



13. Seksuele oriëntatie en genderidentiteit

Vastgesteld LOI-SG: 13 januari 2026

Inhoud deeldraaiboek 13

13.1 Terminologie	229
13.2 Problemen met de seksuele oriëntatie	231
13.2.1 Definitie	231
13.2.2 Vragen	233
13.2.3 Probleembeschrijving	233
13.2.4 Mogelijke problemen	235
13.2.5 Plan van aanpak	236
13.2.6 Verwijzen	237
13.3 Transgender personen en genderincongruentie	237
13.3.1 Definitie	237
13.3.2 Vragen	238
13.3.3 Probleembeschrijving	239
13.3.4 Mogelijke problemen	241
13.3.5 Plan van aanpak	242
13.3.6 Verwijzen	242
Referenties	243

13.1 Terminologie

Er is de laatste jaren steeds meer maatschappelijke aandacht voor inclusiviteit en diversiteit van o.a. de seksuele oriëntatie en genderidentiteit. Met inclusiviteit wordt getracht stereotyperingen te doorbreken, (voor)oordelen te vermijden en iedereen bij de 'norm' te betrekken. Dit alles heeft als doel om tot een gelijkwaardige samenleving te komen waarin eenieder zich kan herkennen en zich welkom voelt.

In dit hoofdstuk worden verschillende begrippen gebruikt wat betreft de seksuele oriëntatie en de genderidentiteit. Het is goed om te realiseren dat taalgebruik omtrent seksuele oriëntatie en genderidentiteit aan continue maatschappelijke verandering onderhevig is. De in dit hoofdstuk gebruikte definities staan weergegeven in tabel 13.1 en tabel 13.2. De weergegeven definities zijn een simplificatie van de werkelijkheid en zijn daarom geenszins volledig of exclusief.

Dit deeldraaiboek richt zich niet op hulpverlening rond intersekse. Toch is het belangrijk om basiskennis hierover te hebben. Daarom is deze term opgenomen in de begrippenlijst in tabel 13.2. Intersekse gaat over de ervaring van geboren worden met een lichaam wat niet overeenkomt met het beeld dat de meeste mensen hebben van man en vrouw. Intersekse zegt daarmee niets over iemands seksuele oriëntatie of genderidentiteit. Net als bij niet-intersekse personen zijn de meeste intersekse personen heteroseksueel en hebben een mannelijke of vrouwelijke genderidentiteit. Ook kunnen zij, net als niet-intersekse mensen, een andere seksuele oriëntatie hebben of zich als

transgender identificeren. Doordat zij lichamelijk al afwijken van de norm die de maatschappij heeft, zullen zij vaker nadenken over hun genderidentiteit en seksualiteit. Intersekse mensen hebben het meest last van het maatschappelijk taboe en discriminatie (Marinus 2024).

Tabel 13.1 Begrippenlijst rondom seksuele oriëntatie *

Begrip	Omschrijving
Biseksueel	Iemand die zich aangetrokken voelt tot personen van beide geslachten (en/of genders)
Heteroseksueel	Iemand die zich overwegend aangetrokken voelt tot iemand van het andere geslacht (en/of gender)
Homoseksueel of lesbisch	Iemand die zich overwegend aangetrokken voelt tot iemand van het eigen geslacht (en/of gender)
Lhb+	Personen die lesbisch, homo, biseksueel, queer of asexueel zijn, die een ander label gebruiken of die nog niet weten wat hun seksuele oriëntatie is
Seksuele oriëntatie	Term die betrekking heeft op het geslacht (of het gender) van de personen op wie iemand verliefd wordt, tot wie men zich seksueel aangetrokken voelt en/of met wie men een relatie of seks heeft
Seksuele identiteit of zelfbenoeming	Hoe iemand over zichzelf denkt (zelfbeeld) als seksueel wezen en dat al dan niet deelt met hun omgeving

* Gebaseerd op: Raaijmakers 2019, De Graaf 2024.

Tabel 13.2 Begrippenlijst rondom gender en genderidentiteit *

Begrip	Omschrijving
Cisgender	Beschrijvende term voor een persoon van wie het toegewezen geboortegeslacht overeenkomt met de genderidentiteit
Crossdressing (of drag)	Het dragen van kleding en aannemen van de genderrol, die in de betreffende cultuur meer past bij die van het andere geslacht
Gender	Eigenschappen, gedrag en normen die sociaal-cultureel als mannelijk of vrouwelijk zijn gecategoriseerd
Genderbevestigende (of cross-sekse) hormonen	Hormonen waarvan toediening hiervan ervoor zorgt dat het uiterlijk meer overeenkomt met de genderidentiteit
Genderdiversiteit	Overkoepelende term voor variatie in genderidentiteiten
Genderdysforie	Klachten en ongemak die worden veroorzaakt door genderincongruentie
Genderexpressie	Wijze waarop iemand zich wat betreft gender naar buiten toe presenteert, bijvoorbeeld in naamgebruik, kleding, gedrag, haarstijl of stem
Genderidentiteit	Het gender waartoe iemand zichzelf rekent, zoals man, vrouw of non-binair
Genderincongruentie	Discrepancie tussen het toegewezen geboortegeslacht en de genderidentiteit (deze term wordt vooral in een medische context gebruikt en is opgenomen in de ICD-11)

Begrip	Omschrijving
Intersekse	Beschrijvende term voor de ervaringen van mensen geboren met een lichaam wat niet overeenkomt met wat in de maatschappij als mannelijk of vrouwelijk wordt gezien (bijvoorbeeld door de samenstelling van chromosomen, hormonen en andere geslachtskenmerken). Dit kan bij de geboorte al zichtbaar zijn of later in het leven duidelijk worden, zoals bij het uitblijven van menstruatie, het niet kunnen krijgen van kinderen, of bij een medisch onderzoek
Non-binair	Beschrijvende term voor iemand die zich niet thuis voelt in de binaire categorieën man of vrouw, maar zich beter voelt bij een non-binaire genderidentiteit.
Sekse of geslacht	Het bij geboorte toegewezen of na geslachtsaanpassing aangenomen geslacht
Sociale transitie	Proces waarbij een transgender persoon diens sociale leven gaat leiden zodat het meer overeenkomt met de genderidentiteit
Trans man, trans jongen (of: transgender man, transgender jongen)	Persoon met een mannelijke (of overwegend mannelijke) genderidentiteit, waarbij bij de geboorte een ander geslacht is toegewezen
Trans vrouw, trans meisje (of: transgender vrouw, transgender meisje)	Persoon met een vrouwelijke (of overwegend vrouwelijke) genderidentiteit, waarbij bij de geboorte een ander geslacht is toegewezen
Transgender	Beschrijvende term voor een persoon waarbij de genderidentiteit niet overeenkomt met het toegewezen geboortegeslacht
Transitie	Alle interventies en acties die nodig zijn voor een transgender persoon om meer te gaan leven in overeenstemming met de genderidentiteit

* Gebaseerd op: Claahsen 2023, Coleman 2022, Kastelijn 2020, Marinus 2024, Raaijmakers 2019. NB. Taalgebruik omtrent genderidentiteit verandert geregeld. Voor een actuele beschrijving van termen gebruikt rondom gender en genderidentiteit, zie bijvoorbeeld [de website van Transgendernetwerk](#) en [de website van Transvisie](#).

13.2 Problemen met de seksuele oriëntatie

13.2.1 Definitie

Met seksuele oriëntatie worden de gevoelens van romantische en/of seksuele aantrekkingskracht tot een andere persoon bedoeld. Soms wordt dit gesplitst in seksuele oriëntatie (tot wie je je seksueel aangetrokken voelt) en romantische oriëntatie (op wie je verliefd wordt en met wie je een liefdesrelatie aan zou gaan). Deze komen namelijk vaak overeen, maar niet altijd. In dit deeldraaiboek wordt onder seksuele oriëntatie ook romantische aantrekkingskracht verstaan, tenzij anders vermeld.

Er is de laatste jaren steeds meer maatschappelijke aandacht voor inclusiviteit en diversiteit van de seksuele oriëntatie. Seksuele oriëntatie wordt doorgaans gebaseerd op het geslacht van de partner(s) in vergelijking met die van de cliënt zelf. Iemand kan echter ook aantrekkingskracht voelen op basis van de genderexpressie, of andere kenmerken van de ander. Het toegewezen geboortegeslacht en de genderidentiteit van zowel de cliënt zelf als dat van de seksuele partner spelen een rol in de huidige benaming en zijn in de huidige

definitie van seksuele oriëntatie nog niet volledig meegenomen (zie ook paragraaf 13.3). Bovengenoemde oriëntaties zijn dan ook geenszins compleet of exclusief (Huijnk 2022). Om in dit deeldraaiboek een inclusieve beschrijving mogelijk te maken wordt hier voor oriëntaties die niet exclusief heteroseksueel zijn de term 'lhb+' gehanteerd.

Problemen bij de seksuele oriëntatie kunnen ontstaan wanneer de cliënt bijvoorbeeld twijfelt over de eigen seksuele en/of romantische verlangens ten aanzien van andere personen. De cliënt kan lijden onder, al dan niet geïnternaliseerde, oordelen (binnen de directe omgeving, de cultuurreligieuze peergroup of de bredere maatschappelijke omgeving). De problemen kunnen zich voordoen op drie dimensies: (seksuele) aantrekking, gedrag en zelfbenoeming. Dit kan op alle gebieden tegelijk, maar ook op elk gebied afzonderlijk.

Kader 13.1: Vragen tijdens consult rondom problemen met de seksuele oriëntatie

- Wat is je vraag? Welke hulp zou je willen?
- Waar loop je tegenaan?
- Wat zijn de kenmerken van de persoon/personen die centraal staat/staan in je seksuele verlangens/fantasieën, je seksuele gedrag en je behoefte aan intimiteit/relatievorming?
- Hoe was dat vroeger, hoe is het nu?
- Wat vind je van jezelf, hoe zou je zelf je seksuele verlangens benoemen?
- Hoe denk je dat jouw omgeving je ziet?
- Weet je omgeving van je verlangens en hoe wordt daar op gereageerd?
- Heb je (intieme, seksuele) ervaringen met andere mensen?
- Ben je op dit moment verliefd?
- Kun je aangeven waarom je op die persoon verliefd bent?
- Uit die verliefdheid zich ook in (sterke) seksuele verlangens naar die persoon?
- Weet je of de verliefdheid wederzijds is?
- Heb je al eens seksueel contact gehad met deze persoon?
- Hoe zie je de toekomst in relatie tot je seksuele gevoelens?
- Heb je problemen met je seksuele oriëntatie of het label dat anderen aan je kunnen geven? Zo ja, welke problemen?
- Sinds wanneer ervaar je deze problemen?
- Wat betekent dat in je dagelijkse leven, school, werk?
- Heb je eerder hulp gezocht?
- Hoe zou je jezelf op dit moment geestelijk typeren: evenwichtig/onevenwichtig, somber/vrolijk?
- Hoe is het met je stemming? Heb je depressieve gevoelens en/of suïcidale gedachten naar aanleiding van je gevoelens?
- Gebruik/misbruik je alcohol, kalmerende middelen (of antidepressiva), slaapmiddelen, pijnstillers en/of drugs? Zie je zelf een relatie tussen dit gebruik en je seksuele verlangens?
- Heb je te maken (gehad) met uitsluiting of (seksueel) geweld?

13.2.2 Vragen

In kader 13.1 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult. Er kan ook gebruik worden gemaakt van de [SexQ tool](#) om het gesprek over seksualiteit en genderidentiteit aan te gaan (Bunger 2022).

13.2.3 Probleembeschrijving

Prevalentie

Naar schatting ervaart 4-6% van de Nederlandse bevolking (ook) romantische en/of seksuele gevoelens voor personen van dezelfde sekse. Aantrekking tot beide seksen komt ongeveer even vaak voor als aantrekking tot alleen dezelfde sekse. De mate van aantrekkingskracht naar anderen varieert enorm per persoon, en kan ook in de tijd variëren. Er bestaan verschillende benaderingen om seksuele oriëntatie te omschrijven. Een daarvan is de categoriale benadering, waarbij er wordt uitgegaan van aantrekking tot één of beide seksen. In de continue benadering wordt gebruik gemaakt van een spectrum, waarbij vragen worden gesteld als 'ik voel me meestal aangetrokken tot'. De meeste mensen herkennen zich beter in de continue dan in de categoriale benadering van seksuele oriëntatie. De laatste jaren is er steeds meer aandacht voor seksuele fluiditeit, waarbij de seksuele oriëntatie aan verandering onderhevig kan zijn. Indien de continue benadering wat betreft een lhb+oriëntatie wordt gehanteerd, kunnen prevalentiecijfers oplopen tot 10% van de Nederlandse bevolking (Huijnk 2022, Raaijmakers 2019).

Seksuele oriëntatie is dus niet per definitie een vaststaand gegeven. Er is sprake van een continuüm, op elk van de eerdergenoemde dimensies. Iemand kan verlangens hebben voor iemand van de eigen sekse, maar geen seksueel contact of liefdesrelatie met een partner van dezelfde sekse aangaan. Ook hebben deze verlangens lang niet altijd invloed op de zelfbenoeming van de cliënt. Het is daarom goed om als hulpverlener een open houding te hebben, de gevoelens en vragen van de cliënt te exploreren en deze zelf te laten definiëren. Het is ook goed te weten dat 9% van de lhb+jongeren hun seksuele oriëntatie niet wenst te definiëren om niet in een hokje geplaatst te worden (Huijnk 2021, Raaijmakers 2019).

Ontwikkeling van de seksuele oriëntatie

Er bestaan verschillende modellen om de ontwikkeling van de seksuele oriëntatie te beschrijven. Bezwaar tegen deze modellen is dat ze de ontwikkeling beschrijven als een lineair proces met vaste volgorde met als uitkomst een vaststaande seksuele oriëntatie. In elk van de modellen worden mijlpalen benoemd, zoals het besef dat men zich aangetrokken voelt tot dezelfde of beide seksen, verwarring daarover, zelfidentificatie, seksueel gedrag, coming out en acceptatie. De volgorde waarin elk van deze aspecten binnen een persoon aan de orde komt en de betekenis die eraan gehecht wordt, kan enorm verschillen. Er kan aan de cliënt gevraagd worden welke aspecten en mijlpalen zijn ervaren door de cliënt zelf en op welke manier, zodat recht gedaan wordt aan deze verschillen.

Over het algemeen wordt aangenomen dat een predispositie voor een lhb+oriëntatie aangeboren is. Over de oorzaken daarvan bestaan diverse biologische en psychologische theorieën. Aangezien de onderzoeksuitkomsten niet eenduidig zijn en omdat kennis van de oorzaken niet van wezenlijk belang is voor de benadering van cliënten, wordt hier niet verder ingegaan op deze theorieën.

Voor de meeste jongeren geldt dat ze zich vanaf hun 12e-15e jaar voor het eerst seksueel aangetrokken voelen tot iemand; soms treedt dit vroeger op (Bakker 2014). De ontdekking van en eventuele twijfel over de seksuele oriëntatie en zelfbenoeming zijn niet altijd eenvoudig voor de cliënt. Bij sommige jongvolwassenen ontstaan problemen waarvoor ze professionele hulp nodig hebben, vaak door een afwijzende houding vanuit de sociale omgeving. Angst voor het oordeel van de omgeving hangt voor een deel af van de eigen sociaal-culturele en religieuze achtergrond. Binnen Nederland zijn er wat dat betreft grote verschillen.

Psychosociaal welzijn

De kans op verminderd psychisch en fysiek welzijn is voor lhb+jongeren groter dan voor heteroseksuele jongeren. Dit komt waarschijnlijk doordat zij minderheidsstress ervaren. Dit is een specifieke vorm van stress die voortkomt uit het behoren tot een gestigmatiseerde 'minderheid' in de maatschappij, zoals lhb+ zijn of een migratieachtergrond hebben (Joemmanbaks 2024). Ook door leeftijdgenoten wordt diversiteit in de seksuele oriëntatie niet altijd geaccepteerd. Lhb+jongeren worden vaker gepest en voelen zich vaker ongelukkig dan heteroseksuele jongeren, al is dit de afgelopen jaren voor beide groepen wel verbeterd (Huijnk 2021). Coping en het hebben van een steunend sociaal netwerk kunnen juist beschermend werken (Joemmanbaks 2024).

Lhb+jongens krijgen vaker te maken met seksuele grensoverschrijding: 33% van de lhb+jongens ten opzichte van 20% van de jongens met een heteroseksuele oriëntatie. Voor meisjes is dit 55% waarbij er geen verschil is te zien tussen meisjes met een lhb+oriëntatie en meisjes met een heteroseksuele oriëntatie (De Graaf 2017). Fysiek seksueel geweld komt ook vaker voor bij mensen met een lhb+oriëntatie, waarbij vrouwen met een biseksuele oriëntatie het vaakst slachtoffer zijn (34%). Vrouwen met een lesbische of heteroseksuele oriëntatie en mannen met een homo- of biseksuele oriëntatie krijgen in min of meer gelijke mate te maken met fysiek geweld (~12%). Mannen met een heteroseksuele oriëntatie zijn het minst vaak slachtoffer van fysiek seksueel geweld (3%) (Huijnk 2022).

Andere mogelijke problemen met de seksuele gezondheid kunnen bijvoorbeeld problemen met integratie van intimiteit en seksualiteit zijn, onder andere ten gevolge van een minder vanzelfsprekend lopende seksuele ontwikkeling.

Er bestaan sekseverschillen in de seksuele oriëntatie. Van de mensen met een lhb+oriëntatie zijn mannen vaker uitsluitend georiënteerd op de eigen sekse en vrouwen vaker in bepaalde mate op beide seksen (Huijnk 2022). Verder bestaan er binnen de lhb+gemeenschap gezondheidsverschillen. Over het algemeen hebben personen met een seksuele oriëntatie op meerdere seksen (bijvoorbeeld biseksualiteit) een lager niveau van welzijn dan personen met een oriëntatie op één sekse: zij houden vaker hun seksuele oriëntatie geheim, denken negatiever over hun eigen seksualiteit en hebben minder vaak contact met peers uit de eigen gemeenschap. Dit laatste wordt gezien als onderdeel van de oorzaak voor de onderlinge verschillen in welzijn. Daarnaast hebben zij vaker te maken met negatieve vooroordelen vanuit zowel de eigen gemeenschap als de omgeving (Baams 2021, Huijnk 2022).

Seksuele oriëntatie en omgeving

Openheid naar de omgeving over de seksuele oriëntatie kan iemand houvast geven om een volwaardige levensstijl te ontwikkelen. Voor een deel van de mensen, bijvoorbeeld mensen met een migratie- of religieuze achtergrond, gaat dit minder goed op (Huijnk 2022). Zij voelen niet altijd de gelegenheid hun seksuele oriëntatie als een zichtbaar onderdeel van de eigen persoonlijke identiteit te tonen. Vanwege de angst voor de reactie van de omgeving wordt de seksuele oriëntatie soms lang geheim gehouden voor de buitenwereld, wat een belangrijke factor is voor het ontstaan van problemen. Gemiddeld vertellen jongeren voor het eerst tussen de 16 en 17 jaar over hun gevoelens; de coming-out. Het is goed om te realiseren dat de coming-out geen eenmalig event is, maar dat mensen om uiteenlopende redenen regelmatig opnieuw hun coming-out (moeten) doen (EUFRA 2020, Huijnk 2021). Ongeveer een derde van alle lhb+personen houdt de seksuele oriëntatie helemaal geheim voor de buitenwereld. Daarom is het zinvol uit te gaan van de eigen wensen en mogelijkheden van de hulpvrager. Wat wil de hulpvrager met de eigen seksuele verlangens, welke plek moet dat in het eigen leven krijgen, en hoe open wil deze persoon daarover zijn naar anderen?

13.2.4 Mogelijke problemen

Onzekerheid ten opzichte van de seksuele oriëntatie

Twijfel over de seksuele oriëntatie kan grote onzekerheid en eenzaamheid opleveren, in de puberteit, maar ook op latere leeftijd. Seksueel misbruik door iemand van hetzelfde geslacht kan verwarring geven over de eigen seksuele oriëntatie.

Negatief zelfbeeld

Acceptatie- en waarderingsproblemen kunnen leiden tot een negatief zelfbeeld. Iemand is zich bewust van de eigen seksuele oriëntatie, maar slaagt er niet in om deze oriëntatie als positief of neutraal te waarderen.

Verlies van sociale contacten

Door coming-out lopen sommige mensen de kans het bestaande sociale netwerk en steun te verliezen, in het bijzonder binnen etnische en religieuze gemeenschappen waarin men sterk afwijzend kan staan tegenover een lhb+oriëntatie.

Psychische problemen

Door het samenspel van problemen met de seksuele oriëntatie en negatieve reacties uit de omgeving kunnen ernstige persoonlijke problemen ontstaan. Uit onderzoek blijkt dat eenzaamheid, depressie, sociale fobie, automutilatie, middelenmisbruik, overmatig alcoholgebruik en suïcidaliteit vaker voorkomen onder lhb+personen ten opzichte van personen met een heteroseksuele oriëntatie (Huijnk 2022). Deze ernstige psychische problematiek blijkt vaak ontkend en onderschat te worden, ook door lhb+personen zelf.

Vormgeving seksuele oriëntatie

Vragen rondom de vormgeving van de seksuele oriëntatie kunnen zich aandienen. Hoe en waar vind ik mijn gewenste seksuele en relatiepartners? Hoe zoek ik mijn weg binnen de verschillende subculturen die er bestaan? Ga ik voor een duurzame relatie? Hoe ga ik om met mijn eventuele kinderwens? Hoe beweeg ik mij in een maatschappij waar ik niet overal geaccepteerd word?

Specifieke problemen rondom bisexualiteit

Mensen met een biseksuele oriëntatie kunnen tegen specifieke problemen aanlopen. Een biseksuele oriëntatie wordt niet altijd serieus genomen in de omgeving en is vaak onzichtbaar in de maatschappij, zeker als men in een heteroseksuele relatie zit. Biseksuele personen kunnen het lastig vinden om open te zijn over hun oriëntatie. Ook kunnen ze te maken krijgen met vooroordelen omdat ze niet aan de monoseksuele norm (uitsluitend georiënteerd op één sekse) voldoen, van mensen zowel buiten als binnen de lhb+gemeenschap. Mogelijk is mede daardoor de biseksuele groep psychisch minder gezond en heeft een ongezondere leefstijl dan andere personen binnen de lhb+gemeenschap (Baams 2021, Huijnk 2022).

(Seksueel) geweld en grensoverschrijding

Verminderde weerbaarheid, als gevolg van sociaal isolement en een negatief zelfbeeld, maakt lhb+jongeren kwetsbaarder voor (seksueel) geweld en seksuele grensoverschrijding. Maar ook lhb+volwassenen kunnen te maken krijgen met zeer bedreigende vormen van lhb+gerelateerd geweld. Een negatieve reactie van de omgeving op non-genderconform gedrag en op openbare uitingen van een lhb+voordeur speelt hierin een rol. Cijfers van ervaringen met (seksueel) geweld variëren van 50% onder biseksuele vrouwen tot 25% onder homomannen (CBS 2020).

Seksuele problemen

Mensen met een lhb+oriëntatie beleven evenveel plezier aan seks en hebben evenveel seksueel zelfvertrouwen als mensen met een heteroseksuele oriëntatie. En, net als bij heteroseksuele personen, kunnen zich problemen voordoen ten aanzien van onzekerheid over het uiterlijk en de seksuele prestaties. Naarmate er een groter psychisch welbevinden is, is de seksbeleving positiever en zijn er minder seksuele problemen (bij mannen voornamelijk erectiestoornissen, bij vrouwen verminderd verlangen en pijn bij vrijen). Seksueel contact zonder condoom komt vaker voor bij mannen die seks hebben met mannen (De Graaf 2017). Dit, in combinatie met een hogere prevalentie van soa en hiv in deze groep en bij anale seks een grotere overdrachtskans hiervan, maakt dat zij een grotere kans hebben op het oplopen van soa en hiv.

Specifieke problemen bij personen met een lhb+oriëntatie binnen een heteroseksuele relatie

Een lhb+oriëntatie binnen de context van een heteroseksuele relatie kan specifieke problemen met zich meebrengen. Bijvoorbeeld als iemand in een heteroseksuele relatie erachter komt biseksuele gevoelens te hebben, of als iemand er bewust voor kiest een heteroseksuele relatie aan te gaan ondanks homoseksueel of lesbisch te zijn, vanwege angst voor negatieve reacties. Als problematische gevoelens voor dezelfde of beide seksen tijdens een heteroseksuele relatie aanwezig zijn, dan spreekt men van orpheusproblematiek. Andere problemen die veel voorkomen, hebben te maken met openheid naar de buitenwereld.

13.2.5 Plan van aanpak

Wat kan de verpleegkundige/arts seksuele gezondheid doen?

- De meeste hulpvragen hebben te maken met verwarring over de eigen seksuele oriëntatie. Neem een open houding aan en doe geen aannames.
- Richt je niet direct op oplossingen, maar laat de cliënt het eigen verhaal doen en exploreer samen vragen en problemen.

- Taalgebruik kan belangrijk zijn. Vraag hoe iemand zichzelf ziet en zichzelf benoemt. Niet iedereen wenst de oriëntatie te definiëren en niet bij iedereen komen gedrag en aantrekking overeen met zelfbenoeming.
- Wees alert op signalen van (seksueel) geweld.

13.2.6 Verwijzen

Zo nodig kan een tweede gesprek volgen om de hulpvraag uitgebreider te verhelderen en/of informatie en advies te geven en/of de cliënt te motiveren voor verwijzing en verdere hulp en/of adressen of websites aan te reiken, zoals:

- [COC](#): Nederlandse belangenorganisatie voor integratie en acceptatie van seksuele en genderdiversiteit;
- [Switchboard](#): activiteiten over en voor personen met seksuele en genderdiversiteit;
- [Iedereenisanders.nl](#): website voor jongeren met informatie en tips over 'anders' zijn;
- [Biplus.nl](#): website voor personen die zich aangetrokken voelen tot meer dan één geslacht of gender;
- [Orpheushulpverlening.nl](#): landelijke vereniging voor hulpverlening bij een lhb+oriëntatie binnen een heteroseksuele relatie;
- [Stichting Mind/korrelatie](#): contact met een hulpverlener bij psychische problematiek rondom seksualiteit.

Specifiek voor jongeren:

- [Sense.info](#): allerlei vragen rondom seks en seksualiteit voor jongeren met een specifiek deel voor lhb+personen;
- [Jong en out](#): community opgericht door COC met o.a. peer-support voor jongeren over seksuele diversiteit en genderdiversiteit;
- [Praten online](#): online contact voor jongeren die zich angstig, somber of gespannen voelen; extra aandacht voor personen in de lhb+community;
- [Pestweb](#): website die je kan helpen als je gepest wordt om bijvoorbeeld je seksuele oriëntatie;
- [Expreszo](#): online lhb+magazine met als focus jongeren;
- [Outway](#): ondersteuning en peer-support voor jongeren middels bijvoorbeeld een buddysysteem en een zomerkamp.

Overige organisaties:

- bij psychische comorbiditeit en/of seksuele problematiek: verwijzen naar huisarts en eventueel naar tweedelijns GGZ met affiniteit voor seksuele en genderdiversiteit: [rozeinwit.nl](#);
- bij suïcidale gedachten: [113 zelfmoordpreventie](#);
- bij problematisch middelengebruik: via huisarts naar verslavingszorg, eventueel attenderen op de websites van [chemsex.nl](#) en [mainline.nl](#) indien (vooral) middelengebruik tijdens seks.

13.3 Transgender personen en genderincongruentie

13.3.1 Definitie

De term 'transgender persoon' geldt in het algemeen voor mensen bij wie hun genderidentiteit (het gender waartoe iemand zichzelf rekent) niet overeenkomt met het toegewezen geboortegeslacht. Dit is een paraplueterm. Het gaat om een continuüm van het gevoel geheel, gedeeltelijk of soms, man of vrouw, of noch man of vrouw te zijn. Onder die laatste categorie valt ook

de term ‘non-binair’ die letterlijk ‘niet-tweeledig’ (in dit geval: niet man of vrouw) betekent. Dit in tegenstelling tot personen waarbij de genderidentiteit wel overeenkomt met het geboortegeslacht, ook wel ‘cisgender’ genoemd. De manier waarop personen hun genderidentiteit aan de omgeving laten zien wordt genderexpressie genoemd (Claahsen 2023).

In de DSM-5 wordt de diagnose genderdysforie gehanteerd als er een duidelijke incongruentie bestaat tussen de genderidentiteit en het toegewezen geboortegeslacht, de symptomen minimaal 6 maanden bestaan, en als de aandoening zorgt voor aanzienlijk lijden en stress op diverse of alle levensgebieden. De World Health Organisation (WHO) hanteert sinds 2019 de ICD-11 term genderincongruentie. Tevens is het onderwerp genderincongruentie verplaatst van het hoofdstuk ‘geestelijke gedragsproblemen’ naar ‘aandoeningen binnen de seksuele gezondheid’. Redenen hiervoor zijn onder andere het normaliseren van genderincongruentie zonder het te beschouwen als een uiting van mentale ziekte en het verminderen van stigma’s rondom gendervraagstukken (American Psychiatric Association 2013, WHO 2019).

Transgender personen kunnen dus last hebben van genderincongruentie. Dit is echter niet noodzakelijk. Als hier wel klachten en ongemak door worden ervaren (genderdysforie) kan dit zich op veel verschillende manieren uiten. Bijvoorbeeld in een sterke wens behandeld te worden als zijnde van het andere geslacht, de genderexpressie aan te passen aan het andere geslacht, of de wens tot (permanente) aanpassing van de geslachtskenmerken.

13.3.2 Vragen

Rondom genderidentiteit kunnen zich tijdens het consult seksuele gezondheid de volgende problemen en/of vragen aandienen:

- twijfel en verwarring over eigen genderidentiteit en vragen met betrekking tot normaliteit;
- vragen naar informatie over genderidentiteit en genderincongruentie;
- moeite met acceptatie en vraag om hulp bij het onderdrukken van de gevoelens;
- vragen naar informatie over de mogelijkheden tot genderbevestigende behandeling;
- vragen met betrekking tot seksualiteit.

Het is belangrijk om te benoemen dat met vraagstukken rondom seksualiteit hier niet per definitie seksuele oriëntatie wordt bedoeld. Transgender personen die last hebben van hun genderincongruentie kunnen ook problemen ervaren bij seksuele intimiteit met zichzelf dan wel andere personen door bijvoorbeeld afkeer van het eigen lichaam.

In kader 13.2 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult. Daarnaast kan er gebruik worden gemaakt van de [SexQ tool](#) om het gesprek over seksualiteit en genderidentiteit aan te gaan (Bungener 2022).

Kader 13.2: Vragen tijdens consult rondom problemen met genderidentiteit

- Wat zijn je voornaamwoorden? (bijvoorbeeld hij/hem, zij/haar, die/diens, hen/hun)
- Hoe zou jij je genderidentiteit beschrijven?
- Ben je tevreden met je uiterlijk?
- Sinds wanneer heb je deze gevoelens? Hoe is dat voor je?
- Waar loop je tegen aan?
- Heb je ooit eerder met iemand over je gevoelens en twijfels gesproken?
- Weet je omgeving van je gevoelens en verlangens?
- Zijn je gevoelens duidelijk voor jezelf of twijfel je over je eigen genderidentiteit?
- Wat is je vraag? Welke hulp zou je willen?
- Heb je behoefte dat de buitenwereld jou ziet zoals je je voelt?
- Zou jij veranderingen willen aan je uiterlijk zodat deze (beter) past bij je genderidentiteit?
- Wat zou je dan willen aanpassen of veranderen?
- Heb je een partner? Hoe is je relatie?
- Weet je partner dit? Wat is zijn/haar/hun reactie?
- Hoe voel je je over seksueel contact (met anderen)?
- Weet je op wat voor soort personen je valt?
- Hoe gaat het met je op school of op je werk?
- Heb je te maken (gehad) met uitsluiting of (seksueel) geweld?
- Ben je wel eens depressief of angstig door je gevoelens en twijfels?
- Denk je er wel eens aan om je leven te beëindigen?
- Gebruik je (overmatig) alcohol en/of drugs?
- Is er sprake van co-morbiditeit (genetisch, hormonaal, cerebraal, psychologisch, cognitief)?

13.3.3 Probleembeschrijving

De afgelopen jaren is er vanuit maatschappelijk oogpunt steeds meer aandacht voor inclusie en diversiteit, ook op het gebied van genderidentiteit. Er wordt geschat dat 3,9% van de Nederlanders een genderidentiteit heeft die niet of niet volledig past bij het toegewezen geboortegeslacht. Het is goed om te realiseren dat de hierna genoemde definities aan continue maatschappelijke verandering onderhevig zijn (Huijnk 2022, Kuyper 2017).

Momenteel wordt globaal onderscheid gemaakt tussen de volgende categorieën: binair transgender, non-binair en crossdressing.

Binair transgender (trans man, trans vrouw)

Bij binair transgender personen is, net als bij non-binaire personen, de genderidentiteit niet in overeenstemming met het toegewezen geboortegeslacht. De genderidentiteit bij binaire transgender personen is gewoonlijk tegenovergesteld aan het geboortegeslacht (bijvoorbeeld: een trans vrouw heeft een mannelijk toegewezen geboortegeslacht, maar identificeert zich als vrouw; een trans man heeft een vrouwelijk toegewezen geboortegeslacht, maar identificeert zich als man). Er wordt geschat dat ongeveer 1% van de Nederlandse bevolking zich als transgender persoon identificeert, waarbij het aandeel trans vrouwen iets hoger is dan het aantal trans mannen (Heida 2023).

Non-binair (o.a. agender, genderfluïde, genderqueer)

Personen die zich identificeren als non-binair hebben een genderidentiteit die niet of niet geheel te vatten is binnen de binaire categorieën 'man' en 'vrouw'. De term non-binair is wederom een paraplueterm. De gemeenschappelijke deler is dat de onderliggende genderidentiteit zich ergens op het continuüm tussen man en vrouw bevindt, of juist daarbuiten. De groep non-binaire personen is zeer divers inclusief de mate van ervaren genderdysforie. Een deel wil door de buitenwereld worden aangesproken met neutrale voornaamwoorden als die/diens of hen/hun, maar er zijn ook personen die hij/hem en zij/haar verkiezen. Het is daarom goed om bij consulten over genderidentiteit te vragen naar (en rekening te houden met) de gekozen voornaamwoorden van de cliënt. Ook de mate van expressie van de non-binaire genderidentiteit verschilt enorm. Er zijn personen waarbij de genderexpressie conform het toegewezen geboortegeslacht is, waardoor er voor de buitenwereld geen uiterlijke aanwijzing is dat de persoon zich als non-binair identificeert. Andere non-binaire personen ondergaan (permanente) lichamelijke aanpassingen, bijvoorbeeld door het gebruik van genderbevestigende hormonen of chirurgische ingrepen.

Crossdressing

Crossdressing zegt niets over de genderidentiteit of seksuele oriëntatie van de persoon. Vroeger werd hiervoor de term 'travestie' gebruikt; deze term heeft echter vaak een negatieve connotatie en wordt daarom liever vermeden. Personen die aan crossdressing doen passen tijdelijk, geheel of gedeeltelijk hun genderexpressie aan aan het andere geslacht. Hierbij kan gedacht worden aan kleding, sieraden en make-up die typisch worden geassocieerd met het andere geslacht (ook wel omkleden genoemd). Dit kan zowel alleen in de eigen omgeving als ook in de buitenwereld zijn (bijvoorbeeld *drag*). Er is in principe geen verlangen tot (blijvende) aanpassing van de geslachtskenmerken. Iedereen, zowel cisgender als transgender personen, kunnen aan crossdressing doen.

Het ontdekken van de genderidentiteit in de jeugd hoort bij een normale ontwikkeling. Genderincongruente gevoelens kunnen al op zeer jonge leeftijd optreden (Claahsen 2023). Er is beperkt onderzoek naar hoe vaak dit bij kinderen voorkomt. Op basis van zelfrapportage is het percentage transgender kinderen en jongeren onder 18 jaar, 0,2-2,7% (Heida 2023). Bij het grootste deel van de kinderen (73-94%) dat op jonge leeftijd genderincongruentie ervaart, verdwijnen deze gevoelens rond de leeftijd van 10-12 jaar (Bakker 2014). Het is (nog) niet mogelijk om betrouwbaar te voorspellen bij welk kind genderincongruentie aanhoudt en bij welk kind niet (Beek 2017). Soms ontstaan genderincongruente gevoelens in de puberteit en soms ook pas op volwassen leeftijd. Bij het naderen van de puberteit kunnen kinderen negatieve gevoelens ontwikkelen over hun lichaam, dat dan duidelijke geslachtskenmerken gaat vertonen. Genderatypisch gedrag kan leiden tot negatieve reacties van ouders en de omgeving, met als mogelijke gevolgen een verstoorde emotionele en sociale ontwikkeling en/of het ontstaan van genderdysfore gevoelens (Bakker 2014, Gort 2011). Indien de sociale omgeving van het kind genderincongruent gedrag accepteert, is de mate van genderdysforie vaak laag. Wanneer kinderen met (ernstige) genderdysforie naar een genderteam worden verwezen ten tijde van het intreden van de puberteit kunnen zij soms worden behandeld met puberteitsremmers. Van de jongeren die worden verwezen naar een genderteam identificeert inmiddels 10% zich als non-binair (Claahsen 2023). Opvallend hierbij is dat het aandeel personen dat wordt verwezen naar een

genderteam met het vrouwelijk geboortegeslacht de afgelopen jaren groter is geworden (De Graaf 2018).

Personen met genderdysfore gevoelens kunnen de wens hebben om ‘in transitie’ te gaan in de richting van de ervaren genderidentiteit. Het is hierbij belangrijk om onderscheid te maken tussen de sociale en de medische transitie. De sociale transitie gaat onder andere over de genderexpressie, de gewenste voornaam en de gewenste voornaamwoorden voor de omgeving. Transgender personen zijn, ook na sociale transitie, over het algemeen minder tevreden met hun lichaam dan cisgender personen (Witcomb 2015). Er kan dan worden gekozen voor een complementair medisch zorgtraject.

De medische transitie omvat de (permanente) aanpassing van de geslachtskenmerken aan de ervaren genderidentiteit. Hieronder vallen o.a. het gebruik van genderbevestigende hormonen en chirurgische behandelingen, maar ook logopedie, fertiliteitsbehandeling en/of permanente ontharing bij trans vrouwen. Het hangt van de persoon af hoe zowel de sociale als medische transitie wordt ingevuld. De mate van ervaren genderdysforie speelt hier een rol in. Het slagen van een behandeling kan o.a. worden afgemeten aan de vermindering van ervaren genderdysforie. De (medische) transitie van een cliënt met een goed sociaal netwerk heeft een hogere kans op slagen dan wanneer dit netwerk ontbreekt. Sinds 2014 is het niet langer noodzakelijk om een medische transitie te hebben doorgemaakt om het geslacht bij de burgerlijke stand aan te passen. Dit wordt ook wel een juridische transitie genoemd.

13.3.4 Mogelijke problemen

Cliënten met een hulpvraag rondom gender en genderidentiteit kunnen kampen met twijfel over hun eigen genderidentiteit en problemen met de acceptatie van deze gevoelens. Deze twijfel kan leiden tot vragen als “Wie ben ik? Wat is er met me aan de hand? Wat zou de betekenis van mijn verlangens en/of gedrag kunnen zijn?” Daarbij kan een cliënt hulp vragen hoe om te gaan met de verwarring. Soms roept het ook vragen op over de seksuele oriëntatie. Een vraag om informatie is vaak een onderdeel van deze hulpvraag.

Crossdressing gebeurt soms volledig in het geheim. Daarbij kan angst voor ontdekking, gepaard gaand met schaamtegevoelens en/of angst voor verlies van controle over de omkleeddrang, leiden tot stressgerelateerde klachten, angststoornissen, alcoholmisbruik, depressieve klachten, relationele spanningen, werkgerelateerde problemen, etc. Wanneer de sociale omgeving steunend is, is de kans kleiner dat er problemen optreden (Joemanbaks 2024).

Transgender personen kunnen last hebben van een afkeer van het eigen lichaam en/of sociale isolatie wat gepaard kan gaan met stress, angst, depressieve gevoelens, een laag zelfbeeld, problemen met intieme relaties en seksualiteit, middelenmisbruik, automutilatie en suicidaliteit (Beusekom 2018, Vijlbrief 2018). Deze problemen kunnen worden versterkt door gebrek aan (verwachte) acceptatie en afwijzing door de sociale omgeving. Cliënten kunnen vragen hebben over de vormgeving van hun genderidentiteit, genderbevestigende behandeling, seksualiteit en relaties. Onvrede met het eigen lichaam en onzekerheid over de genderidentiteit kunnen een positieve beleving van seksualiteit in de weg staan. Seksuele problemen komen voor bij een meerderheid van de transgender personen. Daarbij kan gedacht worden

aan angst voor en problemen bij het initiëren van seksueel contact, orgasmeproblemen of pijn bij het vrijen (Kerckhof 2019). Naarmate de psychische gezondheid beter is en er meer tevredenheid is met het eigen lichaam is er een positievere beleving van seksualiteit en zijn er minder seksuele problemen.

Transgender personen hebben vaker dan cisgender personen te maken met (seksueel) geweld, zijn relatief vaker alleenstaand, en hebben een lager inkomen. Over het algemeen ervaren trans mannen na transitie minder problemen dan trans vrouwen (Huijnk 2022, Van Oosterhout 2018).

De medische zorgvraag van transgender personen is heel divers en is o.a. afhankelijk van de mate van genderdysforie en bijkomende (psychische) klachten. De huisarts schat over het algemeen in of een cliënt verwezen moet worden naar een genderteam. Last van bijwerkingen en complicaties ten gevolge van een medische behandeling en onvrede met het resultaat van de behandeling kunnen voorkomen tijdens en na de medische transitie. Tevens kan in Nederland niet altijd voldaan worden aan de vraag naar genderbehandeling door strikte behandelprotocollen en capaciteitsproblemen. Dit kan een negatieve impact hebben op zowel fysieke als psychosociale gezondheid (Van de Grift 2024). Ook kan dit leiden tot ongecontroleerd gebruik van genderbevestigende hormonen die informeel, bijvoorbeeld via internet, worden verkregen, met alle gevolgen van dien.

Familieleden of partners van cliënten met genderdysforie kunnen worden geconfronteerd met een belangrijk deel van de identiteit van hun familielid/partner waarvan zij niet altijd weet hadden. Dit kan ingrijpende persoonlijke consequenties hebben. Daarom kan de omgeving van cliënten met genderdysforie behoefte hebben aan persoonlijke hulp of begeleiding.

13.3.5 Plan van aanpak

Wanneer uit de directe hulpvraag of uit gegevens verkregen door de algemene seksuele anamnese blijkt dat er sprake is van genderdysforie, zal er aanvullende informatie nodig zijn om de cliënt goed te kunnen verwijzen en deze persoon daarvoor te kunnen motiveren. Verder ingaan op de lijdensdruk en nagaan of er medische problematiek bestaat is van belang.

Wat kan de verpleegkundige/arts seksuele gezondheid doen?

- Neem een open houding aan ten aanzien van het verhaal van de cliënt en probeer niet in hokjes te denken.
- Heb oog voor de grote verschillen in ervaren genderidentiteit, genderexpressie, mate van dysforie en eventuele zorgvraag.
- Vraag aan de cliënt hoe deze graag wil worden aangesproken (hij/hem, zij/haar, hen/hun of die diens) en respecteer dit.
- Probeer samen met de cliënt de hulpvraag te verhelderen: iedere cliënt is anders en niet iedereen wenst (medische) transitie.
- Wees alert op signalen van (seksueel) geweld.
- Vraag de cliënt nogmaals langs te komen als de hulpvraag nog niet duidelijk is na het eerste gesprek.

13.3.6 Verwijzen

Zo nodig kan een tweede gesprek volgen om uitgebreider de hulpvraag te verhelderen en/of informatie en advies te geven en/of de cliënt te motiveren voor verwijzing en verdere hulp en/of adressen of websites aan te reiken, zoals:

- [Transvisie](#): patiëntenorganisatie voor transgender personen;
- [Transgender Wegwijzer](#): zorgkaart gemaakt door [Transgender Netwerk Nederland](#) en [Transvisie](#) waarin o.a. partners vermeld staan die ondersteuning en/of zorg bieden op het gebied van:
 - o medische zorg (o.a. diagnostiek, hormoonzorg en chirurgie);
 - o psychische ondersteuning;
 - o zelfhulp en ontmoeting, zoals de website van [genderpraatjes](#);
- [Huisartsenzorg voor Transgender Personen](#): kennisplatform dat huisartsen en POH-GGZ ondersteunt in het bieden van eerstelijns zorg aan transgender personen, ook nuttig voor verpleegkundige/arts seksuele gezondheid.

Overige organisaties:

- bij psychische comorbiditeit en/of seksuele problematiek: verwijzen naar huisarts en eventueel naar tweedelijns GGZ met affiniteit voor transgenderzorg: [rozeinwit.nl](#);
- voor praktische kennis voor huisartsen en POH-GGZ: [Huisartsenzorg voor Transgender Personen](#);
- voor verwijzing naar zorgverleners die specifieke affiniteit hebben met transgenderzorg: [Trans in eigen hand](#);
- voor een overzicht van zorgverleners binnen het zorglandschap voor transgender personen: [Transgenderzorg in Nederland](#);
- voor een overzicht van zorgverleners voor de medische transitie van transgender personen: [behandelaars medische transitie](#);
- bij psychische kwetsbaarheid bij jongeren: [Pratenonline.nl](#);
- bij suïcidale gedachten: [113 zelfmoordpreventie](#);
- bij problematisch middelengebruik: via huisarts naar verslavingszorg, eventueel attenderen op de website [chemsex.nl](#) indien (vooral) middelengebruik tijdens seks;
- indien zorgverleners vragen hebben over waar zij rekening mee kunnen houden bij verlening van zorg aan genderdiverse personen: [het zakkaartje](#) van [Treat it Queer](#).

Referenties

- American Psychiatric Association 2013. [Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5](#). 5th ed.
- Baams L, de Graaf H, van Bergen D, et al. 2021. Niet in één hokje: ervaringen en welzijn van bi+ personen in Nederland. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Bakker B, Peters I, Doorduyn T et al. 2014. Ben ik anders? In: Leusink P, Ramakers M. Handboek seksuele gezondheid: probleemgeoriënteerd denken en handelen. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Beek TF, Cohen-Kettenis PT, Bouman WP et al. 2017. [Gender incongruence of childhood: clinical utility and stakeholder agreement with the World Health Organization's proposed ICD-11 criteria](#). PLoS one 12(1):e0168522.
- Beusekom G van, Kuyper L 2018. Lhbt-monitor 2018: de leefsituatie van lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender personen in Nederland. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Bungener S, Beers E, Engelberts T et al. 2022. [SexQ: de tool om het gesprek te starten met jongeren over seksualiteit en genderidentiteit](#). Amsterdam UMC/Levvel/FWOS.

- CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek) 2020. [Prevalentiemonitor huiselijk geweld en seksueel geweld 2020](#). Den Haag/Heerlen/Bonaire: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Claahsen-van der Grinten H, Hannema E, Klink D et al. 2023. Jongeren met genderincongruentie: dilemma's in de multidisciplinaire behandeling met hormonen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2023;167:D7548.
- Coleman E, Radix AE, Bouman WP et al. 2022. [Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8](#). *Int J Transgend Health* 23(Suppl 1):S1–S259.
- EUFRA (European Union Agency for Fundamental Rights) 2020. [A long way to go for LGBTI equality. EU LGBTI Survey II](#). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- de Graaf H, Oldenhof A, Kraan Y, et al. 2024. [Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2023](#). Utrecht: Rutgers.
- de Graaf H, Wijsen C 2017. [Seksuele gezondheid in Nederland 2017](#). Utrecht: Rutgers.
- de Graaf N, Carmichael P, Steensma T et al. 2018. [Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: data from the Gender Identity Development Service in London \(2000-2017\)](#). *J Sex Med* 15(10):1381–1383.
- van de Griff TC, Martens C, van Ginneken L et al. 2024. [Waiting for transgender care and its effects on health and equality: a mixed-methods population study in the Netherlands](#). *EClinicalMedicine* 73: 102657.
- Gort A 2011. *Elk kind is anders*. Amsterdam/Utrecht: FWOS/VU Medisch Centrum.
- Heida JP, de Haas J, Hiemstra M et al. 2023. [Onzekerheid over vraag transgenderzorg, inhaalcapaciteit zeker nodig: onderzoek vraag transgenderzorg in Nederland](#). SiRM 2023.
- Huijnk W, van Beusekom G 2021. [Wat maakt het verschil? Over het welzijn, de sociale relaties en de leefstijl van lesbische, homoseksuele en biseksuele jongeren](#). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Huijnk W, Damen R, van Kampen L 2022. [LHBT-monitor 2022: de leefsituatie van lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender personen in Nederland](#). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- WHO 2019. [International classification of diseases](#). Eleventh Revision (ICD-11). Geneva: World Health Organization.
- Joemmanbaks F, Derckx T 2024. Multipole minderheidsstress onder lhbt+ personen: mentale gezondheidsverschillen verklaard vanuit een intersectioneel perspectief. Utrecht: Rutgers.
- Kerckhof M, Kreukels B, Nieder T et al. 2019. [Prevalence of sexual dysfunctions in transgender persons: results from the ENIGI follow-up study](#). *J Sex Med* 16(12):2018–2029.
- Kuyper L 2017. [Transgender personen in Nederland](#). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Marinus MA, Cense M 2024. [A life course perspective on the sexual development of young intersex people](#). *Healthcare* 12(2): 239.
- Kastelijn C, Keulen B, Tukker A et al. 2020. [Handreiking LHBTI-emanipatie: 10 keer vraag en antwoord over intersekse](#). Utrecht: Movisie.
- van Oosterhout E 2018. [Overal op je hoede: geweld tegen transgender personen in Nederland](#). Amsterdam: Transgender Netwerk Nederland.
- Raaijmakers D, Van der Miesen A, Dewinter J et al. 2019. Seksuele identiteit en genderidentiteit. *De Psycholoog* 5:10-21.

- Vijlbrief A & Bool M 2018. [Suïcidepreventie lhbt-jongeren: wat kunnen ouders en professionals doen volgens de literatuur](#). Utrecht: Movisie.
- Witcomb G, Bouman W, Brewin N, et al. 2015. [Body image dissatisfaction and eating-related psychopathology in trans individuals: a matched control study](#). Eur Eat Disord Rev 23(4):287–293.