

Van goede wil naar goede zorg

Een onderzoek naar de stand van zaken
van lhbt+ sensitieve zorg
in de ggz in Nederland



Inhoud

Samenvatting	4
Begrippenlijst	5
1 Inleiding	7
1.1 Diversiteit als norm in de ggz	7
1.2 Doel en vraagstelling onderzoek	7
1.3 Intersectionaliteit	8
2 Methode	8
2.1 Respondenten	8
2.2 Vragenlijst	9
2.3 Data-analyse	9
3 Resultaten alle medewerkers	10
3.1 Diversiteitsbeleid	10
3.2 Sociaal klimaat en veiligheid	10
3.3 Houding	11
4 Resultaten hulpverleners	13
4.1 Relaties en seksualiteit algemeen	13
4.2 Kennis	14
4.3 Vaardigheden	15
4.4 Handelen	16
4.5 Groepsdynamiek	18
4.6 Ondersteuningsbehoefte	20
5 Conclusie en discussie	22
5.1 Wat is het huidige sociale klimaat binnen de ggz rondom lhbti+ sensitieve zorg?	22
5.2 Wat is de houding van medewerkers binnen de ggz ten opzichte van lhbti+ personen?	22
5.3 Wat is de kennis van de medewerkers over lhbti+ personen en lhbti+ sensitieve zorg?	23
5.4 Wat zijn de vaardigheden van medewerkers in het bieden van lhbti+ sensitieve zorg?	23
5.5 Wat is de groepsdynamiek binnen de ggz rondom lhbti+ sensitieve zorg?	24
5.6 Wat is de ondersteuningsbehoefte van ggz-professionals rondom lhbti+ sensitieve zorg?	24
5.7 Beperkingen van het onderzoek	25
6 Aanbevelingen	25
6.1 Voor management en beleid	25
6.2 Voor ggz-professionals	26
7 Literatuur	28

Samenvatting

Dit rapport onderzoekt hoe het staat met lhbti+ sensitieve zorg in de Nederlandse ggz. Tussen 2019 en 2024 vulden 2173 medewerkers van vier ggz-instellingen een vragenlijst in over hun kennis, houding en vaardigheden rondom seksuele en genderdiversiteit.

De resultaten laten een gemengd beeld zien. Bijna alle medewerkers (96%) voelen zich op hun gemak bij homo- en biseksuele personen en hebben positieve attitudes. Toch is er een belangrijke kloof tussen deze goede intenties en de daadwerkelijke zorg. De eerste belangrijke bevinding is dat kennislacunes groter worden bij minder bekende onderwerpen. Terwijl 88% aangeeft voldoende kennis te hebben over homo- en biseksualiteit, daalt dit naar 58% voor genderidentiteit en slechts 30% voor intersekse. Veel medewerkers (40%-67%) weten bovendien niet waar zij cliënten intern of extern naartoe kunnen verwijzen voor gespecialiseerde hulp. Ten tweede blijven onzichtbare vooroordelen bestaan ondanks de positieve expliciete attitudes. Hoewel medewerkers expliciete discriminatie afwijzen, wijst internationaal onderzoek uit dat impliciete vooroordelen zich kunnen uiten in microagressies en heteronormatieve aannames. Een derde van de respondenten (36%) geeft aan dat collega’s standaard uitgaan van heteroseksualiteit bij cliënten. Tot slot worden thema’s niet altijd proactief besproken. Bij individuele gesprekken gaat slechts 20% altijd in gesprek bij vermoedens dat een cliënt lesbisch, homo of bi is. Bij seksuele oriëntatie en genderdiversiteit in groepstherapie wordt dit door 32%-44% nooit besproken. Medewerkers geven aan dit “niet nodig” te vinden als het “geen probleem is” of willen het onderwerp niet “bijzonder” maken.

Het sociale klimaat is overwegend positief: 62% van lhb (lesbisch, homo of biseksueel) -medewerkers voelt zich comfortabel om open te zijn over hun seksuele oriëntatie. Toch ervaart 13%-24% negatieve incidenten zoals discriminerende opmerkingen of buitensluiting. Het rapport beveelt aan om training te richten op genderdiversiteit en intersekse, duidelijke doorverwijsstructuren te creëren, en diversiteit proactief bespreekbaar te maken in plaats van af te wachten. Cruciaal is dat interventies zich niet alleen richten op kennis, maar ook op het bewust maken van impliciete vooroordelen en het ontwikkelen van praktische vaardigheden. De conclusie is helder: positieve attitudes zijn een goede basis, maar onvoldoende voor werkelijk inclusieve zorg. De stap van “goede wil naar goede zorg” vraagt om structurele aandacht voor kennis, vaardigheden én onbewuste vooroordelen.

Begrippenlijst

Begrip	Uitleg
Aseksueel	Iemand die geen of heel weinig seksuele aantrekking ervaart. Aseksuele mensen kunnen wel romantische aantrekking naar anderen ervaren.
Bi+	Bi+ is een overkoepelende term voor iedereen die op meer dan één gender valt en sommige mensen gebruiken dit ook als identiteit. Sommigen, maar niet iedereen, gebruiken deze term ook om de eigen identiteit te beschrijven of als label voor zelfbenoeming.
Biseksueel	Een algemene term voor seksuele oriëntatie, (seksuele) contacten, relaties en/of leefstijlen gericht op meer dan één sekse of gender.
Gender (Genderidentiteit en Genderexpressie)	Gender gaat over hoe mensen zich identificeren, bijvoorbeeld als man, vrouw of non-binair, en over hoe mensen zich uiten, mannelijk, vrouwelijk of genderneutraal (androgyn). Deze twee aspecten van iemands gender noemen we: • Genderidentiteit – Wie ben je? Ben je bijvoorbeeld man, vrouw, of non-binair? Je genderidentiteit is de diepgevoelde beleving van gender en hoeft niet overeen te komen met het gender dat je bij geboorte toegewezen hebt gekregen. • Genderexpressie – Wat of hoe doe je? Bijvoorbeeld hoe je je gedraagt, kleedt of beweegt. Iedereen heeft mannelijke, vrouwelijke en genderneutrale kanten. Gender gaat ook over de rollen en verwachtingen die we als maatschappij hebben van vrouwen en mannen. Iedere cultuur heeft specifieke ideeën over wat het betekent om vrouw of man te zijn en hoe vrouwen en mannen zich horen te gedragen. Wat mannelijk is en wat vrouwelijk is, is dan ook geen vaststaand gegeven, maar iets wat vorm krijgt door sociale en culturele gewoontes van een plaats en een tijd.
Genderdiversiteit	Genderdiversiteit gaat zowel over de diversiteit aan genderidentiteiten als de diversiteit in hoe mensen hun gender uiten, de genderexpressie. Het gaat over wie je bent, wat je doet, hoe je je uit en hoe dit in jouw cultuur gelabeld wordt als mannelijk of vrouwelijk. Iedereen ervaart dit op een eigen manier en iedereen heeft een eigen mix van vrouwelijke, mannelijke en androgyne kanten.
Genderexpressie	De uiterlijke manifestatie van mannelijkheid of vrouwelijkheid in onder meer gedrag, kleding, spraak, haardracht en lichaamskenmerken. Of gedrag en expressie als mannelijk of vrouwelijk worden geïnterpreteerd, is sociaal-cultureel bepaald.
Genderfluïde	Mensen die zich als genderfluïde identificeren, identificeren zich niet alleen als man of alleen als vrouw. Hun genderidentiteit en – expressie verandert, en is niet constant verbonden aan één identiteit. Zo kunnen genderfluïde mensen zich bijvoorbeeld de ene dag meer identificeren of presenteren als man, en een andere dag meer als vrouw, of juist als non-binair. Ze kunnen van gender veranderen al naar gelang de context en in de loop van de tijd.
Genderidentiteit	Genderidentiteit gaat over de diepgevoelde beleving van gender. Bij de meeste mensen komt de genderidentiteit overeen met het geslacht die toegewezen is bij geboorte. Dat noemen we cisgender. Bij sommige mensen komt de genderidentiteit niet (helemaal) overeen met het geslacht die toegewezen is bij geboorte. Dat noemen we transgender.
Heteroseksueel	Algemene term voor seksuele oriëntatie, (seksuele) contacten, relaties en/of leefstijlen van mannen en vrouwen gericht op partners van het andere geslacht/sekse/gender. Sommigen, maar niet iedereen, gebruiken de term ook om de eigen identiteit te beschrijven of als label voor zelfbenoeming.
Homoseksueel/ Lesbisch	Algemene term voor seksuele oriëntatie, (seksuele) contacten, relaties en/of leefstijlen van mannen en vrouwen gericht op partners van hetzelfde geslacht/sekse/gender. Sommigen, maar niet iedereen, gebruiken de term ook om de eigen identiteit te beschrijven of als label voor zelfbenoeming.

Begrip	Uitleg
Intersectionaliteit	Intersectionaliteit, of ‘kruispuntdenken’ geeft aan dat individuen of groepen in een samenleving onderdrukking of juist privilege ondervinden op grond van het kruisen van verschillende factoren, zoals seksuele oriëntatie, genderidentiteit, ras/ethniciteit, klasse, leeftijd, etc.
Intersekse	De term intersekse verwijst naar de ervaringen van personen die geboren zijn met lichamelijke kenmerken die anders zijn dan wat gezien wordt als (volledig) ‘man’ of ‘vrouw’. Lichamelijke kenmerken zijn bijvoorbeeld genitalia, lichaamsvormen, stemhoogte, lichaamsbehaving, hormonen, chromosomen, et cetera. Intersekse personen identificeren zich meestal als ‘man’ óf ‘vrouw’. Artsen gebruiken sinds 2006 de term DSD (Disorders of Sex Development), maar steeds vaker wordt het woord Disorders vervangen door Differences.
Lhbtqa+	Parapluterm voor lesbische vrouwen, homoseksuele mannen, biseksuele personen, transgender personen, intersekse personen, queer personen, asexuele personen en meer. De plus staat voor eventuele andere termen waar men zich qua seksualiteit of gender mee kan identificeren.
Lhbti+ sensitieve zorg	Zorg waarbij rekening wordt gehouden met diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie. De zorg die gegeven wordt is inclusief. Niet alleen in het verwelkomen van lhbti+ personen, maar ook in de zorg die geleverd wordt.
Non-binair	Mensen die zich als non-binair identificeren, identificeren zich niet alleen als man of alleen als vrouw. Ze zien of presenteren zichzelf als man én als vrouw, of als geen gender hebbend. Ze kunnen van gender veranderen al naar gelang de context en in de loop van de tijd. Non-binaire personen wensen lang niet altijd een lichamelijke aanpassing.
Panseksueel	Zich aangetrokken voelen tot mensen van alle geslachten en genders.
Queer	Een term die wordt gebruikt om te verwijzen naar lhbti+ mensen in het algemeen, of meer specifiek naar diegenen die vraagtekens zetten bij binaire opvattingen van seksualiteit (dat mensen ofwel homo of hetero zijn), sekse (dat mensen alleen man of alleen vrouw zijn) en gender (dat mensen of alleen man(nelijk) of alleen vrouw(elijk) zijn).
Seksualiteit	De World Health Organization (WHO, 2002) definieert seksualiteit als volgt: “Seksualiteit is een centraal aspect van het menszijn gedurende het gehele leven en omvat geslacht, gender-identiteiten en -rollen, seksuele geaardheid, erotiek, plezier, intimiteit en voortplanting. Seksualiteit wordt ervaren en uitgedrukt in gedachten, fantasieën, verlangens, overtuigingen, houdingen, waarden, gedragingen, praktijken, rollen en relaties. Hoewel seksualiteit al deze dimensies kan omvatten, worden niet alle altijd ervaren of uitgedrukt. Seksualiteit wordt beïnvloed door de interactie van biologische, psychologische, sociale, economische, politieke, culturele, ethische, juridische, historische en religieuze en spirituele factoren.”
Seksuele diversiteit	Seksuele diversiteit omvat de uiteenlopende vormen waarmee mensen uiting geven aan hun seksualiteit in aantrekking, gedrag, zelfbenoeming, sociale contacten en leefwijzen. In Nederland verwijst seksuele diversiteit vaak naar diversiteit in seksuele oriëntaties.
Seksuele oriëntatie	Seksuele oriëntatie betreft iemands capaciteit om zich seksueel of romantisch aangetrokken te voelen tot één of meerdere genders en daar romantische, seksuele relaties of seks mee te kunnen hebben. Individuele dimensies die doorgaans worden onderscheiden zijn aantrekking, relaties, seksueel gedrag en seksuele identiteit (zelfbenoeming). Seksuele oriëntatie wordt aangeduid in relatie tot de eigen genderidentiteit. Bij heteroseksuele personen is de seksuele oriëntatie gericht op de andere sekse/gender en bij homoseksuele of lesbische personen op dezelfde sekse/gender. Biseksuele en panseksuele personen vallen op meer dan één sekse/gender. Meer recent wordt ook asexualiteit tot seksuele oriëntatie gerekend. Asexuele personen ervaren geen of weinig seksuele aantrekking.
Transgender	Iemand bij wie de huidige genderidentiteit niet overeenkomt met het geslacht dat bij de geboorte is toegekend. Voor sommigen is het ook een omschrijving van een genderidentiteit tussen/voorbij man en vrouw.

1. Inleiding

1.1 Diversiteit als norm in de ggz

“Het wordt tijd dat de ggz zich serieus aanpast aan de superdiverse populatie van Nederland” (Milius et al., 2025). Hiermee opent het pleidooi ‘Een Inclusieve ggz als nieuwe norm’ in het tijdschrift De Psycholoog. De auteurs gaan in het artikel dieper in op het belang van een inclusieve ggz en wat er nodig is dit als norm te verkrijgen. Niet alleen voor de patiënt, maar ook voor de professional, de zorgorganisatie en de maatschappij. Er wordt gepleit voor een verankering van diversiteit als norm op alle niveaus.

In dit rapport richten we ons op een specifiek onderdeel van diversiteit binnen de ggz, namelijk diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie. In Nederland is 18% van de bevolking lhbti+ persoon (van den Berg et al., 2025). Uit de lhbtqa+ monitor 2024 blijkt dat bijna alle groepen binnen deze gemeenschap een hogere mate van psychische ongezondheid ervaren. Ook krijgen ze vaker dan cis-hetero personen te maken met een depressie (Panteia et al., 2024). Een eerdere monitor uit 2022 (Huijnk et al., 2022) laat ook zien dat lesbische, homoseksuele en bi+ personen psychisch ongezonder zijn ten opzichte van heteroseksuele personen. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) bevestigt dit op basis van cijfers uit de Gezondheidsenquête van 2023 en 2024. We zien dat lesbische, homoseksuele en bi-plus volwassen een slechtere mentale gezondheid ervoeren dan heteroseksuele volwassen. Onder lhb personen heeft 61% te maken met angst- of depressiegevoelens (tegenover 42% van de heteroseksuele personen) (CBS, 2025). Lhbti+ personen in Nederland hebben vaker dan cis-hetero personen wel eens suïcidale gedachten (Panteia et al., 2024). Dit patroon zien we ook terug in de internationale literatuur (ILGA EUROPE, 2025; Trevor Project, 2022).

Hoewel binnen de ggz stappen worden gezet, ontbreekt structurele inbedding van lhbti+ sensitieve zorg (Passende zorg is inclusieve zorg, 2022). Discriminatie in de zorg kan leiden tot slechtere toegang tot zorg (Van Loenen et al., 2022), daarbij laat onderzoek ook zien dat lhbti+ personen nog steeds discriminatie ervaren in de zorg (Discriminatie in de Zorg, Welzijn En Sport - Samenvatting En Conclusie, 2025). Ook zien we dat de wachtlijsten in de ggz te lang zijn (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, n.d.). Zo zijn de wachttijden voor psychologische zorg voor trans personen al jarenlang ver boven de treeknorm (norm voor maximaal aanvaardbare wachttijden) (Langman & Lugt, 2021). Daarnaast ontbreekt het professionals vaak nog aan de juiste kennis en vaardigheden rondom lhbti+ sensitieve zorg (Emmen et al., 2015; Milius et al., 2025) .

Een peiling onder lhbti+ zorgvragers laat zien dat 75% van de respondenten het belangrijk vindt dat een behandelaar lhbti+ sensitief is (COC Nederland, 2021). Dit houdt in dat de behandelaar de juiste kennis heeft, de juiste manier omgaat met lhbti+ personen en

ze welkom laat voelen in de praktijk (COC Nederland, 2021). Eerder onderzoek toont dat communicatie met zorgverleners rondom lhbti+ onderwerpen moeizaam verloopt. Sommige lhbti+ personen mijden zelfs zorg (Hulsken & Bilman, 2019). Ander onderzoek laat zien dat trans personen reguliere hulpverleners (waaronder ggz-instellingen) minder waarderen in vergelijking met gespecialiseerde hulpverleners (in transgenderzorg), voornamelijk wegens gebrek aan kennis (Keuzekamp, 2012).

Belemmerende factoren voor het geven van inclusieve zorg zijn gebrek aan kennis, te weinig tijd, ontbrekend beleid vanuit de organisatie en handelingsverlegenheid (Finkenflügel & Billinghamurst, 2024; Sánchez van Kammen & Vijlbrief, 2022). De afgelopen jaren heeft de Alliantie Gezondheidszorg op Maat lhbti+ sensitieve zorg getoetst bij verschillende ggz-instellingen met de lhbti+ scan. Een lhbti+ scan is een vragenlijst die intern wordt afgenomen onder medewerkers en een beeld geeft van kennis, houding en vaardigheden rondom lhbti+ sensitieve zorg binnen een ggz-instelling (Oldenhof et al., 2022, 2024, 2025; Tijdink et al., 2020). De uitkomsten van deze scans ondersteunen de organisatie in het opstellen en uitvoeren van lhbti+ inclusief beleid, zodat professionals inclusievere zorg kunnen leveren (Bakker et al., 2022).

1.2 Doel en vraagstelling onderzoek

Dit onderzoek brengt de stand van zaken in kaart aan de hand van data uit lhbti+ scans bij Nederlandse ggz-instellingen over de afgelopen vijf jaar. De bevindingen moeten leiden tot gerichte aanbevelingen, zodat de ggz daadwerkelijk inclusief wordt voor alle 18% lhbti+ Nederlanders die op goede zorg moeten kunnen rekenen. Met behulp van onderstaande onderzoeksvraag en deelvragen proberen we een beeld te schetsen van hoe het staat met diversiteit als norm binnen de ggz en waar nog aanpassingen nodig zijn.

De onderzoeksvraag is: Wat is de stand van zaken van lhbti+ sensitieve zorg in ggz-instellingen in Nederland?

Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Wat is het huidige sociale klimaat binnen de ggz rondom lhbti+ sensitieve zorg?
2. Wat is de houding van medewerkers binnen de ggz ten opzichte van lhbti+ personen?
3. Wat is de kennis van de medewerkers over lhbti+ personen en lhbti+ sensitieve zorg?
4. Wat zijn de vaardigheden van medewerkers in het bieden van lhbti+ sensitieve zorg?
5. Wat is de groepsdynamiek binnen de ggz rondom lhbti+ sensitieve zorg?
6. Wat is de ondersteuningsbehoefte van ggz-professionals rondom lhbti+ sensitieve zorg?

2. Methode

1.3 Intersectionaliteit

In de lhbti+ scans wordt de focus gelegd op drie identiteitslagen: sekse, gender en seksuele oriëntatie. We zijn ons bewust dat er meer identiteitslagen zijn die aandacht nodig hebben als we spreken over diversiteit als norm binnen de ggz. Jongeren met een migratieachtergrond hebben bijvoorbeeld ook een slechtere mentale gezondheid (Gutmann et al., 2019; Schoemaker et al., 2019). Deze identiteitslagen worden niet meegenomen in dit rapport. Het is daarom goed om te beseffen dat als we spreken over diversiteit als norm, het verhaal niet compleet is. Aandacht voor migratieachtergrond, sociaaleconomische status, vluchtachtergrond, leeftijd en andere identiteitslagen zijn belangrijk om een compleet beeld te krijgen en daarop te handelen.

2.1 Respondenten

In de periode 2019-2024 heeft Rutgers lhbti+ scans uitgevoerd onder medewerkers van vier ggz-instellingen. In totaal hebben 2173 medewerkers in deze periode de scan ingevuld, waarmee waardevolle inzichten zijn verkregen over de werkomgeving en inclusiviteit binnen deze instellingen.

Tabel 2.1.1 geeft een overzicht van de kenmerken van deze respondenten. Driekwart van de respondenten (76,6%) identificeerde zich als vrouw, ruim een op de vijf (22,5%) als man en ongeveer een op de honderd (0,8%) als trans, non-binair of genderfluïde. De grootste groep respondenten was tussen de 25 en 34 jaar (24,8%), gevolgd door de groepen 35 tot 44 jaar (24,5%) en 45 tot 54 jaar (23,3%). Ongeveer een vijfde (21,1%) was tussen de 55 en 64 jaar en een op de twintig respondenten (4,2%) was 18 tot 24 jaar oud. De meerderheid van de respondenten identificeerde zich als heteroseksueel (86,2%). Daarnaast gaf 6,4% aan homoseksueel of lesbisch te zijn, 5,2% biseksueel, en 0,6% identificeerde zich als queer. Meer dan de helft van de respondenten (55,8%) werkte met individuele cliënten, ruim een derde (36,1%) werkte met groepen cliënten en een kwart van de respondenten (26,6%) gaf aan niet met cliënten te werken.

Gender	n	%
Man	486	22,5
Vrouw	1659	76,7
Anders (trans, non-binair, genderfluïde)	17	0,8
Dat weet ik (nog) niet	1	0,0
Leeftijd		
18-24	90	4,2
25-34	536	24,8
35-44	530	24,5
45-54	502	23,3
55-64	455	21,1
65 jaar en ouder	46	2,1
Seksuele oriëntatie		
Heteroseksueel	1856	86,2
Homoseksueel/lesbisch	137	6,4
Biseksueel	113	5,2
Queer	12	0,6
Dat weet ik (nog) niet	15	0,7
Anders	20	0,9
Werkt met cliënten		
Nee	574	26,6
Ja, met individuele cliënten	1202	55,8
Ja, met groepen cliënten	777	36,1
Totaal	2173	100

2.2 Vragenlijst

Het doel van de lhbti+ scans is om inzicht te krijgen in de kennis, houding, het sociale klimaat en de handelingsbekwaamheid van medewerkers ten aanzien van seksuele en genderdiversiteit. De scans werden uitgevoerd via een online vragenlijst, waarin verschillende thema's aan bod kwamen. Elk thema bestond uit één of meerdere deelvragen. Hieronder worden deze thema's toegelicht.

Het eerste deel van de vragenlijst was bedoeld voor alle medewerkers. Het tweede deel richtte zich specifiek op hulpverleners. Binnen dit tweede deel was ook een aparte sectie opgenomen voor hulpverleners die met groepen cliënten werken.

Thema's gericht op alle medewerkers

- *Diversiteitsbeleid*
In welke mate is binnen de ggz-instelling aandacht voor diversiteit?
- *Sociaal klimaat en veiligheid*
In hoeverre voelen medewerkers zich binnen de ggz-instelling vrij en veilig als het gaat om seksuele oriëntatie en genderdiversiteit? Hoe open is het sociale klimaat: kunnen medewerkers open zijn tegenover collega's over hun seksuele oriëntatie of genderidentiteit? In hoeverre ervaren zij een positieve of negatieve bejegening van collega's op dit vlak?
- *Houding*
Wat is de houding van ggz-medewerkers ten opzichte van homoseksualiteit, biseksualiteit, transgenderpersonen en genderfluïde?

Thema's gericht op hulpverleners

- *Relaties en seksualiteit algemeen*
Hoe gemakkelijk of moeilijk vinden hulpverleners het om over seksualiteit te praten, en welke obstakels ervaren zij daarbij?
- *Kennis*
In hoeverre hebben hulpverleners het gevoel over voldoende kennis te beschikken om vragen van cliënten over seksuele oriëntatie, genderdiversiteit en intersekse te beantwoorden, of deze door te kunnen verwijzen?
- *Vaardigheden*
In hoeverre voelen hulpverleners zich vaardig en deskundig in het bespreken van seksualiteit, seksuele oriëntatie en genderdiversiteit met cliënten, en in het ondersteunen of doorverwijzen van hen wanneer dat nodig is?
- *Handelen*
In welke mate bespreken hulpverleners een vermoeden dat een cliënt worstelt met vragen over seksuele oriëntatie of genderidentiteit? Welke redenen hebben

zij om dit niet te bespreken, en in welke mate ervaren zij daarbij handelingsverlegenheid?

- *Groepsdynamiek*
In hoeverre worden seksuele oriëntatie en genderdiversiteit besproken binnen de groepen? Wat zijn redenen om deze onderwerpen niet te bespreken?
- *Ondersteuningsbehoefte*
Over welke onderwerpen zouden hulpverleners graag meer willen weten? En welke redenen hebben zij om geen verdere kennis te willen opdoen over thema's die te maken hebben met seksuele oriëntatie en genderdiversiteit?

2.3 Data-analyse

Voor dit onderzoek zijn de resultaten van meerdere lhbti+ scans geanalyseerd, uitgevoerd tussen 2019 en 2024 bij vier ggz-instellingen in Nederland.

De afzonderlijke datasets van deze scans zijn samengevoegd tot één groot databestand om een algemeen overzicht te krijgen van de resultaten. Omdat de vragenlijsten in de loop der jaren soms zijn aangepast, is per vraag beoordeeld of de gegevens betrouwbaar samengevoegd konden worden. Hierbij is gekeken naar de vraagstelling en de antwoordopties. Vragen waarvan de inhoud en antwoordmogelijkheden grotendeels hetzelfde waren gebleven, waardoor de antwoorden vergelijkbare informatie opleverden, zijn samengevoegd. Vragen die ingrijpend waren aangepast, waardoor de antwoorden mogelijk anders geïnterpreteerd konden worden of minder betrouwbaar waren, zijn niet meegenomen in het samengestelde databestand en de analyses in dit rapport.

Doordat niet alle vragen in alle scans op dezelfde manier zijn gesteld en niet alle respondenten alle vragen hebben beantwoord, verschilt het aantal respondenten (N) per vraag. Bij elk resultaat in dit rapport wordt het aantal respondenten dat de betreffende vraag heeft beantwoord vermeld.

Op deze manier is een consistente en betrouwbare dataset ontstaan die een algemeen beeld biedt van de stand van zaken van lhbti+ sensitieve zorg in Nederlandse ggz-instellingen. Dit maakt het mogelijk om de resultaten overzichtelijk weer te geven en aandachtspunten voor verbetering inzichtelijk te maken.

De analyses in dit rapport zijn voornamelijk beschrijvend van aard. De resultaten worden gepresenteerd in de vorm van figuren en tabellen met percentages. Alle analyses zijn uitgevoerd in SPSS.

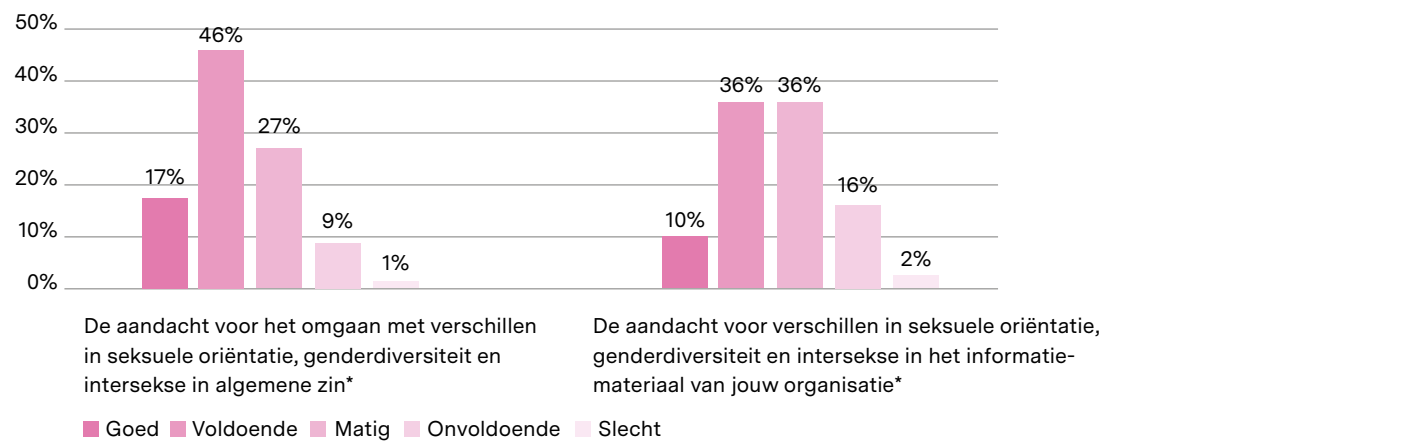
3. Resultaten alle medewerkers

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek onder alle medewerkers gepresenteerd. Het hoofdstuk is opgebouwd rond drie thema's. Ten eerste wordt het diversiteitsbeleid besproken, met aandacht voor de ervaren aandacht voor seksuele oriëntatie, genderdiversiteit en intersekse binnen de ggz-instelling en het bijbehorende informatiemateriaal. Vervolgens staat het sociaal klimaat en de ervaren veiligheid centraal, waarbij de openheid van medewerkers over hun seksuele oriëntatie en eventuele negatieve ervaringen aan bod komen. Tot slot wordt de houding van medewerkers ten aanzien van seksuele en genderdiversiteit onderzocht, zowel in relatie tot collega's als in bredere persoonlijke contexten, zoals reacties op relaties van kinderen met een partner van hetzelfde geslacht.

3.1 Diversiteitsbeleid

Respondenten is gevraagd hoe zij de aandacht voor verschillen in seksuele oriëntatie, genderdiversiteit en intersekse binnen hun organisatie ervaren. Bijna twee derde van de respondenten (63%) geeft aan dat er in algemene zin goed (17%) of voldoende (46%) aandacht is voor deze onderwerpen (Figuur 3.1.1). Iets meer dan een kwart (27%) beoordeelt de aandacht als matig en ongeveer een op de tien (9%) ervaart deze als onvoldoende; een klein aantal (1%) vindt de aandacht slecht. Wat betreft het informatiemateriaal van de organisatie ervaart ongeveer de helft van de respondenten (46%) dat hier goed (10%) of voldoende (36%) aandacht aan wordt besteed. Ruim een derde (36%) beoordeelt dit als matig en een op de zes (16%) ziet dit als onvoldoende; een klein aantal (2%) vindt de aandacht slecht. Samengevat laten de resultaten zien dat de meeste respondenten de aandacht voor diversiteit binnen hun organisatie herkennen, zowel in algemene zin als in het informatiemateriaal. Tegelijkertijd geeft een aanzienlijk deel aan dat de aandacht, vooral in het materiaal, als matig of onvoldoende wordt ervaren.

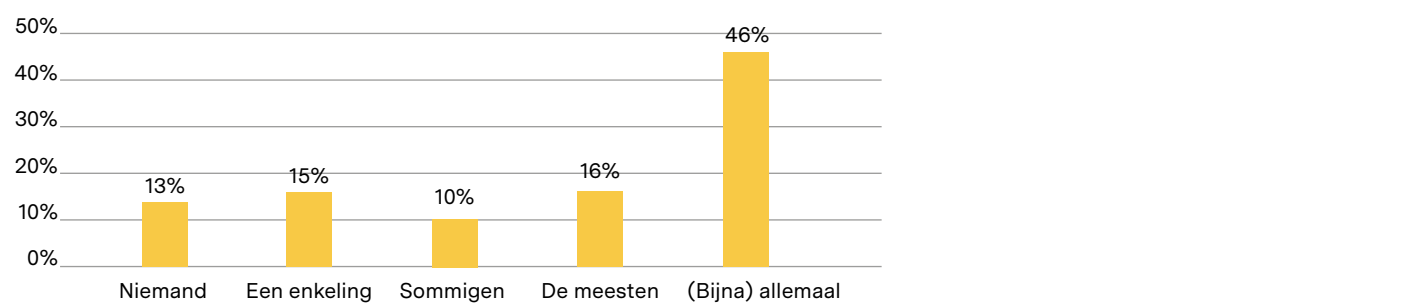
FIGUUR 3.1.1 DIVERSITEITSBELEID (N=1491 EN N=1324)



3.2 Sociaal klimaat en veiligheid

Respondenten die eerder hebben aangegeven dat zij niet heteroseksueel zijn, is gevraagd in welke mate zij open zijn over hun seksuele oriëntatie tegenover directe collega's. Bijna de helft (46%) geeft aan open te zijn naar (bijna) alle collega's en ongeveer een op de zes (16%) is open naar de meesten (Figuur 3.2.1). Een op de tien respondenten (10%) is open naar sommige collega's, 15% is open naar slechts een enkeling en 13% is naar niemand open. De cijfers geven aan dat er binnen deze groep variatie bestaat in de mate van openheid, met een meerderheid die aangeeft open te zijn naar de meeste of alle directe collega's.

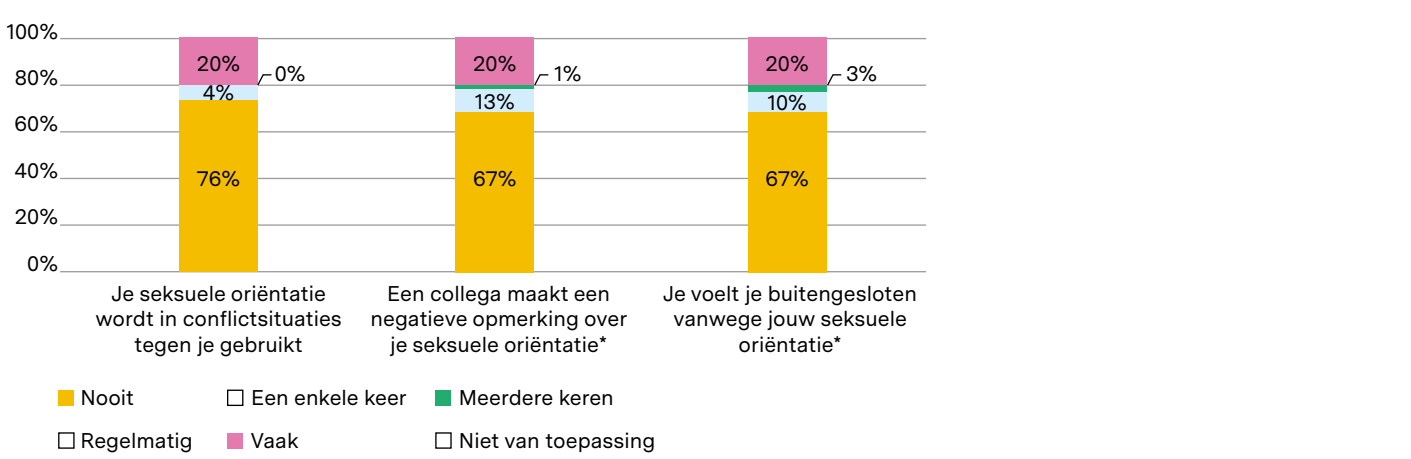
FIGUUR 3.2.1 OPENHEID OVER SEKSUELE ORIËNTATIE* (N=136)



*Twee van de vier instellingen hebben deze vraag beantwoord.

Vervolgens is aan de respondenten die eerder hebben aangegeven niet heteroseksueel te zijn, gevraagd of zij binnen de organisatie conflictsituaties hebben meegemaakt waarin hun seksuele oriëntatie een rol speelde. Driekwart van de respondenten (76%) geeft aan dat hun seksuele oriëntatie nooit in conflictsituaties is gebruikt (Figuur 3.2.2). Een klein deel heeft dit een enkele keer (4%) meegemaakt. Wat betreft negatieve opmerkingen van collega's geeft twee derde van de respondenten (67%) aan dit nooit te hebben ervaren; een op de acht (13%) heeft dit een enkele keer meegemaakt en 1% meerdere keren. Voor het gevoel van buitengesluiting is de verdeling vergelijkbaar: 67% voelt zich nooit buitengesloten, 10% een enkele keer en 3% meerdere keren. Uit de gegevens blijkt dat de meerderheid van de respondenten dergelijke negatieve situaties niet ervaart, maar dat een kleiner deel af en toe of meerdere keren met negatieve ervaringen te maken heeft. Dit wijst op variatie in persoonlijke ervaringen rondom seksuele oriëntatie binnen de organisatie.

FIGUUR 3.2.2 NEGATIEVE ERVARINGEN VANWEGE NIET-HETEROSEKSUELE ORIËNTATIE (N=136)



*Twee van de vier instellingen hebben deze vraag beantwoord.

3.3 Houding

We hebben de respondenten gevraagd in hoeverre zij het eens zijn met een aantal stellingen over seksuele oriëntatie en genderexpressie. Ruim de helft van de respondenten (55%) is het niet eens met de stelling dat er in het algemeen te veel aandacht is voor homo- en biseksualiteit, en een op de zeven (15%) vindt dat dit wel het geval is (Tabel 3.3.1). Vrijwel alle respondenten (96%) geven aan het (helemaal) oneens te zijn met de stelling dat zij zich niet op hun gemak voelen bij homo- en biseksuele personen. Daarnaast geeft het overgrote deel (92%) aan het (helemaal) oneens te zijn met de uitspraak dat zij minder moeite hebben met een heteroseksueel paar dat hand in hand loopt dan met twee mannen. De stelling dat homoseksuele mannen niet zo overdreven moeten doen wordt door vier op de vijf respondenten (80%) afgewezen, evenals de gedachte dat biseksuele personen er nog niet over uit zijn wat hun seksuele oriëntatie is (87% (helemaal) mee oneens). Over de aanname dat collega's bij voorbaat uitgaan van heteroseksualiteit bij cliënten lopen de meningen uiteen: 36% is het (helemaal) eens met deze stelling, 35% is neutraal en 29% is het (helemaal) oneens. Verder geeft bijna twee derde van de respondent (64%) aan het (helemaal) oneens te zijn met de stelling dat het belangrijk is om bij een ontmoeting direct te kunnen zien of iemand man of vrouw is, en een op de acht (13%) vindt dit wel belangrijk. Ook verwerpt een grotere meerderheid (88%) de uitspraak dat er iets mis is met mensen die zich geen man of vrouw voelen. De meeste respondenten geven aan zich op hun gemak te voelen bij vrouwen die er mannelijk uitzien (95%) en bij mannen die er vrouwelijk uitzien (93%). De resultaten wijzen op een overwegend positieve houding ten opzichte van seksuele en genderdiversiteit, met een brede mate van acceptatie en comfort, al bestaan er nog verschillen in opvattingen over aannames rondom heteroseksualiteit en genderexpressie.

4. Resultaten hulpverleners

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek onder hulpverleners gepresenteerd. Het hoofdstuk is opgebouwd rond zes thema’s. Ten eerste wordt ingegaan op relaties en seksualiteit in algemene zin, met aandacht voor factoren die gesprekken over deze onderwerpen kunnen belemmeren en het beleid rond gewetensbezwaar. Vervolgens staat kennis centraal: we bekijken hoe hulpverleners hun kennis over seksuele en genderdiversiteit inschatten, welke termen zij kennen en in hoeverre zij bekend zijn met interne en externe ondersteuningsmogelijkheden. Het derde en vierde deel richten zich op vaardigheden en handelen, waaronder het vertrouwen in gesprekken met cliënten en het omgaan met vermoedens over seksuele oriëntatie of genderidentiteit. In het vijfde deel komt de groepsdynamiek aan bod, met aandacht voor het bespreken van seksuele en genderdiversiteit en het signaleren van negatieve opmerkingen. Tot slot worden de ondersteuningsbehoeften van hulpverleners besproken, met inzicht in de thema’s waarin zij hun kennis en vaardigheden verder willen ontwikkelen.

4.1 Relaties en seksualiteit algemeen

De respondenten gaven aan in welke mate zij worden belemmerd door verschillende factoren bij het praten over seksualiteit. Voor persoonlijke opvattingen en normen en waarden over seksualiteit en gender ervaart ongeveer twee op de vijf respondenten (44% en 42%) nooit of nauwelijks belemmering, één op de acht (12%) voelt enige belemmering en een klein deel (2%) ervaart dit zeer sterk (Tabel 4.1.1). Bij religieuze of culturele overtuigingen en tradities geeft twee derde van de respondenten (67%) aan hier nooit door belemmerd te worden, een kwart (25%) nauwelijks, een op de zestien (6%) sterk en een klein deel (3%) zeer sterk. Voor opvattingen, normen en waarden van collega’s voelt de helft van de respondenten (49%) zich hier nooit door belemmerd, twee op de vijf (42%) nauwelijks, één op de twaalf (8%) sterk en een klein deel (1%) zeer sterk. Deze resultaten laten zien dat de meerderheid van de respondenten weinig belemmering ervaart bij gesprekken over seksualiteit, ongeacht of het gaat om persoonlijke normen, culturele of religieuze overtuigingen, of de opvattingen van collega’s. Een kleiner deel van de respondenten ervaart enige tot sterke belemmering, wat erop wijst dat factoren in de sociale en culturele context een rol kunnen spelen in hoe comfortabel mensen zich voelen bij het bespreken van seksualiteit.

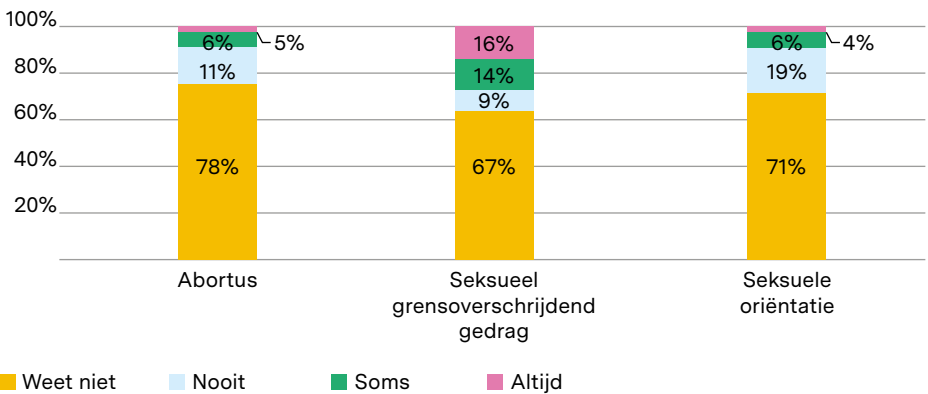
TABEL 4.1.1 INVLOEDEN IN HET PRATEN OVER SEKSUALITEIT* (% , N=917)

	Nooit	Nauwelijks	Sterk	Zeer sterk
Je persoonlijke opvattingen en normen en waarden over seksualiteit en gender	44	42	12	2
Je religieuze of culturele opvattingen en tradities	67	25	6	3
Opvattingen, normen en waarden van je collega’s	49	42	8	1

*Twee van de vier instellingen hebben deze vraag beantwoord.

De respondenten werden gevraagd of bij hun organisatie een hulpverlener vanwege gewetensbezwaar, gebaseerd op persoonlijke of religieuze overtuigingen, een cliënt mag weigeren of doorverwijzen (Figuur 4.1.1). Uit de gegevens blijkt dat een groot deel van de respondenten onzeker is over het beleid rond gewetensbezwaar, vooral bij abortus en seksuele oriëntatie. Bij seksueel grensoverschrijdend gedrag is er relatief meer duidelijkheid en wordt doorverwijzing of weigering iets vaker toegepast, wat erop wijst dat het beleid op sommige terreinen mogelijk minder transparant is en kan leiden tot inconsistenties in de praktijk en onzekerheid bij zowel hulpverleners als cliënten.

FIGUUR 4.1.1 TOESTAAN VAN WEIGERING OF DOORVERWIJZING CLIËNT VANWEGE GEWETENSBEZWAAR* (N=912)



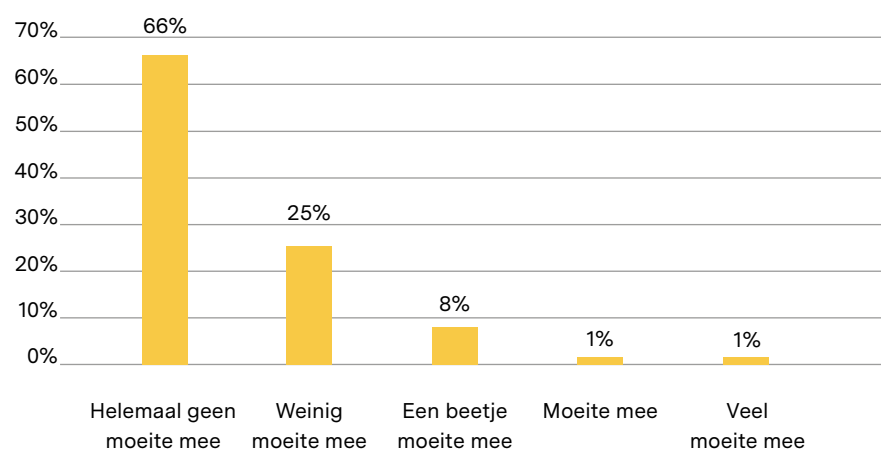
TABEL 3.3.1 HOUDING TEN AANZIEN VAN HOMO- EN BISEKSUALITEIT EN GENDER NON-CONFORMITEIT (% , N=1410-2140)

	Helemaal mee eens	Mee eens	Niet eens/ niet oneens	Mee oneens	Helemaal mee oneens
Er is in het algemeen te veel aandacht voor homo- en biseksualiteit*	4	11	30	39	16
Ik voel me niet op mijn gemak bij homo- of biseksuele personen*	2	1	2	20	76
Als een man en een vrouw hand in hand lopen heb ik daar minder moeite mee dan wanneer twee mannen hand-in-hand lopen	1	2	6	26	66
Homoseksuele mannen moeten niet zo overdreven doen	1	3	16	26	54
Biseksuele personen zijn er nog niet uit wat hun seksuele oriëntatie is	0	1	11	27	60
De meeste collega’s gaan er bij voorbaat vanuit dat een cliënt heteroseksueel is*	4	32	35	22	7
Als ik iemand ontmoet, dan vind ik het belangrijk dat ik gelijk kan zien of iemand man of vrouw is	2	11	23	33	31
Er is iets mis met mensen die zich geen man of vrouw voelen	1	3	8	24	64
Ik voel me niet op mijn gemak bij vrouwen die er mannelijk uitzien	0	1	4	26	69
Ik voel me niet op mijn gemak bij mannen die er vrouwelijk uitzien	0	1	4	27	66

*Drie van de vier instellingen hebben deze vraag beantwoord.

Vervolgens is gevraagd hoe respondenten zouden reageren als één van hun kinderen een liefdesrelatie had met een partner van hetzelfde geslacht, ongeacht of zij zelf kinderen hebben. Twee derde van de respondenten (66%) geeft aan hier helemaal geen moeite mee te hebben en een kwart (25%) zegt weinig moeite te ervaren (Figuur 3.3.1). Een klein deel van de respondenten (8%) geeft aan hier een beetje moeite mee te hebben, en 1% respectievelijk moeite of veel moeite. Deze resultaten laten zien dat de meerderheid van de respondenten een accepterende houding heeft, met een klein deel dat enige moeite ervaart.

FIGUUR 3.3.1 HOUDING TEN OPZICHTE VAN KIND MET PARTNER VAN HETZELFDE GESLACHT* (N=1430)



*Drie van de vier instellingen hebben deze vraag beantwoord.

4.2 Kennis

We hebben de respondenten gevraagd hoe zij hun eigen kennis beoordelen over verschillende thema’s die relevant zijn bij het beantwoorden van vragen van cliënten. Voor homo- en biseksualiteit geeft vier op de tien respondenten (39%) aan dat hun kennis goed is en de helft (49%) beoordeelt deze als voldoende (Tabel 4.2.1). Een klein deel (2%) vindt dat zij hierover onvoldoende kennis hebben. Bij genderidentiteit beoordeelt een op de zes respondenten (16%) de eigen kennis als goed en ruim twee op de vijf (42%) als voldoende. Een op de tien (9%) geeft aan hierover onvoldoende kennis te beschikken. Wat betreft genderexpressie geeft een op de acht respondenten (12%) aan hun kennis als goed te beoordelen en drie op de tien (30%) als voldoende. Een op de vijf (20%) vindt de eigen kennis op dit gebied onvoldoende tot slecht. Voor intersekse beoordeelt een op de tien (9%) respondenten hun kennis als goed en een op de vijf (21%) als voldoende. Een derde (32%) denkt hier onvoldoende tot slechte kennis over te hebben. Gezamenlijk laten de bevindingen zien dat de zelfbeoordeling van kennis per thema sterk varieert: kennis over homo- en biseksualiteit wordt het meest positief ingeschat, gevolgd door genderidentiteit en genderexpressie, terwijl intersekse duidelijk het minst bekend terrein is voor veel respondenten.

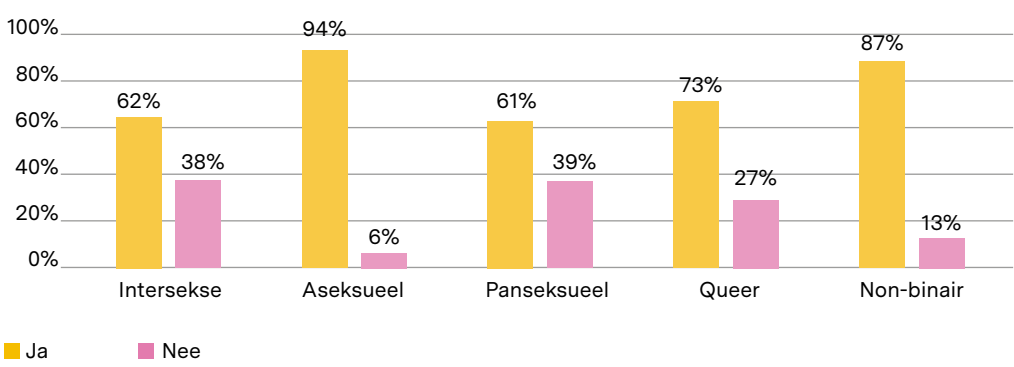
TABEL 4.2.1 KENNIS OVER HOMO- EN BISEKSUALITEIT, GENDERIDENTITEIT EN -EXPRESSIE EN INTERSEKSE* (% , N=1067- 1070)

	Goed	Voldoende	Matig	Onvoldoende	Slecht
Homo- en biseksualiteit	39	49	9	2	0
Genderidentiteit	16	42	30	9	2
Genderexpressie	12	30	38	16	4
Intersekse	9	21	38	25	7

*Drie van de vier instellingen hebben deze vraag beantwoord.

Vervolgens hebben we gevraagd of de respondenten voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst bekend waren met de betekenis van verschillende termen die betrekking hebben op seksuele en genderdiversiteit. De term ‘aseksueel’ blijkt het meest bekend: 94% van de respondenten weet wat deze betekent (Figuur 4.2.1). Ook ‘non-binair’ is voor een groot deel van de respondenten (87%) bekend. De kennis over de betekenis van andere termen ligt iets lager: zes op de tien respondenten geven aan te weten wat ‘intersekse’ (62%) en ‘panseksueel’ (61%) betekenen, en ‘queer’ wordt door ruim zeven op de tien (73%) herkend. Deze bevindingen laten zien dat de mate van bekendheid met termen over seksuele en genderdiversiteit varieert. Begrippen die vaker voorkomen in het publieke debat of in de media, zoals asexueel en non-binair, worden doorgaans beter begrepen dan termen als intersekse en panseksueel, die minder bekend zijn onder respondenten.

FIGUUR 4.2.1 BEKENDHEID MET TERMEN OVER SEKSUELE EN GENDERDIVERSITEIT* (N=1062-1067)



Respondenten is gevraagd in hoeverre zij bekend zijn met interne en externe ondersteuningsmogelijkheden rondom seksuele oriëntatie, genderidentiteit en intersekse. Wat betreft interne advies- en consultatiemogelijkheden weet iets meer dan een vijfde van de respondenten waar zij terecht kunnen bij vragen over seksuele oriëntatie (21%) of genderidentiteit (20%), een kwart weet dit soms wel, soms niet, en meer dan de helft (respectievelijk 54% en 56%) geeft aan dit niet te weten (Tabel 4.2.2). Bij intersekse is de bekendheid nog lager: 13% weet waar intern advies beschikbaar is en twee derde van de respondenten (67%) weet dit niet. De kennis over externe doorverwijzing ligt iets hoger: een kwart van de respondenten weet waar cliënten met vragen over seksuele oriëntatie (24%) of genderidentiteit (26%) naartoe kunnen worden verwezen, ongeveer een derde weet dit soms, en twee op de vijf geeft aan dit niet te weten (respectievelijk 41% en 39%). Voor intersekse is de situatie vergelijkbaar met intern advies/consultatie: 17% weet waar cliënten extern geholpen kunnen worden en de helft (50%) niet. Deze cijfers geven aan dat veel respondenten onvoldoende zicht hebben op interne en externe ondersteuningsmogelijkheden, met name voor intersekse, en dat er behoefte is aan duidelijke communicatie en toegankelijker informatie over deze ondersteuningskanalen.

TABEL 4.2.2 KENNIS OVER DOORVERWIJSMOGELIJKHEDEN* (% , N=664-1067)

	Ja	Soms wel/ soms niet	Nee
Weet je waar je intern advies/consultatie kunt vinden over:			
Seksuele oriëntatie	21	25	54
Genderidentiteit	20	24	56
Interseksualiteit**	13	20	67
Weet je waar je cliënten extern naartoe kan doorverwijzen met vragen over:			
Hun seksuele oriëntatie	24	36	41
Hun genderidentiteit	26	35	39
Hun interseksualiteit**	17	33	50

*Drie van de vier instellingen hebben deze vraag beantwoord.

**Twee van de vier instellingen hebben deze vraag beantwoord

4.3 Vaardigheden

Respondenten is gevraagd in hoeverre zij zich in staat voelen om met cliënten te praten over relaties, intimiteit en seksualiteit, en om ondersteuning te bieden bij vragen of problemen op dit terrein. Bij één-op-één-gesprekken over de onderwerpen voelt de helft van de respondenten (52%) zich erg in staat en 46% enigszins in staat, met een zeer klein deel (1%) dat aangeeft dit niet te kunnen (Tabel 4.3.1). Het wijzen van cliënten op goede informatie bij vragen over seksualiteit wordt door de meeste respondenten als haalbaar ervaren: drie op tien (28%) voelt zich erg in staat en bijna twee derde (63%) enigszins in staat; 10% geeft aan hierin niet of nauwelijks bekwaam te zijn. Het doorverwijzen naar passende hulpverlening bij problemen rond seksualiteit scoort iets lager: een kwart (27%) voelt zich erg in staat, drie op de vijf (59%) enigszins in staat en een op de zeven respondenten (15%) niet of helemaal niet in staat. Ook het bespreken van relaties, intimiteit en seksualiteit binnen de groep waarin men werkt wordt door de meeste respondenten als uitvoerbaar gezien, met een derde (34%) die zich erg in staat voelt en drie op de vijf (59%) enigszins in staat. Voor ondersteuning van cliënten die worstelen met hun seksuele oriëntatie voelt het merendeel zich in staat om hulp te bieden: een kwart (23%) erg in staat en bijna twee derde (63%) enigszins in staat. Bij vragen rond genderidentiteit ligt het zelfvertrouwen iets lager: een op de zes respondenten (18%) voelt zich erg in staat, drie op de vijf (60%) enigszins in staat en een kwart (23%) geeft aan zich niet of helemaal niet in staat te voelen om in dergelijke situaties hulp te bieden. Deze bevindingen geven aan dat de meeste respondenten redelijk vertrouwen hebben om over thema’s rond relaties, intimiteit en seksualiteit te spreken en cliënten hierin te ondersteunen, met een lichte afname van zelfvertrouwen bij complexere of specifiekere thema’s zoals genderidentiteit en doorverwijzing naar passende hulpverlening.

TABEL 4.3.1 ZELFBEOORDELING VAN HET VERMOGEN OM CLIËNTEN TE ONDERSTEUNEN BIJ RELATIES, INTIMITEIT EN SEKSUALITEIT* (% , N=602-1062)

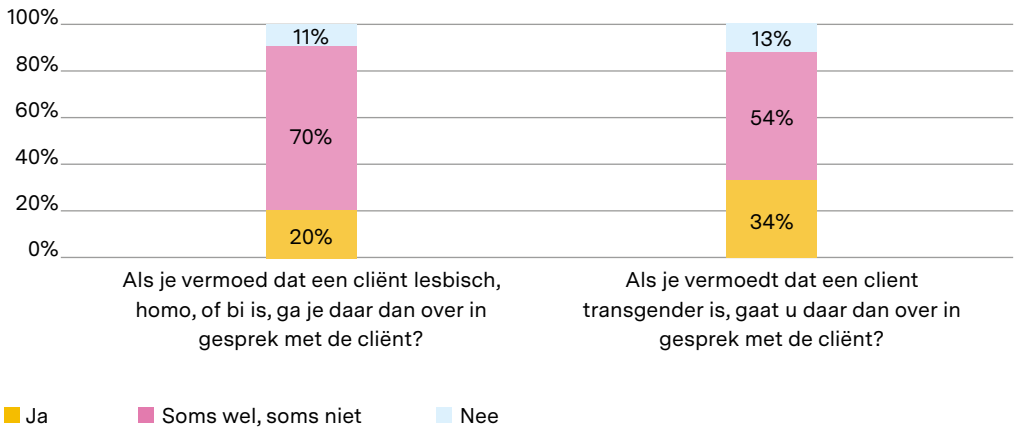
In hoeverre voel jij je in staat om...	Erg in staat	Enigszins in staat	Niet in staat	Helemaal niet in staat
Één op één met cliënten over relaties, intimiteit en seksualiteit te praten?	52	46	1	0
Cliënten bij vragen over seksualiteit te wijzen op goede informatie?	28	63	9	1
Cliënten bij problemen over seksualiteit te wijzen op goede hulpverlening?	27	59	14	1
In de groep, waar je het meest mee werkt, over relaties, intimiteit en seksualiteit te praten?**	34	59	7	1
Hulp te bieden aan een cliënt die worstelt met diens seksuele oriëntatie?	23	63	14	1
Hulp te bieden aan een cliënt die worstelt met diens genderidentiteit?	18	60	21	2

*Drie van de vier instellingen hebben deze vraag beantwoord.
**Vraag is alleen gesteld aan respondenten die met cliëntgroepen werken.

4.4 Handelen

We hebben de respondenten gevraagd of zij in gesprek gaan met een cliënt wanneer zij vermoeden dat deze lesbisch, homo, biseksueel of transgender is. Een op de vijf respondenten (20%) geeft aan altijd in gesprek te gaan wanneer zij vermoeden dat een cliënt lesbisch, homo of biseksueel is, zeven op de tien (70%) doen dit soms wel en soms niet, en een op de tien (11%) gaat hier niet over in gesprek (Figuur 4.4.1). Bij vermoedens dat een cliënt transgender is, geeft een derde van de respondenten (34%) aan altijd het gesprek aan te gaan, ruim de helft (54%) soms wel en soms niet en één op de acht (13%) doet dit niet. Deze cijfers tonen dat er variatie bestaat in de manier waarop respondenten omgaan met vermoedens over de seksuele oriëntatie of genderidentiteit van cliënten, waarbij de keuze om het gesprek aan te gaan vaak afhangt van de situatie of context.

FIGUUR 4.4.1 IN GESPREK GAAN MET CLIËNTEN BIJ VERMOEDENS OMTRENT LHB OF TRANSGENDER ZIJN (N=1540 EN N=1455)



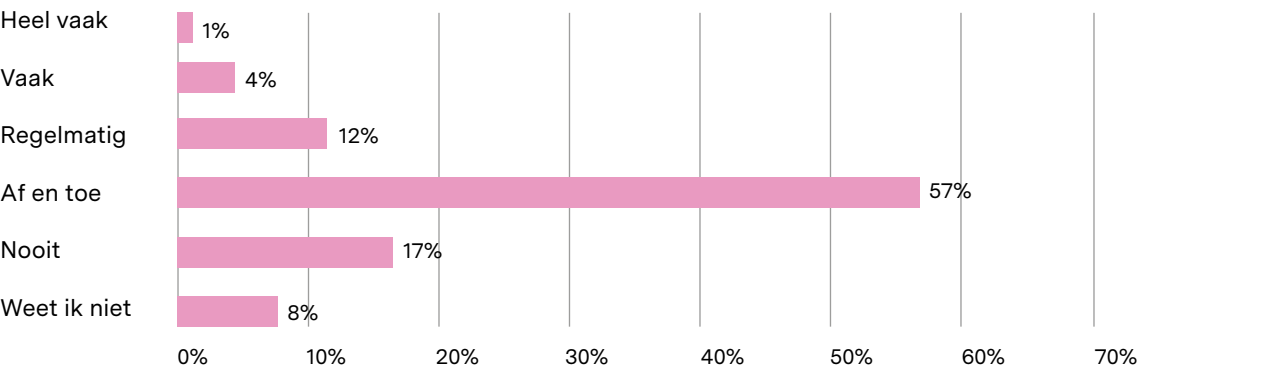
Aan respondenten die aangaven dat zij niet altijd in gesprek te gaan wanneer zij vermoeden dat een cliënt lesbisch, homo, biseksueel of transgender is, is gevraagd wat de redenen hiervoor zijn. Bij vermoedens dat een cliënt lesbisch, homo of biseksueel is, geeft het merendeel van de respondenten (65%) aan dat zij dit niet nodig vinden als het geen probleem is (Tabel 4.4.1). Andere veelgenoemde redenen zijn dat zij het onderwerp niet ‘bijzonder’ of ‘anders’ willen maken (36%), dat het niet bij de behandeldoelen past (31%) of dat zij de cliënt niet in verlegenheid willen brengen (26%). Kleinere groepen noemen dat zij het privé vinden (13%), bang zijn dat zij het mogelijk verkeerd hebben (11%), het ongemakkelijk vinden (4%) of niet weten hoe ze het moeten bespreken (2%). Bij vermoedens dat een cliënt transgender is, zien we een vergelijkbaar patroon: ongeveer de helft (54%) vindt het niet nodig is als het geen probleem vormt, een kwart van de respondenten wil het onderwerp niet bijzonder maken (26%), wil het niet laten conflicteren met de behandeldoelen (27%) of de cliënt niet in verlegenheid brengen (25%). Ook hier geven kleinere groepen aan dat zij bang zijn het mogelijk verkeerd te hebben (17%), het privé vinden (14%), niet weten hoe zij het moeten bespreken (8%) of het ongemakkelijk vinden (5%). Deze resultaten laten zien dat respondenten vaak afwegen of het gesprek nodig is en of het de behandelrelatie kan beïnvloeden. Voor zowel vermoedens over seksuele oriëntatie als genderidentiteit speelt het vermijden van het ‘bijzonder’ maken van het onderwerp en het niet in verlegenheid brengen van de cliënt een rol.

TABEL 4.4.1 REDENEN OM NIET (ALTIJD) IN GESPREK TE GAAN MET CLIËNTEN BIJ VERMOEDENS OMTRENT LHB OF TRANSGENDER ZIJN (% , N=1243 EN N=978)

	Lesbisch, homo of bi	Transgender
Ik vind het niet nodig als het geen probleem is	65	54
Ik wil het onderwerp niet ‘bijzonder’ of ‘anders’ maken	36	26
Het past niet bij de behandeldoelen	31	27
Ik wil de cliënt niet in verlegenheid brengen	26	25
Anders	23	25
Ik vind het privé	13	14
Ik ben bang dat ik het mogelijk verkeerd heb	11	17
Ik wil de behandelrelatie niet negatief beïnvloeden	7	8
Ik weet niet hoe ik dat kan doen	2	8
Ik vind dat ongemakkelijk	4	5

Respondenten is gevraagd hoe vaak cliënten negatieve opmerkingen maken over LHBTQIA+ personen¹. Het merendeel van de respondenten (57%) geeft aan dat dit af en toe voorkomt (Figuur 4.4.2). Een kleiner deel ervaart dergelijke opmerkingen regelmatig of vaak (respectievelijk 12% en 5%) en een op de zes (17%) meldt dit nooit mee te maken. Over het geheel genomen zijn negatieve opmerkingen door cliënten meestal incidenteel, met een minderheid die er vaker mee te maken heeft.

FIGUUR 4.4.2 MATE WAARIN CLIËNTEN NEGATIEVE OPMERKINGEN MAKEN OVER LHBTQIA+ PERSONEN* (N=1052)

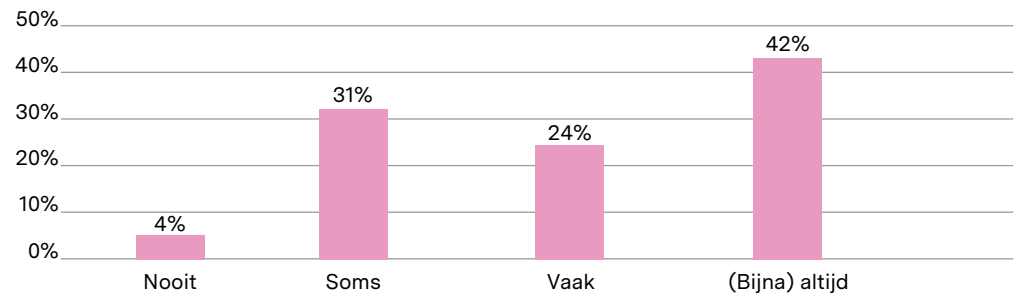


*Drie van de vier instellingen hebben deze vraag beantwoord.

¹ In de vragenlijst wordt de afkorting LHBTQIA+ gebruikt. Voor consistentie is deze hier ook gebruikt. In de rest van het rapport gebruiken we lhbti+ als afkorting.

Vervolgens is aan de respondenten gevraagd hoe zij reageren wanneer een cliënt een negatieve opmerking maakt over LHBTQIA+ personen. Twee op de vijf respondenten (42%) geeft aan hier (bijna) altijd iets van te zeggen en een kwart (24%) doet dit vaak (Figuur 4.4.3). Een derde (31%) reageert soms en een klein deel van de respondenten (4%) zegt nooit iets.

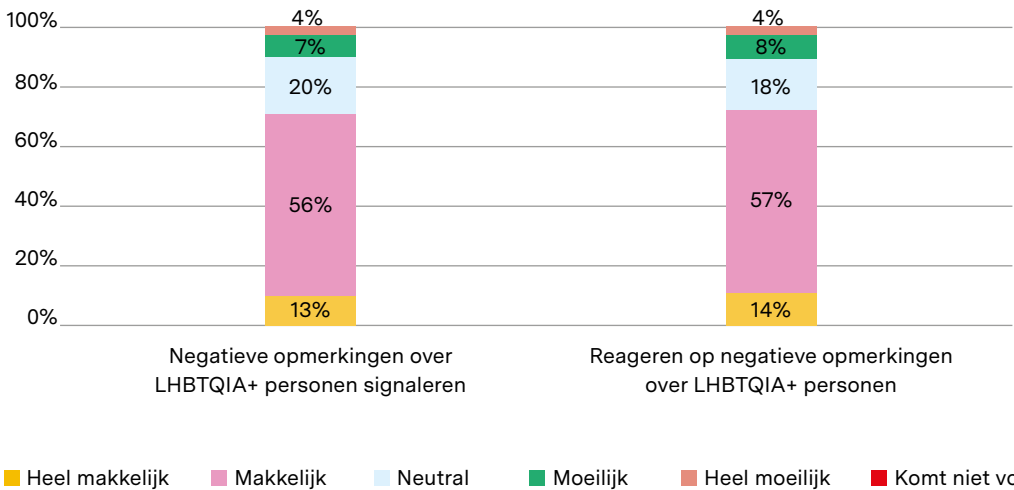
FIGUUR 4.4.3 REACTIES OP NEGATIEVE OPMERKINGEN OVER LHBTI+ PERSONEN (N=1330)



4.5 Groepsdynamiek

Respondenten is gevraagd hoe zij het ervaren om negatieve opmerkingen over LHBTQIA+ personen te signaleren en hierop te reageren binnen de groep waarmee zij het meest werken. Bij het signaleren van zulke opmerkingen geeft ruim de helft van de respondenten (56%) aan dit makkelijk te vinden en ongeveer één op de acht (13%) heel makkelijk (Figuur 4.5.1). Een klein deel (7%) vindt dit moeilijk. Voor het reageren zijn de ervaringen vergelijkbaar: bijna drie op de vijf (57%) vindt dit makkelijk, een op de zeven (14%) heel makkelijk en 8% moeilijk. In beide gevallen geeft 4% van de respondenten aan dat zij dergelijke opmerkingen in hun werk niet tegenkomen. Deze resultaten laten zien dat de meerderheid van de respondenten het signaleren en reageren op negatieve opmerkingen over LHBTQIA+ personen over het algemeen als gemakkelijk ervaart, terwijl een kleiner deel dit lastig vindt of aangeeft dat dergelijke situaties in hun werk niet voorkomen.

FIGUUR 4.5.1 SIGNALEREN EN REAGEREN OP NEGATIEVE OPMERKINGEN OVER LHBTQIA+ PERSONEN (N=462)

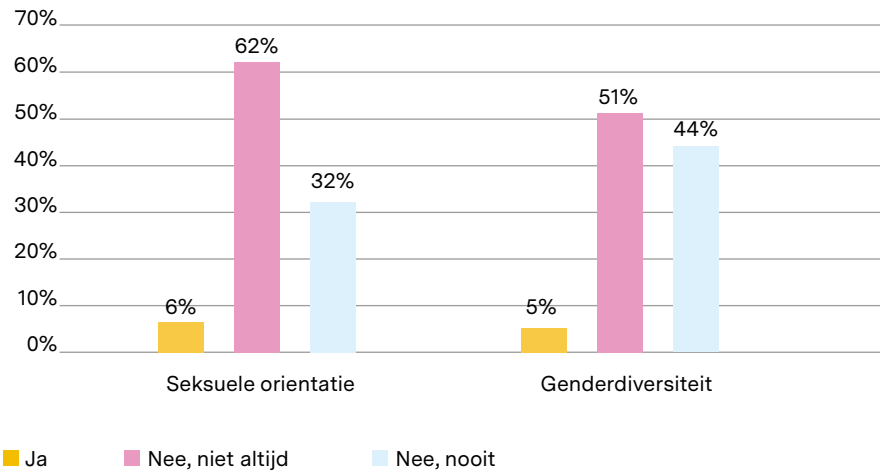


Heel makkelijk Makkelijk Neutral Moeilijk Heel moeilijk Komt niet voor

² In de vragenlijst wordt de afkorting LHBTQIA+ gebruikt. Voor consistentie is deze hier ook gebruikt. In de rest van het rapport gebruiken we lhbt+ als afkorting.

Aan de respondenten die met groepen werken is gevraagd of zij seksuele oriëntatie en genderdiversiteit bespreken met elke groep waarmee zij werken. Voor seksuele oriëntatie zegt 6% dat dit altijd gebeurt, en voor genderdiversiteit 5% (Figuur 4.5.2). Bij bijna twee derde van de respondenten (62%) komt seksuele oriëntatie niet altijd aan bod, bij genderdiversiteit geldt dit voor de helft (51%). Respectievelijk 32% en 44% van de respondenten geeft aan dat deze onderwerpen nooit worden besproken.

FIGUUR 4.5.2 BESPREKEN VAN SEKSUELE ORIËNTATIE EN GENDERDIVERSITEIT IN DE GROEP* (N=306)



Ja Nee, niet altijd Nee, nooit

Aan respondenten die aangaven dat zij de onderwerpen seksuele oriëntatie en genderdiversiteit niet altijd bespreken in hun cliëntgroepen, is gevraagd naar de redenen hiervoor. De meest genoemde reden is dat het onderwerp niet past bij de behandeldoelen van de groep, iets wat bijna twee op de vijf respondenten (respectievelijk 39% en 35%) aangeeft voor beide thema's (Tabel 4.5.1). Ook geeft een derde (respectievelijk 35% en 31%) aan dat het onderwerp geen prioriteit heeft. Een kwart van de respondenten (respectievelijk 30% en 25%) zegt dat zij liever wachten tot het onderwerp vanzelf ter sprake komt. Dit suggereert dat sommigen een meer afwachterende houding aannemen en ruimte laten voor spontane momenten waarop cliënten het thema zelf inbrengen. Een andere veelgenoemde reden is dat men het onderwerp niet als 'bijzonder' of 'anders' wil maken (respectievelijk 26% en 21%), wat duidt op een streven naar normalisering en inclusie, waarbij seksuele oriëntatie en genderdiversiteit gezien worden als vanzelfsprekend onderdeel van de diversiteit binnen de groep. Daarnaast noemen enkele respondenten dat het een privéonderwerp is (respectievelijk 18% en 16%) of dat zij cliënten niet in verlegenheid willen brengen (respectievelijk 17% en 13%). Enkelen geven aan niet goed te weten hoe zij het onderwerp kunnen bespreken of bang te zijn voor negatieve reacties van cliënten of collega's, al komt dit relatief weinig voor. De verdeling van de redenen voor seksuele oriëntatie en genderdiversiteit komt grotendeels overeen, wat suggereert dat de overwegingen om deze thema's nog niet te bespreken voor beide onderwerpen vergelijkbaar zijn. Samengevat hebben de belangrijkste redenen vooral te maken met relevantie, prioriteit en timing binnen de behandeling, terwijl een kleiner deel terughoudend is uit onzekerheid of angst voor negatieve reacties. Dit geeft aan dat de meeste groepswerkers in principe openstaan voor het bespreken van deze thema's, maar dit willen doen op momenten die aansluiten bij de context en de behoeften van de groep.

TABEL 4.5.1 REDENEN OM SEKSUELE ORIËNTATIE OF GENDERDIVERSITEIT NIET TE BESPREKEN IN DE GROEP* (% , N=288 EN N=291)

	Seksuele oriëntatie	Genderdiversiteit
Het past niet bij de behandeldoelen van de groep	39	35
Het onderwerp heeft geen prioriteit	35	31
Ik wacht liever af tot het onderwerp vanzelf ter sprake komt	30	25
Ik wil het onderwerp niet 'bijzonder' of 'anders' maken	26	21
Anders	20	20
Ik vind het privé	18	16
Ik wil de cliënten niet in verlegenheid brengen	17	13
Ik weet niet hoe ik dat kan doen	5	9
Ik ben bang voor negatieve reacties van cliënten	4	3
Ik ben bang voor negatieve reacties van collega's	2	1

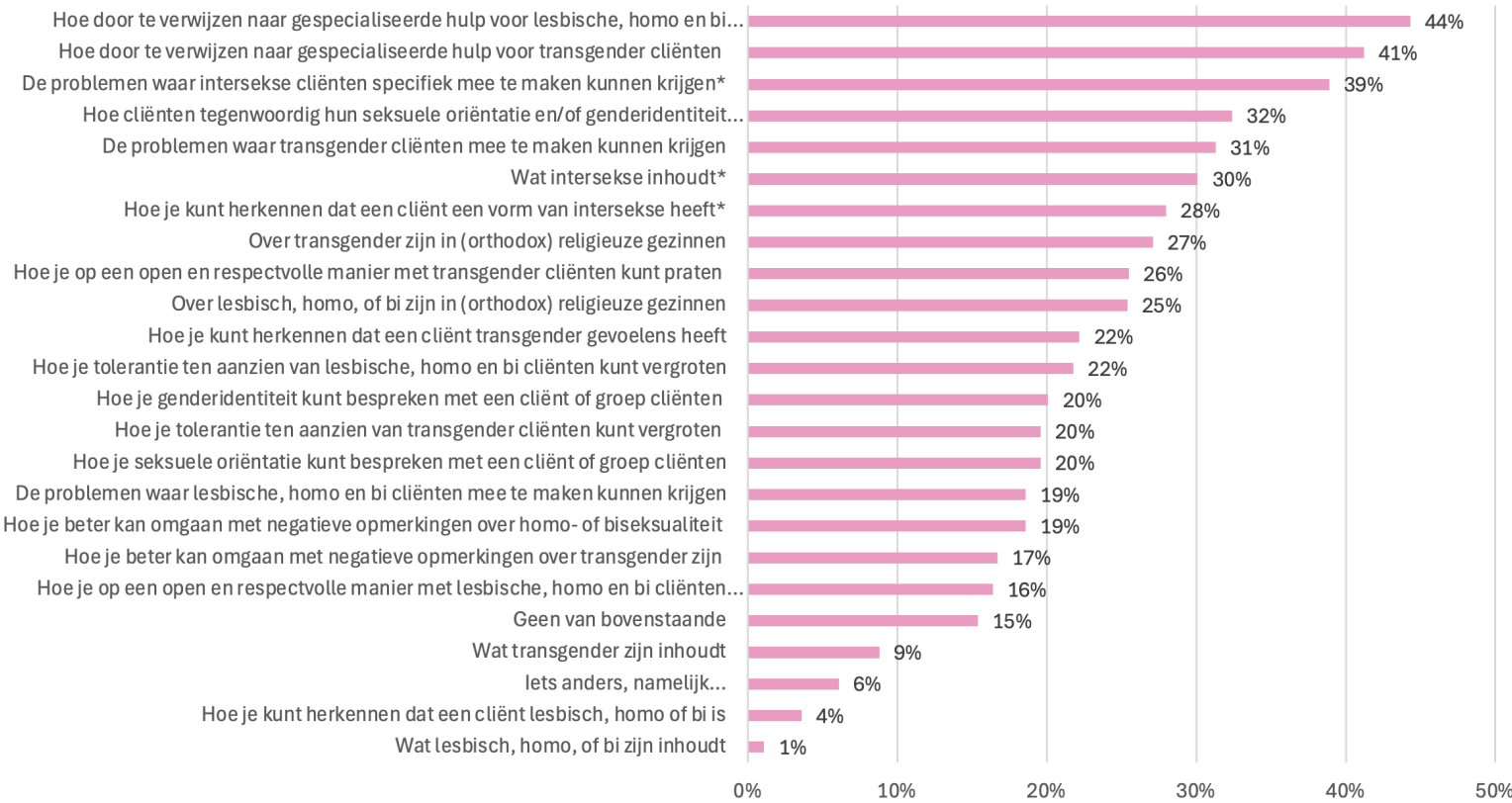
*Drie van de vier instellingen hebben deze vraag beantwoord.

4.6 Ondersteuningsbehoefte

Afsluitend is gevraagd op welke thema’s respondenten graag meer kennis zouden willen opdoen met betrekking tot seksuele oriëntatie, genderidentiteit en intersekse. Er is een duidelijke spreiding te zien in de onderwerpen waarin men zich verder wil verdiepen, met een opvallende nadruk op praktische kennis en ondersteuning van cliënten die tot deze doelgroepen behoren. Het grootste deel van de respondenten (44%) wil meer weten over hoe zij kunnen doorverwijzen naar gespecialiseerde hulp voor lesbische, homo- en biseksuele cliënten, gevolgd door doorverwijzing naar hulp voor transgender cliënten (41%, Figuur 4.6.1). Dit duidt erop dat veel hulpverleners behoefte hebben aan concrete handvatten om cliënten adequaat te kunnen begeleiden naar passende zorg of ondersteuning. Daarnaast is er veel belangstelling voor kennis over de problemen waar intersekse cliënten specifiek mee te maken kunnen krijgen (39%) en over hoe cliënten tegenwoordig hun seksuele oriëntatie en/of genderidentiteit omschrijven (32%). Ook de thema’s rond de problemen van transgender cliënten (31%) en wat intersekse inhoudt (30%) worden door een aanzienlijk deel genoemd, wat duidt op een groeiend bewustzijn van de diversiteit aan gender- en sekseverschillen en een wens om deze beter te begrijpen. Verder geeft een kwart van de respondenten aan meer te willen weten over transgender zijn in (orthodox-)religieuze gezinnen (27%) en over lesbisch, homo of bi zijn in dergelijke contexten (25%), wat suggereert dat hulpverleners zich bewust zijn van de extra uitdagingen die religieuze overtuigingen kunnen meebrengen. Een klein deel (4%) wil meer weten over hoe te herkennen dat een cliënt lesbisch, homo of bi is, en 1% over wat deze identiteiten precies inhouden. Dit kan erop duiden dat hulpverleners zich over het algemeen al voldoende geïnformeerd voelen over deze onderwerpen, of dat de aandacht zich inmiddels meer richt op trans en intersekse thema’s, waarover nog minder kennis blijkt te zijn. Tot slot geeft 15% aan geen verdere informatie over deze thema’s te willen ontvangen, wat erop wijst dat de meerderheid van de hulpverleners openstaat voor verdere verdieping, met name op het gebied van genderdiversiteit, intersekse en doorverwijzing naar passende hulp.

FIGUUR 4.6.1 ONDERSTEUNINGSBEHOEFTE VAN HULPVERLENERS (N=1140-1650)

Ik zou graag meer willen weten over...



5. Conclusie en discussie

Dit hoofdstuk geeft antwoord op de onderzoeksvraag ‘Wat is de stand van zaken van lhbti+ sensitieve zorg in ggz-instellingen in Nederland?’. De verschillende deelvragen worden hieronder beantwoord en geven samen een concluderend antwoord op de stand van zaken van lhbti+ sensitieve zorg in de ggz in Nederland. De bevindingen worden per deelvraag geïnterpreteerd aan de hand van actuele wetenschappelijke literatuur.

5.1 Wat is het huidige sociale klimaat binnen de ggz rondom lhbti+ sensitieve zorg?

Het sociale klimaat binnen de onderzochte ggz-instellingen ten aanzien van lhbti+ sensitieve zorg laat een gemengd beeld zien. Uit de resultaten blijkt dat een meerderheid van de niet-heteroseksuele medewerkers zich in staat voelt om open te zijn over hun seksuele oriëntatie op de werkvloer. Tweeënzestig procent van de lhb-medewerkers voelt zich comfortabel genoeg om hun seksuele oriëntatie te delen met in ieder geval het merendeel van hun collega’s. Tegelijkertijd blijkt dat een kwart van de respondenten slechts open is naar sommige collega’s of een enkeling, en 13% naar niemand open is over hun seksuele oriëntatie. Dit wijst erop dat er aanzienlijke verschillen bestaan in de mate waarin medewerkers zich veilig voelen om hun identiteit te delen.

Wat betreft negatieve ervaringen geeft een ruime meerderheid van de niet-heteroseksuele medewerkers aan dat zij deze zelden of nooit meemaken. Driekwart heeft nooit meegemaakt dat hun seksuele oriëntatie in conflictsituaties werd gebruikt, en twee derde heeft nooit negatieve opmerkingen van collega’s ervaren. Ook wat betreft buitensluiting geeft twee derde aan zich nooit buitengesloten te hebben gevoeld vanwege hun seksuele oriëntatie. Echter, een minderheid heeft wel negatieve ervaringen. Ongeveer 13% tot 24% van de niet-heteroseksuele medewerkers heeft een of meerdere keren te maken gehad met negatieve opmerkingen, buitensluiting, of het gebruik van hun seksuele oriëntatie in conflictsituaties.

Deze bevindingen worden ondersteund door de bredere houdingsmeting onder alle medewerkers, waaruit een overwegend positieve houding blijkt ten aanzien van seksuele en genderdiversiteit. Vrijwel alle respondenten geven aan zich op hun gemak te voelen bij homo- en biseksuele personen, en zich comfortabel te voelen bij gender non-conformiteit. Samenvattend kan daarom gesteld worden dat het sociale klimaat binnen de ggz rondom lhbti+ sensitieve zorg overwegend positief is, met een meerderheid van medewerkers die een accepterende houding heeft en waarin veel lhb-medewerkers zich veilig genoeg voelen om open te zijn. Tegelijkertijd blijft er een aanzienlijke groep medewerkers die deze openheid niet ervaart en/of te maken heeft met negatieve ervaringen, wat laat zien dat er nog werk nodig is om het klimaat voor iedereen veilig en inclusief te maken.

Het percentage medewerkers dat negatieve ervaringen rapporteert (13%-24%) lijkt op het eerste gezicht beperkt, maar wijst op een belangrijk verschil tussen waargenomen acceptatie en daadwerkelijke veiligheid. Hoewel bijna alle medewerkers zich op hun gemak voelen bij lhb-personen, ervaart deel van lhb-medewerkers wel negatieve incidenten. Dit verschil duidt mogelijk op een kloof tussen expliciete attitudes en impliciete vooroordelen. Onderzoek naar werkplekdiscriminatie laat zien dat vooroordelen zich vaak uiten in subtielere vormen: microagressies, oftewel subtiele verbale, gedragsmatige of omgevingsonvriendelijkheden die vijandige of denigrerende boodschappen overbrengen naar gemarginaliseerde groepen (Galupo & Resnick, 2016; Nadal, 2019). Deze kunnen bestaan uit het vermijden van onderwerpen, “onschuldige grappen” of subtiele afkeurende reacties die niet als discriminatie worden herkend door degene die ze uit. Psychologische veiligheid, waarbij medewerkers zich vrij voelen om zich uit te spreken zonder angst voor negatieve consequenties, is echter essentieel voor een gezond werkklimaat (Ip et al., 2025). Incidenten van buitensluiting of negatieve opmerkingen kunnen een “chilling effect” hebben: andere lhb-medewerkers pikken dit op als een signaal dat volledige openheid risico’s met zich meebrengt, wat zou kunnen verklaren waarom 38% niet volledig open is op de werkvloer.

5.2 Wat is de houding van medewerkers binnen de ggz ten opzichte van lhbti+ personen?

De houding van ggz-medewerkers ten opzichte van lhbti+ personen is overwegend positief. Vrijwel alle respondenten (96%) voelen zich op hun gemak bij homo- en biseksuele personen en bij gender non-conformiteit (93%-95%). Ook worden stereotypen breed afgewezen: 80%-88% verwerpt negatieve opvattingen over lhbti+ personen, en 91% zou weinig tot geen moeite hebben als hun kind een relatie had met iemand van hetzelfde geslacht. Tegelijkertijd wijst een derde van de respondenten (36%) erop dat collega’s bij voorbaat uitgaan van heteroseksualiteit bij cliënten. De houding is dus overwegend accepterend op expliciet niveau, maar er blijft ruimte voor verbetering op het gebied van onbewuste vooroordelen.

Deze algemene positieve expliciete attitudes sluiten aan bij internationale bevindingen. Systematische reviews tonen dat ggz-professionals over het algemeen bevestigende attitudes hanteren (Cruciani et al., 2024; Cutillas-Fernández et al., 2023). Een belangrijk vraagstuk is echter het verschil tussen expliciete en impliciete bias. Sabin et al. (2015) toonden in hun onderzoek onder diverse zorgverleners – waaronder artsen, verpleegkundigen en mentale gezondheid professionals – dat impliciete voorkeuren voor heteroseksuele personen boven lesbische vrouwen en

homoseksuele mannen sterker waren dan expliciete voorkeuren. Cruciani et al. (2024) merken in hun systematische review op dat onderzoek naar impliciete attitudes van ggz-professionals schaars is, terwijl juist deze onbewuste vooroordelen relevant kunnen zijn voor de therapeutische praktijk. Dit benadrukt het belang van bewustwording bij professionals over het mogelijke verschil tussen hun bewuste, expliciete attitudes en onbewuste, impliciete vooroordelen.

Dit verschil tussen expliciete en impliciete attitudes heeft belangrijke consequenties. Marchi et al. (2024) toonden aan dat microagressies, voortkomend uit impliciete vooroordelen zoals heteronormatieve aannames, significant geassocieerd zijn met depressie, angst, suïcidepogingen en alcoholmisbruik bij lhbti+-personen. Morris et al. (2019) constateerden in hun systematische review dat hoewel trainingen effectief zijn in het verbeteren van expliciete attitudes, geen enkele interventie veranderingen in impliciete bias beoordeelde. De bevindingen benadrukken dat positieve expliciete attitudes slechts één laag vertegenwoordigen. Training zou zich ook moeten richten op het bewust maken van en doorbreken van automatische aannames en impliciete bias die de kwaliteit van zorg kunnen ondermijnen.

5.3 Wat is de kennis van de medewerkers over lhbti+ personen en lhbti+ sensitieve zorg?

De kennis van ggz-medewerkers over lhbti+ personen en sensitieve zorg neemt af naarmate onderwerpen minder bekend zijn. Voor homo- en biseksualiteit schat 88% van de respondenten hun kennis als goed of voldoende in; voor intersekse daalt dat naar 30%. Ook bij genderidentiteit (58% goed/voldoende) en genderexpressie (42% goed/voldoende) liggen de percentages lager dan bij homo- en biseksualiteit. De bekendheid met basisterminologie is redelijk: asexueel (94%), non-binair (87%) en queer (73%) zijn bij een meerderheid bekend. Termen als pansexueel (61%) en intersekse (62%) zijn minder bekend.

Een kennisgat bestaat op het gebied van praktische doorverwijzing en ondersteuning. Meer dan de helft van de respondenten weet niet waar zij intern advies kunnen vinden over seksuele oriëntatie (54%) of genderidentiteit (56%), en voor intersekse loopt dit op tot 67%. Ook externe doorverwijsmogelijkheden zijn onvoldoende bekend: ongeveer 40%-50% van de medewerkers weet niet waar cliënten met vragen over lhbti+ thematiek naartoe kunnen worden verwezen. De grootste behoefte bestaat aan praktische kennis over doorverwijzing naar gespecialiseerde hulp voor lhb-clients (44%) en transgender cliënten (41%), gevolgd door kennis over de specifieke problemen van intersekse cliënten (39%) en wat intersekse inhoudt (30%). Dit laat zien dat medewerkers zich bewust zijn van dit kennisgat en behoefte hebben aan concrete handvatten voor gepaste cliëntbegeleiding. Deze bevindingen komen overeen met internationaal onderzoek. Cruciani et al. (2024) analyseerden 13.110 ggz-professionals wereldwijd en zagen hetzelfde patroon: professionals hebben meestal een positieve houding tegenover lhbti+ personen, maar missen vaak de kennis en vaardigheden om goede zorg te bieden. De professionals gaven zelf aan dat ze onvoldoende voorbereid zijn op de specifieke behoeften van lhbti+ cliënten en dat er te weinig trainingsmogelijkheden zijn. Dit patroon herkennen we ook in Nederland: een positieve houding alleen is niet genoeg.

Het goede nieuws is dat veel medewerkers graag meer willen leren. Yu et al. (2023) analyseerden 44 studies over lhbti+ trainingen en vonden positieve effecten op kennis, vaardigheden en gedrag van professionals. Vooral trainingen die theorie, oefening en gesprek combineren zijn effectief. Ook helpt het als lhbti+ personen zelf meewerken als trainer. Morris et al. (2019) zagen dat persoonlijk contact met lhbti+ personen en leren door te doen het comfort verhoogde. Wel is het belangrijk dat trainingen zich richten op praktische vaardigheden, niet alleen op kennis en attitudes. Bidell (2017) ontwikkelde de LGBT Development of Clinical Skills Scale (LGBT-DOCSS), die drie domeinen meet: klinische voorbereiding, bewustzijn van attitudes en basiskennis. Goede zorg vraagt om meer dan positieve attitudes: concrete vaardigheden zijn essentieel om lhbti+ sensitieve zorg te kunnen bieden.

5.4 Wat zijn de vaardigheden van medewerkers in het bieden van lhbti+ sensitieve zorg?

We zien dat medewerkers binnen ggz-instellingen voldoende vertrouwen hebben in hun eigen vaardigheden rondom de thema’s relaties, intimiteit en seksualiteit. De resultaten laten zien dat 52% van de respondenten aangeeft erg in staat te zijn om relaties, intimiteit en seksualiteit bespreekbaar te maken, en 46% van de respondenten enigszins in staat. Maar 1% geeft aan zich niet in staat te voelen om deze onderwerpen bespreekbaar te maken. Voor respondenten die werken in een groep is 34% erg in staat en 59% enigszins in staat om relaties, intimiteit en seksualiteit bespreekbaar te maken. Dit vertrouwen neemt af naarmate de onderwerpen specifiekere worden. Zo geeft 28% van de respondenten aan zich erg in staat te voelen om cliënten te wijzen op goede informatie rondom seksualiteit en 27% voelt zich erg in staat om cliënten door te verwijzen naar passende hulpverlening. Daarnaast voelt een op de zeven respondenten (15%) zich niet of nauwelijks bekwaam in het doorverwijzen naar passende hulpverlening. We zien ook dat een op de zeven respondenten (15%) zich niet of nauwelijks in staat voelt om hulp te bieden bij iemand de worstelt met diens seksuele oriëntatie. Bij cliënten die

worstelen met genderidentiteit is dit zelfs bijna een kwart van de respondenten (23%).

Hoe dit zich door vertaalt naar handelen is moeilijk te zeggen. Twintig procent van de respondenten geeft aan altijd in gesprek te gaan bij vermoeden dat een cliënt lesbisch, homo of biseksueel is (70% doet dit soms en 11% doet dit niet). Vierendertig procent van de respondenten geeft aan dit altijd te doen bij vermoeden dat een cliënt transgender is (54% doet dit soms en 13% doet dit niet). Van de respondenten die het niet aankaarten geeft 2% bij lesbisch, homo of bi en 8% bij transgender aan dit niet te doen omdat ze niet weten hoe. Terwijl de voornaamste redenen zijn dat de respondent het niet nodig te vinden als het geen probleem is (65% bij lhb en 54% bij trans), het onderwerp niet ‘bijzonder’ of ‘anders’ willen maken (36% lhb, 26% trans) of dat het niet past bij de behandeldoelen (31% lhb, 27% trans). Op de vraag hoe respondenten reageren wanneer een cliënt een negatieve opmerking maakt over lhbtqa+ personen geeft 42% aan hier (bijna) altijd iets over te zeggen, 24% doet dit vaak, 31% reageert soms en 4% zegt nooit iets.

Onderzoek laat zien dat de meeste cliënten het positief ervaren als uitgevraagd wordt naar iemands seksuele oriëntatie (Dekker, 2018). Daarbij helpt het om de eventuele invloed op gezondheidsproblemen te benoemen bij het creëren van openheid over seksuele identiteit (Dielissen, 2018). Zorgprofessionals moeten cliënten het idee geven dat ze welkom zijn, het actief benoemen van seksuele oriëntatie of genderidentiteit al dan niet in relatie tot de zorgvraag kan hierbij helpen. Een langdurige zorgrelatie met de cliënt is een bevorderende factor bij het bespreekbaar maken van seksuele diversiteit, een zorgverlener kan daarmee een eerste stap zetten (Brooks et al., 2018).

5.5 Wat is de groepsdynamiek binnen de ggz rondom lhbti+ sensitieve zorg?

Bijna twee vijfde van de respondenten (36%) werkt met groepen cliënten. Bij groepsbehandeling is er meestal een andere aanpak dan bij individuele hulpverlening. We zien dat meer dan de helft van de medewerkers die werken met groepen het (heel) makkelijk vinden om zowel negatieve opmerkingen over lhbtqa+ personen te signaleren (69%) als op te reageren (71%). De rest ervaart dit als neutraal of (heel) moeilijk.

Tegelijkertijd zien we dat een groot deel van de medewerkers seksuele oriëntatie (32%) en genderdiversiteit (44%) nooit bespreekbaar maken. De grootste groep geeft aan ‘nee, niet altijd’, 62% bij seksuele oriëntatie en 51% bij genderdiversiteit. Voornaamste reden is dat het niet past bij de behandeldoelen van de groep (39% seksuele oriëntatie, 35% genderdiversiteit), andere redenen zijn dat het onderwerp niet als prioriteit wordt gezien (35% en 31%) of dat men liever afwacht totdat het onderwerp vanzelf ter sprake komt (30% en 25%).

Het proactief bespreekbaar maken van seksuele en genderdiversiteit draagt bij aan psychologische veiligheid binnen de groep. Groepstherapie is geschikt voor lhbti+ populaties vanwege het belang van sociale verbondenheid (Craig et al., 2022). Echter, dit vereist een veilige ruimte waarin diversiteit expliciet welkom is. Door af te wachten kunnen hulpverleners onbedoeld de boodschap afgeven dat lhbti+ identiteiten niet belangrijk zijn in de behandeling. Dit kan de therapie schaden. Door er juist wél proactief over te praten, creëer je een veilige groepsruimte waarin alle identiteiten welkom zijn. Dit helpt cliënten om vertrouwen op te bouwen en zich open te stellen over wie ze zijn (Buckley et al., 2025; Craig et al., 2022). Onderzoek uit Canada toont eveneens aan dat affirmatieve cognitieve gedragstherapie (CGT) in groepsverband specifiek voor lhbti+ jongeren effectief is, zowel bij het verminderen van depressieve klachten als bij het ontwikkelen van vaardigheden om om te gaan met algemene én minderheidsgerelateerde stressoren (Craig et al., 2021).

5.6 Wat is de ondersteuningsbehoefte van ggz-professionals rondom lhbti+ sensitieve zorg?

Het laatste onderdeel geeft inzicht in de ondersteuningsbehoefte van ggz-medewerkers. Er ligt vooral nadruk op praktische kennis en ondersteuning van cliënten, zoals het doorverwijzen naar gespecialiseerde hulp voor lesbische, homo, bi+ (44%) en transgender cliënten (41%). Dit komt ook overeen met dat maar een op de vijf respondenten bekend is met zowel interne als externe ondersteuningsmogelijkheden.

Intersekse is ook een doelgroep waar nog veel ondersteuningsbehoefte naar is. We zien bijvoorbeeld dat er behoefte is aan meer informatie over waar intersekse personen mee te maken krijgen (39%), wat intersekse inhoudt (30%) en hoe je kan herkennen dat een cliënt een vorm van intersekse heeft (28%). Daarnaast is er ook veel behoefte over hoe cliënten hun seksuele oriëntatie en/of genderidentiteit tegenwoordig omschrijven (32%). Dit laat zien dat ggz-medewerkers behoefte hebben aan hebben behoefte aan concrete handvatten om cliënten goed te begeleiden.

Ggz-professionals hebben minder behoefte aan kennis over algemenere thema’s als hoe je seksuele oriëntatie kunt bespreken met een cliënt of groep cliënten (20%), de problemen waar lesbische, homo en bi cliënten mee te maken

kunnen krijgen (19%), wat transgender zijn inhoudt (9%) en wat lesbisch, homo of bi zijn inhoudt (1%). Dit laat zien dat ggz-professionals over het algemeen goed geïnformeerd zijn over deze thema’s. Er is wel behoefte aan thema’s met extra uitdagingen zoals transgender in (orthodox-)religieuze gezinnen (27%) en over lesbische, homo of bi zijn in (orthodox-)religieuze gezinnen (25%).

5.7 Beperkingen van het onderzoek

De data uit dit onderzoek is verzameld over een periode van vijf jaar (2019-2024) en combineert resultaten van verschillende ggz-instellingen. Dit betekent dat de bevindingen een algemeen beeld schetsen van lhbti+ sensitieve zorg in de ggz-sector over deze periode, maar niet noodzakelijkerwijs representatief zijn voor individuele instellingen op een specifiek moment. Het is mogelijk dat er tussen instellingen significante verschillen bestaan in sociaal klimaat, en dat er over de tijd heen veranderingen zijn opgetreden. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op het identificeren van best practices bij instellingen met een bijzonder positief sociaal klimaat, en op het monitoren van trends over tijd binnen dezelfde instellingen.

Ook is het van belang om te erkennen dat de data gebaseerd is op zelfrapportage. Hoewel zelfrapportage waardevolle inzichten geeft in de subjectieve ervaringen van medewerkers, vertelt het niet het hele verhaal. Dit geldt met name voor de kennisvragen: medewerkers schatten hun eigen kennis in, maar deze is niet objectief getoetst. Een inschatting als ‘voldoende kennis’ zegt niets over de diepgang of juistheid van die kennis - bijvoorbeeld of men begrijpt dat intersekse een breed spectrum van lichamelijke variaties betreft.

Het zou daarom waardevol zijn om deze bevindingen te trianguleren met andere databronnen, zoals interviews met lhbti+ medewerkers, objectieve kennistoetsing, observaties van teamdynamiek, of een analyse van HR-data over meldingen van discriminatie of intimidatie. Daarnaast zou het interessant zijn om de ervaringen van lhbti+ cliënten te onderzoeken: ervaren zij het klimaat binnen de ggz op dezelfde manier als lhbti+ medewerkers, of zijn er discrepanties tussen de medewerkerervaringen en cliëntervaringen?

6. Aanbevelingen

Op basis van de conclusies formuleren we aanbevelingen om lhbti+ sensitieve zorg in de ggz te verbeteren. Het onderzoek toont een goede basis: medewerkers hebben overwegend positieve attitudes en voldoende kennis over homo- en biseksualiteit. Tegelijkertijd zijn belangrijke stappen nodig op het gebied van genderdiversiteit, intersekse, praktische vaardigheden en het doorbreken van impliciete vooroordelen. De aanbevelingen zijn opgesplitst naar management/beleid en professionals.

6.1 Voor management en beleid

Als manager en beleidsmaker heb je invloed op de kwaliteit van de zorg en de veiligheid binnen het team en de organisatie. Hieronder zijn enkele aanbevelingen geschreven die je op weg kunnen helpen.

6.1.1 Beleid en organisatie

Inclusief beleid zorgt voor een goede fundering binnen de organisatie. Het zorgt dat kaders en processen helder en homogeen zijn geformuleerd. Medewerkers weten waar ze zich aan vast kunnen houden en de kwaliteit van de zorg kan worden bewaakt. Je kan hierbij denken aan:

- Het expliciet formuleren van lhbti+ diversiteitsbeleid. Met concrete doelstellingen en kwaliteitsindicatoren zoals het opnemen van kwaliteitsvragen rondom lhbti+ sensitieve zorg in het cliënt- of patiëntervaringsonderzoek.
- Stel aandachtsfunctionaris/diversiteitscoördinator aan die beleid opstelt en deze bewaakt. Daarnaast helpt het om één centraal aanspreekpunt te hebben m.b.t. lhbti+ sensitieve zorg.
- Zorg voor zichtbare inclusiviteit (regenboogvlag, genderneutraal toiletten, inclusief taalgebruik). Kleine zichtbare inclusiviteit kan al veel doen als het gaat om het creëren van een veilige omgeving.
- Vier en herdenk belangrijke gebeurtenissen. Het vieren van Pride of het herdenken van Internationale Transgender Gedenkdag (waar stil wordt gestaan bij de trans personen die vermoord zijn omdat ze trans zijn) kan bijdragen aan een inclusievere organisatie. Denk hierbij ook aan andere feest- en gedenkdagen van andere minderheidsgroepen zoals Eid al-Fitr (het Suikerfeest), Chanoeka en Ketj Koti.

6.1.2 Training en scholing

Het trainen van medewerkers is een belangrijk stap om incuslieve zorg als norm te stellen en kwaliteit te bewaken. Denk hierbij aan:

- Het integreren van lhbti+ sensitieve zorg in basisscholing.
- Prioriteer scholing in intersekse, genderidentiteit/-expressie en actuele terminologie.
- Gebruik gevarieerde trainingsvormen: theorie, praktijkoefeningen (rollenspellen), casuïstiek en groepsdiscussie. Maar denk ook eens aan het inzetten van getrainde ervaringsdeskundigen. Zij kunnen hun ervaringsdeskundigheid inzetten om bij medewerkers vaardigheden voor lhbti+ inclusieve zorg te ontwikkelen.
- Focus op impliciete vooroordelen en aannames naast kennisoverdracht. Dit zorgt niet alleen lhbti+ sensitieve zorg maar helpt ook om de kwaliteit van zorg in het algemeen te verbeteren.
- Gebruik intervisie om casuïstiek te bespreken waarbij lhbti+ thema's een rol kunnen spelen.

6.1.3 Toegankelijkheid

Toegankelijkheid van zorg kan op verschillende manieren worden ingekleurd. Je kan denken aan digitale toegankelijkheid of fysieke toegankelijkheid. Enkele stappen die je kan ondernemen:

- Zorg dat medewerkers goed kunnen doorverwijzen. Ontwikkel hiervoor een helder overzicht van door- en verwijsmogelijkheden (bijv. een sociale kaart). We zien in dit onderzoek dat medewerkers vaak niet weten naar wie ze intern en extern kunnen doorverwijzen. Het risico dat patiënten tussen wal en schip vallen is daarmee groot. Maak dit overzicht beschikbaar voor iedereen via het intranet of een andere vindbare plek. Maak het ook standaard agendapunt op de vergaderingen.
- Zorg voor goed contact met gespecialiseerde organisaties en onderhoud deze. Het warm doorverwijzen zorgt voor betere continuïteit van zorg en betere betrouwbaarheid van de zorgverleners. Daarnaast kan er voor advies ook sneller contact worden gezocht met gespecialiseerde professionals.
- Toegankelijkheid gaat ook over inclusief taalgebruik. Denk hierbij aan taal op de communicatiekanalen zoals websites en folders, maar ook op inschrijfformulieren. Zorg bijvoorbeeld dat voornaamwoorden worden uitgevraagd.

6.1.4 Werkklimaat

Zorgt dat het werkklimaat veilig is en iedereen kan zijn wie die wil zijn. Dit geldt voor alle vormen van diversiteit. Meer diversiteit op de werkvloer is namelijk positief voor het werk en de geleverde zorg. Dit waarborgen kan bijvoorbeeld via:

- Het formuleren van een duidelijk anti-discriminatiebeleid. Waar kunnen medewerkers terecht als ze gediscrimineerd worden? Hoe zorg je respect voor elkaars achtergrond en hoe waardeer je ieders kwaliteiten? Wat zijn de maatregelen die worden genomen als er discriminatie plaatst vindt op de werkvloer? Dit paraat hebben in een anti-discriminatiebeleid helpt om een veilig werkklimaat te waarborgen.
- Zorg dat medewerkers weten waar ze terecht kunnen om problemen te melden. Creëer dus een veilige meldfaciliteit en formuleer heldere stappen in wat er gebeurt als je een melding maakt. Je wilt dat medewerkers kunnen melden, en dat er ook stappen worden ondernomen om deze meldingen te onderzoeken.
- Verduidelijk het gewetensbezwaarbeleid. Zorg dat medewerkers weten waar ze terecht kunnen als ze gewetensbezwaren hebben en creëer hier een open en veilige cultuur over. We nemen allemaal onze eigen normen en waarden mee naar het werk. Hoe we hier mee omgaan heeft ook invloed op de zorg die we leveren. Het kan dus voorkomen dat gewetensbezwaar voorkomt, ook bij lhbti+ thema's. Hier open en veilige gesprekken over voeren zorgt ook dat de juiste zorg wordt gegeven.

6.2 Voor ggz-professionals

Als professional heb je invloed op de kwaliteit van de zorg die je geeft. Hieronder zijn enkele aanbevelingen geschreven die je op weg kunnen helpen.

6.2.1 Bespreekbaarheid

Het bespreken van diversiteit in sekse, gender en seksuele oriëntatie draagt bij aan betere en inclusievere zorg. Je kan dit op verschillende manieren doen. Denk bijvoorbeeld aan:

- Neem standaardvragen over seksuele oriëntatie, genderidentiteit en voornaamwoorden op in intake. Je kan hiermee deze vragen normaliseren en aangeven dat cliënten vrij zijn om hier antwoord op te geven, maar dat het standaardvragen zijn.
- Gebruik genderneutrale taal en inclusieve taal. Bijvoorbeeld spreek over partner(s) of vraag naar voornaamwoorden.

- Kaart seksuele diversiteit proactief aan, ook als het “geen probleem lijkt”. Zoals onderzoek laat zien vinden sommige cliënten het prettig als de zorgverlener hierover begint, dit verlaagt de drempel.

6.2.2 Kennis en vaardigheden

Kennis en vaardigheden voor het geven van lhbti+ sensitieve zorg kun je ontwikkelen. Naast de kennis en vaardigheden die je kan aanleren, gaat het ook om een houding. Een houding van openheid, respect en nieuwsgierigheid naar jouw cliënt en diens leefwereld. Denk hierbij aan:

- Het volgen van trainingen, bijvoorbeeld specifiek over intersekse en genderdiversiteit. Zo is er de [e-learning over intersekse in de huisartsenpraktijk](#), ook voor POH-GGZ. Ook Rino biedt trainingen aan rondom genderdiversiteit. Bekijk de [toolkit van de Alliantie Gezondheidszorg op Maat](#) voor meer informatie.
- Voor asexualiteit is er de [handreiking Asexualiteit: een vorm van seksuele diversiteit beschikbaar](#), en is er onlangs een artikel verschenen in de [Pyscholoog](#).
- Leer de sociale kaart voor door- en verwijzing en ga zelf op onderzoek uit naar belangen- en patiëntorgansaties. Denk bijvoorbeeld aan [Switchboard](#) of [iedereenisanders.nl](#). Denk ook aan [jongenout.nl](#), [Transgender Wegwijzer](#) of [Sense.info](#).
- Zorg dat je op de hoogte bent van actuele terminologie. Dit kan bijvoorbeeld via de [de begrippenlijst](#) van de Alliantie Gezondheidszorg op Maat, maar ook bij de belangenorganisaties zoals [NNID](#) voor intersekse personen of [Transgender Netwerk voor transgender personen](#). Voor [bi+ personen kun je terecht bij Bi+ Nederland](#).

6.2.3 Handelen

De opgedane kennis en vaardigheden zorgen dat je lhbti+ sensitieve zorg kan leveren. Dit toepassen in de praktijk is ook een kwestie van oefenen, en doen! Denk hierbij aan:

- Reageer op negatieve opmerkingen, foute grapjes of microagressies of foute grapjes. [De handreiking piramide van geweld](#) laat duidelijk zien wat de impact is hiervan en biedt handelingsperspectieven.
- Maak lhbti+ thema's bespreekbaar in individuele hulpverlening en in groepsbehandeling. Veel cliënten durven niet altijd zelf te beginnen over deze thema's. Als professional kun je deze drempel verlagen door het zelf aan te kaarten.
- Kijk of het mogelijk is om Affirmatieve Cognitieve Gedragstherapie (CGT) in groepsverband aan te bieden specifiek voor lhbti+ cliënten.

7. Literatuur

- Alliantie Gezondheidszorg op Maat. (2023). *Begrippenlijst sekse, gender en seksuele oriëntatie*.
- Bakker, B., Tijdink, S., Bungener, S., Lingmont, K., & Sonneveld, L. (2022, October 3). *Hoe LHBTI+ inclusief zijn jeugdzorg en (jeugd-)GGZ organisaties? - GZ-psychologie*. <https://www.gzpsychologie.nl/hoelhbti-inclusief-zijn-jeugdzorg-en-jeugd-ggz-organisaties/>. <https://www.gzpsychologie.nl/hoelhbti-inclusief-zijn-jeugdzorg-en-jeugd-ggz-organisaties/>
- Bidell, M. P. (2017). The Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Development of Clinical Skills Scale (LGBT-DOCSS): Establishing a New Interdisciplinary Self-Assessment for Health Providers. *Journal of Homosexuality*, 64 (10), 1432–1460. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1321389>
- Brooks, H., Llewellyn, C. D., Nadarzynski, T., Pelloso, F. C., De Souza Guilherme, F., Pollard, A., & Jones, C. J. (2018). Sexual orientation disclosure in health care: a systematic review. The British Journal of General Practice : *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 68 (668), e187–e196. <https://doi.org/10.3399/BJGP18X694841>
- Buckley, C., Radhakrishnan, A., Boran, L., Brennan, M., & Travers, Á. (2025). Barriers and Facilitators of Help-Seeking for LGBTQ+ Survivors of Sexual Violence: A Systematic Review. *Trauma, Violence, and Abuse*. <https://doi.org/10.1177/15248380251355902>
- CBS. (2025). Lesbische, homoseksuele en bi-plus personen hebben slechtere mentale gezondheid. In <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2025/42/lesbische-homoseksuele-en-bi-plus-personen-hebben-slechtere-mentale-gezondheid>.
- COC Nederland. (2021). *Hoe kies jij je behandelaar: hulpzoekgedrag van lhbti+ personen*.
- Craig, S. L., Eaton, A. D., Leung, V. W. Y., Iacono, G., Pang, N., Dillon, F., Austin, A., Pascoe, R., & Dobinson, C. (2021). Efficacy of affirmative cognitive behavioural group therapy for sexual and gender minority adolescents and young adults in community settings in Ontario, Canada. *BMC Psychology* 2021 9:1, 9 (1), 94-. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00595-6>
- Craig, S. L., Iacono, G., McInroy, L., Kirkland, A., Pascoe, R., & Kourgiantakis, T. (2022). Demonstrating LGBTQ+ Affirmative Practice in Groups: Developing Competence through Simulation-Based Learning. *Clinical Social Work Journal* 2022 50:3, 50 (3), 297–307. <https://doi.org/10.1007/S10615-022-00850-2>
- Cruciani, G., Quintigliano, M., Mezzalira, S., Scandurra, C., & Carone, N. (2024). Attitudes and knowledge of mental health practitioners towards LGBTQ+ patients: A mixed-method systematic review. *Clinical Psychology Review*, 113, 102488. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2024.102488>
- Cutillas-Fernández, M. A., Jiménez-Barbero, J. A., Herrera-Giménez, M., Forcén-Muñoz, L. A., & Jiménez-Ruiz, I. (2023). Attitudes and Beliefs of Mental Health Professionals towards Trans People: A Systematic Review of the Literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2023, Vol. 20, 20 (15). <https://doi.org/10.3390/IJERPH20156495>
- Dekker, J. H. (2018). Hoe maak je seksuele oriëntatie bespreekbaar? *Ned Tijdschr Geneesk*, 162, D2799. <https://www.ntvg.nl/artikelen/hoemaak-je-seksuele-oriëntatie-bespreekbaar>
- Dielissen, P. W. (2018). Genuanceerde aanpak bij vragen naar seksuele oriëntatie. *Ned Tijdschr Geneesk*, 162, D2787. <https://www.ntvg.nl/artikelen/genuanceerde-aanpak-bij-vragen-naar-seksuele-oriëntatie>
- Discriminatie in de zorg, welzijn en sport - Samenvatting en conclusie*. (2025). <https://open.overheid.nl/documenten/67a63876-163f-4f56-b8b1-4e4687ef4f30/file>
- Emmen, M., Felten, H., Addink, A., Bakker, P. P., Boote, M., & Keuzenkamp, S. (2015). Jong en anders. Onderzoek naar de aandacht voor lesbische, homo, bi-jongeren, transgenderjongeren en jongeren met een intersekse conditie in de jeugdsector. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 24 (3), 21. <https://doi.org/10.18352/JSI.454>
- Finkenflügel, R., & Billinghamurst, K. (2024). “Daar ga ik niet zomaar over beginnen”: Een verkennend onderzoek onder mbo en hbo geschoolde zorgprofessionals over inclusieve zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele oriëntatie.
- Galupo, M. P., & Resnick, C. A. (2016). Experiences of LGBT Microaggressions in the Workplace: Implications for Policy. *Sexual Orientation and Transgender Issues in Organizations: Global Perspectives on LGBT Workforce Diversity*, 271–287. https://doi.org/10.1007/978-3-319-29623-4_16
- Gutmann, M. T., Aysel, M., Özlü-Erkilic, Z., Popow, C., & Akkaya-Kalayci, T. (2019). Mental health problems of children and adolescents, with and without migration background, living in Vienna, Austria. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13 (1). <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0295-y>
- Huijnk, W., Damen, R., & Kampen, L. Van. (2022). *LHBT-monitor 2022. De leefsituatie van lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender personen in Nederland*. <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2022/07/05/lhbt-monitor-2022>
- Hulskens, S., & Bilman, E. (2019). *Naar een gender- en LHBTI-sensitieve eerstelijnszorg in Nederland, ervaringen in de eerstelijnszorg*.
- ILGA EUROPE. (2025). *Annual review 2025: of the human rights situation of lesbian, gay, bisexual, trans and intersekse people in Europe and Central Asia*.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (n.d.). *Toezicht op aanpak wachttijden ggz*. Retrieved January 28, 2026, from <https://www.igj.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg/wachttijden-in-de-ggz>
- Ip, E., Srivastava, R., Lentz, L., Jasinowski, S., & Anderson, G. S. (2025). Antecedents of Workplace Psychological Safety in Public Safety and Frontline Healthcare: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2025, Vol. 22, 22 (6). <https://doi.org/10.3390/IJERPH22060820>
- Keuzenkamp, S. (2012). *Worden wie je bent: Het leven van transgenders in Nederland*. <https://www.kennisbanksportenbewegen.nl/?file=2293&m=1422883093&action=file.download>
- Langman, M., & Lugt, M. (2021). *Rapport wachttijden genderzorg*. <https://transvisie.nl/wp-content/uploads/2021/12/rapport-wachttijden-genderzorg.pdf>
- Marchi, M., Travascio, A., Uberti, D., De Micheli, E., Quartaroli, F., Laquatra, G., Grenzi, P., Pingani, L., Ferrari, S., Fiorillo, A., Converti, M., Pinna, F., Amaddeo, F., Ventriglio, A., Mirandola, M., & Galeazzi, G. M. (2024). Microaggression toward LGBTIQ people and implications for mental health: A systematic review. *International Journal of Social Psychiatry*, 70 (1), 23–35. <https://doi.org/10.1177/00207640231194478>
- Milius, A., Knipscheer, J., Groen, S., Kouratovsky, V., & De la Rie, S. (2025). Een inclusieve GGZ als nieuwe norm. *De Psycholoog*, 1, 38–47. <https://ggznetwerken.nl/wp-content/uploads/2025/02/De-Psycholoog-2025-01-42-51.pdf>
- Morris, M., Cooper, R. L., Ramesh, A., Tabatabai, M., Arcury, T. A., Shinn, M., Im, W., Juarez, P., & Matthews-Juarez, P. (2019). Training to reduce LGBTQ-related bias among medical, nursing, and dental students and providers: a systematic review. *BMC Medical Education* 2019 19:1, 19 (1), 325-. <https://doi.org/10.1186/S12909-019-1727-3>
- Nadal, K. L. (2019). A Decade of Microaggression Research and LGBTQ Communities: An Introduction to the Special Issue. *Journal of Homosexuality*, 66 (10), 1309–1316. <https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1539582>
- Oldenhof, A., Bakker, B., & de Graaf, H. (2022). *Lhbt+ Quick Scan: GGZ Noord-Holland-Noord*.
- Oldenhof, A., Derckx, T., & Sinnema, R. (2024). *Lhbt+ Quick Scan: GGZ Friesland en Synaeda*.
- Oldenhof, A., Tomas, D., & Landkroon, S. (2025). *Lhbt+ Quick Scan: Altrecht*.
- Panteia, Movisie, & Ipsos I&O. (2024). *Lhbt+ monitor 2024*.
- Passende zorg is inclusieve zorg*. (2022).
- Sabin, J. A., Riskind, R. G., & Nosek, B. A. (2015). Health care providers’ implicit and explicit attitudes toward lesbian women and gay men. *American Journal of Public Health*, 105 (9), 1831–1841. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302631>
- Sánchez van Kammen, L., & Vijlbrief, A. (2022). *Bespreekbaar maken van seksualiteit in de zorg*. <https://rutgers.nl/wp-content/uploads/2023/04/Bespreekbaar-maken-seksualiteit-onderzoek-Rutgers.pdf>
- Schoemaker, C., Kleinjan, M., van der Borg, W., Busch, M., Muntinga, M., Nuijen, J., & Dedding, C. (2019). *Mentale gezondheid van jongeren: enkele cijfers en ervaringen*.
- Tijdink, S., de Graaf, H., Lingmont, K., Sonneveld, L., Bungener en Bouko Bakker, S., & Bascule, D. (2020). *Lhbt+ organisatiescan: Spirit en De Bascule*.
- Trevor Project. (2022). *Research Brief: Substance Use and Suicide Risk Among LGBTQ Youth*.
- van den Berg, K., Weegels, E., & van Kleef, N. (2025). *Handreiking lhbt+ emancipatie*.
- Van Loenen, T., Hosper, K., Venderbos, J., & Ontwerp, J. H. (2022). *Discriminatie en gezondheid. Over de invloed van discriminatie (in de zorg) op gezondheidsverschillen en wat we hieraan kunnen doen*. <https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2022/03/online-Literatuurverkenning-discriminatie.pdf>
- Yu, H., Flores, D. D., Bonett, S., & Bauermeister, J. A. (2023). *LGBTQ + cultural competency training for health professionals: a systematic review*. *BMC Medical Education* 2023 23:1, 23 (1), 558-. <https://doi.org/10.1186/S12909-023-04373-3>

datum
18 februari 2026

auteurs
Anne Oldenhof
Renske van Lonkhuijzen-Martinovic
Tomas Derckx

copyright
© Rutgers 2026

