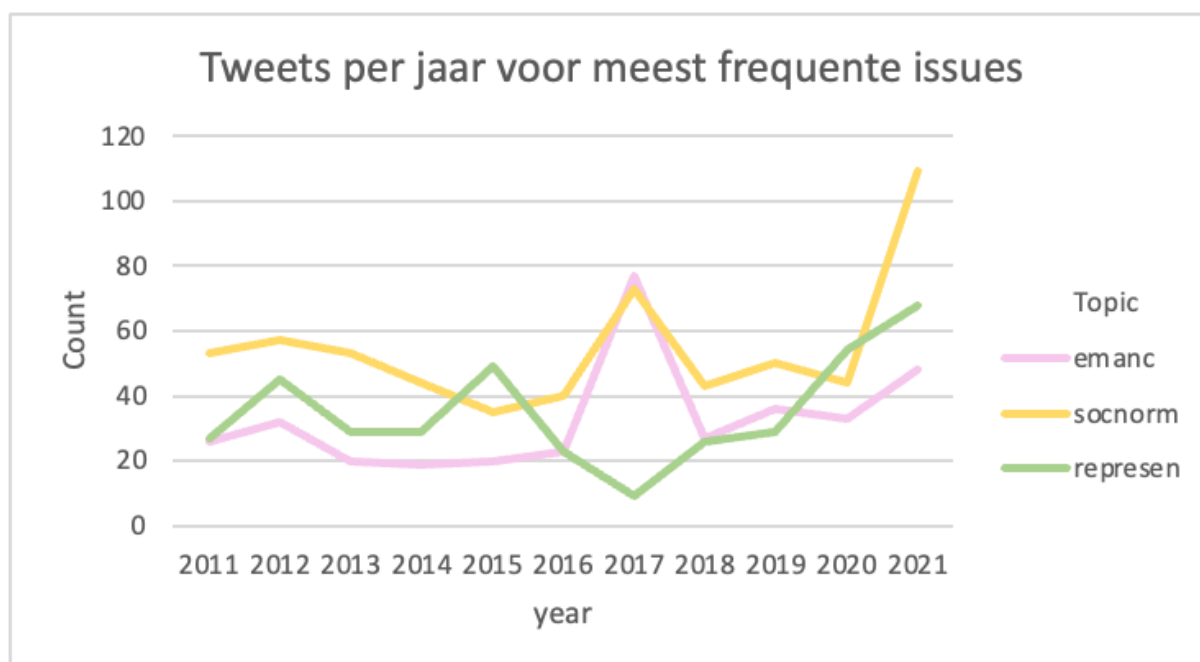
Tabel 6.2. Meest voorkomende thema's in de tweets

Thema	Uitleg	
Sociale normen	Over maatschappelijke acceptatie, rollen en verwachtingen, inrichting en andere ontwikkelingen in de maatschappij	652 (24,5%)
Representatie	Over de representatie van transgender personen in literatuur, films en series, tv-programma's, theater, kunst, muziek, sport en evenementen	417 (15,7%)
Emancipatie	Over het streven naar gelijke rechten, zelfstandigheid, eerlijke maatschappelijke verhoudingen voor en/of door de transgendergemeenschap	377 (14,2%)
Debat		
Persoonlijk, liefde en relatie	Over het bevragen of bediscussiëren van genderidentiteit, vaak vanuit een wetenschappelijk of beroepsmatige functie Een persoonlijke verhaal of ervaring van een transgender persoon (of van iemand die dichtbij een transgender persoon staat, e.g., ouders, vrienden, familie, partner)	232 (8,7%) 219 (8,2%)
Humor en grappen	Grappen over geslacht of gender	
Taal	Over voornaamwoorden, genderneutrale woorden, taalontwikkelingen, transgender definities/termen	147 (5,5%)
Zorg	Over psychische, medische, somatische zorg voor transgender personen, zorgvraag en mogelijkheden transgenderzorg	135
Discriminatie en geweld	Over trans personen die het slachtoffer zijn van geweld of discriminatie	(5,1%)
		88 (3,3%)
Buitenland	Over thema's met betrekking tot transgender personen in het buitenland, zonder directe relatie met Nederland	82 (3,1%)
		55 (2,1%)
Wet- en regelgeving	Over huidige (of aangekondigde wijzigingen in) wet- en regelgeving	41 (1,5%)

Religie	Over de positie van transgender personen binnen een religie	30 (1,1%)
Daily hypes	Trends of hashtags op sociale media	21 (0,8%)
Onduidelijk	Multi-interpretabel/onduidelijke inhoud	160 (6,0%)
Totaal		2656

Een analyse van het verloop over tijd voor de drie meest frequente thema's *sociale normen*, *representatie* en *emancipatie* laat een afwijkend patroon zien voor het jaar 2017, met relatief veel aandacht voor het thema *emancipatie* en relatief weinig aandacht voor het thema *representatie*, ten opzichte van de overige jaren. In de jaren 2015 en 2020 is er juist relatief veel aandacht voor het thema *representatie*, ten opzichte van de overige jaren ($\chi^2(40) = 98.48, p < .001$), zie Figuur 6.3. Voor het thema *sociale normen* is geen significant patroon over tijd waarneembaar.

Figuur 6.3: Aandacht op Twitter voor de thema's emancipatie (roze), sociale normen (geel) en representatie (groen), tussen 2011 en 2021, weergegeven per jaar.

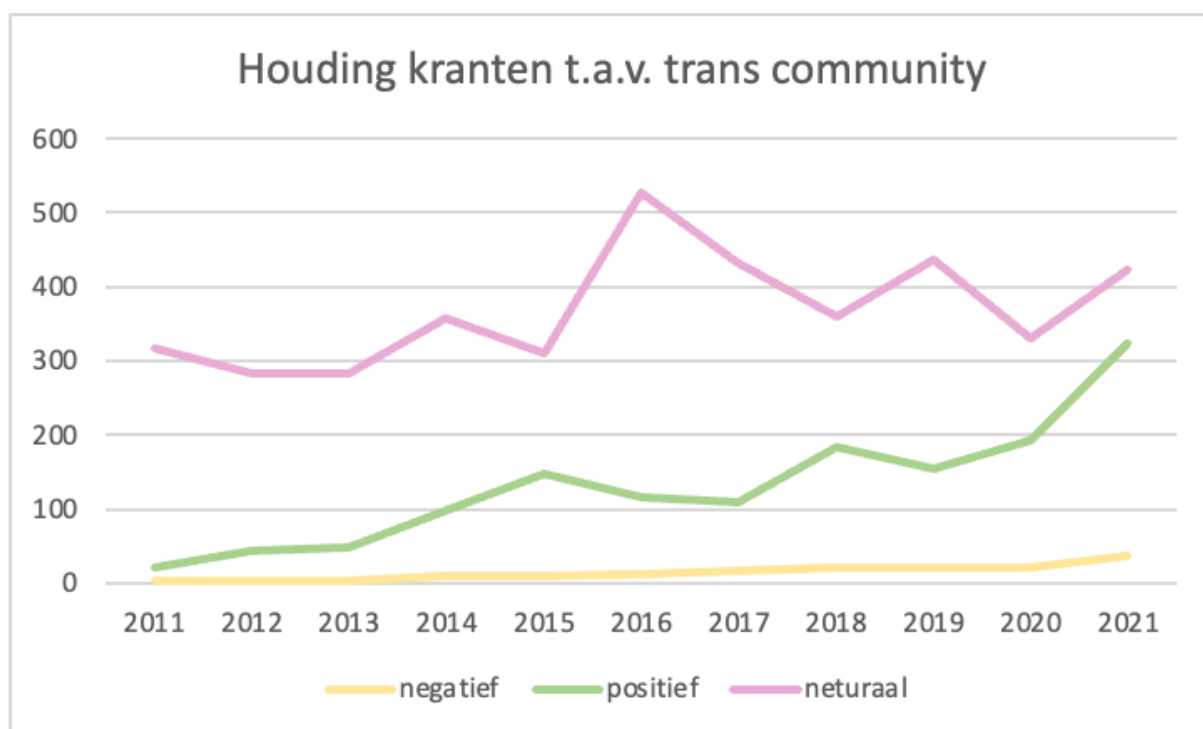


Houding berichten in kranten en tweets

Vanuit welke houding rapporteerden kranten?

Een krantenbericht werd als *positief* gecodeerd wanneer het nieuwsbericht achter de transgender gemeenschap stond of deze stimuleerde, of als een bericht bezorgdheid en/of kritiek uitte vanuit de transgendergemeenschap of mensen die de transgendergemeenschap steunen. Een bericht werd als *neutraal* gecodeerd wanneer het onpartijdig geschreven was en zowel voorstanders als tegenstanders belichtte. Een bericht werd als *negatief* gecodeerd als het woede, irritatie, minachting of kritiek uitte op transgender thema's of transgender personen. In het merendeel van de krantenberichten die tussen 2011 en 2021 werden gepubliceerd, werd vanuit een *neutrale houding* over transgender thema's geschreven (71,7%, $n = 4063$), gevolgd door een *positieve houding* (25,5%, $n = 1422$). Een *kritische houding* kwam het minst voor (2,8%, $n = 159$). De analyse over tijd laat zien dat het relatieve aantal *neutrale houdingen* dat we in de eerste jaren zien afneemt over tijd, terwijl berichten in latere jaren vaker een *positieve houding* innemen, en in jaar 2021 eveneens vaker een *negatieve houding* ($\chi^2(20) = 355.49, p < .001$). De ontwikkeling van de houding in de krantenberichten over tijd is weergegeven in Figuur 6.4. Het maatschappelijke debat vertoont dus in de latere jaren enige mate van polarisatie, waarbij een *positieve houding* overall relatief frequenter voorkomt in Nederlandse kranten dan een *negatieve houding*.²²

Figuur 6.4. Houding in Nederlandse krantenberichten, onderverdeeld in *positief* (groen), *neutraal* (roze) en *negatief* (geel), tussen 2011 en 2021, weergegeven per jaar.

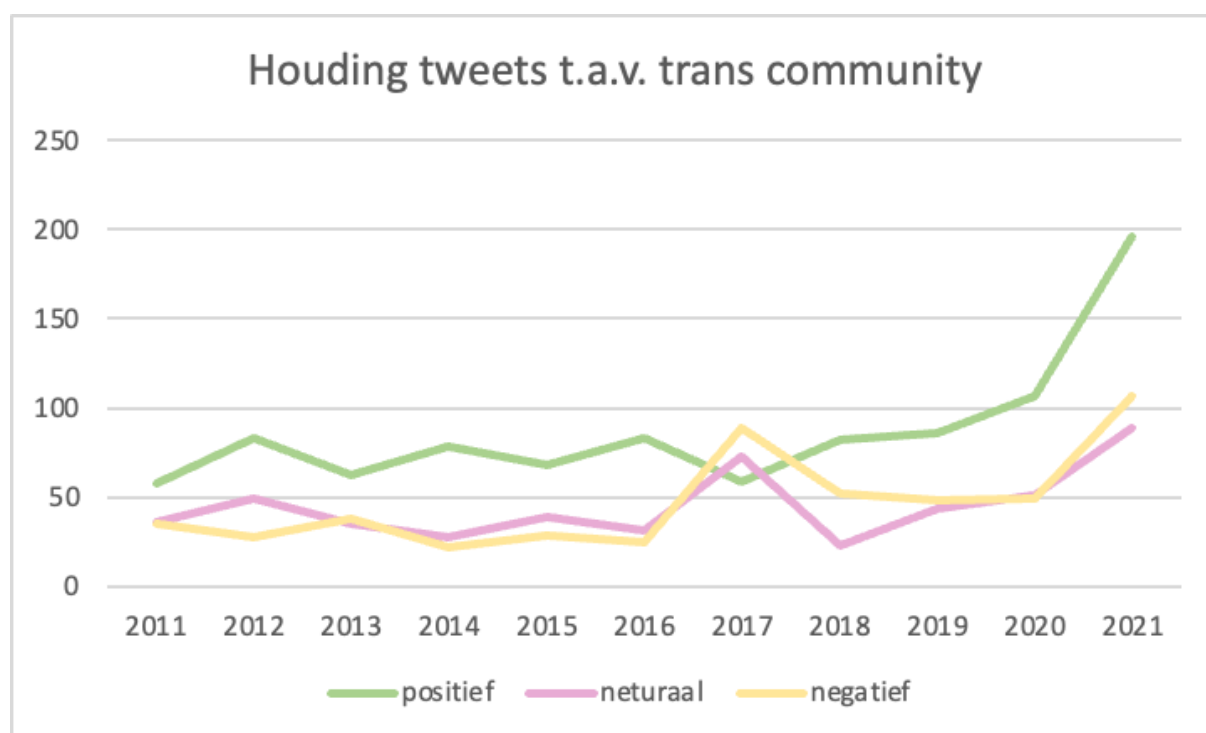


²² Ter controle is een aanvullende analyse uitgevoerd om te onderzoeken of deze trend tot polarisatie ook per thema optrad. Dit bleek inderdaad het geval; voor alle transgender thema's neemt in recente jaren het aantal krantenberichten met een *neutrale houding* af ten gunste van krantenberichten met een *steunende houding* of *kritisch voor-houding*.

Vanuit welke houding werd er getweet?

Van de 2191 tweets over thema's met betrekking tot transgender personen die tussen 2011 en 2021 werden geplaatst, neemt ongeveer de helft een *positieve houding* in (48,5%; $n = 962$); de overall verdeling tussen tweets met een *negatieve houding* (26,3%; $n = 522$) en *neutrale houding* (25,1%; $n = 498$) is ongeveer gelijk. Als we kijken naar het verloop over tijd zien we dat deze verdeling nagenoeg gelijk blijft, met uitzondering van het jaar 2017, waarin het aantal tweets met een *negatieve en neutrale houding* groter is en het aantal tweets met een positieve houding juist kleiner, ten opzichte van de andere jaren ; $\chi^2(20)=82,41, p < 0,001$. Verder zijn er geen significante verschuivingen over tijd te zien. De ontwikkeling over tijd van *houding* in de tweets is weergegeven in Figuur 6.5. Voor 465 tweets was de houding van de zender van de tweet onduidelijk; deze tweets zijn niet meegenomen in de analyses, evenals tweets uit het jaar 2022 ($n = 257$).

Figuur 6.5. Houding in tweets, onderverdeeld in negatief (blauw), neutraal (oranje), en positief (grijs), tussen 2011 en 2021, weergegeven per jaar.

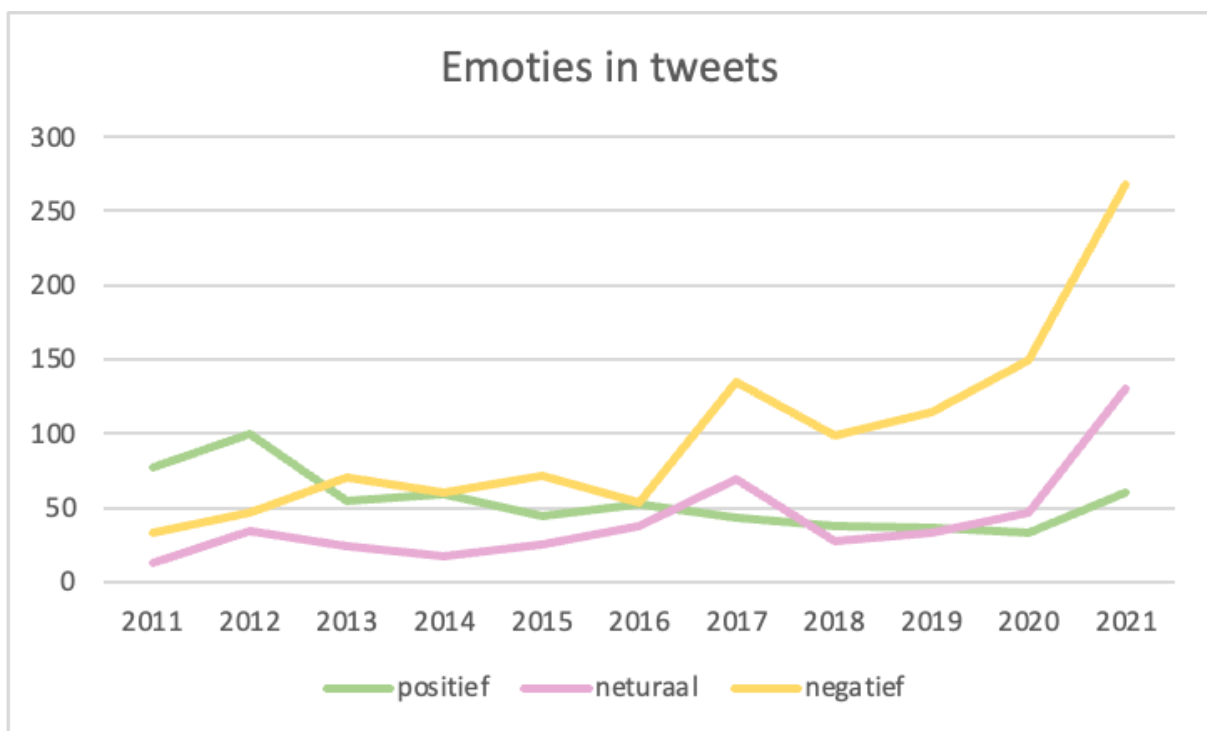


Welke emoties zien we op Twitter?

Voor iedere tweet werd gecodeerd of de tweet een positieve, negatieve, neutrale of onduidelijke *emotie* uitdraagt, oftewel, welk sentiment uit de tweet spreekt. Deze variabele onderscheidt zich van *houding*; uit een tweet waaruit een positieve houding jegens de transgender gemeenschap blijkt, kan bijvoorbeeld boosheid of verdriet blijken (positieve houding, negatieve emotie) of juist trots of opluchting (positieve houding, positieve emotie). Van de 2147 tweets over thema's met betrekking

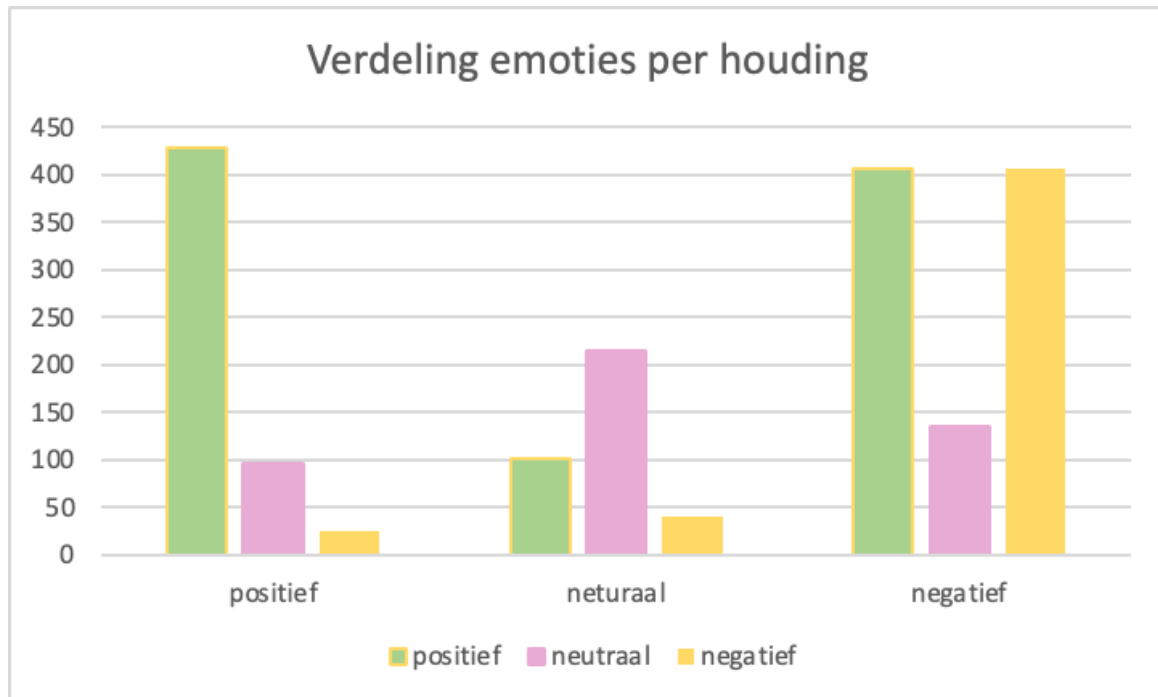
tot transgender personen die tussen 2011 en 2021 werden geplaatst, bleek uit ongeveer de helft een *negatieve emotie* (51,2%; n=1.100); de overall verdeling tussen tweets met een *positieve emotie* (27,2%; n=599) en *neutrale emotie* (20,9%; n=448) is nagenoeg gelijk. Voor 279 (10,5%) tweets was de *emotie* van de zender van de tweet onduidelijk; deze tweets zijn niet meegenomen in de analyses, evenals tweets uit het jaar 2022 (n = 257, wv. 27 een onduidelijke emotie bevatte). Als we kijken naar de trends over de jaren heen, zien we dat het aantal tweets met een *negatieve emotie* significant toeneemt, terwijl het aantal tweets met een *positieve emotie* afneemt ($\chi^2(20) = 284,35, p < 0.001$). Het verloop van het aantal tweets met een *neutrale emotie* verandert niet wezenlijk over tijd. De ontwikkeling over tijd van *emotie* in de tweets is weergegeven in Figuur 6.6. De opinies aan beide kanten van het debat (*positieve vs. negatieve houding*) worden in de latere jaren dus op een negatievere manier geuit (*emotie*), dus met meer angst, boosheid, verdriet, zorgen of onbegrip.

Figuur 6.6. *Emotie in tweets, onderverdeeld in negatief (geel), neutraal (roze), en positief (groen), tussen 2011 en 2021, weergegeven per jaar.*



Een aanvullende analyse is uitgevoerd om na te gaan om te onderzoeken of tweets met een positieve, negatieve of neutrale houding jegens de transgender community geformuleerd zijn met overwegend positieve, negatieve of neutrale emoties. We zien hier een significant verband ($\chi^2(4) = 604,41, p < 0.001$). *Negatieve houdingen* (gele balken) worden overwegend met *negatieve emotie* geuit (86,2%); terwijl *positieve houdingen* (groene balken) ongeveer even vaak met *positieve emotie* (45,7%) als *negatieve emotie* (43,4%) geuit worden.

Figuur 6.7. Emotie in tweets, onderverdeeld in positief (links), neutraal (midden), en negatief (rechts), weergegeven voor positieve (groen), neutrale (roze) en negatieve houdingen (geel) ten aanzien van trans community.



Referenties

- Aftab, S., Mouissat, S., Bracke, S., Longman, C., & Scheepers, S. (2013). *Recht op Liefde. Handleiding: Seksuele diversiteit bespreekbaar maken binnen etnisch-culturele minderheden*. Ella vzw en Merhaba vzw.
- Althoff, M. (2018). Mediaberichten, framing en hypes: Over de relatie van media en criminaliteit en de analyse hiervan. *Proces*, 97(6), 341-352.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). (DSM-III). Washington, D.C. American Psychological Association.
- American Psychiatric Association. (1985). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). (DSM-IV). Washington, D.C. American Psychological Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). (DSM-5). Washington, D.C. American Psychological Association.
- Ansara, G.Y., & Hegarty, P. (2012). Cisgenderism in psychology: Pathologising and misgendering children from 1999 to 2008. *Psychology & Sexuality*, 3(2), 137-160. DOI: [10.1080/19419899.2011.576696](https://doi.org/10.1080/19419899.2011.576696)
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Arnoldussen, M., Steensma, T. D., Popma, A., van der Miesen, A. I. R., Twisk, J. W. R., & de Vries, A. L. C. (2020). Re-evaluation of the Dutch approach: are recently referred transgender youth different compared to earlier referrals? *European child & adolescent psychiatry*, 29(6), 803–811. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01394-6>
- Atria. (2017, 23 februari). Transgender en beeldvorming in Nederland 1991-2016 [Factsheet]. <https://collectie.atria.nl/viewer/224752>.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Austin, A., Papciak, R., & Lovins, L. (2022). Gender euphoria: A grounded theory exploration of experiencing gender affirmation. *Psychology & Sexuality*, 1(21), 1406-1426. <https://doi.org/10.1080/19419899.2022.2049632>
- Baethge, C., Goldbeck-Wood, S. & Mertens, S. (2019). SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Research Integrity and Peer Review*, 4(5). <https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8>
- Bakker, A. (2018). *Transgender in Nederland. Een buitengewone geschiedenis*. Uitgeverij Boom.
- Bakker, A., van Kesteren, P.J.M., Gooren, L.J.G., & Bezemer, P.J. (1993). The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 237-238.
- Barr, S. M., Budge, S. L., & Adelson, J. L. (2016). Transgender community belongingness as a mediator between strength of transgender identity and well-being. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 87–97. <https://doi-org.ru.idm.oclc.org/10.1037/cou0000127>
- Beischel, W.J., Gauvin, S.E.M. & van Anders, S.M. (2021). “A little shiny gender breakthrough”: Community understandings of gender euphoria. *International Journal of Transgender Health*, 23(3), 274-294. DOI: [10.1080/26895269.2021.1915223](https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1915223)

- Bem, S. L. (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88(4), 354–364. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.88.4.354>
- Blewitt-Golsch, A. L. (2019). *Transgender experience depicted through memes: An ethnographic investigation of minority stress and resilience* (Doctoral dissertation, University of Denver).
- Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N. & Terry, G. (2019). Thematic analysis. In Liamputtong, P. (Ed.), *Handbook of research methods in health social sciences*. Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_103
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and (be)coming a knowing researcher. *International Journal of Transgender Health*, 24(1), 1-6. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2129597>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development. Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Broussard, K. A., Warner, R. H., & Pope, A. R. (2018). Too many boxes, or not enough? Preferences for how we ask about gender in cisgender, LGB, and gender-diverse samples. *Sex Roles*, 78(9), 606-624.
- Bussey, K., & Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Psychological Review*, 106(4), 676–713. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.106.4.676>
- Cannoot, P. (2019). The pathologisation of trans* persons in the ECtHR's case law on legal gender recognition. *Netherlands Quarterly of Human Rights*, 37(1), 14–35. <https://doi.org/10.1177/0924051918820984>
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (Eds.). (1990). *Body images: Development, deviance, and change*. The Guilford Press.
- Cavalcante, A. (2018). *Struggling for the ordinary: Media and transgender belonging in everyday life*. New York University Press.
- Cislaghi, B., & Heise, L. (2020). Gender norms and social norms: differences, similarities and why they matter in prevention science. *Sociology of health & illness*, 42(2), 407-422. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13008>
- Clark, C. C. (1969). Television and social control: Some observations on the portrayals of ethnic minorities. *Television Quarterly*, 8, 18–22 .
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., ... & Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1-S259.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18(1), 209–232. doi:10.1146/annurev.so.18.080192.001233
- Davis, K. (1995) *Reshaping the female body. The dilemma of cosmetic surgery*. Routledge.
- Davis, K. (2009). Revisiting feminist debates on cosmetic surgery: Some reflections on suffering, agency, and embodied difference. In C. J. Heyes & M. Jones (Eds.), *Cosmetic Surgery: A Feminist Primer* (pp. 35-48). Routledge.
- Davy, Z., Sørliie, A., & Schwend, A. S. (2018). Democratising diagnoses? The role of the depathologisation perspective in constructing corporeal trans citizenship. *Critical Social Policy*, 38(1), 13–34. <https://doi.org/10.1177/0261018317731716>

- Dehue, T. (2012). *De depressie-epidemie. Over de plicht het lot in eigen hand te nemen*. Atlas Contact.
- Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model of transsexual identity formation. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 8(1–2), 41–67.
- de Graaf, H., van den Borne, M., Nikkelen, S., Twisk, D. & Meijer, S. (2017). *Seks onder je 25e 2: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2017*. Rutgers & Soa Aids Nederland.
- de Graaf, N.M., Carmichael, P., Steensma, T.D. & Zucker, K.J. (2018). Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: Data from the gender identity development service in London (2000-2017). *Journal of Sexual Medicine*, 15(10), 1381-1383. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.08.002.
- de Valle, M.K., Gallego-García, M., Williamson, P. & Wade, T.D. (2021). Social media, body image, and the question of causation: Meta-analyses of experimental and longitudinal evidence. *Body Image*, 39, 276-292. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.10.001>
- Dhoest, A., & Wasserbauer, M. (2022). Intersectional challenges: How (not) to study and support LGBTQs with a migration background. *Sexuality Research and Social Policy*. <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00683-7>
- Ebenau, E., & van Andel, W. (2018). *Transseksuelen in Nederland, 1995-2018*. Centrum voor Beleidsstatistiek. <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2018/47/transseksuelen-in-nederland-1995-2018>
- Eklund, P.L.E., Gooren, L.J.G., & Bezemer, P.D. (1988). Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 152, 638-640. doi:10.1192/bjp.152.5.638
- Engdahl, U. (2014). Wrong body. *Transgender Studies Quarterly*, 1 (1-2), 267–269. doi: <https://doi.org/10.1215/23289252-2400226>
- England, K. (1994). Getting personal: Reflexivity, positionality, and feminist research. *The Professional Geographer*, 46(1), 80-89.
- EPATH, 2019. *EPATH research policy*. European Professional Association for Transgender Health. <https://epath.eu/epath-research-policy/>
- Erikson, E. H. (1968). *Identity, youth and crisis*. Norton Company.
- Ewig, C., & Marx Ferree, M. (2013). Feminist Organizing: What's Old, What's New? History, Trends, and Issues. In Georgina Waylen and others (Eds.), *The Oxford Handbook of Gender and Politics*, Oxford Handbooks (2013; online ed.), <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199751457.013.0017>
- Faye, S. (2022). *The transgender issue. An argument for justice*. Penguin.
- Gerbner, G., & Gross, L. (1976). Living with television: The violence profile. *Journal of Communication*, 26(2), 172–199. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1976.tb01397.x>
- Halberstam, J. (2018). *Trans*. A quick and quirky account of gender variability*. University of California Press.

- Haimson, O. L., & Veinot, T. C. (2020). Coming out to doctors, coming out to "everyone": Understanding the average sequence of transgender identity disclosures using social media data. *Transgender health*, 5(3), 158–165. <https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0045>
- Hall, S. (1990). Cultural Identity and Diaspora. In J. Rutherford (Ed.), *Identity: Community, Culture, Difference* (pp. 222-237). Lawrence & Wishart.
- Henrickson, M., Giwa, S., Hafford-Letchfield, T., Cocker, C., Mulé, N. J., Schaub, J., & Baril, A. (2020). Research ethics with gender and sexually diverse persons. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6615. doi:10.3390/ijerph17186615
- Hines, S. (2019). The feminist frontier: On trans and feminism. In *The Routledge Handbook of Contemporary Feminism* (pp. 94-109). Routledge.
- Hoy-Ellis, C.P. (2021). Minority stress and mental health: A review of the literature. *Journal of Homosexuality*. DOI: 10.1080/00918369.2021.2004794
- Huijnk, W., Damen, R., & van Kampen, L. (2022). *LHBT-monitor 2022. De leefsituatie van lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender personen in Nederland*. Sociaal en Cultureel Planbureau.
- International Commission of Jurists. (2007). *Yogyakarta Principles - Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity*. <https://www.refworld.org/docid/48244e602.html>
- International Commission of Jurists. (2017). *The Yogyakarta Principles Plus 10 - Additional principles and state obligation on the application of international human rights law in relation to sexual orientation, gender expression and sex characteristics to complement the Yogyakarta Principles*. <https://www.refworld.org/docid/5c5d4e2e4.html>
- Johnson, A. H. (2019). Rejecting, reframing, and reintroducing: trans people's strategic engagement with the medicalisation of gender dysphoria. *Sociology of Health & Illness*, 41(3), 517–532. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12829>
- Jourian, T. J. (2015). Queering constructs: Proposing a dynamic gender and sexuality model. *The educational forum*, 79 (4), 459-474.
- Kamerstukken II. (2021). 35925-XVI-36. Amendement van de leden Simons en Gündogan over middelen voor genderzorg. <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/amendementen/detail?id=2021Z18766&did=2021D40354>
- Kennedy, N. (2018). Prisoners of lexicon: Cultural cisgenderism and transgender Children. In E. Schneider & C. Baltes-Löhr (Ed.), *Normed children: Effects of gender and sex related normativity on childhood and adolescence* (pp. 297-312). transcript Verlag. <https://doi.org/10.1515/9783839430200-022>
- Kennedy, N. (2022). Deferral: the sociology of young trans people's epiphanies and coming out. *Journal of LGBT Youth*, 19(1), 53-75. <https://doi.org/10.1080/19361653.2020.1816244>
- Keuzenkamp, S. (2012). *Worden wie je bent. Het leven van transgenders in Nederland*. Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klandermans, P. G. (1997). *The social psychology of protest*. Oxford.

- Kreukels, B.P.C., & Steensma, T.D. (2020). Theorievorming over genderidentiteit en genderincongruentie. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 198-208.
- Kuper, L. E., Wright, L., & Mustanski, B. (2018). Gender identity development among transgender and gender nonconforming emerging adults: An intersectional approach. *International Journal of Transgenderism*, 19(4), 436–455. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1443869>
- Kuyper, L. (2017). *Transgender personen in Nederland*. Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kuyper, L., Idema, J. & Keuzenkamp, S. (2013). *Towards tolerance. Exploring changes and explaining differences in attitudes towards homosexuality in Europe*. The Netherlands Institute for Social Research/SCP.
- Kuyper, L., & Wijsen, C. (2014). Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 43, 377–385. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0140-y>
- Lagos, D., & Compton, D. (2021). Evaluating the use of a two-step gender identity measure in the 2018 General Social Survey. *Demography*, 58(2), 763–772. <https://doi.org/10.1215/00703370-8976151>
- Littman, L. (2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *Plos One*, 13(8), 0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>
- Lowik, A., Cameron, J. J., Dame, J., Ford, J., Pulice-Farrow, L., Salway, T., van Anders, S., & Shannon, K. (2022). *Gender and sex in methods & measurement - Research equity toolkit*. Centre for Gender and Sexual Health Equity, University of British Columbia.
- Masters, S.L., Hixson, K. & Roverson Hayes, A. (2021). Perceptions of gender norm violations among middle school students: an experimental study of the effects of violation type on exclusion expectations. *Journal of Early Adolescence*, 41(4), 527-549. <https://doi.org/10.1177/0272431620931193>
- Mastro, D. (2017). The role of media in the well-being of racial and ethnic groups. In L. Reinecke & M. B. Oliver (Eds.), *The Routledge Handbook of Media Use and Well-Being. International Perspectives on Theory and Research on Positive Media Effects* (pp. 409-421). Routledge, Taylor & Francis.
- Matsuno, E., Bricker, N. L., Savarese, E., Mohr, R., Jr., & Balsam, K. F. (2022). “The default is just going to be getting misgendered”: Minority stress experiences among nonbinary adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/sgd0000607>
- McAdam, D., Tarrow, S., & Tilly, C. (2001). *Dynamics of Contention*. Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511805431
- McConnell, E. A., Janulis, P., Phillips, G., 2nd, Truong, R., & Birkett, M. (2018). Multiple minority stress and LGBT community resilience among sexual minority men. *Psychology of sexual orientation and gender diversity*, 5(1), 1–12. <https://doi.org/10.1037/sgd0000265>
- McDavitt, B., Bogart, L. M., Mutchler, M. G., Wagner, G. J., Green, H. D., Jr, Lawrence, S. J., Mutepfa, K. D., & Nogg, K. A. (2016). Dissemination as dialogue: Building trust and sharing research findings through community engagement. *Preventing chronic disease*, 13, E38. <https://doi.org/10.5888/pcd13.150473>

- Meeus, W. (2011). The study of adolescent identity formation 2000–2010: A review of longitudinal research. *Journal of research on adolescence*, 21(1), 75-94. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00716.x>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Mocarski, R., King, R., Butler, S., Holt, N. R., Huit, T. Z., Hope, D. A., ... & Woodruff, N. (2019). The rise of transgender and gender diverse representation in the media: Impacts on the population. *Communication, culture & critique*, 12(3), 416-433.
- Morgenroth, T., & Ryan, M. K. (2021). The effects of gender trouble: An integrative theoretical framework of the perpetuation and disruption of the gender/sex binary. *Perspectives on Psychological Science*, 16(6), 1113–1142. <https://doi.org/10.1177/1745691620902442>
- Movisie (2022). *Geen ruimte voor discriminatie. Handreiking voor gemeenten voor het tegengaan van anti-Zwart racisme, antisemitisme, anti-moslim racisme, antiziganisme en lhbt+ discriminatie*. Movisie. <https://www.movisie.nl/publicatie/geen-ruimte-discriminatie>
- Mueller, S. C., Guillamon, A., Zubiaurre-Elorza, L., Junque, C., Gomez-Gil, E., Uribe, C., ... Luders, E. (2021). The neuroanatomy of transgender identity: Meta-analytic findings from the ENIGMA transgender persons working group. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(6), 1122–1129. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.03.079>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2022). *Measuring sex, gender identity, and sexual orientation*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/26424>.
- NNID (2023). *Stichting NNID*. Nederlandse organisatie voor seksediversiteit. <https://nnid.nl/>
- Plemons, E. (2017). *The look of a woman. Facial feminization surgery and the aims of trans-medicine*. Duke University Press.
- NOC*NSF (2021). *Handreiking gender- en seksediverse personen in de sport*. NOC*NSF. https://nocnsf.nl/media/6903/handreiking_genderensekseindesport_online.pdf
- Pullen Sansfaçon, A., Medico, D., Suerich-Gulick, F. & Temple Newhook, J. (2020). “I knew that I wasn’t cis, I knew that, but I didn’t know exactly”: Gender identity development, expression and affirmation in youth who access gender affirming medical care. *International Journal of Transgender Health*, 21(3), 307-320, DOI: 10.1080/26895269.2020.1756551
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017). *Recept voor maatschappelijk probleem. Medicalisering van de levensfasen*. https://www.eerstekamer.nl/overig/20170420/recept_voor_maatschappelijk/meta
- Raun, T. (2010). Screen-births: Exploring the transformative potential in trans video blogs on YouTube. *Graduate journal of social science*, 7(2), 113-130.
- Reisner, S.L., Conron, K.J., Tardiff, L.A., Jarvi, S., Gordon, A.R., & Austin, S.B. (2014). Monitoring the health of transgender and other gender minority populations: Validity of natal sex and gender identity survey items in a U.S. national cohort of young adults. *BMC Public Health*, 14(1224). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1224>
- Roggeband, C. (2002). De politisering van seksueel geweld. De strijd van de vrouwenbeweging in Nederland en Spanje. *Tijdschrift voor Genderstudies*, 3, 48-67.

- Rosenberg, S., & Tilley, P. J. M. (2021). A point of reference: The insider/outsider research staircase and transgender people's experiences of participating in trans-led research. *Qualitative Research*, 21(6), 923-938. <https://doi.org/10.1177/1468794120965371>
- Ruble, D. N., Martin, C. L., & Berenbaum, S. A. (2006). Gender Development. In N. Eisenberg, W. Damon, & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* (pp. 858-932). John Wiley & Sons, Inc.
- Sadjadi, S. (2019). Deep in the brain: Identity and authenticity in pediatric gender transition. *Cultural Anthropology*, 34(1), 103-129.
- Saiphoo, A.N., & Vahedi, Z. (2019). A meta-analytic review of the relationship between social media use and body image disturbance. *Computers in Human Behavior*, 101, 259-275. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.07.028>
- Sandnabba, N. K., & Ahlberg, C. (1999). Parents' attitudes and expectations about children's cross-gender behavior. *Sex Roles: A Journal of Research*, 40(3-4), 249-263. <https://doi.org/10.1023/A:1018851005631>
- Samuel, M. (2023). *Je mag ook niets meer zeggen*. Nieuw Amsterdam.
- Scheper-Hughes, N., & Lock, M. M. (1987). The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6-41.
- Scheufele, D. A. (2000). Agenda-setting, priming, and framing revisited: Another look at cognitive effects of political communication. *Mass Communication & Society*, 3(2-3), 297-316.
- Selkie, E., Adkins, V., Masters, E., Bajpai, A. & Shumer, D. (2020). Transgender adolescents' uses of social media for social support. *Journal of Adolescent Health*, 66(3), 275-280. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.08.011>
- Serano, J. (2023). Explaining assigned sex ratio shifts in trans children. *Medium*. <https://juliaserano.medium.com/explaining-assigned-sex-ratio-shifts-in-trans-children-12c6d01903a3>
- SiRM (2023). Onzekerheid over vraag transgenderzorg, inhaalcapaciteit zeker nodig. Onderzoek vraag transgenderzorg in Nederland. Concept voor consultatie. Utrecht.
- Soto-Lafontaine, M. (2020). From Medical to Human-Rights Norms: Examining the Evolution of Trans Norms in the Netherlands. *Politics and Governance*, 8(3), 290-300. doi:<https://doi.org/10.17645/pag.v8i3.2880>
- Sotto-Santiago, S. (2019). Time to reconsider the word minority in academic medicine. *Journal of Best Practices in Health Professions Diversity*, 12(1), 72-78.
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4), 499-516. <https://doi.org/10.1177/1359104510378303>
- Steensma, T.D., T'Sjoen, G., Bouman, M.B., & Heylens, G. (2018). Genderdysforie. In L. Gijssels et al. (Eds.), *Leerboek seksuologie*. Bohn Stafleu van Loghum (pp. 387-405).

Suess Schwend, A. (2020). Trans health care from a depathologization and human rights perspective. *Public Health Reviews*, 41(1), 1–17. doi:10.1186/s40985-020-0118-y

Sunstein, C. R. (1996). Social Norms and Social Roles. *Columbia Law Review*, 96(4), 903-968.

Testa, R. J. , Habarth, J. , Peta, J. , Balsam, K. & Bockting, W. (2015). Development of the gender minority stress and resilience measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2 (1), 65-77. doi: 10.1037/sgd0000081.

The GenIUSS Group. (2014). *Best practices for asking questions to identify transgender and other gender minority respondents on population-based surveys*. J.L. Herman (Ed.). The Williams Institute. url: <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/publications/geniuss-trans-pop-based-survey/>

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

Transgender Netwerk Nederland. (2022). *Zichtbaarder, bespreekbaarder, kwetsbaarder. Monitor representatie van trans personen in 2021*. <https://www.transgendernetwerk.nl/mediamonitor-2021/>

Transvisie. (2021). Brief aan leden van de Vaste Kamercommissie Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 14 oktober 2021. url: https://transvisie.nl/wp-content/uploads/2021/10/transvisie_brief_tweedekamer_oktober_2021_dev.pdf

Trebbe, J., Paasch-Colberg, S., Greyer, J., & Fehr, A. (2017). Media representation: Racial and ethnic stereotypes. In P. Rössler, C. A. Hoffner, & L. van Zoonen (Eds.), *The International Encyclopedia of Media Effects* (pp. 1-9). John Wiley & Sons.

Van Beusekom, G. & Kuyper, L. (2018). *LHBT-monitor 2018. De leefsituatie van lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender personen in Nederland*. Sociaal en Cultureel Planbureau.

Van den Brink, M., & Snaathorst, D. (2017). *Recht doen aan genderidentiteit. Evaluatie drie jaar transgenderwet in Nederland 2014 – 2017*. Universiteit Utrecht - Molengraaff Instituut voor Privaatrecht. <https://repository.wodc.nl/handle/20.500.12832/2387>

Van den Broek, A. , Termorshuizen, T. & Cuppen, J. (2022). *Monitor beleidsmaatregelen hoger onderwijs 2021-2022*. Onderzoek in opdracht van het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, directie HO&S Juli 2022

Van den Broek, A. , Termorshuizen, T., Cuppen, J. & Warps, J. (2021). *Monitor beleidsmaatregelen hoger onderwijs 2020-2021*. Onderzoek in opdracht van het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, directie HO&S Juni 2021

Van den Broek, A. , Warps, J., Cuppen, J., Termorshuizen, T., & Lodewick, J. (2020). *Monitor beleidsmaatregelen hoger onderwijs 2019-2020*. Onderzoek in opdracht van het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, directie HO&S September 2020

Van de Putte, E. (2020). *Nieuwe Namen. Levensverhalen van transgender ouderen*. Uitgeverij de Brouwerij.

Van Dijk, E. L., van Tol, D. G., Diemers, A. D., Wiene, A. W., & Batstra, L. (2022). Sick or sad? A qualitative study on how Dutch GPs deal with sadness complaints among young adults. *Frontiers in sociology*, 6, 765814. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.765814>

Veale, J. F., Deutsch, M. B., Devor, A. H., Kuper, L. E., Motmans, J., Radix, A., & St. Amand, C. (2022). Setting a research agenda in trans health: An expert assessment of priorities and issues by trans and nonbinary researchers. *International Journal of Transgender Health*, 23(4), 392-408. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2044425>

Verhaeghe, P. (2012). *Identiteit*. Uitgeverij De Bezige Bij.

Vincent, B. W. (2018). Studying trans: recommendations for ethical recruitment and collaboration with transgender participants in academic research. *Psychology & Sexuality*, 9(2), 102-116. <https://doi.org/10.1080/19419899.2018.1434558>

Vrooman, C., Gijsberts, M., & Boelhouwer J. (red.)(2014). *Verschil in Nederland: Sociaal en Cultureel Rapport 2014*. Sociaal en Cultureel Planbureau.

Vrooman, C. (2023). *Eigentijdse ongelijkheid: De postindustriële klassenstructuur op basis van vier typen kapitaal*. *Verschil in Nederland 2023*, Sociaal en Cultureel Planbureau.

Walby, S. (2020). Varieties of gender regimes. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 27(3), 414-431. <https://doi.org/10.1093/sp/jxaa018>

Wanta, W., & Ghanem, S.I. (2000). Effects of agenda-setting. In J. Bryant & R. Carveth (Eds.), *Meta-Analyses of Media Effects*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Ward, L.M., & Grower, P. (2020). Media and the development of gender role stereotypes. *Annual Review of Developmental Psychology*, 2 (1), 177-199.

Wasserbauer, M. (2018). *Queer voices: Exploring the roles of music in LGBTQ lives* (Doctoral dissertation, Universiteit Antwerpen).

Waterman, A.S. (1982). Identity development from adolescence to adulthood: an extension of theory and a review of research. *Developmental Psychology*, 18, 341-358.

Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C. J., Klaver, M., de Vries, A. L., Wensing-Kruger, S. A., ... & 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.

Woertman, L. (2019). *Je bent al mooi*. Ten Have.

World Health Organization. (n.d.). *Gender incongruence and transgender health in the ICD*. World Health Organization. Retrieved January 27, 2023, from <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gender-incongruence-and-transgender-health-in-the-icd>

World Health Organization. (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.)*. <https://icd.who.int>

World Health Organization. (2016). ICD-10 Version: 2016 [F64 Gender identity disorders]. *World Health Organization*. URL <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/F64>

World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). <https://icd.who.int/>

World Professional Association for Transgender Health. (2018, 4 september). WPATH position on “Rapid-Onset Gender Dysphoria (ROGD)” [media release]. World Professional Association for Transgender Health. https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Public%20Policies/2018/9_Sept/WPATH%20Position%20on%20Rapid-Onset%20Gender%20Dysphoria_9-4-2018.pdf

Zazanis, N. (2021). Social reproduction and social cognition: Theorizing (trans)gender identity development in community context. In Gleeson, J. J. & E. O’Rourke (Eds.), *Transgender Marxism*. (pp. 47-60), Pluto Press.

Zhang, Q., Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Hashemi, L., Kreukels, B., Motmans, J., Snyder, R. & E. Coleman. (2020). Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data, *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 125-137, DOI: [10.1080/26895269.2020.1753136](https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753136)

Zorgvuldig Advies. (2019). *Rapport Kwartiermaker transgender org: Verlichting van knelpunten transgender zorg*. Januari 2019.

Zorgvuldig Advies, & Transvisie. (2019). *Ervaringen en behoeften van transgenders in de zorg*. Onderzoeksrapport in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, November 2019.

Zorgvuldig Advies. (2020). *Toekomstvisie transgenderzorg: Advies van de Kwartiermaker Transgenderzorg*. Mei 2020.

Zorgvuldig Advies. (2021). Voortgangsbrief Kwartiermaker Transgenderzorg maart 2021. Maart 2021. <https://zorgvuldigadvies.nl/voortgang-kwartiermaker-transgenderzorg/>

Zorgvuldig Advies, & Transvisie. (2022). *Ervaringen en behoeften van transgender personen in de zorg: vervolgonderzoek*. Onderzoeksrapport in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, November 2022

Zorgvuldig Advies. (2022a). *Bijlage 1 voortgangsbrief Kwartiermaker Transgenderzorg. Ontwikkelingen in de wachttijden, aantal wachtenden en capaciteit van zorg*. Maart 2022. <https://zorgvuldigadvies.nl/voortgang-kwartiermaker-transgenderzorg/>

Zorgvuldig Advies. (2022b). *Advies: Hoe verder met de transgenderzorg vanaf 2023*. Brief aan de opdrachtgevers van de Kwartiermaker Transgenderzorg. November 2022. <https://zorgvuldigadvies.nl/voortgang-kwartiermaker-transgenderzorg/>

Zorgvuldig Advies. (2022c). Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer. Stand van zaken: transgenderzorg.

Woordenlijst

Terminologie rondom gender, identiteit en zorg is altijd contextgebonden: cultureel, sociaal, en temporeel. Het taalgebruik rond transgender personen en transgenderzorg is veranderlijk. In het rapport hebben we getracht om de meest recente terminologie (2023) te volgen. Hieronder lichten we op alfabetische volgorde enkele belangrijke termen toe.

Aantallen en proporties: in onderzoek naar het aandeel van transgender personen in de algemene bevolking, raden Zhang en collega's (2020) aan om niet in termen zoals incidentie en prevalentie te spreken. Deze termen pathologiseren transgender personen, dat wil zeggen, ze impliceren een ziekte. De wetenschappers stellen voor om over 'aantallen' en 'proporties' te spreken wanneer we naar de absolute en relatieve grootte van de transgender populatie verwijzen (Zhang et al., 2020). De term incidentie is niet van toepassing aangezien deze impliceert dat er voor iedere trans persoon één gemakkelijk te identificeren moment van "onset" bestaat (idem).

Cisgender persoon: een persoon van wie de genderidentiteit samenvalt met diens toegewezen geslacht bij geboorte. Er zijn twee categorieën: cisgender vrouwen en cisgender mannen (Samuel, 2023). De Latijnse prefix "cis-" betekent "aan deze kant van"; in contrast met transgender waarin de prefix "trans" zoiets betekent als "aan de andere kant van, tegenover".

DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (meestal afgekort tot DSM) is een Amerikaans classificatiesysteem voor psychische aandoeningen, uitgegeven en opgesteld door de *American Psychiatric Association*. DSM-5 is de meest recente versie (2013). DSM en ICD zijn de twee belangrijkste medische en psychologische classificatiesystemen, waarin de beschrijving van transgender personen en diagnoses door de geschiedenis heen veranderde.

Dysforie: een (sterk) gevoel van onbehagen of ongemak met het bij geboorte toegewezen geslacht. Hierbij kan het gaan om onbehagen met het gehele lichaam, ongemak bij bepaalde lichaamsdelen, ongemak bij het stemgeluid, of ongemak in hoe iemand door anderen wordt gezien en bejegend (bijvoorbeeld wanneer iemand niet met de juiste naam of voornaamwoorden aangesproken wordt). Niet alle transgender personen ervaren dysforie rondom hun gender. Genderdysforie is tevens de naam van de diagnose (uit de DSM-5) die gesteld wordt (indicatiestelling) aan het begin van een traject voor verdere transgenderzorg.

Gemarginaliseerd: het woord *gemarginaliseerd* erkent dat systemische ongelijkheden, onderdrukking en marginalisering individuen in een "minderheidsstatus" plaatsen in plaats van in hun eigen karakteristieken. We doen dit in lijn met de redenering van Sotto-Santiago (2019) die in het Engels pleit voor het gebruik van "minoritization" en "minoritized". In het Nederlands gebruiken we bewust "gemarginaliseerd" om in die zelfde manier te erkennen dat een "minderheid" sociaal geconstrueerd is. De enige vermelding van "minderheid" is wanneer we verwijzen naar het theoretisch kader minderheidsstress van Meyer (2003).

Gender: een set aan identiteitsaspecten, gedragingen, rollen en verwachtingen die aan een bepaald geslacht worden toegeschreven. Iemands gender staat los van diens geboortegeslacht. Niet de

geslachtskenmerken maar hoe iemand zichzelf identificeert (*genderidentiteit*) en zich vervolgens uit (*genderexpressie*) bepalen diens genderidentiteit (Samuel, 2023). Geslacht en gender zijn twee identiteitskenmerken op basis waarvan ongelijkheid, geweld en discriminatie plaatsvinden. Sekse en gender komen niet bij elk persoon overeen, en kennen beiden meer dan twee mogelijke invullingen (zie *transgender* en *cisgender*).

Genderexpressie: de zichtbare uiting van *genderidentiteit* door middel van gedrag, kleding, kapsel, stemgebruik en lichaamskenmerken. Je genderexpressie kan onder andere feminien, masculien, neutraal, fluïde, androgyn of gender non-conform zijn. Elke persoon uit diens gender op een bepaalde manier, genderexpressie is dus op iedereen van toepassing: zowel op cisgender als transgender personen

- **Fluïde genderexpressie:** veranderlijke genderexpressie, per dag of over langere periodes.
- **Androgyne genderexpressie:** genderexpressie met zowel feminiene en masculiene elementen, of zonder elementen van beide.
- **Gender non-conform:** refereert aan personen wier genderexpressie niet binnen sociale, historische en culturele verwachtingen op basis van gender past.

Genderidentiteit: beschrijft het innerlijk gevoel of de beleving van *gender*. Er bestaan naast ‘vrouw’ en ‘man’ veel verschillende genderidentiteiten. Opvattingen over en invullingen van genderidentiteit variëren door de tijd heen en zijn cultureel en sociaal bepaald.

Geslacht (seks): de bij de geboorte toegeschreven sekse op basis van zichtbare geslachtskenmerken, opgesplitst in vrouwelijk (vulva) en mannelijk (penis). Bij de geboorte wordt op basis van het geslacht ook het juridisch geslacht vastgesteld, dat als gendermarker op de identiteitskaart verschijnt. Met “bij de geboorte toegewezen/ toegekend geslacht” refereren we hiernaar, overeenkomstig met de Engelse termen *assigned female at birth* (AFAB) en *assigned male at birth* (AMAB). Er zijn echter méér dan twee mogelijke geslachten en er bestaat veel variatie tussen individuele personen. Een deel van de bevolking is *intersekse*.

ICD: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (meestal afgekort tot ICD) is de internationaal gehanteerde lijst van ziekten van Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). ICD-11 is de meest recente versie (2019). ICD en DSM zijn de twee belangrijkste medische en psychologische classificatiesystemen, waarin de beschrijving van transgender personen en diagnoses door de geschiedenis heen veranderde.

Intersekse: het biologisch geslacht is een spectrum met veel variaties. “Intersekse is de doorleefde ervaring van de sociaal-culturele gevolgen van het geboren worden met een lichaam dat niet past binnen de normatieve sociale constructie van man en vrouw.” (NNID, 2023) In medische context worden dezelfde variaties van het biologisch geslacht op anatomisch, hormonaal, en chromosomaal niveau benoemd als DSD (Disorders/Differences of Sex Development). Er wordt vaak gesproken van ‘intersekse condities’, wat een medische afwijking of ziekte suggereert.

LHBTQIA: afkorting van seksuele oriëntaties, geslachten en genderidentiteiten. De respectievelijke letters staan voor Lesbisch, Homoseksueel, Biseksueel, Transgender persoon, Queer, Intersekse persoon, Aseksueel.

Non-binair persoon: een paraplubegrip voor personen die zich niet aan de binaire gendernorm van vrouw of man conformeren en/of die norm overstijgen. Onder deze noemer vallen tientallen genderidentiteiten. In het Nederlands is non-binair de meest gebruikte aanduiding door en voor personen die zich buiten het binaire 'genderspectrum' van vrouw en man bewegen (Samuel, 2023). Enkele genderidentiteiten die onder de parapluterm non-binair vallen lichten we hieronder toe:

- **Agender persoon:** een persoon die zich met geen (enkel) gender identificeert.
- **Bigender persoon:** een persoon met twee genders. Deze twee genderidentiteiten kunnen mannelijk en vrouwelijk zijn maar ook anders, en kunnen tegelijk of in afwisseling van elkaar worden ervaren.
- **Genderfluïde persoon:** een persoon die gender als een schaal beschouwt waartussen beweging mogelijk is.
- **Genderqueer persoon:** een overkoepelende term voor personen die zich buiten de gevestigde gendernormen bewegen en die niet aan 'hokjes' doen. Deze personen zouden het liefst de huidige genderopvattingen doorbreken. Genderqueer is gelinkt aan de queer beweging in seksuele, politieke en maatschappelijke zin.

Seksuele oriëntatie of seksuele/ romantische aantrekkingskracht: zich romantisch of seksueel aangetrokken voelen tot mensen met een bepaalde genderidentiteit. Op basis van geslacht en genderidentiteit bestaan hier sociale en culturele verwachtingen over. Heteroseksualiteit wordt in onze samenleving nog vaak als de norm of *default* seksuele oriëntatie gezien. Deze termen zeggen niets over genderidentiteit, maar gaan specifiek over de richting van iemands seksuele/ romantische aantrekkingskracht (Samuel, 2023).

Transgender persoon/ Trans persoon: een persoon van wie de genderidentiteit niet samenvalt met diens geboortegeslacht. Het tegenovergestelde van cisgender. Onder transgender personen verstaan we alle personen die hun gender anders beleven dan het geslacht dat zij bij geboorte toegekend hebben gekregen, dat wil zeggen: zij hebben een andere *genderidentiteit*. Die genderidentiteit kan binair zijn (aansluiten bij de gender tweedeling man/vrouw) en is dan tegenovergesteld aan het bij geboorte toegekende geslacht. De genderidentiteit kan ook een andere positie tussen (of boven/buiten) deze gender tweedeling hebben (*non-binair*). Binnen dit onderzoek refereren we aan transgender of trans als een parapluterm van alle variaties in genderidentiteit, zowel binaire als non-binaire. De manier waarop we transgender conceptualiseren, impliceert geen binaire indeling van gender, en sluit nadrukkelijk ook non-binaire en genderdiverse personen in. We realiseren ons dat de parapluterm niet voor iedereen de best aansluitende terminologie is.

- Let op: het is transgender persoon, niet transseksueel. Dit is een onwenselijke en gedateerde medische term die tevens onterecht suggereert dat transgender een seksuele oriëntatie betreft (Samuel, 2023).
- Let op: Er wordt bewust een spatie tussen 'transgender' en 'persoon' gebruikt. Transgender of trans is namelijk een omschrijving, een bijvoeglijk naamwoord. Wanneer een bijvoeglijk naamwoord direct aan het onderwerp wordt gevoegd, reduceert dat die persoon tot enkel het bijvoeglijk naamwoord (Samuel, 2023).

Transgenderzorg: refereert aan de zorg die hoort bij een medisch transitietraject, zoals hormoonbehandelingen, psychologische trajecten en chirurgie. Dit maakt deel uit van, maar is niet gelijk aan alle zorg voor transgender personen.

WPATH: World Professional Association for Transgender Health, is een internationale professionele organisatie rond transgenderzorg. WPATH is vooral bekend om de publicatie *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People*, de toonaangevende standaard for transgenderzorg. De nieuwste versie, SOC-8, werd in 2022 gepubliceerd.