Lek #2 **“Daar doen we niets mee”**

The Dutch Leaks

Hoe Nederlandse genderklinieken ouderlijke zorgen wegdrukken

Melle Vanderwalle



Genspect

Gebaseerd op ‘Tekortkomingen in het Nederlandse Genderzorgprotocol’
Een rapport dat overhandigd is aan de Gezondheidsraad in april 2026

Lek #2 **“Daar doen we niets mee”**

The Dutch Leaks

Hoe Nederlandse genderklinieken ouderlijke zorgen wegdrukken

Door Melle Vanderwalle November 2026

Genspect

The Dutch Leaks

The Dutch Leaks is een reeks van drie rapporten, opgesteld door een coalitie van Nederlandse ouders die samenwerken met Genspect om de oorsprong en ontwikkeling van het Dutch Protocol te onderzoeken. Gedreven door de behoefte te begrijpen hoe hun kinderen verstrikt zijn geraakt in dit medische schandaal, hebben deze ouders een analyse geproduceerd waarvan wij geloven dat het de meest gedetailleerde is die tot nu toe is gepubliceerd over het ontstaan en de ontwikkeling van ‘genderbevestigende zorg’ in het land waar deze zorg voor het eerst het levenslicht zag. The Dutch Leaks bevat nooit eerder gepubliceerde getuigenissen van vooraanstaande clinici en organisaties die betrokken waren bij de popularisering van de transgenderideologie.

Leak #1, “Er is geen bewijs en dat is er ook nooit geweest” werd gepubliceerd op 10 november. Het rapport belichtte problemen in het weinig onderzochte onderzoek dat leidde tot de ontwikkeling van het Dutch Protocol, waarin het gebruik van puberteitsremmers, cross-seksehormonen en operaties werd geïntroduceerd voor adolescenten en jongvolwassenen met gendergerelateerde distress.

Leak #2, “Daar doen we niets mee’” onderzoekt de ervaringen van Nederlandse ouders van kinderen die zich als transgender identificeren en de manier waarop het Nederlandse gezondheidszorgsysteem deze gezinnen heeft behandeld.



The Dutch Leaks is gebaseerd op het rapport *‘Tekortkomingen in het Nederlandse Genderzorgprotocol’*, dat in april 2026 werd ingediend bij de Nederlandse Gezondheidsraad. De Gezondheidsraad heeft dit rapport aangenomen, maar zonder uitleg volledig genegeerd in hun resultaat.

Lek #2 “Daar doen we niets mee”

Lek #2 onderzoekt de ervaringen van Nederlandse ouders van kinderen die zichzelf transgender verklaren en de manier waarop het Nederlandse gezondheidszorgsysteem deze gezinnen heeft behandeld.

Introductie

Toen we voor het eerst hulp zochten bij de gezondheidszorg voor onze kinderen met gendergerelateerde distress, gingen we ervan uit dat clinici zorgvuldig en in samenwerking met onze gezinnen te werk zouden gaan om de complexe oorzaken van het leed van onze kinderen te begrijpen. We vertrouwden erop dat de protocollen en richtlijnen die zij volgden ethisch verantwoord en op wetenschappelijk bewijs gebaseerd waren. We hebben tot onze schade moeten vaststellen dat we ons vergisten. Onze gezinnen zijn verstrikt geraakt in het grootste medische schandaal van onze tijd.

In oktober 2026 bestond onze coalitie uit inmiddels meer dan 200 Nederlandse ouders. Dit rapport is gebaseerd op de ervaringen van ouders binnen die coalitie. Waar we specifieke klinische interacties of schriftelijke reacties van genderklinieken beschrijven, zijn deze gedocumenteerd. Waar we de gevolgen voor gezinnen beschrijven of bredere conclusies trekken, maken we dat duidelijk.

Hoewel elk gezin binnen onze coalitie uniek is, vertonen onze ervaringen opvallende overeenkomsten. De overname van Nederlandse medische instellingen, belangenorganisaties en beleidsorganen door de genderidentiteitsideologie heeft geleid tot de demonisering van zorgzame, gewetensvolle ouders en tot verwoestende schade aan onze gezinnen. We voelen ons verantwoordelijk om onze verhalen te delen en te spreken namens de vele ouders in ons netwerk die het gevoel hebben niet openlijk voor zichzelf te kunnen spreken. Het heersende klimaat van vijandigheid tegenover iedereen die vraagtekens plaatst bij de wijsheid van medische transitie bij kinderen, heeft veel gezinnen tot zwijgen gedwongen.

In dit rapport onderzoeken we de structurele uitsluiting van ouders bij beslissingen over de behandeling van hun kinderen en bij het bredere beleidsvormingsproces rond genderzorg. Het rapport sluit af met vijf persoonlijke getuigenissen van ouders uit onze coalitie over de gevolgen van ‘genderbevestigende zorg’ voor hun gezinnen, vaak met tragische consequenties. We hopen dat dit rapport zal bijdragen aan een meer samenwerkingsgerichte, voorzichtige en op wetenschappelijk bewijs gebaseerde benadering van genderzorg in Nederland.

Medisch gelegitimeerde emotionele chantage en dwang

De meerderheid van de ouders in onze groep meldt dat hun kinderen al vóórdat zij een transgenderidentiteit verklaarden, kwetsbaarheden hadden, waaronder psychische problemen, autismespectrumstoornissen of een voorgeschiedenis van zelfbeschadiging. Veel ouders melden dat hun kind al lange tijd kampte met psychische problemen, een autismespectrumstoornis, zelfbeschadiging of pesterijen, of bezig was zijn of haar seksuele geaardheid te aanvaarden, lang voordat het een transgenderidentiteit verklaarde. We verwachtten dat Nederlandse zorgverleners rekening zouden houden met deze complexiteit bij het stellen van een differentiaaldiagnose en het afwegen van de risico’s en voordelen van medische transitie voor onze kinderen.

‘Genderbevestigende zorg’ gaat echter niet van dit uitgangspunt uit. Clinici bevestigden automatisch het zelfgeïdentificeerde gender van onze kinderen en onderschreven hun wens om medisch te transitiëren vrijwel zonder vragen te stellen. Toen een van de ouders in onze coalitie de mogelijkheid opperde dat de gevoelens van gendergerelateerde distress van zijn dochter verband konden houden met haar psychische problemen, zei een psycholoog tegen hem: “Genderontwikkeling staat volledig los van de rest van de ontwikkeling.” Met andere woorden: de reeds bestaande kwetsbaarheden van onze kinderen, die wij als ouders door en door kenden, werden irrelevant geacht voor de vraag of onze kinderen onomkeerbare veranderingen aan hun lichaam moesten ondergaan.

Deze kortzichtige bevestiging door medische professionals van het zelfgeïdentificeerde gender van kwetsbare adolescenten heeft een diepgaande invloed op de manier waarop jongeren hun problemen begrijpen en hoe zij onze zorgen als ouders interpreteren. In de praktijk dreigen jongeren regelmatig zichzelf iets aan te doen, een einde aan hun leven te maken of weg te lopen zodra hun ouders hun zorgen uiten over hun transgenderidentiteit of de gewenste medische stappen. De bevestiging door medische professionals lijkt hun emotionele reacties te bekrachtigen. Sommigen van ons hebben te maken gehad met genderbevestigende artsen die jongeren actief aanmoedigden het contact met hun ouders te verbreken, waarbij onze oprechte bezorgdheid om het welzijn van onze kinderen werd afgeschilderd als 'transfoob'.

Dit creëert binnen het gezin een vorm van emotionele druk of chantage, waarbij ouders het gevoel hebben te moeten kiezen tussen zwijgen en het uiten van hun oprechte zorgen, met het risico dat hun kind het contact verbreekt of zichzelf ernstig iets aandoet. In de therapie spreekt men van triangulatie wanneer een derde persoon wordt betrokken bij een conflict tussen twee mensen. In deze context kan het kind worden gepositioneerd als het slachtoffer, de ouder als de onderdrukker en de clinicus als de redder. Een bekwame clinicus zou alert zijn op deze dynamiek en moeten voorkomen dat deze wordt versterkt door partij te kiezen in een conflict tussen een jongere en diens ouders.

De druk wordt versterkt door de bredere maatschappelijke cultuur. Activistische organisaties, lobbygroepen en media promoten het beeld dat de terughoudendheid van een ouder om geslachtsverandering te ondersteunen alleen maar een teken kan zijn van een aangeboren vooroordeel tegen mensen die zich als transgender identificeren. Het alomtegenwoordige gevoel van angst, ongerustheid en 'op eieren lopen' dat door deze dynamiek wordt veroorzaakt, vormt de voortdurende achtergrond van de andere ouderervaringen die hier worden beschreven.

"Daar doen we niets mee" – Genderklinieken negeren de rapportages van ouders

Begin jaren negentig, toen de praktijk van medische transitie bij gender-non-conforme jongeren nog in de kinderschoenen stond, erkenden clinici wat bekendstond als 'heteroanamnese' als een belangrijk onderdeel van het diagnostische traject. Heteroanamnese beschrijft het proces waarbij de door een patiënt zelf gerapporteerde of geobserveerde symptomen worden geverifieerd aan de hand van informatie van een derde partij, doorgaans familieleden of vrienden van de patiënt. Zoals we beschrijven in *Dutch Leaks #1*, werd deze praktijk geleidelijk verlaten ten gunste van de automatische aanvaarding van de zelfrapportage van patiënten. Dit heeft geleid tot de systematische uitsluiting van ouders uit het diagnostische proces. Onze kennis van onze kinderen, het unieke inzicht dat wij hebben in hun ontwikkeling, karakter en worstelingen, wordt door genderbevestigende clinici volledig genegeerd.

We hebben contact opgenomen met vier van de belangrijkste Nederlandse genderklinieken om te achterhalen of zij heteroanamnese standaard toepassen als onderdeel van het diagnostische proces. We wilden graag begrijpen of tegenstrijdigheden tussen de zelfrapportage van de patiënt en de indrukken van diens bredere familiekring ooit aanleiding geven tot een wijziging van het behandeltraject. Met andere woorden: hoeveel jongeren kregen géén diagnose genderdysforie als gevolg van een heteroanamnese waaruit tegenstrijdigheden naar voren kwamen?

Slechts twee klinieken gaven inhoudelijke antwoorden: Gender Health Clinic Utrecht en YOUZ. Beide bevestigden dat zij heteroanamnese afnamen bij de familie van de patiënt. Geen van beide gaf een duidelijk antwoord of gegevens over de invloed van een negatieve heteroanamnese op de diagnose of behandeladviezen. Uit het gedocumenteerde antwoord van YOUZ bleek dat tegenstrijdigheden tussen de zelfrapportage van een jongere en de heteroanamnese van diens familie zouden worden besproken tijdens een multidisciplinair overleg en vervolgens 'in een gesprek zouden worden teruggekoppeld'. Op de vraag of patiënten ooit een negatieve diagnose kregen wanneer de heteroanamnese in tegenspraak was met hun eigen rapportage, antwoordde een anonieme klokkenluider van Gender Health Clinic Utrecht: *'Nooit… Ik heb dat nog nooit meegemaakt.'* Geen van beide klinieken gaf ons een voorbeeld van een geval waarin tegenstrijdige informatie vanuit een gezin leidde tot een wijziging van de diagnose of het behandeladvies.

In juni 2021 schreef medisch ethicus professor Ignaas Devisch aan professor Guy T'Sjoen, hoofd van het Centrum voor Seksuologie en Gender van het Universitair Ziekenhuis Gent, om zijn zorgen te uiten over de uitsluiting van ouders uit het behandeltraject van hun kind. Professor T'Sjoen antwoordde als volgt:

> *Ook in zulke situaties zullen onze genderpsychologen langdurig proberen om een gemeenschappelijke grond te vinden tussen het individu met een duidelijke zorgvraag en het breder gezinssysteem, dat ook uiteraard met noden zit. Het is altijd droevig als een transitie breuken in families of gezinnen veroorzaakt, en wij investeren veel therapeutische energie opdat gezinnen elkaar in dergelijke periodes zoveel mogelijk kunnen blijven vinden. U weet ongetwijfeld verder ook dat psychotherapie niet steeds een resultaatsverbintenis kent, louter een inspanningsverbintenis.*

In een commentaar op het antwoord van professor T'Sjoen schreef de Belgische kinder- en jeugdpsychiater dr. Sophie Dechêne:

> *Het antwoord… maakt nog duidelijker dat het betrekken van ouders niet bedoeld is om rekening te houden met wat zij zeggen. Het is volkomen duidelijk dat er geen beslissing te nemen valt, aangezien er geen diagnose te stellen valt. Het maakt duidelijk dat de rol van de psycholoog in dit geval bestaat uit het overtuigen van ouders om de transidentiteit van hun kind te aanvaarden, teneinde ouders en kinderen met elkaar te 'verzoenen'. Het maakt dus deel uit van een zogenaamd 'therapeutische' houding, in plaats van van een beoordeling.*
>
> *Psychologen zijn niet op dezelfde manier zorgverleners als artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten enzovoort. Gedurende vijf jaar leren ze hoe de geest werkt, maar nooit hoe ze patiënten moeten behandelen. Sommigen hebben, vooral wanneer ze niet in een specifieke therapievorm zijn opgeleid, een vaag idee van wat behandeling inhoudt. Ze denken dat met iemand praten gelijkstaat aan het bieden van behandeling. Daardoor maken ze geen onderscheid tussen spreken om te overtuigen, doen alsof ze luisteren of een situatie beoordelen. Hij zegt het inderdaad heel duidelijk: hun opdracht bestaat uit een inspanningsverbintenis (= luisteren en praten), niet uit een resultaatsverbintenis… Bovendien zou ik deze professional willen vragen: over welke resultaten heeft hij het? Wat proberen ze precies te bereiken? Hij zou gedwongen zijn te antwoorden: de ouders ervan overtuigen dat hun kind transgender is.*

Dr. Dechêne legt hiermee bloot wat zoveel ouders in onze coalitie rechtstreeks hebben ervaren: wat wordt gepresenteerd als 'zorg' is in de praktijk een bevestigende verzoeningsstrategie met een vooraf bepaalde uitkomst: de ouders ervan overtuigen de transgenderidentiteit van hun kind te aanvaarden. Er vindt geen echte diagnostische beoordeling plaats waarbij de observaties en zorgen van ouders serieus worden genomen als essentiële aanvullende informatie. In plaats daarvan wordt praten beschouwd als behandeling, zonder enige resultaatsverplichting en zonder open onderzoek naar onderliggende problematiek, zoals comorbiditeit.

Om ouders te ondersteunen bij het verkrijgen van een stem in klinische gesprekken over hun kinderen met gendergerelateerde distress, hebben wij voor *Genspect de Gender Dysphorie Support Tool* (GDST, Nederlandse titel *Genspect Hulpmiddel voor genderdysforie*) ontwikkeld. De GDST is een vragenlijst voor ouders, uitgebreide familie en vrienden van de persoon met gendergerelateerde distress, bedoeld om clinici via heteroanamnese te voorzien van uitgebreide aanvullende informatie over de patiënt. Gezinnen kunnen ervoor zorgen dat hun opvattingen worden vastgelegd door te verzoeken de ingevulde GDST aan het medisch dossier van hun kind toe te voegen.

1 Hermes Postma - *GDST (Genspect Hulmiddel voor genderdysforie, Enquête voor familie en vrienden en enquête voor ouders).* (2025). https://genspect.nl/media/Genspect-Survey-NL-Jan-25-PDF.pdf

De GDST is een belangrijk instrument om de belangen van ouders te behartigen, maar de ervaring van een van de ouders uit ons netwerk bij de genderkliniek van het Radboudumc benadrukt zowel de afwijzende houding van Nederlandse clinici tegenover inbreng van ouders als het Wilde Westen-karakter van de ‘genderbevestigende zorg’. Op de vraag hoe de resultaten van de GDST zouden worden gebruikt in het diagnostische proces, antwoordde een klinisch psycholoog:

> *Daar doen we niets mee. Eigenlijk kunnen we geen diagnoses stellen, omdat we geen diagnostische instrumenten hebben waarmee we genderidentiteit kunnen vaststellen. Daarom zijn we gedwongen de zelfrapportage van de patiënt te volgen.*

Zo functioneert genderzorg in Nederland dus daadwerkelijk... Er bestaat geen objectief meetinstrument — geen thermometer — waarmee genderidentiteit of genderdysforie als een vaststaand medisch verschijnsel kan worden vastgesteld. De uitgebreide heteroanamnese, die bedoeld is als een belangrijke controlemethode en waarborg, wordt bewust terzijde geschoven. In dit specifieke geval liet de ‘barometer’ van het gezin duidelijk donkere wolken zien: tegenstrijdige signalen, zorgen over comorbiditeit en een ontwikkelingsgeschiedenis die niet strookte met een ‘aangeboren’ en onveranderlijke transidentiteit. Nog in het bijzonder omdat òòk de totale bredere familie èn de huisarts ditzelfde beeld had wat de ouders hadden. Toch werd deze zeer grondinge ‘barometer’ van tafel geveegd omdat de jongere zelf aangaf dat het ‘buiten mooi weer was’. Het traject is niet langer een diagnostisch onderzoek, maar een procedure die altijd uitmondt in bevestiging van de zelfgekozen identiteit.

Kritische perspectieven van ouders worden uitgesloten van beleidsdiscussies

In februari 2024 diende het Nederlandse Kamerlid Rosanne Hertzberger een motie in waarin werd opgeroepen tot een onafhankelijk onderzoek naar de lichamelijke en psychische gezondheidsuitkomsten van genderzorg voor minderjarigen in Nederland. De motie werd aangenomen, waarna de Nederlandse Gezondheidsraad de tijdelijke commissie Genderzorg voor Jongeren instelde. De commissie stelde dat zij een verscheidenheid aan opvattingen wilde onderzoeken, waarbij verschillende perspectieven en kritische analyses in aanmerking zouden worden genomen.

Op basis hiervan hebben leden van onze oudercoalitie uitgebreide inspanningen geleverd om deel te nemen aan het consultatieproces van de commissie. We dienden schriftelijke verslagen in over de schade die ‘genderbevestigende zorg’ aan onze gezinnen heeft toegebracht, stelden dossiers samen over de bevindingen van internationale evaluaties van de genderzorg voor minderjarigen en boden aan de commissie in contact te brengen met relevante kritische deskundigen. In het bijzonder vroegen we de commissie een lijst met essentiële vragen over de ethiek, werkzaamheid en rechtmatigheid van het Nederlandse model van genderzorg in overweging te nemen. Ook vroegen we om de verzekering dat er waarborgen zouden worden ingevoerd om de schade die onze gezinnen hebben ervaren te beperken.

De commissie bevestigde formeel de ontvangst van onze schriftelijke bijdragen, maar weigerde een inhoudelijke reactie te geven op onze zorgen. Ons verzoek om een gesprek werd afgewezen en ons werd meegedeeld dat de commissie niet verder op onze inzendingen zou ingaan. Ons werd verteld dat de opvattingen van ouders al voldoende in het werk van de commissie vertegenwoordigd waren door de deelname van belangenorganisatie Transvisie.

Transvisie is echter geen neutrale organisatie. Zij weerspiegelt niet de verscheidenheid aan opvattingen onder ouders van jongeren met gendergerelateerde distress. Integendeel, de organisatie voert campagne voor ruimere en snellere toegang tot medische transitieprocedures voor jongeren en promoot een zorgmodel op basis van geïnformeerde toestemming, met minder klinische waarborgen. Dit staat in schril contrast met de internationale ontwikkelingen waarop wij de commissie juist probeerden te wijzen. Naar aanleiding van evaluaties van het beschikbare bewijs hebben landen als de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk, Finland, Zweden en Noorwegen hun richtlijnen herzien[2], waarbij de nadruk is komen te liggen op psychologische exploratie, comorbiditeiten en uiterste voorzichtigheid met lichamelijke ingrepen bij jongeren met gendergerelateerde distress. Als organisatie die volledig achter ‘genderbevestigende zorg’ staat, vertegenwoordigt Transvisie niet de opvattingen van de vele Nederlandse ouders die zich ook in Nederland inzetten voor de invoering van deze voorzichtige, op wetenschappelijk bewijs gebaseerde benadering.

De ouders in ons netwerk maken zich in het bijzonder zorgen over de adviezen die Transvisie verstrekt aan gezinnen van jongeren met gendergerelateerde distress. Transvisie presenteert haar adviezen als een benadering van ‘schadebeperking’ in de context van lange wachtlijsten bij de landelijke genderklinieken. Op haar website is een volledige pagina gewijd aan de gevaarlijke praktijk van zelfmedicatie. Er zijn rechtstreekse links naar GenderGP, een particuliere aanbieder van puberteitsremmers en cross-seksehormonen, die door de National Health Service in het Verenigd Koninkrijk expliciet op de zwarte lijst is geplaatst. Bezoekers van de website worden ook doorverwezen naar een Wikipedia-pagina met de titel DIY HRT, die instructies bevat over hoe hormoonbehandelingen illegaal kunnen worden verkregen en toegediend. Dit kan alleen worden gezien als ideologische sturing: een focus op maximale bevestiging van genderidentiteit bij kinderen en jongeren, met minimale kritische waarborgen.

Als Transvisie wordt beschouwd als een neutrale vertegenwoordiger van ouders, terwijl de organisatie zich tegelijkertijd bezighoudt met belangenbehartiging en informatie verstrekt die bevestigende trajecten faciliteert, verstoort dit de balans van informatie die de commissie ontvangt. We zeggen niet dat de commissie Transvisie helemaal niet had moeten raadplegen, maar wel dat zij voor een evenwichtige benadering ook ouders had moeten raadplegen die kritisch staan tegenover het huidige model. Het is bijzonder teleurstellend dat de commissie heeft nagelaten deze verscheidenheid aan perspectieven actief op te zoeken. Deze tekortkoming maakt haar uiteindelijke bevindingen kwetsbaar voor terechte beschuldigingen van partijdigheid.

Vijf ouderverslagen

Op de volgende pagina’s presenteren we vijf casusbeschrijvingen van Nederlandse ouders van kinderen die zich als transgender identificeren. Deze ervaringen van ouders illustreren de hierboven beschreven thema’s. Sommige data, leeftijden en locaties zijn weggelaten om de privacy van de gezinnen te beschermen.

2 Kasia Kozlowska t al. (2024). Evolving national guidelines for the treatment of children and adolescents with gender dysphoria: International perspectives, *Sage Journals*. https://doi.org/10.1177/26344041241269298

Ouderverslag 1 - Overleden patiënt in vooraanstaand Nederlands ziekenhuis

Onze dochter was hoogbegaafd. Ze sloeg groep 1 over omdat ze zichzelf al had leren lezen en scoorde uitzonderlijk hoog op de entreetoets in groep 7. Slechts 1% van de leerlingen scoorde hoger dan zij! Ik herkende bij mijn dochter de uitzonderlijke begaafdheid die ik ook bij mijn vader had gezien, maar ze was altijd terughoudend om haar intelligentie via gestructureerde tests te laten vaststellen. Ze was bang dat mensen te hoge verwachtingen van haar zouden hebben als haar hoogbegaafdheid bekend zou worden.

Onze relatie met onze dochter was altijd goed geweest en tot het moment dat ze naar de tweede klas van de middelbare school ging, hadden we een zeer veilige hechtingsrelatie. Als meisje van 12 of 13 jaar had ze enige moeite met het accepteren van haar vrouwelijke lichaam, iets wat vrij gebruikelijk is bij jonge tienermeisjes. Maar haar zelfvertrouwen kreeg een flinke klap door pesterijen in groep 8 van de lagere school. Ondanks onze voorheen veilige hechtingsrelatie raakte ze van ons vervreemd en werd ze steeds meer vermijdend en gesloten. Ze vertelde me later dat ze haar hele middelbareschooltijd ‘in de overlevingsstand’ had gestaan.

Als tiener maakte ze haar eerste depressieve episode door. Ik had drie familieleden, onder wie mijn vader, met psychische problemen. Angststoornissen, verslavingsproblemen, depressie, bipolaire stoornis en schizofrenie komen in onze familie voor. Zowel mijn man als ik hebben een voorgeschiedenis van intergenerationeel trauma in onze families. De eerste depressie van mijn dochter duurde iets langer dan een half jaar, waarbij ze tijdens die periode gesprekken had met een psycholoog. In 2021, tijdens de tweede lockdown vanwege COVID, kreeg ze antidepressiva voorgeschreven voor een tweede depressieve episode.

Onze dochter ging op kamers voor haar studie en begon deel te nemen aan een therapiegroep voor jongeren. Pas in 2022 kwamen we erachter dat dit een groep was die specifiek bedoeld was voor jongeren die worstelden met hun genderidentiteit. Het was ook in die periode dat onze dochter ons voor het eerst vertelde dat ze problemen ervoer rond haar genderidentiteit. We kwamen erachter dat ze al enige tijd ingeschreven stond bij de genderkliniek van het ziekenhuis en dat ze begin 2023 aan het diagnostische traject zou beginnen.

Dit bericht kwam voor ons als een complete verrassing. We vroegen haar om ons de tijd te geven aan het idee te wennen en ik vroeg haar ook om voorlopig geen verdere stappen te zetten richting medische transitie. Via mijn eigen netwerk kwam ik in contact met een integratief psychiater en vanaf eind 2022 begonnen we met systeemgesprekken waarbij onze dochter en wij als ouders betrokken waren.

Begin 2023 kwamen we er echter achter dat ze, kort na ons eerste gesprek met haar over dit onderwerp, al een jaar testosterongel via een privékliniek in het buitenland kreeg. Ze had daar een online consult gehad en had direct na het eerste gesprek testosteron gekregen.

Als ouders werden we in 2023 tweemaal uitgenodigd bij de genderkliniek van het ziekenhuis. De eerste keer om ons te informeren over het diagnostische traject. De tweede keer om ons mee te delen dat de diagnose in de weken na onze bijeenkomst zou worden gesteld en dat de verantwoordelijkheid voor het voorschrijven van de medicatie (testosteron) zou worden overgenomen door de genderkliniek van het ziekenhuis. Tijdens de eerste bijeenkomst stelde ik enkele vragen, maar ik weet niet meer precies welke. Tijdens de tweede bijeenkomst was er meer ruimte om te bespreken hoe de genderkliniek van het ziekenhuis haar diagnostische proces vormgeeft.

Toen we de tweede bijeenkomst bij de genderkliniek van het ziekenhuis bijwoonden, vond onze dochter het nog steeds erg moeilijk om met ons over haar gevoelens te praten. We wilden laten zien dat we haar serieus namen en gaven daarom aan dat we geen grote bezwaren hadden tegen de diagnose genderdysforie op zichzelf. Het waren de oorzaak van haar gevoelens over gender en de behandeling waar we moeite mee hadden. Ik had niet het gevoel dat ik de diagnose zelf ter discussie kon stellen zonder onze dochter nog verder van ons te vervreemden, vooral omdat ze tijdens het gesprek naast me zat.

Toen ik vroeg of er bij de genderkliniek van het ziekenhuis een ontwikkelingsanamnese, IQ-test of familieanamnese was afgenomen, was het antwoord nee. Ik heb zelf bijna twintig jaar als jeugdarts gewerkt, onder meer in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Het is bekend dat genderdysforie vaker voorkomt bij jongeren met autisme[3] en/of een uitzonderlijke intellectuele begaafdheid. Ik kon niet begrijpen waarom de genderkliniek van het ziekenhuis deze factoren niet in overweging had genomen.

3 Sara Zekriet al. (2026). Gender Identity and Gender Dysphoria in Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review, *Actas Españolas de Psiquiatría.*

DOI: https://doi.org/10.62641/aep.v54i3.2056

De psycholoog legde vervolgens uit hoe hun diagnostische traject werkt: ‘We moedigen de jongere aan om te experimenteren met en de sociale rol van het gewenste gender te verkennen. En vervolgens kijken we hoe dat voelt.’ Maar toen onze dochter hiermee begon, gebruikte ze al testosteron. Hoe kon dit experimenteren en verkennen dan nog een objectief beeld opleveren?

De psycholoog die we bij de genderkliniek van het ziekenhuis spraken, zei dat ze zich ervan bewust was dat er veel meer speelde bij onze dochter, maar vertelde ons: ‘Genderontwikkeling staat volledig los van de rest van de ontwikkeling.’ Ik had een dergelijke uitspraak nog nooit eerder van collega-artsen of collega-psychologen gehoord en zei dat ik het daar fundamenteel mee oneens was. We vroegen ons hardop af waarom de genderkliniek van het ziekenhuis zou meewerken aan een medische interventie met zulke verstrekkende en onomkeerbare gevolgen. Waarom niet eerst individuele psychotherapie en Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) aanbieden om de problemen te verwerken die de ontwikkeling van onze dochter hadden belemmerd? We hoopten dat deze behandelingen haar zouden helpen de trauma’s uit haar jeugd te verwerken en haar identiteit te versterken. De psycholoog vertelde ons dat dit niet standaard in het protocol was opgenomen.

In 2024 stelde de genderkliniek van het ziekenhuis bij onze dochter de diagnose genderdysforie en begon het proces om het voorschrijven van testosteron over te nemen van de privékliniek. Tijdens een gesprek met de integratief psychiater hoorden we van onze dochter dat ze al enkele weken zonder testosteron zat. Haar recept was onderbroken doordat een arts van de genderkliniek in het ziekenhuis ontslag had genomen en de verantwoordelijkheid was net overgedragen aan de genderkliniek van het ziekenhuis.

Het bleek dat ze sinds het stoppen met testosteron erg slecht sliep. Elke avond moest ze een uur wandelen om überhaupt een beetje te kunnen slapen. Haar menstruatie was weer begonnen en ze vertoonde prikkelbaar en defensief gedrag dat we helemaal niet van haar gewend waren. Haar concentratieproblemen waren zo ernstig dat ze met haar studie moest stoppen. Daarnaast ontwikkelde ze depressieve symptomen, afgewisseld met periodes van emotionele instabiliteit. De genderkliniek van het ziekenhuis weigerde haar met deze problemen te helpen, omdat die ‘alleen voor genderdysforie’ bedoeld was.

In overleg met ons ging mijn dochter naar de huisarts, waar ze begeleiding kreeg van de praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) vanwege haar slaapproblemen. We zochten ook naar een instelling voor geestelijke gezondheidszorg waarnaar ze vanwege haar stemmingsproblemen kon worden doorverwezen. Helaas duurde dit erg lang. In 2024 trok ze zich steeds verder terug en ontwikkelde ze haar derde depressie. Eind 2024, slechts twee dagen nadat ze opnieuw contact had opgenomen met de POH-GGZ om hulp te vragen, maakte ze een einde aan haar leven.

We vragen ons af of de onderbreking van haar testosteronvoorschrift heeft bijgedragen aan haar derde depressieve episode. Als ouders blijven we achter met de zeer frustrerende vraag waarom de genderkliniek van het ziekenhuis niet onmiddellijk individuele psychotherapie en EMDR heeft ingezet voor een meisje dat duidelijk chronische traumatisering had doorgemaakt. Het begon met schooltrauma als gevolg van pesterijen, gevolgd door een tienerperiode die in de overlevingsstand werd doorgebracht, twee eerdere depressieve episodes en een verstoorde persoonlijkheidsontwikkeling.

We zijn absoluut niet tevreden over de begeleiding door de genderkliniek van het ziekenhuis en hebben dat ook duidelijk gemaakt. Gedurende het hele proces voelden we ons volkomen machteloos: de genderzorg volgt met je kind een eigen traject en je hebt daar totaal geen controle over. Na het overlijden van onze dochter hadden we echter al onze kracht nodig om dit traumatische verloop van gebeurtenissen en de desastreuze afloop ervan te verwerken. We hadden eenvoudigweg niet de energie om een formele klacht in te dienen. We begrijpen nog steeds niet waarom de genderkliniek van het ziekenhuis een medisch traject met zulke verstrekkende, onomkeerbare gevolgen en bijwerkingen heeft aangemoedigd, terwijl er nog zoveel andere onbeproefde behandelmogelijkheden waren om onze dochter te helpen zich beter te voelen.

Ouderverslag 2: Een genderkliniek moedigt contactbreuk aan

Voordat ik het verhaal van onze dochter vertel, wil ik eerst iets zeggen over de reden waarom ik anoniem wil schrijven. Dat komt niet voort uit een gebrek aan moed, maar is een reactie op de harde toon van het huidige genderdebat. In Nederland worden ouders die kritische vragen stellen over genderzorg vaak geconfronteerd met onbegrip, beschuldigingen of zelfs vijandigheid. Ik heb voor anonimiteit gekozen om mezelf en mijn dochter te beschermen, en heb besloten mijn verhaal te delen om uiting te geven aan wat zoveel ouders in stilte voelen: dat het noodzakelijk is om opnieuw, en kritischer, naar de genderzorg in Nederland te kijken.

Ik ben een doorsnee Nederlander: rijtjeshuis, hond, kat, een baan in de zorg en twee dochters. Onze jongste dochter was een gevoelig, verlegen en onzeker kind. Op school bleek dat ze ernstige dyslexie had. Ondanks extra ondersteuning ontwikkelde ze faalangst. Ze werd gepest door, zoals zij ze noemde, ‘bitches’: populaire meisjes die pronkten met hun vrouwelijkheid. De ironie is dat onze dochter zelf ook een heel vrouwelijk meisje was. Ze hield van jurkjes, rokjes en lang haar met mooie speldjes. Maar op de basisschool voelde ze zich vooral ‘anders’: niet slim, niet stoer, niet goed genoeg.

Op de middelbare school veranderde er veel. Ze maakte kennis met Paarse Vrijdag en had lesbische vriendinnen. Met haar felgekleurde haar — soms blauw, dan weer groen of rood — viel ze op. Dat maakte haar bijzonder. Voor het eerst zag ik een vonkje trots bij haar. Ze hoorde ergens bij. Maar toen kwam COVID. Thuis zagen we dat het niet goed met haar ging. Ze trok zich terug, verloor haar plezier en raakte haar richting kwijt.

Op een avond ontdekte ik dat ze zichzelf beschadigde. De aanblik daarvan sloeg alles onder me vandaan. Ze kwam bij een psycholoog terecht. Kort daarna vertelde ze ons dat ze ‘zich een jongen voelde’, dat haar lichaam niet overeenkwam met wie ze dacht te zijn en dat ze in transitie wilde gaan. De psycholoog verwees haar naar de genderkliniek. Voor ons als ouders kwam dit volkomen onverwacht, als een donderslag bij heldere hemel. We hadden nooit signalen gezien, helemaal niets wat in deze richting wees. En erover praten was nauwelijks mogelijk. Zoals ze zelf zei: ‘Ik kan het niet uitleggen.’

Er volgden gesprekken met de huisarts, psycholoog en verschillende andere clinici. Achteraf realiseer ik me dat er gedurende het hele traject maar één gesprek was waarin iemand kort naar mij luisterde. De regie werd al snel overgenomen door systemen, wachtlijsten en verwijzingen. Onze dochter ging van de ene zorgverlener naar de andere en kreeg uiteindelijk de diagnose aandachtstekortstoornis (ADD). Toen ze een vriendje kreeg, zei ze dat ze haar afspraak bij de genderkliniek wilde annuleren. Mijn opluchting was enorm. Echt enorm.

Later ontdekten we dat ze desondanks al met een behandeling bij de genderkliniek was begonnen. Hoe dat precies is gebeurd, is een verhaal op zich, een verhaal dat ik graag op een later moment wil delen. Voor nu wil ik vooral deze stap zetten: mijn stem laten horen, namens alle ouders die zich zorgen maken maar bang zijn om die hardop uit te spreken.

Onze dochter werd thuis steeds stiller. We hoorden nauwelijks nog iets van haar. Als we al een antwoord kregen, moesten we er eerst om vragen. Ik liep voortdurend op eieren. Elk woord dat ik tegen haar wilde zeggen, woog ik honderd keer af: Kan ik dit zo zeggen? Wordt ze boos? Zal ze zich nog verder afsluiten? We deden ons uiterste best om open en liefdevol te blijven. We gaven haar een regenboogketting, vertelden haar dat we alle genders respecteren, maar dat transitie een enorme stap is, een stap waarvan we vreesden dat ze de gevolgen nog niet volledig begreep. Ik sliep nachtenlang niet. Tranen, verdriet, machteloosheid. Ik wist niet dat een mens zoveel kon huilen. Tegelijkertijd zag ik mijn prachtige meisje veranderen, terwijl de volledige aandacht op gender werd gericht en niet op de problemen die daaronder verborgen lagen.

Tijdens een van de weinige gesprekken die nog mogelijk waren, zei ik voorzichtig: ‘Ik heb het gevoel dat je niet meer naar me luistert, dat je je afsluit.’ Haar antwoord kwam zonder aarzeling: ‘Ja, dat klopt.’ Het voelde alsof de grond onder mijn voeten werd weggeslagen. Het moment waarop liefde machteloos leek.

Niet lang daarna ging ze op kamers wonen. Het contact veranderde. Niet noodzakelijkerwijs minder, want we spraken elkaar nog steeds veel en vaak. Onze band was hecht; dat was altijd zo geweest. Ik geloof er sterk in dat je problemen alleen kunt oplossen door met elkaar te blijven praten. Maar één onderwerp werd geleidelijk onbespreekbaar: gender. In de vele gesprekken die we nog wel hadden, werd dat het stille terrein waarop we elkaar niet meer konden vinden.

Tijdens een van die zeldzame gesprekken waarin gender even bespreekbaar was, zei ze onverwacht: ‘Bij de genderkliniek vroegen ze of ik door zou gaan, zelfs als dat zou betekenen dat ik geen contact meer met jullie zou hebben.’ Pas toen voelde ik hoe reëel, hoe onomkeerbaar haar beslissing aan het worden was. Wat doe je dan als ouders? Hoe bereik je je kind wanneer je liefde plotseling als een gevaar wordt geïnterpreteerd? Hoe bescherm je je kind tegen een levensveranderende beslissing waarvan ze de gevolgen onmogelijk volledig kan overzien?

We konden nergens terecht. Wanneer je als ouder vragen stelt, word je al snel bestempeld als transfoob, conservatief, bekrompen of een slechte ouder. Alsof je niet van je kind houdt omdat je haar wilt beschermen. Ondertussen verhuisde onze oudste dochter naar het buitenland voor haar studie. Ook met haar konden we er nauwelijks over praten. Ze zei: ‘Ik zal naar jullie luisteren, maar ik zal er zelf niets over zeggen.’ Na een paar pogingen werd duidelijk dat ook via die weg geen gesprek mogelijk was.

We nodigden beide dochters regelmatig uit om met ons op vakantie te gaan, in de hoop dat de afstand tot het dagelijks leven ruimte zou scheppen voor begrip, rust en misschien eindelijk een open gesprek over gender, bij voorkeur met ons vieren samen. Vakanties waren voor ons momenten waarop eerlijkheid en verbondenheid nog mogelijk leken, momenten waarop we hoopten dat er eindelijk iets zou doorbreken.

Mijn man wilde samen met haar en de genderkliniek een gesprek voeren. Ze beloofde dat te regelen, maar er gebeurde niets. In die periode vertelde ze ons dat ze zich non-binair voelde en dat haar borsten niet pasten bij haar zelfbeeld. Volgens haar konden die gevoelens alleen verdwijnen door amputatie. Tijdens onze laatste gezamenlijke vakantie vroeg ik voorzichtig of ik iets over haar therapie mocht vragen. ‘Ja,’ zei ze. Ik vroeg hoe het ging. Haar antwoord kwam kort en bijna zakelijk: ‘Goed. We werken nu toe naar de operatie. Die staat over een maand gepland.’ Op dat moment stortte mijn wereld in.

Mijn man besloot een bericht naar de genderkliniek te sturen, in de hoop dat iemand onze zorgen eindelijk serieus zou nemen. Hij zei meerdere keren: ‘Het zijn professionals. Ze zullen ons begrijpen.’ Hij stuurde ook een bericht naar onze dochter, maar praten bleek uiteindelijk niet meer mogelijk. Ze had hem eerder laten weten dat hij welkom was bij haar, zolang hij maar niets over gender zei. In zijn bericht smeekte hij haar om af te zien van de operatie. Hij schreef dat ze mooi was zoals ze was, dat we van haar hielden en dat we haar wilden helpen. Er kwam nooit een antwoord.

Maar er kwam wel een uitnodiging voor een gesprek bij de genderkliniek. Dat gaf ons een sprankje hoop dat er eindelijk naar ons geluisterd zou worden. Toen we bij de genderkliniek aankwamen, werden we onmiddellijk geconfronteerd met de nieuwe naam van onze dochter, een naam die we voortaan geacht werden te gebruiken. Het gesprek vond plaats met een psychiater en een psycholoog. Vanaf het eerste moment werd duidelijk gemaakt dat:

- Het gesprek alleen plaatsvond omdat onze dochter daarom had gevraagd.
- Het gesprek onmiddellijk zou worden beëindigd als zij dat wilde.
- Wij als ouders ‘niets te zeggen hadden’, omdat onze dochter inmiddels meerderjarig was.
- De transitie hoe dan ook zou doorgaan, omdat dat was wat onze dochter wilde.

De psychiater vroeg ook of we religieus waren, omdat ‘het gesprek dan op een andere manier gevoerd zou moeten worden’. Ik wist niet wat ik hoorde. Even later zei hij dat er eigenlijk helemaal geen psychiater nodig was voor een diagnose. ‘Als je zegt dat je het bent, dan ben je het’, legde hij uit.

Bij problemen zoals psychose of ernstige depressie zouden we de transitie mogelijk moeten uitstellen, vertelde hij ons, om te kijken wat het juiste moment was om met de transitie te beginnen. Er werd niet gevraagd naar onderliggende problemen, niet naar psychische worstelingen en niet naar de bredere context. Er werd slechts één richting onderzocht: hoe de transitie kon worden voortgezet, nooit of deze überhaupt wel passend was. Ik vroeg waarom ik eigenlijk bij dit gesprek aanwezig was als ik niets mocht zeggen. Dan kon ik net zo goed vertrekken. Zonder aarzeling en boos zei mijn dochter: ‘Nou, ga dan maar.’ Ik stond op en verliet de kamer. Mijn man bleef achter.

Een paar dagen later ontvingen zowel mijn man als ik tegelijkertijd een bericht van beide dochters. De operatie zou de volgende maand plaatsvinden. Ze wilden geen contact meer met ons. We werden geblokkeerd op sociale media. Inmiddels hebben we al meer dan een jaar geen contact meer, ondanks onze pogingen om opnieuw met elkaar in gesprek te komen. Ik weet nu dat mijn dochter de operatie heeft ondergaan.

Na dit alles ben ik tot een pijnlijke overtuiging gekomen: de genderkliniek functioneert als een trechter. Iedereen die er binnenkomt, wordt stap voor stap richting transitie geleid. In Nederland wordt dit ‘genderbevestigende’ zorg genoemd. Maar als je alleen maar bevestigt, zonder vragen te stellen en zonder dieper in te gaan op onderliggende problemen, kan de uitkomst maar één kant op gaan. In geen enkel ander medisch domein werkt het zo. Als ik een specialist vertel dat ik darmkanker heb, krijg ik niet onmiddellijk chemotherapie. Eerst wordt er onderzoek gedaan. Als ik een psycholoog zou vertellen dat ik mijn arm wil laten amputeren omdat die niet bij mijn zelfbeeld past, zou niemand dat zomaar bevestigen.

Toch gebeurt dit wel in de genderzorg. Dit is geen zorgvuldige behandeling. Ouders mogen misschien bij een gesprek aanwezig zijn, maar er wordt niet naar hen geluisterd. Er wordt schade toegebracht aan kinderen en gezinnen. In mijn eigen gezin is die schade enorm. Ik heb trauma opgelopen. En ik vertrouw de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg niet langer.

Wij als ouders werden niet gehoord. Alles draaide om bevestiging, om meegaan in de beslissing van ons kind. Alsof onze rol, onze ervaring en onze liefde er niet langer toe deden. En ik wil niet zeggen dat er geen kinderen zijn die daadwerkelijk genderzorg nodig hebben, of dat er geen ouders zijn die deze zorg volledig ondersteunen. Voor die gezinnen moet er ruimte en zorg zijn. Natuurlijk.

Maar er is ook een andere groep ouders. Een grote groep. Ouders zoals wij, die twijfelen, die meer informatie willen, die vragen durven te stellen, die soms gewoon zien dat hun kind worstelt met andere, dieperliggende problemen. Ouders die niet ‘tegen’ zijn, maar zorgzaam en voorzichtig, en bang zijn hun kind te verliezen. Ik weet inmiddels dat deze ouders bestaan, omdat ik nu met zoveel van hen contact heb.

Er zijn ook ouders die, uit pure angst om hun kind te verliezen, er maar in meegaan. Ouders die hun eigen twijfels onderdrukken omdat dat veiliger voelt dan het risico op een verbroken contact. Precies het risico dat bij ons werkelijkheid is geworden. Zij leven met spanning, verdriet, slapeloze nachten, trauma’s en voortdurende voorzichtigheid. Altijd alert, altijd bang om één verkeerd woord te zeggen. Voor deze ouders lijkt er in de genderzorg helemaal geen ruimte te zijn. Geen aandacht, geen begrip, geen erkenning dat ook zij hierdoor worden getroffen. Dat ook zij lijden.

En er valt nog zoveel meer te vertellen over de misverstanden, de problemen en de blinde vlekken in de genderzorg. Over de onderzoeken die aan de basis liggen van de protocollen. Over het vernauwde Nederlandse bevestigingsmodel. Over hoe sociale media gender presenteren als iets bijzonders, iets magisch, iets waarmee je een nieuw leven kunt beginnen. Over het gebrek aan ruimte voor kritische vragen of een open gesprek. En natuurlijk over de klinieken zelf, over de manier waarop zij werken en over hoe ouders worden buitengesloten.

Wat het extra ingewikkeld maakt, is dat de langetermijnresultaten van deze zorg nauwelijks bekend zijn. We weten niet precies wat de gevolgen over tien of twintig jaar zullen zijn. Het is een wereld waarin twijfel niet welkom is. Waar liefde wordt geïnterpreteerd als verzet. Waar voorzichtigheid wordt gezien als gevaar. En waar ouders soms achterblijven met een diep beschadigd vertrouwen, verwoeste gezinnen en een stilte die bijna ondraaglijk is.

Ik vertel dit uit liefde voor mijn kind, en in de hoop dat geen enkel gezin ooit hetzelfde hoeft mee te maken. Ik wens dat er in Nederland eindelijk ruimte komt voor een echt debat over genderzorg. Dat kritische vragen gesteld mogen worden, dat zorgen gehoord mogen worden en dat ouders — die hun kind het beste kennen — actief worden betrokken bij belangrijke beslissingen die het leven van hun kind voorgoed kunnen veranderen.

Ouderverslag 3: Een tegenstrijdige identiteit ontdekt op Discord

Onze zoon vertelde ons tijdens de coronapandemie dat hij transgender was. Hij was toen al medisch aan het transitieproces begonnen en gebruikte illegale hormonen en testosteronblokkers die hij online had verkregen. Mijn vrouw en ik waren uiterst verbaasd en geschokt. We hadden hiervan nooit enig teken opgemerkt. Maar zelf zijn we progressieve mensen, dus gedurende de eerste paar maanden deden we wat ons werd geadviseerd en gingen we erin mee. Het duurde niet lang voordat bij mij alle alarmbellen begonnen af te gaan.

Een van de eerste dingen die al vroeg mijn bezorgdheid wekten, was een afspraak die ik voor mezelf maakte met een psychiater bij wie ik enkele jaren eerder was geweest vanwege mijn eigen problemen. Ik had een goede band met deze zorgverlener, maar ze vertelde me dat ze me niet kon helpen met wat er met mijn zoon aan de hand was. Ze bevond zich in een vergelijkbare situatie met haar eigen dochter, en de problemen die mijn gezin ervoer kwamen voor haar gewoon te dichtbij. Dat leek me geen goed teken.

Vervolgens woonden we onze eerste afspraak bij met de genderkliniek die onze zoon behandelde. We spraken met ‘specialisten’, huisartsen, psychologen en de stichting Transvisie. Ik was eigenlijk behoorlijk uit het lood geslagen door het gebrek aan kritisch denkvermogen en professionele deskundigheid tijdens dat gesprek, maar mijn vrouw en ik kregen het advies om een groepsbijeenkomst bij te wonen voor ouders van jongeren die zich als transgender identificeren. Tijdens die bijeenkomst begonnen we ons pas echt zorgen te maken over wat er met onze zoon gebeurde.

De opkomst was zo groot dat de groep in tweeën moest worden gesplitst. In onze groep zaten nog acht ouderparen, die allemaal zonen hadden die tussen hun twintigste en vijfendertigste in transitie waren. Onze zoon was de jongste; hij was net achttien geworden. Een echtpaar vertelde hoe hun zoon op eigen houtje, zonder hun begeleiding, in Turkije een chirurgische transitie had ondergaan en de ingrepen zelf had betaald. Tijdens de groepsdiscussie viel het me op dat alle ouders alles op een soort gelaten manier leken te accepteren. Want als ze dat niet deden, waren ze bang dat hun zonen zichzelf iets nog ergers zouden aandoen. Zo voelen mijn vrouw en ik ons ook.

Bijna alle ouders vertelden dat hun zonen verslaafd waren aan gamen en internetgebruik. Dat deed bij mij alarmbellen afgaan. Onze zoon gamet al minstens tien uur per dag sinds hij veertien of vijftien jaar oud is. We hebben van alles geprobeerd om daar iets aan te doen, maar niets heeft geholpen. Tijdens de pandemie leek het een duistere wending te nemen, met een specifieke vriendengroep op Discord. Het ligt niet in mijn aard, maar ik ben een paar keer binnengedrongen in die digitale ruimtes. Een van de dingen die me het meest opvielen, was de directe visuele overeenkomst tussen de wereld van manga/Pokémon en deze transgemeenschap. Iedereen is schattig en pluizig, met leuke bijnamen en vrouwelijke dierenavatars.

Op Discord vond ik de leverancier die mijn zoon illegale hormonen en testosteronblokkers had toegestuurd. Ik onderschepte een gesprek toen ik merkte dat iemand uit de Discord-gemeenschap aanbood om de reis van mijn zoon naar het buitenland te betalen, zodat hij zijn medische transitie verder kon voortzetten.

Voordat hij vertelde dat hij transgender was, had onze zoon ons gezegd dat hij dacht dat hij een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) had. Destijds, tijdens corona, kon onze huisarts ons geen verwijzing geven voor diagnostisch onderzoek. Ik accepteerde dat, omdat de hele wereld op dat moment ziek was. Maar nadat hij uit de kast was gekomen, namen we hem mee naar een gespecialiseerde kliniek voor onderzoek. Hij kreeg de diagnoses lichte autisme en ADHD. Onze zoon was erg blij dat hij Ritalin voorgeschreven kreeg, dat hij nog steeds gebruikt. Het lijkt hem enigszins tot rust te brengen, maar wanneer hij het gebruikt, gamet hij nog intensiever.

Onze zoon heeft nu ongeveer tien maanden een ‘vriendje’. Dit is een meisje en zij is ook in transitie. Ze hebben een normale seksuele relatie. Jarenlang kwamen er geen vrienden meer bij hem over de vloer. Nu gaan ze allebei naar hun werk of naar school, en dit is de eerste keer dat onze zoon iemand heeft. Wanneer zijn ‘vriendje’ er niet is, gamet hij nog steeds de hele dag.

Mijn vrouw en ik denken dat hij is gestopt met het gebruik van hormonen en testosteronblokkers. We weten dat zijn ‘vriendje’ hormonen injecteert, omdat we weten waar ze hun spullen verstoppen. We kunnen zien hoe het flesje met mannelijke hormonen langzaam leger wordt, terwijl het niveau in het flesje met vrouwelijke hormonen hetzelfde blijft.

Ouderverslag 4: Sociale verbondenheid en sociale besmetting op school

Onze dochter heeft altijd een sterke persoonlijkheid gehad. Ze is volhardend, vasthoudend en creatief, heeft duidelijke opvattingen en een sterke wil. Ze heeft iets dramatisch, een theatrale flair, en is verbaal erg sterk.

Wat wij als ouders hebben gezien, en wat sinds de basisschool als een terugkerende rode draad door haar leven loopt, is dat ze altijd op zoek is geweest naar vriendschappen, maar vaak moeite heeft om echt contact met anderen te maken. Dat komt deels doordat ze erg standvastig kan zijn en overtuigd is van haar eigen opvattingen, en niet altijd met de massa meeloopt.

Aan het begin van de zomer van 2021 maakte onze dochter het uit met haar vriendin. Die zomer zagen we dat ze op zoek was naar zichzelf en experimenteerde met verschillende stijlen. Ze knipte haar haar en wisselde tussen het dragen van jurken en meer masculiene kledingstijlen. Na de zomervakantie begon ze te zeggen dat ze zich niet prettig voelde in haar eigen lichaam. Aanvankelijk zei ze dat ze dacht dat ze een borderlinepersoonlijkheidsstoornis had. Later vertelde ze ons dat ze genderfluïde was.

Na een tijdje zei ze dat ze naar de genderkliniek wilde, een genderkliniek. Toen we vroegen waarom specifiek deze praktijk, vertelde ze dat iedereen die ze kende met genderproblemen naar deze kliniek ging. Het bleek dat ze op school lid was geworden van een ‘regenboogclub’, waar ze een groep jongeren had ontmoet die allemaal met genderproblemen worstelden en waar ze over de kliniek had gehoord. In de regenboogclub vond ze eindelijk een gevoel van verbondenheid. Ze hoorde ergens bij. Het was in deze groep geen probleem dat ze niet helemaal in het plaatje paste, en binnen de school genoten ze zelfs een zekere status en aanzien.

Begin 2022 kreeg onze dochter een relatie met een meisje dat zich ook als genderfluïde identificeerde. Na een tijdje zeiden ze allebei dat ze zich jongens voelden. Wat ons opvalt, is dat de genderproblemen heel plotseling ontstonden na de breuk met haar vriendin, en pas nadat ze zich bij de regenboogjongerengroep had aangesloten. Daarvoor hadden we nooit genderproblemen of ongelukkigheid opgemerkt.

Wij denken dat onze dochter al sinds haar veertiende of vijftiende op zoek is naar wie ze is. Dat is heel normaal in deze levensfase. Ze vond de verbondenheid waar ze naar verlangde bij jongeren die met genderproblemen worstelden. Eindelijk voelde ze dat ze ergens bij hoorde en kreeg ze op school zelfs status en aanzien. Dat is natuurlijk heel fijn. Als je op zoek bent naar je identiteit en je je bovendien niet prettig voelt in je eigen lichaam, is de stap snel gezet: ook jij hebt genderproblemen en na een tijdje ben je ervan overtuigd dat je een jongen bent.

Gezien de karaktereigenschappen van onze dochter — standvastigheid, een sterke wil, verbale kracht en gevoel voor drama — is het voor ons duidelijk dat ze een rol op zich heeft genomen die voor haar werkelijkheid is geworden en die ze niet gemakkelijk zal opgeven. Toegeven dat ze geen jongen is, zou de wereld die ze om zichzelf heen heeft opgebouwd doen instorten. Ze heeft een sterke wil en is verbaal sterk, maar is sociaal-emotioneel nog jong. Ze kan ons niet duidelijk uitleggen wat het betekent om een jongen te zijn: hoe dat is, hoe dat voelt en wat het inhoudt. Ze staat niet open voor een dialoog met ons om elkaars standpunten te verkennen. Er is maar één doel en daar zal ze koste wat kost voor gaan. We zien dat ze moeilijke en confronterende situaties zo veel mogelijk uit de weg gaat.

Wat ons het meest zorgen baart, is dat ze inmiddels een traject is ingeslagen waarin haar overtuiging wordt bevestigd. De huisarts heeft haar al een verwijzing gegeven naar de genderkliniek, dus ze staat al op de wachtlijst voor een traject richting ‘genderbevestigende’ chirurgie. Ze heeft haar zin gekregen en doorloopt een diagnostisch traject bij de genderkliniek. Haar behandelaars spreken haar al aan met ‘hij/hem’ en ze is verwezen naar logopedie om haar stem te verlagen. De hoofdbehandelaar vertelde ons dat alles objectief wordt bekeken en onderzocht, maar in de praktijk wordt ze van alle kanten bevestigd in haar overtuiging dat ze een jongen is. Dit alles terwijl wij als ouders aangeven dat deze overtuiging niet klopt en dat dit niet de juiste weg voor haar is.

Naar onze mening kan ze op haar negentiende de gevolgen van het traject dat ze voor de rest van haar leven wil volgen nog niet volledig overzien. Hormonen en operaties zijn onomkeerbaar en zullen haar tot levenslang patiënt maken. Bovendien weten we — ook vanuit onze eigen omgeving — dat sommige transpersonen daar later in hun leven spijt van krijgen. Volgens ons kennen ouders hun kind het beste. Voor goede zorg zouden eerst de oorzaak en de omgeving onderzocht moeten worden, voordat zonder meer wordt meegegaan in haar beleving. Wij als ouders zijn niet gehoord en spelen nauwelijks een rol in dit hele proces. Onze dochter is ouder dan achttien en haar genderartsen zeggen dat ze zelf mag beslissen. Ze zeggen dat de regels en protocollen worden gevolgd, maar niemand kijkt werkelijk naar ons als ouders of luistert naar ons.

Toen we de kamer van onze dochter aan het schoonmaken waren, vonden we een dagboekaantekening waarin ze schreef dat ze een grote ruzie met ons verwachtte als ze het medische transitietraject zou voortzetten. Behandelaars van de genderkliniek adviseerden haar te onderzoeken bij wie in haar netwerk ze zou kunnen verblijven. In plaats van te onderzoeken waarom wij als ouders haar situatie anders zien, richt de kliniek zich op de vraag hoe ze het traject zonder problemen kan voortzetten.

Wij zien het als onze plicht als ouders om grenzen te stellen en onze kinderen te beschermen, ook wanneer ze ouder zijn dan achttien. Onze dochter woont nog thuis, staat nog niet op eigen benen en is sociaal-emotioneel nog jong. In veel situaties kan ze nog niet zelfstandig oplossingen bedenken of stappen zetten. We zien ook kopieergedrag in haar gedrag en kleding. Daarom zijn wij ervan overtuigd dat ze op deze leeftijd nog niet in staat is om onomkeerbare keuzes te maken.

Ouderverslag 5: Bewijs systematische misleiding op ouderlijk perspectief en mogelijk onrechtmatig gebruik diagnostische code

In 1992 ontspon zich in dagblad *Trouw* een fel debat tussen ethicus professor Gerrit Manenschijn en endocrinoloog Louis Gooren, oprichter van de Nederlandse genderkliniek. In een van zijn artikelen schreef Manenschijn een opvallende zin:[4]

> Er wordt een buitengewoon grote wissel getrokken op de acceptatie door de sociale omgeving.

Met andere woorden: 33 jaar geleden werd door het werkveld al herkend dat een medische transitie ingrijpende sociale gevolgen kan hebben — met name binnen het gezin. Toch wordt dit besef niet weerspiegeld in de huidige zorgprotocollen, noch in Nederland, noch internationaal. De aandacht ligt daarentegen uitsluitend op het ‘leren accepteren’ van de genderidentiteit van de transpersoon — alsof gezinsbreuken enkel een kwestie zijn van houding en begrip. Klopt de zelfgediagnosticeerde transidentiteit van de kinderen immers wel?

Het gezinsconflict dat ontstaat zodra er kritische vragen gesteld worden, roept een fundamentele vraag op: Wie draagt de verantwoordelijkheid voor de sociale schade die door medische interventie wordt veroorzaakt?

Dat is geen medische vraag. Het is een publieke, ethische en politieke kwestie. Het evenwicht tussen individuele vrijheid en collectieve impact moet bepaald worden via democratisch debat. En zorgmodellen moeten zich aanpassen aan de uitkomst van dat publieke proces — niet andersom. Het kan niet zo zijn dat de samenleving zich klakkeloos voegt naar de wensen van het medische systeem. Dat is de wereld op zijn kop.

‘Genderbevestigende zorg’ is gezinsontwrichtende zorg

Ik stelde voor om gezinstherapie te volgen vóór de start van de genderbevestigende behandeling. Dit verzoek werd goedgekeurd door de klinisch psycholoog. Maar vervolgens weigerde de therapeut weigerde om de opdracht aan te nemen, omdat ik ‘te moeilijk’ zou zijn. Ik heb die man echter nooit gesproken. En ik heb daarna ook nooit meer iets vernomen van de genderkliniek. Bestaat er een juridische weg om deze structurele onrechtvaardigheid aan te pakken?

Groepsdruk en Gaslighting

Het valt niet te ontkennen dat ik een uitgesproken progressief profiel heb. Toch ben ik zeker geen uitzondering onder andere ouders wat politieke opvattingen betreft. Omdat specialisten de ouders vaak pas in de laatste fasen van het proces ontmoeten, kan hun eerste indruk gemakkelijk zijn dat de ouders conservatief zijn. Maar in werkelijkheid zijn deze ouders simpelweg ten einde raad, emotioneel uitgeput en gefrustreerd na jaren van strijd. Kritiek op medische transitie is niet extreemrechts, conservatief of bekrompen.

Kritiek op medische transitie is niet extreemrechts, conservatief of bekrompen

De mate van framing en stigmatisering is zo extreem dat het bijna onmogelijk is geworden om je publiekelijk uit te spreken zonder dat dit ernstige gevolgen heeft voor vriendschappen, familierelaties of — zoals in mijn geval — je carrière. Als ik me hierover zou uitspreken, zou ik onmiddellijk alle professionele geloofwaardigheid in mijn werk verliezen. Er wordt van je verwacht dat je pro-trans bent, zelfs wanneer je het fundamentele idee van zoiets als een ‘genderziel’ ernstig in twijfel trekt. Een metafysisch concept waar geen enkel bewijs voor is.

Door deze maatschappelijke druk kreeg mijn kind binnen het gezin een onevenredig grote machtspositie. Als ouders hadden we nog maar zeer beperkte mogelijkheden om ongepast gedrag te corrigeren of weerstand te bieden aan de psychologische dwang die ons via gaslighting werd opgelegd — met voornaamwoorden, naamsveranderingen, verwarrend genderjargon en zelfs dreigementen met zelfmoord. De rust binnen ons gezin werd op een nauwelijks te overschatten schaal ernstig verstoord.

4 Prof. dr. G. Manenschijn. (3 december 1992). Medische ethiek is geen slippedraagster techniek, *Trouw*.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat de meeste ouders uiteindelijk aan deze druk toegeven en, uit wanhoop en uit angst hun kind te verliezen, het toestemmingsformulier ondertekenen. Ze zijn automaten geworden. Slachtoffers van wat de beroemde Nederlandse massapsycholoog Joost Meerloo menticide noemde — de psychologische dood die wordt veroorzaakt door ideologische conditionering onder dwang.[5]

Officiële richtlijnen voor transgenderzorg bieden weinig informatie over gezinskwesties. Als er een breuk in de relatie is, zou eerst relatietherapie moeten plaatsvinden. Het ontwrichten van een gezin door een zorgtraject dat gepaard gaat met grote spanningen binnen het gezin roept ernstige ethische vragen op over de patiëntenzorg en het welzijn van het gezin. Ouders die ondanks grote twijfels toestemming geven, begrijpen vaak pas veel later wat de gevolgen zijn. Een treffend voorbeeld van deze dynamiek kwam aan het licht tijdens het interview van Elon Musk met Jordan Peterson in juli 2024.[6] Immers, als zelfs Elon Musk — de machtigste zakenman ter wereld — ertoe kon worden verleid mee te gaan in de transitie van zijn kind, wie loopt dan niet het risico erin te worden geluisd?

Ethische bezwaren tegen het terzijde schuiven van het ouderlijk perspectief

In een samenleving die door zulke enorme krachten wordt gevormd, hebben mijn vrouw en ik jarenlang binnen ons eigen gezin geworsteld met de wens van onze zoon om in transitie te gaan. Wat begon met meelevende empathie ontwikkelde zich geleidelijk — via open vragen en oprechte gesprekken — tot een regelrechte koude oorlog, waarin onze zoon uiteindelijk volledig geïsoleerd raakte binnen het gezin. Terwijl we probeerden met deze pijnlijke situatie om te gaan, begon ik me verder in het onderwerp te verdiepen. Ik kwam tot de overtuiging dat de Nederlandse genderteams waarmee wij te maken hadden ten onrechte beweren dat zij zich inzetten voor harmonie binnen het gezin. Omdat het medisch dossier de indruk moet wekken dat er een breed perspectief wordt meegenomen, worden gesprekken met ouders, partners en andere direct betrokkenen actief aangemoedigd door de behandelaars.

Wie bekend is met genderkritische literatuur, zoals de boeken van Abigail Shrier[7] en Hannah Barnes[8] en de getuigenissen van klokkenluider Jamie Reed[9], weet dat de werkelijkheid sinisterder is. Ik merkte een verontrustend patroon op: ouders worden formeel uitgenodigd om hun perspectief te delen. De zorgverleners knikken vaak beleefd, noteren de indrukken van het gezin en zeggen geruststellend dat ze het begrijpen. Hoewel veel ouders het niet eens zijn met de zelfdiagnose van hun kind, gaan sommigen misschien mee in de gedachten van hun kind, terwijl anderen kritisch blijven.

Hoewel de zorgen van kritische ouders op het eerste gezicht lijken te worden erkend, worden ze in vervolggesprekken terzijde geschoven. De indrukken van het gezin worden genoteerd, maar hebben geen invloed op de diagnose. Erger nog, hun zorgen worden tegen hen gebruikt om het onderzoek op papier grondiger te laten lijken en zo aan de eisen van de zorgverzekeraar te voldoen. Mijn bezorgdheid nam verder toe toen ik de DSM-5-TR raadpleegde om precies te begrijpen wat de criteria voor een positieve diagnose zijn. Wat ik aantrof was ronduit bizar, kwam in wezen neer op het volgende:

Vind je het leuk om een jurk te dragen? Elk persoon die zich aanmeldt bij een kliniek beantwoordt dat met: *‘Ja.’*
Voel je je een vrouw? Elk persoon die zich aanmeldt bij een kliniek beantwoordt dat met: *‘Ja.’*
En dan heb je dus genderdysforie, want je hoeft maar aan twee van de zes criteria te voldoen en dit zijn er twee uit dat rijtje, naast vier andere die minstens zo discutabel zijn.[10]

5 Joost A. M. Meerloo. (1961). *The Rape of the Mind: The Psychology of Thought Control, Menticide, and Brainwashing*, ISBN-13: 978-1614277873

6 Elon Musk geïnterviewd door Jordan Peterso. (Juli 2024). https://www.youtube.com/watch?v=Q20Nbq3EJsc

7 Abigail Shrier. (2021). *Irreversible Damage*, ISBN-13 978-1800750364

8 Hannah Barnes. (2023). *Time to Think*, ISBN-13 978-1800751118

9 Jamie Reed interviewed by Allie Beth Stuckey. (5 dec 2024). *Former Gender Clinic Employee Blows Whistle on Medical Abuse*, Ep 1109, op ongeveer 17 minuten. https://www.youtube.com/watch?v=99Clw4j_FX8

10 *DSM-V-TR* criteria voor Genderdysphoria op de APA website: https://www.psychiatry.org/patients-families/gender-dysphoria/what-is-gender-dysphoria/

Het is letterlijk zó eenvoudig. Iedereen die het intakegesprek doorstaat, krijgt een positieve diagnose. Omdat ik zeer proactief te werk ging, ontstonden er vragen over het diagnostische proces zelf en over de vraag of er mogelijk sprake was van fraude door genderklinieken — met name bij de manier waarop zij diagnosecodes bij zorgverzekeraars declareren. Ik zal uitleggen hoe het diagnostische proces verliep en waar de tekortkomingen zaten. Ook zal ik laten zien hoe de rol van zorgverzekeraars in dat proces een belangrijke schakel vormt die ons mogelijk een uitweg kan bieden. En hopelijk levert dit ook inzichten op die bij toekomstige rechtszaken van pas kunnen komen.

Onze casus: ingrijpen met een tegenenquête

Onze zoon ontving een uitnodiging van de genderkliniek in één van de drie academische ziekenhuizen. Tot onze grote verbazing doorstond mijn zoon de intake. Ik vermoedde dat ons gezin te maken had met een genderkliniek die geen zorgvuldig diagnostisch proces volgde. En daarin kreeg ik gelijk. Dit heeft niet alleen geleid tot een verkeerde diagnose bij onze zoon, maar ook tot een diepgaande psychologische en emotionele impact op ons gezin, en uiteindelijk een totale ontwrichting.

Wat deze zaak nog bitterder maakt, is dat het geen op zichzelf staand incident is. Wereldwijd deelt een groeiend aantal gezinnen vergelijkbare ervaringen via Facebookgroepen en organisaties als Genspect, PITT en Our Duty. Ze voelen dat er iets niet klopt — maar hoe bewijs je dat?

In de praktijk geeft de kliniek de patiënt een vragenlijst. Daarnaast wordt de patiënt gevraagd een motivatiebrief te schrijven, die gemakkelijk op internet te vinden en te kopiëren is. Wanneer ouders later worden uitgenodigd om hun zorgen te uiten, wijzen zowel de vragenlijst als de brief in de richting van een positieve diagnose. Deze twee elementen versterken elkaar en wegen in de praktijk altijd zwaarder dan de inbreng van de ouders.

Ik vroeg me af hoe we onze zoon konden beschermen. Uiteindelijk kreeg ik een idee en ontwikkelde ik een interventiemethode die het gebrek aan transparantie blootlegt waarmee gezinnen bij deze klinieken te maken krijgen. Ik kopieerde de DSM-5-TR-criteria en draaide ze om tot een vragenlijst die ik kon voorleggen aan mijn bredere familie- en vriendenkring, die mijn zoon vanaf zijn geboorte kende:

- Heb je mijn zoon in zijn kindertijd ooit met poppen zien spelen?
- Heeft hij ooit een jurk gedragen?
- Zie je hem tegenwoordig qua uiterlijk en gedrag als een vrouw?

Dat soort vragen. Ik wilde erachter komen of andere mensen die mijn zoon al sinds zijn kindertijd kenden, iets hadden opgemerkt wat ik zelf over het hoofd had gezien. Wanneer de uitkomst van zo’n enquête unaniem is, objectiveert dat het ouderlijk perspectief. Het is belangrijk om op te merken dat de DSM-criteria een combinatie van gevoelens en uitingen omvatten. Als niemand die ooit heeft waargenomen, is er dus geen sprake geweest van genderexpressie en bijgevolg ook niet van genderdysforie zoals gedefinieerd in de DSM-5-TR.

Het kernprobleem bij klinische diagnostiek is dat de ervaren genderidentiteit niet fysiek meetbaar is. Beslissingen in de gezondheidszorg moeten gebaseerd zijn op objectief bewijs en niet uitsluitend op een subjectieve beleving. Behandelaars schuiven ouderlijke observaties vaak terzijde met de verklaring dat het kind zich niet veilig voelde om zichzelf tegenover de ouders te uiten, of dat de ouders een blinde vlek hebben. Hoewel dit in bepaalde gevallen waar kan zijn, met name in sterk conservatieve of religieuze gezinnen, wordt die verklaring minder geloofwaardig wanneer niemand in de bredere familie- of sociale kring ooit iets heeft opgemerkt. Een neef of nicht, jeugdvriend, buur, leerkracht, tante of grootouder — iemand moet in de loop der jaren iets hebben gezien. Als niemand ooit iets heeft opgemerkt en ook nu niet waarneemt, klopt het verhaal simpelweg niet.

In mijn geval zou de uitkomst overduidelijk zijn, aangezien mijn zoon honderd procent goth is. Hij kleedt zich in het zwart, draagt eyeliner en zwarte nagellak en heeft grote kettingen om zijn nek. Hij ziet eruit als een punker die in een emo-band speelt en is qua gedrag of uitstraling helemaal niet meisjesachtig. Hij ziet eruit als Kurt Cobain.

De resultaten van mijn enquête waren duidelijk. Acht directe familieleden vulden deze vragenlijst in. Geen van de acht herkende tekenen van genderdysforie of een transgenderidentiteit. Niet in het verleden en niet in het heden. Niemand had ooit opvallend gedrag waargenomen. Ook onze huisarts verklaarde dat hij de zelfverklaarde transidentiteit van onze zoon niet herkende in zijn gedrag of emotionele toelichtingen.

We hebben de informatie bij de genderkliniek ingediend. De klinisch psycholoog die de diagnose stelde, bevestigde dat de enquête zeer goed was opgezet. Ik nam zijn uitspraak stiekem op met mijn telefoon. Daarmee erkende hij de kwaliteit van het onderzoek. Hij zou dit dus terecht als een fundamentele aanwijzing in de diagnostiek moeten meewegen.

Tijdens ons gesprek zei de behandelend klinisch psycholoog meermaals: *‘Transitie maakt je niet gelukkig.’* Een bizarre uitspraak. Ik nam deze meermaals herhaalde uitspraak op met mijn telefoon. Ik bleef me afvragen welk voordeel de kliniek verwachtte dat deze behandeling onze zoon zou opleveren en waarom dit legaal kan zijn als de behandelaar zelf zegt dat je er niet gelukkig van wordt. Want wat rechtvaardigt de behandeling dan nog, als er geen verbeterd leven is door de behandeling?

Wij werden als ouders echter vervolgens volledig genegeerd. De 25 aanvullende vragen die in de enquête op pagina’s 22–24 aan de kliniek werden gesteld, bleven onbeantwoord. Maanden later hoorden we via onze zoon dat de kliniek desondanks een positieve diagnose had gesteld — een diagnose die volkomen in tegenspraak was met de bevindingen van het familieonderzoek en de indruk van onze huisarts.

Ik vroeg mijn zoon: *‘Hoe was dat mogelijk? Op welke gronden heeft hij de uitkomst van de familie-enquête genegeerd?’*

Mijn zoon vertelde me dat de specialist hem had uitgelegd: *‘We kunnen eigenlijk geen diagnose stellen, omdat we niet over de middelen beschikken om te diagnosticeren. Daarom kunnen we alleen afgaan op wat de patiënt zelf zegt.’*

Wauw...

De kliniek gaf dus openlijk toe dat ze enerzijds geen objectieve diagnostische methoden toepast, terwijl ze anderzijds een diagnostisch instrument — onze familie-enquête — dat ze zelf als valide had erkend, volledig terzijde schoof. En ondanks het ontbreken van diagnostische instrumenten vond de kliniek toch dat ze gerechtigd was een diagnostische code te gebruiken om vergoeding van de behandeling aan te vragen?

Dit riep ernstige vragen op over de medische en ethische integriteit van hun werkwijze. Als ze geen diagnose kunnen stellen omdat er geen instrumenten voor zijn, hoe kunnen ze dan het gebruik van een diagnosecode rechtvaardigen? Dat lijkt juridisch twijfelachtig — zeker wanneer er sterk tegenbewijs is van acht familieleden en de huisarts dat de zelfrapportage ter discussie stelt.

En hoe konden ze zeggen dat er ‘geen instrumenten beschikbaar’ waren? Ze hadden zelf een vragenlijst en een motivatiebrief gebruikt. Telden die plotseling niet meer als instrumenten? Mijn tegenenquête legde deze tegenstrijdigheid bloot: op het moment dat ik zelf een instrument introduceerde, waren er plotseling helemaal ‘geen instrumenten’ meer. In werkelijkheid gaat het om pseudo-instrumenten — rookgordijnen die zijn ontworpen om de zorgverzekeraar te misleiden en hem te laten geloven dat er een legitiem diagnostisch proces heeft plaatsgevonden. Dit is medische fraude. Het faciliteert medisch consumentisme in zijn meest extreme vorm. Een systemisch falen van de medische verantwoordelijkheid.

Kritische vraag aan de klinieken

Als we uitzoomen, komt er nog iets veel schokkenders naar boven: Er werden volledig overeenmkomstige observaties van maar liefst acht familieleden een huisarts die afweken van het verhaal van de patiënt terzijde geschoven. Wanneer heeft de inbreng van ouders er dan ooit wèl toe geleid dat een kliniek besloot géén diagnose te stellen? Het antwoord kan niet anders zijn dat ouders routinematig worden genegeerd wanneer ze tegenstrijdige indrukken naar voren brengen.

Waarom nodigen klinieken ouders dan uit om hun perspectief te delen als dat perspectief geen enkel gewicht in de schaal legt? Daar is maar één antwoord op te bedenken: Om het medisch dossier er op papier grondig uit te laten zien richting de zorgverzekeraar. De ouderlijke input wordt dus tégen de ouders gebruikt.

Gezien deze uiterst opmerkelijke situatie heb ik mijn zorgverzekeraar verzocht de volgende vraag voor te leggen aan de genderklinieken waarmee hij samenwerkt:

> Kunt u ons een patiëntendossier verstrekken waarin de inbreng van de ouders zwaarder woog dan de zelfrapportage van de patiënt en dit tot een negatieve diagnose leidde?

Uiteraard werd ik met die lastige vraag afgewimpeld vanwege de privacy van de patiënt. Ik vermoed dat zo’n dossier niet bestaat. Als ik gelijk heb, zou dit erop wijzen dat genderklinieken systematisch diagnosecodes gebruiken zonder alle beschikbare informatie objectief en kritisch af te wegen — en dat ze veel ouders hebben misleid door hun valse hoop te geven met de illusie dat er naar hen werd geluisterd. Dat is een enorm verraad. Zolang patiënten tevreden zijn, is er geen probleem. Echter bij spijtoptanten en personen met letsel door dit behandeltraject, ontstaat er een juridisch gevaar voor de instanties die deze zorg uitvoeren en financieren.

Vragen over de diagnose

Een volwassene heeft recht op lichamelijke autonomie. Dat betekent dat iemand beslissingen mag nemen over het eigen lichaam en de bijbehorende medische behandelingen. Dit recht houdt echter niet in dat een medische diagnose gebaseerd mag zijn op persoonlijke overtuigingen of voorkeuren. Een specialist moet zich strikt baseren op objectieve medische feiten en diagnostische criteria. Wanneer een diagnose niet op feitelijke gronden wordt gesteld, maar wordt beïnvloed door niet-medische overwegingen, kan dit leiden tot misleidende beslissingen en een onrechtmatige toewijzing van zorg.

Lichamelijke autonomie betekent dat een gezin geen diagnose kan afdwingen — maar evenmin betekent het dat een diagnose losstaat van de bredere medische en sociale context. Onze zoon had het recht om zijn eigen beslissingen te nemen. Maar ik wilde nog steeds weten: hoe had de klinisch psycholoog de observaties van onze familie en onze huisarts meegewogen toen die afweken van het verhaal van onze zoon?

De situatie rond mijn zoon is nog merkwaardiger dan ik tot nu toe heb beschreven. Ik wil wat dieper ingaan op zijn wensen. Mijn zoon heeft een hekel aan ‘het patriarchaat’ — wat dat ook moge betekenen. Hij is extreem links. De daaropvolgende gedachtesprong is als volgt: het patriarchaat wordt veroorzaakt door onderdrukkende mannen. Mannelijkheid wordt veroorzaakt door testosteron. Daarom wil hij gecastreerd worden. Want daarmee zou de productie van testosteron stoppen. Maar hij wil zijn penis behouden en geen vaginoplastiek ondergaan.

Wat dit met genderdysforie te maken heeft, is mij een raadsel. Ik begrijp nog steeds niet hoe de kliniek heeft besloten dat zijn wensen voldeden aan de criteria voor die diagnose.

Toen hij me vertelde dat hij gecastreerd wilde worden, uitte ik mijn bezorgdheid over wat dit voor zijn seksuele functioneren zou kunnen betekenen. Hij geloofde me niet en reageerde luchtig: ‘Dan neem ik toch gewoon Viagra.’ In latere gesprekken met mijn vrouw zei hij dat hij voorlopig alleen hormonen wilde. Zijn wensen blijven voor mij onduidelijk en elk gesprek daarover is inmiddels taboe geworden. Ik heb mijn zorgen bij de zorgverzekeraar en onze huisarts aangekaart. Ik wilde weten hoe de kliniek de risico’s en alternatieven met onze zoon had besproken, vooral omdat zijn wensen nog steeds veranderden.

Om medische ingrepen met onomkeerbare gevolgen te rechtvaardigen, is naar mijn overtuiging veel meer nodig dan alleen subjectieve zelfrapportage. In het geval van onze zoon wilde ik nog steeds weten hoe de klinisch psycholoog had afgewogen wat onze zoon hem vertelde tegenover de observaties van onze familie en onze huisarts. Daarom heb ik mijn vragen aan de zorgverzekeraar voorgelegd.

Vragen die ik aan de zorgverzekeraar stelde

Ik heb mijn zorgverzekeraar gevraagd te onderzoeken hoe de kliniek de diagnosecode in het geval van onze zoon had gerechtvaardigd. Daarom stelde ik de volgende vragen:

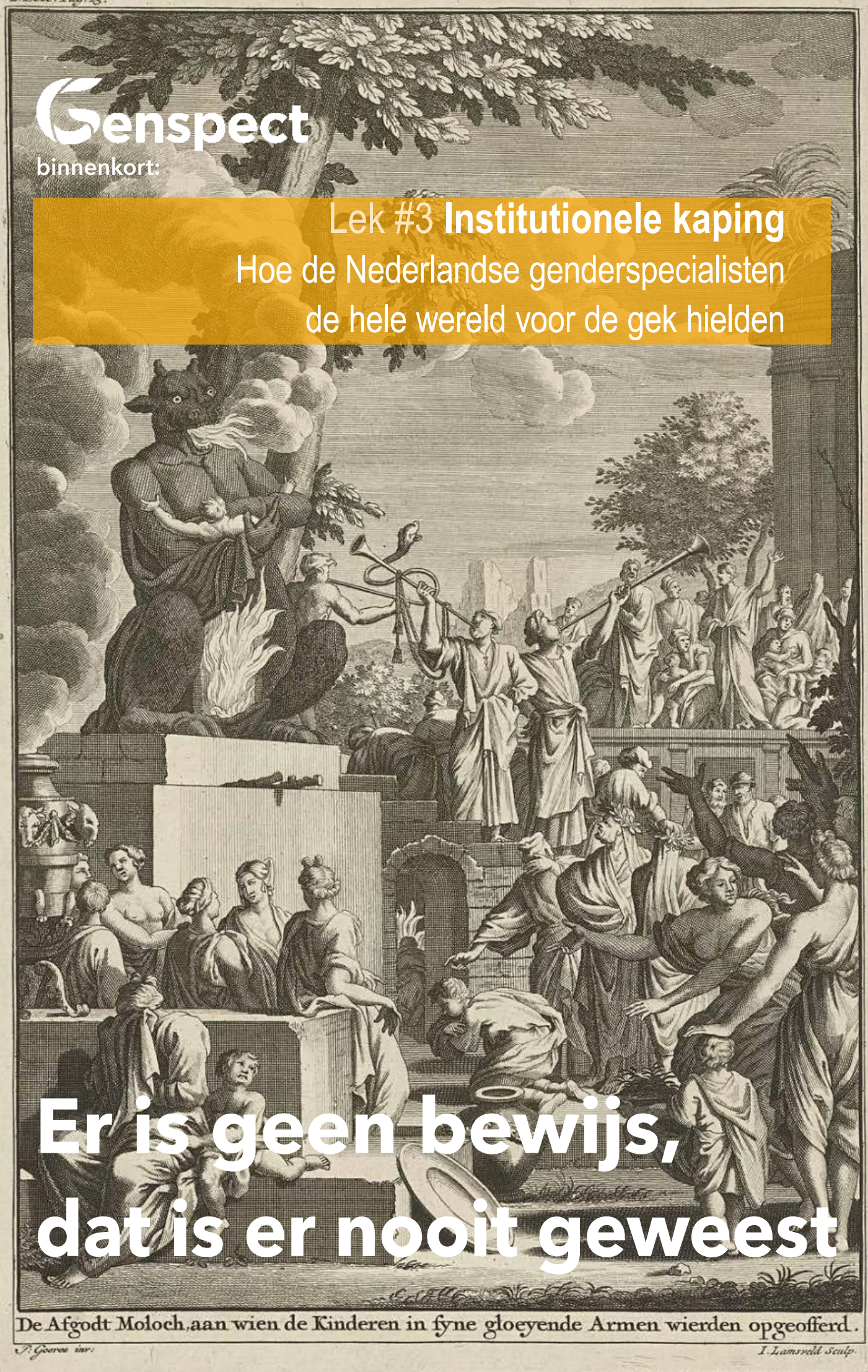
Hoe controleert u of declaraties op dit gebied van de gezondheidszorg gebaseerd zijn op een zorgvuldige beoordeling en of de diagnose wordt ondersteund door de bevindingen?

Welke actie onderneemt u als blijkt dat een kliniek een diagnosecode heeft gebruikt zonder voldoende medische rechtvaardiging?

Conclusie

De vijf verslagen in dit rapport beschrijven verschillende gezinnen, maar één vraag loopt er als een rode draad doorheen. Wanneer ouders behandelaars vertelden wat zij wisten over de ontwikkeling, de geestelijke gezondheid of de omstandigheden van hun kinderen, welke invloed had die informatie dan op de beoordeling? Sommige ouders werden uitgenodigd voor gesprekken of dienden schriftelijke observaties in, maar bleven zich afvragen hoeveel gewicht er aan hun verhalen was toegekend. Toen we een variant van die vraag voorlegden aan vier Nederlandse genderklinieken, gaven slechts twee een inhoudelijke reactie. Beide verklaarden dat ze informatie bij families verzamelden. Geen van beide gaf ons een voorbeeld van een casus waarin tegenstrijdige informatie van een gezin had geleid tot een wijziging van de diagnose of de behandelrecommendatie.

We stuitten op een vergelijkbaar probleem toen we verzochten om gehoord te worden door de commissie van de Nederlandse Gezondheidsraad. Onze schriftelijke inzendingen werden bevestigd, maar ons verzoek om een gesprek werd afgewezen. Ons werd verteld dat de opvattingen van ouders al via Transvisie vertegenwoordigd werden. Wij vragen de commissie om rechtstreeks te luisteren naar gezinnen wier ervaringen en opvattingen verschillen van die welke door Transvisie worden vertegenwoordigd. En we vragen de klinieken om antwoord te geven op de vraag die aan de basis van dit rapport ligt. Wanneer ouders informatie aandragen die strijdig is met het verhaal van een patiënt, hoe wegen behandelaars die informatie dan mee, en hoe leggen zij de beslissing die zij nemen uit?



Genspect

binnenkort:

Lek #3 **Institutionele kaping**

Hoe de Nederlandse genderspecialisten de hele wereld voor de gek hielden

Er is geen bewijs, dat is er nooit geweest