

Van zorgmijding naar passende zorg

Een onderzoek naar zorgmijding en
het (opnieuw) zoeken van zorg
onder vrouwen en lhbt+ personen



WOMEN
INC

Inhoud

Samenvatting	4
Begrippenlijst	5
1. Inleiding	8
1.1 Zorgmijding als begrip	8
1.2 Aanleiding	8
1.3 Doel onderzoek	9
1.4 Onderzoeksvragen	9
2. Methode	10
2.1 Literatuurstudie	10
2.2 Kwantitatieve dataverzameling	10
2.3 Kwalitatieve dataverzameling	11
2.4 Ethische aspecten	12
3. Literatuurstudie	12
3.1 Financiële barrières	12
3.2 Psychologische barrières	13
3.3 Sociaalculturele en informatiegerelateerde barrières	15
3.4 Zelfmanagement van gezondheidsklachten en alternatieve geneeswijzen	16
3.5 Factoren gerelateerd aan (opnieuw) zoeken van zorg	17
3.6 Samenvatting	19
4. Vragenlijstonderzoek	21
4.1 Respondentkenmerken	21
4.2 Prevalentie van gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag	23
4.3 Waar zochten mensen hulp?	27
4.4 Behoeften ten aanzien van zorg	31
4.5 Samenvatting	33
5. Kwalitatief onderzoek	34
5.1 Kenmerken onderzoeksgroep	34
5.2 Ervaringen met zorgprofessionals	34
5.3 Beschikken over hulpbronnen	35
5.4 Barrières binnen het zorgsysteem	37
5.5 Omgaan met barrières	39
5.6 Behoeften ten aanzien van zorg	40
5.7 Samenvatting	42
6. Conclusie en aanbevelingen	43
6.1 Welke factoren hangen samen met zorgmijding onder vrouwen en lhbt+ personen?	43
6.2 Welke factoren dragen bij aan het (opnieuw) zoeken naar zorg onder vrouwen en lhbt+ personen?	45
6.3 Overige relevante bevindingen	46
6.4 Beperkingen van dit onderzoek	47
6.5 Aanbevelingen	48
7. Referenties	52

Samenvatting

Dit onderzoek verkent welke factoren samenhangen met zorgmijding en het (opnieuw) zoeken van zorg onder vrouwen en lhbt+ personen. Zorgmijding wordt hierbij opgevat als het uitstellen, mijden of afzien van professionele zorg ondanks een ervaren zorgbehoefte. Het onderzoek combineert een literatuurstudie, een vragenlijstonderzoek onder 882 respondenten en 17 verdiepende interviews. Het doel was inzicht te krijgen in factoren die zorgmijding beïnvloeden en aanknopingspunten te bieden voor het verbeteren van de toegankelijkheid en kwaliteit van eerstelijnszorg voor vrouwen en lhbt+ personen.

De resultaten laten zien dat zorgmijding meestal het gevolg is van een samenspel van individuele, sociale en systeemgerelateerde factoren. Eerdere negatieve ervaringen met zorgverleners spelen daarbij een belangrijke rol. Uit de verschillende onderzoeksbronnen blijkt dat ervaringen waarbij mensen zich niet gehoord, serieus genomen of begrepen voelen, het vertrouwen in de zorg kunnen ondermijnen. Vrouwen noemden hierbij regelmatig dat klachten werden toegeschreven aan stress, emoties of hormonen, terwijl lhbt+ personen vaker wezen op discriminatie of een gebrek aan kennis over seksuele en genderdiversiteit. Ook stigma, schaamte, beperkte gezondheidsvaardigheden en barrières binnen het zorgsysteem, zoals lange wachttijden in de transgenderzorg en een gebrek aan kennis en diagnostische duidelijkheid rond vrouwspecifieke gezondheidsklachten, kunnen bijdragen aan het uitstellen of mijden van zorg.

Tegelijkertijd laat het onderzoek zien dat mensen niet altijd volledig afzien van zorg wanneer zij barrières ervaren. Wanneer de reguliere zorg onvoldoende aansluit bij hun behoeften, zoeken zij vaak alternatieve vormen van informatie, ondersteuning of behandeling, bijvoorbeeld via online informatiebronnen, lotgenotencontact, steun vanuit hun sociale omgeving of alternatieve geneeswijzen. Deze strategieën boden niet alleen toegang tot informatie en ondersteuning, maar ook erkenning en meer regie over de eigen gezondheid. De bevindingen wijzen daarmee vaker op een heroriëntatie van zorgzoekgedrag dan op volledige zorgmijding.

Het (opnieuw) zoeken van zorg wordt niet alleen beïnvloed door barrières, maar ook door factoren die vertrouwen en toegankelijkheid versterken. Mensen zijn eerder geneigd zorg te zoeken wanneer zij zich gehoord, serieus genomen en gerespecteerd voelen. Daarnaast kunnen persoonsgerichte zorg, gezamenlijke besluitvorming en een toegankelijk zorgsysteem drempels tot zorg verlagen. Belangrijke elementen daarbij zijn duidelijke informatie, ondersteuning bij het vinden van passende zorg en laagdrempelige contactmogelijkheden. Ook persoonlijke hulpbronnen, zoals kennis van het zorgsysteem, het vermogen om voor eigen belangen op te komen en voldoende financiële middelen, spelen hierbij een rol. Sociale steun kwam daarbij in alle onderzoeksbronnen naar voren als belangrijke bevorderende factor. Partners, familie, vrienden en lotgenoten kunnen helpen bij het herkennen van gezondheidsproblemen, het zoeken naar informatie en het zetten van de stap naar professionele hulp.

Uit het vragenlijstonderzoek blijkt ook dat vrouwen en lhbt+ personen relatief vaak gezondheidsproblemen rapporteren. Met name transgender, non-binaire personen en niet-heteroseksuele respondenten rapporteerden vaker psychische gezondheidsproblemen. Ook werden verschillen in zorggebruik zichtbaar: niet-heteroseksuele respondenten maakten vaker gebruik van psychologische of psychiatrische zorg, terwijl cisgender vrouwen vaker contact hadden met de huisarts. Hoewel geen uitspraken kunnen worden gedaan over de actuele omvang van zorgmijding onder verschillende groepen, laat het vragenlijstonderzoek zien dat eerdere ervaringen met zorgmijding relatief vaak voorkwamen onder cisgender vrouwen en niet-heteroseksuele personen. Deze bevindingen benadrukken het belang van verdere aandacht voor en onderzoek naar zorgmijding binnen deze groepen.

Op basis van de bevindingen wordt aanbevolen om in te zetten op persoonsgerichte, inclusieve en toegankelijke zorg. Dit vraagt onder meer om aandacht voor vertrouwen en gelijkwaardigheid in het zorgcontact, versterking van kennis over vrouwengezondheid en seksuele en genderdiversiteit, en betere ondersteuning van mensen die drempels ervaren bij het vinden van passende zorg. Daarnaast benadrukken de resultaten het belang van meer aandacht voor vrouwengezondheid en lhbt+ gezondheid in beleid, onderzoek, opleidingen en de dagelijkse zorgpraktijk.

Begrippenlijst

Begrip	Uitleg ¹
Adenomyose	Een aandoening waarbij weefsel dat lijkt op baarmoederslijmvlies in de spierwand van de baarmoeder groeit i.p.v. daarbuiten. Dit kan zorgen voor hevige en langdurige menstruaties, pijnklachten en een drukkend gevoel in de onderbuik.
Aromantisch	Iemand die geen of heel weinig romantische aantrekking ervaart. Aromantische mensen kunnen wel seksuele aantrekking naar anderen ervaren.
Aseksueel	Iemand die geen of heel weinig seksuele aantrekking ervaart. Aseksuele mensen kunnen wel romantische aantrekking naar anderen ervaren.
Bi	Biseksuele mensen vallen op meer dan één gender. Bijvoorbeeld mannen en vrouwen, of mannen en non-binaire personen. Hoe iemand biseksualiteit ervaart en omschrijft, kan per persoon verschillen.
Bi+	Bi+ is een overkoepelende term voor iedereen die op meer dan één gender valt. Sommige mensen gebruiken dit ook als identiteit.
Cisgender	Een persoon van wie de genderidentiteit overeenkomt met het bij geboorte toegekende geslacht; iemand die niet transgender is.
Cis-hetero	Een cis-hetero persoon identificeert zich met het bij de geboorte toegewezen geslacht en voelt zich aangetrokken tot mensen van een ander gender.
Cyclus- en hormoon-gerelateerde klachten	Een groot scala aan klachten die voortkomen uit of gerelateerd zijn aan de menstruatiecyclus en de hormoonhuishouding. Hierbij kun je onder andere denken aan menstruatieklachten, klachten tijdens de overgang of aan aandoeningen als endometriose en hevig menstrueel bloedverlies.
Eerstelijnszorg	Zorg waarvoor je geen verwijzing nodig hebt. Hieronder vallen bijvoorbeeld de huisarts, tandarts, fysiotherapeut en maatschappelijk werker.
Endometriose	Een aandoening waarbij weefsel dat lijkt op baarmoederslijmvlies buiten de baarmoederholte voorkomt, bijvoorbeeld op organen in het bekkengebied. Dit kan leiden tot klachten zoals een pijnlijke menstruatie, buikpijn, darmproblemen en pijn tijdens seks of bij de ontlasting.
Geïnternaliseerde homonegativiteit	Negatieve attitudes ten aanzien van homoseksualiteit die onder de (heteroseksuele) bevolking leven (gedeeltelijk) overnemen en verinnerlijken, waardoor iemand zelf ook negatiever gaat denken over (de eigen) homoseksualiteit.
Gender	De biologische, sociale, culturele en psychologische eigenschappen van mensen die als mannelijk, vrouwelijk of iets anders worden aangeduid. Gender omvat zowel individuele dimensies als maatschappelijke aspecten. Individuele dimensies van gender zijn: a. geslachtskenmerken (lichamelijke kenmerken) b. genderidentiteit (diepgevoelde beleving van persoonlijke gender) c. genderexpressie (uiting van gender) Maatschappelijke aspecten van gender hebben betrekking op sociale en culturele normen en verwachtingen, en ongelijke kansen en mogelijkheden.
Genderdiversiteit	Versillen en de verscheidenheid binnen de aspecten van genderidentiteit en genderexpressie.

¹De definities in deze begrippenlijst zijn grotendeels gebaseerd op de [begrippen uit de toolkit *Komt een mens bij de dokter*](#), aangevuld met definities uit de [Bi+ Woordenlijst](#), [WOMEN Inc.](#) en de [Richtlijn Signaleren en omgaan met zorgmijding in de eerste lijn](#) van het V&VN & Trimbos Instituut.

Begrip	Uitleg
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	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. Soms slaat deze term alleen op mannen.
Intersekse	De term intersekse wordt gebruikt voor mensen 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, lichaamsbehaaring, hormonen, chromosomen, et cetera. Intersekse personen kunnen zich identificeren als man, vrouw, non-binair of anders.
Lesbisch	Algemene term voor een vrouw van wie de seksuele oriëntatie, (seksuele) contacten, relaties en/of leefstijl gericht is 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.
Lhb	Lesbisch, homo, bi(+).
Lhb+	Parapluterm voor lesbisch, homo en bi+, en andere seksuele oriëntaties en genderidentiteiten.
Lhbt	Lesbisch, homo, bi(+), trans.
Lhbt+	Parapluterm voor lesbisch, homo, bi+, transgender, en andere seksuele oriëntaties en genderidentiteiten.
Lhbti	Lesbisch, homo, bi(+), trans en intersekse.
Lhbti+	Parapluterm voor lesbisch, homo, bi+, transgender, intersekse en andere seksuele oriëntaties en genderidentiteiten.
Lhbtiqa+	Parapluterm voor lesbisch, homo, bi+, transgender, intersekse, queer, asexueel en andere seksuele oriëntaties en genderidentiteiten.
Minderheidsstress	Dit is de extra stress die minderheden zoals lhbti+ ervaren vanwege hun minderheidsstatus: stress vanwege (de angst voor) negatieve reacties, het verbergen van de seksuele oriëntatie, geïnternaliseerde homonegativiteit en/of het ontbreken van sociale steun.
Misgendering	Wanneer iemand verwijst of iemand aanspreekt met voornaamwoorden (pronouns) of titels die niet aansluiten bij de daadwerkelijke genderidentiteit van die persoon.
Multipele minderheidsstress	Unieke stressoren ervaren op basis van meerdere gestigmatiseerde identiteitslagen, waarbij de persoon of groep tegelijkertijd wordt blootgesteld aan meerdere stressoren.
Niet-heteroseksueel	Personen die zich emotioneel, romantisch en/of seksueel aangetrokken voelen tot mensen van hetzelfde gender of van meerdere genders, of die geen of weinig seksuele en/of romantische aantrekking ervaren. Deze personen identificeren zich bijvoorbeeld als lesbisch, homoseksueel, bi+, panseksueel, queer, asexueel of met een andere niet-heteroseksuele seksuele oriëntatie.
Non-binaire genderidentiteit	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. Niet-binaire personen wensen lang niet altijd een lichamelijke aanpassing.

Begrip	Uitleg
Overgang	De periode rond de laatste menstruatie (menopauze), waarin veranderingen in de hormoonhuishouding kunnen leiden tot klachten zoals opvliegers, nachtzweeten, slaapproblemen en vermoeidheid.
Perimenopauze	De fase binnen de overgang vóór en rond de menopauze (de laatste menstruatie), tot ongeveer een jaar daarna, waarin hormonale veranderingen kunnen leiden tot veranderingen in de menstruatie en klachten zoals opvliegers, slaapproblemen en vermoeidheid.
PMOS	Polycysteus Metabool Ovarieel Syndroom (voorheen PCOS) is een hormonale aandoening waarbij de rijping van eiblaasjes verstoord is, waardoor een eisprong vaak uitblijft. Dit kan leiden tot onregelmatige of uitblijvende menstruaties. Veelvoorkomende klachten zijn onder meer acne en overmatige lichaams- of gezichtsbehaaring. De naam PMOS is ingevoerd omdat de eerdere naam PCOS een onvolledig beeld gaf van de aandoening en kon bijdragen aan misverstanden, stigma en vertraagde diagnostiek.
Queer	Een term die ooit negatief was maar is teruggewonnen en die door sommigen wordt gebruikt (bijvoorbeeld queer-activisten en queer-theoretici) 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).
Sekse	De lichamelijke kenmerken waarmee een persoon wordt geboren of die iemand later ontwikkelt, zoals genitalia, lichaamsvormen, stemhoogte, lichaamsbehaaring, hormonen, chromosomen, et cetera. Aan de hand van de lichamelijke geslachtskenmerken wordt bij de geboorte het geslacht ‘man’, ‘vrouw’ of iets anders (bijv. intersekse) toegekend.
Seksuele oriëntatie	Seksuele oriëntatie betreft iemands capaciteit om zich seksueel en/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 mensen is de seksuele oriëntatie gericht op de andere sekse/gender en bij homoseksuele of lesbische mensen op dezelfde sekse/gender. Bi(+) personen vallen op meer dan één sekse/gender.
Somatische zorg	Zorg voor mensen met lichamelijke aandoeningen of beperkingen.
Transgender	Iemand bij wie de huidige genderidentiteit niet overeenkomt met het geslacht dat bij de geboorte is toegekend. Transgender wordt gebruikt als parapluterm waar verschillende categorieën en identiteiten onder vallen. Voor sommigen is het ook een omschrijving van een genderidentiteit tussen/voorbij man en vrouw.
Tweedelijnszorg	Zorg waarvoor je een verwijzing nodig hebt van een zorgverlener uit de eerste lijn, zoals je huisarts.
Vrouw	Een persoon die zich identificeert als vrouw. Dit omvat zowel cisgender als transgender vrouwen.
Vrouwengezondheid	De gezondheid van vrouwen gedurende de hele levensloop, inclusief vrouwspecifieke gezondheidsvraagstukken, zoals menstruatie, zwangerschap, vruchtbaarheid en de overgang. Deze thema's kunnen ook relevant zijn voor sommige trans-, non-binaire en intersekse personen. Er is sprake van een erkende kennisachterstand rond vrouwengezondheid, wat aanleiding was voor de Nationale Strategie Vrouwengezondheid 2025-2030.
Zorgmijding	Het uitstellen, mijden of afzien van professionele zorg terwijl er wel sprake is van gezondheids- of ondersteuningsbehoeften
Zorgmijdingskloof	De groep mensen die wel behoefte heeft aan zorg maar geen zorg zoekt.

1. Inleiding

1.1 Zorgmijding als begrip

Zorgmijding is een veelgebruikt begrip in onderzoek, beleid en praktijk, maar er bestaat geen eenduidige definitie. In de Nederlandse praktijk wordt zorgmijding vaak omschreven als het uitstellen, mijden of afzien van professionele zorg terwijl er wel sprake is van gezondheids- of ondersteuningsbehoeften (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland [V&VN] & Trimbos-Instituut, 2021). Dit kan verschillende vormen aannemen, zoals het uitstellen of vermijden van een bezoek aan een zorgverlener, het niet ophalen of gebruiken van voorgeschreven medicatie, het afzien van diagnostisch onderzoek, of het niet opvolgen van verwijzingen en behandeladviezen (Van Esch et al., 2015; Huijgen et al., 2024).

Zorgmijding wordt beschouwd als een relevant maatschappelijk vraagstuk, omdat het kan leiden tot latere diagnostiek, verergering van gezondheidsproblemen, beperktere behandelopties en hogere zorgkosten (Huijgen et al., 2024; Sulku et al., 2023). Het uitstellen of mijden van zorg hangt samen met minder gunstige gezondheidsuitkomsten voor individuen en kan de druk op zorgsystemen vergroten. De factoren die bijdragen aan zorgmijding zijn divers en worden in de literatuur in verband gebracht met zowel individuele ervaringen als bredere sociale en systeemfactoren. Deze factoren worden in de literatuurstudie nader besproken.

Tegelijkertijd kent het begrip zorgmijding ook beperkingen. De term veronderstelt impliciet dat het gebruik van reguliere gezondheidszorg altijd de meest wenselijke uitkomst is, terwijl mensen ook bewust kunnen kiezen voor andere manieren om met gezondheidsklachten of gezondheidsvragen om te gaan, zoals leefstijlaanpassingen, lotgenotencontact of alternatieve vormen van zorg. Daarnaast kan de term de indruk wekken dat het mijden van zorg primair het gevolg is van een bewuste individuele keuze. Hierdoor bestaat het risico dat de aandacht verschuift naar persoonlijke verantwoordelijkheid, terwijl sociale, relationele en systeemfactoren die zorggebruik mede beïnvloeden onderbelicht blijven.

In dit onderzoek wordt zorgmijding gedefinieerd als het uitstellen, mijden of afzien van professionele zorg ondanks een ervaren zorgbehoefte. Daarbij staan de ervaringen en perspectieven van zorggebruikers centraal. Zorgmijding wordt hierbij niet uitsluitend opgevat als individueel gedrag, maar ook beschouwd in het licht van de omstandigheden en context die van invloed zijn op het gebruik of afzien van zorg en ondersteuning.

1.2 Aanleiding

Hoewel zorgmijding in de gehele bevolking voorkomt, zijn er aanwijzingen dat vrouwen en lhbti+² personen specifieke drempels kunnen ervaren bij het verkrijgen van passende en tijdige zorg (Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS], 2025a; Hulsken & Bilman, 2019). Omdat de huisarts en andere eerstelijnsprofessionals voor veel mensen het eerste aanspreekpunt vormen binnen de gezondheidszorg, is het belangrijk beter te begrijpen welke factoren bijdragen aan het mijden of uitstellen van deze zorg en welke factoren juist helpen om (opnieuw) hulp te zoeken. Inzicht hierin kan aanknopingspunten bieden voor het verbeteren van de toegankelijkheid en kwaliteit van de eerstelijnszorg voor vrouwen en lhbti+ personen.

Hoewel vrouwen en lhbti+ personen in dit rapport regelmatig afzonderlijk worden besproken, zijn we ons ervan bewust dat deze groepen elkaar vaak overlappen en dat er binnen beide groepen sprake is van grote diversiteit. De afzonderlijke bespreking is bedoeld om verschillende dimensies van zorgervaringen en zorgmijding zichtbaar te maken. Bij vrouwen staat vooral de rol van sekse en gender(identiteit) centraal, terwijl bij lhbti+ personen de invloed van seksuele oriëntatie, genderdiversiteit en intersekse kenmerken centraal staat. Deze perspectieven overlappen deels, maar kunnen ook leiden tot verschillende ervaringen en drempels in de gezondheidszorg. De afzonderlijke bespreking is daarom bedoeld om deze patronen beter te kunnen onderscheiden, zonder voorbij te gaan aan de overlap tussen en binnen beide groepen.

1.2.1 Zorgmijding onder vrouwen

Vrouwen rapporteren vaker een minder goede gezondheid en ervaren vaker gezondheidsgerelateerde beperkingen dan mannen, wat wijst op een relatief grote zorgbehoefte (CBS, 2026). Tegelijkertijd laten CBS-cijfers zien dat vrouwen minder positieve ervaringen hebben met gezondheidszorg dan mannen: zij hebben vaker het gevoel minder kans te hebben op goede zorg, voelen zich minder vaak serieus genomen door hun huisarts en geven minder vaak aan snel bij de huisarts terecht te kunnen (CBS, 2025a). Dergelijke negatieve zorgervaringen kunnen ertoe leiden dat mensen zorg uitstellen, vervolgzorg mijden of behandeladviezen niet opvolgen, en vormen daarmee mogelijke mechanismen achter zorgmijding.

Daarnaast zijn vrouwspecifieke gezondheidsproblemen, waaronder cyclus- en hormoongerelateerde klachten, zowel in onderzoek als in de gezondheidszorg lange tijd structureel onderbelicht geweest (WOMEN Inc., 2025). Hierdoor bestaat het risico dat klachten worden

genormaliseerd, laat worden herkend of onvoldoende worden behandeld, wat eveneens kan bijdragen aan terughoudendheid om (opnieuw) zorg te zoeken.

Hoewel vrouwen gemiddeld vaker gebruikmaken van gezondheidszorg dan mannen (CBS, 2026), betekent dit niet dat zorgmijding binnen deze groep afwezig is. Eerder Nederlands onderzoek liet zien dat vrouwen vaker afzagen van een bezoek aan de huisarts dan mannen (17% versus 13%) en voorgeschreven geneesmiddelen vaker niet ophaalden (Van Esch et al., 2015). Daarnaast rapporteerden vrouwen tijdens de coronapandemie vaker zorguitstel dan mannen (53% versus 44%) (CBS, 2022). Tegelijkertijd is nog onvoldoende bekend in welke mate zorgmijding onder vrouwen momenteel voorkomt en welke factoren bijdragen aan het mijden, uitstellen of juist hervatten van zorg.

1.2.2 Zorgmijding onder lhbti+ personen

Uit meerdere recente onderzoeken blijkt dat lhbti+ personen in Nederland vaker mentale problemen ervaren dan cis-hetero personen (CBS, 2025b; Panteia et al., 2024; Strating & Bogićević, 2025). Daarnaast rapporteren verschillende groepen binnen de lhbtq+ gemeenschap een minder goede fysieke gezondheid en een lagere ervaren regie, veerkracht en zelfwaardering, waarbij deze verschillen vaak het grootst zijn onder transgender en non-binaire personen (Panteia et al., 2024).

Tegelijkertijd zijn er aanwijzingen dat lhbti+ personen niet altijd positieve ervaringen hebben binnen de gezondheidszorg. Uit een publiekspelling van Ipsos/WOMEN Inc. in opdracht van de Alliantie Gezondheidszorg op Maat kwam naar voren dat lhbti+ personen zich gemiddeld minder begrepen voelen door de huisarts, zich minder op hun gemak voelen tijdens onderzoeken of behandelingen en drempels ervaren in gesprekken over hun seksuele oriëntatie, genderexpressie of variatie in geslachtskenmerken (Hulsken & Bilman, 2019). Daarnaast laten onderzoeken zien dat passende zorg voor lhbti+ personen niet vanzelfsprekend is en dat discriminatie-ervaringen onder transpersonen en andere lhbti+ groepen binnen de gezondheidszorg vaak voorkomen (Alliantie Gezondheidszorg op Maat [AGOM], 2022; Zorgvuldig Advies & Transvisie, 2022). Dergelijke ervaringen kunnen bijdragen aan het uitstellen, mijden of afbreken van zorg. Tegelijkertijd is nog onvoldoende bekend in welke mate zorgmijding voorkomt onder verschillende lhbti+ groepen en welke factoren daarbij een rol spelen.

Kortom, er zijn aanwijzingen dat gender, genderidentiteit en seksuele oriëntatie van invloed kunnen zijn op ervaringen binnen de gezondheidszorg en op het zoeken, uitstellen of mijden van zorg. Eerder onderzoek laat zien dat zowel vrouwen als verschillende groepen binnen de lhbti+ gemeenschap vaker te maken

hebben met een relatief grote zorgbehoefte, minder positieve zorgervaringen en signalen van zorguitstel of zorgmijding. Hierdoor wordt benodigde zorg soms niet, later of in onvoldoende mate ontvangen. Tegelijkertijd is nog beperkt bekend welke factoren hierbij een rol spelen en welke omstandigheden juist bijdragen aan het zoeken of hervatten van zorg voor deze groepen.

1.3 Doel onderzoek

Dit onderzoek is uitgevoerd binnen de Alliantie Gezondheidszorg Op Maat 2 (AGOM2). Binnen deze alliantie doen COC Nederland, Rutgers en WOMEN Inc. onderzoek dat bijdraagt aan inclusieve zorg. Deze alliantie krijgt steun van het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap en loopt van 2023 tot en met 2027.

Het doel van dit onderzoek is inzicht te verkrijgen in de factoren die bijdragen aan zorgmijding en het (opnieuw) zoeken van zorg onder vrouwen en lhbti+ personen, zodat de toegankelijkheid, passendheid en kwaliteit van de eerstelijnszorg voor deze groepen kan worden verbeterd. De resultaten van het onderzoek moeten bijdragen aan:

- **Minder zorgmijding** – Meer vrouwen en lhbti+ personen voelen zich gehoord, erkend en veilig in de zorg, waardoor zij minder geneigd zijn om noodzakelijke zorg uit te stellen of te mijden
- **Meer inzicht in zorgmijding** – Meer kennis over de redenen waarom vrouwen en lhbti+ personen zorg mijden en factoren die hen kunnen helpen (opnieuw) gebruik te maken van zorg.
- **Betere toegang tot passende zorg** – De eerstelijnszorg sluit meer aan bij de behoeften en ervaringen van vrouwen en lhbti+ personen, zodat zij betere toegang hebben tot passende zorg.
- **Praktische handvatten voor zorgprofessionals** – Zorgverleners krijgen concrete tools en kennis om vrouwen en lhbti+ personen die zorg mijden beter te herkennen, ondersteunen en waar nodig naar passende zorg toe te leiden. In de richtlijn ‘Signaleren en omgaan met zorgmijding in de eerste lijn’ van V&VN Nederland, opgesteld door Trimbos, staan aanbevelingen hoe zorgprofessionals om kunnen gaan met mensen die zorg mijden. Dit rapport heeft als doel aanbevelingen te formuleren om deze richtlijn verder aan te scherpen vanuit het perspectief van vrouwen en lhbti+ personen.

1.4 Onderzoeksvragen

De onderzoeksvraag is als volgt:

Welke factoren beïnvloeden zorgmijding en het (opnieuw) zoeken van zorg onder vrouwen en lhbti+ personen, met specifieke aandacht voor de eerstelijnszorg?

² In dit rapport worden, afhankelijk van de context, de termen lhbt+, lhbti+ en lhbtq+ gebruikt. Hoewel in het kwantitatieve onderzoek ook intersekse personen deelnamen, was hun aantal onvoldoende om afzonderlijke uitspraken over deze groep te kunnen doen. In het kwalitatieve onderzoek zijn geen intersekse personen geïnterviewd. Om die reden wordt bij de bespreking van de onderzoeksbevindingen doorgaans verwezen naar lhbt+ personen. Wanneer wordt verwezen naar bevindingen uit het literatuuronderzoek, wordt de terminologie van het desbetreffende onderzoek aangehouden.

2. Methode

Deelvragen:

- Welke ervaringen hebben vrouwen en lhbti+ personen met zorgmijden?
- Welke factoren hangen samen met zorgmijding onder vrouwen en lhbti+ personen?
- Welke factoren dragen bij aan het (opnieuw) zoeken van zorg onder vrouwen en lhbti+ personen?
- Wat is de rol van de zorgverlener bij zorgmijding en het (opnieuw) zoeken van zorg?
- Welke aanbevelingen kunnen op basis van de bevindingen worden gedaan om zorgmijding onder vrouwen en lhbti+ personen te verminderen en de toegankelijkheid van zorg te bevorderen?

Dit onderzoek volgde een mixed-methods benadering bestaande uit drie fasen: een literatuuronderzoek, een kwantitatieve vragenlijst en kwalitatieve verdiepende interviews.

2.1 Literatuurstudie

De literatuurstudie had als doel inzicht te verkrijgen in factoren die samenhangen met zorgmijding en het (opnieuw) zoeken van zorg onder vrouwen en lhbti+ personen. Omdat eerder onderzoek naar zorgmijding binnen deze groepen beperkt beschikbaar is, werd zowel gebruikgemaakt van wetenschappelijke literatuur als van Nederlandse beleidsrapporten, monitoronderzoeken en andere relevante grijze literatuur.

De literatuurstudie richtte zich op:

- factoren die samenhangen met zorgmijding;
- verschillen in zorgmijding en zorgervaringen tussen groepen, met specifieke aandacht voor vrouwen en lhbti+ personen;
- factoren die kunnen bijdragen aan het (opnieuw) zoeken van zorg.

Voor de literatuurstudie werd gezocht in wetenschappelijke databases, waaronder PubMed, Scopus en Google Scholar. Daarnaast werden Nederlandse rapporten, monitoronderzoeken en beleidsdocumenten geraadpleegd van onder andere het CBS, Nivel, RIVM, Pharos, de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, WOMEN Inc., de Alliantie Gezondheidszorg Op Maat (AGOM), Movisie en andere relevante organisaties. De zoekstrategie richtte zich primair op literatuur uit de afgelopen tien jaar. Wanneer relevante recente literatuur ontbrak, werden ook oudere of internationale studies meegenomen om inzichten te verkrijgen in factoren die samenhangen met zorgmijding onder de doelgroepen. De gevonden literatuur werd thematisch geanalyseerd. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen factoren die samenhangen met zorgmijding en factoren die kunnen bijdragen aan het (opnieuw) zoeken van zorg. Waar mogelijk is specifiek aandacht besteed aan bevindingen voor vrouwen en lhbti+ personen. Wanneer dergelijke literatuur ontbrak, zijn bevindingen uit de algemene literatuur over zorgmijding beschreven en is aangegeven in hoeverre deze mogelijk relevant zijn voor deze groepen.

2.2 Kwantitatieve dataverzameling

Een gestructureerde online vragenlijst werd ontwikkeld om kwantitatieve gegevens te verzamelen over zorgmijding, zorggebruik en ervaringen met zorg onder een diverse steekproef van mannen, vrouwen en genderdiverse personen. De vragenlijst was gericht op het verkrijgen van inzicht in de omvang en vormen van zorgmijding, welke factoren van invloed zijn op het mijden en (opnieuw) zoeken van zorg, en welke rol zorgverleners daarbij spelen. Deze gegevens werden verzameld om aanbevelingen te formuleren voor het

verminderen van zorgmijding en het bevorderen van passende zorg.

De vragenlijst bestond uit verschillende secties:

- **Demografische kenmerken:** leeftijd, toegewezen geslacht bij geboorte, genderidentiteit, sekse, seksuele oriëntatie, opleiding, herkomst en religieuze achtergrond. Deze gegevens werden gebruikt om verschillen tussen groepen te onderzoeken.
- **Gezondheid en zorggebruik:** ervaringen met lichamelijke en psychische klachten in de afgelopen 12 maanden, behoefte aan hulp, hulpzoekgedrag (bij daadwerkelijke problemen en bij verwachte problemen in de toekomst) en contact met hulpverleners.
- **Ervaringen met zorgverleners:** tevredenheid en specifieke ervaringen met hulpverleners, waaronder mate van respect, luistervaardigheden en sensitiviteit voor gender en seksuele oriëntatie.
- **Factoren die samenhangen met zorgmijding:** stellingen over barrières zoals financiële drempels, gebrek aan vertrouwen, angst voor behandeling, taalbarrières en eerdere negatieve ervaringen (op Likert-schaal).
- **Evaluatie van hulpzoekgedrag:** retrospectieve beoordeling of de beslissing om wel of geen hulp te zoeken goed of slecht was voor de gezondheid van de respondent, en het verloop van de klachten (erger geworden, gelijk gebleven, minder geworden, verdwenen).
- **Behoeften, voorkeuren en suggesties voor verbetering:** behoeften ten aanzien van zorg en aanbevelingen voor verbetering.

Het invullen van de vragenlijst duurde ongeveer 15 minuten en bevatte zowel open als gesloten vragen, waaronder Likert-schalen (1: helemaal mee oneens t/m 5: helemaal mee eens).

Voor dit onderzoek maakten we gebruik van gegevens uit het LISS-panel (Longitudinal Internet Studies for the Social Sciences), beheerd door Centerdata (Tilburg University). Deelnemers werden geworven via een gefaseerde aanpak om een diverse en representatieve steekproef van mannen, vrouwen en genderdiverse personen met ervaring met zorgmijding te bereiken. De minimumleeftijd voor deelname was 18 jaar. Deelnemers moesten voldoende Nederlands of Engels beheersen om de vragenlijst te kunnen invullen.

In totaal vulden 654 leden van het LISS-panel, een representatief panel van ongeveer 6.100 individuen, de online vragenlijst in. Daarnaast werd de vragenlijst in Qualtrics geprogrammeerd en door Rutgers en COC Nederland verspreid via lhbti+ organisaties, organisaties op het gebied van vrouwengezondheid en sociale media. Deze aanvullende werving was gericht op het vergroten van de deelname van lhbti+ personen en resulteerde in 228 extra respondenten. De laatste vraag van de vragenlijst was of deelnemers geïnteresseerd waren in deelname aan een persoonlijk verdiepend

interview om hun ervaring met zorgmijding verder toe te lichten.

De kwantitatieve data werden geanalyseerd met JASP. Demografische variabelen en zorgmijdingspatronen werden gerapporteerd middels beschrijvende statistiek: frequenties, percentages, gemiddelden en standaarddeviaties. Om verschillen tussen subgroepen (bijv. naar geslacht, genderidentiteit, seksuele oriëntatie) te toetsen, werd gebruik gemaakt van chi-kwadraattoetsen. De grootte van gevonden verschillen werd bepaald met Cramer's V.

Om betrouwbare conclusies te kunnen trekken uit kwantitatieve gegevens, is voor dit rapport een minimale steekproefgrootte van n=50 gehanteerd als ondergrens voor rapportage. Dit betekent dat we over bepaalde subgroepen zoals intersekse personen (n=5) geen betrouwbare kwantitatieve uitspraken kunnen doen. Subgroepen of deelvragen waarbij het aantal respondenten onder deze grens lag, werden dan ook niet kwantitatief gerapporteerd. In sommige gevallen werden waar mogelijk de bevindingen aangevuld met inzichten uit de kwalitatieve interviews, die meer diepgang bieden dan de kwantitatieve data bij kleine groepen. Voor intersekse personen was dit niet mogelijk, aangezien er geen intersekse personen deelnamen aan het kwalitatieve onderzoek. In overleg met NNID, expertisecentrum seksediversiteit, is daarom besloten geen afzonderlijke conclusies of specifieke communicatie-uitingen over intersekse personen te formuleren. Dit betekent niet dat intersekse personen buiten de onderzoekspopulatie vielen, maar dat de beschikbare gegevens onvoldoende basis boden om uitspraken te doen over hun specifieke ervaringen.

2.3 Kwalitatieve dataverzameling

Om meer inzicht te krijgen in de ervaringen van vrouwen en lhbti+ personen met zorgmijding en het (opnieuw) zoeken van zorg, werden semigestructureerde interviews afgenomen. De inclusiecriteria voor deelname waren dat personen zich identificeerden als vrouw of lhbti+ persoon en ervaring hadden met zorgmijding. Deelnemers werden in eerste instantie geworven onder respondenten van het vragenlijstonderzoek die hadden aangegeven open te staan voor een verdiepend interview. Omdat hiermee het beoogde aantal deelnemers niet werd bereikt, vond aanvullende werving plaats via oproepen op de socialemediakanalen van Rutgers, COC Nederland en WOMEN Inc. In totaal namen 17 personen deel aan de interviews, waarvan negen eerder hadden deelgenomen aan het vragenlijstonderzoek en acht werden geworven via sociale media.

De interviewgids is gebaseerd op de literatuurstudie, de onderzoeksvragen en de antwoorden die deelnemers in de vragenlijst hadden gegeven. Tijdens de interviews werd ingegaan op situaties waarin zorg werd uitgesteld, gemeden of juist (opnieuw)

3. Literatuurstudie

werd gezocht, en op de factoren die daarbij een rol speelden. Daarbij werd aandacht besteed aan onder meer financiële, psychologische, sociaal-culturele en informatiegerelateerde factoren, ervaringen met zorgverleners, zelfzorg en alternatieve geneeswijzen, en aanbevelingen ten aanzien van zorg. De interviews werden semigestructureerd afgenomen. Hierdoor konden vooraf vastgestelde thema's worden besproken, terwijl tegelijkertijd ruimte bestond om door te vragen op persoonlijke ervaringen en onderwerpen die door deelnemers zelf werden ingebracht.

De interviews zijn geanalyseerd met behulp van thematische analyse. Op basis van de literatuurstudie, de onderzoeksvragen en de interviewgide werd een voorlopig coderingsraamwerk opgesteld. Dit raamwerk vormde het uitgangspunt voor de eerste coderingsronde. Tijdens de analyse werd duidelijk dat de ervaringen van deelnemers niet altijd pasten binnen de vooraf geformuleerde categorieën. Daarom werd vervolgens gekeken naar terugkerende patronen in de data, waaruit de uiteindelijke thematische structuur werd afgeleid. De analyse combineerde daarmee een deductieve en inductieve aanpak: de initiële codering was theoriegestuurd, terwijl de uiteindelijke thematische structuur voortkwam uit de ervaringen en perspectieven van de deelnemers.

Omdat factoren in de praktijk zowel belemmerend als bevorderend kunnen werken, is gekozen voor een thematische indeling waarin de ervaringen van deelnemers met zorgmijding, zorggebruik en het zoeken naar passende ondersteuning centraal staan.

2.4 Ethische aspecten

Dit onderzoek volgt de ethische richtlijnen van Rutgers (The European Code of Conduct for Research Integrity - ALLEA, z.d.) en is goedgekeurd door de Ethische Commissie van de Universiteit Utrecht (documentnummer 25-0192).

Ethische waarborgen:

- Respondenten waren minimaal 18 jaar oud.
- Respondenten werden volledig geïnformeerd over doel en publicatie, en gaven expliciete toestemming.
- Respondenten konden op elk moment stoppen of zich terugtrekken.
- Interviews vonden plaats in een veilige, respectvolle en oordeelvrije omgeving.
- Respondenten kozen zelf de locatie (online of persoonlijk).
- Identiteit en belangen van respondenten werden beschermd.

Zorgmijding ontstaat zelden door één enkele oorzaak, maar is het resultaat van een samenspel van financiële, psychologische, sociaalculturele en systeemfactoren. In dit hoofdstuk wordt beschreven welke mechanismen volgens de literatuur samenhangen met het mijden of uitstellen van zorg. Het hoofdstuk sluit af met factoren die juist kunnen bijdragen aan het (opnieuw) aangaan van zorg. Waar mogelijk wordt specifiek ingegaan op vrouwen en lhbt+ personen. Tegelijkertijd laat de literatuur zien dat er voor deze groepen nog veel kennislacunes bestaan, met name rond intersectionele verschillen en ervaringen.

3.1 Financiële barrières

De omvang van zorgmijding vanwege financiële barrières in Nederland verschilt per onderzoek en loopt uiteen van 3 tot 21% van de bevolking (Huijgen et al., 2024). Hoewel huisartsenzorg deel uitmaakt van het basispakket van de zorgverzekering, geeft 11% van de volwassenen aan in de afgelopen twaalf maanden een bezoek aan de huisarts te hebben gemeden of uitgesteld vanwege de kosten (CBS, 2025a). Voor tandartszorg liggen deze percentages hoger: 23% van de volwassenen stelt een tandartsbezoek uit of ziet ervan af omdat zij de kosten te hoog vinden. Onder 18- tot 45-jarigen ligt dit aandeel met ongeveer 28% nog hoger (CBS, 2024).

Financiële zorgmijding komt vooral voor onder mensen met een lager inkomen. Zij hebben vaker moeite om zorgkosten, zoals het eigen risico, eigen bijdragen of kosten voor onverzekerde zorg, te betalen (Huijgen et al., 2024). Dit geldt vooral voor mensen die onvoldoende op de hoogte zijn van de dekking van hun zorgverzekering. Onderzoek van de Patiëntenfederatie Nederland laat zien dat ruim één op de vijf Nederlanders zorg mijdt vanwege financiële overwegingen (Patiëntenfederatie Nederland, 2023). Daarnaast heeft 13% van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder geen aanvullende zorgverzekering, omdat deze als te duur wordt ervaren (CBS, 2024).

Financiële zorgmijding komt daarnaast vaker voor onder jongere leeftijdsgroepen (Meijer et al., 2023; Willard et al., 2025). Zo geeft 16% van de 18- tot 39-jarigen aan weleens zorg te mijden vanwege de kosten. Dit sluit aan bij internationaal onderzoek, waaruit eveneens blijkt dat zorgmijding vanwege financiële redenen significant vaker voorkomt onder jongere volwassenen (Morgan & Lee, 2017).

Vrouwen mijden vaker zorg om financiële redenen
Internationaal onderzoek toont aan dat vrouwen vaker dan mannen zorgmijden vanwege financiële redenen (European Institute for Gender Equality [EIGE], 2021; Molarius et al., 2014). In Zwitserland werd gevonden dat 13,8% van de bevolking zorg mijdt vanwege de kosten, waarbij vrouwen dit significant vaker deden dan mannen (15,7% vs 11,8%) (Guessous et al., 2012). Europese gegevens bevestigen dit patroon: in 2013 rapporteerde

7,4% van de vrouwen onvervulde medische behoeften, vergeleken met 6,4% van de mannen (EIGE, 2021). Vrouwen noemden kosten significant vaker als belangrijkste reden voor het niet consulteren van een arts, zowel voor medische als tandheelkundige zorg. Bij tandheelkundige zorg gaf de helft van de respondenten met onvervulde zorgbehoeften financiële redenen op als verklaring (Chaupain-Guillot & Guillot, 2015; EIGE, 2021).

In Nederland is het beeld minder eenduidig. Onderzoek laat zien dat financiële drempels samenhangen met het uitstellen of mijden van zorg, maar deze relatie wordt in de Nederlandse context primair verklaard door sociaaleconomische ongelijkheid, waarbij inkomens- en opleidingsverschillen een belangrijkere rol spelen dan gender. Tegelijkertijd zijn deze sociaaleconomische verschillen niet los te zien van gender. Vrouwen zijn gemiddeld minder vaak economisch zelfstandig dan mannen, werken vaker in deeltijd en zijn relatief vaak financieel afhankelijk van een partner of de overheid (CBS, 2024).

Analyses van het CBS (2026) laten zien dat vrouwen in sommige zorgdomeinen een hogere zorgconsumptie hebben en in bepaalde meetjaren vaker onvervulde zorgbehoeften rapporteren. Als oorzaak van de onvervulde zorgbehoefte worden door respondenten verschillende redenen genoemd, waaronder kosten. Deze genderverschillen zijn echter beperkt en niet consistent over tijd. Specifieke Nederlandse empirische onderbouwing dat vrouwen vaker dan mannen zorg mijden vanwege financiële redenen ontbreekt, waardoor het algemene patroon voor Nederland vooral indirect wordt afgeleid uit internationale literatuur en Europese statistieken (EIGE, 2021).

Financiële barrières kunnen niet alleen leiden tot het uitstellen of mijden van zorg, maar ook tot het niet (volledig) gebruiken van voorgeschreven medicatie. Deze vorm van zorgmijding wordt in de literatuur aangeduid als *cost-related non-adherence* (CRNA): het niet ophalen, minder gebruiken of voortijdig stoppen met medicatie vanwege de kosten. Internationaal onderzoek laat zien dat CRNA vaker voorkomt bij mensen met een lager inkomen en dat vrouwen, met name vrouwen met een laag inkomen, hierin extra kwetsbaar zijn (Chung et al., 2019; Stankunas et al., 2014; Stankuniene et al., 2015). Nederlandse gegevens laten eveneens zien dat vrouwen vaker voorgeschreven medicatie niet ophalen dan mannen, al is niet vastgesteld in hoeverre dit samenhangt met financiële redenen. Wel komt dit gedrag vaker voor in sociaaleconomisch kwetsbare wijken, wat erop wijst dat financiële en sociaaleconomische omstandigheden een rol kunnen spelen (Van Esch et al., 2015).

Financiële positie van lhbt+ personen
Ook voor lhbt+ personen zijn er aanwijzingen dat financiële barrières kunnen bijdragen aan zorgmijding, al is het beschikbare onderzoek voornamelijk afkomstig uit de Verenigde Staten. Amerikaanse studies laten

zien dat niet-heteroseksuele personen vaker dan heteroseksuele personen noodzakelijke medische zorg uitstellen of afzien van zorg vanwege de kosten. Zij rapporteren bovendien vaker dat zij voorgeschreven medicatie niet ophalen of minder gebruiken vanwege financiële redenen (Balshi, 2025).

Hoewel vergelijkbare Nederlandse gegevens ontbreken, laten Nederlandse cijfers wel zien dat verschillende lhbt+ groepen financieel kwetsbaarder zijn dan cisgender en heteroseksuele personen. Vooral bi+, non-binaire en queer personen, en lhbtqa+ personen met een beperking, geven vaker aan onvoldoende financiële middelen te hebben en houden minder vaak geld over aan het einde van de maand (Panteia et al., 2024). Deze relatief kwetsbare financiële positie kan de toegankelijkheid van zorg onder druk zetten en vormt daarmee een mogelijke risicofactor voor financiële zorgmijding, al is aanvullend Nederlands onderzoek nodig om deze relatie te onderbouwen.

3.2 Psychologische barrières

Psychologische factoren spelen een belangrijke rol bij het uitstellen of mijden van zorg. In de literatuur worden met name angst, stigma en negatieve ervaringen genoemd als terugkerende mechanismen die het zorggebruik beïnvloeden.

3.2.1 Angst voor medische procedures en diagnoses

Angst is een van de meest onderzochte psychologische factoren in relatie tot zorgmijding. Verschillende studies laten zien dat angst voor medische ingrepen, zoals injecties, operaties of pijnlijke behandelingen, kan bijdragen aan het uitstellen of mijden van zorg (Horenstein & Heimberg, 2020; Vrinten et al., 2015). Daarnaast kan ook angst voor het ontvangen van een ernstige diagnose een rol spelen in het mijden van medische hulp, bijvoorbeeld bij kankergerelateerde zorg of screening (Vrinten et al., 2015). Dergelijke vormen van angst hangen samen met zowel uitstel van zorg als het vermijden van medische informatie, waarbij mensen bewust of onbewust informatie over hun gezondheid, risico's of mogelijke diagnoses uit de weg gaan (Offer et al., 2025).

Tegelijkertijd is het belangrijk om deze vorm van angst niet uitsluitend te interpreteren als een 'irrationele barrière'. In veel gevallen gaat het om een reële afweging van mogelijke nadelen van zorg, zoals pijn, bijwerkingen of belastende behandelingen. Onderzoek naar zorgbeslissingen laat zien dat mensen vaak een afweging maken tussen verwachte baten en nadelen, waarbij ook negatieve behandelervaringen of verwachte belasting een legitieme rol spelen (Consedine et al., 2004; Xia et al., 2023). Zorgmijding ontstaat daarmee niet alleen door angst, maar ook door hoe mensen risico's, eerdere ervaringen en verwachte consequenties van zorg tegen elkaar afwegen.

Hoewel specifiek onderzoek naar deze mechanismen onder vrouwen en lhbti+ personen ontbreekt is het aannemelijk dat ook binnen deze groepen angst voor medische procedures, diagnoses of belastende behandelingen kan bijdragen aan het uitstellen of mijden van zorg.

3.2.2 Stigma en schaamte

Stigma en schaamte vormen belangrijke psychologische en sociale barrières voor het zoeken van zorg. Voornamelijk aandoeningen die maatschappelijk gevoelig liggen of sterk gestigmatiseerd zijn, zoals psychische aandoeningen, seksueel overdraagbare aandoeningen, overgewicht en verslavingsproblematiek, worden geassocieerd met een verhoogde drempel om medische hulp te zoeken (Clement et al., 2015; Henderson et al., 2013; Schnyder et al., 2017). Mensen kunnen zorg mijden uit angst voor negatieve oordelen, sociale uitsluiting of labeling door anderen, ook wanneer zij weten dat behandeling noodzakelijk is (Ahad et al., 2023).

Naast stigma vanuit de omgeving speelt ook zelfstigma een belangrijke rol. Hierbij nemen mensen negatieve maatschappelijke opvattingen over hun aandoening of identiteit over in hun eigen zelfbeeld. Dit kan leiden tot gevoelens van schaamte, een lager zelfvertrouwen en een verminderde bereidheid om hulp te zoeken (Thomas et al., 2025). Daarnaast kan ook anticiperend stigma een rol spelen: de verwachting dat men zal worden afgewezen, niet serieus genomen of gediscrimineerd. De combinatie van ervaren, geïnternaliseerd en verwacht stigma kan de drempel tot zorggebruik aanzienlijk vergroten (Wuyts et al., 2026).

Specifiek onderzoek naar de rol van stigma en schaamte bij zorgmijding onder vrouwen en lhbti+ personen is beperkt. Wel zijn er aanwijzingen dat stigma binnen beide groepen de toegang tot zorg kan bemoeilijken. Zo laten onderzoeken van WOMEN Inc. zien dat taboes en schaamte rondom vrouwspecifieke gezondheidsproblemen, zoals menstruatie-, hormoon- en overgangsklachten, ertoe kunnen bijdragen dat vrouwen klachten langer voor zichzelf houden of professionele hulp uitstellen (WOMEN Inc., 2024; WOMEN Inc., 2025).

Voor lhbti+ personen kan stigma een bredere rol spelen dan alleen in het zorgcontact. Het AGOM-rapport over minderheidsstress beschrijft dat lhbti+ personen vaker te maken hebben met externe stigmatisering, discriminatie en afwijzing, maar ook met geïnternaliseerde negatieve opvattingen over de eigen seksuele oriëntatie of genderidentiteit en de voortdurende verwachting op negatieve reacties van anderen (AGOM, 2024). Deze vormen van minderheidsstress kunnen ertoe leiden dat mensen minder open zijn over hun identiteit of gezondheidsklachten en zorgcontacten uitstellen of mijden uit angst voor onbegrip, afwijzing of een negatieve bejegening. Deze bevinding sluit aan bij onderzoek waaruit blijkt dat lhbti+ personen zich

regelmatig terughoudend voelen om open te spreken over hun seksuele oriëntatie, genderidentiteit of seksekenmerken in contact met zorgverleners (Hulskén & Bilman, 2019).

3.2.3 Negatieve eerdere ervaringen en vertrouwensverlies

Onvoldoende vertrouwen in de zorg en negatieve ervaringen met zorgverleners vormen een belangrijke barrière voor het zoeken van hulp. Wanneer mensen zich in eerdere zorgcontacten niet serieus genomen voelen, of te maken hebben gehad met onvriendelijkheid, miscommunicatie, discriminatie of een gebrek aan empathie, kan dit leiden tot verminderd vertrouwen in het zorgsysteem en tot het mijden van nieuwe zorgcontacten (Eriksen et al., 2023; Smith, 2017). Dit vertrouwen kan verder worden ondermijnd wanneer behandelingen in het verleden als ineffectief worden ervaren, waardoor twijfel ontstaat over de meerwaarde van nieuwe zorg.

Deze vertrouwensbreuk kan worden versterkt door ervaringen binnen de sociale omgeving. Negatieve ervaringen van familieleden of naasten met de zorg kunnen het algemene beeld van de gezondheidszorg beïnvloeden en de bereidheid om zelf hulp te zoeken verminderen (Oguro et al., 2021).

Met name binnen groepen die in de zorg vaker discriminatie of onveilige bejegening ervaren, zijn negatieve ervaringen en vertrouwensverlies duidelijk aanwezig. Uit onderzoek in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en uitgevoerd door MARE (MARE, 2025) blijkt dat lhbti+ personen regelmatig zorg mijden vanwege (ervaren) discriminatie, onveilige interacties of een gebrek aan inclusieve bejegening in de zorg (Hulskén & Bilman, 2019).

Daarnaast wijzen verschillende onderzoeken erop dat vrouwen negatieve zorgervaringen rapporteren die het vertrouwen in de zorg kunnen ondermijnen. Zo worden klachten van vrouwen over het algemeen minder serieus genomen en worden symptomen sneller toegeschreven aan stress of psychische oorzaken, bijvoorbeeld bij aandoeningen zoals hartfalen en menstruatie- en overgangsklachten (WOMEN Inc., 2025).

3.2.4 Psychische problemen

Psychische problemen, zoals depressie en angststoornissen, kunnen ook invloed hebben op het zoeken van zowel psychische als somatische zorg. Een veelgenoemde belemmering is een verminderd niveau van energie, motivatie en initiatief, waardoor het actief zoeken van hulp wordt uitgesteld. Dit kan leiden tot later contact met de zorg en daarmee tot verergering van klachten.

Mensen met ernstige psychische aandoeningen hebben gemiddeld een hogere prevalentie van somatische gezondheidsproblemen, mede door leefstijlfactoren,

medicatiebijwerkingen en sociaaleconomische omstandigheden. Daarnaast kunnen kenmerken die samenhangen met ernstige psychische aandoeningen, zoals cognitieve beperkingen en verminderd initiatief, een belemmering vormen voor het actief zoeken en benutten van zorg (Meeuwissen et al., 2015).

3.3 Sociaalculturele en informatiegerelateerde barrières

Zorgmijding wordt niet alleen bepaald door individuele factoren, maar ook door de sociale, culturele en informatiegerelateerde context waarin mensen leven. Factoren zoals taal- en culturele barrières, sociale isolatie, beperkte gezondheidsvaardigheden en de manier waarop mensen gezondheidsinformatie verkrijgen en interpreteren, kunnen de toegang tot zorg bemoeilijken en de drempel om hulp te zoeken vergroten.

Er is weinig onderzoek beschikbaar naar deze barrières specifiek onder vrouwen en lhbti+ personen, en vrijwel geen onderzoek dat ook de invloed van een sociaalculturele achtergrond of andere intersecties meeneemt. Daarom beschrijft dit hoofdstuk de sociaalculturele en informatiegerelateerde barrières die in de algemene literatuur over zorgmijding naar voren komen. Hoewel vaak niet kan worden vastgesteld dat deze mechanismen zich op dezelfde manier voordoen bij vrouwen en lhbti+ personen, zijn zij naar verwachting ook voor deze groepen relevant.

3.3.1 Taal- en culturele barrières

Taal- en culturele barrières kunnen een belangrijke belemmering vormen voor het zoeken van zorg. Mensen die de Nederlandse taal niet goed beheersen, kunnen moeite hebben om hun klachten duidelijk te verwoorden, behandelinstructies te begrijpen of hun weg te vinden binnen het zorgsysteem. Dit kan leiden tot onzekerheid en de drempel om zorg te zoeken vergroten (Veen et al., 2015).

Taal- en culturele barrières ontstaan echter niet alleen door verschillen in taal of culturele achtergrond van patiënten, maar ook door de manier waarop zorg wordt verleend. Wanneer zorgverleners onvoldoende aansluiten bij de taal, culturele context of gezondheidsopvattingen van patiënten, kan dit leiden tot miscommunicatie, wederzijds onbegrip en een gevoel niet serieus genomen te worden (Veen et al., 2015; Van Loenen et al., 2022). Daarnaast laten onderzoeken zien dat ervaringen met discriminatie, stereotypering en een gebrek aan cultuursensitieve zorg het vertrouwen in de zorg kunnen ondermijnen en de toegang tot zorg bemoeilijken. Zo beschrijven vluchtelingen in onderzoek naar reproductieve zorg dat ervaren discriminatie, vooroordelen en culturele misverstanden negatieve invloed hebben op hun ervaringen met de zorg en een drempel vormen om (opnieuw) hulp te zoeken (Cense et al., 2023).

Deze factoren kunnen bijdragen aan verschillen in zorggebruik. Zo laten Nederlandse onderzoeken zien dat mensen met een migratieachtergrond vaker aangeven af te zien van zorg dan mensen zonder migratieachtergrond (Huijgen et al., 2024; Meijer et al., 2023).

3.3.2 Sociale media en gezondheidsinformatie

Sociale media vormen een belangrijke bron van gezondheidsinformatie, maar worden tegelijkertijd gekenmerkt door de verspreiding van gezondheidsgerelateerde misinformatie en desinformatie. Onderzoek laat zien dat onjuiste of misleidende gezondheidsinformatie breed voorkomt op socialemediakanalen en kan bijdragen aan verwarring, verminderde gezondheidsvaardigheden en foutieve interpretaties van klachten en behandelmogelijkheden (Çeleğen & Sariöz, 2026; Stimpsom et al., 2024).

Hoewel het moeilijk blijft om een oorzakelijk verband tussen misinformatie en gedrag aan te tonen (De Groot et al., 2025), wijst internationaal onderzoek wel op een samenhang tussen blootstelling aan mis- en desinformatie op sociale media en een hogere kans op onvervulde zorgbehoeften, waaronder het uitstellen of mijden van noodzakelijke zorg. Dit effect is vooral zichtbaar bij mensen die sociale media dagelijks gebruiken, minder vertrouwen hebben in het zorgsysteem, of eerder negatieve ervaringen hebben gehad en discriminatie en racisme binnen de zorg hebben ervaren (Stimpsom et al., 2024).

Ook Nederlandse bevindingen laten een vergelijkbaar patroon zien. Onderzoek in opdracht van ZonMw toont aan dat mensen die tijdens de coronapandemie sociale media gebruikten, ook vaker aangaven medische zorg te mijden, terwijl personen die voornamelijk vertrouwden op traditionele media juist vaker een arts bezochten. Dit verschil bleef bestaan onafhankelijk van achtergrondkenmerken zoals leeftijd en opleidingsniveau (De Veld, 2025).

Sociale media zijn dus niet alleen een informatiebron, maar kunnen ook de interpretatie van gezondheidsklachten en het vertrouwen in de professionele zorg beïnvloeden. Hierdoor kan de drempel om medische hulp te zoeken hoger worden, met als mogelijk gevolg uitstel of zorgmijding.

3.3.3 Sociale isolatie en gebrek aan steun

Sociale isolatie kan een belangrijke barrière vormen bij het zoeken van zorg. Mensen met een beperkt sociaal netwerk missen vaker zowel praktische ondersteuning, zoals hulp bij het plannen of bijwonen van afspraken, als sociale aanmoediging om medische hulp te zoeken. Dit kan de drempel verhogen om tijdig zorg in te schakelen. Internationaal onderzoek laat zien dat sociaal geïsoleerde en eenzame ouderen minder gebruik maken van preventieve zorg, waaronder borstkankeronderzoek, tandartsbezoeken en colonoscopieën (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine,

2020; Vozikaki et al., 2018). In Nederland komt eenzaamheid relatief vaak voor: volgens de Gezondheidsmonitor van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) voelt een aanzienlijk deel van de volwassenen zich eenzaam (46,2%), terwijl een kleinere groep zich sterk eenzaam voelt (13,2%) (RIVM, z.d.). Daarnaast laat onderzoek zien dat jongvolwassenen die lesbisch, homo of bi zijn zich gemiddeld eenzamer voelen dan heteroseksuele jongvolwassenen (Kuyper, 2015). Dit lijkt niet zozeer samen te hangen met het aantal sociale contacten, maar eerder met factoren als de kwaliteit van sociale relaties, ervaren steun, gevoelens van verbondenheid en de mogelijkheid om open te zijn over de eigen identiteit (Kuyper, 2015; Huijnk & van Beusekom, 2021). Omdat sociale steun een belangrijke rol kan spelen bij het herkennen van gezondheidsproblemen, het bespreken van klachten en het stimuleren van hulpzoekgedrag, kunnen deze factoren ook relevant zijn voor het ontstaan of versterken van zorgmijding.

Aanvullend onderzoek laat zien dat een beperkt sociaal netwerk ertoe kan leiden dat gezondheidsklachten minder snel worden opgemerkt of besproken, waardoor zorg later wordt gezocht. Zo blijkt uit Japans onderzoek dat sociaal geïsoleerde ouderen minder geneigd zijn om gebruik te maken van zorg en vaker zorg uitstellen totdat klachten verergeren (Mitsutake et al., 2021). Daarnaast kunnen sociaal geïsoleerde personen minder goed geïnformeerd zijn over beschikbare zorgvoorzieningen en ondersteuningsmogelijkheden, wat de kans op zorgmijding verder vergroot.

3.3.4 Gezondheidsvaardigheden

Gezondheidsvaardigheden – het vermogen om gezondheidsinformatie te vinden, begrijpen en toe te passen – zijn cruciaal voor het effectief gebruikmaken van het zorgsysteem. In Nederland heeft ongeveer één op de drie volwassenen (35–36%) onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden. Dit komt vooral voor bij ouderen, mensen met een lager opleidingsniveau en mensen met een migratieachtergrond (Pharos, 2024; Rademakers & Heijmans, 2024).

Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden ervaren vaker moeilijkheden bij het vinden, begrijpen en beoordelen van gezondheidsinformatie. Daarnaast kan onvoldoende kennis over de werking van het zorgsysteem, zoals de rol van de huisarts, verwijzingsroutes en administratieve procedures, ertoe leiden dat de drempel om tijdig hulp te zoeken hoger wordt.

Ook communicatie met zorgverleners speelt hierin een belangrijke rol. Uit onderzoek van het CBS blijkt dat mensen in de laagste welvaartsgroep minder vaak aangeven te begrijpen wat hun huisarts vertelt (89%) en zich minder vaak serieus genomen voelen door hun huisarts (77%) dan mensen in hogere welvaartsgroepen (CBS, 2025a). Dit kan het vertrouwen in de zorg en het

vermogen om passende zorg te vinden en te benutten verder onder druk zetten.

Daarnaast laat onderzoek van het CBS zien dat 62% van de Nederlanders vindt dat mensen die goed voor zichzelf opkomen betere zorg krijgen (CBS, 2024). Dit suggereert dat zelfredzaamheid en communicatieve vaardigheden mede kunnen bepalen in hoeverre mensen passende zorg ontvangen. Voor mensen die minder assertief zijn of moeite hebben om hun zorgvraag te verwoorden, kan dit een extra drempel vormen om tijdig hulp te zoeken of door te zetten binnen het zorgsysteem. Ook onderzoek onder lhbti+ personen laat zien dat het vermogen om voor de eigen zorgbehoeften op te komen van grote invloed is op de ervaren kwaliteit van zorg. Respondenten geven aan dat zij regelmatig zelf moeten uitleggen welke zorg passend is of actief moeten opkomen voor hun behoeften om passende zorg te ontvangen (AGOM, 2022).

Dit kan resulteren in minder tijdig en minder passend zorggebruik, waardoor klachten in sommige gevallen pas in een later stadium worden behandeld. Hierdoor komen mensen relatief vaker terecht in meer acute vormen van zorg, zoals de spoedeisende hulp of een ziekenhuisopname, omdat eerdere en preventieve zorgmomenten zijn gemist (Pharos, 2024).

3.4 Zelfmanagement van gezondheidsklachten en alternatieve geneeswijzen

Sommige mensen kiezen ervoor om gezondheidsklachten zelf te managen of gebruik te maken van complementaire en alternatieve geneeswijzen (CAM), in plaats van (direct) reguliere medische zorg te zoeken. Dit kan bijvoorbeeld voorkomen bij mensen met langdurige of chronische klachten, zoals pijn of vermoeidheid, die eerdere ervaringen met de zorg als onvoldoende effectief hebben ervaren of geen duidelijke behandelopties meer verwachten. In dergelijke situaties kan zorg deels worden verplaatst van het reguliere zorgsysteem naar informele of alternatieve vormen van ondersteuning. Zelfmanagement, zelfmedicatie en complementaire behandelvormen kunnen in die situaties een alternatief of aanvulling vormen. Dit betekent niet noodzakelijk dat mensen reguliere zorg principieel afwijzen; het kan ook een reactie zijn op ervaren tekortkomingen binnen het zorgsysteem.

Het gebruik van CAM is in Nederland relatief wijdverbreid. In 2023 consulteerden meer dan één miljoen Nederlanders een alternatieve behandelaar, een stijging ten opzichte van eerdere jaren (Erasmus University Rotterdam, 2025). Complementaire zorg is bovendien deels geïntegreerd in de reguliere gezondheidszorg: veel Nederlandse ziekenhuizen bieden interventies aan, zoals ontspanningsoefeningen, mindfulness en kunstzinnige therapie, met name ter ondersteuning bij klachten als pijn, angst en onrust (Jong et al., 2019). Tegelijkertijd wordt CAM niet altijd

geïntegreerd in reguliere behandeltrajecten, waardoor het gebruik ervan soms parallel loopt aan of los staat van medische zorg (Hoenders et al., 2011). Internationaal onderzoek laat zien dat zelfmedicatie vaak wordt toegepast vanuit praktische overwegingen, zoals gemak, urgentie of het hergebruiken van eerder voorgeschreven medicatie (Jangra et al., 2022). Daarnaast komt het gebruik van zelfzorg en alternatieve behandelvormen relatief vaker voor onder groepen met beperkte toegang tot reguliere zorg, zoals ongedocumenteerde personen (Hintjens et al., 2020).

Voor vrouwen lijken vooral online aanbieders van gezondheidsinformatie en niet-reguliere zorg, zoals hormooncoaches of overgangsconsulenten, een steeds zichtbaardere rol te spelen bij hormoon- en overgangsgerelateerde klachten (WOMEN Inc., 2025). Hoewel wetenschappelijk onderzoek ontbreekt waaruit blijkt dat dit direct leidt tot zorgmijding, kunnen dergelijke vormen van ondersteuning voor sommige vrouwen een alternatief vormen voor reguliere zorg of de keuze voor professionele medische hulp beïnvloeden. Meer onderzoek is nodig om de invloed hiervan op zorggebruik vast te stellen.

Ook binnen de transgenderzorg zijn aanwijzingen dat mensen soms zelf naar oplossingen zoeken wanneer de toegang tot reguliere zorg beperkt is. Uit een Nederlands vragenlijstonderzoek onder mensen die recent transgenderzorg ontvingen, behoefte hadden aan transgenderzorg of op een wachtlijst stonden, blijkt dat 15% van de respondenten aangaf gebruik te maken van zelfmedicatie (Zorgvuldig Advies & Transvisie, 2022). Tegelijkertijd beschrijven respondenten de huisarts als een belangrijke toegangspoort tot passende transgenderzorg, waarbij de ervaren kennis, ondersteuning en betrokkenheid van de huisarts van invloed zijn op het verdere zorgtraject (Zorgvuldig Advies & Transvisie, 2022). Hoewel uit dit onderzoek geen directe relatie met zorgmijding kan worden afgeleid, laten de bevindingen zien dat beperkte toegang tot passende zorg ertoe kan bijdragen dat mensen zelf naar alternatieven zoeken.

3.5 Factoren gerelateerd aan (opnieuw) zoeken van zorg

Het terugkeren naar zorg na zorgmijding wordt beïnvloed door factoren op individueel, relationeel en systeemniveau. Voor vrouwen en lhbti+ personen in de Nederlandse context spelen verschillende faciliterende factoren een rol.

3.5.1 Vertrouwen

Vertrouwen vormt een centrale voorwaarde voor het (opnieuw) aangaan van zorgcontact, in het bijzonder voor mensen die eerder zorg hebben gemeden. Een gebrek aan vertrouwen in zorgverleners of het zorgsysteem kan ertoe leiden dat patiënten negatieve ervaringen willen vermijden en minder snel medische

hulp zoeken (Huijgen et al., 2025). Tegelijkertijd laat onderzoek zien dat vertrouwen geen statisch gegeven is, maar kan worden opgebouwd en hersteld door positieve ervaringen met zorgverleners en een duurzame behandelrelatie, waarbij patiënten zich gehoord, serieus genomen en gerespecteerd voelen (Thom et al., 2004).

De houding en communicatiestijl van zorgverleners spelen hierin een belangrijke rol. Zorgverleners die zich empathisch, respectvol en betrokken opstellen, creëren een veilige omgeving waarin patiënten zich gehoord voelen en eerder bereid zijn hun klachten, zorgen en behoeften te bespreken (Van den Brink-Muinen et al., 2004). Voor mensen die langdurig zorg hebben gemeden, wordt het opbouwen van vertrouwen zelfs gezien als het belangrijkste instrument van de hulpverlener (Maas, 2021).

Daarnaast wordt vertrouwen versterkt door patiëntgerichte zorg, waarbij de patiënt wordt benaderd als een gelijkwaardige partner in het zorgproces. Gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) en patient empowerment kunnen bijdragen aan het herstellen van regie en autonomie, vooral bij mensen die zich eerder niet serieus genomen of onvoldoende betrokken hebben gevoeld bij beslissingen over hun behandeling (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2019a; Eeckman, 2019).

Voor vrouwen en lhbti+ personen is vertrouwen bovendien nauw verbonden met ervaringen van erkenning, veiligheid en inclusie binnen de zorg. Onderzoek laat zien dat discriminatie, stereotyperen, aannames en het niet serieus nemen van klachten het vertrouwen in zorgverleners kunnen ondermijnen en daarmee de drempel tot zorg verhogen (Van Loenen et al., 2022; MARE, 2025).

Voor vrouwen kan juist het erkennen van vrouwspecifieke gezondheidsklachten, zoals menstruatie-, hormoon- en overgangsgerelateerde klachten, en het serieus nemen van hun ervaringen bijdragen aan herstel van vertrouwen in de zorg (WOMEN Inc., 2025).

Voor lhbti+ personen kunnen lhbti+ sensitieve zorg, culturele sensitiviteit en een inclusieve bejegening bijdragen aan een veilige zorgomgeving en daarmee het vertrouwen in de zorg versterken. COC Nederland pleit daarom voor gerichte scholing van zorgverleners over lhbti+ specifieke zorgbehoeften (Menke, 2025). Ook de erkenning van historische problematiek, zoals de excuses van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie voor de pathologisering van lhbti+ personen, kan bijdragen aan het herstel van vertrouwen tussen zorgverleners en deze gemeenschap.

3.5.2 Toegankelijkheid

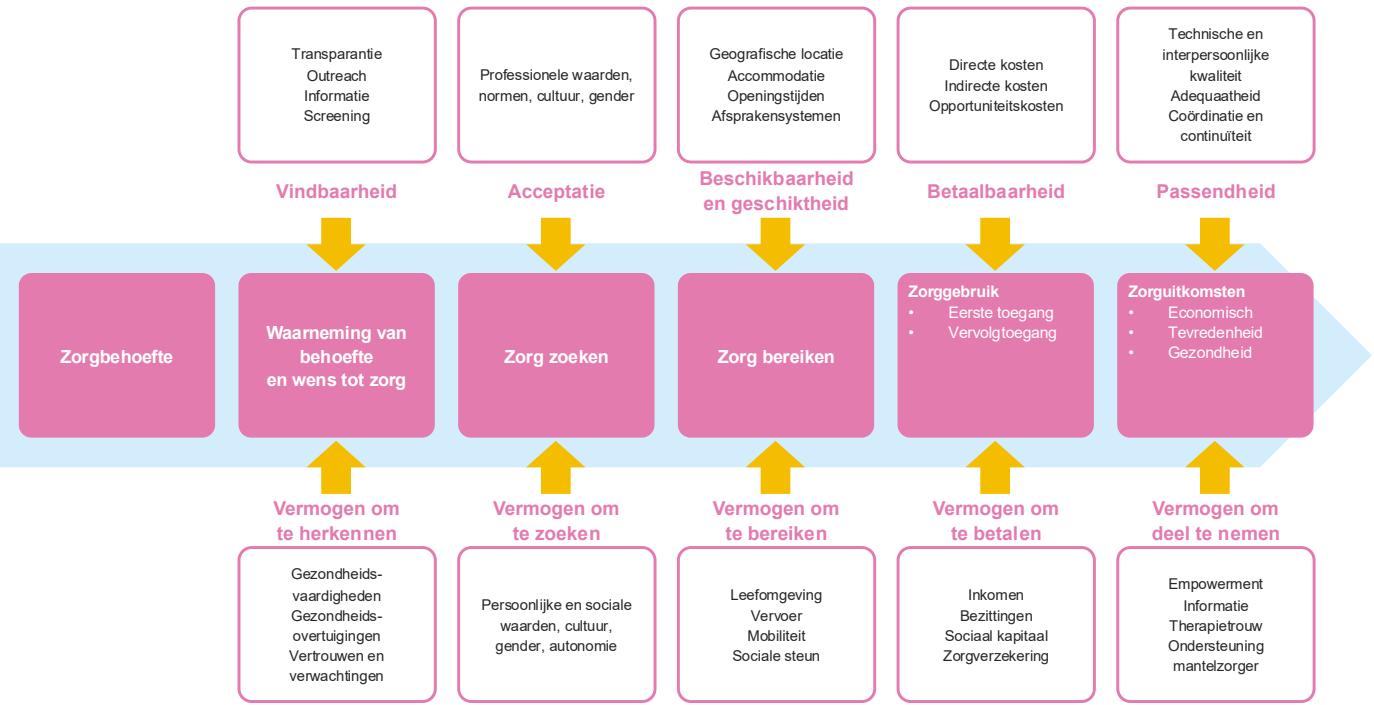
Toegankelijkheid van zorg is een belangrijke voorwaarde voor het (opnieuw) aangaan van zorgcontact. Volgens

het model van Levesque et al. (2013) wordt toegang tot zorg bepaald door een samenspel van kenmerken van het zorgsysteem en capaciteiten van zorgvragers. Het model onderscheidt vijf dimensies van toegankelijkheid van zorg: benaderbaarheid (approachability), aanvaardbaarheid (acceptability), beschikbaarheid en organisatie van zorg (availability and accommodation), betaalbaarheid (affordability) en passendheid van zorg (appropriateness).

- **Benaderbaarheid:** de mate waarin mensen kunnen herkennen dat bepaalde zorg bestaat, bereikbaar is en relevant is voor hun gezondheidsbehoefte. Duidelijke informatie en voorlichting dragen hieraan bij.
- **Aanvaardbaarheid:** de mate waarin zorg aansluit bij sociale, culturele en persoonlijke normen, waarden en voorkeuren van zorggebruikers, waardoor zij zich gerespecteerd, veilig en begrepen voelen binnen het zorgproces.
- **Beschikbaarheid en organisatie van zorg:** de mate waarin passende zorg beschikbaar is en praktisch toegankelijk wordt gemaakt, bijvoorbeeld door de locatie van voorzieningen, openingstijden, beschikbare capaciteit en de wijze waarop zorg wordt georganiseerd, zoals het maken van afspraken en het aanbieden van digitale consulten.
- **Betaalbaarheid:** de mate waarin de kosten van zorg en de indirecte kosten, zoals reistijd of inkomensverlies, binnen de financiële mogelijkheden van zorggebruikers vallen.
- **Passendheid van zorg:** de mate waarin de aangeboden zorg aansluit bij de behoeften van de patiënt en leidt tot adequate zorgverlening.

Deze dimensies hangen samen met vijf capaciteiten van zorgvragers: het vermogen om gezondheidsbehoeften te herkennen (ability to perceive), zorg te zoeken (ability to seek), zorg te bereiken (ability to reach), zorg te betalen (ability to pay) en actief deel te nemen aan het zorgproces (ability to engage). Toegang tot zorg ontstaat volgens Levesque wanneer kenmerken van het zorgsysteem en deze capaciteiten van zorgvragers op elkaar aansluiten (Figuur 1).

Figuur 1
Conceptueel raamwerk van Levesque, Harris en Russell (2013) voor toegang tot gezondheidszorg



In lijn met dit model gaat toegankelijkheid niet alleen over de fysieke beschikbaarheid van zorg, maar ook over de mate waarin mensen in staat zijn om zorg te vinden, te begrijpen en daadwerkelijk te benutten. Daarnaast wordt toegankelijkheid mede bepaald door de mate waarin mensen hun weg weten te vinden binnen het zorgsysteem en voor hun eigen zorgbehoeften kunnen opkomen.

Gezondheidsvaardigheden

Een belangrijke factor hierin is inspelen op gezondheidsvaardigheden. In Nederland heeft ongeveer één op de drie mensen beperkte gezondheidsvaardigheden (Pharos, 2024; Rademakers & Heijmans, 2024). Vanuit het perspectief van Levesque et al. raakt dit vooral aan het vermogen om gezondheidsinformatie te begrijpen, gezondheidsbehoeften te herkennen en te weten wanneer en waar zorg kan worden gezocht. Daarnaast spelen gezondheidsvaardigheden een rol bij het vermogen om actief deel te nemen aan zorg en behandeling. Gezondheidsvaardige organisaties die gebruikmaken van begrijpelijke taal, visuele hulpmiddelen en meertalige materialen kunnen de drempel om hulp te zoeken verlagen. Daarnaast is het belangrijk dat gezondheidsinformatie aansluit bij verschillende doelgroepen, bijvoorbeeld door aandacht te besteden aan gendersensitieve en lhbt+ inclusieve informatievoorziening. Wanneer mensen zich herkennen in gezondheidsinformatie en weten waar zij met hun specifieke klachten terecht kunnen, kan dit bijdragen aan een betere toegankelijkheid van zorg (WOMEN Inc., 2025; Menke, 2025).

Culturele en taaltoegankelijkheid

Daarnaast speelt culturele en taaltoegankelijkheid een belangrijke rol. Voor mensen met een migratieachtergrond kan het ontbreken van passende communicatie of culturele aansluiting een belemmering vormen om zorg te zoeken of te hervatten. Het inzetten van tolken en het bieden van cultuursensitieve zorg worden daarom gezien als belangrijke voorwaarden om de toegankelijkheid en continuïteit van zorg te vergroten (Pharos, z.d). Voor vrouwen en lhbt+ personen kan toegankelijkheid daarnaast worden vergroot door zorg die rekening houdt met sekse-, gender- en diversiteitsverschillen, en door een inclusieve bejegening, zodat mensen zich veilig voelen om hun klachten en zorgbehoeften te bespreken (Loenen et al., 2022; Menke, 2025; WOMEN Inc., 2025). Deze aspecten sluiten aan bij de dimensie aanvaardbaarheid, waarbij zorg alleen goed benut wordt wanneer mensen zich veilig, gerespecteerd en begrepen voelen binnen het zorgproces.

Financiële toegankelijkheid

Ook financiële toegankelijkheid is essentieel voor het (opnieuw) aangaan van zorgcontact. Binnen het model van Levesque valt dit onder de dimensie betaalbaarheid. Deze dimensie betreft de economische draagkracht van zorggebruikers in relatie tot de directe en indirecte kosten van zorg. Kosten en onduidelijkheid over vergoedingen kunnen een directe

drempel vormen voor het zoeken van zorg, vooral voor mensen in een kwetsbare sociaaleconomische positie. Uit onderzoek onder mensen die (trans) genderzorg ontvangen, nodig hebben of hiervoor op een wachtlijst staan, blijkt dat 27% van de respondenten die informatie zocht over vergoedingen deze niet kon vinden (Zorgvuldig Advies & Transvisie, 2022). Gebrekkige informatievoorziening kan daarmee bijdragen aan onzekerheid over de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Transparantie over kosten, duidelijke voorlichting over beschikbare regelingen en proactieve informatievoorziening kunnen bijdragen aan het verlagen van drempels en het bevorderen van tijdig zorggebruik (Hermens et al., 2020; Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2019b).

3.6 Samenvatting

De literatuur laat zien dat zorgmijding een complex fenomeen is dat niet kan worden verklaard vanuit één enkele oorzaak. Het uitstellen of mijden van zorg ontstaat doorgaans door een samenspel van financiële, psychologische, sociaalculturele en systeemgerelateerde factoren, die elkaar bovendien kunnen versterken. Veel mensen maken daarbij een bewuste afweging tussen de verwachte voordelen en nadelen van het zoeken van zorg, waarbij eerdere ervaringen, verwachtingen over de uitkomst van behandeling en praktische belemmeringen een belangrijke rol spelen.

Financiële barrières vormen een belangrijke reden voor zorgmijding. In Nederland stelt een aanzienlijk deel van de bevolking zorg uit vanwege kosten, met name tandartszorg. Vooral mensen met een lager inkomen en jongere leeftijdsgroepen blijken kwetsbaar. Internationaal onderzoek laat daarnaast zien dat vrouwen vaker zorg mijden vanwege financiële redenen dan mannen, hoewel hiervoor in Nederland minder eenduidig bewijs bestaat. Ook kostengerelateerde medicatie-non-adherentie komt vaker voor bij vrouwen en bij mensen met een laag inkomen. Voor lhbt+ personen wijzen internationale studies eveneens op een verhoogd risico op financiële zorgmijding, terwijl Nederlandse gegevens laten zien dat verschillende lhbt+ groepen gemiddeld financieel kwetsbaarder zijn dan de algemene bevolking.

Naast financiële factoren spelen psychologische mechanismen een belangrijke rol. Angst voor medische procedures, diagnoses of belastende behandelingen kan leiden tot uitstel van zorg, maar blijkt ook vaak onderdeel van een bredere afweging tussen de verwachte baten en lasten van behandeling. Ook stigma en schaamte kunnen de drempel verhogen om hulp te zoeken. Daarbij spelen zowel ervaren stigma als geïnternaliseerde negatieve overtuïgingen een rol. Voor vrouwen lijken maatschappelijke taboes rondom menstruatie-, hormoon- en overgangsklachten bij te dragen aan het langer uitstellen van hulp. Voor lhbt+ personen kunnen minderheidsstress, anticiperend stigma en verwachtingen van negatieve reacties in de

zorg een vergelijkbare rol spelen. Daarnaast kunnen negatieve eerdere ervaringen met zorgverleners leiden tot verlies van vertrouwen, waardoor mensen toekomstige zorgcontacten vermijden. Ook psychische problemen kunnen zorgmijding versterken, doordat klachten als somberheid, verminderde energie of een lage ervaren zorgbehoefte het zoeken van hulp bemoeilijken.

De sociale, culturele en informatiegerelateerde context is ook van invloed op zorggebruik. Taal- en culturele barrières kunnen de communicatie met zorgverleners bemoeilijken, terwijl discriminatie, stereotypering en een gebrek aan cultuursensitieve zorg het vertrouwen in de zorg kunnen ondermijnen. Sociale media spelen een steeds grotere rol bij het verkrijgen van gezondheidsinformatie, maar kunnen door de verspreiding van mis- en desinformatie ook bijdragen aan verwarring, verminderd vertrouwen in de zorg en uitstel van het zoeken van professionele hulp. Daarnaast kunnen sociale isolatie, een gebrek aan sociale steun en beperkte gezondheidsvaardigheden ervoor zorgen dat mensen minder goed in staat zijn om hun weg te vinden naar passende zorg of om gezondheidsproblemen tijdig te herkennen.

Sommige mensen kiezen ervoor klachten zelfstandig te behandelen, bijvoorbeeld door zelfmedicatie toe te passen of gebruik te maken van complementaire en alternatieve geneeswijzen. Voor sommige groepen, zoals vrouwen met hormoongerelateerde klachten of mensen die wachten op (trans)genderzorg, kan dit mede voortkomen uit ervaringen dat de reguliere zorg onvoldoende aansluit bij hun zorgbehoeften. Hoewel dergelijke vormen van zelfmanagement niet per definitie problematisch zijn, kunnen zij in sommige gevallen leiden tot uitstel van noodzakelijke reguliere zorg.

De literatuur beschrijft daarnaast verschillende factoren die juist kunnen bijdragen aan het (opnieuw) aangaan van zorg. Vertrouwen vormt hierbij een centrale voorwaarde. Een empathische, respectvolle en patiëntgerichte benadering, gezamenlijke besluitvorming en aandacht voor culturele en genderdiverse zorgbehoeften kunnen bijdragen aan herstel van vertrouwen, voornamelijk bij mensen die eerder negatieve ervaringen hebben opgedaan. Daarnaast is toegankelijkheid essentieel. Dit omvat niet alleen fysieke beschikbaarheid van zorg, maar ook begrijpelijke communicatie, aandacht voor gezondheidsvaardigheden, cultuursensitieve zorg, duidelijke informatie over vergoedingen en het wegnemen van financiële drempels. Juist voor vrouwen en lhbt+ personen lijken herkenning, inclusieve communicatie en erkenning van specifieke zorgbehoeften belangrijke voorwaarden om de stap naar de zorg (opnieuw) te zetten.

De beschreven factoren sluiten aan bij het model van Levesque et al. (2013), waarin toegang tot zorg wordt opgevat als een samenspel tussen kenmerken van het zorgsysteem en de capaciteiten van zorggebruikers. Zorgmijding kan vanuit dit perspectief worden gezien als het resultaat van een mismatch tussen zorgbehoeften enerzijds en de toegankelijkheid, betaalbaarheid en passendheid van zorg anderzijds. Tegelijkertijd maakt deze literatuurstudie duidelijk dat er nog relatief weinig onderzoek beschikbaar is naar zorgmijding onder vrouwen en lhbt+ personen. Er is met name beperkt inzicht in hoe verschillende kenmerken en ervaringen, zoals gender, seksuele oriëntatie, migratieachtergrond, sociaaleconomische positie of een beperking, op elkaar inwerken. Daarnaast is vaak slechts indirect bewijs beschikbaar over de mechanismen die bijdragen aan zorgmijding binnen deze groepen. Dit onderstreept de noodzaak van aanvullend onderzoek naar de mechanismen achter zorgmijding en naar interventies die de toegang tot passende zorg voor diverse groepen kunnen verbeteren.

4. Vragenlijstonderzoek

In dit hoofdstuk worden de bevindingen van het vragenlijstonderzoek gepresenteerd. Het hoofdstuk is opgebouwd uit vier onderdelen. Elk onderdeel bevat waar relevant zowel algemene cijfers als groepsvergelijkingen. Het eerste onderdeel, *Respondentkenmerken*, beschrijft de samenstelling van de steekproef (n=882): de verdeling naar genderidentiteit, seksuele oriëntatie, leeftijd, opleidingsniveau, herkomst en levensbeschouwing. Het tweede onderdeel, *Prevalentie van gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag*, gaat in op hoeveel respondenten in de afgelopen twaalf maanden last hadden van lichamelijke of psychische klachten, of zij professionele hulp wilden en of zij die ook daadwerkelijk zochten. Hier wordt ook de zorgmijdingskloof geïntroduceerd: de groep die wél hulp wilde, maar deze niet zocht. Het derde onderdeel, *Waar zochten mensen hulp?*, beschrijft bij welke zorgverleners respondenten terechtkwamen, hoe tevreden zij waren over dat contact, en welke kwaliteitsaspecten van de zorgverlening zij positief of negatief beoordeelden. Het vierde onderdeel, *Terugkeren in de zorg*, inventariseert wat respondenten belangrijk vinden als zij (opnieuw) zorg zoeken, en welke verbeterpunten zij in de ervaren zorg benoemen.

4.1 Respondentkenmerken

Tabel 1: Respondentkenmerken

Gender (n=860)	n	%
Cis man	372	43,2
Cis vrouw	406	47,2
Trans/non-binair	82	9,5
Seksuele oriëntatie (n=882)		
Hetero	526	62,7
Homoseksueel/lesbisch	130	14,7
Biseksueel	117	13,3
Panoseksueel	34	3,9
Queer	13	1,5
Aseksueel	16	1,8
Weet ik (nog) niet	22	2,5
Wil ik niet zeggen	21	2,4
Anders	3	0,3
Opleidingsniveau (n=851)		
Basisonderwijs of vmbo-opleiding	110	12,9
Havo, vwo- of mbo-opleiding	296	34,8
Hbo-opleiding	258	30,3
Wo-opleiding	187	22,0
Herkomst (n=879)		
Nederlandse herkomst	685	77,7
Kind van migrant(en)	99	11,2
Migrant	95	10,8
Religieuze achtergrond (n=881)		
Niet gelovig	638	72,4
Protestants	95	10,8
Katholiek	91	10,3
Islamitisch	30	3,4
Anders	27	3,0

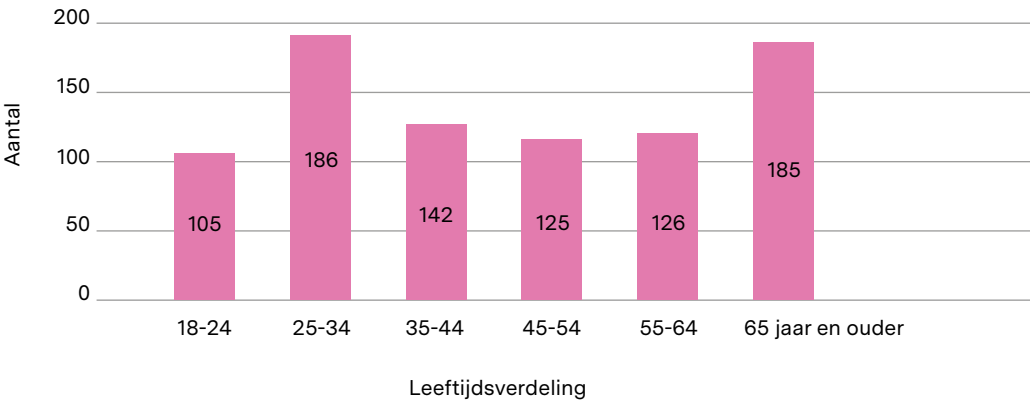
In totaal vulden 654 leden van het LISS-panel de online vragenlijst in. Daarnaast vond gerichte werving plaats via lhbt+ organisaties en hun communicatiekanalen, waaronder sociale media en nieuwsbrieven, wat resulteerde in 228 extra respondenten. Dit zorgde voor een diverse steekproef wat betreft genderidentiteit en seksuele oriëntatie, passend bij het onderzoeksdoel om zorgmijding binnen deze populaties te onderzoeken. Tabel 1 geeft een volledig overzicht van verschillende demografische kenmerken met absolute aantallen en percentages. Van alle respondenten identificeerde 90,4% zich als cisgender, terwijl 9,5% zich identificeerde als transgender of non-binair (n=82). Binnen de cisgender groep was de verdeling tussen mannen (43,2%) en vrouwen (47,2%) redelijk evenwichtig.

Ruim een derde van de respondenten (37,3%, n=313) identificeerde zich als niet-heteroseksueel. Binnen deze groep vormden homoseksuele en lesbische respondenten (14,7%) en biseksuele respondenten (13,3%) de grootste subgroepen. Daarnaast identificeerde 3,9% zich als panseksueel, 1,5% als queer en 1,8% als aseksueel.

In dit hoofdstuk wordt zowel gerapporteerd over de groep niet-heteroseksuele respondenten als geheel, als over afzonderlijke subgroepen van biseksuele en homoseksuele of lesbische respondenten. Waar mogelijk worden resultaten voor deze subgroepen afzonderlijk weergegeven om eventuele verschillen tussen groepen zichtbaar te maken. Om overlap in de presentatie van resultaten te voorkomen, wordt de bredere categorie niet-heteroseksueel in tabellen waarin de afzonderlijke subgroepen zijn opgenomen niet apart weergegeven. In tabellen waarin geen uitsplitsing naar subgroepen wordt gemaakt, worden resultaten gerapporteerd voor niet-heteroseksuele respondenten als geheel. Voor andere subgroepen (zoals panseksuele, queer of aseksuele respondenten) waren de aantallen te klein om betrouwbare afzonderlijke uitspraken te doen. Deze respondenten zijn wel meegenomen in analyses van niet-heteroseksuele respondenten als bredere groep.

De leeftijd van de respondenten varieerde van 18 tot 91 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 46 jaar (SD=18,56) (Figuur 2 toont de leeftijdsverdeling). De groepen van 25-34 jaar (21,4%) en 65 jaar en ouder (21,3%) waren het grootst. De jongste leeftijdsgroep (18-24 jaar) vormde met 12,1% de kleinste groep. De middengroepen (35-44, 45-54 en 55-64 jaar) waren elk ongeveer gelijk vertegenwoordigd met percentages tussen 14,4% en 16,3%. De leeftijdsverdeling van de steekproef wijkt licht af van de Nederlandse bevolking: jongeren (18-34 jaar) en de middelste leeftijdsgroep (40-64 jaar) zijn enigszins oververtegenwoordigd. Ouderen (65+) komen met 21,7% goed overeen met de bevolkingscijfers (Centraal Bureau voor de Statistiek, z.d.).

Figuur 2
Leeftijdsverdeling (n=869)



Tabel 2 toont de leeftijdsverdeling per genderidentiteit en seksuele oriëntatie. Trans en non-binaire respondenten waren gemiddeld het jongst (M=33 jaar, SD=15,20), gevolgd door cisgender vrouwen (M=45 jaar, SD=17,68) en cisgender mannen (M=51 jaar, SD=18,65). Ook naar seksuele oriëntatie zijn leeftijdsverschillen zichtbaar: niet-heteroseksuele respondenten waren gemiddeld 6 jaar jonger (M=43, SD=17,93) dan heteroseksuele respondenten (M=49 jaar, SD=18,51). Niet-heteroseksuele respondenten zijn daarom relatief vaker vertegenwoordigd in de leeftijdsgroep 25-34 jaar (29,7%), en heteroseksuele respondenten vaker in de oudere leeftijdsgroepen, met de grootste groep bij 65+ (25,6%).

Tabel 2: Leeftijdsverdeling naar genderidentiteit en seksuele oriëntatie (n (%))

Leeftijdsgroep	Cis man	Cis vrouw	Trans/NB	Hetero	Niet-hetero
18-24	29 (29,3%)	46 (46,5%)	24 (24,2%)	51 (9,8%)	45 (14,5%)
25-34	57 (31,8%)	90 (50,3%)	32 (17,9)	84 (16,2%)	92 (29,7%)
35-44	60 (43,8%)	72 (52,6%)	5 (3,6)	92 (17,7%)	44 (14,2%)
45-54	58 (46,8%)	60 (48,4%)	6 (4,8%)	91 (17,5%)	30 (9,7%)
55-64	66 (52,8%)	52 (41,6%)	7 (5,6%)	69 (13,3%)	50 (16,1%)
65+	98 (53,3%)	81 (44,0%)	5 (2,7%)	133 (25,6%)	49 (15,8%)

De respondenten hadden over het algemeen vaker een theoretische opleidingsachtergrond. Ruim de helft had een hbo- (30,3%) of wo-opleiding (22,0%) voltooid, wat neerkomt op 52,3% van de respondenten. Ongeveer een derde (34,8%) had een diploma van havo, vwo of mbo, terwijl 12,9% basisonderwijs of een vmbo-diploma als hoogst voltooide opleiding had.

De meerderheid van de respondenten (77,7%) had een Nederlandse herkomst, wat betekent dat zowel de respondent als beide ouders in Nederland zijn geboren. Van de respondenten met een migratieachtergrond was 11,2% kind van migrant(en) en 10,8% zelf in het buitenland geboren.

Een ruime meerderheid (72,4%) gaf aan niet gelovig te zijn. Van de gelovige respondenten identificeerde de grootste groep zich als protestant (10,8%) of katholiek (10,3%).

4.2 Prevalentie van gezondheidsproblemen en hulpzoekgedrag

4.2.1 Algemene cijfers

Ruim de helft van de respondenten (51,9%, n=458) gaf aan in de afgelopen 12 maanden last te hebben gehad van lichamelijke of psychische problemen. Lichamelijke problemen kwamen het vaakst voor (34,0%), gevolgd door psychische problemen (18,9%). Bijna de helft (48,1%) rapporteerde geen gezondheidsproblemen in deze periode.

Aard van de gerapporteerde klachten

De gerapporteerde lichamelijke klachten zijn te groeperen in drie hoofdcategorieën. De grootste categorie bestaat uit musculoskeletale klachten, waaronder rugpijn, nekklachten, gewrichtsproblemen en RSI. Daarnaast worden diverse chronische aandoeningen gemeld, zoals long covid, auto-immuunziekten, diabetes en cardiovasculaire problemen. Een derde categorie betreft vrouwspecifieke gezondheidsklachten, zoals overgangsklachten en menstruatieproblemen. Vermoeidheid is een veelvoorkomende klacht die zowel zelfstandig als in combinatie met andere aandoeningen voorkomt.

Bij psychische klachten zijn depressie en angststoornissen de meest genoemde categorieën, zowel afzonderlijk als in combinatie. Traumagerelateerde problematiek speelt een prominente rol, met frequente meldingen van PTSS en complex PTSS (C-PTSS) als gevolg van fysieke mishandeling, lhbt+ gerelateerd geweld of negatieve ervaringen in de zorg. Neuropsychiatrische aandoeningen zoals autisme en ADHD worden ook vaak gerapporteerd, evenals burn-out en eetstoornissen.

Een opvallend patroon is dat meerdere respondenten gestapelde problematiek beschrijven waarbij lichamelijke en psychische klachten samenkomen. Dit wijst op complexe zorgsituaties waarbij enkelvoudige behandeling vaak niet toereikend is.

Van actueel probleem naar hulpbehoefte: wie zoekt hulp?

Van de respondenten met actuele gezondheidsproblemen in de afgelopen 12 maanden (n=458) wilde 87,5% (n=400) professionele hulp of advies. Dit betekent dat 12,5% (n=57) geen behoefte had aan hulp, ondanks hun klachten. Van degenen die wel hulp wilden (n=400) heeft 88,5% (n=353) daadwerkelijk hulp gezocht. Een minderheid van 11,5% (n=46) heeft geen hulp gezocht, ondanks de wens hiertoe - deze groep wordt in dit onderzoek beschouwd als zorgmijdend. Dit betreft mensen die wel behoefte hebben aan professionele ondersteuning, maar om uiteenlopende redenen de stap naar hulp zoeken niet hebben gezet.

We spreken van zorgmijding wanneer iemand:

- 1. Een gezondheidsprobleem heeft
- 2. Professionele hulp wil hebben
- 3. Maar deze hulp niet zoekt

In deze steekproef gaat het om 46 van de 400 respondenten met hulpbehoefte (11,5%).

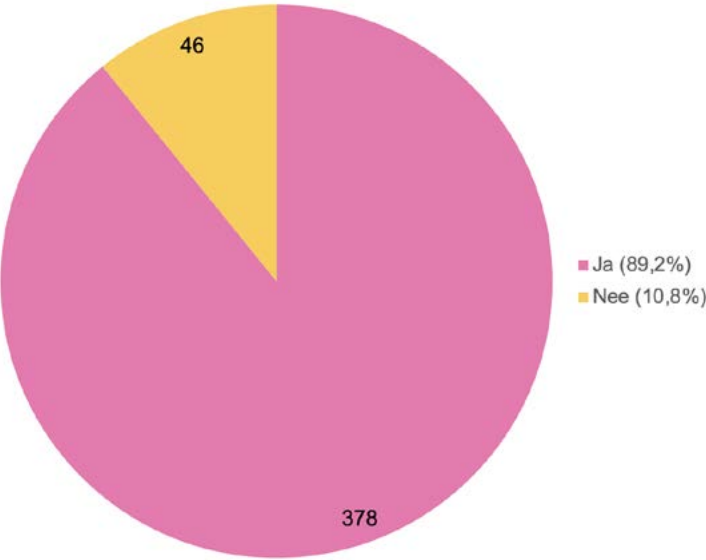
Van hypothetisch probleem naar hulpbehoefte: toekomstige problemen

Respondenten zonder actuele klachten (n=425) werd gevraagd of zij bij psychische of lichamelijke problemen hulp zouden willen hebben (Figuur 3 en 4). De overgrote meerderheid gaf aan dat ze hulp zouden willen hebben: 89,2% voor lichamelijke problemen en 81,4% voor psychische problemen. Van degenen die hulp zouden willen, zou nagenoeg iedereen deze ook zoeken: 99,5% bij lichamelijke problemen en 95,4% bij psychische problemen. De hypothetische stap van hulp willen naar hulp zoeken vormt dus voor de overgrote meerderheid geen barrière, al is er bij psychische problemen een iets grotere groep (4,6%) die wel hulp zou willen, maar deze niet actief zou zoeken.

Figuur 3

Hulpwens bij eventuele toekomstige lichamelijke problemen (n=424)

Stel: je hebt in de komende 12 maanden last van lichamelijke problemen. Zou je dan hulp of advies van een hulpverlener of arts willen hebben? (n=424)

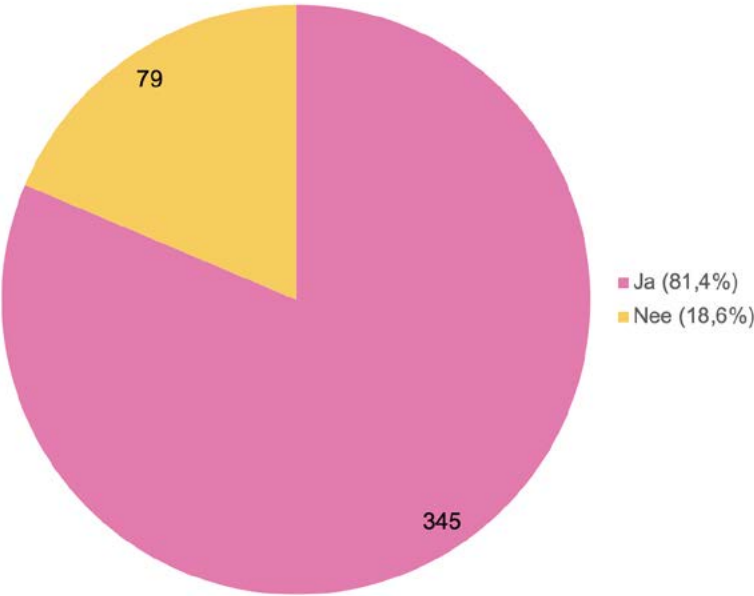


Het contrast tussen de hypothetische en de werkelijke situatie is opvallend: in de hypothetische situatie verwacht vrijwel niemand een drempel te ervaren tussen hulp willen en hulp zoeken (0,5% bij lichamelijke problemen en 4,6% bij psychische problemen), terwijl in de praktijk 11,5% van de mensen die hulp wilden, deze toch niet heeft gezocht. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat de hypothetische situatie is voorgelegd aan alle respondenten terwijl de werkelijke situatie betrekking heeft op respondenten die daadwerkelijk een hulpbehoefte hebben ervaren. Mensen die met lichamelijke of psychische klachten te maken krijgen, kunnen meer drempels ervaren bij het zoeken van hulp.

Figuur 4

Hulpwens bij toekomstige psychische problemen (n=424)

Stel: je hebt in de komende 12 maanden last van psychische problemen. Zou je dan hulp of advies van een hulpverlener of arts willen hebben? (n=424)



Desondanks suggereren de resultaten dat de stap van hulp willen naar hulp zoeken in de praktijk minder vanzelfsprekend is dan uit de hypothetische situatie naar voren komt.

Reflectie op besluit hulp te zoeken

Van de respondenten die hulp hebben gezocht bij lichamelijke en psychische problemen, beschouwt 69,8% (n=245) dit achteraf als een goede beslissing voor hun gezondheid, tegenover 9,4% (n=33) die het als een slechte beslissing ziet. Een vijfde (20,8%, n=73) weet niet of de beslissing goed of slecht was.

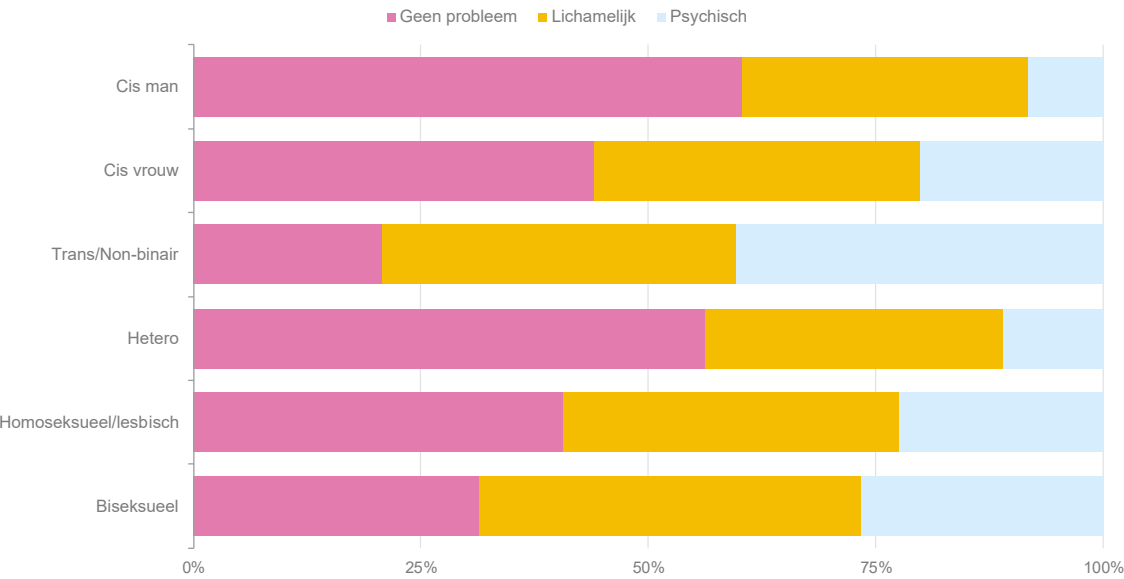
4.2.2 Bijzonderheden

Verschillen in prevalentie tussen groepen

De prevalentie van gezondheidsproblemen verschilt aanzienlijk tussen groepen (Figuur 5).

Figuur 5

Prevalentie van gezondheidsproblemen naar groep



Trans en non-binaire respondenten rapporteren opvallend vaak gezondheidsproblemen: slechts 20,7% had geen klachten, tegenover 60,5% van cisgender mannen en 44,1% van cisgender vrouwen. Psychische problemen komen bij trans en non-binaire respondenten bijzonder vaak voor (40,2%), vergeleken met 8,3% bij cisgender mannen en 20,0% bij cisgender vrouwen. Het hoge aandeel psychische problemen bij trans en non-binaire respondenten hangt deels samen met het feit dat een deel van hen genderdysforie rapporteerde als psychisch probleem. Ook tussen cisgender mannen en cisgender vrouwen zijn verschillen zichtbaar, waarbij cisgender vrouwen vaker gezondheidsproblemen en psychische klachten rapporteren dan cisgender mannen. De indeling is gebaseerd op zelfclassificatie door respondenten.

Ook tussen seksuele oriëntaties zijn duidelijke verschillen zichtbaar. Biseksuele (26,5%) en homoseksuele of lesbische respondenten (22,3%) rapporteren vaker psychische problemen dan heteroseksuele respondenten (11,0%). Daarnaast geven zij minder vaak aan geen probleem te ervaren (31,6% van de biseksuele respondenten en 40,8% van de homoseksuele of lesbische respondenten, tegenover 56,3% van de heteroseksuele respondenten). Met name biseksuele respondenten vallen op: zij melden het vaakst psychische problemen en het minst vaak geen problemen.

Eerdere zorgmijding

Van de respondenten die in de afgelopen 12 maanden wél hulp hebben gezocht (n=352), geeft 38,5% aan ooit eerder in hun leven wel hulp te hebben gewild maar hier niet naar te hebben gezocht. Dit betekent dat ruim een derde van de hulpzoekers in het verleden wel ervaringen heeft met zorgmijding.

Binnen deze groep zijn de volgende verschillen zichtbaar naar achtergrondkenmerken. Het meest uitgesproken verschil is zichtbaar naar seksuele oriëntatie. Respondenten met een niet-heteroseksuele oriëntatie rapporteren eerdere zorgmijding meer dan twee keer zo vaak als heteroseksuele respondenten: 56,9% versus 23,4% (x²=39,29, df=1, p<0,001; Cramer’s V=0,342). Niet-heteroseksuele respondenten rapporteren in open antwoorden op meerdere punten drempels. Zij vinden het moeilijk om met een arts te praten over hun problemen, weten niet goed hoe zij hulp moeten zoeken, ervaren dat er geen passende zorg beschikbaar is en willen de zorg niet belasten.

Ook tussen de leeftijdsgroepen zijn de verschillen groot en consistent. Van de respondenten van 18 tot 24 jaar geeft 65,8% aan ooit hulp te hebben gewild maar die niet te hebben gezocht. Dit neemt geleidelijk af tot 15,2% bij respondenten van 65 jaar en ouder (x²=39,28, df=5, p<0,001; Cramer’s V=0,335).

Cisgender vrouwen rapporteerden vaker (39,5%) dan cisgender mannen (23,5%) dat zij ooit hulp hadden willen hebben maar deze niet hebben gezocht (x²=24,18, df=2, p<0,001; Cramer’s V=0,267).

De problemen waarvoor men destijds hulp had willen hebben maar niet heeft gezocht, betreffen voornamelijk psychische problematiek. Meerdere respondenten noemden depressie, somberheid en depressieve gevoelens, gevolgd door angstklachten, trauma’s (waaronder PTSS en C-PTSS) en burn-outklachten. Ook werden eetstoornissen, suicidale gedachten, zelfbeschadigend gedrag en relationele problemen genoemd. Verschillende respondenten vermeldten vermoedens van ADHD of autisme waarvoor ze geen hulp zochten. Daarnaast kwamen klachten als eenzaamheid, rouwverwerking, genderdysforie, en problemen met intimiteit en seksualiteit aan bod. Bij lichamelijke klachten ging het onder andere om chronische pijn (rugpijn, knieproblemen), menstruatieklachten, long-covidsymptomen en vage lichamelijke klachten. Enkele respondenten beschrijven complexe situaties waarbij lichamelijke en psychische klachten samenkwamen, of waarbij eerdere negatieve ervaringen (zoals een verkeerde diagnose) tot jarenlange zorgmijding hebben geleid.

Waarom geen hulp willen: hypothetische situatie

Van de respondenten die aangeven bij toekomstige lichamelijke of psychische problemen geen hulp te willen zoeken (n=125), gaf een deel toelichting.

Redenen voor geen hulp zoeken bij lichamelijke klachten zijn divers: problemen eerst zelf willen oplossen, vertrouwen op natuurlijk herstel, gebrek aan vertrouwen in artsen en afhankelijkheid van de ernst van de klachten. Een enkeling verwees naar eerdere ervaringen waarbij lichamelijke klachten niet serieus werden genomen vanwege hun psychische voorgeschiedenis.

Bij psychische problemen waren de redenen voor het niet zoeken van professionele hulp nog uitgebreider. De meest voorkomende reden was de voorkeur voor informele steun: veel respondenten willen psychische problemen eerst met partner, familie of vrienden bespreken. Anderen geven aan problemen zelf te kunnen oplossen. Negatieve ervaringen spelen ook een rol: teleurstellende eerdere ervaringen, lange wachttijden, gebrek aan vertrouwen in hulpverleners, en twijfel of vreemden kunnen helpen. Verder werden praktische bezwaren genoemd, waaronder mogelijke financiële consequenties en de hoge psychologische drempel om hulp te zoeken, omdat dit kan voelen als een bevestiging dat er ‘iets mis’ is.

4.3 Waar zochten mensen hulp?

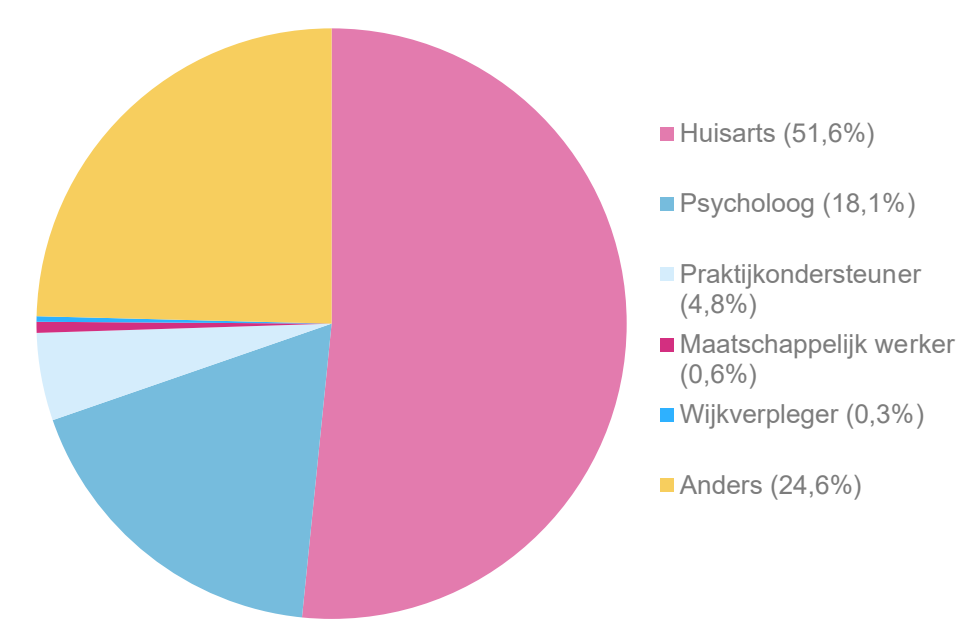
4.3.1 Algemene cijfers

Geraadpleegde hulpverleners

Van de respondenten die hulp zochten, bezocht ruim de helft (51,6%) de huisarts, wat de centrale rol van de huisarts als poortwachter in de Nederlandse zorg bevestigt (Figuur 6). De psycholoog werd door 18,1% geraadpleegd, gevolgd door de praktijkondersteuner (4,8%). Maatschappelijk werkers en wijkverplegers werden nauwelijks bezocht.

Bijna een kwart van de respondenten (24,6%) zocht hulp bij andere zorgverleners dan de in de vragenlijst genoemde opties. Paramedische zorg vormt een prominente categorie, waarbij vooral fysiotherapeuten vaak worden genoemd. Daarnaast worden manueel therapeuten, haptotherapeuten, osteopaten en chiropractors genoemd. Medisch specialisten vormen een tweede grote categorie. Gynaecologen worden frequent geraadpleegd vanwege menstruatie- en overgangsklachten. Ook neurologen, cardiologen, orthopeden, psychiaters en meer gespecialiseerde hulpverleners zoals pijnspecialisten, genderpsychologen en traumatherapeuten worden genoemd. Een aantal respondenten maakt gebruik van begeleidende zorg, zoals persoonlijke begeleiders in het kader van begeleid wonen of ambulante thuiszorg. Verschillende respondenten ontvangen multidisciplinaire zorg waarbij meerdere zorgverleners betrokken zijn.

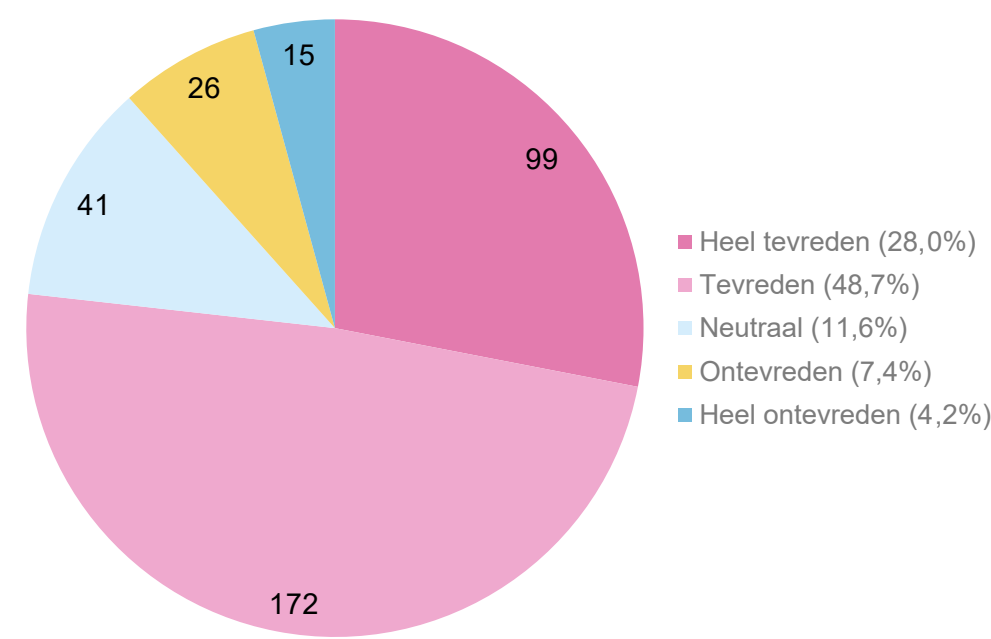
Figuur 6
Geraadpleegde hulpverleners (n=353)



Tevredenheid over het contact

Respondenten werd gevraagd hoe tevreden ze waren over het contact met de hulpverlener bij wie zij de laatste keer hulp zochten. Van de respondenten die hulp zochten, was driekwart (76,7%) (zeer) tevreden over het contact met de hulpverlener, tegenover 11,6% die (zeer) ontevreden was (Figuur 7). De overige 11,6% gaf aan neutraal (niet ontevreden/niet tevreden) te staan tegenover de hulpverlener.

Figuur 7
Tevredenheid over contact met hulpverlener



Kwaliteitsaspecten van de zorgverlening
De interpersoonlijke kwaliteit van de zorgverlening wordt over het algemeen positief beoordeeld (Tabel 3). Respectvolle bejegening scoort het hoogst (92,0%), gevolgd door de bereidheid om te helpen (89,5%), aandachtig luisteren (88,9%) en het serieus nemen van de patiënt (86,9%). De communicatieve vaardigheden worden eveneens positief beoordeeld: 84,3% kon goed met de hulpverlener praten over hun probleem en 80,1% had het gevoel dat de hulpverlener begreep wat hun problemen waren.

69,5% van de respondenten vond dat de hulpverlener hen daadwerkelijk kon helpen, en 67,5% ervaarde dat de hulpverlener goed beoordeelde of hun klachten relevant waren voor hun gezondheid.

Tabel 3: Hoe was uw ervaring met deze hulpverlener of arts? Deze hulpverlener of arts... (n=351) (in procenten*)

	(Helemaal) mee eens	Niet oneens / niet eens	(Helemaal) mee oneens
Was respectvol	92,0	3,4	4,0
Wilde mij helpen	89,5	6,3	3,9
Luisterde aandachtig naar mij	88,9	6,8	3,7
Nam mij serieus	86,9	6,6	6,0
Kon goed met mij praten over mijn probleem	84,3	8,3	6,5
Begreep wat mijn problemen waren	80,1	13,4	5,7
Kon mijn vragen goed beantwoorden	76,9	14,0	8,0
Stelde mij gerust	70,1	17,7	9,4
Kon mij goed helpen	69,5	16,8	13,1
Beoordeelde of mijn klachten te maken hadden met iets dat belangrijk was voor mijn gezondheid	67,5	13,4	6,3

*Percentages tellen niet op tot 100% omdat een deel van de respondenten ‘niet van toepassing’ heeft geantwoord. Deze categorie is niet in de tabel opgenomen.

Een deel van de respondenten gaf aanvullende toelichting op hun ervaringen met hulpverleners. Positieve ervaringen werden gekenmerkt door het gevoel serieus genomen en begrepen te worden, waarbij respondenten waardeerden dat hulpverleners voldoende tijd namen, respectvol communiceerden en hen als gelijkwaardige gesprekspartner behandelden. Negatieve ervaringen hadden vaak betrekking op het niet serieus nemen van klachten. Meerdere respondenten rapporteren dat hun lichamelijke klachten ten onrechte als psychisch werden beoordeeld, of dat verklaringen werden gezocht in hormonale factoren of genderidentiteit terwijl dit niet relevant was. Respondenten met een psychische voorgeschiedenis gaven aan dat hulpverleners hierdoor minder open stonden voor lichamelijke oorzaken. Daarnaast werden lange wachttijden, onduidelijkheid over doorverwijzingen, en onpersoonlijke ‘lopende band’-hulp in de ggz genoemd. Enkele respondenten gaven aan tussen wal en schip te zijn gevallen bij doorverwijzingen. Sommigen van hen konden hun situatie verbeteren door te wisselen van huisarts of hulpverlener.

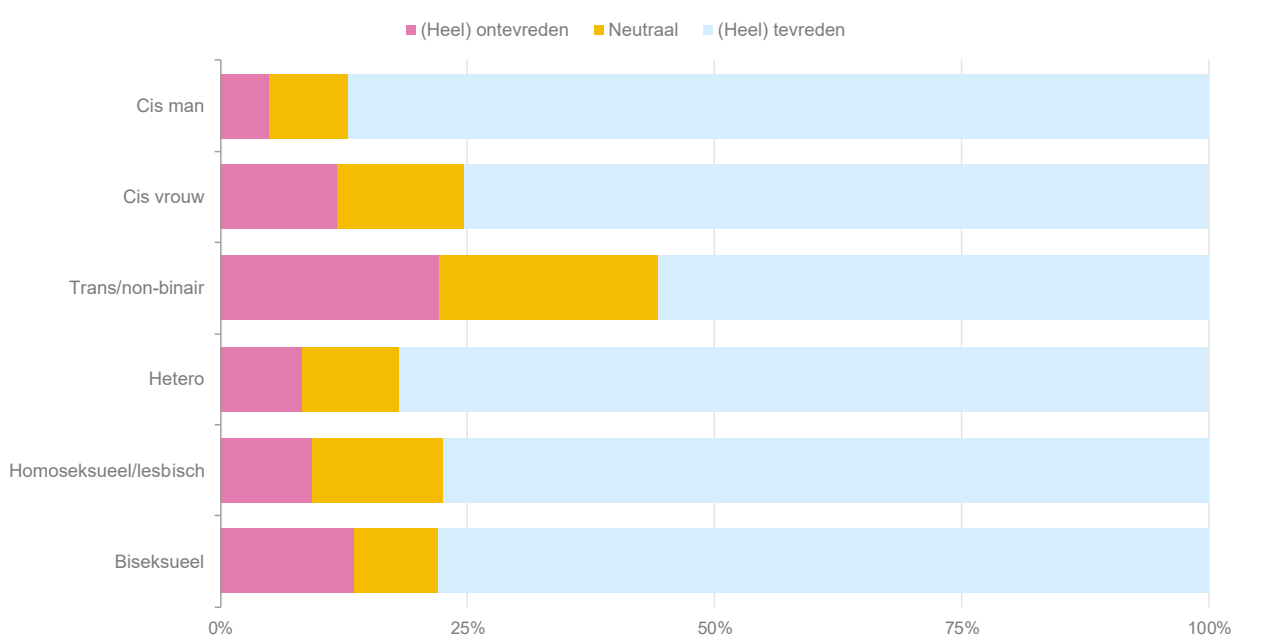
4.3.2 Bijzonderheden

Verschillen in geraadpleegde hulpverlener
Respondenten werd gevraagd bij welke hulpverlener zij de laatste keer hulp zochten. Over alle groepen heen is de huisarts de meest geraadpleegde zorgverlener, maar de verdeling verschilt aanzienlijk tussen groepen. Naar leeftijd is het patroon het meest uitgesproken: respondenten van 65 jaar en ouder gaan het vaakst naar de huisarts (64,6%), terwijl jongvolwassenen van 25 tot 34 jaar beduidend vaker een psycholoog of psychiater raadplegen (30,0%).

Ook naar seksuele oriëntatie zijn er verschillen zichtbaar. Niet-heteroseksuele respondenten raadplegen bijna twee keer zo vaak een psycholoog of psychiater als heteroseksuele respondenten (22,7% versus 13,2%). Cisgender mannen raadplegen vaker een psycholoog of psychiater dan cisgender vrouwen (21,9% versus 9,6%), terwijl cisgender vrouwen juist vaker naar de huisarts gaan dan cisgender mannen (60,0% versus 49,2%). Trans/non-binaire respondenten vallen onder de betrouwbaarheidsdrempel van n=50 en worden daarom niet apart gerapporteerd.

Verschillen in tevredenheid over contact met hulpverlener

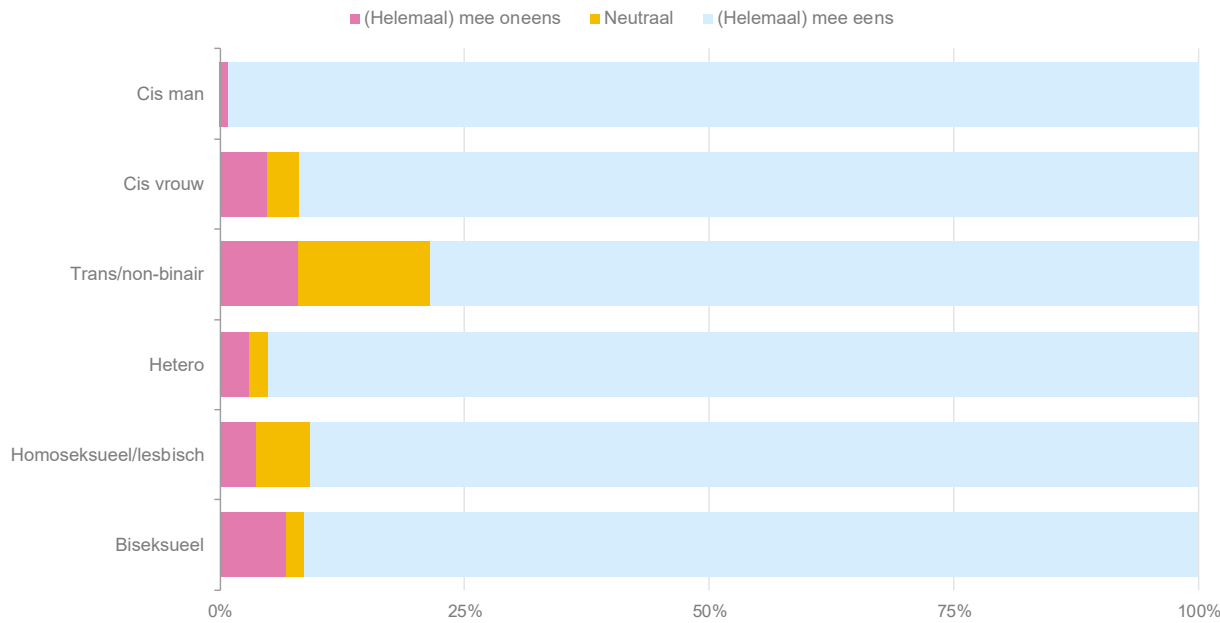
Figuur 8
Tevredenheid over contact met hulpverlener naar groep



De meest opvallende verschillen in tevredenheid over contact met een hulpverlener zijn zichtbaar bij genderidentiteit en leeftijd (Figuur 8). Onder trans en non-binaire respondenten is de groep die tevreden is over hun zorgverlener het kleinst (51,3%), gevolgd door cisgender vrouwen (75,1%) en cisgender mannen (87,0%). Ook biseksuele (78%) en homoseksuele of lesbische respondenten (77,3%) zijn minder tevreden dan heteroseksuele respondenten (81,8%). Wat leeftijd betreft geldt: hoe ouder, hoe vaker tevreden - van 68,1% onder 18–34-jarigen tot 85,4% bij respondenten van 55 jaar en ouder.

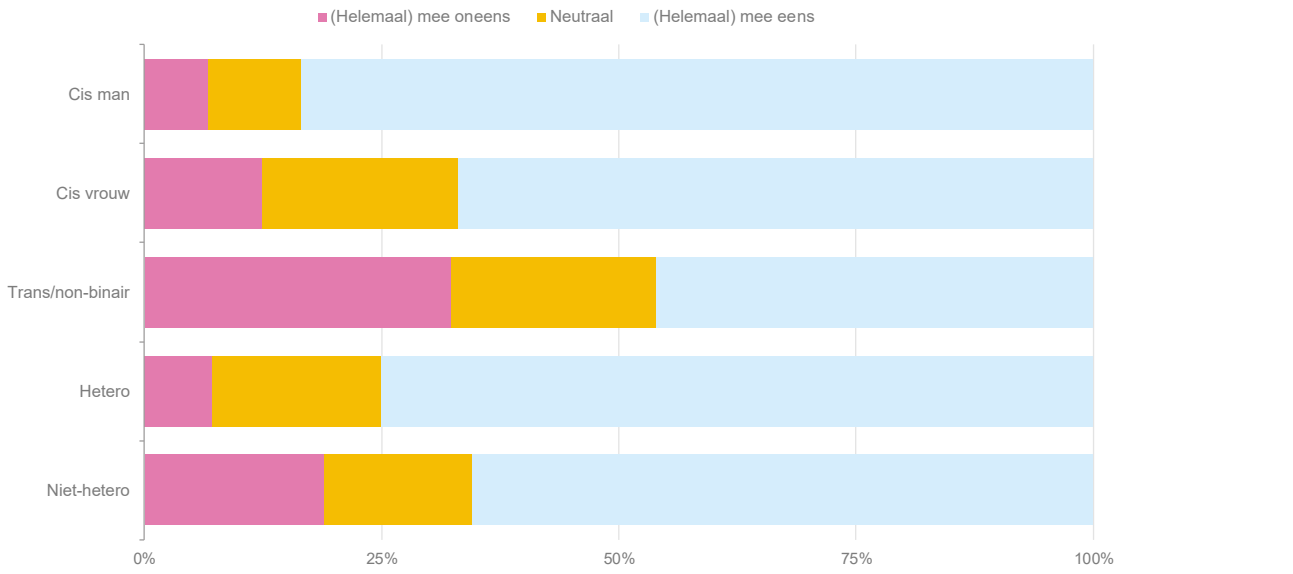
Trans en non-binaire respondenten oordelen het minst positief over respectvolle bejegening: 78,3% is het eens met de stelling dat de hulpverlener of arts respectvol was, tegenover 99,1% bij cisgender mannen en 90,8% bij cisgender vrouwen (Figuur 9). Bij homoseksuele of lesbische respondenten bedraagt dit aandeel 90,6% en bij biseksuele respondenten 89,8%. Daarnaast is het aandeel trans en non-binaire respondenten dat hier neutraal over oordeelt relatief groot (13,5%), wat duidt op meer uiteenlopende ervaringen met respectvolle bejegening.

Figuur 9
De hulpverlener of arts was respectvol - naar groep (n=351)



Ook bij de ervaring dat de hulpverlener daadwerkelijk kon helpen, springen trans/non-binaire respondenten er negatief uit: slechts 45,9% is het eens, tegenover 83,5% bij cisgender mannen en 66% bij cisgender vrouwen (Figuur 10). Ook niet-heteroseksuele respondenten oordelen beduidend minder positief dan heteroseksuele respondenten (64,8% versus 74,4%). Wat leeftijd betreft zijn jongeren van 18 tot 34 jaar het minst positief (61,3% eens), terwijl oudere respondenten van 55 jaar en ouder het vaakst aangeven dat de hulpverlener kon helpen (78,4%).

Figuur 10
De hulpverlener of arts kon mij helpen - naar groep (n=351)



Toeschrijven van klachten aan genderidentiteit en seksuele oriëntatie
Een belangrijk aandachtspunt betreft onjuiste aannames over de relatie tussen klachten en iemands genderidentiteit of seksuele oriëntatie (Tabel 4). Hoewel een ruime meerderheid deze onjuiste aannames niet heeft ervaren, geeft ongeveer 6,8% (n=24) van de respondenten, die vanwege lichamelijke of psychische klachten een hulpverlener hebben opgezocht, aan dat hun klachten ten onrechte werden toegeschreven aan hun genderidentiteit. Voor seksuele oriëntatie ligt dit met 5,7% (n=20) iets lager.

Tabel 4: *Onjuiste aannames over genderidentiteit en seksuele oriëntatie (n=351)*

	(Helemaal) mee eens	Niet oneens / niet eens	(Helemaal) mee oneens
Dacht dat mijn klachten te maken hadden met mijn genderidentiteit*, maar dat had er niets mee te maken	43,9	2,3	6,8
Dacht dat mijn klachten te maken hadden met mijn seksuele oriëntatie**, maar dat had er niets mee te maken	45,9	1,7	5,7

**Genderidentiteit betekent hoe iemand zichzelf van binnen voelt als man, vrouw, allebei, geen van beide of iets ertussenin.*
***Seksuele oriëntatie gaat over op wie je verliefd wordt of met wie je een relatie of seks wilt.*

4.4 Behoeften ten aanzien van zorg

4.4.1 Algemene cijfers

Om beter te begrijpen wat mensen belangrijk vinden in de zorg, werd respondenten gevraagd maximaal drie aspecten te selecteren die voor hen het meest van belang zijn (Tabel 5).

Tabel 5: Wat is voor jou belangrijk in de zorg? Rangorde op basis van totale steekproef (n=882; meerdere antwoorden mogelijk, max. 3)

	%	n
Dat de hulpverlener of arts echt naar me luistert	61,2	540
Dat ik goede uitleg over mijn problemen en behandeling krijg	37,4	330
Dat er genoeg tijd en aandacht is tijdens het gesprek	37,1	328
Dat ik mag meedenken en kiezen over mijn behandeling	34,6	305
Dat ik voel dat ik als persoon wordt gezien, niet als patiënt	34,5	305
Dat ik duidelijke uitleg in gewone taal krijg	24,3	215
Dat men eerlijk is over risico's en kosten	24,1	213
Dat ik zorg krijg die bij mij past als persoon	23,6	208
Dat de hulpverlener of arts vriendelijk en meelevend is	17,1	151
Dat er respect is voor mijn taal en achtergrond	2,3	20

Over alle respondenten is de meest genoemde prioriteit dat de hulpverlener of arts écht luistert (61,2%, n=540). Op grote afstand volgen genoeg tijd en aandacht tijdens het gesprek (37,4%, n=330), goede uitleg over problemen en behandeling (37,1%, n=328), mogen meedenken en kiezen over de behandeling (34,6%, n=305) en als persoon gezien worden (34,5%, n=305). Deze aspecten weerspiegelen een brede behoefte aan zorgvuldige communicatie en betrokkenheid in de zorgrelatie en behandeling.

De rangorde laat zien dat relationele aspecten (luisteren, aandacht, het gevoel als persoon te worden gezien) zwaarder wegen dan informatieve aspecten zoals uitleg in duidelijke taal of eerlijkheid over risico's en kosten. Hieruit blijkt dat communicatieve kwaliteit voor veel mensen een voorwaarde is voor toegankelijke en veilige zorg.

4.4.2 Bijzonderheden

Verschillen naar groep

De resultaten suggereren dat de prioriteiten in de zorg verschillen per groep, specifiek tussen heteroseksuele en niet-heteroseksuele respondenten. Niet-heteroseksuele respondenten hechten vaker waarde aan vriendelijkheid en medeleven (24,6% versus 11,6%), zorg die bij hen past als persoon (28,8% versus 19,2%) en het gevoel als persoon te worden gezien (39,9% versus 31,0%). Dit patroon sluit aan bij de eerdere bevinding dat niet-heteroseksuele respondenten vaker negatieve zorgervaringen rapporteren. Ook tussen cisgender mannen en cisgender vrouwen zijn enkele verschillen zichtbaar: cisgender vrouwen noemen vaker het belang van luisteren, passende zorg en vriendelijkheid van zorgverleners.

In de open antwoorden van sommige respondenten kwam naar voren dat bekendheid met lhbt+ identiteiten en het voorkomen van misgendering van belang zijn in de zorg. Daarnaast gaven enkele respondenten aan dat het nakomen van afspraken en beloftes essentieel is voor hun vertrouwen in de zorg. Ook benadrukten respondenten dat hulpverleners zich empathisch zouden moeten opstellen en actief navraag zouden moeten doen naar hoe iemand zich voelt, in plaats van hierover aannames te maken.

Verbeterpunten in de ervaren zorg

Respondenten die zorg hebben ontvangen, werden gevraagd via een open vraag wat er verbeterd zou kunnen worden. De genoemde aandachtspunten zijn te groeperen in drie thema's: structurele, communicatieve en inhoudelijke knelpunten.

Het meest genoemde structurele knelpunt betreft wachttijden. Respondenten ervaren lange wachttijden bij de huisarts en wachtlijsten voor gespecialiseerde zorg, met name in de ggz waar wachttijden soms oplopen tot drie à vier jaar, ook in crisissituaties. Hieraan verwant is het gebrek aan afstemming tussen zorgverleners: respondenten ervaren dat huisarts, specialist en andere disciplines onvoldoende op elkaar zijn afgestemd. Ook het tekort aan tijd tijdens consulten wordt als structureel probleem benoemd. Tienminutenconsulten worden als te kort ervaren, en het gebrek aan continuïteit door wisselende hulpverleners maakt dat patiënten ervaren dat ze geen vertrouwensband kunnen opbouwen.

Het meest genoemde communicatieve knelpunt is het gevoel niet serieus te worden genomen. Vooral vrouwen en jongeren geven aan dat klachten worden gebagatelliseerd of toegeschreven aan hormonen of stress, zonder adequaat lichamelijk onderzoek. Respondenten pleiten voor zorgverleners die écht luisteren en nieuwsgierig

blijven in plaats van het trekken van snelle conclusies. Daarnaast gaven sommige respondenten aan dat kennis over en sensitiviteit voor gender- en seksuele diversiteit tekortschiet. Daarbij signaleren respondenten twee tegengestelde ervaringen: sommigen worden gemisgenderd of merken dat zorgverleners onvoldoende kennis hebben over non-binaire identiteiten, terwijl anderen juist ervaren dat hun genderidentiteit of seksuele oriëntatie onterecht centraal wordt gesteld, terwijl dit niet relevant is voor de hulpvraag.

Inhoudelijk missen respondenten een holistische benadering waarbij naar de hele persoon wordt gekeken in plaats van naar afzonderlijke symptomen. Ook wordt meer aandacht gevraagd voor onderliggende oorzaken in plaats van alleen symptoombestrijding. Ten aanzien van kosten geven respondenten aan dat betere voorlichting over vergoedingen en eigen bijdragen nodig is.

4.5 Samenvatting

Het kwantitatieve deel van het onderzoek omvat een vragenlijst die werd ingevuld door 882 respondenten die een diverse steekproef vormden naar genderidentiteit, seksuele oriëntatie en leeftijd. Ruim de helft (51,9%) had in de afgelopen twaalf maanden te maken gehad met lichamelijke of psychische gezondheidsproblemen. Trans en non-binaire respondenten, evenals niet-heteroseksuele respondenten, rapporteerden aanzienlijk vaker psychische gezondheidsproblemen dan cisgender en heteroseksuele respondenten. Van alle respondenten die hulp wilden voor hun ervaren klachten, zocht 11,5% uiteindelijk geen professionele hulp. Dit is de zogenoemde zorgmijdingskloof: de groep mensen die wel een hulpbehoefte ervaren, maar de stap naar zorg niet zetten. Het aantal respondenten dat zorgmijding rapporteerde in de afgelopen twaalf maanden was echter te klein om betrouwbare kwantitatieve uitspraken te doen over verschillen tussen subgroepen, zoals vrouwen, genderdiverse personen en seksuele minderheden.

Opvallend is dat respondenten zonder huidige klachten vrijwel unaniem aangeven in een toekomstige situatie hulp te zullen zoeken, terwijl in de praktijk een deel van de mensen met een hulpbehoefte hiervan afziet. Hoewel deze resultaten niet direct vergelijkbaar zijn, omdat de hypothetische situatie aan alle respondenten is voorgelegd en de werkelijke situatie betrekking heeft op mensen die daadwerkelijk een hulpbehoefte hebben ervaren, suggereren zij dat de stap van hulp willen naar hulp zoeken in de praktijk minder vanzelfsprekend is dan op basis van hypothetische situaties wordt verwacht.

Onder respondenten die in het afgelopen jaar wel zorg hadden gezocht, kwam eerdere zorgmijding regelmatig voor: 38,5% gaf aan eerder in het leven gewenste hulp niet te hebben gezocht. Opvallend is het verschil tussen heteroseksuele en niet-heteroseksuele respondenten: niet-heteroseksuele respondenten rapporteren ruim

twee keer zo vaak eerdere ervaringen met zorgmijding als heteroseksuele respondenten. Daarnaast geven cisgender vrouwen vaker aan ooit in hun leven zorg te hebben gemeden dan cisgender mannen.

De redenen voor zorgmijding zijn divers en hangen samen met uiteenlopende persoonlijke, praktische en structurele factoren, lange wachttijden, financiële barrières, negatieve zorgervaringen en een gebrek aan vertrouwen in de zorg. Bij psychische problemen wordt daarnaast vaak de voorkeur gegeven aan steun vanuit de eigen omgeving. Niet hetero-seksuele respondenten rapporteren bovendien vaker problemen bij het vinden van passende zorg en ervaren vaker een gebrek aan begrip binnen het zorgsysteem.

Over het algemeen beoordelen respondenten de ontvangen zorg positief. Zij voelen zich doorgaans respectvol behandeld, ervaren dat hulpverleners bereid zijn te helpen en voelen zich gehoord. Positieve ervaringen worden vooral gekoppeld aan serieus genomen worden, voldoende tijd en een gelijkwaardige benadering. Negatieve ervaringen hebben vaak betrekking op het niet serieus nemen van klachten, waarbij sommige respondenten aangeven dat hun klachten ten onrechte werden toegeschreven aan psychische factoren, hormonen of hun genderidentiteit.

Tegelijkertijd laten de resultaten duidelijke verschillen zien tussen groepen. Transgender en non-binaire respondenten zijn het minst tevreden over hun contact met zorgverleners (51,3% tevreden, tegenover 87,0% van de cisgender mannen en 75,1% van de cisgender vrouwen), beoordelen respectvolle bejegening minder positief en ervaren vaker dat hulpverleners hen niet adeequaat konden helpen. Ook niet-heteroseksuele respondenten zijn minder tevreden over de ontvangen zorg dan heteroseksuele respondenten (72,9% versus 81,8%). Daarnaast neemt de tevredenheid toe met de leeftijd: van 68,1% onder 18-34-jarigen tot 85,4% onder respondenten van 55 jaar en ouder.

Met afstand het belangrijkste aspect van goede zorg is volgens respondenten dat een hulpverlener echt luistert (61,2%). Daarna volgen voldoende tijd en aandacht, en goede uitleg over problemen en behandeling. Niet-heteroseksuele respondenten benadrukken daarnaast vaker het belang van een persoonsgerichte, empathische benadering. Respondenten ervaren onder meer op deze aspecten ook verbeterbehoeften. Ten eerste noemen zij structurele knelpunten, zoals lange wachttijden, beperkte consultduur, gebrek aan continuïteit en onvoldoende samenwerking tussen zorgverleners. Ten tweede wijzen zij op communicatieve verbeterpunten: patiënten willen beter worden gehoord en serieuzer worden genomen. Vooral vrouwen, jongeren en lhbt+ respondenten ervaren hierin tekortkomingen. Ten derde vragen respondenten om een meer holistische en persoonsgerichte benadering, met aandacht voor de onderliggende oorzaken van klachten en meer kennis van gender- en seksuele diversiteit.

5. Kwalitatief onderzoek

In dit hoofdstuk worden de bevindingen van het kwalitatieve deel van dit onderzoek gepresenteerd. Na een beschrijving van de onderzoeksgroep worden aan de hand van vijf hoofdthema's besproken welke factoren samenhangen met zorgmijding en het (opnieuw) gebruikmaken van zorg binnen de eerstelijns door vrouwen en lhbt+ personen. De vijf thema's zijn: 1) ervaringen met zorgprofessionals, 2) beschikken over hulpbronnen, 3) barrières binnen het zorgsysteem, 4) omgaan met barrières en 5) behoeften ten aanzien van zorg. Omdat sommige factoren zowel belemmerend als bevorderend werken, is gekozen voor een thematische indeling van resultaten, waarbij de ervaringen van deelnemers met zorgmijding en zorggebruik centraal staan.

5.1 Kenmerken onderzoeksgroep

In totaal werden 17 personen geïnterviewd: tien cisgender vrouwen, van wie zeven heteroseksueel en drie niet-heteroseksueel (biseksueel, asexueel en panseksueel), vier transgender personen (drie trans mannen en één trans vrouw) en drie non-binaire of genderqueer personen. Er werden geen intersekse personen geïnterviewd. De deelnemers waren tussen de 22 en 45 jaar. De hoogst afgeronde opleiding varieert van vmbo (1), havo, vwo of gymnasium (1), mbo(2), hbo (2) en universitair onderwijs (7). Van vier deelnemers is de opleidingsachtergrond niet bekend. Wat betreft religieuze achtergrond, gaven negen deelnemers aan niet gelovig te zijn. Twee deelnemers omschreven zichzelf als agnostisch, en één iemand als gelovend in een hogere macht. Daarnaast waren twee deelnemers christelijk opgevoed, maar niet praktiserend. Van de overige drie deelnemers was de religieuze achtergrond onbekend. Van de 17 deelnemers hadden negen eerder deelgenomen aan het vragenlijstonderzoek en acht werden aanvullend geworven via de socialemediakanalen van Rutgers, COC Nederland en WOMEN Inc.

5.2 Ervaringen met zorgprofessionals

Veel deelnemers rapporteerden negatieve ervaringen in het contact met zorgverleners wat vervolgens van invloed was op hun zorggebruik. Zowel vrouwen als lhbt+ deelnemers rapporteerden verschillende vormen van negatieve ervaringen, waaronder het gevoel niet gehoord of serieus te worden genomen, oordelende reacties van zorgverleners, angst voor zorgcontacten en medische behandelingen, en ongepaste vragen over genderidentiteit of transitie.

5.2.1 Niet gehoord of serieus genomen

Wat door de deelnemers het meest wordt genoemd betrof het gevoel door zorgverleners niet gehoord of

serieus te worden genomen. Deelnemers beschreven situaties waarin zij het gevoel hadden dat hun klachten onvoldoende werden onderzocht, werden gebagatelliseerd of niet de aandacht kregen die zij nodig achtten. Deze ervaringen kwamen voor bij zowel psychische als lichamelijke klachten en werden beschreven door zowel lhbt+ deelnemers als vrouwen. Het gevoel niet gehoord of serieus te worden genomen had niet alleen invloed op de ervaren kwaliteit van zorg, maar verhoogde in sommige gevallen ook de drempel om opnieuw hulp te zoeken. Het volgende citaat illustreert hoe dergelijke ervaringen het zorgzoekgedrag kunnen beïnvloeden:

“Nu ben ik daar inmiddels zo’n 13 jaar geleden voor naar een huisarts gegaan [...] die luisterde eigenlijk amper naar me en zei: ‘Ja, doe maar wat oefeningen thuis’, zonder echt duidelijk te zijn in wat ik dan moest doen. Dus vervolgens heb ik altijd maar gedacht: oké, weet je, die knie, dat hoort bij mij, laat maar” (genderqueer, 33 jaar, twijfelt over seksuele oriëntatie).

Hoewel dergelijke ervaringen door verschillende deelnemers werden beschreven, kwamen zij bijzonder vaak naar voren in de interviews met cisgender vrouwen. Hun ervaringen hadden geregeld betrekking op menstruatieklachten, de menopauze en andere hormoon-gerelateerde aandoeningen. Zo vertelde een van de geïnterviewde vrouwen, die na lange tijd de diagnose PMOS³ kreeg:

“En als ik naar de huisarts ging, dan werd ook gezegd van: nou, maar pijn hoort bij ongesteld zijn, heel veel bloedverlies, dat hoort allemaal bij ongesteld zijn, dus daar moet je maar gewoon mee leren leven” (cisgender vrouw, 27 jaar, biseksueel).

Daarnaast gaven meerdere vrouwen aan het gevoel te hebben dat hun klachten mede vanwege hun gender minder serieus werden genomen. Klachten werden volgens hen regelmatig toegeschreven aan emoties, stress of hormonale veranderingen, waardoor zij zich onvoldoende gehoord voelden in hun hulpvraag. Daarnaast ervoeren sommige deelnemers dat hun etnische achtergrond of huidskleur van invloed was op de manier waarop hun klachten werden geïnterpreteerd en behandeld. Zo beschreef een deelnemer dat zij ervoer dat haar klachten meer gehoord werden als haar witte Nederlandse partner aanwezig was tijdens een consult bij de huisarts:

Het was echt een probleem met mij en hem [de huisarts]. Hij heeft mij echt iedere keer afgewezen [...] dat ik dacht: misschien komt dit vanuit discriminatie of denkt hij van: ze is gewoon aan het klagen. [...] Ik had echt een gevoel dat als mijn witte Nederlandse vriend daarheen ging met vergelijkbare klachten,

dat hij dezelfde dag hulp zou krijgen. En ik werd ook meer serieus genomen als mijn witte vriend erbij zat (cisgender vrouw, 26 jaar, heteroseksueel, bicultureel).

5.2.2 Oordelen, schaamte en stigma

Enkele deelnemers beschreven negatieve ervaringen in het contact met zorgverleners, waarbij zij het gevoel hadden dat er sprake was van vooroordelen of afkeuring. Deze ervaringen kwamen onder meer naar voren bij zorgvragen rondom seksuele gezondheid en konden leiden tot terughoudendheid in het zoeken van (vervolg)zorg. Zo gaf een deelnemer aan dat zij zich door haar huisarts veroordeeld voelde toen zij een soa-test wilde laten uitvoeren, waardoor zij begon te twijfelen of zij de test nog wel wilde laten afnemen:

...in de manier van vragen stellen [...] merkte ik dat er toch best wel een soort van vooroordeel was [...] het voelde wel zo van: ja, hoezo heb je als getrouwde vrouw nou in één keer een soa-test nodig? En doordat ik dat gevoel had dacht ik ook : ga ik dan nu nog een test doen? En hoe ga ik dan die test doen? (cisgender vrouw, 40 jaar, heteroseksueel)

Naast daadwerkelijk ervaren oordelen beschreven deelnemers ook gevoelens van schaamte en de verwachting dat zij door zorgverleners beoordeeld zouden worden. Ook zonder concrete negatieve ervaringen konden dergelijke verwachtingen een drempel vormen om bepaalde onderwerpen bespreekbaar te maken. Sommige deelnemers waren terughoudend om aspecten van hun identiteit of persoonlijke situatie te delen uit angst voor negatieve reacties. Hierdoor werden onderwerpen zoals seksuele oriëntatie soms gemeden of slechts beperkt besproken tijdens zorgcontacten. Zo gaf een deelnemer over haar biseksualiteit aan:

“Ik denk wel dat ik het niet vaak benoem [...] omdat ik vaak het idee heb dat dat niet een alom geaccepteerd iets is. Dan heb ik het idee dat een psycholoog mij daar ook al over beoordeelt” (cisgender vrouw, 27 jaar, biseksueel).

Ook bij lichamelijke gezondheidsklachten konden schaamte en verwachte stigmatisering een rol spelen in het uitstellen of mijden van zorg. Zo beschreef een deelnemer dat zij vanwege haar overgewicht verwachtte dat haar klachten zouden worden toegeschreven aan haar leefstijl. Die verwachting maakte haar terughoudend om hulp te zoeken.

Deze bevindingen laten zien dat zowel ervaren stigmatisering als de verwachting van negatieve reacties een belangrijke drempel kunnen vormen voor het bespreken van gezondheidsvragen en het tijdig zoeken van zorg. Hierdoor kunnen zorgvragen worden uitgesteld, gemeden of minder openlijk worden besproken.

5.2.3 Ongemak en gevoelens van onveiligheid bij lichamelijk onderzoek

Sommige deelnemers beschreven dat lichamelijk onderzoek of fysieke aanraking tijdens zorgcontacten gevoelens van ongemak of onveiligheid konden oproepen. Deze gevoelens hingen soms samen met eerdere negatieve ervaringen, waardoor bepaalde zorgsituaties als belastend of bedreigend werden ervaren. Zo vertelde een deelnemer dat lichamelijk onderzoek door mannelijke zorgverleners herinneringen aan vervelende ervaringen uit het verleden kon oproepen. Hierdoor stelde deze deelnemer zorg soms uit:

Ik vind het heel onprettig als mensen me aanraken en soms heb je natuurlijk klachten waarbij dat wel moet gebeuren. Dus dat maakt ook wel vaak dat ik het uitstel [...] Ik heb in het verleden niet altijd fijne ervaringen gehad met mannen, dus daardoor triggert het mij gewoon wat meer of kan het wat meer triggeren als een man dat [onderzoek] zou doen (genderqueer, 33 jaar, twijfelt over seksuele oriëntatie).

5.2.4 Ongepaste vragen over genderidentiteit en transitie

Sommige transgender deelnemers beschreven situaties waarin hun genderidentiteit of transitie tijdens zorgcontacten op een volgens hen niet-relevante of ongepaste manier ter sprake werd gebracht. Zij gaven aan dat zorgverleners soms vragen stelden vanuit persoonlijke nieuwsgierigheid of een algemene interesse in transgenderzorg, zonder dat deze vragen een duidelijke relatie hadden met de hulpvraag. Deelnemers ervoeren dit als onprettig en soms zelfs grensoverschrijdend. Dergelijke ervaringen kunnen leiden tot terughoudendheid bij het zoeken van zorg en het vertrouwen in zorgverleners verminderen.

Het afgelopen jaar heb ik een paar keer meegemaakt dat ik naar de huisarts ga en dat die huisarts mij dingen vraagt of dingen tegen mij zegt die totaal niets te maken hebben met waar ik voor kom. Dat de huisarts interesse heeft in transseksualiteit of transgenderzorg, dat kan en mag allemaal wel, maar ik merk gewoon dat het op een gegeven moment zelfs zo ongepast werd dat ik nu twijfel om dan naar de huisarts te gaan (trans man, 32 jaar, heteroseksueel).

Samengenomen illustreren deze bevindingen hoe uiteenlopende negatieve ervaringen met zorgverleners het vertrouwen in de zorg kunnen ondermijnen en daarmee de drempel om (opnieuw) hulp te zoeken kunnen verhogen.

5.3 Beschikken over hulpbronnen

Naast ervaringen met zorgverleners beschreven deelnemers verschillende hulpbronnen die van invloed waren op hun vermogen om zorg te vinden, te begrijpen

³PMOS (polyendocrine metabolic ovarian syndrome), voorheen PCOS, is de nieuwe naam voor het polycysteus-ovariumsyndroom. Deze naam werd vastgesteld omdat de oude naam een onvolledig beeld gaf van de aandoening en kan bijdragen aan misverstanden, stigma en vertraagde diagnostiek. Zie ook: [Polyendocrine metabolic ovarian syndrome, the new name for polycystic ovary syndrome: a multistep global consensus process - The Lancet](#)

en te verkrijgen. Uit de interviews kwam naar voren dat niet alle deelnemers in dezelfde mate beschikken over kennis van het zorgsysteem, vaardigheden om binnen de zorg hun weg te vinden, sociale steun of financiële middelen. Deze hulpbronnen kunnen helpen om drempels tot zorg te overwinnen, maar een gebrek hieraan kan het proces juist bemoeilijken.

5.3.1 Kennis, ervaring en vaardigheden om in de zorg te navigeren

Uit de interviews blijkt dat deelnemers verschillen in de mate waarin zij bekend zijn met het zorgsysteem en weten hoe zij hun weg naar passende zorg kunnen vinden. Verschillende deelnemers beschreven dat zij deze kennis in de loop van de tijd hebben opgebouwd. Zij leerden bijvoorbeeld waarvoor zij bij de huisarts terecht kunnen, hoe zij hun hulpvraag kunnen formuleren en welke stappen nodig zijn om passende zorg te verkrijgen:

“Ik moest wel leren dat ik vragen kon stellen en waarvoor ik daar terecht kon. Een soort van leren hoe de dokter werkt en hoe het zorgsysteem werkt” (cisgender vrouw, 40 jaar, asexueel en aromantisch).

Daarbij werd door verschillende deelnemers benadrukt dat het vinden van passende zorg vaak vraagt om assertiviteit. Sommige deelnemers gaven aan dat zij van nature geneigd zijn om vragen te stellen en voor hun belangen op te komen, terwijl anderen deze vaardigheid gaandeweg ontwikkelden door ervaringen met zorgverleners en zorgtrajecten. Met name in complexe zorgtrajecten beschreven deelnemers dat zij vaak zelf een actieve rol moesten innemen om passende ondersteuning te krijgen.

Ook opleidingsachtergrond leek volgens verschillende deelnemers van invloed op hun vermogen om hun weg te vinden binnen het zorgsysteem. Sommige deelnemers gaven aan dat zij dankzij hun opleiding gemakkelijker betrouwbare gezondheidsinformatie konden vinden en beoordelen, of beter in staat waren om complexe zorgtrajecten te doorlopen. Een deelnemer met een juridische achtergrond gaf bijvoorbeeld aan dat hij hierdoor beter wist welke routes beschikbaar waren en welke stappen hij kon zetten wanneer hij vastliep tijdens zijn transitietraject:

Op een gegeven moment weet je wat werkt. Wie moet je eigenlijk bellen als je iets geregeld of gedaan wilt hebben? Als het bij deze zorgverzekeraar bijvoorbeeld niet zou werken, dan zou ik gaan rondkijken: hé, waar werkt het wel? (trans man, 32 jaar, heteroseksueel)

Deze bevindingen laten zien dat deelnemers verschillen in de mate waarin zij beschikken over kennis, ervaring en vaardigheden die hen helpen om hun weg binnen het zorgsysteem te vinden. Eerdere ervaringen met zorg, het vermogen om vragen te stellen en voor eigen belangen

op te komen, en opleidingsachtergrond lijken hierbij van invloed. De interviews suggereren dat dergelijke hulpbronnen sommige deelnemers beter in staat stellen om passende zorg te vinden én te verkrijgen, terwijl anderen hierbij meer barrières ervaren.

5.3.2 Sociale steun als hulpbron

Naast kennis en ervaring speelde ook de sociale omgeving een belangrijke rol in het al dan niet mijden van zorg. Verschillende deelnemers verwezen naar de invloed van hun opvoeding, culturele normen en de directe omgeving op hun opvattingen over gezondheid, hulp zoeken en zelfredzaamheid. Sommigen beschreven dat er thuis weinig werd gesproken over persoonlijke problemen of het inschakelen van professionele hulp, terwijl anderen aangaven dat hulp zoeken vooral werd gezien als een laatste stap, nadat eerst was geprobeerd problemen zelfstandig op te lossen. Voor sommige deelnemers werkte dit door in de manier waarop zij later met gezondheidsproblemen omgingen, zoals blijkt uit het volgende citaat:

“Ik had het er met niemand over [...] ik ben ook niet gewend om erover te praten, want er werd [thuis] nooit gepraat over dingen. Dus dat zelf aanmodderen, dat zit er ook in...” (cisgender vrouw, 40 jaar, asexueel en aromantisch).

Daarnaast konden ervaringen van familieleden, vrienden of andere naasten van invloed zijn op verwachtingen ten aanzien van de zorg. Zeker verhalen over negatieve ervaringen konden bestaande twijfels versterken en bijdragen aan terughoudendheid bij het zoeken van hulp. Zo beschreef een deelnemer dat de ervaringen van haar moeder met endometriose doorwerkten in haar eigen verwachtingen van de zorg:

“Mijn moeder heeft endometriose en [...] zij is echt jaar in jaar uit weggestuurd met haar pijn[...] Dus dat zit denk ik ook wel ergens in mijn achterhoofd” (genderqueer, 33 jaar, twijfelt over seksuele oriëntatie).

Tegelijkertijd kwam uit veel interviews naar voren dat steun vanuit de sociale omgeving juist een belangrijke stimulans kan zijn om hulp te zoeken. Partners, familieleden en vrienden hielpen deelnemers bij het herkennen en serieus nemen van klachten en moedigden hen aan om contact op te nemen met zorgverleners:

“Door gesprekken met mensen in mijn omgeving en mijn partner die ook aangaf: ‘Goh, volgens mij is het echt niet goed, je moet er gewoon heen’” (cisgender vrouw, 27 jaar, biseksueel).

Verschillende deelnemers gaven aan dat zij zonder deze steun waarschijnlijk later, of mogelijk helemaal niet, hulp zouden hebben gezocht. Naast emotionele steun beschreven deelnemers ook het belang van praktische

ondersteuning. Familieleden of vrienden met medische kennis kunnen bijvoorbeeld helpen bij het vinden van informatie, het interpreteren van klachten en het navigeren door complexe zorgtrajecten.

Contact met mensen met vergelijkbare ervaringen, bijvoorbeeld via online netwerken of belangenorganisaties, werd ook regelmatig genoemd als bron van informatie, herkenning en steun. Dit gold vooral voor deelnemers die zich onvoldoende gehoord of begrepen voelden binnen de reguliere zorg. Door ervaringen uit te wisselen, herkenden deelnemers signalen bij zichzelf, voelden zij zich bevestigd in hun klachten en werden zij soms aangemoedigd om (opnieuw) professionele hulp te zoeken. Zo beschreef een deelnemer:

“Ervaringen van anderen helpen dat je jezelf dus ook serieus gaat nemen en dat het wel zin heeft om hulp te gaan zoeken” (cisgender vrouw, 45 jaar, heteroseksueel).

Tegelijkertijd beschreven sommige deelnemers dat dergelijke netwerken hen in aanraking brachten met alternatieve of informele vormen van zorg. Voor een deel van de deelnemers sloten deze vormen van ondersteuning beter aan bij hun behoeften dan het reguliere zorgaanbod. De keuze voor dergelijke alternatieven kan daarom niet zonder meer worden beschouwd als zorgmijding, maar laat zien dat deelnemers verschillende routes zoeken om met gezondheidsproblemen om te gaan. Hierop wordt verder ingegaan in sectie 5.5.

Deze bevindingen laten zien dat sociale relaties belangrijke hulpbronnen kunnen vormen bij het herkennen van gezondheidsproblemen, het zoeken naar informatie en het verkrijgen van passende zorg. Tegelijkertijd kunnen opvattingen en ervaringen binnen de sociale omgeving ook bijdragen aan terughoudendheid om hulp te zoeken. De invloed van de sociale omgeving op zorgzoekgedrag blijkt daarmee zowel ondersteunend als belemmerend te kunnen zijn.

5.3.3 Financiële middelen

Bij de geïnterviewde deelnemers bleken financiële overwegingen doorgaans geen rol te spelen bij het uitstellen of mijden van een bezoek aan de huisarts. Bij zorg die onder het eigen risico valt of niet volledig wordt vergoed, speelden kosten soms wel een rol.

Meerdere deelnemers gaven aan dat kosten meespeelden bij het al dan niet zoeken naar psychologische hulp. Sommigen stelden deze zorg uit of planden deze bewust rond het eigen risico. Ook bij de keuze voor particuliere zorgvormen, zowel binnen de eerste als de tweede lijn, vormden kosten een belangrijke overweging. Deelnemers wogen hierbij de verwachte baten van de zorg af tegen de financiële lasten. In dit verband werd ook tandheelkundige

zorg genoemd.

Daarnaast noemde één deelnemer expliciet de kosten van soa-testen als reden om deze zorg soms te mijden:

Ik denk dat in mijn omgeving, en ikzelf ook wel, soa-testen heb gemeden door de kosten. Vooral als je bijvoorbeeld maar één keer onveilige seks hebt gehad of dat iemand heeft gezegd: ‘Ik heb niks.’ Maar die weet het toch ook niet honderd procent zeker (cisgender vrouw, 32 jaar, heteroseksueel).

De interviews laten zien dat financiële barrières bij deze deelnemers vooral spelen bij zorg die onder het eigen risico valt of beperkt wordt vergoed. Hoewel kosten zelden een reden vormden om de huisarts te mijden, beïnvloedden zij wel het gebruik van psychologische zorg, soa-testen en particuliere zorg. Financiële overwegingen leidden bij deze groep deelnemers vooral tot uitstel of strategische planning van zorg.

Hieruit blijkt dat zorgzoekgedrag ook wordt beïnvloed door de hulpbronnen waarover mensen beschikken. Kennis, ervaring, sociale steun en financiële ruimte stellen sommige deelnemers beter in staat om hun weg binnen het zorgsysteem te vinden, terwijl een gebrek hieraan juist extra drempels kan opwerpen. De interviews suggereren daarmee dat de mogelijkheden om passende zorg te vinden en te verkrijgen niet voor iedereen gelijk zijn. Een deelnemer beschreef dit als volgt:

Als je kennis hebt en een bepaald netwerk, dan kunnen dingen soms heel makkelijk en snel gaan. En als je dat wat minder hebt en ook geen steun van familie om je heen, of wat dan ook, dan kan het heel veel zijn en dat is ook heel oneerlijk (trans man, 32 jaar, heteroseksueel).

5.4 Barrières binnen het zorgsysteem

De voorgaande secties lieten zien hoe negatieve ervaringen met zorgverleners en beschikbare hulpbronnen van invloed kunnen zijn op zorgzoekgedrag. Daarnaast beschreven deelnemers verschillende belemmeringen die samenhangen met de organisatie en inrichting van de zorg. In de interviews kwamen onder meer lange wachttijden, moeizame zorgtrajecten, een zorgaanbod dat onvoldoende aansloot bij de behoeften van deelnemers en een gebrek aan kennis en handelingsperspectief rond bepaalde vrouwspecifieke gezondheidsklachten naar voren als factoren die het zoeken naar zorg konden bemoeilijken.

5.4.1 Wachttijden en moeizame zorgtrajecten

Uit de interviews kwam naar voren dat lange wachttijden en moeizame zorgtrajecten als belastend worden ervaren. Deze ervaringen speelden onder meer binnen de transgenderzorg en de ggz, maar werden

ook genoemd door cisgender vrouwen die langdurige trajecten doorliepen in de zoektocht naar een diagnose of passende behandeling.

Verskillende deelnemers beschreven het gevoel van het kastje naar de muur te worden gestuurd, waarbij periodes van wachten en opeenvolgende verwijzingen elkaar afwisselden zonder dat dit leidde tot passende ondersteuning:

“Elke keer als ik dan aanklopte, dan zeiden ze: ‘Moeilijk, wachttijd.’ of: ‘Eigenlijk is het allemaal net niet erg genoeg wat je hebt.’ [...] En dan uiteindelijk na die negen sessies dacht ik: oké, dit was echt verspilde tijd” (cisgender vrouw, 36 jaar, heteroseksueel). Wanneer dergelijke ervaringen zich opstapelden, kon dit leiden tot een diepgaand verlies van vertrouwen in de zorg.

Voor sommige deelnemers werkte het vooruitzicht van een langdurig en ingewikkeld zorgtraject bovendien drempelverhogend. Zij stelden het zoeken van hulp bewust uit, omdat zij verwachtten terecht te komen in een bureaucratisch proces met lange wachttijden en beperkte ondersteuning. Zo beschrijft een transgender deelnemer dat de wetenschap dat het transitieproces lang en ingewikkeld is hem ervan weerhield hulp te zoeken:

“Je weet het dan eigenlijk wel van jezelf, maar je kan dan niet echt aan de slag of zo. Dat is heel vervelend en daardoor vermeed ik het zelf gewoon liever” (trans man, 32 jaar, heteroseksueel).

Hoewel deelnemers ervaringen beschreven binnen zowel de eerstelijnszorg als specialistische zorg, zoals de ggz, werkten deze vaak door in hun vertrouwen in de zorg als geheel. Negatieve ervaringen met wachttijden en herhaalde doorverwijzingen konden leiden tot frustratie en een afnemend vertrouwen in zorgverleners en in het zorgsysteem. Dit verminderde vertrouwen beïnvloedde vervolgens ook de bereidheid om bij nieuwe of terugkerende gezondheidsklachten opnieuw hulp te zoeken.

5.4.2 Geen passend zorgaanbod

Daarnaast beschreven deelnemers dat het bestaande zorgaanbod niet altijd aansloot bij hun behoeften en gezondheidsvragen. Verschillende deelnemers ervoeren drempels wanneer hun klachten relatief mild waren, zij meerdere klachten tegelijk ervoerden of hun klachten nog onvoldoende duidelijk waren om onder een specifieke diagnose of hulpvraag te vallen. In dergelijke situaties hadden deelnemers de behoefte aan ruimte om samen met een zorgverlener te verkennen waar hun klachten vandaan kwamen en welke ondersteuning passend zou kunnen zijn. Sommige deelnemers hadden echter het gevoel dat hiervoor weinig ruimte bestond binnen de huidige eerstelijnszorg:

Het voelt voor mij soms alsof je alleen naar de huisarts kan als je echt een gericht probleem hebt [...] [terwijl ik] eigenlijk gewoon wil sparren: ‘Goh, ik zit nog steeds met deze dingen, kunnen we daar nog iets mee?’ (cisgender vrouw, 27 jaar, biseksueel)

Daarnaast beschreven deelnemers situaties waarin zij voor specifieke gezondheidsvragen geen passende voorziening konden vinden. Een deelnemer die een soa-consult wilde, gaf bijvoorbeeld aan dat zij als vrouw van veertig jaar weinig mogelijkheden zag om hiervoor fysiek terecht te kunnen bij de huisarts. Omdat zij zich niet prettig voelde bij haar huisarts voor deze hulpvraag, ervoer zij een gebrek aan passende alternatieven.

Deze ervaringen laten zien dat sommige deelnemers moeite hadden passende zorg te vinden. Het ervaren gebrek aan passende ondersteuning kon, net als lange wachttijden en gefragmenteerde zorg, leiden tot frustratie, uitstel van zorg, het zoeken naar alternatieve ondersteuning of het afzien van verdere hulpverlening.

5.4.3 Gebrek aan kennis en handelingsperspectief bij vrouwspecifieke gezondheidsklachten

Verskillende cisgender vrouwen beschreven knelpunten die zij ervoeren in de manier waarop vrouwspecifieke gezondheidsklachten binnen het zorgsysteem worden herkend, onderzocht en behandeld. Zij wezen op een gebrek aan kennis, diagnostische duidelijkheid en effectieve behandelopties binnen zowel de eerstelijnszorg als de gezondheidszorg in bredere zin. Volgens deelnemers worden aandoeningen zoals endometriose, adenomyose, PMOS en klachten rondom de perimenopauze vaak laat herkend, en dat passende ondersteuning of behandelopties niet altijd beschikbaar zijn.

Sommige deelnemers hebben daardoor het gevoel dat het zorgsysteem voor deze gezondheidsproblemen onvoldoende toegerust is. Dit leidde soms tot de verwachting dat het zoeken van hulp weinig zou opleveren, omdat de benodigde expertise of behandelmogelijkheden ontbraken:

Dat is ook een beetje het verhaal wat ik van meerdere vrouwen terug hoor die PCOS hebben of inderdaad endometriose of adenomyose [...] dat je elke keer tegen een muur aanloopt en dat je er uiteindelijk niet heel veel op vooruit gaat (cisgender vrouw, 24 jaar, heteroseksueel).

Die verwachting kon de motivatie om opnieuw zorg te zoeken verminderen. Daarnaast gaven verschillende deelnemers aan vaker op zoek te gaan naar informatie, ondersteuning of behandelopties buiten het reguliere zorgcircuit (zie ook sectie 5.5).

Samengenomen laten de bevindingen in sectie 5.4 zien dat deelnemers verschillende barrières ervoeren die samenhangen met de organisatie en inrichting van het zorgsysteem. Hoewel de aard van deze barrières verschilde, beschrijven deelnemers een gedeelde ervaring van zorg die moeilijk toegankelijk was, onvoldoende aansloot bij hun behoeften of onvoldoende handelingsperspectief bood. Dit kon het vertrouwen in de meerwaarde van verdere zorg verminderen en ertoe bijdragen dat deelnemers zorg uitstelden, minder snel opnieuw hulp zochten of hun toevlucht zochten tot alternatieve vormen van ondersteuning.

5.5 Omgaan met barrières

5.5.1 Eigen onderzoek

Uit de interviews kwam naar voren dat deelnemers regelmatig zelf op zoek gingen naar informatie over hun klachten, mogelijke diagnoses en behandelopties. Verschillende deelnemers omschreven dit zelf als het doen van ‘eigen onderzoek’. Dit gebeurde vaak nadat zij het gevoel hadden niet gehoord of serieus te worden genomen door zorgverleners, geen bevredigende antwoorden hadden gekregen op hun vragen of weinig vertrouwen hadden dat passende ondersteuning beschikbaar was binnen de reguliere zorg. Deelnemers gebruikten hiervoor verschillende informatiebronnen. Zo noemden deelnemers online zoekmachines zoals Google, AI-toepassingen zoals ChatGPT en, in enkele gevallen, medische websites als Thuisarts.nl. Daarnaast gaven sommige deelnemers aan zich te verdiepen in wetenschappelijke literatuur, bijvoorbeeld rondom specifieke onderwerpen zoals hormoontherapie bij transgenderpersonen.

Het eigen onderzoek richtte zich niet alleen op het verkrijgen van medische informatie, maar ook op het vinden van erkenning en herkenning. Voor verschillende deelnemers bood het zoeken naar informatie namelijk ook emotionele ondersteuning. Via online fora, lotgenotengroepen en belangenorganisaties rondom specifieke aandoeningen, vonden zij ervaringen van anderen die aansloten bij hun eigen klachten. Deze herkenning hielp deelnemers om hun klachten te valideren en het gevoel te krijgen dat hun zorgen gerechtvaardigd waren. Een deelnemer die langdurig met ernstige menstratieklachten rondliep, beschreef hoe ChatGPT niet alleen een bron van informatie was, maar ook een vorm van bevestiging bood:

“ChatGPT neemt mij wel serieus. Dat helpt ook wel heel erg om dan toch inderdaad ergens een bevestiging te krijgen dat het dus niet oké is” (cisgender vrouw, 38 jaar, seksuele oriëntatie niet bekend).

Hoewel deelnemers hun eigen onderzoek vaak als waardevol ervoeren, beschreven sommigen ook

spanningen wanneer zij de kennis die zij hadden opgedaan meenamen naar consulten. Verschillende deelnemers hadden het gevoel dat hun inbreng niet serieus werd genomen of werd afgewezen door zorgverleners, wat gevoelens van frustratie en niet gehoord worden kon versterken.

Toen deelde ik mijn eigen research en werd die huisarts eigenlijk een beetje geïrriteerd [...] en die heeft op een gegeven moment zo het bloed onder mijn nagels vandaan gehaald, dat ik daar heel gefrustreerd van raakte, omdat ik niet serieus genomen werd (cisgender vrouw, 27 jaar, biseksueel).

Zelf onderzoek doen fungeerde daarmee als een belangrijke alternatieve route naar informatie, herkenning en ondersteuning, hoewel deelnemers niet altijd het gevoel hadden dat de kennis die zij hierbij opdeden ruimte kreeg binnen zorgconsulten.

5.5.2 Alternatieve vormen van zorg en ondersteuning

Naast het zelfstandig verzamelen van informatie beschreven deelnemers dat zij voor hun klachten ondersteuning zochten buiten de reguliere gezondheidszorg. Deelnemers noemden onder meer alternatieve geneeswijzen, een geestelijk verzorger en een overgangsconsulent. Deze vormen van zorg en ondersteuning werden vaak beschreven als waardevol, bijvoorbeeld doordat zij meer tijd boden voor persoonlijke begeleiding, specifieke expertise hadden op een bepaald onderwerp of beter aansloten bij de behoeften van deelnemers.

Voor sommige deelnemers boden deze vormen van ondersteuning een alternatief voor de reguliere zorg, maar zij namen de afhankelijkheid van reguliere zorgverleners, en daarmee de barrières, niet altijd weg. Dit kwam bijvoorbeeld naar voren in de ervaring van een deelnemer die adviezen van een overgangsconsulent alsnog moest voorleggen aan de huisarts voordat verdere behandeling mogelijk was:

Maar het lastige is nu dus wel: die overgangsconsulent mag geen recepten uitschrijven waar ik mee naar de apotheek kan [...] En ik moet aan mijn huisarts haar advies voorleggen [...] En dat ben ik dus eindeloos aan het uitstellen (cisgender vrouw, 45 jaar, heteroseksueel).

Deze bevindingen laten zien dat alternatieve vormen van ondersteuning voor sommige deelnemers passende zorg en begeleiding boden. Tegelijkertijd konden de mogelijkheden hiervan soms worden begrensd doordat deelnemers voor bepaalde vormen van behandeling, medicatie of doorverwijzing afhankelijk bleven van reguliere zorgverleners.

5.5.3 Zelfstandig handelen rondom medicatie en behandeling

In enkele gevallen beschreven deelnemers dat zij zelfstandig keuzes maakten rondom medicatie of behandeling, buiten het advies van zorgverleners. Dit kwam soms voort uit de ervaring niet gehoord of serieus te worden genomen. Zo beschreef een deelnemer dat zij tijdelijk stopte met voorgeschreven ijzertabletten voorafgaand aan een bloedonderzoek, in de hoop dat de ernst van haar klachten beter zichtbaar zou worden:

Dus toen heb ik besloten om voor het bloedprikken voor het ziekenhuis te stoppen met de ijzertabletten, omdat ik dacht: dan krijgen we een eerlijker beeld en word ik misschien wel serieus genomen [...] en toen werd wel heel erg duidelijk dat mijn [ijzerwaarde in mijn] bloed zo laag was dat ik de volgende dag meteen aan een ijzerinfuus mocht (cisgender vrouw, 38 jaar, seksuele oriëntatie niet bekend).

In andere gevallen hield zelfstandig handelen verband met ervaren beperkingen in de toegang tot zorg. Met name transgender deelnemers beschreven hoe lange wachttijden en een gebrek aan passende behandelopties ertoe konden leiden dat mensen zelf startten met hormoonmedicatie zonder voorschrift van een arts.

Samengenomen laten deze bevindingen zien dat deelnemers die binnen de reguliere zorg drempels ervoeren, niet noodzakelijk afzagen van hulp of ondersteuning. In plaats daarvan zochten zij regelmatig naar andere routes om informatie, erkenning, advies of behandeling te vinden. Deze alternatieve routes konden bijdragen aan meer regie over de eigen gezondheid en boden in sommige gevallen zorg en ondersteuning die beter aansloot bij de behoeften van de deelnemers. Tegelijkertijd laten de bevindingen zien dat dergelijke strategieën vaak voortkwamen uit ervaren tekortkomingen binnen de reguliere zorg en dat spanningen konden ontstaan wanneer reguliere en alternatieve vormen van ondersteuning onvoldoende op elkaar aansloten. Hierdoor lijkt eerder sprake van het verplaatsen of heroriënteren van zorgzoekgedrag dan van het volledig mijden van zorg.

5.6 Behoeften ten aanzien van zorg

Uit de interviews blijkt dat deelnemers verschillende behoeften hebben ten aanzien van de zorg. Hoewel individuele zorgprofessionals hierin een belangrijke rol spelen, hadden deze behoeften ook vaak betrekking op de organisatie en inrichting van de zorg. Deelnemers beschreven verschillende voorwaarden die volgens hen kunnen bijdragen aan positieve zorgervaringen en het verlagen van drempels om zorg (opnieuw) te zoeken. Centraal staan erkenning, vertrouwen en handelingsbereidheid, zorg die aansluit bij de persoon, laagdrempelige toegang tot ondersteuning en een

inclusieve zorgomgeving.

5.6.1 Erkenning, vertrouwen en handelingsbereidheid

Voor veel deelnemers vormde het gevoel serieus genomen en gehoord te worden de basis voor vertrouwen in de zorg. Daarbij ging het niet alleen om erkenning van klachten, maar ook om empathie, een luisterende houding en het gevoel dat er zonder oordeel naar hun ervaringen werd geluisterd.

Ik denk dat dat toch het belangrijkste is: serieus genomen worden en gehoord worden. Een stukje meeleven ook. Iets menselijker, persoonlijker dan dat je voelt: het is eigenlijk maar vervelend dat ik deze afspraak überhaupt heb gepland (cisgender vrouw, 27 jaar, biseksueel).

Voor deelnemers met eerdere negatieve ervaringen in de zorg was vertrouwen niet vanzelfsprekend. In deze gevallen konden positieve ervaringen met een zorgprofessional bijdragen aan het herstel van vertrouwen en aan het opnieuw durven zoeken van hulp. Zeker zorgverleners die begrip toonden, actief meedachten en ondersteuning boden, werden genoemd als belangrijke factoren in het herstel van dat vertrouwen.

En daarna had ik echt goede gesprekken met de toenmalige huisarts [...] Die wel mijn zorg en mij begreep, en die mij enorm wilde helpen [...] Dus dat heeft er echt wel voor gezorgd dat het vertrouwen weer enigszins terug is gekomen (trans man, 32 jaar, heteroseksueel).

Daarnaast benadrukten deelnemers het belang van zorgverleners die niet alleen luisteren, maar ook bereid zijn vervolgstappen te ondernemen wanneer klachten daarom vragen. Daarbij noemden zij onder meer het inzetten van diagnostiek, het zoeken naar mogelijke oorzaken van klachten en het tijdig inschakelen van specialistische expertise. Juist op deze punten hadden sommige deelnemers eerder ervaren dat hun zorgbehoeften onvoldoende werden beantwoord:

Dus echt (...) naar de vrouwen luisteren: wat gaat er hier mis? En de eerste oplossing moet niet zijn: o, ik ga je dan een pijnstillertje geven om die symptomen te verbergen, maar echt een diagnose vinden van de oorzaak van die symptomen en dat oplossen (cisgender vrouw, 26 jaar, heteroseksueel).

Hieruit blijkt dat erkenning, vertrouwen en handelingsbereidheid voor veel deelnemers nauw met elkaar samenhangen. Zorgprofessionals die luisterden naar ervaringen, begrip toonden en bereid waren vervolgstappen te ondernemen, konden bijdragen aan positieve zorgervaringen en daarmee het vertrouwen opbouwen om opnieuw hulp te zoeken wanneer dat nodig was.

5.6.2 Persoonsgerichte zorg

Verschillende deelnemers gaven aan behoefte te hebben aan een zorgverlener die niet direct uitgaat van standaardoplossingen, maar eerst onderzoekt wat iemand nodig heeft en wat past bij diens situatie. Daarbij werd benadrukt dat klachten, voorkeuren, zorgen en persoonlijke omstandigheden uitgangspunt zouden moeten zijn voor het gesprek.

Het enige wat me zou helpen is een huisarts die vraaggericht werkt in plaats van aanbodgericht. Dat er na mijn opsomming van klachten niet meteen hup, en dan gaan we naar het trukendoosje en de laatjes met oplossingen, maar dat er aan mij gevraagd wordt: ‘Waar ben jij nou het meest mee geholpen? Wat heb jij nu nodig?’ (cisgender vrouw, 45 jaar, heteroseksueel)

Hiermee samenhangend kwam het belang van betrokkenheid bij beslissingen over zorg en behandeling naar voren. Verschillende deelnemers gaven aan actief te willen meedenken over mogelijke vervolgstappen en vonden het belangrijk dat kennis en informatie die zij zelf hadden verzameld serieus werden genomen. Dit betekende niet dat zorgverleners alle informatie hoefden te bevestigen, maar wel dat zij ruimte boden om deze informatie te bespreken, te duiden en waar nodig misvattingen of onzekerheden weg te nemen. Zoals een deelnemer aangaf, kan het juist waardevol zijn om online verkregen informatie te kunnen toetsen bij een zorgprofessional:

Als je zoekt naar symptomen wat hoort bij PCOS of endometriose, bijvoorbeeld, dan zijn de meningen daar soms ook over verdeeld. En dan is het dus heel fijn om toch bij een zorgprofessional terecht te kunnen die daar wat vaster in kan zijn en mij dus ook vertelt: ‘Ja, PCOS is echt alleen dit [...]’ (cisgender vrouw, 27 jaar, biseksueel)

5.6.3 Laagdrempelig contact en ondersteuning

Deelnemers beschreven dat zij soms twijfelden of hun klachten voldoende aanleiding vormden om een zorgverlener te benaderen en met welke vragen zij terecht konden bij de huisarts. Laagdrempelige mogelijkheden om contact op te nemen met zorgverleners, zoals met de huisarts, werden gezien als een manier om deze onzekerheden te verminderen en de stap naar zorg te vergemakkelijken.

Daarnaast gaven deelnemers aan het belangrijk te vinden om op een later moment terug te kunnen komen op eerdere ervaringen, consulten of diagnoses. Ook wanneer er geen sprake was van een acute zorgvraag, bestond soms behoefte aan ruimte om vragen te stellen, ervaringen te bespreken of informatie opnieuw te laten toelichten.

Ik snap dat ze zeggen: ‘Kom maar terug als je eventueel kinderen wilt, want dan kunnen we er wat mee.’ Maar ik denk dat daar misschien toch nog wat dingen in te behalen vallen. Dat je misschien gewoon iemand hebt die je altijd kunt bellen als er wat is, waar je vragen aan kunt stellen (cisgender vrouw, 24 jaar, heteroseksueel).

Verschillende deelnemers noemden daarnaast mogelijkheden om de toegankelijkheid van zorg verder te vergroten, zoals digitale consultmogelijkheden of thematische spreekuren, bijvoorbeeld over seksuele gezondheid.

Deze bevindingen laten zien dat deelnemers behoefte hebben aan toegankelijke contactmogelijkheden en ruimte om vragen, ervaringen en onzekerheden met een zorgverlener te bespreken. Dergelijke mogelijkheden kunnen de drempel om zorg te zoeken of om opnieuw contact op te nemen verlagen.

5.6.4 Een inclusieve zorgomgeving

Deelnemers benadrukten het belang van een zorgomgeving waarin ruimte is voor verschillen in gender, seksuele oriëntatie, genderidentiteit, culturele achtergrond en andere aspecten van iemands identiteit. Sommige deelnemers vonden het lastig om onderwerpen rondom seksuele oriëntatie of genderidentiteit zelf ter sprake te brengen en waardeerden het wanneer zorgverleners hiervoor op een open en sensitieve manier ruimte maakten. Tegelijkertijd bleek uit de interviews dat niet iedere deelnemer behoefte had om deze onderwerpen met een zorgverlener te bespreken. Dit onderstreept het belang van zorg die aansluit bij individuele behoeften en voorkeuren. Daarnaast noemden deelnemers het belang van respectvolle omgang met naam en voornaamwoorden en een correcte registratie van deze gegevens.

Voor sommige deelnemers speelde ook de achtergrond of het geslacht van de zorgverlener een rol in hoe comfortabel zij zich voelden tijdens een consult. Met name bij lichamelijke, intieme of vrouwspecifieke gezondheidsvragen werd vaak een voorkeur uitgesproken voor een vrouwelijke zorgverlener. Ook gaven enkele deelnemers aan zich gemakkelijker te kunnen identificeren met een zorgverlener met een vergelijkbare achtergrond of levenservaring.

In de ideale wereld, zou ik een vrouwelijke dokter hebben die een vrouw van kleur is. Dan heb ik al meteen een gevoel waarbij ik denk dat zij in haar eigen tijd over verschillen zou willen leren, als dat niet al tijdens de studie is geleerd. Ik zou mezelf ook comfortabeler voelen (cisgender vrouw, 26 jaar, heteroseksueel, bicultureel).

6. Conclusie en aanbevelingen

Tegelijkertijd benadrukten deelnemers dat kenmerken zoals geslacht, genderidentiteit of culturele achtergrond op zichzelf geen garantie bieden voor een positieve zorgervaring. Belangrijker was dat zorgprofessionals openstaan voor verschillende ervaringen en perspectieven, ruimte bieden voor gesprekken over identiteit en cultuur, en zich bewust zijn van mogelijke vooroordelen en stereotypen.

Wat ik heel mooi vond, was dat we een open gesprek konden voeren over cultuursensitiviteit, want alle behandelars daar zijn overwegend mensen die wit zijn. (trans man, 32 jaar, heteroseksueel)

Deelnemers gaven daarnaast aan waarde te hechten aan zorgprofessionals die beschikken over kennis van genderspecifieke gezondheidsverschillen en aandacht hebben voor de behoeften van diverse patiëntengroepen. Ook werd benoemd dat zorgverleners een rol kunnen spelen in het vergroten van de zichtbaarheid van beschikbare ondersteuning en informatie voor diverse groepen patiënten. Vooral transgender deelnemers gaven aan dat meer aandacht voor transgerelateerde gezondheidsvragen en ondersteuningsmogelijkheden behulpzaam zou kunnen zijn.

Dit maakt duidelijk dat deelnemers behoefte hebben aan een inclusieve zorgomgeving waarin verschillen worden erkend en gerespecteerd. Volgens deelnemers dragen een open houding, kennis van diversiteit en aandacht voor uiteenlopende ervaringen en zorgbehoeften bij aan zorg die beter aansluit bij verschillende groepen patiënten.

5.7 Samenvatting

In het kwalitatieve deel van dit onderzoek werden 17 vrouwen en lhbt+ personen geïnterviewd over hun ervaringen met zorgmijding en zorggebruik. De interviews laten zien dat zorgzoekgedrag wordt beïnvloed door een samenspel van ervaringen met zorgverleners, beschikbare hulpbronnen, barrières binnen het zorgsysteem en de mate waarin de zorg aansluit bij de behoeften van deelnemers. Hoewel deze factoren afzonderlijk zijn geanalyseerd, liepen zij in de ervaringen van deelnemers vaak in elkaar over.

Een centrale bevinding is het belang van erkenning. Veel deelnemers beschreven dat het gevoel niet gehoord, niet serieus genomen of onvoldoende begrepen te worden een belangrijke drempel vormde om (opnieuw) hulp te zoeken. Dit kwam naar voren in uiteenlopende contexten, waaronder vrouwspecifieke gezondheidsklachten, psychische klachten, seksuele gezondheid en transgenderzorg. Daarnaast werden ervaringen met vooroordelen en stigma, gevoelens van ongemak of onveiligheid tijdens zorgcontacten en ongepaste aandacht voor genderidentiteit of transitie, genoemd als factoren die het vertrouwen in

de zorg konden ondermijnen. Daarentegen konden zorgverleners die luisterden, begrip toonden en actief meedachten juist bijdragen aan herstel van vertrouwen en aan een grotere bereidheid om hulp te zoeken.

De interviews laten daarnaast zien dat niet alle deelnemers in dezelfde mate beschikken over hulpbronnen die het vinden van passende zorg ondersteunen. Kennis van het zorgsysteem, eerdere ervaringen met zorg, sociale steun, financiële middelen en toegang tot een ondersteunend netwerk hielpen sommige deelnemers om hun weg binnen de zorg te vinden. Een gebrek aan dergelijke hulpbronnen kan juist extra drempels opwerpen en de toegang tot passende zorg bemoeilijken.

Ook kenmerken van het zorgsysteem zelf konden het zorgzoekgedrag beïnvloeden. Deelnemers beschreven lange wachttijden, complexe en gefragmenteerde zorgtrajecten, een zorgaanbod dat niet altijd aansloot bij hun behoeften en een gebrek aan kennis en handelingsperspectief rondom bepaalde gezondheidsklachten, vooral vrouwspecifieke aandoeningen. Deze ervaringen konden leiden tot frustratie, uitstel van zorg en verminderd vertrouwen dat verdere hulpverlening daadwerkelijk zou helpen.

Tegelijkertijd bleek dat deelnemers die binnen de reguliere zorg barrières ervoeren, niet noodzakelijk afzagen van ondersteuning. Veel deelnemers gingen actief op zoek naar informatie over hun klachten, maakten gebruik van lotgenotencontact, zochten alternatieve vormen van begeleiding of namen een meer sturende rol in hun eigen zorgtraject. Hierdoor leek er regelmatig eerder sprake van een heroriëntatie van zorgzoekgedrag dan van het volledig mijden van zorg.

Tot slot maakten de interviews duidelijk welke voorwaarden volgens deelnemers kunnen bijdragen aan toegankelijke en passende zorg. Centraal staan erkenning, vertrouwen en handelingsbereidheid van zorgverleners, persoonsgerichte zorg, laagdrempelige mogelijkheden voor contact en een inclusieve zorgomgeving. Deelnemers benadrukten het belang van zorgverleners die luisteren, openstaan voor verschillende ervaringen en identiteiten, en bereid zijn samen met patiënten te zoeken naar passende oplossingen. Volgens deelnemers kan juist een dergelijke benadering bijdragen aan het verlagen van drempels om zorg te zoeken, het versterken van vertrouwen in de zorg en het bevorderen van tijdig zorggebruik.

Dit onderzoek had als doel meer inzicht te verkrijgen in de factoren die samenhangen met zorgmijding en het (opnieuw) zoeken van zorg onder vrouwen en lhbt+ personen, met specifieke aandacht voor de rol van de eerstelijnszorg. Hiervoor is gebruik gemaakt van een mixed-methods onderzoeksopzet, bestaande uit: een literatuurstudie, een vragenlijstonderzoek onder 882 respondenten en 17 verdiepende interviews met vrouwen en lhbt+ personen met ervaringen rond zorgmijding.

6.1 Welke factoren hangen samen met zorgmijding onder vrouwen en lhbt+ personen?

De literatuur, vragenlijst en interviews laten zien dat zorgmijding ontstaat door een combinatie van individuele, sociale en systeemgerelateerde factoren. Hoewel de factoren hieronder afzonderlijk worden besproken, laten de resultaten zien dat zij in de praktijk vaak nauw met elkaar samenhangen en elkaar kunnen versterken.

6.1.1 Negatieve zorgervaringen

Negatieve ervaringen met zorgverleners komen naar voren als één van de meest genoemde factoren die samenhangen met zorgmijding onder vrouwen en lhbt+ personen. Over de verschillende onderzoeksbronnen heen komt naar voren dat ervaringen waarbij mensen zich niet gehoord, niet serieus genomen of onvoldoende begrepen voelen, het vertrouwen in de zorg kunnen ondermijnen. Daarbij lijken de specifieke ervaringen te verschillen tussen groepen. Vrouwen beschrijven vaker dat klachten worden gebagatelliseerd of toegeschreven aan stress, emoties of hormonen, terwijl lhbt+ personen vaker wijzen op discriminatie of een gebrek aan aansluiting bij hun identiteit en zorgbehoeften. In de interviews gaven deelnemers bijvoorbeeld aan dat zorgverleners soms onvoldoende aandacht hadden voor gender- en seksuele diversiteit, of deze aspecten juist onterecht centraal stelden in het contact of de behandeling. Het vragenlijstonderzoek ondersteunt dit beeld: transgender en non-binaire respondenten en niet-heteroseksuele respondenten waren gemiddeld minder tevreden over het contact met zorgverleners. Daarnaast blijkt uit zowel eerder onderzoek als de interviews dat negatieve zorgervaringen niet alleen direct, maar ook indirect via ervaringen en verhalen van anderen, invloed kunnen hebben op hulpzoekgedrag. Tegelijkertijd kwam ook naar voren dat de sociale omgeving juist vaak een stimulerende rol speelt bij het zetten van de stap naar zorg.

6.1.2 Stigma en schaamte

Zowel de literatuur als de interviews wijzen erop dat stigma en schaamte voor sommige vrouwen en lhbt+ personen een belangrijke drempel kunnen vormen bij het zoeken van zorg. Gezondheidsproblemen

die maatschappelijk gevoelig liggen, zoals seksueel overdraagbare aandoeningen of bepaalde vrouwspecifieke gezondheidsproblemen, kunnen gepaard gaan met een hogere drempel om hulp te zoeken. Daarnaast kunnen minderheidsstress en geïnternaliseerde negatieve opvattingen over de eigen seksuele oriëntatie of genderidentiteit het zoeken naar zorg bemoeilijken. Opvallend is dat niet alleen daadwerkelijk ervaren stigma een rol lijkt te spelen, maar ook de verwachting van negatieve reacties, onbegrip of vooroordelen van zorgverleners. Deze anticipatie op stigmatisering kan ertoe leiden dat mensen terughoudend zijn om klachten, ervaringen of aspecten van hun identiteit te bespreken, waardoor zorg wordt uitgesteld of gemeden.

6.1.3 Angst voor procedures

Angst wordt in de literatuur vaak genoemd als psychologische factor die kan bijdragen aan het uitstellen of mijden van zorg. Mensen kunnen bijvoorbeeld angst ervaren voor medische procedures of voor het krijgen van een diagnose. Over mogelijke verschillen hierin tussen vrouwen en lhbt+ personen vonden wij weinig aanwijzingen. In de interviews kwam dit thema slechts beperkt naar voren. Een deelnemer beschreef dat lichamelijk onderzoek door mannelijke zorgprofessionals gevoelens van ongemak en onveiligheid opriep, wat kan leiden tot uitstel van zorg. Hoewel dit niet direct wijst op angst voor medische procedures, suggereert het dat gevoelens van ongemak, onveiligheid of spanning in zorgsituaties binnen deze doelgroepen een drempel kunnen vormen voor het zoeken van zorg.

6.1.4 Beperkte gezondheidsvaardigheden

De verschillende onderzoeksmethoden wijzen erop dat gezondheidsvaardigheden een belangrijke rol spelen bij het vinden en benutten van passende zorg. Daarbij gaat het niet alleen om het vinden, begrijpen en beoordelen van gezondheidsinformatie, maar ook om het vermogen om de weg te vinden binnen het zorgsysteem, een hulpvraag te formuleren en voor de eigen belangen op te komen. Beperkingen hierin kunnen de drempel verhogen om tijdig hulp te zoeken, vooral in complexe zorgtrajecten zoals transgenderzorg of bij vrouwspecifieke gezondheidsproblemen waarbij een diagnose langdurig uitblijft.

De interviews laten zien dat gezondheidsvaardigheden zich vaak ontwikkelen door ervaringen met zorgverleners en eerdere zorgtrajecten. Deelnemers beschreven dat zij gaandeweg leerden hoe het zorgsysteem werkt, welke zorg beschikbaar is en hoe zij hun zorgvraag onder woorden konden brengen. Ook opleidingsachtergrond werd genoemd als factor die het vinden en beoordelen van gezondheidsinformatie en het navigeren door complexe zorgtrajecten kan vergemakkelijken.

Gezamenlijk suggereren deze bevindingen dat gezondheidsvaardigheden mede bepalen in hoeverre mensen passende zorg weten te vinden en te benutten. Deze vaardigheden lijken met name van belang in situaties waarin het vinden van passende zorg minder vanzelfsprekend is, zoals bij vrouwspecifieke gezondheidsproblemen, transgenderzorg en andere specifieke zorgvragen.

6.1.5 Gebrek aan sociale steun

De resultaten uit de literatuur en interviews suggereren dat sociale steun een belangrijke rol speelt bij het zoeken naar zorg. Partners, familieleden, vrienden en anderen met vergelijkbare ervaringen kunnen bijdragen aan het herkennen van gezondheidsproblemen, het zoeken naar informatie en het zetten van de stap naar professionele hulp. Omgekeerd kunnen mensen met een beperkt sociaal netwerk zowel praktische ondersteuning, zoals hulp bij het plannen of bijwonen van afspraken, als sociale aanmoediging om hulp te zoeken missen. Dit kan bijdragen aan onzekerheid, uitstel van hulp zoeken en meer moeite hebben met het vinden van passende zorg.

Voor lhbt+ personen kan het ontbreken van sociale steun een extra uitdaging vormen. Eerder onderzoek laat zien dat gevoelens van eenzaamheid bij lhb personen niet zozeer samenhangen met het aantal sociale contacten, maar eerder met de kwaliteit van sociale relaties, ervaren steun, gevoelens van verbondenheid en de mogelijkheid om open te zijn over de eigen identiteit. Tegelijkertijd laten de interviews zien dat contacten met mensen met vergelijkbare ervaringen, bijvoorbeeld via online netwerken of belangenorganisaties, een belangrijke bron kunnen zijn van informatie, herkenning en steun. Voor sommige deelnemers vormden deze netwerken een aanvulling op, of compensatie voor, ontbrekende steun vanuit de directe omgeving.

6.1.6 Financiële barrières

Financiële factoren kunnen een rol spelen bij het zoeken naar zorg. Hoewel internationale literatuur suggereert dat vrouwen en niet-heteroseksuele personen vaker om financiële redenen afzien van zorg, is het beschikbare bewijs hierover in de Nederlandse context beperkt. In de interviews werden financiële overwegingen vooral genoemd bij zorg die onder het eigen risico valt of niet volledig wordt vergoed, zoals psychologische zorg, soa-testen en particuliere zorg.

Het vragenlijstonderzoek sluit hierbij aan. Respondenten verwezen vooral bij psychische zorg naar mogelijke kosten of financiële overwegingen als reden om geen professionele hulp te zoeken. Daarnaast gaven zij aan behoefte te hebben aan meer duidelijkheid over vergoedingen, eigen bijdragen en andere zorgkosten.

Gezamenlijk suggereren deze bevindingen dat niet

alleen daadwerkelijke zorgkosten, maar ook onzekerheid over de financiële gevolgen van zorg van invloed kunnen zijn op hulpzoekgedrag. Financiële overwegingen lijken daarbij vooral relevant bij vormen van zorg die niet volledig worden vergoed of waarvoor aanvullende kosten worden verwacht.

6.1.7 Systeemgerelateerde barrières

Uit de interviews bleek dat deelnemers verschillende barrières binnen het zorgsysteem ervoeren die het zoeken naar zorg konden bemoeilijken. In het bijzonder lange wachttijden, moeizame en gefragmenteerde zorgtrajecten en een zorgaanbod dat niet altijd aansluit bij hun behoeften werden als drempels genoemd. Zo beschreven transgender deelnemers de impact van lange wachttijden en complexe zorgtrajecten binnen de transgenderzorg, terwijl sommige cisgender vrouwen wezen op een gebrek aan kennis, diagnostische duidelijkheid en passende behandelmogelijkheden rondom vrouwspecifieke gezondheidsklachten. Deze ervaringen konden leiden tot frustratie, verminderd vertrouwen in de zorg en het uitstellen of mijden van verdere hulpverlening.

Het vragenlijstonderzoek sluit hierbij aan. In de open antwoorden kwamen systeemgerelateerde knelpunten duidelijk naar voren. Respondenten noemden onder meer lange wachttijden voor huisartsen- en gespecialiseerde zorg, onduidelijkheid over doorverwijzingen, gebrekkige afstemming tussen zorgverleners en het gevoel tussen wal en schip te vallen binnen zorgtrajecten. Daarnaast werden korte consulten, wisselende hulpverleners en een gebrek aan continuïteit genoemd als factoren die het opbouwen van een vertrouwensband bemoeilijkten. Samen wijzen deze bevindingen erop dat niet alleen individuele ervaringen met zorgverleners, maar ook structurele kenmerken van het zorgsysteem een belangrijke drempel kunnen vormen bij het zoeken naar passende zorg.

6.1.8 Alternatieve routes naar informatie, ondersteuning en zorg

Wanneer de reguliere zorg onvoldoende aansluit bij hun behoeften, maken vrouwen en lhbt+ personen vaak gebruik van aanvullende of alternatieve vormen van informatie, ondersteuning en zorg. Dit varieert van zelfmanagement en lotgenotencontact tot complementaire vormen van ondersteuning.

Zowel de literatuur als de interviews suggereren dat deze alternatieven vaak worden ingezet wanneer mensen ervaren dat passende zorg moeilijk toegankelijk is, bijvoorbeeld door lange wachttijden, beperkte behandelmogelijkheden of een gebrek aan erkenning. Daarbij lijken de vormen van alternatieve ondersteuning te verschillen naar zorgvraag. Voor cisgender vrouwen spelen online aanbieders van gezondheidsinformatie en niet-reguliere zorgverleners, zoals hormooncoaches

en overgangsconsulenten, een belangrijke rol bij bijvoorbeeld hormoon- en overgangsgelateerde klachten. Binnen de transgenderzorg zijn er aanwijzingen dat sommige mensen naar alternatieve oplossingen zoeken, waaronder zelfmedicatie, wanneer de toegang tot reguliere zorg wordt bemoeilijkt door bijvoorbeeld lange wachttijden.

De interviews laten daarnaast zien dat deelnemers regelmatig zelf onderzoek deden naar hun klachten, mogelijke diagnoses en behandelopties via online bronnen, wetenschappelijke literatuur en lotgenotencontact. Deze strategieën waren niet alleen gericht op het verkrijgen van medische informatie, maar ook op het vinden van erkenning, herkenning en meer regie over de eigen gezondheid. Sommige deelnemers maakten daarnaast gebruik van alternatieve vormen van ondersteuning of namen zelfstandig beslissingen rondom medicatie en behandeling wanneer zij het gevoel hadden dat de reguliere zorg onvoldoende aansloot bij hun behoeften.

In het vragenlijstonderzoek gaven sommige respondenten aan lichamelijke klachten eerst zelf te willen aanpakken of af te wachten voordat zij professionele hulp inschakelden. Daarnaast kozen veel respondenten, die bij toekomstige psychische problemen geen professionele hulp zouden zoeken, er liever voor deze eerst met hun partner, familie of vrienden te bespreken. Dit laat zien dat ondersteuning en advies niet uitsluitend binnen de professionele zorg worden gezocht, maar ook via informele netwerken en vormen van zelfmanagement.

Gezamenlijk laten deze bevindingen zien dat vrouwen en lhbt+ personen verschillende strategieën inzetten om informatie, ondersteuning en behandeling te vinden wanneer de reguliere zorg niet volledig voorziet in hun behoeften. Hoewel hiermee soms reguliere zorg wordt gemeden, kan het gebruik van dergelijke alternatieven niet zonder meer als zorgmijding worden beschouwd. Voor veel deelnemers vormden zij juist een manier om passende ondersteuning te vinden. Er lijkt daarom eerder sprake van een heroriëntatie van zoekgedrag dan van het volledig mijden van zorg.

6.2 Welke factoren dragen bij aan het (opnieuw) zoeken naar zorg onder vrouwen en lhbt+ personen?

De resultaten laten zien dat het (opnieuw) zoeken naar zorg niet alleen wordt beïnvloed door de afwezigheid van barrières, maar ook door factoren die vertrouwen in de zorg versterken en de toegankelijkheid van zorg vergroten. Uit de literatuur, het vragenlijstonderzoek en de interviews komen vijf samenhangende factoren naar voren: vertrouwen en erkenning, persoonsgerichte zorg, toegankelijke en laagdrempelige zorg, beschikbare hulpbronnen en een inclusieve zorgomgeving.

6.2.1 Vertrouwen en erkenning

Vertrouwen komt in alle onderzoeksbronnen naar voren als een belangrijke voorwaarde voor het (opnieuw) zoeken van zorg onder vrouwen en lhbt+ personen. Een terugkerende bevinding is dat erkenning hierbij een centrale rol speelt.

De interviews laten zien dat vertrouwen niet alleen samenhangt met de manier waarop zorgverleners communiceren, maar ook met de ervaring dat zij bereid zijn klachten serieus te nemen, mogelijke oorzaken te verkennen en waar nodig vervolgacties te ondernemen. Positieve ervaringen van erkenning konden bijdragen aan het opbouwen of herstellen van vertrouwen na eerdere negatieve ervaringen.

Het vragenlijstonderzoek ondersteunt dit beeld. Respondenten noemden respectvolle bejegening, aandachtig luisteren en het serieus nemen van klachten als belangrijke kenmerken van goede zorg. Opvallend is dat relationele aspecten van zorg, zoals luisteren, aandacht en het gevoel als persoon te worden gezien, belangrijker werden gevonden dan meer informatieve aspecten, zoals uitleg in begrijpelijke taal of informatie over risico's en kosten.

Gezamenlijk suggereren deze bevindingen dat erkenning een belangrijke basis vormt voor vertrouwen in zorgverleners en de zorg als geheel. Dit vertrouwen lijkt op zijn beurt bij te dragen aan de bereidheid om hulp te zoeken en zorgcontacten te onderhouden.

6.2.2 Persoonsgerichte zorg en gedeelde besluitvorming

Een terugkerend thema in de literatuur, interviews en vragenlijstresultaten is het belang van persoonsgerichte zorg en gedeelde besluitvorming. Over de verschillende onderzoeksbronnen heen komt een consistent beeld naar voren van een behoefte aan zorg die aansluit bij de persoonlijke situatie, behoeften en voorkeuren van patiënten. Daarbij wordt het belangrijk gevonden dat zorgverleners verder kijken dan standaardprotocollen, ruimte bieden voor individuele zorgen en ervaringskennis, en patiënten actief betrekken bij keuzes over hun zorg en behandeling. In het vragenlijstonderzoek benadrukten met name niet-heteroseksuele respondenten het belang van zorg die aansluit bij hun persoonlijke situatie en het gevoel als persoon te worden gezien. Deze bevindingen wijzen erop dat persoonsgerichte zorg en gedeelde besluitvorming kunnen bijdragen aan meer vertrouwen, betere aansluiting bij de zorgbehoefte en een grotere bereidheid om zorg te zoeken.

6.2.3 Toegankelijke en laagdrempelige zorg

De bevindingen uit de literatuur en interviews wijzen erop dat toegankelijkheid van zorg niet alleen wordt

bepaald door de beschikbaarheid van voorzieningen, maar ook door de mate waarin mensen de weg naar passende zorg weten te vinden en ervaren dat deze aansluit bij hun behoeften. Duidelijke informatie, ondersteuning bij het vinden van de juiste zorg en laagdrempelige contactmogelijkheden werden gezien als belangrijke factoren die het zoeken van hulp kunnen vergemakkelijken. Daarnaast werden digitale consulten, thematische spreekuren, en ruimte om op een later moment terug te komen op eerdere vragen of ervaringen, genoemd als manieren om de toegankelijkheid van zorg te vergroten.

Deze bevindingen suggereren dat een toegankelijk zorgsysteem niet alleen zorg beschikbaar maakt, maar mensen ook ondersteunt bij het vinden, bereiken en benutten van passende zorg.

6.2.4 Hulpbronnen en sociale steun

De verschillende onderzoeksmethoden wijzen erop dat de beschikbaarheid van persoonlijke, sociale en financiële hulpbronnen een belangrijke rol speelt bij het (opnieuw) zoeken van zorg onder vrouwen en lhbt+ personen. Daarbij gaat het onder meer om kennis van het zorgsysteem, gezondheidsvaardigheden, het vermogen om voor eigen belangen op te komen, sociale steun en financiële middelen.

Sociale steun kwam in alle onderzoeksbronnen naar voren als factor die het zoeken van zorg kan vergemakkelijken. Partners, familie, vrienden en lotgenoten kunnen ondersteunen bij het herkennen van gezondheidsproblemen, het zoeken naar informatie en het zetten van de stap naar professionele hulp. In de interviews werd daarbij vooral het contact met mensen met vergelijkbare ervaringen, bijvoorbeeld via netwerken rond vrouwengezondheid, lhbt+ sensitieve zorg of transgenderzorg, genoemd als bron van herkenning, bevestiging en ondersteuning. Ook financiële middelen kunnen bijdragen aan het vinden en benutten van passende zorg, bijvoorbeeld doordat zij de toegang tot bepaalde vormen van zorg vergemakkelijken. Gezamenlijk suggereren deze bevindingen dat de mogelijkheden om passende zorg te vinden en te benutten niet voor iedereen gelijk zijn, maar mede afhangen van de persoonlijke, sociale en financiële hulpbronnen waarover mensen beschikken.

6.2.5 Een inclusieve zorgomgeving

Een inclusieve, gendersensitieve en cultuursensitieve zorgomgeving lijkt een belangrijke randvoorwaarde voor het (opnieuw) zoeken van zorg onder vrouwen en lhbt+ personen.

Over de verschillende onderzoeksbronnen heen komt naar voren dat mensen zich eerder veilig, gerespecteerd en gezien voelen wanneer zorgverleners ruimte bieden aan verschillende identiteiten, achtergronden en behoeften.

In de interviews en het vragenlijstonderzoek benadrukten deelnemers en respondenten het belang van respectvolle omgang met genderidentiteit, voornaamwoorden, seksuele oriëntatie en culturele diversiteit. Het voorkomen van misgendering werd daarbij meermaals genoemd als belangrijk voor een positieve zorgervaring. Tegelijkertijd kwam naar voren dat een inclusieve zorgomgeving niet zozeer wordt bepaald door de achtergrond van de zorgverlener zelf, maar vooral door diens vermogen om aan te sluiten bij uiteenlopende ervaringen en behoeften. Dit maakt duidelijk dat vooral de manier waarop zorgverleners omgaan met diversiteit van belang is voor het creëren van een veilige en toegankelijke zorgomgeving.

6.3 Overige relevante bevindingen

6.3.1 Verschillen in gezondheid en zorggebruik

Hoewel verschillen in gezondheid en zorggebruik geen centrale onderzoeksvraag van dit onderzoek vormden, laten de resultaten van het vragenlijstonderzoek zien dat cisgender vrouwen en verschillende lhbt+ groepen vaker gezondheidsproblemen rapporteren dan respectievelijk mannen en heteroseksuele respondenten. Met name transgender en non-binaire personen, en niet-heteroseksuele respondenten rapporteerden relatief vaak psychische gezondheidsproblemen. Ook werden verschillen in zorggebruik zichtbaar: niet-heteroseksuele respondenten maakten vaker gebruik van psychologische of psychiatrische zorg, terwijl cisgender vrouwen vaker contact hadden met de huisarts dan cisgender mannen. Deze bevindingen suggereren dat de zorgbehoefte binnen deze groepen relatief groot is en sluiten aan bij eerdere onderzoeken, waarin vrouwen en lhbt+ personen eveneens vaker gezondheidsproblemen en gezondheidsgerelateerde beperkingen rapporteerden dan respectievelijk mannen en cis-heteroseksuele personen.

6.3.2 Mate van zorgmijding onder vrouwen en lhbt+ personen

De literatuurstudie en het vragenlijstonderzoek bieden aanwijzingen dat zorgmijding relatief vaak voorkomt onder vrouwen en lhbt+ personen. In het kwantitatieve deel van het onderzoek werden eerdere ervaringen met zorgmijding binnen deze groepen relatief vaak gerapporteerd. Niet-heteroseksuele respondenten en cisgender vrouwen gaven aanzienlijk vaker aan dat zij in het verleden hulp hadden gewild zonder deze te zoeken dan respectievelijk heteroseksuele respondenten en cisgender mannen. Tegelijkertijd laten de beperkte beschikbare literatuur en bevindingen uit het vragenlijstonderzoek niet toe om betrouwbare uitspraken te doen over de actuele omvang van zorgmijding onder vrouwen, niet-heteroseksuele en genderdiverse personen. De literatuur hierover is beperkt en in het vragenlijstonderzoek was het aantal respondenten dat aangaf in de afgelopen

twalf maanden zorg te hebben gemeden te klein om hierover betrouwbare uitspraken te doen (n = 46). De bevindingen moeten daarom vooral worden gezien als aanwijzingen dat zorgmijding onder vrouwen en lhbt+ personen aandacht verdient en nader onderzoek rechtvaardigt.

6.4 Beperkingen van dit onderzoek

Voor het kwantitatieve deel van het onderzoek is gebruikgemaakt van een combinatie van een steekproef uit het LISS-panel en aanvullende gerichte werving via lhbt+ organisaties en andere relevante netwerken. Hoewel het LISS-panel representatief is voor de Nederlandse bevolking, zijn de aanvullend geworven lhbt+ respondenten mogelijk niet representatief voor alle lhbt+ personen in Nederland. Deelnemers die via lhbt+ organisaties en netwerken zijn geworven, verschillen mogelijk van lhbt+ personen die niet aan dergelijke netwerken verbonden zijn, bijvoorbeeld in hun betrokkenheid bij het onderwerp of hun ervaringen met zorg. Daarnaast bestond de onderzoeksgroep voornamelijk uit respondenten met een Nederlandse herkomst en een relatief hoog opleidingsniveau. Ook voor het kwalitatieve deel zijn deelnemers deels geworven via de socialemediakanalen van Rutgers, COC en WOMEN Inc., waardoor relatief betrokken personen mogelijk oververtegenwoordigd zijn onder de geïnterviewden. Daarnaast hadden ook de geïnterviewden gemiddeld een relatief hoog opleidingsniveau. De resultaten kunnen daarom niet zonder meer worden gegeneraliseerd naar alle vrouwen en lhbt+ personen in Nederland.

Ten tweede waren sommige subgroepen beperkt van omvang. Hierdoor konden niet voor alle groepen betrouwbare statistische analyses worden uitgevoerd. Zo was het aantal intersekse personen onder de deelnemers te klein om afzonderlijke conclusies te trekken. Daarnaast was het aantal respondenten dat actuele zorgmijding rapporteerde beperkt (n = 46). Hierdoor konden geen betrouwbare uitspraken worden gedaan over verschillen in actuele zorgmijding tussen vrouwen, lhbt+ personen en andere groepen. Vervolgonderzoek met grotere en meer diverse steekproeven is nodig om de actuele omvang van zorgmijding en verschillen tussen groepen beter in kaart te brengen. Voor intersekse personen is het daarbij belangrijk om gebruik te maken van een zorgvuldig geformuleerde vraagstelling, omdat niet iedereen met een intersekse conditie zichzelf als intersekse identificeert en de term soms verschillend wordt geïnterpreteerd. Tegelijkertijd zal ook bij een goede vraagstelling vaak sprake blijven van kleine aantallen, waardoor een grotere steekproef of gerichte werving van intersekse personen nodig kan zijn om betrouwbare uitspraken te kunnen doen. Een vergelijkbare overweging kan relevant zijn voor andere ondervertegenwoordigde subgroepen binnen dit onderzoek.

Daarnaast moet bij de interpretatie van resultaten rekening worden gehouden met het feit dat in de analyses niet is gecontroleerd op leeftijd. Niet-heteroseksuele respondenten en trans en non-binaire respondenten waren gemiddeld jonger dan respectievelijk heteroseksuele en cisgender respondenten. Daardoor kan niet worden uitgesloten dat een deel van de gevonden verschillen tussen groepen mede samenhangt met verschillen in leeftijdsopbouw. Bovendien was het door de omvang en samenstelling van de steekproef slechts beperkt mogelijk om verschillen op basis van intersecties, zoals genderidentiteit, seksuele oriëntatie, migratieachtergrond en sociaaleconomische positie, in kaart te brengen.

Voor het kwalitatieve deel geldt dat het onderzoek een brede opzet had, waarbij uiteenlopende zorgvragen en zorgdomeinen aan bod kwamen. Hierdoor was het niet mogelijk om binnen afzonderlijke zorgdomeinen voldoende diepgang te bereiken, waardoor geen specifieke conclusies kunnen worden getrokken over ervaringen met zorgmijding binnen bepaalde vormen van zorg. De kwalitatieve bevindingen bieden daarom vooral inzicht in overkoepelende mechanismen en ervaringen rondom zorgmijding. Vervolgonderzoek kan meer diepgang bieden door zich te richten op afzonderlijke zorggebieden, zoals vrouwspecifieke gezondheidszorg, transgenderzorg, seksuele gezondheid of psychische gezondheidszorg. Tot slot richtte het onderzoek zich uitsluitend op het perspectief van zorggebruikers. De ervaringen, afwegingen en mogelijkheden van huisartsen en andere zorgprofessionals zijn niet onderzocht. Toekomstig onderzoek kan daarom profiteren van het combineren van perspectieven van zowel zorggebruikers als zorgprofessionals.

Ondanks deze beperkingen biedt het onderzoek, dankzij de combinatie van verschillende onderzoeksmethoden, waardevolle inzichten in de factoren die samenhangen met zorgmijding en het (opnieuw) zoeken van zorg onder vrouwen en lhbt+ personen. De resultaten bieden daarmee belangrijke aanknopingspunten voor vervolgonderzoek en voor het verbeteren van de toegankelijkheid en passendheid van de zorg.

6.5 Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen uit dit onderzoek formuleren we concrete aanbevelingen voor verschillende partijen.

6.5.1 Zorgprofessionals

- 1. Vraag naar ervaringen, behoeften en drempels**
- Vraag patiënten actief hoe zij de zorg ervaren, of zij zich gehoord voelen en of zij drempels ervaren bij het zoeken of gebruiken van zorg. Ook eerdere ervaringen met zorgmijding of uitstel van zorg kunnen waardevolle aanknopingspunten bieden. Het vroegtijdig herkennen van signalen van ontevredenheid, wantrouwen of andere belemmeringen kan helpen om zorgmijding te voorkomen. Dit kan tijdens consulten worden besproken met een eenvoudige vraag naar ervaringen en tevredenheid, maar ook worden geïnventariseerd via patiënttevredenheidsonderzoeken, enquêtes, gesprekken met doktersassistenten of onafhankelijke evaluaties. Besteed hierbij extra aandacht aan vrouwen en lhbt+ personen. Zij ervaren vaker niet serieus te worden genomen, vooroordelen of een gebrek aan aansluiting bij hun behoeften, wat een belangrijke drempel kan vormen om (opnieuw) zorg te zoeken.
- 2. Werk aan gelijkwaardigheid in zorgcontact**
- Wees je bewust van het machtsverschil dat van nature bestaat tussen zorgverlener en patiënt. Voor mensen die eerder negatieve zorgervaringen hebben gehad of zich kwetsbaar voelen vanwege hun seksuele oriëntatie, genderidentiteit of geslacht, kan deze ongelijkheid extra sterk worden ervaren. Werk daarom actief aan een gelijkwaardig gesprek. Neem ervaringen, zorgen en behoeften serieus, ook wanneer deze niet direct aansluiten bij medische inzichten. Door ruimte te geven aan achterliggende vragen en behoeften kunnen vertrouwen en gezamenlijke besluitvorming worden versterkt.
- 3. Investeer in kennis over seksuele- en gender-diversiteit, inclusieve zorg en vrouwengezondheid**
- Blijf investeren in kennis over lhbt+ gezondheid, minderheidsstress, inclusieve communicatie, vrouwspecifieke aandoeningen en de invloed van sekse- en genderverschillen op gezondheid. Een gebrek aan kennis over deze onderwerpen kan bijdragen aan negatieve zorgervaringen en terughoudendheid om zorg te zoeken. Scholing en blijvende deskundigheidsbevordering kunnen bijdragen aan een beter begrip van de behoeften en ervaringen van verschillende groepen en daarmee aan een veiligere en meer toegankelijke zorgomgeving.

- Volg bijvoorbeeld de e-learning ‘[Toegankelijke zorg voor lhbt+ personen](#)’ of gebruik andere materialen van de Toolkit ‘[Er komt een mens bij de dokter](#)’.

- 4. Maak zorg toegankelijk en laagdrempelig**
- Bied waar mogelijk laagdrempelige contactmogelijkheden aan, zoals digitaal contact, terugbelafspraken of thematische spreekuren. Zorg er daarnaast voor dat patiënten op een later moment kunnen terugkomen op eerdere consulten, diagnoses of zorgvragen. Dergelijke contactmomenten kunnen onzekerheid verminderen en de drempel verlagen om zorg te zoeken of om opnieuw contact op te nemen.
 - Besteed ook extra aandacht aan patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. Ga niet vanzelfsprekend uit van kennis van het zorgsysteem, verwijzingsroutes of medische terminologie. Geef informatie in begrijpelijke taal, wees duidelijk over vervolgstappen en ondersteun patiënten waar nodig bij het vinden van passende zorg. Overweeg daarnaast een kennismakingsgesprek voor patiënten die nieuw zijn in de praktijk of eerdere negatieve zorgervaringen hebben gehad. Dit kan bijdragen aan een gevoel van veiligheid en vertrouwen voordat een acute zorgvraag ontstaat.
- 5. Maak gebruik van ervaringsdeskundigheid en samenwerking met maatschappelijke organisaties**
- Voor veel vrouwen en lhbt+ personen vormen mensen met vergelijkbare ervaringen een belangrijke bron van informatie, herkenning en steun. Wees daarom bekend met relevante patiënten-, belangen- en ervaringsorganisaties, en verwijs patiënten hier waar passend naar door. Samenwerking met deze organisaties kan zorgprofessionals helpen om beter zicht te krijgen op de behoeften, ervaringen en drempels die binnen de reguliere zorg niet altijd zichtbaar zijn.
- 6. Zorg voor continuïteit in het zorgtraject**
- Zorg voor duidelijke communicatie over vervolgstappen, goede afstemming tussen zorgverleners en waar mogelijk een vast aanspreekpunt voor patiënten. Voor veel patiënten draagt continuïteit bij aan vertrouwen, duidelijkheid en betrokkenheid bij het zorgtraject. Besteed daarnaast aandacht aan warme doorverwijzingen. Een doorverwijzing kan een belangrijke bevestiging zijn dat klachten serieus worden genomen, maar ook een moment waarop onzekerheid ontstaat of mensen afhaken. Een goede overdracht en, indien nodig, een kort opvolgcontact kunnen helpen om patiënten betrokken te houden bij het zorgtraject.

6.5.2 Beleidsmakers en bestuurders in de zorg en overheid

- 1. Zie zorgmijding als een veelzijdig probleem met verschillende oorzaken**
- Houd er bij het ontwikkelen van beleid rekening mee dat zorgmijding niet één oorzaak heeft, maar samenhangt met een combinatie van individuele, sociale en systeemgerelateerde factoren. Dit onderzoek laat zien dat onder meer negatieve zorgervaringen, beperkte gezondheidsvaardigheden, stigma, financiële barrières en kenmerken van het zorgsysteem een rol kunnen spelen.
 - Zorg ervoor dat beleid en financiering ruimte bieden voor interventies die aansluiten bij de specifieke drempels die binnen een bepaalde context of doelgroep een rol spelen. Financiële toegankelijkheid vraagt bijvoorbeeld om andere maatregelen dan het versterken van vertrouwen in de zorg of het verbeteren van gezondheidsvaardigheden. Houd daarbij vanuit een intersectioneel perspectief rekening met verschillen tussen en binnen doelgroepen, bijvoorbeeld naar gender, seksuele oriëntatie, leeftijd, opleidingsniveau en sociaaleconomische positie.
- 2. Financier lokale programma’s ter ondersteuning van toegankelijke zorg**
- Gemeenten, zorginstellingen en maatschappelijke organisaties kunnen bijdragen aan het verminderen van zorgmijding door samen te investeren in laagdrempelige ondersteuning voor mensen die moeite hebben om hun weg te vinden naar passende zorg. Hierbij kan aandacht worden besteed aan gezondheidsvaardigheden, kennis van het zorgsysteem en het bespreekbaar maken van zorgvragen.
 - Besteed hierbij extra aandacht aan groepen die relatief vaak specifieke drempels ervaren bij het zoeken naar zorg, waaronder vrouwen en lhbt+ personen.
 - Stimuleer samenwerking tussen wijkteams, huisartsen, welzijnsorganisaties, de GGD en lokale belangenorganisaties, zodat mensen die drempels ervaren eerder worden bereikt en passende ondersteuning kunnen krijgen.
 - Investeer daarnaast in laagdrempelige vormen van informatie, ondersteuning en ontmoeting, zoals inloopsprekuren, informatiebijeenkomsten of initiatieven waarbij inwoners terecht kunnen met vragen over gezondheid, zorgtoegang en patiëntenrechten. Dergelijke voorzieningen kunnen bijdragen aan het versterken van gezondheidsvaardigheden, sociale steun en tijdige toeleiding naar passende zorg voor specifieke doelgroepen.

- 3. Versterk aandacht voor seksuele- en gender-diversiteit, inclusieve zorg en vrouwengezondheid in zorgopleidingen en nascholing**
- Opleidingsinstituten, beroepsverenigingen en zorginstellingen kunnen bijdragen aan inclusievere zorg door structureel aandacht te besteden aan seksuele- en genderdiversiteit, inclusieve communicatie, vrouwengezondheid en sekse- en genderverschillen in gezondheid. Dit onderzoek laat zien dat een gebrek aan kennis over deze onderwerpen kan bijdragen aan negatieve zorgervaringen en terughoudendheid om zorg te zoeken. Versterk daarom de aandacht voor deze thema’s binnen mbo-, hbo- en wo-opleidingen en binnen geaccrediteerde nascholing. Door deze onderwerpen structureel te verankeren in opleidingen, nascholing en kwaliteitsbeleid kan de zorg beter aansluiten bij de behoeften van vrouwen en lhbt+ personen.
- 4. Investeer in onderzoek naar vrouwengezondheid en lhbt+ gezondheid**
- Overheden, onderzoeksfinanciers en kennisinstituten kunnen bijdragen aan betere en inclusievere zorg door te investeren in onderzoek naar vrouwengezondheid en lhbt+ gezondheid.
 - Uit dit onderzoek bleek dat vrouwen geregeld ervaringen hadden met gebagatelliseerde klachten, langdurige diagnostische trajecten en beperkte kennis over bepaalde vrouwspecifieke gezondheidsproblemen. Deze bevindingen sluiten aan bij signalen dat vrouwengezondheid en sekseverschillen in gezondheid lange tijd relatief onderbelicht zijn geweest in onderzoek en kennisontwikkeling.
 - Tegelijkertijd bestaan er nog belangrijke kennishiaten over de gezondheid, zorgbehoeften en zorgervaringen van verschillende lhbt+ groepen. Investeren in onderzoek kunnen bijdragen aan het verkleinen van deze kennishiaten, betere diagnostiek en behandeling, en een betere aansluiting van de zorg op de behoeften van vrouwen en lhbt+ personen. Daarbij is aandacht voor intersectionaliteit van belang.
- 6.5.3 Zorgvragers
- Hoewel veel oorzaken van zorgmijding samenhangen met structurele factoren, zoals discriminatie, genderbias, beperkte kennis bij zorgverleners of toegankelijkheidsproblemen binnen de zorg, kunnen vrouwen en lhbt+ personen ook zelf stappen zetten die het zoeken naar passende zorg kunnen ondersteunen. De onderstaande aanbevelingen zijn bedoeld om hun positie en handelingsmogelijkheden daarbij te versterken.

1. Maak zorgvragen bespreekbaar en zoek steun

- Bij klachten, twijfel of hulp nodig is of na negatieve ervaringen met de zorg, kan het helpen hierover te praten met vrienden, familieleden, partners of anderen uit het eigen netwerk. Ook contact met mensen met vergelijkbare ervaringen kan bijdragen aan herkenning, steun en het vinden van passende zorg.
- Daarnaast kan het waardevol zijn om zorgen, twijfels of eerdere negatieve zorgervaringen bespreekbaar te maken met een zorgverlener. Dit kan bijdragen aan meer begrip, vertrouwen en een aanpak die beter aansluit bij de persoonlijke situatie.

2. Maak gebruik van betrouwbare informatiebronnen

- Vrouwen en lhbt+ personen kunnen te maken krijgen met zorgvragen en ervaringen die niet altijd voldoende zichtbaar zijn in algemene gezondheidsinformatie. Het zoeken naar informatie die aansluit bij de eigen situatie en zorgvraag kan bijdragen aan herkenning, een beter begrip van klachten en het stellen van gerichte vragen tijdens een consult.
- Daarbij is het belangrijk gebruik te maken van betrouwbare informatiebronnen, zoals patiëntenorganisaties, zorgprofessionals en kennisinstituten. Ook organisaties die zich richten op vrouwengezondheid, seksuele gezondheid of gender- en seksuele diversiteit kunnen waardevolle informatie en ondersteuning bieden. Informatie die online wordt gevonden, kan waar mogelijk worden besproken met een zorgverlener, vooral wanneer het gaat om diagnoses, behandelingen of medicatie.

3. Neem een actieve rol in het zorgproces

- Een goede voorbereiding op een afspraak kan helpen om het gesprek met een zorgverlener effectiever te maken. Het vooraf noteren van klachten, vragen of aandachtspunten kan voorkomen dat belangrijke informatie wordt vergeten.
- Wanneer een verklaring, diagnose of behandelplan onduidelijk blijft, kan het waardevol zijn om door te vragen of samen met de zorgverlener mogelijke vervolgstappen te bespreken. Dit kan bijdragen aan een beter begrip van de situatie en een gelijkwaardiger gesprek.
- Het kan ook helpen om een partner, familielid, vriend of andere vertrouwenspersoon mee te nemen naar een afspraak. Dit kan vooral waardevol zijn wanneer iemand zich veel zorgen maakt over de klachten, het lastig vindt om kritische vragen te stellen of graag ondersteuning wil bij het onthouden van informatie en het bespreken van vervolgstappen.

4. Ken je rechten

- Patiënten hebben recht op begrijpelijke informatie, een respectvolle en discriminatievrije behandeling, inzage in hun medisch dossier en de mogelijkheid om een second opinion aan te vragen. Ook hebben zij het recht om vragen te stellen, uitleg te vragen over gemaakte keuzes en mee te denken over vervolgstappen. Kennis van deze rechten kan bijdragen aan meer regie en vertrouwen in het contact met zorgverleners.

5. Zoek een zorgverlener of specialist die aansluit bij de zorgbehoefte

- Wanneer klachten aanhouden, onvoldoende worden verklaard of niet verbeteren, kan het helpen om met de huisarts te bespreken welke aanvullende expertise nodig is en zo nodig om een verwijzing naar een andere zorgverlener of specialist te vragen. Afhankelijk van de klachten kan dit bijvoorbeeld een gynaecoloog, endocrinoloog of andere medisch specialist zijn.
- Voor lhbt+ personen kan een zorgverlener met ervaring in lhbt+ sensitieve zorg bijdragen aan meer vertrouwen, erkenning en aansluiting bij de zorgbehoefte. De websites van [Roze in Wit](#) of de [Zorgkaart van Switchboard](#) kunnen helpen bij het vinden van passende zorg.

6. Meld discriminatie en ongepaste bejegening

- Wanneer vrouwen en lhbt+ personen te maken krijgen met discriminatie, vooroordelen of ongepaste bejegening in de zorg, kan het waardevol zijn hierover in gesprek te gaan met een zorgverlener, vertrouwenspersoon of onafhankelijke instantie. Dit kan ondersteuning bieden bij het omgaan met die ervaring en aan het verbeteren van de zorg. Bovendien geldt dat veel vormen van uitsluiting onzichtbaar blijven wanneer zij niet worden gemeld.
- Wanneer een direct gesprek niet wenselijk of veilig voelt, kunnen meldingen worden gedaan via onafhankelijke instanties zoals [Discriminatie.nl](#), het [Meldpunt Voices for Women](#) of lokale meldpunten zoals RITA. Meldingen kunnen niet alleen bijdragen aan het oplossen van individuele situaties, maar ook helpen om terugkerende knelpunten zichtbaar te maken en de zorg voor anderen te verbeteren.

7. Referenties

Ahad, A. A., Sanchez-Gonzalez, M., & Junquera, P. (2023). Understanding and Addressing Mental Health Stigma Across Cultures for Improving Psychiatric Care: A Narrative Review. *Cureus*, 15(5), e39549. <https://doi.org/10.7759/cureus.39549>

ALLEA. (2023). *The European Code of Conduct for Research Integrity*. Geraadpleegd 15 oktober 2025, van <https://allea.org/code-of-conduct/>

Alliantie Gezondheidszorg op Maat. (2022). *Een kwestie van geluk: ervaringen van lhbt+ personen met eerstelijnsprofessionals*. <https://detoolkit.komteentemmensbijdedokter.nl/wp-content/uploads/2025/02/AGOM-Een-kwestie-van-geluk.pdf>

Alliantie Gezondheidszorg op Maat. (2024). *Multipale minderheidsstress onder lhbt+ personen: Mentale gezondheidsverschillen verklaard vanuit een intersectorieel perspectief*. https://rutgers.nl/wp-content/uploads/2024/05/Minority_stress.pdf

Balshi, A., Kitts, R. L., Streed, C. G., Jr., & Gordon, A. R. (2025). Sexual orientation and cost-related health care deferral. *JAMA Network Open*, 8(12), e2549101. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.49101>

Ben, J., Cormack, D., Harris, R., & Paradies, Y. (2017). Racism and health service utilisation: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 12(12), e0189900. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189900>

Çeleğin, İ., & Sariöz, A. (2026). Exposure to health misinformation on social media across key health domains: a systematic review and meta-analysis of survey-based studies. *BMC public health*, 26(1), 1529. <https://doi.org/10.1186/s12889-026-27242-2>

Cense, M., Kawous, R., Steuten, C., Teclemariam, S. T., Teclé, S., Mohamud, A., Halane, U., Ashraf, T., Khateri, M. J., AbouMoghdeb, R., Khaled, M., Lassooy, Y., & Saadi, N. (2023). *New perspectives on reproductive choice: Participatieve studie naar de opvattingen, strategieën en behoeften van mensen met een vluchteling-achtergrond*. Rutgers. <https://rutgers.nl/wp-content/uploads/2026/01/Onderzoeksrapport-New-Perspectives-on-reproductive-choice-2023.pdf>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (z.d.). *Leeftijdverdeling* [Webpagina]. Geraadpleegd 3 maart 2026, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/bevolking>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022). *Zorguitstel en zorgmijding in coronatijden*. www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2022/zorguitstel-en-zorgmijding-in-coronatijden

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2024). *Emancipatiemonitor 2024*. <https://longreads.cbs.nl/emancipatiemonitor-2024/>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2025a). *Kansenongelijkheid in Nederland 2024: Opvattingen en ervaringen*. <https://longreads.cbs.nl/kansenongelijkheid-in-nederland-2024/>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2025b, 16 oktober). *Lesbische, homoseksuele en bi-plus personen hebben slechtere mentale gezondheid*. www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2025/42/lesbische-homoseksuele-en-bi-plus-personen-hebben-slechtere-mentale-gezondheid

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2026). *Minimum European Health Module (MEHM) in de Gezondheidsenquête en EU-SILC*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/diversen/2026/minimum-european-health-module--mehm---in-de-gezondheidsenquête-en-eu-silc>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2026, 6 maart). *Vrouwen ongezonder en vaker naar dokter dan mannen*. www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2026/10/vrouwen-ongezonder-en-vaker-naar-dokter-dan-mannen

Chaupain-Guillot, S., & Guillot, O. (2015). Health system characteristics and unmet care needs in Europe: An analysis based on EU-SILC data. *The European Journal of Health Economics*, 16(7), 781-796. <https://doi.org/10.1007/s10198-014-0629-x>

Chen, L.-Y., Crum, R. M., Martins, S. S., Kaufmann, C. N., Strain, E. C., & Mojtabai, R. (2013). Service Use and Barriers to Mental Health Care Among Adults With Major Depression and Comorbid Substance Dependence. *Psychiatric Services*, 64(9), 863-870. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200289>

Chung, G. C., Marottoli, R. A., Cooney Jr, L. M., & Rhee, T. G. (2019). Cost-Related Medication Nonadherence Among Older Adults: Findings From a Nationally Representative Sample. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(12), 2463-2473. <https://doi.org/10.1111/jgs.16141>

Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11-27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>

Consedine, N. S., Magai, C., & Neugut, A. I. (2004). The contribution of emotional characteristics to breast cancer screening among women from six ethnic groups. *Preventive Medicine*, 38(1), 64-77.

De Veld, D. (2025, 10 juni). *Wie social media gebruikte, was vaker geneigd zorg te mijden*. ZonMw. <https://www.zonmw.nl/nl/artikel/wie-social-media-gebruikte-was-vaker-geneigd-zorg-te-mijden>

Eeckman, E. (2019, 5 juni) *Is een gelijke relatie tussen patiënt en zorgverlener realistisch?* Sociaal.Net. <https://sociaal.net/achtergrond/is-een-gelijke-relatie-tussen-patient-en-zorgverlener-realistisch/>

Erasmus University Rotterdam. (2025). *“Alternatieve genezers zijn strafbaar wanneer ze een behandeling in de reguliere zorg afraden.”* <https://www.eur.nl/nieuws/alternatieve-genezers-zijn-strafbaar-wanneer-ze-een-behandeling-de-reguliere-zorg-afraden>

Eriksen, A. A., Fegran, L., Fredwall, T. E., & Larsen, I. B. (2023). Patients’ negative experiences with health care settings brought to light by formal complaints: A qualitative metasynthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 32(17-18), 5816-5835. <https://doi.org/10.1111/jocn.16704>

European Institute for Gender Equality. (2021). *Gender Equality Index 2021: Health. Gender and intersecting inequalities in access to health services*. https://eige.europa.eu/publications-resources/toolkits-guides/gender-equality-index-2021-report/gender-and-intersecting-inequalities-access-health?language_content_entity=en

Guessous, I., Gaspoz, J. M., Theler, J. M., & Wolff, H. (2012). High prevalence of forgoing healthcare for economic reasons in Switzerland: A population-based study in a region with universal health insurance coverage. *Preventive Medicine*, 55(5), 521-527. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.08.005>

Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(1), 113. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>

Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health*, 103(5), 777-780. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301056>

Hermens, N., Kwakernaak, M., Badou, M., & de Zwart, O. (2020). *Ongewenste zorgmijding vanwege financiële redenen—Maatregelen van gemeenten en zorgverzekeraars*. Verwey-Jonker Instituut.

Hintjens, H. M., Siegmann, K. A., & Staring, R. H. J. M. (2020). Seeking health below the radar: Undocumented People’s access to healthcare in two Dutch cities. *Social Science & Medicine*, 248, 112822. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112822>

Hoenders, H. J. R., Appelo, M. T., van den Brink, E. H., Hartogs, B. M. A., & de Jong, J. T. V. M. (2011). The Dutch Complementary and Alternative Medicine (CAM) Protocol: To Ensure the Safe and Effective Use of Complementary and Alternative Medicine Within Dutch Mental Health Care. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17(12), 1197-1201. <https://doi.org/10.1089/acm.2010.0762>

Hofstede, G., Hofstede, G. J., & Minkov, M. (2011). *Allemaal andersdenkenden: Omgaan met cultuurverschillen*. Uitgeverij Contact. <https://research.wur.nl/en/publications/allemaal-andersdenkenden-omgaan-met-cultuurverschillen-2/>

Horenstein, A., & Heimberg, R. G. (2020). Anxiety disorders and healthcare utilization: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 81, 101894. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101894>

Huijgen, S., Brabers, A. E. M., & de Jong, J. D. (2025). *Barometer ‘Vertrouwen in de gezondheidszorg’*. <https://www.nivel.nl/nl/zorg-en-ziekte-in-cijfers/cijfers-burgers-over-gezondheidszorg/barometer-vertrouwen>

Huijgen, S., Meijer, M., de Jong, J. D., & Brabers, A. (2024). *Kennisvraag: Kenmerken van mensen die afzien van zorg om financiële redenen* (p. 64). Nivel.

Huijnk, W., & Van Beusekom, G. (2021). *Wat maakt het verschil? Over het welzijn, de sociale relaties en de leefstijl van lesbische, homoseksuele en biseksuele jongeren*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Hulskens, S & Bilman, E. (2019). *Naar een gender- en LHBTI-sensitieve gezondheidszorg in Nederland*. Ipsos. https://detoolkit.komteemenmensbijdedokter.nl/wp-content/uploads/2025/01/18080051_AGOM_Bejegening-spreekkamer_v1.0.pdf

Jangra, I., Dubey, A. K., Arora, E., & Peerzada, B. I. (2022). Self-Medication with Modern and Complementary Alternative Medicines in Patients with Chronic Pain. *Journal of Research in Pharmacy Practice*, 11(1), 19-24. https://doi.org/10.4103/jrpp.jrpp_14_22

Jong, M. C., Busch, M., & Baars, E. W. (2019). Integrative medicine in Dutch curative and long-term healthcare centres: Mapping the field. *European Journal of Integrative Medicine*, 28, 14-19. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2019.04.003>

Kuyper, L. (2015). *Jongeren en seksuele oriëntatie. Ervaringen van en opvattingen over lesbische, homoseksuele, biseksuele en heteroseksuele jongeren*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: cConceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, Article 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>

Maas, J. (2021, maart 31). ‘Vertrouwen is hét instrument van de hulpverlener’. Zorg+Welzijn. <https://www.zorgwelzijn.nl/vertrouwen-is-het-instrument-van-de-hulpverlener/>

Manteuffel, M., Williams, S., Chen, W., Verbrugge, R. R., Pittman, D. G., & Steinkellner, A. (2014). Influence of Patient Sex and Gender on Medication Use, Adherence, and Prescribing Alignment with Guidelines. *Journal of Women's Health*, 23(2), 112-119. <https://doi.org/10.1089/jwh.2012.3972>

MARE. (2025). *Discriminatie in de zorg—Fase 2: Rapportage kwalitatief onderzoek onder zorggebruikers*.

Meeuwissen, J. A. C., Van Meijel, B., Van Gool, R., Van Hamersveld, S., Bakkenes, M., Risseeuw, A. H., Feldmann, C. T., Wijtsma-van der Kolk, A., Rümke, M., Sloots-Jongen, E. M. J. N., Van Vuuren, I., Bak, M., Dermout, K., Van Piere, M., Van der Kellen, D., De Heij, P., Starmans, R., Daatselaar, C., Van Veen, C., Hermens, M., Speetjens, P. A. M., & Van Wijngaarden, B. (2015). *Wetenschappelijke onderbouwing van de multidisciplinaire richtlijn leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening*. V&VN. <https://www.venvn.nl/media/lp1d3kni/wetenschappelijke-onderbouwing-multidisciplinaire-richtlijn-leefstijl-bi.pdf>

Meijer, M., Brabers, A., & de Jong, J. (2021). *Het uitstellen of mijden van zorg als gevolg van corona was volgens mensen geen goede beslissing voor hun gezondheid*

Meijer, M., Brabers, A., & de Jong, J. (2023). Zorgmijding vanwege financiële redenen. *VGE Bulletin*, 5, 3-5.

Menke, L. (2025). *Welcoming Equality 2023-2025: Onderzoeksrapport ervaringen lhbt+ vluchtelingen in de Nederlandse asielketen*. COC Nederland. <https://coc.nl/wp-content/uploads/2025/10/250724-Welcoming-Equality-2023-2025-DEF-EMBARGO.pdf>

Mitsutake, S., Koike, T., Ishizaki, T., Sakurai, R., Yasunaga, M., Nishi, M., Fukaya, T., Kobayashi, E., Suzuki, H., Nonaka, K., Saito, M., Hasebe, M., Murayama, Y., & Fujiwara, Y. (2021). Influence of co-existing social isolation and homebound status on medical care utilization and expenditure among older adults in Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 93, 104286. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104286>

Mojtabai, R., Cullen, B., Everett, A., Nugent, K. L., Sawa, A., Sharifi, V., Takayanagi, Y., Toroney, J. S., & Eaton, W. W. (2014). Reasons for Not Seeking General Medical Care Among Individuals With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 65(6), 818-821. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300348>

Molarius, A., Simonsson, B., Lindén-Boström, M., Kalander-Blomqvist, M., Feldman, I., & Eriksson, H. G. (2014). Social inequalities in self-reported refraining from health care due to financial reasons in Sweden: Health care on equal terms? *BMC Health Services Research*, 14(1), 605. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0605-2>

Morgan, S. G., & Lee, A. (2017). Cost-related non-adherence to prescribed medicines among older adults: A cross-sectional analysis of a survey in 11 developed countries. *BMJ Open*, 7(1), e014287. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014287>

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). *Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the health care system*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25663>

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2023). *Statement of Regret aan LHBTIQ+ gemeenschap door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie*. <https://www.psychiatrie.nl/app/uploads/2025/01/Statement-of-Regret-def-versie-27-maart-2023.pdf>

Offer, K., Oglanova, N., Oswald, L., & Hertwig, R. (2025). Prevalence and predictors of medical information avoidance: a systematic review and meta-analysis. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 59(1), kaaf058. <https://doi.org/10.1093/abm/kaaf058>

Oguro, N., Suzuki, R., Yajima, N., Sakurai, K., Wakita, T., Hall, M. A., & Kurita, N. (2021). The impact that family members’ health care experiences have on patients’ trust in physicians. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1122. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07172-y>

Panteia, Movisie & Ipsos I&O. (2024). *Lhbtiqua+-monitor 2024*. Panteia.

Patiëntenfederatie Nederland. (2023). *Rapport Stapeling zorgkosten*. Patiëntenfederatie Nederland.

Pharos. (z.d.) *Programma Gezondheid & Migranten*. Geraadpleegd 4 november 2025, van <https://www.pharos.nl/over-pharos/programmas-pharos/programma-gezondheid-en-migranten/>

Pharos. (2024). *Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden*. Infosheet.

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2019a). *Blijk van vertrouwen: Anders verantwoord voor goede zorg*.

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2019b). *Complexe problemen, eenvoudige toegang. Botsende waarden bewuster afwegen*.

Rademakers, J., & Heijmans, M. (2024). *Kennissynthese 2024. Gezondheidsvaardigheden in Nederland: Actuele kennis en inzichten*. Nivel. <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/kennissynthese-2024-gezondheidsvaardigheden-nederland-actuele-kennis-en-inzichten>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (z.d.). *Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2024*. Geraadpleegd op 4 november 2025, van <https://www.rivm.nl/gezondheidsmonitors/jongvolwassenen/2024>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (z.d.). *Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2024*. Geraadpleegd op 4 november 2025, van <https://www.rivm.nl/gezondheidsmonitors/volwassenen-en-ouderen/2024>

Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N., & Schultze-Lutter, F. (2017). Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 210(4), 261-268. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.189464>

Smith, C. P. (2017). First, do no harm: institutional betrayal and trust in health care organizations. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, 133-144. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S125885>

Stankunas, M., Soares, J. F., Viitasara, E., Melchiorre, M. G., Sundin, Ö., Torres-Gonzales, F., Stankuniene, A., Avery, M., Ioannidi-Kapolou, E., Barros, H., & Lindert, J. (2014). Factors associated with refraining from buying prescribed medications among older people in Europe. Stankunas, M., Soares, J. F., Viitasara, E., Melchiorre, M. G., Sundin, Ö., Torres-Gonzales, F., Stankuniene, A., Avery, M., Ioannidi-Kapolou, E., Barros, H., & Lindert, J. (2014). Factors associated with refraining from buying prescribed medications among older people in Europe. *Australasian Journal on Ageing*, 33(4), E25-E30. <https://doi.org/10.1111/ajag.12075>

Stankuniene, A., Stankunas, M., Avery, M., Lindert, J., Mikalauskiene, R., Melchiorre, M. G., Torres-Gonzalez, F., Ioannidi-Kapoulou, E., Barros, H., Savickas, A., Radziunas, R., & Soares, J. J. F. (2015). The prevalence of self-reported underuse of medications due to cost for the elderly: rResults from seven European urban communities. *BMC Health Services Research*, 15(1), 419. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1089-4>

Stimpson, J. P., Park, S., Wilson, F. A., & Ortega, A. N. (2024). Variations in Unmet Health Care Needs by Perceptions of Social Media Health Mis- and Disinformation, Frequency of Social Media Use, Medical Trust, and Medical Care Discrimination: Cross-Sectional Study. *JMIR Ppublic Hhealth and Ssurveillance*, 10, e56881. <https://doi.org/10.2196/56881>

Strating, G. & Bogičević, L. (2025). *Waarom vinden we dit eigenlijk normaal? Jongvolwassenen over hun mentale gezondheid, stress en middelengebruik*. EMMA & GGD GHOR Nederland.

Sulku, S. N., Tokatlioglu, Y., & Cosar, K. (2023). Receiving or not deemed necessary healthcare services. *BMC Public Health*, 23, Article 208. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15135-7>

Thom, D. H., Hall, M. A., & Pawlson, L. G. (2004). Measuring Ppatients' Ttrust lin Pphysicians Wwhen Aassessing qQuality Oof Ccare. *Health affairs (Project Hope)*, 23(4), 124–132. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.4.124>

Thomas, S. D., Dempsey, M., King, R. J., & Murphy, M. (2025). Health Care Avoidance and Delay in the Transgender Population: A Systematic Review Exploring Associations with Minority Stress. *Transgender health*, 10(2), 126–149. <https://doi.org/10.1089/trgh.2022.0202>

Thompson, A. E., Anisimowicz, Y., Miedema, B., Hogg, W., Wodchis, W. P., & Aubrey-Bassler, K. (2016). The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: A QUALICOPC study. *BMC Family Practice*, 17(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0440-0>

Van den Berg, K., van Kleef, N. & Weegels, E. (2025). *Feiten en cijfers over lhbtq+ personen op een rij*. Utrecht: Movisie

Van den Brink-Muinen, A., van Dulmen, A. M., Schellevis, F. G., & Bensing, J. M. (2004). *Tweede Nationale sStudie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. oOog voor communicatie: hHuisarts-patiënt communicatie in Nederland*. Nivel.

Van Esch, T. E. M., Brabers, A. E. M., van Dijk, C., Groenewegen, P. P., & de Jong, J. D. (2015). *Inzicht in zorgmijden: aAard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken*. Nivel|VEL. <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/inzicht-zorgmijden-aard-omvang-redenen-en-achtergrondkenmerken>

Van Loenen, T., Hosper, K., & Venderbos, J. (2022). *Onderzoek Discriminatie en Ggezondheid. Over de invloed van discriminatie (in de zorg) op gezondheidsverschillen en wat we hieraan kunnen doen*. Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen.

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) & Trimbos-instituut (2021). *Signaleren en omgaan met zorgmijding in de eerste lijn: Richtlijn*. V&VN. Geraadpleegd op 1 juli 2026 van [AF1967-Richtlijn-Signaleren-en-omgaan-met-zorgmijding-in-de-eerste-lijn.pdf](#)

Veen, N., Riemersma, M., Rusting, T., Sarucco, M., Starmans, R., & Zandi, T. (2015). *Cultuursensitief addendum bij de Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) Schizofrenie*. Trimbos Instituut.

Vozikaki, M., Papadaki, A., Linardakis, M., & Philalithis, A. (2018). Loneliness among older European adults: Results from the survey of health, aging and retirement in Europe. *Journal of Public Health*, 26(6), 613-624. <https://doi.org/10.1007/s10389-018-0916-6>

Vrinten, C., Waller, J., Von Wagner, C., & Wardle, J. (2015). *Cancer fear: Facilitator and Ddeterrent to Pparticipation in Ccolorectal Ccancer Sscreening*. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 24(2), 400-405. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-14-0967>

Willard, M., Terpstra, N., van Dijk, L., & Menting, J. (2025). *Ervaren toegankelijkheid van de zorg: eEen perspectief van mensen met een chronische ziekte*. Nivel|VEL.

WOMEN Inc. (2024). *Stand van zaken: Menstruatietaboe en -armoede in Nederland*. [stand-van-zaken-rapport_-_menstruatietaboe-en-armoede-.pdf](#)

WOMEN Inc. (2025). *Diagnose: vrouw: Hoe het vrouwenlichaam werkt en waarom we dat nu pas ontdekken*. Terra Lannoo.

Wuyts, E., Schellen, K., Van Den Noortgate, M., Coppens, V., Huys, W., Schuerwegen, A., Coenen, S., Goethals, K., & Morrens, M. (2026). On the importance of intersectionality: understanding how experienced, anticipated and internalized stigma intersect in people with non-normative identities. *Frontiers in sociology*, 11, 1664450. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2026.1664450>

Xia, C., Xu, J., & Ding, X. (2023). Alienation from medical care policy, medical care avoidance, and the role of sex and risk perception. *BMC psychiatry*, 23(1), 594. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05104-0>

Zorgvuldig Advies & Transvisie (2022). Ervaringen en behoeften van transgender personen in de zorg vervolgonderzoek. Geraadpleegd op 13 juli 2026 van https://www.eerstekamer.nl/overig/20221216/ervaringen_en_behoeften_van_2/document3/f=/vlzmcjbjgbgta_opgemaakt.pdf

datum
30 september 2026

auteurs
Harriët Meiborg
Renske van Lonkhuijzen
Tomas Geling
Femke van Heun
Anne Oldenhof
Renee Finkenflügel
Tomas Derckx

copyright
© Rutgers 2026

