

Concept voor consultatie



# > Onzekerheid over vraag transgenderzorg, inhaalcapaciteit zeker nodig

## Onderzoek vraag transgenderzorg in Nederland

Utrecht, februari 2023

# Colofon

## **Projectteam**

Jan-Peter Heida

Jolien de Haas

Marie Hiemstra

Fons Strijbosch – fons.strijbosch@sirm.nl

## **Copyright**

Na publicatie van de definitieve versie (februari 2023) mogen delen van dit rapport gereproduceerd worden met de volgende bronvermelding: SiRM, Onzekerheid over vraag transgenderzorg, maar inhaalcapaciteit nodig, februari 2023

## **Opdrachtgever**

ZonMw

# 1 Managementsamenvatting

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

7 Om deze vragen te beantwoorden, modelleerden we de vraag naar transgenderzorg en  
8 ontwikkelingen hierbinnen. Vragen rond de kwaliteit en organisatie van transgenderzorg vielen  
9 buiten dit onderzoek. Voor toekomstige ontwikkelingen in zorgvraag en -capaciteit stelden we  
10 scenario's op. Bij elk van deze stappen betrokken we relevante stakeholders, met name in de vorm  
11 van drie klankbordgroepen, en doorlopend overleg met de Kwartiermaker Transgenderzorg en met  
12 twee parallel lopende onderzoeken. **Ook organiseren we een openbare consultatie van de**  
13 **conceptuitkomsten. U leest momenteel deze consultatieversie. Tot het verschijnen van de**  
14 **definitieve versie zijn alle uitkomsten en conclusies daardoor onder voorbehoud.** De opgestelde  
15 methode is openbaar beschikbaar en herbruikbaar voor vervolgonderzoek.

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

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

31 Het is onbekend hoe sterk het zorgaanbod moet groeien om de huidige wachttijden op  
32 indicatiestelling goeddeels weg te nemen. De onzekerheid over hoe de zorgvraag verandert,  
33 draagt daar sterk aan bij. We modelleerden veranderingen in zorgcapaciteit en -vraag om meer  
34 inzicht in de gevolgen van veranderingen te bieden. In elk scenario is tijdelijke inhaalcapaciteit  
35 nodig om de wachttijd sterk in te korten. De capaciteitsgroei is op langere termijn de belangrijkste  
36 factor in de wachttijd. Op kortere termijn speelt de vraagontwikkeling ook een grote rol. Met de  
37 ontwikkelde methode kunnen beleidsmakers en aanbieders zelf het effect van grotere of kleinere  
38 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	3
1.3 Conclusies en leeswijzer	4
<b>2 Er wachten circa 7.000 mensen op indicatiestelling voor somatische transgenderzorg</b>	<b>5</b>
2.1 Ruw geschat telt Nederland 180.000 trans personen waarvan een deel ooit vraag heeft naar transgenderzorg	5
2.2 Bij indicatiestelling – de toegang tot somatische transgenderzorg – bestaan grote wachtlijsten	8
2.3 De huidige vraag naar vormen van somatische transgenderzorg is onzeker en loopt sterk uiteen	10
<b>3 Het aantal trans personen en de vraag naar transgenderzorg in 2027 zijn sterk onduidelijk</b>	<b>13</b>
3.1 Demografische ontwikkelingen hebben slechts een kleine invloed op zorgvraagontwikkeling	13
3.2 Onzekerheid over maatschappelijke ontwikkelingen leidt tot vier scenario's met verschillen in toekomstige zorgvraag	15
<b>4 Om wachttijden te verkorten, is inhaalcapaciteit zeker nodig</b>	<b>22</b>
4.1 In elk scenario is tijdelijke inhaalcapaciteit gevraagd om wachttijden in te korten	23
4.2 Met de achterliggende methode kunnen de effecten van andere maten van verandering bekeken worden	25
<b>Bijlage 1. Deelnemers klankbordgroepen</b>	<b>26</b>

# 1 I Aanleiding en conclusie

## 2 1.1 Aanleiding en vragen aan SiRM

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

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

- 15 • Hoe is de vraag naar transgenderzorg in te schatten?
- 16 • Hoe groot is de vraag naar transgenderzorg naar schatting, zowel nu als in de nabije  
17 toekomst?
- 18 • In welke mate moet het aanbod aan transgenderzorg groeien om aan de vraag te voldoen?

19 Naast dit onderzoek faciliteerde ZonMw gelijktijdige onderzoeken van het onderzoeksplatform  
20 Diversiteit in Geslacht en Gender van de Radboud Universiteit en van het Kennisinstituut van de  
21 Federatie Medisch Specialisten (FMS). De Radboud Universiteit onderzocht de redenen voor de  
22 toename van de vraag naar transgenderzorg op kwalitatieve en kwantitatieve wijze. Het  
23 Kennisinstituut van de FMS evalueert de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch. De  
24 meest recente versie is in 2019 geautoriseerd en gepubliceerd. Omdat ook inhoudelijk deze zorg  
25 zich sterk ontwikkelt, was afgesproken de standaard in 2022 te evalueren en waar nodig te  
26 herzien. Vragen rond de kwalitatieve kanten van transgenderzorg, inclusief manier van inrichting  
27 en organisatie, vallen dan ook buiten de scope van ons onderzoek.

## 28 1.2 Aanpak onderzoek en modellering

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

<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.

- 1 1 Opstellen schematisch model vraag naar transgenderzorg en ontwikkeling hiervan en
- 2 vervolgens vertalen naar gecodeerd model.
- 3 2 Onderzoek naar parameterwaarden met deskresearch en data-uitvragen.
- 4 3 Opstellen scenario's voor de ontwikkeling van de vraag naar transgenderzorg.
- 5 4 Berekenen van de verwachte vraag inclusief onzekerheidsanalyses en aanbodscenario's.

6 Bij elk van deze stappen betrokken we relevante stakeholders, met name in de vorm van drie  
7 klankbordgroepen.<sup>3</sup> Daarnaast overlegden we doorlopend met de onderzoekers van de Radboud  
8 Universiteit, het Kennisinstituut van de FMS en met de Kwartiermaker Transgenderzorg.<sup>4</sup> Na  
9 berekening van de verwachte zorgvraag leggen we het conceptrapport breed ter consultatie voor.

10 Een uitgebreidere beschrijving van de onderzoeksaanpak, de modellering en gebruikte aannames  
11 en bronnen zijn te vinden in de separate technische bijlage bij dit rapport. De code van het model  
12 is openbaar te raadplegen en te hergebruiken via het platform GitHub.<sup>5</sup>

### 13 1.3 Conclusies en leeswijzer

14 De vraag naar transgenderzorg in Nederland en de ontwikkeling hiervan wordt door veel factoren  
15 bepaald. De belangrijkste hiervan zijn het huidige totaal aantal trans personen, de verdeling van  
16 zorgvragen onder trans personen en toekomstige maatschappelijke en zorginhoudelijke  
17 ontwikkelingen. Over de grootte van een aantal van deze factoren bestaat onzekerheid omdat data  
18 niet altijd recent of representatief is. Daarnaast zijn toekomstige ontwikkelingen inherent onzeker.  
19 We presenteren alle uitkomsten daarom als bandbreedtes.

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

<sup>3</sup> Zie Bijlage 1 voor de samenstellingen.

<sup>4</sup> In dit rapport korten we deze partij verder af tot 'de Kwartiermaker'.

<sup>5</sup> Zie <https://github.com/SIRM-Healthcare/Transgenderzorg>.

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

Van alle trans personen in Nederland heeft slechts een klein deel per jaar een nieuwe vraag naar een vorm van 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.

In dit hoofdstuk beschrijven we het aantal trans personen in Nederland en de huidige vraag naar transgenderzorg 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.

Als eerste beschrijven we kort de totale groep trans personen in Nederland (§2.1) en vervolgens de huidige vraag naar transgenderzorg binnen deze groep (§2.2). Een belangrijke kanttekening daarbij 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.

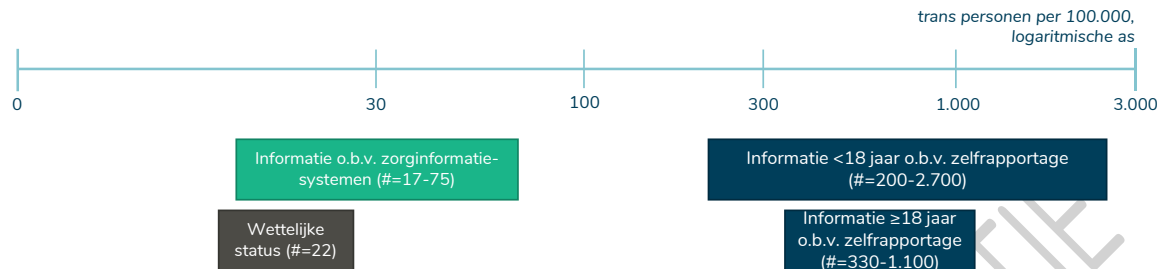
Omdat een aantal gebruikte bronnen bandbreedtes gebruiken of op een andere manier onzekerheid bevatten, voerden we onzekerheidsanalyses uit. De resultaten hiervan presenteren we in dit hoofdstuk steeds als een 'onzekerheidsbandbreedte'. Zie de technische bijlage voor meer informatie over de achterliggende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

### 2.1 Ruw geschat telt Nederland 180.000 trans personen waarvan een deel ooit vraag heeft naar transgenderzorg

In deze paragraaf beschrijven we het aantal trans personen in Nederland in de huidige situatie en onderverdelingen hierbinnen naar leeftijd en geslacht zoals geregistreerd bij de geboorte. Niet alle trans personen hebben ooit vraag naar een vorm van transgenderzorg, en slechts een klein aandeel heeft jaarlijks een nieuwe vraag hiernaar. Omdat dit aandeel in de toekomst kan veranderen, is een schatting van de totale groep belangrijk als uitgangspunt.

### 1 2.1.1 Nederland telt in de huidige situatie circa 180.000 trans personen

- 2 Er zijn veel bronnen beschikbaar die rapporteren over het aandeel trans personen in een bevolking.  
 3 De waarden in deze bronnen lopen tot meer dan een factor 100 uiteen. Deze spreiding komt in  
 4 grote mate door verschillende gehanteerde definities, zie Figuur 1.



- 5  
 6 Figuur 1. Het aantal trans personen per 100.000 mensen verschilt tot ~100x afhankelijk van het geselecteerde type bron.  
 7 Ook binnen hetzelfde type bron verschillen de waarden soms meer dan 10x.

8 Informatie op basis van wijzigingen in de geslachtsregistratie bij de burgerlijke stand geven de  
 9 laagste inschatting van het aantal trans personen. In Nederland rapporteert het CBS met deze  
 10 definitie over 22 trans personen per 100.000 inwoners. Zorginformatie(systemen), zoals  
 11 registratiedata van zorgverzekeraars of van zorgaanbieders, geven waarden tussen de 17-75 per  
 12 100.000. Bronnen op basis van zelfrapportage over identificatie zijn vaak enquêtes en geven veel  
 13 hogere aantallen. Deze lopen uiteen van 200 tot 2.700 personen per 100.000 inwoners, of 0,2%  
 14 tot 2,7% van de bevolking. Deze spreiding wordt gedeeltelijk veroorzaakt doordat de bronnen  
 15 verschillende definities hanteren. Sommige bronnen rapporteren over het aandeel mensen wat  
 16 zich genderincongruent noemt, gedefinieerd als iedereen wiens huidige genderidentiteit anders is  
 17 dan het bij de geboorte toegekende geslacht. Andere bronnen gebruiken een nauwere definitie en  
 18 rapporteren alleen over personen wiens genderidentiteit op een binaire manier anders is dan het  
 19 bij de geboorte toegekende geslacht. In navolging van de Kwartiermaker gebruiken wij in dit  
 20 onderzoek de definitie 'alle personen die hun gender anders beleven dan het geslacht wat zij bij de  
 21 geboorte toegekend hebben gekregen'.<sup>6</sup> Voor leesbaarheid beschrijven we deze hele groep in dit  
 22 rapport verder als 'trans personen', en personen binnen deze groep die bij de geboorte het  
 23 vrouwelijke of mannelijke geslacht toegewezen hebben gekregen als respectievelijk 'trans  
 24 mannen' en 'trans vrouwen'.

25 Voor ons onderzoek is inschatting van het totaal aantal trans personen volgens de beschreven  
 26 definitie, ook zonder zorgvraag, van belang omdat we in de ontwikkeling van zorgvraag ook  
 27 rekening moeten houden met veranderingen in het aandeel van alle trans personen wat een  
 28 zorgvraag heeft en stelt. Daarom gebruiken we bronnen op basis van zelfrapportage. Binnen deze  
 29 bronnen baseren we ons op aanraden van leden van de klankbordgroepen op een meta-analyse  
 30 die ook gebruikt wordt in het hoofdstuk over populatieschattingen van de Standards of Care (SOC)  
 31 versie 8 van de WPATH.<sup>7</sup> Binnen deze meta-analyse selecteerden we waar mogelijk Nederlandse

<sup>6</sup> Toekomstvisie transgenderzorg (2020).

<sup>7</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.



1 en Vlaamse bronnen om zo goed mogelijke aansluiting bij de Nederlandse situatie te hebben.  
2 Andere relevante geraadpleegde bronnen op basis van zelfrapportage zijn:

- 3 • Veiligheidsmonitor po/vo 2021
- 4 • Studentenmonitor 2020
- 5 • Rutgers-publicatie 'Seks onder je 25<sup>e</sup>' (2017)

6 Deze bronnen geven waarden die volledig of gedeeltelijk met elkaar en de SOC-bron overlappen.  
7 Dit biedt steun aan het gebruik van deze bron als basis voor de inschatting van het aantal trans  
8 personen. Afgaande op deze bron over het aandeel trans personen in de bevolking en de  
9 Nederlandse bevolkingssamenstelling,<sup>8</sup> telt Nederland circa 180.000 trans personen  
10 (onzekerheidsbandbreedte: 136.000-225.000). Dit komt neer op iets meer dan 1% van de  
11 bevolking.

### 12 **2.1.2 De groep trans personen is bovengemiddeld jong**

13 Afgaande op de bron uit de SOC is 37% (onzekerheidsbandbreedte: 32-40%) van de trans  
14 personen in Nederland jonger dan 18 jaar, zie Figuur 2. Op de hele Nederlandse bevolking beslaat  
15 die groep 19%.<sup>9</sup> Ook uit andere bronnen is bekend dat de populatie trans personen gemiddeld  
16 jonger is dan de Nederlandse bevolking, waarbij er met name een oververtegenwoordiging is van  
17 de groep tot 25 jaar. In twee enquêtes die de Kwartiermaker in 2019 en 2022 uitvoerde, is de  
18 groep trans personen tot en met 25 jaar 56-61% van het totaal aantal trans personen, waar dat  
19 voor heel Nederland maar 28% is.<sup>9</sup>

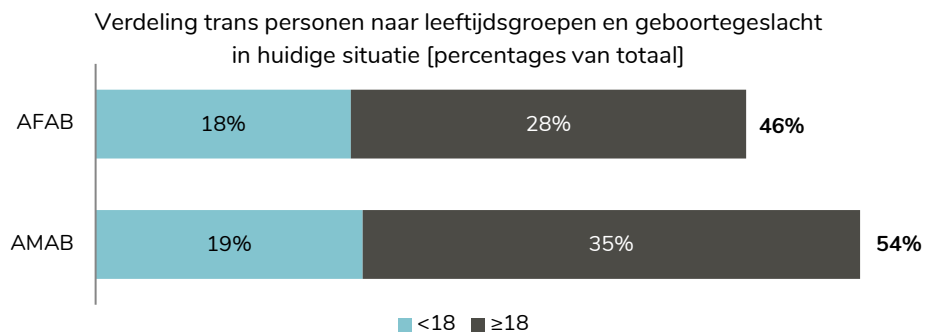
20 Verder is ook de verhouding tussen bij de geboorte geregistreerde geslachten anders in de groep  
21 trans personen dan in de gehele Nederlandse bevolking. De gehanteerde SOC-bron rapporteert  
22 gemiddeld een verhouding van 54% als man geregistreerd (onzekerheidsbandbreedte: 52-56%)  
23 en 46% als vrouw geregistreerd bij de geboorte.<sup>10</sup> In de gehele Nederlandse bevolking is de  
24 verhouding tussen als man en als vrouw geboren personen bijna gelijk verdeeld. In de twee  
25 enquêtes van de Kwartiermaker rapporteren respectievelijk 48% en 38% van de respondenten als  
26 man geregistreerd te zijn bij de geboorte. Ook in andere bronnen bestaan verschillen in de  
27 verhouding tussen geslacht zoals geregistreerd bij de geboorte. Voor consistentie hanteren wij  
28 wederom de SOC-bron.

---

<sup>8</sup> CBS-data uit 2022.

<sup>9</sup> CBS, Dashboard bevolking.

<sup>10</sup> In dit rapport regelmatig aangeduid met de veelgebruikte afkortingen AMAB en AFAB, voor 'assigned male/female at birth'.



1

2 Figuur 2. Binnen de huidige groep trans personen beslaan bij de geboorte als man geregistreerde personen een kleine  
3 meerderheid, met name door het grotere aantal volwassenen binnen die groep. AFAB/AMAB: assigned female/male at  
4 birth.

## 5 2.2 Bij indicatiestelling – de toegang tot somatische 6 transgenderzorg – bestaan grote wachtlijsten

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

### 13 2.2.1 Er wachten in totaal bijna 7.000 mensen op indicatiestelling voor somatische 14 transgenderzorg

15 Indicatiestelling voor somatische transgenderzorg is momenteel, met lange wachtlijsten, het  
16 grootste knelpunt in de transgenderzorg. De gemiddelde wachttijd voor nieuwe aanmeldingen liep  
17 in 2022 op tot bijna twee jaar.<sup>11</sup> Onder 'indicatiestelling' verstaan we in dit rapport een  
18 psychologisch evaluatietraject wat onderzoekt welke vorm(en) van somatische transgenderzorg  
19 geïndiceerd zijn. Om een zo goed mogelijke inschatting te maken van de huidige vraag naar  
20 indicatiestelling doorliepen we twee stappen.

21 Als startpunt verkregen we inzicht in het huidige totaal aantal wachtenden en het aantal nieuwe  
22 aanmeldingen per jaar. Dit baseerden we op informatie van de aanbieders van transgenderzorg,  
23 zowel rechtstreeks als zoals verzameld door de Kwartiermaker. Deze informatie komt opgeteld uit  
24 op circa 9.300 wachtenden en circa 5.500 nieuwe aanmeldingen in 2022.<sup>12</sup>

25 De tweede stap is het corrigeren van de wachtlijst voor dubbelingen en 'no-shows'. Vanwege de  
26 huidige lange wachttijden, schrijven veel trans personen zich bij meerdere zorginstellingen in, vaak  
27 met de hoop om zo sneller in zorg te komen. Er is in Nederland (nog) geen gecentraliseerd

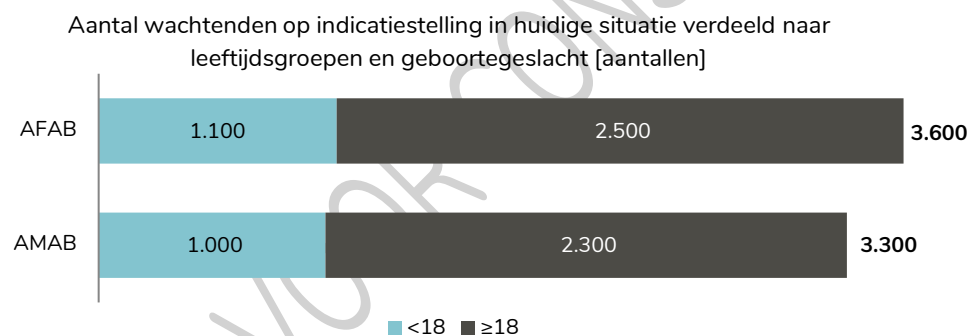
<sup>11</sup> Bron: voortgangsbrief Kwartiermaker Transgenderzorg november 2022,  
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2022/11/30/voortgangsbrief-kwartiermaker-transgenderzorg-november-2022>.

<sup>12</sup> Inclusief beperkte bijschatting voor ontbrekende waarden.

1 wachtlijstbeheer voor transgenderzorg, waardoor er geen zicht bestaat op het aandeel  
 2 dubbelingen op alle wachtlijsten. Ook houden transgenderzorgaanbieders niet structureel bij hoe  
 3 vaak en met welke redenen opgeroepen personen alsnog niet bij hen in zorg komen. We  
 4 gebruikten informatie van de Kwartiermaker-enquête uit 2022 om toch een inschatting van het  
 5 aantal dubbelingen te maken. Deze bevatte twee verschillende vragen met betrekking tot het  
 6 aandeel dubbelingen op wachtlijsten:

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

9 Deze vragen zijn door respondenten niet altijd consistent ingevuld en geven uitkomsten van 68-  
 10 80% unieke wachtenden. Voor het model gaan we in overleg met de klankbordgroepen uit van het  
 11 gemiddelde van deze waarden. Afgezet tegen het eerdere 'bruto' getal van 9.300 wachtenden,  
 12 geeft dat circa **6.900 unieke wachtenden** (bandbreedte: 6.300-7.400) in de huidige situatie. De  
 13 exacte verdeling naar bij de geboorte geregistreerd geslacht en leeftijdsgroep is niet bekend. Om  
 14 hier een inschatting van te maken, pasten we hier verdelingen toe op basis van data van  
 15 aanbieders van transgenderzorg. Daarmee komen we uit op een verdeling van 52% als vrouw  
 16 geregistreerd bij de geboorte en 30% onder de 18 jaar, zie Figuur 3.



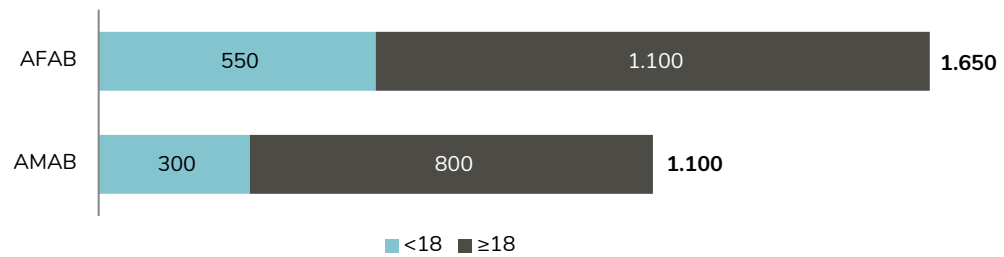
17  
 18 Figuur 3. Bij de geboorte als vrouw geregistreerde personen vormen een kleine meerderheid van de mensen die nu  
 19 wachten op indicatiestelling voor somatische transgenderzorg. AFAB/AMAB: assigned female/male at birth.

## 20 2.2.2 Circa 2.750 mensen hebben jaarlijks een nieuwe vraag naar gendergerelateerde 21 psychologische zorg

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

26 Op basis van de resultaten van de Kwartiermaker-enquête uit 2022 en het jaarlijks aantal nieuwe  
 27 aanmeldingen zijn er per jaar circa 2.750 mensen met een gendergerelateerde psychologische  
 28 zorgvraag, zie Figuur 4. Deze vraag is groter bij personen die bij de geboorte als vrouw zijn  
 29 geregistreerd. Uit de enquête volgde dat bijna 85% van de respondenten met indicatie voor  
 30 somatische transgenderzorg psychologische zorg had gehad. Circa driekwart van de  
 31 respondenten (nog) zonder indicatie had psychologische zorg gehad of had daar vraag naar.

Vraag naar psychologische zorg in huidige situatie verdeeld naar leeftijdsgroepen en geboortegeslacht [aantallen]



1

2 Figuur 4. De groep met vraag naar psychologische zorg is groter bij personen die bij de geboorte als vrouw geregistreerd  
3 zijn. AFAB/AMAB: assigned female/male at birth.

## 4 2.3 De huidige vraag naar vormen van somatische 5 transgenderzorg is onzeker en loopt sterk uiteen

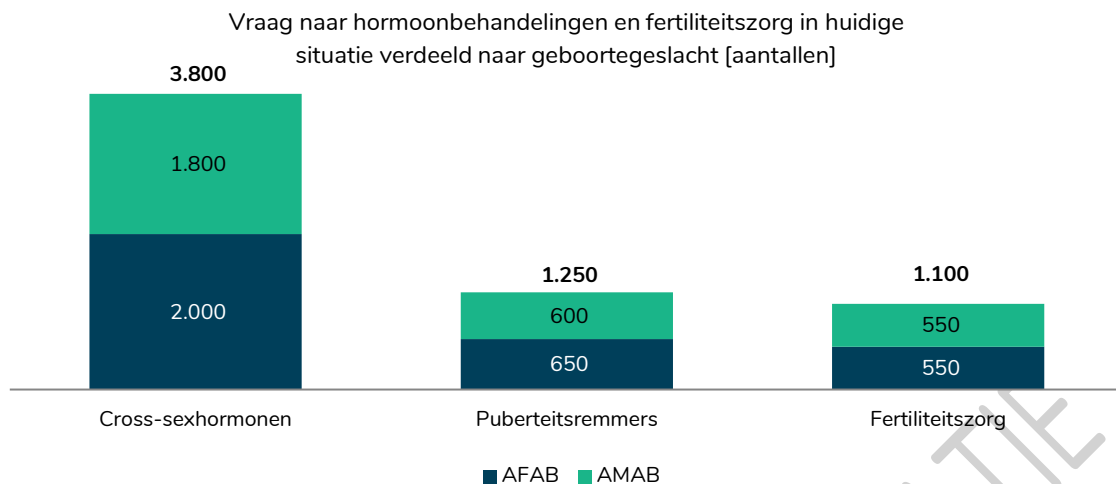
6 Deze paragraaf beschrijft de jaarlijkse nieuwe vraag naar somatische transgenderzorg, uitgesplitst  
7 naar hormoonbehandelingen, fertiliteitszorg en groepen van chirurgische behandelingen.

### 8 2.3.1 De vraag naar hormoonbehandelingen en fertiliteitszorg

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

16 Op basis van de resultaten van de Kwartiermaker-enquête uit 2022 en het jaarlijks aantal nieuwe  
17 aanmeldingen zijn er per jaar circa 3.800 mensen met een nieuwe vraag naar cross-sexhormonen  
18 en 1.250 mensen met een nieuwe vraag naar puberteitsremmers, zie Figuur 5. Voor  
19 hormoonbehandelingen is de vraag ongeveer even groot tussen geslachten zoals bij de geboorte  
20 geregistreerd.

<sup>13</sup> Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch (2018).



1

2 Figuur 5. De vraag naar behandeling met cross-sexhormonen is ~3x zo groot als de vraag naar puberteitsremming of  
 3 fertiliteitszorg. Voor alle drie de zorgvormen is de vraag ongeveer even groot tussen de geslachten zoals bij de geboorte  
 4 geregistreerd. AFAB/AMAB: assigned female/male at birth.

5 Een aanname bij hormonale behandelingen is dat alle personen die een indicatie voor somatische  
 6 transgenderzorg krijgen direct met hormonen kunnen beginnen, indien ze dat wensen. Momenteel  
 7 zijn er de wachttijden voor deze zorg inderdaad kort, maar een aanvullende voorwaarde voor het  
 8 instellen op cross-sexhormonen is dat geen fertiliteitspreservatie gewenst is of dat deze voltooid  
 9 is.<sup>13</sup> Jaarlijks hebben circa 1.100 mensen een nieuwe vraag naar fertiliteitszorg, zie wederom  
 10 Figuur 5. Ook hier is de vraag ongeveer even groot tussen geslachten zoals bij de geboorte  
 11 geregistreerd.

### 12 2.3.2 De vraag naar chirurgische behandelingen

13 In deze paragraaf beschrijven de jaarlijkse nieuwe vraag naar verschillende chirurgische  
 14 behandelingen binnen de transgenderzorg. We bespreken hierbij:

- 15 • Borstverwijderingen (mastectomieën)
- 16 • Gynaecologische chirurgie
- 17 • Masculinerende genitale chirurgie
- 18 • Feminiserende genitale chirurgie
- 19 • Borstvergrotingen (mamma-augmentaties)

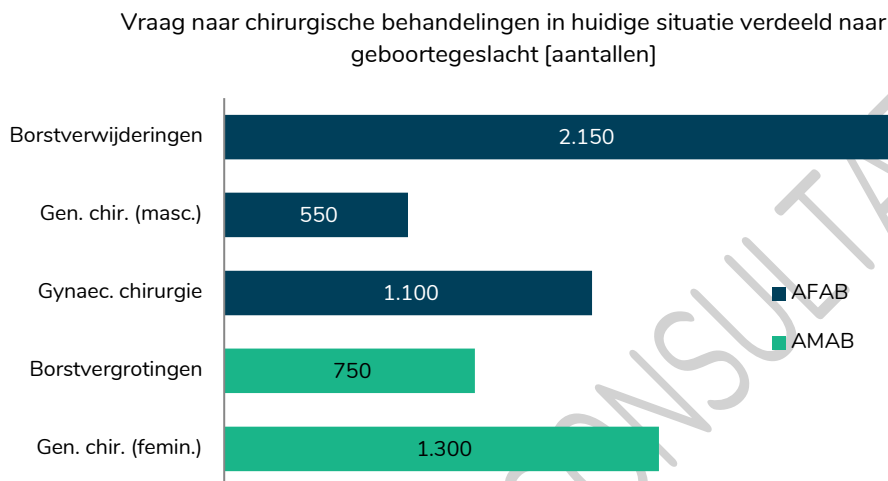
20 We splitsen deze zorgvormen niet verder uit om schijnnaauwkeurigheid van inschattingen te  
 21 voorkomen. Ook bespreken we weer alleen de jaarlijkse nieuwe zorgvragen; de vaak langer  
 22 lopende nazorgtrajecten beschouwen we als onderdeel hiervan.

23 Borstvergrotingen bij trans vrouwen zijn niet standaard verzekerde zorg. De voorwaarden voor  
 24 vergoeding of subsidiëring van borstvergroting, zijn strikter dan de vergoedingsvoorwaarden voor  
 25 andere chirurgische transgenderzorg.<sup>14</sup> In overleg met de betrokkenen in de klankbordgroepen

<sup>14</sup> Zie voor een overzicht: <https://transvisie.nl/transitie/algemeen/zorgverzekering-vergoedingen/vergoeding-borstvergroting/>

1 nemen we borstvergrotingen alsnog op in dit onderzoek omdat we zoveel mogelijk de zorgvraag  
2 van trans personen volgen, en niet de inrichting hiervan.

3 Figuur 6 bevat een overzicht van de jaarlijkse nieuwe vraag naar verschillende vormen van  
4 chirurgische transgenderzorg. Onder trans mannen is de vraag naar borstverwijderingen met  
5 afstand het sterkst en de vraag naar masculiniserende genitale chirurgie veel kleiner. Bij trans  
6 vrouwen is de vraag naar feminiserende genitale chirurgie bijna twee keer zo groot als de vraag  
7 naar borstvergrotingen.



8

9 Figuur 6. De vraag naar verschillende chirurgische behandelingen verschilt sterk, met vermannelijkende genitale chirurgie  
10 als duidelijk laagste vraag. AFAB/AMAB: assigned female/male at birth. Gen. chir. (femin./mascul.) = genitale chirurgie  
11 (feminiserend/masculiniserend).

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

# 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 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 dit hoofdstuk geven we een overzicht van de gebruikte toekomstscenario's en van de resulterende prognoses. Hiervoor beschrijven we eerst de verwachte ontwikkelingen door demografische veranderingen (§3.1) en vervolgens de vier gehanteerde scenario's en bijbehorende ontwikkelingen (§3.2).

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

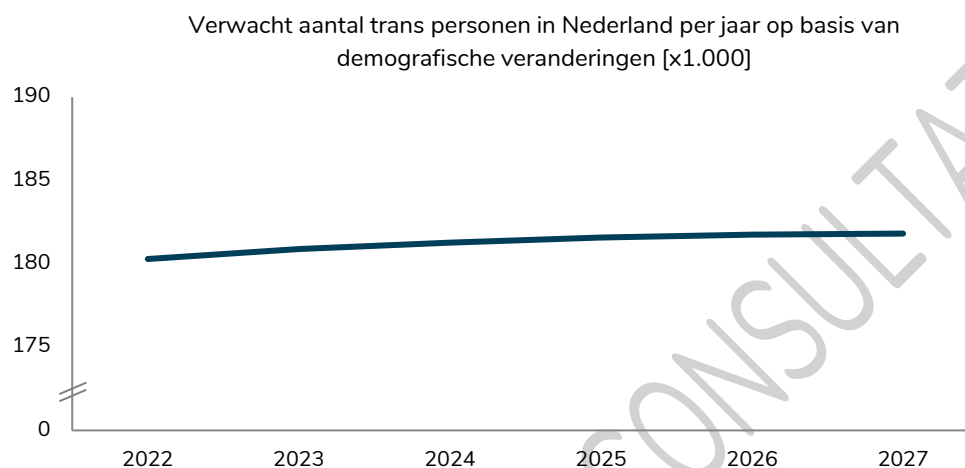
We baseren het **baselinescenario** van verandering in zorgvraagontwikkeling op basis van alleen veranderingen in de demografische samenstelling van Nederland, conform de prognoses van het CBS voor bevolkingssamenstelling. Het aantal en type zorgvragen per 100.000 trans personen blijven in dit scenario 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 §2.1 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

- 1 een stijging van circa 2.000 personen naar 182.000. Deze stijging is lager dan de landelijk  
 2 gemiddelde bevolkingsgroei, wat veroorzaakt wordt doordat de demografische groei kleiner is in  
 3 de leeftijdscohorten die nu bovengemiddeld vertegenwoordigd zijn in de huidige groep trans  
 4 personen.
- 5 In deze berekening van demografische veranderingen houden we de aantallen trans personen per  
 6 100.000 mensen per leeftijdsgroep en bij de geboorte toegewezen geslacht constant. Dit kan  
 7 zowel tot een onder- als een overschatting leiden. Zie de technische bijlage voor een meer  
 8 uitgebreide bespreking hiervan.



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

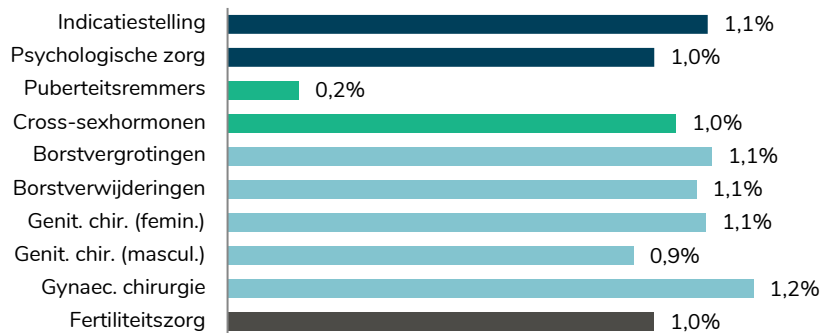
### 11 3.1.2 De vraag naar verschillende vormen van transgenderzorg stijgt door demografische 12 veranderingen ook beperkt

- 13 Wanneer alleen de demografische samenstelling verandert, heeft dat geen invloed op het aantal  
 14 zorgvragen per 100.000 mensen. De verwachte demografische ontwikkelingen hebben daarom  
 15 proportionele invloed op het aantal zorgvragen. De zorgvraag per trans persoon blijft hetzelfde  
 16 voor alle gemodelleerde vormen van transgenderzorg.

- 17 De vraag naar bijna elke vorm van transgenderzorg stijgt in dit baselinescenario tussen 2022 en  
 18 2027 met circa 1%, zie Figuur 8. Deze groei is iets hoger dan de groei in het aantal trans personen  
 19 doordat die groei verwacht wordt bij volwassenen, die gemiddeld vaker een vraag naar zorg  
 20 hebben. De vraag naar puberteitsremming groeit daardoor als enige duidelijk minder sterk. Daar  
 21 wordt groei van circa 0,2% verwacht.



Verwachte groei per vorm transgenderzorg demografiescenario  
[% verandering tussen 2022-2027]



1

2

3 Figuur 8. In het baselinescenario stijgt de vraag naar bijna elke vorm van transgenderzorg met circa 1%, met uitzondering  
4 van minder groeiende vraag naar puberteitsremming. Genit. chir. (femin./mascul.) = genitale chirurgie  
(feminiserend/masculiniserend).

5

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

6

7

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

16

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

20

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

25

De vier scenario's zijn:

26

a. Verdere individualisering en maatwerk

27

b. Grotere maatschappelijke acceptatie en bekendheid

28

c. Beknopte indicatiestelling en informed consent

29

d. Terughoudendheid met transgenderzorg

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

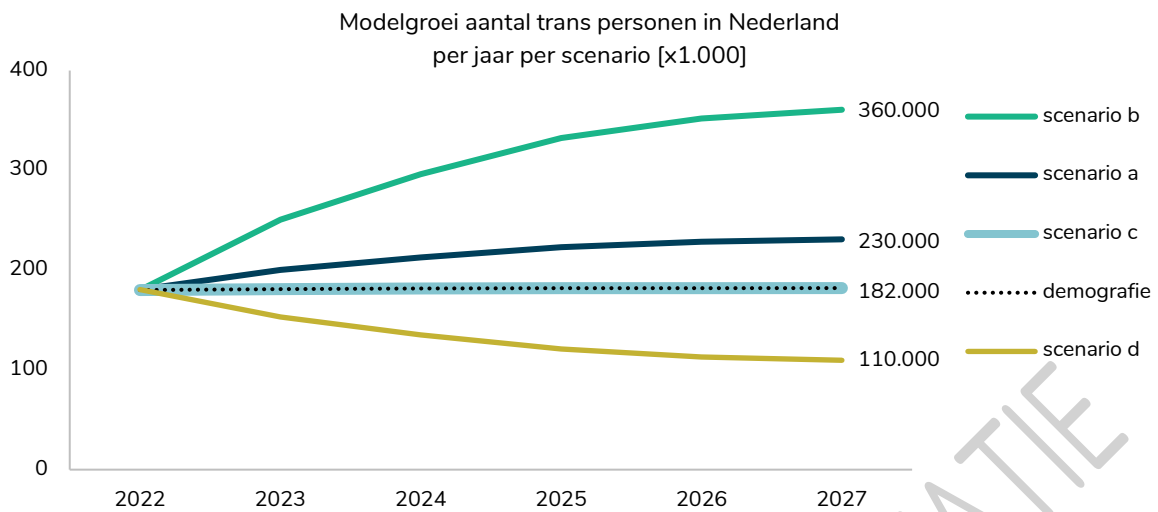
5 Het doel van scenarioanalyse is om nadenken over de toekomst te stimuleren. Het creëert  
 6 bewustwording en betrokkenheid, en vormt een hulpmiddel om keuzes mee te maken. Daarbij is  
 7 het niet de bedoeling, en ook niet mogelijk, om voor één van de scenario's te kiezen; deze hangen  
 8 vaak af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

11 In deze paragraaf beschrijven we steeds per scenario achtereenvolgens de belangrijkste  
 12 ontwikkelingen die dat scenario kenmerken en de verwachte invloed op de zorgvraag. De  
 13 ontwikkelingen in scenario's a-d vinden steeds plaats boven op de demografische veranderingen  
 14 uit §3.1. Daarnaast zijn de genoemde veranderingen in zorgvraag steeds het **gecombineerde**  
 15 **resultaat** van de beschreven veranderingen in **aantal trans personen**, in de gemiddelde nieuwe  
 16 vraag naar transgenderzorg per persoon (hier beschreven als **indicatiestelling**) en in de  
 17 gemiddelde vraag naar **specifieke vormen van transgenderzorg**. De zorgvraag per trans persoon  
 18 splitsen we in de scenario's uit in vraag naar:

- 19 • Indicatiestelling
- 20 • Psychologische zorg
- 21 • Endocrinologische zorg
- 22 • Chirurgische zorg
- 23 • Fertiliteitszorg

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

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



1

2 Figuur 9. De vier opgestelde scenario's hebben sterk wisselende effecten op het totaal aantal personen in Nederland wat  
3 zich als trans identificeert.

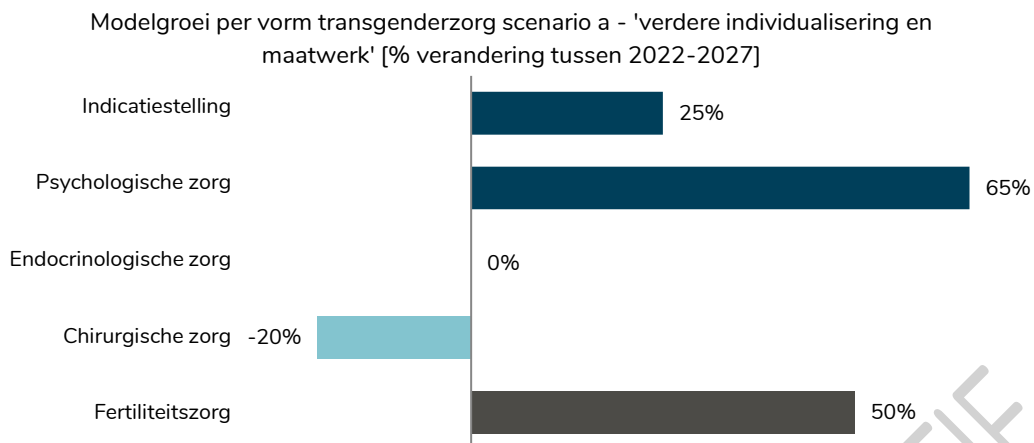
#### 4 3.2.1 Scenario a: verdere individualisering en maatwerk

5 Dit scenario gaat als belangrijkste ontwikkeling uit van doorzettende individualisering in de  
6 samenleving in het algemeen, en in het verlengde daarvan in de transgenderzorg. Grotere nadruk  
7 op de uniciteit van het individu, van diens genderbeleving en daarmee diens zorgvraag zijn  
8 leidende ontwikkelingen. Dit vertaalt zich als samenhangende ontwikkelingen concreet naar een  
9 sterkere wens naar zorg op maat en een grotere plaats voor nonbinariteit dan nu.

10 Het **aantal trans personen** neemt in dit scenario in enige mate toe, zowel in termen van het **totaal**  
11 **aantal trans personen** als het **aantal nieuwe trans personen**, omdat meer mensen hun eigen  
12 plaats op het genderspectrum bevragen en concluderen zich niet te herkennen in hun geslacht  
13 zoals geregistreerd bij de geboorte. Ook ervaren trans personen grotere ruimte om zich als  
14 zodanig te uiten.

15 Binnen de **zorgvraag per trans persoon** vindt in dit scenario het sterkste effect plaats voor de  
16 **chirurgische zorg**. Deze daalt aanzienlijk, zowel doordat nadruk op 'zorg op maat' ruimte biedt  
17 voor niet-traditionele behandelopties en doordat een grotere plek voor nonbinariteit ervoor zorgt  
18 dat trans personen er vaker voor kiezen om de lichamelijke transitie gedeeltelijk te doorlopen.  
19 Diezelfde ontwikkelingen spelen ook voor de vraag naar **fertiliteitszorg** en in mindere mate in  
20 **endocrinologische zorg**. Dit omdat ook de afgelopen jaren de vraag naar deze vormen van zorg  
21 relatief weinig beïnvloed werd door de beweging naar 'zorg op maat' en (h)erkenning van  
22 nonbinariteit. Voor de vraag naar **psychologische zorg** verwachten we in dit scenario een stijging  
23 omdat individualisering meer zelfonderzoek en zelfkennis van trans personen vraagt. Dit vertaalt  
24 zich naar een grotere behoefte aan mentale ondersteuning. Tot slot verwachten we in dit scenario  
25 nauwelijks effect op het aandeel van trans personen wat minstens één vorm van somatische zorg  
26 wenst en daarmee slechts een klein effect op de vraag naar **indicatiestelling**.

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



1

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

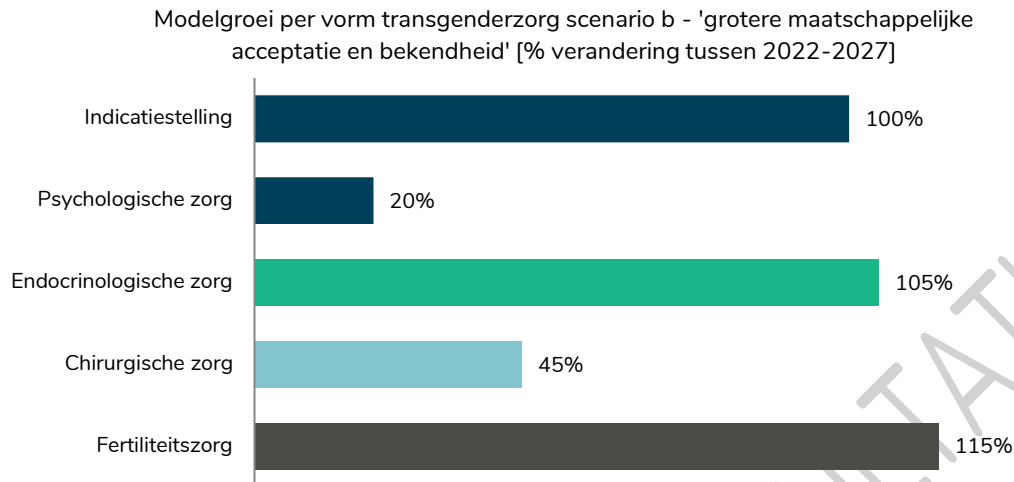
#### 4 3.2.2 Scenario b: grotere maatschappelijke acceptatie en bekendheid

5 Dit scenario gaat als belangrijkste ontwikkeling uit van grotere maatschappelijke bekendheid en  
6 acceptatie van transgender personen. De grotere bekendheid komt onder meer voort uit activisme  
7 en aanhoudende aandacht in de media. Belangrijke samenhangende ontwikkelingen zijn grotere  
8 acceptatie van nonbinariteit en in mindere mate individualisering van de samenleving. Binnen de  
9 transgenderzorg leidt grotere bekendheid tot een grotere rol van huisartsen en het eenvoudiger  
10 opzetten van zorgnetwerken, die hier in dit scenario ook in gefaciliteerd worden. Door de grotere  
11 acceptatie zijn de vergoedingen voor transgenderzorg beter geregeld en de juridische  
12 mogelijkheden voor transgender personen vergroot.

13 Het **aantal trans personen** neemt in dit scenario sterk toe, zowel doordat grotere acceptatie ertoe  
14 leidt dat meer mensen zich openlijk als trans identificeren, als doordat grotere bekendheid ervoor  
15 zorgt dat meer mensen zichzelf als trans herkennen. In termen van het zorgvraagmodel is de  
16 stijging in het **aantal nieuwe trans personen** groter dan in het **totaal aantal trans personen** om  
17 het veelal om personen aan het begin van hun zorgtraject gaat.

18 Binnen de **zorgvraag per trans persoon** vindt in dit scenario sterke effecten plaats binnen de  
19 psychologische zorg en fertilitieitszorg. Grotere acceptatie vertaalt zich naar een dalende vraag  
20 naar **psychologische zorg** omdat minder trans personen mentale klachten ervaren van het  
21 gegeven dat hun genderbeleving niet aan traditionele normen voldoet. Omdat het totaal aantal  
22 trans personen sterker stijgt, neemt de vraag naar psychologische zorg netto alsnog iets toe.  
23 Dezelfde grotere acceptatie verlaagt ook de drempel die sommige trans personen ervaren om  
24 kinderen te krijgen en betekent daardoor een stijging in de vraag naar **fertilitieitszorg**. De vraag  
25 naar **chirurgische zorg** daalt iets door grotere acceptatie van trans personen in het algemeen en  
26 nonbinariteit in het bijzonder. Voor **indicatiestellingen** en **endocrinologische zorg** verwachten we  
27 in dit scenario per trans persoon geen significante verandering omdat deze vraag de afgelopen  
28 jaren weinig veranderde met stijgende bekendheid en acceptatie. Een toenemend aantal trans  
29 personen vertaalt zich dan alsnog tot een sterke netto toename.

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



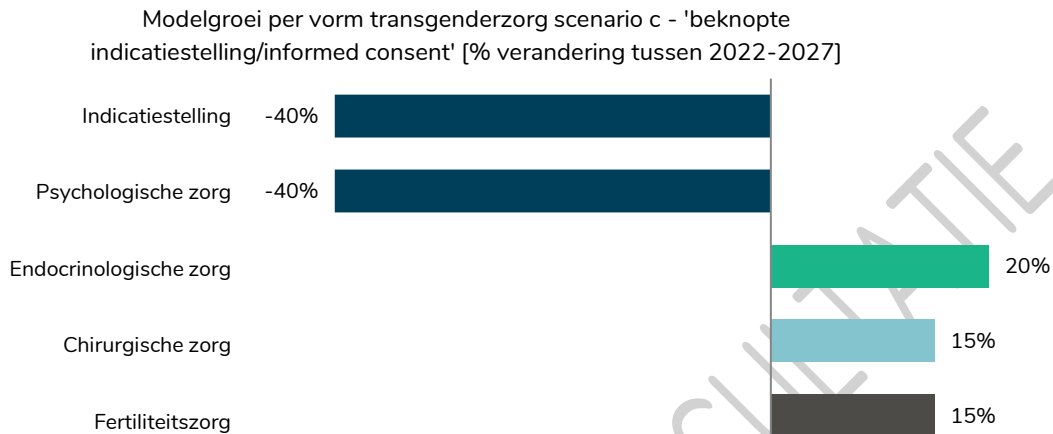
- 4  
 5 Figuur 11. De vraag naar bijna elke vorm van transgenderzorg stijgt in scenario b sterk, met endocrinologische- en  
 6 fertiliteitszorg als uitschieters.

### 7 3.2.3 Scenario c: beknopte indicatiestelling/informed consent

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

16 Het **aantal trans personen** blijft in dit scenario gelijk (zowel het **totaal aantal** als het **aantal**  
 17 **nieuwe trans personen**) omdat de manier waarop de transgenderzorg georganiseerd is hier geen  
 18 invloed op heeft. De **zorgvraag per trans persoon** verandert daarentegen wel. Het sterkste effect  
 19 vindt plaats in de vraag naar **indicatiestelling**, die vanzelfsprekend daalt. Deze vraag verdwijnt  
 20 echter niet helemaal omdat in een deel van de situaties alsnog vraag naar uitgebreide  
 21 psychologische screening bestaat vanwege gelijktijdige somatische of psychische aandoeningen  
 22 of voorkeur van de betrokken trans persoon. Daarnaast stijgt naar verwachting het aandeel trans  
 23 personen wat zorg vraagt doordat de toegankelijkheid verbetert. Deze betere toegankelijkheid  
 24 zorgt ook voor een stijgende vraag naar **endocrinologische zorg** en **chirurgische zorg**, zowel  
 25 omdat naar verwachting meer trans personen voor zorg kiezen als doordat zorg die nu in het  
 26 buitenland plaatsvindt in dit scenario naar Nederland verplaatst. Nu is dit een vorm van  
 27 afgewentelde zorgvraag. De vraag naar **fertiliteitszorg** stijgt naar verwachting ook, ongeveer even  
 28 sterk. Tot slot verwachten we in dit scenario een sterke daling in de vraag naar **psychologische**  
 29 **zorg** doordat het model van informed consent de zelfbeschikking en autonomie van trans  
 30 personen vergroot met een positieve invloed op hun mentale welzijn. Daarnaast zijn de huidige

- 1 lange wachttijden een versterkende factor in de vraag naar psychische zorg. Deze wachttijden  
 2 worden in dit scenario naar verwachting significant korter.
- 3 Zie Figuur 12 voor een cijfermatige uitwerking van dit scenario. Daarin staan de **gecombineerde**,  
 4 **netto** resultaten van bovengenoemde ontwikkelingen in aantallen trans personen en zorgvraag  
 5 per persoon.



- 6
- 7 Figuur 12. In scenario c daalt de vraag naar indicatiestellingen en psychologische zorg sterk. Alle andere vormen van  
 8 transgenderzorg stijgen in enige mate.

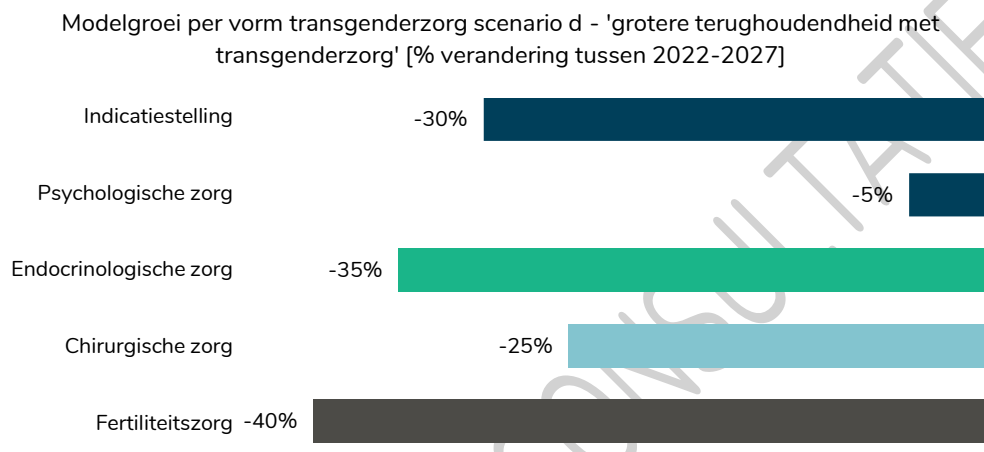
### 9 3.2.4 Scenario d: grotere terughoudendheid met transgenderzorg

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

20 Het **aantal nieuwe trans personen** neemt in dit scenario sterk af, met name onder jongeren. Door  
 21 minder aandacht voor identiteit en minder ruimte om jezelf te uiten zullen minder jongeren zich als  
 22 trans identificeren. Het **totaal aantal trans personen** daalt ook iets, maar deze daling is relatief  
 23 minder sterk doordat mensen die al in zorg zijn dit vaak blijven.

24 Binnen de **zorgvraag per trans persoon** vindt in dit scenario het sterkste effect plaats binnen de  
 25 vraag naar **psychologische zorg**. Lagere toegankelijkheid van indicatiestelling en somatische zorg  
 26 drijft naar verwachting de vraag naar psychologische zorg sterk op door toenemende en  
 27 onbehandelde dysforie, en door de gevolgen van langdurige minderheidsstress op mentale  
 28 gezondheid. Omdat het totaal aantal trans personen daalt, neemt deze vraag netto alsnog af.  
 29 Doordat **indicatiestellingen** vaker uitgebreid zijn, neemt deze vraag per persoon ook toe. Binnen

- 1 **endocrinologische** en **chirurgische zorg** treden in dit scenario per persoon geen significante  
 2 veranderingen op omdat deze vraag beperkt beïnvloed wordt door afnemende toegankelijkheid.  
 3 Tot slot betekent de kleinere maatschappelijke acceptatie een verhoging van de drempel die  
 4 sommige trans personen ervaren om kinderen te krijgen, wat zich in het model vertaalt naar een  
 5 daling in de vraag naar **fertiliteitszorg**.
- 6 Zie Figuur 13 voor een cijfermatige uitwerking van dit scenario. Daarin staan de **gecombineerde**,  
 7 **netto** resultaten van bovengenoemde ontwikkelingen in aantallen trans personen en zorgvraag  
 8 per persoon.



- 9
- 10 Figuur 13. Scenario d kenmerkt zich door een duidelijke afname in vraag naar bijna elke vorm van transgenderzorg.

### 11 3.2.5 Interactie tussen scenario's a-d

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

- 15 Omdat de scenario's alleen bedoeld zijn om mogelijke ontwikkelingen te laten zien en niet als  
 16 toekomstverwachting, hebben we interacties tussen de scenario's niet verder gemodelleerd. Wel  
 17 kunnen we de interacties op hoofdlijnen kwalitatief beschrijven. Wanneer er mengeling van  
 18 scenario's a en b optreedt, zouden die elkaar versterken en tot een sterkere stijging in aantal trans  
 19 personen en vraag naar transgenderzorg leiden. Scenario's a en d, en b en d zijn gedeeltelijk  
 20 tegengesteld en heffen elkaars effecten daardoor op. De effecten van scenario c staan in grote  
 21 lijnen los van die van de andere scenario's. Inhoudelijk is scenario c het meest plausibel te  
 22 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 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>16</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. We keken daarbij naar de wachttijd tot indicatiestelling voor somatische transgenderzorg omdat dat op dit moment het belangrijkste knelpunt is. Een kanttekening daarbij is dat wanneer deze wachttijd afneemt de wachttijden voor andere vormen van transgenderzorg kunnen oplopen, zeker wanneer dit in korte tijd gebeurt. 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 zorgverleners en/of een efficiëntere manier van zorgverlening. Net als in de rest van dit rapport blijft ook hier de organisatie en inrichting van transgenderzorg buiten beschouwing.

<sup>16</sup> Bron: voortgangsbrief Kwartiermaker Transgenderzorg november 2022, <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2022/11/30/voortgangsbrief-kwartiermaker-transgenderzorg-november-2022>.



1 Gezien de aannames die gevraagd waren voor de modellering zijn de uitkomsten in dit hoofdstuk  
 2 niet bedoeld als verwachting of precieze voorspelling. Ook zijn de uitkomsten geen uitspraak over  
 3 de haalbaarheid van verandering in zorgcapaciteit. De uitkomsten zijn alleen bedoeld om richting  
 4 te geven aan hoe naar vragen rondom het vergroten van capaciteit te kijken. We modelleerden  
 5 zorgvraagscenario c ('beknopte indicatiestelling/informed consent') als enige niet. De invloed van  
 6 dit scenario op de zorgcapaciteit is niet bekend, waardoor we hier geen zinnige inschatting van  
 7 konden geven.

## 8 4.1 In elk scenario is tijdelijke inhaalcapaciteit gevraagd om 9 wachttijden in te korten

10 Om de wachttijd voor intakes voor indicatiestelling te laten dalen, is het nodig dat de totale  
 11 zorgcapaciteit hiervoor groter is dan het aantal aanmeldingen per jaar. In dit hoofdstuk noemen we  
 12 dat 'inhaalcapaciteit': extra capaciteit bovenop wat nodig is om het aantal aanmeldingen per jaar te  
 13 behandelen. Voor zorgaanbieders is het onwenselijk om inhaalcapaciteit te hebben nadat de  
 14 wachtlijsten zijn ingelopen. Op dat moment is er namelijk sprake van overcapaciteit, die niet  
 15 gemakkelijk snel te verkleinen is zonder actief zorgverleners af te stoten.<sup>17</sup> We modelleerden  
 16 daarom drie situaties waarin de mate van tijdelijke inhaalcapaciteit varieert tussen 10-30% van het  
 17 aantal nieuwe aanmeldingen per jaar. Deze inhaalcapaciteit pasten we toe op de scenario's uit  
 18 Hoofdstuk 3.

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

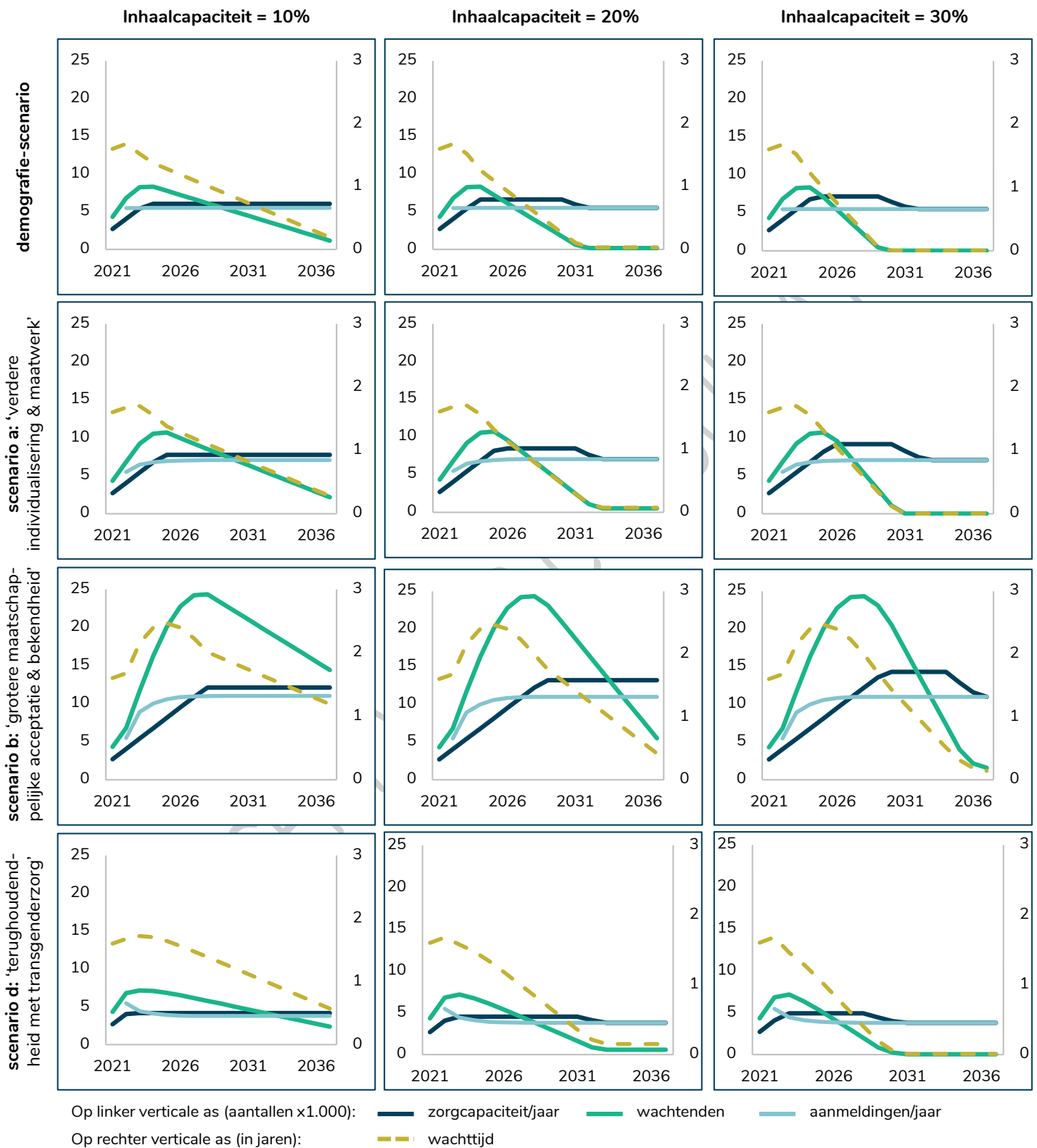
28 Het totaal aantal wachtenden piekt afhankelijk van het scenario tussen 2023 en 2028. Het aantal  
 29 wachtenden op dat moment varieert sterk: iets meer dan 7 duizend in het scenario d  
 30 ('terughoudendheid met transgenderzorg') tot ruim 24 duizend in scenario b ('grotere  
 31 maatschappelijke acceptatie en bekendheid'). Ter vergelijking, eind 2022 wachtten bijna 7 duizend  
 32 mensen op een intake voor indicatiestelling.<sup>18</sup>

33 In zorgvraagscenario c zou de Treeknorm waarschijnlijk in elk capaciteitsscenario eerder bereikt  
 34 worden dan in de andere zorgvraagscenario's. Dit omdat indicatiestellingen beknopter worden,  
 35 waardoor de effectieve capaciteit per zorgverlener toeneemt.

<sup>17</sup> Zie §4.3 voor een bespreking van alle modelaannames, waaronder hoe snel we de capaciteit in het model laten groeien.

<sup>18</sup> Na correctie voor dubbelingen op de wachtlijsten, zie Hoofdstuk 2.

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.

1 De gemodelleerde combinaties van zorgvraag- en capaciteitsontwikkeling lopen sterk uiteen in  
 2 met welke snelheid wachttijden afnemen, zie Tabel 1. Daarbij valt op dat in de periode tot en met  
 3 2027 voor alleen scenario b de mate van inhaalcapaciteit geen verschil in wachttijd maakt. In 2032  
 4 is in het demografiescenario en in scenario's a en d de wachttijd grotendeels ingelopen, behalve in  
 5 het scenario met 10% inhaalcapaciteit. Voor scenario b bestaan ook in 2032 nog gemiddelde  
 6 wachttijden tussen de 50 en 85 weken. Dit laat zien dat in geen enkel scenario 10%  
 7 inhaalcapaciteit voldoende is om in 10 jaar tijd de wachttijden in te halen. Welke inhaalcapaciteit  
 8 wél gevraagd is, is afhankelijk van de ontwikkeling van zorgvraag.

9 Tabel 1. De combinaties van scenario's lopen sterk uiteen in met welke snelheid wachttijden afnemen. Alle wachttijden  
 10 afgerond (scenarioresultaten op vijftallen, standaardafwijkingen op gehele getallen). Scenario c ('informed consent/  
 11 beknopte indicatiestelling') modellerden we niet omdat de invloed van dit scenario op het zorgaanbod niet bekend is.

	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

## 12 4.2 Met de achterliggende methode kunnen de effecten van 13 andere maten van verandering bekeken worden

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

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

22 Door de uitgangswaarden en aannames aan te passen, kunnen de effecten van andere maten van  
 23 verandering bekeken worden. Wanneer nieuwe informatie beschikbaar komt of nieuwe doelen  
 24 worden gesteld, kan met het model inzicht bieden in de verwachte gevolgen op wachttijd en  
 25 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. In de laatste fase van het onderzoek combineerden we de bijeenkomsten tot één grote klankbordgroep.

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
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
Rina Dijkstra	Menzis	Financiers en beleidsmakers
Hans Kuijpers	VGZ	Financiers en beleidsmakers
Maartje Spee	VGZ	Financiers en beleidsmakers
René de Koning	VGZ	Financiers en beleidsmakers
Hugo Solleveld	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd	Financiers en beleidsmakers
Aya Rådecker	Zorginstituut Nederland	Financiers en beleidsmakers
Marthein Gaasbeek Janzen	Zorginstituut Nederland	Financiers en beleidsmakers
Max de Blank	Ministerie van OCW	Financiers en beleidsmakers
Georgette Mentink	Ministerie van VWS (observator)	Financiers en beleidsmakers
Victoire Lucieer	Ministerie van VWS (observator)	Financiers en beleidsmakers