Transgender personen in de eerste lijn: de rol van de huisarts

HAIO: dr. Vande Cauter Lentel, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: prof. dr. Vansintejan Johan, Vrije Universiteit Brussel

Co-promotor: dr. Lotta Coenen, Vrije Universiteit Brussel

Master na master Huisartsgeneeskunde

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2024 – 2025

DANKWOORD

Graag wil ik mijn promotor, prof. Vansintejan Johan, bedanken voor zijn ideeën en input.

Mijn co-promotor, Lotta Coenen, wil ik bedanken voor haar goede opvolging doorheen dit proces, haar toegankelijkheid, haar begrip en bovenal haar regelmatige, nuttige en snelle feedback.

Verder wil ik gaag alle respondenten bedanken (ik kan hen niet bij naam noemen) voor hun tijd, input en de interessante interviews.

Ik wil ook mijn vriend, Rachid, bedanken voor zijn onaflaatbare steun. Daarnaast wil ik mijn vrienden en familie bedanken voor hun ondersteuning de afgelopen jaren, in het bijzonder mijn mama, Els, voor haar tijd en goede raad, en mijn grootouders voor het aanbieden van een warme werkplek waar ik deze thesis tot een goed einde kon brengen.

ABSTRACT

Introductie

Wanneer het toegekende geboortegeslacht niet overeenstemt met de genderidentiteit, spreken we van een transgender persoon. In een enquête bij Belgen gaf 0,5% van de respondenten aan transgender te zijn. Onderzoek toonde aan dat mentale problemen zoals depressie, angst en suïcidaliteit vaker voorkomen bij transgender personen. Onder andere een laag zelfbeeld, trauma's, stigmatisatie en discriminatie zijn enkele oorzaken van de hogere prevalentie. Trans personen stellen soms medische zorg uit, onder andere omwille van angst voor een negatieve ervaring. Negatieve ervaringen met huisartsen waren onder meer het gebruik van een verkeerd voornaamwoord door de arts, een oordelende houding van de arts of een gebrek aan kennis bij de arts.

Methodologie

Er werd gekozen voor een kwalitatief onderzoeksdesign. Semi-gestructureerde interviews werden afgenomen bij zorgverleners actief in de transgenderzorg. De interviewguide was opgebouwd rond vier hoofdthema's: (1) uitdagingen en barrières bij de zorg voor transgender personen, (2) ervaringen met betrekking tot de huisarts, (3) visie op de rol van de huisarts, en (4) aanbevelingen om de zorg te optimaliseren. In totaal werden tien participanten gerecruteerd vanuit verschillende disciplines (psycholoog, arts,...). De interviews werden getranscribeerd en geanalyseerd volgens een thematische analyse.

Resultaten

Uitdagingen in de transgenderzorg die naar voren kwamen uit dit onderzoek waren onder andere de invloed van de maatschappij, de psychiatrische comorbiditeiten, de veranderende doelgroep en de lange wachttijden. Negatieve ervaringen met huisartsen die gerapporteerd werden betroffen onder meer het gebrek aan begrip of kennis bij de arts en het gebruik van de verkeerde voornaamwoorden. Positieve ervaringen waren een 'no big deal' houding bij de arts, het niet oordelen en het bieden van een veilige ruimte. De rol van de huisarts betrof de zorg voor de patiënt zelf, met zowel zorg in het kader van de transitie als psychologische zorgen en de algemene eerstelijnszorg. Daarnaast werd de samenwerking met de behandelende therapeut, de actieve opvolging tijdens de wachttijd en de detectie van suïcidedreiging benadrukt. Verder bestaat er een belangrijke rol in het zorgen voor de context van de patiënt. De noodzaak tot aanpassingen in de opleiding geneeskunde en in de organisatie van de zorg werd ook vermeld.

Discussie

De taken en de rol van de huisarts die naar voren geschoven worden kunnen gesitueerd worden binnen de verschillende CanMEDS rollen. Als 'Medisch Expert' kan de arts onder andere een rol opnemen in het opvolgen van hormoontherapie, aanpakken van menstruatieklachten en het behandelen van depressie. Als 'Communicator' neemt de arts een open luisterhouding aan en bevraagt ook delicatere onderwerpen. Als 'Scholar' staat de arts ervoor open bij te leren over dit onderwerp. Als 'Samenwerker' werkt de arts samen met de therapeut en heeft hij een alarmfunctie om aan te geven als het echt niet goed gaat. Als 'Leider' bewaakt de arts het overzicht van de zorg. Als 'Professional' toont de arts geen oordelende houding en levert kwaliteitsvolle zorg. Als 'Gezondheidsbevorderaar' zorgt de arts voor een individuele aanpak van preventie en een toegankelijke praktijkomgeving.

Conclusie

Er is een uitgebreide rol mogelijk voor de huisarts in de zorg voor transgender personen dewelke zich situeert over alle CanMEDS rollen heen. Er ligt voornamelijk een nadruk op het creëren van een veilige en open sfeer, een niet-oordelende luisterhouding en psychologische opvang.

INHOUD

DANKWOORD 2

ABSTRACT 3

Introductie 3
Methodologie 3
Resultaten 3
Discussie 3
Conclusie 3

INHOUD 4

INTRODUCTIE 5

METHODOLOGIE 7

Studie design 7
Data collectie 7
Recrutering 7
Analyse 7
Ethische commissie 7

RESULTATEN 8

1. Demografie van respondenten: 8
2. Algemene uitdagingen 8
3. Ervaringen met huisartsen 11
4. Rol van de huisarts 13
5. Veranderingen in gezondheidsbeleid 17

DISCUSSIE 19

Uitdagingen 19
Ervaringen 19
Rol van de huisarts: de CanMEDS rollen 19
Opleiding en beleid 22
Sterktes, zwaktes en verder onderzoek 22

CONCLUSIE 24

BRONVERMELDING 25

BIJLAGEN 28

Bijlage 1: Interviewleidraad 28
Bijlage 2: Goedkeuring Ethische commissie 30
Bijlage 3: Studie protocol 34

INTRODUCTIE

Bij de geboorte wordt het geslacht van een baby bepaald op basis van visuele lichamelijke kenmerken en zo geregistreerd als man of vrouw. Dit wordt ook het 'geslacht toegewezen bij geboorte' genoemd.[1] Het innerlijke gevoel zich man/vrouw/beiden/geen van beiden te voelen ofwel 'genderidentiteit' kan al dan niet overeenstemmen met het geslacht toegewezen bij de geboorte. Zo zijn er drie grote subtypes: cisgender, transgender en non-binaire identiteit.[2]

Wanneer het toegekende geboortegeslacht niet overeenstemt met de genderidentiteit, spreken we dus van een transgender persoon.[3] Het ongemak of leed dat hierdoor wordt veroorzaakt, wordt ook benoemd als genderdysforie of genderincongruentie.[4] Dit kan - maar hoeft niet - met zich meebrengen dat deze persoon bepaalde stappen onderneemt om de maatschappelijke rol en/of het lichaam beter te doen passen bij de genderidentiteit, bijvoorbeeld: naamwijziging, sociale aanpassingen, hormoontherapie, (evt. genderbevestigende) heelkunde. [3]

In België kan een medische transitie opgestart worden via een multidisciplinair genderteam verbonden aan een ziekenhuis of via een traject dat de patiënt individueel uitstippelt met ambulante zorgverleners. Een zorgtraject start met oriënterende gesprekken bij een psychologische hulpverlener. Nadien kunnen hulpverleners van andere disciplines ingeschakeld worden naargelang de hulpvraag van de patiënt.[5] Er is een conventie voor transgenderzorg waarbij onder meer de sessies bij de psycholoog worden terugbetaald, echter, enkel indien de patiënt begeleid wordt in één van de centra die aan de conventie verbonden zijn. Vaak bedraagt de wachttijd voor een eerste gesprek in de gespecialiseerde centra meer dan een jaar. Recent werd het aantal centra verbonden aan de conventie wel uitgebreid van één naar vijf (naast Gent nu ook Antwerpen, Brussel, Limburg en Luik).[6]

Het is moeilijk exacte epidemiologische gegevens te bekomen over genderdysforie, de hieraan verbonden (medische) hulpvraag en eventuele transitieprocedures. Enerzijds omdat er verschillende definities gehanteerd worden in verschillende onderzoeken, anderzijds omdat er nog veel taboe heerst. Van Caenegem et al. onderzochten de prevalentie van genderincongruentie in Vlaanderen. Genderincongruentie werd gevonden bij 0,7% van de volwassen mannen en 0,6% van de volwassen vrouwen. Er werd ook een survey afgenomen bij LGB-personen (Lesbian-Gay-Bisexual). Binnen deze minderheidsgroep lagen de cijfers hoger: respectievelijk 0,9% en 2,1%. Zij schatten dat er in Vlaanderen 17.150 – 17.665 gender non-conforme mannen zijn en 14.473 – 15.221 gender non-conforme vrouwen.[7] Het instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen voerde een enquête uit in België bij personen tussen 18 en 75 jaar oud, waarbij 0,5% aangaf zich te identificeren als transgender.[8] Als we nagaan hoeveel personen ook effectief kozen voor een officiële geslachtswijziging, liggen de cijfers lager: tussen 1993 en 31/12/2023 lieten in België 4.432 personen officieel hun geslachtsvermelding wijzigen.[9]

In de afgelopen jaren gebeurde er steeds meer onderzoek naar transgender personen. Daaruit bleek onder meer dat mentale problemen zoals depressie, angst en suïcidaliteit vaker voorkomen bij transgender personen dan bij cisgender personen. Onder andere een laag zelfbeeld, trauma's, stigmatisatie en discriminatie zijn enkele oorzaken van de hogere prevalentie. [10–12] Onderzoek in Vlaanderen toonde ook aan dat transgender personen niet alleen hun eigen gezondheid slechter scoren dan cisgender personen, maar ook meer moeilijkheden aangeven met toegankelijkheid van de zorg.[13]

Hoewel een meerderheid van de respondenten in het onderzoek van Garnier et al. de huisarts opzocht zodra dit nodig was, stelde men vast dat 25% medische consultaties uitstelde en 17% uiteindelijk zelfs geen consultatie nam, deels uit schrik voor een negatieve ervaring of opmerking bij de zorgverlener in kwestie, deels uit financiële overwegingen. [14] In België, ondervonden Motmans et al. dat een kwart van de trans personen die hulp nodig heeft, deze niet zoekt, omwille van uiteenlopende redenen,

waaronder ook de angst voor een veroordelende houding van de arts.[15] Wanneer transgender personen de huisarts consulteren is dit omwille van verschillende redenen. In het onderzoek van Garnier et al. noteerde men dat voor transgender personen ongeveer de helft van de consultaties bij de huisarts gerelateerd is aan de transitie.

Onderzoek naar de ervaringen van transgender personen met de (eerstelijns)gezondheidszorg toonde aan dat de angst om met de verkeerde naam of voornaamwoorden aangesproken te worden één van de ervaren moeilijkheden is.[14,16] In het onderzoek van Garnier et al. gaf 27% aan dat ze met het verkeerde gender werden aangesproken. Andere moeilijkheden betroffen onder meer een gebrek aan kennis bij de huisarts, een veroordelende houding of zelfs zorgweigering. In mindere mate telde het feit dat alle klachten aan de transitie gelinkt werden. [14,16]
Ervaringen van transgender personen in België met hun huisarts kende wel een positieve evolutie. Zo daalde het aantal huisartsen dat niet leek te willen helpen of zorg weigerde van 18% naar 8,2% tussen 2007 en 2017. Negatieve ervaringen die genoemd werden, stemden overeen met bovenstaand onderzoek, zoals het verkeerd aangesproken worden.[15]

Factoren die bijdroegen aan een geslaagd consult, in het onderzoek van Garnier et al., waren de afwezigheid van een oordelende houding, respect voor de genderidentiteit en het geduldig luisteren door de huisarts. [14] Het niet anders behandeld worden dan andere patiënten en de aanwezigheid van flyers met betrekking tot het transgenderthema of genderneutrale toiletten, droegen bij tot positief-neutrale ervaringen bij trans jongeren. [16,17]

In de basisopleiding geneeskunde en de opleiding huisartsgeneeskunde komt het thema (trans-) gender weinig aan bod en de kennis van de basisarts/huisarts hieromtrent is dus beperkt. Het gebrek aan kennis bij gezondheidsmedewerkers geeft een negatieve ervaring bij trans personen.[14,16,18] In het onderzoek van Motmans et al. gaf een derde van de respondenten aan dat de huisarts wel leek te willen helpen maar over onvoldoende informatie beschikte hiervoor.[15]
Onderzoek van Dudal et al. toont aan dat het toevoegen van een module aan het curriculum, specifiek over zorg voor LGBT (Lesbian-Gay-Bisexual-Transgender) personen, resulteert in de praktijk in een betere kennis over gezondheidsproblemen relevant bij LGBT personen.[19] Stroumsa et al. stelden in hun onderzoek echter vast dat kennis over gezondheidszorg bij transgender personen niet correleerde met de hoeveelheid opleiding of bijscholingen die de arts heeft gevolgd, maar wel met de geloofsovertuiging, politieke overtuiging en vooral met de mate van transfobie bij de arts in kwestie.[20]

In Ontario werden eerstelijnszorgverleners bevraagd die transgenderzorg verleenden in hun praktijk. Zij volgden hiervoor bijscholingen. Er werd aangegeven dat de zorg voor transgender personen niet anders is dan voor cisgender personen en dat volgens hun ervaring, dit gemakkelijk te integreren is in de algemene eerstelijnszorg.[17] Anderzijds ondervonden Shires et al. dat slechts 50,6% van de huisartsen bereid was om hormoontherapie te continueren, nadat deze werd opgestart door de specialist.[21] Er zijn dus grote verschillen tussen verschillende eerstelijnszorgverleners.

Om in kaart te brengen welke rol een huisarts in België zou kunnen opnemen in de zorg voor transgender personen, alsook welke impact deze kan hebben in kader van de huidige wachtlijsten, werd dit kwalitatieve onderzoek opgezet.

METHODOLOGIE

Studie design

Voor dit onderzoek werd gekozen voor een kwalitatief onderzoeksdesign[22], gericht op het exploreren van de mogelijke rol die de huisarts zou kunnen vervullen binnen de zorg voor transgender personen. Hiervoor werd gekozen om te werken met semigestructureerde interviews. Deze aanpak maakte het mogelijk om diepgaande inzichten te verkrijgen in de perspectieven en ervaringen van de deelnemers en bood bovendien de flexibiliteit om door te vragen op relevante onderwerpen die zich aanboden.

Data collectie

De dataverzameling gebeurde aan de hand van semigestructureerde interviews. Elk interview werd afgenomen op een voor de deelnemer comfortabele locatie of via het online platform 'Teams'. De interviews verliepen aan de hand van een interviewleidraad (bijlage 1) opgesteld op basis van de literatuurstudie. De interviewguide was opgebouwd rond vier hoofdthema's: (1) uitdagingen en barrières bij de zorg voor transgender personen, (2) ervaringen met betrekking tot de huisarts, (3) visie op de rol van de huisarts, en (4) aanbevelingen om de zorg te optimaliseren. Tijdens de interviews was er ruimte voor het verkennen van nieuwe invalshoeken of verdieping wanneer de antwoorden van de deelnemer daar aanleiding toe gaven.

Elk gesprek duurde 30 tot 50 minuten en werd digitaal opgenomen na geïnformeerde toestemming van de respondent. Na het interview, werd de opname volledig ad verbatim getranscribeerd. De opname werd na het afronden van de transcriptie permanent verwijderd.

Recrutering

Het doel was om deelnemers uit verschillende contexten (multisiciplinair team, ambulant) binnen de transgenderzorg te recruteren alsook verschillende disciplines (vb. artsen, psychologen, …), zodat uiteenlopende standpunten en ervaringen in het onderzoek zouden worden weerspiegeld. Er werd voor gekozen geen huisartsen te includeren, aangezien deze over het algemeen een zeer laag aantal transgender patiënten hebben en aldus minder ervaring met de specifieke zorgnoden van deze groep. Hetgeen zich zo minder leent voor diepgaande interviews.

Voor de rekrutering van de deelnemers nam de hoofdonderzoeker contact op via mail met de verschillende multidisciplinaire gendercentra in Vlaander alsook met ambulante zorgverleners die op de zorgkaart van het Transgender Infopunt vermeld staan. [23]

Deelnemers werden vooraf geïnformeerd over het doel van de studie en gaven schriftelijk toestemming om deel te nemen.

Analyse

Voor de analyse van de interviews werd gebruik gemaakt van een thematische analyse volgens een intuïtieve aanpak.[24,25] Deze analyse verliep handmatig. Eerst werden de transcripten meerdere keren gelezen om vertrouwd te raken met de data. Vervolgens werden opvallende en betekenisvolle fragmenten in de tekst gecodeerd en samengevoegd tot voorlopige categorieën, dewelke nadien verder verfijnd en geherstructureerd werden tot de centrale thema's die uiteindelijk de resultaten van de studie vormden. De keuze voor een intuïtieve, handmatige analyse liet de onderzoeker toe dicht bij de data te blijven en nuances zorgvuldig te interpreteren. Om de kwaliteit van het analyseproces te verzekeren werd regelmatig overlegd met de co-promotor.

Ethische commissie

Voor het uitvoeren van dit onderzoek werd toesteming gevraagd aan de commissie medische ethiek van het UZ Brussel. Deze goedkeuring werd gegeven op 31/01/2024 met als dossiernummer EC-2023-374 (bijlage 2).

RESULTATEN

1. Demografie van respondenten:

In totaal werden 10 respondenten geïnterviewd, allen actief als zorgverlener in de context van transgender personen. De relevante demografische gegevens worden hieronder weergegeven in tabel 1.

Categorie		Aantal (n) (totaal n=10)
Huidig beroep	Klinisch psycholoog	4
	Klinisch seksuoloog + psycholoog	1
	Therapeut (niet van klinische psychologie)	3
	Arts (ASO / specialist)	2
Relevante studies	Master klinische psychologie (al dan niet met extra master/specialisatie)	5
	Master geneeskunde	2
	Maatschappelijk werk + therapie opleidingen (o.a.)	1
	Graduaat orthopedagogie + therapie opleidingen	1
	Sociaal werk + seksuologie + therapie opleidingen	1
Ervaring in transgenderzorg	< 2 jaar	2
	2-5 jaar	4
	5-10 jaar	2
	> 10 jaar	2
Werkt in multidisciplinair genderteam	Ja	3
	Nee	7

Tabel 1: Demografische gegevens.

2. Algemene uitdagingen

2.1. Invloed/veranderingen in de maatschappij

Meerdere respondenten gaven aan dat verschuivingen in het politieke klimaat, de aanwezigheid van antibewegingen en bepaalde partijstandpunten bijdragen aan een gevoel van onveiligheid bij hun cliënten alsook een invloed kan hebben op de keuzes die transpersonen maken in hun transitieproces. Ze verklaarden dat de buitenwereld als erg bedreigend kan worden ervaren, met soms ook verbale en/of fysieke agressie.

"Dat in de wereld rondom hen, dat hun bestaansrecht in vraag wordt gesteld … Dat ze het gevoel hebben, mag ik er wel zijn?"

"Ik denk dat heel veel mensen nog niet half beseffen hoe verschrikkelijk eng en gevaarlijk de buitenwereld is voor een trans persoon. Ik heb nog nooit een trans persoon ontmoet waarbij dat niet het geval is, dat die ervaringen heeft met verbale en fysieke agressie."

"… trans personen die zeggen van: op weg van huis naar hier dan kruis ik 30-40 mensen, en bij iedereen denk ik, vind jij ook dat ik geen bestaansrecht heb? Iedereen wordt onveilig, en dus huisartsen ook. "

Daarnaast werd aangegeven dat er nog steeds sprake is van een taboesfeer en er veel misverstanden en misvattingen zijn over trans personen. Velen ervaren een gevoel van uitlsuiting. Er werd ook vermeld dat regelmatige stigmatisatie ervoor kan zorgen dat trans personen hier hyperalert voor worden, wat kan leiden tot een soort negativiteitsbias.

Andere respondenten merkten op dat de individualistische samenleving, waarin iedereen 'uniek moet zijn', ervoor zorgt dat jongeren die moeilijk hun plek vinden, die soms gemakkelijker lijken te vinden binnen de queer community. Ook werd gesteld dat sommige trans personen zich afzonderen van hun cisgender vrienden en hun sociale kring vernauwen tot de transcommunity.

Tot slot gaf één respondent ook aan dat de financiële implicaties van een transitie soms een bijkomende uitdaging vormt.

2.2. 'Bijkomende uitdagingen' bij patiënt

2.2.1. Autisme, neurodivergentie

Nagenoeg alle respondenten gaven aan dat er een duidelijke overlap bestaat tussen trans personen en de aanwezigheid van autisme of neurodivergentie. Respondenten percipieerden dat autisme en neurodivergentie meer voorkomen bij transgender personen dan in de algehele populatie. Ze ervaarden hier ook wel een toename in doorheen de tijd, maar gaven aan dat er nog weinig onderzoek is naar een verklaring.

Meerdere zorgverleners merkten ook op dat dit een uitdaging vormt aangezien het een andere vorm van therapie geven betreft, en dus een complexere doelgroep is om mee te werken. Ze gaven aan dat dit het moeilijker maakt om antwoorden te zoeken op therapeutische vragen. Bijvoorbeeld om het onderscheid te maken tussen genderdysforie vs. genderincongruentie. Een respondent voegde hieraan toe dat men soms dient na te gaan wat er zwaarder weegt, de genderdysforie dan wel het autisme spectrum. Anderzijds gaf één van de therapeuten aan soms de indruk te hebben dat de genderdysforie soms minder au serieux wordt genomen door de aanwezigheid van neurodivergentie.

"Het is niet omdat iemand neurodivers is, dat die minder goed zou kunnen oordelen hoe die zich voelt in zijn lichaam."

2.2.2. Psychiatrische comorbiditeit

Een respondent gaf aan dat er regelmatig onderliggende thema's zoals angst, een voorgeschiedenis van trauma, depressie… aanwezig zijn bij transgender personen. Anderzijds gaven meerdere respondenten ook aan dat onder andere een depressie vaak ontstaat tijdens (de wachttijd op) het transitieproces. Dit ging dan vaak gepaard met veel zelfkritiek en een zeer negatief zelfbeeld. Dit resulteert eveneens in een toegenomen suïcidaliteit bij deze groep mensen, verklaarde respondent acht.

"En dat er vaak ook heel veel zelfkritiek is en een heel negatief zelfbeeld. En dat leidt ook heel vaak tot best heftige suïcidegedachten. Met ook wel een suïciderisico. Allez, de cijfers zijn gigantisch in vergelijking met de niet-transpersonen. Wat maakt dat het eigenlijk gewoon wel een hele hoogdrempelige en complexe doelgroep is om mee te werken."

"Die blik van de ander. Hoe dat zich uit in zelfkritiek. En vaak ook heel sterke zelfhaat, wat vaak ook net in suïcidaliteit een hele grote rol speelt."

Respondent één gaf ook aan dat het ontstaan van een ernstige depressie hun werk erg bemoeilijkt, omdat zij dan moeten beginnen van een leven dat stil ligt.

"Omdat wij vaak dan een zeer depressieve cliënt hier aantreffen. En dan zeggen van, oké, maar wij gaan geen gendertransitie starten als uw leven zich afspeelt op uw kamer. Dan moeten wij alles op dat moment terug opstarten."

2.2.3. Veranderende doelgroep

Meerdere respondenten gaven aan dat steeds meer jongeren zich definiëren als trans, deze jongeren bevinden zich vaak nog in de puberteit of in een fase van identiteitsontwikkeling op het moment van aanmelding, hetgeen een bijkomende uitdaging vormt. Daarnaast werd aangegeven dat jongeren over bepaalde aspecten van de transitie, zoals bijvoorbeeld vruchtbaarheidspreservatie, op een andere manier nadenken, wat gevolgen kan hebben voor hun latere leven.

Een respondent vermeldde ook dat vaak de omgeving een belangrijke rol speelt, waarbij ouders soms angstig kunnen zijn omtrent een eventuele transitie.

2.3. Complexere zorgvraag – moeilijkheden vanuit zorgsector

2.3.1. Complexere zorgvraag

Veel respondenten gaven aan dat de zorgvraag van trans personen de laatste jaren is veranderd en complexer is geworden. Een van de genoemde factoren hierin is de toename van non-binariteit en het inzicht dat we meer op een spectrum van gender zitten, wat soms gepaard gaat met meer atypische of complexe zorgvragen.

"Maar daarnaast merken we dat er steeds meer mensen met atypische zorgvragen komen. Dus hetzij eerder mensen met een non-binaire identiteit die vragen naar bepaalde aspecten waar ze virilisatie of feminisatie op verwachten. Of die andere zorgdoelen hebben. En dan moet je daar iets meer personalised medicine proberen voor te schrijven."

Daarnaast werd vermeld dat er geen éénduidig traject meer is binnen een transitie waarin alle stappen doorlopen worden, maar dat bepaalde stappen meer op individuele basis afgewogen worden. Verder werd opgemerkt dat patiënten redelijk veeleisend zijn in hun zorgvraag, of een zorgvraag hebben die voor zorgverleners niet altijd logisch lijkt.

"Maar in het algemeen zijn het 'demanding patients', en de patiënt mag 'demanding' zijn, maar ze moeten heel vaak op realiteiten gewezen worden die zij niet altijd kennen."

Dit zou deels beïnvloed kunnen zijn door informatiebronnen zoals het internet en andere niet-medische kanalen, aldus redeneerden enkele respondenten.

"Zeker omdat we dan soms merken dat we ingehaald worden door niet-medische kanalen. Dus bijvoorbeeld we hebben heel veel mensen die naar zaken vragen die ze op het internet zien, omdat dat een heel actieve community is online. "

Een respondent gaf aan dat sommige patiënten zeer snel door het transitieproces willen gaan, met een sterke focus op de medische stappen, waarbij de psycholoog en huisarts soms als overbodig worden beschouwd door de patiënt.

Twee respondenten gaven aan dat er ook nog onzekerheid bestaat over de wetenschappelijke basis van de diversifiëring van de zorgvraag en de mogelijke langetermijneffecten hiervan. Dit brengt een gevoel van onzekerheid met zich mee binnen de zorgverlening.

2.3.2. Therapeutische relatie

Meerdere respondenten vermeldden dat het een uitdaging kan zijn om een goede balans te vinden tussen het vertrouwen winnen van de cliënt en het maken van beslissingen binnen de zorgverlening. Er werd gesteld dat het ontcijferen van de hulpvraag of gendervraag soms gepaard gaat met weerstand van de patiënt, hoewel het net belangrijk is om te achterhalen waar deze vraag precies vandaan komt. Anderzijds vermeldde een respondent dat sommige mensen nog geen label of term willen plakken op hun identiteit, omdat ze nog sterk zoekende zijn.

Daarnaast werd de communicatieve uitdaging benoemd om voldoende openheid te creëren, zodat patiënten zich comfortabel voelen om dergelijke complexe en intieme gevoelens met je te delen.

Tot slot gaf een respondent aan dat herkenbaarheid belangrijk kan zijn voor patiënten om een vertrouwensband op te bouwen met hun zorgverlener, hetgeen niet altijd vanzelfsprekend is voor de zorgverlener.

2.4. Wachttijden

Nagenoeg alle respondenten benoemden de wachttijden voor transspecifieke zorg als een uitdaging, zowel de wachttijden voor psychische hulpverlening (soms tot twee jaar in de gendercentra) als voor de medische stappen in het transitieproces.

3. Ervaringen met huisartsen

3.1. Ervaringen van trans personen met huisartsen

3.1.1. Negatieve ervaringen van trans personen

Bij de vraag naar negatieve ervaringen die hun cliënten met hen hebben gedeeld, gaven enkele respondenten aan dat trans personen soms onvoldoende vertrouwen hebben dat hun huisarts informatie niet zal delen met de familie of dat de huisarts de kant van de ouders of omgeving kiest. Een respondent haalde zelfs een voorbeeld aan waarbij dit effectief gebeurd is.

Een terugkerend thema dat ook vermeld werd, was dat trans personen soms het gevoel hebben dat zij hun genderidentiteit of transitie niet kunnen bespreken met de huisarts.

Bovendien gaven meerdere respondenten aan dat sommige huisartsen zich expliciet negatief ethisch uitlieten over het thema ‘transgender’ en niet openstonden voor de opvolging van hun patiënt.

Meerdere respondenten gaven aan dat het regelmatig voorkomt dat trans personen van huisarts wisselen omdat ze het gevoel hebben dat deze geen begrip toont voor hun mentale moeilijkheden of zorgvraag. Respondent 9 zei dat de opstart van hormoontherapie vaak een moment is waarop veranderd wordt van huisarts.

Verder gaven respondenten aan dat sommige trans personen soms het gevoel hebben dat hun huisarts hun klachten niet altijd serieus neemt en deze soms wegwuift.

Één respondent benoemde dat trans personen soms niet-transgerelateerde zorg uitstellen vanwege onvrede met hun lichaam en ook de schrik dat de huisarts daar onvoldoende begrip voor zal tonen.

“(Interviewer:) Dus eigenlijk, als ik het zo'n beetje analyseer wat je net hebt gezegd, is er zorgvermijding voor een deel uit angst van de negatieve interactie, maar voor een deel intrinsiek vanuit de relatie met het lichaam? (Respondent:) Ja.”

Verschillende respondenten merkten op dat trans personen vaak ervaren dat huisartsen onvoldoende kennis hebben over transgenderzorg, waardoor zij soms zelf hun huisarts moeten informeren en educeren.

“Ja, ik moest die heel veel ‘educaten’ over van alles” Dat die.., ja. Doe een keer een boek open of ga het een keer gaan opzoeken.”

“Wat vooral lastig is, is dat men het niet, dat men er niks over weet. En dat ze dus alles moeten uitleggen. En dat vinden cliënten echt niet fijn.”

Een psychologe vermeldde dat ze de indruk heeft dat huisartsen soms te snel panikeren en de situatie complexer maken dan nodig, of te snel een oplossing willen vinden.

“Als er iets is wat ik huisartsen in het algemeen vanuit mijn bril als psycholoog wil meegeven is het zo van, niet te snel panikeren. ...als ik huisartsen een negatief effect zie hebben op mijn cliënten, is het bijna altijd dat ze zo net te snel panikeren, of iets te groot maken, of zich heel verantwoordelijk voelen.”

Andere negatieve ervaringen die respondenten vermeldden, zijn het blijven gebruiken van de verkeerde voornaamwoorden en de oude naam van de patiënt.

Tot slot gaven respondenten aan dat trans personen soms ervaren dat er ongepaste vragen worden gesteld zonder de nodige omkadering of context.

“Ja, sommige mensen vertellen daar wel over dat ze bijvoorbeeld ongepaste vragen hebben gekregen door huisartsen. Of dat ze niet, hoe zal ik het zeggen, niet gender bevestigend, niet correct werden aangesproken door hun huisarts.”

3.1.2. Positieve ervaringen van trans personen

Op de vraag naar positieve ervaringen met de huisarts die ze van hun cliënten opvangen, vertelden enkele respondenten dat trans personen het vooral belangrijk vinden dat zij zich niet veroordeeld voelen door hun huisarts. Meerdere respondenten gaven aan dat trans personen het geruststellend vinden dat hun huisarts laat blijken dat hun transitie 'no big deal' is en merken dat er verder niets hoeft te veranderen in de arts-patiënten relatie.

“Ja, ik denk echt zich zo niet veroordeeld voelen. Eh, dat. Dus bij een huisarts voelen van die is niet per se tegen. Die moet ik ook geen halleluja slaan. Maar die is niet per se tegen een trans persoon.”

Verschillende respondenten vermeldden dat trans personen het als waardevol ervaren wanneer zij bij hun huisarts terechtkunnen om hun hart te luchten en ruimte te krijgen om te ventileren tijdens alle stappen van hun transitieproces.

Sommige respondenten benoemden dat trans personen positief reageren wanneer hun huisarts proactief bevraagt hoe het traject loopt en hoe zij zich voelen in hun proces.

Tot slot benoemden enkele respondenten dat het vragen naar welke voornaamwoorden de patiënt verkiest en het consequent gebruiken van de gekozen naam en voornaamwoorden of neutrale taal een belangrijk positief effect heeft op hoe trans personen hun huisarts en de arts-patiëntrelatie ervaren.

“Dan zeggen ze: Toen kwam ik bij die huisarts en die sprak mij meteen aan of die vroeg mij meteen, hoe mag ik jou aanspreken? En dat is zo'n opluchting dan.”

3.2. Ervaringen van zorgverleners met huisartsen

Respondenten gaven aan dat de samenwerking met huisartsen in veel gevallen constructief verloopt, waarbij er ruimte is voor overleg en de begeleiding van de trans persoon gedeeld wordt. Het erkennen van de expertise van de therapeut en het openstaan voor samenwerken werden door verschillende therapeuten benoemd als positieve ervaringen.

Respondenten gaven verschillende antwoorden met betrekking tot huisartsen die zelf opstarten met hormoontherapie in een transitieproces. Enkele respondenten benoemden dit als negatieve ervaringen in hun samenwerking, daar zij vinden dat deze beslissing echt door een multidiscplinair team moet genomen worden. Andere respondenten, vanuit de ambulante setting, benoemden dit net als positieve ervaringen, gezien anders de wachttijd zo lang is. Enkele respondenten gaven aan dat, hoewel dit beter in een multidisciplinaire setting gebeurt, sommige trans personen omwille van de wachttijd ook aan automedicatie doen of op een onveilige manier hormoontherapie innemen, en daarom begrepen ze ook dat soms huisartsen zelf hiermee opstarten.

"Dat die daar op een manier accommoderend zijn.

Zeker naar mensen toe die misschien anders zelf automedicatie of zo zouden gebruiken. En die misschien onveilig hormoontherapie zouden gebruiken."

Een negatieve ervaring die door meerdere respondenten werd aangegeven, is dat sommige huisarten hormoontherapie blijven voorschrijven, zonder tussentijdse labocontroles te verrichten of na te gaan of er nog opvolging plaatsvindt bij de endocrinoloog, hetgeen risico's met zich kan meebrengen.

"Wat er soms ook gebeurt, is dat huisartsen jarenlang zorg continueren. Bijvoorbeeld voorschriften geven, maar eigenlijk niet meer nagaan van, ga je eigenlijk ook nog langs op endocrinologie? Word je nog opgevolgd in het genderteam?"

Een moeilijkheid in verband met de samenwerking met de huisarts, die enkele keren vermeld werd, is dat huisartsen vaak zeer weinig trans personen als patiënt hebben en dus ook weinig kennis of ervaring hiermee hebben. Er werd aangegeven dat dit dan vaak een uitgebreidere informatieoverdracht vraagt en tijdsintensief is.

"Eerst en vooral, de samenwerking met huisartsen niet eenvoudig, omdat een gemiddelde huisarts heeft één of twee, als hij er al heeft, transgender patiënten."

Sommige respondenten gaven ook aan dat soms trans personen vragen om geen correspondentie naar de huisarts te sturen, hetgeen ook de samenwerking bemoeilijkt.

4. Rol van de huisarts

4.1. Zorg voor patiënten

4.1.1. Zorg gerelateerd aan de transitie

Meerdere respondenten gaven aan dat huisartsen een belangrijke rol kunnen spelen in de medische opvolging van trans personen op verschillende domeinen van hun transitie.

Er werd benadrukt dat het belangrijk is alert te zijn op een potentiële gendervraag bij de patiënt, en bereid te zijn bij te leren, om de patiënt reeds vroegtijdig uitleg te kunnen geven en samen te zoeken naar een juiste doorverwijzing.

Met betrekking tot de opvolging tijdens de medische transitie, werd onder meer aangekaart dat de huisarts een belangrijke rol heeft, zowel bij het toedienen van hormoontherapie als bij de opvolging

ervan middels labo en het zo nodig aanpassen van dosering (al dan niet in overleg met de endocrinoloog). Verder werd vermeld dat de huisarts reeds kan helpen in het stilleggen van de menstruatie en aanpakken van evt. doorbraakbloedingen, en hiervoor niet hoeft te wachten op de opstart bij de endocrinoloog.

"Dat merken we ook wel, veel huisartsen zijn een beetje in de war, zo van, de meesten starten geen hormonen op, maar weten ook niet of ze de menstruatie mogen stilstellen, en van welke leefijd en zo verder. Dus huisartsen mogen van ons ook echt bellen naar ons om een beetje advies te vragen. Maar soms geef ik dan mee van je mag orgametril of lutenyl of zo'n mini-pil opstarten bij de trans mannen, en vraag dat maar aan je huisarts. Die komen heel vaak terug van dat mocht niet van mijn huisarts, die wou dat niet voorschrijven."

Daarnaast vermeldden meerdere respondenten het belang van nazorg na chirurgische ingrepen, waaronder wondcontrole en het tijdig signaleren van complicaties alsook de psychologische bijstand bij het optreden van complicaties.

Enkele respondenten benadrukten het belang van het actief bevragen van gynaecologische, urologische of seksuele problemen, en waar mogelijk deze aan te pakken of terug te verwijzen naar de specialist.

"nog een heel belangrijke, het actief bevragen van gynaecologische problemen, zeker bij trans mannen, ... velen hebben last van vaginale droogte en atrofie. Maar ze spreken daar nooit over. Prostaatklachten bij trans vrouwen en borstonderzoek wordt ook heel vaak over het hoofd gezien."

"Ik heb heel veel patiënten die jarenlang rondlopen met bijvoorbeeld een seksualiteitsprobleem, waar ze niet over kunnen spreken. Het blijft iets heel intiem voor heel veel mensen, omdat dat op het raakvlak van seksualiteit, identiteit, reproductiviteit ligt."

4.1.2. Psychologische zorg

Alle respondenten gaven aan dat de huisarts een belangrijke rol speelt in de psychologische zorg voor de patiënt, niet alleen tijdens de wachttijd voor gespecialiseerde zorg, maar doorheen het hele traject.

Ze wezen op het belang van een open, luisterende houding waarin geruststelling geboden kan worden en waarin soms ook afwachten gepast is.

Daarnaast benoemden meerdere respondenten dat het creëren van een veilige ruimte, waar iemand het gewoon een keer kan zeggen, van groot belang is, kortom een atmosfeer van openheid creëren.

"Medische zorg, maar zelf ook psychologische zorg heb ik ook gemerkt. Dus, gewoon een soort van veilige ruimte creëren waar dat iemand het gewoon een keer kan zeggen."

Verder gaven respondenten aan dat huisartsen een perifeer zorgnetwerk rond de patiënt kunnen opbouwen, onder andere door een brug te slaan naar de mentale gezondheidszorg.

4.1.3. Algemene zorg

Verschillende respondenten gaven aan dat de zorg voor trans personen in wezen niet anders hoeft te zijn dan die voor andere patiënten, dat je een soort 'no big deal' houding mag aannemen.

Enkele respondenten merkten op dat bij trans personen die hormoontherapie gebruiken, klachten vaak hieraan gekoppeld worden, terwijl het belangrijk is dat de huisarts de eigen medische expertise behoudt en toepast, en zo de patiënt ondersteunt in al diens medische behoeftes.

"En dan iets waar we heel vaak op stoten, is dat eigenlijk alle klachten die opduiken binnen het leven, op een manier gelinkt worden aan hormoontherapie.

En dan zien we dat we soms doorverwijzingen krijgen voor iets waar de meeste huisartsen eigenlijk al de expertise in huis hebben om het te behandelen. [...] soms doen we dan een beetje afbreuk aan de expertise van de huisarts, omdat eigenlijk het iets had kunnen zijn dat perfect in de eerste lijnzorg had gedaan kunnen worden."

Meerdere respondenten gaven aan dat een belangrijke taak van de huisarts de preventieve geneeskunde is, dewelke bij trans personen soms individueler moet bekeken worden en vaak over het hoofd wordt gezien, zoals bv. uitstrijkjes bij trans mannen die nog een cervix hebben of borstonderzoek en zo nodig prostaatkankerscreening bij trans vrouwen.

"Ook gewoon al bij een huisarts langskunnen die een uitstrijkje doet bij trans mannen, dat is al, ja. Daar heb je er niet zoveel van."

"Dat ze ook wel merken van, mijn huisarts staat er totaal niet voor open om een uitstrijkje te nemen. Of een borstonderzoek te doen."

Tegelijkertijd werd benadrukt dat veel trans personen nog jong en relatief gezond zijn, en we deze populatie dus ook niet te veel moeten medicaliseren.

4.2. Goede samenwerking met gespecialiseerde zorgverleners en impact op de wachtlijsten

Nagenoeg alle respondenten gaven aan dat aangezien de huisarts vaak het eerste aanspreekpunt is. Zo werd gesteld dat de huisarts een belangrijke signaalfunctie heeft in het oppikken van genderdysforie en het tijdig verwijzen naar een genderteam of een gespecialiseerde therapeut, zeker gezien er vaak nog een lange wachttijd is na aanmelding.

"Hoe ik het versta, is dat een huisarts vaak een eerste schakel is. Of, allee, een eerste schakel naar verdere zorg. Ook, allee... Verdere medische zorg, maar zelf ook psychologische zorg heb ik ook gemerkt.

Maar bijvoorbeeld ook door de zorgkaart een beetje te kennen."

Een belangrijke taak van de huisarts is een goede samenwerking met de behandelende therapeut / het genderteam, vermeldden verschillende respondenten. Het delen van informatie over de patiënt en diens context kan zeer helpend zijn bij het maken van een inschatting, vertelden enkele respondenten. Daarnaast kan het delen van medische informatie met de behandelende arts-specialist van belang zijn bij zaken zoals hormoontherapie en chirurgische ingrepen, vermeldde een arts.

Ook werd aangekaart dat huisartsen een belangrijke rol kunnen spelen in het detecteren van suïcidedreiging en het terugkoppelen van hun bezorgdheid naar de behandelende therapeut, waarbij de huisarts een soort alarmfunctie heeft en zo nodig intensievere begeleiding kan worden gestart. Tegelijkertijd werd gesteld dat huisartsen tijdens de wachttijd wel psychologische opvang kunnen bieden, door depressie te behandelen, het leven van de patiënt in beweging te houden en bruggen te slaan naar andere hulpkanalen zoals transgender infopunt of sociale transitiehulpmiddelen en zo de wachttijd tot gespecialiseerde hulp haalbaar kunnen maken voor de trans persoon.

"Maar ook in die mensen die op de wachtlijst staan, een ondersteunende rol waarbij dat je volgens mij ook geen diepgaande kennis moet hebben van genderdysforie om dat op te vangen, ik denk dat je gewoon moet luisteren."

"Mensen kunnen in principe al een stuk van hun sociale transitie beginnen voordat zij ooit medische stappen zetten."

Sommige respondenten gaven ook aan dat de bestaande wachtlijsten bij jongeren à priori niet slecht hoeven te zijn, waarbij in tussentijd een verschil tussen genderincongruentie en genderdysforie duidelijker kan worden, en zeker niet alle jongeren op de wachtlijst ook effectief op consultatie komen.

Meerdere respondenten benadrukten het belang van continue onderlinge afstemming tussen huisarts en therapeut doorheen het proces, waarbij onderling overleg zonder hiërarchie heel belangrijk is. Er werd ook aangekaart dat het nuttig is als de huisarts bij alle stappen van de transitie betrokken is, beschikbaar is voor tussentijdse controles en nagaat of de opvolging wel gecontinueerd wordt.

"Dus ik denk dat meer samenwerking wel nuttig zou zijn van deze kanten, deels om ons te ontlasten, door bij te staan in die psychische zorg; maar soms is het ook omgekeerd, dat de huisarts er dan niet alleen voor staat."

Verder werd het belang van een coördinerende rol van de huisarts vermeld, vooral wanneer een patiënt kiest voor een ambulante zorgaanpak buiten het gendercentrum, waarbij het belangrijk is om de verschillende zorgverleners op elkaar af te stemmen.

"Dus als de wachtlijst te lang is; in de genderkliniek mogen zij een eigen team samenstellen. Waaronder dan meestal een endocrinoloog, eventueel een uroloog, een therapeut, een huisarts, een psychiater."

"Ik denk dat dat ook huisartsen zich daar zouden kunnen op toeleggen om dat te coördineren en te zorgen dat dat in goede banen loopt."

Daarnaast werd gesteld dat het belangrijk is om de zorgkaart goed te kennen, en bijvoorbeeld te verwijzen naar kinesisten en andere eerstelijnszorgverleners die transsensitief werken. Door een respondent werd ook aangegeven dat er grote kwaliteitsverschillen bestaan in de ambulante zorgverlening en dat de huisarts daar zeker kritisch naar mag kijken.

4.3. Context van de trans persoon

Naast zorg voor de patiënt zelf, werd door respondenten aangegeven dat huisartsen ook een belangrijke rol spelen in de zorg voor de omgeving van de trans persoon. Rust en vertrouwen uitstralen en de context van de patiënt informeren, verlaagt vaak de lijdensdruk van zowel de patiënt als diens omgeving, vertelden enkele respondenten.

"Dat ook wel belangrijk is dat we genoeg zorg tonen naar die context toe. Want als je die niet mee hebt, dan is de lijdensdruk bij je patiënt gigantisch."

Verschillende respondenten gaven aan dat een transitie ook veel van de omgeving vraagt, en dat het heel waardevol is als de huisarts dan ruimte kan bieden om te ventileren en het verwerkingsproces van de omgeving kan ondersteunen. Er werd gesteld dat de huisarts hierin een tussenpositie kan innemen en vooral een bemiddelende rol kan spelen zowel naar de context toe als naar de trans persoon zelf.

"Ouders hebben altijd ook hun eigen traject, hun eigen verwerkingsproces en daar moet ook genoeg zorg voor zijn. Want dat is ook heftig als ouder."

4.4. Toegankelijkheid

Respondenten gaven aan dat huisartsen hun toegankelijkheid voor trans personen kunnen vergroten door expliciet te laten merken dat zij transsensitief werken. Een voorbeeld dat genoemd werd, is het vermelden van je eigen voornaamwoorden op je website of in je email-handtekening alsook het actief bevragen van de voornaamwoorden van de patiënt. Ook het plaatsen van informatiefolders in de wachtzaal werd door verschillende respondenten aangehaald, als opstap zodat de patiënt weet dat je

ervoor openstaat hierover te spreken. Ook werd vermeld dat het belangrijk is in je taalgebruik er niet altijd van uit te gaan dat iemand in een heteronormatieve relatie zit.

"als er gewoon al iets in de wachtzaal is van hier werken wij transsensitief, of wij staan hier voor open, dat dat al heel veel veiligheid kan creëren. Of zoiets zoals op de zorgkaart staan enzovoort. Want de drempel is heel hoog om erover te beginnen, tegenover iemand waarvan je niet weet hoe staat die hier tegenover."

"Dat is eigenlijk de grootste, maak het zichtbaar dat jij, ja, sensitief omgaat met cliënten die ook LGBTQ plus zijn."

Sommige respondenten merkten op dat huisartsen zich kunnen profileren op websites en zorgkaarten die specifiek gericht zijn op trans personen, zoals het transgender infopunt en op die manier laten zien dat ze openstaan voor transgenderzorg.

5. Veranderingen in gezondheidsbeleid

5.1. Betere algemene opvang van jongeren

Enkele respondenten gaven aan dat jongeren of kinderen op meerdere levensdomeinen algemeen beter moeten worden opgevangen. Sommigen stelden dat het belangrijk is hen te stimuleren om te reflecteren over zichzelf en na te denken over hun eigen identiteit.

Daarnaast werd aangegeven dat we als maatschappij wat meer aandacht zouden moeten hebben voor kinderen die geen aansluiting vinden.

"Maar ik denk als daar meer die zorg zit, echt bij de jongeren, vanaf puberteitsleeftijd zou ik zeggen, zelfs jonger. We Zouden iets meer aandacht moeten hebben voor de kinderen die geen aansluiting kunnen vinden."

5.2. Verbeteren van de opleiding

Verschillende respondenten gaven aan dat er in de opleiding geneeskunde meer aandacht moet zijn voor gendergerelateerde thema's en de psychische aspecten ervan.

"Ik denk dat er in alle zorgopleidingen wel ruimte moet zijn voor gedegen wetenschappelijke infomatie over gender en over geslacht en over dergelijke zaken."

Er werd door verschillende respondenten aangegeven dat dit niet persé een apart onderwerp hoeft te zijn, maar eerder longitudinaal meer verwerkt in de opleiding moet zitten en vermeld worden waar het relevant is (bijvoorbeeld urinaire retenties bij trans mannen met een falloplastie vermelden wanneer de urologische urgenties besproken worden).

"En dat dat longitudinaal in de opleiding zit waar het relevant is. En moet dat veel zijn? Nee dat moet niet veel zijn. Maar het moet wel vermeld worden, dat mensen het weten. Want er is niets erger dan een zorgverlener die zegt van ... pff, daar heb ik nog nooit iets van gehoord."

Een respondent redeneerde dat het interessant zou zijn als artsen in de opleiding wat handvaten rond gesprekstechnieken meekrijgen. Ook werd genoemd dat er wel wat ruimte voor dit thema zou moeten zijn in de Master na Master huisartsgeneeskunde.

Enkele respondenten wezen erop dat het al goed zou zijn als huisartsen op de hoogte zouden zijn van tools zoals de website van het transgender infopunt of van studiedagen van organisaties als çavaria.

"Transgenderinfopunt. Fantastische website, een goudmijn aan informatie. En ik denk dat gewoon het al heel fijn zou zijn als elke huisarts het bestaan van die website kent en bereid is om daar misschien ook af en toe eens iets over te lezen. Eigenlijk staat daar alles op dat je moet weten."

5.3. Organisatorisch / beleidsniveau

Verschillende respondenten gaven aan dat er meer erkende gendercentra zouden moeten komen, zodat de gehele zorgketen op een gespecialiseerde, multicisciplinaire manier kan gegeven worden. Anderzijds werd vermeld dat het interessant zou zijn als de centra voor de medische transitie ook zouden samenwerken met ambulante psychologen. Hoewel dit ook het risico op klassengeneeskunde met zich meebrengt, daar deze ambulante psychologische zorgverlening niet voor iedereen betaalbaar is.

De terugbetaling van eerstelijnspsychologen zou moeten uitgebreid worden naar een breder gamma van therapeuten, om psychologische zorg toegankelijker te maken en ambulante psychologen te empoweren, kaartten meerdere respondenten aan.

Het zou interessant zijn als er een nomenclatuurnummer zou bestaan voor huisartsen voor een psychologisch consult, zodat zij hier meer tijd voor kunnen uittrekken en dit deel meer op zich kunnen nemen, redeneerde één respondent.

Een respondent merkte op dat enkele organisatorische zaken ook veranderd moeten worden, zodat bijvoorbeeld de terugbetaling van anticonceptie of uitstrijkjes bij trans mannen die nog een baarmoeder hebben correct verloopt, of PSA kan worden aangevraagd bij trans vrouwen. Verder gaf deze respondent aan dit voor de uitnodigingen voor preventief onderzoek beter zou moeten afgestemd kunnen worden voor trans personen, ongeacht of er een 'M', 'V' of 'X' op de identiteitskaart staat.

"Denk maar aan bijvoorbeeld terugbetaling van anticonceptie onder de 25 jaar is gratis, maar als er dan al een M op die identiteitskaart staat dan loopt dat soms in de soep. Hetzelfde met uitstrijkjes. Terugbetaling of staal opsturen. Als je dan al een trans man bent maar je hebt je baarmoederhals nog, dan heb je soms ook niet altijd terugbetaling."

DISCUSSIE

Het doel van dit onderzoek is om de rol van de huisarts te beschrijven in de zorg voor transgender personen, op basis van de ervaring en inzichten van zorgverleners die gespecialiseerd zijn in de zorg voor transgender personen.

Uitdagingen

De literatuur toont aan dat psychische comorbiditeiten zoals depressie, angst en suïcidaliteit vaker voorkomen bij transgender personen dan in de algemene populatie, dit wordt in dit onderzoek eveneens door meerdere respondenten aangehaald. [10–12,26]

Discriminatie als één van de onderliggende oorzaken wordt ook door een respondent aangekaart. Waarbij discriminatie in de maatschappij vaak leidt tot zelfkritiek en zelfhaat, hetgeen een belangrijke rol speelt bij het ontwikkelen van suïcidale gedachte, aldus deze respondent.[10–12,26] De invloed van de maatschappelijke context wordt dan ook door nagenoeg alle respondenten aangehaald.

Verdere uitdagingen die worden aangehaald zijn de lange wachtlijsten voor de transgenderzorg, mede te verklaren door het beperkt aantal multidisciplinaire centra alsook de lange wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen. [27]

Daarnaast komen ook de overlap met neurodivergentie en de complexer wordende zorgvraag als bijkomende uitdagingen naar voor in de zorg voor transgender personen.

Tot slot merken de respondenten een veranderende doelgroep gekenmerkt door een toenemend aantal jongeren dat zich aanmeldt alsook een toenemend aantal non-binaire personen.

Ervaringen

Uit de literatuurstudie blijkt dat transgender personen soms moeilijkheden ervaren in de zorgverlening. Hierbij wordt onder andere het gebrek aan kennis bij zorgverleners genoemd.[14,16] Hetgeen ook meermaals terugkomt in deze analyse. Respondenten benoemen dat transgender personen soms het gevoel hebben dat ze hun huisarts moeten onderrichten.

Daarnaast tonen studies aan dat er ook angst is om met de verkeerde naam of voornaamwoorden aangesproken te worden.[14,16] In de geraporteerde ervaringen komt dit gevoel ook naar voren, waarbij correct gebruik als expliciet positieve ervaring werd vermeld, en foutief gebruik als een negatief contact werd bestempeld.

Onderzoek van Garnier et al. toont aan dat transgender personen soms medische zorg bij de huisarts, niet gerelateerd aan de transitie, uitstellen of afstellen mede omwille van angst voor een negatieve ervaring alsook omwille van financiële overwegingen.[14] Een respondent vermeldt een gelijkaardige ervaring, en schrijft de zorgvermijding toe aan een combinatie van onvrede met het eigen lichaam en schrik dat de huisarts daar onvoldoende begrip voor zal tonen. De cijfers van uitstel en afstel van zorg in het onderzoek van Garnier et al. lijken hoger te liggen dan deze van de algemene populatie, gepubliceerd in de gezondheidsenquêtes. Echter, een rechtstreekse vergelijking is niet mogelijk aangezien in de gezondheidsenquêtes enkel uitstel omwille van financiële en transportredenen werd gemeten, respectievelijk bij 9,1% en 1,6% van de Belgische huishoudens.[14,28,29]

Rol van de huisarts: de CanMEDS rollen

Bij analyse van de resultaten valt op te merken dat de taken en de rol van de huisarts die naar voren geschoven worden door de respondenten, goed kunnen gesitueerd worden binnen de verschillende CanMEDS rollen. Deze bieden dus een goed kader om de rol van de huisarts in de zorg voor transgender personen te beschrijven (figuur 1). Het CanMEDS-model definieert verschillende rollen van de arts en

onderscheidt zeven kerncompetenties: Medisch Expert, Communicator, Scholar, Samenwerker, Leider, Professional en Gezondheidsbevorderaar.[30]

De rol van 'Medisch Expert' houdt in dat de arts zijn medische kennis en klinische skills toepast.[31] De rol van Medisch Expert wordt ook naar voor gebracht in dit onderzoek. Respondenten benadrukken dat de huisarts de eigen medische expertise moet blijven beoefenen en dat ook patiënten onder hormoontherapie die zich presenteren met klachten vaak in de eerste lijn kunnen geholpen worden. Daarnaast kan de huisarts een belangrijke rol opnemen in het toedienen, voorschrijven en opvolgen van hormoontherapie, inclusief regelmatige labocontroles, eens dit door de endocrinoloog werd opgestart. Andere taken die de huisarts op zich zou kunnen nemen zijn het aanpakken van menstruatieklachten bij trans mannen en zorgen voor de postoperatieve follow-up, door bijvoorbeeld wondgenezing in de gaten te houden en complicaties te behandelen of tijdig terug te verwijzen. Eveneens wordt de behandeling van bijvoorbeeld een depressie, alsook het inschatten van het suïciderisico, deels ook als een taak van de huisarts gezien, zeker ook in de periode dat de patiënt op de wachtlijst staat.

Als 'Communicator' is het belangrijk dat men een goede arts-patiëntenrelatie opbouwt met de patiënt en diens familie.[32] In het kader hiervan, wordt benoemd hoe belangrijk het is om een veilige en respectvolle sfeer te creëren. Aandachtig zijn om de patiënt aan te spreken met de gekozen naam en voornaamwoorden lijkt daarbij essentieel. Een open luisterhouding is belangrijk, maar ook het actief bevragen van delicatere zaken zoals seksuele, gynaecologische of urologische klachten wordt genoemd, omdat patiënten hier soms zeer lang mee rondlopen zonder erover te kunnen spreken. Verder heeft de arts als communicator ook een rol in de zorg voor de naasten van de patiënt, enerzijds door ook ruimte te bieden voor ventilatie, anderzijds door zo nodig een bemiddelende rol op te nemen tussen de trans persoon en diens omgeving. Anderzijds heerst er soms angst dat informatie met familie zal worden gedeeld, het is belangrijk dat de arts duidelijk maakt dat het beroepsgeheim gerespecteerd wordt en toestemming vraagt alvorens informatie te communiceren.

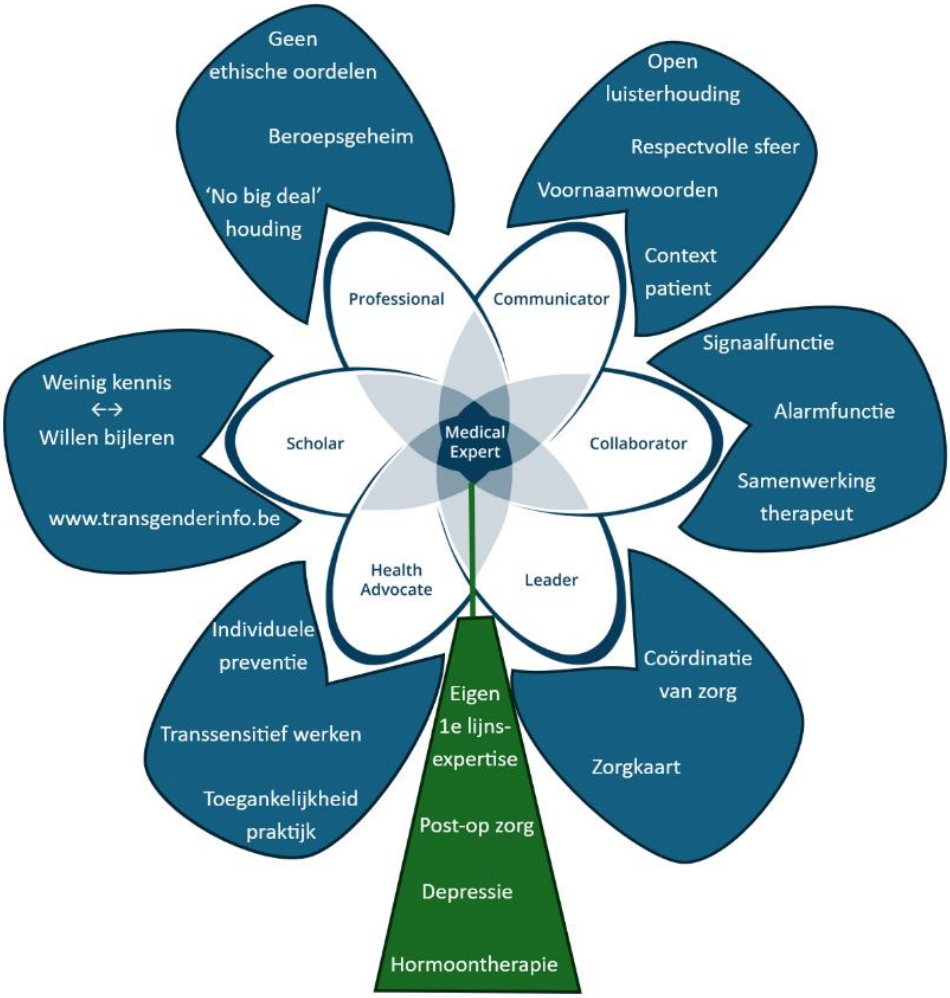
De 'Scholar'-rol legt de nadruk op het voortdurend blijven bijleren en wetenschappelijke inzichten toepassen in de dagelijkse praktijk.[33] Zo blijkt uit de resultaten dat trans personen soms het gevoel hebben dat hun huisarts zeer weinig weet over dit onderwerp en ze deze hierover zelf moeten onderrichten, hetgeen dan een negatieve ervaring geeft. Het is belangrijk dat de huisarts bereid is om hierover bij te leren en informatie opzoeken. Bijvoorbeeld weten dat op de website van transgender infopunt veel goede informatie te vinden is en deze site consutleren, is al een goede start volgens verschillende respondenten.[34]

In de rol van 'Samenwerker' werkt de huisarts efficiënt samen met andere zorgverleners, om zo samen kwaliteitsvolle zorg te verlenen.[35] In de context van transgender personen, werkt de huisarts idealiter actief samen met therapeuten en andere zorgprofessionals, om de patiënt gezamelijk psychosociaal goed te ondersteunen. De huisarts heeft een signaalfunctie voor het oppikken van een gendervraag en een vroegtijdige doorverwijzing. Door, mits toestemming, informatie over de patient en diens context te delen met het behandelende genderteam, kunnen zij soms een betere inschatting maken en hun aanpak goed afstemmen op de patiënt. Daarnaast heeft de huisarts een alarmfunctie om aan te geven wanneer het echt niet goed gaat en er intensievere begeleiding nodig is. De huisarts kan ook het perifere (zorg)netwerk rond de patiënt mee opbouwen en een brug slaan naar de mentale gezondheidszorg waar nodig. Verder kan verwijzing naar niet-medische hulpkanalen zoals het transgender infopunt al veel betekenen voor de patiënt, in afwachting van meer gerichte hulpverlening.

Binnen de 'Leider'-rol draagt de arts bij aan een kwaliteitsvol zorgsysteem en neemt de verantwoordelijkheid op zich om de best mogelijke patiëntenzorg te verlenen.[36] Uit de resultaten blijkt dat als Leider de huisarts een coördinerende taak op zich nemen, vooral in situaties waarbij de patiënt

eerder door ambulante zorgverleners dan door een multicisciplinair genderteam wordt opgevolgd. De huisarts bewaakt het overzicht en zorgt ervoor dat de zorg goed op elkaar wordt afgestemd. Daarnaast speelt bekendheid met de zorgkaart van de regio een cruciale rol, om te kunnen verwijzen naar transsensitieve zorgverleners, zowel voor zaken gerelateerd aan de transitie als andere (eerstelijns)problematieken.

De 'Professional'-rol benadrukt dat huisartsen zich houden aan de ethische principes en wettelijke verplichtingen van hun beroep, met bijzondere aandacht voor vertrouwelijkheid en respectvolle communicatie.[37] In dat opzicht blijkt uit de resultaten dat het belangrijk is om duidelijk te maken aan de patiënt dat de huisarts het beroepsgeheim respecteert en vertrouwelijke informatie niet zomaar deelt met familieleden, hetgeen ook conform is met artikel 10 van de wet betreffende de rechten van de patiënt.[38] Daarnaast wordt aangegeven dat een 'no big deal'-houding ten aanzien van het transitie verhaal vaak als zeer positief ervaren wordt, als het ware een opluchting dat er niets verandert in de arts-patiënt relatie. Daarnaast is het als professional belangrijk om geen ethische uitspraken te doen. De wet patiëntenrechten stelt in artikel vijf dan ook dat de patiënt recht heeft op kwaliteitsvolle dienstverstrekking die beantwoordt aan zijn behoeften, zonder enig onderscheid op welke grond dan ook.[38]



Figuur 1: De rol van de huisarts in de zorg voor transgender personen - volgens het CanMEDS model

[i] Adapted from the CanMEDS Physician Competency Framework with permission of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Copyright © 2015.

Als 'Gezondheidsbevorderaar' zet de arts zich actief in om de gezondheid van patiënten te verbeteren door onder andere aan ziektepreventie te doen en de toegang tot zorg te verbeteren.[39] Als Gezondheidsbevorderaar besteedt de huisarts gerichte aandacht aan preventieve onderzoeken, dewelke bij trans personen soms een individuelere aanpak vragen, zoals baarmoederhalsscreening bij trans mannen, of bij trans vrouwen te letten op mogelijke prostaatproblemen. Daarnaast zorgt een transsensitieve aanpak – via onder andere folders of vermelding op het Transgender Infopunt – voor een toegankelijke en uitnodigende praktijkomgeving. Anderzijds moet er ook rekening gehouden worden met het feit dat dit doorgaans een jonge en gezonde doelgroep is en dus ook niet overgemedicaliseerd hoeft te worden.

Opleiding en beleid

Zoals vermeld, is gebrek aan kennis bij de huisarts een terugkerend obstakel. Daarom keert de suggestie dat het thema gender meer in de opleiding vervat moet zitten meermaals terug, met als toevoeging dat dit best longitudinaal in de opleiding vervat zit op relevante plaatsen, eerder dan als een apart vak. Anderzijds toont onderzoek van Dudal et al. aan dat het toevoegen van een module aan het curriculum, specifiek over zorg voor LGBT personen, resulteert in de praktijk in een betere kennis over gezondheidsproblemen relevant bij LGBT personen.[19]

Qua organisatie van gezondheidszorg, wordt door verschillende respondenten aangekaart dat er meer erkende gendercentra zouden moeten komen. Recent is het aantal erkende centra in België binnen de conventie transgenderzorg wel reeds uitgebreid twee naar vijf centra (Gent, Antwerpen, Brussel, Limburg, Luik).[6]

Administratief zijn er volgens een respondent nog enkele struikelblokken waarbij het soms misloopt zoals bijvoorbeeld de terugbetaling van anticonceptie en uitstrijkjes bij trans mannen en het aanvragen van PSA bij trans vrouwen. Echter volgens het RIZIV is de terugbetaling van anticonceptie beschikbaar voor iedereen, ongeacht gender, indien verder aan alle voorwaarden voor tegemoetkoming voldaan wordt.[40]

Op de website van het bevolkingsonderzoek voor baarmoederhalskanker wordt expliciet vermeld dat je als trans man geen uitnodiging zal ontvangen, maar dat het wel degelijk terugbetaald wordt, ongeacht je officiële geslacht.[41]

Sterktes, zwaktes en verder onderzoek

Een sterkte van deze studie is dat de werkwijze met semi-gestructureerde interviews voldoende ruimte bood om verder te kunnen ingaan op bepaalde onderwerpen. Daarnaast geeft de keuze om te werken met zorgverleners een zeer praktijkgerichte insteek. Een andere sterkte is de variatie in de respondenten, hoewel allen actief in de zorg voor transgender personen, hebben zij een verschillende achtergrond qua studie en werkervaring, alsook qua huidige werkvorm (individueel, multidisciplinair, genderteam).

Een limitatie van deze studie is dat enkel zorgverleners werden geïnterviewd en niet transgender personen zelf. Daarnaast is er een mogelijke selection bias, waarbij voornamelijk enthousiaste zorgverleners die graag samenwerken met huisartsen op de oproep zouden reageren. Verder werd er gekozen om enkel Nederlandstalige zorgverleners te interviewen, waardoor een insteek vanuit de Brusselse of Waalse context mist. De voornaamste beperking van deze studie is dat er niet werd getoetst op de haalbaarheid van het vervullen van deze rol door huisartsen noch naar de mening of ervaringen van huisartsen zelf.

Verder onderzoek zou de ervaringen bij transgender personen kunnen bevragen, om hun perspectieven naast die van de zorgverleners te leggen. Eventueel kan dit dan vervolgd worden met onderzoek via focusgroepen, waarbij zorgverlener en patiënt in interactie treden met elkaar. Het zou

interessant zijn als verder onderzoek zich toespitst op de perspectieven van huisartsen zelf, dit om de haalbaarheid en bereidheid tot opnemen van deze rol na te gaan bij huisartsen. Een vergelijkende studie met de organisatie van transgenderzorg in andere landen kan ook nieuwe inzichten geven. Ten slotte is het relevant na te gaan hoe en waar dit onderwerp meer aan bod kan worden gebracht binnen de opleiding geneeskunde.

CONCLUSIE

Er kan geconcludeerd worden dat er zeker een uitgebreide rol mogelijk is voor de huisarts in de zorg voor transgender personen. Deze rol situeert zich over alle CanMEDS rollen heen. Er is voornamelijk een nadruk op het creëren van een veilige en open sfeer, een niet-oordelende luisterhouding en psychologische opvang. Ook de verwijzing naar en actieve samenwerking met andere zorgprofessionals is zeer belangrijk, in combinatie met het willen bijleren en opzoeken van meer informatie.

Anderzijds wordt ook benadrukt dat zorg voor transgender personen als huisarts in wezen niet hoeft te verschillen van hoe je zorg draagt voor cisgender personen, en wordt een soort ‘no big deal’ houding vaak geapprecieerd.

BRONVERMELDING

1. Transgender Infopunt (2019). Woordenlijst. Geraadpleegd op 25/03/2025 via https://www.transgenderinfo.be/nl/identiteit/concepten/woordenlijst

2. Transgender Infopunt (2019). Genderidentiteit. Geraadpleegd op 26/08/2023 via https://www.transgenderinfo.be/nl/identiteit/concepten/genderidentiteit .

3. Transgender Infopunt (2019). Trans vrouw/man. Geraadpleegd op 24/08/2023 via https://www.transgenderinfo.be/nl/identiteit/transgender/trans-vrouwman .

4. Transgender Infopunt (2019). Genderdysforie-incongruentie-en-euforie. Geraadpleegd op 25/03/2025 via https://www.transgenderinfo.be/nl/identiteit/genderontwikkeling/genderdysforie-incongruentie-en-euforie

5. Transgender Infopunt (2019). Zorgtraject voor volwassenen. Geraadpleegd 24/09/2023 via https://www.transgenderinfo.be/nl/transgenderzorg/overzicht-zorgtraject/zorgtraject-voor-volwassenen .

6. Transgenderzorg: Onze tegemoetkoming in de kosten van een begeleiding in een gespecialiseerd centrum | RIZIV. Geraadpleegd op 15/05/2024 via https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/verzorging-in-gespecialiseerde-centra/transgenderzorg-onze-tegemoetkoming-in-de-kosten-van-een-begeleiding-in-een-gespecialiseerd-centrum

7. Van Caenegem E, Wierckx K, Elaut E, et al. Prevalence of Gender Nonconformity in Flanders, Belgium. *Arch Sex Behav*. 2015;44(5):1281-1287. doi:10.1007/S10508-014-0452-6

8. Van Hove H. *Seksisme in België: Resultaten van de Enquête #YouToo? "De Genderidentiteit van de Belgen". Instituut Voor de Gelijkheid van Vrouwen En Mannen.* https://igvm-iefh.belgium.be/nl/activiteiten/discriminatie/seksisme

9. Van Hove H. *Transgender Personen in België Die Een Wijziging van de Officiële Geslachtsvermelding Aanvragen: Jaarlijkse Update. Instituut Voor de Gelijkheid van Vrouwen En Mannen*.

10. Bränström R, Stormbom I, Bergendal M, Pachankis JE. Transgender-based disparities in suicidality: A population-based study of key predictions from four theoretical models. *Suicide Life Threat Behav*. 2022;52(3):401-412. doi:10.1111/sltb.12830

11. Nuttbrock L, Bockting W, Rosenblum A, et al. Gender Abuse and Major Depression Among Transgender Women: A Prospective Study of Vulnerability and Resilience. *American Journal of Public Health Nuttbrock et al | Peer Reviewed | Research and Practice*. 2014;104(11):2191. doi:10.2105/AJPH.2013

12. Bouman WP, Claes L, Brewin N, et al. Transgender and anxiety: A comparative study between transgender people and the general population. *International Journal of Transgenderism*. 2017;18(1):16-26. doi:10.1080/15532739.2016.1258352

13. Motmans J, Meier P, T'Sjoen G. *De Levenskwaliteit van Transgender Personen in Vlaanderen*.; 2011.

14. Garnier M, Ollivier S, Flori M, Maynié-François C. Transgender people's reasons for primary care visits: a cross-sectional study in France. *BMJ Open*. 2021;11(6). doi:10.1136/BMJOPEN-2020-036895

15. Motmans J., Wyverkens E., Defreyne J. Leven als transgender persoon in België Tien jaar later. Geraadpleegd op 17/04/2024 http://igvm-iefh.belgium.be

16. Guss CE, Woolverton GA, Borus J, Austin SB, Reisner SL, Katz-Wise SL. Transgender Adolescents' Experiences in Primary Care: A Qualitative Study. *J Adolesc Health*. 2019;65(3):344-349. doi:10.1016/J.JADOHEALTH.2019.03.009

17. Ziegler E, Valaitis R, Yost J, Carter N, Risdon C. "Primary care is primary care": Use of Normalization Process Theory to explore the implementation of primary care services for transgender individuals in Ontario. *PLoS One*. 2019;14(4):e0215873. doi:10.1371/JOURNAL.PONE.0215873

18. Tristan-Cheever E, Maria Pinheiro Bezerra I, Alaide Amorim Alves S, et al. Primary care and the transgender population: from clinical practice to health education actions. *Journal of Human Growth and Development*. 2024;34(3):383-395. doi:10.36311/jhgd.v34.16595

19. Dudar KJ, Ghaderi G, Gallant J, Dickinson J, Abourbih J, Briggs M. Queering the Medical Curriculum: How to Design, Develop, Deliver and Assess Learning Outcomes Relevant to LGBT Health for Health Care Professionals. *MedEdPublish*. 2018;7:48. doi:10.15694/MEP.2018.0000048.1

20. Stroumsa D, Shires DA, Richardson CR, Jaffee KD, Woodford MR. Transphobia rather than education predicts provider knowledge of transgender health care. *Med Educ*. 2019;53(4):398-407. doi:10.1111/MEDU.13796

21. Shires DA, Stroumsa D, Jaffee KD, Woodford MR. Primary Care Clinicians' Willingness to Care for Transgender Patients. *Ann Fam Med*. 2018;16(6):555-558. doi:10.1370/AFM.2298

22. Bryman A. *Social Research Methods*. 5th ed. Oxford University Press; 2015.

23. Zorgkaart (kaartweergave) | Transgenderinfo. Geraadpleegd op 22/03/2025 via https://www.transgenderinfo.be/nl/zorgkaart

24. Braun V, and Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa

25. Maguire M, Delahunt B. *Doing a Thematic Analysis: A Practical, Step-by-Step Guide for Learning and Teaching Scholars. *.*; 2017. http://ojs.aishe.org/index.php/aishe-j/article/view/335

26. Dhejne C, Roy VV, Gunter H, and Arcelus J. Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International Review of Psychiatry*. 2016;28(1):44-57. doi:10.3109/09540261.2015.1115753

27. 5.000 Vlamingen met mentale problemen wachten op zorg: "Wachten dreigt het alleen nog erger te maken" | VRT NWS: nieuws. Geraadpleegd op 22/03/2025 via https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2022/10/20/ruim-4-500-vlamingen-met-mentale-problemen-wachten-op-zorg-wac/

28. S. Demarest, R. Charafeddine, S. Drieskens, F. Berete. Gezondheidsenquête 2018: Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen. Brussel, België: Sciensano; D/2020/14.440/15. www.gezondheidsenquete.be.

29. S. Demarest, R. Charafeddine, S. Drieskens, F. Berete. Gezondheidsenquête 2018: Patiëntervaringen. Brussel, België: Sciensano; D/2020/14.440/16. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquete.be.

30. Frank JR., Snell Linda, Sherbino Jonathan. *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.

31. Bhanji F, Lawrence K, Goldszmidt M, et al. Medical Expert. In: Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.

32. Neville A, Weston W, Martin D, et al. Communicator. In: Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.

33. Richardson D, Oswald A, Chan M-K, Lang ES, Harvey BJ, editors. Scholar. In: Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.

34. Home | Transgenderinfo. Geraadpleegd op 23/03/2025 via https://www.transgenderinfo.be/nl

35. Richardson D, Calder L, Dean H, et al. Collaborator. In: Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.

36. Dath D, Chan M-K, Anderson G, et al. Leader. In: Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.

37. Snell L, Flynn L, Pauls M, et al. Professional. In: Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.

38. Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, B.S. 26 september 2002.

39. Sherbino J, Bonnycastle D, Côté B, et al. Health Advocate. In: Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.

40. Extra tegemoetkoming in de prijs van voorbehoedsmiddelen | RIZIV. Geraadpleegd op 12/03/2025 via https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/geneesmiddelen/geneesmiddel-terugbetalen/contraceptie

41. Ik ben transgender. Moet ik mij laten screenen op baarmoederhalskanker? | Baarmoederhalskanker. Geraadpleegd op 12/03/2025 via https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/nl/bhk/ik-ben-transgender-moet-ik-mij-laten-screenen-op-baarmoederhalskanker

BIJLAGEN

Bijlage 1: Interviewleidraad

Template semigestructureerde interviews

Inleiding

Introductie en Uitleg van het Onderzoek

Ik ben Dr. Vande Cauter Lentel; huisarts-in-opleiding aan de VUB. Ik schrijf mijn Manama thesis over zorg voor transgender personen in de eerstelijnsgeneeskunde.

Het doel van dit onderzoek is om de rol van de huisarts voor/tijdens/na een transitieproces te proberen definiëren. Dit gebeurt a.d.h.v. semi gestructureerde interviews bij zorgverleners gespecialiseerd in de zorg voor transgender personen om hun ervaringen en perspectieven te verkennen. Deze inzichten kunnen belangrijk zijn bij het verbeteren van de gezondheidszorg voor transgender personen.

Deze studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie van het UZ Brussel. Het interview zal worden opgenomen om de nauwkeurigheid van de antwoorden te waarborgen. De antwoorden worden anoniem verwerkt.

Het interview zal vermoedelijk 40-60min duren.

Gelieve dit Informed Consent formulier te ondertekenen alvorens we van start gaan.

Leidraad voor het interview

Deze lijst is een leidraad. Echter, de exacte vraagstelling kan steeds wijzigen o.w.v. gegeven antwoorden van de geïnterviewde; nieuwe inzichten opgedaan in literatuur of voorgaande interviews; ...

1. Achtergrond en Ervaring
   - Kunt u alstublieft beginnen met het delen van uw achtergrond en ervaring als zorgverlener?
   - Hoe lang bent u al betrokken bij de zorg voor transgender personen?
   - Wat zijn de zorgbehoeften en uitdagingen die u reeds bent tegengekomen bij het verlenen van zorg aan transgender personen?
2. Rol van Huisartsen
   - Heeft u samengewerkt met huisartsen bij de zorg voor transgender patiënten, en zo ja, wat zijn uw ervaringen?
   - Welke rol kunnen huisartsen innemen in de zorg voor transgender personen, volgens uw mening?
   - Één van de doelstellingen van dit onderzoek is om te onderzoeken of een grotere betrokkenheid van huisartsen zou kunnen helpen om de wachtlijsten voor zorg te verkorten. Momenteel moeten transgender personen vaak meer dan een jaar wachten op een eerste afspraak in een gespecialiseerd centrum. Wat is uw perspectief op dit probleem, en denkt u dat er manieren zijn waarop huisartsen een rol kunnen spelen bij het verminderen van deze wachttijden?

3. Barrières

- Wat zijn volgens u enkele van de barrières of uitdagingen waarmee zorgverleners worden geconfronteerd bij de zorg voor transgender patiënten, en hoe kunnen deze worden aangepakt?
- Heeft u/hebben uw patiënten reeds negatieve ervaringen gehad in de samenwerking met huisartsen/eerstelijns zorgverleners? Zo ja, zou u deze kunnen schetsen d.m.v. enkele voorbeelden?
    - Zijn er ook positieve ervaringen die u wenst toe te lichten?

4. Toekomstige Verbeteringen

- Naar uw mening, welke verbeteringen of veranderingen zijn er nodig in het (eerstelijns-) gezondheidssysteem om transgender personen beter te ondersteunen?
- Zijn er specifieke trainingen of middelen waarvan u denkt dat ze nuttig zouden zijn voor zorgverleners in deze context?

Afrondend gedeelte

Conclusie en Dankbaarheid

Bedankt voor uw tijd en waardevolle inzichten. Uw bijdrage aan dit onderzoek wordt ten zeerste geapprecieerd.

Indien er nog verdere vragen zijn; kan u me steeds contacteren op mijn emailadres (lentel.karen.vande.cauter@vub.be).

Bijlage 2: Goedkeuring Ethische commissie

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

LENTEL VANDE CAUTER
VAKGROEP HUISARTSENGENEESKUNDE EN

Brussels, 2024-01-31

EC number: **EC-2023-374**

LEADING ETHICS COMMITTEE – SINGLE OPINION

Concerning :
Transgender persons in primary care

1432023000316

The Medical Ethics Committee of UZ Brussel/VUB reviewed the documents (see annex EC document list) concerning the above mentioned project from the ethical, legal and medical science points of view and in accordance with the Belgian Law of 7 May 2004 concerning experiments on the human person, Chapter VIII – Article 11 – § 4 : items 1 till 11

The Ethics Committee decided, during its meeting on 2024-01-31, that there are no objections to the study in its present form.

Please remark that the Green Light Procedure has to be completed before the study can be performed at UZ Brussel.

This approval is valid for the duration of the trial. The Committee wishes to obtain an annual trial status. Results of the trial should be transmitted to the Committee at the end of the trial (publication or summary if there is no publication planned). The Committee reminds the investigator of his/her personal responsibility for this project. The Committee does not take any responsibility for its favourable advice of the project. The Ethics Committee is organised and operates according to ICH-GCP and its applicable laws and regulations. The list of members is enclosed.

Kind regards,

Chairman
Vice-Chairman

Submission Document List

STUDY REGISTRATION

CV_Lentel Vande Cauter-29.11.2023

GCP certificate_ Lentel Vande Cauter

Study team

Informed consent form - Interventioneel - NL - Lentel Vande Cauter - versie 2 - 30.01.2024

GDPR checklist_Lentel Vande Cauter- versie 2 - 30.01.2024

Study Protocol template_ Lentel Vande Cauter_ versie 2_ 30.01.2024

Interviewguide_Lentel Vande Cauter- versie 1. - 19.11.2023

Technische fiche _ Lentel Vande Cauter

Verzekeringsattest_Lentel Vande Cauter_30.01.2024

Correspondence EC_ 30.01.2024

Uitnodigingsmail voor interview- versie 1. - 19.11.2023

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Meeting date: 2024-01-31

EC number: EC-2023-374

MEMBERS OF THE MEDICAL ETHICS COMMITTEE UZ BRUSSEL – VUB
(since 01-02-2023)

Name	Function	Gender
Prof. Dr. F. Cools, MD, PhD	CHAIRMAN Neonatology UZ BRUSSEL	M
Prof. A. Van Scharen, LLM	VICE- CHAIRMAN Legal Expert UZ Brussel	F
Dr. A. Bretz, MD	Medical Oncology/Radiotherapy UZ BRUSSEL	F
Dr. L. Coenen, MD	General Practitioner External Member	F
Mr. B. Colson	Clinical Psychology UZ BRUSSEL	M
Mr. W. Cools, PhD*	Statistician UZ BRUSSEL/VUB	M
Dr. Apr. P.-J. Cortoos, PhD	Hospital Pharmacist UZ BRUSSEL	M
Dr. C. Debroye, MD	Diabetology & Endocrinology UZ BRUSSEL	F
Dr. L. Depoorter, MD*	Pediatrics UZ BRUSSEL	F
Mrs. H. Eyns*	Physiotherapist UZ BRUSSEL	F
Mrs. L. Goudman, PhD	Methodologist VUB	F
Dr. K. Kortbeek, MD	Medical Oncology UZ BRUSSEL	M
Mrs. P. Libert	Patient Representative External Member	F
Prof. Dr. M. Moens, MD, PhD	Neurosurgery UZ BRUSSEL	M
Apr. N. Noppe	Hospital Pharmacist UZ BRUSSEL	M
Mrs. S. Pirlotte	Nurse UZ BRUSSEL	F
Mr. F. Schweitser, PhD*	Philosopher/Nurse VUB	M

Mrs. K. Stam, Msc*	Master Biomedical Sciences External Member	F
Ir. D. Van Den Broecke*	Patient Representative External Member	M
Apr. F. Van Eeckhout*	Pharmacist UZ BRUSSEL	M
Mr. T. Van Sande*	Nurse External Member	M
Mrs. N. Verbraeken	Nurse UZ BRUSSEL	F
Dr. K. Vergaelen, MD	Paediatric Intensive Care UZ BRUSSEL	F
Dr. W. Wiels, MD	Neurology UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. I. Willekens, MD, PhD	Radiology UZ BRUSSEL	F

*Additional Members

Bijlage 3: Studie protocol

Universitair Ziekenhuis Brussel

Clinical Trial Center

Study Protocol

Study Title: Transgender personen in de eerste lijn.
Study Acronym:
Phase of Development: NA
Protocol Number:
Protocol Version and Date: Versie 1 + 19/11/2023
EudraCT Registry Number: NA
ClinicTrials.gov Registry Number:
Indication: NA
Investigational product: NA
Sponsor: /
Coordinating/Principal Investigator: Vande Cauter Lentel

The information contained in this document is the property of the Sponsor/Coordinating Investigator and may not be reproduced, published or disclosed to others without written authorization of the Sponsor/Coordinating Investigator.

PROTOCOL SIGNATURE PAGE

Protocol Version and date: Versie 1

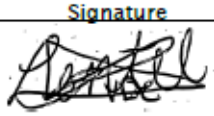
Protocol Title: Transgender personen in de eerste lijn

Sponsor: Academische studie

Principal Investigator: Vande Cauter Lentel

I agree:

- to assume responsibility for the proper conduct of this study
- to conduct the study in compliance with this protocol and any future amendments
- not to implement any deviations from or changes to the protocol without prior review and written approval from the Ethics Committee, except where necessary to eliminate an immediate hazard to the subjects, or for administrative aspects of the study (where permitted by all applicable regulatory requirements)
- that I am thoroughly familiar with the appropriate use of the investigational drug, as described in this protocol
- to ensure that all persons assisting me with the study are adequately informed about the investigational drug and their study-related duties and functions as described in the protocol
- that I am aware of and will comply with the current good clinical practice (GCP) guidelines and ethical principles outlined in the Declaration of Helsinki
- to conduct the study in accordance with all applicable laws and regulations

Printed name	Signature	Date
Lentel Vande Cauter		19/11/2023

Universitair Ziekenhuis Brussel

Clinical Trial Center

1. Table of Contents

PROTOCOL SIGNATURE PAGE 1

1. Table of Contents 2

2. Trial Registration/Protocol Summary 4

3. Protocol Version History 5

4. Sponsor/Coordinating Investigator Information 5

5. List of Abbreviations 5

6. Introduction 5

6.1 Overview of ~~Disease Pathogenesis~~ / definitions and background 5

6.2 Epidemiology 5

6.3 Current Treatments / current organization of care 6

6.4 Study Rationale and Purpose 6

6.5 Rationale for Study Design 6

7. Study Schematic and Schedule of Activities 6

7.1 Study Schematic 6

7.2 Study Activities 6

8. Study Objectives and endpoints 7

8.1 Primary Objective 7

8.2 Secondary Objectives 7

8.3 Endpoints 7

9. Investigational Plan 7

9.1 Overall Study Design 7

9.2 Study Duration for Subjects 7

10. Selection of Subjects 7

10.1 Selection of Study Population 7

10.2 Inclusion Criteria 7

10.3 Exclusion Criteria 7

11. Data Collection and Management 8

11.1 Monitoring : / 8

11.2 Data Collection 8

11.3 Database Management and Quality Control 8

11.4 Statistical Considerations and Data Analysis 8

12. Ethical Considerations 8

12.1 Ethical conduct of the study 8

12.1.1 Declaration of Helsinki: 8

12.1.2 Ethics Committee: 8

12.2 Informed Consent 8
12.3 Patient and Study Data Protection 8
12.4 Subject Identification 8
12.5 Conflict of Interest 8
13. Conflict of interest statement 9
14. Tables and Figures 9
15. References 9

2. Trial Registration/Protocol Summary

Information	
EudraCT number: Date of registration:	NA
Clinical Trial Authorization (CTA) from FAMHP (FAGG) Date of approval:	NA
ClinicalTrials.gov:	
Official Title:	Transgender personen in de eerste lijn
Study Phase/Type:	Kwalitatieve studie Organisatie van de gezondheidszorg
Condition:	NA
Objectives:	Inzicht verwerven in de mogelijkheden om zorg voor transgender personen meer te integreren in de eerste lijn, met als secundair doel dat een meer geïntegreerde zorg ook een impact zal hebben op de bestaande wachttijden voor transgender personen.
Investigational Product:	NA
Interventions:	Semigestructureerde interviews met gespecialiseerde zorgverleners.
Endpoints:	
Study population:	Zorgverleners gespecialiseerd in (een aspect van) de zorg voor transgender personen.
Number of participants:	Min. 10 deelnemers
Overview of study design:	Kwalitatieve studie o.b.v. semigestructureerde interviews
Statistical Considerations:	Thematische analyse
Sponsor:	/
Country(ies) of Recruitment:	Vlaanderen, België
Inclusion Criteria:	1. Zorgverlener zijn gespecialiseerd in (een aspect van) de zorg voor transgender personen; bv (niet-limitatief): psycholoog, endocrinoloog, psychiater, plastisch chirurg, uroloog, NKO-arts, logopedist,… 2. Werkzaam zijn in België 3. Nederlands spreken
Exclusion Criteria:	1. Niet spreken van de Nederlandse taal 2. Momenteel niet (meer) actief als zorgverlener voor trans gender gerelateerde zorg
Date of first enrolment:	20/11/2023 (anders i.f.v. goedkeuring EC).
Target sample size:	10-15 deelnemers

3. Protocol Version History

Version No.	Approval Date Lead EC	Release Date
01		

4. Sponsor/Coordinating Investigator Information

Coordinating Investigator: Prof. Vansintejan Johan
Sponsor: /
Principal Investigator: Vande Cauter Lentel
Co-investigators: Coenen Lotta
Study Coordinator: Vande Cauter Lentel
Study sites and co-investigators: Vrije Universiteit Brussel

5. List of Abbreviations

6. Introduction

6.1 Overview of ~~Disease Pathogenesis~~ / definitions and background

Het innerlijke gevoel zich man/vrouw/beiden/geen van beiden te voelen (ofwel 'genderidentiteit) kan al dan niet overeenstemmen met het geslacht toegewezen bij de geboorte. Zo zijn er drie grote subtypes: cisgender, transgender en non-binaire identiteit. (1)

Wanneer het toegekende geboortegeslacht niet overeenstemt met de genderidentiteit, spreken we dus van een transgender persoon. Dit kan (maar hoeft niet) met zich meebrengen dat deze persoon bepaalde stappen neemt om hun lichaam beter te doen passen bij de genderidentiteit; bv naamwijziging, sociale aanpassingen, hormoontherapie, (geslacht veranderende) chirurgie. (2)

In de afgelopen jaren gebeurde er steeds meer onderzoek naar deze groep personen. Daaruit bleek onder meer dat mentale problemen zoals depressie, angst en suïcidaliteit komen vaker voor bij transgender personen dan bij cisgender personen. Toegang tot (transgender specifieke) zorg, trauma's, discriminatie, etc… houden hier onder andere verband mee. (3-6)

6.2 Epidemiology

Het is moeilijk exacte epidemiologische gegevens te bekomen, enerzijds omdat er verschillende definities gehanteerd worden in verschillende onderzoeken, anderzijds omdat er nog veel taboe heerst. Van Caenegem et al. onderzochten de prevalentie van gender non-conformiteit in Vlaanderen. Gender non-conformiteit werd gevonden bij 0.7% van de volwassen mannen en 0.6% van de volwassen vrouwen. Bij minderjarigen lagen de cijfers hoger: respectievelijk 0.9% en 2.1%. Zij schatten dat er in Vlaanderen 17 150-17 665 gender non-conforme mannen zijn en 14 473-15 221 gender non-conforme vrouwen. (7)

6.3 Current Treatments / current organization of care

In België kan een transitie opgestart worden via een multidisciplinair genderteam of een individueel uitgestippeld traject. De genderteams zijn verbonden aan een ziekenhuis. Een zorgtraject start met oriënterende gesprekken bij een psychische hulpverlener. Nadien kunnen hulpverleners van andere disciplines ingeschakeld worden naargelang de hulpvraag van de patiënt. (8)
Echter; voor een eerste gesprek bij de psycholoog is er vaak een wachttijd van meer dan 1 jaar.

6.4 Study Rationale and Purpose

Vermits er een lange wachttijd is alvorens men terecht kan bij een gespecialiseerd team is het onze vraag of de huisarts in deze wachtperiode en ook in het traject tijdens en na de transitie een rol kan spelen. Het doel van deze studie is daarom het achterhalen of er ook een rol voor de huisarts is weggelegd in dit transitieproces en hoe deze dan kan ingevuld worden.
Anderzijds willen we uitzoeken of het betrekken van de huisarts mogelijk de wachtlijsten kan verkorten.

6.5 Rationale for Study Design

Transgender personen zelf zijn tegenwoordig zeer overbevraagd voor studies, bovendien wordt er in veel (grootschaligere) studies reeds gepolst naar ervaringen met de zorg, de eerste lijn, …
Wij kiezen voor het interviewen van zorgverleners die intussen zeer vertrouwd zijn met de context van de trans persoon en de problemen waar zij op botsen. Door zorgverleners van verschillende disciplines te interviewen, zowel in de genderteams als de ambulante zorg; hopen we een gevarieerd aantal meningen te krijgen.
We kozen voor een kwalitatief studie design omdat deze materie zeer moeilijk is kwantitatief te definiëren en te meten.

7. Study Schematic and Schedule of Activities

7.1 Study Schematic

1. Literatuurstudie.
2. Goedkeuring aanvragen Ethische Commissie.
3. Contacteren van zorgverleners: via e-mail (of telefonisch, indien enkel telefoonnummer vermeld staat op website).
4. Interviewen van zorgverleners: bij voorkeur face to face maar indien onmogelijk o.w.v. praktische redenen, online (videochat). Bij start van het interview wordt een informed consent afgenomen. Het interview wordt opgenomen met een voice recorder.
5. Transcriptie van de interviews.
6. Thematische analyse.
7. Uitschrijven van masterproef met bespreken van resultaten en conclusies.

7.2 Study Activities

De studie activiteit bestaat uit de afname van semi gestructureerde interviews bij zorgverleners.

8. Study Objectives and endpoints

8.1 Primary Objective

Definiëren van de rol die de huisarts kan opnemen in een transitieproces en de zorg voor de transgender persoon in het algemeen.

8.2 Secondary Objectives

Uitzoeken of het meer betrekken van de huisarts een potentiële impact kan hebben op de duur van de wachtlijsten

8.3 Endpoints

Er zijn geen meetbare eindpunten in een kwalitatieve studie.

9. Investigational Plan

9.1 Overall Study Design

Kwalitatieve studie d.m.v. semi gestructureerde interviews.

9.2 Study Duration for Subjects

Interview met een geschatte duur van 45-60 min. Nadien is hun deelname afgelopen, er worden geen vervolgcontacten gepland.

10. Selection of Subjects

10.1 Selection of Study Population

Zowel zorgverleners in georganiseerde centra (bv Gent, Genk,…) als ambulante zorgverleners zullen gecontacteerd worden. Een lijst van ambulante zorgverleners van verschillende disciplines is te vinden op de zorgkaart van transgender infopunt: https://www.transgenderinfo.be/nl/zorgkaart .
De uitnodiging tot deelname zal via e-mail gebeuren, tenzij de betreffende zorgverlener enkel een telefoonnummer als contactgegevens weergeeft op diens website.

10.2 Inclusion Criteria

- Zorgverlener zijn.
- Gespecialiseerd/werkzaam zijn in zorg voor transgender personen
- De Nederlandse taal beheersen.

10.3 Exclusion Criteria

- Geen Nederlands spreken.
- Niet (meer) actief zijn in de trans zorg.

11. Data Collection and Management

11.1 Monitoring : /

11.2 Data Collection

Via semi gestructureerde interviews, opgenomen met een dictafoon. De interviews worden nadien getranscribeerd en gepseudonimiseerd. Er zullen participanten betrokken worden tot datasaturatie bereikt is. We verwachten dit te bekomen na ongeveer 10 interviews.

11.3 Database Management and Quality Control

De data zullen worden bewaard op een beveiligde server van de 'Vakgroep huisartsgeneeskunde en chronische zorg'. De opnames worden vernietigd.

11.4 Statistical Considerations and Data Analysis

Kwalitatieve studie. De data zullen worden geanalyseerd volgens thematische analyse.

12. Ethical Considerations

12.1 Ethical conduct of the study

12.1.1 Declaration of Helsinki:

De onderzoekers zijn hiervan op de hoogte en zullen de verklaring van Helsinki respecteren.

12.1.2 Ethics Committee:

Goedkeuring van de ethische commissie van het UZ Brussel werd aangevraagd.

12.2 Informed Consent

Bij de aanvang van het interview zal een schriftelijke informed consent bekomen worden van de deelnemer. Bij online interviews wordt deze via e-mail bekomen, bij face to face interviews op papier.

12.3 Patient and Study Data Protection

De opnames worden na transcriptie vernietigd. De andere data zullen worden bewaard op een beveiligde server van de 'Vakgroep huisartsgeneeskunde en chronische zorg'.

12.4 Subject Identification

De antwoorden van de deelnemers zullen anoniem verwerkt worden in de thesis. Ondanks het feit dat namen niet genoemd zullen worden, blijft dit natuurlijk een zeer kleine study sample en kan het niet volledig uitgesloten worden dat o.b.v. de gegeven antwoorden, de geïnterviewde toch identificeerbaar is. (bv een antwoord waarin verwezen wordt naar een chirurgische procedure, die slechts door enkele chirurgen/urologen in België wordt uitgevoerd). Bij het uitschrijven van de resultaten zal de onderzoeker er voor zorgen dat er geen identificeerbare gegevens gebruikt worden.

12.5 Conflict of Interest

/

13. Conflict of interest statement

Er is geen 'conflict of interest' te rapporteren.

14. Tables and Figures

/

15. References

(1) Transgender Infopunt (2019). Genderidentiteit. Geraadpleegd op 26/08/2023 via https://www.transgenderinfo.be/nl/identiteit/concepten/genderidentiteit

(2) Transgender Infopunt (2019). Trans vrouw/man. Geraadpleegd op 24/08/2023 via https://www.transgenderinfo.be/nl/identiteit/transgender/trans-vrouwman

(3) Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J. R., Millet, N., Fernandez-Aranda, F., & Arcelus, J. (2017). Transgender and anxiety: A comparative study between transgender people and the general population. International Journal of Transgenderism, 18(1), 16-26.

(4) Bränström, R., Stormbom, I., Bergendal, M., & Pachankis, J. E. (2022). Transgender-based disparities in suicidality: A population-based study of key predictions from four theoretical models. Suicide and Life-Threatening Behavior.

(5) Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G., & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. International review of psychiatry, 28(1), 44-57.

(6) Nuttbrock, L., Bockting, W., Rosenblum, A., Hwahng, S., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2014). Gender abuse and major depression among transgender women: A prospective study of vulnerability and resilience. American journal of public health, 104(11), 2191-2198.

(7) Van Caenegem, E., Wierckx, K., Elaut, E., Buysse, A., Dewaele, A., Van Nieuwerburgh, F., De Cuypere, G. & T'Sjoen, G. (2015). Prevalence of Gender Nonconformity in Flanders, Belgium. Archives of Sexual Behavior, 44(5), 1281-1287

(8) Transgender Infopunt (2019). Zorgtraject voor volwassenen. Geraadpleegd 24/09/2023 via https://www.transgenderinfo.be/nl/transgenderzorg/overzicht-zorgtraject/zorgtraject-voor-volwassenen