

Definitief



# > Onzekerheid over vraag transgenderzorg, inhaalcapaciteit zeker nodig

## Onderzoek vraag transgenderzorg in Nederland

Utrecht, maart 2023

# Colofon

## **Projectteam**

Jan-Peter Heida

Jolien de Haas

Marie Hiemstra

Fons Strijbosch – fons.strijbosch@sirm.nl

## **Copyright**

Delen van dit rapport mogen gereproduceerd worden met de volgende bronvermelding: SiRM, Onzekerheid over vraag transgenderzorg, inhaalcapaciteit zeker nodig, maart 2023

## **Opdrachtgever**

ZonMw

# Managementsamenvatting

De gemiddelde wachttijd tot een intake voor transgenderzorg is in Nederland opgelopen tot bijna twee jaar. Deze lange wachtperiode heeft een sterk negatieve invloed op de mensen die op deze zorg wachten. Daarbij is het onbekend hoe de vraag naar transgenderzorg zich de komende periode in aantallen gaat ontwikkelen en hoeveel capaciteit gevraagd is. In opdracht van ZonMw onderzocht SiRM de ontwikkeling van zorgvraag en -capaciteit om hier beter zicht op te krijgen.

Om deze vragen te beantwoorden, modelleerden we de vraag naar transgenderzorg en ontwikkelingen hierbinnen. Vragen rond de kwaliteit en organisatie van transgenderzorg vielen buiten dit onderzoek. Voor toekomstige ontwikkelingen in zorgvraag en -capaciteit stelden we scenario's op. Bij elk van deze stappen betrokken we relevante stakeholders, met name in de vorm van drie klankbordgroepen, en doorlopend overleg met de Kwartiermaker Transgenderzorg en met twee parallel lopende onderzoeken. Ook organiseerden we een openbare consultatie van de conceptuitkomsten. De opgestelde methode is openbaar beschikbaar en herbruikbaar voor vervolgonderzoek.

Afgaande op bronnen over zelfrapportage beleeft iets meer dan 1% van de Nederlandse bevolking hun gender als anders dan het geslacht wat zij bij de geboorte toegekend hebben gekregen. In dit rapport hanteren we die brede definitie als 'trans'. Niet alle transgender personen hebben ooit vraag naar een vorm van transgenderzorg. Slechts een klein deel van alle trans personen heeft per jaar een nieuwe vraag hiernaar. Afgaande op data van zorgaanbieders wachtten in 2022, na correctie voor dubbelingen, circa 7.000 mensen op een indicatiestellingstraject – de toegang tot somatische transgenderzorg. De vraag naar somatische transgenderzorg is vervolgens onzeker en verschilt per type transgenderzorg. Zo is de vraag naar behandeling met geslachtshormonen veel groter dan de vraag naar vermannelijkende genitale chirurgie.

Met uitzondering van het kleine effect van demografische ontwikkelingen is er geen cijfermatige informatie beschikbaar over de verwachte ontwikkeling in de vraag naar transgenderzorg in de komende jaren. Om die reden modelleerden we vier scenario's voor deze ontwikkelingen. De scenario's zijn beschrijvingen van mogelijke toekomstrichtingen. De geschatte invloed op de nieuwe vraag naar transgenderzorg verschilt sterk per scenario, zowel in termen van het aantal mensen wat zich als trans identificeert als in hun vraag naar specifieke typen transgenderzorg.

Het is onbekend hoe sterk het zorgaanbod moet groeien om de huidige wachttijden op indicatiestelling goeddeels weg te nemen. De onzekerheid over hoe de zorgvraag verandert, draagt daar sterk aan bij. We modelleerden veranderingen in zorgcapaciteit en -vraag om meer inzicht in de gevolgen van veranderingen te bieden. In elk scenario is tijdelijke inhaalcapaciteit nodig om de wachttijd sterk in te korten. De capaciteitsgroei is op langere termijn de belangrijkste factor in de wachttijd. Op kortere termijn speelt de vraagontwikkeling ook een grote rol. Met de ontwikkelde methode kunnen beleidsmakers en aanbieders zelf het effect van grotere of kleinere veranderingen in zorgvraag en -capaciteit bekijken.

# Inhoud

<b>Managementsamenvatting</b>	<b>1</b>
<b>1 Aanleiding en conclusie</b>	<b>3</b>
1.1 Aanleiding en vragen aan SiRM	3
1.2 Aanpak onderzoek en modellering	4
1.3 Conclusies en leeswijzer	4
<b>2 Er wachten circa 7.000 mensen op indicatiestelling voor somatische transgenderzorg</b>	<b>6</b>
2.1 Bij indicatiestelling – de toegang tot somatische transgenderzorg – bestaan grote wachtlijsten	7
2.2 De huidige vraag naar vormen van somatische transgenderzorg is onzeker en loopt sterk uiteen	9
2.3 De mensen met vraag naar transgenderzorg zijn slechts een klein deel van alle trans personen in Nederland	12
<b>3 Het aantal trans personen en de vraag naar transgenderzorg in 2027 zijn sterk onduidelijk</b>	<b>15</b>
3.1 Demografische ontwikkelingen hebben slechts een kleine invloed op zorgvraagontwikkeling	15
3.2 Onzekerheid over maatschappelijke ontwikkelingen leidt tot vier scenario's met verschillen in toekomstige zorgvraag	17
<b>4 Om wachttijden te verkorten, is inhaalcapaciteit zeker nodig</b>	<b>25</b>
4.1 In elk gemodelleerd scenario is tijdelijke inhaalcapaciteit gevraagd om wachttijden in te korten	26
4.2 Met de achterliggende methode kunnen de effecten van andere maten van verandering bekeken worden	28
<b>Bijlage 1. Deelnemers klankbordgroepen</b>	<b>29</b>

# I Aanleiding en conclusie

## 1.1 Aanleiding en vragen aan SiRM

De transgenderzorg in Nederland staat de afgelopen jaren onder toenemende druk. Het sterk stijgende aantal trans personen dat medische hulp zoekt bij minder snel groeiende capaciteit heeft geleid tot lange wachtlijsten. In juli 2022 was de gemiddelde wachttijd tussen aanmelding en een intake voor diagnostiek en indicatiestelling opgelopen tot bijna twee jaar.<sup>1</sup> De lange wachperiode heeft een sterk negatieve invloed op onder meer het mentale welzijn en de maatschappelijke positie van de mensen die op deze zorg wachten.<sup>2</sup>

Het is daarbij onbekend hoe de vraag naar transgenderzorg zich de komende periode gaat ontwikkelen en hoeveel capaciteit nodig is om tijdig aan de zorgvraag te voldoen. Het ministerie van VWS heeft daarom aan ZonMw gevraagd om kwalitatief en kwantitatief onderzoek naar de vraag naar transgenderzorg te faciliteren. Inzicht in de verwachte vraag naar transgenderzorg kan zorgaanbieders en zorgverzekeraars helpen om de keten van transgenderzorg beter te organiseren. ZonMw heeft daarbij aan SiRM gevraagd een kwantitatief onderzoek uit te voeren met de volgende vragen:

- Hoe is de grootte van de vraag naar transgenderzorg in te schatten?<sup>3</sup>
- Hoe groot is de vraag naar transgenderzorg naar schatting, zowel nu als in de nabije toekomst?
- In welke mate moet het aanbod aan transgenderzorg groeien om aan de vraag te voldoen?

Naast dit onderzoek faciliteerde ZonMw gelijktijdige onderzoeken van het onderzoeksplatform Diversiteit in Geslacht en Gender van de Radboud Universiteit en van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (FMS). De Radboud Universiteit onderzoekt de redenen voor de toename van de vraag naar transgenderzorg op kwalitatieve en kwantitatieve wijze. Het Kennisinstituut van de FMS evalueert de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch. De meest recente versie is in 2019 geautoriseerd en gepubliceerd. Omdat ook inhoudelijk deze zorg zich sterk ontwikkelt, was afgesproken de standaard in 2022 te evalueren en waar nodig te herzien. Vragen rond de kwalitatieve kanten van transgenderzorg, inclusief kwaliteit, manier van inrichting en organisatie, vielen dan ook buiten de scope van ons onderzoek. Alle betrokkenen noemden deze aspecten in bredere zin vanzelfsprekend wel van groot belang bij het zo goed mogelijk organiseren van transgenderzorg. Ook vragen rondom financiering van transgenderzorg, met name de financiering van eventuele gevraagde capaciteitsuitbreidingen en de relatie tot het budgettair kader zorg, vielen buiten scope. We focusten alleen op de grootte van de vraag naar transgenderzorg en hoe die zich verhoudt tot capaciteitsveranderingen.

<sup>1</sup> Bron: Bijlage 1 Voortgangsbrief Kwartiermaker Transgenderzorg september 2022.

<sup>2</sup> Bron: Ervaringen en behoeften van transgenders in de zorg, Kwartiermaker Transgenderzorg/Transvisie, november 2019.

<sup>3</sup> Dit onderzoek richt zich alleen op medische transgenderzorg en op ggz en jeugdzorg die specifiek op trans personen gericht is. Maatschappelijke ondersteuning en andere ggz of jeugdzorg bespreken we hier niet.

## 1.2 Aanpak onderzoek en modellering

We stelden een plan van aanpak op dat gericht was op het ontwikkelen van een gedragen methode om de vraag naar transgenderzorg te schatten. We betrokken stakeholders in elke stap van het proces en werkten transparant, om op die manier het draagvlak voor het onderzoek en de resultaten te vergroten. Voor het schatten van de zorgvraag doorliepen we op hoofdlijnen de volgende stappen:

- 1 Opstellen schematisch model vraag naar transgenderzorg en ontwikkeling hiervan en vervolgens vertalen naar gecodeerd model.
- 2 Onderzoek naar parameterwaarden met deskresearch en data-uitvragen.
- 3 Opstellen scenario's voor de ontwikkeling van de vraag naar transgenderzorg.
- 4 Berekenen van de verwachte vraag inclusief onzekerheidsanalyses en aanbodscenario's.

Bij elk van deze stappen betrokken we relevante stakeholders, met name in de vorm van drie klankbordgroepen.<sup>4</sup> Daarnaast overlegden we doorlopend met de onderzoekers van de Radboud Universiteit, het Kennisinstituut van de FMS en met de Kwartiermaker Transgenderzorg.<sup>5</sup> Na berekening van de verwachte zorgvraag leggen we het conceptrapport breed ter consultatie voor.

Een uitgebreidere beschrijving van de onderzoeks aanpak, de modellering en gebruikte aannames en bronnen zijn te vinden in de separate technische bijlage bij dit rapport. De code van het model is openbaar te raadplegen en te hergebruiken via het platform GitHub.<sup>6</sup>

In afstemming met de klankbordgroepen hebben we in dit onderzoek geprobeerd om actuele terminologie te hanteren. We zijn ons ervan bewust dat termen verschillend gebruikt worden, en dat de termen die personen gebruiken om de eigen genderidentiteit te beschrijven, soms verschillen. In onze keuzes voor de gehanteerde terminologie was het uitgangspunt om steeds zo concreet mogelijk te zijn in wie/wat wel of niet bedoeld wordt met een analyse of passage, en dus ook zo inclusief mogelijk te zijn wanneer juist gehele groepen bedoeld worden.

Het thema gender en identiteit – en onderwerpen daarbinnen – staan in sterke maatschappelijke, wetenschappelijke en medische aandacht. Ontwikkelingen binnen dit thema volgen elkaar snel op. Datzelfde geldt voor veranderingen in terminologie. Het is dan ook goed denkbaar dat door ons gehanteerde termen in onbruik aan het raken zijn of de komende jaren raken.

## 1.3 Conclusies en leeswijzer

De vraag naar transgenderzorg in Nederland en de ontwikkeling hiervan wordt door veel factoren bepaald. De belangrijkste hiervan zijn het huidige totaal aantal personen wat zich als trans identificeert, de verdeling van zorgvragen onder trans personen en toekomstige maatschappelijke en zorginhoudelijke ontwikkelingen. Over de grootte van een aantal van deze factoren bestaat

<sup>4</sup> Zie Bijlage 1 voor de samenstellingen.

<sup>5</sup> In dit rapport korten we deze partij verder af tot 'de Kwartiermaker'.

<sup>6</sup> Zie <https://github.com/SIRM-Healthcare/Transgenderzorg>.

onzekerheid omdat data niet altijd recent of representatief is. Daarnaast zijn toekomstige ontwikkelingen inherent onzeker. We presenteren alle uitkomsten daarom als bandbreedtes.

Er wachten circa 7.000 mensen op indicatiestelling voor somatische transgenderzorg. De vraag naar vormen van somatische transgenderzorg is daarbij onzeker en loopt sterk uiteen (Hoofdstuk 2). De belangrijkste ontwikkelingen in de vraag naar deze zorg komen door mogelijke maatschappelijke en zorginhoudelijke ontwikkeling, die wij weergeven in vier scenario's (Hoofdstuk 3). Demografische ontwikkelingen hebben slechts een kleine invloed op de zorgvraagontwikkeling. Het is relevant om de onzekerheid over de vraag naar transgenderzorg te verminderen. Gericht onderzoek naar de samenstelling van de groep trans personen in Nederland en welk aandeel daarvan ooit transgenderzorg wil, zou daar de belangrijkste bijdrage aan kunnen leveren. Deze factoren bevatten én significante onzekerheid én zijn van grote invloed op de uitkomsten van het model. Tot slot zien we dat er in het gevraagde aanbod aan transgenderzorg – gegeven onze aannames over groei in vraag en capaciteit – in de meeste scenario's rond de 10 jaar 'inhaalcapaciteit' nodig is om de gemiddelde wachttijd voor diagnostiek en indicatiestelling binnen de Treeknorm te krijgen (Hoofdstuk 4). De grootte van deze gevraagde inhaalcapaciteit is zowel afhankelijk van de groei van de vraag naar transgenderzorg als van welke tijdelijke inhaalcapaciteit acceptabel en mogelijk is.

## 2 Er wachten circa 7.000 mensen op indicatiestelling voor somatische transgenderzorg

Er wachtten in 2022, na correctie voor dubbelingen, circa 7.000 mensen op indicatiestelling – de toegang tot somatische transgenderzorg. De vraag naar somatische transgenderzorg is vervolgens onzeker en verschilt per type zorg. Deze verschillen komen zowel door verschillen in vraag bij trans personen als door wachtlijsten, met name die voor indicatiestelling. Van alle trans personen in Nederland heeft slechts een klein deel per jaar een nieuwe vraag naar een vorm van transgenderzorg.

In dit hoofdstuk beschrijven we – afzonderlijk – de huidige vraag naar transgenderzorg en het aantal personen wat zich als trans identificeert in Nederland op basis van beschikbare bronnen. Omdat er geen kwalitatief sterke, recente bronnen beschikbaar zijn die hier een totaaloverzicht van bieden, combineren we verschillende bronnen. Dit gaat zowel om binnenlandse- als buitenlandse informatie en zowel om bronnen die specifiek over transgenderzorg gaan als om andere bronnen. Zie de technische bijlage voor meer informatie over de achterliggende methode.

Als eerste beschrijven we de huidige vraag naar transgenderzorg (§2.1-2.2). Een belangrijke kanttekening is dat informatie over alle typen zorg los van elkaar uitgevraagd zijn. Wanneer een trans persoon vraag heeft naar meerdere zorgvormen, wordt deze persoon meerdere keren geteld. De beschreven zorgvragen zijn daardoor niet bij elkaar op te tellen of op een andere manier te combineren. Vervolgens beschrijven we afzonderlijk de totale groep trans personen in Nederland, waar personen met vraag naar transgenderzorg slechts een deel van zijn (§2.3).

We merken we dat onder de term ‘trans personen’ vaak alleen mensen met een doorlopen transitie verstaan worden. In navolging van de Kwartiermaker gebruiken wij in dit rapport voor ‘trans personen’ de definitie ‘alle personen die hun gender anders beleven dan het geslacht wat zij bij de geboorte toegekend hebben gekregen’<sup>7</sup>, dus vatten hieronder nadrukkelijk zowel binaire als non-binaire genderidentiteiten en zowel mensen met en zonder transitiewens of doorlopen transitie. Voor leesbaarheid beschrijven we deze hele groep in dit rapport verder als ‘trans

<sup>7</sup> Toekomstvisie transgenderzorg (2020).



personen'. Alleen waar nodig, bijvoorbeeld wanneer aangeboren geslachtskenmerken relevant zijn, benoemen we specifieke subgroepen binnen deze groep.

Omdat een aantal gebruikte bronnen bandbreedtes gebruiken of op een andere manier onzekerheid bevatten, voerden we onzekerheidsanalyses uit. De resultaten hiervan presenteren we in dit hoofdstuk steeds als een 'onzekerheidsbandbreedte'. Zie wederom de technische bijlage.

## 2.1 Bij indicatiestelling – de toegang tot somatische transgenderzorg – bestaan grote wachtlijsten

Deze paragraaf beschrijft de vraag naar indicatiestelling voor somatische transgenderzorg en de jaarlijkse nieuwe vraag naar gendergerelateerde psychologische zorg. Veel zorgaanbieders combineren in de huidige situatie deze zorgvormen waardoor dit onderscheid niet overal gemaakt wordt. Omdat scenario c in Hoofdstuk 3 de gevolgen van brede invoering van beknopte indicatiestelling/informed consent beschrijft, maken we dit onderscheid hier wel. De beschreven getallen zijn daardoor mogelijk niet voor elke zorgaanbieder herkenbaar.

### 2.1.1 Er wachten in totaal bijna 7.000 mensen op indicatiestelling voor somatische transgenderzorg

Indicatiestelling voor somatische transgenderzorg is momenteel, met lange wachtlijsten, het grootste knelpunt in de transgenderzorg. De gemiddelde wachttijd voor nieuwe aanmeldingen liep in 2022 op tot bijna twee jaar.<sup>9</sup> Onder 'indicatiestelling' verstaan we in dit rapport een evaluatietraject wat onderzoekt welke vorm(en) van somatische transgenderzorg geïndiceerd zijn. Om een zo goed mogelijke inschatting te maken van de huidige vraag naar indicatiestelling doorliepen we twee stappen.

Als startpunt verkregen we inzicht in het huidige totaal aantal wachtenden en het aantal nieuwe aanmeldingen per jaar. Dit baseerden we op informatie van de aanbieders van transgenderzorg, zowel rechtstreeks als zoals verzameld door de Kwartiermaker.<sup>10</sup> Deze informatie komt opgeteld uit op circa 9.300 wachtenden en circa 5.500 nieuwe aanmeldingen in 2022.<sup>11</sup>

De tweede stap is het corrigeren van de wachtlijst voor dubbelingen en 'no-shows'. Vanwege de huidige lange wachttijden, is de gedachte dat veel trans personen zich bij meerdere zorginstellingen inschrijven met de hoop om zo sneller in zorg te komen. Er is in Nederland (nog) geen gecentraliseerd wachtlijstbeheer voor transgenderzorg, waardoor er geen zicht bestaat op het aandeel dubbelingen op alle wachtlijsten. Ook houden transgenderzorgaanbieders niet structureel bij hoe vaak en met welke redenen opgeroepen personen alsnog niet bij hen in zorg komen. We gebruikten informatie van de Kwartiermaker-enquête uit 2022 om toch een

<sup>9</sup> Bron: voortgangsbrief Kwartiermaker Transgenderzorg november 2022, <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2022/11/30/voortgangsbrief-kwartiermaker-transgenderzorg-november-2022>.

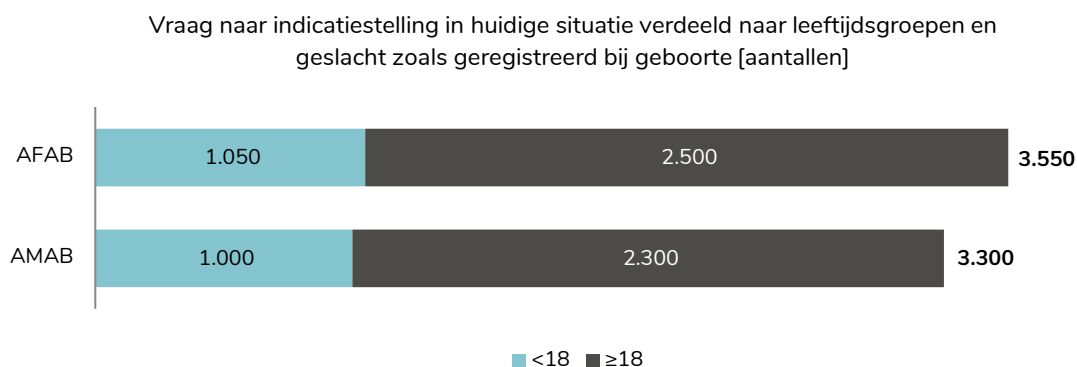
<sup>10</sup> Op dit moment worden indicatiestellingstrajecten in een deel van de gevallen gedeeltelijk twee keer gedaan. Dit gaat om situaties waarin een persoon na een indicatiestellingstraject naar een andere instelling verwezen wordt voor somatische transgenderzorg (vaak academische centra). Om dit (gedeeltelijk) te voorkomen wordt aan 'zij-instromertrajecten' gewerkt.

<sup>11</sup> Inclusief beperkte bijschatting voor ontbrekende waardes, zie de methodologische bijlage.

inschatting van het aantal dubbelingen te maken. Deze bevatte twee verschillende vragen met betrekking tot het aandeel dubbelingen op wachtlijsten:

- Een vraag over het aantal wachtlijsten waar respondenten op staan.
- Een vraag over bij welke specifieke zorginstellingen mensen op de wachtlijst staan.

Deze vragen zijn door respondenten niet altijd consistent ingevuld en geven uitkomsten van 68-80% unieke wachtenden. Voor het model gaan we in overleg met de klankbordgroepen uit van het gemiddelde van deze waarden. Afgezet tegen het eerdere 'bruto' getal van 9.300 wachtenden, geeft dat circa **6.900 unieke wachtenden** (bandbreedte: 6.300-7.400) in de huidige situatie. De exacte verdeling naar bij de geboorte geregistreerd geslacht en leeftijdsgroep is niet bekend. Om hier een inschatting van te maken, pasten we hier verdelingen toe op basis van data van aanbieders van transgenderzorg. Daarmee komen we uit op een verdeling van 52% bij de geboorte met het vrouwelijk geslacht<sup>12</sup> geregistreerd en 30% onder de 18 jaar, zie Figuur 1.



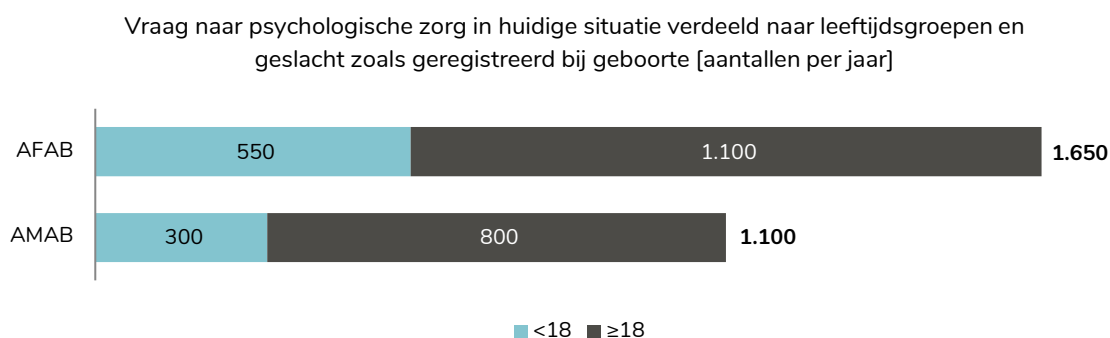
Figuur 1. Bij de geboorte met het vrouwelijk geslacht geregistreerde personen vormen een kleine meerderheid van de mensen die nu wachten op indicatiestelling voor somatische transgenderzorg. AFAB/AMAB: assigned female/male at birth.

### 2.1.2 Circa 2.800 mensen hebben jaarlijks een nieuwe vraag naar gendergerelateerde psychologische zorg

Naast vragen naar een traject voor indicatiestelling hebben trans personen ook regelmatig vraag naar psychologische zorg. In deze paragraaf beschrijven we de jaarlijkse vraag hiernaar. Het gaat hierbij alleen om gendergerelateerde psychologische zorg, niet om andere psychologische zorgvragen.

Op basis van de resultaten van de Kwartiermaker-enquête uit 2022 en het jaarlijks aantal nieuwe aanmeldingen zijn er per jaar circa 2.800 mensen met een gendergerelateerde psychologische zorgvraag, zie Figuur 2. Deze vraag is groter bij personen die bij de geboorte met het vrouwelijk geslacht zijn geregistreerd. Uit de enquête volgde dat bijna 85% van de respondenten met indicatie voor somatische transgenderzorg psychologische zorg had gehad. Circa driekwart van de respondenten (nog) zonder indicatie had psychologische zorg gehad of had daar vraag naar.

<sup>12</sup> In dit rapport regelmatig aangeduid met de veelgebruikte afkorting AFAB, voor 'assigned female at birth'. De tegenhanger voor personen die bij de geboorte met het mannelijk geslacht geregistreerd zijn is daarmee AMAB.



Figuur 2. De groep met vraag naar psychologische zorg is groter bij personen die bij de geboorte met het vrouwelijk geslacht geregistreerd zijn. AFAB/AMAB: assigned female/male at birth.

## 2.2 De huidige vraag naar vormen van somatische transgenderzorg is onzeker en loopt sterk uiteen

Deze paragraaf beschrijft de jaarlijkse nieuwe vraag naar somatische transgenderzorg, uitgesplitst naar hormoonbehandelingen, fertiliteitszorg en groepen van chirurgische behandelingen.

### 2.2.1 De vraag naar hormoonbehandelingen en fertiliteitszorg

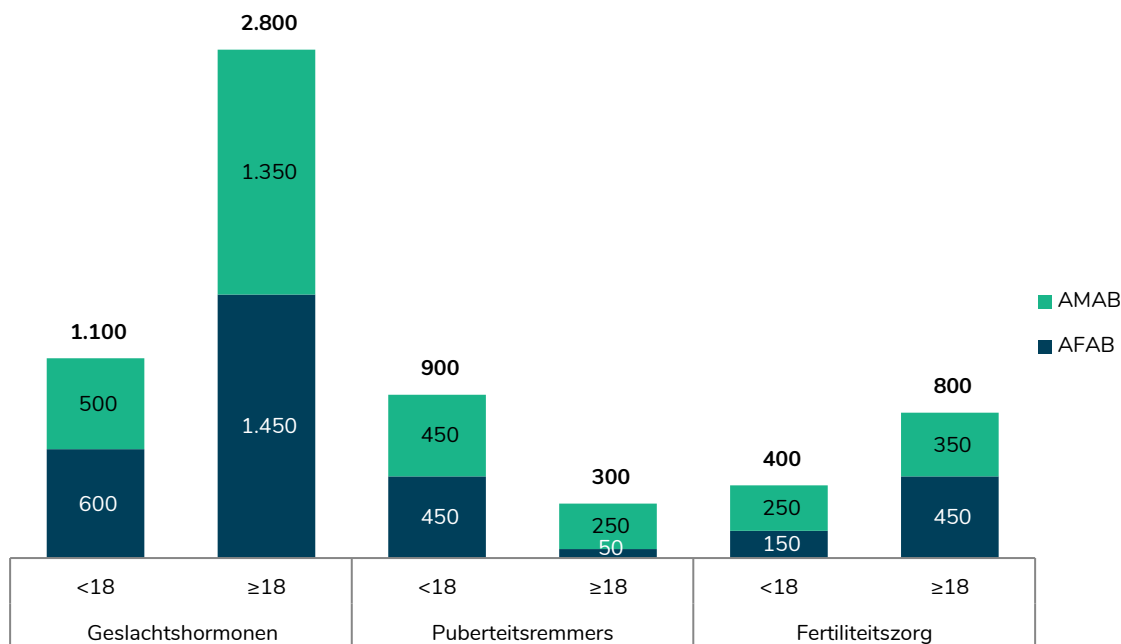
Binnen hormoonbehandelingen maken we op hoofdlijnen onderscheid in puberteitsremmers<sup>13</sup> en geslachtshormonen. Deze vormen van zorg sluiten elkaar niet per se uit waardoor dezelfde persoon vraag kan hebben naar beide behandelingen. Het is daardoor niet mogelijk de beschreven aantallen bij elkaar op te tellen. Binnen hormonale transgenderzorg is het aantal nieuwe vragen per jaar relevant omdat de instelfase van deze behandelingen intensieve zorg en begeleiding vraagt, waarna vaak een extensievere periode van follow-up volgt.<sup>14</sup> Deze follow-up kan plaatsvinden bij huisartsen met kennis van transgenderzorg of endocrinologen.

Op basis van de resultaten van de Kwartiermaker-enquête uit 2022 en het jaarlijks aantal nieuwe aanmeldingen (§2.1.1) zijn er per jaar circa 3.900 mensen met een nieuwe vraag naar behandeling met geslachtshormonen en 1.200 mensen met een nieuwe vraag naar puberteitsremmers, zie Figuur 3. Voor hormoonbehandelingen is de vraag ongeveer even groot tussen geslachten zoals bij de geboorte geregistreerd, waarbij de vraag naar puberteitsremmers wel groter is bij personen die bij de geboorte met het mannelijk geslacht geregistreerd zijn.

<sup>13</sup> Deze middelen worden zowel ingezet om de puberteit te remmen als bij volwassenen om de eigen activiteit van de testes/eierstokken te onderdrukken.

<sup>14</sup> Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch (2018).

Vraag naar hormoonbehandelingen en fertiliteitszorg in huidige situatie verdeeld naar leeftijdsgroepen en geslacht zoals geregistreerd bij geboorte [aantallen per jaar]



Figuur 3. De vraag naar behandeling met geslachtshormonen is ~3x zo groot als de vraag naar puberteitsremming of fertiliteitszorg. Voor alle drie de zorgvormen is de vraag ongeveer even groot tussen de geslachten zoals bij de geboorte geregistreerd. AFAB/AMAB: assigned female/male at birth.

Een aanname bij hormonale behandelingen is dat alle personen die een indicatie voor somatische transgenderzorg krijgen direct met hormonen kunnen beginnen, indien ze dat wensen. Momenteel zijn er de wachttijden voor deze zorg inderdaad kort, maar een aanvullende voorwaarde voor het instellen op geslachtshormonen is dat geen fertiliteitspreservatie gewenst is of dat deze voltooid is.<sup>14</sup> Jaarlijks hebben circa 1.200 mensen een nieuwe vraag naar fertiliteitszorg, zie wederom Figuur 3. Ook hier is de vraag ongeveer even groot tussen geslachten zoals bij de geboorte geregistreerd.

### 2.2.2 De vraag naar chirurgische behandelingen

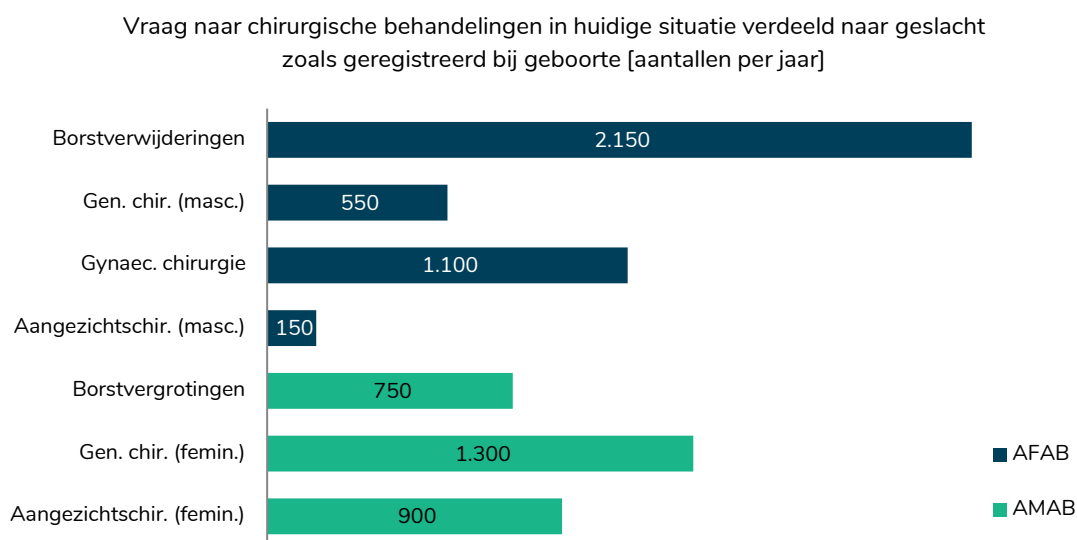
We bespreken bij de jaarlijkse nieuwe vraag naar verschillende chirurgische behandelingen binnen transgenderzorg:

- Borstverwijderingen (mastectomieën)
- Gynaecologische chirurgie
- Masculinerende genitale chirurgie
- Feminiserende genitale chirurgie
- Borstvergrotingen (mamma-augmentaties)
- Masculinerende aangezichtschirurgie (FMS)
- Feminiserende aangezichtschirurgie (FFS)

We splitsen deze zorgvormen niet verder uit om schijnnaauwkeurigheid van inschattingen te voorkomen. Ook bespreken we weer alleen de jaarlijkse nieuwe zorgvragen; de vaak langer lopende nazorgtrajecten beschouwen we als onderdeel hiervan.

Borstvergrotingen bij personen die bij de geboorte met het mannelijk geslacht geregistreerd zijn en aangezichtschirurgie bij alle trans personen zijn niet standaard verzekerde zorg. Voor borstvergrotingen bestaat wel een subsidieregeling.<sup>15</sup> In overleg met de betrokkenen in de klankbordgroepen nemen we deze zorgvormen alsnog op in dit onderzoek omdat we zoveel mogelijk de zorgvraag van trans personen volgen, en niet de inrichting hiervan.

Figuur 4 bevat een overzicht van de jaarlijkse nieuwe vraag naar verschillende vormen van chirurgische transgenderzorg. Onder personen die bij de geboorte met het vrouwelijk geslacht geregistreerd zijn, is de vraag naar borstverwijderingen met afstand het sterkst grootst en de vraag naar masculiniserende genitale chirurgie en aangezichtschirurgie veel kleiner. Bij personen die bij de geboorte met het mannelijk geslacht geregistreerd zijn, is de vraag naar feminiserende genitale chirurgie anderhalf tot bijna twee keer zo groot als de vraag naar borstvergrotingen en aangezichtschirurgie.



Figuur 4. De vraag naar verschillende chirurgische behandelingen verschilt sterk, met vermannelijkende aangezichtschirurgie als duidelijk laagste vraag. AFAB/AMAB: assigned female/male at birth. Gen. chir. (femin./masc.) = genitale chirurgie (feminiserend/masculiniserend).

Een kanttekening bij deze getallen is dat ze gebaseerd zijn op het aantal nieuwe aanmeldingen per jaar in 2021 en 2022 (§2.1.1). Dit getal verandert de afgelopen jaren sterk en verandert ook in de scenario's van Hoofdstuk 3. Voor veel vormen van chirurgische transgenderzorg bestaan aanvullende voorwaarden, zoals minimaal 1 jaar gebruik van geslachtshormonen. Daarnaast kiezen trans personen er regelmatig zelf voor om chirurgische behandelingen niet op zo kort mogelijke termijn te ondergaan. De aanmeldingen binnen een jaar geven hierdoor een beeld van de zorgvraag vanaf het volgende jaar of later.

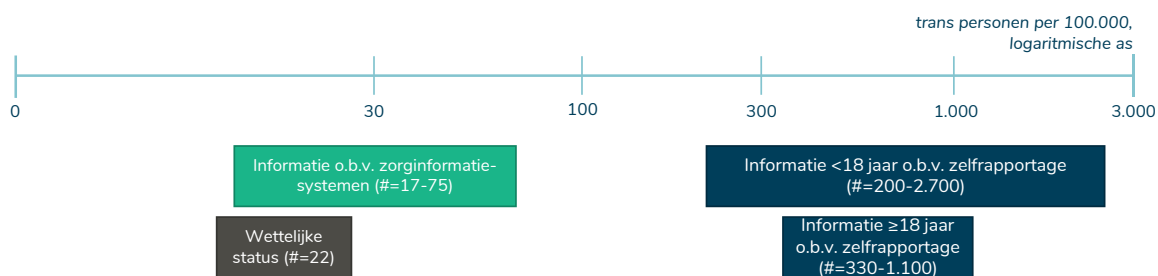
<sup>15</sup> Zie voor een overzicht <https://transvisie.nl/transitie/algemeen/zorgverzekering-vergoedingen/vergoeding-borstvergroting/> en voor de subsidieregeling <https://www.dus-i.nl/subsidies/borstprothesen-transvrouwen>.

## 2.3 De mensen met vraag naar transgenderzorg zijn slechts een klein deel van alle trans personen in Nederland

Slechts een deel van alle trans personen (zie de tekstbox bovenaan dit hoofdstuk) in Nederland wenst transgenderzorg. Van de mensen die transgenderzorg willen heeft jaarlijks slechts een klein aandeel een nieuwe vraag hiernaar. Omdat dit aandeel in de toekomst kan veranderen, is een schatting van de huidige totale groep belangrijk als uitgangspunt. In deze paragraaf beschrijven we het totaal aantal personen wat zich als trans identificeert in Nederland in de huidige situatie. We gebruiken hiervoor bronnen op basis van zelfrapportage en maken onderverdelingen naar leeftijdsgroepen en geslacht zoals geregistreerd bij de geboorte.

### 2.3.1 Op basis van zelfrapportage identificeert in de huidige situatie circa 1% van de Nederlandse bevolking zich als trans

Er zijn verschillende bronnen beschikbaar die rapporteren over het aandeel trans personen in een bevolking (zie de tekstbox bovenaan dit hoofdstuk). De waarden in deze bronnen lopen tot meer dan een factor 100 uiteen. Deze spreiding komt in grote mate door verschillende gehanteerde typen informatiebronnen, zie Figuur 5.



Figuur 5. Het aantal trans personen per 100.000 mensen verschilt tot ~100x afhankelijk van het geselecteerde type bron. Ook binnen hetzelfde type bron verschillen de waarden soms met meer dan een factor 10.

De schattingen komen uit bevolkingsregisters, medische gegevens en enquêtes:

- Informatie op basis van wijzigingen in de geslachtsregistratie bij de burgerlijke stand geven de laagste inschatting van het aantal trans personen. Dit is ook te verwachten, omdat deze wijziging onder de 16 jaar niet is toegestaan. Ook is alleen wijziging van 'm' naar 'v' en vice versa mogelijk, wat voor non-binaire mensen vaak niet past bij hoe zij zich identificeren. In Nederland rapporteert het CBS dat 22 personen per 100.000 inwoners hun geslacht hebben aangepast in officiële documenten.
- Zorginformatie(systemen), zoals registratiedata van zorgverzekeraars of van zorgaanbieders van specifieke transgenderzorg, geven waarden tussen de 17-75 per 100.000.
- Bronnen op basis van zelfrapportage – waarin mensen gevraagd wordt te omschrijven hoe zij zichzelf identificeren – zijn vaak enquêtes en geven veel hogere aantallen. Deze lopen uiteen van 200 tot 2.700 personen per 100.000 inwoners, ofwel 0,2% tot 2,7% van de bevolking. Deze spreiding wordt gedeeltelijk veroorzaakt doordat de bronnen verschillende definities hanteren. Sommige bronnen rapporteren over het aandeel mensen wat zich genderincongruent noemt, gedefinieerd als iedereen wiens huidige genderidentiteit anders is dan het bij de geboorte toegekende geslacht. Andere bronnen gebruiken een nauwere

definitie en rapporteren alleen over personen wiens genderidentiteit op een binaire manier anders is dan het bij de geboorte toegekende geslacht.

Voor ons onderzoek is inschatting van het totaal aantal trans personen volgens de beschreven definitie, ook zonder zorgvraag, van belang omdat we in de ontwikkeling van zorgvraag ook rekening moeten houden met veranderingen in het aandeel van alle trans personen wat een zorgvraag heeft en stelt. Daarom gebruiken we bronnen op basis van zelfrapportage. Binnen deze bronnen baseren we ons op aanraden van leden van de klankbordgroepen op een systematische review die ook gebruikt wordt in het hoofdstuk over populatieschattingen van de Standards of Care (SOC) versie 8 van de WPATH.<sup>16</sup> Binnen deze systematische review selecteerden we waar mogelijk Nederlandse en Vlaamse bronnen om zo goed mogelijke aansluiting bij de Nederlandse situatie te hebben. Andere relevante geraadpleegde bronnen op basis van zelfrapportage zijn:

- Veiligheidsmonitor po/vo 2021
- Studentenmonitor 2020
- Rutgers-publicatie ‘Seks onder je 25<sup>e</sup>’ (2017)

Deze bronnen geven waarden die volledig of gedeeltelijk met elkaar en de SOC-bron overlappen. Dit biedt steun aan het gebruik van deze bron als basis voor de inschatting van het aantal trans personen. Afgaande op deze bron over het aandeel trans personen in de bevolking en de Nederlandse bevolkingssamenstelling,<sup>17</sup> telt Nederland circa 180.000 personen die zich als trans identificeren (onzekerheidsbandbreedte: 135.000-225.000). Dit komt neer op iets meer dan 1% van de bevolking.

### 2.3.2 De groep trans personen is bovengemiddeld jong

Uit het combineren van de SOC-bron met CBS-data over de Nederlandse bevolkingssamenstelling volgt dat 37% (onzekerheidsbandbreedte: 32-40%) van de trans personen in Nederland jonger is dan 18 jaar, zie Figuur 6. Op de hele Nederlandse bevolking beslaat die groep 19%.<sup>18</sup> Ook uit andere bronnen is bekend dat de populatie trans personen gemiddeld jonger is dan de Nederlandse bevolking, waarbij er met name een oververtegenwoordiging is van de groep tot 25 jaar. In twee enquêtes die de Kwartiermaker in 2019 en 2022 uitvoerde, is de groep trans personen tot en met 25 jaar 56-61% van het totaal aantal trans personen, waar dat voor heel Nederland maar 28% is.<sup>18</sup>

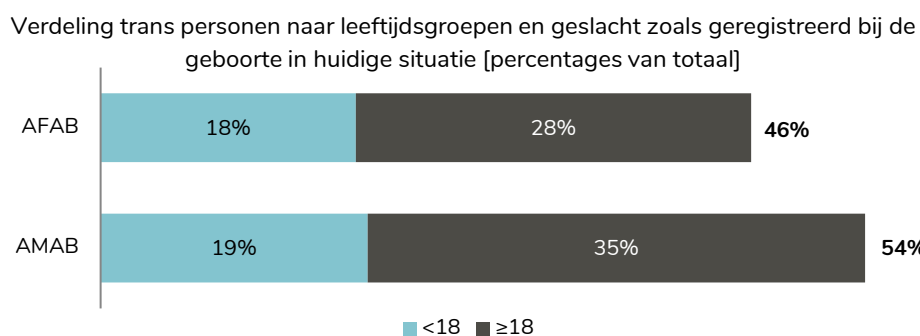
Verder is ook de verhouding tussen bij de geboorte geregistreerde geslachten anders in de groep trans personen dan in de gehele Nederlandse bevolking. De gehanteerde SOC-bron rapporteert gemiddeld een verhouding van 54% bij de geboorte met het mannelijk geslacht geregistreerd (onzekerheidsbandbreedte: 52-56%) en 46% bij de geboorte met het vrouwelijk geslacht geregistreerd. In de twee enquêtes van de Kwartiermaker rapporteren respectievelijk 48% en 38% van de respondenten bij de geboorte met het mannelijk geslacht geregistreerd te zijn. Ook in

<sup>16</sup> Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People Version 8, World Professional Association for Transgender Health (WPATH), 2022. DOI: 10.1080/26895269.2022.2100644.

<sup>17</sup> CBS-data uit 2022.

<sup>18</sup> CBS, Dashboard bevolking.

andere bronnen bestaan verschillen in de verhouding tussen geslacht zoals geregistreerd bij de geboorte. Voor consistentie hanteren wij wederom de SOC-bron.



Figuur 6. Binnen de huidige totale groep trans personen beslaan bij de geboorte met het mannelijk geslacht geregistreerd personen een kleine meerderheid, met name door het grotere aantal volwassenen binnen die groep. AFAB/AMAB: assigned female/male at birth. Bron: SOC en CBS.



## 3 Het aantal trans personen en de vraag naar transgenderzorg in 2027 zijn sterk onduidelijk

Met uitzondering van het kleine effect van demografische ontwikkelingen is er geen cijfermatige informatie beschikbaar over de verwachte maatschappelijke ontwikkelingen en hun invloed op de vraag naar transgenderzorg in de komende jaren. Om die reden modelleerden we vier scenario's voor deze ontwikkelingen. De scenario's zijn hypothetische beschrijvingen van mogelijke toekomstrichtingen. De geschatte invloed op de nieuwe vraag naar transgenderzorg verschilt sterk per scenario, zowel in termen van het aantal mensen wat zich als trans identificeert als in de vraag naar specifieke typen transgenderzorg.

Om de toekomstige vraag naar transgenderzorg te modelleren, werken we met demografische prognoses en met toekomstscenario's. In Hoofdstuk 2 schatten we de huidige vraag naar transgenderzorg en de grootte van de totale groep trans personen in Nederland. Dit is de basis voor dit hoofdstuk, waarin we een overzicht geven van de gebruikte toekomstscenario's en van de resulterende veranderingen. Hiervoor beschrijven we eerst de verwachte ontwikkelingen door demografische veranderingen (§3.1) en vervolgens wat scenariodenken inhoudt, de vier gehanteerde scenario's en bijbehorende ontwikkelingen (§3.2).

### 3.1 Demografische ontwikkelingen hebben slechts een kleine invloed op zorgvraagontwikkeling

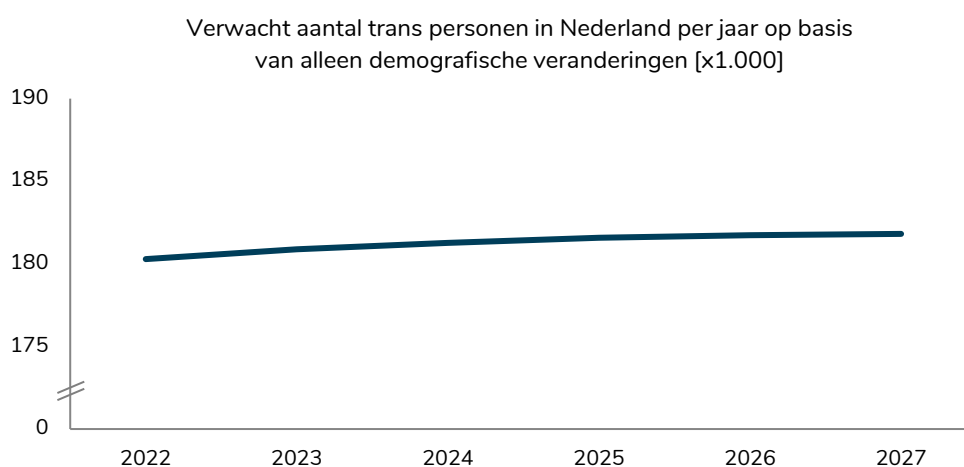
We baseren het **demografiescenario** van verandering in zorgvraagontwikkeling op basis van alleen veranderingen in de demografische samenstelling van Nederland, conform de prognoses van het CBS voor bevolkingssamenstelling. Het aantal en type zorgvragen per 100.000 trans personen blijven in dit scenario gelijk. In deze paragraaf beschrijven we eerst de verwachte veranderingen in het aantal trans personen (§3.1.1) en vervolgens in de vraag naar transgenderzorg voor dit scenario (§3.1.2).

#### 3.1.1 De grootte van de trans populatie verandert tussen 2022-2027 nauwelijks door demografische veranderingen

In §2.3 beschreven we de demografische samenstelling van de huidige groep trans personen in Nederland. De samenstelling splitsten we daarbij uit naar leeftijdsgroepen en bij de geboorte toegekend geslacht.

Op basis van alleen verwachte demografische veranderingen stijgt het aantal trans personen in Nederland tussen 2022 en 2027 met circa 0,2% per jaar, zie Figuur 7. In totaal komt dit neer op een stijging van circa 2.000 personen naar 182.000. Deze stijging is lager dan de landelijk gemiddelde bevolkingsgroei, wat veroorzaakt wordt doordat de demografische groei kleiner is in de jongere leeftijdscohorten die nu bovengemiddeld vertegenwoordigd zijn in de huidige groep trans personen.

In deze berekening van demografische veranderingen houden we de aantallen trans personen per 100.000 mensen per leeftijdsgroep en bij de geboorte toegekende geslacht constant. Dit kan zowel tot een onder- als een overschatting leiden. Zie de technische bijlage voor een uitgebreide bespreking hiervan.

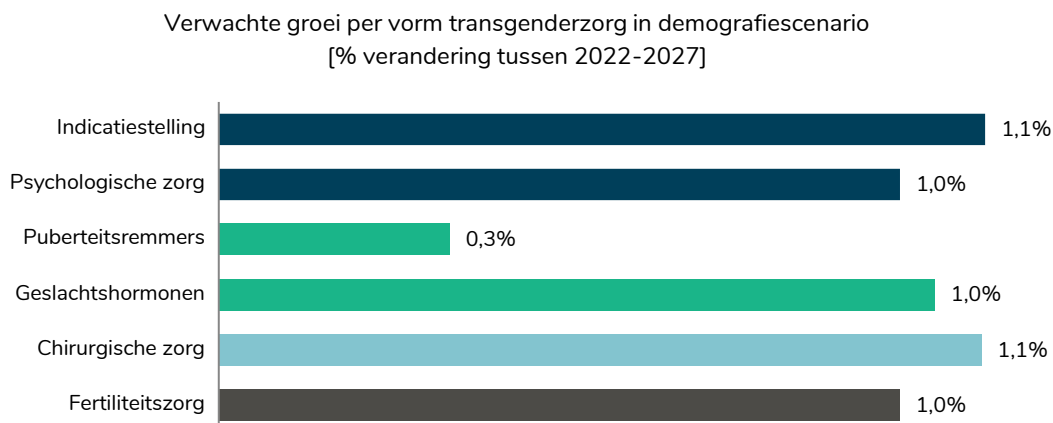


Figuur 7. Op basis van alleen demografische verwachtingen groeit het aantal trans personen in Nederland met circa 0,2% per jaar tussen 2022 en 2027.

### 3.1.2 De vraag naar verschillende vormen van transgenderzorg stijgt door demografische veranderingen ook beperkt

In §2.1 en §2.2 schatten we de huidige vraag naar verschillende vormen van transgenderzorg. Deze schattingen vormen de basis voor de schatting van de toekomstige vraag. De beperkte groei van de Nederlandse bevolking uit §3.1.1 resulteert ook in enige verwachte groei in de vraag naar transgenderzorg. In dit 'demografiescenario' laten we andere ontwikkelingen die invloed hebben op de vraag naar transgenderzorg buiten beschouwing. Het aantal zorgvragen per 100.000 personen blijft in dit scenario dus gelijk.

De vraag naar bijna elke vorm van transgenderzorg stijgt in dit demografiescenario tussen 2022 en 2027 met circa 1%, zie Figuur 8. Deze groei is iets hoger dan de groei in het aantal trans personen doordat die groei verwacht wordt bij volwassenen, die gemiddeld vaker een vraag naar zorg hebben. De vraag naar puberteitsremming groeit daardoor als enige duidelijk minder sterk. Daar wordt groei van circa 0,3% verwacht.



Figuur 8. In het demografiescenario stijgt de vraag naar bijna elke vorm van transgenderzorg met circa 1%, met uitzondering van minder groeiende vraag naar puberteitsremming.

### 3.2 Onzekerheid over maatschappelijke ontwikkelingen leidt tot vier scenario's met verschillen in toekomstige zorgvraag

In samenspraak met de klankbordgroepen werkten we met vier toekomstscenario's om de toekomstige vraag naar transgenderzorg te modelleren. Dit deden we omdat er geen cijfermatige informatie beschikbaar is over de ontwikkeling van de vraag naar transgenderzorg in de komende jaren. We ontwikkelden de scenario's door een shortlist van 11 mogelijke ontwikkelingen met significante invloed op transgenderzorg op te stellen, gebaseerd op beleidsstukken en onderzoeken. Tot deze mogelijke ontwikkelingen horen onder meer verandering in maatschappelijke acceptatie van trans identificatie en het breed invoeren van een model van informed consent/beknopte indicatiestelling. De gehanteerde inschattingen van groeipercentages zijn gebaseerd op historische ontwikkelingen. De gebruikte methode voor het opstellen van de scenario's is in meer detail te vinden in de technische bijlage.

De vier scenario's zijn elk een samenhangende omschrijving van een **hypothetische, mogelijke** toekomstrichting en de invloed hiervan op de vraag naar transgenderzorg. Ze zijn ook niet bedoeld om uitputtend te zijn. Wanneer voor specifieke ontwikkelingen een verandering in beleid nodig is, gaat het scenario ervanuit dat die verandering ook daadwerkelijk plaatsvindt.

Het is niet goed te zeggen of en in welke mate (een van) de scenario's zal optreden; dit is deels afhankelijk van maatschappelijke ontwikkelingen en deels van de toekomstige organisatie van transgenderzorg. In de praktijk ontstaat waarschijnlijk een mengeling van de scenario's (zie ook de tekstbox op de volgende pagina). Ook bestaat er bewust enige overlap tussen de scenario's, met name tussen scenario's a en b.

De vier scenario's zijn:

- a. Verdere individualisering en maatwerk
- b. Grotere maatschappelijke acceptatie en bekendheid
- c. Beknopte indicatiestelling en informed consent
- d. Terughoudendheid met transgenderzorg

In onze modellering van de vraag naar transgenderzorg onderzoeken we mogelijke ontwikkelingen met scenario's. Scenario's omschrijven globaal een mogelijke werkelijkheid in de nabije toekomst. Ze verschillen grotendeels van elkaar en geven inzicht in de verschillende gevolgen voor de vraag naar transgenderzorg.

Het doel van scenarioanalyse is om nadenken over de toekomst te stimuleren. Het creëert bewustwording en betrokkenheid, en vormt een hulpmiddel om keuzes mee te maken. Daarbij is het **niet de bedoeling, en ook niet mogelijk, om voor één van de scenario's te kiezen**; deze hangen vaak af van bredere ontwikkelingen en onzekerheden. Wél is het mogelijk en de bedoeling om betrokkenen te ondersteunen met het maken van keuzes om een gewenste toekomst dichterbij te brengen.

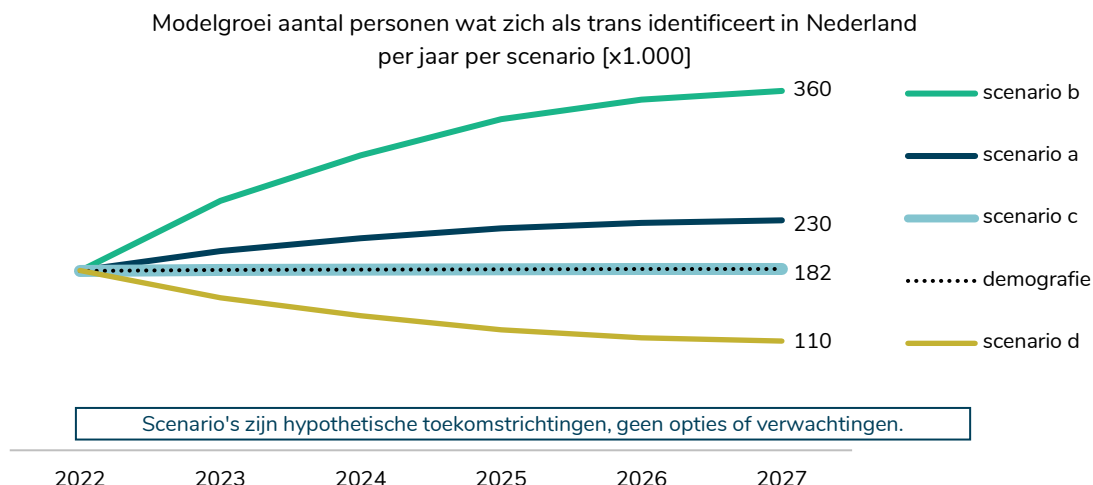
In deze paragraaf beschrijven we steeds per scenario achtereenvolgens de belangrijkste ontwikkelingen die dat scenario kenmerken en de verwachte invloed op de zorgvraag. De ontwikkelingen in scenario's a-d vinden steeds plaats boven op de demografische veranderingen uit §3.1. Daarnaast zijn de genoemde veranderingen in zorgvraag steeds het **gecombineerde resultaat** van de beschreven veranderingen in **aantal personen wat zich als trans identificeert** (in vragenlijsten, het openbaar en/of elders), in de gemiddelde nieuwe vraag naar transgenderzorg per persoon (hier beschreven als **indicatiestelling**) en in de gemiddelde vraag naar **specifieke vormen van transgenderzorg**. Net als in Hoofdstuk 2 gaan we bij het aantal personen wat zich als trans identificeert en veranderingen hierin uit van zelfrapportage. Dit is daarmee een combinatie van **(h)erkenning bij mensen zelf** en de **ruimte en veiligheid ervaren om hiervoor uit te komen**.

De zorgvraag per trans persoon splitsen we in de scenario's uit in vraag naar:

- Indicatiestelling
- Psychologische zorg
- Endocrinologische zorg
- Chirurgische zorg
- Fertiliteitszorg

We splitsen deze vormen van zorg niet verder uit in de scenario's omdat een meer gedetailleerd niveau tot schijnnaauwkeurigheid leidt. Daarnaast beschrijven we in deze paragraaf in alle scenario's de nieuwe vraag per jaar. De ontwikkelingen in zorgcapaciteit de komende jaren zijn onbekend waardoor eventuele wachtlijsten in deze scenario's niet goed mee te nemen zijn. Omdat het niet realistisch is om aan te nemen dat de genoemde ontwikkelingen voor onbepaalde tijd invloed hebben, laten we alle ontwikkelingen vijf jaar doorlopen, waarna we aannemen dat er een nieuwe stabiele situatie ontstaat.

Zie Figuur 9 voor een overzicht van de verandering per scenario in het aantal personen wat zich in Nederland als trans identificeert. §3.2.1-3.2.4 beschrijven de achtergronden hierbij en de bijbehorende veranderingen in zorgvragen. In §3.2.5 gaan we kort verder in op de interactie tussen de scenario's.



Figuur 9. De vier opgestelde scenario's hebben sterk wisselende effecten op het totaal aantal personen in Nederland wat zich als trans identificeert. In scenario c nemen we aan dat het aandeel personen in de bevolking wat zich als trans identificeert niet verandert, waardoor de groei gelijk is aan de demografische groei.

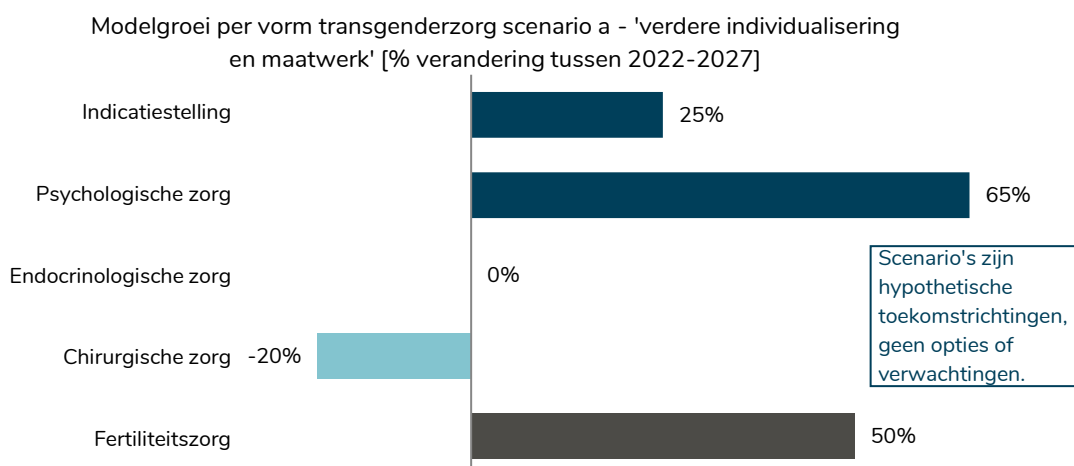
### 3.2.1 Scenario a: verdere individualisering en maatwerk

Dit scenario gaat als belangrijkste ontwikkeling uit van doorzettende individualisering in de samenleving in het algemeen, en in het verlengde daarvan in de transgenderzorg. Grotere nadruk op de uniciteit van het individu, van diens genderbeleving en daarmee diens zorgvraag zijn leidende ontwikkelingen. Dit vertaalt zich als samenhangende ontwikkelingen concreet naar een sterkere wens naar zorg op maat en meer ruimte voor non-binaire genderidentiteiten en zorgwensen.

Het **aantal personen wat zich als trans identificeert** neemt in dit scenario in enige mate toe omdat meer mensen hun eigen plaats op het genderspectrum bevragen en concluderen zich niet te herkennen in hun geslacht zoals geregistreerd bij de geboorte. Ook ervaren trans personen grotere ruimte om zich als zodanig te uiten.

Binnen de **zorgvraag per trans persoon** vindt in dit scenario het sterkste effect plaats voor de **chirurgische zorg**. Deze daalt aanzienlijk, zowel doordat nadruk op 'zorg op maat' ruimte biedt voor niet-traditionele behandelopties en doordat trans personen door acceptatie minder druk voelen om potentieel risicovolle of deels ongewenste operaties te ondergaan. Diezelfde ontwikkelingen spelen ook voor de vraag naar **fertiliteitszorg** en in mindere mate in **endocrinologische zorg**. Dit omdat ook de afgelopen jaren de vraag naar deze vormen van zorg relatief weinig beïnvloed werd door de beweging naar 'zorg op maat' en (h)erkenning van nonbinariteit. Voor de vraag naar **psychologische zorg** verwachten we in dit scenario een stijging omdat individualisering meer zelfonderzoek en zelfkennis van trans personen vraagt. Dit vertaalt zich naar een grotere behoefte aan mentale ondersteuning. Tot slot verwachten we in dit scenario nauwelijks effect op het aandeel van trans personen wat minstens één vorm van somatische zorg wenst en daarmee slechts een klein effect op de vraag naar **indicatiestelling**.

Zie Figuur 10 voor een cijfermatige uitwerking van dit scenario. Daarin staan de **gecombineerde, netto** resultaten van bovengenoemde ontwikkelingen in aantallen trans personen en zorgvraag per persoon.



Figuur 10. In scenario a vindt de sterkste groei plaats in vraag naar psychologische zorg en fertiliteitszorg. De vraag naar chirurgische zorg daalt juist.

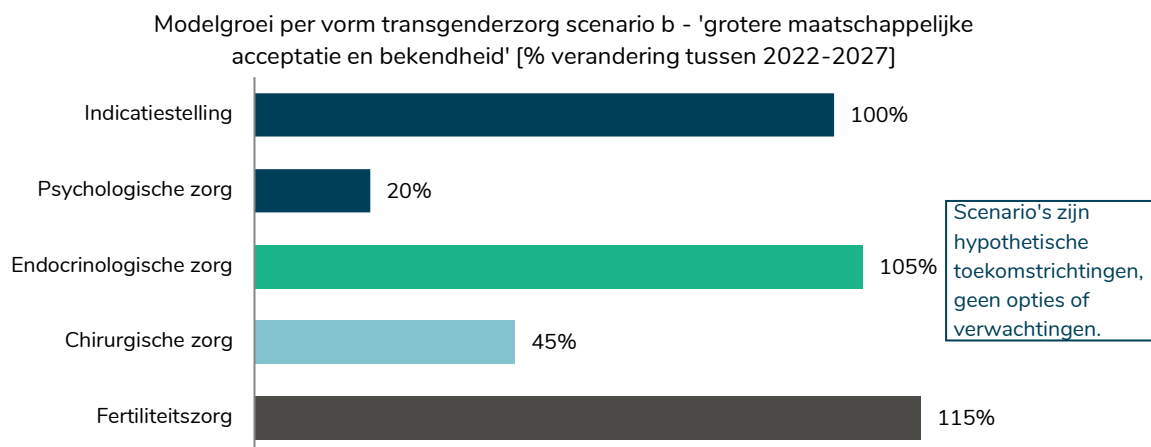
### 3.2.2 Scenario b: grotere maatschappelijke acceptatie en bekendheid

Dit scenario gaat als belangrijkste ontwikkeling uit van grotere maatschappelijke bekendheid en acceptatie van transgender personen. De grotere bekendheid komt onder meer voort uit activisme en aanhoudende aandacht die in media en cultuur (kranten, tijdschriften, films, muziek, literatuur, ...) aan het thema besteed wordt. Belangrijke samenhangende ontwikkelingen zijn grotere acceptatie van nonbinariteit en in mindere mate individualisering van de samenleving. Binnen de transgenderzorg leidt grotere bekendheid tot een grotere rol van huisartsen en het eenvoudiger opzetten van zorgnetwerken, die hier in dit scenario ook in gefaciliteerd worden. Door de grotere acceptatie zijn de vergoedingen voor transgenderzorg beter geregeld en de juridische mogelijkheden voor transgender personen vergroot.

Het **aantal personen wat zich als trans identificeert** neemt in dit scenario sterk toe, zowel doordat grotere acceptatie ertoe leidt dat meer mensen zich openlijk als trans identificeren, als doordat grotere bekendheid ervoor zorgt dat meer mensen zichzelf als trans herkennen.

Binnen de **zorgvraag per trans persoon** vindt in dit scenario sterke effecten plaats binnen de psychologische zorg en fertiliteitszorg. Grotere acceptatie vertaalt zich naar een dalende vraag naar **psychologische zorg** omdat minder trans personen mentale klachten ervaren van het gegeven dat hun genderbeleving niet aan traditionele normen voldoet. Ook leidt grotere acceptatie tot afname van discriminatie en de impact die dat heeft op de veiligheid en het welzijn van trans personen. Omdat het totaal aantal personen wat zich als trans identificeert sterker stijgt, neemt de vraag naar psychologische zorg netto alsnog iets toe. Dezelfde grotere acceptatie verlaagt ook de drempel die sommige trans personen ervaren om kinderen te krijgen en betekent daardoor een stijging in de vraag naar **fertiliteitszorg**. De vraag naar **chirurgische zorg** daalt netto iets door grotere acceptatie van trans personen in het algemeen en nonbinariteit in het bijzonder. Voor **indicatiestellingen** en **endocrinologische zorg** verwachten we in dit scenario per trans persoon geen significante verandering omdat deze vraag de afgelopen jaren weinig veranderde met stijgende bekendheid en acceptatie. Een toenemend aantal personen wat zich als trans identificeert vertaalt zich dan alsnog tot een sterke netto toename.

Zie Figuur 11 voor een cijfermatige uitwerking van dit scenario. Daarin staan de **gecombineerde, netto** resultaten van bovengenoemde ontwikkelingen in aantallen trans personen en zorgvraag per persoon.



Figuur 11. De vraag naar bijna elke vorm van transgenderzorg stijgt in scenario b sterk, met indicatiestellingen en endocrinologische- en fertiliteitszorg als uitschieters.

### 3.2.3 Scenario c: beknopte indicatiestelling/informed consent

Dit scenario gaat als belangrijkste ontwikkeling uit van het breed invoeren van het model van beknopte indicatiestelling/informed consent binnen de transgenderzorg. De rol van indicerende psychologen (en/of andere gespecialiseerde zorgverleners) in de transgenderzorg wordt sterker gericht op informeren en begeleiden dan op screenen en toetsen. Ook in deze situatie blijft het van belang dat zorgverleners goed kunnen inschatten wanneer iemand gebaat is bij beknopte indicatiestelling en wanneer iemand meer zorg nodig heeft, wat alsnog om specifieke psychologische inzet vraagt. Belangrijke samenhangende ontwikkelingen zijn de beweging naar zorg op maat, een minder grote behoefte aan transgenderzorg in het buitenland en kortere wachttijden voor sommige vormen van zorg.

Het **totaal aantal personen wat zich als trans identificeert** blijft in dit scenario gelijk omdat de manier waarop de transgenderzorg georganiseerd is hier geen invloed op heeft. De **zorgvraag per trans persoon** verandert daarentegen wel. Het sterkste effect vindt plaats bij het **indicatiestellingstraject**, wat voor veel trans personen wordt verkort waardoor de zorgvraag per persoon daalt. Dit geldt niet voor iedereen, omdat in een deel van de situaties alsnog vraag naar uitgebreide psychologische screening bestaat vanwege gelijktijdige somatische of psychische aandoeningen, of voorkeur van de betrokken trans persoon. Daarnaast stijgt naar verwachting het **aandeel** trans personen wat zorg vraagt doordat de toegankelijkheid verbetert. Per saldo daalt de vraag naar indicatiestelling echter alsnog.

Deze betere toegankelijkheid zorgt ook voor een stijgende vraag naar **endocrinologische zorg** en **chirurgische zorg**, zowel omdat naar verwachting meer trans personen hier vraag naar krijgen als

doordat zorg die nu in of via het buitenland plaatsvindt in dit scenario naar Nederland verplaatst.<sup>19</sup> Nu is dit een vorm van afgewentelde zorgvraag. De vraag naar **fertiliteitszorg** stijgt naar verwachting ook, ongeveer even sterk. Indien de wachttijd voor indicatiestellingstrajecten snel afneemt, kan de wachttijd voor deze vormen van somatische transgenderzorg wel tijdelijk oplopen. Het wegnemen van één knelpunt veroorzaakt dan tijdelijke overvraging van de daaropvolgende punten in zorgpaden. Tot slot verwachten we in dit scenario een sterke daling in de vraag naar **psychologische zorg** doordat het model van informed consent de zelfbeschikking en autonomie van trans personen vergroot met een positieve invloed op hun mentale welzijn. Daarnaast zijn de huidige lange wachttijden een versterkende factor in de vraag naar psychische zorg. Deze wachttijden worden in dit scenario naar verwachting significant korter.

Zie Figuur 12 voor een cijfermatige uitwerking van dit scenario. Daarin staan de **gecombineerde, netto** resultaten van bovengenoemde ontwikkelingen in aantallen trans personen en zorgvraag per persoon.



Figuur 12. In scenario c daalt de vraag naar indicatiestellingen en psychologische zorg sterk. Alle andere vormen van transgenderzorg stijgen in enige mate.

### 3.2.4 Scenario d: grotere terughoudendheid met transgenderzorg

Dit scenario gaat als belangrijkste ontwikkeling uit van grotere terughoudend in de maatschappij én bij zorgverleners omtrent transgenderzorg. Deze terughoudendheid kan onder meer het gevolg zijn van conservatieve maatschappelijke stromingen, of aanwijzingen voor of onzekerheid over negatieve langetermijneffecten van (vormen van) deze zorg. Dit uit zich het sterkst in latere toegang tot (met name irreversibele) transgenderzorg voor jongeren en het vasthouden aan uitgebreide trajecten voor indicatiestelling. Belangrijke samenhangende ontwikkelingen zijn langere wachttijden voor sommige vormen van transgenderzorg, een grotere vraag naar transgenderzorg in het buitenland en zelfmedicatie en minder maatschappelijke acceptatie. De

<sup>19</sup> Een deel van de mensen met vraag naar transgenderzorg zoekt die in de huidige situatie in of via het buitenland. Zie ook het Kwartiermaker-vervolgonderzoek 'Ervaringen en behoeften van transgender personen' uit 2022, beschikbaar op: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/lhbt-emanipatie/documenten/publicaties/2022/11/30/ervaringen-en-behoeften-van-transgender-personen-in-de-zorg-vervolgonderzoek>

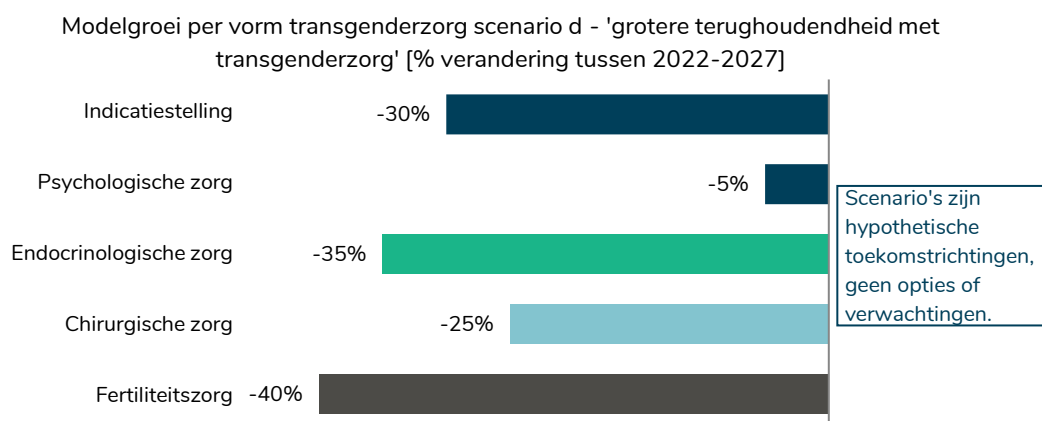


langere wachttijden komen voort uit een vertragend effect van meer uitgebreide indicatiestellingen.

Het **aantal personen wat zich als trans identificeert** (net als eerder: in vragenlijsten, het openbaar en/of elders), neemt in dit scenario af, met name onder jongeren. Dit is een combinatie van voornamelijk minder ervaren maatschappelijke ruimte en veiligheid om zich als trans te uiten en daarnaast minder (h)erkenning van trans zijn bij mensen zelf. Mindere herkenning van zichzelf als trans is het gevolg van minder aandacht voor identiteit en minder maatschappelijke ruimte voor zelfexpressie. Dit raakt jongeren het sterkst omdat de zoektocht naar de eigen identiteit met name in die levensfase speelt.

Binnen de **zorgvraag per trans persoon** vindt in dit scenario het sterkste effect plaats binnen de vraag naar **psychologische zorg**. Lagere toegankelijkheid van indicatiestelling en somatische zorg drijft naar verwachting de vraag naar psychologische zorg sterk op door toenemende en onbehandelde dysforie, en door de gevolgen van langdurige minderheidsstress<sup>20</sup> op mentale gezondheid. Omdat het totaal aantal personen wat zich als trans identificeert daalt, neemt deze vraag netto alsnog af. Doordat **indicatiestellingstrajecten** vaker uitgebreid zijn, neemt deze vraag per persoon ook toe. Netto krimpt deze vraag alsnog omdat de daling in het aantal personen wat vraag heeft naar transgenderzorg sterker is. Binnen **endocrinologische** en **chirurgische zorg** treden in dit scenario per persoon geen significante veranderingen op omdat deze vraag beperkt beïnvloed wordt door afnemende toegankelijkheid. Tot slot betekent de kleinere maatschappelijke acceptatie een verhoging van de drempel die sommige trans personen ervaren om kinderen te krijgen, wat zich in het model vertaalt naar een daling in de vraag naar **fertiliteitszorg**.

Zie Figuur 13 voor een cijfermatige uitwerking van dit scenario. Daarin staan de **gecombineerde, netto** resultaten van bovengenoemde ontwikkelingen in aantallen trans personen en zorgvraag per persoon.



Figuur 13. Scenario d kenmerkt zich door een duidelijke afname in vraag naar bijna elke vorm van transgenderzorg.

<sup>20</sup> Specifieke stress voortkomend uit deel uitmaken van een minderheidsgroep (<https://transgenderinfo.be>).

### 3.2.5 Interactie tussen scenario's a-d

De scenario's sluiten elkaar niet volledig uit. Ook bestaat er enige overlap tussen de scenario's, met name tussen scenario's a en b. In de praktijk ontstaat de komende jaren waarschijnlijk een mengeling van (onderdelen van) de scenario's en van andere, niet beschreven ontwikkelingen.

Omdat de scenario's alleen bedoeld zijn om mogelijke ontwikkelingen te laten zien en niet als toekomstverwachting, hebben we interacties tussen de scenario's niet verder gemodelleerd. Wel kunnen we de interacties op hoofdlijnen kwalitatief beschrijven. Wanneer er mengeling van scenario's a en b optreedt, zouden die elkaar versterken en tot een sterkere stijging in aantal personen wat zich als trans identificeert en vraag naar transgenderzorg leiden. Scenario's a en d, en b en d zijn gedeeltelijk tegengesteld en heffen elkaars effecten daardoor op. De effecten van scenario c staan in grote lijnen los van die van de andere scenario's. Inhoudelijk is scenario c het meest plausibel te combineren met scenario b en het minst plausibel met d.

## 4 Om wachttijden te verkorten, is inhaalcapaciteit zeker nodig

Het is onbekend hoe sterk het zorgaanbod moet groeien om de huidige wachttijden voor indicatiestelling goeddeels weg te nemen. De onzekerheid over hoe de zorgvraag verandert, draagt daaraan bij. We modelleerden veranderingen in capaciteit en vraag om meer inzicht in de gevolgen van veranderingen te bieden. In elk scenario is tijdelijke inhaalcapaciteit nodig om de wachttijd sterk in te korten. De capaciteitsgroei is op langere termijn de belangrijkste factor in de wachttijd. Op kortere termijn speelt de vraagontwikkeling ook een grote rol. Met deze methode kunnen beleidsmakers en aanbieders zelf het effect van grotere of kleinere veranderingen bekijken.

Ondanks dat de capaciteit voor psychologische zorg en indicatiestellingen de afgelopen drie jaar meer dan verdubbeld is, is de gewogen gemiddelde wachttijd in diezelfde periode sterk toegenomen; van 68 naar 102 weken.<sup>21</sup> Alle betrokkenen willen deze wachttijden sterk terugdringen, maar het is niet bekend hoeveel capaciteit hiervoor nodig is. De onzekerheid over hoe de vraag naar deze zorg zich ontwikkelt, draagt hieraan bij. Ook na dit onderzoek blijft onzekerheid bestaan over de vraagontwikkeling de komende jaren (zie Hoofdstukken 2-3).

Om meer inzicht te bieden in hoe de wachttijden reageren op veranderingen in zorgvraag en -capaciteit modelleerden we hun interactie. Dit hoofdstuk focust zich op de wachttijd tot indicatiestelling voor somatische transgenderzorg omdat dat op dit moment het belangrijkste knelpunt is. Capaciteitsvraagstukken voor andere vormen van zorg laten we buiten beschouwing. Een kanttekening daarbij is dat wanneer deze wachttijd afneemt de wachttijden voor vormen van somatische transgenderzorg kunnen oplopen, zeker wanneer dit in korte tijd gebeurt en voor zorg die niet eenvoudig op te schalen is, zoals specialistische chirurgische transgenderzorg. Dit komt doordat het wegnemen van één knelpunt (tijdelijke) overvraging van de daaropvolgende punten in zorgpaden kan veroorzaken.

In dit hoofdstuk beschrijven we achtereenvolgens de effecten van verschillende maten van 'inhaalcapaciteit' op het aantal wachtenden en de wachttijd op somatische transgenderzorg (§4.1) en hoe deze methode gebruikt kan worden om met toekomstige inzichten ook andere scenario's te onderzoeken (§4.2). Wanneer we spreken over capaciteitsgroei gaat het om groei in het aantal personen wat per jaar zorg kan krijgen, onafhankelijk of dit komt door een toename in het aantal

<sup>21</sup> Bron: voortgangsbrief Kwartiermaker Transgenderzorg november 2022, <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2022/11/30/voortgangsbrief-kwartiermaker-transgenderzorg-november-2022>.

zorgverleners en/of een efficiëntere manier van zorgverlening. Net als in de rest van dit rapport blijft ook hier de kwaliteit, organisatie, inrichting en financiering van transgenderzorg buiten beschouwing. Alle betrokkenen noemden het daarbij wel van groot belang dat capaciteitsgroei niet ten koste mag gaan van de kwaliteit van transgenderzorg.

Gezien de aannames die gevraagd waren voor de modellering zijn de uitkomsten in dit hoofdstuk niet bedoeld als verwachting of precieze voorspelling. Ook zijn de uitkomsten geen uitspraak over de haalbaarheid van verandering in zorgcapaciteit. De uitkomsten zijn alleen bedoeld om richting te geven aan hoe naar vragen rondom het vergroten van capaciteit te kijken.

## 4.1 In elk gemodelleerd scenario is tijdelijke inhaalcapaciteit gevraagd om wachttijden in te korten

Om de wachttijd voor intakes voor indicatiestelling te laten dalen, is het nodig dat de totale zorgcapaciteit hiervoor groter is dan het aantal aanmeldingen per jaar. In dit rapport noemen we dat 'inhaalcapaciteit': extra capaciteit bovenop wat nodig is om het aantal nieuwe aanmeldingen per jaar te behandelen. Voor zorgaanbieders en financiers is het onwenselijk om inhaalcapaciteit te hebben nadat de wachtlijsten zijn ingelopen. Op dat moment is er namelijk sprake van overcapaciteit, die niet gemakkelijk snel te verkleinen is zonder actief zorgverleners af te stoten.<sup>22</sup> We modelleerden daarom drie situaties waarin de mate van tijdelijke inhaalcapaciteit varieert tussen 10-30% van het aantal nieuwe aanmeldingen per jaar. We pasten de percentages van inhaalcapaciteit toe op de scenario's uit Hoofdstuk 3. Deze percentages zijn bedoeld om verschillende uitkomsten te laten zien afhankelijk van capaciteitsvergroting. In de praktijk kan wellicht een hogere capaciteitsvergroting behaald worden. Dat hangt bijvoorbeeld af van zorgorganisatie en van tempo en duur van opleiding.

Figuur 14 (op de volgende pagina) is een weergave van de modeluitkomsten per zorgvraag- en capaciteitsscenario. In elk scenario van zorgvraagontwikkeling is ruime inhaalcapaciteit nodig om de gemiddelde wachttijd op indicatiestelling in te korten. Tijdelijke inhaalcapaciteit van 30% is alleen in zorgvraagscenario b ('grotere maatschappelijke acceptatie/bekendheid') niet genoeg om de wachttijd vóór 2031 weg te nemen. Afhankelijk van het zorgvraagscenario verdwijnt de wachttijd bij deze inhaalcapaciteit tussen 2030-2037. De capaciteit groeit in die scenario's – als reactie op verschillen in zorgvraaggroei – tot 2-3,5x de capaciteit in 2022. Inhaalcapaciteit van 10% is in geen enkel scenario voldoende om de wachttijd vóór 2036 weg te nemen. Bij 20% inhaalcapaciteit bereiken de wachttijden de Treeknorm tussen 2030-2040. In die scenario's is de capaciteit tussen de 1,2-3x die van 2022, wederom afhankelijk van verschillen in zorgvraaggroei.

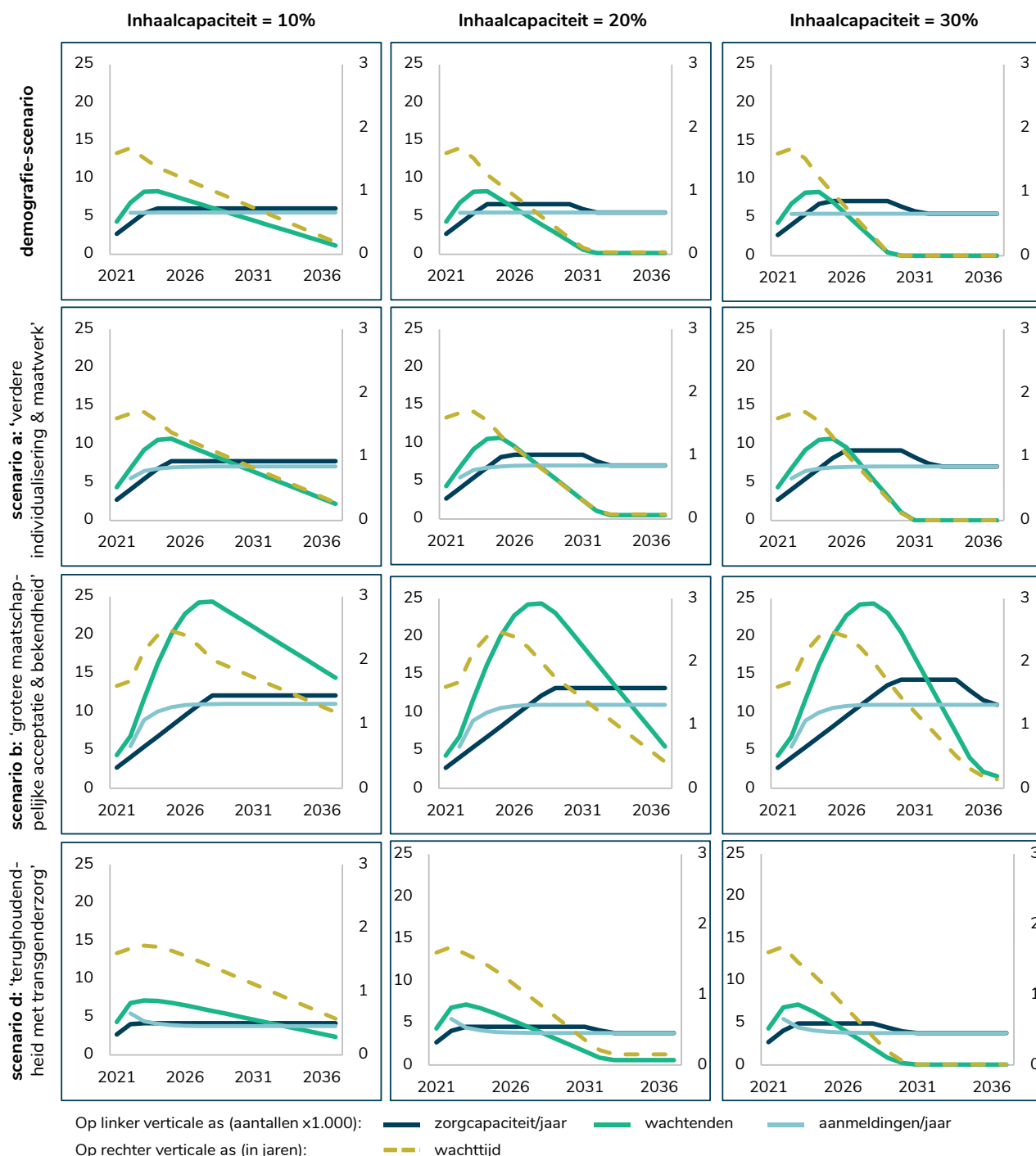
In de scenario's ontstaat tussen 2023 en 2028 een piek van het totaal aantal wachtenden. Het aantal wachtenden op dat moment varieert sterk: iets meer dan 7 duizend in het scenario d ('terughoudendheid met transgenderzorg') tot ruim 24 duizend in scenario b ('grotere maatschappelijke acceptatie en bekendheid'). Ter vergelijking, eind 2022 wachtten bijna 7 duizend mensen op een intake voor indicatiestelling.<sup>23</sup> We modelleerden scenario c ('beknopte

<sup>22</sup> Zie §4.3 voor een bespreking van alle modelaannames, waaronder hoe snel we de capaciteit in het model laten groeien.

<sup>23</sup> Na correctie voor dubbelingen op de wachtlijsten, zie Hoofdstuk 2.

indicatiestelling/informed consent') als enige niet omdat de invloed van dit scenario op de zorgcapaciteit niet bekend is. Wel is de inschatting dat in dat scenario de Treeknorm voor indicatiestellingstrajecten in elk capaciteitsscenario eerder bereikt zou worden dan in de andere zorgvraagscenario's. Dit omdat indicatiestellingen gemiddeld beknopter worden, waardoor de effectieve capaciteit per zorgverlener toeneemt.

Capaciteitsscenario's bij vraag naar indicatiestelling transgenderzorg  
[capaciteit, aanmeldingen, wachtenden en wachttijd per jaar,  
per vraagscenario en per mate van inhaalcapaciteit]



Figuur 14. Alleen in zorgvraagscenario b is een tijdelijke inhaalcapaciteit van 30% niet genoeg om de wachttijd op indicatiestelling vóór 2031 weg te nemen. Inhaalcapaciteit van 10% is in geen enkel scenario voldoende om de wachttijd vóór 2036 weg te nemen. Bij 20% bereiken de wachttijden afhankelijk van het zorgvraagscenario de Treeknorm tussen 2030-2040.

De gemodelleerde combinaties van zorgvraag- en capaciteitsontwikkeling lopen sterk uiteen in met welke snelheid wachttijden afnemen, zie Tabel 1. Daarbij valt op dat in de periode tot en met 2027 voor alleen scenario b de mate van inhaalcapaciteit geen verschil in wachttijd maakt. In 2032 is in het demografiescenario en in scenario's a en d de wachttijd grotendeels ingelopen, behalve in het scenario met 10% inhaalcapaciteit. Voor scenario b bestaan ook in 2032 nog gemiddelde wachttijden tussen de 50 en 85 weken.

Dit laat zien dat in geen enkel gemodelleerd scenario 10% inhaalcapaciteit voldoende is om in 10 jaar tijd de wachttijden in te halen. Welke inhaalcapaciteit wél gevraagd is, is afhankelijk van de ontwikkeling van zorgvraag. De vier gemodelleerde zorgvraagscenario's geven geen harde onder- en bovengrens maar wel een bruikbare indicatie. Hieruit volgt dat zelfs in scenario's met krimpende zorgvraag meerdere jaren significante inhaalcapaciteit nodig is om de wachttijd op indicatiestelling naar de Treeknorm te krijgen.

Tabel 1. De combinaties van scenario's lopen sterk uiteen in met welke snelheid wachttijden afnemen. Alle wachttijden afgerond op vijftallen. Scenario c ('informed consent/ beknopte indicatiestelling') modelleerden we niet omdat de invloed van dit scenario op het zorgaanbod niet bekend is, zie de tekstbox in de inleiding van dit hoofdstuk.

	Wachttijd in 2027 (weken)	Inhaalcapaciteit			Wachttijd in 2032 (weken)	Inhaalcapaciteit			
		10%	20%	30%		10%	20%	30%	
Scenario	Demografie	55	40	25	Scenario	Demografie	35	0	0
	Scenario a	60	50	40		Scenario a	40	5	0
	Scenario b	115	115	115		Scenario b	85	65	50
	Scenario d	75	55	35		Scenario d	55	10	0

## 4.2 Met de achterliggende methode kunnen de effecten van andere maten van verandering bekeken worden

Zoals ook in de inleiding van dit hoofdstuk beschreven, is deze modellering bedoeld om richting te geven in hoe naar vragen rondom capaciteit van transgenderzorg te kijken. Gezien de onzekerheid over uitgangswaarden en de gemaakte aannames, zijn de concrete uitkomsten ook onzeker.

Het is daarbij een expliciet doel om de gebruikte methode beschikbaar te stellen om de uitkomsten te kunnen verfijnen wanneer betere informatie beschikbaar is over de gebruikte gegevens en aannames. Het model zelf wordt gepubliceerd op platform GitHub en is herbruikbaar. §5.2 van de methodologische bijlage bevat een overzicht van alle gehanteerde uitgangswaarden en aannames, en de motivatie daarachter.

Door de uitgangswaarden en aannames aan te passen, kunnen de effecten van andere maten van verandering bekeken worden. Wanneer nieuwe informatie beschikbaar komt of nieuwe doelen worden gesteld, kan met het model inzicht bieden in de verwachte gevolgen op wachttijd en aantal wachtenden.

# Bijlage 1. Deelnemers klankbordgroepen

Deze bijlage geeft in Tabel 2 een overzicht van de personen en organisaties die bijdroegen aan dit onderzoek door deelname aan een van de drie klankbordgroepen, elk met eigen focus. De deelnemers voorzagen ons van informatie en adviseerden door te reageren op conceptversies. Wij hebben daar veel baat bij gehad en hebben met hun adviezen onze analyses kunnen verbeteren. Daarbij stelden wij ons rapport onafhankelijk van de ontvangen input op. Deelname aan de klankbordgroep staat uiteraard los van het al dan niet delen van onze aanpak of conclusies. In de laatste fase van het onderzoek combineerden we de bijeenkomsten tot één grote klankbordgroep. Vertegenwoordigers van zorgverzekeraars zijn tot na de openbare consultatie betrokken geweest bij de klankbordgroep ‘Beleidsmakers en financiers’, maar besloten zich daarna terug te trekken.

Tabel 2. Overzicht van deelnemers aan de klankbordgroepen voor dit onderzoek.

Naam	Organisatie	Klankbordgroep
Merijn Sommer	Rainbow Academy	Trans personen en naasten
Rose Weterings	Rainbow Academy	Trans personen en naasten
Aike Pronk	Transgender Netwerk Nederland	Trans personen en naasten
Sophie Schers	Transgender Netwerk Nederland	Trans personen en naasten
Freya Terpstra	Transgender Netwerk Nederland	Trans personen en naasten
Casper Martens	Transvisie	Trans personen en naasten
Jules Warps	Transvisie	Trans personen en naasten
Annelijn Wensing	Amsterdam UMC	Zorgverleners en wetenschappers
Baudewijntje Kreukels	Amsterdam UMC	Zorgverleners en wetenschappers
Müjde Özer	Amsterdam UMC	Zorgverleners en wetenschappers
Thomas Steensma	Amsterdam UMC	Zorgverleners en wetenschappers
Tim van de Grift	Amsterdam UMC	Zorgverleners en wetenschappers
Joep Roeffen	Genderteam Zuid-Nederland	Zorgverleners en wetenschappers
Robert Verheij	Nivel	Zorgverleners en wetenschappers
Hedi Claahsen	Radboudumc	Zorgverleners en wetenschappers
Tim Schäfer	UMCG	Zorgverleners en wetenschappers
Hugo Solleveld	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd	Beleidsmakers en financiers
Aya Rådecker	Zorginstituut Nederland	Beleidsmakers en financiers
Marthein Gaasbeek Janzen	Zorginstituut Nederland	Beleidsmakers en financiers
Max de Blank	Ministerie van OCW	Beleidsmakers en financiers
Georgette Mentink	Ministerie van VWS (observator)	Beleidsmakers en financiers
Victoire Lucieer	Ministerie van VWS (observator)	Beleidsmakers en financiers
Lynn Kromojahjo	Ministerie van VWS (observator)	Beleidsmakers en financiers