



We zijn geroepen tot verantwoorde zorg én een bijdrage aan het maatschappelijk debat



De medische wetenschap en gezondheidszorg bevinden zich niet in een vacuüm. Hulpvragen weerspiegelen iets van de tijd waarin we leven. In 1996 publiceerde het Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut een rapport over transseksualiteit. Startpunt was de vraag van een predikant die werd geconfronteerd met de problematiek van transseksualiteit. In zijn zoektocht naar hulp hierbij kwam hij terecht bij het Lindeboom Instituut. Bijna dertig jaar later is het niet meer een enkele predikant die zich meldt. Als ouder van een tiener zit je daar verbijsterd. Aan de andere kant van de keukentafel heeft je kind zojuist verklaard: "Ik ben non-binair" of "dit lichaam is niet wie ik ben." Hoe reageer je? Of misschien heeft een vriend aan je tiener verteld dat hij trans is. Uw kind vraagt u hoe te reageren. U weet het niet.

Het woord transseksualiteit is naar de achtergrond geschoven en vervangen door het woord transgender. Ook is er steeds meer zichtbare discussie. Daarbij gaat het niet enkel om de vraag of genderdysforie een aandoening is die wel of niet in de DSM-V (het handboek psychiatrie) thuishoort. Dat is een medisch-wetenschappelijke discussie die zeker van belang is om te voeren, maar dat is slechts een deel van het geheel. We zien ook discussies over sport, toiletten en kleedkamers. Die raken niet enkel transgender personen. Wanneer genderneutraliteit in regels, beleid en wetgeving wordt doorgevoerd, raakt het ons allemaal.

Cass rapport

Een belangrijke recente ontwikkeling is de verschijning van het rapport van de prominente Britse kinderarts Hilary Cass

over de behandeling van jongeren met genderdysforie.¹ Na publicatie is het Verenigd Koninkrijk per direct gestopt met de gangbare transgenderzorg aan jongeren. Cass concludeert dat er jarenlang puberteitsremmers verstrekt zijn aan tieners, terwijl er onvoldoende medisch bewijs is dat deze medicatie echt veilig is. Puberteitsremmers zetten de normale puberteitsontwikkeling stil. Volgens Cass zijn er potentieel 'levensveranderende behandelingen' gegeven, zonder dat bekend is wat er gebeurt in de volwassenheid. Puberteitsremmers mogen nu nog slechts in zeer selecte gevallen verstrekt worden waarbij de jongere deelneemt aan wetenschappelijk onderzoek. De Europese vereniging voor kinder- en jeugdpsychiatrie (Escap) stelde in een reactie dat het principe dat een patiënt geen schade moet worden toegebracht centraal moet centraal staan in de zorg voor transjongeren.²

Ethische vragen

Transgenderzorg met puberteitsremmers, hormonen en operaties is vanaf het begin ethisch omstreden geweest. Terwijl ons land in de jaren negentig startte met puberteitsremmers bij jongeren, durfde men nergens anders ter wereld zo'n behandeling aan. Medisch ethica Heleen Dupuis zei daarover in het NOS-journaal (8 januari 1999) dat dit 'volstrekt terecht is, omdat er veel twijfel over de diagnose is, maar ook over de effecten van de behandeling'. Bij zo'n tachtig procent van de

1 <https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>

2 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38678135/>

▼
jonge kinderen verdwijnt het hevige onbehagen als ze ouder worden en in de puberteit komen.³ De behandeling van genderdysforie brengt tal van ethische dilemma's mee. Nu de oorzaak van genderdysforie nog zo onduidelijk is, wat is dan de beste behandeling? Is een onomkeerbare behandeling dan verantwoord? Helemaal zolang de gevolgen van behandeling op de lange termijn niet bekend zijn? Kunnen jongeren beslissen over deze ingrijpende behandelingen? Daarnaast is ook een belangrijke vraag hoe om te gaan met verlies van vruchtbaarheid en volwaardige seksualiteit. Jongens kunnen voorafgaand aan de behandeling met oestrogenen hun zaadcellen laten invriezen. Meisjes zouden eicellen kunnen laten opslaan. Maar dat betekent dat je moet masturberen of hormonaal gestimuleerd moet worden om eicellen te laten ontwikkelen. Op die manier blijft er een kans om later biologisch eigen kinderen te krijgen, met hulp van ivf. Maar weinig jongeren maken gebruik van de mogelijkheid om geslachtscellen op te laten slaan. Een antwoord op de vraag of een jongere dit alles overziet, is niet eenvoudig. Ze zijn levenslang afhankelijk van medische therapie.

Stijging

Terwijl vroeger vooral jonge jongens kampten met genderdysforie, melden zich nu toenemend pubermeisjes voor transgenderzorg. Deze trend is breder zichtbaar in westerse landen. De Finse hoofdpsychiater op de afdeling jeugdpsychiatrie van het Finse Universitair Ziekenhuis van Tampere, Riittakerttu Kaltiala, zegt over haar patiënten: 'Waren het eerst kinderen met een duidelijk aanwijsbare geschiedenis van problemen met het eigen geslacht, nu is dat niet meer zo. Ze hebben depressie en angst, eetstoornissen, houden zich bezig met zelfbeschadiging, enkelen hadden psychotische episodes doorgemaakt. Velen zaten in het autismespectrum'.⁴ De nationale medische instantie van Finland, COHERE, erkent dat bewijs ontbreekt voor behandeling in de puberteit en concludeert dat geslachtsverandering moet worden uitgesteld tot de volwassenheid.⁵

Fuik

In Nederland ontbreekt een antwoord op de stijging van de transgenderzorg en de grote toename van adolescente meisjes. Nederlandse onderzoekers stellen dat een gebrek aan maatschappelijke acceptatie (minderheidsstress genoemd) de groeiende vraag naar specialistische (dat is medische) transgenderzorg veroorzaakt.⁶ Ze zien een fuik waardoor een maatschappelijk probleem wordt gemedicaliseerd met een medische behandeling als eindresultaat. Zij vinden dat trans personen op meer plekken terecht moeten kunnen, bij de huisarts of reguliere psycholoog. Lang niet alle trans personen hebben behoefte aan hormonen of operaties, maar bijvoorbeeld alleenaan mentale of praktische ondersteuning.⁷

Zeker gezien de genoemde ontwikkelingen in het Verenigd Koninkrijk en Finland, is internationale kennisuitwisseling cruciaal. Dat kan ook Nederlandse onderzoekers en hulpverleners verder helpen.

Activisme

Veranderingen in zorgvraag zijn samen opgegaan met een activistische beweging die verklaarde dat gendertransitie niet alleen een medische ingreep is, maar een mensenrecht.⁸ Deze opvatting kreeg steeds meer bekendheid, mede onder invloed van (sociale) media, maar ook door nadrukkelijk aanwezige transgendervlaggen, regenboogpaden en Paarse Vrijdag. Daarbij heeft een onjuist idee postgevat dat we onszelf kunnen bevrijden van de verschillen die geworteld zijn in de lichamen van mannen en vrouwen. Dit leidt tot de verspreiding van het idee dat gender een puur cultureel determinisme is dat losstaat van elke biologische basis. Je kiest zelf je gender, ongeacht je geslacht. Deze ideeën sijpelen door en bereiken ook kinderen. In het NTR-programma 'Gewoon bloed' waar de vijf blote lichamen van transgenders in beeld komen, zegt de presentator tegen basisschoolleerlingen dat tussen man en vrouw 'nog ontzettend veel zit'. 'Het is niet persé man of vrouw, we zitten allemaal gewoon overal'.⁹ Rutgers gebruikt in haar voorlichting aan basisschoolkinderen de genderkoek van Sam Killerman, een activist en comedian. Het lijkt op een zelfgebakken koekje, een poppetje waaraan je niet kunt zien of het een mannetje of een vrouwtje is. 'Het is niet binair. Het is niet of/of. Soms zelfs en/en. Een beetje dit, een beetje dat.'¹⁰

Zelfidentificatie

De overtuiging dat je zelf je gender kiest, ongeacht hoe je lichaam eruitziet, vindt zijn weerslag in de voorgenomen Transgenderwet die tot nu toe steeds doorgeschoven is in de Tweede Kamer. Deze moet het eenvoudiger maken om juridisch van geslacht te veranderen. Een lichaamsveranderende operatie is hiervoor sinds 2014 al niet meer nodig, nieuw is dat een arts of psycholoog niet langer een diagnose hoeft te stellen van genderdysforie. Het woord hiervoor is zelfidentificatie. Hier zijn we bij de kern van het probleem. Als genderidentiteit, gebaseerd op gevoel, voorrang krijgt boven biologisch geslacht, creëert dat een nieuwe werkelijkheid die grote gevolgen kan hebben. Zelfidentificatie is niet het resultaat van nieuwe medisch-wetenschappelijke inzichten, maar een persoonlijke en politieke keuze. Dit vraagt om tegenwicht vanwege vergaande gevolgen. Geslacht is een belangrijk en positief ordeningsprincipe en doet ertoe in veel van onze onderlinge verhoudingen. We zijn geroepen tot een zorgvuldige omgang met onze naaste met genderdysforie én om een wezenlijke bijdrage te leveren in dit debat.

Dit artikel is geschreven door Elise van Hoek-Burgerhart. Zij is Manager Onderzoek en Beleid bij NPV.

3 <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/genderdysforie-bij-kinderen-gaat-meestal-over>

4 <https://www.thefp.com/p/gender-affirming-care-dangerous-finland-doctor>

5 https://segm.org/sites/default/files/Finnish_Guidelines_2020_Minors_Unofficial%20Translation.pdf

6 <https://mijngenderwienzorg.nl/nederland>

7 <https://www.nrc.nl/nieuws/2023/05/10/trans-persoon-heeft-niet-altijd-behoefte-aan-hormonen-of-operaties-maar-wel-aan-praktische-of-mentale-ondersteuning-a4164357>

8 <https://www.amnesty.nl/wat-we-doen/gender-en-mensenrechten/wat-is-gender>

9 <https://npo.nl/start/serie/gewoon-bloed/seizoen-1/transgender/afspelen>

10 <https://seksuelevorming.nl/onderwerpen/week-van-de-lentekriebels/thema-week-van-de-lentekriebels-2021-seksuele-en-genderdiversiteit/>

Inleiding Medische Ethiek

Ben jij student geneeskunde, gezondheidswetenschappen, biomedische wetenschappen, of gewoon altijd al geïnteresseerd geweest in Medische Ethiek?

Dan is Inleiding Medische Ethiek misschien iets voor jou: in zes colleges gaan we in op het ontstaan van de medische ethiek als discipline, maak je kennis met medisch ethische basisprincipes, maar gaan we ook de diepte in, door na te denken over medische ethiek vanuit een christelijke levensbeschouwing. Enkele toegepaste thema's die aan de orde komen zijn het staken van de behandeling, mensverbetering en moreel beraad.

Onderwerpen die aan bod komen zijn:

- inleiding tot de ethiek van de zorg, christelijke medische ethiek in historisch perspectief
- menselijke waardigheid en waardig sterven
- de rol van empirische kennis in de ethiek
- rechtvaardigheidsvraagstukken en keuzes in de zorg
- moreel beraad
- vraagstukken rondom genderdysforie
- de gezondheidszorg als normatieve praktijk
- mensverbetering / human enhancement.



Lees meer over dit vak op www.tuu.nl/keuzevakken-overzicht.

Arwin Quaak stagiair-onderzoeker Advance Care Planning

Eerder heeft u in dit blad al kunnen lezen over *advance care planning* (ACP). Het belangrijkste in ACP zijn gesprekken over de doelen en wensen van patiënten voor hun resterende levensfase. In het Nederlands wordt dit wel 'proactieve zorgplanning' of 'vroegtijdige zorgplanning' genoemd. Gebaseerd op deze gesprekken kunnen afspraken gemaakt worden over de zorg die een patiënt krijgt op weg naar en rondom het levenseinde. Idealiter worden dergelijke gesprekken al ver voor het levenseinde gevoerd.

De rol van zorgprofessionals in ACP wordt steeds duidelijker, omdat daar veel onderzoek naar gedaan wordt en protocollen voor zijn opgesteld. Er is echter nog een belangrijke groep betrokken bij (thuis)hulp aan kwetsbaren: vrijwilligers. De rol van deze groep in ACP is nog nauwelijks onder de aandacht geweest. Daarom wordt hier sinds februari onderzoek naar gedaan vanuit het Lindeboom Instituut.

Mijn naam is Arwin Quaak en ik voer dit onderzoek uit onder begeleiding van prof. dr. Stef Groenewoud. Dit is in het kader van mijn onderzoeksstage voor de master *Management, policy analysis and entrepreneurship in health and life sciences* (VU Amsterdam). Tijdens mijn bachelor Biomedische Wetenschappen in Leiden lag de focus op kwantitatieve onderzoeksmethoden, terwijl ik tijdens mijn master kennis heb gemaakt met het doen van kwalitatief onderzoek. De kennis die ik tijdens beide studies heb opgedaan, kan ik in de praktijk brengen bij het Lindeboom Instituut.

Er is inmiddels een vragenlijst opgesteld en verspreid onder vrijwilligerscoördinatoren die aangesloten zijn bij de Nederlandse Patiëntenvereniging (NPV) en er is een groepsgesprek



gehouden met deelnemers uit dezelfde doelgroep. Met de resultaten hopen we te kunnen verhelderen of vrijwilligers een rol spelen in ACP, of dat wenselijk is en of vrijwilligers daarbij ondersteuning kunnen gebruiken. Op het moment van schrijven moeten de resultaten nog geanalyseerd worden. Het is de bedoeling om eind juni te rapporteren over de uitkomsten van het onderzoek, waarmee ik een inhoudelijke bijdrage hoop te leveren aan de kwaliteit van zorg rondom het levenseinde.

Twee nieuwe onderzoekers bij het Lindeboom Instituut



Helene Timmers

Na een eerdere studie theologie in Groningen heb ik vorig jaar de master Geestelijke Verzorging in Nijmegen afgerond.

Voor mijn masterscriptie heb ik onderzocht hoe de commissies, die meldingen van euthanasie toetsen, oordelen over euthanasie bij vergevorderde dementie. Ik woon met man en twee katten in het centrum van Utrecht.

Naast het onderzoek voor

het Lindeboom Instituut werk ik bij de provincie Utrecht. Daar zorg ik ervoor dat alle online informatie toegankelijk is voor mensen met een beperking.

Wim Graafland

Ik ben 69 jaar oud en woon met mijn vrouw Sandra in Woerden. Wij zijn in het gelukkige bezit van 4 zonen, met aanhang, en 11 kleinkinderen. Mijn vrouw en ik zijn lid van de PKN te Woerden. Ik heb in Woerden zowel een huisartsenpraktijk als een psychotherapiepraktijk gehad. Sinds enkele jaren ben ik verbonden aan de PThU te Groningen in het kader van een promotie-onderzoek dat gaat over de 'pastor en euthanasie'. Ik hoop dat dit jaar af te ronden.



Wat doen we aan het Lindeboom Instituut?

We onderzoeken onder leiding van Stef Groenewoud in hoeverre predikanten en geestelijk verzorgers een rol kunnen en willen spelen bij de planning van de zorg in de laatste levensfase. 'Advance Care Planning' (ACP) of in goed Nederlands Proactieve Zorgplanning. Dit is een werkwijze waarbij patiënten vroegtijdig met hun behandelaar hun wensen, doelen en voorkeuren voor de resterende levensfase bespreken en vastleggen. Het doel ervan is dat de zorg die zij ontvangen beter aansluit op hun wensen.

We denken dat deze werkwijze een goede aanvulling kan zijn in het pastoraat bij kwetsbare mensen en bij het (naderende) levenseinde. Op dit moment zetten we vragenlijsten uit bij predikanten en geestelijk verzorgers om te onderzoeken of zij hier ook een rol voor zichzelf zien en wat voor ondersteuning ze daarbij zouden kunnen gebruiken. In de tweede fase van het project zullen we ondersteunend materiaal ontwikkelen.

Over het Lindeboom Instituut

Het Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut is een wetenschappelijk onderzoeksinstituut op het gebied van ethiek van de gezondheidszorg. We onderhouden een leerstoel (aan de Theologische Universiteit Utrecht), verrichten wetenschappelijk onderzoek, publiceren boeken, rapporten en bijdragen aan dag- en weekbladen, dragen bij aan het maatschappelijk debat en vertalen onze inzichten naar zorgbeleid en zorgpraktijk. Het Lindeboom Instituut werkt vanuit een christelijke levensbeschouwing en wordt ondersteund door een consortium bestaande uit De Christelijke Zorgverzekeraar, CuraMare, Lelie zorggroep, De Nederlandse Patiënten Vereniging, De Reformatorisch Maatschappelijke Unie, De Theologische Universiteit Utrecht en de VBOK.

Adres Plompetorengracht 1 | 3512 CA Utrecht
T 033 - 43 28 288
E info@lindeboominstituut.nl
W www.lindeboominstituut.nl
Facebook [lindeboominstituut](https://www.facebook.com/lindeboominstituut)
X @LindeboomInst

Giften zijn welkom op NL47 INGB 0003 8057 45 t.n.v. Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut in Utrecht.

Colofon

Redactie: Tabitha Moes MA

Lay-out en druk: Drukkerij AMV - Buijten en Schipperheijn, Lunteren

Lindeblad is een uitgave van
het Lindeboom Instituut.
ISSN 1871-9775



Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut