



TGEU – Transgender Europe e.V.
Heidelbergerstr. 63/64, 12435 Berlin, Germany

Kennisinstituut Medisch Specialisten
Commissie Somatische zorgstandaard transgenderzorg
Postbus 3320
3502 GH Utrecht
Nederland

Amsterdam, 15 juni 2018

Geachte commissie,

Ik schrijf u deze brief uit hoofde van Transgender Europe, waar ik bestuurslid ben. TGEU is een netwerk met 118 lidorganisaties in 42 staten in Europa en daarbuiten die werkt voor mensenrechten en gelijkheid van alle transpersonen. TGEU onderneemt en steunt baanbrekend onderzoek in het veld van trans specifiek gezondheidszorg, waaronder het *Overdiagnosed But Underserved:*

Trans Healthcare in Georgia, Poland, Serbia, Spain, and Sweden^[1] rapport dat bijna 900 transgezondheidszorggebruikers en bijna 900 zorgaanbieders heeft bevroegd. Als wereldwijd netwerk heeft TGEU actief bijgedragen aan de depsychopathologisering van de elfde editie van de International Classification of Diseases van de World Health Organisation. TGEU heeft tevens actief bijgedragen aan de creatie van de EPATH en sindsdien de organisatie actief ondersteund.

De standaard

De aankomende standaard voor somatische zorg in de gendertransitie is een goed initiatief en een nodig initiatief aangezien zonder enige standaard uitbreiding in de vorm van decentralisatie erg moeilijk is. Ook het idee om een zorgstandaard voor de huisartsenzorg op te stellen parallel aan deze is verstandig. De voorgestelde somatische zorgstandaard lijdt evenwel onder een ernstig probleem: hij is op een principiële punt niet compatibel met mensenrechtenstandaarden van al minimaal tien jaar oud. Er is evenwel een eenvoudige *way out* die we aan het eind met u delen.

De Nederlandse gendertransitie ondersteunende zorg (kortweg transzorg) gaat uit van een langdurig en intensief diagnostisch proces waarin een team van psychologen aan een van de centra de zorgvrager onderzoekt op op emotionele

draaglast en (psychomedische) draagkracht. Dit proces heeft een voorwaardestellend effect. Dat wil zeggen, als de zorgvrager geen "groen licht" krijgt, mag deze niet door naar de medische zorg waarom het allemaal begonnen is.

Mensenrechten

Deze benadering is strijdig met basale mensenrechten zoals het recht op het hoogst mogelijke niveau van zorg¹ en vrijwaring van overbodig medisch ingrijpen². De speciale rapporteur voor het verdrag tegen foltering heeft ook aangegeven in zijn rapport ³aan de Mensenrechtenraad van 2013 dat (niet-medische) voorwaarden stellen aan transitie valt onder de categorie wrede en ongebruikelijke behandeling.

De ratio voor een lang psychodiagnostisch proces verdwijnt verder en verder. De nieuwe ICD-11 haalt genderincongruentie (WHO's voorkeursterm) uit het psychiatrisch/psychologische domein en verplaatst het naar de seksuologie.

De Parlementaire Assemblee van de Raad van Europa stelt in haar resolutie d.d. 2048⁴, 20-3-2015 refereert met zorg aan de psychiatrische diagnose en "life experience" periode. De Assemblee beveelt aan nationale ziekteclassificaties aan te passen en te pleiten voor de wijziging van internationale classificaties, en zeker te stellen dat transpersonen, inclusief kinderen, niet als geestesziek worden gelabeld, en tevens stigmavrije toegang tot medische behandeling te garanderen.

Nu wordt een diagnose genderdysforie door de evaluatoren niet als een psychiatrische diagnose gezien, dan wel als teken van geestesziekte, maar de DSM-5⁵ is voorwaarde voor verdere toegang tot transitiezorg. Daarmee is er de facto sprake van een psychiatrische diagnose, die nog steeds voor verschillende beroepen een uitsluitende factor vormt. Men gaat ervan uit dat de zorgvrager per definitie niet zelf kan besluiten en geen inzicht heeft in hun eigen draagkracht. Voor de goede orde zij gesteld dat wij beslist pleiten voor beschikbaarheid van psychologische en psychosociale hulp voor wie dit nodig heeft, maar zonder uitzondering iedereen aan dezelfde procedure onderwerpen is geen zorg verlenen. Dat is controle uitoefenen.

Ook wie zijn of haar gender bij het bevolkingsregister heeft laten veranderen (waar nog steeds een deskundigenverklaring bij nodig is) moet nog steeds door hetzelfde lange diagnostische proces heen. Het is niet onlogisch te veronderstellen dat deze groep mensen wanneer ze voor zorg komen, weten wat ze willen. Evenwel bemerken wij dat de benadering van de zorgverleners hieromtrent zeer inflexibel is.

- 1 WHO Constitution; (<http://www.who.int/about/mission/en/>; first two bullets); Yogyakarta beginsel 17 (<http://yogyakartaprinciples.org/principle-17/>) ; ICESCR art. 12 (<http://www.un-documents.net/icescr.htm>)
- 2 Yogyakarta beginsel 18, <http://yogyakartaprinciples.org/principle-18/>
- 3 A/HRC/22/53, par. 88, http://antitorture.org/wp-content/uploads/2016/02/Gender_Report_A_HRC_31_57_E-5.pdf
- 4 <https://assembly.coe.int/nw/xml/Xref/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=21736>
- 5 In het algemeen DSM-5 code 302.85 (302.6 voor kinderen)

Onderzoek

Het door Transgender Europe (TGEU) uitgevoerde onderzoek *Overdiagnosed but underserved*⁶ dat gehouden is in vijf Europese landen, geeft aan dat 70% van de deelnemende zorgprofessionals vindt dat een psychiatrische diagnose een stigmatiserend effect heeft. Aan dit onderzoek deden 888 zorgaanbieders uit vijf landen (Spanje, Polen, Zweden, Georgië, Servië) mee. Wereldwijd was Argentinië in 2011 het eerste land om de geslachtswijziging geheel te depathologiseren. Hetzelfde geldt voor de transitiezorg. In Argentinië is voor het wettelijke noch voor het medische traject een psychiatrische diagnose als die van de DSM of ICD-10 vereist. Iedereen kan ongeacht leeftijd zelfstandig zonder verdere vereisten (behalve welke naam en welk gender ingevuld moeten worden) de eigen genderregistratie wijzigen. Transzorg op grond van zelfdiagnose is een wettelijk vastgelegd recht. Door vast te houden aan de huidige rigide werkwijze, riskeert Nederland dat het professionele standaarden loslaat en zijn leiderschap in de transzorg verliest.

In Barcelona is een autonome kliniek, Trànsit⁷ genaamd, waar op basis van zelfdiagnose wordt behandeld. Deze bestaat nu enkele jaren. Vanuit het Callen Lorde LGBT Community Health Care Centre in New York City is een onderzoek⁸ gedaan of een autonoom beslismodel nadelen heeft tegenover het traditionele, ook Nederlandse, model. Eisfeld en Radix, de auteurs komen tot de constatering dat er geen noodzaak is tot een diagnostische procedure zoals Nederland die kent en dat hun benadering minder problemen kent dan de standaard zoals die in Nederland wordt toegepast. Daarnaast is de staande procedure dus mensenrechtelijk problematisch.

In plaats van het diagnostisch proces als het is, raden wij de benadering van de psychische zorgstandaard aan. Deze is gebaseerd op zelfdiagnose met vaststelling van wilsbekwaamheid. Hiervoor kent de psychische zorgstandaard drie modi. Op diverse plaatsen in het buitenland gaat men verder, maar gegeven de Nederlandse wetgeving is dit op het moment het hoogst haalbare.

Vreemd genoeg spreekt de somatische standaard wel van *informed consent* maar deze geldt pas na afloop van de psychologische diagnostische fase. Gecontroleerd door de keuringspsycholoog – zoals deze in de gemeenschap vaak genoemd wordt. Wij stellen voor om als eerste stap de GGZ-standaard te volgen, en van daaruit te werken aan verdere terugdringing van ongerechtvaardigde psychologische of psychiatrische voortrajecten. De GGZ standaard gebruikt de volgende drie wegen:

6 https://tgeu.org/wp-content/uploads/2017/10/Overdiagnosed_Underserved-TransHealthSurvey.pdf

7 https://www.eldiario.es/catalunya/sanitat/transexualidad-dejara-considerada-enfermedad-Catalunya_0_572893494.html of <https://www.facebook.com/serveiTransit/>

8 Radix, Anita, and Justus Eisfeld. "Informierte Zustimmung in der Trans*-Gesundheitsversorgung." *Zeitschrift für Sexualforschung* 27.01 (2014): 31-43.

1. *Indicatiestelling op basis van 'informed consent'*. Zorgvragers met voldoende duidelijkheid over zichzelf, kunnen het bij slechts een enkel gesprek met anamnese en voorlichting houden en bloedwerk bepaalt verder of deze persoon aan hormoontherapie kan beginnen.
2. *Indicatiestelling met vier ogen principe*, voor wie niet zo ver is, of waar de intake afnemer minder zeker is dat een snelle indicatiestelling mogelijk is. Exploratiewensen van de zorgvrager of vragen en onzekerheid van zorgvrager of intake afnemer, kunnen reden zijn tot aanhouden. Wanneer de zorgvrager zover is, kan die door naar de hormoonspecialist.
3. *Multidisciplinaire indicatiestelling*. Voor wie met zodanige dysforie in de vorm van depressie, angststoornissen of suïcidaliteit kampt dat die een succesvolle medische transitie dwarsbomen, dient psychologische of psychiatrische hulp beschikbaar te zijn, met het oog op verlichten van de problemen, zodat snel met een medisch traject kan worden begonnen. Ook deze professionals dienen over transgender culturele competentie c.q. gendersensitiviteit te beschikken. De ervaring van veel zorgvragers is dat de erkenning en het voelen van de eerste veranderingen in het lichaam een fors deel van de dysfore verschijnselen waaronder depressie, angststoornis, suïcidaliteit, doet terugtreden.

Tot slot

Met deze notitie willen wij laten zien dat er vanuit verschillende hoeken kritiek is op het vasthouden aan wat wij de "keuringspsycholoog" noemen. Omdat deze methode voor een grote flessenhals zorgt (toename behandelcapaciteit blijft telkens op 40% van de groei⁹) en vooral ook omdat deze principieel betwist wordt, benadrukken wij het nut en de noodzaak van het afschaffen van de grootste barrière in de Nederlandse transzorg: het huidige psychodiagnostisch proces ter vaststelling van een diagnose genderdysforie.

Hoogachtend,
namens Transgender Europe,



vreer verkerke

Lid Steering Committee Transgender Europe

Lid ICD Reform Expert Group van GATE (Global Activistes for Trans Equality,
www.transactivists.org)

Oprichter Principe 17, voor het recht op de hoogste standaard van trans*zorg