

📌 REPORTAGE

Anderhalf jaar meekijken op de genderpoli. 'Het kost zoveel tijd om te bewijzen dat ik vrouw ben'

Genderzorg De genderpoli van Amsterdam UMC trekt meer patiënten dan ooit en moet zich tegelijkertijd verdedigen tegen steeds fellere kritiek. *NRC* liep anderhalf jaar mee. „Ze denken dat je hier zo een transitie inrolt.”

Lineke Nieber en Kim Bos

7 maart 2025 om 19:13 Leestijd 34 minuten

Luisteren 

Leeslijst 

IN DE SPREEKKAMER

Michael wil geen baarmoeder meer

Psychiater Roy van Vlerken heeft een extra krukje neergezet. De patiënt die straks komt heeft autisme en is nogal een gewoontedier; hij zet op dat krukje altijd een mok warme chocolademelk. „We zitten vandaag in een andere ruimte, dat zal even schakelen zijn.”

Het is najaar 2023. Sinds 2013 werkt Van Vlerken deeltijds op de genderpoli van Amsterdam UMC. Daarnaast is hij jeugdpsychiater in de ggz. Op het spreekuur van Van Vlerken komen mensen die zich niet met hun geboortegeslacht identificeren.

De deur gaat open. De 21-jarige Michael stapt binnen, zet zijn mok warme choco neer, gooit zijn schoudertas op de grond en ploft op de stoel. Zijn moeder gaat naast hem zitten.

De psychiater knikt hem gedag. „Hoe gaat het?”

Michael slurpt uit zijn beker en steekt een duim omhoog. Hij heeft niets van het introverte dat we bij veel Van Vlerkens patiënten wel zien in de periode dat we meekijken op de genderpoli.

„Je zit beter in je vel”, leest Roy van Vlerken van het computerscherm. „En je hebt een vriend.”

Michael veert op. „Waar komt deze informatie vandaan? De seksuoloog zeker. Klikspaan.”

Michaels geboortegeslacht is vrouw, maar hij voelt zich man en is in transitie. Hij gebruikt al ruim een jaar mannelijke hormonen. Over zijn sindsdien toegenomen libido voert hij gesprekken met een seksuoloog van Amsterdam UMC. Hij was eerder weleens verliefd, maar de behoefte aan seks is nieuw.

Hij is trots op de lichaamsbehandling die hij door de testosteron heeft gekregen, vertelt zijn moeder. „Laatst liet hij een tatoeage zetten op zijn arm, dan vindt hij het echt erg dat zijn haren worden geschoren.” Michael knikt. Binnenkort worden zijn borsten verwijderd. Met Roy van Vlerken heeft hij vandaag een evaluatiegesprek.

Michaels moeder zegt: „Michael wil graag dat zijn baarmoeder wordt verwijderd.”

Michael: „Ik vraag dit al vier jaar. Ik vind dat ik moet kunnen zeggen wat er met mijn lichaam gebeurt.”

Van Vlerken: „We kunnen er een gesprek over hebben.”

Michael: „Wat wil je weten? Ik wil niet ongesteld worden.”

Hij wil nooit zwanger worden, zegt hij, dat vindt hij een „heel onprettige” gedachte. „Géén kinderen van mijn eieren. We hebben veel mentale ziektes in de familie. En meer mensen op deze wereld? Nee.”

Zijn moeder tegen hem: „Toen je wist dat je autistisch bent, zei je meteen: ik wil geen kinderen.”

Van Vlerken: „Je hebt nu een partner, in theorie zouden jullie kinderen kunnen krijgen. Misschien verander je nog van gedachten. Er zijn ook minder ingrijpende manieren om niet zwanger te worden.”

Michael verheft zijn stem: „Ik wil nooit kinderen. Verwijderen! Ik wéét dat het een heftige ingreep is.”

Van Vlerken: „Ik wil je toch vragen met mij te praten over de reden voor deze wens.”

De psychiater probeert erachter te komen of Michaels wens voor een operatie voortkomt uit genderdysforie - een sterk gevoel van onvrede met de lichamelijke kenmerken waarmee iemand geboren is. Wil hij daarom zonder baarmoeder leven? Als de ingreep alleen bedoeld is als vorm van anticonceptie, om te voorkomen dat hij zwanger wordt, dan is de genderpoli niet de juiste plek.



Entree van de genderpoli in Amsterdam UMC.

Foto Mona van den Berg

Michael: „Waarom doet dat ertoe?”

Van Vlerken: „Goeie vraag. Onze behandeling is gericht op genderdysforie.”

Michael: „Ik denk er niet veel over na of een baarmoeder een mannelijk of een vrouwelijk orgaan is. Of ik die wens heb omdat ik een man ben of gewoon geen baarmoeder wil. Ik snap jullie niet! Er moet altijd een reden zijn.”

Van Vlerken pakt zijn toetsenbord erbij, begint te typen. Hij stuurt Michael door naar de gynaecoloog. „Ik vind dat je goed moet worden ingelicht over minder ingrijpende maatregelen.”

Michael zucht als hij opstaat. „Ik ben altijd gefrustreerd als ik hier ben geweest.”

Fel publiek debat

De genderpoli heeft een bijzondere positie binnen de muren van het ziekenhuis. Op deze afdeling is een diepgeworteld gevoel de reden voor medisch ingrijpen - en dat zorgt al sinds de oprichting in 1975 voor ingewikkelde ethische vraagstukken en een fel maatschappelijk en publiek debat.

Lange tijd kwam de voornaamste kritiek op de genderpoli [van patiënten](#). Zij wilden geholpen worden en zagen - zoals de 21-jarige Michael - de medewerkers als onwillige poortwachters die hun wensen niet in vervulling lieten gaan. Maar de laatste jaren neemt de kritiek van buitenaf toe, mede ingegeven door een opvallende stijging in het aantal patiënten zonder dat daar een sluitende verklaring voor is. Wetenschappers, politici, religieuze groeperingen, feministen en opiniemakers vragen zich af wat hier aan de hand is. Is er wel wetenschappelijk bewijs voor het nut van deze zorg? Is het een modegril, ingegeven door de woke-beweging? Man, vrouw, non-binair, waar houdt het op?

NRC maakte voorafgaand aan de bezoeken op de poli schriftelijke afspraken met Amsterdam UMC.

Zorgverleners legden patiënten de vraag voor of journalisten bij een consult aanwezig mochten zijn. Patiënten die wilden meewerken, mochten kiezen of zij met of zonder naam in het artikel genoemd wilden worden. Ook konden zij, tijdens of na afloop van het spreekuur, alsnog hun medewerking intrekken. Dat is niet gebeurd.

Patiënten die uitgebreid in het stuk voorkomen, hebben de passages waarin zij voorkomen voor publicatie gelezen. Als die de behandeling van een patiënt zouden kunnen schaden, zouden die na overleg door NRC worden aangepast. Ook dat is niet gebeurd.

Zorgverleners hebben het artikel voorafgaand aan publicatie gelezen. Afspraak met hen was dat feitelijke onjuistheden zouden worden rechtgezet.

In het artikel gebruiken we net als de genderpoli 'ziekenhuistermen': we spreken van 'patiënten' en 'diagnoses'.

Tegen de achtergrond van dat debat nemen we in november 2022 contact op met de oudste en grootste genderpoli van Nederland, in Amsterdam UMC. We sturen voorzitter Annelijn Wensing-Kruger een mail, met de vraag of we mee mogen kijken in de kliniek. De discussie gaat steeds óver de genderzorg, maar kun je die niet pas voeren als je weet hoe het er daarbinnen aan toegaat?

Wensing-Kruger mailt direct terug dat ze wil kennismaken. En dat ze het voorstel met haar collega's moet bespreken. Zoals bij migratie-, stikstof- en klimaatmaatregelen wordt ook het debat over de transgenderzorg meestal teruggebracht tot één vraag: ben je voor of tegen? In Amsterdam UMC hebben ze gezien dat alles wat je zegt munitie kan worden: vóór radicale zelfbeschikking enerzijds - dat zorgverleners iedereen die dat wil zouden moeten behandelen - of juist voor een pleidooi om de zorg aan banden te leggen. Aan die cultuurstrijd willen ze niet meedoen. Ze willen de lezer niet vertellen hoe die over genderzorg moet denken, zegt Wensing-Kruger. Vertellen wat ze doen, dat willen ze wel.

Na een intern beraad stemmen de zorgverleners in met ons verzoek. De afspraak is dat behandelaren voorafgaand aan een spreekuur aan patiënten vragen of er een journalist bij mag zijn. Wij mogen vervolgens alles opschrijven, mits patiënten daarmee instemmen. Het is voor het eerst dat de kliniek de deuren zo wijd voor journalisten openzet.

In anderhalf jaar tijd wonen we 29 consulten bij, we praten uitgebreid met tien bij de poli betrokken behandelaren en deskundigen, we spreken sommige patiënten ook buiten de spreekkamer.

Als we begin 2023 voor het eerst door de elektrische draaideuren van Amsterdam UMC lopen om de genderpoli te bezoeken, lijkt de zorg nog onwrikbaar. Maar in de maanden die volgen zien we hoe de druk op de medewerkers van de poli wordt opgevoerd.

[Twijfels](#) over de wetenschappelijke onderbouwing van de zorg domineren het maatschappelijk debat, critici dringen aan op onderzoek, op bewijs en op meer toelichting op de zorg.

Ondertussen stijgt het aantal patiënten dat zich aanmeldt hard en dreigt de zorg in Amsterdam vast te lopen.

Genderneutrale toiletten

Oktober 2023. De receptioniste van de genderpoli in Amsterdam neemt een hap uit een beschuitje met blauwe en witte muisjes en zet het bordje naast haar toetsenbord. Eén van de chirurgen is net terug van zwangerschapsverlof, ze heeft getraakteerd.

De balie bevindt zich op de eerste verdieping in het academisch ziekenhuis aan de rand van de stad, net buiten de ring. In de gangen erachter zijn de enige genderneutrale toiletten van het ziekenhuis. Er staat een metershoog paard in alle kleuren van de regenboog, grijs linoleum met oranje banen onder het systeemplafond.

Hier is jaarlijks plek voor 700 nieuwe patiënten, van wie 450 volwassenen en 250 jongeren. Dat is maar een fractie van de mensen die hier graag een afspraak zouden willen. Er staan inmiddels dan vijfduizend mensen op de wachtlijst. Ze zijn meestal door hun huisarts doorverwezen, omdat ze prangende vragen hebben over het geslacht waarmee ze geboren zijn. Hun aantal neemt al jaren toe. Iedereen moet wachten, of de situatie voor hen nu urgent voelt of niet. Voor jongeren duurt het 2,5 jaar voordat ze worden uitgenodigd voor een eerste gesprek, voor volwassen ruim vier jaar.

In de wachtkamer zien we mensen van alle leeftijden. Schuchtere tieners met hun ouders, twintigers die verder studeren achter hun laptop. Zestigters op hoge hakken die routineus over het linoleum stappen. Patiënten komen uit het hele land, we spreken mensen uit Maastricht, Zeewolde en Ridderkerk. Soms overnachten ze in de buurt van het ziekenhuis, zodat ze niet in alle vroegte het halve land hoeven te doorkruisen.

Er zijn progressieve jongeren met anarchistische buttons, of rugtassen met een regenboogvlag. We spreken ook iemand die zich kan vinden in de genderstandpunten van Forum voor Democratie, die zelf in transitie is, maar non-binariteit „moderne onzin” vindt. Er zijn ouders die pal achter de wensen van hun eigen kind staan, maar anderen verdenken van een bevestiging. „Dan komt er iemand de wachtkamer binnen van wie je direct ziet: jij bent echt geen meisje, alles aan jou is jongen”, zegt de moeder van een tiener.

Mensen die zich bij de kliniek melden, gaan eerst in gesprek met een psycholoog of, als er veel mentale problemen zijn, met een psychiater. Zij pluizen uit of er genderdysforie speelt. En wat iemand nodig heeft.

Zorgverleners, zien we in de spreekkamer, proberen terug te gaan naar het begin. Ze willen weten wanneer iemand voor het eerst

aarzelde over het geboortegeslacht. Hoe was je als kind? Met wie speelde je? Wat voor kleding droeg je graag? Hoe zag het gezin eruit? Het gesprek gaat ook over de mentale gesteldheid. Ben je somber? En waar komen die gevoelens vandaan?

Die eerste stap kan maanden in beslag nemen, soms zelfs jaren. Psycholoog Tamara Kleijer: „Probeer zelf maar eens uit te leggen: wat maakt jou vrouw?”

In de gesprekken die we bijwonen, zien we patiënten worstelen: hoe breng je aan een ander over wat je voelt? De een is welbespraakter dan de ander, kan goed uitleggen hoe die zich voelt en waarom, of kent geen twijfel. Er zijn patiënten die zich man of vrouw *voelen*, anderen zeggen dat ze dat *zijn*.

Soms lijken patiënten kalm, maar blijkt later hoe zenuwachtig ze in werkelijkheid zijn. Als hun bloeddruk gemeten wordt bijvoorbeeld, en de uitslag ongebruikelijk hoog is. Eén patiënt valt flauw als de gynaecoloog een afbeelding van een baarmoeder laat zien - zo sterk is het gevoel van dysforie.

IN DE SPREEKKAMER

A. wil nu eindelijk hormonen

Het is het najaar van 2023, en A. zit tegenover psychiater Roy van Vlerken. Een sobere witte spreekkamer met een onderzoeksbank, appelgroene krukjes, en zicht op de betonnen binnenplaats van het ziekenhuis. We mogen bij het gesprek zijn, maar ze wil niet dat we haar naam noemen in de krant.

A.'s geboortegeslacht is man. In haar gezin was er geen ruimte om iemand anders dan een masculiene jongen te zijn. Mannen houden van voetbal en het leger, en homo's bestaan niet - dat was de opvatting. Vrouwen zijn zorgzaam en hebben geen rechten. Op

het verlanglijstje van kleine A. stond een pop, maar het werd een transformer. Dat A. het liefst taarten wilde bakken met een tante werd niet geaccepteerd.

Op het verlanglijstje van de kleine A. stond een pop, maar het werd een transformer

In de brugklas raakte ze bevriend met meisjes, ze ontmoette trans jongeren en begon met crossdressen. Sinds ze twee jaar geleden op zichzelf is gaan wonen gaat ze door het leven als vrouw. Ze heeft donkere krullen die op haar schouders vallen en draagt een zwarte trui met capuchon. A. is 23 en wil vrouwelijke hormonen. Dat weet ze eigenlijk al heel lang.

Van Vlerken scrollt over het computerscherm: „Ik zit even te kijken waarom het zolang heeft geduurd.” Haar vorige afspraak was in het voorjaar, bijna zes maanden geleden. A. heeft een keer een afspraak gemist, ziet de psychiater, en hijzelf was een keer ziek.

Van Vlerken: „Hoe was dat wachten voor jou?”

A.: „Superdemotiverend en kut. Maar ik moet me erbij neerleggen.”

Ze heeft al een lang traject achter zich. Op haar veertiende voerde ze voor het eerst gesprekken in een ziekenhuis over haar genderdysforie. Omdat ze minderjarig was en haar familie er niets van wilde weten, kwam het traject stil te liggen. Op haar achttiende, vijf jaar geleden, meldde ze zich opnieuw, nu bij Amsterdam UMC.

Voor haar voelt vandaag als de beslissende afspraak. Mag ze straks met hormonen beginnen? Hormonen die zorgen voor borstgroei,

herverdeling van de vetmassa, voor een zachtere huid. A. dacht in het voorjaar van 2023 al dat ze over de drempel was. Ze had de wachtlijst doorstaan, „misschien wel twintig” gesprekken gevoerd met een psycholoog en een hormoonarts. Eindelijk, dacht ze, zou ze kunnen beginnen.

Maar de staf van de poli besloot anders.

A. heeft persoonlijkheidsproblematiek, die voortkomt uit een gewelddadige jeugd. Ze deed aan zelfbeschadiging, kreeg de diagnose borderline en denkt zelf ook aan autisme. „Ik tick genoeg boxes.”

Daarom is psychiater Van Vlerken er een halfjaar eerder bij gehaald om uit te zoeken waar haar wens om in transitie te gaan vandaan komt. Hij komt in beeld zodra een gendertraject van een volwassene ingewikkeld wordt, als er meer nodig is dan de gebruikelijke gesprekken met een psycholoog. Bijvoorbeeld als er een ernstig trauma speelt, of als een patiënt een persoonlijkheidsstoornis heeft die de wens kan beïnvloeden. Daarom zat de 21-jarige Michael, met autisme, ook tegenover hem.

De vraag is dan bijvoorbeeld: komt de behoefte om in transitie te gaan voort uit een psychisch probleem dat eerst moet worden aangepakt?

Na dit gesprek met A. gaan zorgverleners opnieuw in overleg over het vervolg van haar traject.

Ze zucht. „Ik zit hier nu wéér. Het is zo moeilijk. Het kost zo veel tijd om te bewijzen dat ik vrouw ben.”

Van Vlerken zegt: „Het is niet nodig om je gevoel te bewijzen. Je gevoel is oprecht. We proberen alleen uit te sluiten dat er een andere oorzaak is voor dat gevoel. We willen het samen met je doen. Ik begrijp dat je door wil.”

Van Vlerken heeft een hypothese die hij met A. wil bespreken. Eerder heeft ze over haar stiefvader gezegd dat hij een nogal conservatief wereldbeeld heeft, „denk *toxic white male*”. In zo'n wereld is geen plek voor zachtaardige jongens die van poppen houden. Van Vlerken: „In hoeverre heeft zijn houding meegespeeld in de wens om als vrouw te leven?”

A.: „Ik kan niet ontkennen dat het invloed moet hebben gehad.”

Roy van Vlerken: „Was er wel ruimte voor die zachtaardige jongen die graag taarten bakt?” Als haar stiefvader haar wel had geaccepteerd, wil de psychiater weten, had zij hier dan ook gezeten?

A. weet dat niet. Ze weet dat het „voelt als een foutje” dat ze als jongen geboren is. Ze weet ook dat ze nog niet aan ingrijpende operaties denkt, zoals een vaginaplastiek, maar dat ze door anderen als vrouw gezien en behandeld wil worden. En dat gebeurt alleen als haar uiterlijk verandert. Haar gemoedstoestand is onderhevig aan wie ze is in de ogen van anderen. „Labels zouden niet uit moeten maken, maar dat doen ze wel.”

Langdurig lijden

Zorgverleners moeten vaststellen of patiënten „langdurig en intens” lijden aan genderdysforie - zo staat het in de zorgstandaard voor transgenderzorg beschreven. Ze willen ook zeker weten dat een patiënt een medische ingreep overziet en aankan - of iemand zichzelf kan verzorgen bijvoorbeeld. En ze willen weten of er geen andere problemen spelen die hun wensen beïnvloeden.

Zo kan een man met autisme moeite hebben met verandering, en daar dan in de puberteit - als zijn stem daalt of beharing toeneemt - de overtuiging aan verbinden dat hij liever vrouw wil zijn. Zo'n 10 procent van alle mensen die zich in Amsterdam UMC voor deze

zorg aanmelden heeft een diagnose in het autistisch spectrum. Bij iemand die zoals A. opgroeit in een omgeving waarin sterk in man- vrouwhokjes wordt gedacht, wordt de vraag onderzocht wat de drijvende kracht achter het verzoek is. De vraag is dan: is zo iemand bij de genderpoli op zijn plek? Psycholoog Tamara Kleijer: „Als je psychische problemen hebt, kan dat ook de reden zijn dat je zoekende bent. Dan is het raadzaam om daar eerst iets aan te doen.”

De route die mensen door de poli afleggen is voor iedereen anders: er is geen beslisboom, geen in beton gegoten zorgpad. Als wij in gesprekken met zorgverleners stellen dat zij beslissen over het traject, dat ze „groen licht” geven voor behandelingen met hormonen of andere medische ingrepen, worden we teruggefloten - de term groen licht willen ze binnen de muren van het ziekenhuis niet horen. Medewerkers van de genderpoli zeggen dat beslissingen gezamenlijk worden genomen, mét patiënten. In de praktijk zien we dat de wensen van patiënten lang niet altijd meteen worden ingewilligd, of helemaal niet. Wij zien patiënten die al bijna een decennium rondlopen in de kliniek, en een ingreep wensen, maar nog altijd niet geopereerd zijn.

Ieder stapje, iedere ingreep wordt opnieuw, individueel, gewogen, zeggen zorgverleners.

We wonen een gesprek bij met een trans vrouw met weinig familieleden of vrienden die voor haar kunnen zorgen. Ze slikt al lange tijd hormonen en wil een vaginaplastiek, waarbij een vagina wordt gemaakt met eigen weefsel. Maar de zorgverleners van de genderpoli hebben bezwaren. Ze vragen zich af of de vrouw met complicaties kan omgaan, en of ze zichzelf kan verzorgen. Ze zal alleen al in het eerste jaar na de operatie twee keer per dag een half uur moeten ‘dilateren’ om de vagina open te houden. Een ander dringt al jaren zonder succes aan op dezelfde operatie. Ze kreeg wel toestemming voor vrouwelijke hormonen, maar haar

behandelaars gaan nog altijd niet akkoord met een vaginaplastiek. Ze vermoeden dat haar wens samenhangt met een trauma uit het verleden, dat ze om die reden een afkeer van haar penis heeft. Als dat zo is, dan bestaat de kans dat ze spijt van de ingreep krijgt. Zij moet eerst over dat trauma gaan praten.

Weer een andere patiënt komt langs met klachten over haar borstprothese - ze heeft een zeurderig gevoel. Zij vraagt ook of een eventuele nieuwe prothese groter mag zijn. Het dilemma is of deze wens wel thuishoort bij de genderpoli, of dat de borstvergroting voor eigen rekening is. Daarover gaan de zorgverleners in gesprek.

Genderpoli-psycholoog Thomas Steensma legt uit dat „gezamenlijk beslissen” niet betekent dat arts en patiënt alles samen bepalen. „Het gaat erom dat we elkaars wensen, motieven en ideeën begrijpen en die serieus nemen.” Daarbij hoort ook, zegt hij, dat zorgverleners tegen patiënten zeggen: „Je bent hier niet aan toe.”

Ouders of andere naasten van patiënten vragen Steensma geregeld: hoe zit u eigenlijk in de wedstrijd? Zij denken dat zorgverleners pal achter de wensen van patiënten staan, vertelt Steensma. „Ze denken dat je hier zo een transitie inrolt.” Tegelijkertijd zijn patiënten zelf juist bang voor de ‘poortwachter’ waar ze langs moeten, ze hebben de indruk dat ze zich moeten verdedigen voor hun gevoelens. Dat maakt trajecten ingewikkeld, tijdrovend en voor sommige patiënten frustrerend. Er zijn mensen bij wie Steensma na drie gesprekken al „richting indicatiestelling” gaat, een behandelplan, bij anderen zijn daar tientallen consulten voor nodig.

Voortdurend mediaverzoeken

In het najaar van 2023 merken we dat het steeds ingewikkelder wordt om een afspraak te maken in het ziekenhuis. Behandelaars reageren niet, of terughoudend op onze verzoeken om langs te komen en spreekuren bij te wonen.

Als het contact een aantal weken later weer op gang komt, zegt Thomas Steensma dat het druk was, dat ze voortdurend mediaverzoeken krijgen en dat een kritische aflevering van het onderzoeksjournalistieke programma *Zembla* er bij de staf heeft ingehakt.

Rode draad in de aflevering, uitgezonden in oktober 2023, is kritiek op de genderzorg voor kinderen en adolescenten. In korte tijd is de zorg voor deze groep in drie Europese landen aan banden gelegd. Wetenschappers in het buitenland vragen zich af of de behandeling die ooit in Nederland is bedacht voor hun populatie veilig en effectief is.

Enkele zorgverleners van de genderpoli lieten zich interviewen voor de camera van dat programma, maar ze kijken er niet zo goed op terug. Ze zijn gewend om voorzichtig te formuleren, onzekerheden te benoemen. Die nuance pakt tegenover de stellige critici in de aflevering niet goed uit. De zorgverleners voelen zich in een hoek gedreven. In de aflevering komt volgens Amsterdam UMC niet goed voor het voetlicht waar de zorg in Nederland om draait.

Steensma - die we leerden kennen als een psycholoog die opbloeit van ingewikkelde ethische vragen, iemand die graag in dit beladen hoekje van het ziekenhuis werkt - zucht als hij schetst wat er de laatste maanden op de poli afkomt: „We zijn niet in paniek, maar ik kan niet ontkennen dat het een heel onrustige periode is.” Terwijl de wachttijden in Amsterdam oplopen, proberen Steensma en zijn collega's naast hun dagelijkse werk de mediaverzoeken en Kamervragen zo goed mogelijk te beantwoorden. En de lasten te verdelen. „Dan zeggen we tegen

elkaar: oké Annelou, jij hebt net alle linkse Australische kranten over je heen gekregen, dat suddert nog een beetje na. Misschien is het beter, Annelijn, dat jij weer eens op televisie gaat." Zelf moest Steensma laatst niet alleen vragen beantwoorden, maar voor een tv-opname ook nog eens zo natureel mogelijk voor een camera door het ziekenhuis heen en weer lopen. Hij lacht. „Dat is wel echt uit mijn comfortzone hoor.”

Al die meningen, verzucht ziekenhuis-woordvoerder Jan Spee aan de telefoon, als we hem naar de radiostilte vragen, het is even te veel. De genderzorg komt steeds meer onder druk te staan en dat voelen medewerkers. Dat op dat moment ook de verkiezingswinst van PVV een feit is, helpt niet mee. „Morgen ben je een kameel en overmorgen een dromedaris”, zei Geert Wilders eens over transgender personen. Enkele maanden eerder stemde bijna de hele PVV-fractie voor een verbod op het behandelen van minderjarige transgender personen - die motie haalde het niet. De behandelaars, zegt Spee, zijn „moegestreden”. Spee is al 25 jaar woordvoerder voor het hele ziekenhuis, er is geen afdeling waar zo veel vragen van pers, burgers en politici terechtkomen. Zorgverleners willen geen stelling nemen in het maatschappelijke debat, zegt hij, ze doen gewoon hun werk.

IN DE SPREEKKAMER

Mark krijgt psychologisch onderhoud

Mark is een 23-jarige jongen met een baardje van een paar weken en vrolijke ogen. We wonen zijn gesprek met psycholoog Thomas Steensma bij. Ze zijn vertrouwd met elkaar, Mark komt hier al zijn „halve leven”. Hij zat in groep zeven toen hij voor het eerst door de glazen schuifdeuren van het ziekenhuis liep. „Ik voelde me

helemaal blij. Ik wist zeker dat ik Mark was, en dat ik dit voor de rest van mijn leven ging doen.”

Steensma: „Zijn moeder zag aan zijn gedrag allang dat er iets niet klopte. Tweeënhalf jaar na ons eerste gesprek begon hij met de puberteitsremmers.” Op zijn vijftiende begon Mark vervolgens met mannelijke hormonen. Normaal gesproken mag dat vanaf je zestiende, maar omdat zijn genderidentiteit stabiel was, mocht hij eerder beginnen. Door de remmers die hij sinds zijn twaalfde kreeg, is hij nooit in de puberteit geraakt, en heeft hij geen borstverwijderende operatie nodig gehad.

Tegenwoordig komt Mark ongeveer elk halfjaar bij Steensma. „Voor wat psychologisch onderhoud meestal”, zegt Steensma.

Voor veel mensen is transgenderzorg levenslange zorg. Vrijwel iedereen keert zo nu en dan aan de balie in Amsterdam terug, al is het maar voor een jaarlijkse bijpraat-afspraak van tien minuten. In die gesprekken krijgen we inkijkjes in het geluk, het ongemak, de verwarring of verwondering die een transitie met zich meebrengt. We zien mensen die na een behandeltraject in rustiger vaarwater terechtkomen, die een rijker sociaal leven krijgen, of eindelijk een relatie. Trans jongens die ontdekken hoe smerig mannentoiletten zijn, een jonge trans vrouw die seks heeft gehad en tevreden vaststelt dat de ander niets heeft doorgehad - zelfs niet die „enorme player die echt wel vaak een poes heeft gezien”. Een ander die na de transitie vol zelfvertrouwen als man door het leven gaat, maar niet meer durft te dansen, omdat hij bang is dat hij dat „nog te vrouwelijk” doet.

Evengoed zijn er patiënten die ook na een transitie nog kampen met depressies, trauma's of een burn-out. We zien een zestigplusser die ineens opvliegers krijgt, nachtelijke zweetaanvallen, omdat de dosis hormonen die hij al jaren krijgt niet meer volstaat. Mensen bij wie de sombere gevoelens een leven lang knagen: heb ik deze zorgen vanwege mijn transitie, of is

dit gewoon wat het is om een mens te zijn? Het herstel van operaties kan loodzwaar zijn. Iemand die al jaren in het ziekenhuis komt en kortgeleden een phalloplastiek heeft gehad - een operatie waarbij een penis wordt gemaakt - wordt in een rolstoel binnengereden voor een controle. De wond is ontstoken, constateert de chirurg, en hij moet misschien opnieuw worden geopereerd. De patiënt kan niet stoppen met rillen.

Mark is tevreden met zichzelf, vertelt hij. „Ik kan mezelf naakt in de spiegel zien en mezelf dan mooi vinden. Hormonen zijn genoeg, voor nu.”

Steensma: „Je vult het aan met ‘voor nu’?”

Mark: „Als mijn baarmoeder vervelend doet, denk ik weleens: die moet eruit.”

Bij Mark speelt de genderdysforie ook op in perioden dat hij onzeker is, bijvoorbeeld als hij een meisje leert kennen. Dan gaat hij twijfelen: zijn alleen hormonen wel genoeg? „Vindt ze mij wel leuk als ze ontdekt dat ik geen piemel heb?”

Steensma: „Genderdysforie komt in golven. Als je je rot voelt, komt het altijd weer boven.”

Mark: „Een poosje geleden gingen we met werk raften. Je moest een wetsuit aan. Ik maakte me weken van tevoren zorgen: zullen ze iets zien? Daarom heb ik ook weer een gesprek met Thomas aangevraagd. Het ging op dat moment heel goed, maar zoiets brengt me toch aan het wankelen.”

Geestelijke kwaal

Als Mark begin jaren zeventig met zijn gevoel naar de dokter was gestapt, had zijn behandeling er heel anders uitgezien.

Genderdysforie werd in die jaren nog benaderd als een geestelijke kwaal, een overtuiging die uit je hoofd moest worden gepraat.

Sommige patiënten kregen therapie met elektroshocks. Een geboren man die in een jurk over straat ging, kon worden opgepakt.

Maar er braken progressieve tijden aan. Zelfbeschikking werd belangrijker. De pil werd steeds meer gebruikt, de Dolle Mina's streden voor abortus en euthanasie kwam op de agenda. Ook kwam er ruimte voor nieuwe inzichten over transgender mensen.

Een groepje artsen en psychologen constateerde dat alleen geestelijke hulp voor een grote groep onvoldoende is. De medische mogelijkheden namen toe, waarom zou je die niet inzetten? Een baby die geboren wordt met een ernstig hartgebrek laat je toch ook niet onbehandeld, alleen omdat het kind zo is geschapen, is de argumentatie van toonaangevende zorgverleners. In 1975 opende de eerste genderpoli in Nederland, die in het huidige Amsterdam UMC. Eén van de eerste klinieken ter wereld met een behandeling voor genderdysforie.

Tien jaar na de opening van de poli vierde de transgendergemeenschap opnieuw een overwinning. Vanaf 1985 konden mensen hun geslacht aanpassen in hun paspoort. De zorg die erbij hoort werd vergoed vanuit het ziekenfonds. Al waren er aan dat paspoort wel voorwaarden verbonden: een 'm' of een 'v' kreeg je alleen als je je onvruchtbaar liet maken. Mensen werden gesteriliseerd. In die tijd had Mark zonder operaties dus nooit een 'm' in zijn paspoort kunnen krijgen.

Na jarenlange lobby van patiëntenverenigingen en activisten werd de wet in 2014 aangepast. Voortaan was alleen een 'deskundigenverklaring' nodig om het paspoort aan te passen. „Eindelijk erkent de overheid transgenders”, zei de voorzitter van het Transgender Netwerk Nederland destijds, „zonder daar allerlei mensonterende eisen aan te stellen.” Het kabinet bood zeven jaar later publiekelijk [excuses](#) aan voor wat deze mensen is aangedaan. De oude wetgeving heeft „levenskeuzes afgedwongen”, zei

toenmalig minister Sander Dekker (VVD). „Levenskeuzes die ieder mens vrij zou moeten kunnen maken, zoals de mogelijkheid om nog kinderen te kunnen krijgen.” Er kwam een schadevergoeding van 5.000 euro per persoon.

Lunchen achter het bureau

Met een boterham en een zakje wortels neemt gynaecoloog Norah van Mello plaats in een van de spreekkamers. Ze draagt gympen met regenboogjes, een bril met een zwaar montuur en heeft krullen tot net boven haar schouders. Op de dagen dat wij er zijn lopen spreekuren zonder uitzondering uit, medewerkers lunchen vaak achter hun bureau, tussen de afspraken door.

Van Mello begon bij de poli in 2016, op het moment dat de gevolgen van de nieuwe wet in het ziekenhuis merkbaar werden. Op de afdeling was de praktijk tot dan toe: starten met hormonen, opereren, nieuw paspoort. 85 procent van de trans mannen liet destijds hun baarmoeder en eierstokken verwijderen. Van Mello: „Mensen maakten meestal de volledige oversteek, naar man of vrouw.”

Ze ziet het vanaf haar eerste werkdag als haar taak om met iedere patiënt te praten over vruchtbaarheid en voortplanting, omdat zelf kinderen krijgen door de wetswijziging een optie is die meer voor de hand ligt. Maar niet iedereen in het genderteam is daar dan al klaar voor. „Zij waren opgeleid met het standpunt dat transgender personen zich niet mochten voortplanten, en als iemand toch een kinderwens had, riep dat vragen op: is de dysforie dan wel zo groot?”



Gynaecoloog Norah van Mello maakt een echo van de baarmoeder van een patiënt. De baarmoeder wordt mogelijk verwijderd.

Foto Mona van den Berg

Als Norah van Mello op die periode terugkijkt, verwondert het haar nog steeds dat „medische verrichtingen zo kunnen veranderen als gevolg van een wet”. Inmiddels kiest nog maar één op de vijf trans mannen ervoor de baarmoeder en eierstokken te verwijderen.

Mensen die zich geen vrouw voelen, maar ook geen man willen worden - of andersom - werden lange tijd niet toegelaten tot de zorg. Dat veranderde in die jaren. De behandeling richt zich minder op een volledige transitie. Soms volstaan alleen gesprekken, of hormonen. Van de patiënten op de poli is inmiddels zeker een op de tien non-binair.

Elke patiënt die binnenloopt kan nieuwe dilemma's oproepen. Zo is de regel dat mensen die hun borsten laten verwijderen, hun eigen tepels teruggeplaatst krijgen. Maar patiënten willen soms helemaal geen tepels, bijvoorbeeld omdat ze een *chestpiece*, een grote tatoeage op hun borst willen laten zetten. Is dat nog genderdysforie, vragen zorgverleners zich af, of is dat esthetiek? En waar ligt de grens? Na uitvoerig beraad met de afdeling ethiek van Amsterdam UMC wijkt de genderpoli sinds kort soms van hun regel af.

Op geen enkele andere plek in het ziekenhuis beweegt de zorg zo sterk onder invloed van maatschappelijke opvattingen en ethiek, zeggen artsen. Boven deze zorg hangt altijd de vraag: hoe kijken we hier over een paar jaar op terug?

In februari 2024 is het formatieproces in volle gang, als NSC-kamerlid Rosanne Hertzberger de wetenschappelijke discussie in de genderzorg opnieuw op de politieke agenda zet. Hertzberger wijst erop dat verschillende Europese landen sinds kort terughoudender zijn geworden met het behandelen van jonge mensen. Ook de Nederlandse praktijk verdient een kritische blik, vindt NSC. „Het is niet voor niets dat ze in Zweden, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk een terugtrekkende beweging hebben gemaakt. Dat komt niet alleen vanuit de politiek en niet alleen vanuit de maatschappij, maar ook vanuit de zorg zelf en vanuit de wetenschap.”

Hertzberger dient twee moties in. Ze pleit voor onderzoek naar de aanmeldingen bij de poli en naar een evaluatie van hoe

genderzorg voor jongeren uitpakt.

Hoewel demissionair zorgminister Pia Dijkstra (D66) zulk onderzoek afraadt - zij vindt dat de politiek niet op de stoel van de arts moet gaan zitten - komt het er toch. In het voorjaar van 2024 krijgt de Gezondheidsraad, die de regering en het parlement adviseert, opdracht onderzoek te doen naar de staat van de genderzorg voor jongeren. Wat is bekend over de gevolgen van het gebruik van hormonen bij deze groep? En voldoet de behandeling aan de zorgstandaarden: de normen voor goede zorg?

Op de Amsterdamse genderpoli krijgen ze door die ontwikkeling vragen van verontruste patiënten. In het Verenigd Koninkrijk leidde zo'n brede studie onlangs nog tot het besluit dat de grootste genderkliniek van het land moest sluiten. Kan dat hier ook gebeuren?

IN DE SPREEKKAMER

L. wil weten of de puberteit begonnen is

„Je bent er weer”, zegt kinderendocrinoloog Sabine Hannema, achter haar bureau in de spreekkamer. Zij weet alles van hormonen. Ze glimlacht naar de twaalfjarige L. en zijn moeder, die net binnen zijn gekomen, hun jassen aan de kapstok hebben gehangen en tegenover haar zijn gaan zitten. L. heeft blond opgeschoren haar, draagt witte gympen en een blauwe spijkerbroek. Het is het najaar van 2023, L. heeft al gesprekken met een psycholoog gevoerd - samen met zijn moeder en in zijn eentje.

„Vorige keer hebben we gekeken of de puberteit al is begonnen. Toen was dat nog niet zo. Hoe is het nu?”

L. haalt zijn schouders op en kijkt naar zijn moeder.

„Moet ik het zeggen?“, vraagt zijn moeder. L. knikt.

„Het deed de laatste tijd zeer bij zijn borst.“

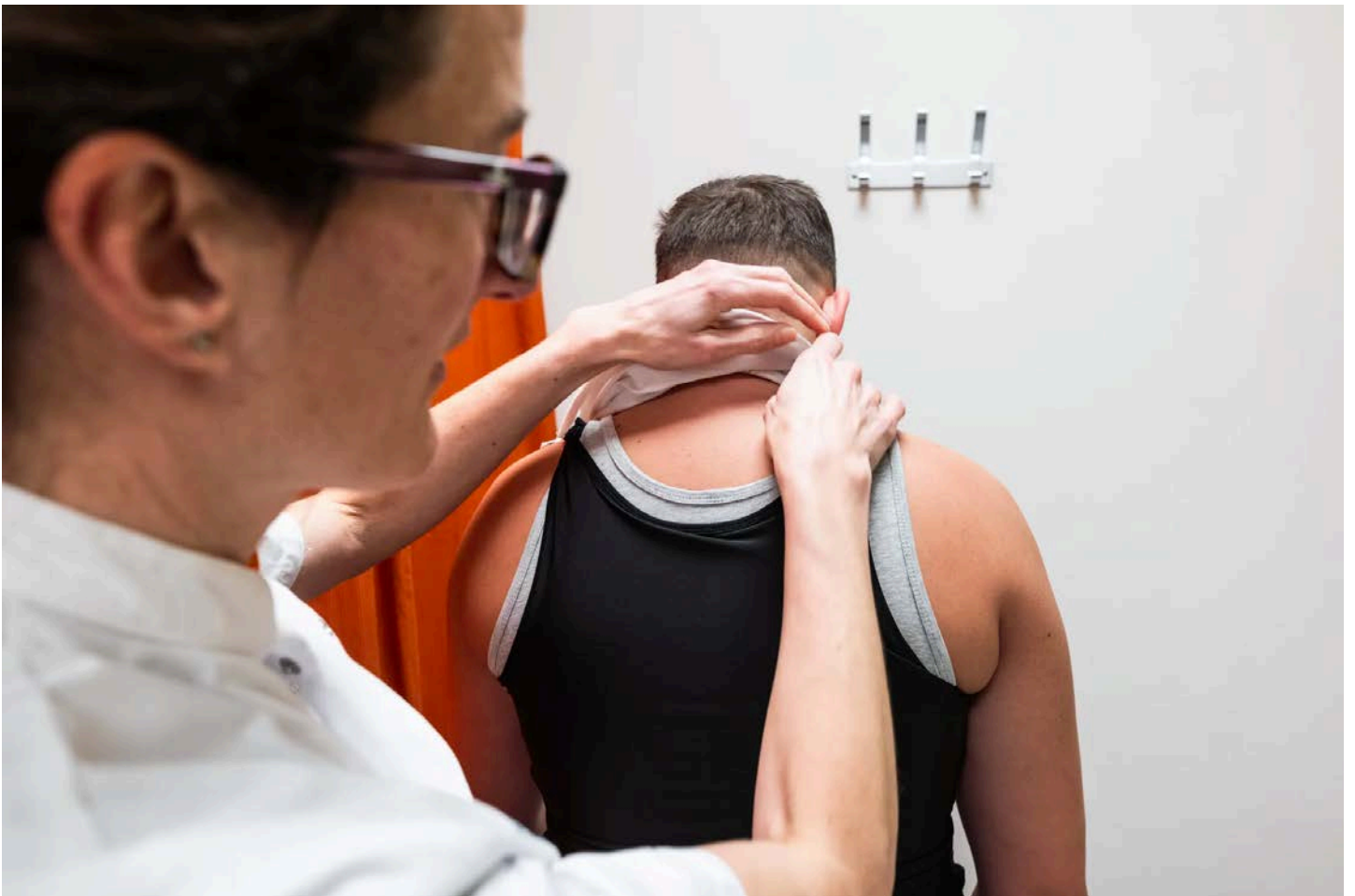
Hannema: „Groeit het?“

L.: „Weet ik niet.“

Hannema: „Maak je je zorgen?“

L.: „Ja, wel een beetje. Ik wil het echt niet. Ik wil een jongen lijken, en dat is dan niet zo.“

Moeder: „Hij dacht dat het een beetje was veranderd. Zijn nichtje van dezelfde leeftijd heeft al borsten.“





Kinderendocrinoloog Sabine Hannema bekijkt of een patiënt acne krijgt door de testosteron. Gynaecoloog Norah van Mello geeft uitleg over **een baarmoederverwijdering**.

Foto's Mona van den Berg

Het begin van de puberteit is een belangrijk moment in het behandeltraject van jongeren. Vanaf dat moment kunnen ze beginnen met remmers, medicijnen die ervoor zorgen dat de puberteit niet doorzet, en lichamelijke ontwikkelingen zoals baard- en borstgroei, ook niet. Het idee is dat die 'pauzeknop' een kind tijd geeft om na te denken over de wens om in transitie te gaan. Als het vijftien of zestien jaar is en nog steeds dezelfde gevoelens heeft, dan kan worden gestart met een hormoonbehandeling. Een kind kan ook besluiten om te stoppen, dan komt de puberteit alsnog op gang. In Amsterdam begint 63 procent van de jongeren met remmers, blijkt uit [een studie](#) naar een groep die tussen 1997 en 2018 de poli bezocht. Daarna stapt vrijwel iedereen (93 procent) over op 'genderbevestigende' hormonen zoals oestrogeen of testosteron.

De behandeling is vijfentwintig jaar geleden in Nederland bedacht en als 'Dutch Protocol' de basis geworden voor de zorg voor

minderjarigen wereldwijd.

Hannema vraagt aan L. of hij wil plaatsnemen op de behandeltafel achter het gordijn. „Ik ga even bij je voelen, want of de puberteit begint kun je merken doordat er een schijfje in de borst zit. Waar voel je het zelf?” Aan de andere kant van het gordijn geeft L. antwoord. „Het voelt nog heel erg zacht”, zegt Hannema.

Moeder: „Bij zijn zus begint de puberteit nu pas. Die is 15.”

Door de remmers stoppen de eierstokken of zaadbollen met het aanmaken van geslachtshormonen, genderbevestigende hormonen verstoren de menstruatie en de aanmaak van zaadcellen. Daarom praat Hannema met al haar patiënten over hun vruchtbaarheid. Hebben ze een kinderwens?

„Het schijfje dat jullie voelden is weer weggetrokken, dat zie je vaker”, zegt Hannema als iedereen weer aan tafel zit. „Het lijkt me goed als jullie over vier maanden nog eens komen.” Na een korte stilte: „Hebben jullie het recent nog met elkaar over de behandeling gehad?”

Moeder: „Niet echt. We moesten een formulier invullen over puberteitsremmers, en daar werd wel een vraag gesteld over het invriezen van eitjes, hè?” Ze kijkt haar kind aan, maar L. reageert niet. „Dat je over je eitjes moest nadenken.”

Hannema tegen L: „Snap je waar dat over gaat?”

L. vindt het spannend om naar de genderpoli te gaan. Op veel kinderen maakt een gesprek bij de huisarts al veel indruk. Laat staan een afspraak waarbij aan je borst wordt gevoeld of, bij andere kinderen, de groei van de testikels gemeten wordt met een soort kralenketting. Lichaamsdelen die ze liever niet zouden willen hebben, worden hier onderzocht.

Lichaamsdelen die ze liever niet zouden willen hebben, worden hier onderzocht

Als L. zenuwachtig is, klapt hij dicht. Eén van de psychologen is tijdens een afspraak een keer met hem gaan voetballen, om hem op zijn gemak te stellen. Volgens zijn moeder zei L. als klein kind al „mam, mijn hoofd zegt dat ik een jongetje ben”. L. was in alles anders dan zijn oudere zus, zegt zij. „Hij huilde anders. Hij speelde anders. Altijd racen op een skelter.” Toen hij op zijn negende nog steeds zei dat hij een jongetje is, dacht ze, dit is geen fase meer. „Ik wilde het voor zijn puberteit geregeld hebben.”

Wij vragen aan L. en zijn moeder of we op een rustig moment verder kunnen praten. Ruim een halfjaar later bellen we aan. L. doet de deur open in een rijtjeshuis in het midden van het land, waar hij samen met zijn moeder en zus woont. We gaan aan de keukentafel zitten. De poes is zwanger en kan ieder moment bevallen, dus als die ineens gekke geluiden begint te maken, dan komt het daardoor. L. praat ook nu weinig, maar hij komt ontspannen over. Een paar maanden geleden is hij begonnen met de puberteitsremmers, en dat was een hele opluchting.

Het eerste bezoek bij de huisarts was „vreselijk”. De moeder herinnert zich dat die zei dat ze er „echt niet zomaar een piemel aan gingen naaien”. Bij een andere huisarts kregen ze een doorverwijzing, en toen begon het wachten. Jarenlang. „Ik heb een paar keer gebeld, gebeurt er nog wat? Eén keer ben ik afgesnauwd.” Toen L. 11,5 was kwam de uitnodiging. Na een flinke stapel vragenlijsten en acht gesprekken met een psycholoog, kreeg L. remmers. „Dat vond ik een fijn idee”, zegt L., „omdat ik geen borsten zou krijgen.” De psychologen wilden vooral weten of hij zeker van zijn zaak was. „Er waren geen goede of foute antwoorden, want het gaat over mij.”



Mam, mijn hoofd zegt dat ik een jongetje ben

L. – twaalfjarige patiënt

Beslissen jullie dan samen met de behandelaars over wat er gaat gebeuren, vragen we. „Nee”, zegt zijn moeder resoluut, „zij beslissen.” Een voorbeeld. L. en zijn moeder hadden al langer het idee dat de puberteit was begonnen omdat L.'s tepels dikker werden. „Maar we kregen niet eerder remmers dan op het moment dat ook de arts vond dat het tijd was. Nu plak ik zijn tepels af met tape, omdat je ze anders door het T-shirt heen ziet.”

Op de basisschool wist iedereen het. „In groep vier heb ik een powerpoint gegeven. Dat ik een jongen wilde zijn en ook zo genoemd wilde worden. Ik vond dat heel spannend, want ik wist niet hoe ze zouden reageren.” Hij is er nooit mee gepest. Maar op de middelbare school weet nog niemand van zijn transitie. Dat is zwaar. „Hij heeft het gevoel dat hij een groot geheim moet verbergen.”

Zijn moeder is verpleegkundige en zet de injecties die de puberteit remmen zelf. Voor L. is dat fijn, omdat het gewoon thuis kan en hij er niet voor naar de dokter moet. „Ik vind die injecties wel eng”, zegt zijn moeder. Over de effecten van remmers bij transgender jongeren is nog niet veel bekend, artsen weten dat de groei van kinderen vertraagt, dat ze zwaarder kunnen worden, opvliegers kunnen krijgen. Maar hoe snel - bij geboren jongens - de zaadcelproductie weer op gang komt als ze stoppen met de remmers, is niet met zekerheid te zeggen. En wat op lange termijn het effect precies is op de botten of de hersenen, weten artsen niet.

Waarom krijgt L. ze dan toch? „Omdat hij het heel graag wil. Maar het is wel heavy: wat als hij op zijn vijftigste ineens iets krijgt?” Ze

wendt zich tot haar kind: „Je moet maar zo denken, zó veel mensen zijn jouw weggetje al voorgegaan.”

Nooit helemaal zeker

Aan alle zorgverleners die we spreken, vragen we: hoe weet je zeker dat je het goede beslist? Hoe weet je zeker dat iemand genderdysforie heeft en geen spijt van een ingreep krijgt, dat dit de juiste behandeling is?

„Dat weet je nooit helemaal zeker”, zegt gynaecoloog Norah van Mello. Het draait om gevoelens, om de overtuiging die iemand heeft. „We kunnen geen bloedtest afnemen, en iemand ook niet in de scanner leggen.”

Op de genderpoli proberen ze de onzekerheid te bezweren door zo veel mogelijk informatie over de patiënt te verzamelen. Ze proberen bij iedereen de genderdysforie zo goed mogelijk in beeld te krijgen, zegt psychiater Roy van Vlerken. „Maar hoe zorgvuldig we dat ook doen, in dit veld komt altijd een punt waarop je te maken krijgt met onzekerheid”, zegt hij. Van Mello: „Het zijn ingrijpende beslissingen over de rest van iemands leven. En we weten allemaal hoe veranderlijk het leven is.” Zorgverleners die op de poli werken, kunnen met die onzekerheid leven, legt Van Mello uit. „De buitenwereld kan dat niet altijd. Die eist zekerheden die we niet kunnen bieden.”

In de maanden dat we meekijken in de kliniek, ligt precies dat gebrek aan zekerheden in de genderzorg voortdurend onder vuur.

In de media duiken voorbeelden op van mensen met spijt van hun transitie. Critici zien daarin het bewijs dat de zorg niet deugt: dat die haastig en onzorgvuldig is. Uit kleinschalig onderzoek op verschillende plekken wereldwijd blijkt dat ongeveer 1 procent van de transgender personen spijt krijgt, maar er zijn ook studies die op hogere percentages uitkomen.





Met **een kralenketting** wordt de groei van de testikels gemeten. **Genderpolivoorzitter Annelijn Wensing-Kruger** (tweede van rechts) in vergadering met haar collega's.

Foto Mona van den Berg

Van Dale nomineert 'transitiespijt' in 2024 als woord van het jaar, maar al snel wordt de verkiezing stilgelegd. De wedstrijd is „gekaapt door verschillende actiegroepen”, schrijft Van Dale in een verklaring. De verkiezing is volgens de organisator „ontaard in een zeer onprettige maatschappelijke discussie”. Van Dale kiest bij uitzondering zelf het woord dat volgens hen het jaar typeert: 'polarisatie'.

De zwaktes in de wetenschappelijke onderbouwing van de genderzorg krijgen datzelfde jaar brede publieke bekendheid door de publicatie van een omvangrijke Britse studie naar de transgenderzorg. Na jarenlang onderzoek stelt kinderarts en onderzoeker Hilary Cass in een rapport vast dat er van alles is misgegaan bij de enige genderkliniek waar kinderen en jongeren in Engeland en Wales terecht kunnen. Het aantal patiënten dat daar aanklopte was in korte tijd vertienvoudigd en de druk om

patiënten te helpen zo hoog, dat zij soms al na twee consulten medicatie kregen. Psychische problemen werden over het hoofd gezien of niet onderzocht, concludeert Cass, en gegevens niet goed bijgehouden.

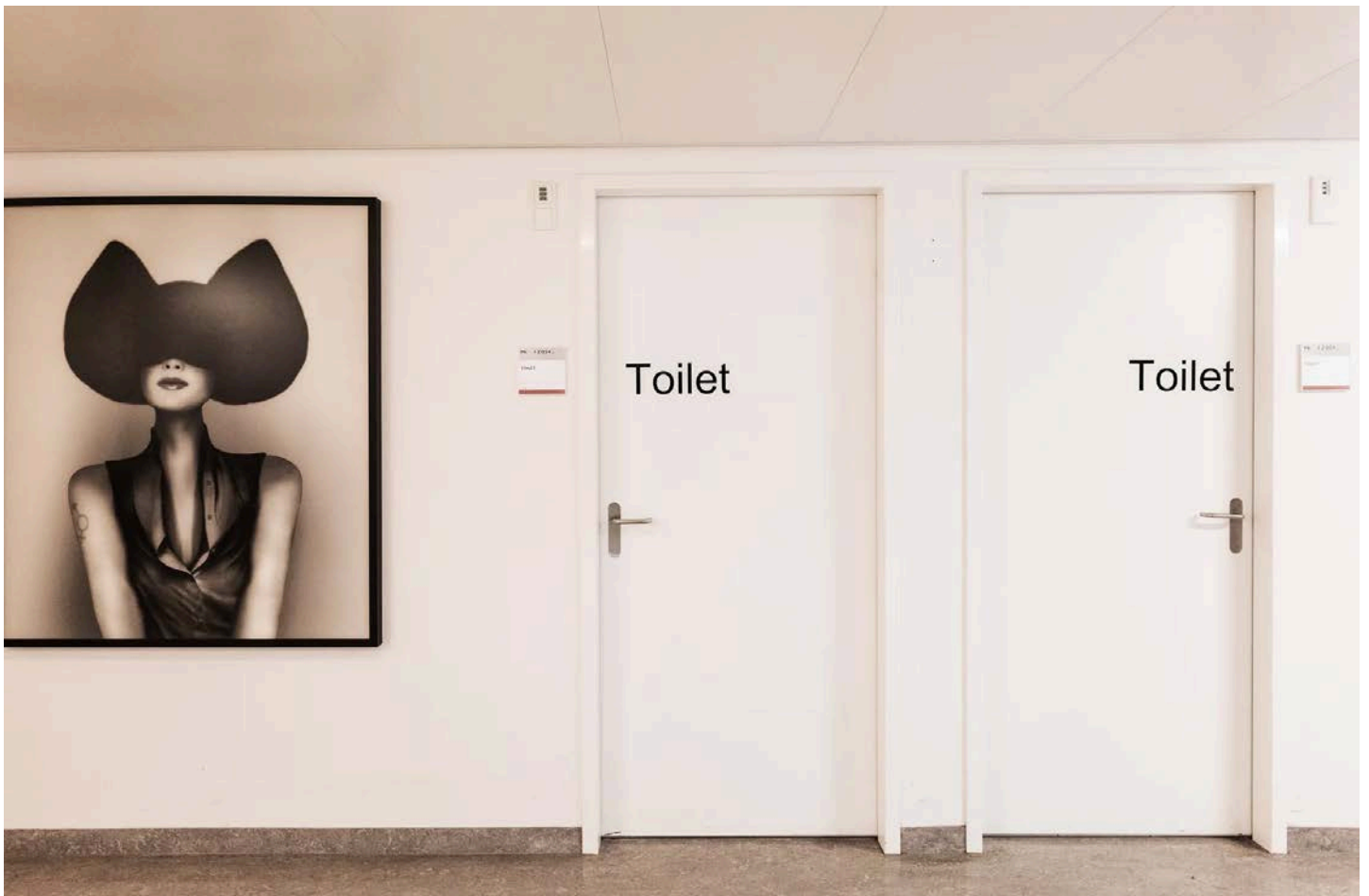
Maar Cass heeft niet alleen kritiek op de Britse praktijk, ze signaleert ook tekortkomingen in de behandelrichtlijn voor jongeren. En dat is waar de Nederlandse praktijk onder druk komt te staan. Die richtlijn is tenslotte in Nederland bedacht.

Cass noemt de wetenschappelijke onderbouwing voor het gebruik van puberteitsremmers zwak. Aan de basis van het Dutch Protocol ligt een studie naar het welzijn van jongeren die remmers hebben gebruikt. Emotionele problemen namen af, blijkt daaruit, en het welzijn verbeterde. Maar de groep die bestudeerd werd was klein, kreeg óók psychische ondersteuning, en niet iedereen die aan het onderzoek meedeed, maakte dat ook af, benadrukt Cass. In geen enkele studie naar remmers is er een controlegroep: een groep mensen die deze medicatie niet krijgt.

Op grond van de bevindingen van Cass besluit de NHS, de Britse nationale gezondheidsdienst, dat de enige kliniek voor jongeren moet sluiten. Er moeten nieuwe centra komen, waar jongeren alleen onder strikte voorwaarden een behandeling krijgen.

Nederlandse opiniemakers vinden dat ook hier verregaande conclusies moeten worden verbonden aan het Britse rapport. In *NRC* [schrijven](#) Jan Kuitenbrouwer en Peter Vasterman - journalist en mediasocioloog - dat het Dutch Protocol in de transgenderzorg onhoudbaar is geworden: „het Dutch Protocol is een medische Titanic, op weg naar een ijsberg”. Ze vinden dat de er meer wetenschappelijk onderzoek naar de behandeling moet worden gedaan. Medewerkers van de poli zouden „een opmerkelijk gebrek aan zelfreflectie en wetenschappelijke nieuwsgierigheid aan de dag leggen”.

We vragen ons af hoe ze op de Amsterdamse poli naar de aanhoudende kritiek op de wetenschappelijke onderbouwing kijken en maken een aparte afspraak met drie zorgverleners om op het Cass-rapport en de kritiek te reflecteren. Op een dinsdagochtend in september 2024, voordat de spreekuren beginnen, zijn we welkom in de werkkamer van Annelijn Wensing-Kruger. Ze is opgeleid als psycholoog, en sinds 2020 voorzitter van de genderpoli. Ook Sabine Hannema schuift aan, en kinder- en jeugdpsychiater Annelou de Vries, die aan de basis staat van het Dutch Protocol en de wetenschappelijke onderbouwing ervan. De drie zijn openhartig over wat ze wel en niet weten, en over hun frustraties over het maatschappelijke debat. In het gesprek valt op dat ze het in de kern met hun critici eens zijn: er moet meer kennis verzameld worden.



De enige genderneutrale toiletten in Amsterdam UMC.

Foto Mona van den Berg

„Dat we meer willen weten, is evident”, zegt Annelijn Wensing-Kruger. Haar collega's doen vrijwel doorlopend onderzoek, naar seksueel functioneren voor en na een behandeling bijvoorbeeld, naar zelfvertrouwen en het effect van remmers op IQ en onderwijsniveau. Maar in dit relatief nieuwe vakgebied, zegt ze, zijn nog altijd talloze vragen niet beantwoord.

Sabine Hannema die naast haar zit somt op wat zij allemaal zou willen weten: „Blijven mensen tevreden met de hormoonbehandeling? Waarom zijn de hormonen niet bij iedereen even effectief? Wat is de impact van remmers op de gezondheid, op de lange termijn?” Hannema deed onderzoek naar het effect van puberteitsremmers op botdichtheid. De nadelen lijken mee te vallen, maar onbekend is hoe de botten van de groep die al op jonge leeftijd begint met puberteitsremmers er op latere leeftijd aan toe zullen zijn. „En over botbreuken hebben we geen gegevens.”

Cass zegt ook dat de studies die er wél zijn, vaak van lage kwaliteit zijn. Sabine Hannema: „De ideale wetenschappelijke opzet is natuurlijk onderzoek met een controlegroep die je lange tijd volgt, bijvoorbeeld gedurende tien jaar. Maar het is heel moeilijk voor te stellen hoe je zo'n onderzoek moet uitvoeren.”

Waarom is dat zo moeilijk? Hannema: „Stel er komt iemand van twaalf die graag een medische behandeling wil. En wij zeggen: oké, we gaan loten, of je wel of geen behandeling krijgt.”

Vervolgens moet zo iemand, ook als die geen behandeling krijgt, ieder jaar vragenlijsten invullen en terugkomen voor onderzoek, legt Hannema uit. „Zo iemand komt in de puberteit, het lichaam verandert, terwijl diegene zich juist hier meldde, omdat die dat niet wil. Dat is ethisch niet te verantwoorden.”

De bekendste studie naar effectiviteit van de behandeling van genderdysforie in Nederland - die van Annelou de Vries waar Cass naar verwijst - is „niet slecht”, vindt De Vries zelf. „Maar je zou wel

verwachten dat die later, op andere plekken, herhaald wordt. Ik bedoel, één positieve studie is nog geen bewijs dat dezelfde aanpak overal ter wereld werkt. Dat Cass daar kritiek op heeft, snap ik wel. Hoewel er wel andere, meestal vrij kleine studies zijn gedaan, zou je verwachten dat er op veel grotere schaal, meer bekend zou zijn."

De Vries betwijfelt of de wetenschappelijke basis voor het voorstel dat Cass doet voor de kindermindzorg volstaat. Cass adviseert veel meer nadruk op psychosociale zorg en minder op medische zorg, maar, zegt De Vries, „voor die aanpak is letterlijk nog veel minder bewijs”. „Het enige dat we anekdotisch weten is dat mensen die jarenlang in psychotherapie hebben gezeten om van genderdysforie te genezen, want zo ging dat vroeger, daar heel veel schade van hebben ondervonden."

Critici stellen voor om mensen op de wachtlijst, dat zijn er duizenden, te gebruiken als controlegroep. Is dat een optie? De Vries: „Het idee is dan dat die mensen niks aan het doen zijn terwijl ze op de wachtlijst staan, maar dat is niet zo. Veel mensen op de wachtlijst zijn op zoek naar alternatieven, hebben zich op andere plekken aangemeld of zijn in gesprek met psychologen elders."



Je zou verwachten dat er op veel grotere schaal, meer bekend zou zijn

Annelou de Vries – kinder- en jeugdpsychiater

En dan is er nog discussie over de patiëntenpopulatie: die groeit niet alleen, die verandert ook. Net als in andere landen zien zorgverleners in Amsterdam onder de adolescenten meer geboren meisjes dan voorheen: tweederde van het totaal. Ze zijn zich vaker dan voorheen in hun tienertijd gaan beseffen dat ze zich niet goed

voelen bij hun geboortegeslacht en hebben vaker psychiatrische aandoeningen zoals autisme.

De vraag is: wijkt deze groep niet te veel af van die in het oorspronkelijke behandelprotocol, bedoeld voor patiënten die psychisch stabiel zijn en al sinds hun kindertijd lijden onder genderdysforie?

Critici zeggen: zolang je niet weet waar de groei vandaan komt, moet je ze niet behandelen. De vrees is dat ze zich inbeelden dat ze genderdysforie hebben, en dat „sociale besmetting” daarbij een rol speelt. Dat ze op het idee gebracht zijn door anderen, op sociale media bijvoorbeeld.

Zorgverleners daarentegen willen deze groep patiënten niet bij voorbaat uitsluiten van behandeling. Je kunt behandelen onethisch vinden, zeggen zij, maar iemand niet behandelen kan net zo goed onethisch zijn. Annelou de Vries doet op dit moment onderzoek naar de verandering in de patiëntenpopulatie.

In de laatste versie van de internationale behandelrichtlijn is bovendien de eis dat jongeren sinds hun kindertijd genderdysforie moeten ervaren geschrappt, „langdurig” lijden is sinds 2022 het uitgangspunt. Annelou de Vries, die meeschreef aan de richtlijn, vertelt dat er binnen de vakgroep over dat woord veel discussie is geweest, want wat is 'langdurig'? „We hebben er geen getal aan gehangen”, vertelt ze, „maar ik zou ‘enkele jaren’ als uitgangspunt nemen.”

Er zijn zat voorbeelden te noemen van zorg die niet helemaal 'afgedekt' is met wetenschap, zegt Hannema. „Zeker in de kindergeneeskunde.” In de behandelrichtlijn voor kinderen met obesitas, bijvoorbeeld, zijn veel aanbevelingen ook gebaseerd op bewijs dat van 'lage kwaliteit' is. Maar daar, wil ze maar zeggen, hoor je niemand over. De buitenwereld accepteert die

onzekerheden bij andere takken van zorg misschien sneller, denken ze in Amsterdam UMC.

Wat als álle gezondheidszorg een sluitende objectieve rechtvaardiging nodig had, vragen mensen die achter de genderzorg staan zich af. Dat je voorafgaand aan een IVF-traject moet bewijzen dat je een goede ouder zult zijn, of dat je van het ouderschap gelukkiger wordt? Of dat abortus er alleen is voor mensen die daar nooit spijt van zullen krijgen?

Psycholoog en onderzoeker Thomas Steensma zegt tijdens een van onze gesprekken in de kliniek dat hij óók het idee heeft dat het Dutch Protocol zo onder vuur is komen te liggen, omdat buitenlandse collega's er onvoorzichtig mee zijn omgesprongen. De zorg is in die landen anders ingericht. „In Amerika zijn duizenden jongeren behandeld, maar er zijn nauwelijks vervolgonderzoeken uitgekomen. Dat zijn dus echt cowboys geweest.” De artsen, bedoelt hij, behandelden zonder te onderzoeken welke gevolgen dat had. „En ik denk dat in Engeland - die kliniek knalde zo'n beetje uit elkaar van de hoeveelheid patiënten - een mantra is ontstaan van: 'jongens, bij genderproblematiek meteen behandelen'. En dat ze dat deden onder de noemer 'dat doen de Nederlanders toch ook?'"

Dat de druk vanuit de gemeenschap groter is geworden speelt ook mee, denkt hij. Transgender personen zijn veel zichtbaarder geworden, en er is ook veel meer activisme. „Mensen die zeiden: hallo, wij zijn zo lang gemarginaliseerd en onderdrukt, wij willen gewoon toegang tot zorg. Dan kunnen er versnelde trajecten ontstaan.” In sommige landen werd *'informed consent'* voor volwassenen het uitgangspunt. Als de patiënt goed was voorgelicht, mocht die zelf beslissen. Steensma: „Ik denk dat informed consent het verdrietige antwoord op een falend zorgsysteem is. Dat je als arts na een tijdje zegt, ik ga het niet meer in kaart brengen, ik ga alleen nog maar uitleggen wat de gevolgen

van een ingreep zijn. Dat kan niet. Althans, niet vanuit Nederlands perspectief.”



Gynaecoloog Norah van Mello: „De buitenwereld eist zekerheden die we niet kunnen bieden.”

Foto Mona van den Berg

In het ziekenhuis vragen ze zich af: is alle kritiek met nieuw wetenschappelijk bewijs te keren? Zullen nieuwe studies critici op andere gedachten brengen? In een podcastreeks over de sluiting van de genderpoli in het Verenigd Koninkrijk vergelijkt de maakster de manier waarop mensen naar genderzorg kijken met een optische illusie. „Mensen kijken naar hetzelfde, maar zien er allemaal iets anders in.”

In de Verenigde Staten is zichtbaar hoe groot de invloed van de maatschappij en de politiek op deze zorg kan zijn. President Trump maakte er een speerpunt van in zijn inauguratietoespraak: „Vanaf vandaag zijn er alleen twee genders - man of vrouw.” Die

geslachten, staat in de toelichting, kunnen niet worden veranderd, en zijn gegrond in een „fundamentele en onweerlegbare realiteit”. Eén van Trumps eerste beslissingen als president was het stopzetten van financiering van ziekenhuizen die medische transgenderzorg aanbieden aan jongeren, maar begin maart blokkeerde de rechter dat besluit voorlopig.

In Amsterdam komt begin 2025 de Gezondheidsraad langs voor oriënterende gesprekken. Dit jaar nemen ze de zorg voor jongeren onder de loep. De resultaten van het onderzoek worden volgend jaar verwacht. Welke gevolgen het rapport kan hebben voor de zorg, is onbekend.

Intussen is de Nederlandse genderzorg begin 2025 zo overbelast geraakt dat de poli in Amsterdam maatregelen neemt.

Volwassenen worden voorlopig niet meer opgeroepen voor een intakegesprek. Ook de wachttijden binnen het behandeltraject nemen toe. „Momenteel zijn er in Nederland helaas weinig alternatieven”, schrijft het ziekenhuis.

EPILOOG

Hoe het verder ging met Mark, Michael, A. en L.

Het gordijn met de oranje strepen gaat weer open. De inmiddels 13-jarige L. neemt plaats op de behandelbank in de spreekkamer van Sabine Hannema. De borstgroei blijft uit, constateert ze, dus de puberteitsremmers werken.

„Hoe is het ermee? Wil je nog iets bespreken?”

L. haalt zijn schouders op. „Nee hoor, niets.”

Hannema, grappend: „Ga je dan nu weer weg?”

Hoe ging het met de medicijnen, vraagt ze. L.'s moeder, die weer mee is, vertelt dat hij soms hoofdpijn heeft, iets vaker dan voorheen. Maar dat hij veel lekkerder „in zijn velletje” zit. „Alsof er een knopje is omgezet.” Op de middelbare school gaat het goed, langzaam krijgt hij met sommige kinderen een goede band. Hannema wil weten of hij nog zeker van zijn zaak is. „Denk je weleens: ik wil die puberteitsremmers eigenlijk niet meer?”

L.: „Nee, dat heb ik niet.”

Ze bespreken de botscan. „Je botdikte is vrij laag voor je leeftijd. Daarom zeuren we ook zo over sporten en kalk.”

Het gesprek komt op zwemmen, en of L. dan met ontbloot bovenlijf gaat. Inmiddels wel, zegt zijn moeder. De onzekerheid over zijn tepels is weggezaakt. „We hebben even bij anderen gekeken en L.'s bovenlijf lijkt gewoon op dat van een jongen”, zegt zijn moeder. Lachend laat L. zijn spierballen zien.

Mark, die al sinds zijn twaalfde in Amsterdam UMC komt en inmiddels 24 jaar is, heeft de afgelopen maanden veel op bed gelegen vanwege een burn-out, vertelt hij aan de telefoon. Eerder waren we bij zijn gesprek met psycholoog Steensma, waarin hij vertelde over een bedrijfsuitje in een wetsuit. Mark heeft vanwege zijn gezondheidstoestand meer op social media gekeken dan gebruikelijk. „Iemand als ik is ‘in de war’, vinden heel veel mensen.” De politieke koers baart hem zorgen. „Wereldwijd en in Nederland wordt er een beweging naar rechts gemaakt.”

Hij piekert veel: Wat als er een oorlog uitbreekt en zijn medicatie niet te krijgen is? „Soms denk ik: misschien moet ik toch mijn baarmoeder laten verwijderen, dan word ik in ieder geval niet ongesteld als ik moet stoppen met medicatie.” Als transgender persoon voelt hij zich een „target”. „Er is geen plek ter wereld waar wij veilig zijn.”

A., die we voor het eerst in 2023 zagen in de spreekkamer van psychiater Roy van Vlerken, volgt het nieuws bewust niet - wel zo rustig. Ze vertelt erover bij een koffie verkeerd en een saucijzenbroodje in de kantine van Amsterdam UMC. Straks heeft ze een controleafspraak. In een overleg met alle specialisten is besloten dat ze klaar is voor hormonen. Ze is na het psychologische traject in de loop van 2024 begonnen met medicatie, en merkt dat haar huid zachter wordt. Na lange tijd op de wachtlijst voerde ze tijdens een zorgtraject van twee jaar zo'n twintig gesprekken met psychologen en psychiaters.

Ze heeft een doorverwijzing naar de logopedist, om vrouwelijk te leren spreken, en voor een laserbehandeling, om haar te verwijderen. Maar het kost haar vanwege haar mentale problemen tot nu toe te veel energie om een afspraak te maken. „Twee uur heen, twee uur terug. 40 euro voor de trein.” En al haar tijd gaat op aan een ander intensief behandeltraject dat ze vanwege haar persoonlijkheidsstoornis volgt. „Ik ben echt moe.”

In de Amstelveense flat tilt Michael zijn T-shirt omhoog. Er loopt een lang litteken dwars over zijn borst. Vorig jaar, in mei, zijn zijn borsten verwijderd. Tepels wilde hij niet meer. „Waarom wel?” vraagt hij. „Ik kan er niks mee. Alleen voor de *esthetics* hoef je ze niet terug te plaatsen.”

We zagen Michael een jaar geleden op een spreekuur van psychiater Roy van Vlerken, waar hij na een uur gefrustreerd vertrok. Michael wil nooit zwanger worden en vroeg al jaren om een operatie om zijn baarmoeder te verwijderen. Maar de psychiater vond dat Michael eerst met een gynaecoloog moest praten over zijn wens.

Een klein jaar later, in september, is Michael alsnog geopereerd. Zijn baarmoeder zit er nog, de eileiders zijn verwijderd. „Minder ingrijpend, en het dient hetzelfde doel”, zegt Michael. Michael is bijna 23 jaar, heeft autisme en zit in de bijstand. Zijn moeder die

op de bank tegenover hem zit, vindt hem vrolijker dan een paar jaar geleden. In hun omgeving is de transitie van haar kind niet echt een issue, zegt ze. Ja, oma verspreekt zich weleens, net als haar andere zoon. Michaels vrienden halen hun schouders erover op.

Michaels relatie is nog aan. En hij kan eindelijk zonder T-shirt door zijn huis lopen. „Trans mensen staan altijd zo”, Michael kromt zijn rug, „om hun borsten te verbergen”, legt hij uit. „Ik sta weer rechtop.”

Genderzorg in cijfers

In Amsterdam UMC staan meer dan vijfduizend mensen op de wachtlijst. Jongeren moeten 2,5 jaar wachten op een eerste gesprek op de poli, volwassen ruim vier jaar.

Ieder jaar worden in Amsterdam UMC zo'n 250 jongeren en 450 volwassenen opgeroepen voor een eerste intake. Omdat de wachttijden oplopen besloot Amsterdam UMC voorlopig geen nieuwe volwassenen in behandeling te nemen.

Voor genderzorg kunnen mensen op verschillende plekken in Nederland terecht. Kinderen en adolescenten kunnen voor medische begeleiding alleen naar Amsterdam, Nijmegen en Groningen.

Delen 

Mail de redactie 

GENDER

Volg

De boerin wordt in Europa nog altijd achtergesteld bij de boer

1 uur geleden



Vrouwelijke muzikanten verdienen nog steeds minder dan mannen: hoe zit dat?

1 dag geleden



NRC

- [Over ons](#)
- [Werken bij](#)
- [Auteursrecht](#)
- [Privacy](#)
- [Leveringsvoorwaarden](#)
- [NRC Code](#)
- [Onze app](#)
- [Archief](#)
- [Adverteren](#)
- [E-book](#)

Contact

- [Redactie](#)
- [Opinieredactie](#)
- [De ombudsman](#)
- [Colofon](#)
- [AdSales](#)
- [Klantenservice](#)
- [Familieberichten](#)

Mijn NRC

- [Neem een abonnement](#)
- [Inloggen](#)
- [Account aanmaken](#)
- [Digitale krant](#)
- [Mijn leeslijst](#)
- [Mijn abonnementen](#)
- [Service & bezorging](#)
- [Nieuwsbrieven](#)
- [Privacyvoorkeuren](#)

NRC-websites

- [Mediahuis NRC](#)
- [NRC Carrière](#)
- [NRC Webwinkel](#)
- [NRC Lezersfonds](#)

