




Trans* zorg Anders



*een alternatieve visie op
trans* zorg voor Nederland*

een initiatief van
Principle 17
in samenwerking met 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 transactivisten, 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 (gendererkenning!), 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 deze mensenrechten. Vanuit deze overtuiging is P17 opgezet en bezorgen we nu deze alternatieve visie op trans zorg voor Nederland, met als doel om deze situatie te verbeteren.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	6
2. Recht op gezondheid, een mensenrechten-perspectief	10
Mensenrechten.....	12
Recht op gezondheid.....	16
Terminologie.....	17
Informed consent.....	20
3. Commentaar op Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg	22
Niet-medische zorg.....	22
Medische zorg.....	26
Post-transitie zorg.....	28
4. Uitgelichte onderwerpen	31
Roken en middelengebruik.....	31
Gezond lichaamsgewicht.....	32
Pumping.....	33
Trans en HIV.....	33
Vergoedingen.....	34
COVID.....	35
Gemarginaliseerde groepen.....	36
5. Kinderen en jongeren	39
Intersekse.....	39
Inconsistente norm.....	39
Screening.....	40
Watchful waiting.....	41
Gay of trans?.....	41
Puberteitsremmers.....	43
Neurodiversiteit.....	43
Kritiek.....	45
6. Commentaar op Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg	47
Signalering.....	47
Diagnostiek.....	47
Behandeling.....	48
Organisatie psychische zorg.....	48
Commentaar.....	49
Goed voorbeeld.....	52

7. Alternatieven: hoe dan wel?	53
Politieke constructie.....	53
Principiële kritiek.....	53
Wachttijden.....	56
Huisarts.....	56
Hormoonbehandeling.....	57
Specifieke voorstellen.....	58
Protocollen en richtlijnen.....	61
Financiering.....	61
Geneesmiddelenvergoedingssysteem.....	62
8. Ter afsluiting	63
9. Literatuur	64
Colofon	66

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) zorgverleners.

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’.¹ Er zijn twee standaarden: de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg (voor somatische zorg) en de Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg. 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) zorgbieders voorstelden erg ouderwets was. Protesten om een niet-pathologiserende standaard te maken, zonder rol voor een psychologische poortwachter,

1 https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/kwaliteitsstandaard_transgenderzorg/startpagina_-_transgenderzorg.html

hebben niet opgeleverd wat we nodig hebben. Dat was voor de traditionele zorgbieders 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.²

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.



² <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-10/guia-salud-personas-trans-travestis-nobinarias.pdf>

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 voorwaardenlijkheden (bijvoorbeeld de Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst, 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.

Het ziet er naar uit dat ook de vernieuwing van de zorgstandaard van de WPATH³ – Standards of Care, versie 8 (SOC-8) – niet ver genoeg zal gaan 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. Toch lijken deze vrijwel geen invloed te hebben op hun praktische standaarden.

Vanwege vanwege de slechte standaarden 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 UCSF Center of Excellence for Trans Health⁴, het New Yorkse Callen Lorde LGBT Community Health Center⁵, Transgender Europe⁶, AusPATH⁷ en van

3 *World Professional Association for Transgender Health*, <https://www.wpath.org>.

4 <https://transcare.ucsf.edu/guidelines>

5 <http://callen-lorde.org/graphics/2018/04/Callen-Lorde-TGNC-Hormone-Therapy-Protocols.pdf>

6 <https://tgeu.org/guidelines-to-human-rights-based-trans-specific-healthcare>

7 <https://growinguptransgender.com/2019/07/22/new-zealand-healthcare-guidelines-affirm-support-trans-children>

bronnen afkomstig uit Spanje⁸, Uruguay⁹ en Argentinië¹⁰. Wat al deze documenten gemeenschappelijk hebben, is een niet-pathologiserende benadering. Men gaat er vanuit dat de zorgvrager niet voor niets om gendertransitzie zorg, of in bredere zin gendergerelateerde zorg, vraagt. Dit is een essentieel verschil ten opzichte van het wantrouwen dat in Nederland heerst.

In hoofdstuk twee lees je hoe dit komt, waar deze focus op trans-zijn als 'ziekte' of afwijking vandaan komt en waarom dit 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. 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.

8 <https://drive.google.com/file/d/15xx5rr5FrBMaHUb5T6wCZXJ1flsUjpyx/view?usp=sharing>
voor de tekst van *Tránsit Barcelona*. Excerpt in het Engels:

9 <https://drive.google.com/file/d/15xx5rr5FrBMaHUb5T6wCZXJ1flsUjpyx/view?usp=sharing>
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-clinica-para-personas-trans-hormonizacion>

10 <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-10/guia-salud-personas-trans-travestis-nobinarias.pdf>

2. Recht op gezondheid, een mensenrechtenperspectief

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, zijn er goede argumenten om de zorg voor trans personen te benaderen vanuit een mensenrechten invalshoek.¹¹ In datzelfde rapport stelde Principle 17 ook vast dat de trans zorg in Nederland echter vooral – zo niet uitsluitend – vanuit een pathologiserend, medisch model werkt.

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/DSD¹², zoals transseksuoloog prof.dr. Louis Gooren verdedigde, het eerste hoofd van de Amsterdamse genderkliniek van het Amsterdam UMC.¹³

Historisch is bewust gekozen voor pathologiserende zorg om de weerstand van de bevolking en instituties te verlagen.¹⁴

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

11 <http://principle17.org/rapport>

12 DSD: *difference of sex development*, ‘andere seksuele ontwikkeling’.

13 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.

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

trans zorgvragers – rechten hebben, die in de Nederlandse wet zijn verankerd.¹⁵

Het Nederlandse uitgangspunt voor transgenderzorg veronderstelt nog steeds dat transgender zijn of een individuele, aangeboren afwijking van de geest is. Daarom is ‘genderdysforie’ opgenomen in psychiatrische classificaties, zoals de DSM, en kan alleen een psycholoog of psychiater de diagnose stellen. Of dat het een biologische, seksuele afwijking is, volgens de ICD, en kan alleen een arts de diagnose stellen. Hoe dan ook, trans zijn is een probleem, een conditie, die ‘genezen’ moet worden. De mensenrechtenbenadering gaat ervan uit 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+¹⁶, ziet een verschuiving richting depathologisering. Waar homoseksualiteit tot 1973 (DSM) respectievelijk 1990 (ICD) een psychische ziekte was, is het sindsdien menselijke diversiteit in seksuele oriëntatie. Aanleiding was de krachtige lobby door homoseksuele artsen en de homo-emancipatiebeweging die sinds de jaren 1950 was ontstaan, die zich gezamenlijk krachtig verzetten 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

¹⁵ Principle 17 gaf hierover de flyer ‘Patiëntenrechten zijn mensenrechten zijn trans*rechten’ (2016) uit.

¹⁶ LHBTI+: lesbiennes, homoseksuelen, biseksuelen, transgenders, mensen met een intersekse conditie en alle anderen.

intensieve lobby bij mensenrechtenorganisaties, zoals de Verenigde Naties en de Raad van Europa, en zijn er internationale protesten, zoals 'Trans Oktober' in 2011.¹⁷ 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.

17 "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.¹⁸ Ze zijn in 2006 samengesteld door mensenrechtenskundigen, onder wie twee transactivisten. In 2017 verscheen een uitgebreidere versie, de YP+10.¹⁹ De Yogyakarta Beginselen zijn onder meer door Nederland expliciet erkend als gezaghebbend, als onderdeel van het mensenrechtencorpus en er is zelfs een officiële Nederlandse vertaling van de originele Beginselen.²⁰

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.”²¹

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”.²²

18 <https://www.yogyakartaprinciples.org>

19 <http://www.yogyakartaprinciples.org/principles-en/yp10/>

20 http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/10/Yogyakarta_Principles_NL_versie.pdf

21 <http://yogyakartaprinciples.org/principle-17/>

22 <http://yogyakartaprinciples.org/principle-18/>

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.²³

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.²⁴)

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.²⁵ 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.

23 <http://yogyakartaprinciples.org/principle-32-yp10/> (vertaling Principle 17).

24 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.

25 Treaty No.164, ook bekend als Oviedo Conventie:

<https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list?module=treaty-detail&treatynum=164>.

Europese Unie

Het *Handvest voor de Grondrechten van de Europese Unie*²⁶ 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 wat ‘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. Nederland kent geen speciale transgenderwet, omdat het Nederlandse rechtssysteem alles per thema heeft geregeld. Onze wetgeving voor aanpassing van je juridische geslacht kent (nog) geen ‘X’, de letter die internationaal staat voor ‘onbelangrijk’ of ‘irrelevant’ als alternatief.²⁷ 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 Behandelovereenkomst (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 Zorgstandaard, de aanleiding voor deze alternatieve visie op trans zorg.

²⁶ https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_nl.pdf

²⁷ De laatste jaren is er vooral vanuit non-binaire hoek behoefte aan een ‘X’, waardoor de betekenis lijkt op te schuiven naar ‘non-binair’.

Recht op gezondheid

Onder meer de Universele Verklaring voor de Rechten van de Mens (UVRM)²⁸ van de VN, de Internationale Conventie voor Economische Sociale en Culturele Rechten (ICESCR)²⁹, ook van de VN, de constitutie van de WHO (preambule) en het Social Charter³⁰ 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 Mens³¹ hebben samen *Factsheet 31* uitgegeven, waarin het positieve recht op gezondheid nader is uitgewerkt.³²

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.

28 Artikel 25.1.

29 Artikel 12, General Comment 14.

30 Artikel 11.

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

32 <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>.

Het Comité roept de Verdragspartij op om hiervoor volledig overleg te plegen met transseksuelen en interseksuelen.”³³

Het 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.”³⁴

Terminologie

In de Nederlandse Wet Geneeskundige Behandeloovereenkomst (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.

33 *Geciteerd in: Theilen, J.T., Depathologisation of Transgenderism and International Human Rights Law, Human Rights Law Review, Vol.14, Issue 2, June 2014, Pages 327–342, <https://doi.org/10.1093/hrlr/ngu010> (vertaling Principle 17).*

34 <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/017/38/PDF/G1601738.pdf?OpenElement> (vertaling Principle 17).

Dat is buitengewoon vreemd, omdat genderzorg 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.³⁵ 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 assessment meer nodig is om genderincongruentie vast te stellen.

De DSM-5 spreekt nog steeds over 'genderdysforie' en dat is voornamelijk de algemeen gebruikte diagnose in Nederland.



³⁵ <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fid%2f90875286> voor de omschrijving voor adolescenten en volwassenen.

Het *Diagnostisch Statistisch Handboek van Geestelijke Stoornissen* (*Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM³⁶) wordt in Nederland gebruikt bij geestelijke gezondheidsproblemen én bij transgender zorg. 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.³⁷ 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.

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, kun 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. 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

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

37 Het proces tot vaststellen van de ICD verloopt anders: daarbij 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 de ICD-11.

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%). De Nederlandse trans zorg werkt met *strong informed consent*, dat enigszins anders werkt. De verwachting is dat (strong) informed consent modellen een grotere rol gaan spelen in de Standards of Care, versie 8 van de World Professional Association for Transgender Health (WPATH).

Binnen de WPATH heerst grote verdeeldheid over de rol die instemming van de zorgvrager moet spelen en uiteraard ook bij de attitude van de zorgverlener. Zorgverleners die zelf trans zijn en/of transgender als onderdeel van de menselijke diversiteit zien, hebben veelal een andere benadering dan zorgverleners die transgender als pathologie beschouwen. De eerste groep zorgverleners zal makkelijker strong informed consent gebruiken, waar de laatste groep juist vaker een wens tot psychologische assessment zal hebben.³⁸

Trans zorg moeten we ook breder zien dan alleen klinisch: "Trans gezondheidszorg stopt niet op de drempel van de kliniek."³⁹ 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.

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

38

https://www.florenceashley.com/uploads/1/2/4/4/124439164/ashley_st._amand_rider_the_continuum_of_informed_consent_models_in_transgender_health.pdf. Het artikel is een diepgaande bespreking van informed consent en bijbehorende modellen.

39 [https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(20\)30915-3/fulltext](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(20)30915-3/fulltext) (060821).

"Tijdens de eerste bezoeken wordt de levensgeschiedenis met betrekking tot identiteit, huidige levenssituatie en behoeften van 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."⁴⁰

⁴⁰ <https://drive.google.com/drive/folders/1NvIB2aju-Xfv-jLPMb2mrb-FoHnCnUIV>, 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.⁴¹ 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 houden zich aan bestaande wet- en regelgeving, zoals de Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst (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. 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 beschrijft ondersteuning bij alle aspecten van gendergerelateerde zorg.

⁴¹ <https://www.wpath.org/soc8>

Psychosociale ondersteuning

Veel trans personen hebben baat bij psychosociale ondersteuning, zoals coaching, psychosociale therapie of maatschappelijk werk. Sommigen hebben zelfs psychologische ondersteuning nodig (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, ongeacht inkomen of financiële situatie, deze ook daadwerkelijk kan genieten.

Psychotherapie

Vaak kunnen trans mensen baat hebben bij psychologische begeleiding, omdat er diepere en/of complexere problemen spelen dan psychosociale hulpverlening 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.⁴² Verder is bekend dat relatief veel LHBTI+ mensen te maken krijgen met eetstoornissen.⁴³ 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.⁴⁴

42 Zie bijvoorbeeld Chodzen, G., Minority stress factors associated with depression and anxiety among transgender and gender-nonconforming youth, *Journal of Adolescent Health*, Vol. 64, Issue 4, april 2019, pagina's 467-471,

<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.07.006>.

43 Zie bijvoorbeeld <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015319303691?via%3Dihub> en <https://www.liebertpub.com/doi/pdfplus/10.1089/trgh.2017.0043>

44 Zie bijvoorbeeld Scandurra, C., Amodeo, A.L., Valerio, P., Bochicchio, V. and Frost, D.M. (2017), Minority Stress, Resilience, and Mental Health: A Study of Italian Transgender People. *Journal of Social Issues*, 73: 563-585. <https://doi.org/10.1111/josi.12232> en McNeil, J., An exploration of transgender people's mental health (2016), *PhD thesis*,

<https://eprints.lancs.ac.uk/id/eprint/80826>.

Een ander groot probleem zijn de extreem lange wachttijden voor gendergerelateerde zorg (momenteel ruim drie jaar voor een intakegesprek bij het Amsterdam UMC, de grootste aanbieder van transitiezorg). 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 ondersteuning 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 ophielden na de juiste gendergerelateerde zorg.⁴⁵

Culturele competentie

Zowel bij psychosociale als bij psychologische en psychiatrische zorgaanbieders bestaat een groot tekort aan trans culturele competentie. Dat is niet verwonderlijk, want gendervariatie 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.

45 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 hier 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 protheses, onderbroeken met ruimte voor een packer) of juist verhult (binders, hesjes of tucking-onderbroeken) kunnen daarbij een belangrijk hulpmiddel. Zorgaanbieders moeten hiervan op hoofdlijnen op de hoogte zijn, zodat ze hun trans cliënten hierover kunnen informeren.



Epilatie lichaamsbehandling

Vrijwel alle vrouwelijke trans personen willen van hun gelaatsbehandling 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 service 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 verbetering van levenskwaliteit en een gezond(er) lichaam, zonder daarbij 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.⁴⁶ 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.

46 Drs. A. van Diemen, arts, gaf tijdens FreePATHH een lezing over hormonen, blokkers en bijwerkingen: <http://principle17.org/lezing-bijwerkingen-hormonen-en-blokkers>.

Hormoontherapie

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 hormoontherapie.

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 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 zorgbieders. De eerste controle moet door de behandelend chirurg gedaan worden, maar vervolgcontroles, 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 en/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 ook vaak 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 hormoonwaardes 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 culturele competenties opdoen.

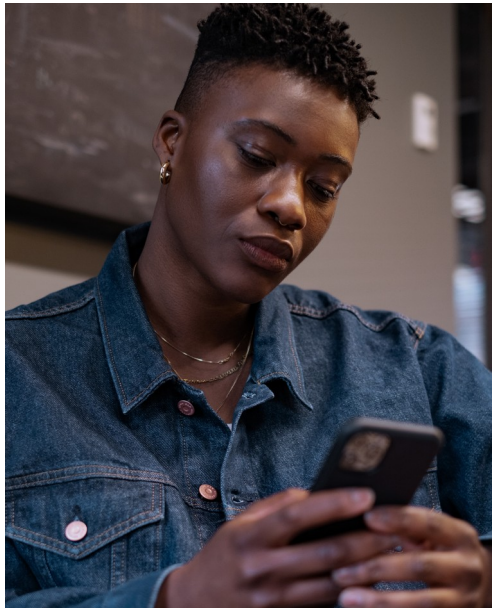
Maatschappelijke factoren

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, 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 migratieachtergrond 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, en uitsluitend vervelende consequenties heeft als het geslacht verkeerd staat geregistreerd. Tot het zover is, moet het wijzigen van naam- en/of geslachtsregistraties overal probleemloos en tegen hooguit zeer geringe kosten mogelijk zijn. De privacywetgeving AVG biedt voldoende handvatten voor het (laten) verwijderen van oude informatie.

4. Uitgelichte onderwerpen

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

Roken en middelengebruik

Het is zonder enige twijfel beter als een zorgvrager niet rookt en anders (bij voorkeur ruim) voor een operatieve ingreep (zodanig 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 stress⁴⁷ en vaak ook trauma (PTSS of cPTSS). Roken en/of middelengebruik is daarom veelal een *coping* strategie 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.⁴⁸ Wat vervolgens de ruimte kan 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.

⁴⁷ Zie hoofdstuk drie.

⁴⁸ Zie bijvoorbeeld <https://www.futurity.org/transgender-gender-affirming-hormone-treatment-mental-health-2683092-2/> en <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0261039>.

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.⁴⁹ Allereerst benadrukt de ontwerper 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 werkwijze 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 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 (genderdysforie die sterk op het

49 Algemeen: <https://www.sciencedaily.com/releases/2016/02/160204042240.htm> en trans specifiek: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/trgh.2020.0068>.

lichaam is gericht) en de noodzaak tot chirurgie meer in dit soort adviezen mee te nemen.

Pumping

Binnen sommige groepen trans vrouwen is het gebruikelijk om vloeibare siliconen te injecteren 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 hormoontherapie 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 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.⁵⁰ Pas als aan deze voorwaarde voldaan is, kan gewerkt

50 Zie bijvoorbeeld L.M. Regan M.B.E. and dr. L. Bailey, Too Hard to Reach, Too Easy to Ignore: Improving Routes for Engagement for Women with Complex Lives (2021), publisher Exeter:CoLab en Housing First: <https://hfe.homeless.org.uk/about-housing-first>

worden aan andere basale levensbehoeften, zoals een stabiel inkomen, dagelijkse en gezonde voeding, structuur in de dagindeling, etcetera. 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 de 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 cisgender personen met een hormoondeficiëntie. Dat is dus redelijk geregeld, ook al bestaan er vreemde omissies in de vergoedingen.



Zo wordt het middel Nebido slechts voor eenderde vergoed, terwijl dit een langwerkend en zeer gelijkmatig afgevend testosterondepot aanlegt. Daardoor hebben zorgvragers slechts keuze uit testosterongel (dat een

gelijkmatige afgifte heeft, maar dagelijks aangebracht moet worden) of kortwerkende injecties (dat elke twee weken geïnjecteerd wordt, maar grote hormoonschommelingen geeft). Of men moet fors bijbetalen voor de driemaandelijke injecties met Nebido. Belangrijk detail: Nebido is aanmerkelijk goedkoper dan alle soorten testosterongel, die dus wél worden vergoed.

Grotere problemen bestaan bij medicijnen die off label 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 veel trans zorgvragers essentiële ingrepen, die niet of nauwelijks vergoed worden. Denk hierbij aan ingrepen zoals laser-haarverwijdering (bij trans vrouwen), haartransplantatie (bij trans vrouwen) en stemcoaching en/of logopedie. Deze 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 uitsluiting, discriminatie 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.

COVID

Zoals beschreven in hoofdstuk drie bevinden veel trans personen zich relatief vaak in een gemarginaliseerde positie. Daardoor trekt de

coronapandemie die nu al meer dan twee jaar door de wereld raast, een zeer zware wissel op de trans gemeenschap. Veel trans personen zijn bovengemiddeld geïsoleerd en hebben 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.⁵¹ Aanleiding waren verontrustende verhalen van gefrustreerde zorgvragers in de trans gemeenschap. Principle 17 heeft vertegenwoordigers uit verschillende groepen binnen de trans gemeenschap uitgenodigd om de verhalen te kunnen verzamelen en beter te kunnen onderzoeken. Bij de bijeenkomsten zijn ervaringen gedeeld over non-binaire trans personen, trans personen met een handicap of chronische ziekte, trans personen van kleur en trans vluchtelingen en trans personen met een verblijfsstatus.

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 neuronormativiteit bij de genderteams. Dat wil zeggen dat men autisme, AD(H)D en verwante aandoeningen beschouwt als een pathologische afwijking van 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

51 Zie bijvoorbeeld

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953620308285>.

diversiteit – het ouderwetse medische model tegenover het sociale model, zoals dat in het VN Verdrag Handicap 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 zijn om deze zorgvragers goed te helpen.



Ook trans **vluchtelingen** melden grote problemen. Zij mogen bijvoorbeeld niet met hormoontherapie 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 hormoontherapie voortgezet te krijgen. Toegang tot gespecialiseerde trans 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 veel voor, wat het leven van trans personen soms zelfs letterlijk bedreigt. Daarnaast leidt de zorgweigerig regelmatig

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 Nederlandssprekende norm voldoet, een grote kans heeft om problemen te ondervinden 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 vertegenwoordigd 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 of 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 genderdiverse of gendercreatieve jeugd. Voor de puberteit is er overigens geen enkele sprake van medisch handelen.

Intersekse

Dit zou ook moeten opgaan voor kinderen met een niet-normatieve geslachtsontwikkeling⁵², tot het kind in kwestie oud genoeg is om daar zelf over te kunnen beslissen⁵³. Helaas is de geldende norm voor behandeling van kinderen met een niet-normatieve geslachtsontwikkeling in Nederland anders. Dit is een (voor Principle 17 onbegrijpelijke) uitzondering op de standaardnormen voor beslissingsmacht in de WGBO, waar de beweging van mensen met niet-normatieve geslachtskenmerken grote bezwaren tegen heeft.

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

Inconsistente norm

De huidige medische normen, inclusief de 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). Het CRC is van groot belang voor medische interventies bij jongeren vanaf de puberteit. Artikel drie⁵⁴ stelt het garanderen van het belang van het kind voorop. In een later,

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

53 In geval van non-normatieve geslachtsontwikkeling en alles wat daar bij komt kijken ("intersekse") geldt dat je verwijzing moet krijgen naar supportgroepen geleid door intersekse mensen en dat het wenselijk is dat zij evt mee gaan naar doktersbezoeken.

54 <https://defenceforchildren.nl/kinderrechten/tekst-vn-kinderrechtenverdrag>

verduidelijkend commentaar⁵⁵ wordt nader uitgewerkt 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.⁵⁶ 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 niet onbetwist is. Belangrijke trans organisaties als Transgender Europe (TGEU)⁵⁷, Global Advocates for Trans* Equality (GATE)⁵⁸ en Stop Trans Pathologisation (STP)⁵⁹ 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 ander issue is de screening van gendercreatieve kinderen. Hoe kan men vaststellen in hoeverre een kind wel of niet transgender is? Nu gebeurt dat door kinderpsychologen of kinderpsychiaters, eventueel in samenwerking met kinderendocrinologen. Het grootste 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. Grote uitzondering is het Westen, dat slechts twee genders (er)kent. Maar omdat cisgender vaker voorkomt dan andere variaties en omdat het historisch zo gegroeid is, wordt cisgender zijn in onze samenleving anders (lees:

55 Algemeen Commentaar 14 (CRC/C/GC/14) <https://undocs.org/CRC/C/GC/14>

56 <http://id.who.int/icd/entity/344733949>

57 <https://tgeu.org>

58 <https://gate.ngo>

59 <https://www.stp2012.info/old>

waardevoller) gewaardeerd dan de overige variaties in genderidentiteit en seksuele oriëntatie. Overigens heeft ons koloniale verleden hierin een interessante rol gespeeld.⁶⁰

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 tenslotte van gedachten kunnen veranderen. Principle 17 vindt dit deze benadering kinderen hindert in hun ontwikkeling. Bij een sociale transitie is er geen enkele sprake van een onomkeerbaar verschijnsel, dus er is alle ruimte voor het kind om te verder te veranderen of toch 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. Dit volgt de richtlijnen voor behandeling van gendercreatieve kinderen, zoals deze zijn vastgesteld door experts uit de internationale trans gemeenschap in 2013.⁶¹

Gay of trans?

Een regelmatig gehoord argument tegen trans zorg bij kinderen is dat niet duidelijk is of het een homoseksuele of transgender ontwikkeling gaat worden. Deze vraag stelt cisgender en heteroseksualiteit als norm. Alleen zijn alle verwijzingen naar homoseksualiteit uit de ICD verdwenen, omdat homoseksualiteit inmiddels niet meer als psychiatrisch of medisch verschijnsel wordt gezien. Indien gendercreatieve kinderen nu als extra categorie van zorg worden opgevoerd, dan wordt seksuele en genderdiversiteit via de achterdeur toch weer geproblematiseerd.

60 Zie onder meer het werk van Maria Lugones, *The coloniality of gender*.

61 Statement GATE Expert group on GIC: <https://gate.ngo/critique-and-alternative-proposal-to-the-gender-incongruence-of-childhood-category-in-icd-11>

Prepuberale kinderen krijgen geen medische genderzorg. Bij ontwikkelingscoaching is het niet erg dat er misschien een vloeiende overgang heen en weer tussen homoseksualiteit en transgender zou zijn. Veel van wat onder homoseksualiteit wordt gevat, valt ook onder genderexpressie. Een afwachtende en afradende houding gaat zoals ook eerder gesteld regelrecht in tegen GC14 op het CRC. Wij blijven dus nadrukkelijk van mening dat de code HA61 voor GIC zo spoedig mogelijk moet verdwijnen uit de ICD-11. Ook de aanstaande SOC-8, de nieuwe richtlijnen van de WPATH, zijn niet eenduidig en loopt de kans in de praktijk soms de verkeerde kant op te vallen.

Voor de medische zorg aan kinderen/jongeren die puberteitsremmers gaan gebruiken, moet ook (wederom) vooral bevestigende zorg aanwezig zijn die de zorgvrager helpt vanuit hun behoeftes. Verder is daarbij van belang dat de zorgverleners 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 cis⁶². In de praktijk zien we tot nu toe dat veel zorgverleners deze kennis ontberen wat leidt tot frictie tussen de verlener en de vrager.

Het voorstel voor sociale transitie van prepuberale kinderen met een deskundige is niet ons standpunt. Het 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 hen dat wil. Kindertijd kenmerkt zich door 'mobiliteit', 'variatie' van gedrag. Tegelijk wil dat niet zeggen dat wanneer het kind aangeeft zich anders te voelen dan verwacht door



62 <https://www.newsweek.com/nearly-40-percent-us-gen-zs-30-percent-christians-identify-lgbtq-poll-shows-1641085>

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 verklaart. Daar wordt iedereen die zich niet als “strikt transgender” ontwikkelt weggezet als desister. Terwijl niet goed duidelijk is in hoeverre de selectie überhaupt wel klopte.

Puberteitsremmers

Medische interventie bij trans jongeren kan pas beginnen bij het begin 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 hormoonblokkers 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 hormoontherapie. Deze werkwijze valt binnen het kader van de SOC-8 van de WPATH, die de vaste leeftijdsgrens volledig laat vervallen.

Neurodiversiteit

De laatste jaren is er veel aandacht voor neurodiversiteit onder gendercreatieve jeugd. Het is op zich positief dat hier aandacht voor is, maar het is zorgelijk dat het vooral vanuit een bezorgd kader gebeurt. Men vraagt zich af of deze kinderen het wel snappen. Of ze wel ‘echt’ trans of gendercreatief (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 is een grote terughoudendheid bij zorgaanbieders, die zowel het trans zijn als de neurodiversiteit vanuit een

medisch perspectief benaderen. Ook horen of lezen we zelden input van neurodiverse experts en *advocates*.

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 trans en gendercreatieve jeugd die ook autistisch is, op beide aspecten ondersteuning moet krijgen. Deze ondersteuning moet vanuit een sociaal kader (zie VN Verdrag Handicap) plaatsvinden, en niet vanuit een medisch model. De ideale aanpak is dat de zorgvrager een ondersteuner heeft die ervaringsdeskundig is, dus zelf ook trans en autistisch is. De bekende ABA gedragstherapie⁶³ beoogt vooral neurodiverse mensen te 'normaliseren' en dat is een problematische benadering van neurodiversiteit.⁶⁴ Eerst probeerde men autistische mensen te normaliseren, maar later zijn ook LHBTI+ mensen⁶⁵ het doel geworden.



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

64 Zie bijvoorbeeld <https://neuroelfje.nl/neurodiversiteit/autisme/aba-problematisch>.

65 Zie ook [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., https://doi.org/10.28968/cftt.v4i2.29579.](https://doi.org/10.28968/cftt.v4i2.29579)

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 transitie van gendercreatieve kinderen. Deze mensen noemen zichzelf 'genderkritisch', maar zijn feitelijk transhaters. Deze mensen zijn bekend als Trans Excluding Radical Feminists (TERFs).⁶⁶

Net als hun buitenlandse collega's bedienen de 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 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.⁶⁷

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 zullen identificeren. Trans vrouwen beschouwen ze als 'chirurgisch gecreëerde lesbische vrouwen' (citaat van TERF Janice Raymond⁶⁸).

TERFs bedienen zich veelal van retoriek, stemmingmakerij en valse argumenten. Ook een campagne als 'Gendertwijfel'⁶⁹ verspreidt desinformatie en zaait ongegronde angst door onder andere te verkondigen

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

67 Goede kritiek hierop is te vinden bij Dr. Kelley Winters, Ph.D:

<https://transpolicyreform.wordpress.com/2021/11/29/transgender-affirmation-in-retrograde-historical-context-for-the-littmanian-rogd-media-blitz>.

68 Zie vooral haar boek The Transsexual Empire, the making of the she male:

<https://janiceraymond.com/the-transsexual-empire>.

69 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.

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.⁷⁰

⁷⁰ <https://www.gendervrijheid.nl>.

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

In het hoofdstuk Signalering beschrijft de standaard het beloop van 'genderdysforie' van 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. Men veronderstelt onbekendheid met genderincongruentie en minderhedenstress, en men erkent dat er vooroordelen over transgenders leven bij zorgaanbieders. Men behandelt 'evidence' van hoe en hoe vaak het voorkomt aan de hand van sociaal onderzoek.⁷¹ 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

Bij het hoofdstuk Diagnostiek onderscheiden de schrijvers 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 ggz.⁷² Ook volgt men hoe het in Nederlandse zorgprogramma's is geregeld, waarvoor drie modellen gelden:

71 Nederland: Kuiper 2012, 2016 en VS: Sanchez 2006, Norton 2013.

72 De Vancouver Guidelines voor eerstelijnszorg en verder gebruikt men APA guidance.

- 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, APA⁷³, AACAP⁷⁴ en wijst op de noodzaak van (trans) culturele competentie.

Organisatie psychische zorg

De geestelijke gezondheidszorg 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 gezondheidsproblemen. Een grote aanbieder is in 2021 failliet verklaard en bleek een zorgcowboy. Tegelijk zijn er instellingen aan het opkomen die zich serieus met trans ggz bezighouden. Toegang verloopt doorgaans via verwijzing door de huisarts, net als andere reguliere ggz.

73 American Psychiatric Association.

74 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 behoorlijk wat 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: multidisciplinair, assessment en begeleiding in één, en informed consent. Het model van informed consent wordt afgeraden.⁷⁵



⁷⁵ <https://www.venvn.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/kwaliteitsstandaard-psychische-transgenderzorg>, pagina 20.

Zoals we in hoofdstuk twee al 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 zorg kunnen krijgen. Bij alle andere zorgvragers gaat men ervan uit dat deze ter zake wilsbekwaam is, totdat een arts sterke vermoedens van het tegendeel heeft.

Principle 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 zijn in hun genderontdekkingsreis. Bij kinderen en jongeren zijn er uitstekende alternatieven, zoals verhalen van betrokkenen die bevestigen wat de jongere 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 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.⁷⁶ Dit gaat ten koste van de authentieke ontwikkeling van de zorgvrager en leidt tot wantrouwen in het keuringsproces.

76 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 cis-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. Dat is mogelijk even wennen voor zowel zorgaanbieders als zorgvragers, omdat we allemaal in deze gegenderde samenleving zijn opgegroeid. Een open en verwelkomende houding gaat niet uit van de gebruikelijke cisgender verwachtingen en doet ook geen aannames over iemand gender. Groot voordeel is dat zo'n houding het voor aarzelende of angstige zorgvragers veiliger maakt om zich te openen naar de zorgaanbieder.⁷⁷

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. Anders is men 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.

77 Zie bijv https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=jpOTZKwAAAAJ&citation_for_view=jpOTZKwAAAAJ%3AeQOLeE2rZwMC. In Nederland is er de Alliantie Gezondheidszorg op maat met de campagne "Komt een mens bij de dokter", waar dit voorbeeld uit komt: <https://www.komteenmensbijdedokter.nl/knowledge/podcast-1-de-geslachtsoperatie-was-nooit-het-einddoel>

Nu in de VS 30% van de Millennials en 39% van Generatie Z zich als LGBTQ identificeert – een tendens die hier ook zijn weerslag vindt⁷⁸ –, is het des te dringender om queer competence 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.⁷⁹

78 Er zijn nog geen goede Nederlandse cijfers, onderzoek van ZOnMW heeft tot taak dit uit te vinden.

79 <https://drive.google.com/file/d/1IzPF1ghJyVQWDHpU3fdVRepzYfHszq8u/view?usp=sharing>

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 Wet Zorgverzekeringswet (WZV). 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. De minister schermt met drieledig overleg tussen zorgverleners, 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 de drie partijen. Zorgverzekeraars kunnen tarieven afdwingen en besluiten om bepaalde verrichtingen (al dan niet electief⁸⁰) wel of niet vergoeden. De enige eis vanuit de overheid is dat alles in het basispakket moet worden vergoed. Zorgaanbieders zijn niet tegen deze macht opgewassen en vertegenwoordigers van zorgvragers hebben al helemaal het nakijken, omdat dit veelal vrijwilligersorganisaties zijn.

Principiële kritiek

In de eerdere hoofdstukken van deze alternatieve visie op trans zorg heeft Principle 17 al principiële redenen gegeven waarom de zorgstandaard anders moet en hoe dat vormgegeven kan worden. Wij zijn van mening dat als je een echt andere visie op trans zorg wilt, je dat radicaal moet aanpakken. De schrijvers van de huidige zorgstandaarden realiseren zich

⁸⁰ Volgens het oordeel van zorgverzekeraars.

(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: ca. 4% van de bevolking is transgender.⁸¹ Deze hebben overigens niet allemaal 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 keuringspsycholoog als poortwachter en gebruik het ontstane budget voor feitelijke zorg. (Het verplicht zien van een keuringspsycholoog die beoordeelt of je trans genoeg bent om trans te mogen zijn, is natuurlijk geen zorg. Dat is werkverschaffing voor zorgaanbieders.) En voor opleidingen, trainingen en bijscholing van zorgaanbieders.

81 Zie bijv. Keuzenkamp, S., Worden wie je bent, SCP (2012)

Uiteindelijk moeten we naar een situatie waarvoor geldt: “simpel waar het kan, specialistisch waar het nodig is”. Dat wil zeggen dat hormoontherapie doorgaans door huisartsen zal gebeuren, omdat die daar prima toe in staat zijn. 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.

Medisch complexe zorg moet worden geleverd op het niveau van het specialisme dat daarvoor nodig is. Zo zal chirurgie een hoog niveau van 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 nodig echt 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 voor transgender mensen bestaat in opleidingen en het referentiekader nog steeds vooral uit DSM/ICD voortkomt, geeft aan dat hier nog een wereld te winnen is. Sociale en medische beroepen hebben ook een noodzaak tot meer relevante kennis vergaren, omdat het er op lijkt dat de oude aangeleerde tweedeling van gender voorbij aan het gaan is⁸². Ook psychologen en psychotherapeuten hebben meer kennis over genderincongruentie nodig. Het komt nog te vaak voor dat trans mensen (onterechte) 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, maar het is de enige manier om het cisgender vooroordeel uit de trans zorg te weren. Jarenlange belangenbehartiging en onderzoek vanuit transgender experts en professionals heeft al menig verandering opgeleverd. Zo werd lange tijd hormoongebruik noodzakelijk geacht voor chirurgie, maar inmiddels is het geaccepteerd dat dat helemaal niet nodig is.

⁸² Zie hoofdstuk 5, voetnoot 11.

Wachttijden

De wachttijden voor medische assistentie bij gendertransitie zijn extreem⁸³. Ze vereisen een heel andere opzet van de trans zorg teneinde hier een definitief einde aan te maken. De Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg gaat ook over wachttijden⁸⁴. Sommige wachttijden zijn logisch, zoals tussen chirurgische behandelingen; die eisen genezing. Andere zoals voor assessment zijn geheel overbodig omdat het assessment overbodig is. Weer andere, voor mentale of endocrinologische ondersteuning bijvoorbeeld, zijn onfortuinlijk. Medische besluitvorming behoort niet te leiden tot lange wachttijden. Forse overschrijdingen van de Treeknormen⁸⁵ (6 weken) zijn uitermate ongewenst. Professionele steun is urgent in de huidige maatschappelijke situatie waar trans personen onevenredig vaak en steeds meer met geweld en discriminatie worden geconfronteerd.⁸⁶

Huisarts

De Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg⁸⁷ rept van een gewenste rol voor huisartsen, mits de huisarts de vereiste medische competentie heeft. Het pleidooi voor een NHG standaard is prima en erkent de wens tot verdere distributie en despecialisatie. Het is wel belangrijk te weten dat in beginsel de hormoonzorg voor trans personen niet erg complex is. Op diverse toegankelijke plekken valt (professionele) informatie te vinden over normwaarden.⁸⁸ Wanneer een situatie de kennis of mate van vertrouwdheid van een arts overstijgt, kan deze altijd ruggespraak plegen en desnoods doorverwijzen. Ondanks dat ze in hun opleiding leren over endocrinologische basiszorg, voelen huisartsen zich vaak niet comfortabel deze trans zorg te verlenen. Daar moet dus via stimulering verandering in komen.

83 Zie <https://transvisie.nl/wp-content/uploads/2021/12/rapport-wachttijden-genderzorg.pdf>

84 Zie *Somatische Standaard*, pagina 19.

85 Zie bijv. <https://www.bovenij.nl/BovenIJ/Beheer/Begrippenlijst/Treeknorm.html>.

86 <https://www.transgendernetwerk.nl/veiligheid>

87 [https://richtlijndatabase.nl/gerelateerde_documenten/f/19927/Kwaliteitsstandaard %20Transgenderzorg%20-%20Somatisch.pdf](https://richtlijndatabase.nl/gerelateerde_documenten/f/19927/Kwaliteitsstandaard%20Transgenderzorg%20-%20Somatisch.pdf)

88 Voorbeelden van professionele sites zijn [Rainbow Ontario](#), [UCSF Expertise Centre for Trans Health](#) of [Fenway](#).

Normalisering van transgender-zijn en de positievere houding van het KZCG in Amsterdam is welkom⁸⁹. Een standaardprocedure zoals die geldt in de zorg van collegiaal contact zou voldoende moeten zijn: wanneer de huisarts moeite heeft de resultaten van de bloedtest te interpreteren dan wel aangeeft geen kundigheid te hebben, kan deze informatie opvragen en kennis opdoen. Resumerend, een huisarts die wil, kan zich nu al bekwamen in transgender hormoonzorg en deze leveren. Wat niet wegneemt dat er vooralsnog een grotere rol voor de tweede lijn, de algemene ziekenhuizen, nodig is. Dat kan tenslotte de wachtrijen in niet al te lange tijd fors verkorten. Mits 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: kijken hoe het mentaal en emotioneel gaat, checken hoe het gaat met werk, studie, inkomen, huisvesting en dergelijke.⁹⁰

Hormoonbehandeling

De somatische zorgstandaard stelt dat genderbevestigende hormoonbehandeling akkoord is als aan de volgende criteria wordt voldaan:

- Persisterende genderincongruentie
- Nevenproblemen(!) onder controle
- Mentale capaciteit tot zelfbeoordeling aanwezig
- De adolescent is geïnformeerd en heeft actief toegestemd
- Een kinderendocrinoloog is het eens (bijv. geen medische contra-indicaties)

Wederom gaat de standaard uit van wantrouwen jegens de zorgvrager: “bewijs maar dat je zo bent of dat je je zo voelt!” Trans wordt als afwijking van de cisgender norm voor lichamen gezien. Principle 17 is een

89 De ervaring van diverse huisartsen is dat wanneer ze contact zoeken met de polikliniek, de reactie is: "Stop, laat af, laat de zorgvrager naar de reguliere trans zorg gaan, u kunt dit niet aan."

90 Zie het Ierse document National Gender Service, Advice for GP's.

voorstander van een zorgvisie op basis van mensenrechten met de natuurlijk voorkomende biologische variatie in gender als uitgangspunt. Zoals we in hoofdstuk drie al beschreven 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) uit als psychiatrische problematiek, roken, middelengebruik, onder- of overgewicht. Dat zijn dus directe gevolgen van de genderincongruentie en geen 'nevenproblemen'.

De Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg stelt op pagina 32: "Transgender personen zijn vaak onzeker over hun passabiliteit en hormoontherapie 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 dat 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

Principle 17 stelt de volgende wijzigingen voor:

In het algemeen

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

Diagnostiek

Deze komt te vervallen ten gunste van een uitgebreide intake.⁹¹ Diagnostiek gaat er vanuit dat er iets te diagnostiseren valt. Daarnaast zorgt het voor een (in dit geval onnodige) machtsongelijkheid tussen zorgvrager en zorgaanbieder. Zorgverzekeraars eisen een diagnose voor vergoeding, maar dat kan ook anders opgelost worden. Denk bijvoorbeeld

91 Zie ICATH model. De site is opgeheven, maar is gearchiveerd:
<https://web.archive.org/web/20191029023431/http://www.icath.org>.

aan zwangere mensen die zorg nodig hebben, waarvoor een speciale code 'overige zorg' voor in het leven geroepen is. Denemarken heeft dit opgelost door de code in hun nationale classificatie: "contact in verband met gendervragen".

Sociale transitie

Deze 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 -expressie. Stoppen met *watchful waiting* benadering bij kinderen.

Hormoonbehandeling

Crossgender hormonen bij transgender kinderen en jongeren mogen ingezet worden vanaf vastgestelde competentie tot oordelen over zaken die hun eigen leven aangaan m.b.t. genderidentiteit (i.t.t. somatisch algemeen kan dit vrij vroeg zijn). Onderzoek geeft aan dat er weinig correlatie is tussen leeftijd en competentie.⁹² De meeste trans kinderen snappen heel goed wat ze vragen ondanks hun leeftijd.



Hormoneninstelfase

Deze fase kan in enkele maanden gedaan zijn en is geen hindernis voor het doorgaan met een sociale transitie (waar gewenst). Hierbij dient ook aandacht te zijn voor de wens tot microdosering voor zolang de zorgvrager dat wenst. Soms is het een aarzelend begin, soms is het de wens tot lichte of langzame verandering.

<https://pediatrics.aappublications.org/content/early/2021/10/29/peds.2020-049643>

Gezichtsontharing

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

Gynaecologische chirurgie

voor kinderen en jongeren dient 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 nieuwe SOC-8 gaan vooralsnog uit van een minimumleeftijd van 14 of 16 jaar.

Borstvergroting

Voor zorgvragers die hormonen gebruiken: nadat een goede inschatting van het effect van de hormoontherapie is gemaakt (zoals de huidige zorgstandaard dat ook beschrijft), moet een borstvergroting mogelijk zijn. Veelal is dat na ongeveer een jaar hormoongebruik.

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

Mastectomie

Borstverwijdering moet desgewenst ook zonder hormoontherapie mogelijk zijn. Er is geen strikte medische noodzaak voor voorafgaande hormoontherapie, zoals de bestaande standaard ook beschrijft.

Aangezichtschirurgie (FFS/FMS)

Voor een belangrijk deel van de (voornamelijk) transvrouwelijke populatie is aangezichtschirurgie een belangrijk hulpmiddel om door de samenleving als 'vrouw' te worden gezien. Voor zorgvragers die hormonen gebruiken: nadat een goede inschatting van het effect van de hormoontherapie is gemaakt, moet aangezichtschirurgie mogelijk zijn. Veelal is dat na

ongeveer een jaar hormoongebruik. Voor zorgvragers die geen hormonen gebruiken, is aangezichtschirurgie direct geïndiceerd.

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

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 zorgverlener weet (of zou moeten weten): mensen behandelen is altijd maatwerk. Protocollen zijn niet in steen gehouwen.

Zorgverleners: laat dus vooral ook je eigen kennis en ervaring los op een situatie, met de officiële richtlijnen en dit alternatieve zorgadvies ernaast. Check en bespreek uiteraard altijd de concrete situatie met de zorgvrager met wie je werkt. Raadpleeg zonodig een ervarener of gespecialiseerdere collega.

Zorgvragers: elk lichaam is weer anders en je zorgaanbieder moet werken met wat je hebt. Men kan niet zonder meer zeggen: “het protocol zegt A, dus ik doe A.” Het kan zijn dat jouw lichaam en jouw leven een wijziging van de richtlijn vereisen.

Financiering

Om goede zorg te kunnen bieden zal Nederland moeten investeren in onderwijs en onderzoek. In alle stadia zullen trans experts en belangenbehartigers 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 zorgaanbieders worden gedwongen onder fatsoenlijke prijsnormen te werken, omdat ze anders te weinig klanten krijgen om het specialisme te kunnen handhaven of zelfs om 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 zorgverleners omgevallen.

Verder heeft de sinds 2015 geldende decentralisatie van de zorg veel nadelen. 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 hormoonmedicatie 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 zorgstandaard. 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.

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

9. Literatuur

- ANZPATH, [New Zealand healthcare guidelines affirm support trans children](#) (2019).
- APA, [Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders \(DSM\)](#), edition 5 (2017).
- Ashley, F., [Thinking an ethics of gender exploration: Against delaying transition for transgender and gender creative youth](#) (2019); *Clinical child psychology and psychiatry*, 24(2), 223-236.
- Ashley, F., [The continuum of informed consent models in transgender health](#) (2021).
- Ahsley, F. [Transgender Healthcare Does Not Stop at the Doorstep of the Clinic](#) (2021).
- AUSPATH, [Australian Standards of Care and Treatment Guidelines for trans and gender diverse children and adolescents](#) (2018).
- Bakker, A., *Een halve eeuw transgenderzorg aan de VU* (2021), ISBN 9789024437306.
- Callen Lorde LGBT Community Health Center (New York), [Callen Lorde TGNC Hormone Therapy Protocols](#) (s.a.).
- Durwood, L., McLaughlin, K.A., & Olson, K.R., *Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth* (2017), *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(2), 116-123.
- Equinox (ANZ), *Informed consent guidelines. Protocols for the Initiation of Hormone Therapy for Trans and Gender Diverse Patients*, (2017).
- Europese Unie, [Handvest voor de Grondrechten](#) (2000).
- Green, A.E., DeChants, J.P., Price, M.N., & Davis, C.K., [Association of Gender-Affirming Hormone Therapy With Depression, Thoughts of Suicide, and Attempted Suicide Among Transgender](#) (2021).
- Koninklijk Instituut Medische Specialisten, [Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg](#) (2017).
- Koninklijk Instituut Medische Specialisten, [Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg](#) (2017).

- Ministerio Salud (Argentinië), [Guía salud personas trans no-binarias](#) (2020).
- Ministerio Salud (Uruguay), [Guía clínica para personas trans hormonización](#).
- Olson, K.R., Durwood, L., DeMeules, M., & McLaughlin, K.A., *Mental health of transgender children who are supported in their identities* (2016), *Pediatrics*, 137(3).
- Principle 17, [Transzorg in Nederland](#) (2017).
- Raad van Europa, [Conventie ter Bescherming van Mensenrechten en Waardigheid m.b.t. de Toepassing van Biologie en Geneeskunde \(de Oviedo Conventie\)](#), 1997.
- Raad van Europa, *Social Charter*.
- Transgender Europe, [Guidelines to Human-Rights-Based Trans-specific Healthcare](#) (2019).
- 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", Engelse vertaling van een deel van de "Reivindicació d'un nou model d'atenció a la salut de les persones trans*" (s.a.).
- Tránsit Barcelona (Spanje), [Protocol general Transit v.14](#) (2016).
- UCSF Center of Excellence for Trans Health, [Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People](#).
- VN, [Universele Verklaring voor de Rechten van de Mens \(UVRM\)](#) (1948).
- WHO, [Constitution of the World Health Organization](#) (1946).
- WHO, [Internationale Ziekteclassificatie ICD, versie 11](#), (2019).
- WHO en OHCHR, [Factsheet 31](#), (2008).
- Wylie, .K., et al. *Transgender health 2 - Serving transgender people: clinical care considerations and service delivery models in TG health* (2016), *The Lancet series Transgender*.
- [Yogyakarta Beginselen](#) (2006).
- [Yogyakarta Beginselen +10](#) (2017).
- UNO, [Conventie voor Economische Sociale en Culturele Rechten \(CESCR\)](#).

Colofon

Principle 17

Jochem Verdonk
vreer verkerke

www.principle17.org

Tekstredactie

Tekstbureau Linda Schilief, tekstbureaulindaschilief.nl.

Beeld

The Gender Spectrum Collection, genderspectrum.vice.com.

Met uitzondering van foto op pagina 37: Principle 17.

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.

September 2022.

P 17

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.