

GEZONDHEIDSZORG

‘Wankele basis voor genderzorg kind’

Britse wetenschappers keken naar de literatuur waarop de genderzorg voor kinderen is gebaseerd. Zij leveren forse kritiek.

Door onze redacteur
Niki Korteweg

AMSTERDAM. De meeste wetenschappelijke studies waarop de behandelingen van kinderen en jongeren met genderdysforie zijn gebaseerd, zijn van lage kwaliteit. Daardoor vormen ze geen betrouwbare basis om klinische beslissingen over behandeling op te baseren. Dat is de conclusie van een lijvig rapport dat woensdag in het Verenigd Koninkrijk is gepubliceerd. Het is het definitieve verslag van een onafhankelijk onderzoek dat onder leiding van de Britse kinderarts Hilary Cass is uitgevoerd op verzoek van de gezondheidszorgorganisatie NHS England. De acht systematische wetenschappelijke analyses die de conclusies onderbouwen zijn op dezelfde dag gepubliceerd in het wetenschappelijke tijdschrift *Archives of Disease in Childhood*.

Mensen met genderdysforie hebben een sterk gevoel van onvrede met het geboortegeslacht. In het rapport doet Cass aanbevelingen voor verbetering van de Britse genderzorg. Toen haar onderzoek begon speelde een rechtszaak die een 25-jarige spijtpotant had aangespannen tegen de Britse genderkliniek Tavistock. Deze kliniek werd vorige maand gesloten.

Onder Cass' leiding bekeken wetenschappers van de universiteit van York systematisch alle beschikbare wetenschappelijke literatuur over zes aspecten van het genderzorgtraject. Daarnaast namen ze de kwaliteit van 23 klinische behandelrichtlijnen voor kinderen met genderdysforie uit allerlei landen onder de loep. De meeste bleken niet gebaseerd op onafhankelijk wetenschappelijk bewijs.

In een van de studies analyseerden de Britse onderzoekers tientallen onderzoeken naar de eerste mogelijke medische behandeling in het traject:



The Tavistock Centre in Noord-Londen, een nu gesloten kliniek waar genderbehandelingen werden gegeven.

puberteitsremmers. Van de vijftig studies hierover was er maar één van hoge kwaliteit; een Nederlandse studie uit 2020. Een wankele basis voor vroege puberteitsremming, concludeert het rapport. Met bovendien zwak bewijs voor de impact van de behandeling op genderdysforie en de mentale gezondheid. En ook het effect van puberteitsremmers op de cognitieve ontwikkeling blijft onbekend.

Die conclusie levert een gevoelige slag aan de wetenschappelijke basis onder de zogeheten *Dutch Approach*, een behandelingstraject dat in de ja-

ren 1990 in Amsterdam is ontwikkeld en waar de transgenderzorg internationaal vaak op is gebaseerd. Een kernpunt daarin is juist de mogelijkheid om puberteitsremmers in te zetten voordat de puberteit intreedt. Kinderen bij wie na een uitvoerig psychologisch of psychiatrisch traject genderdysforie is vastgesteld, kunnen die vanaf 11-jarige leeftijd krijgen. Ze remmen de aanmaak van geslachtshormonen. Als de behandeling stopt, gaat de puberteitsontwikkeling weer door. Wie wel door wil gaan met de transitie, kan vanaf 15 jaar verman-

nelijkende of vervrouweljkende hormonen krijgen en vanaf 18 jaar genderbevestigende operaties.

Deze benadering wordt wereldwijd toegepast, maar ligt de laatste jaren onder vuur, uit angst om jongeren te snel een bepaalde kant op te duwen, en voor onbekende langetermijneffecten. In verschillende landen, waaronder het VK en Zweden, kunnen kinderen onder 16 jaar geen puberteitsremmers meer krijgen.

Ook voor de volgende medische stap in het traject, behandeling met vermanneljkende of vervrouwelij-

kende hormonen bij mensen jonger dan 18 jaar, zijn te weinig gegevens over de effecten op lange termijn, concludeert het rapport. Ook hier was van de 53 onderzoeken er slechts één van hoge kwaliteit. Met name ontbreken gegevens over de recent sterk toegenomen groep als meisje geboren kinderen die in transitie willen. Zij hebben vaak bijkomende problemen zoals mishandeling, autisme of psychische aandoeningen.

Het rapport concludeert dat „voor de meeste jongeren een medisch traject niet de beste manier is om hun gendergerelateerde problemen aan te pakken”. Jongeren voor wie dit wel zo is, zouden geen behandeling moeten krijgen zonder ook bredere problemen

De Nederlandse benadering uit de jaren 90 was aanvankelijk omstreden

op het gebied van geestelijke gezondheid of psychosociale uitdagingen aan te pakken. In Nederland gebeurt dit, maar in het buitenland wordt het zorgvuldige protocol van de *Dutch Approach* niet altijd aangehouden.

Experts van de genderpoli in het Amsterdam UMC waren woensdagmiddag niet in de gelegenheid te reageren. „Uiteraard zullen wij de Cass-review aandachtig lezen, waarbij we aandacht zullen besteden aan de duidelijke overeenkomsten en verschillen tussen de Britse en Nederlandse gezondheidszorg”, laat een woordvoerder weten.

Op hun website erkent het genderteam dat naar langetermijnuitkomsten meer onderzoek moet worden gedaan. „Een beperking van veel studies is het ontbreken van een onbehandelde controlegroep. Dubbelblinde gerandomiseerde placebo-gecontroleerde onderzoeken worden vanuit ethisch oogpunt niet haalbaar geacht.” Inmiddels zijn grootschalige internationale studies gestart waarin mensen die op de wachtlijst staan als controlegroep dienen.