

WPATH - Vierde dag, 21 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

- **Standards of Care (SoC) 8: vragen voor de volgende versie (Concert Hall)**
- **Presentaties van diverse onderzoeken (Concert Hall)**
- **Informed Consent 2.0: trans-gerelateerde beslissingen in de gemeenschap maken**

Standards of Care 8

De laatste dag van de SoC begint met een discussie over **Standards of Care (SoC) 8**. Versie zeven is van 2011 en het proces voor SoC-8 is nu begonnen. De [1] eerste presentatie gaat over de geschiedenis van de Standard of Care. In 2001 komt voor het eerst non-binary voor in de SoC, in die SoC wordt ook afscheid genomen van de verplichte “driedelige aanpak” (triadic approach) van psychotherapie, hormonen en operaties losgelaten.

In de [2] tweede presentatie wordt ingegaan op de vraag hoe we tot SoC 8 komen (de sheet hierover ging zo snel van het scherm af dat ik geen tijd had dit over te schrijven: het begint met het aanstellen van werkgroepen en na enkele drafts wordt SoC-8 goedgekeurd). Probleem hierbij is dat de vertaling van SoC-7 naar SoC-8 veel tijd en daardoor veel geld kan gaan kosten. Bij SoC-7 is begonnen om de richtlijn te baseren op wetenschappelijk bewijs, dit betekent dat ook de wijzigingen naar SoC-8 op basis van wetenschappelijk onderzoek moeten plaatsvinden. Mensen die aanpassingen willen wordt geadviseerd hier een artikel over te schrijven, waar collega's op kunnen reageren. De werkgroep die zich bezig houdt met SoC-8 kan op basis hiervan dan besluiten welke wijzigingen doorgevoerd worden (en welke niet).

Er zijn nieuwe inzichten over hormonen, de wijzigingen op dit gebied worden nog in 2017 vastgesteld omdat dit de basis vormt voor de overige wijzigingen. In de algemene hoofdstukken komen wijzigingen t.a.v. gezondheidszorg en kinderen/pubers. In de appendix komen hoofdstukken over beschikbare toolkits en hormonen in verschillende delen van de wereld (niet alle hormonen zijn overal verkrijgbaar). Genderqueer/non-binary krijgt een eigen sectie. Het doel is om over 2 jaar, bij de WPATH in Argentinië, de nieuwe SoC te kunnen vaststellen.

In de [3] derde presentatie gaat het over de veranderingen in doorverwijsbrieven van psychologen. Onderzocht moet worden of er één of twee brieven nodig zijn voor de geslachtsoperatie. De vraag is ook of er regels opgesteld moeten worden wie wel-of-niet mag doorverwijzen. En de vraag is ook: mogen huisartsen doorverwijzen? Wat zijn de eisen aan iemand die doorverwijst? En wat moet er in

zo'n brief staan? Kunnen multi-disciplinaire teams volstaan met één doorverwijzingsbrief? Als één brief inhoudelijk erg gedetailleerd is, zou dat dan ook voldoende kunnen zijn? Bij sommige WPATH-eisen staat dat iets “well-controlled” moet zijn, wanneer is iets “well-controlled”?

De [4] volgende spreker geeft aan dat er vier belangrijke punten zijn die gewijzigd moeten worden:

[1] de genderdichotomie, dit moet een genderspectrum worden, denk aan het broodpoppetje.

Geslachtsoperaties zijn niet niet altijd nodig.

[2] Mogelijkheden voor voortplanting zijn belangrijk, het is een grote wens van veel transgenders.

De invloed van hormonen op verminderde mogelijkheid tot voortplanten moet niet onderschat worden.

[3] Een of twee doorverwijzingsbrieven (zie voorgaande presentatie), in de praktijk wordt nu al vaak één brief gebruikt waar er volgens de huidige Standards of Care twee nodig zijn. Er moet ook gesproken worden over een bevoogdende danwel patiëntgerichte aanpak. Informed consent is belangrijk: het gaat onder meer om afspraken die in dialoog gemaakt worden en vrijwillig genomen besluiten van patiënten dienen gerespecteerd te worden.

[4] Minimale leeftijd van geslachtsoperaties is een probleem: de huidige standaard gaat uit van 18 jaar terwijl in sommige landen de leeftijd waarop dit soort besluiten genomen kunnen worden lager is (bijv. Nederland 16 jaar, in België beslist een arts of een kind/puber in staat is dit soort besluiten te nemen). In dat geval zou het kunnen voorkomen dat een arts op basis van de leeftijdsriteria in de SoC besluit toch geen operatie uit te voeren. Het voorstel is om van geval tot geval te kijken wat wijsheid is en te kijken of het kind snapt wat de risico's, voordelen, alternatieven en aanpak zijn. Als dit zo is, dan kan de beslissing genomen worden door een multi-disciplinair team.

De [5] vijfde presentatie gaat over het doel van medische richtlijnen en het belang daarvan voor kinderen en pubers. Er zijn drie modellen bekend voor transgenders:

[1] Het therapeutische model (gaat er van uit dat transgender-zijn genezen kan worden, dit model is niet ethisch),

[2] Wachten en kijken wat er gebeurt (ondersteunen van ouders, balans zoeken) en

[3] Bevestigen van iemands genderidentiteit (waarbij verwezen werd naar de Gender Incongruence in Childhood (GIC)-discussie waarbij de WPATH 50/50 koos voor blijven of uit ICD-11 zetten - dit is ook zaterdag plenair besproken).

Bij transgender jeugd is een discussie op welke leeftijd puberteitsremmers mogen beginnen. In SoC 7 staat geen leeftijd, Tanner 2 (schaal voor lichamelijke veranderingen in iemands leven, Tanner 2 = begin puberteit) wordt wel genoemd. Veel studies gaan uit van minstens 12 jaar. Start van de hormonen van de andere sekse mag na toestemming van ouders vanaf 16 jaar. De leeftijd waarop geslachtsoperaties gedaan mag worden staat ter discussie (zie eerdere presentatie), ofschoon borstverwijderingsoperaties bij mannen eerder mogen. Er is behoefte aan medische richtlijnen, minimaal voor hulpverleners en ouders. Een groot deel van de discussie over dit onderwerp wordt niet gevoerd op basis van bewijs, maar op basis van emoties. Bekeken moet worden waar we het eens zijn (en waar niet) en ook wat wel of niet in de richtlijnen moet komen.

De [6] zesde presentatie ging over hormoonbehandelingen. Er zijn verschillende aanpakken in het gebruik van hormonen, dit hangt ook sterk af van het land waar de behandeling plaatsvindt. Er moet nagedacht worden over non-binary wensen. Er moet worden nagedacht over gebruik van puberteitsremmers bij volwassenen en of er waarschuwingen voor cyproteronacetaat (bijv. Androcur) opgenomen moeten worden in de SoC.

Hierna is tijd voor reacties uit de zaal. De volgende vragen worden gesteld:

- De SoC wordt niet alleen door medici gebruikt, maar ook door verzekeringsmaatschappijen en de politiek
- Met name aan zuidelijke landen moet duidelijk gemaakt worden dat deze behandelingen noodzakelijk zijn. Er moet onderzoek gedaan worden naar kosten van gezondheidszorg.

- Zorg voor input van zorggebruikers, niet alleen in de adviescommissie maar ook in de commissie die de SoC schrijft
- Huisartsen zijn prima in staat om de meeste hormonen voor transgenders voor te schrijven
- Doorverwijzingsbrieven: kijk naar soortgelijke brieven voor cisgenders voor vergelijkbare operaties
- Stop met woorden zoals “emoties” en “activisten”. Dit leidt af van een wetenschappelijke aanpak. In het verleden stapte iemand bij andere discussies met een zak op het podium op om zijn punt te maken: in die tijd werd hij gezien als een lastige activist, tegenwoordig zien we hem als held.
- Is er onderzoek gedaan naar één of twee doorverwijsbrieven voor operaties? De vragensteller heeft ervaring met doorverwijzingsbrieven van mensen met goede bedoelingen maar die niet genoeg onderzoek gedaan hebben waardoor het direct geven van een operatie schadelijk geweest zou zijn.
- Leeftijd van 16 of 18 in plaats van ontwikkeling van de patiënt?
- Misschien handiger om een vragenlijst te gaan gebruiken in plaats van een doorverwijsbrief?
- Er is onderzoek nodig, we moeten zo snel mogelijk onderzoek doen, ook naar informed consent model.
- Er is één onderzoek naar operaties onder 18 jaar
- Er zijn gegevens beschikbaar over onderzoek naar psychische en emotionele hulp, het is voor vervolgonderzoek belangrijk om dit af te zetten tegen het spectrum (non-binary).
- Weet, dat de SoC voor meer zaken gebruikt wordt dan alleen medische zaken, denk aan aanpassing van wetgeving. Antwoord: de WPATH is zich hiervan bewust en heeft zich hier al over uitgesproken.
- Graag aandacht voor non-binary gevoelens en gevolgen daarvan voor psychische gezondheid
- Er komt aandacht in de SoC voor complicerende factoren
- Het is belangrijk om zorgvragers te betrekken bij de SoC, genoemd worden onder meer internationale vertegenwoordigers van de wereldgezondheidsorganisatie, Gate, Ilga, plaatselijke groepen, er is behoefte aan een vastgelegde werkwijze waarop zorggebruikers betrokken worden bij voorstellen voor de nieuwe SoC.
- De commissie voor de nieuwe SoC wil graag zoveel mogelijk mensen betrekken, de zaal wordt gevraagd om namen van mensen en organisaties die betrokken willen worden.
- De SoC moet aandacht hebben voor sociale aspecten, geweld, wetgevings aspecten.
- Hulp voor transgenders om te besluiten welke hulp wel-of-niet nodig is
- Zorgen dat psychische hulp en verpleegkundigen meer weten over transgenders (antw: hier is een committee binnen de WPATH mee bezig)
- Het is belangrijk dat ook van SoC 8 vertalingen beschikbaar komen
- Graag aandacht voor verplichte sterilisatie in wetgeving voor aanpassing van genderaanduiding (nog steeds aanwezig binnen wetgeving van 23 Europese landen)
- Advies vanuit Groot-Britannië: iedereen die de geslachtsaanpassing wil doorvoeren kan dat doen door Brit te worden, er moet weliswaar een examen worden afgelegd maar dat examen wordt ook door Britten zelf niet gehaald.
- Graag aandacht voor wetgeving: non-binary in combinatie met de mogelijkheid om te reizen.
- Iemand maakt zich zorgen dat operaties voor mensen jonger dan 18 jaar en hormonen van het andere geslacht voor mensen jonger dan 16 jaar verboden gaan worden. Er is weliswaar veel bekend over behandelingen op jongere leeftijd, maar artsen zijn bang om dit te publiceren.
- Er is een interview bekend met Thaise artsen die op 16 jarige leeftijd opereren, die vereisen seks met mensen in hun geboortegeslacht om uit te sluiten dat mensen homo zijn in plaats van transgender
- Gepleit wordt voor individuele benadering om spijtoptanten te voorkomen
- Onderzoek: op dezelfde manier gaan doen als kankerbehandelingen in België binnen multi-disciplinaire teams, verzamel informatie en zorg ook voor informatie hoe situaties zich ontwikkelen.
- Kanker kan behandeld worden buiten een multi disciplinair team, ook zorg voor transgenders kan op heel veel manieren uitgevoerd worden

- Er wordt gepleit voor meer uitwisseling van kennis tussen groepen die zich met verschillende onderwerpen bezig houden zodat informatie over hoofdstukken heen consistent blijft

Presentaties van diverse onderzoeken

De presentaties gingen voornamelijk over de combinatie van autisme met genderdysforie: het [1] eerste onderzoek van de VU ging het om een hype of is er werkelijk wat aan de hand? Er zijn 27 onderzoeken bekend, waarvan 12 onderzoeken die gegevens verzamelen en 12 case studies. De zaal wordt een aantal vragen gesteld (waar nauwelijks op gereageerd wordt), bijv. of mensen denken dat een extreem mannelijk brein iets te maken heeft met autisme storingen en of mensen denken dat autisme betekent dat iemands brein verzwakt is.

Waarschuwingen uit het onderzoek: correlatie tussen autisme en genderdysforie is iets anders dan concluderen dat genderdysforie veroorzaakt wordt door autisme. Ook moet gekeken worden naar de definitie van comorbiditeit en vooroordelen bij het doen van onderzoek. Zowel genderdysforie als autisme zijn continuums, patiënten met autisme en genderdysforie moeten langdurig gevolgd worden om de resultaten van de behandeling te beoordelen. Gezocht werd naar een standaard behandeling voor een kwetsbare groep. Er is meer onderzoek nodig. Advies: wees voorzichtig bij het trekken van conclusies en wees aardig voor elkaar want iedereen wil graag een betere wereld.

Het [2] tweede onderzoek was een onderzoek uit Groot-Brittannië, met een nadruk op cijfers. Het ging om een onderzoek onder mensen van 18-22 jaar. Hoe kunnen we deze mensen beter behandelen? Autisme is geen stoornis. Veel mensen die zowel autisme als genderincongruentie hebben worden niet behandeld voor hun autisme op het moment dat ze een behandeling zoeken voor genderincongruentie. Dit komt doordat ze niet altijd op een prettige manier communiceren en sommige autisten worden hierdoor onterecht als genderincongruent gezien. In dit onderzoek zijn 137 patiënten bekeken, daarvan zijn 66 als man geboren en 71 als vrouw geboren. Gemiddelde leeftijd bij start van de behandeling is 19 jaar. In dit onderzoek bleek 16,79% van de transgenders autisme te hebben (landelijk GB = 1,1%). 10% van de aanmelders is eerder gediagnostiseerd voor autisme. Van de 66 mensen die als man geboren zijn, hebben er 8 een diagnose en 7 mensen wordt het vermoed. Bij de 71 mensen die als vrouw geboren zijn, hebben 5 een diagnose en wordt het bij 3 vermoed.

Groot-Brittannië is geen gemakkelijk land voor mensen met autisme. Veel mensen voelden zich niet op hun gemak in een ziekenhuis. Bij de diagnose is de vraag hoe autisme de diagnose beïnvloedt. Communicatie over gevoelens en het luisteren naar de patiënt is lastig. Sommige patiënten zijn aggressief. Het is belangrijk dat de stigmatisering voor transgenders met autisme verdwijnt. De familie moet gender incongruentie begrijpen. Transitie zijn lastig, zeker bij non-binary gevoelens. Het is moeilijk om te begrijpen welke hulp nodig is. Hoe om te gaan met angst is een aandachtspunt. Patiënten hebben veel informatie nodig over de behandeling omdat dit hen helpt om grip op de situatie te houden. Het is nodig om zorgverleners op te leiden om beter te communiceren. Een praktijkvoorbeeld: een transgender zit in de wachtkamer en begint gek te zwaaien. Mensen bij de balie zijn bang dat ze psychotisch wordt, toen een hulpverlener vroeg wat er aan de hand was zei ze dat ze het gevoel had dat mensen haar aan zaten te staren. Ze begon toen met haar handen te zwaaien om die mensen iets te geven om naar te kijken.

Het [3] derde onderzoek komt uit Gent. Er is weinig onderzoek, slechts 2 onderzoeken naar volwassen transgenders met autisme. Uit beide onderzoeken blijkt dat het percentage autisme hoger is onder transgenders dan landelijke cijfers. In dit onderzoek onder 63 mensen wordt gebruik gemaakt van de categorieën geen autisme, vermoeden van autisme (vermoeden door vorige of huidige zorgverlener) en zeker autisme (diagnose gesteld). Autisme komt zowel bij transmannen als bij transvrouwen vaker voor dan gemiddeld: bij 6% is de diagnose autisme gesteld, bij 6% werd het vermoed. Landelijk is dit ongeveer 1%. Bij man naar vrouw komt dit vaker voor dan bij vrouw naar

man transgenders. Een individuele aanpak en voorlichting is nodig. Algemeen advies is om niet te lang te wachten omdat dit lange wachten slecht is voor transgenders.

Hierna volgen twee presentaties die vanwege technische problemen of gebrekkig Engels lastig te volgen waren en die ik niet verder samenvat.

Informed Consent

De laatste sessie ging over Informed Consent en komt uit Canada. De [1] eerste spreker vertelt dat het daar soms lang om hulp te krijgen, men wil leiderschap binnen de transgendergroepen graag bevorderen. In Ontario heeft men een oplossing waarbij groepen mensen (max. 8 mensen) gedurende 10 weken bij elkaar komt om over transgenderzaken (“Gender Journeys”). Het zijn besloten groepen, er zijn geen keuringspsychologen aanwezig. Er gaat ook geen informatie vanuit deze groep naar hulpverleners. Aan het eind van de sessies krijgen mensen een papier waar op staat dat deze persoon goed geïnformeerd is over transgender zaken. Er worden verschillende werkvormen (voorlichting over hormonen, een film, panneldiscussies) gebruikt.

In de praktijk gebeurt besluitvorming voor hormoonbehandelingen nogal bijzonder. Een behandelaar die zelf transman is vertelt hoe hij drie keer in aanraking kwam met hormonen. De eerste keer vroeg hij om de pil, die kon hij alleen krijgen als hij getrouwd was. Dus heeft hij de goedkoopst mogelijke ring gekocht en op basis van het dragen van een ring kreeg hij de pil. De tweede keer was toen hij vroeg om medicijnen tegen de menopauze. Ook deze hormonen kreeg hij probleemloos. De derde keer vroeg hij om hormonen van het andere geslacht, toen kreeg hij heel diepgaande diagnose. Zijn vraag is waarom dit laatste nodig is.

Er volgt een toelichting op de WPATH Standards of Care, de DSM en de vraag waarom transgenders geen gebruik kunnen maken van de Z-codes in de ICD (waar geen diagnose voor nodig is).

Wanneer mensen in hun normale leven belangrijke beslissingen nemen, dan doen ze dit meestal door met mensen in hun eigen omgeving te praten: familie of vrienden. Ze kunnen boeken lezen of op internet zoeken. Eventueel kunnen ze problemen met hun huisarts bespreken. Het naar een multidisciplinair team gaan in een niet-stedelijke omgeving is lastig. Artsen zouden zichzelf meer moeten zien als ondersteuners van een transgenderproces dan als poortwachters.

De [2] tweede spreker is een huisarts die twee uur reizen van het genderteam in Ontario woont. Het is een dun bevolkt gebied. Deze huisarts gelooft niet in experts: huisartsen kennen hun mensen beter. Het is daarom goed om via informed consent hormonen van huisartsen te krijgen. Er zijn bij de “Gender Journeys” meerdere groepen, bijvoorbeeld jongeren, ouders en familie, non-binaries. Er is een andere manier van denken nodig, meer support voor zelfmanagement. Huisartsen kunnen de meeste hulp aan transgenders zelf geven en alleen in moeilijke gevallen (bijv. diabetes) doorverwijzen naar een genderteam. Huisartsen zouden gestimuleerd moeten worden om transgenders hormonen te verstrekken. Vanuit het oogpunt van een huisarts is het moeilijker om depressies te behandelen dan een hormoonbehandeling van transgenders te begeleiden.

De [3] derde spreker vindt het belangrijk dat er niet gepathologiseerd wordt. Transgenders zijn mensen. Ongeveer 1% van de bevolking is transgender, dus in haar plaats van 140.000 inwoners betekent dit dat ongeveer 1400 mensen transgender zijn. Dit betekent ook dat er veel zorg nodig is, veel meer dan een individueel genderteam aan kan. Haar stelling als huisarts binnen een breder team van maatschappelijk werkers, verpleegkundigen en psychologen is “wij kunnen dat, hoe moeilijk kan het zijn. Dus we zijn er mee begonnen”. Iedereen kan in haar beleving transgenders helpen.

Als een transgender zich aanmeldt dan krijgt die direct drie aandachtspunten te horen:

- 1) Je hoeft je niet beter voor te doen dan je bent, want wij zijn er om je te helpen en zullen je niet tegenhouden
- 2) Je hoeft niet uit te leggen waarom je de hormonen nodig hebt, als je wilt mag het maar het is niet nodig om hormonen te krijgen
- 3) Hoe kunnen wij je het beste helpen.

Specialistische zorg is slechts in een heel beperkt aantal gevallen nodig. Het is wel belangrijk om te voorkomen dat alle transgenderzorg door één persoon gegeven wordt, want als die uitvalt dan stopt de zorg. Doel is om ondersteunde medische hulp (hormonen, operaties) te geven, mensen komen niet om voor gezorgd te worden, ze komen voor hulp.

Ze is begonnen met hulpverlening aan volwassenen. Daarna kwam iemand van 16 jaar, die heeft ze ook geholpen. De leeftijd ging steeds verder naar beneden, op dit moment helpt ze kinderen van 3. De oudste persoon is 80 jaar. Bij jongeren is het niet belangrijk om over genderzaken te praten, vooral steun voor de omgeving is belangrijk. Ze vertelt haar patiënten vaak dat ze ooit ijshockey speelde (als man), dus dat ze het aankan. Ze merkt een verschil in de hulpvraag van ouders: een paar jaar geleden kwamen mensen vooral met de hulpvraag “genees mijn kind van transgendergevoelens”, tegenwoordig is de hulpvraag “help mijn kind”.

Wetgeving is erg belangrijk. Wetgeving in Ontario is goed: genderidentiteit en genderexpressie zijn wettelijke rechten. Therapie om transgenders te genezen is verboden voor mensen jonger dan 18 jaar.

Er moet bij ziekenhuizen gekeken worden of transgenders geholpen kunnen worden (niet alleen voor transgender gerichte zorg maar ook daarbuiten): hoe willen mensen aangesproken worden? Kunnen transgenders in de juiste kamers (obv gender) behandeld worden? Er moet transgender gericht beleid gemaakt worden.

Protocollen voor transgender hulpverlening moet veranderen van poortwachters-rol naar patiëntgerichte zorg binnen de komende 10 jaar.

De toename van zorgvragers is niet alleen bij jongeren het geval maar ook bij volwassenen. Wanneer iemand hormonen vraagt wordt gesproken over het informed consent model en over de “Gender Journey”. Deelname aan dit laatste is niet verplicht, sommige transgenders hebben een hekel aan groepen. Er wordt gesproken over wat een transitie inhoudt, mensen hun gevoelens worden niet beoordeeld (geen poortwachter). “Gender Journey” is ook handig omdat deze gesprekken kunnen plaatsvinden terwijl mensen op een wachtlijst staan. Er moet binnen SoC8 minder nadruk gelegd worden op niet-toestaan en meer op welke informatie gegeven moet worden voorafgaand aan een (eigen) beslissing en welke hulp gegeven moet worden. Het is belangrijker dat hulp beschikbaar is dan dat er vereisten zijn waar aan voldaan moet worden. Er is geen “juiste manier” om transgender te zijn.

Zelfmoordpogingen komen bij transgenders vaker voor dan gemiddeld. Als je kijkt naar de momenten waarop dit gebeurt, dan is dit vooral op momenten dat er nog geen hulp gegeven wordt. “Gender Journeys” helpen om transgenders niet stil te laten staan tijdens de wachtlijst en dit kan zelfmoordpogingen tegen gaan.

Sommige transgenders zijn redelijk aanvallend, dit komt ook in de groepen naar voren. Dit is logisch: transgenders leven in moeilijke omstandigheden. Ze kunnen hier niet tegenop, daardoor komt de woede naar boven bij mensen in een vriendelijker omgeving.

Groepsdenken (of: overrulen van individuele meningen) wordt voorkomen doordat in elke groep zowel super kwetsbare mensen zitten als mensen met goede social vaardigheden. Leiders van groepen moeten verschillen benadrukken. Het wordt ook voorkomen door onderwerpen eerst in kleine groepen te bespreken en pas daarna plenair. Daarnaast is de groep heel divers doordat het

verschil in leeftijd groot is: mensen van 16-80 jaar hebben verschillende achtergronden.

Het voordeel van groepen zoals in Ontario is dat het goedkope, erg effectieve groepen zijn. Er worden ook dagen georganiseerd dat ouders, kinderen en transgender kinderen bij elkaar komen. Ook dat werkt goed.

Transgender behandelaars hebben nog steeds problemen om in werkgroepen van de WPATH te komen over transgenderhulp. Dit komt doordat andere behandelaars denken dat de druk op deze mensen vanuit de eigen transgender achterban te groot kan worden.

Tot slot: er wordt in voorlichting ook gebruik gemaakt van 1:1 discussies tussen deelnemers. In de inleiding worden de cisgenders gepathologiseerd: “we vinden het erg jammer dat jullie cisgender zijn, dat jullie je eigen gender nooit onderzocht hebben... Het moet heel erg zijn om in een cisgender omgeving te leven”, etc. Daarna mogen mensen 1:1 vragen beantwoorden over hun eigen gendergevoelens.

De vraag wordt gesteld hoeveel mensen in de zaal contact hebben met andere transgender hulpverleners voor ondersteuning. Dit blijkt bij 10 van de 60 aanwezigen het geval te zijn (n.b: het kan zijn dat deze cijfers vertekend zijn, niet alle aanwezigen zijn hulpverleners). De presentatoren boden aan om opgenomen te worden in hun mailinglist t.b.v. het uitwisselen van kennis.