

WPATH dag 3: parallele sessies (20 juni 2016)

Opmerking: Ik ben geen wetenschapper, psycholoog of endocrinoloog. Ik probeer als leek zo snel mogelijk zo veel mogelijk van een presentatie op te schrijven. Dat lukt soms, maar soms wordt er net iets te snel door de sheets geklikt (waardoor alleen het bovenste deel van een sheet overgenomen is), begrijp ik iets anders dan de presentator bedoelde of heb ik vooral opgeschreven wat mij persoonlijk relevant lijkt voor de situatie in Nederland. Deze samenvatting is vooral bedoeld voor mensen die niet in de gezondheidszorg werken en wel een beeld willen krijgen wat er besproken is.

Belangrijk: Alle dagen van de WPATH, met uitzondering van de zaterdag, waren er meerdere sessies op hetzelfde moment. Dit kan betekenen dat je van een ander een verslag krijgt van dezelfde dag, maar andere sessies. Ik heb in de inhoudsopgave alleen de titels opgenomen, voor namen van onderzoekers en informatie over het land/de universiteit/de organisatie waar ze vandaan komen verwijs ik graag naar het programma. Om het zoeken gemakkelijker te maken heb ik in de inhoudsopgave ook de ruimte aangegeven waar ik deze sessie gevolgd heb. Voor een volledig overzicht van alle sessies die er geweest zijn verwijs ik naar het volledige programma van de WPATH (Engelstalig): <http://wpath2016.conferencespot.org/>

Inhoudsopgave

- **Transgender en gender non-conforming pubers vanuit gezamenlijk Nederlands perspectief (IJ Room)**
- **Meerdere presentaties van onderzoek (Mirror Studio)**
- **De manier waarop onderzoek misbruikt wordt om transgenders te marginaliseren (Mirror Studio)**
- **Transgender en non-conforming therapeuten: over bekendmaken, tegenoverdracht en balanceren tussen privileges en marginalisering (Exposition Room)**
- **Huisartsen die moderne technologie gebruiken als communicatiemethode (Tolhuis)**
- **Mensen met genderdysforie gelijke partners maken bij onderzoek in gezondheidszorg (Tolhuis)**
- **LGBT-mensen en kankeronderzoek (Tolhuis)**

Transgender en gender non-conforming pubers vanuit gezamenlijk Nederlands perspectief

In deze sessie werden meerdere onderzoeken gepresenteerd. Het [1] eerste onderzoek ging over onderzoek vanuit Zurich, Gent, Amsterdam en Londen. Er was vanuit de VU wel eerder gezamenlijk onderzoek gedaan, maar dan met Toronto (door Thomas Steensma in 2014 en door Annelou de Vries in 2015). Dit was het eerste onderzoek dat binnen Europa plaats vond.

Het onderzoek liep van 2009 tot 2013. Er deden 1075 mensen aan mee, allemaal in de leeftijdscategorie 12 tot 18 jaar. 57 hiervan hebben het formulier niet teruggestuurd. Van de 1018 overgebleven mensen kwamen er 301 uit Amsterdam, 81 uit Gent, 610 uit Londen en 26 uit Zurich. Het onderzoek is gecorrigeerd voor demografische verschillen (verhouding tussen geslachten, leeftijd op het moment van doorverwijzen van de huisarts).

Het lijkt erop dat in Engeland en Zurich meer gedragsproblemen, interne problemen (dus: problemen met het transgender-gevoel), externe problemen (problemen met de omgeving) zijn dan bij het VUmc. Het aantal transgenders dat als vrouw geboren is groeit in Londen en in Amsterdam. In Londen en Zurich begonnen mensen later met de behandeling, dat leek samen te hangen met meer problemen en ook met meer problemen in het contact met anderen. Uit eerder onderzoek bleek al dat slechte contacten met directe naasten een sterke relatie heeft met emoties en problemen. Leeftijd is statistisch gezien minder relevant.

[2] Het tweede onderzoek vergelijkt de resultaten uit Amsterdam met de norm. Ook hier het bekende rijtje van risico's: interne, externe problemen, hoog zelfmoordpercentage, slechte relatie met mensen in de directe omgeving. Er worden drie categorieën vergeleken: T0 = 275 pubers in de periode voor de puberteitsblockers, T1 = 179 pubers tijdens puberteitsblockers maar voor de operatie en TD = de controlegroep van niet-transgenders. T1 is niet dezelfde groep als T0 (maar dan later), het gaat om andere jongeren. 5,3% uit de controlegroep voelt zich homo/bi, 0,14% voelt zich gender dysfoor. De groep T0 blijkt meer interne problemen te hebben dan T1, T1 heeft meer interne problemen dan de controlegroep. Bij zelfmoordgedachten heeft T0 vele malen meer hogere percentages te hebben dan T1 en de controlegroep, T1 blijkt hierbij ongeveer even grote interne problemen te hebben dan de controlegroep.

De vragen die de onderzoekers zich hierbij stellen zijn: als dit laatste zo is, wat is dan de rol van de gezondheidszorg? Is er een rol voor "een diagnose" als de verschillen tussen de pubers die gebruik maken van de puberteitsblockers en de controlegroep zo klein zijn? De conclusie is ook dat zorg aan de groep van pubers voorafgaand aan het gebruik van puberteitsblockers effectief is.

Het [3] derde onderzoek komt van de Universiteit van Amsterdam. Hier deden 2185 deelnemers mee, die voornamelijk geworven werden via 8 scholen. Hierbij is gebruik gemaakt van dezelfde techniek als bij het afnemen van examens (multiple-choice met potloden). Er is zowel onderzoek gedaan naar pesterijen als naar schelden. Het blijkt dat geboortegeslacht, leeftijd, gender non conforming gedrag en homo gevoelens leiden tot vaker uitgescholden worden. Jongens (geboortegeslacht) worden vaker uitgescholden dan meisjes. Dit effect wordt groter als er combinaties zijn: iemand die zowel gender non conforming gedrag vertoont als homo gevoelens heeft wordt vaker uitgescholden, gender nonconforming gedrag + homo gevoelens + leeftijd leidt tot nog vaker uitgescholden worden. Bij leeftijd is onderscheid gemaakt in drie groepen: vroeg, middel en laat. Bij vroeg en middel is leeftijd relevant voor de mate waarbij mensen problemen krijgen, bij laat is dit verband er niet.

De Gender Non-conforming (GNC)-schaal bestaat uit 7 items die gemiddeld of hoog gescoord moeten worden om onder Gender Non-conforming gedrag te vallen. Het heeft te maken met hoe mensen zichzelf zien, gedrag (bijv. voetbal spelen), hoe ze volgens hen door anderen gezien worden (bijv. of ze uitgescholden worden als tomboy).

Het [4] vierde onderzoek komt van het VUmc. Tot dusver is veel onderzoek gedaan naar psychische, biologische en sociale gevolgen van transitie. De seksuele gevolgen zijn tot dusver niet onderzocht. Dit onderzoek voorziet hierin. Ze houden in dit onderzoek met drie categorieën: T0 = voor de puberteitsremmers, T1 = tijdens de puberteitsremmers en T2 = na de operatie. De resultaten van de VU worden vergeleken met een ander, nationaal onderzoek.

Uitkomsten (1e cijfer = VUmc onderzoek, 2e cijfer is nationaal onderzoek) voor T0:

- Verliefdheid 60% t.o.v. 80%,
- Relaties 30% t.o.v. 70%,
- Tongzoenen 2% t.o.v. 40%,
- Naakt plassen 5% t.o.v. 30% en
- Geslachtsgemeenschap 2% t.o.v. 8%.

Uitkomsten voor T1:

- Verliefdheid 87% t.o.v. 92%,
- Relaties 70% t.o.v. 76%,
- Tongzoenen 71% t.o.v. 75%,
- Masturberen 14% t.o.v. 60%,
- Naakt plassen 42% t.o.v. 70% en
- Geslachtsgemeenschap 11% t.o.v. 40%.

T2 wordt nog uitgewerkt. Het blijkt dat in T1 de puberteitsremmers in ongeveer de helft van de situaties als oorzaak wordt gezien van de verschillen, er zijn dus meer oorzaken. De conclusie is ook dat de afwijkingen vooral veroorzaakt worden door onvrede over eigen geslachtskenmerken.

De VU concludeerde dat er meer aandacht voor seks in de begeleiding van jongeren moet komen. In de vragen over deze sessie werd onder meer gevraagd of al die aandacht voor seks niet schadelijk kan zijn voor de ontwikkeling van een puber, de VU zegt hier zorgvuldig mee om te gaan en niet te pushen. Een ander vroeg zich af of er ook met non-binary gevoelens gewerkt werd, Annelou verwees hiervoor naar de toespraak van Valentijn (zie de zaterdagssessie).

De sessies hierna heb ik minder goed gevolgd, er was nog wel een leuke spreuk van een puber van 18 jaar:

Water smaakt nergens naar. Wanneer water ergens naar smaakt, dan weet je dat.
Dat is wat transgender is: wanneer water anders smaakt.

Meerdere presentaties van onderzoek

In de volgende sessie waren er **meerdere presentaties van onderzoek**. Als [1] eerste een onderzoek naar sport in de VS. Sport is belangrijk om meerdere redenen: sociale redenen, maar ook vanwege het voorkomen van problemen met botdichtheid. In de VS zijn er diverse problemen met sport: zo mag je in sommige staten alleen meesporten in het juiste geslacht als het geboorteregister is aangepast. Hier is in sommige staten een geslachtsoperatie voor nodig. Dit kan tot problemen leiden als er geen geld is voor een operatie.

Het onderzoek gaat in tegen vooroordelen over transvrouwen die een sport domineren omdat ze (omdat ze met testosteron zijn groot geworden) sterker zouden zijn, hier is geen bewijs voor gevonden. Soms moeten mensen ook hun geslachtsdelen laten zien om ingedeeld te worden in de juiste kleedkamers. Hier is veel voorlichting nodig, die door de onderzoekers wordt geleverd. In liberalere staten is geen aanpassing van het geboorteregister nodig, maar is een brief van een arts voldoende. Omdat het federale recht zegt dat er geen onderscheid gemaakt mag worden naar geslacht moet een staat heel overtuigend bewijs hebben als ze hier tegenin gaan. Helaas blijkt hier nog een lange weg te gaan. Bij de aanpassing van geboortecertificaat geldt het recht van de staat waar je in geboren bent (wat lastig kan zijn als je in een andere staat woont dan je geboren bent en daar wilt sporten). Dit riekt naar willekeur.

Als aan deze wettelijke regels voldaan wordt geldt voor transmannen dat ze onafhankelijk van de plek in hun transitie mee kunnen spelen. Voor transvrouwen geldt dat ze minimaal 1 jaar aan de hormonen moeten zijn.

Als [2] tweede onderzoek van de transgendergroep Eindhoven. Er werd een introductie gegeven van de jongerengroep van transgendergroep Eindhoven, die bestaat sinds 2011. De reden om hier een transgendergroep te starten was vooral dat Transvisie in Amsterdam erg ver weg was. In tegenstelling tot Amsterdam wordt onafhankelijk van een medische status gewerkt, iedereen is welkom. Er is ook een groep voor ouders en familie die vanaf 2012 1x per jaar bij elkaar komt.

Bezoekersaantallen:

Jaar	Jongereengroep	Ouders en familie
2011	102	
2012	88	15
2013	94	23
2014	61	13
2015	91	29
2016	62 (*)	33

(*) lopend jaar

Overigens geldt dat het bij de jongereengroep niet om unieke mensen gaat, sommige mensen zijn vaker meegeteld omdat niet geregistreerd wordt wie bij welke bijeenkomst aanwezig is.

De jongereengroep bestaat uit mensen van 12-26 jaar met een piek bij 15 jaar, dit komt door de onzekerheid over hormoonbehandelingen.

Voor de toekomst wil Eindhoven de drempel laag houden, ze wijzen graag op hun werkboek voor tieners en ouderen.

Als [3] derde komt Stephen Whittle aan bod die een presentatie geeft over het Trans Gelijkeids Onderzoek uit 2015. 69% (80 mensen) waren non-binary (“it's gender, Jim, but not as we know it”), 17% (22) was transman, 12% (15) was transvrouw. Uit de non-binary groep was ook uit het taalgebruik niet te halen welk gender iemand had. Soms levert non-binary ook problemen op met wetgeving: vanuit de wet op gelijkheid van geslacht is er geen bescherming voor mensen die geen gender hebben. Suggestie van non-binary mensen is onder meer om de sekse registratie af te schaffen of, als dit niet gaat, een volledig vrije keuze te hebben. Er zijn non-binary mensen die moeite hebben met de kreet derde sekse (dit veronderstelt twee of drie sekses, terwijl sommige mensen het gevoel hebben dat gender niet bestaat).

Interessant wordt het als hij Hirschveld aanhaalt, die in 1920 al onderzoek deed waaruit bleek dat er 64 categorieën waren tussen man en vrouw. Harry Benjamin bracht dit terug naar drie sekses. Hierna werd het logo van WPATH (drie geslachtssymbolen) getoond, schijnbaar denken we nog steeds in drie sekses. Laatste citaat komt van Kate Bornstein: “Wie zijn transseksueel? Antwoord: iedereen die toegeeft dat die transseksueel is”.

De [4] vierde presentatie gaat over Trans Liberation Tuesday. In San Francisco werd eind 2014 een transseksueel vermoord, waarop honderden transgenders woedend het gemeentehuis bezetten om te eisen dat ze beschermd worden waardoor ze zich veiliger kunnen voelen. Er is ook geld gevraagd aan de gemeente, dit is ook toegekend: er is \$100.000 per jaar gedurende 2 jaar beschikbaar. Een van de maatregelen is dat een adviseur voor transgenderzaken benoemd is binnen de gemeente die de burgemeester adviseert. Trans Liberation Tuesday bestaat zowel uit activisten als uit gemeente ambtenaren. In januari en februari werden in de VS 8 mensen vermoord waarvan 7 mensen uit etnische minderheidsgroepen kwamen.

Na deze presentatie kregen we een filmpje te zien over de demonstratie (https://www.youtube.com/watch?v=NBTFRA_8IEY).

De presentator riep WPATH behandelaars op om transgenders die in de gevangenis zitten te bezoeken en daar vrijwilligerswerk voor te doen omdat de omstandigheden van deze mensen schrijnend zijn.

De manier waarop onderzoek misbruikt wordt om transgenders te marginaliseren

Deze presentatie komt uit de VS en wordt gegeven door 1 persoon. Een van de andere presentatoren kon niet komen doordat de gegevens op het rijbewijs niet overeenkomen met de gegevens op het paspoort, waardoor iemand Canada niet binnenkwam (om daarna door te kunnen reizen naar Nederland). Onderzoek kan helpen om transgenders te helpen om wetten te veranderen.

Soms wordt WPATH onderzoek misbruikt. Als onderzoeker A bijvoorbeeld stelt dat transgender zijn prima te behandelen valt met psychotherapie en onderzoeker B citeert onderzoeker A om vervolgens aan te tonen dat dit verhaal niet klopt, dan wordt net gedaan alsof het citaat van A door onderzoeker B gedaan is. Dit is onder meer gedaan bij uitspraken over hormoonblockers die niet zouden helpen. De WPATH wordt opgeroepen om bij het schrijven van onderzoek na te denken hoe dit onderzoek mogelijk misbruikt kan worden en daar tegenmaatregelen voor te nemen.

Er zijn een paar problemen met deze praktijk. Een ervan is dat het mainstream mensen zijn die dit soort uitspraken doen: dominee's en politici bijvoorbeeld. Er wordt een voorbeeld gegeven van een dominee die \$100.000 budget beschikbaar heeft en die onder meer uitspraken doet als "straks gaat mijn dochter naar de WC en dan staat een transgender voor haar te urineren". Dominee's gebruiken soms bijbelcitaties om aan te tonen dat transgender-zijn niet mag.

De Family Research Council (FRC) is een politieke organisatie met een budget van \$20 miljoen, deze organisatie roept op om transgenders niet toe te staan om leraar te worden, om transgenders geen medische zorg te geven, geen wetgeving aan te passen op transgenders (en evt. bestaande wetgeving terug te draaien) en om transgenders te verbieden om in het leger te dienen.

Er zijn 59 wetsvoorstellen gedaan om transgenders aan te vallen. Het gaat bijvoorbeeld om wetgeving die toestaat om transgenders te discrimineren, transgenders uit te sluiten van scholen en sport, transgenders niet toe te staan op plekken die voor mannen of vrouwen bedoeld zijn (bijv. wc's of douches), geboortebewijzen niet aan te laten passen zelfs als er een geslachtsoperatie geweest is te eisen dat een geboortebewijs gecontroleerd wordt voordat iemand toegestaan wordt om te trouwen en wetgeving die voorkomt dat transgenders kunnen werken of naar school kunnen gaan.

Als onderbouwing noemen de indieners van deze voorstellen dat er slechte lichamelijke en psychische resultaten van transgenderbehandelingen zijn. Een betere oplossing is om transgenders terug te laten migreren naar hun geboortegeslacht, want dan zijn ze weer gelukkig (!). Transgenders zorgen voor seksuele uitpattingen (zoals masturbatie in het openbaar). Transgenders zijn ook gevaarlijk: ze zijn aggressief en vallen mensen aan. Transgenderbehandelingen zorgen voor slechte resultaten, dit kan voorkomen worden met psychotherapie.

Andere bronnen van transphobe mensen zijn onder meer een artikel in de Guardian waar in staat dat 20% van de transgenders spijtoptanten zijn. Een ander artikel spreekt over een hoger aantal zelfmoorden na de transitie. Transgender worden leidt volgens sommige artikelen tot het krijgen van andere ziektes en aandoeningen, bijvoorbeeld HIV. Kerken noemen transgender worden een zondige keuze.

Een van de manieren om transgenders weg te pesten is om te eisen dat ze alleen gebruik mogen maken van toiletten voor transgenders. Die zijn er soms niet (helaas, dan krijgen de transgenders dus ook geen onderwijs) of ze liggen buiten de school, waarbij je eerst een sleutel moet halen bij de congrege (die er niet altijd is). Sommige organisaties lijken qua naam op wetenschappelijke organisaties maar zijn in feite religieuze groepen. Soms verwijzen ze naar onderzoek over lange termijn effecten van hormonen die al 15 jaar niet meer voorgescreven worden. Een andere techniek is om te zeggen dat ze geen behandelingen willen uitvoeren voor technieken die zichzelf niet bewezen hebben, maar dat ze tegelijkertijd geen geld beschikbaar stellen voor onderzoek.

Hoe hier mee om te gaan? Onderzoekers wordt aangeraden om de media te zoeken als hun onderzoek misbruikt wordt. Het is bij de WPATH één keer voorgekomen dat de WPATH een ingezonden brief stuurde naar een krant, die daar maar een deel van afdruckte. Toen de WPATH dit

zag hebben ze de volledige brief op hun website gezet. Misbruik kan ook worden voorkomen tijdens het schrijven van onderzoeksrapporten door kritisch te zijn op passages die misbruikt kunnen worden door ze uit hun context te trekken. Wat ook kan is om een disclaimer op te nemen dat bepaalde citaten niet uitgelegd mogen worden als [...] omdat [...]. Dit soort acties zijn erg effectief. Een advies aan de WPATH is om het (eigen) vakblad “International Journal of Transgenderism” te hernoemen naar “International Journal for Transgender Health”. Meestal worden onderzoekers verkeerd geciteerd terwijl die onderzoekers juist het tegenovergestelde beweerden. Uitzondering op de regel is McHugh die transfobe artikelen schrijft, de WPATH wordt aangeraden om op de website publiekelijk afstand van zijn artikelen te nemen.

Er zou ook een WPATH-website kunnen komen waar al het misbruik op verzameld wordt. Of een officieel committee van de WPATH om wetenschappelijke artikelen te gaan controleren. Uit de vragen na afloop blijkt dat ook Australië dit soort praktijken kent. Een bezoeker merkt op dat het erg bijzonder is dat dominee's wetenschap gebruiken om hun religieuze standpunten kracht bij te zetten, dat leek hem eigenaardig omdat meestal het omgekeerde gebeurt. Wat ook nog zou kunnen helpen is om, bij geconstateerd misbruik van eigen artikelen, de krant te vragen om daar samen eens over te kunnen praten. Als de krant hier niet op in gaat kan dit gebruikt worden in een volgend (eigen) artikel of volgend onderzoek. Tot slot wordt aangeraden om binnen deze WPATH in de bijeenkomst voor WPATH leden dit probleem aan de orde te stellen.

Onderzoekers wordt gevraagd om niet naar een conservatief televisiestation te gaan en daar uitspraken te doen die bevestigen wat transfobe mensen zeggen of schrijven.

Transgender en non-conforming therapeuten

De eerste middagsessie op maandag ging over transgender en non-conforming therapeuten (uit meerdere staten uit de VS), hoe zij omgaan met hun eigen transgender-zijn in relatie met hun cliënten. Het delen van gevoelens en gedachten met een cliënt kan zowel een groot positief effect hebben als dat het schadelijk kan zijn. Het is ook niet het enige dat relevant is: er zijn veel meer aspecten die besproken moeten worden (zoals etnische achtergrond, gebeurtenissen in iemands leven). Het is ook belangrijk om te weten in hoeverre iemand al “uit de kast” is voor de omgeving: als je als therapeut iemand al met nieuwe naam of nieuwe aanspreekvormen aanspreekt terwijl er mensen uit de cliënten omgeving bij staan die nog van niets weten dan kan dit schadelijk zijn. De sessie bevatte vragen die door een pannel van vier transgender en gender non-conforming therapeuten vervolgens beantwoordden.

Het outen van de eigen gender achtergrond kan eigen dynamiek opleveren. Een therapeut zei: er zijn ouders die hun kinderen niet door hem willen laten behandelen vanuit het risico dat kinderen dan ook spontaan transgender zouden kunnen worden terwijl dat niet het geval zou zijn als ze door een andere therapeut behandeld zouden worden. Wat ook voorkomt is dat iemand hem fantastisch vindt: mensen denken dan dat hij een glazen bol heeft en alles weet. Beide is niet realistisch. Soms vinden mensen het moeilijk om bepaalde onderwerpen aan de orde te stellen, of ze beginnen een zin bijvoorbeeld met “Ik wil je niet beledigen, maar ...”. De therapeut gaf aan dat hij hier open in is: hij wil graag dat mensen open zijn over wat ze vinden of voelen, zodra hij merkt dat dit speelt stelt hij dit aan de orde. Transgenders zijn veel opener, dit heeft soms tot gevolg dat ouders haast krijgen: ze zijn het eens met de transitie, maar het mag niet te lang duren. Hun kind wordt dan gepushed om zich te outen. Voor cliënten zelf is de therapeut vaak de eerste transgender die ze ooit ontmoet hebben.

Bij pubers komen cliënten soms eerst zonder hun ouders binnen. Soms is de therapeut de eerste die geïnformeerd wordt over het transgender-zijn. Soms wordt het team dan eerst geïnformeerd en dan de ouder(s), soms ook allemaal tegelijk (afhankelijk van hoe de transgender dit zelf graag ziet). Het gevaar van zelf transgender zijn is dat je mensen zou kunnen pushen in de richting die je zelf ook gegaan bent. Dat is een gevaar waar transgender therapeuten zich van bewust moeten zijn.

Transgender therapeuten zijn zelf ook werknemers en ook zij hebben zich ooit geout. Een van hen moest een papier ondertekenen dat wanneer ze niet goed zou functioneren, ze dan ontslagen zou worden. Achteraf gezien denkt ze dat haar werkgever bang was dat cliënten niet door haar behandeld zouden willen worden. Ze heeft het papier niet ondertekend. Ze heeft haar transitie eerst in een kleine groep besproken. Er waren maar een paar collega's die hier vanaf wisten. Ze heeft haar achternaam gewijzigd om stealth te blijven. Ze zei "ik zou er alles voor gedaan hebben om aan het werk te kunnen blijven". Op vrijdag ging ze voor het laatst aan het werk als man bij de ene kliniek en de volgende maandag als vrouw bij een nieuwe werkgever. Er was een enorme druk om passabel te zijn, ze heeft lang rondgelopen met de vraag hoe cliënten haar gender zouden benoemen. Bij een andere therapeut gebeurde het omgekeerde. Hij werd juist gevraagd vanwege zijn transgender-zijn. Op dat moment had zijn partner hem (vanwege de transitie) verlaten, hij was net zo depressief als zijn eerste client. Hij vindt het soms lastig om om te gaan als "mens die alle antwoorden heeft", terwijl ook hij met vragen rondloopt. Een zwarte transvrouw die gendertherapeut is zei dat haar ethniciteit heel nuttig is: zij was samen met een andere zwarte transvrouw de enige twee zwarte transtherapeuten in de hele regio. Dat is eigenlijk te weinig gezien de samenstelling van de bevolking.

Het volgende onderwerp ging over projectie. Aan de ene kant staan de therapeuten projectie toe. Ze zijn wel voorzichtig om niet als "de" expert met "de" antwoorden gezien te worden. Ze nodigen cliënten uit om vragen te stellen, ook over binaire en non-binaire genders. Soms vragen ze "hoe is het voor jou om met een blanke transman te werken?". Ze zijn voorzichtig om eigen ervaringen te delen met de client, het gaat om de client en om diens ervaringen en diens vermogen om daar goed mee om te gaan. Soms werkt het outen ook tegen ze. Wat niet helpt is als er een enorm gat zit tussen de plek waar de cliënt staat en waar de trans therapeut staat.

De volgende vraag was hoe ze om gingen met hun rol als keuringspsycholoog. Ze gaven bij het begin van de gesprekken aan dat zij niet overtuigd hoeven te worden van iemands genderidentiteit. Patiënten zijn bang voor keuringen. Ze weten niet wat er van hen verwacht wordt en ook niet wat de therapeut wil. Doordat de therapeuten hier direct open over zijn, zijn cliënten vaak opener over de zaken waar het eigenlijk over zou moeten gaan: alcohol, drugs, gewelddadige relaties. Ze kunnen hier open over zijn omdat dit de hulpverlening op transgender-gebied niet zal vertragen en weten ook dat ze niet de perfecte man of vrouw hoeven te zijn. Het blijkt dat therapeuten in hun omgeving nauwelijks iets van transgender weten. Transgenders moeten overleven in een transphobe omgeving. Er zijn veel problemen met genderdysforie: achterhaalde racistische motieven, worstelen met eigen rol en gevoelens. Over kosten: een therapeut vraagt voor keuringsgesprekken één tarief, onafhankelijk van het aantal gesprekken. Hij wil voorkomen dat iemand geld uitgeeft voor zes gesprekken en dan nog steeds geen doorverwijzing heeft. Bij transgenders zonder psychische problemen heeft hij zo'n 3 - 4 gesprekken nodig. In zijn stad zijn bij sommige dienstverleners geen doorverwijzingsbrieven nodig om hormonen te krijgen. Hij vraagt dan ook bij de intake of dit bekend is om te voorkomen dat er gesprekken voor niets gevoerd worden.

Het volgende onderwerp ging over de LHBT-groepen. Doen de therapeuten hier aan mee? Dit verschilde sterk per therapeut. Een van hen zei dat ze in een omgeving werkte waarbij ze 9 patiënten per dag ziet en sowieso al veel voor transgenders in gevecht is om deze mensen de hulp te laten krijgen die ze nodig hebben. Om buiten haar werk dan nog in de LHBT-groepen actief te zijn werd haar te veel. Soms voelt ze zich daar wel schuldig over. Een andere therapeut werkte zowel als therapeut als als WPATH lid als in de lokale LHBT-groepen. Hij werkte ook mee aan de Transgender Gedenkdag in zijn stad en probeert zijn transgender-genoten daarmee te versterken. Voor weer een andere therapeut is het belangrijk om juist wel in de LHBT-groepen te werken. Veel transgenders krijgen geen begrip van hun ouders, als therapeut in een LHBT-groep te werken kan deze mensen steun geven die ze thuis niet hebben. Zij is niet bang om betrokken te zijn bij het leven van transgenders. Ze heeft zelf in drag rondgelopen om geld in te zamelen voor een goed doel, op

dat moment zag haar eigen therapeut haar en dat voelde toen goed voor haar.

Het volgende onderwerp ging over de WPATH: hoe kan de WPATH helpen? Het zou prettig zijn als er een werkgroep voor transgender nonconforming dienstverleners zou zijn. Mist WPATH een steunpunt? Er zouden ook meer transgenders in het bestuur van de WPATH moeten zitten, bij voorkeur niet-blanke mensen. Er zou ook meer interactie moeten komen. Soms worden goede ideeën afgewezen omdat het activisme zou zijn: een standaard reactie is dan “goed idee, te weinig menskracht” - en het idee is daarmee van tafel. De WPATH zou ook kunnen helpen bij de outing van mensen die zelf in de transgenderzorg werken. De WPATH zou ook trainingen kunnen geven om transfobie in ziekenhuizen waar transgenders werken tegen te gaan, hier zou dan accreditatie voor gegeven kunnen worden.

Facebook heeft overigens een WPATH account en je kunt je als transgender therapeut via de presentatoren aansluiten op een mailinglist.

Huisartsen die moderne technologie gebruiken als communicatiemethode

Deze presentatie werd gegeven door een huisarts uit Wales die via internet werkt (zie <http://www.GenderGP.co.uk>). De lezing begint met een citaat van Shakespeare: “Geef me een pen en inkt en ik schrijf mijn geest”. Op dit moment is alles on-line: banken, winkels, ondersteunende groepen, waarom dan geen hulp?

Wanneer mensen na veel jaren worstelen eindelijk de stap zetten om naar hun huisarts te gaan dan valt het resultaat vaak tegen. Huisartsen vinden van zichzelf vaak dat ze te weinig weten over transgenderzorg, of ze geloven er niet in. De wachtlijsten voor transgenderzorg van de NHS kunnen erg lang zijn, het kan soms een paar jaar duren voordat de behandeling begint. Haar praktijk ligt ver van Londen af, ook binnen haar regio moeten mensen vaak ver reizen om haar te ontmoeten.

Voor mensen met autisme of andere psychische problemen kan het helpen om hun problemen op te schrijven. Ze gebruikt meerdere vormen, naast e-mail (via een secure webpagina) zijn ook telefoon of video consult zijn mogelijk. In veel gevallen is dit voldoende, er zijn wel situaties waarbij mensen echt naar haar praktijk moeten komen.

Ze schrijft voor transvrouwen vaak Everol 100 mcg voor en Finasteride 5mg. Dit zorgt in combinatie voor een erg laag testosteron niveau. Hoewel ze niet iedereen kan helpen is de tevredenheid vanuit haar patiëntengroep toch 100%.

De officiële instanties zijn erg tevreden met haar aanpak. De reden hiervoor is dat ze alles opneemt en bewaart (ook sessies in haar praktijk). Als instanties zich afvragen of ze een patiënt voldoende heeft geïnformeerd kan dit altijd teruggezocht worden. Ze gelooft niet zo in protocollen: iedere patiënt verschilt.

Er is een eerste onderzoek, dit kan gevolgd worden door doorverwijzingen naar andere hulpverleners of psychiaters. Bloedtesten lopen via haar praktijk, maar mensen kunnen ook via een toolkit zelf bloed afnemen en per post opsturen. Afhankelijk van de manier die gebruikt wordt duurt de periode tussen aanmelden en hormonen krijgen minimaal 1 maand en indien nodig langer.

Een vraag die ze veel krijgt is hoe ze er achter komt of mensen wel-of-niet liegen. Ze gebruikt informed consent formulieren en concludeert dat liegen ook face-to-face mogelijk is (als een huisarts vraagt of iemand te veel drinkt is het antwoord altijd “nee”). Hormonen zijn geen riscante medicijnen. Bij jongeren en pubers wil ze deze wel altijd in de praktijk zien.

Kosten: het eerste gesprek is gratis, wanneer besloten wordt om te gaan behandelen is er een basisbedrag met maandelijks abonnement. De kosten zijn inkomstenafhankelijk en niet erg hoog.

Mensen met genderdysforie gelijke partners maken bij onderzoek in gezondheidszorg

De tweede presentatie komt ook uit Engeland. De vraag die de presentator stelt is hoe onderzoekers er zeker van kunnen zijn of hun onderzoek ook werkelijk aansluit bij informatiebehoefte uit de praktijk. Hierbij wordt iedereen die dat wil betrokken: transgenders, familie, partners, etc. De manier waarop dit werkt is afkomstig van de James Lind Alliance (JLA, zie <http://www.jla.nihr.ac.uk/home>). De scope is gezondheidszorg of welbevinden, bijvoorbeeld lichaamsfuncties, organisaties of activiteiten. Doel is om tot een goede behandeling te komen. De JLA kan helpen om financiering van onderzoek te krijgen. Als het project gekozen wordt dan wordt het onderzoek gedaan door de onderzoeker, die afstemt met de JLA adviseur/deelprojectleider. Ook de administratie loopt via de JLA. Daar omheen zit een stuurgroep, dit kan zowel de WPATH zijn als een lokale groep. Daar omheen komen de partners van het onderzoek en in de buitenste schil zitten de overige stakeholders zoals patiënten via de website.

Het is een transparant proces waarbij bij het inschrijven van personen gekeken wordt of iemand banden met medische bedrijven heeft. Er wordt na het aanmelden van onderzoek gekeken of er al meer onderzoek over deze vraag bekend is en of er geen dubbele aanmeldingen zijn.

Als de dubbele aanvragen verwijderd zijn gaan 12-20 mensen (gelijk verdeeld tussen patiënten en onderzoekers) de prioriteit bepalen. Een typische dag om prioriteiten te bepalen begint met een introductie waarbij mensen iets over hun achtergrond vertellen. Daarna wordt in kleine groepen de prioriteit bepaald, dit wordt daarna in een plenaire sessie besproken. Op basis hiervan komt een tweede ronde in subgroepen en tot slot wordt in een plenaire sessie de definitieve prioriteit bepaald. Een dergelijke dag duurt standaard van 10:00-16:00, dit kan dus in korte tijd gebeuren.

Deze manier van werken zou een oplossing kunnen zijn voor WPATH onderzoeksvragen (op de sheets komen meerdere citaten uit de Standards of Care naar voren). Deze werkwijze gebeurt al voor andere aandoeningen, zo kwam bijvoorbeeld voor dementie als onderzoeksvraag “hoe kunnen we mensen met dementie zo lang mogelijk zelfstandig laten wonen” naar voren. De vraag is nu natuurlijk: wat wordt de top-10 voor gender? We kunnen dit zelf aangeven via <http://www.gender-pp.com/> . Ook mensen buiten de UK kunnen zich aanmelden (sterker nog: de presentatie is bewust op WPATH gehouden om meer mensen van buiten de UK aan te trekken omdat de verschillen tussen regio's gebruikt kunnen worden om het selectieproces beter te maken).

LGBT-mensen en kankeronderzoek

De derde sessie ging over kankeronderzoek onder transgenders. De kliniek in Toronto heeft een campagne ontwikkeld, zie cancer.ca/getscreend om mensen te bewegen zich te laten controleren op kanker. Transgenders hebben een grotere kans op kanker doordat ze gemiddeld meer roken, meer alcohol gebruiken en relatief vaker aan obesitas lijden. Dit soort controles levert in de reguliere zorg soms problemen op: als een bloedformulier ingevuld wordt voor een transman dan wordt dit formulier en het bijbehorende bloed soms weggegooid omdat bepaalde controles voor cis-mannen niet nodig zijn. Dit levert veel frustratie op bij transmannen.

Bij de mogelijkheid voor vragen werd door een Nederlandse endocrinoloog in twijfel gesteld of de leeftijds grenzen voor verschillende groepen kloppen. Sommige controles gaan in tegen internationale adviezen.