



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Kinderen met een andere seksuele ontwikkeling

Hendriks, A.C.

Citation

Hendriks, A. C. (2016). Kinderen met een andere seksuele ontwikkeling. *Tijdschrift Voor Familie- En Jeugdrecht*, 2016(9), 187-189. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/43402>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/43402>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Kinderen met een andere seksuele ontwikkeling

FJR 2016/46

J. Garland, *On Science, Law, and Medicine. The case of gender-“normalizing” interventions on children who are diagnosed as different in sex development*, Uppsala Universitet (Zweden): Uppsala 2016 (664 p., diss. Uppsala, promotores: Elisabeth Rynning & Anna Singer).

Niet alle mensen voelen zich tevreden over hun eigen geslacht. Die onvrede kan leiden tot somberheid, isolement of de wens om een geslachtsveranderende behandeling te ondergaan. Alvorens tot behandeling kan worden overgegaan dient diagnostisch te worden vastgesteld of sprake is van – wat thans veelal heet – genderdysforie en/of andere gendergerelateerde problemen. Dat vraagt om gespecialiseerde professionals. Afhankelijk van de uiteindelijke diagnose kan de behandelaar dan adviseren over het omgaan met het genderprobleem, te verwijzen voor psychologische behandeling of begeleiding en of de betrokkene eventueel in aanmerking komt voor een geslachtsveranderende medische behandeling. Het spreekt voor zich dat dit geen eenvoudige beslissingen zijn, ook omdat die voor de betrokkene en zijn of haar omgeving vergaande consequenties hebben. Genderdysforie en andere aan seksualiteit verbonden identiteitsproblemen komen ook voor bij kinderen. Zo kunnen kinderen worden geboren met een ‘afwijkend’ geslachtsorgaan, waardoor het in eerste instantie niet duidelijk is of het een jongen of een meisje betreft. Maar naast aangeboren afwijkingen in de geslachtsontwikkeling – sinds 2005 ‘Disorders of Sex Development’ (DSD) genoemd – zijn er meer oorzaken voor een ‘verwarrende’ seksuele ontwikkeling bij een kind. En die verwarring bestaat er vaak niet in de laatste plaats bij de ouders. Zo komt het bij 7 tot 10 jarigen veelvuldig voor dat zij zich als kind van het andere geslacht willen kleden. Maar dat zijn veelal tijdelijke fases. Alleen vanwege de tijdelijkheid van sommige gedrags- en uitingsvormen zijn wetenschappers zeer kritisch op het uitvoeren van een geslachtsveranderende behandeling bij kinderen.² Maar soms zijn er gevallen waarin zo’n behandeling noodzakelijk lijkt.

Dat roept de vraag op vanaf welke leeftijd kinderen in aanmerking komen voor een geslachtsveranderende behandeling. En wie mogen daar dan over beslissen? De in Nederland gevolgde handelwijze (‘Dutch Protocol’) is daarvoor als volgt.³ Tot het twaalfde levensjaar wordt er niet behandeld,

ook al zouden de ouders dat als vertegenwoordigers wensen. Als er vanuit de diagnostiek na het 12^e jaar bij het kind naar voren komt dat er nog steeds een sterke wens bestaat voor geslachtsaanpassing, dan bestaat de mogelijkheid te starten met puberteitsremmende hormonen. Een arts moet dat geïndiceerd vinden. Kind en ouders moeten daar allen mee instemmen. Dit is overigens geen echte behandeling, maar primair om te voorkomen dat het kind zich verder ontwikkelt naar het ongewenste geslacht. Het kind heeft dan tijd om voor zichzelf verder te onderzoeken of het een geslachtsveranderende operatie wenst, zonder dat het voor een voldongen feit komt te staan. Vanaf 16 jaar (en in uitzonderlijke gevallen vanaf 15 jaar) kan er worden begonnen met ‘cross-sex’ hormoonbehandeling. Deze behandeling bestaat uit het toedienen van hormonen van het ervaren geslacht. Een jongen die vrouw wil worden ontwikkelt dan borsten en een meer vrouwelijke lichaamsvorm. Een meisje dat jongen wil worden krijgt dan gelaatsbehaar, een lagere stem en relatief grove gelaatstreken. Voor deze hormoonbehandeling met deels onomkeerbare gevolgen volstaat de toestemming van het kind, al vinden behandelteams het zeer wenselijk dat de ouders daar ook mee kunnen instemmen. Vanaf het 18^e levensjaar kan dan worden begonnen met een geslachtsveranderende operatie. Dat is een besluit waarover uitsluitend het kind, dan de minderjarige, zelf beslist.

Niet toevallig volgt dit behandelplan de leeftijdsgrenzen van de regeling inzake de geneeskundige behandeling in het Burgerlijk Wetboek, kortweg WGBO genoemd. Voor een geneeskundige behandeling tot 12 jaar beslissen uitsluitend de ouders, tussen de 12 en 16 jaar is dubbele toestemming nodig (ouders en kind) en vanaf 16 beslist het kind alleen, gesteld dat kinderen in staat zijn tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake.

Maar hoe is een en ander nu internationaal geregeld? Daarover handelt het proefschrift waarop Jameson Garland op 26 mei jl. in Uppsala promoveerde. Zelf fungeerde ik daarbij als lid van de oppositiecommissie, zonder de promovendus te kennen laat staan anderszins belang te hebben bij de promotie. Hopelijk staat het me aldus vrij, zijn werk in dit blad te recenseren, bovenal omdat ik niet eerder een dusdanig grondige studie over de rechten van kinderen met een – aldus Garland – ‘andere seksuele ontwikkeling’ heb gezien.

Twee dingen vallen direct op: de enorme omvang van het boek, ruim 600 pagina’s, en de sterke persoonlijke mening. Uit de introductie (hoofdstuk 1) van dit boek blijkt onmiddellijk dat we hier te maken hebben met een onderzoeker met een missie: hij acht het uitvoeren van operaties bij kinderen met een atypische seksualiteit ontoelaatbaar. Hij gebruikt in dit opzicht krachttermen als ‘het opdringen van een bepaald geslacht’ en ‘een op normalisatie gerichte behandeling’. Dat verbaast, omdat het goed denkbaar is dat het uitvoeren van een geslachtsveranderende behandeling op jonge leeftijd veel leed kan besparen. Zo is het bekend dat ‘transkinderen’ veel worden gepest en ook anderszins geïsoleerd dreigen te worden. Sterker, het aantal zelfmoor-

¹ Prof. mr. A.C. Hendriks is hoogleraar gezondheidsrecht, verbonden aan de Faculteit Rechtsgeleerdheid van de Universiteit Leiden (a.c.hendriks@law.leidenuniv.nl).

² Th.D. Steensma, *From Gender Variance to Gender Dysphoria: Psychosexual development of gender atypical children and adolescents* (diss. VU Amsterdam), VU: Amsterdam 2013.

³ Henriette A Delemarre-van de Waal & Peggy T Cohen-Kettenis, ‘Clinical management of gender identity disorder in adolescents: a protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects’, *European Journal of Endocrinology* 2006; 155: S131-S137.

den onder kinderen van deze groep is substantieel hoger dan onder andere kinderen. Biedt een operatie op jonge leeftijd dan geen uitkomst? Maar Garland wil van het opereren bij kinderen niets weten. Over het waarom handelt de rest van zijn boek.

Garland begint, in hoofdstuk 2, met een historische terugblik. Uit de geschiedenis blijkt namelijk dat personen die niet voldeden aan bepaalde sekse-gerelateerde ideaalbeelden al snel in de belangstelling stonden. Een en ander kwam in een stroomversnelling door de studie *Systema Naturae* (1735) van de Zweed Linnaeus. Deze ook in Nederland bekende botanist en arts introduceerde een belangrijke taxonomie op grond waarvan levende wezens werden ingedeeld als mannelijk en vrouwelijk. Meer modaliteiten bestaan er niet, aldus Linnaeus. Dit gedachtegoed heeft ook zijn stempel gezet op de geneeskunde en het recht. Ook daar wordt (slechts) uitgegaan van mannen en vrouwen, al is er op gezette tijden discussie over de vraag of er geslachtsloze, asexuele wezens zijn bij wijze van derde categorie. Dominant is sindsdien evenwel de opvatting dat er personen zijn die een gemengde seksualiteit hebben, maar dat er zij uiteindelijk maar één geslacht hebben – het werkelijke geslacht. Dit leidde, vanaf halverwege de 19^e eeuw tot het experimenteel opereren van personen met een gemengd geslacht, toen veelal aangeduid als hermafrodieten. Vanaf het begin van de 20^e eeuw werden dergelijke behandelingen ook uitgevoerd bij kinderen. Eventuele kritiek werd door medici gepareerd door erop te wijzen dat niet was aangetoond dat deze behandelingen schade tot gevolg hadden.

In hoofdstuk 3 kijkt Garland naar het wetenschappelijk bewijs van geslachtsveranderende operaties. Uit de aangehaalde literatuur komt eenduidig naar voren dat er geen bewezen effectiviteit is van geslachtsveranderende operaties bij kinderen op jonge leeftijd. Wel zijn er diverse voorbeelden waar de operaties hebben geleid tot ernstige lichamelijke en psychische schade. Garland is zich bewust van het feit dat het niet mogelijk is, voor zover al ethisch toelaatbaar, om een groep kinderen wel te behandelen en een andere groep niet, en die twee vervolgens te vergelijken. Maar niet voor niets, aldus Garland, zijn er sinds het begin van de 21^e eeuw steeds meer organisaties, wetenschappelijke fora en behandelaars die oproepen tot een moratorium: bij gebrek aan bewezen effectiviteit mogen kinderen geen geslachtsveranderende behandeling ondergaan, aldus de voorstanders van het moratorium.

Garland gaat vervolgens in hoofdstuk 4 nader in op het reguleren van het medisch handelen door de wetgever in verband met seksualiteit. Net als in de rest van het boek, kijkt hij daarbij vooral naar de situatie in Zweden en de VS. In beide landen wordt vanouds onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen. Na de geboorte moeten kinderen wordt geregistreerd als man of vrouw. Wat daaronder wordt verstaan is niet wettelijk gedefinieerd. Kennelijk is dat vanzelfsprekend. In de praktijk wordt het bepalen van het geslacht overgelaten aan het uiterlijk van het kind of zoals de ouders dit percipiëren. Inmiddels is het, vooral in Zweden, makkelijker geworden om juridisch van geslacht te veranderen. En ook zijn er diverse hindernissen weggenomen,

zoals de eis dat de betrokkene steriel is, ongehuwd is dan wel dat hij of zij moet scheiden omdat anders sprake zou zijn van een homohuwelijk. Maar mensen moeten een sekse hebben en houden. Deze tweedeling heeft ook zijn weerslag op de geneeskunst. Beroepsgroepen hebben daar ook standaarden ontwikkeld die kunnen leiden tot geslachtsveranderende operaties. En zeker zolang die behandelingen in de ogen van beleidmakers therapeutisch zijn, worden die ongemoeid gelaten door de wetgever ook al ontbreekt wetenschappelijk bewijs aangaande de effectiviteit. Garland spreekt in dit kader bovenal zijn verbazing en verontwaardiging uit over de verplichting tot één van beide geslachten te behoren. Waarom kan dat niet worden opengelaten? Of is het aan het kind om dat te bepalen? En wat is eigenlijk het belang van het hebben van een biologisch geslacht?

In de volgende drie hoofdstukken, 5-7, verdiept Garland zich in de gezondheidsrechtelijke aspecten van geslachtsveranderende ingrepen. Allereerst gaat Garland, in hoofdstuk 5, in op het uitgangspunt dat behandelingen slechts mogen worden uitgevoerd bij bewezen effectiviteit. Deze eis ligt in Nederland besloten in de professionele standaard en de eis van het goed hulpverlenerschap respectievelijk de eis goede zorg te leveren. In Zweden wordt in dezen gesproken over 'in overeenstemming met wetenschap en beproefde ervaring'; in de VS over de 'standard of care', vergelijkbaar met in Nederland de stand van de wetenschap en praktijk. Ondanks het ontbreken van overtuigend bewijs voor de effectiviteit van geslachtsveranderende behandelingen bij kinderen, hebben medici in Zweden en de VS lange tijd aangenomen dat deze behandelingen toelaatbaar zijn. En in het verlengde daarvan hebben de wetgever en rechter deze ingrepen gesauveerd – tot op de dag van vandaag. Een en ander had onder andere tot gevolg dat kinderen die deze ingrepen ondergingen geen tot moeilijk schadevergoeding konden claimen; de behandeling was immers geïndiceerd en in overeenstemming met de professionele standaard, ook al ontbrak daartoe het noodzakelijke bewijs.

In hoofdstuk 6 stelt Garland dat er bij geslachtsveranderende ingrepen bij kinderen niet is voldaan aan de eis van informed consent. Allereerst is er vaak geen sprake van 'informed', omdat niet bekend is in hoeverre de behandeling effectief is en risico's met zich brengt. Dan kan de patiënt niet goed en volledig worden geïnformeerd. Maar bovenal is er geen sprake van 'consent': het kind kan gelet op zijn leeftijd vaak nog geen toestemming geven voor deze onomkeerbare ingreep en betwijfeld kan worden of ouders, aldus Garland, in de positie verkeren om voor dit soort ingrepen plaatsvervangende toestemming te geven. Zij zijn emotioneel te zeer betrokken. Dit vormt volgens Garland nog een reden waarom dit soort behandelingen niet bij kinderen mogen worden uitgevoerd.

Hoofdstuk 7 handelt over de gezondheidsrechtelijke regels inzake medisch wetenschappelijk onderzoek met en experimenten bij mensen. Nu een geslachtsveranderende behandeling niet beproefd is, is het van belang te kijken of sprake is van een toegestaan experiment. Ook in dit opzicht is bij geslachtsveranderende behandelingen niet voldaan aan de gezondheidsrechtelijke randvoorwaarden. Voor een

experiment is het noodzakelijk dat het met het onderzoek te dienen belang in juiste verhouding staat tot de bezwaren en risico's van de proefpersoon. Daarnaast moet sprake zijn van een juiste methodologie en meer eisen. En aan onderzoek met kinderen worden alleen nog maar strengere eisen gesteld. Aan dit alles is volgens Garland niet voldaan; geslachtsveranderende behandelingen bij kinderen worden zonder noodzakelijke zorgvuldigheidsvoorschriften uitgevoerd.

De laatste twee hoofdstukken (8-9) gaan over de grondrechtelijke implicaties van geslachtsveranderende behandelingen bij kinderen. In hoofdstuk 8 bespreekt Garland het recht op lichamelijke integriteit, dat ook voor kinderen geldt. Analoot aan hoofdstuk 6 stelt Garland dat bij een geslachtsveranderende behandeling niet is voldaan aan de juridische voorwaarden om inbreuk te mogen maken op dit recht. Daarnaast stelt Garland zich op het standpunt dat dit soort ingrepen discriminatoir zijn: deze behandelingen gaan uit van een ideaal beeld van sekse en seksuele voorkeur. Kinderen die niet in dit beeld passen komen in aanmerking voor behandeling.

In het laatste substantiële hoofdstuk, hoofdstuk 9, gaat Garland nader in op het recht op zelfbeschikking van kinderen, waartoe hij in het bijzonder kijkt naar het Verdrag inzake de Rechten van het Kind. Dat kinderen met een andere seksuele ontwikkeling niet voldoen aan de verwachtingen van hun ouders vormt volgens Garland geen rechtvaardiging om inbreuk te maken op hun zelfbeschikkingsrecht. Natuurlijk hebben ouders het ouderlijk gezag, maar dit prevaleert niet automatisch over het zelfbeschikkingsrecht van kinderen. Het VN-Kinderrechtencomité heeft daarom duidelijk aangegeven dat een geslachtsveranderende behandeling bij kinderen slechts onder zeer strenge voorwaarden mag worden uitgevoerd. Ook het VN-Antifoltercomité en andere verdragscomité en mensenrechtelijke hoven achten het uitvoeren van een geslachtsveranderende behandeling bij een kind als regel niet toelaatbaar. Garland spreekt zelfs van een toenemende internationale consensus, als gevolg waarvan ook bepaalde landen zijn overgegaan om het uitvoeren van geslachtsveranderende behandelingen bij kinderen bij wet te verbieden.

Hoofdstuk 10 bevat een slotanalyse en een lijst met aanbevelingen. De laatste laat aan duidelijkheid niets te wensen over. Het uitvoeren van een geslachtsveranderende behandeling bij kinderen is wegens gebrek aan effectiviteit, het ontbreken van rechtsgeldige toestemming, de vergaande inbreuk op de lichamelijke integriteit van het kind en het discriminatoire oogmerk niet toelaatbaar. Overheden moet stappen nemen om te voorkomen dat kinderen aan dergelijke behandelingen worden onderworpen. Slachtoffers van deze ingrepen hebben recht op compensatie. Overheden moeten ook de beroepsgroepen beter opleiden en informeren, anti-discriminatieprogramma's opzetten en het recht van kinderen op een eigen seksuele ontwikkeling erkennen. Ook wijst hij op het belang van informed consent voor geneeskundige behandelingen en de noodzaak om de ouders van kinderen met een andere seksuele ontwikkeling goed te ondersteunen.

Alles bij elkaar hebben we hier te maken met een zeer grondige, zij het ietwat eenzijdige studie. Eenzijdig, omdat Garland de voorstanders van geslachtsveranderende behandelingen nauwelijks een podium biedt, dan wel hun argumenten bij voorbaat tegenspreekt. Dat past binnen de discipline die luistert naar de naam 'critical legal studies', maar getuigt mijns inziens minder van een wetenschappelijke benadering waarbij een onderzoeker alle belangrijke argumenten weergeeft en vervolgens gemotiveerd weergeeft wat zijn persoonlijke voorkeur heeft.

De multidisciplinaire studie van Garland is bijzonder grondig onderbouwd, met vele referenties ter onderbouwing van zijn standpunten. Daarentegen gaat hij af en toe wat kort door de spreekwoordelijke bocht. Het is bijvoorbeeld twijfelachtig of de overheid behandelaars en onderzoekers kan verplichten tot het veranderen van de eigen professionele standaarden, voor zover dat al aan de overheid is. Niettemin, dringt zich de principiële vraag op wanneer de overheid dient in te grijpen indien professionele standaarden strijdig zijn met fundamentele rechten, in dit geval de rechten van het kind.

Gelet op de eerder gegeven beschrijving hoeven we ons in Nederland niet zo druk te maken over een onverenigbaarheid tussen normen en praktijken enerzijds en de fundamentele rechten van het kind anderzijds. Maar waakzaamheid blijft geboden, al is het maar omdat de ontwikkelingen op het gebied van de wetenschap en geneeskunde snel gaan. En kennis nemen hoe dit alles is geregeld in andere landen, die zijn gebonden aan dezelfde rechten van het kind, kan nooit kwaad. Garland maakt dat laatste heel eenvoudig, want zijn boek is uiterst toegankelijk, al had een trefwoordenlijst het geheel nog toegankelijker gemaakt.

