

# TRANS\* ZORG ANDERS

*een alternatieve visie op  
trans\* zorg voor Nederland*



een initiatief van PRINCIPLE 17  
i.s.m. de trans gemeenschap

## Over Principle 17

Principle 17 (P17) is een Nederlands collectief van activisten dat zich inzet voor transgender-zorg op maat. Zorg indien je die nodig hebt, wanneer je die nodig hebt, zoals je die nodig hebt. Wij noemen ons naar Yogyakarta Beginsel 17, waarin het recht op de hoogste bereikbare standaard van zorg staat beschreven.



In 2006 hebben mensenrechtendeskundigen, onder wie twee trans activisten, de internationale mensenrechten voor LHBTI'ers opgesteld. Deze mensenrechten zijn overgenomen uit bestaande verdragen, zoals het Universele Verdrag voor de Rechten van de Mens van de Verenigde Naties (VN), en uitgewerkt voor specifieke zaken rondom genderidentiteit en seksuele oriëntatie. Dit document heet de *Yogyakarta Principles*, of in het Nederlands: de *Yogyakarta Beginselen*. Deze Beginselen gaan over zaken als het recht op leven, het recht op erkenning voor de wet (gender-erkenning!), het recht om niet gediscrimineerd te worden in verschillende omstandigheden, het recht op verhaal, het recht op privacy, het recht op gezondheid, etcetera.

Beginsel 17 verwoordt het recht op de hoogst haalbare standaard van gezondheid:

“Eenieder heeft het recht op het hoogst bereikbare niveau van lichamelijke en geestelijke gezondheid, zonder discriminatie op grond van seksuele geaardheid of genderidentiteit. Seksuele en reproductieve gezondheid is een fundamenteel aspect van dit recht.”

Beginsel 18 gaat over het recht op vrijwaring van onnodig medisch ingrijpen of overbehandeling:

“Niemand mag worden gedwongen om enigerlei medische of psychologische behandeling, procedure of test te ondergaan of worden opgesloten in een medische inrichting op grond van zijn seksuele geaardheid of genderidentiteit. Niettegenstaande enige andere classificatie zijn iemands seksuele geaardheid en genderidentiteit op zich geen aandoeningen en mogen daarom niet behandeld, verzorgd of onderdrukt worden.”

Voor veel transgender zorgvragers zijn deze rechten (helaas) geen vanzelfsprekendheid. Ook niet in Nederland. P17 is er van overtuigd dat transgender personen, medici en politici te vaak niet op de hoogte zijn van

om deze situatie te verbeteren.

## Inhoudsopgave

|  |    |
|--|----|
| Samenvatting .....   | 6  |
| 1. Inleiding .....   | 16 |
| 2. Recht op gezondheid, een mensenrechten-perspectief .....          | 21 |
| Mensenrechten.....   | 23 |
| Recht op gezondheid.....   | 27 |
| Terminologie.....  | 29 |
| Informed consent.....  | 31 |
| 3. Commentaar op Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg .....           | 34 |
| Niet-medische zorg.....  | 34 |
| Medische zorg.....   | 38 |
| Post-transitie zorg.....   | 40 |
| 4. Uitgelichte onderwerpen .....                                     | 43 |
| Roken en middelengebruik.....  | 43 |
| Gezond lichaamsgewicht.....  | 44 |
| Pumping.....   | 45 |
| Trans en hiv.....  | 45 |
| Vergoedingen.....  | 46 |
| COVID-19.....  | 48 |
| Gemarginaliseerde groepen.....                                       | 48 |
| 5. Kinderen en jongeren .....  | 51 |
| Intersekse.....  | 51 |
| Inconsistente norm.....  | 52 |
| Screening.....   | 52 |
| Watchful waiting.....  | 53 |
| Gay of trans?.....   | 54 |
| Puberteitsremmers.....   | 56 |
| Neurodiversiteit.....  | 56 |
| Kritiek.....   | 57 |
| 6. Commentaar op Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg .... | 59 |
| Signalering.....   | 59 |
| Diagnostiek.....   | 59 |
| Behandeling.....   | 60 |
| Organisatie psychische zorg.....                                     | 60 |

## Inhoudsopgave

|   |    |
|---|----|
| Commentaar.....                           | 61 |
| Goed voorbeeld.....                       | 64 |
| 7. Alternatieven: hoe dan wel? .....      | 65 |
| Politieke constructie.....                | 65 |
| Principiële kritiek.....                  | 65 |
| Wachttijden.....                          | 68 |
| Huisarts.....                             | 69 |
| Hormoonbehandeling.....                   | 70 |
| Specifieke voorstellen.....               | 71 |
| Protocollen en richtlijnen.....           | 74 |
| Financiering.....                         | 74 |
| Geneesmiddelenvergoedingssysteem.....     | 75 |
| 8. Ter afsluiting .....                   | 76 |
| 9. Literatuur .....                       | 77 |
| <br>                                      |    |
| Bijlage 1: Informed Consent .....         | 84 |
| Bijlage 2: Gebruikte afkortingen .....    | 88 |
| Bijlage 3: Verklarende woordenlijst ..... | 91 |
| <br>                                      |    |
| Colofon .....                             | 94 |

## Samenvatting

### Inleiding

Sinds 2019 kent de Nederlandse trans zorg de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg (voor lichamelijke zorg) en de Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg. Dit is een belangrijke stap voorwaarts. Helaas schenden de standaarden fundamentele rechten van transgender zorgvragers, omdat ze vasthouden aan het ouderwetse 'poortwachtermodel'. Dit betekent dat zorgvragers een psychiatrische diagnose nodig hebben, voordat ze toegang kunnen krijgen tot somatische zorg. Dit is ongehoord in Nederland.

Deze alternatieve visie op trans zorg in Nederland gaat uit van medische zorg voor wie dat nodig heeft, wanneer men dat nodig heeft, zoals men dat nodig heeft. Dat is een mensenrechtenbeginsel. Dit rapport dient ter inspiratie voor trans zorgvragers en zorgaanbieders.

### Recht op gezondheid

Historisch is bewust gekozen voor pathologiserende transgenderzorg om de weerstand te verlagen. Sindsdien zijn de inzichten rondom goede trans zorg radicaal veranderd. Toch blijft de trans zorg onverminderd deze pathologiserende weg volgen. Dit leidt tot de vreemde situatie dat de huidige zorg met twee maten meet: één maat voor algemene zorg en een andere maat voor trans zorg.

Het medische model voor trans zorg gaat uit van de psychiatrische aandoening 'genderdysforie' (DSM-5) of de seksuele aandoening 'genderincongruentie' (ICD-11). Daarentegen gaat de mensenrechtenbenadering uit van het bestaansrecht van alle mensen. Soms is daar zorg voor nodig.

### Mensenrechten

Uit de Yogyakarta Beginselen, de mensenrechten met betrekking tot seksuele oriëntatie, genderidentiteit, expressie en geslachtskenmerken, volgt direct dat alleen *informed consent* een legitieme werkwijze is. Een model voor trans zorg vanuit mensenrechtenperspectief kan niet anders dan zorg op maat bieden.

## Recht op gezondheid

Internationale mensenrechtenverdragen beschrijven gezondheid als een positief recht. Dat wil zeggen: gezondheid is méér dan de afwezigheid van ziekte. (Rechts)zaken hebben bevestigd dat dit mensenrecht ook voor transgender zorgvragers geldt.

## Terminologie

In de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) is vastgelegd dat een zorgvrager in staat moet zijn om geïnformeerde toestemming te geven voor de behandeling en zorg die men ontvangt. Gewoonlijk gaan zorgaanbieders er vanuit dat zorgvragers dat kunnen, tenzij het tegendeel wordt bewezen. Uitzondering zijn trans zorgvragers: die moeten eerst een psychiatrische evaluatie ondergaan die beoordeelt of ze ter zake 'wilsbekwaam' zijn. Nadat vervolgens de *psychiatrische* diagnose 'genderdysforie' gesteld is, krijgen trans zorgvragers toegang tot de *somatische* trans zorg. Dat is een schending van mensenrechten. Mede door de enorme wachtlijsten in de trans zorg wil men via triage-groepen trans zorgvragers door de huisarts laten behandelen. Principle 17 vindt dit een uitstekende ontwikkeling, zolang de psycholoog als poortwachter verdwijnt.

## Informed consent

De WGBO regelt hoe *informed consent* werkt in de Nederlandse zorg. Ook hier werkt de trans zorg anders, want daar ligt de verantwoordelijkheid bij de zorgaanbieder. De beste oplossing is *strong informed consent*, waarbij de verantwoordelijkheid zo sterk mogelijk bij de zorgvrager ligt.

## Commentaar op Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg

Er liggen fundamentele problemen in de gebruikte uitgangspunten en de voorwaarden voor toegang tot trans zorg, zoals beschreven in de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg (voor somatische zorg) en de Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg. Daardoor schenden deze standaarden de mensenrechten van trans zorgvragers. Deze samenvatting beperkt zich tot de belangrijkste bezwaren.

### *Niet-medische zorg*

Gendergerelateerde zorg is meer dan alleen transitiezorg. Het is ook een juridische wijziging, sociale transitie en/of medische behandeling. Een goede standaard voor trans zorg beschrijft ondersteuning bij *alle* aspecten van gendergerelateerde zorg.

Veel trans personen hebben baat bij psychosociale ondersteuning. Een passende vergoeding is daarbij noodzakelijk.

Vaak kunnen trans mensen baat hebben bij psychologische begeleiding, omdat er diepere en/of complexere problemen spelen. Daarnaast hebben de extreem lange wachttijden voor gendergerelateerde zorg vaak grote gevolgen op het psychisch welbevinden van zorgvragers.

Sommige trans mensen hebben psychiatrische ondersteuning nodig. Zorgaanbieders dienen de mogelijke invloed van genderincongruentie op de psychiatrische disbalans in hun overwegingen mee te nemen.

Bij bovengenoemde zorgaanbieders bestaat een groot tekort aan trans culturele competentie. Er moet fors worden geïnvesteerd in bij- en nascholingen en in opleidingen.

### *Medische zorg*

Medicatie zou per definitie maatwerk moeten zijn, maar binnen de trans zorg wordt standaard het goedkoopste middel verstrekt. Principle 17 dringt aan op het voorschrijven van medicatie die op de persoon is afgestemd.

Gendergerelateerde chirurgie komt in vele vormen en moet kunnen plaatsvinden met en zonder hormoonbehandeling. Eerlijke voorlichting over wat wel en niet mogelijk is, is daarbij noodzakelijk.

Postoperatieve zorg moet een standaard onderdeel van trans zorg zijn en niet afhangen van individuele zorgaanbieders. Ook hier zijn trans culturele en interculturele competentie van groot belang.

### *Post-transitie zorg*

Trans personen moeten levenslang in de gemeenschap en bij de gespecialiseerde zorgaanbieders terecht blijven kunnen. Men blijft immers transgender.



Doorgaans kan een huisarts de jaarlijkse hormooncontroles doen. Soms is verwijzing naar een endocrinoloog nodig. Zorgaanbieders moeten de noodzakelijke trans culturele competenties aanleren.

Het maatschappelijke onbegrip, discriminatie, uitsluiting en geweld waar veel transgenders dagelijks mee te maken hebben, moeten aangepakt worden. Ook transgender burgers hebben recht op een veilig leven.

Transgenders die tot meerdere gemarginaliseerde groepen behoren, ervaren extra problemen. Dit kan alleen adequaat aangepakt worden door een benadering vanuit het 'kruispuntdenken'.

Principle 17 zou graag zien dat Nederland stopt met het registreren van het geslacht van burgers. Deze informatie dient niet langer een doel en is daarmee in strijd met de privacy van burgers.

## Uitgelichte onderwerpen

### *Roken en middelengebruik*

Principle 17 onderschrijft de medische redenen achter het advies tot stoppen, maar ziet tegelijkertijd dat koste wat kost vasthouden aan dit advies contraproductief is. Roken en/of middelengebruik is veelal een overlevingsstrategie om een stressvol leven het hoofd te kunnen bieden.

### *Gezond lichaamsgewicht*

Ondergewicht of overgewicht is een serieuze zaak. Het gebruikte criterium van BMI is echter dubieus. Een effectievere manier is te kijken naar conditie, gespierdheid en andere fysieke aspecten die aangeven hoe het met iemands draagkracht voor een chirurgische ingreep is gesteld.

### *Trans en hiv*

Een hiv-positieve status hoeft geen bezwaar te zijn voor transitiezorg. De sociale omstandigheden waarin de zorgvrager in kwestie leeft, zouden mogelijk wel een probleem kunnen vormen. Principle 17 wil benadrukken dat het ook in deze situaties mogelijk is dat zorgvragers ernstig lijden onder hun lichaamsdysforie.

## Vergoedingen

Wat betreft het vergoeden van medicatie is veel mis. De vergoeding van testosteron en oestrogeen zijn redelijk geregeld. Grotere problemen bestaan bij medicijnen die *off label* gebruikt worden, zoals finasteride. Daarnaast zijn er veel essentiële ingrepen die niet of nauwelijks vergoed worden, zoals laserhaarverwijdering en liposuctie van de heupen. Deze behandelingen hebben grote invloed op iemands maatschappelijke acceptatie.

## COVID-19

Trans personen bevinden zich relatief vaak in een gemarginaliseerde positie, waardoor de coronapandemie zeer grote impact op de trans gemeenschap had – en nog steeds heeft. Veel trans personen zijn bovengemiddeld geïsoleerd en hebben weinig mogelijkheden om gelijkgestemden te ontmoeten.



## Gemarginaliseerde groepen

Principle 17 heeft in 2019 twee rondetafelbijeenkomsten gehouden met mensen uit de trans gemeenschap die ook andere gemarginaliseerde eigenschappen hebben. Er zijn ervaringen gedeeld van non-binaire trans

personen, trans personen met een handicap of chronische ziekte, trans personen van kleur, trans vluchtelingen en trans personen met een verblijfsstatus.

De bijeenkomsten maakten pijnlijk duidelijk dat eenieder die niet aan de witte, binaire, valide, neurotypische en Nederlandse norm voldoet, een grote kans heeft op problemen bij het verkrijgen van toegang tot trans zorg. Ook was het opvallend dat velen onnodige vertraging opliepen tijdens transitiezorg, omdat zorgaanbieders 'voorzichtig' wilden zijn en daarom 'extra zekerheden en controles' nodig achtten.

## Kinderen en jongeren

### *Inconsistente norm*

De huidige medische normen gaan niet consistent om met de mensenrechten van kinderen. Zo stelt Artikel drie van het VN-Verdrag voor de Rechten van het Kind (CRC) het garanderen van het belang van het kind voorop. Toch is in de ICD-11 een diagnose 'genderincongruentie bij kinderen' opgenomen. Dit pathologiseert gezonde kinderen die geen medische behandeling krijgen, met een psychiatrische diagnose.

### *Screening*

Hoe kan men vaststellen in hoeverre een kind wel of niet transgender is? Het screenen van gendercreatieve kinderen gebeurt nu door kinderpsychologen en -psychiaters, vanuit cisgender-normatieve uitgangspunten.

### *Watchful waiting*

De gangbare benadering bij gendercreatieve kinderen is *watchful waiting*, wat inhoudt dat men afwacht hoe het kind zich ontwikkelt. Daarbij raden zorgaanbieders een sociale transitie af, terwijl volwassenen kinderen juist zouden moeten steunen in hun ontwikkeling – en dus ook in hun genderontwikkeling. Kinderen kunnen al heel jong weten wat hun gender is.

### *Gay of trans?*

Een bekend argument tegen trans zorg bij kinderen is dat niet duidelijk is of het een transgender of homoseksuele ontwikkeling gaat worden. Door

gendercreatieve kinderen te pathologiseren worden seksuele en genderdiversiteit opnieuw gemedicaliseerd. Dat is een zorgelijke ontwikkeling. De kindertijd kenmerkt zich door 'mobiliteit', 'variatie' van gedrag. Waar het om gaat is dat het niet erg is, wanneer een kind doorgroeit naar een andere uiting of terugkeert op hun schreden.

### *Puberteitsremmers*

Medische interventie bij trans jongeren kan pas beginnen bij het begin van de puberteit, als de secundaire geslachtskenmerken in ontwikkeling komen. Gendercreatieve kinderen die al lang voor hun puberteit aangeven dat hun lichaam en hun genderidentiteit niet matchen, kunnen wellicht eerder (voorzichtig) starten met crossgender hormoonbehandeling. Deze werkwijze is conform de SOC-8, die de vaste leeftijdsgrens volledig heeft losgelaten.

### *Neurodiversiteit*

De laatste jaren is er veel aandacht voor neurodiversiteit onder gendercreatieve jeugd. Het is echter zorgelijk dat dit vanuit een "bezorgd" kader gebeurt. Principle 17 vindt het altijd belangrijk om rekening te houden met de emotionele, cognitieve en neurologische capaciteiten van trans zorgvragers. Tegelijk zouden hun behoeftes even vanzelfsprekend moeten worden meegenomen.

### *Kritiek*

Luide kritiek op het mogelijk maken van sociale transitie bij kinderen klinkt ook uit 'genderkritische' hoek, ook bekend als Trans-Exclusionary Radical Feminists (TERFs). Hun belangrijkste doel is om trans mensen in het algemeen en gendercreatieve jeugd in het bijzonder gendergerelateerde zorg te onthouden.

## Commentaar op Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg

Ook bij de Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg, de standaard voor geestelijke gezondheidszorg voor trans mensen, zijn de nodige kanttekeningen te plaatsen.

## Commentaar

Voor Principle 17 is het heetste hangijzer dat de standaard blijft vasthouden aan de psychologische assessment met poortwachterfunctie. Transgender zorgvragers zijn de enige zorgvragers in Nederland die *eerst* moeten bewijzen dat ze ter zake wilsbekwaam zijn, voordat ze - met een psychiatrische diagnose - toegang kunnen krijgen tot noodzakelijke lichamelijke zorg. Een ander principiële probleem van de keuringspsycholoog is de ongecontroleerde machtsverhouding tussen zorgvrager en zorgaanbieder. Principle 17 is voorstander van niet-pathologiserende zorg.

Door te spreken van 'signalering' van 'genderdysforie' in een speciale standaard voor een bepaalde doelgroep ontstaat de indruk dat de schrijvers vanuit een cis-normatief kader hebben gedacht. Genderzorg is normale zorg.

Uiteraard dienen zorgaanbieders over trans culturele competentie te beschikken en (op hoofdlijnen) kennis te hebben van wat er speelt in het trans veld. De praktijk is echter dat deze culturele competentie veelal ontbreekt.

## Alternatieven: hoe dan wel?

Principle 17 constateert een noodzaak voor een andere benadering bij de standaarden voor somatische en geestelijke trans zorg.

### *Politieke constructie*

Een andere organisatie van de (trans) zorg vereist ook andere geldstromen, want deze zijn in Nederland onlosmakelijk met elkaar verbonden. De minister schermt met driedig overleg tussen zorgaanbieders, verzekeraars en vertegenwoordiging van zorgvragers. Er is echter een fundamentele machtsongelijkheid tussen deze partijen.

### *Principiële kritiek*

Principle 17 is ervan overtuigd dat het probleem alleen écht opgelost kan worden met een radicaal andere aanpak van de trans zorg. Stop met de

keuringspsycholoog als poortwachter en gebruik het ontstane budget voor feitelijke zorg.

Uiteindelijk moeten we naar een situatie waarvoor geldt: “simpel waar het kan, specialistisch waar het nodig is”. Daarvoor is een stevige investering in kennisopbouw nodig in de (para)medische en sociale wereld.

Dit alles kan alleen vormgegeven worden met intensieve betrokkenheid van de trans gemeenschap.

### *Wachttijden*

De wachttijden voor medische assistentie bij gendertransitie zijn extreem. Jarenlange pogingen om deze binnen het systeem op te lossen, hebben tot niets geleid. Kortom, er is een heel andere opzet van de trans zorg nodig.

### *Huisarts*

In beginsel is de hormoonzorg voor trans personen niet complex. Toch voelen huisartsen zich vaak niet comfortabel deze trans zorg te verlenen. Een NHG-standaard kan huisartsen meer vertrouwen geven.

Een huisarts kan ook een andere belangrijke rol vervullen: kijken hoe het mentaal en emotioneel gaat, checken hoe het gaat met werk, studie, inkomen, huisvesting en dergelijke.

Normalisering van transgender-zijn en een positievere houding van het Kennis- en zorgcentrum genderdysforie in Amsterdam zijn welkom. Ook in de trans zorg zou de standaardprocedure van collegiaal contact gebruikelijk moeten zijn.

### *Hormoonbehandeling*

De somatische zorgstandaard stelt voorwaarden aan genderbevestigende hormoonbehandeling. Dit wijst opnieuw op wantrouwen jegens de zorgvrager: deze moet eerst ‘bewijzen’ dat deze trans genoeg is om trans te mogen zijn.

De eis dat ‘nevenproblemen’ onder controle moeten zijn, is problematisch. Lichaamsdysforie kan zo sterk zijn dat het op zichzelf leidt tot ernstige stress die zich (schijnbaar) uit als psychiatrische problematiek. Vanuit ‘schadebeperking’ kan men kijken in hoeverre hormonen verlichting geven.

## Specifieke voorstellen

Principle 17 stelt de volgende wijzigingen voor:

- Werk vanuit mensenrechtelijke, medische of fysiologische voorwaarden. Neem de behoefte van de trans zorgvrager als uitgangspunt.
- Stop met diagnostiek, doe een uitgebreide intake.
- Stop met de *watchful waiting* benadering bij gendercreatieve kinderen.
- Crossgender hormonen bij transgender jongeren mogen ingezet worden vanaf vastgestelde competentie tot oordelen over zaken die hun eigen genderidentiteit aangaan.
- Instellen van de hormoonbehandeling kan in enkele maanden. Dit is geen hindernis voor het doorgaan met een eventuele sociale transitie.
- Toekenning en vergoeding van gezichtsontharing zijn geïndiceerd, zolang nodig of gewenst, ook bij zware algehele lichaamsbehandling.
- Gynaecologische chirurgie voor jongeren dient beschikbaar te zijn vanaf het moment dat hier een wens toe is en het lichamelijk mogelijk is.
- Borstvergroting en aangezichtschirurgie moeten mogelijk zijn, met en zonder hormoongebruik.
- Mastectomie moet ook zonder hormoonbehandeling mogelijk zijn.

## Protocollen en richtlijnen

We moeten ons blijven realiseren dat protocollen richtlijnen zijn die een indicatie voor handelen geven. Mensen behandelen is altijd maatwerk.

## Financiering

Om goede (trans) zorg te kunnen bieden zal Nederland moeten investeren in onderwijs en onderzoek. In alle stadia zullen trans experts en belangengbehartigers betrokken moeten zijn.

Daarnaast moet de zorgfinanciering anders geregeld worden. Principle 17 vindt dat zorg geen 'product', maar een dienst zou moeten zijn.

## Ter afsluiting

Door een visie te presenteren vanuit de trans gemeenschap wil Principle 17 een belangrijk geluid laten horen. Te vaak wordt er óver ons, maar niet mét ons, besloten over onze levens.

# 1. Inleiding

Sinds enkele jaren kent Nederland specifieke zorgstandaarden voor gendertransitie-gerelateerde zorg. Deze alternatieve visie op trans\* zorg is voortgekomen uit onvrede over de bestaande zorgstandaarden, die pathologiserend en ouderwets zijn. Dit document dient als inspiratie voor trans\* zorggebruikers en (hun) zorgaanbieders.

**Onder ‘trans\* zorggebruikers’ wordt in dit document iedereen verstaan die te maken heeft met genderbevestigende zorg, ongeacht hun genderidentiteit of -expressie. Trans\* zorg wordt in de rest van dit document gespeld als “trans zorg” met deze brede definitie in gedachten.**

Alleen de transgemeenschap zelf kan aangeven wat wij nodig hebben, welke zorg wanneer en hoe gegeven kan worden, en op welke basis. Een nieuwe versie van de officiële zorgstandaard is in de maak, maar gezien de huidige internationale ontwikkelingen ziet Principle 17 geen reden tot achteroverleunen.

De trans zorg in Nederland die sinds begin jaren 1980 bestaat, kent sinds 2019 door het Koninklijk Instituut Medische Specialisten (KIMS) goedgekeurde ‘kwaliteitsstandaarden’. Er zijn twee standaarden: de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg<sup>1</sup> (voor somatische zorg) en de Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg<sup>2</sup>. Eindelijk zijn er formele documenten om je op te beroepen. Dat is een belangrijke stap.

Gedurende het creatieproces is de trans gemeenschap via een klankbordgroep langs de zijlijn betrokken geweest. Behalve dat niet iedereen in de klankbordgroep dezelfde mening had over belangrijke zaken, bleek ook dat wat de traditionele (veelal cisgender) zorgaanbieders voorstelden erg ouderwets was. Protesten om een niet-pathologiserende standaard te maken, zonder rol voor een psychologische poortwachter,

1 Kennisinstituut van Medisch Specialisten (2018).

2 Alliantie Transgenderzorg (2017).



hebben niet opgeleverd wat we nodig hebben. Dat was voor de traditionele zorgaanbieders meer dan een brug te ver.

Waar Nederland blijft vasthouden aan het ouderwetse 'poortwachtermodel', laat de internationale trans gemeenschap deze benadering juist steeds verder los en baseert zich meer en meer op een mensenrechtenbenadering. Voor velen ongedacht is Argentinië hierin leidend. Daar werd in 2012 de eerste absoluut niet-pathologiserende transwet goedgekeurd en in 2020 werden ook de zorgprincipes aangepast.<sup>3</sup>

Een andere belangrijke ontwikkeling is dat met de steeds toenemende druk op de (toch al niet effectieve) trans zorg, mensen meer en meer hun eigen weg gaan zoeken. Zelfmedicatie is daar een uiting van. Recente aandacht in de media maakt de slechte beschikbaarheid en bereikbaarheid van trans zorg nu een steeds algemener bekend verschijnsel. Keerzijde is dat dit het enige probleem is dat wijd en zijd erkend wordt. Hierdoor blijft het onderliggende probleem, namelijk trans zorg vanuit ouderwetse uitgangspunten, onderbelicht.

Deze alternatieve visie op trans zorg in Nederland gaat uit van een mensenrechtenbenadering. Een fundamenteel probleem van de Nederlandse standaarden voor transgender zorg is namelijk dat deze geen rekening houden met de fundamentele rechten van zorgvragers. In technische zin komen wetten wel aan de orde als voorwaarden (bijvoorbeeld de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst, WGBO), maar een mensenrechtenbenadering is de bestaande tweedelige standaard geheel vreemd. Hierdoor heeft de trans gemeenschap slechts een minieme rol kunnen spelen in de totstandkoming van deze standaarden.

<sup>3</sup> *Ministerio Salud (2020).*



De vernieuwing van de zorgstandaard van de WPATH<sup>4</sup> – de Standards of Care, versie 8<sup>5</sup> (SOC-8) – gaan niet ver genoeg op essentiële punten. Op de achtergrond hebben ouderwetse (cisgender medische) leden nog veel invloed, wat zorgt voor minder vooruitgang dan we nodig hebben.

Opmerkelijk genoeg bevat de aanstaande SOC-8 van de WPATH wel diverse verwijzingen naar mensenrechtenverdragen en verwijzen ze expliciet naar de Yogyakarta Beginselen.

Helaas ontbreekt een vertaling naar de medische context, waardoor deze (theoretische) mensenrechten vrijwel geen invloed lijken te hebben op de (praktische) richtlijnen van de SOC-8. De meest eenvoudige stap naar operationalisering zou zijn geweest om alle staten op te roepen de Yogyakarta Beginselen te onderschrijven.

Daarnaast ontbreekt geopolitiek bewustzijn bij het tot stand komen van de SOC-8. De Standards of Care gaan uit van een eurocentrisch denkkader en zijn daardoor eurocentrisch in hun conceptualisering. Impliciet wordt daarmee het westerse Noorden als globale kennisproducent neergezet en

<sup>4</sup> World Professional Association for Transgender Health: [www.wpath.org](http://www.wpath.org)

<sup>5</sup> WPATH (2022).

het niet-westerse Zuiden als lokale. Dit is niet alleen onrechtvaardig, maar ook incorrect. Het is de reflectie van een politieke houding, die zijn wortels heeft in ons koloniale verleden.

Vanwege de beperkingen van de 'kwaliteitsstandaarden' biedt Principle 17 nu deze alternatieve visie op trans zorg in Nederland aan. Een visie die uitgaat van medische zorg voor wie dat nodig heeft, wanneer men dat nodig heeft en zoals men dat nodig heeft, ingebed in een mensenrechtenkader. Dat is wat er nodig is.

Deze visie maakt gebruik van de modernste standaarden en uitgangspunten. Deze zijn onder meer afkomstig van het UC San Francisco Center of Excellence for Trans Health<sup>6</sup>, het New Yorkse Callen-Lorde LGBT Community Health Center<sup>7</sup>, Transgender Europe<sup>8</sup>, Australian Professional Association for Trans Health<sup>9</sup>, Equinox Trans and Gender Diverse Health Service (Australië)<sup>10</sup>, Transgender Health Research Lab in Nieuw-Zeeland<sup>11</sup> en van bronnen afkomstig uit Spanje<sup>12</sup>, Uruguay<sup>13</sup> en Argentinië<sup>14</sup>. Wat al deze documenten gemeenschappelijk hebben, is een niet-pathologiserende benadering. Men gaat er vanuit dat de zorgvrager niet voor niets om gendertransitiezorg, of in bredere zin gendergerelateerde zorg, vraagt. Dit is een essentieel verschil ten opzichte van het wantrouwen waar de Nederlandse trans zorg vanuit gaat.

In hoofdstuk twee lees je hoe dit komt, waar deze focus op trans-zijn als 'ziekte' of afwijking vandaan komt en waarom dat niet meer van deze tijd is. Een mensenrechtenperspectief is hiervoor het nodige alternatief. Hoofdstuk drie gaat meer in detail in op een aantal criteria en vormen van behandeling, waar de officiële standaard voor lichamelijke zorg en een gezaghebbend deel van de medische wereld achterloopt.

6 UCSF Gender Affirming Health Program (2016).

7 Callen-Lorde Protocols for the Provision of Hormone Therapy.

8 Transgender Europe (2019).

9 Telfer et al. (2020).

10 Thorne Harbour Health (2020).

11 Oliphant et al. (2018).

12 Tránsit Barcelona (2016).

13 Ministerio de Salud Pública, Uruguay (2016).

14 Ministerio de Salud Argentina (2020).

Hoofdstuk vier licht een aantal maatschappelijke en medische onderwerpen uit, die (vaak onterecht) effect hebben op de uitvoering van trans zorg en zodoende gevaren vormen voor trans personen.

Hoofdstuk vijf kijkt naar de principiële problemen met de wijze van behandelen van minderjarige trans mensen bij wie de puberteit start.

Hoofdstuk zes behandelt hoe de standaard Psychische Transgenderzorg aankijkt tegen trans zorg en wat daar beter moet.

Tenslotte kijkt hoofdstuk zeven vooruit naar hoe een goede gendergerelateerde zorg er dan wél uit kan zien.

Principle 17 wil de trans gemeenschap bedanken, die de inspiratie vormde om deze alternatieve visie op trans zorg in Nederland te schrijven. Principle 17 ziet zich als een onderdeel van deze gemeenschap en als spreekbuis op het thema trans zorg. Daarom verwijst het 'wij' in deze visie naar de trans gemeenschap, en niet naar het collectief Principle 17.

## 2. Recht op gezondheid, een mensenrechten-perspectief

Dit hoofdstuk geeft een antwoord op de vraag hoe trans-zijn en trans zorg een mensenrechtenzaak zijn. Zoals Principle 17 in het rapport “Transzorg in Nederland” uit 2017 al constateerde, moet ook de zorg voor trans personen benaderd worden vanuit een mensenrechten invalshoek.<sup>15</sup> Zoals alle zorg. In datzelfde rapport stelde Principle 17 ook vast dat de trans zorg in Nederland echter vooral – zo niet uitsluitend – vanuit een medisch en pathologiserend model werkt. (Zie bijlage 1.)

Historisch zijn trans mensen altijd beschouwd als personen die in een waan verkeren, bij wie een steekje los was. Of bij wie een geestelijke ontwikkelingsstoornis met betrekking tot de sekse of seksualiteit was opgetreden. Misschien was het zelfs een stoornis gerelateerd aan intersekse/DSD<sup>16</sup>, zoals transseksuoloog prof.dr. Louis Gooren verdedigde, het eerste hoofd van de Amsterdamse genderkliniek van het Amsterdam UMC.<sup>17</sup>

Historisch is bewust gekozen voor pathologiserende zorg om de weerstand van de bevolking en instituties te verlagen.<sup>18</sup> In die zin is het begrijpelijk dat het Amsterdam UMC (destijds VUmc) in de jaren 1980 met volle vaart die richting is ingeslagen. Maar het is zeer kwalijk dat de trans zorg tot op de dag van vandaag onverminderd op deze pathologiserende weg doorgaat, terwijl de inzichten rondom goede trans zorg sindsdien radicaal veranderd zijn. Daarbij heeft het Amsterdam UMC kennelijk ook geen boodschap aan het feit dat zorgvragers – en dus ook trans zorgvragers – rechten hebben, die in de Nederlandse wet zijn verankerd.<sup>19</sup>

15 Principle 17 (2017).

16 DSD: differences in sex development, diversiteit in geslachtsontwikkeling.

17 Prof.dr. L.J.G. Gooren bekleedde van 1988 tot 2008 de leerstoel transseksuologie aan de Vrije Universiteit in Amsterdam. Hij is opgevolgd door prof.dr. P. Cohen-Kettenis, die vooral de zorg voor trans en gendercreatieve jongeren op de kaart heeft gezet.

18 Zie bijvoorbeeld A. Bakker, Een halve eeuw transgenderzorg aan de VU, Amsterdam (2021).

19 Principle 17 gaf hierover de flyer ‘Patiëntenrechten zijn mensenrechten zijn trans\*rechten’ (2016) uit.

Het Nederlandse uitgangspunt voor transgenderzorg veronderstelt nog steeds dat transgender zijn een individuele, aangeboren afwijking van de geest is. Daarom kan alleen een psycholoog of psychiater de diagnose 'genderdysforie' stellen, want dit is een psychiatrische classificatie in de DSM-5<sup>20</sup>. Volgens de ICD<sup>21</sup> is er sprake van een biologische, seksuele afwijking is en kan alleen een arts de diagnose stellen. Hoe dan ook, men beschouwt trans-zijn als een probleem, een aandoening, die 'genezen' moet worden.

De mensenrechtenbenadering gaat er vanuit dat ieder mens bestaansrecht heeft. Alle mensen hebben een identiteit die bestaat uit verschillende fundamentele aspecten, waaronder gender. Je hebt recht op erkenning van je identiteit op alle niveaus: juridisch, sociaal, medisch, etcetera. Daarom is het zo belangrijk dat trans personen als drager van mensenrechten gezien worden, in plaats van dat wij worden gereduceerd tot 'patiënt'.

Wie kijkt naar de geschiedenis van de ontwikkeling van het denken rondom LHBTI+<sup>22</sup>, ziet een verschuiving richting depathologisering. Waar homoseksualiteit tot 1973 (DSM) respectievelijk 1990 (ICD) beschouwde als een psychische ziekte, ziet men het sindsdien als menselijke diversiteit in seksuele oriëntatie. Aanleiding was de krachtige lobby door homoseksuele artsen en de homo-emancipatiebeweging die sinds de jaren 1950 was ontstaan. Gezamenlijk verzetten zij zich krachtig tegen het idee dat er iets mis zou zijn met hen.

In de beginjaren van trans zorg was de transgender gemeenschap vooral dankbaar dat medische zorg überhaupt mogelijk was. Naarmate het bestaan van trans zorg gewoon werd, viel ons steeds meer op dat de zorg met twee maten meet: één maat voor algemene zorg en een andere maat voor trans zorg. Langzaam zijn ook transgender zorgvragers, geheel in lijn met de maatschappelijke ontwikkelingen, veranderd in kritische 'zorgconsumenten'. Al jaren is er vanuit de transgender gemeenschap een intensieve lobby bij mensenrechtenorganisaties, zoals de Verenigde Naties

*20 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, opgesteld door de American Psychiatric Association, de Amerikaanse beroepsvereniging van psychiaters.*

*21 International Classification of Diseases, opgesteld door de Wereldgezondheidsorganisatie.*

*22 Lesbiennes, homoseksuelen, biseksuelen, transgenders, mensen met een intersekse conditie en alle anderen.*

en de Raad van Europa, en zijn er internationale protesten, zoals 'Trans Oktober' in 2011.<sup>23</sup> Dit zorgt voor een steeds verder toenemende druk om het pathologiserende medische model te vervangen door het mensenrechtenmodel. Met als gevolg dat de medische en psychiatrische gemeenschap langzaam om gaat.

De huidige ontwikkelingen tonen duidelijk aan dat veel van de problemen waar trans mensen mee te maken hebben, vooral voortkomen uit onbegrip vanuit de cis-hetero-normatieve samenleving en uit discriminerende wetgeving (die zodoende discriminatie door derden legitimeert).



## Mensenrechten

De onderstaande paragrafen lichten een aantal uitwerkingen van de mensenrechtenbeginselen toe.

*23 'Trans Oktober' werd eind 2011 gehouden om aandacht te vragen voor depathologisering van trans zorg. Op een aantal plaatsen, waaronder in Spanje, wordt deze nog steeds jaarlijks gehouden als manifestatie om genderdiversiteit te vieren.*

## *Yogyakarta Beginselen*

De Yogyakarta Beginselen zijn een uitwerking van bestaande internationale mensenrechten met betrekking tot geslachtskenmerken, genderidentiteit, genderexpressie en seksuele oriëntatie.<sup>24</sup> Ze zijn in 2006 samengesteld door mensenrechtendeskundigen, onder wie twee transactivisten. In 2017 verscheen een uitgebreidere versie, de YP+10.<sup>25</sup> De Yogyakarta Beginselen zijn onder meer door Nederland expliciet erkend als gezaghebbend, als onderdeel van het mensenrechtencorpus. Er is zelfs een officiële Nederlandse vertaling van de originele Beginselen.<sup>26</sup>

De Yogyakarta Beginselen besteden expliciet aandacht aan het recht op gezondheid. Zo stelt Beginsel 17:

“Eenieder heeft het recht op het hoogst bereikbare niveau van lichamelijke en geestelijke gezondheid, zonder discriminatie op grond van seksuele geaardheid of genderidentiteit. Seksuele en reproductieve gezondheid is een fundamenteel aspect van dit recht.”<sup>27</sup>

De Yogyakarta Beginselen zijn ook heel duidelijk over de opvatting dat dwang geen zorg is. Beginsel 18 stelt:

“Niemand mag worden gedwongen om enigerlei medische of psychologische behandeling, procedure of test te ondergaan of worden opgesloten in een medische inrichting op grond van zijn seksuele geaardheid of genderidentiteit. Niettegenstaande enige andere classificatie zijn iemands seksuele geaardheid en genderidentiteit op zich geen aandoeningen en mogen daarom niet behandeld, verzorgd of onderdrukt worden”.<sup>28</sup>

<sup>24</sup> [www.yogyakartaprinciples.org](http://www.yogyakartaprinciples.org)

<sup>25</sup> [www.yogyakartaprinciples.org/principles-en/yp10](http://www.yogyakartaprinciples.org/principles-en/yp10)

<sup>26</sup>

[yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/10/Yogyakarta\\_Principles\\_NL\\_versie.pdf](http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/10/Yogyakarta_Principles_NL_versie.pdf)

<sup>27</sup> [yogyakartaprinciples.org/principle-17](http://yogyakartaprinciples.org/principle-17)

<sup>28</sup> [yogyakartaprinciples.org/principle-18](http://yogyakartaprinciples.org/principle-18)



Hieruit volgt direct dat uitsluitend *informed consent* een legitieme werkwijze is, die recht doet aan de mensenrechten van transgenders. De huidige werkwijze van ‘poortwachters’, waarbij een ‘keuringspsycholoog’ toestemming voor de somatische (!) behandeling moet geven, is een schending van onze mensenrechten.

Beginsel 32 werkt dit verder uit, met nadruk op lichamelijke integriteit:

“Eenieder heeft het recht op lichamelijke en geestelijke integriteit, autonomie en zelfbeschikking, ongeacht seksuele oriëntatie, genderidentiteit, genderexpressie of geslachtskenmerken. Eenieder heeft het recht vrij te zijn van marteling en van wrede, onmenselijke en vernederende behandeling(en) of bestraffing op basis van seksuele oriëntatie, genderidentiteit, genderexpressie en geslachtskenmerken. Niemand mag worden onderworpen aan invasieve of onomkeerbare medische procedures die geslachtskenmerken wijzigen zonder hun vrije, voorafgaande en geïnformeerde toestemming, tenzij dit noodzakelijk is om ernstige, dringende en onherstelbare schade aan de betrokken persoon te voorkomen.<sup>29</sup>

Naast deze gezondheidsaspecten zijn de Yogyakarta Beginselen ook heel duidelijk over het recht op erkenning voor de wet en het feit dat daar geen medische eisen aan gesteld mogen worden. Vanuit internationaal recht bezien is het dus illegaal te eisen dat mensen hun lichaam moeten aanpassen om in hun gender erkend te worden. (Ondanks deze internationale wetgeving heeft Nederland de beruchte ‘sterilisatie-eis’ pas in 2014 laten vallen.<sup>30</sup>)

29 [yogyakartaprinciples.org/principle-32-yp10](http://yogyakartaprinciples.org/principle-32-yp10) (vertaling Principle 17).

30 Tot 1 juli 2014 moesten transgender personen een rechtszaak voeren tegen de Nederlandse staat om hun juridische geslacht te wijzigen. Daarbij moesten ze een verklaring van de chirurg overhandigen, waarin deze bevestigde dat de persoon ‘blijvend onvruchtbaar’ (lees: gesteriliseerd) was.

## *Raad van Europa*

De Raad van Europa heeft in 1997 de *Conventie ter Bescherming van Mensenrechten en Waardigheid met betrekking tot de Toepassing van Biologie en Geneeskunde* laten opstellen.<sup>31</sup> Deze conventie spreekt over de belangen van mensen die boven de belangen van maatschappij of wetenschap staan, over instemming en over gelijkwaardige toegang tot zorg en professionele standaarden.

Verder heeft de Raad van Europa al in 1953 het *Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden* (EVRM)<sup>32</sup> vastgesteld. Dit verdrag beschermt de mensenrechten en fundamentele vrijheden van inwoners van Europa. De excuses van Nederland aan haar transgender bevolking (gemaakt in november 2021) vanwege de beruchte ‘sterilisatie-eis’ in de voormalige wet op gendererkenning (geldig van 1985 tot 2014), komen voort uit een EVRM-zaak (Niçot vs Frankrijk).

## *Europese Unie*

Het *Handvest voor de Grondrechten van de Europese Unie*<sup>33</sup> uit 2000 spreekt over het recht van iedere persoon op integriteit, op vrije en geïnformeerde instemming en op toegang tot gezondheidszorg.

Een model voor trans zorg vanuit mensenrechtenperspectief kan niet anders dan recht doen aan de individuele zorgvrager en zal dus per definitie zorg op maat bieden. Daartoe zal men bestaande stereotype en binaire ideeën over wat ‘mannelijk’ en ‘vrouwelijk’ is, los moeten laten. Het zou natuurlijk ideaal zijn als de samenleving als geheel deze brede visie op gender overneemt, zodat we kinderen niet langer conditioneren met ideeën dat bepaalde lichamelijke kenmerken horen bij een ‘mannelijke’ of ‘vrouwelijke’ genderidentiteit, -rol, -expressie of -verwachtingen.

Argentinië heeft in wet 26.743 van 2012 alle voor trans mensen belangrijke issues rond wettelijke gendererkenning en zorg in één wet verzameld.

31 *Treaty No.164, ook bekend als Oviedo Conventie.*

32 *Of in het Engels ECHR: European Convention on Human Rights.*

33 [www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_nl.pdf](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_nl.pdf)

Nederland kent geen speciale transgenderwet, omdat het Nederlandse rechtssysteem alles per thema heeft geregeld. Onze wetgeving voor aanpassing van het juridische geslacht kent (nog) geen 'X', de letter die internationaal staat voor 'onbelangrijk' of 'irrelevant' als alternatief.<sup>34</sup> Overigens kennen onder meer Denemarken, Ierland en Malta deze optie al wel.

Gendergerelateerde zorg, en in het bijzonder transitiezorg, kent geen aparte wettelijke regeling en valt onder de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en andere (algemene) gezondheidszorgwetgeving. De regelgeving met betrekking tot financiering van deze zorg is complex en onoverzichtelijk. Sinds 2019 is er, eindelijk, de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg en de Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg standaard, de aanleiding voor deze alternatieve visie op trans zorg.

## Recht op gezondheid

Onder meer de Universele Verklaring voor de Rechten van de Mens (UVRM)<sup>35</sup> van de VN, de Internationaal Verdrag inzake Economische Sociale en Culturele Rechten (ICESCR)<sup>36</sup>, ook van de VN, de constitutie van de WHO (preambule) en het Social Charter<sup>37</sup> van de Raad van Europa beschrijven gezondheid als een *positief* recht. Dat wil zeggen: gezondheid is méér dan de afwezigheid van ziekte. Daarnaast hebben staten de verplichting om een fatsoenlijk deel van hun begroting aan zorg en gezondheidsbevordering te besteden.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en het Bureau van de Hoge Commissaris voor de Rechten van de Mens<sup>38</sup> hebben samen *Factsheet 31* uitgegeven, waarin het positieve recht op gezondheid nader is uitgewerkt.<sup>39</sup>

34 De laatste jaren is er vooral vanuit non-binaire hoek behoefte aan een 'X', waardoor de betekenis lijkt te verschuiven naar 'non-binair'.

35 Artikel 25.1.

36 Artikel 12, General Comment 14.

37 Artikel 11.

38 Office of the High Commissioner on Human Rights, in Genève.

39 [www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf)

Bovengenoemde verplichtingen zijn niet alleen terug te vinden in internationale verdragen, deze zijn ook in concrete (rechts)zaken bevestigd. Zo ligt er de uitspraak van het Comité voor Economische Sociale en Culturele Rechten (CESCR) tegen Duitsland:

“26. Het Comité stelt met bezorgdheid vast dat transseksuele en interseksuele personen vaak worden gelijkgesteld met personen met een psychische aandoening en dat het al dan niet wetgevende beleid van de Verdragspartij heeft geleid tot discriminatie van deze personen en tot schendingen van hun seksuele en reproductieve gezondheidsrechten (art. 12, 2.2). Het Comité dringt er bij de Verdragspartij op aan om de al dan niet wetgevende maatregelen op het gebied van de identiteit en de gezondheid van transseksuelen en interseksuelen te intensiveren met de visie dat zij niet langer worden gediscrimineerd en dat hun persoonlijke integriteit en seksuele en reproductieve gezondheidsrechten worden gerespecteerd. Het Comité roept de Verdragspartij op om hiervoor volledig overleg te plegen met transseksuelen en interseksuelen.”<sup>40</sup>

Het VN-Comité Tegen Foltering (CAT) beschouwt de verplichte sterilisatie, zoals die in veel landen nog steeds geldt, als een vorm van foltering. Het CAT heeft dan ook grote kritiek op verplichte sterilisatie als voorwaarde voor juridische erkenning van iemands genderidentiteit. In dit geval is Hong Kong de aanleiding:

“29. Hong Kong, China zou: “(a) de nodige wetgevende, administratieve en andere maatregelen moeten nemen om het eerbiedigen van de autonomie en fysieke en psychologische integriteit van transgender en intersekse personen te garanderen, onder meer door beledigende voorwaarden voor de wettelijke erkenning van de genderidentiteit van transgender personen, zoals sterilisatie, te verwijderen.”<sup>41</sup>

40 *Geciteerd in Theilen (2014). Vertaling Principle 17.*

41 *Concluding observations on the fifth periodic report of China with respect to Hong Kong, China (2016). Vertaling Principle 17.*

## Terminologie

In de Nederlandse WGBO is vastgelegd dat een zorgvrager in staat moet zijn om geïnformeerde toestemming te geven voor de behandeling en zorg die men ontvangt. Voor zorg onder dwang – doorgaans psychiatrisch van aard – is een rechterlijke beslissing nodig.

Trans zorg zou dus gewone zorg moeten zijn, waarvoor zorgvragers hun *informed consent* geven voor de verschillende behandelingen. In de praktijk echter is gendertransitiezorg in beginsel niet toegankelijk zonder een ‘toelatingsexamen’ af te leggen. Trans zorgvragers moeten eerst een psychiatrische evaluatie ondergaan die beoordeelt of ze ter zake ‘wilsbekwaam’ zijn. Pas nadat de *psychiatrische* diagnose ‘genderdysforie’ is gesteld, krijgt men toegang tot de *fysieke* trans zorg. Dat is buitengewoon vreemd. Genderzorg is namelijk een erkende medische, niet-psychiatrische vorm van zorg is.

In 2019 heeft de WHO versie 11 van de *Internationale Ziekteclassificatie (International Classification of Diseases, ICD)* gepubliceerd. In de ICD-11 hebben problemen rondom genderidentiteit een nieuwe plek gekregen. Waar ‘genderidentiteitsstoornis’ (‘gender identity disorder’) sinds 1992 te boek stond als een psychische stoornis, is ‘genderincongruentie’ (‘gender incongruence’) sinds 2019 ingedeeld in een nieuw hoofdstuk 17 over seksuele problemen.<sup>42</sup> Na een lange discussie is het classificatiecomité van de WHO tot de conclusie gekomen dat het daar beter past. Dit betekent dus dat genderincongruentie niet langer een psychiatrische aandoening is en er dus ook geen (psychologische) assessment meer nodig is om genderincongruentie vast te stellen.

De DSM-5 spreekt nog steeds over ‘genderdysforie’ en dat is vooralsnog de algemeen gebruikte diagnose in Nederland.

<sup>42</sup> Code HA60: *Genderincongruentie bij adolescenten en volwassenen*, code HA61: *Genderincongruentie bij kinderen*.



Het *Diagnostisch Statistisch Handboek van Geestelijke Stoornissen* (*Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM<sup>43</sup>) wordt in Nederland gebruikt bij geestelijke gezondheidsproblemen én bij transgenderzorg. Daarom moeten trans mensen in Nederland nog steeds naar een 'keuringspsycholoog' om toegang te kunnen krijgen tot trans zorg. Dat genderdysforie nog steeds in de DSM is opgenomen, heeft meerdere redenen. Ten eerste vergoeden Amerikaanse verzekeraars trans zorg anders niet meer, waardoor het dus de verzekeraars zijn die pathologisering van trans zorg eisen. Verder is er een sterke medisch-farmaceutische lobby die baat heeft bij vermelding in de DSM. Tot slot is er een gebrek aan onafhankelijkheid bij beoordelaars van de DSM.<sup>44</sup>

In hoeverre handboeken als de ICD en de DSM worden bijgewerkt of vernieuwd, zal vooral afhangen van lobby en activisme. Er is namelijk geen planning voor een automatische update.

*43 De DSM wordt uitgegeven door de Amerikaanse Psychiatrische Vereniging (APA).*

*44 Het proces tot vaststellen van de ICD verloopt anders dan bij de DSM: bij de ICD staat de wetenschappelijke waarde of de medische relevantie centraal. Daarom is een aantal parafilieën die niet op anderen betrokken zijn, en dus niet tot slachtoffers leiden, zoals zekere vormen van travestie, niet langer opgenomen in de ICD-11.*

In elk geval geeft de recente DSM-5-TR<sup>45</sup> van maart 2022 geen significante verschuivingen met betrekking tot trans gerelateerde terminologie of criteria.

Hierboven zijn de historische wortels van trans pathologisering uiteengezet. Door de nadruk op de benadering dat *alles* meetbaar en observeerbaar moet zijn, positivistische wetenschapsbeoefening dus, hebben medici de neiging ervan uit te gaan dat alles rondom gender een biologisch gegeven is. Terwijl bij uitstek een menselijke eigenschap als gender niet alleen door onze genen, maar ook door onze sociale context wordt gevormd. Zo lang dat laatste niet wordt meegenomen, kan dat niet anders dan tot *mismatches* in trans zorg leiden.

Mede door de enorme wachtlijsten in de trans zorg wil men nu via triage groepen trans zorgvragers door de huisarts laten behandelen. Eind 2022 zijn door Trans in Eigen Hand<sup>46</sup> de eerste webinars voor huisartsen ingezet, met als doel bestaande lacunes in kennis en koudwatervrees bij huisartsen weg te nemen. Principle 17 vindt dit een uitstekende ontwikkeling, maar blijft alert dat het behandelen door de huisarts *direct* plaatsvindt en niet pas na een 'toelatingsexamen' of een alternatieve vorm van toetsing. Inzet van de huisarts, de eerstelijns zorg, is een eis voor depathologisering. Het verschuiven van de 'keuringspsycholoog' naar een specialistisch psychologisch departement is *geen* acceptabele oplossing. Psychologische zorg moet vrij gekozen zijn en mag geen verplichte stap voor (fysieke) medische zorg zijn, zoals is vastgelegd in de WGBO.

## Informed consent

De WGBO regelt hoe *informed consent* werkt in de Nederlandse zorg. Grofweg houdt dit in dat een arts de zorgvrager goed moet inlichten over de gevolgen van een behandeling en op de hoogte moet stellen van risico's (als die groter zijn dan 1%). Idealiter zou de Nederlandse trans zorg een stap verder gaan en *strong informed consent* toepassen. Bij strong informed consent ligt de verantwoordelijkheid waar die hoort: de zorgvrager

45 DSM-5-TR: DSM-5 tekst revisie.

46 Trans in Eigen Hand is een initiatief van transgender professionals, met steun van de kwartiermaker trans zorg: [transineigenhand.nl](https://transineigenhand.nl)

is de leidende figuur en de zorgaanbieder faciliteert. In de SOC-8, die in september 2022 gepubliceerd is, beweegt de WPATH duidelijk richting strong informed consent, maar past dit nog niet overal en volledig toe. Kortom, zorgaanbieders durven volledige depathologisering van gender-identiteiten vooralsnog niet aan.

Binnen de WPATH heerst grote verdeeldheid over de rol die instemming van de zorgvrager moet spelen en uiteraard ook bij de attitude van de zorgaanbieder. Zorgaanbieders die zelf trans zijn en/of transgender als onderdeel van de menselijke diversiteit zien, hebben veelal een andere benadering dan zorgaanbieders die transgender als pathologie beschouwen. De eerste groep zorgaanbieders zal makkelijker strong informed consent gebruiken, waar de laatste groep juist vaker een wens tot psychologische assessment zal hebben.<sup>47</sup>

Daarnaast moeten we trans zorg breder zien dan alleen klinisch: “Trans gezondheidszorg stopt niet op de drempel van de kliniek.”<sup>48</sup> Integendeel, trans zorg is meer dan transitiezorg, want trans zijn gaat verder dan een medische behandeling. Het is verbonden met het maatschappelijke leven van trans mensen.

Dat is ook waar Grant Schulman<sup>49</sup> toe oproept in zijn artikel over waar je als psycholoog dan wél naar zou moeten vragen. Eus van der Grift verwoordt dit mooi in zijn boek *Tour de Trans* (2022): “De psycholoog van de genderpoli zei me dat ik eerst buiten de kliniek verder moest uitzoeken wie ik was en wat ik wilde. Maar bij wie ik dat zou moeten doen, kon hij me niet vertellen”.

De richtlijn van Tránsit Barcelona geeft bijvoorbeeld goede informatie over hoe een eerste bezoek voor trans zorg eruit kan zien:

“Tijdens de eerste bezoeken wordt de levensgeschiedenis met betrekking tot identiteit, huidige levenssituatie en behoeften van

47 Ashley (2021) biedt een diepgaande bespreking van informed consent en bijbehorende modellen.

48 Ashley (2020).

49 Shulman et al. (2017).



de persoon en de wens met betrekking tot lichamelijke veranderingen onderzocht. Er wordt gepeild naar de kennis en ondersteuning die de persoon krijgt vanuit de directe affectieve omgeving (familie, vrienden, partner, etcetera) en de leer- en/of werkomgeving en de kennis die de persoon heeft over modellen van trans\* personen.

Een klinische anamnese die omvat familieachtergrond met cardiovasculaire risico's, hormoonafhankelijke kankers en osteoporose, levensstijl (toxische stoffen, dieet, lichaamsbeweging, etcetera), achtergrond van lichamelijke en psychische aandoeningen, pesten, fysiek geweld, seksueel misbruik of zelfmoordgedachten en -pogingen.”<sup>50</sup>

---

50 *Tránsit Barcelona (2016), citaat van pagina 7. Vertaling Principle 17.*

## 3. Commentaar op Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg

Er bestaan meerdere standaarden voor trans zorg, waaronder de internationale Standards of Care, versie 8 (SOC-8) van de WPATH.<sup>51</sup> Niettemin signaleert Transgender Europe in 2020 dat de zorg in de praktijk vaak het karakter vertoont van “*insured but not cared for*”<sup>52</sup>. Sinds 2019 kent Nederland een tweeledige zorgstandaard: de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg (voor somatische zorg) en de Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg. In technische zin zijn deze standaarden niet verkeerd. Ze lijken zich te houden aan bestaande wet- en regelgeving, zoals de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Ook beschrijven ze correct wat er wanneer en in welke hoeveelheid wordt voorgeschreven.

Fundamentele problemen van deze standaarden liggen in de gebruikte uitgangspunten en de voorwaarden voor toegang tot trans zorg. Met als gevolg dat deze standaarden de mensenrechten van trans zorgvragers schenden. Dit hoofdstuk beschrijft principiële kritiek op de uitgangspunten en achterliggende aannames van de huidige standaarden, zonder al te diep in te gaan op medische details.

**Disclaimer: dit document beschrijft de visie van Principle 17 op goede trans zorg. Het is nadrukkelijk geen handleiding. Richtlijnen voor hoe en wanneer je welke medicatie in welke hoeveelheid moet gebruiken, kun je in bestaande medische literatuur vinden. Alleen een arts kan persoonlijk advies geven.**

### Niet-medische zorg

Transgender zijn gaat over (veel) meer dan alleen transitiezorg. Gendergerelateerde zorg kan bestaan uit een juridische wijziging, sociale transitie en/of medische behandeling. Een goede standaard voor trans zorg

<sup>51</sup> WPATH heeft de SoC-8 gepubliceerd in september 2022.

<sup>52</sup> Transgender Europe (2020).

beschrijft dan ook ondersteuning bij *alle* aspecten van gendergerelateerde zorg.

### *Psychosociale ondersteuning*

Veel trans personen hebben baat bij psychosociale ondersteuning, zoals coaching, maatschappelijk werk of psychosociale therapie. Sommigen hebben meer nodig: psychologische ondersteuning (zie hieronder). Lang niet iedere trans persoon heeft de vaardigheden of capaciteiten om zonder enige vorm van hulp de eigen genderidentiteit te ontdekken en ontwikkelen, het leven in de gewenste genderrol of -expressie vorm te geven, of de weg te vinden in het onoverzichtelijke bos van ondersteunende instanties.

Een passende vergoeding voor psychosociale ondersteuning, bijvoorbeeld via de Wmo of de ziektekostenverzekering, is daarbij noodzakelijk. Alleen op deze manier is er garantie dat iedereen die deze ondersteuning nodig heeft, deze ook daadwerkelijk kan genieten, ongeacht inkomen of financiële situatie.

### *Psychotherapie*

Vaak kunnen trans mensen baat hebben bij psychologische begeleiding, omdat er diepere en/of complexere problemen spelen dan psychosociale ondersteuning aankan. Uit diverse onderzoeken is bekend dat LHBTI'ers bovengemiddeld vaak te maken krijgen met discriminatie, werkloosheid, laag inkomen, middelengebruik (alcohol en/of drugs), psychische problemen (waaronder trauma), etcetera.<sup>53</sup> Verder is bekend dat relatief veel LHBTI+ mensen te maken krijgen met eetstoornissen.<sup>54</sup> Het is ook bekend dat dit soort problematiek voor trans mensen nog sterker opgaat dan voor lesbiennes en homoseksuelen. Dit heeft voor een belangrijk deel te maken met minderhedenstress.<sup>55</sup>

Een ander groot probleem zijn de extreem lange wachttijden voor gendergerelateerde zorg (op dit moment ongeveer 2,5 jaar voor een intake-

<sup>53</sup> Zie bijvoorbeeld: Chodzen et al. (2019).

<sup>54</sup> Zie bijvoorbeeld: Nagata et al. (20202), Diemer et al. (2018).

<sup>55</sup> Zie bijvoorbeeld: Scandurra et al. (2017), McNeil (2016).

gesprek bij het Amsterdam UMC<sup>56</sup>, de grootste aanbieder van transitie-zorg). Dit zorgt voor extra stress bij zorgvragers, die mensen jarenlang in een limbo gevangen houdt. In de trans gemeenschap zijn trieste verhalen bekend van mensen die de wachtlijst niet overleefd hebben.

## *Psychiatrie*

Sommige trans mensen hebben psychiatrische behandeling nodig. Zoals altijd dient deze gericht te zijn op enerzijds het behandelen van de psychiatrische problemen, zoals depressie, angsten, psychose, en anderzijds het centraal stellen van het welzijn van de zorgvrager en hun hulpvraag middels een holistische benadering. In plaats van direct volop in te zetten op psychiatrische medicatie zoals nu vaak gebruikelijk is, dienen zorgaanbieders de mogelijke invloed van de genderincongruentie van de zorgvrager op de psychiatrische onbalans in hun overwegingen mee te nemen. Soms kan bijvoorbeeld een hormoonbehandeling of -blokkers een veel eenvoudiger uitkomst met veel betere resultaten bieden. Binnen de trans gemeenschap zijn diverse ervaringen bekend van trans mensen die bijvoorbeeld last hadden van psychosen, die (sterk) afnamen of zelfs volledig stopten na de juiste gendergerelateerde zorg.<sup>57</sup>

## *Culturele competentie*

Bij zorgaanbieders van psychosociale, psychologische en psychiatrische ondersteuning bestaat een groot tekort aan trans culturele competentie. Dat is niet verwonderlijk, want gendervariantie of transgender-zijn komt niet of nauwelijks voor in opleidingen van maatschappelijk werkers, psychologen, psychiaters, etcetera. Daarom hebben veel zorgaanbieders achterhaalde of incorrecte opvattingen over transgender-zijn. Het moge voor zich spreken dat dit potentieel tot ernstig schadelijke gevolgen kan leiden voor trans cliënten.

56 De Kwartiermaker Transgenderzorg heeft de wachttijden voor transzorg in kaart gebracht: [zorgvuldigadvies.nl/wp-content/uploads/2022/12/3.-Bijlage-voortgangsbrief-Kwartiermaker-Transgenderzorg-november-2022.pdf](https://zorgvuldigadvies.nl/wp-content/uploads/2022/12/3.-Bijlage-voortgangsbrief-Kwartiermaker-Transgenderzorg-november-2022.pdf) (peildatum juli 2022).

57 *Persoonlijke communicatie met trans personen die bekend zijn met psychosen (voor hun transitie).*

Er moet dus fors worden geïnvesteerd in zowel opleidingen voor nieuwe zorgaanbieders als in bij- en nascholingen voor praktiserende zorgaanbieders. Experts vanuit de trans gemeenschap moeten actief betrokken worden bij de totstandkoming van opleidingsprogramma's, zodat cisgender vooringenomenheid voorkomen kan worden. Zoals op diverse andere terreinen al jaren gebruikelijk is: niets over ons zonder ons.



### *Corrigerende kleding*

Voor wie het lichaam wil laten aanpassen, is het belangrijk om er zoveel mogelijk uit te zien als diegene wil. Kleding die bepaalde lichaamsdelen accentueert (beha met ruimte voor borstprotheses, onderbroeken met ruimte voor een *packer*) of juist verhult (binders, hesjes, *tucking*-onderbroeken), kunnen daarbij een belangrijk hulpmiddel vormen. Zorgaanbieders moeten hiervan op hoofdlijnen op de hoogte zijn, zodat ze hun trans cliënten hierover kunnen informeren.

## *Epilatie lichaamsbeharing*

Vrijwel alle vrouwelijke trans personen willen van hun gelaatsbeharing af en doen dat via laserbehandeling. Waar dat niet mogelijk is, bijvoorbeeld omdat het haar te licht is, moeten andere methodes gekozen worden. Professionals in haarverwijdering hebben hier vaak (te) weinig ervaring mee of begrip voor. Ook zorgverzekeraars doen regelmatig moeilijk over de vergoeding van alternatieven. Dat moet anders. Daarnaast moet iedereen die deze dienst levert, ook beschikken over culturele competentie.

## *Dieet*

De Body Mass Index (BMI) wordt vaak als uitgangspunt genomen om iemands gezondheid aan af te meten, terwijl de BMI daar niet geschikt voor is (zie hoofdstuk 4, lemma BMI). Dieetadvies moet gericht zijn op een gezond(er) lichaam en verbetering van levenskwaliteit, zonder daarbij de BMI als uitgangspunt te nemen.

## *Medische zorg*

### *Blokkers*

Ter preventie of afzwakking van fysieke veranderingen in de puberteit worden bij trans jongeren generale analoge hormoonblokkers ingezet. Ook bij volwassen trans zorgvragers worden vaak hormoonblokkers gebruikt, met name bij trans vrouwen.<sup>58</sup> In dat geval dienen deze middelen om het tempo van fysieke veranderingen te verhogen, maar ook wel om een zorgvrager te laten ervaren hoe leven zonder de bekende, als negatief ervaren hormonen kan zijn.

Bekende middelen zijn de testosteronblokkers cyproteron acetaat (CTA), bekend onder de merknaam Androcur, en decapeptyl. Alle hormoonblokkers moeten standaard vergoed worden, zodat zorgvragers het voor hen meest geschikte medicijn kunnen gebruiken.

58 Drs. A. van Diemen, arts, gaf tijdens FreePATHH een lezing over hormonen, blokkers en bijwerkingen: [principle17.org/lezing-bijwerkingen-hormonen-en-blokkers](https://principle17.org/lezing-bijwerkingen-hormonen-en-blokkers)

### *Hormoonbehandeling*

Medicatie is per definitie maatwerk – of zou dat in elk geval moeten zijn. Want de standaard medicatie werkt niet altijd zoals verwacht, net zoals gebeurt bij zorgvragers die om andere redenen medicatie krijgen voorgeschreven. Soms werkt de gebruikelijke medicatie niet of niet voldoende. Of heeft de zorgvrager last van ernstige bijwerkingen. Of is de zorgvrager overgevoelig voor een van de bestanddelen. In de trans zorg wordt standaard het goedkoopste middel verstrekt, terwijl dat niet altijd het meest effectieve is of het (voor andere zorgvragers) gebruikelijk verkrijgbare middel is.

Principle 17 dringt daarom aan op het voorschrijven van medicatie die op de persoon is afgestemd. Het best passende middel voor de betreffende zorgvrager moet worden vergoed. Prijsargumenten zijn geen reden, gegeven het relatief kleine aantal mensen en de relatief lage prijs van elk van de middelen.

### *Chirurgie*

Er zijn vele vormen van gendergerelateerde chirurgie mogelijk, waaronder borstchirurgie, faciale feminisatie chirurgie (veelal bij trans vrouwen), genitale chirurgie, liposuctie (bijvoorbeeld van de heupen bij trans mannen), operatie aan de stembanden of het strottenhoofd (veelal bij trans vrouwen), sterilisatie en meer. Al deze vormen van chirurgie moeten kunnen plaatsvinden zonder of met hormoonbehandeling.

Bij het thema chirurgie zijn zowel trans culturele als interculturele competentie van groot belang. De groep zorgvragers met een wens tot chirurgie, is zeer divers en heeft (zeer) uiteenlopende wensen die niet altijd realistisch zijn. Tegelijkertijd zijn zorgvragers niet altijd op de hoogte van alle bovengenoemde mogelijkheden. Daarom is duidelijke en eerlijke voorlichting over wat wel en niet mogelijk is noodzakelijk. Slechts dan kan een zorgvrager een goed geïnformeerde keuze maken over welke ingrepen deze wel of niet bij zichzelf vindt passen.

Daarnaast is er grote behoefte aan een netwerk van ondersteuners – bij voorkeur uit de eigen gemeenschappen – die betrouwbare informatie en advies kunnen verstrekken over de gezondheidseffecten van ingrepen. Denk bijvoorbeeld aan *pumping* of *fillers* (veelal bij trans vrouwen).

### *Postoperatief*

Postoperatieve zorg moet een standaard onderdeel van trans zorg zijn en niet afhangen van individuele zorgaanbieders. De eerste controle moet door de behandelend chirurg gedaan worden, maar vervolgccontroles, zoals wondcontroles, kan de huisarts in de meeste gevallen gewoon doen. Daarnaast moeten aanbieders van postoperatieve zorg zowel technisch als cultureel competent zijn én afgestemd op de individuele zorgvrager. Uiteraard geldt dit zowel voor medische zorg als voor psychosociale of psychische zorg.

### *Post-transitie zorg*

Als men voor zover gewenst of mogelijk een juridische wijziging, sociale transitie en/of medische behandeling afgerond heeft, trekt men zich veelal voor langere tijd, of zelfs blijvend, terug uit de trans gemeenschap. Daarmee raken mensen vaak ook relevante contacten in de trans gemeenschap kwijt én hun toegang tot medische zorg door in trans zorg gespecialiseerde zorgaanbieders. Het is van belang dat trans personen altijd in de gemeenschap en bij de gespecialiseerde zorgaanbieders terecht blijven kunnen. Men blijft immers de rest van het leven transgender, ook al is het niet langer een acuut probleem. Daarom moeten de wegen goed te vinden en voldoende geëquipeerd blijven.

### *Hormooncontrole*

In verreweg de meeste gevallen kan een huisarts de jaarlijkse hormooncontroles doen. Slechts bij afwijkende hormoonwaarden of in complexe situaties is doorverwijzing naar een specialist, in dit geval een endocrinoloog, aangewezen. Zowel huisartsen als endocrinologen moeten via bijscholing en cursussen de noodzakelijke trans culturele competenties opdoen.



### *Maatschappelijke factoren*

Transgender mensen zijn niet alleen trans – ze zijn student of werknemer, ze zijn ouder van hun kinderen, ze huren of zijn eigenaar van een woning, etcetera. Ze hebben een context, staan veelal midden in het leven. Naast factoren die direct betrekking hebben op gendergerelateerde zorg is er de maatschappelijke problematiek van onbegrip, discriminatie, uitsluiting en geweld waar veel transgenders dagelijks mee te maken hebben. Deze problemen moeten aangepakt worden, zodat transgenders dezelfde rechten kunnen genieten als andere burgers.

Ook voor trans mensen heeft de coronaperiode, en met name de lockdowns, voor extra stress gezorgd. Aangezien het stressniveau bij veel trans mensen om te beginnen al zeer hoog lag (om de aan het begin van dit hoofdstuk genoemde redenen), was dit voor veel mensen de druppel die de toch al volle emmer heeft doen overlopen.

### *Intersectionaliteit*

Indien iemand om meerdere redenen niet tot de maatschappelijke normgroep behoort, worden problemen extra zwaar en stijgt ook het risico op psychische problemen en zelfdoding. Denk bijvoorbeeld aan transgenders met een vluchtelingen- of migratie-achtergrond of transgenders met een handicap of chronische ziekte. Een benadering vanuit

het 'kruispuntdenken' (ook wel: 'intersectionaliteit') is dan ook noodzakelijk om een beter begrip van het welzijn, of het gebrek daaraan, bij zorgvragers te krijgen.

### *Juridische wijziging*

Principle 17 zou graag zien dat we in Nederland stoppen met het registreren van het geslacht van burgers. Dit is een archaïsche praktijk die niet langer een doel dient. Daarmee is geslachtsregistratie feitelijk een schending van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG), de privacywetgeving.<sup>59</sup>

59 In de AVG is namelijk vastgelegd dat persoonlijke gegevens van mensen niet zonder reden mogen worden gevraagd of bewaard. Sinds de juridisch gelijktrekking van de geslachten dient

Daarbij heeft registratie een ander groot nadeel. Indien het geslacht verkeerd staat geregistreerd, heeft dat zeer vervelende consequenties voor de persoon in kwestie. Het kost veel tijd, geld en moeite om een incorrecte registratie te laten corrigeren.

Tot Nederland overgaat tot afschaffing, moet het wijzigen van naam- en/of geslachtsregistraties overal probleemloos en tegen hooguit zeer geringe kosten mogelijk zijn. De AVG biedt voldoende handvatten voor het (laten) verwijderen van oude informatie.



*geslachtsregistratie geen doel meer, en dus is registratie feitelijk niet langer toegestaan.*

---

## 4. Uitgelichte onderwerpen

Naast het algemene commentaar in hoofdstuk drie verdienen enkele onderwerpen uit de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg nadere aandacht.

### Roken en middelengebruik

Het is zonder enige twijfel beter als een zorgvrager niet rookt en anders (bij voorkeur ruim) voor een operatieve ingreep, zonodig begeleid, stopt met roken of ander middelengebruik. Daar is iedereen het over eens.

Tegelijk is ook bekend dat veel transgender zorgvragers in complexe omstandigheden leven met bovengemiddeld veel stress<sup>60</sup> en vaak ook trauma (PTSS of cPTSS<sup>61</sup>). Roken en/of middelengebruik is daarom veelal een *coping* strategie, overlevingsmechanisme, om dat stressvolle leven het hoofd te kunnen bieden. Langdurig of zelfs permanent stoppen met roken en/of middelengebruik is onder die omstandigheden bijzonder moeilijk tot onmogelijk. Eisen dat een zorgvrager toch stopt, houdt onvoldoende rekening met de ernst van de stress van trans zorgvragers.

Principle 17 dringt erop aan om de invloed van lichaamsdysforie (genderdysforie die sterk op het lichaam is gericht) en de noodzaak tot chirurgie meer in dit soort adviezen mee te nemen. Bij ernstige lichaamsdysforie is het goed mogelijk dat alleen chirurgie de gewenste verlichting kan geven.<sup>62</sup> Dat kan vervolgens de ruimte bieden die iemand nodig heeft om te kunnen stoppen met roken en/of ander middelengebruik.

Nogmaals, Principle 17 onderschrijft de medische redenen achter het advies tot stoppen volledig, maar ziet tegelijkertijd ook dat koste wat kost vasthouden aan dit advies contraproductief is. De aanbeveling is daarom een genuanceerdere benadering, die recht doet aan de individuele zorgvrager en hun omstandigheden. Een trans competente stoppen-met-roken ondersteuner of een stoppen-met-roken competente trans therapeut kan hierbij een belangrijke rol spelen.

60 Zie hoofdstuk drie.

61 PTSS: *posttraumatische stressstoornis*, cPTSS: *complexe PTSS*.

62 Zie bijvoorbeeld: *Digitale* (2022), *Turban et al.* (2022).

## Gezond lichaamsgewicht

De Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg gebruikt (bijna) uitsluitend de Body Mass Index (BMI) als indicator van de hoeveelheid lichaamsvet. Dat is om meerdere redenen problematisch.<sup>63</sup> Allereerst benadrukt de ontwerper zelf dat de BMI een statistisch hulpmiddel voor populaties is, en dus niet gebruikt zou mogen worden als individueel diagnostisch instrument. Daarnaast meet de BMI de verhouding tussen gewicht en lengte, wat iets anders is dan de hoeveelheid lichaamsvet, wat geen direct verband houdt met iemands gezondheid. Tenslotte heeft de BMI een racistische component, omdat bij witte mensen een andere BMI-range gezond wordt geacht dan bij zwarte mensen, terwijl goede medische criteria voor deze zienswijze ontbreken.

Principle 17 is zich uiteraard bewust dat ondergewicht of overgewicht een serieuze zaak is, die grote gevolgen op de gezondheid van mensen kan hebben. Alleen het gebruikte criterium van BMI is dubieus. Het aanhouden van een BMI-grens van meer dan 18 en minder dan 30 (bij witte mensen) biedt schijnzekerheid rondom iemands gezondheidsstatus, omdat het niet meet wat het beoogt te meten.

Een correctere en effectievere manier om te controleren in hoeverre iemands lichaamsomvang pathologische aspecten heeft, is om te kijken naar conditie, gespierdheid en andere fysieke aspecten die aangeven hoe het met iemands draagkracht voor een chirurgische ingreep is gesteld. Principle 17 raadt daarom aan om de BMI als criterium los te laten en in plaats daarvan te kijken naar bovengenoemde kenmerken.

Daarbij komt nog dat – net als bij roken en/of ander middelengebruik – te weinig, te veel of ongezond eten een copingmechanisme kan zijn om een (te) stressvol leven het hoofd te kunnen bieden. Bij ernstige lichaamsdysforie is het ook in dit geval goed mogelijk dat alleen chirurgie verlichting kan geven, omdat lichaam en zelfbeeld alleen na een chirurgische ingreep voldoende matchen. Principle 17 dringt er daarom op aan om de invloed van lichaamsdysforie en de noodzaak tot chirurgie meer in dit soort adviezen mee te nemen.

---

<sup>63</sup> *Algemeen: Tomiyama et al. (2016), trans specifiek: Brownstone et al. (2021).*

## Pumping

Binnen sommige groepen trans vrouwen is het gebruikelijk om vloeibare siliconen te injecteren (*pumping*) voor een snel en zichtbaar resultaat aan grote(re) borsten en billen. In omgevingen waar weinig tot geen zorg beschikbaar is en veel armoede heerst, is de gewoonte ontstaan om daarvoor willekeurige industriële siliconenolie te gebruiken. Dat is echt levensgevaarlijk en leidt regelmatig tot bijzonder nare ontstekingen en verzakkingen.

Principle 17 maakt zich zorgen over deze praktijken, die ook in Nederland voorkomen – in weerwil van wat men graag gelooft. Zorgaanbieders moeten van deze praktijken op de hoogte zijn, zodat ze zorgvragers hiervoor kunnen waarschuwen. Verder is ook *outreaching* binnen risicogroepen nodig, zodat deze praktijken actief kunnen worden voorkomen. Dit moet uitgevoerd worden door cultureel competente personen, die kundig zijn op het gebied van transgenders, van risico's van pumping en affiniteit met deze specifieke doelgroep hebben.

## Trans en hiv

Een hiv-positieve status hoeft geen bezwaar te zijn voor transitiezorg, zoals hormoonbehandeling en chirurgische ingrepen. Zeker indien een zorgvrager medicatie (zoals cocktails) gebruikt, geldt  $n=n$ . Dat wil zeggen dat een onmeetbare hoeveelheid virussen niet overdraagbaar is.

De sociale omstandigheden waarin de zorgvrager in kwestie leeft, zouden mogelijk wel een probleem kunnen vormen. Het kan bijvoorbeeld zijn dat iemands leven niet stabiel genoeg is om structureel aan hiv-medicatie of PrEP<sup>64</sup> te kunnen komen. In dat geval moet daar aan gewerkt worden. Het is bekend dat een stabiele en veilige woonsituatie de belangrijkste noodzakelijke voorwaarde is om te kunnen beginnen met het leven weer op orde te krijgen.<sup>65</sup> Pas als aan deze voorwaarde voldaan is, kan gewerkt worden aan andere basale levensbehoeften, zoals een stabiel inkomen, dagelijkse en gezonde voeding, structuur in de dagindeling, etcetera.

<sup>64</sup> PrEP: *Pre-Expositie Profylaxe*. Dit is het gebruik van hiv-remmers om een hiv-infectie te voorkomen.

<sup>65</sup> Zie bijvoorbeeld: Regan en Bailey (2021).

Gespecialiseerde persoonlijke begeleiding die ook trans cultureel competent is, is hierbij van onschatbare waarde.

Principle 17 wil benadrukken dat het ook in deze situaties mogelijk is dat zorgvragers ernstig lijden onder hun lichaamsdysforie. Daarom kan het ook in deze gevallen zijn dat zodra een zorgvrager kan beginnen met hormoontherapie, deze vervolgens wél ruimte heeft om beter voor zichzelf te zorgen en een stabiele leefsituatie voor zichzelf te creëren.

## Vergoedingen

Wat betreft het vergoeden van (hormoon)medicatie is veel mis. Testosteron en oestrogeen worden in vergelijkbare doseringen ook gebruikt door cis-gender personen met een hormoondeficiëntie. Dat is dus redelijk geregeld, ook al bestaan er vreemde omissies in de vergoedingen.



Zo werd het middel Nebido tot voor zeer kort (tot oktober 2022) slechts voor eenderde vergoed, terwijl dit een langwerkend en zeer gelijkmatig afgevend testosterondepot aanlegt. Daarvoor hadden zorgvragers slechts keuze uit testosterongel (dat een gelijkmatige afgifte heeft, maar dagelijks aangebracht moet worden) of kortwerkende injecties (die elke twee weken

#### 4. Uitgelichte onderwerpen

geïnjecteerd worden, maar grote hormoonschommelingen geven). Of men moest fors bijbetalen voor de driemaandelijke injecties met Nebido. Belangrijk detail: Nebido is aanmerkelijk goedkoper dan alle soorten testosterongel, die dus wél worden vergoed. Vermelding hiervan is relevant, omdat dit een individuele uitzondering lijkt te zijn. Over andere hormoonmiddelen en toedieningsvormen wordt namelijk regelmatig nog gesteggeld.

Grotere problemen bestaan bij medicijnen die *off label*<sup>66</sup> worden gebruikt. Zoals Finasteride, dat off label wordt gebruikt als testosteronblokker en niet vergoed wordt. Het is namelijk alleen bewezen als middel tegen prostaatproblemen, in een vijf maal hogere dosering. In deze lichte dosering is het alleen bekend als haaruitvalpreventiemiddel en dat wordt beschouwd als cosmetisch en wordt dus niet vergoed.

Daarnaast zijn er ook voor veel trans zorgvragers essentiële ingrepen, die niet of nauwelijks vergoed worden. Denk hierbij aan ingrepen zoals laserhaar-verwijdering (bij trans vrouwen), haartransplantatie (bij trans vrouwen) en stemcoaching en/of logopedie. Deze behandelingen worden standaard alleen vergoed als de verwijzing vanuit een genderteam komt. Dat is een discriminerende beperking die tot willekeur en onnodige vertraging leidt. Liposuctie van de heupen (bij trans mannen) wordt sowieso niet vergoed, omdat het als cosmetisch wordt beschouwd. Al deze behandelingen hebben niet alleen grote invloed op iemands zelfvertrouwen, maar ook op iemands voorkomen en daarmee op de maatschappelijke acceptatie. Het is algemeen bekend dat kale trans vrouwen met baardgroei en een lage stem bovengemiddeld veel te maken krijgen met onbegrip, discriminatie, uitsluiting en geweld.

De hiaten in vergoeding van noodzakelijke trans zorg hebben wellicht (mede) hun oorzaak in het ontbreken van trans zorg in het Nederlandse Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Principle 17 wil aandringen op ruimere vergoeding van medicijnen en ingrepen, zodat alle trans zorgvragers de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben.

*66 Off label: Het geneesmiddel wordt voorgeschreven voor een andere indicatie of bij een andere patiëntengroep voorgeschreven dan waarvoor de indicatie bedoeld is.*

## COVID-19

Zoals beschreven in hoofdstuk drie bevinden veel trans personen zich relatief vaak in een gemarginaliseerde positie. Daardoor had de coronapandemie die in 2020 en 2021 door de wereld raasde, een zeer zware wissel op de trans gemeenschap. Veel trans personen ervaren de gevolgen nog steeds. Trans personen zijn vaak bovengemiddeld geïsoleerd en hebben weinig tot geen mogelijkheden om gelijkgestemden te ontmoeten. Wie gevlucht is, ongedocumenteerd is of in een asielzoekencentrum (AZC) zit, bevindt zich helemaal in een moeilijke positie (zie hieronder). Principle 17 benadrukt het belang om te zorgen voor goede sociale opvang voor wie dat nodig heeft (door trans cultureel competente ondersteuners) en voor laagdrempelige toegang tot vaccins, ongeacht iemands verblijfsstatus.

## Gemarginaliseerde groepen

Principle 17 heeft in 2019 twee rondetafelbijeenkomsten gehouden met mensen uit de trans gemeenschap die tegen extra problemen in de trans zorg aanlopen, doordat ze naast hun transgender gerelateerde zorgvraag nog andere in de maatschappij gemarginaliseerde eigenschappen hebben.<sup>67</sup> Aanleiding waren verontrustende verhalen van gefrustreerde zorgvragers in de trans gemeenschap. Principle 17 heeft vertegenwoordigers uit verschillende groepen binnen de trans gemeenschap uitgenodigd om hun verhalen te verzamelen en beter te kunnen onderzoeken. Bij de bijeenkomsten zijn ervaringen gedeeld van non-binaire trans personen, trans personen met een handicap of chronische ziekte, trans personen van kleur, trans vluchtelingen en trans personen met een verblijfsstatus.

Hun verhalen waren triest en schokkend. Het meest schrijnende verhaal kwam van een **Dove** trans man die na meer dan tien jaar nog steeds op zijn geslachtsoperatie aan het wachten is, omdat de artsen hem onvoldoende serieus nemen. Het verhaal van **autistische** trans zorgvragers is bekender en wordt hoofdzakelijk veroorzaakt door de heersende neuro-normativiteit bij de genderteams. Dat wil zeggen dat men autisme, AD(H)D en verwante aandoeningen beschouwt als een pathologische afwijking van

---

<sup>67</sup> Zie bijvoorbeeld: Paine (2021).



#### 4. Uitgelichte onderwerpen

de norm, in plaats van als natuurlijke vormen van neurodiversiteit. Ook hier speelt – net als bij niet-cerebrale (niet met het hoofd te maken hebbende) beperkingen en diversiteit – het ouderwetse medische model tegenover het sociale model, zoals dat in het VN-Verdrag Handicap<sup>68</sup> geschetst wordt. Afgezien hiervan is het bijzonder vreemd dat de genderteams enerzijds bekend zijn met de relatief hoge incidentie van autisme bij trans personen, maar anderzijds niet in staat blijken te zijn om deze zorgvragers goed te helpen.



Ook trans **vluchtelingen** melden grote problemen. Zij mogen bijvoorbeeld niet met hormoonbehandeling of zelfs psychologische gesprekken beginnen, zolang ze nog in de asielprocedure zitten. Trans vluchtelingen die al eerder hormonen gebruikten, hebben de grootste moeite om deze hormoon-therapie voortgezet te krijgen. Toegang tot gespecialiseerde trans

*68 Het VN-Verdrag Handicap gaat uit van het sociale model: mensen met een beperking zijn gewone variaties van mensen. Een beperking (de fysieke conditie) wordt pas een handicap (belemmering), indien de samenleving ontoegankelijk is. Het VN-Verdrag Handicap is in 2006 vastgesteld en Nederland heeft het in 2016 geratificeerd.*

zorg kent extreem lange wachttijden en veel huisartsen zijn huiverig om hormonen aan trans personen voor te schrijven. Deze praktijk is in flagrante strijd met internationale afspraken.

In veel **AZC**'s komt geweld vaak voor, wat het leven van trans personen bedreigt – soms zelfs letterlijk. Daarnaast leidt de zorgweigerig ook tot levensbedreigende situaties. AZC-artsen zijn vaak niet bereid om meer dan 'een aspirientje' voor te schrijven.

De rondetafelgesprekken maakten pijnlijk duidelijk dat eenieder die niet aan de witte, binaire, valide, neurotypische, christelijke en Nederlands-sprekende norm voldoet, een grote kans heeft om problemen te onder- vinden bij het verkrijgen van toegang tot trans zorg. Ook was het opvallend dat velen onnodige vertraging opliepen tijdens transitiezorg, omdat zorgaanbieders 'voorzichtig' wilden zijn en daarom 'extra zekerheden en controles' nodig achtten.

Conclusie: hoe meer kruispunten (intersecties) in een persoon vertegen- woordigd zijn, hoe complexer men de situatie vindt, hoe moeilijker het wordt om goede toegang tot trans zorg te krijgen.

## 5. Kinderen en jongeren

De maatschappelijke aandacht voor het welzijn van genderdiverse en gendercreatieve jeugd is belangrijk. Kinderen en jongeren hebben beslist steun nodig in hun proces van zelfontdekking – dat is immers de essentie van opvoeden. Dat geldt dus ook voor gendercreatieve jeugd. Voor de puberteit is er overigens geen enkele sprake van medisch handelen.

### Intersekse

Er is overlap tussen genderdiversiteit en -creativiteit en een niet-normatieve geslachtsontwikkeling<sup>69</sup>. Dat heeft meerdere oorzaken, waaronder biologie en het medisch beleid in Nederland.

Het beleid van niet ingrijpen voor de puberteit bij gendercreatieve kinderen zou ook moeten opgaan voor kinderen met een niet-normatieve geslachtsontwikkeling. In elk geval tot het kind in kwestie oud genoeg is om daar zelf over te kunnen beslissen.<sup>70</sup>

Helaas is de geldende norm voor behandeling van kinderen met een niet-normatieve geslachtsontwikkeling in Nederland anders. Nog altijd grijpen de meeste artsen in Nederland zo vroeg mogelijk in, met onomkeerbare chirurgische behandelingen. Dit is een (voor Principle 17 onbegrijpelijke) uitzondering op de standaardnormen voor beslissingsmacht, zoals vastgelegd in de WGBO. De beweging van mensen met niet-normatieve geslachtskenmerken heeft grote bezwaren tegen deze werkwijze.

Het is een positieve ontwikkeling dat meer en meer landen het recht op zelfbeschikking erkennen en vroegtijdig ingrijpen zonder consent van het kind zelf verbieden, zoals recentelijk Kenia en Griekenland. Principle 17 hoopt Nederland spoedig zal volgen.

69 Door medici gediagnosticeerd als een intersekse conditie of diversiteit van geslachtskenmerken (DSD).

70 In geval van een niet-normatieve geslachtsontwikkeling en alles wat daarmee te maken heeft, zouden ouders verwezen moeten worden naar (supportgroepen van) ervaringsdeskundigen. Ook is het wenselijk dat een ervaringsdeskundige eventueel aanwezig is bij doktersbezoeken.

## Inconsistente norm

De huidige medische normen, inclusief de Internationale Ziekteclassificatie (ICD), gaan niet consistent om met de mensenrechten van kinderen, zoals deze zijn vastgelegd in het VN-Verdrag voor de Rechten van het Kind (CRC)<sup>71</sup>. Het CRC is van groot belang voor medische interventies bij jongeren vanaf de puberteit. Artikel drie stelt het garanderen van het belang van het kind voorop. Een later, verduidelijkend commentaar<sup>72</sup> werkt nader uit dat het perspectief daarbij dat van het kind is.

In de nieuwste versie van de ICD, de ICD-11, is desondanks toch een diagnose 'genderincongruentie bij kinderen' opgenomen.<sup>73</sup> Dit pathologiseert gezonde kinderen, die geen medische behandeling krijgen of nodig hebben. Het is bijzonder vreemd dat de WHO 'genderincongruentie' bij jongeren en volwassenen niet langer als een psychiatrische diagnose beschouwt, maar tegelijkertijd 'genderincongruentie bij kinderen' als een nieuwe psychiatrische diagnose introduceert.

Opname van deze diagnose in de ICD-11 en het gebruik ervan is het resultaat van een specifieke westerse visie op gender en geslacht, die niet door de rest van de wereld gedeeld wordt. En die ook in de westerse wereld zelf niet onbetwist is. Belangrijke trans organisaties als Transgender Europe (TGEU)<sup>74</sup>, Global Advocates for Trans\* Equality (GATE)<sup>75</sup> en Stop Trans Pathologisation (STP)<sup>76</sup> hebben consistent bezwaar gemaakt tegen opname van deze diagnose in de ICD-11. Ook het Europees Parlement heeft een motie tegen deze diagnose aangenomen.

## Screening

Een andere kwestie is de screening van gendercreatieve kinderen. Hoe denkt men vast te kunnen stellen in hoeverre een kind wel of niet transgender is? Nu gebeurt dat door kinderpsychologen of kinderpsychiaters, eventueel in samenwerking met kinderendocrinologen. Het grootste

71 [defenceforchildren.nl/kinderrechten/tekst-vn-kinderrechtenverdrag](https://defenceforchildren.nl/kinderrechten/tekst-vn-kinderrechtenverdrag)

72 *Committee on the Rights of the Children*, Algemeen Commentaar 14 (2013).

73 Code HA61 *Genderincongruentie bij kinderen*.

74 [tgeu.org](https://tgeu.org)

75 [gate.ngo](https://gate.ngo)

76 [www.stp2012.info/old](https://www.stp2012.info/old)

probleem van deze praktijk zijn de cisgender normatieve uitgangspunten, terwijl seksuele en genderdiversiteit een volstrekt normaal biologisch verschijnsel is. *Alle* samenlevingen, toen en nu, kennen tenminste drie genders<sup>77</sup>. Grote uitzondering is het Westen, dat slechts twee genders (er)kent.

Omdat cisgender echter vaker voorkomt dan de andere variaties in genderdiversiteit én omdat het historisch zo gegroeid is, wordt cisgender-zijn in onze samenleving anders (lees: waardevoller) gewaardeerd dan de andere variaties in genderidentiteit. Overigens heeft ons koloniale verleden hierin een interessante rol gespeeld.<sup>78</sup>

## Watchful waiting

De gangbare benadering bij gendercreatieve jeugd is *watchful waiting*, wat inhoudt dat men afwacht hoe het kind zich ontwikkelt. Daarbij raden zorgaanbieders een sociale transitie af, want het kind zou van gedachten kunnen veranderen. Principle 17 is het niet eens met dit advies, omdat deze benadering kinderen hindert in hun ontwikkeling. Bij een sociale transitie is er geen enkele sprake van een onomkeerbare stap, dus er zou alle ruimte moeten zijn voor het kind om te verder te veranderen of weer terug te gaan.

Volwassenen zouden kinderen moeten steunen in hun ontwikkeling naar volwassenheid, waaronder hun seksuele en genderontwikkeling. Zo bekeken wil je als volwassene vooral indicaties zien en horen over hoe je kind zich voelt en gedraagt. En dat wil je, conform de rechten van het kind (zie CRC), waar mogelijk, van het kind zélf vernemen, met ondersteuning van foto's, video's en ander materiaal. Dus alles mét het kind, niet óver het kind. Conform de richtlijnen voor behandeling van gendercreatieve kinderen, zoals deze zijn vastgesteld door experts uit de internationale trans gemeenschap in 2013.<sup>79</sup>

77 Enkele voorbeelden van genders buiten de binaire Westerse man/vrouw-indeling: [Kathoey \(Thailand\)](#), [Hijra \(India\)](#), [Travesti \(Latijns-Amerika\)](#), [Two Spirits \(Native Americans\)](#), de [acht genders in de Talmoed \(Jodendom\)](#) en de [vijf extra genders binnen de Islam](#). Zie ook Wikipedia over '[derde gender](#)' en '[transgender](#)'.

78 Zie bijvoorbeeld: [Lugones \(2008\)](#).

79 [Global Action for Trans Equality \(2013\)](#).

Onderzoek bevestigt dat een sociale transitie bij gendercreatieve kinderen goed is voor hun geestelijk welbevinden. Gendercreatieve kinderen die in hun lichamelijke genderrol moeten blijven hebben significant meer last van depressie en angsten dan gendercreatieve kinderen die in hun gewenste genderrol mogen leven.<sup>80</sup> Vergelijkbaar onderzoek naar gendercreatieve jongeren met en zonder hormoonbehandeling toont minder depressie en suïcide bij gendercreatieve jongeren mét hormoonbehandeling.<sup>81</sup>

## Gay of trans?

Een regelmatig gehoord argument tegen trans zorg bij kinderen is dat niet duidelijk is of het kind zich in homoseksuele of transgender richting zal ontwikkelen. Deze vraag stelt cisgender-zijn en heteroseksualiteit als norm. Homoseksualiteit wordt inmiddels niet meer gezien als psychiatrisch of medisch verschijnsel en daarom zijn alle verwijzingen naar homoseksualiteit uit de ICD verwijderd. Indien gendercreatieve kinderen nu als extra categorie van zorg worden opgevoerd, dan worden seksuele en genderdiversiteit via de achterdeur toch weer geproblematiseerd.

Prepuberale kinderen krijgen geen medische genderzorg. Bij ontwikkelingscoaching is het niet erg dat er mogelijk een vloeiende overgang heen en weer tussen homoseksualiteit en transgender zou zijn. Sowieso liggen seksuele oriëntatie en genderidentiteit veel dichterbij elkaar dan men vaak denkt. Zo valt veel van wat onder homoseksualiteit wordt gevat, ook onder genderexpressie.

Een afwachtende en afracende houding gaat, zoals eerder al gesteld regelrecht in tegen General Comment 14<sup>82</sup> op het CRC. Principle 17 blijft dus nadrukkelijk van mening dat de diagnose Gender Incongruence of Childhood (code HA61) zo spoedig mogelijk moet verdwijnen uit de ICD-11. Ook de SOC-8 zijn niet eenduidig en lopen het risico in de praktijk soms de verkeerde kant op te vallen.

Voor de medische zorg aan jongeren die puberteitsremmers gaan gebruiken, moet ook (wederom) vooral bevestigende zorg aanwezig zijn die de zorgvrager helpt vanuit hun behoefte. Verder is daarbij van belang dat

<sup>80</sup> *Duurwood et al. (2017), Olson et al. (2016).*

<sup>81</sup> *Green et al. (2021).*

<sup>82</sup> *Committee on the Rights of the Children, Algemeen Commentaar 14 (2013).*

de zorgaanbieders nadrukkelijk openstaan voor en kennis hebben van niet-dichotome genderontwikkeling, die voorbij gaat aan man of vrouw-identificatie. In de VS identificeert bijna helft van de jeugd zich niet meer als per se hetero of cis<sup>83</sup>. In de praktijk zien we tot nu toe dat veel zorgaanbieders deze kennis ontberen, wat leidt tot frictie tussen zorgaanbieder en de zorgvrager.

Het voorstel voor sociale transitie van prepuberale kinderen met een deskundige is niet het standpunt van Principle 17, want dit gaat wederom uit van *watchful waiting*. Sociale transitie kenmerkt zich juist hierdoor dat het reversibel is, dat degene die omgaat een andere richting op kan gaan wanneer die dat wil.<sup>84</sup> De kindertijd kenmerkt zich door 'mobiliteit', door 'variatie' van gedrag. Tegelijk wil dat niet zeggen dat wanneer het kind aangeeft zich anders te voelen dan verwacht door de volwassenen, iedereen op stel en sprong moet worden ingelicht en alles omgegooid moet worden. Waar het om gaat is dat het niet erg is, wanneer een kind doorgroeit naar een andere uiting of terugkeert op hun schreden.



Het is deze cisgender normativiteit die de verkeerde focus en conclusies van het veelgebruikte Amsterdamse prevalentie onderzoek<sup>85</sup> verklaart. In dit onderzoek wordt iedereen die zich niet als “strikt transgender” ontwikkelt, weggezet als *desister*<sup>86</sup>, wat onterecht is. (Overigens zijn er ook

83 Bond, Nearly 40 Percent of U.S. Gen Zs, 30 Percent of Young Christians Identify as LGBTQ, Poll Shows (2021): [www.newsweek.com/nearly-40-percent-us-gen-zs-30-percent-christians-identify-lgbtq-poll-shows-1641085](http://www.newsweek.com/nearly-40-percent-us-gen-zs-30-percent-christians-identify-lgbtq-poll-shows-1641085)

84 Ashley (2019).

85 De Vries et al. (2014).

86 *Desister*: iedereen die stopt met de medische transitie of die zich niet langer identificeert als transgender, met name in de context van kinderen en jongeren.

vraagtekens te zetten bij bepaalde aannames van dit onderzoek, met grote gevolgen voor de uitkomsten. Maar dat valt buiten het bestek van dit rapport.)

## Puberteitsremmers

Medische interventie bij trans jongeren kan pas beginnen bij de start van de puberteit, als de secundaire geslachtskenmerken in ontwikkeling komen. Vanaf dat moment kan een jongere in aanmerking komen voor bijvoorbeeld het gebruik van puberteitsremmers om de ontwikkeling van ongewenste geslachtskenmerken tegen te gaan. Deze generale analoge hormoon-blokkers hebben een tijdelijke invloed: zodra de jongere stopt met deze medicijnen, zal de fysieke puberteitsontwikkeling ook hervatten. Bij gendercreatieve kinderen die al lang voor hun puberteit aangeven dat hun lichaam en hun genderidentiteit niet matchen, kan men overwegen om eerder een voorzichtige aanvang te maken met crossgender hormoon-behandeling. Deze werkwijze valt binnen het kader van de SOC-8, die de vaste leeftijdsgrens volledig laat vervallen.

## Neurodiversiteit

De laatste jaren is er veel aandacht voor neurodiversiteit onder gender-creatieve jeugd. Het is op zich positief dat hier aandacht voor is, maar het is zorgelijk dat dit vooral vanuit een 'bezorgd' kader gebeurt. Men vraagt zich af of deze kinderen het wel snappen. Of ze wel 'echt' trans of gender-creatief (genoeg) zijn. Of ze een sociale transitie en/of medische behandeling wel aankunnen. Dit kunnen goede en relevante vragen zijn, op voorwaarde dat deze vanuit een trans en handicap-positief vertrekpunt worden gesteld.

Wat Principle 17 echter ziet, zijn zorgaanbieders die zowel het trans-zijn als de neurodiversiteit vanuit een medisch perspectief benaderen en daarom zeer terughoudend zijn. Ook horen of lezen we zelden input van neuro-diverse experts en belangenbehartigers.

Natuurlijk vindt Principle 17 ook dat het altijd belangrijk is om rekening te houden met de emotionele, cognitieve en neurologische capaciteiten van een trans zorgvrager. Tegelijk zou het even vanzelfsprekend moeten zijn



dat er wordt gekeken vanuit hun behoeftes. Zorg moet erop gericht zijn om de levenskwaliteit van zorgvragers te verbeteren.

Principle 17 pleit ervoor dat gendercreatieve jeugd die ook neurodivers is, op beide aspecten ondersteuning moet krijgen. Deze ondersteuning moet vanuit een sociaal kader (zie VN-Verdrag Handicap) geboden worden, en dus niet vanuit een medisch model. De ideale aanpak is dat de zorgvrager ondersteuning krijgt van een ervaringsdeskundige, die dus zelf ook trans en neurodivers is. De bekende ABA gedragstherapie<sup>87</sup> beoogt vooral neurodiverse mensen te 'normaliseren' en dat is een problematische benadering van neurodiversiteit.<sup>88</sup> Eerst probeerde men neurodiverse mensen te normaliseren, maar later zijn ook LHBTI+ mensen<sup>89</sup> doelwit geworden.

## Kritiek

Luide kritiek op het mogelijk maken van sociale transitie bij kinderen klinkt ook uit 'feministische' hoek. Een groeiende groep voornamelijk witte, oudere feministen uit zich ernstig bezorgd over de 'transitie' van gendercreatieve kinderen. Deze mensen noemen zichzelf 'genderkritisch', maar zijn feitelijk transhaters. Deze mensen zijn bekend als Trans-Exclusionary Radical Feminists (TERFs).<sup>90</sup>

Net als hun buitenlandse collega's bedienen Nederlandse TERFs zich van commentaar en terminologie, alsof we met een gevaarlijk verschijnsel te maken zouden hebben. Ze hebben het over 'genderideologie' en gebruiken termen als 'sociale besmetting' en 'Rapid Onset Of Gender Dysphoria' (ROGD). Hun belangrijkste doel is om trans mensen in het algemeen en gendercreatieve minderjarigen in het bijzonder gendergerelateerde zorg te onthouden. Het moge duidelijk zijn dat deze TERFs pleiten voor het behoud van psychologische poortwachters voor transitiezorg. Deze visie wint terrein onder 'genderrechts'. Degelijke kritiek komt helaas zelden goed voor het voetlicht.<sup>91</sup>

87 *Applied Behavior Analysis, een populaire gedragstherapie voor autistische kinderen.*

88 Zie bijvoorbeeld: [neuroelfje.nl/neurodiversiteit/autisme/aba-problematisch](https://neuroelfje.nl/neurodiversiteit/autisme/aba-problematisch)

89 Zie ook: Gibson et al. (2018).

90 TERF is langzamerhand een term geworden voor alle trans hatende vrouwen.

91 Goede kritiek hierop is te vinden bij: Winters (2021).

Veel 'lesbische feministen' onder de TERFs erkennen transgenders niet in hun identiteit. Ze zijn vooral bezorgd dat 'meisjes' hun borsten laten verwijderen en zich niet meer als vrouw identificeren. Trans vrouwen beschouwen ze als 'chirurgisch gecreëerde lesbische vrouwen' (citaat van TERF Janice Raymond<sup>92</sup>).

TERFs bedienen zich veelal van retoriek, stemmingmakerij en valse argumenten. Ook een campagne als 'Gendertwijfel'<sup>93</sup> verspreidt desinformatie en zaait ongegronde angst door onder andere te verkondigen dat de vernieuwde genderwet cis vrouwen en meisjes in gevaar zou brengen. In antwoord hierop heeft Nanoah Struik, samen met een aantal andere trans en bon-binaire mensen, het Gendervrijheid manifest gepubliceerd.<sup>94</sup>

92 Zie vooral: *Janice Raymonds (1994)*.

93 *De campagne vindt plaats op sociale media en via hun website Gendertwijfel.nl. De campagne is geïnitieerd vanuit Voorzij, met medewerking van onder andere columnist en transhater Jan Kuitenbrouwer.*

94 *Gendervrijheid Manifest (2022): [expreszo.nl/gendervrijheid-manifest](https://expreszo.nl/gendervrijheid-manifest)*

## 6. Commentaar op Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg

Voor geestelijke gezondheidszorg voor trans mensen is een aparte standaard in het leven geroepen: de Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg. Ook daar zijn fors wat kanttekeningen bij te plaatsen. De standaard beschrijft signalering, diagnose, behandeling en als laatste hoe de psychische zorg georganiseerd is.

### Signalering

Het hoofdstuk Signalering beschrijft het beloop van 'genderdysforie' van de kindertijd tot en met volwassenheid, en sluit af met enkele overige overwegingen. In een achtergrondparagraaf schetst men het probleem van tekort aan kennis en inzicht bij zorgaanbieders. Zo veronderstelt men onbekendheid met genderincongruentie en minderhedenstress. Daarnaast erkent men dat er – hoe stuitend ook – vooroordelen over transgenders leven bij zorgaanbieders. Men behandelt 'evidence' van hoe en hoe vaak genderincongruentie voorkomt aan de hand van sociaal onderzoek.<sup>95</sup> Terecht wijst men op de vooroordelen onder de overwegend cisgender en hetero bevolking; die zijn fors. Men adviseert trans vriendelijkheid uit te stralen door aangepaste informatie, andere genderopties op formulieren en genderneutrale toiletten.

### Diagnostiek

Het hoofdstuk Diagnostiek onderscheidt zeven verschillende groepen: van jonge kinderen tot en met volwassenen, die al dan niet een genderbevestigende behandeling willen, met of zonder voldoende draagkracht. Er wordt gerefereerd aan in gebruik zijnde internationale standaarden en richtlijnen voor transspecifieke geestelijke gezondheidszorg.<sup>96</sup> Ook volgt men hoe behandeling in Nederlandse zorgprogramma's is geregeld, waarvoor drie modellen gelden:

95 Nederland: *Kuyper (2012, 2016)*, VS: *Sanchez et al. (2006)*, *Norton et al. (2013)*.

96 *Namelijk: Dahl et al. (2015)*, *American Psychological Association (2015)*.

- Indicatie door multidisciplinaire teams
- Indicatie door een psycholoog en een psychiater (vierogen principe)
- Indicatie op basis van informed consent

Men beveelt een 'vertrouwenwekkende houding' aan bij de zorgaanbieder. Verder stelt men dat de zorgvrager recht heeft op meer dan een indicatiestelling voor somatische zorg en ook recht heeft op diagnostiek voor psychische zorg.

Over het al dan niet (mogen) samengaan van de rol van indicatiesteller en behandelaar heeft men geen nadrukkelijke mening. Ook niet over de (on)wenselijkheid van wel of geen multidisciplinaire besluitvorming.

## Behandeling

Het hoofdstuk Behandeling bespreekt de zeven groepen zorgvragers iets uitgebreider en kijkt vervolgens naar verschillende standaarden en kwalificaties voor behandelaars (zoals van WPATH). Er is aandacht voor de zorgbehoefte die ook bij naasten van trans mensen kan bestaan en men benadrukt het ontbreken van allerlei onderzoek. Men bespreekt de vereiste competenties, onder verwijzing naar WPATH, APA<sup>97</sup>, AACAP<sup>98</sup> en wijst op de noodzaak van (trans) culturele competentie.

## Organisatie psychische zorg

De Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (ggz) voor trans mensen bestaat uit een aantal instellingen, die ook de keuringen doen. Daarnaast zijn er zelfstandige therapeuten en coaches die trans mensen zien om hen te helpen met hun geestelijke gezondheidsvragen. In 2021 is een grote aanbieder van geestelijke trans zorg failliet verklaard en bleek een zorgcowboy. Tegelijk zijn er nieuwe instellingen aan het opkomen die zich serieus met trans ggz bezighouden. Toegang verloopt doorgaans via verwijzing door de huisarts, net als andere ggz.

97 APA: *American Psychiatric Association*.

98 AACAP: *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.

## Commentaar

De Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg lijkt op het eerste oog alleszins redelijk, maar bij nadere beschouwing bevat deze toch een behoorlijk aantal fundamentele problemen.

### *Keuringspsycholoog*

Het heetste hangijzer voor Principle 17 is dat de standaard blijft vasthouden aan de psychologische assessment met poortwachterfunctie. Men bespreekt drie verschillende modellen: 1. multidisciplinair, 2. assessment en begeleiding in één en 3. informed consent. Het model van informed consent wordt afgeraden.<sup>99</sup>



*99 Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg, pagina 20.*

Zoals in hoofdstuk twee al werd beschreven, is 'genderincongruentie' in de ICD-11 niet langer een psychiatrische aandoening. Toch houdt Nederland vast aan de psychiatrische diagnose 'genderdysforie' volgens de DSM-5. Daarmee worden transgender zorgvragers verplicht tot de keuringspsycholoog: die moet een psychiatrische gezondheidsverklaring afgeven, voordat zorgvragers toegang kunnen krijgen tot somatische zorg. Daarmee zijn transgender zorgvragers de enige zorgvragers in Nederland die moeten bewijzen dat ze ter zake wilsbekwaam zijn, voordat ze toegang tot noodzakelijke fysieke zorg kunnen krijgen. Bij alle andere zorgvragers gaat men ervan uit dat deze ter zake wilsbekwaam zijn, totdat een arts sterke vermoedens van het tegendeel heeft. Een ongehoorde situatie.

Principe 17 gaat uit van niet-pathologiserende zorg. Genderincongruentie valt op tal van manieren vast te stellen, ook als je uitgaat van wat de zorgvrager zelf aangeeft. Trans zorgvragers vertellen meestal direct al hoe en hoe lang ze weten dat ze 'anders' zijn. In een eerste gesprek kan een zorgaanbieder vragen hoe dat zit, hoe ver de zorgvrager is in hun genderontdekkingsreis. Bij gendercreatieve jeugd zijn er uitstekende alternatieven, zoals verhalen van betrokkenen die bevestigen wat de minderjarige zorgvrager aangeeft. Foto's, video's en verhalen kunnen aangeven dat de persoon al eerder kennis heeft gegeven van hun anders-zijn. Het belangrijkste is een competente zorgaanbieder die genderdiversiteit serieus neemt, ongeacht de leeftijd van de zorgvrager.

Een ander principieel probleem is de ongecontroleerde machtsverhouding die tussen zorgvrager en zorgaanbieder ontstaat. Zelfs als het verwachte oordeel met de cliënt vooraf wordt gedeeld, is er nog steeds sprake van een machtsverhouding. De zorgvrager is immers niet in de positie om voor zichzelf in te staan, maar is afhankelijk van het oordeel van de zorgaanbieder. Dit leidt onherroepelijk tot het vertellen van wat de zorgvrager denkt dat het gewenste verhaal is.<sup>100</sup> Deze praktijk gaat ten koste van de authentieke ontwikkeling van de zorgvrager en leidt tot wantrouwen in het keuringsproces.

*100 In de trans gemeenschap is bekend dat slechts weinig zorgvragers bij de keuringspsycholoog eerlijk zijn over hun genderidentiteit. De reden is altijd dezelfde: men is te bang om vertraging in het proces op te lopen of zelfs afgewezen te worden.*

### *Cis normatief*

Door te spreken van ‘signalering’ van ‘genderdysforie’ in een speciale standaard voor een bepaalde doelgroep wekken de schrijvers de indruk dat zij vanuit een cisgender normatief kader hebben gedacht en gewerkt. Gendervariatie is normale variatie en dus is uitleg over hoe dit zich ontwikkelt niet nodig. De standaard legt toch ook niet uit hoe een cisgender identiteit zich ontwikkelt?!

Als je gendergerelateerde zorg goed wilt aanpakken, dan heb je je als zorgaanbieder te onthouden van aannames over iemands gender-, geslachts- en seksuele identiteit. Een open en verwelkomende houding gaat niet uit van de gebruikelijke cisgender verwachtingen en doet ook geen aannames over iemand gender. Dat is mogelijk even wennen voor zowel zorgaanbieders als zorgvragers, omdat we allemaal in deze gegenderde samenleving zijn opgegroeid. Groot voordeel is dat zo’n houding het voor aarzelende of angstige zorgvragers veiliger maakt om zich te openen naar de zorgaanbieder.<sup>101</sup>

### *Trans culturele competentie*

Uiteraard dienen zorgaanbieders over trans culturele competentie te beschikken en (op hoofdlijnen) kennis te hebben van en te begrijpen wat er speelt in het trans veld. Men moet bekend zijn met de ontwikkelingen van de LHBTI+ gemeenschap en van belangrijke nuances. Als een zorgaanbieder hier niet over beschikt, is deze ongeschikt voor de functie en dat zou reden tot ontslag moeten zijn.

De praktijk is echter dat deze culturele competentie ten enenmale ontbreekt. Daarom moet er onder leiding van, of minstens onder het toezien oog van, trans professionals zo snel mogelijk goede educatie komen, in de vorm van trainingen en bijscholing.

Zeker nu in de Verenigde Staten 30% van de Millennials en 39% van Generatie Z zich als LHBTQ identificeert – een tendens die ook hier zijn

101 Zie bijvoorbeeld: O'Banion et al. (2021). In Nederland is er de Alliantie Gezondheidszorg op maat met de campagne “Komt een mens bij de dokter”, waar dit voorbeeld uit komt: [www.komteenmensbijdedokter.nl/knowledge/podcast-1-de-geslachtsoperatie-was-nooit-het-einddoel](http://www.komteenmensbijdedokter.nl/knowledge/podcast-1-de-geslachtsoperatie-was-nooit-het-einddoel)

weerslag vindt<sup>102</sup> –, is het des te dringender om queer competentie te eisen bij zorgaanbieders.

## Goed voorbeeld

De zorgstandaard in Catalonië geeft onder paragraaf 6.3.3 goed aan welke psychologische diensten mogelijk en/of nuttig kunnen zijn, waaronder:

- De ondersteuning met betrekking tot psychologische aspecten is altijd op verzoek van de persoon.
- De basisfuncties van de zorgprofessional zijn het geven van informatie, begeleiding en ondersteuning in het persoonlijke proces van de trans\* persoon. De persoon is degene die de uiteindelijke beslissing neemt.
- Ondersteuning bieden aan het identiteitsconstructieproces met respect voor en versterking van hun subjectiviteit.
- Valideren en legitimeren van de verscheidenheid aan emotionele uitingen tijdens de transitie; wegnemen van schuldgevoelens en normaliseren van psychologisch lijden dat uit het proces zou kunnen voortkomen.
- Versterken van de autonomie van trans\* personen in hun transitieproces.<sup>103</sup>

102 *Er zijn nog geen goede Nederlandse cijfers. ZonMw heeft tot taak dit te onderzoeken.*

103 *Trans forma la Salut, Proposal of an integrated health care model for trans\* people in Catalonia. Vertaling Principle 17.*



## 7. Alternatieven: hoe dan wel?

Principle 17 constateert een noodzaak voor een andere benadering bij de standaarden voor somatische en geestelijke trans zorg. Zelfs de bestaande standaard voor geestelijke trans zorg stelt dat de trans zorg een andere benadering behoeft. Dit hoofdstuk beschrijft hoe de trans zorg beter kan.

### Politieke constructie

Een andere organisatie van de (trans) zorg vereist ook andere geldstromen, want deze zijn in Nederland onlosmakelijk met elkaar verbonden. Nu verloopt de financiering via de Zorgverzekeringswet<sup>104</sup>. Daarbinnen wordt via inkoopstrategieën op basis van gemeten en geëxtrapoleerde behoeften geld en capaciteit aangevraagd en vrijgemaakt.

De overheid heeft zichzelf tot regisseur of spelverdeler gemaakt, door de de bevoegdheid tot beslissingen bij derden neer te leggen. De minister schermt met driedelig overleg tussen zorgaanbieders, verzekeraars en vertegenwoordiging van zorgvragers (in casu Transvisie). Er lijkt geen politieke wil tot inhoudelijke bemoeienis.

Deze benadering is niet productief, want er is een fundamentele ongelijkheid in de macht tussen deze drie partijen. Zorgverzekeraars kunnen tarieven afdwingen en besluiten om bepaalde verrichtingen (al dan niet electief<sup>105</sup>) wel of niet vergoeden. De enige eis vanuit de overheid is dat alle behandelingen in het basispakket moet worden vergoed. Zorgaanbieders zijn niet tegen deze macht opgewassen. Vertegenwoordigers van zorgvragers hebben al helemaal het nakijken, omdat dit veelal vrijwilligersorganisaties zijn.

### Principiële kritiek

In de voorgaande hoofdstukken heeft Principle 17 al principiële redenen gegeven waarom de zorgstandaarden anders moeten en hoe dat vormgegeven kan worden. Principle 17 is van mening dat als je een werkelijk andere visie op trans zorg wilt, dit alleen mogelijk is als dat radicaal wordt

104 Te vinden op: [wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2023-01-01](https://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2023-01-01)

105 Volgens het oordeel van de zorgverzekeraars.

aangepakt. De schrijvers van de huidige zorgstandaarden realiseren zich (inmiddels) dat er meer is dan 'man' of 'vrouw'. Men is zich ervan bewust dat er ook een non-binaire identiteit bestaat. Desondanks zijn beide zorgstandaarden nog volledig vanuit het cisgender denkkader geschreven, met als gevolg dat de standaarden zijn doordrenkt van cisgender normativiteit.

De eerste alinea van de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg stelt bijvoorbeeld dat het belangrijk is te weten om hoeveel mensen het gaat. Maar dat is al lang bekend: circa 4% van de bevolking is transgender.<sup>106</sup> Overigens heeft niet iedereen van die 4% behoefte aan transitiezorg. Principle 17 is het in zoverre eens dat het belangrijk is om cijfers te weten, omdat het huidige aanbod al jarenlang niet in staat is om aan de vraag te voldoen. Kortom, het aanbod moet enorm worden opgeschroefd, anders zullen de wachttijden nog verder oplopen.

Tegelijk is Principle 17 ervan overtuigd dat échte oplossing van het probleem alleen mogelijk is met een radicaal andere aanpak van de trans zorg. Stop met de keurings-psycholoog als poortwachter en gebruik het ontstane budget voor feitelijke zorg. Want het verplicht zien van een keuringspsycholoog die beoordeelt of je trans genoeg bent om trans te mogen zijn, is natuurlijk geen zorg. Dat is werk-verschaffing voor zorgaanbieders. En gebruik het voor opleidingen, trainingen en bijscholing van zorg-aanbieders.

Uiteindelijk moeten we naar een situatie waarvoor geldt: "simpel waar het kan, specialistisch waar het nodig is". Dat wil zeggen dat hormoon-behandeling doorgaans door huisartsen zal gebeuren. Die zijn daar prima toe in staat, want tijdens hun opleiding hebben ze immers kennis verworven over endocrinologische basiszorg. Waar nodig kan een huisarts ruggespraak houden met een specialist. Bij weinig voorkomende of complexe situaties rondom hormoonzorg kan de huisarts doorverwijzen naar een specialist, zoals dat algemeen gebruikelijk is. Medisch complexe zorg moet worden geleverd op het niveau van het specialisme dat daarvoor nodig is. Zo zal chirurgie een hoog niveau van

---

<sup>106</sup> Zie bijvoorbeeld: Keuzenkamp (2012).

specialisatie blijven houden, want het vereist nu eenmaal een minimum aantal verrichte ingrepen per jaar per chirurg om ervaren te blijven. Belangrijk is ook een goede kennisdeling tussen specialisten en eerstelijnszorg, zodat de specialistische zorg alleen belast wordt voor wie dat echt nodig is.



Om daar te komen moet er wel een stevige investering in kennisopbouw komen in de (para-) medische en sociale wereld. Het feit dat er geen structurele aandacht bestaat voor transgender mensen in opleidingen en het referentiekader nog steeds vooral uit de DSM en ook de ICD voortkomt, geeft aan dat hier nog een wereld te winnen is. (Para-) medische en sociale beroepen hebben ook een noodzaak tot meer relevante kennis vergaren, omdat diverse ontwikkelingen erop wijzen dat de in het Westen aangeleerde tweedeling van gender voorbij aan het gaan is<sup>107</sup>.

Ook psychologen en psychotherapeuten hebben meer kennis over genderincongruentie nodig. Het komt nog te vaak voor dat trans mensen (incorrecte) psychiatrische diagnoses krijgen, omdat de zorgaanbieder geen kennis heeft over transgender-zijn en daarom symptomen van genderincongruentie verkeerd beoordeelt.

Dit alles kan en mag niet vormgegeven worden zonder intensieve betrokkenheid van de trans gemeenschap, voor wie deze zorg bedoeld is. Het adagium “niets over ons, zonder ons” geldt sterk in dit veld, want het is de enige manier om het cisgender vooroordeel uit de trans zorg te weren.

<sup>107</sup> Zie eind hoofdstuk 6, bovenaan pagina 65.

Diverse onderzoeken vanuit en jarenlange belangenbehartiging door transgender experts en professionals heeft al menig verandering opgeleverd. Zo werd lange tijd hormoongebruik noodzakelijk geacht voor chirurgie, maar inmiddels is het geaccepteerd dat dit helemaal niet nodig is.

## Wachttijden

De wachttijden voor medische assistentie bij gendertransitie zijn extreem.<sup>108</sup> Alle betrokken partijen zijn het gelukkig eens dat de diverse lapmiddelen van de afgelopen decennia hooguit tijdelijk soelaas hebben kunnen bieden. Kortom, deze chronisch enorme wachttijden vereisen een heel andere opzet van de trans zorg, teneinde hier een definitief einde aan te maken. De Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg gaat ook over wachttijden.<sup>109</sup> Sommige wachttijden hebben een goede medische reden, zoals de tijd tussen chirurgische behandelingen. Men moet eerst voldoende genezen zijn, voordat een volgende ingreep verantwoord is. Andere wachttijden, zoals die voor de ‘keuringspsycholoog’, zijn geheel overbodig omdat het assessment zelf overbodig is. Wachttijden voor bijvoorbeeld mentale of endocrino-logische ondersteuning zijn zogezegd ‘onfortuinlijk’. Medische besluitvorming zou niet mogen leiden tot lange wachttijden. Forse overschrijdingen van de Treeknormen<sup>110</sup> (6 weken) zijn uitermate ongewenst. Professionele steun is urgent in de huidige maatschappelijke situatie, waar trans personen onevenredig vaak en steeds vaker met onbegrip, discriminatie, uitsluiting en geweld worden geconfronteerd.<sup>111</sup>

wachttijden polikliniek per specialisme, in weken.



Wachttijden polikliniek per specialisme, in weken (2021).

108 Zie *Brief Kwartiermaker Transgenderzorg (2022)*, *Impuls Economen (2021)*.

109 Zie Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg, pagina 19.

110 Zie bijvoorbeeld: [www.jaaah.nl/snel-regelen/zorgadvies/treeknormen](http://www.jaaah.nl/snel-regelen/zorgadvies/treeknormen)

111 Zie bijvoorbeeld: [www.transgendernetwerk.nl/veiligheid](http://www.transgendernetwerk.nl/veiligheid)

## Huisarts

De Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg rept van een gewenste rol voor huisartsen, mits de huisarts de vereiste medische competentie heeft. Het pleidooi voor een NHG-Standaard<sup>112</sup> is prima en erkent de wens tot verdere distributie en despecialisatie.

Het is belangrijk te beseffen dat de hormoonzorg voor trans personen in beginsel niet erg complex is. Bij volwassenen valt weinig verschuiving van hormoonspiegels of lichamelijke ontwikkeling te verwachten. Bovendien valt op diverse toegankelijke plekken professionele informatie te vinden over normwaarden.<sup>113</sup> Als een situatie de kennis of mate van vertrouwdheid van een huisarts overstijgt, kan deze altijd ruggespraak houden en desnoods doorverwijzen. Ondanks dat huisartsen tijdens hun opleiding kennis vergaren over endocrinologische basiszorg, voelen ze zich vaak niet comfortabel deze zorg bij trans zorgvragers te verlenen. Daar moet dus via stimulering verandering in komen.

Hormoonbehandeling voor jongeren is een ander verhaal. Jongeren zijn in hun puberteit volop in ontwikkeling, zowel qua lichaam als qua (gender-) identiteit, dus dat vereist maatwerk op een manier die de kennis van de gemiddelde huisarts overstijgt. Voor trans jongeren is supervisie door een (kinder)endocrinoloog daarom aangewezen.

---

7 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 32 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150+  
weken

(Wachttijden polikliniek, vervolg)

112 Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) geeft richtlijnen uit voor de diagnostiek en behandeling van veelvoorkomende aandoeningen in de huisartsenpraktijk.

113 Zie professionele sites, zoals: [www.rainbowhealthontario.ca/TransHealthGuide/gp-mascht.html](http://www.rainbowhealthontario.ca/TransHealthGuide/gp-mascht.html) en [transcare.ucsf.edu/hormone-therapy](http://transcare.ucsf.edu/hormone-therapy)

standaardprocedure van collegiaal contact, zoals deze algemeen geldt in de zorg, zou ook bij trans zorg gebruikelijk moeten zijn. Dus indien een huisarts moeite heeft om de resultaten van een bloedtest correct te interpreteren, dan wel aangeeft over onvoldoende kundigheid te beschikken, dan moet deze aanvullende informatie kunnen opvragen en zo kennis opdoen. Resumerend, een huisarts die dat wil, kan zich nu al bekwamen in transgender hormoonzorg en deze leveren. Dit neemt niet weg dat er vooralsnog een grotere rol voor de tweede lijn, de algemene ziekenhuizen, nodig is. Dit zou de wachttijden in niet al te lange tijd fors kunnen verkorten. Althans, als aan de 'toelatingsexamens' een einde komt...

Een huisarts kan los van het voorschrijven van hormonen en het volgen van de effecten daarvan op de zorgvrager, ook een andere heel belangrijke rol vervullen: volgen hoe het mentaal en emotioneel gaat, checken hoe het gaat met werk, studie, inkomen, huisvesting en dergelijke. Zoals dit bijvoorbeeld wordt aangeraden door de National Gender Service Ireland.<sup>114</sup>

## Hormoonbehandeling

De Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg stelt dat genderbevestigende hormoonbehandeling akkoord is, indien aan de volgende criteria is voldaan:

- Persisterende genderincongruentie
- Nevenproblemen(!) onder controle
- Mentale capaciteit tot zelfbeoordeling aanwezig
- Trans zorgvrager is geïnformeerd en heeft actief toegestemd
- Bij afwijkingen in het bloedbeeld: akkoord van een specialist (vanwege eventuele medische contra-indicaties)
- Bij jongeren: akkoord van een kinderendocrinoloog

Wederom gaat de standaard uit van wantrouwen jegens de zorgvrager: "bewijs maar dat je zo bent of dat je je zo voelt!" Transgender wordt gezien als afwijking van de cisgender norm voor identiteit en lichamen. Principle 17 is een voorstander van een zorgvisie op basis van mensenrechten, met de natuurlijk voorkomende biologische variatie in gender als uitgangspunt.

---

114 Zie: Advice for GP's, [nationalgenderserviceireland.com/advice-for-gps](https://nationalgenderserviceireland.com/advice-for-gps)

Zoals hoofdstuk drie al beschreef is de eis dat ‘nevenproblemen’ onder controle moeten zijn, problematisch. Lichaamsdysforie kan zo sterk zijn dat het op zichzelf leidt tot ernstige stress, die zich (schijnbaar) kan uiten als psychiatrische problematiek, roken, middelengebruik, onder- of overgewicht. Dat zijn dus directe gevolgen van de genderincongruentie en geen ‘nevenproblemen’.

Verder stelt de standaard op pagina 32: “Transgender personen zijn vaak onzeker over hun passabiliteit en hormoonbehandeling is voor velen van hen belangrijk om deze gevoelens te onderdrukken.” Hier slaat de standaard de plank volledig mis. Trans zorgvragers gebruiken hormonen om hun lichaam te veranderen in de gewenste richting (welke die ook is), zodat hun lichaam beter past bij hun genderidentiteit. Het gaat dus pertinent niet om het ‘onderdrukken van gevoelens’. Het gaat om het bereiken van de gewenste fysieke veranderingen, zodat de genderincongruentie afneemt.

## Specifieke voorstellen

Principe 17 stelt de volgende wijzigingen voor:

### *In het algemeen*

Werk vanuit mensenrechtelijke, medische en fysiologische voorwaarden. Neem de behoefte van de trans zorgvrager als uitgangspunt, wat soms cis-heteronormatieve en/of binaire veronderstellingen en dogma’s zal doorbreken.

### *Diagnostiek*

Deze komt te vervallen ten gunste van een uitgebreide intake.<sup>115</sup> De reden voor diagnostiek is de aanname dat er iets te diagnostiseren valt. Genderdiversiteit is echter geen psychiatrische of seksuele aandoening; het is normale, menselijke variatie. Daarnaast zorgt diagnostiek voor een (in dit geval onnodige) machtsongelijkheid tussen zorgvrager en zorgaanbieder.

115 Zoals beschreven in het model voor *Informed Consent for Access to Trans Health* (ICATH). De site is opgeheven, maar kan via het Webarchief nog worden geraadpleegd: [web.archive.org/web/20191029023431/http://www.icath.org](http://www.icath.org)

Zorgverzekeraars eisen weliswaar een diagnose voor vergoeding, maar dat kan ook anders opgelost worden. Denk bijvoorbeeld aan zwangere mensen die zorg nodig hebben, voor wie een speciale code ‘overige zorg’ voor in het leven geroepen is. We zouden kunnen leren van Denemarken, die het opgelost heeft met de code “contact in verband met gendervragen” in hun nationale classificatie.

### *Sociale transitie*

Een sociale transitie wordt gedefinieerd als: het zo publiek mogelijk, in deeltijd of voltijd, wegbewegen van het ‘opvoedingsgeslacht’ en/of het, in deeltijd of voltijd, bewegen naar de ervaren genderidentiteit en/of gender-expressie. Wanneer iemand voelt dat het tijd is om zich in hun eigen gender te presenteren, dan moet die keuze zo goed mogelijk ondersteund worden - en niet tegengehouden, omdat de buitenwereld er (nog) niet aan toe dan wel het kind of de jongere “onzeker” zou zijn. De standaard benadering van *watchful waiting* bij kinderen moet stoppen. Het kind of de jongere in kwestie moet juist gesteund worden.

### *Hormoonbehandeling*

Crossgender hormonen bij transgender kinderen en jongeren mogen ingezet worden vanaf vastgestelde competentie tot oordelen over zaken die hun eigen leven aangaan met betrekking tot hun genderidentiteit, conform de CRC. Onderzoek geeft namelijk aan dat er weinig correlatie is tussen leeftijd en competentie.<sup>116</sup> In tegenstelling tot algemeen somatische zorg algemeen kan dit al vrij vroeg zijn. De meeste gendercreatieve kinderen snappen heel goed wat ze vragen ondanks hun leeftijd.

### *Hormoneninstelfase*

Het juist instellen van de hormoonbehandeling kan in enkele maanden gedaan zijn. Dit hoeft geen hindernis te vormen voor het doorgaan met een sociale transitie (waar gewenst). Hierbij dient ook aandacht te zijn voor een eventuele wens tot microdosering voor, zolang de zorgvrager daar de voorkeur aan geeft. Soms is het een aarzelend begin, soms is het de wens tot lichte of langzame verandering.

<sup>116</sup> *Lieke et al. (2021).*



## Gezichtsontharing

Dit hoort sowieso toegankelijk te zijn voor eenieder met gelaatsbehandling, zoals al beschreven is in hoofdstuk drie. Er bestaat weinig wetenschappelijke literatuur over gezichtsontharing, maar in de transgemeenschap weten we allemaal hoe uitermate frustrerend het is indien dit niet of onvoldoende vergoed wordt. Toekenning en vergoeding zijn geïndiceerd zolang nodig of gewenst, ook bij zware algehele lichaamsbehandling.

## Gynaecologische chirurgie

Voor kinderen en jongeren dient deze beschikbaar te zijn vanaf het moment dat hier een wens toe is en het lichamelijk mogelijk is. De Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg onderschrijft dat ook, min of meer. De SOC-8 gaan vooraan uit van een minimumleeftijd van 14 of 16 jaar.

## Borstvergroting

Voor zorgvragers die geen hormonen gebruiken, is een borstvergroting direct geïndiceerd.

Voor zorgvragers die wel hormonen gebruiken, moet een borstvergroting mogelijk zijn, nadat een goede inschatting van het effect van de hormoonbehandeling is gemaakt. Zoals de huidige zorgstandaard dat ook beschrijft. Veelal is dat na ongeveer een jaar hormoongebruik.

## Mastectomie

Er is geen strikte medische noodzaak voor voorafgaande hormoonbehandeling voor een borstverwijdering. Deze moet daarom desgewenst ook zonder hormoonbehandeling mogelijk zijn, zoals de bestaande standaard ook beschrijft.

## Aangezichtschirurgie

Voor een belangrijk deel van de (voornamelijk) trans vrouwelijke populatie is aangezichtschirurgie<sup>117</sup> een belangrijk hulpmiddel om door de samenleving als 'vrouw' te worden gezien. Voor zorgvragers die geen hormonen

<sup>117</sup> *Aangezichtschirurgie voor trans vrouwen is ook bekend als Facial Feminisation Surgery (FFS) en voor trans mannen als Facial Masculinisation Surgery (FMS).*

gebruiken, is aangezichtschirurgie direct geïndiceerd. Voor zorgvragers die wel hormonen gebruiken, moet aangezichtschirurgie mogelijk zijn, nadat een goede inschatting van het effect van de hormoonbehandeling is gemaakt. Veelal is dat na ongeveer een jaar hormoongebruik.

Daarnaast vindt Principle 17 dat er veel moet veranderen aan de cis-hetero-normativiteit in onze samenleving, en daarmee de vijandige houding jegens trans mensen. Maar dat valt buiten het bestek van dit rapport.

## Protocollen en richtlijnen

Het is goed om ons te blijven realiseren dat protocollen opgesteld zijn als algemene regels gebaseerd op goede praktijken. Het zijn richtlijnen die een indicatie voor handelen geven. Maar zoals elke zorgaanbieder weet (of zou moeten weten): mensen behandelen is per definitie maatwerk. Protocollen zijn dus niet in steen gehouwen.

Zorgaanbieders moeten dus vooral ook hun eigen kennis en ervaring op een situatie toepassen, met de officiële richtlijnen en deze alternatieve visie in gedachten. Check en bespreek met de betreffende zorgvrager de concrete situatie en de concrete vraag. Raadpleeg zonodig een collega, met meer ervaring of diepgravender specialisatie.

Zorgvragers moeten zich realiseren dat elk lichaam weer anders is. Een zorgaanbieder kan niet zonder meer zeggen: "Het protocol zegt A, dus ik doe ook A." De zorgaanbieder moet werken met wat jij hebt. Het kan zijn dat jouw lichaam en jouw leven anders handelen dan de richtlijn vereisen.

## Financiering

Om goede zorg te kunnen bieden zal Nederland moeten investeren in onderwijs aan huidige en nieuw op te leiden zorgaanbieders, en in onderzoek. In alle stadia zullen trans experts en belangen-behartigters betrokken moeten zijn.

Daarnaast moet de zorgfinanciering anders geregeld worden. Het is principieel onjuist om partijen met een zakelijk belang, middels inkoop, de budgetten voor zorg te laten bepalen. Een van de gevolgen is dat zorg-

aanbieders worden gedwongen om onder fatsoenlijke prijsnormen te werken, omdat ze anders te weinig klanten kunnen krijgen om hun specialisme te kunnen handhaven, of om zelfs rond te kunnen komen.

De liberalisatie van de zorg heeft al geleid tot slechtere zorg, lagere salarissen voor zorgpersoneel, langere wachttijden en opvallend genoeg ook het stijgen van de (totale) kosten van de zorg. Recentelijk zijn twee grote aanbieders van transgenderzorg omgevallen, met grote gevolgen voor trans zorgvragers. Verder heeft de sinds 2015 geldende decentralisatie van de zorg veel nadelen. Mede hierdoor kon een aanbieder als Stepwork over de kop gaan.



Principle 17 vindt dat zorg geen 'product' zou mogen zijn, maar een dienst zou moeten zijn.

## Geneesmiddelenvergoedingssysteem

Ook het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) moet aangepast worden. In het algemeen, maar zeker ook voor trans medicatie. De problemen met hormoon-medicatie en blokkers beschreven we al in hoofdstuk vier.

## 8. Ter afsluiting

Principle17 hoopt met deze alternatieve visie op trans zorg een helder beeld te hebben geschetst van de huidige situatie rondom de trans zorg en onze bezwaren bij de meest recente zorgstandaarden. Door een visie te presenteren vanuit de trans gemeenschap wil Principle 17 een belangrijk geluid laten horen, namelijk van degenen die trans zorg nodig hebben. Te vaak wordt er óver ons, maar niet mét ons, besloten over onze levens. Het is van groot belang dat zoveel mogelijk mensen kennis nemen van deze visie.

Deze alternatieve visie op trans zorg is tot stand gekomen vanuit een veelheid aan bronnen: de verschillende ervaringen binnen de trans gemeenschap in Nederland, kennis van diverse standaarden in binnen- en buitenland, mensenrechtenverdragen en maatschappelijke ontwikkelingen. In dit document heeft Principle 17 duidelijke en specifieke voorstellen geformuleerd voor hoe het anders kan.

We nodigen je als lezer uit om de aanbevelingen in deze alternatieve visie op trans zorg ter harte te nemen. Daarnaast willen we je vragen om, binnen je mogelijkheden, stappen te ondernemen om de trans zorg te verbeteren. Dat kan iets kleins zijn, zoals met een andere trans persoon of een zorgaanbieder in gesprek gaan. Het kan ook iets groots zijn, zoals een demonstratie voor betere trans zorg opzetten.

Graag gaan we in gesprek over deze alternatieve visie op trans zorg. Je kunt ons bereiken via: [info@principle17.org](mailto:info@principle17.org).

## 9. Literatuur

- Alipour, M. (2017). [Islamic shari'a law, neotraditionalist Muslim scholars and transgender sex-reassignment surgery: A case study of Ayatollah Khomeini's and Sheikh al-Tantawi's fatwas](#), International Journal of Transgenderism, 18:1, 91-103.
- Alliantie Transgenderzorg (2017). [Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg](#).
- American Psychological Association (2017). [Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders \(DSM\)](#) (edition 5).
- American Psychological Association (2015). [Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People](#). American Psychologist, 70 (9), 832-864.
- Ashley, F. (2021). [The continuum of informed consent models in transgender health](#).
- Ashley, F. (2019). [Thinking an ethics of gender exploration: Against delaying transition for transgender and gender creative youth](#). Clinical child psychology and psychiatry, 24(2), 223-236.
- Ahsley, F. (2021). [Transgender Healthcare Does Not Stop at the Doorstep of the Clinic](#).
- Bakker, A. (2021). [Een halve eeuw transgenderzorg aan de VU](#). Boom.
- Bond, P. (2021). [Nearly 40 Percent of U.S. Gen Zs, 30 Percent of Young Christians Identify as LGBTQ, Poll Shows](#).
- Brownstone, L.M., DeRieux, J., Kelly D.A., Sumlin L.J. & Gaudiani J.L. (2021). [Body Mass Index Requirements for Gender-Affirming Surgeries Are Not Empirically Based](#). Transgender Health, 121-124.
- Callen-Lorde Community Health Center. [Callen-Lorde Protocols for the Provision of Hormone Therapy](#).
- Chodzen, G. (2019). [Minority stress factors associated with depression and anxiety among transgender and gender-nonconforming youth](#). Journal of Adolescent Health, Vol. 64, Issue 4, 467-471.
- Coleman, E., Radix, A.E., Bouman, W.P., Brown, G.R., De Vries, A.L.C., Deutsch, M.B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A.B., Johnson, T.W., Karasic, D.H., Knudson, G.A., Leibowitz, S.F., Meyer-Bahlburg, H.F.L., Monstrey, S.J., Motmans, J., Nahata, L., Nieder, T.O., Reisner, S.L., Richards, C., Schechter, L.S.,

Tangpricha, V., Tishelman, A.C., Van Trotsenburg, M.A.A., Winter, S., Ducheny, K., Adams, N.J., Adrián, T.M., Allen, L.R., Azul, D., Bagga, H., Başar, K., Bathory, D.S., Belinky, J.J., Berg, D.R., Berli, J.U., Bluebond-Langner, R.O., Bouman, M.B., Bowers, M.L., Brassard, P.J., Byrne, J., Capitán, L., Cargill, C.J., Carswell, J.M., Chang, S.C., Chelvakumar, G., Corneil, T., Dalke, K.B., De Cuypere, G., De Vries, E., Den Heijer, M., Devor, A.H., Dhejne, C., D'Marco, A., Edmiston, E.K., Edwards-Leeper, L., Ehrbar, R., Ehrensaft, D., Eisfeld, J., Elaut, E., Erickson-Schroth, L., Feldman, J.L., Fisher, A.D., Garcia, M.M., Gijss, L., Green, S.E., Hall, B.P., Hardy, T.L.D., Irwig, M.S., Jacobs, L.A., Janssen, A.C., Johnson, K., Klink, D.T., Kreukels, B.P.C., Kuper, L.E., Kvach, E.J., Malouf, M.A., Massey, R., Mazur, T., McLachlan, C., Morrison, S.D., Mosser, S.W., Neira, P.M., Nygren, U., Oates, J.M., Obedin-Maliver, J., Pagkalos, G., Patton, J., Phanuphak, N., Rachlin, K., Reed, T., Rider, G.N., Ristori, J., Robbins-Cherry, S., Roberts, S.A., Rodriguez-Wallberg, K.A., Rosenthal, S.M., Sabir, K., Safer, J.D., Scheim, A.I., Seal, L.J., Sehoole, T.J., Spencer, K., St. Amand, C., Steensma, T.D., Strang, J.F., Taylor, G.B., Tilleman, K., T'Sjoen, G.G., Vala, L.N., Van Mello, N.M., Veale, J.F., Vencill, J.A., Vincent, B., Wesp, L.M., West, M.A. & Arcelus, J. (2022). [Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8](#). *International Journal of Transgender Health*, 23:sup1, S1-S259.

- Committee against Torture (2016). [Concluding observations on the fifth periodic report of China with respect to Hong Kong, China](#). CAT/C/CHN-HKG/CO/5.
- Committee on the Rights of the Children (2013). [General comment No. 14 \(2013\) on the right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration \(art. 3, para. 1\)](#). CRC/C/GC/14.
- Dahl, M., Feldman, J.L., Goldberg, J., Jaber, A., & Vancouver Coastal Health (2015). [Endocrine therapy for transgender adults in British Columbia: Suggested guidelines](#). Vancouver, BC: Vancouver Coastal Health.
- Diemen, A. van (2016). [Lezing Bijwerkingen hormonen en blokkers tijdens FreePATHH](#).
- Diemer, E.W., White Hughto, J.M., Gordon, A.R., Guss, C., Bryn Austin, S. & Reisner, S.L. (2018). [Beyond the Binary: Differences in](#)

- [Eating Disorder Prevalence by Gender Identity in a Transgender Sample](#). *Transgender Health* 2018 3:1, 17-23
- Digitale, E. (2022). [Better mental health found among transgender people who started hormones as teens](#).
  - Durwood, L., McLaughlin, K.A., & Olson, K.R. (2017). [Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth](#). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(2), 116-123.
  - Eisfeld, J. (2016). [Lezing: Geïnformeerde consent](#) tijdens FreePATHH.
  - Europese Unie (2000). [Handvest voor de Grondrechten](#).
  - ExpresZo (2022). [Gendervrijheid Manifest](#).
  - Gibson, M.F. & Douglas, P. (2018). [Disturbing behaviours: Ole Ivar Lovaas and the queer history of autism science](#). *Catalyst: Feminism, Theory, Technoscience*, 4(2), 1-28.
  - Global Action for Trans Equality (2013). [Critique and Alternative Proposal to the "Gender Incongruence of Childhood" Category in ICD-11](#).
  - Green, A.E., DeChants, J.P., Price, M.N., & Davis, C.K. (2022). [Association of Gender-Affirming Hormone Therapy With Depression, Thoughts of Suicide, and Attempted Suicide Among Transgender and Nonbinary Youth](#). *Journal of Adolescent Health*, Vol.70, Issue 4, 643-649.
  - Impuls Economen (2021). [Rapport Wachtijden genderzorg](#).
  - Nagata, J.M., Murray, S.B., Compte, E.J., Pak, E.H., Schauer, R. Flentje, A. Capriotti, M.R., Lubensky, M.E., Lunn, M.R. & Obedin-Maliver, J. (2020). [Community norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire \(EDE-Q\) among transgender men and women](#). *Eating Behaviors*, Volume 37, 101381.
  - Kennisinstituut van Medisch Specialisten (2018). [Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg - Somatisch](#).
  - Keuzenkamp, S. (2012), [Worden wie je bent. Het leven van transgenders in Nederland](#), 2012-30.
  - Kuyper, L. (2012). [Transgenders in Nederland: prevalentie en attitudes](#). *Tijdschr Seksuol*; 36: 129-135.
  - Kuyper, L. (2016). [Opvattingen over en ervaringen van lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender personen](#). Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Kwartiermaker Transgenderzorg (2022). [Bijlage 1 Voortgangsbrief: Ontwikkelingen in de wachttijden, aantal wachtenden en capaciteit van zorg.](#)
- Kwartiermaker Transgenderzorg (2018-2022), [diverse voortgangsbrieven en meer.](#)
- Vrouwenraets, L.J.J.J., De Vries, A.L.C., De Vries, M.C., Van der Miesen, A.I.R. & Hein, I.M. (2021). [Assessing Medical Decision-Making Competence in Transgender Youth.](#) Pediatrics, 148 (6).
- Lugones, M. (2008) [The coloniality of gender.](#) Worlds & Knowledges Otherwise.
- McNeil, J. (2016). [An exploration of transgender people's mental health.](#) PhD thesis.
- Ministerio de Salud Argentina (2020). [Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias. Guía para equipos de salud.](#)
- Ministerio de Salud Pública (Uruguay), Dirección General de la Salud (2016). [Guía Clínica para la Hormonización en personas trans.](#)
- Neuroelfje (2021). [Waarom is ABA problematisch? En waarom die discussie?](#)
- Norton, A.T., Herek, G.M. (2013). [Heterosexuals' Attitudes Toward Transgender People: Findings from a National Probability Sample of U.S. Adults.](#) Sex Roles 68, 738–753.
- O'Banion, D., Barr, S.M. (2021). [Obtaining a Gender-Affirming Sexual History.](#) Transgender and Gender Diverse Health Care: The Fenway Guide, 130.
- Oliphant, J., Veale, J., Macdonald, J., Carroll, R., Johnson, R., Harte, M., Stephenson, C., & Bullock, J. (2018). [Guidelines for gender affirming healthcare for gender diverse and transgender children, young people and adults in Aotearoa, New Zealand.](#) Transgender Health Research Lab, University of Waikato. [Growingup-transgender.com maakte een korte samenvatting.](#)
- Olson, K.R., Durwood, L., DeMeules, M. & McLaughlin, K.A. (2016). [Mental health of transgender children who are supported in their identities.](#) Pediatrics, 137(3).
- Overheid.nl, [Zorgverzekeringswet.](#) Geraadpleegd in augustus 2022.



- Paine, E.A. (2021). ["Fat broken arm syndrome": Negotiating risk, stigma, and weight bias in LGBTQ healthcare.](#) Social Science & Medicine, Volume 270, 113609, ISSN 0277-9536.
- Principle 17 (2017). [Transzorg in Nederland.](#)
- Principle 17 (2016). [Patiëntenrechten zijn mensenrechten zijn trans\\*rechten.](#)
- Raad van Europa (1997). [Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine \(Oviedo Convention\).](#)
- Raad van Europa (2015). [European Social Charter.](#)
- Raymonds, J. (1994). [The Transsexual Empire, The Making of the She-Male.](#)
- Regan L.M. & Bailey L. (2022). [Too Hard to Reach, Too Easy to Ignore: Improving Routes for Engagement for Women with Complex Lives.](#)
- Sanchez, N.F., Rabatin, J., Sanchez, J.P., Hubbard, S., Kalet, A. (2006). [Medical students' ability to care for lesbian, gay, bisexual, and transgendered patients.](#) Fam Med. 38(1):21-7. PMID: 16378255.
- Scandurra, C., Amodeo, A.L., Valerio, P., Bochicchio, V. & Frost, D.M. (2017). [Minority Stress, Resilience, and Mental Health: A Study of Italian Transgender People.](#) Journal of Social Issues, 73: 563-585.
- Scheinerman, R., [The Eight Genders in the Talmud. Judaism has recognized nonbinary persons for millennia.](#)
- Shulman, G.P., Holt, N.R., Hope, D.A., MocarSKI, R., Eyer, J. & Woodruff, N. (2017). [A review of contemporary assessment tools for use with transgender and gender nonconforming adults.](#) Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 4(3), 304–313.
- Telfer, M.M., Tollit, M.A., Pace, C.C. & Pang, K.C. (2020). [Australian Standards of Care and Treatment Guidelines for Trans and Gender Diverse Children and Adolescents Version 1.3.](#) Melbourne: The Royal Children's Hospital.
- Theilen, J.T. (2014). [Depathologisation of Transgenderism and International Human Rights Law,](#) Human Rights Law Review, Vol.14, Issue 2, 327–342.

- Thorne Harbour Health, Equinox Trans and Gender Diverse Health Service (2020). [Protocols for the Initiation of Hormone Therapy for Trans and Gender Diverse Patients](#).
- Tomiyama, A.J., Hunger, J.M., Nguyen-Cuu, J. & Wells C. (2016). [Misclassification of cardiometabolic health when using body mass index categories](#). NHANES 2005–2012, International Journal of Obesity.
- Transgender Europe (2019). [Guidelines to Human Rights-Based Trans-specific Healthcare](#).
- Transgender Europe (2020), [Trans Healthcare Lottery: Insurance coverage for trans specific healthcare](#).
- Trans forma la Salut, Plataforma per a un nou model de salut trans\*. [Proposal of an integrated health care model for trans\\* people in Catalonia](#). English translation from part of *Reivindicació d'un nou model d'atenció a la salut de les persones trans\** (s.a.).
- Tránsit Barcelona, Institut Català de la Salut (2016). [Protocol d'atenció a la salut de les persones trans\\* a catalunya](#).
- Turban, J.L., King, D., Kobe, J., Reisner, S.L. & Keuroghlian, A.S. (2022). [Access to gender-affirming hormones during adolescence and mental health outcomes among transgender adults](#). PLOS ONE 17(1): e0261039.
- UCSF Gender Affirming Health Program, Department of Family and Community Medicine, University of California San Francisco (2016). [Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People; 2nd edition](#). Deutsch MB, ed.
- Vries, A.L. de, McGuire, J.K., Steensma, T.D., Wagenaar, E.C., Doreleijers, T.A. & Cohen-Kettenis, P.T. (2014). [Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment](#). Pediatrics. 134(4):696-704. Epub 2014 Sep 8. PMID: 25201798.
- VN (1948). [Universele Verklaring voor de Rechten van de Mens \(UVRM\)](#).
- VN (1966). [Internationaal Verdrag inzake Economische Sociale en Culturele Rechten](#).
- VN (1989). [VN-Kinderrechtenverdrag](#).
- WHO (1946). [Constitution of the World Health Organization](#).

- WHO (2019). [\*International Classification of Diseases, version 11\*](#).
- WHO en OHCHR (2008). [\*The Right to Health: Fact Sheet No. 31\*](#).
- Wikipedia: [Derde gender](#), [Hijra](#), [Kathoey](#), [Transgender](#), [Travesti](#), [Two Spirit](#) (geraadpleegd februari 2023).
- Winters, K. (2021). [\*Transgender Affirmation in Retrograde: Historical Context for the Littmanian “ROGD” Media Blitz\*](#).
- Wylie, K., Knudson, G., Khan, S.I., Bonierbale, M., Watanyusakul, S. & Baral, S. (2016). [\*Serving transgender people: clinical care considerations and service delivery models in transgender health\*](#). Lancet. 23;388(10042):401-411. PMID: 27323926.
- [\*Yogyakarta Principles\*](#) (2006). Nederlandse vertaling: [\*Yogyakarta Beginselen\*](#) (2016).
- [\*Yogyakarta Principles plus 10\*](#) (2017).

## Bijlage 1: Informed Consent

In Nederland moet een zorgvrager toestemming geven voor een medische behandeling, anders handelt de behandelaar ongeoorloofd. Om toestemming te kunnen geven, moet een zorgvrager eerst adequaat geïnformeerd te zijn over de behandeling. Onder “behandeling” vallen alle medische verrichtingen die de behandelaar uitvoert, inclusief onderzoek en nazorg.

De behandelaar moet dus informeren over: de diagnose, de aard en het doel van de behandeling, de risico's van de behandeling, mogelijke alternatieven en de prognose voor de patiënt. Op verzoek van de zorgvrager moet de behandelaar ook informeren over de aangeboden zorg, inclusief tarieven en kwaliteit, over de ervaringen van andere zorgvragers met die zorg en over de werkzaamheid van die zorg. Verder moeten behandelaars openheid geven over eventuele wachttijden voor behandelingen.

Dit principe wordt *informed consent* (geïnformeerde toestemming) genoemd.

Er zijn verschillende visies op hoe informed consent in de praktijk werkt. De genderteams werken met een definitie waarin de zorgvrager geïnformeerd wordt en de behandelaar vervolgens een besluit neemt over de te volgen behandeling. Principle 17 heeft een andere visie: wij gaan er vanuit dat de behandelaar de zorgvrager informeert, waarna de zorgvrager *zelf* een besluit neemt over de behandeling, in afstemming met de behandelaar. Dit lijkt een subtiel verschil, maar er zijn hele essentiële gevolgen voor bij wie de verantwoordelijkheid ligt. In het huidige model ligt de verantwoordelijkheid voor een behandeling primair bij de genderteams. Volgens Principle 17 hoort deze verantwoordelijkheid juist primair bij de zorgvragers te liggen.

### Keuringspsycholoog

Informed consent betekent dus ook afschaffen van de verplichte psychologische consulten. Het stellen van een psychiatrische diagnose is bij deze werkwijze immers niet langer nodig. Daarmee wordt de praktijk voor transgender zorgvragers zoals deze in de Nederlandse zorg voor alle

andere zorgvragers al veel langer gebruikelijk is: tijdens de anamnese stelt de behandelaar vast of de betrokken persoon ter zake voldoende besef heeft van de implicaties en gevolgen van de gewenste (somatische) behandeling. Uitsluitend indien de behandelaar van mening is dat dit niet het geval is, kan deze de zorgvrager doorverwijzen naar een therapeut.

Het staat een behandelaar natuurlijk vrij om een zorgvrager aan te raden om psychosociale ondersteuning te zoeken, zoals dat elke behandelaar altijd vrij staat. Een transitie is voor velen toch een grote verandering en dan kan ondersteuning prettig, en soms zelfs noodzakelijk, zijn. Maar die keuze is aan de zorgvrager zelf, want (psycho)therapie kan nooit goed werken als het verplicht is. Dat is ook het uitgangspunt van alle (psycho-)therapeuten.

Het Callen-Lorde Community Health Center in New York werkt al 20 jaar met informed consent. Hun intake bestaat uit een gesprek met een verpleegkundige, waarna vaak direct met een hormoonbehandeling begonnen kan worden.<sup>118</sup> Van hun zorgvragers kiest 70% voor psychosociale ondersteuning. Een behandelaar van Callen-Lorde legt uit: “Wij vonden al die gesprekken over jongens die met poppen speelden erg zinloos. We zien nu dat mensen de psycholoog gebruiken voor zaken die er in hun leven echt toe doen.”

## Zorgvuldig handelen

Een bekend argument voor de uitzonderingspositie van transgender zorgvragers is het argument van “zorgvuldigheid”. Artsen zouden een zorgvuldige afweging willen maken over de zorg aan transgender zorgvragers. Op het eerste oog lijkt dit een goede reden, maar er zit een aantal donkere keerzijdes aan.

Ten eerste wordt onder het motto van “zorgvuldigheid” een werkwijze gehanteerd die de verantwoordelijkheid bij de zorgvrager weghaalt. Dat is per definitie een onzorgvuldige benadering. Het gevolg is een onwenselijke

118 Tijdens FreePATHH in 2016 gaf een bestuurslid van Callen-Lorde een lezing over hun werkwijze: [principle17.org/lezing-ge%C3%AFnformeerd-consent](https://principle17.org/lezing-ge%C3%AFnformeerd-consent)

situatie waarin de zorgvrager nauwelijks zeggenschap heeft over de eigen behandeling.

Ten tweede gaat dit argument volledig voorbij aan de reële risico's van *te laat* behandelen. Transgender zorgvragers die (zeer) lang op een wachtlijst staan of verplicht worden tot psychologische consulten, krijgen al die tijd dus niet de noodzakelijke somatische zorg waar ze voor kwamen. Een significant deel van de zorgvragers kan dit niet aan en gaat uiteindelijk ten einde raad over op zelfmedicatie, middelengebruik en/of zelfbeschadiging. Ook zijn er meerdere gevallen van zelfdoding bekend, omdat mensen in hun wanhoop geen uitweg meer zagen. Deze keerzijde van “zorgvuldig handelen” wordt echter stelselmatig genegeerd.

Ten derde worden transgender mensen onnodig gepathologiseerd en gemedicaliseerd. Er gelden verplichte consulten met een psycholoog of psychiater, die leiden tot een zware psychiatrische diagnose, als voorwaarde voor het kunnen genieten van somatische zorg. Deze praktijk bestaat in Nederland uitsluitend voor transgender mensen; voor *alle* andere soorten somatische zorg is deze handelwijze absoluut ondenkbaar. Deze werkwijze is in flagrante strijd met de mensenrechten, zoals beschreven in Yogyakarta Beginsel 18<sup>119</sup>.

In buitenlandse klinieken waar het principe van informed consent al jaren praktijk is, heeft men een zeer laag percentage van zogenaamde “spijtoptanten”. Het percentage bij Callen-Lorde is 0,8%, terwijl de cijfers wereldwijd tussen 0,5% en 3% liggen. Recente prevalentiecijfers voor Nederland zijn te vinden bij de Kwartiermaker Transgenderzorg<sup>120</sup>.

## Transgender & psychiatrie?

Behandelaars wereldwijd, onder wie bestuursleden van de WPATH, zijn het eens dat er geen contra-indicatie is voor het geven van hormonen aan mensen met schizofrenie of andere psychiatrische diagnoses, zo lang hun aandoening stabiel is. De internationale SOC zijn op dit punt heel duidelijk:

119 Zie pagina drie.

120 [zorgvuldigadvies.nl/transgenderzorg](http://zorgvuldigadvies.nl/transgenderzorg)

indien de zorgvrager stabiel is en in staat is om informed consent te geven, dan is er geen contra-indicatie.

Deze richtlijn vormt mogelijk wel een probleem voor transgenders met een psychiatrische aandoening die *niet* stabiel zijn. Voor sommige transgenders is hun genderincongruentie dermate groot, dat ze hun psychiatrische aandoening niet stabiel kunnen krijgen, omdat de genderincongruentie te veel in de weg zit.

In deze gevallen pleit Principle 17 ervoor dat de genderteams deze zorgvragers een geïntegreerde behandeling aanbieden: zowel behandeling voor hun genderincongruentie als voor hun psychiatrische aandoening. De zorgvrager eenvoudig wegsturen met de mededeling: “Kom maar terug als je psychiatrische aandoening stabiel is”, zoals nu gebeurt, is te makkelijk. Dit kan zorgvragers (letterlijk) jaren van hun leven kosten, met alle onnodige gevolgen en te voorkomen kosten van dien, zoals depressies, medicatie, (al of niet verplichte) opnames, psychosen, eenzame opsluiting, (pogingen tot) zelfdoding, etc. Dit geldt in het bijzonder voor jongeren.

Tot slot, behandelaars leren tijdens hun opleiding om te onderscheiden of iemand in staat is om informed consent te geven of niet. Wij mogen er dus op vertrouwen dat behandelaars dit kunnen.



## **Bijlage 2: Gebruikte afkortingen**

**AACAP:** American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, de Amerikaanse academie voor kinder- en jongerenpsychiatrie.

**ABA:** Applied Behavior Analysis, toegepaste gedragsanalyse, is een populaire gedragstherapie voor neurodiverse kinderen.

**AusPATH:** Australian Professional Association for Trans Health, de Australische beroepsvereniging voor professionals in de trans gezondheidszorg.

**AVG:** Algemene verordening gegevensbescherming, is een Europese verordening die de regels voor de verwerking van persoonsgegevens binnen de Europese Unie standaardiseert. Ook: privacywetgeving.

**AZC:** Asielzoekerscentrum.

**BMI:** Body Mass Index, lichaamsmassa index, is een index die de verhouding tussen lengte en gewicht van een persoon weergeeft. Ook: Queteletindex.

**CAT:** Committee Against Torture, Comité Tegen Foltering, is een verdragsorgaan van mensenrechtenexperts dat toeziet op de uitvoering van het Verdrag van de Verenigde Naties tegen foltering door lidstaten.

**CESCR:** Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Comité voor Economische Sociale en Culturele Rechten, is een verdragsorgaan van de Verenigde Naties belast met het toezicht op de uitvoering van het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR).

**CRC:** United Nations Convention on the Rights of the Child, VN-Verdrag voor de Rechten van het Kind, is een internationaal mensenrechtenverdrag waarin de burgerlijke, politieke, economische, sociale, gezondheids- en culturele rechten van kinderen zijn vastgelegd. Ook: UNCRC.

**CTA:** Cyproteron acetaat, testosteronblokker, bekend onder de merknaam Androcur.

**DSD:** Differences in Sex Development (of: Disorders of Sex Development, Diverse Sex Development), diversiteit in geslachtsontwikkeling, is de medische benaming voor een niet-normatieve geslachtsontwikkeling. Ook: intersekse conditie.

**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Diagnostisch en statistisch handboek van geestelijke stoornissen, is het internationaal



leidende handboek binnen de psychiatrie. De DSM wordt uitgegeven door de American Psychiatric Association, de Amerikaanse beroepsvereniging van psychiaters. Huidige versie: DSM-5-TR, DSM-5 tekst revisie.

**ECHR:** European Convention on Human Rights (formeel: Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms), Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (formeel: Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden), is het Europese verdrag waarin mensen- en burgerrechten voor alle inwoners van de verdragsluitende staten zijn geregeld.

**EVRM:** zie *ECHR*

**FFS:** Facial Feminisation Surgery, gezichtsvervrouwelijkende chirurgie, is aangezichtschirurgie voor trans vrouwen.

**FMS:** Facial Masculinisation Surgery, gezichtsvermannelijkende chirurgie, is aangezichtschirurgie voor trans mannen.

**GATE:** Global Action for Trans\* Equality, Wereldwijde Actie voor Trans\* Gelijkheid, zet zich wereldwijd in voor trans-, genderdiversiteit- en interseksegelijkheid.

**Ggz:** Geestelijke gezondheidszorg.

**GIC:** Gender Incongruence of Childhood, genderincongruentie van de kindertijd, is een diagnose in de ICD-11 (code HA61) voor gendercreatieve kinderen en jongeren.

**GVS:** Geneesmiddelenvergoedingsstelsel.

**ICATH:** Informed Consent for Access to Trans Health, geïnformeerde toestemming voor toegang tot trans gezondheidszorg, is een zorgmodel voor de behandeling van transgender, intersexe en gender non-conforme personen, dat het gebruik van geïnformeerde toestemming als een erkende zorgstandaard stimuleert. Het ICATH-model weerspiegelt het fundamentele mensenrecht op zelfontplooiing.

**ICD:** International Classification of Diseases, Internationale ziekteclassificatie, is een wereldwijd gebruikt diagnostisch hulpmiddel voor onder andere klinische doeleinden. De ICD wordt uitgegeven door de Wereldgezondheidsorganisatie. Huidige versie: ICD-11.

**ICESCR:** zie *CESCR*

**KIMS:** Koninklijk Instituut Medische Specialisten.

**KZCG:** Kennis- en zorgcentrum genderdysforie in Amsterdam. In de (transgender) volksmond bekend als 'het VUmc'.

**LHBTI+:** Lesbiennes, homoseksuelen, biseksuelen, transgenders, mensen met een intersekse conditie en alle anderen. Ook: LHBTIQ+, met de Q voor queer.

**SOC:** Standards of Care (formeel: Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People), Zorgstandaarden (formeel: Zorgstandaarden voor de gezondheid van transgender en genderdiverse personen), is het internationale klinische protocol voor de behandeling van transgenders en genderdiverse personen, inclusief sociale, hormonale of chirurgische transitie. De SOC wordt uitgegeven door de WPATH (zie daar). Huidige versie: SOC-8, september 2022.

**STP:** Stop Trans Pathologization, Stop trans pathologisering, internationale campagne van transactivisten die wil dat men trans-zijn ziet als gewone menselijke variatie.

**TERF:** Trans-Exclusionary Radical Feminist, trans-uitsluitende radicaal feminist, zijn feministen die trans personen discrimineren. In Nederland ook: genderkritisch.

**TGEU:** Transgender Europe, Transgender Europa, is de Europese koepelorganisatie die de rechten en het welzijn van transgenders in Europa en Centraal-Azië versterkt.

**UDHR:** Universal Declaration of Human Rights, Universele Verklaring voor de Rechten van de Mens, is een internationaal document van de Verenigde Naties, waarin de rechten en vrijheden van alle mensen zijn vastgelegd.

**UN:** United Nations, Verenigde Naties, is 's werelds grootste en bekendste internationale organisatie.

**UVRM:** zie UDHR

**VN:** zie UN

**WGBO:** Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst.

**WHO:** World Health Organization, Wereldgezondheidsorganisatie, is een gespecialiseerd agentschap van de Verenigde Naties, verantwoordelijk voor de internationale volksgezondheid.

**WPATH:** World Professional Association for Transgender Health, de internationale beroepsvereniging voor professionals in de trans gezondheidszorg. De WPATH geeft de Standards of Care (SOC, zie daar) uit.

**ZonMw:** Samenwerkingsverband tussen de organisatie ZorgOnderzoek Nederland (Zon) en het gebied Medische wetenschappen (Mw) van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek.

## Bijlage 3: Verklarende woordenlijst

**Coping:** De manier waarop iemand met moeilijke omstandigheden (stress) omgaat. Vaak in de context van copingmechanisme of overlevingsstrategie.

**Crossgender:** ‘Van het andere geslacht’. Doorgaans gebruikt in de context van hormoonbehandeling.

**Desister:** Iedereen die stopt met de medische transitie of die zich niet langer identificeert als transgender, met name in de context van kinderen en jongeren.

**Genderdysforie:** Psychiatrische diagnose in de DSM-5 die de menselijke gendervariatie beschouwt als psychopathologie, als deze aan de gestelde criteria voldoet. In Nederland is deze diagnose een noodzakelijke voorwaarde voor toegang tot transitiezorg (zie daar). Zie ook: genderincongruentie.

**Gendergerelateerde zorg:** Zorg die te maken heeft met je gender, waaronder transitiezorg (zie daar), juridische wijziging, sociale transitie en/of andere medische behandelingen, zoals psychosociale ondersteuning of psychische behandeling (bijvoorbeeld traumaverwerking).

**Genderincongruentie:** Diagnose in de ICD-11 die de menselijke gendervariatie beschouwt als seksuele afwijking, als deze aan de gestelde criteria voldoet. Zie ook: genderdysforie.

**(Gender)transitiezorg:** zie *transitiezorg*

**Informed consent:** Geïnformeerde toestemming, zie bijlage 1. Zie ook: *strong informed consent*.

**Interculturele competentie:** Het kunnen leggen van relaties tussen verschillende culturen, in termen van begrip, acceptatie en waardering. Dit is een noodzakelijke eigenschap voor zorgaanbieders die werken met mensen met een biculturele achtergrond. (Alle zorgaanbieders, dus.)

**Keuringspsycholoog:** Sarcastische benaming voor de opgelegde psychologische (of psychiatrische) consulten, die transgender zorgvragers zich moeten laten welgevalen. Als deze consulten leiden tot de psychiatrische diagnose ‘genderdysforie’, kan de zorgvrager de gewenste somatische transitiezorg krijgen waar deze voor kwam. Zie ook: poortwachtermodel.

**Lichaamsdysforie:** Genderdysforie (zie daar) die sterk op het lichaam is gericht.

**NHG-Standaarden:** Richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van veelvoorkomende aandoeningen in de huisartsenpraktijk. Deze richtlijnen zijn bedoeld om het medische beleid in de dagelijkse praktijk van de huisarts te ondersteunen.

**Niet-dichotome genderontwikkeling:** Genderontwikkeling die voorbij gaat aan de in het Westen gebruikelijk geachte man- of vrouw-identificatie.

**Niet-normatieve geslachtsontwikkeling:** Ontwikkeling van het geslacht die niet eenduidig als ‘mannelijk’ of ‘vrouwelijk’ kan worden beoordeeld. Door medici gediagnosticeerd als een intersekse conditie of diversiteit van geslachtskenmerken (DSD).

**Off label:** Het voorschrijven of gebruiken van een geneesmiddel voor een andere indicatie of bij een andere groep zorgvragers dan waarvoor de indicatie in Nederland beoordeeld en goedgekeurd is. Off label is onder voorwaarden toegestaan, maar vormt vaak een probleem voor vergoeding vanuit de zorgverzekering.

**Poortwachtermodel:** Het bij de meeste genderteams gebruikte model voor transgender zorg in Nederland, waarbij trans zorgvragers verplichte psychologische consulten moeten ondergaan. Tijdens deze consulten wordt beoordeeld of de trans zorgvrager ‘ter zake wilsbekwaam’ is, of de vraag voor transitiezorg aan de gehanteerde criteria voldoet en of de zorgvrager voldoende steun vanuit de omgeving heeft. In de trans volksmond vaak verwoord als: ‘Je moet bewijzen dat je trans genoeg bent om trans te mogen zijn.’ Zie ook: keuringspsycholoog.

**Positief recht:** Volgens de internationale rechten van de mens is gezondheid een positief recht, dat wil zeggen dat gezondheid méér is dan de afwezigheid van ziekte.

**Pumping:** Het injecteren van vloeibare siliconen voor een snel en zichtbaar resultaat aan grote(re) borsten en billen. Dit kan ernstige gevolgen op de gezondheid hebben, zie pagina 46.

**Somatisch:** Lichamelijk, fysiek. Een somatische behandeling of zorg is dus een lichamelijke behandeling of fysieke zorg. In trans context gaat het dan om zaken als hormoongebruik en chirurgische ingrepen.

**Sterilisatie-eis:** Tot 1 juli 2014 moesten transgender personen een rechtszaak voeren tegen de Nederlandse staat om hun juridische geslacht te kunnen wijzigen. Daarbij moesten ze een verklaring van de chirurg overhandigen, waarin deze bevestigde dat de persoon ‘blijvend onvruchtbaar’

(lees: gesteriliseerd) was. In november 2021 heeft de Nederlandse overheid hiervoor excuses gemaakt en een (symbolische) schadevergoeding beschikbaar gesteld, zie pagina 26 en 27.

**Strong informed consent:** Bij strong informed consent is de zorgvrager de leidende figuur en faciliteert de zorgaanbieder. Zie ook: *informed consent*.

**Trans culturele competentie:** Kennis hebben van en begrijpen wat er speelt in het transgender veld, in termen van begrip, acceptatie en waardering. Men moet bekend zijn met de ontwikkelingen van de LHBTI+ gemeenschap en van belangrijke nuances. Gedegen trans culturele competentie is een noodzakelijke eigenschap voor zorgaanbieders die vaak of vooral werken met transgender zorgvragers. Alle zorgaanbieders zouden tenminste moeten beschikken over basale trans culturele competentie.

**Transitiezorg:** De (fysieke) behandelingen die een trans persoon nodig heeft om de lichaamsdysforie (zie daar) te kunnen opheffen, waaronder hormoonbehandeling en chirurgische ingrepen. Zie ook: gendergerelateerde zorg.

**VN-Verdrag Handicap:** Het Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, kortweg VN-Verdrag Handicap, beschrijft de internationaal vastgelegde rechten van mensen met een handicap of chronische ziekte. Het VN-Verdrag Handicap gaat uit van het sociale model: mensen met een beperking zijn gewone menselijke variaties. Een beperking (de fysieke conditie) wordt pas een handicap (belemmering), indien de samenleving ontoegankelijk is. Nederland heeft het VN-Verdrag Handicap in 2016 geratificeerd.

**Watchful waiting:** De gangbare benadering bij gendercreatieve jeugd is watchful waiting, wat inhoudt dat men afwacht hoe het kind zich qua genderidentiteit zal ontwikkelen.

**Yogyakarta Beginselen:** Uitwerking van bestaande internationale mensenrechten, zoals het UVRM, voor specifieke zaken met betrekking tot geslachtskenmerken, genderidentiteit, genderexpressie en seksuele oriëntatie.

## Notities

## Colofon

### Principle 17

Jochem Verdonk  
vreer verkerke

[www.principle17.org](http://www.principle17.org)

### Tekstredactie

Tekstbureau Linda Schilief, [tekstbureauilindaschilief.nl](http://tekstbureauilindaschilief.nl)

### Beeld

The Gender Spectrum Collection, [genderspectrum.vice.com](http://genderspectrum.vice.com)

Met uitzondering van foto op pagina 50: Jochem Verdonk en de staaf-diagram op pagina 68/69: TransZorg Nu!

### Met dank aan

De trans gemeenschap, zonder wie deze alternatieve visie op trans zorg voor Nederland nooit tot stand had kunnen komen.

### Auteursrecht

Op deze uitgave is het auteursrecht volgens Creative Commons BY-NC-SA 4.0 van toepassing.

Dit betekent op hoofdlijnen dat iedereen vrij is om deze uitgave te delen en te bewerken, op voorwaarde dat dit gebeurt met naamsvermelding, uitsluitend voor niet-commerciële doeleinden en onder dezelfde licentie. Zie [creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.nl](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.nl)

Oorspronkelijke uitgave: september 2022.

Tweede, geactualiseerde versie: april 2023.



In deze alternatieve visie op trans zorg in Nederland vertelt Principle 17 wat er mis is met de huidige Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg en Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg. Ook biedt het collectief alternatieven voor hoe trans zorg beter geregeld kan worden, op basis van mensenrechten en op het individu afgestemd.