In consulten met kinderen en jongeren wordt nog te weinig gesproken over seksualiteit en genderidentiteit. Terwijl beide van invloed kunnen zijn op de fysieke en mentale gezondheid. Artsen van de stichting Roze in Wit proberen meer kennis en bewustwording te creëren, en geven handvatten voor het bieden van inclusieve zorg aan LHBTQIA+-patiënten. 'Het gaat erom dat je zonder oordeel benieuwd bent naar de ander.'

TEKST Jenneke van de Streek

VOELSPRIETEN UITZETTEN VOOR SEKSUELE EN GENDERDIVERSITEIT

Het ontdekken van seksualiteit en genderidentiteit zijn natuurlijke onderdelen van de ontwikkeling van kinderen en jongeren, zegt Rimke de Kroon, arts-onderzoeker in de kindergeneeskunde. 'Het maakt deel uit van de leefwereld van het kind en is een belangrijk onderdeel van wie diegene is. Net als socialemediagebruik, hoe het kind zich thuis en op school voelt en of er sprake is van pesten, zijn seksualiteit en genderidentiteit onderdeel van de psychosociale anamnese door de arts. Als arts is het belangrijk om dit onderwerp op een passende manier bespreekbaar te kunnen maken.'

De Kroon is bestuurslid van Roze in Wit[1], de belangenorganisatie van artsen en artsen in opleiding die werkt aan meer zichtbaarheid van LHBTQIA+ in de zorg. Zij geeft onderwijs en workshops aan kinderartsen en arts-assistenten over seksuele en genderdiversiteit in de zorg. Zij heeft vanuit haar ervaring als arts-assistent, het verzorgen van onderwijs en uit onderzoek en literatuur wel een goed beeld van in welke mate artsen te maken krijgen met seksuele en genderdiversiteit en hoe ze daarmee omgaan.

Onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek toont aan dat 18 procent van de personen van 15 jaar of ouder naar eigen zeggen LHBTQIA+ is (lesbisch, homoseksueel, biseksueel, transgender, queer of questioning, intersekse, aseksueel of een andere niet expliciet genoemde genderidentiteit of seksuele oriëntatie).[2] Ruim 3 procent voelt iets van een diverse genderbeleving, is biologisch een jongen of meisje, maar voelt zich dat niet helemaal. Bij hen speelt niet meteen een genderprobleem: 0,3 procent heeft echt last van

genderdysforie en heeft behoefte aan een medische interventie met hormonen en/of een operatie.[3]
Medebestuurslid Noor Hamstra is huisarts en kent de getallen uit de praktijk. In haar 'standaarddorp' ziet ze regelmatig jongeren, ouders met jongeren of ouders van jongeren met een andere geaardheid of genderidentiteit. Soms is dat vanwege lijdensdruk, een puber die vastloopt en somber of angstig is. Soms is er niets problematisch en brengt een kind ergens in een consult de boodschap dat het als meisje een vriendinnetje heeft. Soms komt een ouder die zich zorgen maakt over een zoon die zich identificeert als vrouw. Soms zegt een kind al op een leeftijd van 7 jaar dat die geen meisje is, maar een jongen en zich wil kleden als een jongen.

IMPACT OP GEZONDHEID

De Kroon en Hamstra willen eerst benadrukken dat seksuele en genderdiversiteit niet altijd impact op de mentale en fysieke gezondheid van het kind heeft, en dus ook niet 'overgeproblematiseerd' moet worden. Maar het is wel belangrijk dat artsen voelsprieten hebben voor situaties waarin seksuele en genderdiversiteit een rol kunnen spelen in de zorg voor jongeren en daar zorgvuldig mee omgaan.
Om toch een indruk van de mogelijke problematiek te geven wijst De Kroon op onderzoek van Movisie. LHBTQIA+-jongeren kampen vaker met hun psychische gezondheid, zoals depressieve en angstklachten. Zo heeft van de lesbische, homoseksuele en biseksuele jongeren 48 procent psychische problemen, bij de heteroseksuele jongeren is dat 18 procent. In sommige gevallen leidt dit zelfs tot suïcidepogingen. 'Ten opzichte van niet-LHBTQIA+-jongeren doen zij 4,5 keer vaker een suïcidepoging, bij transjongeren gebeurt dat zo'n 10 keer vaker dan bij niet-transgender jongeren.'[4,5]

MINDERHEIDSSTRESS

Nu is volgens De Kroon het meeste onderzoek gedaan naar psychische klachten bij seksuele en genderdiversiteit. Maar ook op een andere manier kan er impact op de gezondheid zijn, vervolgt ze. 'LHBTQIA+-personen kunnen naast alledaagse stress te maken krijgen met een extra vorm van stress in hun leven: minderheidsstress. Dit is extra chronische stress die samenhangt met het behoren tot een gestigmatiseerde groep. Zij kunnen stressoren van buitenaf ervaren, zoals van discriminatie en geweld. En er zijn stressoren van binnenuit, zoals het niet jezelf kunnen zijn omdat je je identiteit thuis of op school moet verbergen. Dat kan weerslag hebben op de gezondheid en, bijvoorbeeld, tot onbegrepen buikpijn of hoofdpijn leiden.'
Daarbij kan ook in de zorg, zoals bij een bezoek aan een arts, extra stress gevoeld worden. Bijvoorbeeld wanneer iemand die transgender is niet met de eigen naam naar de spreekkamer geroepen wordt. 'Als patiënt ben je altijd al kwetsbaar, maar queerpersonen kunnen een antenne dragen waardoor ze nog meer op hun hoede zijn. Wanneer er geen rekening met hen gehouden wordt of ze voelen dat er anders over hen gepraat wordt, dan worden de antennes groter en kunnen ze in hun schulp kruipen: het raakt immers aan hun identiteit. Omdat LHBTQIA+-patiënten zich niet altijd veilig voelen, zien we dat ze soms niet alle informatie delen in een consult. Dat kan dan weer impact hebben op de diagnostiek en behandeling.'
Hamstra vertelt over een casus waarin een aantal factoren samenkomt. 'Een puber kampte met somberheidsklachten, liep vast op school en leidde vooral een onlineleven. Ze werd door haar moeder naar mijn praktijk gestuurd. De eerste keer kwam ze met haar moeder. Ik zag een boze puber voor me die op haar stoel zat te draaien en niet wilde praten. Ik kwam er niet goed doorheen. Een volgende keer dat ze kwam, droeg ze nog haar rugzak van school. Daar had ze een regenboogvlag op gespeld. Ik vroeg haar: "Ik zie een regenboogvlag op je tas, wat betekent dat voor je?" Toen zei ze dat ze lesbisch was. "Oh, zei ik, wat leuk dat je dat vertelt, ik ben dat ook." Toen viel ze bijna van haar stoel van verbazing. Dat bracht een opening. Nu was er een gesprek mogelijk, en wat bleek? Ze maakte zich enorm druk over wat er sinds Trump aan de macht is in de wereld gebeurt met transrechten en ander onrecht aan mensen binnen de LHBTQAI+-groep.'

INCLUSIEVE COMMUNICATIE

Veiligheid bieden en oprechte nieuwsgierigheid zijn sleutelwoorden in de patiëntenzorg bij LHBTQIA+-kinderen en -jongeren, vinden De Kroon en Hamstra. Maar dat geldt net zo goed voor patiënten die tot een andere minderheidsgroep behoren waarbij discriminatie tot stress kan leiden, zoals patiënten met een niet-witte huidskleur. Eigenlijk geldt het voor alle patiënten. 'Het gaat erom dat je zonder oordeel benieuwd bent naar de ander', zegt Hamstra. En ja, dan helpt het haar bij patiënten met seksuele en genderdiversiteit misschien dat ze zelf queer is. 'Ik heb misschien betere voelsprieten. Ik breng mezelf mee in de spreekkamer. Nu ik bijvoorbeeld zelf een kind heb, merk ik dat ik ook anders naar de ouders van een zieke baby kijk.'
De Kroon geeft in haar trainingen aan artsen tips en trucs. 'Bij kinderen vanaf ongeveer 12 jaar is het voor artsen van belang om oog te houden voor seksuele en genderdiversiteit. Als je als kinderarts een kind met een chronische ziekte al wat langer ziet en je hoort het een paar keer tussen neus en lippen door zeggen dat het kind liever niet als jongen of meisje wordt aangesproken, moet je dit serieus nemen. Je moet uitzoeken hoe dat gevoel geen meisje of jongen te willen zijn zich uit. Dat hoeft niet direct; je kunt

Foto: Martijn Gijsbertsen

R. (RIMKE) DE KROON
arts-onderzoeker pediatrische gastro-enterologie, bestuurslid Roze in Wit

N. (NOOR) HAMSTRA
huisarts, Hoogland, bestuurslid Roze in Wit

Vragen naar seksuele oriëntatie en genderidentiteit

De SexQ is een semigestructureerd interview om het gesprek te starten over thema's rondom seksualiteit en genderidentiteit. De SexQ is gemaakt samen met jongeren, behandelaren en experts. Het interview is geschikt om het gesprek aan te gaan met jongeren van 14 tot 25 jaar.[7]

Mogelijke vragen over seksuele oriëntatie:
- We zien dat veel jongeren bezig zijn om uit te vinden op wie ze vallen. Hoe is dat bij jou?
- Niet alle jongeren voelen zich aangetrokken tot iemand van het andere geslacht. Hoe denk jij daarover?

Mogelijke vragen over genderidentiteit:
- Hoe identificeer je je? Voel je je weleens anders dan hoe je geboren bent?
- Ken jij mensen in je omgeving die zoekende zijn over hun genderidentiteit?
- Welk voornaamwoord/pronoun gebruik je? Hoe wil je aangesproken worden?

Mogelijke vervolgvragen:
- Hoe denken jouw familie/vrienden over jongeren die niet hetero/homo/lesbisch/bi zijn, twijfelen over op wie ze vallen of vragen hebben over hun genderidentiteit?
- Hoe zouden zij reageren als ze dit zouden weten van jou? Zouden zij dit accepteren? Zo nee, wat zijn de redenen hiervan?
- Wat zou je nodig hebben van je familie/vrienden om je hierin te steunen?

er op een later moment bewust tijd voor inplannen. En soms wil het kind er zelf ook niet meteen over praten. Maar je plant dan wel een zaadje en laat het kind weten dat het zich bij jou veilig kan voelen. Wellicht dat het er dan later zelf op terugkomt.'

VRAAG INLEIDEN

De manier waarop je seksuele en genderdiversiteit aan de orde stelt, is ook van belang. 'Wil je vragen naar de identiteit van een patiënt, dan moet je niet meteen die vraag stellen, maar de vraag inleiden en op een open manier stellen. Een openingszin zou kunnen zijn: "Hoe je je in je lijf voelt en op wie je verliefd wordt, kan van invloed zijn op je gezondheid. Mag ik je daar wat vragen over stellen?" Het kind weet dan dat je daar niet uit nieuwsgierigheid naar vraagt, maar omdat je daar als dokter iets over wil weten.' (Zie kader.)

Als de ouder erbij is, dan is het heel belangrijk om er rekening mee te houden dat het niet vanzelfsprekend is dat het kind diens identiteit thuis besproken heeft. 'De thuissituatie is voor LHBTQIA+-kinderen niet altijd veilig. Kinderen boven de 12 jaar zie je af en toe ook een-op-een in de spreekkamer. Dan kan je dit soort onderwerpen ter sprake brengen en beloven dat dat wat gezegd is tussen beiden blijft.'

FOUTEN MAKEN

Het kan voor de arts lastig zijn om kinderen die altijd zijn aangesproken met 'zij' en 'haar' aan te spreken met 'hij' of 'hen', zeker wanneer je het kind al langere tijd als arts kent. De Kroon en Hamstra beseffen dat het best lastig kan zijn om inclusiviteit overal door te voeren. 'Je mag ook fouten maken', benadrukt Hamstra. 'Ik ben er zelf ook weleens ingestonken door aan een vrouw te vragen hoe het met haar man is, terwijl zij getrouwd is met een vrouw. Bij een meisje van 16 jaar dat om de anticonceptiepil vraagt, is het heel verleidelijk om te vragen: "Heb jij een vriendje?" Terwijl ze lesbisch kan zijn en een pil vraagt om haar cyclus te reguleren. Probeer je vraag zo open en neutraal mogelijk te stellen zonder aannames. Als je bang bent om bijvoorbeeld een verkeerd voornaamwoord te gebruiken, kan je een extra stapje doen en je vraag inkleden met: "Ik weet dat dit belangrijk voor jou is, maar ik ben nog niet helemaal gewend aan jouw voornaamwoorden. Het kan zijn dat ik mij af en toe verspreek."'

NON-VERBAAL

Het onderwerp seksualiteit of genderdiversiteit ter sprake brengen, is voor een kind heel spannend. De Kroon benadrukt daarom ook het belang van non-verbale communicatie. Een regenboogbutton op de witte jas, een Roze in Wit-magneet of regenboogvlag in de spreekkamer, een regenboogloper bij de ingang van het ziekenhuis of

andere signalen om aan te geven dat het een inclusieve plek is, helpt dat het kind zich veilig kan voelen. ‘Ik heb een keer meegemaakt dat ik een regenboogvlaggetje op mijn witte jas droeg. Een patiënt vroeg waarom ik dit droeg en wat het betekende. Ik legde uit dat dit voor mij betekent dat iedere patiënt zichzelf kan zijn. De patiënt die zichzelf als queer identificeerde, ontspande zich en kon meer achterover zitten.’

Verbale en non-verbale inclusieve communicatie gaan niet alleen het kind zelf aan. Het reikt verder dan de spreekkamer en verdient institutioneel aandacht, benadrukt De Kroon. ‘Daarvoor moet je in de overdracht de juiste persoonlijke voornaamwoorden van een patiënt gebruiken en het elektronisch patiëntendossier erop aanpassen.’

De Kroon merkt tijdens haar cursussen dat de behoefte aan scholing groot is. ‘Vanaf de eerste powerpointslide komen er vragen. Ook over basisbegrippen zoals wat genderdiversiteit eigenlijk is. Ik verwijs dan naar de video’s van Roze in Wit met Juf Danielle.[6] Uit de groep komen vragen uit de praktijk. Met elkaar, of terug in het ziekenhuis met het team, daarover spreken, helpt de arts om met meer vertrouwen de spreekkamer in te gaan.’ ■

Referenties

1. Roze in wit. Zichtbaarheid van LHBTQIA+ in de zorg.
2. CBS. Hoeveel LHBTQIA personen telt Nederland? 11 oktober 2024.
3. De Graaf H, Oldenhof A, Kraan Y, et al. Seks onder je 25e; Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2023. Rutgers/Soa Aids

Najaarssymposium Queer Joy: LHBTQIA+-zorg in transitie

Op 18 november 2026 organiseert Roze in Wit een symposium waarin vooral positieve aspecten van LHBTQIA+-zorg worden belicht**.** Steeds meer zorgverleners zien dat inclusieve zorg niet alleen draait om problemen oplossen en risico’s verminderen, maar juist ook om het versterken van welzijn, veerkracht en *queer joy*. Er is toenemend aandacht voor veilige ruimten, passende taal en zorg die aansluit bij iemands identiteit. Het doel van dit symposium is om die beweging te versterken. Voor zorgverleners die zich verder willen verdiepen in LHBTQIA+-inclusieve zorg zijn er drie masterclasses.

- Hoe kunnen zorgverleners bijdragen aan gendereuforie? Met Franklin Maidman, huisarts, lid van de NHG-Expertgroep Seksuele Gezondheid en behandelaar bij BinnenBalans.
- Handvatten om seksuele gezondheid op een seksepositieve en inclusieve manier bespreekbaar te maken. Met Anne Vervoort, huisarts en voorzitter van de NHG-Expertgroep Seksuele Gezondheid.
- Persoonlijke reflectie. Eigen ervaringen met diversiteitsonderzoeken en in gesprek gaan over diversiteitsdimensies, de posities die we innemen en de machtsstructuren die daarbij een rol kunnen spelen. Twie Tjoa, socioloog en pionier op het gebied van vrouwenrechten.