



Stichting Voorzij

info@voorzij.nl
www.voorzij.nl

Culemborg, 27 juli 2020,

Geachte leden van de Commissie Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Naar aanleiding van de Toekomstvisie transgenderzorg en de bijbehorende bijlagen, brengen wij graag onze zorgen onder uw aandacht. Dit zijn de hoofdpunten van zorg, die wij hieronder zullen toelichten.

1. Onze eerste punt van zorg is de toename van het aantal jonge meisjes onder de patiënten die zich aanmelden voor transgenderzorg.
2. Ons tweede punt betreft de effectiviteit en eenzijdigheid van het binnen de Nederlandse transgenderzorg gebruikte affirmatiemodel.
3. Het derde punt is het ontbreken van bewijs voor de effectiviteit van de geboden zorg. Ook onderzoek naar effecten na transitie, zowel na korte als langere tijd ontbreekt.
4. Als vierde punt noemen wij het ontbreken van beleid gericht op de begeleiding van detransitioners.
5. Het vijfde punt van zorg is dat ontwikkelingen in het buitenland die nopen tot meer zorgvuldigheid in deze toekomstvisie geheel genegeerd worden. Wij vinden dat die betrokken moeten worden bij het maken van beleid.

Daarnaast hebben wij vragen, die we verder hieronder niet toelichten, maar voor het gemak doornummeren:

6. Is de kwartiermaker wel onafhankelijk genoeg? Er lijkt hier meer sprake van belangenbehartiging door een lobbygroep die er enkel op uit is om de affirmatieve zorg uit te breiden.
7. Waar is het overzicht van de kosten, de kostenstijging in achterliggende jaren, de wijze van financieren?
8. Waar is het overzicht van de wijze van diagnostiek? Hoe staat het met de controle op de kwaliteit van counseling en begeleiding en nazorg?

1. De eerste zorg is de toename van het aantal jonge meisjes onder de patiënten die zich aanmelden voor transgenderzorg.

In Nederland zien we een toename van ca. 950% tussen 2007 en 2017. De mogelijke verklaringen die in het Toekomstvisie document worden geopperd voor de algemene toename van transgender personen, zijn volstrekt ontoereikend om deze gigantische stijging onder meisjes te verklaren. Toegenomen bekendheid, sociale acceptatie, versoepelde regelgeving en diagnosecriteria bieden geen uitleg voor de plotselinge oververtegenwoordiging van trans-identificerende meisjes.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-019-01394-6>

Door de sterke stijging onder meisjes met genderdysforie, vormt deze groep tegenwoordig het merendeel van de patiënten van genderklinieken. Deze verschuiving in de sekseratio van dysforiepatiënten is niet alleen in Londen, Engeland geobserveerd, maar ook in Nederland. De onderliggende vraag: ‘wat is er aan de hand dat zoveel meisjes geen meisje meer willen zijn?’ wordt niet gesteld. Terwijl die vraag juist van groot belang om te stellen. Een vergelijking met de plotselinge toename van anorexia dient zich aan.

[https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(15\)30967-X/fulltext](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(15)30967-X/fulltext)

[https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(18\)31107-X/fulltext](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(18)31107-X/fulltext)

Gezien de verwachte toename van de zorgvraag van 42 % per jaar en de oververtegenwoordiging van jonge meisjes daarin, lijkt het ons van groot belang om onderzoek te laten doen naar de oorzaken van deze toename. Iedere aanzet tot onderzoek naar de oorzaken van de toename van de zorgvraag ontbreekt in deze Toekomstvisie. De toename wordt als feit aangenomen en niet bevraagd.

Het is vooral van belang om dit te onderzoeken omdat in het buitenland is al gebleken dat sociale besmetting een rol speelt. Zie het onderzoek van Lisa Littman naar Rapid Onset Gender Dysphoria: kinderen die plotseling van de ene op de andere dag beweren ‘in het verkeerde lichaam’ geboren te zijn:

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0202330>

Recent kwamen er tijdens de lockdown op belangrijke fora zoals Mumsnet en Twitter opvallend veel meldingen van ouders van wie het trans geïdentificeerde kind was teruggekeerd naar het eigen geslacht. De afwezigheid van peerpressure en het niet hoeven omgaan met vervelend gedrag van jongens op school had enorme invloed en meisjes gingen zich weer thuis voelen in hun eigen lichaam

<https://uncommongroundmedia.com/detransition-during-lockdown-2/>. Dergelijke signalen zijn te belangrijk om niet mee te nemen in de visie op het verschijnsel van de toename en de toekomst van de zorg.

In het buitenland wordt wél onderzoek gedaan naar deze enorme toename.

De Britse minister voor Vrouwen en Gelijkheid is een onderzoek gestart na een stijging van maar liefst 4.400% in het afgelopen decennium van het aantal tienermeisjes dat naar genderklinieken wordt doorverwezen voor transitie.

<https://www.telegraph.co.uk/politics/2018/09/16/minister-orders-inquiry-4000-per-cent-rise-children-wanting/>

In Zweden is een stijging van 1.500% tussen 2008 en 2018 onder dezelfde groep gerapporteerd.

<https://www.theguardian.com/society/2020/feb/22/ssweden-teenage-transgender-row-dysphoria-diagnoses-soar>

2. De eenzijdigheid van het affirmatiemodel

Op basis van gebleken onjuiste onderzoeksgegevens rond suïcidaal gedrag wordt in de toekomstvisie gekozen om kinderen snel tot transitie te laten komen. Dit in tegenstelling tot behandeling bij morfodysmorfie. Patiënten met dat ziektebeeld worden juist niet bevestigd in de eigen waarneming van het eigen lichaam. Er wordt niet snel tot amputatie van als lichaamsvreemd ervaren lichaamsdelen overgegaan. Onduidelijk is waarom bij genderdysforie de tendens is om zo snel als mogelijk te bevestigen dat er sprake is van ‘geboren in het verkeerde lichaam’ om vervolgens een heel traject in te zetten te beginnen bij puberteitsremmers.

En dan is er ook nog het idee om de (minderjarige) transgender persoon een gelijkwaardiger stem in de besluitvorming over de inzet van zorg te geven. Een beweging richting ‘shared decision making’, gezamenlijke besluitvorming. Hierbij gaat het dus niet alleen om een gelijkwaardige informatiepositie, maar ook om een gelijkwaardige invloed op besluiten rondom de (verdere) behandeling. De inbreng van de te behandelen (minderjarige)persoon wordt hierdoor dusdanig vergroot, dat dit mogelijk de uitkomst van de behandeling beïnvloedt.

Normaal gesproken wordt een dusdanige inbreng pas toegestaan wanneer er sprake is van palliatieve zorg.

Wereldwijd wordt ondertussen aangedrongen op zorgvuldige evaluatie van de begeleiding van trans geïdentificeerde kinderen.

<https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-bulletin/article/freedom-to-think-the-need-for-thorough-assessment-and-treatment-of-gender-dysphoric-children/F4B7F5CAFC0D0BE9FF3C7886BA6E904B/share/800abbaff82cc6eaa399c52d957a565b6978d459>

Er verschijnen steeds meer onderzoeken die laten zien dat de bewijsvoering voor de behandeling flinterdun is:

<https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-bulletin/article/sex-gender-and-gender-identity-a-reevaluation-of-the-evidence/76A3DC54F3BD91E8D631B93397698B1A/core-reader>

Ook worden zorgen van mensen die in genderklinieken werken over de inhoud van de behandeling en de snelheid van transitie, terzijde geschoven.

<https://www.transgendertrend.com/2017-letter-gids-clinicians-ignored-guardian/>.

Waarom niet wordt gekozen voor een model waarbij kinderen eerst en vooral de ruimte en gelegenheid wordt geboden om trauma's te verwerken, en zich te vereenzelvigen met hun eigen lichaam, wordt niet toegelicht in de toekomstvisie.

3. Het ontbreken van bewijs voor de effectiviteit van de geboden en de voorgestelde zorg

De voorgestelde zorg is volledig gericht op snelle diagnose (na enkele gesprekken) en behandeling met puberteitsblokkers, cross sex-hormonen en operaties. Terwijl er geen echt diagnosemodel is, er ontbreekt toetsing, minderjarige kinderen krijgen de gelegenheid al rond hun elfde of twaalfde te beslissen over het starten met genoemde medicatie en dus over levenslange steriliteit en levenslange afhankelijkheid van kunstmatige hormonen.

Om nog maar niet te spreken van de veelal daaruit volgende onomkeerbare medische ingrepen. Daarnaast kunnen deze, op die manier in hun ontwikkeling geremde kinderen, levenslang geen seksueel plezier beleven, omdat de normale seksuele ontwikkeling niet plaatsvindt bij gebruik van puberteitsremmers. Gezonde lichamen van kinderen worden aangepast vanwege een vermeende identiteit die niet accordeert met de werkelijkheid. Er worden onvoldoende vragen gesteld over onderliggende trauma's, familieproblematiek, homofobie, autisme en homoseksualiteit. Het is op geen enkele manier feitelijk aantoonbaar dat iemand daadwerkelijk in een verkeerd lichaam geboren is en toch worden al voor de puberteit levensveranderende middelen ingezet op basis van slechts enkele therapeutische gesprekken.

Diagnostische criteria voor transgenderisme/genderdysforie bij kinderen hebben eerder al aangetoond te correleren met homoseksualiteit in adolescentie. Veel kinderen die aangeven zich te identificeren met het andere geslacht, groeien hier in de puberteit overheen en ontwikkelen zich tot gezonde, homoseksuele volwassenen. In de meeste onderzoeken wordt uitgegaan van rond de 85% van de kinderen die er overheen groeit. Zie

<https://www1.cbn.com/cbnnews/us/2019/november/doctors-warn-puberty-blockers-and-other-gender-affirmative-treatments-dangerous-for-children-not-based-on-solid-science>.

Vroegtijdig medisch ingrijpen bij dergelijke jongeren brengt dan ook het reële risico van onomkeerbare modificaties aan het lichaam en zelfs sterilisatie van (een generatie) homoseksuelen met zich mee.

[https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(15\)30177-6/fulltext](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(15)30177-6/fulltext)

Naast homoseksualiteit is autisme oververtegenwoordigd onder transgenderpatiënten. Kenmerken van autisme beïnvloeden de lichaamsbeleving en kunnen het doorgronden en volgen van zogenaamde genderrollen bemoeilijken.

<https://www.psychiatrytimes.com/view/special-issues-treating-adolescents-gender-dysphoria>

Gebleken is dat cijfers rond suïcidaliteit, die binnen de kringen van de transgenderzorg veelvuldig worden aangehaald, gebaseerd zijn op onzorgvuldig en niet representatief onderzoek. Uit deze aangehaalde onderzoeken, blijkt geen verschil tussen therapie en transitie wat betreft het aantal zelfmoordpogingen:

<http://users.ox.ac.uk/~sfos0060/PubertyBlockers&Suicidality.pdf>. Uit andere onderzoek blijkt zelfs dat het aantal zelfmoordpogingen is toegenomen bij kinderen die puberteitsblockers hebben gebruikt: [Seeking the Truth about Teen Suicides and Puberty Blockers](#)

Effecten op lange termijn

Op de lange termijn resulteren geslachtsoperaties veelal niet in verbeterd mentaal welzijn. Tien tot vijftien jaar na geslachtsveranderende operaties vertwintigvoudigt het aantal suïcides vergeleken met controlegroepen. Dergelijk medisch ingrijpen lijkt uiteindelijk dan ook niet de juiste aanpak bij het behandelen van transgenders.

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0016885>

<https://www.heritage.org/gender/commentary/sex-reassignment-doesnt-work-here-the-evidence>

Andere gezondheidseffecten op langere termijn worden nauwelijks in overweging genomen. Zoals dat het risico op borstkanker van transvrouwen (mensen geboren als man, die zich identificeren als vrouw) is 46 keer zo hoog als het lage risico van mannen in de algemene bevolking (onderzoek AMC: Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands

BMJ 2019; (Published 14 May 2019). [Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands](#)

Dat testosterongebruik bij meisjes leidt tot pijn bij orgasmes en atrofie van de baarmoeder, waardoor baarmoeder en eierstokken bij jonge vrouwen moeten worden verwijderd, waardoor zij vervroegd in de overgang raken, is ook iets wat nauwelijks in overweging wordt genomen.

<https://www.transgendertrend.com/severe-pain-orgasm-effect-testosterone-female-body/>

4. Het ontbreken van een zorgaanbod voor desisters en detransitioners

Nu er steeds meer jongere mensen in transitie gaan, neemt ook het aantal kinderen en jongeren toe dat terugkomt op de transitie. Wij maken er ons zorgen over dat met name lesbische en autistische meisjes met (seksueel gewelds-) trauma's te snel op het pad van transitie gaan en dat zij te snel worden bevestigd in onomkeerbare behandelingen. Zie bijvoorbeeld dit artikel dat onlangs in The Times verscheen: <http://archive.vn/soEUS>. Binnen de transgenderzorg zou een uitgebreid aanbod van zorg en hulp behoren te zijn voor de mensen die zich (re)identificeren met hun eigen geslacht. Deze jongeren zullen niet terugkeren naar de hulpverleners die hen hebben bevestigd in het trans zijn en hen hormonen en operaties hebben voorgeschreven. Waar kunnen zij wel terecht?

5. De ontwikkelingen in het buitenland die nopen tot meer zorgvuldigheid, worden in deze toekomstvisie genegeerd

In het buitenland keert men al op zijn schreden terug, zijn de eerste rechtszaken tegen transgenderklinieken (die de in Nederland gebruikte aanpak inzetten) en is er een schandaal rond de belangrijkste genderkliniek. Alle reden dus om in Nederland voorzichtig te zijn.

Recent heeft de Britse regering aangekondigd dat het verboden wordt voor minderjarigen om geslachtsveranderende operaties te ondergaan. Dit om te voorkomen dat op jonge leeftijd onomkeerbare ingrepen worden ondergaan waarvan de consequenties nog niet kunnen worden overzien.

<https://www.telegraph.co.uk/news/2020/04/22/trans-children-banned-surgery-change-gender-equalities-minister/>

Het recente schandaal in het Verenigd Koninkrijk omtrent het onderdrukken van zorgen en bedenkingen van medewerkers van de nationale genderkliniek over de snelheid waarmee kinderen worden doorverwezen voor behandeling en de omstandigheden waaronder dit gebeurt, roept ook vragen op rondom de werkwijze in Nederland. Ook hier laten de cijfers een exponentiële stijging zien. In welke mate is er in Nederland sprake van patiënten met een verleden van seksueel misbruik, onbehandeld autisme of patiënten die worstelen met hun seksuele geaardheid en homofobie in hun familie?

<https://www.bbc.com/news/health-51806962>

Ook is er een procedure aangespannen door een medewerker van de Tavistock kliniek (<https://www.telegraph.co.uk/news/2020/01/22/former-transgender-patient-tells-court-sex-change-clinic-putting/>) die stelt dat jongeren niet kunnen instemmen met hun behandeling. <https://www.telegraph.co.uk/news/2020/01/06/children-cannot-give-consent-transgender-treatment-nurse-launching/>. Ook een jonge vrouw heeft de kliniek aangeklaagd wegens onzorgvuldig handelen en vindt dat haar aanname dat ze in het verkeerde lichaam geboren

was, meer bevraagd had moeten worden voordat haar lichaam onherstelbaar werd beschadigd door testosteron en een dubbele borstampuatie <https://www.bbc.com/news/health-51676020>.

Gezien de nadruk die in de toekomstvisie transgenderzorg wordt gelegd op het ‘samen beslissen’ met minderjarigen over de behandeling, zou de Kamer zich dergelijke vragen op voorhand moeten stellen in plaats van het ook hier aan te laten komen op procedures.

Hoogachtend,

mr. Caroline Franssen
Voorzitter Stichting Voorzij
Helder denken over gelijkwaardigheid
info@Voorzij.nl
www.Voorzij.nl