

Annelou de Vries (46) is jeugdpsychiater bij het wereldbepaalde genderteam van het VUmc. Door een conflict met de zorgverzekeraars is er nu een patiëntenstop. De wachtlijst groeit.

**'We  
opereren  
niet iedere  
jongen  
die een jurk  
draagt'**



In de wachtkamer van het genderteam van het VUmc leest een mooie, donkere vrouw van in de twintig de *Linda*. De lichamelijke trekken van een man schemeren door in haar gelaatstrekken. Ze bevindt zich hoogstwaarschijnlijk ergens in het proces van geslachtsaanpassing waarmee het Amsterdamse genderteam wereldfaam heeft vergaard.

Was de vrouw na 1 januari 2014 voor het eerst bij het VUmc gekomen, had ze hier niet gezeten. Als gevolg van een conflict met zorgverzekeraars over het budget geldt al bijna vijf maanden een patiëntenstop bij het Kennis- en Zorgcentrum van Genderdysforie. Er mag niemand bij tot er meer geld is toegezegd. Sindsdien klopten al 250 transgenders tevergeefs op de deur.

Eén van de artsen die nauw is betrokken bij de ruzie, is jeugdpsychiater Annelou de Vries. In een bescheiden kamer met uitzicht op de Amstelveenseweg onderzoekt ze bij kinderen en jongvolwassenen genderdysforie: een sterk gevoel van onbehagen over het eigen biologische geslacht.

### Heeft u vandaag contact gehad met genderdysfore pubers?

"Nee, vandaag heb ik geen genderpoli. Ik heb vooral bestuurswerk gedaan. Veel gepraat, ook over de patiëntenstop. Met Wouter Bos. Met Louis Gooren, één van de artsen die het hier in de jaren zeventig voor het eerst aandurfd en genderpatiënten te behandelen met hormonen. Hij is nu met pensioen maar heeft nog allerlei onderzoeksplannen, bijvoorbeeld over het volgen van transgenders op de lange termijn: hoe gaat het met ze als ze veertig, vijftig jaar aan de hormonen zitten? De patiëntenstop baart hem als medeoprichter uiteraard ook enorm zorgen."

### Raakt de voorraad patiënten al opgedroogd?

"Nee. Voor zowel de jeugd als de volwassenen hebben we nog steeds een wachtlijst van vier, vijf maanden."

### Wat nu is de status van de crisis?

"De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), de toezichthouder op de marktwerking in de gezondheidszorg, is in actie gekomen na een

spoeddebat in de Tweede Kamer. Zij praat met de verschillende partijen. Sinds Wouter Bos twee weken geleden bij *Nieuwsuur* is geweest, lijkt er beweging te komen in de onderhandelingen met de verzekeringsmaatschappijen, maar we zijn er nog niet uit."

### Terwijl het niet om veel geld gaat, toch?

"Nee. Een traject van kennismakingsgesprek tot en met geslachtsaanpassende operaties kost gemiddeld twintigduizend tot vijftienduizend euro. Dat lijkt een heel bedrag, maar in vergelijking met een heleboel andere dure medische behandelingen is dat niet eens zo veel. En voor onze patiënten is het een ingreep die de rest van hun leven positief verandert."

### Maar ze zijn niet in levensgevaar. Speelt dat mee?

"Ik kan niet goed peilen waarom verzekeraars dwars liggen over een paar miljoen. Ze schijnen winst te hebben gemaakt het afgelopen jaar."

**Twee jaar geleden is er wel extra geld beschikbaar gemaakt om jullie wachtlijst-**

ADVERTENTIE

**Kasten Deal**  
Hele maand mei 15% korting op een linnenkast!

**Een maand lang voordeel!**  
**15% korting**

Neem deze bon mee naar de winkel en ontvang 15% korting op een complete kast incl. indeling. Kasten worden geleverd en gemonteerd.\*

\* Levering is gratis in Amsterdam en omstreken. Deze actie is niet geldig in combinatie met andere aanbiedingen/acties.

**WULF**  
WONEN

Rozengracht 741/m 78  
Amsterdam 020 6265011  
www.wulfwonen.nl



## tenprobleem op te lossen. Is dat al op?

“Met dat extra budget konden we ons team versterken met meer psychologen, chirurgen en endocrinologen: artsen die, onder andere, zijn gespecialiseerd in hormonen. Daardoor ging het de goede kant op met de wachtlijsten, maar wat we niet konden voorzien, was de enorme stijging in aanmeldingen van de laatste jaren. In 2013 meldden zich bijna vierhonderd volwassenen en tweehonderd kinderen bij ons team. Dit jaar zou dat aantal wellicht nog hoger zijn als we geen stop hadden. Om aan een dergelijke vraag te kunnen voldoen, is structureel meer geld nodig, geen tijdelijke injectie. Als daar eind 2014 geen zicht op is, zullen wellicht mensen uit ons team weg moeten terwijl we nu al bij lange na niet iedereen kunnen helpen.”

## De Nza onderzoekt ook of het VUmc misbruik maakt van een machtspositie. Hoe pareert u dat?

“Dat klopt niet. Natuurlijk hebben wij nooit een ander ziekenhuis belemmerd om genderzorg te starten, nog daargelaten dat zoiets helemaal niet kan. Waarom zouden we dat willen? We hadden al snel wachtlijsten. Denk je dat nou echt dat we blij waren dat we mensen niet konden doorsturen?”

“Het enige andere ziekenhuis dat redelijk snel na ons aan de gang ging met genderzorg was het Universitair Medisch Centrum Groningen. Maar dat bleef een klein team, je kunt er niet terecht voor alle geslachtsoperaties en wetenschappelijk gebeurt er weinig. Dat is een verdedigbare keuze; ziekenhuizen kunnen zich niet overal in specialiseren. Alleen, neem ons dan niet kwalijk dat we alles op alles hebben gezet om zo goed te worden als we nu zijn. Overigens behandelt het Leids Universitair Medisch Centrum tegenwoordig ook jongeren met genderdysforie. Een positieve ontwikkeling.”

## Ondertussen zitten kinderen in angst dat ze de baard in de keel krijgen, borsten ontwikkelen. Die willen puberteitsremmers en hebben de tijd niet aan hun kant. Voelt u geen morele verplichting?

“Jawel. Sinds de patiëntenstop vragen we ons geregeld af of we de meest schrijnende gevallen niet toch kunnen helpen. Daar komen we niet uit. Volwassen transgenders lopen allemaal al jaren met het probleem rond. Als ze zich eindelijk durven melden bij ons is de nood hoog, zonder uitzondering. Voor de adolescenten geldt dat een behoorlijk aantal van hen lichaamsveranderingen zullen doormaken waartegen ze weerstand voelen. Aan de andere kant, we hebben al een poos een wachttijd van acht maanden tot een jaar. Ook zonder stop is tijdig ingrijpen in

### ANNELOU DE VRIES

4 oktober 1967  
Leiden

1975-1981 Morgenster, Alphen aan den Rijn

1981-1987 Stedelijk Gymnasium, Leiden

1987 - 1996 Geneeskunde aan de Vrije Universiteit, Amsterdam

1996-2003 Opleiding psychiatrie aan het UMC, specialisatie kinder- en jeugdpsychiatrie bij de Bascule in Amsterdam

2003-heden Kinder- en jeugdpsychiater VUmc

2010 Promotie op proefschrift *Gender Dysphoria in Adolescents*

De Vries woont in Amsterdam met haar vriendin en hun twee kinderen.



het adolescentieproces niet haalbaar voor alle kinderen. Daarom moeten we de wachtlijsten structureel oplossen. Natuurlijk, puberteitsremming is geen acute hartoperatie. Het is niet zo: vandaag bellen, morgen staan we voor u klaar in de OK. Dat hoeft ook niet. Maar een redelijke termijn moeten we patiënten wel kunnen bieden.”

**Voordat straks een piekje zichtbaar is in het zelfmoordcijfer van 2014.**

“Dat is extreem gesteld, maar geen fictie. Genderdysforie kan leiden tot ernstige depressie, met alle gevolgen van dien. Gevaarlijk is ook dat patiënten zichzelf vast gaan behandelen met hormonen die ze via internet bestellen. Medisch totaal onverantwoord en psychisch mogelijk ook schadelijk. Iedereen kan op zijn klompen aanvoelen dat overhaaste beslissingen geen goed idee zijn in het lichamelijke behandelingstraject van transgenders. Niet voor niets nemen we zo veel tijd om rustig met de patiënten te zitten en in kleine stapjes te bekijken of ze echt hun lichaam willen aanpassen.”

**Hoe verklaart u de enorme patiëntentoeename op uw afdeling?**

“Bij de adolescenten komt het door de goede resultaten met puberteitsremmers die we sinds het begin van de eeuw geven aan kinderen vanaf twaalf. We krijgen ze overtuigender in hun wensgeslacht, fysiek. Transgenderkinderen komen ook beter door de puberteitsjaren heen, doordat ze alvast gaan leven in hun nieuwe rol en ze de gehate geslachtskenmerken niet verder ontwikkelen. Wat de groei bij volwassenen teweegbrengt, begrijpen we niet helemaal. Het meest voor de hand liggend is de groeiende sociale acceptatie van het fenomeen, maar ik heb daar geen wetenschappelijk bewijs voor.”

**Volgens historicus Geertje Mak, verbonden aan de afdeling genderstudies van de Radboud Universiteit, valt het tegen met de sociale acceptatie. Zij zei laatst in NRC dat de ‘medisch psychiatrische machine’ die mensen kan omzetten naar de andere sekse een eenzijdige oplossing is voor wat**

**ook een maatschappelijke ongemakkelijkheid is, namelijk: iemand die niet past in onze rollenpatronen.**

“Ik wil graag bestrijden dat wij aan het behandelen slaan bij iedere jongen die graag een jurk draagt en ieder meisje dat als kind met auto’s speelde. We hebben niet voor niets een diagnostisch traject van jaren. Laat ik het zo zeggen: er is een grote groep mensen die gendergevarieerd gedrag vertoont. Mannelijke vrouwen en vrouwelijke mannen zijn er bovendien in veel soorten en maten. Echter, het grootste deel van hen twijfelt nooit aan hun genderidentiteit. Zij komen niet bij ons.”

“Het idee dat mensen zich hier melden onder maatschappelijke druk is nogal simplistisch. We hebben het hier niet over bevestigingen. Transgenders krijgen vaak te horen dat het waarschijnlijk een fase is of dat ze gewoon af en toe een jurk moeten aantrekken als ze dat zo graag willen. Het zit natuurlijk veel dieper dan die jurk. Als de oplossing van hun probleem zo makkelijk was, hadden ze het echt wel gedaan.”

**Vindt u het wel eens moeilijk om te zien hoe verdrietig mensen worden van hun gezonde lichaam?**

“Ja, vooral bij jongeren. Wat weten twaalfjarige kinderen nou van de wereld? Ze gaan nog zo veel levensbepalends meemaken. Daarom houden we de diagnostische fase zo lang mogelijk open. Permanente lichamelijke veranderingen zijn pas vanaf zestien jaar mogelijk. In de Verenigde Staten bestaan klinieken die al bij een negenjarige beginnen met puberteitsremmers. Ook daarmee zijn wij terughoudender. Het effect van die remmers is misschien lichamenomkeerbaar, maar ze geven psychisch mogelijk wel een duidelijke sturing. We houden daarom de verschillende mogelijkheden zo lang mogelijk open en komen niet meteen met het ingrijpendste medische traject aanzetten. In mijn gesprekken met jongeren breng ik ze ook in contact met minder stereotiepe beelden van mannen en vrouwen dan

de samenleving neigt voor te schotelen.”

**Met als doel: je hoeft je niet per se helemaal te laten ombouwen?**

“Ja. Het is niet zo dat alles wat medisch mogelijk is maar moet gebeuren. We vinden ook geen doekjes om de beperkingen, zodat patiënten goed begrijpen wat kan en wat niet. Baarmoeders en teelballen transplanten gaat niet. We kunnen geen man maken van een vrouw of omgekeerd. We kunnen maken wat erop lijkt. Dat moeten we steeds weer uitleggen, vooral aan adolescenten. Lang voor ze er echt aan toe zijn, moeten we stilstaan bij ingrijpende zaken als vruchtbaarheid en zelf kinderen baren. Geen gemakkelijk proces voor een jong iemand zeker weet dat hij of zij in het verkeerde lichaam is geboren.”

**Zien de hersenen van een kind met genderdysforie er anders uit dan die van een kind dat zich één voelt met zijn of haar geslacht?**

“Ja. Uit MRI-onderzoek onder jongeren blijkt dat bepaalde delen van hun brein er anders uitzien en functioneren als die van het wensgeslacht. Deze hersenonderzoeken ondersteunen wat transgenders voelen: dat genderdysforie iets is waarmee ze zijn geboren en waarin ze geen keuze hebben.”

**Hebben wij allemaal iets van beide seksen in ons?**

“Zeker. Mannen en vrouwen lijken in meer opzichten op elkaar dan ze van elkaar verschillen. We kunnen elkaar prima begrijpen. De huidige tendens is echter om de nadruk te leggen op de verschillen, die er uiteraard ook in grote mate zijn. Volgens mij komt dat voort uit het feit dat vroeger alle mannelijke proefpersonen in aanmerking kwamen voor medisch onderzoek. Vrouwen met hun cyclus waren maar onhandig, dat verstoortte zogenaamd de resultaten.”

“Terecht natuurlijk dat op een goed moment luid en duidelijk is gezegd dat dit alles over één kam scheren echt niet meer kon, gevolgd door een periode waarin de aandacht uitging naar contrasten. Deze verschi-

‘Het is niet zo dat alles wat medisch mogelijk is maar moet gebeuren’





ving is voor de wetenschap van onmisbare waarde geweest, maar ik vind wel dat we nu doorschieten. In de huidige maatschappij zijn we erg bezig met wat typisch mannelijk en vrouwelijk is, maar mannen en vrouwen zijn niet twee verschillende wezens die op twee verschillende planeten wonen.”

“Ik geef ouders het advies kinderen zo lang mogelijk genderneutraal op te voeden, bijvoorbeeld in speelgoed- en kledingkeuze. Dat is tegenwoordig moeilijker dan toen ik jong was. Je kunt niet eens meer een spijkerbroekje vinden dat voor beide geslachten geschikt is. Voor transgenderkinderen maakt dat het leven nog lastiger dan het al is.”

**Als u na veel praten die remmers voorschrijft aan dit soort kinderen, legt u dan ook hun emotionele puberteit stil?**

“Daar hebben we nog niet goed naar gekeken. In mijn promotieonderzoek heb ik psychisch functioneren en kwaliteit van leven onder de loep genomen, gedurende de periode dat ze de remmers krijgen. Dat ging vooral over depressie en angsten. Die namen sterk af. Een jaar na het doorlopen van het traject zijn ze in deze opzichten vergelijkbaar met hun jongvolwassen leeftijdgenoten.”

**Hoe zit het met seks?**

“Jongens en meisjes die puberteitsremmers slikken, bereiken de seksuele mijlpalen later dan hun leeftijdgenoten. Een groot deel zoent en datet wel voor de eerste operatie, maar de inhaalrace begint na de operatie. Dan slikken ze geen remmers meer en is hun geslachtsdeel aangepast. Dat laatste is belangrijk voor ze; alle transmeisjes in mijn promotieonderzoek hadden een vagina-plastiek.”

**En de transjongens een penisplastiek.**

“Faloplastiek. Nee, lang niet alle jongens in mijn onderzoek hadden er eentje.”

**Waarom niet?**

“Dat is moeilijker te maken. Zoals onze chirurg vaak nogal plastisch zegt: iets eraf halen is makkelijker dan iets eraan zetten. Je transplanteert een stuk huid met onderliggend vetweefsel van de onderarm. Dat geeft een aanzienlijk litteken. Met microchirurgie moeten alle zenuwen en bloedvaatjes worden aangesloten. De kans dat het uiteindelijk toch niet lukt om aan de top van de penis te plassen is ook nog best groot. Kortom, het is zeer ingrijpend. Toch willen steeds meer transmannen het. Het is kennelijk belangrijk om iets in de onderbroek te voelen hangen.”

**Kunnen ze een erectie krijgen met een faloplastiek?**

“Nee. Daar is een prothese voor nodig. Ook dat hebben veel transmannen er voor over, ondanks de ingrijpende operatie.”

## Omdat het cruciaal is voor het opbouwen van een relatie?

“Volgens mij valt dat mee. Mannen zonder falloplastiek hebben vaak een vriendin die daar prima mee kan leven. Ik heb een aantal vriendinnen van transmannen gesproken voor mijn promotieonderzoek. Zij zeggen zonder uitzondering vol overtuiging: ‘Voor mij is het een vent.’ Voor hen is de mannelijkheid niet per se verbonden aan het lichaam.”

“Datzelfde geldt trouwens voor de puberteit. We zien jongeren op puberteitsremmers die zich volgens hun ouders enorm puberaal gedragen. Helemaal vrij van geslachtshormonen want die hebben ze niet. Pubergedrag komt dus niet alleen maar voort uit hormonen, het is ook de leeftijd, de omgeving, vrienden. Dat is zo leuk aan dit werk: het is een combinatie van biologie, psychologie en sociologie. Daarbij komt dat we mensen echt iets te bieden hebben, een concrete behandeling die hen van een probleem afhelpt. Als psychiater kom je dat niet vaak tegen.”

## Hoe gendergevarieerd bent u zelf?

“Behoorlijk. Ik ben lesbisch, ik heb een vriendin met wie ik twee kinderen heb en als kind was ik absoluut gender-non-conform, zoals dat heet. Er zijn periodes geweest dat ik een jongetje wilde zijn. Ik speelde ook altijd met jongens: voetballen, hutten bouwen. Mijn poppenwagen was handig voor het vervoeren van bakstenen en zand. Jurkjes heb ik

ook snel aan de kant gegooid. Maar ik heb nooit het gevoel gehad dat ik mijn lichaam wilde aanpassen. Ik heb mijn vrouwelijkheid nooit betwijfeld. Dat is echt een groot verschil met de transgenders die we hier ontvangen.”

## Voelde het vanzelfsprekend dat u deze kant van de psychiatrie opzocht?

“Helemaal niet. Ik vond ziekenhuispsychiatrie wel altijd leuk: werken met zieke kinderen en kinderartsen. In het VUmc hoorde bij deze baan ook het zien van genderjongeren. Daar had ik geen enkele ervaring mee. Voor ik er daadwerkelijk aan begon, vond ik het best raar, misschien ook door mijn eigen geschiedenis. Ik weet nog dat ik dacht: kom op zeg, je kunt toch gewoon een stoer meisje zijn of een meisjesachtige jongen zonder ingewikkelde toeren uit te halen? Dat deed ik vroeger ook. Maar het eerste genderkind dat mijn kamer binnenstapte, overtuigde me volledig van het belang van deze vorm van medische zorg. Het heeft me nooit meer losgelaten.”

## Helpt het u in de uitoefening van uw vak dat u lesbisch bent met een gendergevarieerde jeugdgeschiedenis?

“Ik weet het niet. Misschien heb ik onbewust een bredere blik op het man en het vrouw zijn, dat kan. Maar ik zie heel goede collega's die zich nooit gendergevarieerd hebben gevoeld. Het is geen vereiste. Ik moet ook zeggen dat sommige transkinderen

afkeer hebben van homoseksualiteit. Dat is juist wat ze niet willen. Ze identificeren zich niet met homoseksuelen. Een transjongen wil een echte man worden, geen lesbische vrouw. En transmeisjes die zich van kleins af aan gedroegen als op en top meisje, willen geen gay man als vriend. Zij willen worden veroverd door een macho heteroman.”

## ‘Ik ben er ook om te zoeken naar de mensen die later spijt zullen krijgen,’ zei u eens.

“Ja. Dat is ook een deel van onze precieze diagnostiek. Genderdysforie is zo complex. We moeten goed uitzoeken wat er aan de hand is om zuiver te kunnen oordelen over de wens tot geslachtsaanpassing.”

## Want als de baarmoeder eenmaal is verwijderd, kun je die niet meer terugzetten als iemand zich bedenkt.

“Nee, zeker niet. We zijn beducht voor misstappen. Het is en blijft ingrijpen in wat perfect geschapen lijkt door de natuur. Dat vinden ouders vaak ook het moeilijkst. Soms gaan ze op zoek naar een medische aanwijzing. Ik heb eens ouders gesproken die ervan overtuigd waren dat in hun zoon-tje een baarmoeder verstopt zat. Er zijn ook vaders en moeders die een heel klein pie-meltje als verklaring zien voor diepgewortelde genderdysforie. Zo is het maar heel zelden. Fysiologisch zijn het perfecte jongens en perfecte meisjes. Natuurlijk speelt biologie een grote rol bij iemand die zich niet thuis voelt in zijn of haar geslacht, maar er is geen genderdysforietest. Het zijn uiteindelijk de verhalen van mensen die ons moeten overtuigen.”

## En nu maar hopen dat de verhalen-stroom weer op gang komt binnenkort.

“Het lijkt me logisch dat we uit deze impasse komen. Dat moet ook. Dit centrum heeft enorm veel aanzien, internationaal nog meer dan nationaal. Nergens anders is de behandeling van transgenders zo gecentreerd: chirurgie, psychologie, psychiatrie, endocrinologie, gynaecologie, voor volwassenen en kinderen. We schrijven mee aan internationale richtlijnen, worden overal uitgenodigd om commentaar te geven. En dan krijgen we het hier financieel niet rond? In een land dat zich erop laat voorstaan dat het de rechten van lesbiennes, homo- en biseksuelen en transgenders hoog in het vaandel heeft? Ik ga er maar van uit dat het gezonde verstand aansprijkt bij de mensen die ervoor moeten betalen. Ik reken erop. En nu moet ik naar een vergadering. Nog meer praten over de patiëntenstop.” ■

ADVERTENTIE



bed habits  
AMSTERDAM

designbedden - garderobe-/inloopkasten - slaapbanken - bedtextiel.  
on-line catalogus: [www.bedhabits.nl](http://www.bedhabits.nl)