



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Maak richtlijnen lhbtq+-sensitief: ook niet-betrokken artsen moeten genderdysforie geen stoornis noemen

Hendriks, A.C.; Sombroek-van Doorm, M.; Vries, M. de

Citation

Hendriks, A. C., Sombroek-van Doorm, M., & Vries, M. de. (2023). Maak richtlijnen lhbtq+-sensitief: ook niet-betrokken artsen moeten genderdysforie geen stoornis noemen. *Medisch Contact*, 78(37), 34-35. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/3676979>

Version: Publisher's Version

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

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3676979>

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

Ook niet-betrokken artsen moeten genderdysforie geen stoornis noemen

Maak richtlijnen lhbtq+-sensitief

Nu psychiaters excuses hebben gemaakt voor hun discriminerende houding en behandeling van homo's en genderdysfore patiënten in het verleden, is het tijd om in de toekomst te kijken. Daarin passen zorgbreed inclusieve behandelrichtlijnen.



prof. mr. Aart Hendriks
hoogleraar gezondheidsrecht, Universiteit Leiden

prof. mr. dr. Mirjam Sombroek-van Doorn
hoogleraar recht en gezondheid, Universiteit Leiden

prof. dr. Martine de Vries
kinderarts, Willem Alexander Kinderziekenhuis, hoofd sectie Ethiek en Recht van de gezondheidszorg, LUMC

Lange tijd hebben psychiaters een lhbtq+-identiteit aangemerkt als stoornis die een psychiatrische behandeling noodzakelijk maakte. Mensen werden gecategoriseerd als mannelijk óf vrouwelijk en qua voorkeur was er maar één gezonde categorie: die van de heteroseksualiteit.

Dit zorgde ervoor dat iedereen die afweek van deze normen als ziek werd gezien en dus naar de dokter moest om te 'genezen'. Behalve psychische behandelingen ging het ook in sommige

gevallen om al dan niet vrijwillige sterilisatie, mutilerende ingrepen en conversietherapie. Behandeling volgde de classificaties van de Wereldgezondheidsorganisatie. De WHO merkte homoseksualiteit en genderdysforie tot respectievelijk 2013 en 2018 nog (deels) aan als geestesziekten of stoornissen. Dit alles was niet bepaald bevorderlijk voor de acceptatievariatie in gender- en seksuele identiteit en de positie van deze groep personen in de samenleving. Tijdens de voorjaarsvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), eind maart van dit jaar, heeft voorzitter Niels Mulder namens de vereniging zijn excuses aangeboden voor het leed dat psychiaters

mensen met een lhbtqi+-identiteit hebben aangedaan. Wat betekenen deze verontschuldigen voor het toekomstig behandelbeleid van psychiaters en andere artsen?

Ongestraft stoornis noemen?

De NVvP heeft de vroegere behandelnormen dus radicaal afgezworen. Mensen hoeven vanwege een niet-heteroseksuele voorkeur of niet-cisgenderidentiteit geen psychiatrische behandeling meer te ondergaan. Daarin volgt de vereniging trouwens de DSM-5 en ICD-11 waarin genderdysforie al langer niet meer als ziekte wordt gecategoriseerd. Dit betekent niet dat er geen vragen meer rond seksuele voorkeur en genderidentiteit voor de betrokkenen – en hun omgeving – spelen of dat er geen behandelwens meer is. De hulpvragen van mensen met betrekking tot hun gender aan een arts of andere hulpverlener vallen binnen de reikwijdte van het begrip handelingen op het gebied van de geneeskunst, en maken aldus deel uit van een geneeskundige behandelingsovereenkomst in de zin van de WGBO. Zodoende moeten die handelingen ook voldoen aan de professionele standaard, ook al is het wetenschappelijk bewijs met betrekking tot bepaalde behandelingen nog niet helemaal geleverd. In Nederland geldt er aangaande de professionele standaard in ieder geval de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch (2018) en een Kwaliteitsstandaard psychische transgenderzorg (2017). Internationaal is er een Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people (2022), en een specifieke richtlijn over endocriene behandeling (2017). Voor psychiaters, endocrinologen, chirurgen, en andere artsen en behandelaren is er een belangrijke rol weggelegd om mensen met vragen of problemen rond seksuele voorkeur en gender veiligheid te bieden. Patiënten moeten kunnen vertrouwen op de deskundige begeleiding van en behandeling door artsen, zonder te hoeven vrezen voor pogingen van artsen om seksuele of gendervragen te miskennen of overproblematiseren. Zij moeten erop kunnen rekenen dat artsen zorgvuldige adviezen geven, bijvoorbeeld op het gebied van medicatie en behandeling. Ook moeten patiënten in verband met hun seksuele voorkeur of gender bij artsen navraag kunnen doen over risico's en bijwerkingen van medicatie en de gevolgen van een transitiebehandeling voor de vruchtbaarheid en zwangerschap. Het gegeven dat de NVvP met een niet verkeerd te verstane boodschap komt, namelijk dat

genderdysforie geen ziekte is, gecombineerd met het bestaan van meerdere zorgstandaarden, betekent ook iets voor zorgverleners die niet direct betrokken zijn bij de lhbtqi+-zorg. In populair-wetenschappelijke en andere media laten artsen (die niet betrokken zijn bij de lhbtqi+-zorg) zich regelmatig negatief uit over genderdiversiteit en de (medische) behandeling van mensen met genderdysforie. Maar kun je nog zomaar ongestraft stellen dat genderdysforie een stoornis is? Neen. Er zijn meerdere zorgstandaarden van de beroepsgroep van psychiaters, die bij uitstek bevoegd en bekwaam is om hierover te oordelen. Deze beroepsgroep

Een hetero- en cisnormatief perspectief kan leiden tot tot slechtere zorg

heeft zélf excuses gemaakt over eerdere pathologisering. Vanuit dit perspectief moet volgens ons kritisch naar negatieve uitspraken over genderdysforie worden gekeken. Daarbij kan een parallel worden getrokken met de acties die de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ondernam tegen artsen die onjuiste informatie over covid-19 verspreidden. Die artsen weken volgens de IGJ af van de normen en richtlijnen van de beroepsgroep en maakten zich zo schuldig aan klachtwaardig handelen.¹

Herijken richtlijnen

Het benadrukken van de rol van artsen bij het bieden van veiligheid en juiste zorg aan personen met een lhbtqi+-identiteit vraagt feitelijk om het herijken van professionele richtlijnen. Het kan dan ook geen kwaad om na de excuses van de NVvP met een frisse blik naar bestaande richtlijnen te kijken en, uitgaande van toegankelijkheid van de zorg en veiligheid en kwaliteit voor de patiënt, zo nodig nieuwe te formuleren. Daarin zal ook ruimte moeten zijn voor minderjarige patiënten en hun specifieke behoeften en de rechten die zij bezitten op grond van het VN-kinderrechtenverdrag. Een aantal voorbeelden: in de huidige Zorgstandaard Eetstoornissen staat in de paragraaf over risicofactoren niets genoemd over het verhoogde risico binnen de lhbtqi+-gemeenschap op het ontwikkelen van

een eetstoornis. Aandacht voor geaardheid en genderidentiteit in het gesprek zijn essentieel om goed zicht te krijgen op onderliggende factoren. Bij de screening op baarmoederhals- en borstkanker moet er aandacht zijn voor het bereiken van mensen die hun gender hebben laten aanpassen in de basisadministratie. Lesbische, homo- en biseksuele jongeren hebben vaker psychische klachten dan hun heteroseksuele leeftijdgenoten, maar de huidige geestelijke gezondheidszorg is onvoldoende op hun behoeften ingericht. Lhbtqi+-personen stuiten bijvoorbeeld op hulpverleners die zich onvoldoende in hun situatie kunnen inleven. Hierdoor is de drempel om hulp te zoeken hoog. Het herijken van richtlijnen betekent in ieder geval de erkenning dat veel richtlijnen een hetero- en cisnormatief perspectief hebben, wat in sommige omstandigheden leidt tot slechtere zorg voor lhbtqi+-personen.

Het spreekt voor zich dat dergelijke richtlijnen op basis van de actuele stand van de wetenschap en praktijk moeten worden opgesteld. Dat vraagt primair om input van de betrokken artsen en andere behandelaren die zijn betrokken bij de zorg aan mensen met een lhbtqi+-identiteit. En de doelgroep moet tegelijkertijd als geen ander bij het opstellen van de nieuwe professionele richtlijnen worden betrokken. De ervaring van de leden van deze groep, al dan niet via belangenverenigingen, met betrekking tot de toegang tot zorg, de behandelingen, bijwerkingen en vergoedingen van zorg door verzekeraars is onmisbaar en helpt deze richtlijnen effectief en gebruikersvriendelijk te maken. Hierom is het ook goed om deze gesprekken te voeren in aanwezigheid van zorgverzekeraars. Volgens ons sluit dit maximaal aan bij de gedachten achter de excuses van de NVvP: niet alleen een tragische periode afsluiten, maar met positieve energie, en zonder mensen met een lhbtqi+-identiteit langer te isoleren, samen werken aan goede zorg. ●

contact

a.c.hendriks@law.leidenuniv.nl
cc: redactie@medischcontact.nl



→ De voetnoot en meer over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.