

Hoe traumatische ervaringen leiden tot medisch wantrouwen:

**Een Grounded Theory onderzoek naar het ontstaan van medisch wantrouwen
onder transgender personen in Nederland**

F.M. (Floor) Bennebroek

Studentnummer: 6932339

25 juni 2024

Aantal woorden: 8797



**Universiteit
Utrecht**



UMC Utrecht

Eerste beoordelaar: dr. Roos de Jonge

Tweede beoordelaar: dr. Ghislaine van Thiel

Scriptie Medical Humanities (MHUM10822)

MSc Medical Humanities

Faculteit Geneeskunde & Faculteit Geesteswetenschappen, Universiteit Utrecht



Abstract

English

Purpose: Transgender individuals experience higher levels of medical mistrust than cisgender individuals. Consequences of this include avoidance of healthcare and less adherence to therapy. Research on the occurrence of medical mistrust among transgender people in the Netherlands is limited. This study aims to fill this research gap based on the following research question: 'What causes transgender individuals in the Netherlands to experience medical mistrust?'

Method: This research question was examined using an exploratory qualitative study in the form of five unstructured interviews and one focus group with a total of nine participants. The data were obtained and analyzed based on grounded theory using concept mapping.

Results: The analysis revealed that the research question could be divided into two parts: 1) How is the development of medical mistrust experienced? 2) From what is medical mistrust experienced. 1) Medical mistrust arises as a result of experiences. These experiences contribute to determinants which contribute to medical mistrust. 2) From the results, 18 different experiences were categorized. these experiences could be placed in macro, meso and micro levels. These 18 experiences contributed to 14 determinants.

Conclusion: There seems to be a possible mismatch between the needs of transgender people in the Netherlands and the implementation of the Dutch healthcare system. Future research is needed to achieve data saturation and further investigate this possible mismatch.



Nederlands

Doel: Transgender personen ervaren een hogere mate van medisch wantrouwen dan cisgender personen. Gevolgen hiervan zijn onder andere dat zij zorg mijden en minder therapietrouw zijn. Onderzoek naar het ontstaan van medisch wantrouwen onder transgender personen in Nederland is beperkt. Dit onderzoek heeft als doel deze onderzoekskloof op te vullen aan de hand van de volgende onderzoeksvraag: 'Waaruit ervaren transgender personen in Nederland medisch wantrouwen?'

Methode: Deze onderzoeksvraag werd onderzocht aan de hand van een exploratief kwalitatief onderzoek in de vorm van vijf ongestructureerde interviews en één focusgroep met in totaal negen participanten. De data werden verkregen en geanalyseerd aan de hand van *grounded theory* met behulp van concept mapping.

Resultaten: Uit de analyse bleek dat de onderzoeksvraag op te delen was in twee delen: 1) Hoe wordt het ontstaan van medisch wantrouwen onder transgender personen in Nederland ervaren? 2) Waaruit wordt medisch wantrouwen onder transgender personen in Nederland ervaren?. 1) Medisch wantrouwen ontstaat als gevolg van ervaringen. Deze ervaringen dragen bij aan determinanten welke bijdragen aan medisch wantrouwen. 2) Uit de resultaten werden 18 verschillende ervaringen gecategoriseerd. deze ervaringen konden in macro-, meso- en microniveau worden geplaatst. Deze 18 ervaringen droegen bij aan 14 determinanten.

Conclusie: Er lijkt een mogelijk mismatch te zijn tussen de behoeften van transgender personen in Nederland en de invulling van het Nederlandse zorgsysteem. Toekomstig onderzoek is nodig om datasaturatie te bereiken en deze mogelijke mismatch nader te onderzoeken.



Inhoudsopgave

| | |
|--|----|
| Abstract | 2 |
| English | 2 |
| Nederlands | 3 |
| Inhoudsopgave | 4 |
| Begrippenlijst..... | 6 |
| 1. Inleiding..... | 9 |
| 1.1. Doel en onderzoeksvraag..... | 10 |
| 1.2. Interdisciplinariteit | 10 |
| 2. Theoretisch kader..... | 11 |
| 2.1. Definiëring van vertrouwen en wantrouwen..... | 11 |
| 2.1.1. Definitie vertrouwen en wantrouwen in de gezondheidszorg | 11 |
| 2.2. Relatie tussen vertrouwen en wantrouwen..... | 12 |
| 2.2.1. Vertrouwen en wantrouwen als tegenpolen..... | 12 |
| 2.2.2. Vertrouwen en wantrouwen als complimenterende concepten..... | 13 |
| 2.3. Inconsistentie binnen de literatuur..... | 13 |
| 2.4. Ontstaan van wantrouwen | 14 |
| 2.4.1. Soorten ervaringen..... | 14 |
| 2.4.2. Inactieve en actieve tegenwerking | 15 |
| 2.4.3. Circulair wantrouwen | 15 |
| 2.5. Relevante context: Geschiedenis van transgender personen in Nederland | 17 |
| 2.5.1. Transgenderwetgeving door de jaren heen..... | 17 |
| 2.5.2. Medicalisering van genderdysforie..... | 18 |
| 2.5.3. Genderbevestigende behandelingen en het ontstaan van the Dutch protocol | 18 |
| 2.6. Grounded Theory en concept mapping | 20 |
| 2.6.1. Grounded Theory historie | 20 |
| 2.6.2. Gebruik van Grounded Theory in gezondheidsonderzoek | 20 |
| 2.6.3. Zeven principes van Grounded Theory..... | 21 |
| 2.6.4. Dataverzameling met CGT | 22 |
| 2.6.5. Data-analyse met CGT | 22 |
| 2.6.6. Concept mapping..... | 22 |
| 2.6.7. Participant-generetad concept mapping | 23 |
| 2.6.8. Concept mapping en Grounded Theory | 23 |



| | |
|--|----|
| 3. Methode..... | 24 |
| 3.1. Onderzoeksdesign..... | 24 |
| 3.2. Participanten en werving..... | 24 |
| 3.3. Inclusiecriteria..... | 24 |
| 3.4. Procedure..... | 24 |
| 3.4.1. Voor aanvang van het onderzoek..... | 25 |
| 3.4.2. Introductiefase..... | 25 |
| 3.4.3. Onderzoeksfase..... | 25 |
| 3.4.4. Na afloop van het onderzoek..... | 25 |
| 3.5. Data-analyse..... | 25 |
| 4. Resultaten..... | 27 |
| 4.1. Eerste inzicht: Het proces van medisch wantrouwen..... | 27 |
| 4.2. Tweede inzicht: Invloed ervaringen op macro-, meso- en microniveau..... | 27 |
| 4.2.1. Macroniveau..... | 30 |
| 4.2.2. Mesoniveau..... | 30 |
| 4.2.3. Microniveau..... | 33 |
| 4.3. Derde inzicht: overzicht determinanten..... | 35 |
| 5. Conclusie..... | 37 |
| 5.1. Overeenkomsten met de literatuur..... | 37 |
| 6. Discussie..... | 38 |
| 6.1. Interpretatie van resultaten..... | 38 |
| 6.2. Sterke punten..... | 38 |
| 6.3. Zwakke punten..... | 38 |
| 6.4. Aanbevelingen..... | 38 |
| 7. Bronnenlijst..... | 40 |
| Bijlage 1: Wervingsflyer..... | 45 |
| Bijlage 2: Informatiebrief en informed consent..... | 46 |
| Bijlage 3: Selectieve code..... | 49 |



Begrippenlijst

Ter behoeden van misconcepties over gebruikte termen binnen dit onderzoek, benoemt tabel 1 een aantal begrippen en hun gebruikte definitie.

Tabel 1

Begrippenlijst

| Begrip | Definitie |
|-------------------------------|---|
| Agender persoon | Personen die over het algemeen minder of geen beleving van gender ervaart (Transgenderinfo, 2023). |
| Binaire benadering van gender | Het indelen van gender op basis van twee biologische geslachten; man en vrouw (Richards et al., 2016) |
| Cisgender persoon | Persoon wiens genderidentiteit overeenkomt met het geboortegeslacht. (Transvisie, z.d.) |
| Detransitie | Het geheel of gedeeltelijk stopzetten of terugschroeven van een aantal medische en/of sociale en/of juridische stappen die gezet werden in het kader van een transitie (Transgenderinfo, 2023). |
| Genderdysforie | Medische term voor genderincongruentie (Transgenderinfo, 2023). |
| Genderfluide persoon | Persoon die voelt dat hun genderidentiteit 'vloeit' tussen verschillende genderidentiteiten op het genderspectrum (Transgenderinfo, 2023). |
| Genderidentiteit (gender) | Gender is een sociale constructie die de positie van personen binnen de samenleving mee bepaalt. Er is traditioneel een binaire opdeling van gender, de klassieke tweedeling man en vrouw. Gender is niet hetzelfde als geslacht (of sekse). Geslacht wordt bij de geboorte bepaald op basis van lichamelijke kenmerken. Gender is hoe je zelf jouw identiteit ervaart (Transgenderinfo, 2023). |



| | |
|---------------------|---|
| Genderincongruentie | Incongruentie tussen het biologische geboortegeslacht en de genderidentiteit (Transvisie, z.d.) |
| Geslacht | Geslacht wordt vastgesteld bij de geboorte gebaseerd op geslachtskenmerken. (Transgenderinfo, 2023) |
| Geslachtskenmerken | Geslachtskenmerken zijn kenmerken die samenhangen met het biologisch geslacht. Concreet gaat het om verschillende categorieën van kenmerken: chromosomen, inwendige geslachtsklieren, hormonen, inwendige en uitwendige geslachtsorganen en de verdere ontwikkeling tijdens de puberteit. (Transgenderinfo, 2023) |
| Intersekse persoon | Persoon bij wie zowel mannelijke als vrouwelijke geslachtskenmerken aanwezig zijn. (Transvisie, z.d.) |
| Medische transitie | Proces van transitie waarin een transgender persoon medische behandelingen krijgt om hun genderidentiteit te uiten. (Transgendernetwerk, z.d.) |
| Misgenderen | Iemand aanspreken met woorden die niet bij de genderidentiteit van die persoon passen (Transgenderinfo, 2023). |
| Non-binair persoon | Verwijst naar personen die zich niet gebonden achten aan de traditionele indeling in man óf vrouw. Non-binair wordt vaak als containerbegrip gebruikt; als zodanig is non-binair niet één specifieke uiting of 'derde geslacht'. (Transgendernetwerk, z.d.) |
| Sociale transitie | Proces van transitie waarin een transgender persoon de sociale kenmerken van hun genderidentiteit uit. (Transgendernetwerk, z.d.) |



| | |
|---------------------|---|
| Transgender persoon | Persoon wiens genderidentiteit niet overeenkomt met het geboortegeslacht. (Transvisie, z.d.) |
|---------------------|---|



1. Inleiding

“Dit is de zomer van transwoede!” scandeert een jonge activist op een plein in Amsterdam. Het is eind juni en er marcheert een grote groep mensen naar de genderpoli van het Amsterdam UMC, locatie VUmc, om te protesteren tegen ‘wantoestanden in de transgenderzorg’. De rest van de zomer volgen er nog meer protesten van Trans Zorg Nu! Wat zijn die wantoestanden en waar gaat het mis binnen de transgenderzorg?” (BNNVARA, 2021).

Met deze tekst opent BNNVARA (2021) het artikel ‘Waarom transgenderpersonen tegen een muur aanlopen als ze om zorg vragen.’. Het artikel beschrijft kritiek jegens de transgenderzorg in Nederland. Onder andere vanwege het gebruik van een deskundigenverklaring, de lange wachttijden de rol van de politiek en de angst bij zorgverleners dat transgender personen spijt krijgen van hun transitie.

‘Door deze angst voor spijt wordt alles heel zorgvuldig opgezet en eigenlijk zodanig zorgvuldig dat het bij de doelgroep als geheel meer schade en leed veroorzaakt.’ (BNNVARA, 2021).

Transgender personen lopen in de zorg tegen problemen aan zoals onprettig taalgebruik door zorgverleners, zorgweigering, mishandelende behandelingen (Lambada Legal, 2010; Grant et al., 2011). Als gevolg van deze ervaringen ondervinden, volgens een enquêteonderzoek onder Amerikaanse transgender personen, 90% van de respondenten het gevoel wantrouwig te zijn richting de zorg (Lambada Legal, 2010).

Medisch wantrouwen draagt bij aan gezondheidsongelijkheid en wordt geassocieerd met een lagere therapietrouwheid, het uitstellen van zorg, zorg zoeken buiten het reguliere zorgsysteem en het niet volgen van medische adviezen (Pearson & Raeke, 2000; Straten et al., 2002; Lambada Legal, 2010; Angelo et al., 2022). Hoewel medisch wantrouwen onder alle patiëntengroepen voor kan komen, blijkt dat transgender personen vaker medisch wantrouwen ervaren dan cisgender personen (Smaut, 2022).

Wetenschappelijk onderzoek naar het ontstaan van medisch wantrouwen richt zich vaak niet specifiek op deze gemarginaliseerde groep (Benkert et al., 2019; Angelo et al., 2022; Staut 2022). Voorkomender is onderzoek naar medisch wantrouwen onder andere gemarginaliseerde groepen (Benkert et al., 2019). Een systematische review van Benkert et al. (2019) vond dat uit 88 kwantitatieve studies die zich richtten op medisch wantrouwen, de meeste onderzoeken zich richtten op medisch wantrouwen onder Afro-Amerikaanse personen en andere niet-witte bevolkingsgroepen.

Indien onderzoek naar medisch wantrouwen zich wel toespitst op transgender personen, richt dit onderzoek zich met name op de Amerikaanse zorgcontext. Benkert et al. (2019) includeerde 88 bronnen waarvan geen enkele zich richtten op een Nederlandse zorgcontext. In 2023 hielden Nederlandse wetenschappers onderzoek naar barrières die transgender personen ervaren tijdens het



zoeken naar transzorg (Ross et al., 2023). In de discussie van het onderzoek Ross et al. (2023) werd de mogelijke link tussen de gevonden barrières en medisch wantrouwen onder transgender personen genoemd.

1.1. Doel en onderzoeksvraag

Dit onderzoek heeft als doel om tot inzichten te komen in de oorzaak van medisch wantrouwen onder transgender personen in Nederland. Op basis van deze inzichten kan vervolgonderzoek zich richten op oplossingen voor medisch wantrouwen.

Deze inzichten kunnen mogelijk bijdragen aan de vermindering van medisch wantrouwen onder transgender personen, opdat transgender personen minder negatieve gevolgen van medisch wantrouwen ervaren.

Om ervoor te zorgen dat er de mogelijkheid is tot een limiterende denkwijze gelimiteerd is, zal dit onderzoek exploratief en inductief van aard zijn aan de hand van *Coconstructed Grounded Theory*. Er zal geen hypothese worden gesteld. De onderzoeksvraag luidt als volgt:

Waaruit wordt medisch wantrouwen onder transgender personen in Nederland ervaren?

1.2. Interdisciplinariteit

Omdat dit onderzoek exploratief van aard is, is het van belang niet vanuit één discipline de onderzoeksvraag te benaderen. Dit is terug te zien in de conceptualisering van het concept medisch wantrouwen. In het eerste deel van het theoretisch kader zal er een *common ground* worden gevonden om deze term te conceptualiseren zodat deze binnen de context van dit onderzoek past. Vervolgens zal het probleem, wat zich uit binnen de gezondheidszorg, in een historische en sociale context worden geplaatst.



2. Theoretisch kader

Onderzoeken van Hall et al. (2001), Griffith et al. (2021), Benkert et al. (2019) en Taylor et al. (2023) benoemen dat binnen wetenschappelijk literatuur geen eenduidig gebruik van de concepten 'vertrouwen' en 'wantrouwen' te zien is. Verschillende definities worden door elkaar gebruikt en de relatie tussen de concepten wordt op verschillende manieren gebruikt (Griffith et al., 2021, Taylor et al., 2023).

2.1. Definiëring van vertrouwen en wantrouwen

Een synthetische review van Taylor et al. (2023) onderzocht waar dit inconsistente gebruik uit bestaat. Aan de hand van 499 artikelen over medisch wantrouwen, beschreven zij de verschillen en overeenkomsten in definiëring van het concept vertrouwen. Taylor et al. (2023) beschrijft dat er over het algemeen consensus is over een aantal sleutelcomponenten van vertrouwen: een subject, een object en een doel. Deze sleutelcomponenten vormen de basis van vertrouwen die binnen de meeste contexten te gebruiken is (Taylor et al., 2023). Het subject is afhankelijk van het object om een doel te bereiken. Hierbij is er altijd sprake van een risico dat het object niet in staat is het doel te bereiken (Michalakopoulos & Fasli, 2005). Wanneer een subject onafhankelijk van het object is, is er geen vertrouwen nodig om het doel te bereiken (Taylor et al., 2023).

Over de relatie tussen het subject, object is echter geen consensus (Taylor et al., 2023). Taylor et al. (2023) categoriseert aan de hand van literatuur in vijf categorieën, waarbij het subject en het object verschillende vormen kunnen hebben: 1) subject: patiënt, object: zorgverlener 2) subject: zorgverlener, object: patiënt 3) subject: zorgverlener, object: zorgverlener 4) subject: patiënt, object: zorgverlener 5) subject: patiënt of zorgverlener of samenleving, object: systeem.

Een ander aspect waar wel consensus over is, is dat er enige mate van onduidelijkheid over de toekomst van het doel aanwezig moet zijn, waardoor het subject zich kwetsbaar op moet stellen ten opzichte van het object (Taylor et al., 2023). Echter, ook hier is geen consensus over de vorm en mate van deze onduidelijkheid.

2.1.1. Definitie vertrouwen en wantrouwen in de gezondheidszorg

Hoewel er geen consensus is over een algemene definitie van vertrouwen, wordt er in het artikel van Hall et al. (2001) een definitie gegeven van vertrouwen binnen de gezondheidszorg. Deze definitie bevat alle zojuist genoemde sleutelcomponenten.

'The optimistic acceptance of a vulnerable situation in which the truster believes the trustee will care for the truster's interests' (Hall et al., 2001).



Gekoppeld aan de sleutelcomponenten: *'The optimistic acceptance [het vertrouwen] of a vulnerable situation [afhankelijkheid van een doel] in which the truster [subject] believes the trustee [object] will care for the truster's interests [doel]'* (Hall et al., 2001).

Hall et al. (2001) benadert de vorm van de objecten en subjecten op drie verschillende niveaus: micro,- meso-en macroniveau. Deze drie niveaus zijn terug te zien in de vijf categorieën die Taylor et al. (2023) benoemen. Deze niveaus zijn in tabel 2 versimpeld en in een Nederlandse zorgcontext beschreven.

Tabel 2

Niveaus van vertrouwen gebaseerd op Hall et al. (2001)

| | Subject | Object |
|-------|---------|---|
| Macro | Patiënt | Systeem (Nederlandse samenleving) |
| Meso | Patiënt | Organisatie (Zorginstellingen) |
| Micro | Patiënt | Zorgverlener (Zorgverleners, verpleegkundigen etc.) |

2.2. Relatie tussen vertrouwen en wantrouwen

Net zoals vertrouwen, wordt het concept van wantrouwen binnen de wetenschappelijke literatuur inconsistent gebruikt (Hall et al., 2001; Rose et al., 2004; Benkert et al., 2019). Reden hiervoor is dat de mening over de relatie tussen de concepten vertrouwen en wantrouwen verschilt (Hall et al., 2001; Rose et al., 2004; Benkert et al., 2019).

Onderzoek van Hall et al. (2001) benoemt twee verschillende benaderingen van deze relatie binnen de wetenschappelijke literatuur: 1) vertrouwen als tegenpool van wantrouwen, 2) wantrouwen als complimenterende concepten.

2.2.1. Vertrouwen en wantrouwen als tegenpolen

De eerste benadering gaat er van uit dat wantrouwen en vertrouwen op één een dimensionale lijn liggen met aan de ene kant van de lijn wantrouwen en aan de andere kant van de lijn vertrouwen. Hoe minder vertrouwen eens subject heeft, des te meer wantrouwen een subject heeft (Hall et al., 2001; Rose et al., 2004; Mascarenhas et al., 2006; Sitkin & Bijlsma-Frankema, 2018; Six & Latusek, 2023b). Bij deze benadering is wantrouwen te zien als het tegenovergestelde van vertrouwen. Hoewel deze benadering nog altijd erg populair is in de wetenschap, wordt de benadering momenteel als verouderd gezien (Angelo et al., 2022; Six & Latusek, 2023b). Zij stellen dat wantrouwen een op zichzelf staand begrip is en dat er niet aangenomen kan worden dat er een omgekeerde evenredigheid plaatsvindt tussen wantrouwen en vertrouwen (Angelo et al., 2022; Six & Latusek, 2023b). Niet alleen binnen de sociale wetenschappen wordt deze eendimensionale benadering als verouderd gezien. Een onderzoek van de neurowetenschapper Dimoka (2010) vond aan de hand van het gebruik van *functional*



Magnetic Resonance Imaging (fMRI) dat er verschil te zien is in de hersenactiviteit tussen wantrouwen en vertrouwen. Met deze kennis bevestigt hij de gedachte dat de concepten niet elkaars tegenpolen zijn.

2.2.2. *Vertrouwen en wantrouwen als complimenterende concepten*

De tweede benadering stelt dat vertrouwen en wantrouwen twee losse begrippen zijn die met elkaar in relatie staan (Mascarenhas et al., 2006). Deze benadering gaat uit van drie assumpties waarbij vertrouwen en wantrouwen: 1) twee losstaande concepten zijn die gelijktijdig kunnen bestaan en invloed op elkaar uitoefenen, 2) beide positief zijn, gebaseerd op verschillende verwachtingen, 3) ingebed zijn in (complexe, kwetsbare en onbekende) sociale context.

Deze benadering stelt dat hoe meer vertrouwen een subject in een object heeft, des te meer deze van mening is dat een object in staat is om een doel te behalen. Hoe meer wantrouwen een subject heeft jegens een object, des meer deze van mening is dat een object niet in staat is om een doel te behalen (Six & Latusek, 2023b). Hierbij is het mogelijk om een neutrale houding te hebben met afwezigheid van zowel vertrouwen als wantrouwen (Six & Latusek, 2023b). De begrippen vertrouwen en wantrouwen staan bij deze benadering niet omgekeerd evenredig tot elkaar, zoals bij de eerste benadering.

2.3. **Inconsistentie binnen de literatuur**

Consistentie in het gebruik van deze benaderingen van wantrouwen mist in de wetenschappelijke literatuur (Sitken & Bijlsma-Frankma, 2018; Smirnoff et al., 2018; Benkert et al., 2019; Griffith et al., 2020). Hoewel het eerstgenoemde concept van wantrouwen als eendimensionale lijn niet meer als accuraat wordt gezien binnen de wetenschap, wordt deze benadering nog altijd gebruikt in onderzoek naar wantrouwen (Benkert et al., 2019; Six & Latusek, 2023b). Six & Latusek (2023b). Six en Latusek (2023b) benoemen als mogelijke reden hiervoor dat deze manier van conceptualisering gemakkelijk te gebruiken is. Bij deze benadering is het namelijk mogelijk om aan te nemen dat een hoge mate van vertrouwen gelijk is aan een lage mate van wantrouwen.

Tijdens dit onderzoek zal de tweede benadering van wantrouwen worden gebruikt. Hierdoor zijn de twee concepten en hun determinanten wel met elkaar te vergelijken, maar zal er geen onevenredig verband tussen deze worden getrokken. Door deze benadering te combineren met de definitie van vertrouwen volgens Hall et al. (2001), bestaat wantrouwen nog steeds uit dezelfde sleutelcomponenten. De volgende definitie zal in dit onderzoek worden gebruikt en luidt als volgt:

De negatieve houding van een subject tegenover een kwetsbare situatie waarbij het subject gelooft dat het object niet zal zorgen voor de beste uitkomst van het doel voor het subject.

2.4. Ontstaan van wantrouwen

2.4.1. Soorten ervaringen

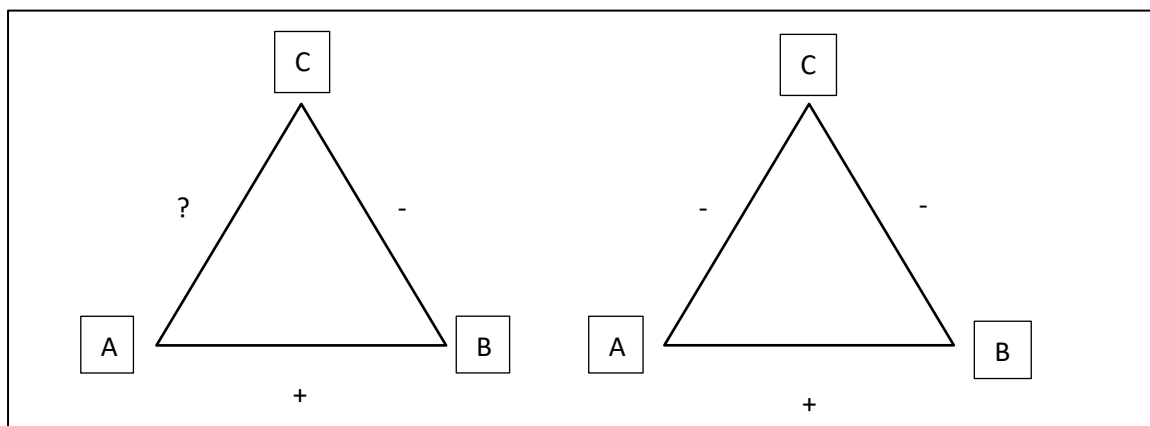
Wantrouwen kan ontstaan vanuit directe ervaringen en indirecte ervaringen (Bradford et al., 2013; Singh et al., 2019b). Beide dragen bij aan het wantrouwen jegens een object.

Wantrouwen vanuit directe ervaringen ontstaan door persoonlijke ervaringen van een subject jegens een object (Bradford et al., 2013). Bradford et al. (2013) benoemt als voorbeeld dat eerdere ervaringen van discriminatie in een zorgcontext kunnen leiden tot medisch wantrouwen.

Wantrouwen vanuit indirecte ervaringen zijn complexer van aard, maar kunnen worden uitgelegd aan de hand van de *balance theory* (Singh et al., 2019b). Deze theorie stelt dat mensen cognitieve balans nastreven. Wanneer een subject A bekend is met subject B (subject met wantrouwen richting object C), zal subject A cognitieve balans nastreven door ook wantrouwen te hebben richting object C, zie figuur 1 (Saadi et al., 2005; Qian & Adali, 2014; Singh et al., 2019b). Bhuiyan & Josang (2010) noemen dit ontstaan van wantrouwen, transiviteit.

Figuur 1

Balance theory gebaseerd op Singh et al. (2019b)



Medisch wantrouwen uit transiviteit ontstaat onder andere uit historische gebeurtenissen, met name binnen gemarginaliseerde groepen welke in het verleden oneerlijkheid hebben ervaren (Jaiswal & Halkitis, 2019; Schmidt-Sane et al., 2023). Deze ervaringen worden doorgegeven aan latere generaties waardoor het effect van historische gebeurtenissen in een later tijdperk nog altijd aanwezig kunnen zijn (Schmidt-Sane et al., 2023).



2.4.2. *Inactieve en actieve tegenwerking*

Binnen Engelstalige literatuur worden de termen *mistrust* en *distrust* door elkaar heen gebruikt (Taylor et al., 2023). Beide zijn te vertalen naar het woord 'wantrouwen'. Het verschil tussen de twee woorden zit in de intentie van het object.

Distrust gaat ervan uit dat wantrouwen wordt geïmpliceerd door het gevoel dat er vanuit het object actief niet wordt gehandeld voor het beste belang van het subject (Hall et al., 2001; Rose et al., 2004; Griffith et al., 2021). *Distrust* kan zich uiten in verhoogde mate van angst, het hebben van een sceptische houding en een mate van achterdochtigheid (Griffith et al., 2021).

Wanneer een subject gelooft dat een object niet actief tegenwerkt, bijvoorbeeld omdat deze niet in staat is om te zorgen voor de beste uitkomst, wordt dit *mistrust* genoemd. *Mistrust* ontstaat vaak uit eerdere situaties waarin vertrouwen in een geslaagde uitkomst misplaatst is geweest (Marsh, & Dibben, 2005). Hieronder valt bijvoorbeeld het gevoel dat een subject niet genoeg kennis bezit of niet competent genoeg is.

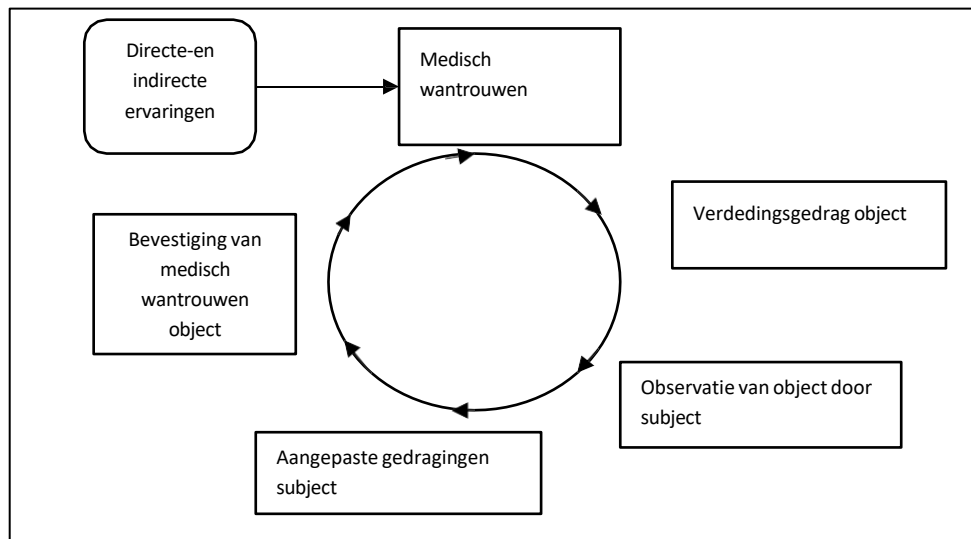
Wantrouwen kan dus zowel ontstaan uit actieve tegenwerking (*distrust*) als uit inactieve tegenwerking (*mistrust*)

2.4.3. *Circulair wantrouwen*

Zowel directe als indirecte ervaringen dragen volgens Benkert et al. (2019) bij aan medisch wantrouwen. Het artikel van Benkert al. (2019) benoemt dat medisch wantrouwen ontstaat als een verdedigingsmechanisme om om te gaan met deze ervaringen. Dit verdedigingsmechanisme kan zich uiten in de vorm van vooroordelen richting objecten (Benkert et al., 2019). Hierdoor ontstaat een cirkel van wantrouwen (Doblytè, 2022). Een subject heeft vooroordelen, gedraagt zich hierdoor aangepast tegenover een object, een object gedraagt zich hierdoor aangepast tegen een subject, een subject bevestigt hierdoor diens vooroordelen, zie figuur 2 (Doblytè, 2022).

Figuur 2

Cyclus van wantrouwen gebaseerd op Benkert et al. (2019) en Doblytė (2022)





2.5. Relevante context: Geschiedenis van transgender personen in Nederland

Smaut (2022) benoemt dat historische gebeurtenissen waarbij personen uit de LHBTIQ+ gemeenschap medisch slecht werden behandeld, bijdragen aan medisch wantrouwen binnen deze groep. Safer et al. (2016) benoemt hoe stigmatisering en discriminatie van transgender personen een drempel vormen voor het opzoeken en zelfs de toegang van zorg. Deze discriminatie komt voor op zowel individueel niveau, discriminatie direct gericht op een persoon, als op institutioneel niveau, discriminatie vanuit wetten en beleidsvoering (Mason, 2023).

In dit onderdeel van het theoretisch kader wordt een beeld geschetst van de geschiedenis van transgender personen in Nederland. Het benoemen van dit beeld geeft mogelijk meer inzicht in het ontstaan van medisch wantrouwen onder deze gemarginaliseerde groep.

2.5.1. *Transgenderwetgeving door de jaren heen*

Vanaf het jaar 1985 werd het in Nederland juridisch mogelijk om als transgender persoon een juridische geslachtswijziging aan te vragen (Ministerie van Justitie, 1985). Voor die tijd was dit enkel voor intersekse personen mogelijk (Oosterhout, 2023). Transgender personen moesten in die tijd voldoen aan een aantal voorwaarden, welke werden beoordeeld door een deskundige middels een deskundigenverklaring. Zo moest de persoon ongehuwd zijn, in een medische transitie zijn geweest en door deze transitie onvruchtbaar zijn (Ministerie van Justitie, 1985).

Met de komst van het homohuwelijk in 2001 kwam de eis om ongehuwd te zijn, te vervallen (Oosterhout, 2023). In 2014, met de komst van de vernieuwde Transgenderwet, kwamen de eisen voor een medische transitie en de daarbij komende onvruchtbaarheid ook te vervallen. Vanaf 2014 tot heden (2024) is voor transgender personen vanaf 16 jaar een juridische geslachtsverandering mogelijk door het doen van aangifte bij een ambtenaar (Burgerlijk wetboek, 2014, Artikel 28). Hiervoor is nog altijd een deskundigenverklaring van niet ouder dan zes maanden nodig. Niet alle deskundigen mogen een zogeheten 'Verklaring Transgender' afgeven, enkel zij die hiervoor zijn aangewezen door het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg mogen deze afgeven (Ministerie van justitie en veiligheid, 2023).

Aan de hand van een evaluatie van de wetsverandering uit 2014, werd er in november 2020 een wetsvoorstel ingediend waarin een versoepeling van de transgenderwet uit 2014 werd voorgesteld. Hierin werden onder andere twee wijzigingen voorgesteld, het laten vervallen van de minimum leeftijd van 16 jaar en het laten vervallen van de deskundigenverklaring. Dit wetsvoorstel is op 12 september 2023 door de Tweede Kamer als controversieel vastgesteld (Tweede kamer, 2023).

Doordat de transgenderwet uitgaat van een binaire verdeling van gender, is in Nederland het wettelijk enkel mogelijk om een wijziging van 'man' naar 'vrouw' of 'vrouw' naar 'man' in de Basisregistratie Personen (BRP) door te voeren (Oosterhout, 2023). Hoewel het wettelijk niet mogelijk



is om een andere aanduiding dan V of M in de Basisregistratie Personen te hebben, heeft Rechtbank Limburg in 2018 voor het eerst in Nederland een verzoek tot X in de BRP toegewezen (Oosterhout, 2023). Voor intersekse personen is het juridisch gezien wel mogelijk om een andere aanduiding dan 'V' of 'M' in de BRP toegewezen te krijgen. Wanneer er tot maximaal drie maanden na de geboorte twijfel is over het geslacht van de persoon, is er de mogelijkheid om een geboorteakte op te maken 'waarin wordt vermeld dat het geslacht van het kind niet is kunnen worden vastgesteld.' (BW, art. 1:19.). Na deze drie maanden is het ook voor intersekse personen niet mogelijk om een andere aanduiding dan 'V' of 'M' te hebben in de BRP. Een wetsvoorstel van Kamerlid Van Ginneken verzocht in 2021 om het toevoegen van een geslachtsaanduiding in het BRP voor personen die zich niet of niet uitsluitend identificeren als man of vrouw. (Tweede Kamer, 2022). Dit verzoek werd later ingetrokken.

2.5.2. Medicalisering van genderdysforie

Vanaf de uitgave van de derde editie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) kan er gesproken worden van medicalisatie van genderdysforie (American Psychiatric Association, 1980). Op dat moment wordt nog gesproken van een diagnose *Gender Identity Disorder* (GID), welke onder de categorie *Psychosexual Disorders* (PD) valt. In deze categorie vallen onder andere pedofilie, zoöfilie en seksueel sadisme (American Psychiatric Association, 1980). De herziening van de DSM-3 werd in 1994 uitgegeven in de vorm van de DSM-4 (American Psychiatric Association, 1994). In deze versie wordt er tevens gesproken van GID onder de categorie (PD). In vergelijking met de DSM-3, worden er in de DSM-4 enkel een vijftal diagnostiek criteria aangepast (Zucker, 2009). Vanaf de uitgave van de DSM-5 in 2013 wordt er in plaats van GID gesproken over de diagnose genderdysforie. Genderdysforie wordt vanaf de DSM-5 niet meer als subcategorie van PD benoemt, maar als op zichzelf staande categorie. Er wordt nog wel onderscheid gemaakt in genderdysforie tussen kinderen en volwassenen. Hierbij wordt enkel verschil gemaakt in criteria, niet in definitie. Voor beiden geldt de volgende definitie van genderdysforie: '*A marked incongruence between one's experienced/expressed gender and assigned gender, of at least 6 months' duration...*' (American Psychiatric Association, 2013).

2.5.3. Genderbevestigende behandelingen en het ontstaan van the Dutch protocol

Hoewel de diagnose genderdysforie pas vanaf 1980 werd erkend, worden er sinds het begin van de twintigste eeuw genderbevestigende operaties uitgevoerd (Meyerowitz, 1998). Deze operaties bestonden eerst enkel uit het wegnemen van geslachtskenmerken. Vanaf 1930 werden in Duitsland de eerste operatieve ingrepen uitgevoerd waarbij geslachtskenmerken van het gewenste geslacht werden geconstrueerd (Meyerowitz, 1998). In Nederland werd in 1959 de eerste genderbevestigende operatie uitgevoerd. Hoewel deze operatie zorgde voor commotie, zowel onder andere zorgverleners



als onder politici, was dit rond 1970 een opstapje voor het openen van de eerste genderteams in Nederlandse ziekenhuizen (Amsterdam, Groningen en Rotterdam) (Ned Tijdschr Geneesk, 2007).

In Nederland wordt er vanaf het oprichten van deze genderteams in 1970, naast operatieve behandelmethodes, ook medicamenteuze behandelingen aangeboden (Gooren et al., 2008). Deze behandeling bestonden uit hormoonbehandelingen; hierbij wordt er via medicatie een hormoon toegediend waardoor het lichaam gewenste secundaire geslachtskenmerken ontwikkelt ((Fabris et al., 2014). Deze medicamenteuze behandeling wordt in de jaren 90 aangevuld door de Nederlandse ontdekking van *Gonadotropin-Releasing Hormone agonist*, ook wel puberteitsblokkers (Biggs, 2023). Volgens onderzoek van Cohen-Kettenis (1994) draagt het gebruik van deze puberteitsblokkers bij aan een beter uitkomst van de behandeling van genderdysforie.

Deze nieuwe medicatie werd gezien als een bijdrage voor de behandeling van transgender personen onder de leeftijd van 18 jaar die, in verband met hun leeftijd, nog niet in aanmerking kwamen voor operatieve behandelingen om de aanmaak van geslachtshormonen te onderdrukken en op deze manier de puberteit uit te stellen (Cohen-Kettenis, 1994). Pas vanaf 2002, na de vestiging van het centrum van expertise op genderdysforie in het VU universitair medisch centrum (VUmc), wordt de behandeling met puberteitsremmers onder transgender jongeren vanaf 12 jaar in Nederland genormaliseerd (Biggs, 2023). Deze behandelmethode werd bekend als '*the Dutch Protocol*' (Biggs, 2023).



2.6. Grounded Theory en concept mapping

2.6.1. Grounded Theory historie

Grounded Theory (GT) is een kwalitatieve onderzoeksmethode die werd ontwikkeld in 1967 door de onderzoekers Glaser en Strauss. Hoewel binnen de sociale wetenschap het ontwikkelen van theorieën hand in hand gepaard gaat met het testen van deze theorieën, benoemen zij dat, in hun tijd, de nadruk meer ligt op het testen van theorieën (Glaser et al., 1967, pp. 1-2). Om meer evenwicht te krijgen tussen het creëren- en het testen van theorieën, ontwikkelden zij de *Grounded Theory*.

Deze methode heeft als doel om op een inductieve wijze vanuit kwalitatieve data een theorie te ontwikkelen in plaats van op een deductieve manier data te verzamelen om een bestaande theorie te bevestigen of te weerleggen. Deze benadering is met name nuttig voor vraagstukken die explorierend van aard zijn, bijvoorbeeld vraagstukken waar nog geen theorie voor bestaat of vraagstukken waarbij bestaande theorieën niet volledig aansluiten binnen de context van een specifiek vraagstuk (Glaser et al., 1967).

Naast de klassieke benadering van GT van Glaser et al. uit 1967, beschreef Charmaz in 2006 een constructivistische benadering van GT. Waar Glaser et al. (1967) van mening waren dat het perspectief en de ervaringen van een onderzoeker voor een niet gewenste bias zorgt, wat zorgt voor een minder goede *theoretical sensitivity*, was Charmaz (2014) juist van mening dat deze benadering limiterend werkt (Singh en Estefan, 2018). Charmaz benadrukt dat het perspectief en de ervaringen van een onderzoeker juist bijdragen aan de *theoretical sensitivity*. De kennis van een onderzoeker kan volgens haar juist dienen als referentiepunten om gericht vragen te stellen aan participanten waardoor er een dieper inzicht in een mogelijke theorie kan ontstaan (Singh en Estefan, 2018; Mohajan & Mohajan, 2022). Hiernaast benoemt zij het nut van *Coconstructing a Grounded Theory* (CGT) waarbij een onderzoeker met diens expertise samenwerkt met participanten om een theorie te construeren (Singh en Estefan, 2018; Mohajan & Mohajan, 2022). De benadering van CGT volgens Charmaz is nuttig voor onderzoeken waarbij context een rol speelt (Singh en Estefan, 2018).

2.6.2. Gebruik van Grounded Theory in gezondheidsonderzoek

Het gebruik van GT is nuttig bij onderzoeken waarbij vooraf geen hypothese of theorie opgesteld is óf waarbij de al wel gestelde hypothese of theorie eigenlijk niet goed aansluit binnen de context (Singh en Estefan, 2018). Vanwege de toevoeging van co-construction of theory, wordt de constructivistische benadering van Charmaz gezien als een gepaste aanpak voor onderzoek binnen een gezondheidscontext. Vandaar dat dit onderzoek naar medisch wantrouwen onder transgenderpersonen in Nederland de *Constructivist Grounded Theory* (CGT) zal gebruiken.



2.6.3. Zeven principes van Grounded Theory

De klassieke benadering van GT door Glaser et al. (1967) benoemt zeven principes van GT. De benadering van Charmaz interpreteerde deze principes vanuit een constructivistische blik.

Het eerste principe beschrijft dat het onderzoek gestart wordt vanuit een brede vraagstelling waarbij er geen sprake is van een specifieke onderzoeksvraag of een hypothese waardoor het onderzoek mogelijk gelimiteerd is (Glaser et al., 1967; Charmaz, 2006).

Het tweede principe beschrijft deze open blik. Glaser et al. (1967) pleitten ervoor dat literatuuronderzoek pas na het verzamelen en analyseren van data in het proces aan bod komt. Hierdoor wordt volgens hen de inductiviteit van het onderzoek gewaarborgd. Als je ergens geen kennis over hebt kan deze immers ook niet zorgen voor een bias, aldus Glaser et al. (1967) Charmaz (2006) heeft hier een andere kijk op. Zij benoemt dat literatuuronderzoek juist een kans is om aan te tonen waar de gaten binnen de literatuur liggen. Wel benadrukt Charmaz (2006) dat het belangrijk is om zo een zo open mogelijke houding te houden zonder dat de onderzoeker zich laat leiden door eerder bestudeerde literatuur.

Het derde principe gaat in op een iteratief proces waarbij dataverzameling en data-analyse tegelijkertijd plaatsvinden (Glaser et al., 1967; Charmaz, 2006).

Hierdoor is er plaats voor het vierde principe, een constante vergelijking tussen data en haar analyse. Doordat data gelijktijdig verzameld en geanalyseerd worden, kunnen codes die volgen uit analyses direct naast nieuw verzamelde data worden gelegd. Dit zorgt volgens Glaser et al. (1967) en Charmaz (2006) voor een dieper begrip van de data.

Het vijfde principe moedigt aan om tijdens dit vergelijkingsproces notities te schrijven (Glaser et al., 1967; Charmaz, 2006). In deze notities leggen de onderzoekers vast waarom zij bepaalde codes aan bepaalde data koppelen. Het gebruik van deze notities tijdens het analyse proces moedigt een onderzoeker aan om de keuze voor een eerder gemaakte code te vergelijken met nieuwe keuzes (Glaser et al., 1967; Charmaz, 2006).

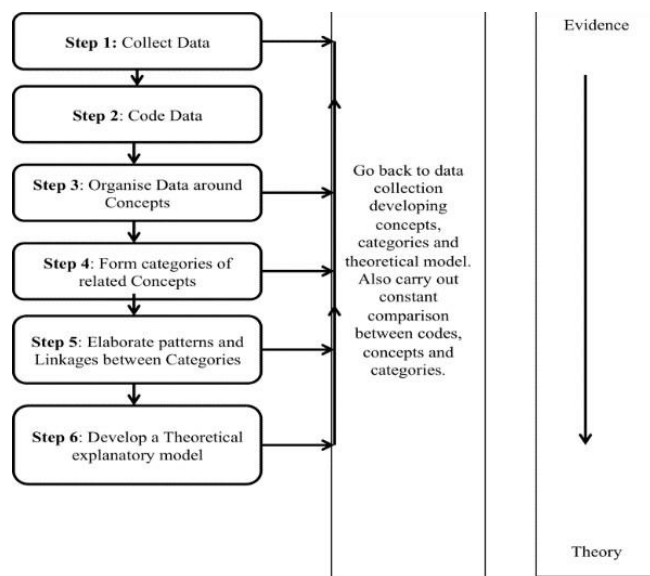
Het zesde principe moedigt *theoretical sensitivity* aan. Hierbij wordt de onderzoeker gevraagd om open te staan voor meerdere mogelijke uitkomsten van de data. Glaser et al. (1967) en Charmaz (2006) benadrukken dit belang tijdens onderzoeken waarbij al eerdere theorieën ontworpen zijn.

Het laatste principe van GT gaat in op het belang van *theoretical sampling*. *Theoretical sampling* is een strategie om datasaturatie te verkrijgen (Glaser et al., 1967). Hierbij moeten onderzoekers data blijven verzamelen en analyseren totdat er duidelijke categorieën ontstaan en er



Figuur 3

Grounded Theory Data Analyse Stappen (O'Hagan & O'Connor, 2015)



geen nieuwe inzichten meer voorhanden komt (Glaser et al., 1967; Charmaz, 2006). Figuur 3 laat visueel dit iteratieve proces zien.

2.6.4. Dataverzameling met CGT

Tijdens gezondheidsonderzoek met CGT kunnen data verzameld worden aan de hand van focusgroepen of interviews (Foley & Timonen, 2014). Om participanten niet te limiteren in hun antwoorden, is het belangrijk om deze gesprekken ongestructureerd of semigestructureerd te houden en om enkel *open-ended* vragen te stellen. Focusgroepen kunnen nuttig zijn omdat participanten elkaar kunnen aanvullen en verschillende ervaringen kunnen delen (Foley & Timonen, 2014).

2.6.5. Data-analyse met CGT

Het data-analyseproces van CGT bestaat uit drie fases, open codering, axiaal codering en selectief codering. (Foley & Timonen, 2014). Als eerst de open codering, tijdens deze fase wordt er een code gekoppeld aan de data. Deze codes kunnen slaan op gevoelens, ervaringen of reacties van participanten. Tijdens de axiale codering wordt er gekeken naar de relatie tussen codes. Verschillende codes uit de open codering fase kunnen worden samengevoegd in een categorie, de axiale code. In de laatste fase wordt er selectief gecodeerd. Aan de hand van de axiale codes worden zogenaamde hoofdcodes gekoppeld. Deze selectieve codes vormen uiteindelijk de basis van de nog te ontwikkelen theorie (Foley & Timonen, 2014).

2.6.6. Concept mapping

Een concept map wordt gebruikt als middel om data te verzamelen, analyseren en presenteren. Een onderzoek van Conceição et al. (2017) analyseerde de verschillende benaderingen van het gebruik van concept mapping tijdens wetenschappelijk onderzoek. Conceição et al. (2017) benoemen drie verschillende manieren om concept mapping te implementeren in kwalitatief onderzoek: *relational*



approach, cluster approach en *frequency approach*. De *relational approach* wordt gebruikt om relaties binnen data te identificeren, complexiteit tussen deze relaties te achterhalen en te visualiseren en het visualiseren van resultaten.

Naast deze drie benaderingen benoemen Conceição et al. (2017) twee methodes om een concept map te genereren: *participant-generated* en *researcher-generated*. *Participant-generated* concept mappen worden opgesteld door de participant zelf, zowel individueel als in groepsverband (Conceição et al., 2017). *Researcher-generated* concept mappen worden opgesteld door de onderzoeker zelf.

2.6.7. *Participant-generated concept mapping*

Gebruik maken van concept mapping tijdens interviews en focusgroepen, is een alternatieve methode voor het volledig transcriberen van een kwalitatief onderzoek (Fearnley, 2022). Bij deze aanpak wordt er samen met participanten tijdens het onderzoek zelf een concept map gemaakt.

Participanten kunnen hierdoor direct meekijken met de interpretatie van hun antwoorden waardoor zij kunnen reageren op de concept map en misinterpretaties van de onderzoeker kunnen aanwijzen. In tegenstelling tot het maken van een concept map aan de hand van een transcript na afloop van een gesprek wanneer deze onderschepping van misinterpretaties van onderzoekers niet meer mogelijk is door de participanten. Hiernaast scheelt het direct maken van een concept map tijd (Fearnley, 2022).

Een ander voordeel van concept mapping tijdens het onderzoek zelf is, dat participanten tijdens het onderzoek direct terug kunnen reflecteren op concepten die eerder aan bod zijn gekomen. Hierdoor wordt de participant gestimuleerd om herinneringen op te halen en deze direct terug te koppelen aan een eerdergenoemd herinneringen (Fearnley, 2022).

2.6.8. *Concept mapping en Grounded Theory*

Gebruik maken van concept mapping tijdens kwalitatief onderzoek, is helpend tijdens het coderen bij CGT (Birks & Mills, 2015). Concept mapping is helpend doordat het een overzicht te geeft van de concepten waarbij relaties tussen concepten kunnen worden getoond en het onderzoekers ondersteunt in het proces van het vinden van deze relaties (Buckley & Waring, 2013; Ligita et al., 2020). De CGT benadering van Charmaz (2006) sluit hierop aan. Zij legt uit dat het gebruik van concept mapping tijdens CGT als strategie kan dienen voor het ontwikkelen van een theorie na een analyse.

Binnen de gezondheidswetenschap wordt de combinatie van concept mapping en CGT ook als succesvol gezien (Sander et al., 2012; LaNoue et al., 2016).



3. Methode

De onderzoeksvraag werd beantwoord aan de hand van een explorerend kwalitatief onderzoek aan de hand van CGT. Data werden verzameld middels het houden van focusgroepen en interviews. Middels een thematische analyse werden deze data op iteratieve wijze geanalyseerd.

3.1. Onderzoeksdesign

Het onderzoek werd in de vorm van ongestructureerde interviews en een ongestructureerde focusgroep gehouden. Zowel de interviews als de focusgroep hebben als doel te verkennen waar medisch wantrouwen onder transgender personen in Nederland uit ontstaat. In eerste instantie was het de bedoeling om data te verzamelen aan de hand van focusgroepen. Echter bleken deze lastig te plannen waardoor ervoor gekozen is om naast een focusgroep, ook individuele interviews af te nemen.

3.2. Participanten en werving

Participanten werden geworven door middel van het delen van een flyer, zie bijlage 1. Deze flyer werd gedeeld op verschillende persoonlijke Instagramkanalen, met twee transgenderorganisaties (T-Nederland, gendergroepen van PsyQ Utrecht) en binnen studentenvereniging U.H.S.V. Anteros (LHBTQIA+ studentenvereniging).

3.3. Inclusiecriteria

Om binnen de afbakening van dit onderzoek te vallen, werden de participanten geselecteerd op drie inclusiecriteria.

- Participanten zijn de Nederlandse taal machtig.
- Participanten identificeren zich als niet-cisgender persoon.
- Participanten ervaren enige mate van medisch wantrouwen.

3.4. Procedure

In totaal werd er één focusgroep afgenomen met daarin vier participanten en werden er vijf individuele interviews afgenomen. In totaal werd er met negen participanten gesproken tijdens zes verschillende onderzoeken. De onderzoeken duurden gemiddeld één uur en werden gehouden in de periode tussen 15 mei en 4 juni.



3.4.1. Voor aanvang van het onderzoek

Voor aanvang van de focusgroepen en interviews, ontvingen de participanten een informatiedocument en een toestemmingsformulier, zie bijlage 2. Aan de participanten werd hierdoor de mogelijkheid geboden om voor aanvang van het onderzoek al vragen te stellen aan de onderzoeker.

3.4.2. Introductiefase

Bij aanvang van het onderzoek werd eveneens gevraagd of de participanten vragen hadden over het informatiedocument, eventuele vragen werden beantwoord. De onderzoeker gaf vervolgens een uitleg over de procedure van het onderzoek en benoemde een aantal huisregels. Voor de focusgroep werden de volgende huisregels opgesteld: heb respect voor elkaar, laat elkaar uitpraten, je mag elkaar aanvullen, je mag ieder moment van het onderzoek stoppen en je hoeft enkel informatie te delen waar jij je prettig bij voelt. Voor de interviews waren dat de volgende: je mag ieder moment van het onderzoek stoppen en je hoeft enkel informatie te delen waar jij je prettig bij voelt.

3.4.3. Onderzoeksfase

Tijdens de onderzoeken werd er samen met de participanten aan de hand van *relational approach* concept mapping een stroomdiagram opgesteld. Om de participanten zo min mogelijk te sturen, stelde de onderzoeker slechts één vraag: 'Waaruit ervaar/ervaren jij/jullie medisch wantrouwen?' Deze vraag werd op deze manier geformuleerd om zo min mogelijk beperkingen te geven voor de participanten. De onderzoeken werden opgenomen en automatisch getranscribeerd via het programma Teams.

3.4.4. Na afloop van het onderzoek

Na afloop van de focusgroepen en interviews heeft de onderzoeker de zes verschillende stroomdiagrammen aan de hand van de audiobestanden en het automatisch gegenereerde transcript, verder aangevuld. Deze zes stroomdiagrammen vormden de open codering.

3.5. Data-analyse

Vanuit de open codering werden axiale codes opgesteld. Hierbij werden de thema's uit de open codering met elkaar in verband gebracht, werden de al gevonden verbanden geherstructureerd en werden er uit de thema's categorieën en subcategorieën geïdentificeerd. Tijdens dit proces werden gedachtes van de onderzoeker via notities genoteerd, zodat hier later op terug gekeken kon worden. Deze fase resulteerde in zes stroomdiagrammen. Deze stroomdiagrammen vormden de axiale codering. Vanuit de axiale codes en de notities werden er selectieve codes opgesteld. Hierbij werden de zes stroomdiagrammen naast elkaar gelegd en werd er één stroomdiagram met kerncategorieën

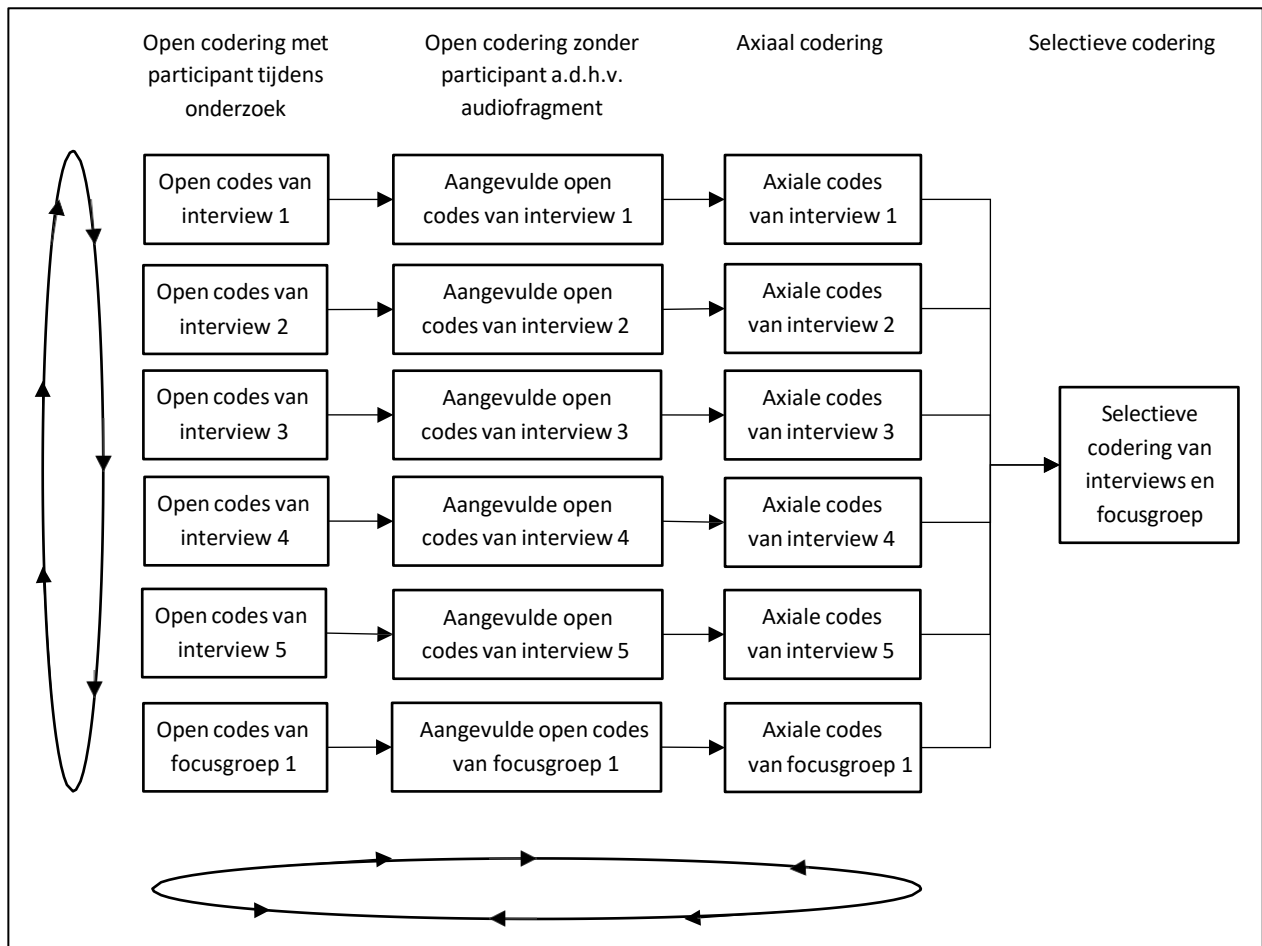


opgesteld. Deze stroomdiagram vormde de selectieve codering. Deze is te zien in bijlage 3.

De drie fases van codering waren iteratief van aard, waardoor er een constante vergelijking tussen de data en gemaakte notities plaatsvindt. Zowel tussen de interviews en focusgroep, als tussen de open en axiale coderingen. Het analyseproces is gevisualiseerd in figuur 4.

Figuur 4

Visualisatie van het analyseproces.



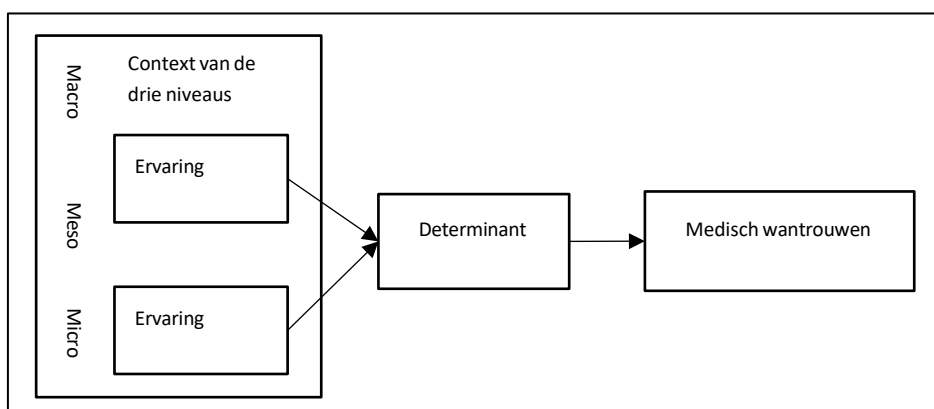
4. Resultaten

Aan de hand van de data van dit onderzoek zijn drie inzichten verkregen. Het eerste inzicht geeft antwoord op de vraag: ‘Hoe wordt het ontstaan van medisch wantrouwen onder transgender personen in Nederland ervaren?’. Het tweede en derde inzicht geven antwoord op de vraag: ‘Waaruit wordt medisch wantrouwen onder transgender personen in Nederland ervaren?’.

Als eerst kan er uit de analyse het proces van het ontstaan van medisch wantrouwen worden waargenomen. Ten tweede kunnen de gevonden ervaringen worden toegelicht in context van een van drie niveaus (macro-, meso- en micro). Hierdoor is het mogelijk om de relatie tussen de ervaringen te tonen. Als derde worden deze ervaringen gekoppeld aan determinanten.

Figuur 5

Visualisatie van het proces van medisch wantrouwen



4.1. Eerste inzicht: Het proces van medisch wantrouwen

Uit de analyse blijkt dat participanten medisch wantrouwen ervaarden als gevolg van gevoelens (ook wel determinanten) jegens ervaringen. Figuur 5 toont een schematische weergave van dit proces. De ervaringen werden zowel eerstehands door de participanten zelf, als tweedehands ervaren. Deze tweedehandservaringen werden opgedaan door het horen van ervaringen van mensen in de directe omgeving van participanten en van mensen in de media. Deze ervaringen konden worden onderverdeeld in drie niveaus.

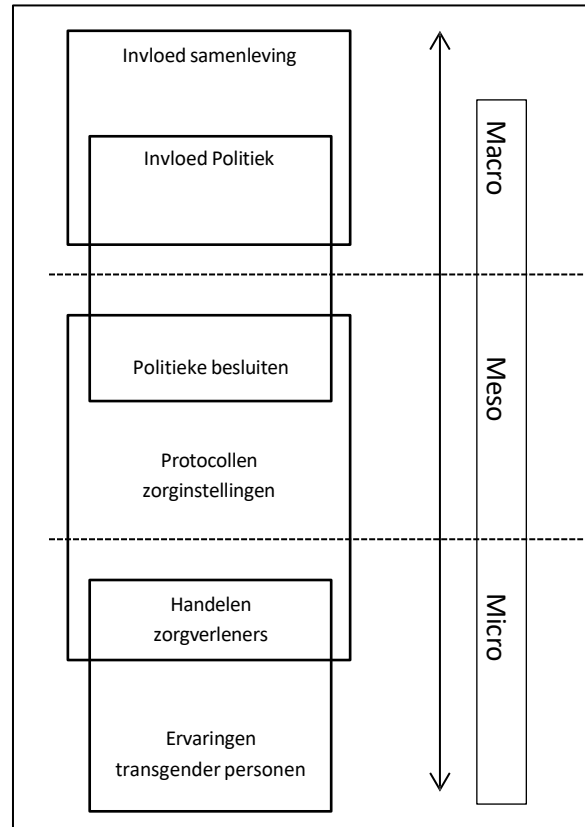
4.2. Tweede inzicht: Invloed ervaringen op macro-, meso- en microniveau

Ervaringen, welke werden ervaren op macro-, meso- en microniveau, hadden volgens de participanten invloed op elkaar. Zij ervaarden dat de op macroniveau, politiek beïnvloed wordt door de samenleving, dat de politiek vervolgens invloed heeft op besluitvorming. Vervolgens op mesoniveau, hebben deze politieke besluiten invloed op de protocollen van zorginstellingen. Deze protocollen hebben op microniveau invloed op het handelen van zorgverleners waar vervolgens de ervaringen van transgender personen uit ontstaan. Deze invloed wordt schematisch weergegeven in figuur 6.

Uit de analyse konden 18 ervaringen en 14 determinanten worden gecategoriseerd. Deze worden per niveau in figuur 7 schematisch weergegeven.

Figuur 6

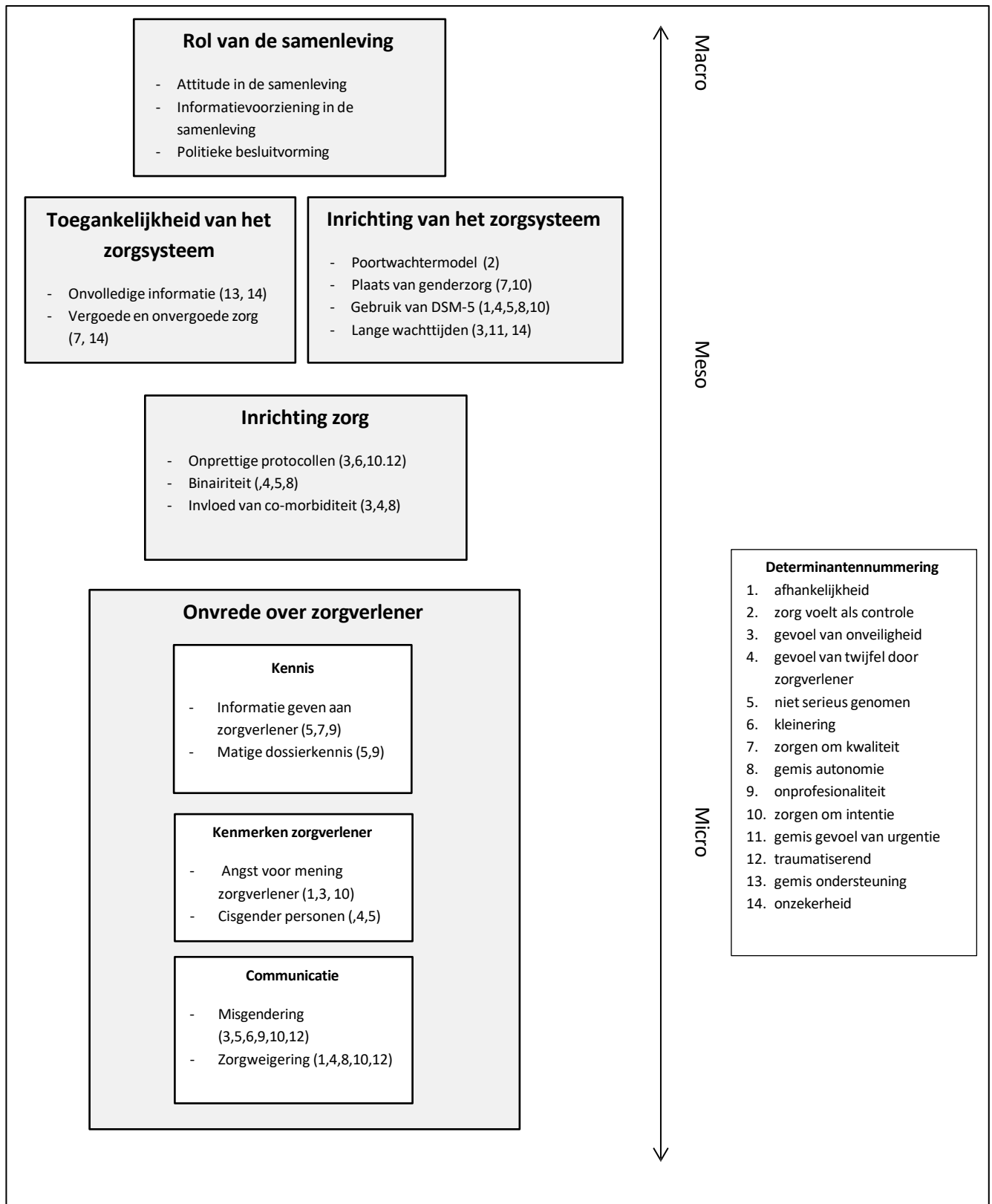
Visualisatie van macro-, meso- en microniveau





Figuur 7

Schematische weergave van de analyse





4.2.1. *Macroniveau*

Participanten hadden het gevoel dat over het algemeen de samenleving een negatieve attitude jegens transgender personen heeft. Dit gevoel komt volgens hen uit content zichtbaar in de media, nieuwsberichten en satirische rollen van transgender personen in film en serie. Angst dat deze attitude op macroniveau ook zichtbaar is in de politiek en op microniveau onder zorgverleners draagt bij aan medisch wantrouwen bij de participanten. Participanten waren van mening dat deze negatieve attitude wordt aangesterkt door onjuiste informatie.

Participanten ervoeren de informatievoorziening binnen de samenleving als onvoldoende. Volgens hen is er een matige hoeveelheid van juiste kennis rondom transgender personen (zowel medische als niet-medische kennis). Onjuiste informatie geportretteerd in de media zorgt er volgens hen voor dat de samenleving over het algemeen een verkeerd beeld heeft van transgender personen. Voorbeelden die hierbij genoemd worden hebben betrekking tot te hoge cijfers over personen die in detransitie gaan en het gemakkelijke proces van medische en juridische transities. Deze onjuiste informatie is volgens de participanten terug te zien in de politiek en haar besluitvorming. Onjuiste informatievoorziening speelt volgens de participanten niet enkel in Nederland, maar ook in het buitenland. Specifiek onjuiste informatie en het gevolg daarvan in de Amerikaanse politiek werd ervaren door de participanten.

Participanten ervoeren de macht van de politiek omtrent besluitvorming als beangstigend. Politieke besluitvorming betreffen onder andere regelgeving omtrent inrichting van zorg en inrichting van zorgverzekeraars. Onder de participanten hing een beangstigingsgevoel jegens besluitvorming die hun zorgproces negatief kan beïnvloeden. Als voorbeeld werd hiervoor de discussie omtrent de nieuwe transgenderwet genoemd. Deze wet zou de juridische transitie voor transgender personen eenvoudiger moeten maken, omdat er meer autonomie bij de transgender personen zelf wordt gelegd. Over dit wetsvoorstel is nog geen besluit genomen. De huidige wetgeving omtrent juridische transitie wordt door de participanten als onprettig ervaren.

4.2.2. *Mesoniveau*

4.2.2.1. **Inrichting van het zorgsysteem**

Participanten benoemden ervaringen met transgender gerelateerde zorgsystemen. Participanten benoemden dat de inrichting van dit zorgsysteem aanvoelt als een poortwachter. Genderzorg wordt vaak pas gegeven (en verzekerd) bij personen met een diagnose genderdysforie. Om deze diagnose te mogen ontvangen moeten transgender personen voldoen aan criteria beschreven in de DSM-5. Participanten benoemden dat zij hierdoor het gevoel kregen gekeurd en in een hokje geplaatst te



worden. Mede doordat participanten aangaven afhankelijk te zijn van hun zorgverleners, kregen zij het gevoel zich te moeten bewijzen aan hun zorgverleners dat zij ‘transgender genoeg zijn’.

Hiernaast kost deze manier van diagnosticering volgens participanten veel tijd wat bijdraagt aan de snelheid van het proces. Dit langzame proces zorgt vervolgens weer voor een nog langere wachttijd binnen de genderzorg. Met name wachttijden van ziekenhuizen werden als lang ervaren. Behandelingen bij privéklinieken werden niet altijd als optie gezien vanwege de mogelijke hogere kosten en onzekerheid over de kwaliteit van de zorg. Participanten benoemden hier een onveilig gevoel, een gemis van urgentie en een gevoel van onzekerheid van te krijgen.

Een andere reden voor deze lange wachttijd die werd benoemd, is de hoge druk op de transgenderzorg en de plaats van genderzorg in het algemene zorgsysteem. Volgens participanten is de genderzorg te gecentraliseerd. Als voorbeeld van zo een centralisatie, werd de genderpoli van het Amsterdam Medisch Centrum (AMC) (vroeger VUmc) benoemd. Participanten beschreven hoe zij voor hun gender gerelateerde behandelingen vroeger enkel bij het AMC terecht konden. In plaats van deze centralisatie zouden participanten liever zien dat genderzorg op andere plaatsen binnen het zorgsysteem plaatsvindt. Als voorbeeld gaven participanten aan dat zij het gevoel hebben dat de huisarts meer genderzorg zou kunnen verlenen dan dat er momenteel gegeven wordt. Dit zorgde bij de participanten voor een twijfel over zorgkwaliteit en zorgen om intentie van het zorgsysteem.

4.2.2.2. Toegankelijkheid van het zorgsysteem

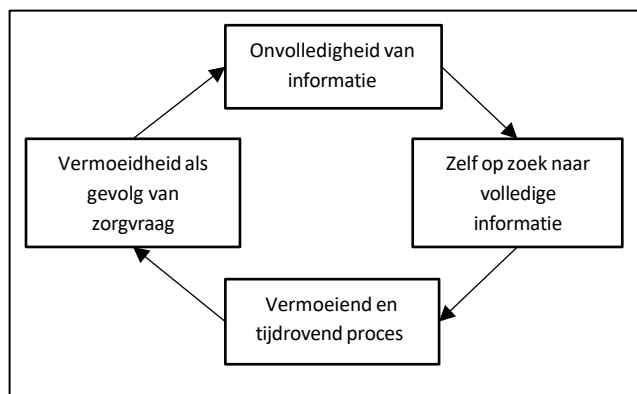
Participanten ervoeren het zorgsysteem als ontoegankelijk. Ten eerste doordat informatie over genderzorg als onvolledig werd ervaren. Informatie die participanten onvolledig achten, hebben betrekking tot zorginstellingen en zorgverzekeraars. Participanten benoemen dat zij onvoldoende informatie kunnen vinden over het aanbod van zorginstellingen die genderzorg aanbieden en de behandelopties van deze zorginstellingen. Ten tweede benoemen participanten onvoldoende informatie te kunnen vinden omtrent vergoedingen welke behandelingen worden vergoed vanuit de zorgverzekeraar en welke verzekering is nodig om deze zorg vergoed te krijgen. Dit zorgde voor een gemis van ondersteuning en onzekerheid onder participanten.

De onvolledige informatievoorziening had als gevolg dat participanten zelf op zoek moesten gaan naar volledige informatie. Dit werd als een intensief en tijdrovend proces ervaren welke naast het verdere zorgproces en dagelijkse activiteiten van de participanten plaatsvond. Participanten

ervaarden dit als vermoeiend en gaven aan dat dit als een cyclus voelde. Deze ervaren cyclus is visueel weergegeven in figuur 8

Figuur 8

Cyclus van informatievoorziening



4.2.2.3. Inrichting zorg

Participanten benoemen onvrede rondom het gebruik van protocollen binnen de genderzorg. Participanten benoemden dat zij op jonge leeftijd vanuit zorgverleners gedwongen worden volgens hun toegewezen gender te leven, terwijl dit in vele gevallen niet overeenkomt met hun genderidentiteit. Zorgverleners gaven hen als argument hiervoor dat zij, door transgender personen te verplichten in hun aangewezen geslacht te leven, er zeker van konden zijn dat er sprake is van genderdysforie. Participanten gaven aan dat zij hierdoor een gevoel van onveiligheid, kleinering, zorgen om intentie en trauma's ervaarden.

Het gebruik van protocollen ervaarden participanten als limiterend. Zij kregen hier het gevoel van in een hokje geplaatst te worden waar enkel ruimte is voor binariteit. Participanten hadden het gevoel dat zij in het door de arts gestelde plaatje van man of vrouw moesten vallen, ook wanneer zij niet in deze binaire benadering vielen. Ruimte voor non-binaire gevoelens werd nauwelijks ervaren. Participanten benoemden dat zorgverleners dreigden met zorgweigeren wanneer zij niet binnen de door de zorgverlener gehanteerde hokje vielen met als gevolg dat participanten, doordat zij afhankelijk zijn van hun zorgverleners, zich niet volledig open durfden te stellen richting hun zorgverleners. Hierdoor zijn zij terughoudend, niet volledig eerlijk en transparant richting hun zorgverlener.



Participanten gaven aan terughoudendheid te ervaren vanuit zorgverleners wanneer er mogelijk sprake was van co-morbiditeit. Als voorbeeld werd de co-morbiditeit van genderdysforie en Autisme Spectrum Stoornis (ASS) gegeven. Participanten benoemden dat zorgverleners de oorzaak van klachten naar ASS verschoven in plaats van genderdysforie. Zij ervoeren dat zorgverleners terughoudend waren met het stellen van een co-morbiditeit van zowel ASS en genderdysforie. Participanten hadden het gevoel dat zorgverleners een gebrek aan kennis hadden omtrent co-morbiditeiten. Dit gaf participanten een gevoel van onveiligheid, twijfel en een gemis van autonomie.

4.2.3. *Microniveau*

4.2.3.1. Kennis van de zorgverlener

Participanten ervoeren de kennis van hun zorgverleners als onvoldoende zowel de hoeveelheid en de kwaliteit van deze kennis. Participanten benoemden dat met name huisartsen beperkte juiste kennis omtrent transgender personen, medische kennis en kennis omtrent het zorgproces bezaten. Hierdoor ervoeren participanten dat zij hun huisarts deze kennis moesten verschaffen. Dit gaf hen een gevoel van onprofessionaliteit. Participanten gaven aan hier zich niet serieus genomen te voelen en maakte zich zorgen om de kwaliteit en professionaliteit van de zorg.

Participanten gaven aan dat zorgverleners een matige dossierkennis hadden. Zorgverleners waren volgens hen regelmatig niet voldoende op de hoogte van hun dossier. Hierdoor moesten participanten tijdens hun afspraken zorgverleners informeren over hun dossier. Dit gaf participanten een onprofessioneel gevoel en het gevoel niet serieus genomen te worden.

4.2.3.2. Uitingen en kenmerken van de zorgverlener

Participanten benoemden zich zorgen te maken over de intentie en attitude van hun zorgverleners. Participanten benoemden dat deze zorgen voortvloeiden uit hun waargenomen attitude binnen de samenleving, aangezien zorgverleners deel uitmaken van de samenleving hadden zij het gevoel dat zorgverleners dezelfde attitude delen. Participanten ervoeren hierdoor gevoelens van afhankelijkheid en onveiligheid en maakte zich zorgen om de intentie van hun zorgverleners.

Naast de zorgen om attitude, vonden participanten het onprettig dat zij enkel werden behandeld door cisgender personen. Participanten gaven aan dat zij het onprettig vonden dat enkel cisgender zorgverleners hen diagnosticeerden. Participanten benoemden dat dit onprettige gevoel voortkomt uit het gevoel dat zij zorgverleners moeten overtuigen van hun 'transgender zijn'. Zij gaven aan dat dit gevoel wordt versterkt doordat de zorgverleners tijdens hun diagnostraject als cisgender persoon zelf deze gevoelens niet kunnen ervaren. Participanten hadden hierdoor het gevoel niet serieus genomen te worden en betwijfeld te worden door hun zorgverleners.



4.2.3.3. Communicatie

Participanten benoemden misgenderd te worden, zowel door zorgverleners als ondersteunend personeel binnen de zorg. Verwijzingen naar een onjuist gender of naar een oude naam worden als onprettig ervaren. Hiernaast is het volgens participanten moeilijk om hun gender in computersystemen aan te passen naar hun gewenste gender. Volgens participanten is het voor non-binaire personen regelmatig niet mogelijk om niet als vrouw of als man in het systeem te staan. Participanten ervoeren hierdoor gevoelens van onveiligheid, kleinering en onprofessionaliteit, hadden het gevoel niet serieus genomen te worden, maakten zich zorgen om de intentie van de zorgverleners en ervoeren dit als traumatiserend.

Participanten benoemden dat zorgverleners dreigen met zorgweigeren. Behandelingen kunnen worden gepauzeerd of zelfs worden geweigerd. Reden hiervoor is volgens hen dat zorgverleners vinden dat zij genoeg draagkracht moeten hebben voor de (vaak ingrijpende) behandelingen. Er mogen geen schadelijke coping strategieën zijn, als voorbeeld werden drugsgebruik en roken benoemd, de mentale staat moet stabiel genoeg zijn en participanten moesten een sociaal draagvlak om zich heen hebben. Eisen zoals deze konden volgens participanten regelmatig niet waargemaakt worden, vaak als gevolg van het niet hebben ondergaan van transgender gerelateerde behandelingen. Om uit deze vicieuze cirkel te komen, resulteerde dit bij participanten in een gesloten houding richting hun zorgverleners. Participanten gaven aan uit angst voor deze zorgweigeren niet eerlijk te zijn over hun middelengebruik en hun mentale staat. Dit gaf participanten het gevoel van afhankelijkheid, twijfel door zorgverleners, gemis van autonomie en zorgen om intentie. Participanten ervoeren dit als traumatiserend.



4.3. Derde inzicht: overzicht determinanten

Uit de analyse konden 14 determinanten worden gecategoriseerd. Meerdere ervaringen droegen bij aan dezelfde determinanten. Tabel 3 toont welke ervaringen bijdragen aan welke determinant.

Tabel 3

Overzicht van determinanten

| Determinant | Ervaring |
|--------------------------------------|---|
| Afhankelijkheid | gebruik van DSM-5 angst voor mening zorgverlener kans op zorgweigering |
| Zorg voelt als controle | Poortwachter model |
| Gevoel van onveiligheid | Lange wachttijden Onprettige protocollen Zorgen om co-morbiditeit Angst voor mening zorgverlener Misgendering |
| Gevoel van twijfel door zorgverlener | Gebruik van DSM-5 Binariteit Invloed van co-morbiditeit Zorg door cisgender personen Kans op zorgweigering |
| Niet serieus genomen | Gebruik van DSM-5 Binariteit Informatie geven aan zorgverlener Matige dossierkennis zorgverlener Zorg door cisgender personen Misgendering |
| Kleinerig | Onprettige protocollen Misgendering |
| Zorgen om kwaliteit | Plaats van genderzorg Informatie geven aan zorgverlener |
| Gemis autonomie | Gebruik van DSM-5 Binariteit Invloed van co-morbiditeit Kans op zorgweigering |
| Onprofessionaliteit | Informatie geven aan zorgverleners Matige dossierkennis zorgverleners Misgendering |
| Zorgen om intentie | Plaats van genderzorg Gebruik van DSM-5 Onprettige protocollen Angst voor mening zorgverlener Misgendering Kans op zorgweigering |
| Gemis gevoel van urgentie | Lange wachttijden |



| | |
|---------------------|---|
| Traumatiserend | Onprettige protocollen Misgendering Kans op zorgweigerig |
| Gemis ondersteuning | Onvolledige informatievoorziening |
| Onzekerheid | Onvolledige informatievoorziening Vergoede en onvergoede zorg Lange wachttijden |



5. Conclusie

Aan de hand van dit kwalitatieve explorerende onderzoek werd de onderzoeksvraag beantwoord: 'Waaruit wordt medisch wantrouwen onder transgender personen in Nederland ervaren?'

Uit de analyse bleek dat deze hoofdvraag in twee sub-vragen te beantwoorden is: 1) Hoe ontstaat medisch wantrouwen onder transgenderpersonen in Nederland? 2) Waaruit bestaat medisch wantrouwen onder transgender personen in Nederland?

1) Uit de resultaten blijkt dat medisch wantrouwen ontstaat als gevolg van ervaringen. Deze ervaringen dragen bij aan determinanten welke bijdragen aan medisch wantrouwen.

2) In totaal werden 18 verschillende ervaringen gecategoriseerd. Om de relatie tussen deze ervaringen te tonen, werden deze ervaringen in macro-, meso- en microniveau geplaatst. Deze 18 ervaringen droegen bij aan 14 determinanten.

5.1. Overeenkomsten met de literatuur

De resultaten van dit onderzoek tonen drie overeenkomsten met de literatuur uit het theoretisch kader.

Ten eerste komen de resultaten overeen met Hall et al. (2001), welke stelt dat wantrouwen zichtbaar is op drie niveaus. Dit komt overeen met de bevinding van dit onderzoek dat ervaringen opgedeeld kunnen worden op macro-, meso- en microniveau.

Ten tweede komen de resultaten overeen met Hall et al. (2001) Rose et al. (2004), Marsh, & Dibben, (2005) en Griffith et al. (2021), welke benoemen dat wantrouwen kan bestaan uit actieve en inactieve tegenwerking. Dit komt bijvoorbeeld overeen met de benoemde determinant 'kwaliteit' welke een inactieve tegenwerking benoemt en 'intentie' welke een actieve tegenwerking benoemt.

Tenslotte komen de resultaten overeen met Saadi et al. (2005), Bhuiyan & Josang (2010), Qian & Adali (2014) en Singh et al. (2019b), zij beschrijven dat wantrouwen kan ontstaan uit directe en indirecte ervaringen. Dit komt overeen met de resultaten van dit onderzoek waaruit blijkt dat participanten zowel eerstehands ervaringen op doen, als tweedehands ervaringen.

Kortom tonen de resultaten van dit onderzoek gelijkenissen met eerder onderzoek naar medisch wantrouwen.



6. Discussie

6.1. Interpretatie van resultaten

Uit de analyse van de data blijkt dat medisch wantrouwen ontstaat als gevolg van een gevoel op een bepaalde ervaring. Opvallend is, dat een groot deel van deze ervaringen een *mismatch* tussen de behoeftes van de transgender personen en de invulling van zorginstellingen en zorgverleners benoemen: gebruik DSM-5, poortwachtermodel, inrichting van de zorg en onvrede over behandelaar.

6.2. Sterke punten

De gekozen methode bracht een drie sterke punten met zich mee. Tijdens de interviews en focusgroep was er door middel van *participant-generated* concept mapping een directe controle van de interpretatie van de onderzoeker mogelijk door de participanten. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van het onderzoek. Hiernaast werd er tijdens de interviews en focusgroep de tijd genomen om diep in te gaan op de ervaringen van de participanten wat heeft gezorgd voor een gedetailleerd beeld van deze ervaringen. De interactie tussen de participanten van de focusgroep stimuleerde het herinneren van ervaringen en het aanvullen van elkaars ervaringen. Dit resulteerde in diepgang van de data.

6.3. Zwakke punten

Vanwege drie zwakke punten zijn de resultaten van dit onderzoek mogelijk niet volledig.

Ten eerste gaven participanten mogelijk sociaal wenselijke antwoorden tijdens de onderzoeken. Dit is getracht te minimaliseren door een vertrouwelijke onderzoeksomgeving te creëren voor de participanten. Zo heeft de onderzoeker voorafgaand aan het onderzoek benoemd dat de participanten zelf konden bepalen welke informatie zij wel of niet wilden delen in verband met de mogelijke gevoelige aard van deze informatie.

Ten tweede kan de gevoelige aard van het onderwerp hebben bijgedragen aan terughoudendheid bij de deelnemers. Mogelijk werden sommige ervaringen vanwege de traumatische aard ervan niet besproken binnen deze onderzoekscontext.

Tenslotte heeft er geen datasaturatie kunnen plaatsvinden. Zowel door de twee eerder genoemde zwakke punten, als vanwege het lage aantal participanten. Hierdoor zijn de resultaten van dit onderzoek niet representatief voor de gehele transgender populatie in Nederland.

6.4. Aanbevelingen

Dit exploratieve onderzoek trachtte een eerste stap te zetten in het achterhalen van het ontstaan van medisch wantrouwen van transgender personen in Nederland. Er worden twee aanbevelingen gedaan.



Ten eerste dient dit onderzoek herhaald te worden om datasaturatie te bereiken. Bij deze herhaling moet aandacht worden besteed aan het includeren van een zo divers mogelijke participantengroep zoals demografische achtergrond en ervaring met verschillende zorginstellingen. Dit zal helpen om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de determinanten van medisch wantrouwen.

Ten tweede dient toekomstig onderzoek de mogelijke *mismatch* tussen transgender personen en het zorgsysteem en zorgverleners verder te onderzoeken. Het verder onderzoeken van deze *mismatch* kan bijdragen aan het vinden van gerichte oplossingen om deze *mismatch* en dus ook medisch wantrouwen onder transgender personen in Nederland te verminderen.



7. Bronnenlijst

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th ed.).
- American Psychiatric Association. (1990). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Artikel 28 Burgerlijk Wetboek (2013, 18 december). *Overheid.nl*. Geraadpleegd op 5 juni 2025, van https://wetten.overheid.nl/BWBR0002656/2024-01-01/0#Boek1_Titeldeel4_Afdeling13_Artikel28a
- Benkert, R., Cuevas, A. G., Thompson, H. S., Dove-Meadows, E., & Knuckles, D. (2019). Ubiquitous Yet Unclear: A Systematic Review of Medical Mistrust. *Behavioral Medicine*, 45(2), 86–101. <https://doi.org/10.1080/08964289.2019.1588220>
- Biggs, M. (2023). The Dutch Protocol for Juvenile Transsexuals: Origins and Evidence. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 49(4), 348–368. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2022.2121238>
- Birks, M., & Mills, J. (2015). *Grounded theory: a practical guide*. 2nd ed. Londen: SAGE Publications.
- Bhuiyan, T., & Josang, A. (2010). Analysing Trust Transitivity and the Effects of Unknown Dependence. *International Journal Of Engineering Business Management*, 2, 3. <https://doi.org/10.5772/7263>
- BNNVARA. (2021) *Waarom transgender personen tegen een muur aanlopen als ze om zorg vragen*. <https://www.bnnvara.nl/zembla/artikelen/waarom-transgender-personen-tegen-een-muur-aanlopen-als-ze-om-zorg-vragen>
- Bradford, J., Reisner, S. L., Honnold, J. A., & Xavier, J. (2013). Experiences of Transgender-Related Discrimination and Implications for Health: Results From the Virginia Transgender Health Initiative Study. *American Journal Of Public Health*, 103(10), 1820–1829. <https://doi.org/10.2105/ajph.2012.300796>
- Buckley, C. A., & Waring, M. J. (2013). Using diagrams to support the research process: examples from grounded theory. *Qualitative Research*, 13(2), 148–172. <https://doi.org/10.1177/1468794112472280>
- Conceição, S. C., Samuel, A., & Biniecki, S. M. Y. (2017). Using concept mapping as a tool for conducting research: An analysis of three approaches. *Cogent Social Sciences*, 3(1), <https://doi.org/10.1080/23311886.2017.140475>
- Dimoka, A. (2010). What Does the Brain Tell Us About Trust and Distrust? Evidence from a Functional Neuroimaging Study. *Management Information Systems Quarterly*, 34(2), 373. <https://doi.org/10.2307/20721433>



- Doblytė, S. (2022). The vicious cycle of distrust: Access, quality, and efficiency within a post-communist mental health system. *Social Science & Medicine*, 292, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114573>
- Fabris, B., Bernardi, S., & Trombetta, C. (2014). Cross-sex hormone therapy for gender dysphoria. *Journal of Endocrinological Investigation*, 38(3), 269–282. <https://doi.org/10.1007/s40618-014-0186-2>
- Fearnley, C. J. (2022). Mind mapping in qualitative data analysis: Managing interview data in interdisciplinary and multi-sited research projects. *Geography and Environment*, 9(1). <https://doi.org/10.1002/geo2.109>
- Foley, G., & Timonen, V. (2014). Using Grounded Theory Method to Capture and Analyze Health Care Experiences. *Health Services Research*, 50(4), 1195–1210. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12275>
- Hall, M. A., Dugan, E., Zheng, B., & Mishra, A. K. (2001). Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured, and Does It Matter? *The Milbank Quarterly*, 79(4), 613–639. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00223>
- Glaser, B. G., Strauss, A. L., & Strutzel, E. (1967). The discovery of Grounded Theory; Strategies for Qualitative research. *Nursing Research*, 17(4), 364. <https://doi.org/10.1097/00006199-196807000-00014>
- Gooren, L. J., Giltay, E. J., & Bunck, M. C. (2008). Long-Term Treatment of Transsexuals with Cross-Sex Hormones: Extensive Personal Experience. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism/Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93(1), 19–25. <https://doi.org/10.1210/jc.2007-1809>
- Grant, J. M., Motter, L. A., JD, & Tanis, J. D. (2011). Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey. *National Center For Transgender Equality And National Gay And Lesbian Task Force*, 73–84. https://dataspace.princeton.edu/bitstream/88435/dsp014j03d232p/1/NTDS_Report.pdf
- Griffith, D. M., Bergner, E. M., Fair, A. S., & Wilkins, C. H. (2021). Using Mistrust, Distrust, and Low Trust Precisely in Medical Care and Medical Research Advances Health Equity. *American Journal Of Preventive Medicine*, 60(3), 442–445. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.08.019>
- Jaiswal, J., & Halkitis, P. N. (2019). Towards a More Inclusive and Dynamic Understanding of Medical Mistrust Informed by Science. *Behavioral Medicine*, 45(2), 79–85. <https://doi.org/10.1080/08964289.2019.1619511>



- Lambda Legal. (2010). *When health care isn't caring: Lambda Legal's survey on discrimination against LGBT people and people living with HIV*. Geraadpleegd op 10 juni 2024, van https://legacy.lambdalegal.org/sites/default/files/publications/downloads/whcic-report_when-health-care-isnt-caring.pdf
- LaNoue, M., Mills, G., Cunningham, A., & Sharbaugh, A. (2016). Concept Mapping as a Method to Engage Patients in Clinical Quality Improvement. *Annals Of Family Medicine*, 14(4), 370–376. <https://doi.org/10.1370/afm.1929>
- Ligita, T., Nurjannah, I., Wicking, K., Harvey, N., & Francis, K. (2020). From textual to visual: the use of concept mapping as an analytical tool in a grounded theory study. *Qualitative Research*, 22(1), 126–142. <https://doi.org/10.1177/1468794120965362>
- Marsh, S., & Dibben, M. (2005). Trust, Untrust, Distrust and Mistrust – An Exploration of the Dark(er) Side. *Lecture notes in computer science* (pp. 17–33). https://doi.org/10.1007/11429760_2
- Mascarenhas, O. A., Cardozo, L. J., Afonso, N. M., Siddique, M., Steinberg, J., Lepczyk, M., & Aranha, A. N. (2006). Hypothesized predictors of patient-physician trust and distrust in the elderly: implications for health and disease management. *Clinical Interventions in Aging*, 1(2), 175–188. <https://doi.org/10.2147/cia.2006.1.2.175>
- Mason, K. L. (2022). *Assessing the Relationships Between Direct and Vicarious Exposure to Healthcare Discrimination and Erasure, Mistrust in Healthcare, and the Healthcare Utilization Behaviors Among Transgender and Gender Independent Individuals*. [Virginia Commonwealth University]. <https://doi.org/10.25772/2MQF-EJ74>
- Meyerowitz, J. (1998). *Sex Change and the Popular Press: Historical Notes on Transsexuality in the United States, 1930–1955*. *A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 4(2), 159–187. <https://doi.org/10.1215/10642684-4-2-159>
- Michalakopoulos, M., & Fasli, M. (2005). On deciding trust. *Trust Management* (p. 62-77). Springer.
- Ministerie van Justitie. (1985). Wet van 24 april 1985, houdende nadere regelingen ten behoeve van transseksuelen omtrent het wijzigen van de vermelding van de kunne in de akte van geboorte. *Staasblad Der Nederlanden*. (243) Geraadpleegd op 6 juni 2024, van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-1985-243.pdf>
- Ministerie van justitie en veiligheid. (2023). *Wet wijziging vermelding van het geslacht in de geboorteakte (transgenders)*. Geraadpleegd op vijf juni 2024, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2014/06/20/informatieblad-wet-wijziging-vermelding-van-het-geslacht-in-de-geboorteakte-transgenders>



- Mohajan, D., & Mohajan, H. K. (2022). Constructivist Grounded Theory: a new research approach in social science. *Research And Advances in Education*, 1(4), 8–16. <https://doi.org/10.56397/rae.2022.10.02>
- Pearson, S. D., & Raeke, L. H. (2000). Patients' trust in physicians: Many theories, few measures, and little data. *Journal Of General Internal Medicine*, 15(7), 509–513. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.11002.x>
- Qian, Y., & Adali, S. (2014). Foundations of Trust and Distrust in Networks. *ACM Transactions On The Web*, 8(3), 1–33. <https://doi.org/10.1145/2628438>
- Richards, C., Bouman, W. P., Seal, L., Barker, M. J., Nieder, T. O., & T'Sjoen, G. (2016). Non-binary or genderqueer genders. *International Review Of Psychiatry*, 28(1), 95–102. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1106446>
- Rose, A., Peters, N., Shea, J. A., & Armstrong, K. (2004). Development and testing of the health care system distrust scale. *Journal Of General Internal Medicine*, 19(1), 57–63. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.21146.x>
- Ross, M. B., Jahouh, H., Mullender, M. G., Kreukels, B. P. C., & Van de Grift, T. C. (2023). Voices from a Multidisciplinary Healthcare Center: Understanding Barriers in Gender-Affirming Care—A Qualitative Exploration. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 20(14), 6367. <https://doi.org/10.3390/ijerph20146367>
- Saadi, R., Pierson, J., & Brunie, L. (2005). APC : Access Pass Certificate Distrust Certification model for large access in pervasive environment. *Institute Of Electrical And Electronics Engineers*. <https://doi.org/10.1109/perser.2005.1506547>
- Sander, A. P., Wilson, J., Izzo, N., Mountford, S. A., & Hayes, K. W. (2012). Factors that Affect Decisions About Physical Activity and Exercise in Survivors of Breast Cancer: A Qualitative Study. *Physical Therapy*, 92(4), 525–536. <https://doi.org/10.2522/ptj.20110115>
- Safer, J. D., Coleman, E., Feldman, J., Garofalo, R., Hembree, W., Radix, A., & Sevelius, J. (2016). Barriers to healthcare for transgender individuals. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes And Obesity./Current Opinion in Endocrinology, Diabetes And Obesity*, 23(2), 168–171. <https://doi.org/10.1097/med.0000000000000227>
- Schmidt-Sane, M., Storer, E., Ripoll, S., & Hrynick, T. (2023). Exploring medical mistrust: from clinic to community. *Journal Of The British Academy*, 11s6, 1–12. <https://doi.org/10.5871/jba/011s6.001>
- Singh, S., & Estefan, A. (2018). Selecting a Grounded Theory Approach for Nursing Research. *Global Qualitative Nursing Research*, 5, <https://doi.org/10.1177/2333393618799571>



- Singh, M. M., Shen, L. W., & Anbar, M. (2019b). Conceptualizing Distrust Model with Balance Theory and Multi-Faceted Model for Mitigating False Reviews in Location-Based Services (LBS). *Symmetry*, 11(9), 1118. <https://doi.org/10.3390/sym11091118>
- Sitkin, S. B., & Bijlsma-Frankema, K. M. (2018). Distrust [E-book]. *The Routledge Companion to Trust* (1th ed, pp. 50–59). Routledge.
- Six, F. E., & Latusek, D. (2023b). Distrust: A critical review exploring a universal distrust sequence. *Journal Of Trust Research*, 13(1), 1–23. <https://doi.org/10.1080/21515581.2023.2184376>
- Smout, S. A. (2022). *Assessing Medical Discrimination, Mistrust, and Healthcare Engagement as Predictors of COVID-19 Vaccination among Transgender and Gender Diverse Individuals*. Virginia Commonwealth University. <https://doi.org/10.25772/8ZJJ-KM28>
- Straten, G., Friele, R., & Groenewegen, P. (2002). Public trust in Dutch health care. *Social Science & Medicine*, 55(2), 227–234. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(01\)00163-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00163-0)
- Taylor, L. A., Nong, P., & Platt, J. (2023). Fifty Years of Trust Research in Health Care: A Synthetic Review. *The Milbank Quarterly*, 101(1), 126–178. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12598>
- Transgenderinfo (2023) Woordenlijst. Geraadpleegd op 23 juni 2024, van <https://www.transgenderinfo.be/nl/identiteit/concepten/woordenlijst>
- Transgendernetwerk (z.d.) Begrippenlijst. Geraadpleegd op 23 juni 2024, van <https://www.transgendernetwerk.nl/begrippenlijst/>
- Transvisie (z.d.) Begrippen. Geraadpleegd op 23 juni 2024, van <https://transvisie.nl/algemeen/begrippen/>
- Tweede Kamer, (2022, 11 januari). Wijziging van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek in verband met het veranderen van de voorwaarden voor wijziging van de vermelding van het geslacht in de akte van geboorte. 35825 nr. 10. Geraadpleegd op 6 juni 2024, van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-35825-10.html>
- Tweede Kamer, (2023, 13 september). Lijst van controversiële onderwerpen zoals vastgesteld door de kamer op 12 september 2023. Geraadpleegd op 5 juni 2024, van https://www.eerstekamer.nl/behandeling/20230913/brief_kamer_lijst_van
- Zucker, K. J. (2009). The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorder in Children. *Archives Of Sexual Behavior*, 39(2), 477–498. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9540-4>



Bijlage 1: Wervingsflyer

Gezocht: Deelnemers focusgroep

Ben jij beschikbaar op 15 mei, identificeer jij je niet als cis-gender, ga jij wel eens naar een zorgverlener, wil jij bijdragen aan onderzoek over medisch wantrouwen onder transgenderpersonen in Nederland en wil jij mij helpen om een master scriptie neer te zetten over dit belangrijke onderwerp?

Dan ben ik op zoek naar jou!



Wie wat waar?

- Focusgroep van 4-5 personen
- 15 mei
- 10:00-11:00 óf 13:00-14:00
- Utrecht Science Park

Heb je vragen of wil je je graag aanmelden?

Mail naar f.m.bennebroek@uu.nl



**Universiteit
Utrecht**

Sharing science,
shaping tomorrow



Bijlage 2: Informatiebrief en informed consent

Informatie over deelname aan:

Medisch wantrouwen onder transgenderpersonen in Nederland

Inleiding

Hoewel medisch wantrouwen zichtbaar is binnen de gehele samenleving, zijn er groepen die hier meer last van hebben. Transgenderpersonen behoren tot de groep mensen die hier meer last van heeft. In onderzoek naar de oorzaken van medisch wantrouwen, worden transgenderpersonen nauwelijks meegenomen. Dit terwijl deze groep juist veel te maken krijgt met zorg en daar vaak niet positief tegenover staat. Juist daarom is het belangrijk om onderzoek te doen naar de oorzaken van medisch wantrouwen. Zolang het niet duidelijk is waar medisch wantrouwen onder transgenderpersonen vandaan komt, is het lastig om dit probleem aan te pakken.

Dit onderzoek wordt uitgevoerd voor een scriptie bij de master Medical Humanities aan de Universiteit Utrecht. Tijdens deze master worden de studenten opgeleid om complexe problemen in de gezondheidszorg te analyseren en innovatieve oplossingen te bedenken.

Het onderzoek wordt uitgevoerd in het Heijmans van den Berggebouw op de Uithof in Utrecht. De audio van de focusgroep wordt opgenomen om de resultaten te kunnen verwerken. De opnames worden na het onderzoek verwijderd.

Wat is de achtergrond en het doel van het onderzoek?

Dit onderzoek zal de oorzaken van medisch wantrouwen proberen te achterhalen door in gesprek te gaan met transgenderpersonen in Nederland. Dit zal gebeuren in de vorm van een focusgroep waarin transgenderpersonen hun ervaringen met de zorg in Nederland kunnen delen.

Door wie wordt het onderzoek uitgevoerd?

Het onderzoek wordt uitgevoerd door Floor Bennebroek, masterstudent Medical Humanities, onder begeleiding van Roos de Jonge.

Voor vragen kunt u mailen naar Floor: f.m.bennebroek@uu.nl

Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

Bij dit onderzoek wordt u gevraagd mee te doen aan een focusgroep van ongeveer een uur. Hierin zal gevraagd worden naar ervaringen van een aantal onderwerpen die mogelijk bijdragen aan medisch wantrouwen onder transgenderpersonen. Er kunnen gevoelige onderwerpen langs komen. U bent nooit verplicht om iets te vertellen wanneer u zich hier niet fijn bij voelt.

Wat gebeurt er met uw gegevens?



Van de focusgroep wordt een audio-opname gemaakt zodat het gesprek getranscribeerd en geanalyseerd kan worden. De opname wordt opgeslagen op de beveiligde digitale omgeving van de Universiteit Utrecht. De opnames en transcripten zullen na dit onderzoek verwijderd worden, uiterlijk 1 augustus 2024. De data worden alleen gedeeld met Floor Bennebroek en Roos de Jonge en zal niet verder verspreid worden. De data zal anoniem zijn dus uw naam wordt niet genoemd.

Wat zijn uw rechten?

Deelname is vrijwillig. Uw gegevens mogen alleen voor ons onderzoek verzameld worden als u hier toestemming voor geeft. Als u toch besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. Als u wel meedoet, kunt u zich altijd bedenken en op ieder gewenst moment stoppen — ook tijdens het onderzoek. En ook nadat u heeft meegedaan kunt u uw toestemming nog intrekken. Als u daarvoor kiest, hoeft de verwerking van uw gegevens tot dat moment overigens niet te worden teruggedraaid. De onderzoeksgegevens die wij op dat moment nog van u hebben, zullen worden gewist.

Goedkeuring van dit onderzoek

Heeft u een klacht of een vraag over de verwerking van persoonsgegevens, dan kunt u terecht bij de functionaris voor gegevensbescherming van de Universiteit Utrecht (privacy@uu.nl). Deze kan u ook helpen bij het uitoefenen van de rechten die u onder de AVG heeft. Verder wijzen we u erop dat u het recht heeft om een klacht in te dienen bij de Autoriteit Persoonsgegevens (www.autoriteitpersoonsgegevens.nl).

Meer informatie over dit onderzoek?

Wilt u meer informatie over dit onderzoek ontvangen? Dan kunt u een mail sturen naar:

- Floor Bennebroek f.m.bennebroek@uu.nl

Roos de Jonge: r.r.dejonge-2@umcutrecht.nl

Bijlagen:

Op de volgende pagina vindt u het toestemmingsformulier. Dit formulier ontvangt u voor aanvang van de focusgroep zodat u deze op locatie kunt tekenen.



TOESTEMMINGSVERKLARING voor deelname aan:
Medisch wantrouwen onder transgenderpersonen in Nederland

Ik bevestig:

- dat ik via de informatiebrief naar tevredenheid over het onderzoek ben ingelicht;
- dat ik in de gelegenheid ben gesteld om vragen over het onderzoek te stellen en dat mijn eventuele vragen naar tevredenheid zijn beantwoord;
- dat ik gelegenheid heb gehad om grondig over deelname aan het onderzoek na te denken;
- dat ik uit vrije wil deelnemen.

Ik stem ermee in dat:

- de verzamelde gegevens voor wetenschappelijke doelen worden verkregen en bewaard zoals in de informatiebrief vermeld staat;
- er voor wetenschappelijke doeleinden geluidsopnamen worden gemaakt.

Ik begrijp dat:

- ik het recht heb om mijn toestemming voor het gebruik van data in te trekken, zoals vermeld staat in de informatiebrief.

Naam deelnemer: _____

Handtekening: _____

Datum, plaats: ___/___/___, _____

In te vullen door de uitvoerend onderzoeker:

Naam: _____

Ik verklaar dat ik bovengenoemde deelnemer heb uitgelegd wat deelname aan het onderzoek inhoudt.

Handtekening: _____

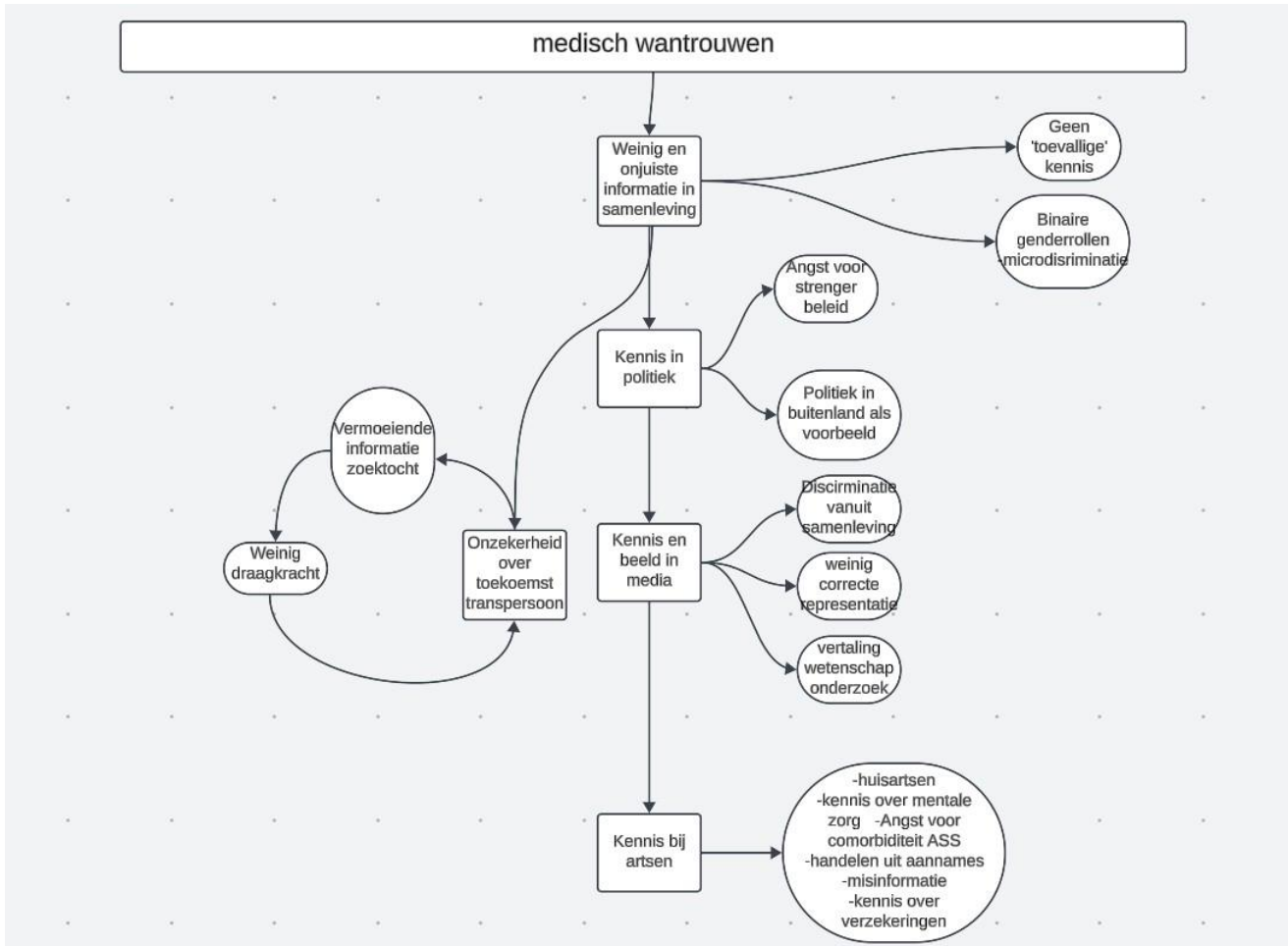
Datum: ___/___/___

Bijlage 3: Selectieve code

Bijlage drie bevat de selectieve code van de zes onderzoeken. In verband met leesbaarheid zijn worden deze per niveau getoond in figuur 9, figuur 10 en figuur 11.

Figuur 9

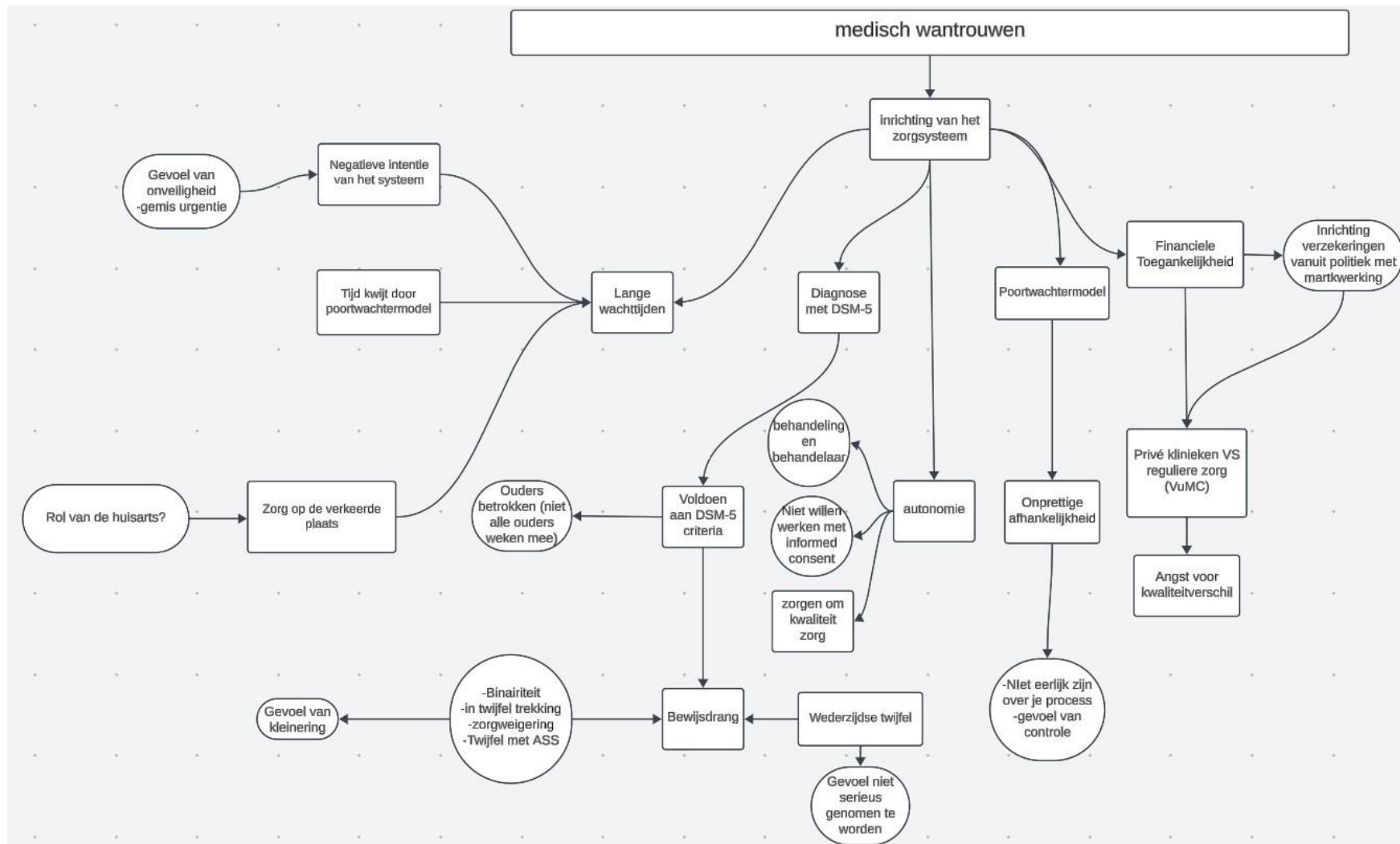
Selectieve code macroniveau





Figuur 10

Selectieve code mesoniveau





Figuur 11

Selectieve code microniveau

