

Uitdagingen in de zorg voor kinderen en jongeren met genderdiversiteit

Lieke Vrouwenraets, Annelou de Vries, Irma Hein & Martine de Vries

Samenvatting

Genderdiversiteit bij kinderen en jongeren is steeds meer zichtbaar in de maatschappij. Ook het aantal aanmeldingen bij gespecialiseerde jeugdgerichte teams is de afgelopen jaren enorm gegroeid. Dit brengt de vraag naar de voorgrond wat de meest passende zorg voor deze kinderen en jongeren is. Behandeling voor prepuberale kinderen is voornamelijk psychologisch. Bij jongeren bij wie genderincongruente gevoelens langdurig aanwezig en diep geworteld zijn, bij wie deze gevoelens gepaard gaan met gevoelens van

onbehagen en persisteren wanneer zij in de puberteit komen, is naast psychologische ondersteuning medische behandeling mogelijk. Ondanks dat dergelijke zorg morele uitdagingen met zich mee kan brengen, kunnen niet in deze zorg gespecialiseerde hulpverleners een essentiële functie hebben in het proces. Zo kunnen zij in gesprek gaan met de kinderen, jongeren en ouders over hun ervaringen, en aan de hand van kennis over de behandelmogelijkheden een bijdrage leveren aan het afwegen of aanmelden bij een gespecialiseerd gerichte team wenselijk is.

Inleiding

Genderdiversiteit bij kinderen en jongeren is steeds meer zichtbaar. Dit artikel beschrijft allereerst wat het begrip gender inhoudt, en er wordt uitleg gegeven over genderdiversiteit en genderincongruentie. Vervolgens worden de behandelmogelijkheden beschreven die in Nederland geboden worden aan kinderen en jongeren met genderdiversiteit. Er wordt nader ingegaan op een aantal thema's waarvan is gebleken dat deze

tot verschillende visies wat betreft de zorg voor deze kinderen en jongeren kunnen leiden. Zo komt de wilsbekwaamheid van de jongeren aan bod wanneer zij beslissen over het al dan niet starten met puberteitsremmende behandeling, wordt nader ingegaan op het gegeven dat er nog relatief weinig bekend is over bepaalde potentiële langetermijneffecten van deze behandeling en op de rol die de toegenomen aandacht in de media speelt. Het artikel eindigt met een beschrijving van de belangrijke bijdrage die

hulpverleners die niet gespecialiseerd zijn in deze zorg kunnen bieden.

Gender

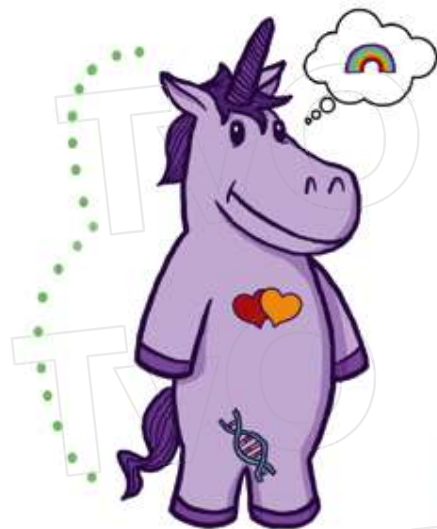
Voorheen werd gender als een binair begrip gezien: jongen of man, en meisje of vrouw. Tegenwoordig wordt daar anders over gedacht. Het wordt gezien als een overkoepelende term waarbinnen onderscheid kan worden gemaakt tussen genderidentiteit, genderexpressie, geboortegeslacht, en seksuele en romantische aantrekking (o.a. Banegas & Govender, 2022). Bewustzijn van en kennis over deze termen helpt een hulpverlener om in gesprek te gaan met kinderen en jongeren over genderdiversiteit, waardoor inzicht in en begrip voor hun situatie verkregen wordt. Genderidentiteit heeft betrekking op hoe je je voelt; zo kan iemand zich identificeren als bijvoorbeeld (eerder) mannelijk, (eerder) vrouwelijk, mannelijk en vrouwelijk tegelijk, of als geen van beiden (a-gender). Maar er zijn meer variaties mogelijk, zoals gender-non-binair, genderfluïde,

genderqueer, en derde gender. Genderexpressie, ook wel genderrolgedrag, gaat over hoe je je uit, bijvoorbeeld via gedrag, kleding en/of reacties. Het omvat de uitingen die stereotypisch toegeschreven worden aan meisjes of jongens. Dergelijke uitingen kunnen bijvoorbeeld (eerder) mannelijk, (eerder) vrouwelijk, mannelijk en vrouwelijk tegelijk, of genderneutraal zijn. Wanneer kinderen en jongeren zich niet als 'typische' meisjes of jongens uiteten, spreekt men van genderdiversiteit, gendervariatie of gender-non-conformiteit. Het geboortegeslacht is biologisch bepaald; ook dit kan divers zijn. Er kan verwezen worden naar anatomische geslachtskenmerken (vagina of penis), chromosomen (XX of XY), en/of gonaden (eierstokken of testikels). Veelal wordt op basis van een van deze kenmerken het geboortegeslacht bepaald. De termen intersekse/intersex en de Engelse term 'Disorder of/Differences in Sex Development' (DSD) worden gebruikt wanneer er variatie is in de geslachtsdifferentiatie. De seksuele en romantische aantrekking hebben betrekking op de hetero-, homo- of biseksuele gevoelens die

De Gender Unicorn TSER

Graphic by:

Trans Student Educational Resources



Meer informatie via:
www.transstudent.org/gender

Ontwerp door Landyn Pan and Anna Moore

Nederlandse vertaling door
Anna van der Miesen & Marlijn Arnoldussen



Wanneer kinderen zich niet als ‘typische’ meisjes of jongens uiten, spreekt men van genderdiversiteit

iemand kan ervaren. Dit is onderdeel van seksualiteit en staat los van iemands genderidentiteit en genderexpressie.

Bij de meeste kinderen en jongeren komt het geboortegeslacht overeen met de genderidentiteit; men spreekt dan van cisgender. Wanneer het geboortegeslacht niet overeenkomt met het ervaren geslacht, spreekt men van genderincongruentie. De Genderkoek en Gender Unicorn zijn mooie visualisaties van deze verschillende termen, aan de hand waarvan het gesprek met kinderen, jongeren en/of hun ouders over genderdiversiteit aangegaan kan worden. Omdat de begrippen die betrekking hebben op gender steeds in ontwikkeling zijn, zijn ook de visualisaties hiervan steeds in ontwikkeling. Als hulpverleners ze willen gebruiken in de gesprekken die ze voeren, is het dan ook van belang dat ze op internet nagaan wat de nieuwste versie is die op dat moment wordt toegepast (zie bijvoorbeeld de websites www.genderpunt.nl/links/de-genderkoek en www.transstudent.org/graphics).

Genderdiversiteit

Zoals hiervoor beschreven is, ervaren kinderen en jongeren met genderincongruentie een discrepantie tussen hun genderidentiteit en het geboortegeslacht. Men spreekt over transgenderpersonen als er sprake is van genderincongruente gevoelens die langdurig aanwezig en diep geworteld zijn, en gepaard gaan met gevoelens van onbehagen (World Health Organization).

In de afgelopen jaren is in Nederland het aantal kinderen en jongeren dat zich heeft aangemeld bij genderteams voor hulp in het kader van de genderdiversiteit die zij ervaren enorm gegroeid, wat lange wachttijden tot gevolg heeft (bijv.

Arnoldussen et al., 2020; Transgenderzorg - Radboudumc). In veel Westerse landen lijkt deze toename plaats te vinden; zo is bijvoorbeeld sinds 2017 het aantal jaarlijkse aanmeldingen van kinderen en jongeren bij genderteams in Zweden vernegentienvoudigd, en in het Verenigd Koninkrijk in diezelfde periode verveertienvoudigd (Kaltiala-Heino et al., 2020). Niet alleen het aantal aanmeldingen bij genderteams is in de afgelopen jaren gegroeid, genderdiversiteit bij kinderen en jongeren is überhaupt steeds meer zichtbaar geworden in de maatschappij (bijv. Pang et al., 2020; Kaltiala-Heino et al., 2020). Met deze toenames treedt ook de vraag wat de meest passende hulp voor deze kinderen en jongeren is, steeds meer op de voorgrond. Internationale transgenderrichtlijnen vormen de leidraad voor de zorg die binnen de gespecialiseerde genderteams in Nederland wordt geboden (Coleman et al., 2012; Hembree et al., 2017). Toch kan het bepalen wat de beste zorg is voor kinderen en jongeren met genderdiversiteit ethische vraagstukken en morele dilemma's met zich mee brengen.

Behandel mogelijkheden

Een van de benaderingen bij prepuberale kinderen met genderdiversiteit is ‘watchful waiting’; ouders wordt dan geadviseerd om de opties wat betreft de genderidentiteit van hun kind op de lange termijn open te houden, en verwarring en/of lastige situaties door vroege, zogenoemde ‘sociale transitie’ te voorkomen (Drescher & Byne, 2012; Turban et al., 2018). Dit zonder dat ouders de genderdiversiteit van hun kind verbieden, en er zeker ruimte geboden wordt aan het kind zich genderdivers te uiten. Sociale transitie is het proces waarbij de persoon gaat leven volgens de genderrol die bij zijn of haar genderidentiteit past, bijvoorbeeld door de voornaam, voornaamwoorden, en/of genderexpressie, zoals kapsel en/of kleding, aan te passen. Volgens watchful waiting wordt zo’n volledige sociale transitie bij prepuberale kinderen zo lang mogelijk uitgesteld. Recent onderzoek laat overigens zien dat ‘re-transitie’, het proces waarbij de persoon weer gaat leven volgens de genderrol van het geboortegeslacht na een eerdere sociale

transitie, geen heikel punt hoeft te zijn wanneer er sprake is van een steunende omgeving (Durwood et al., 2022). Behandeling voor prepuberale kinderen is dus voornamelijk psychologisch. Hierbij ligt de focus op, indien aanwezig, bijkomende gedrags- en/of emotionele problemen bij het kind, en het bieden van uitleg aan en ondersteuning van ouders (De Vries & Cohen-Kettenis, 2012).

Puberteitsremmers

Bij een deel van de jongeren persisteert de genderdiversiteit wanneer de lichamelijke veranderingen starten die de puberteit met zich meebrengt. Voor deze transgenderjongeren is medische behandeling mogelijk, naast psychologische ondersteuning. Eind jaren negentig is de puberteitsremmende behandeling, of kortweg puberteitsremmers, door Nederlandse zorgmedewerkers geïntroduceerd als behandelmogelijkheid voor transgenderjongeren. Daarbij wordt gebruikgemaakt van gonadotropin-releasing hormone (GnRH)-agonisten. Puberteitsremmende behandeling is aanvankelijk ontwikkeld voor de behandeling van pubertas praecox (voortijdige puberteit). Zoals het woord al doet vermoeden, remt het de lichamelijke puberteitsontwikkeling, en dus de ontwikkeling van de secundaire geslachtskenmerken. Bij transjongens (jongeren die bij de geboorte het geslacht meisje toegewezen hebben gekregen maar een mannelijke genderidentiteit ervaren) wordt onder andere de (verdere) borstontwikkeling en de ontwikkeling van de vrouwelijke vormen van het lichaam geremd. Bij transmeisjes (jongeren die bij de geboorte het geslacht jongen toegewezen hebben gekregen, maar een vrouwelijke genderidentiteit ervaren) wordt door puberteitsremmers onder andere de (verdere) ontwikkeling van de masculiene vormen

van het lichaam, de baardgroei en het verlagen van de stem geremd. Wanneer een jongere stopt met de behandeling met puberteitsremmers, zal de puberteitsontwikkeling van de secundaire geslachtskenmerken van het geboortegeslacht zich weer voortzetten (Hembree et al., 2017). De behandeling wordt dan ook toegepast om jongeren 'extra' tijd te geven om een weloverwogen beslissing te nemen over eventuele genderbevestigende medische behandelingen (in de zin van genderbevestigende hormonen en/of chirurgie; deze worden in de volgende alinea nader toegelicht), terwijl het lichaam niet verder verandert volgens het geslacht waarmee ze zich niet identificeren (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1998).

Een gedachte hierachter is dat jongeren op latere leeftijd beter in staat zijn dergelijke beslissingen te nemen. Een andere reden om puberteitsremmende behandeling in de vroege fasen van de puberteitsontwikkeling te gebruiken, is dat de fysieke verschijning op latere leeftijd hierdoor bevredigender kan zijn dan wanneer de behandeling gestart wordt in latere stadia van de puberteit omdat de vermannelijking of vervrouwelijking van het lichaam dan al (deels) heeft plaatsgevonden (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; Smith et al., 2005). Daarnaast zijn bepaalde chirurgische ingrepen zoals mastectomie (borstverwijdering) niet nodig of minder ingrijpend omdat de ontwikkeling van secundaire geslachtskenmerken is voorkomen (Van de Grift et al., 2020).

Puberteitsremmende behandeling is ook mogelijk bij transgenderjongeren die lichamelijk al verder in de puberteit zijn (ook na Tanner stadium 2 of 3). Bij hen zorgt de behandeling ervoor dat de lichamelijke veranderingen die de puberteit met zich meebrengt niet verder gaan; het gaat hierbij bijvoorbeeld om het stoppen van de menstruatie bij transjongens, en het stoppen van (verdere) baardgroei en verlaging van de stem bij transmeisjes (Hembree et al., 2017).

Ondanks de levenslange voordelen die puberteitsremmers kunnen hebben voor jongeren, kan deze behandeling ook nadelige gevolgen hebben (Cohen-Kettenis & Van Goozen, 1997). Voorbeelden hiervan zijn de impact op de botopbouw en potentiële gevolgen voor de vruchtbaarheid (o.a.

Puberteitsremmers worden ook toegepast om jongeren 'extra' tijd te geven om een beslissing te nemen

Brik et al., 2019; Hudson et al., 2018; Editorial, 2021; Schagen et al., 2020; Stoffers, De Vries & Hannema, 2019). Verder is ondersteuning aan ouders en anderen in de omgeving van de jongere onlosmakelijk verbonden aan de hulpverlening voor de transgenderjongere zelf.

Internationale transgenderrichtlijnen adviseren het gebruik van puberteitsremmers bij jongeren die voldoen aan de indicatiecriteria voor genderdysforie, en voldoen aan de criteria voor behandeling met puberteitsremmers nadat de eerste lichamelijke veranderingen door de puberteit zijn gestart (minimaal Tanner stadium 2 of 3) (Cohen-Kettenis, Delemarre-van de Waal & Van Gooren, 2008; Coleman et al., 2012; Hembree et al., 2017). Bij een deel van de transgenderjongeren is naast de genderincongruentie ook sprake van psychologische, sociale en/of medische problemen. Om te voorkomen dat dergelijke problemen goede diagnostiek en behandeling gericht op de genderincongruentie in de weg staan, is het van belang dat de jongere hierbij ondersteund wordt. Andere gedachten hierachter zijn dat het functioneren en de situatie van de jongere voldoende stabiel zijn om de behandeling met puberteitsremmers te ondergaan, en dat ook een goede inschatting gemaakt kan worden van de mogelijkheid van de jongere om *informed consent* te geven voor de medische behandeling. De jongere en ouders dienen namelijk voldoende te begrijpen wat de behandeling inhoudt, en dienen begrip te hebben van wat de effecten en potentiële bijwerkingen van de puberteitsremmers zijn voordat met deze behandeling gestart kan worden. Het gaat hierbij zowel om effecten op de korte termijn als op de lange termijn, zoals gevolgen voor de vruchtbaarheid (zie kader 1 voor een compleet overzicht van alle indicatiecriteria voor puberteitsremmers).

Genderbevestigende hormonen

De internationale transgenderrichtlijnen adviseren verder het gebruik van genderbevestigende

Kader 1. Indicatiecriteria voor behandeling met puberteitsremmers voor jongeren¹

Jongeren komen in aanmerking voor behandeling met puberteitsremmers als:

- ze intense en langdurig aanwezige gevoelens van genderdysforie of gender-non-conformiteit ervaren (ongeacht of dit tot uiting komt of onderdrukt wordt);
- de genderdysforie is ontstaan of is verergerd met het begin van de lichamelijke ontwikkelingen van de puberteit;
- aan de slag is gegaan met eventuele bijkomende psychologische, sociale en/of medische problemen die zouden kunnen interfereren met de behandeling (waardoor bijvoorbeeld de therapietrouw in het gedrang zou kunnen komen), zodat het functioneren en de situatie van de jongeren stabiel genoeg zijn om de behandeling te starten;
- ze beschikken over voldoende kennis ter zake om toestemming (*informed consent*) te geven voor de behandeling;
- de jongeren en/of de ouder(s)/verzorger(s) (afhankelijk van de leeftijd van de adolescent en de heersende wetgeving) *informed consent* geeft/geven na het verkrijgen van uitgebreide informatie over de effecten van de behandeling en de mogelijkheden tot het behoud van de vruchtbaarheid;
- de ouder(s)/verzorger(s) betrokken is/zijn en steun biedt/bieden gedurende het behandelproces;
- een kinderendocrinoloog of een andere behandelaar met ervaring in het beoordelen van de puberteit instemt met de indicatie van de bij de jongere betrokken behandelaar om te starten met de puberteitsremmende behandeling;
- hun puberteit is gestart (minimaal Tanner stadium G2/B2);
- er bij hen geen sprake van een medische contra-indicatie is voor behandeling met puberteitsremmers.

¹ Coleman et al., 2012; Hembree et al., 2017.

Internationale transgenderrichtlijnen adviseren te wachten met chirurgie tot de jongere minimaal 18 jaar is

hormonen bij jongeren die rond de leeftijd van 16 of ouder nog steeds genderincongruentie ervaren, en de wens hebben hun lichaam te veranderen naar het geslacht waarmee zij zich identificeren. Bij transmeisjes gaat het hierbij om oestrogenen, bij transjongens om testosteron. Net als in veel andere landen wordt ook in Nederland in toenemende mate een dergelijke behandeling mogelijk voor jongeren die jonger zijn dan 16 jaar (Coleman et al., 2012; Hembree et al., 2017; De Vries, Klink & Cohen-Kettenis, 2016; WPATH 2022 Standards Of Care, versie 8, worden binnenkort gepubliceerd).

Chirurgie

Chirurgie, bijvoorbeeld vaginaplastiek (vagina-constructie), mastectomie (borstverwijdering), metaidoioplastiek of phalloplastiek (penisconstructie) en/of aangezichtscorrectie(s), wordt overwogen wanneer de transgenderpersoon en de zorgverlener(s) het erover eens zijn dat dit medisch noodzakelijk is, en dat het gunstig zou zijn voor het algehele welzijn en/of de gezondheid van de transgenderpersoon (Hembree et al., 2017). Internationale transgenderrichtlijnen adviseren te wachten met dergelijke chirurgie tot de jongere minimaal 18 jaar is (Coleman et al., 2012; Hembree et al., 2017). Wat betreft de mastectomie wordt in een van de internationale transgenderrichtlijnen overigens genoemd dat deze ook voor de leeftijd van 18 kan worden overwogen (Coleman et al., 2012). In onder andere Nederland en de Verenigde Staten kan mastectomie dan ook voor de leeftijd van 18 jaar plaatsvinden. Dit vanuit de gedachte deze jongeren de mogelijkheid te bieden te ervaren hoe het is te leven in de mannelijke genderrol en zich op sociaal gebied hieraan

aan te passen, voordat zij eventueel andere onomkeerbare chirurgie ondergaan (Coleman et al., 2012; Tang et al., 2022).

Geen consensus over vroege medische interventies

Ondanks dat diverse internationale transgender-richtlijnen de genoemde behandelingen adviseren, blijkt dat er in de praktijk geen consensus bestaat over de vroege medische interventies (bijv. Kidd et al., 2021; Newhook et al., 2018; Vrouwenraets et al., 2015). Onderzoek laat zien dat er verschillende thema's zijn die een rol spelen in dit debat en die bij sommigen tot twijfels over het gebruik van de behandeling met puberteitsremmers leiden. Dit zijn onder andere onbekendheid met de potentiële langetermijneffecten van de behandeling, twijfels over de wilsbekwaamheid van de jongeren wanneer zij beslissen over het al dan niet starten met de behandeling met puberteitsremmers, en de rol van de toenemende media-aandacht (Vrouwenraets et al., 2015). In het vervolg van dit artikel wordt nader ingegaan op deze thema's.

Potentiële langetermijneffecten

In Nederland en in grote delen van de Westerse wereld is het gebruik van puberteitsremmers in de richtlijnen opgenomen en standaard onderdeel van het behandelprotocol voor transgenderjongeren.² Recent hebben twijfels en zorgen over het gebruik van puberteitsremmende behandeling op sommige plekken, bijvoorbeeld in bepaalde republikeinse staten in de Verenigde Staten, Zweden en het Verenigd Koninkrijk, geleid tot het beperken van toegang daartoe (Dyer, 2020; Naiingolan, 2021). Deze twijfels en zorgen hebben onder andere betrekking op de (potentiële) effecten van de behandeling op de fysieke, cognitieve, en/of psychosociale ontwikkeling (Anacker et al., 2021;

² Bijv. Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg - somatisch: https://richtlijnendatabase.nl/gerelateerde_documenten/f/19927/Kwaliteitsstandaard%20Transgenderzorg%20-%20Somatisch.pdf; Dahlen et al., 2021; Daniel, Butkus & Health and Public Policy Committee of the American College of Physicians, 2015; Rafferty et al., 2018; Reitman et al., 2013

Chen et al., 2020; Kreukels & Cohen-Kettenis, 2011). Voor zover nu bekend, zijn de effecten van puberteitsremmers op de ontwikkeling van de secundaire geslachtskenmerken en het functioneren van de geslachtsklieren omkeerbaar wanneer gestopt wordt met deze behandeling (Hembree et al., 2017). Sommige potentiële langetermijneffecten zijn echter nog niet geheel bekend (Biggs, 2021; Giordano & Holm, 2020; Harris, Kolaitis & Frader, 2020). Wel is bekend dat het ondergaan van vroege genderbevestigende medische behandeling (bestaande uit puberteitsremmers, genderbevestigende hormonen en/of chirurgie) een positieve invloed kan hebben op de romantische en seksuele ervaringen van jonge transgender- en transvrouwen (Bungener et al., 2020). Dit terwijl sommigen zich voorheen afvroegen of puberteitsremmende behandeling mogelijk juist een beperkende invloed zou hebben op bijvoorbeeld de seksuele ontwikkeling die jongeren doorlopen (Vrouenraets et al., 2015).

Verder blijkt uit onderzoek dat de botdichtheid van jongeren die puberteitsremmers krijgen, in die periode niet in dezelfde mate toeneemt als bij leeftijdsgenoten die geen puberteitsremmers krijgen. Echter, onderzoek toont ook aan dat wanneer deze transgenderjongeren vervolgens de behandeling met genderbevestigende hormonen ondergaan, de botdichtheid toeneemt en dat deze bij de meesten van hen vervolgens vergelijkbaar is met die van leeftijdsgenoten die geen puberteitsremmers hebben gekregen (Schagen et al., 2020). Het risico op onvruchtbaarheid baart diverse betrokkenen ook zorgen (Harris, Kolaitis & Frader, 2020; Laidlaw et al., 2019). Van belang is om te beseffen dat puberteitsremmende behandeling niet leidt tot onvruchtbaarheid. Echter, als

Ook het onthouden van puberteitsremmers kan mogelijk schadelijk zijn voor deze jongeren

transgenderjongeren op vroege leeftijd starten met puberteitsremmers, en vervolgens starten met de behandeling met genderbevestigende hormonen, en gonadectomie ondergaan, zijn zij op latere leeftijd niet vruchtbaar omdat zij nooit hun endogene puberteit hebben doorgemaakt (Brik et al., 2019; Hudson et al., 2018; Editorial, 2021).

Ondanks dat nog niet alle potentiële langetermijneffecten van de behandeling bekend zijn, moet in gedachten gehouden worden dat niet alleen het uitvoeren van de behandeling mogelijk nadelige consequenties kan hebben voor de jongeren, maar dat ook het onthouden van deze behandeling mogelijk schadelijk kan zijn voor de jongeren. Zo kan het ondergaan van de lichamelijke ontwikkeling van het geboortegeslacht, levenslange psychologische, medische en/of sociale consequenties hebben; hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan persoonlijke fysieke ongemakken, stigmatisering, en moeilijkheden met sociale integratie en het sociaal functioneren (De Vries et al., 2020; Giordano, 2008; Giordano & Holm, 2020; Kreukels & Cohen-Kettenis, 2011). Het streven is dan ook om een balans te vinden tussen het verlichten van het leed van de jongeren door het ondergaan van de puberteitsontwikkeling van het geboortegeslacht, en het voorkomen van potentiële negatieve (langetermijn)consequenties van puberteitsremmers.

Wilsbekwaamheid

Wilsbekwaamheid van kinderen en jongeren wat betreft het nemen van beslissingen over medische behandelingen is een belangrijk aspect binnen de pediatrie. Het streven is om een adequate balans te vinden tussen aan de ene kant het respecteren van de autonomie van jongeren, en aan de andere kant het beschermen van jongeren die zelf niet volledig in staat zijn om te beslissen over het starten met een medische behandeling (Appelbaum, 2007). Dit speelt bij uitstek een rol in de behandeling met puberteitsremmers bij transgenderjongeren (Abel, 2014; Vrouenraets et al., 2015; Vrouenraets et al., 2016). Een belangrijke vereiste voor jongeren om te starten met een behandeling met puberteitsremmers, volgens de internationale transgenderrichtlijnen, is dan

ook dat de jongere in staat is om *informed consent* te geven (Coleman et al., 2012; Hembree et al., 2017). In de maatschappij is er echter twijfel over de vraag of deze jongeren wel in staat zijn een dergelijke beslissing wilsbekwaam te nemen, met name vanwege de potentiële langetermijneffecten van de behandeling. Sommigen zijn van mening dat relatief jonge kinderen op zinvolle wijze deel kunnen nemen aan het toestemmingsproces, terwijl anderen zich afvragen in hoeverre kinderen en jongeren in staat zijn de behandeling en effecten ervan te begrijpen (Abel, 2014). Niet alleen voor veel behandelaren blijkt dit een heikel punt, ook sommige transgenderjongeren zelf en hun ouders vragen zich af in hoeverre zij/hun kind sommige langetermijneffecten kunnen overzien en begrijpen wat de behandeling inhoudt (Vrouenraets et al., 2015; Vrouenraets et al., 2016; Vrouenraets et al., manuscript ingediend voor publicatie).

Doorgaans wordt wilsbekwaamheid beoordeeld aan de hand van de volgende vier criteria: 1) het kunnen begrijpen van de relevante informatie over de behandelopties en de (potentiële) consequenties ervan, 2) het kunnen waarderen van deze informatie voor de eigen situatie, 3) het rationeel kunnen afwegen van de voordelen en risico's van de behandelopties, en 4) het kunnen maken en communiceren van een keuze (Appelbaum & Grisso, 1988). Daarnaast is wilsbekwaamheid taak- en contextspecifiek; iemand kan dus wilsbekwaam worden geacht wat betreft een bepaalde beslissing op een bepaald moment, maar wils- onbekwaam worden geacht als het gaat om een andere beslissing en/of ander moment (Appelbaum & Grisso, 1988). Er is tot op heden weinig onderzoek gedaan naar de wilsbekwaamheid van transgenderjongeren wanneer zij beslissen over

het al dan niet starten met puberteitsremmers. In de dagelijkse praktijk wordt de wilsbekwaamheid vaak impliciet en in een ongestructureerde manier beoordeeld, wat kan leiden tot inconsistenties (Appelbaum, 2007).

In recent onderzoek is de wilsbekwaamheid beoordeeld van 74 transgenderjongeren in Nederland die de beslissing namen over het al dan niet starten met puberteitsremmende behandeling (Vrouenraets et al., 2021). Het overgrote deel (ongeveer 90 procent) van de jongeren in deze studie werd als wilsbekwaam ter zake beoordeeld. De bevindingen van deze studie laten zien dat de overgrote meerderheid van de transgenderjongeren in staat werd geacht de voordelen en risico's van de behandeling met puberteitsremmers zorgvuldig af te wegen, en hier wilsbekwaam een beslissing over te nemen. Dit is een geruststellende bevinding. Belangrijk om hierbij te vermelden is dat de wilsbekwaamheid van de jongeren in deze studie gemeten is na afloop van een uitgebreid diagnostisch traject bij één van de twee kind- en jeugdgenderteams die ten tijde van deze studie in Nederland bestonden, het genderteam van het Leids Universitair Medisch Centrum-Curium, en het Kennis- en Zorgcentrum voor Genderdysforie van de Amsterdam Universitair Medische Centra, locatie VUmc. Dit diagnostische traject is standaard onderdeel van de diagnostiek binnen deze multidisciplinaire genderteams en duurt over het algemeen ongeveer zes maanden. Tijdens dit traject vindt onder andere een psychologisch onderzoek plaats, en wordt tijdens maandelijkse gesprekken met behandelaren uitgebreid stilgestaan bij de implicaties, de voordelen en de risico's van de behandeling. Dit traject wordt afgesloten met een adviesgesprek waarin de betrokken behandelaar samen met de jongere en wettelijk vertegenwoordiger(s) bespreekt of de puberteitsremmende behandeling de best passende behandeloptie is voor de jongere. De jongeren in de hiervoor beschreven studie kwamen dus niet 'zomaar' in aanmerking voor het starten met de behandeling met puberteitsremmers.

Anderen vragen zich af in hoeverre kinderen en jongeren in staat zijn de behandeling en effecten ervan te begrijpen

Uit diverse onderzoeken blijkt dat wilsbekwaamheid een belangrijk punt van controversie is wat betreft het gebruik van puberteitsremmende behandeling bij transgenderjongeren. Het is echter van belang om in gedachten te houden dat wilsbekwame jongeren die met puberteitsremmers starten, alsnog later in het leven spijt kunnen hebben van hun beslissing (Vrouenraets et al., manuscript ingediend voor publicatie).

Bovendien houdt het respecteren van iemands autonomie ook in dat die persoon het recht heeft om een beslissing te nemen waar deze persoon later spijt van krijgt (Glover, 1990). Er moet dan ook een balans gevonden worden tussen het risico op spijt en de (potentiële) gevolgen van het niet verschaffen van de behandeling, aangezien ook het niet toedienen van de behandeling schadelijke gevolgen kan hebben (De Vries et al., 2021; Pang et al., 2021).

Aanvullend op het voorgaande is in het kader van een recent onderzoek in Nederland gesproken met diverse belanghebbenden over hun gedachten en opvattingen over onder andere de wilsbekwaamheid van transgenderjongeren met betrekking tot het al dan niet starten met puberteitsremmers (Vrouenraets et al., manuscript ingediend voor publicatie). Voor dit onderzoek is gesproken met transgenderjongeren die gestart zijn met puberteitsremmende behandeling en vervolgens zijn gestart met de behandeling met genderbevestigende hormonen, met jongeren die gestart zijn met puberteitsremmers en later gestopt zijn met deze behandeling, met de ouders van deze jongeren, en met betrokken behandelaren. De jongeren en ouders vertelden dat zij het begrijpen wat de behandeling inhoudt en het overzien van de (potentiële) effecten belangrijk vonden in het kader van wilsbekwaamheid. Opvallend was echter dat de meeste jongeren en ouders met wie in deze studie gesproken is, noemden dat zij het gevoel hadden dat zichzelf/hun kind niet volledig begrepen/begreep wat de behandeling inhield, en niet alle (potentiële) effecten ervan kon/konden overzien. Deze zelfde jongeren en ouders vertelden dat zij dachten dat zichzelf/hun kind desalniettemin in staat was om te beslissen over het al dan

De betrokkenheid en ondersteuning van ouders wordt als erg belangrijk ervaren in het besluitvormingsproces

niet starten met de puberteitsremmende behandeling. Sommige ouders vroegen zich hierbij af of bepaalde effecten, zoals potentiële gevolgen voor de vruchtbaarheid, überhaupt overzien konden worden, ongeacht of je nu een tiener bent of al de volwassen leeftijd hebt bereikt. Verder kwam uit dit onderzoek naar voren dat de betrokkenheid en ondersteuning van ouders als erg belangrijk worden ervaren in het besluitvormingsproces.

De rol van de media

Gedurende de afgelopen jaren is de aandacht in de media voor kinderen en jongeren met genderdiversiteit toegenomen. Steeds meer televisieprogramma's, films, internet, tijdschriften en kranten besteden er aandacht aan (Pang et al., 2020; Sadjadi, 2013; Zucker et al., 2008). Media heeft in toenemende mate een grote invloed op de ontwikkeling van de identiteit van jongeren, met name in Westerse maatschappijen. Je kunt je dan ook afvragen welke rol de media-aandacht speelt in de ontwikkeling van de genderidentiteit van jongeren (Alper, Katz & Clarck, 2016; Henrich, Heine & Norenzayan, 2010). Onderzoek toont aan dat de toename van media-aandacht geassocieerd is met de toename van het aantal aanmeldingen van minderjarigen bij genderteams (Pang et al., 2020). Deze studie zegt echter niets over de oorzaak van deze toename. Aan de ene kant kan de positieve media-aandacht het zelfvertrouwen van de jongeren vergroten, hen helpen om te gaan met discriminatie, en negatieve ervaringen verlichten (Craig et al., 2015). Aan de andere kant zou je je af kunnen vragen of de toegenomen media-aandacht niet (ook) een negatief effect met zich meebrengt; het zou bijvoorbeeld kunnen leiden tot medicalisering van genderdiversiteit, of er onbedoeld toe kunnen leiden dat kwetsbare minderjarigen

Sommige jongeren en behandelaren hadden ook twijfels over de toenemende media-aandacht

niet-specifieke symptomen en vage gevoelens die zij ervaren, interpreteren als genderdiversiteit en ten onrechte 'zichzelf diagnosticeren' met genderdysforie (Bechard et al., 2017; Littman, 2018). Deze laatste hypothese wordt overigens niet bevestigd door een studie die zich richtte op jongeren die verwezen zijn naar het Kennis- en Zorgcentrum voor Genderdysforie van het Amsterdam Universitair Medische Centra, locatie VUmc. De studie laat namelijk zien dat ondanks de exponentiële toename van het aantal aanmeldingen tussen 2000 en 2016, het percentage van jongeren dat de diagnose genderdysforie heeft gekregen na een uitgebreid diagnostisch traject, hetzelfde is gebleven (Arnoldussen et al., 2020).

In een Nederlandse interviewstudie is met transgenderjongeren en met behandelaren van deze jongeren gesproken over hun gedachten en ideeën over de rol die de media-aandacht speelt (Vrouenraets et al., 2015; Vrouenraets et al., 2016). Sommige transgenderjongeren en behandelaren waren positief over deze toenemende aandacht, terwijl anderen hier hun twijfels over hadden. Volgens sommigen kan de media-aandacht ertoe leiden dat transgenderpersonen herkenning vinden voor hun eigen genderdiverse ervaringen, dat ze leren dat ze niet de enige zijn met dergelijke ervaringen, en dat er meer acceptatie is in de sociale omgeving. Sommige jongeren en behandelaren met wie in het kader van deze studie is gesproken, hadden echter ook twijfels over de toenemende media-aandacht. Zo noemden sommige transgenderjongeren dat de meeste transgenderpersonen die in de media getoond worden, over het algemeen goed functioneren ondanks hun genderincongruentie. De jongeren waren echter van mening dat dat geen representatief beeld van de

werkelijkheid is. Zo noemden zij dat bijvoorbeeld transgenderpersonen die ook een autismespectrumstoornis of depressie hebben, niet getoond worden in de media. Ook vonden diverse transgenderjongeren dat de media met name een 'stereotiep' beeld van transgenderpersonen tonen; zo zouden alle transjongens vanaf jonge leeftijd jongensachtig zijn, en niet houden van poppen en roze, maar het liefste met een voetbal en auto's spelen. Volgens de geïnterviewde transgenderjongeren zijn transgenderpersonen in werkelijkheid echter niet zo stereotiep; sommige transjongens zijn meisjesachtig wanneer ze jonger zijn, en vinden roze mooier dan blauw. De jongeren vragen zich af waarom deze personen niet in de media getoond worden (Vrouenraets et al., 2016).

Hoe nu verder?

Er is een toename in het aantal kinderen en jongeren dat zich bij zowel daarin gespecialiseerde als niet daarin gespecialiseerde hulpverleners meldt voor ondersteuning in het kader van de genderdiversiteit die zij ervaren. Een deel van deze zorg wordt uitgevoerd binnen gespecialiseerde genderteams. Ondanks de ethische vraagstukken en morele dilemma's die deze zorg met zich meebrengt, kunnen ook niet hierin gespecialiseerde hulpverleners een belangrijke bijdrage leveren in de zorg voor deze kinderen en jongeren. Een open en steunende houding, waarbij de kinderen/jongeren en hun ouders een luisterend oor wordt geboden, en begrip wordt getoond voor hetgeen zij ervaren, is hierbij van belang. Ook dienen hulpverleners op de hoogte zijn van de behandel mogelijkheden. Het is verder van belang dat ze zich ervan bewust zijn dat een medische behandeling binnen een gespecialiseerd genderteam lang niet voor alle jeugd met genderdiversiteit de meest passende route is. Veel jongeren kunnen ook op andere manieren, zonder het ondergaan van een medische behandeling, met tevredenheid leren omgaan met de genderdiversiteit die zij ervaren. Hulpverleners kunnen zich hier verder

3 www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/dossiers/genderdiversiteit

over informeren. Zo is er bijvoorbeeld een dossier over genderdiversiteit bij kinderen en adolescenten te vinden op de website van het kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie.³ Ook wordt veel informatie verschaft op de websites van de patiëntenorganisatie Transvisie en het Kennis- en Zorgcentrum voor Genderdysforie van het Amsterdam UMC. Verder kunnen hulpverleners nog meer leren over de mogelijke ontwikkelpaden, over de ervaringen van deze kinderen, jongeren en ouders, en over wat ze nodig hebben, door in gesprek te gaan met deze kinderen, jongeren en hun ouders. Aan de hand daarvan kunnen ze een belangrijke rol spelen in het erkennen van de genderdiversiteit die kinderen en jongeren kunnen ervaren, afwegen of het helpend zal zijn voor het desbetreffende kind of de jongere om zich aan te melden voor hierin gespecialiseerde hulpverlening, en indien een dergelijke aanmelding plaatsvindt, hen hierop voor te bereiden.

Zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor deze kinderen en jongeren zullen echter te maken blijven hebben met ethische vraagstukken en morele dilemma's (Gerritse et al., 2018). Dankzij het wetenschappelijk onderzoek dat in de loop der jaren gedaan is naar deze zorg en de behandelopties, is er al veel bekend over de zorg die geboden kan worden. Echter, vervolgstudies naar de behandeling en de potentiële effecten ervan, die tot op heden slechts beperkt beschikbaar zijn, blijven van belang. Deze studies kunnen een grote bijdrage leveren aan (het debat over) de zorg voor transgenderkinderen en -jongeren. Ook moeten de verschillende perspectieven van betrokken belanghebbenden wat de medische behandeling en besluitvorming hierover betreft,

verder verhelderd en uiteengezet worden, waardoor de nodige nuance in het veld aangebracht kan worden.

Tot slot: het is van belang te beseffen dat er geen 'one size fits all'-benadering mogelijk is in deze zorg. Een benadering die afgestemd is op het individu en diens situatie is dan ook van groot belang voor deze kinderen en jongeren.

Over de auteurs



Lieke Vrouwenraets

werkt als kind- & jeugdpsycholoog in opleiding tot GZ-psycholoog op de afdeling Medische Psychologie van het Willem Alexander Kinderziekenhuis (WAKZ) in het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Tot eind vorig jaar was haar klinische werk, gedurende bijna negen jaar, gewijd aan transgenderkinderen en -jongeren, en kinderen en jongeren met psychiatrische problematiek. Naast het klinische werk voert zij haar promotieonderzoek uit binnen het LUMC; dit onderzoek richt zich op de morele uitdagingen die vroege medische behandeling van transgenderjongeren met zich meebrengt.



Annelou de Vries

is als kinder- en jeugdpsychiater werkzaam bij het Amsterdam UMC/Levvel Specialisten Jeugd en Gezin. Een belangrijk en bijzonder deel van haar klinische werk en onderzoek is gewijd aan transgenderadolescenten. Zij is sectiehoofd van de afdeling kinderpsychiatrie van het Kennis- en Zorgcentrum Genderdysforie. Daarnaast is zij na meer dan 18 jaar werkzaam geweest te zijn in de ziekenhuispsychiatrie sinds 2020 regiopsychiater op een topklinische

Zorgverleners zullen echter te maken blijven hebben met ethische vraagstukken en morele dilemma's

opnameafdeling voor jongeren met dwang, angst en ALK (Aanhoudende Lichamelijke Klachten).



Martine C. de Vries

is kinderarts en medisch ethicus in het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Zij is hoogleraar Normatieve Aspecten van de Geneeskunde en hoofd van de Sectie Ethiek & Recht. Als kinderarts ziet zij vooral transgenderjongeren en jongeren met psychiatrische problematiek die somatische zorg behoeven, zoals bij een eetstoornis.



Irma Hein

werkt als kinder- en jeugdpsychiater bij Levvel, afdeling gezinspsychiatrie, is EMDR-, TF-CBT- en IGT-K-therapeut, en postdoc-onderzoeker bij Amsterdam UMC afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Van 2011 tot 2015 heeft zij een door ZonMw gehonoreerd project geleid waarop

ze is gepromoveerd: *Development and use of a standardised instrument for assessing children's competence to consent in drug trials: are legally established age limits valid?* Ze is betrokken als begeleider/co-promotor bij diverse onderzoeken van de afdeling, heeft de afgelopen jaren ruim 30 internationale artikelen gepubliceerd, een aantal boekhoofdstukken, en de redactie van drie boeken gedaan. Verder is zij actief door presentaties te geven en als lid van o.a. de expertisegroep Trauma en Kindermishandeling van het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

**Geraadpleegde literatuur kunt u vinden op:
www.tijdschriftvoororthopedagogiek.nl**