Gezondheidsraad

Aan 5.1.2e
per e-mail: 5.1.2e

Datum: 1 oktober 2026
Telefoon: 06 5.1.2e
Uw kenmerk: -
E-mail: 5.1.2e @gr.nl
Ons kenmerk: 4491892/4535946 ST/mz Woo
Bijlagen: diversen

Onderwerp: Besluit Woo-verzoek inzake advies *Transgenderzorg voor jongeren* (deel II)

Geachte 5.1.2e ,

Hierbij informeer ik u over het vervolg van uw Woo-verzoek. In uw brief van 23 juli 2026 verzoekt u de Gezondheidsraad, met een beroep op de Wet open overheid (hierna: Woo), om informatie te verstrekken over het advies *Transgenderzorg voor jongeren*, nr. 2026/12 dat op 30 juni 2026 verschenen is.

U verzoekt om (kopieën van) “documenten te verstrekken waarin overleg of communicatie is vastgelegd die geschreven zijn vanaf het moment dat de motie Herzberger (Kamerstuk 31016, nr. 370) is ingediend tot het moment van indiening van dit Woo-verzoek.” Wij concluderen dat het dan gaat om informatie uit de periode 15 februari 2024 (datum motie Herzberger) tot 23 juli 2026.
Verder geeft u aan dat uw verzoek in de ruimste zin van de Woo opgevat dient te worden, “dus fysieke en elektronische documenten, e-mails, app-verkeer, geluids- en video-opnames en elke andere vorm van document die onder de definitie van de Woo valt.” Dit specificeert u in uw verzoek met 9 punten.

Op 3 september 2026 heeft u een eerste deelbesluit ontvangen. Daarin werd ook gemeld dat er meerdere documenten en e-mails waren aangetroffen van derden. Deze derdebelanghebbenden kregen tot 24 september 2026 de gelegenheid hun zienswijze te geven. Nu deze termijn verstreken is ontvangt u hierbij het tweede en tevens laatste besluit.

Besluit
Met dit deelbesluit constateer ik dat er wederom informatie is gevonden die (deels) openbaar gemaakt kan worden. Ik licht mijn besluit hieronder toe.

Wettelijk kader
Het recht op openbaarmaking dient het publieke belang van een goede en democratische bestuursvoering. Het komt iedere burger in gelijke mate toe. Er wordt niet gekeken naar het specifieke belang van de verzoeker.
Openbaarmaking in de zin van de Woo betekent openbaarmaking voor iedereen. In dat licht vindt de afweging dan ook plaats. Hierbij wordt getoetst aan de artikelen 5.1 en 5.2 van de Woo, waarin is aangegeven in welke gevallen openbaarmaking kan of moet worden geweigerd. Voor de relevante bepalingen van de Woo verwijs ik u naar bijlage A.

Inventarisatie van gewenste informatie
Bij de inventarisatie wordt vastgesteld welke documenten onder uw verzoek vallen.
- Documenten: voor deze inventarisatie heb ik de (digitale) map van de commissie betrokken. Geraadpleegde mappen: Advies, Correspondentie, Samenstelling commissie, Vergaderingen, Notitie.
- E-mailberichten: ik heb de e-mailboxen van de wetenschappelijk secretarissen, verantwoordelijk voor de commissie Transgenderzorg voor jongeren, bij de inventarisatie betrokken.

- WhatsApp: er is geen inhoudelijk whatsapp-contact geconstateerd met commissieleden, noch met derden.

Op basis van uw verzoek zijn meerdere e-mails en documenten aangetroffen. Deze zijn opgenomen in de inventarislijst, zie hiertoe bijlage B.

Zienswijzen
Op 7 en 9 september 2026 stuurde de Gezondheidsraad zienswijzeverzoeken naar alle derdebelanghebbenden. Naar aanleiding van de ontvangen reacties worden meerdere e-mails en documenten openbaar gemaakt met dien verstande dat (in)direct identificeerbare persoonsgegevens onleesbaar worden gemaakt om een inbreuk op de persoonlijke levenssfeer te voorkomen (conform artikel 5.1, lid 2e van de Woo). De betreffende documenten die voor zienswijze naar derden werden gestuurd zijn toegevoegd aan de inventarislijst (zie bijlage B) en zijn voor een snelle vindbaarheid geel gearceerd. Enkele van de gevonden documenten bleken reeds openbaar te zijn. Voor de vindplaats ervan verwijs ik u eveneens naar bijlage B.

Toelichting op de overgelegde informatie
Documenten opgesteld voor (commissie) vergaderingen en uitgebreide verslagen ervan worden niet openbaar gemaakt. Dit zijn voor intern beraad bestemde documenten, waarin persoonlijke beleidsopvattingen van commissieleden, wetenschappelijk medewerkers en andere ambtenaren staan. Uit de artikelen 5.1.2i en 5.2 van de Woo volgt dat ik deze niet openbaar hoef te maken. Wil de Gezondheidsraad gedegen en onafhankelijk advies kunnen uitbrengen, dan moet een ongehinderde bijdrage van wetenschappelijk secretarissen en commissieleden in het interne beraad over de voorbereiding van het (concept)advies gewaarborgd zijn. Zij moeten in alle openhartigheid onderling en met het bestuur van de raad kunnen communiceren over wetenschappelijke afwegingen. De samenvattingen van (commissie)verslagen maakt de Gezondheidsraad wel openbaar.
Documenten en e-mails met feitelijke informatie, maar puur van administratieve aard, worden eveneens niet openbaar gemaakt. De informatie hierin is hiervoor niet zinvol. Dergelijke documenten zonder inhoudelijke relevantie liggen immers niet ten grondslag aan de adviezen.

Wijze van openbaarmaking
De openbaar te maken documenten en e-mailberichten worden u tegelijkertijd met dit besluit verstrekt. De nummers van de documenten corresponderen met de nummers in bijlage B.

In het vertrouwen u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd,

met vriendelijke groet,

5.1.2e

dr. S.C. Tromp,
vicevoorzitter

Bezwaar
Indien u het niet eens bent met deze beslissing, dan kunt u binnen zes weken na de datum die bovenaan deze brief staat, een bezwaarschrift sturen. Let op: doe dit op tijd, anders kan uw bezwaar niet worden behandeld. Noem in het bezwaarschrift uw naam en adres, en de datum van deze brief. Geef aan waarom u het niet eens bent met de beslissing. Vergeet niet om uw bezwaarschrift te ondertekenen en van een datum te voorzien. Wilt u zo vriendelijk zijn om een kopie van deze brief mee te sturen met het bezwaarschrift?

Het bezwaarschrift e-mailt u naar: 5.1.2e @gr.nl, bij voorkeur met een ingescande handtekening, onder vermelding van 'bezwaarschrift'.

Indien u niet kunt of wilt e-mailen, kunt u uw bezwaarschrift ook per post versturen naar:
de voorzitter van de Gezondheidsraad
p.a. dr. I.D. de Wolf, algemeen secretaris - directeur
Postbus 16052
2500 BB Den Haag

Indien u het bezwaarschrift per e-mail indient zonder ondertekening, bestaat de mogelijkheid dat u op een later moment verzocht wordt om bewijs te leveren dat u bevoegd bent tot het indienen van het bezwaar.

Gezondheidsraad

Aan de heer [redacted]
per e-mail: [redacted]

Datum:	8 oktober 2026	Uw kenmerk:	-	Ons kenmerk:	4529741/4539882 ST/mz Woo
Telefoon:	06 528 42 809	E-mail:	communicatie@gr.nl	Bijlagen:	-

Onderwerp: Besluit Woo-verzoek over schriftelijke opdracht commissie Transgenderzorg voor jongeren

Geachte [redacted]

In uw bericht van 12 september 2026 verzoekt u op grond van de Wet open overheid (hierna: Woo) om "openbaarmaking van de schriftelijke opdracht die de voorzitter of vicevoorzitter van de Gezondheidsraad heeft verstrekt aan de commissie Transgenderzorg voor jongeren, onder voorzitterschap van prof. O.M. Dekkers, geïnstalleerd op 5 februari 2025."

Uw verzoek omvat in het kort:
1. De schriftelijke opdracht, ongeacht de benaming of vorm, inclusief de begeleidende brief of e-mail en de bijlagen waarnaar de opdracht verwijst.
2. De agenda van de installatievergadering van 5 februari 2025 en de daarbij behorende stukken over de opdracht en afbakening, waaronder het werkplan en een eventuele startnotitie, en een bestaande samenvatting of besluitenlijst, voor zover daarin de opdracht, afbakening of vaststelling van het werkplan is vastgelegd.
3. Latere schriftelijk vastgelegde wijzigingen van de opdracht of afbakening, inclusief eventuele vastgelegde instemming van de voorzitter of vicevoorzitter, tot en met de vaststelling van het advies van 30 juni 2026.
4. Bestaande Woo-verzoeken die deze documenten geheel of gedeeltelijk omvatten, inclusief relevante delen van bredere verzoeken over deze commissie, en de bijbehorende besluiten, inventarislijsten en reeds vrijgegeven documenten voor zover deze betrekking hebben op bovenstaande stukken.

Voor de punten 1 tot en met 3 betreft het de periode van 13 mei 2024 tot en met 30 juni 2026 en punt 4 vanaf 13 mei 2024 tot de datum van ontvangst van uw verzoek.

Hierbij informeer ik u over het besluit.

Besluit
Met dit besluit constateer ik dat er informatie is gevonden die (deels) openbaar gemaakt kan worden. Ik licht mijn besluit hieronder toe.

Wettelijk kader
Het recht op openbaarmaking dient het publieke belang van een goede en democratische bestuursvoering. Het komt iedere burger in gelijke mate toe. Er wordt niet gekeken naar het specifieke belang van de verzoeker.
Openbaarmaking in de zin van de Woo betekent openbaarmaking voor iedereen. In dat licht vindt de afweging dan ook plaats. Hierbij wordt getoetst aan de artikelen 5.1 en 5.2 van de Woo, waarin is aangegeven in welke gevallen openbaarmaking kan of moet worden geweigerd. Voor de relevante bepalingen van de Woo verwijs ik u naar bijlage A.

Inventarisatie van gewenste informatie
Bij de inventarisatie wordt vastgesteld welke documenten onder uw verzoek vallen.

- Documenten: voor deze inventarisatie heb ik de (digitale) map van de commissie betrokken. Geraadpleegde mappen: Advies, Correspondentie, Vergaderingen, Notitie.
- E-mailberichten: ik heb de e-mailboxen van de wetenschappelijk secretarissen, verantwoordelijk voor de commissie Transgenderzorg voor jongeren, bij de inventarisatie betrokken.
- WhatsApp: Ook whatsapp-verkeer heb ik bij de inventarisatie betrokken. Via dat medium is geen inhoudelijk contact geconstateerd met commissieleden.
- Besluit Woo-verzoek van 1 oktober 2026 inzake advies *Transgenderzorg voor jongeren*: ik heb dit besluit bij de inventarisatie betrokken omdat dit hetzelfde adviesonderwerp betreft.

Op basis van uw verzoek zijn er enkele e-mails en documenten aangetroffen. Deze zijn opgenomen in een inventarislijst, zie hiertoe bijlage B.

Met betrekking tot het gevraagde bij de punten 2, 3 en 4 van uw Woo-verzoek verwijs ik u graag naar de inventarislijst (bijlage B) behorende bij het besluit van 1 oktober 2026 op het Woo-verzoek over advies *Transgenderzorg voor jongeren* - bijvoorbeeld de documentnummers 212, 215 en 220. Dit besluit met de daarmee (deels) openbaar gemaakte documenten ontvangt u tegelijk met dit besluit op uw Woo-verzoek. Het eerste deelbesluit op boven genoemd Woo-verzoek, met bijbehorende stukken, van 3 september 2026 is u al toegestuurd op 17 september 2026 samen met uw ontvangstbevestiging.

Zienswijze derdebelanghebbende
Bij de inventarisatie is een e-mail aangetroffen van een derde, die op 1 oktober 2026 is verzocht zienswijze te geven over eventuele openbaarmaking. Naar aanleiding van de ontvangen reactie wordt deze e-mail openbaar gemaakt met dien verstande dat (in)direct identificeerbare persoonsgegevens onleesbaar worden gemaakt om een inbreuk op de persoonlijke levenssfeer te voorkomen (conform artikel 5.1, lid 2e van de Woo). De betreffende e-mail is eveneens te vinden in de inventarislijst (zie bijlage B).

Toelichting op de overgelegde informatie
Documenten opgesteld voor (commissie) vergaderingen en uitgebreide verslagen ervan worden niet openbaar gemaakt. Dit zijn voor intern beraad bestemde documenten, waarin persoonlijke beleidsopvattingen van commissieleden, wetenschappelijk medewerkers en andere ambtenaren staan. Uit de artikelen 5.1.2i en 5.2 van de Woo volgt dat ik deze niet openbaar hoef te maken. Wil de Gezondheidsraad gedegen en onafhankelijk advies kunnen uitbrengen, dan moet een ongehinderde bijdrage van wetenschappelijk secretarissen en commissieleden in het interne beraad over de voorbereiding van het (concept)advies gewaarborgd zijn. Zij moeten in alle openhartigheid onderling en met het bestuur van de raad kunnen communiceren over wetenschappelijke afwegingen. De samenvattingen van (commissie)verslagen maakt de Gezondheidsraad wel openbaar.
Documenten en e-mails met feitelijke informatie, maar puur van administratieve aard, worden eveneens niet openbaar gemaakt. De informatie hierin is hiervoor niet zinvol. Dergelijke documenten zonder inhoudelijke relevantie liggen immers niet ten grondslag aan de adviezen.

Wijze van openbaarmaking
De openbaar te maken documenten en e-mailberichten worden u tegelijkertijd met dit besluit verstrekt (bijlage C). De nummers van de documenten corresponderen met de nummers in bijlage B.

In het vertrouwen u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd,

met vriendelijke groet,

dr. S.C. Tromp,
vicevoorzitter

Bezwaar
Indien u het niet eens bent met deze beslissing, dan kunt u binnen zes weken na de datum die bovenaan deze brief staat, een bezwaarschrift sturen. Let op: doe dit op tijd, anders kan uw bezwaar niet worden behandeld. Noem in het bezwaarschrift uw naam en adres, en de datum van deze brief. Geef aan waarom u het niet eens bent met de beslissing. Vergeet niet om uw bezwaarschrift te ondertekenen en van een datum te voorzien. Wilt u zo vriendelijk zijn om een kopie van deze brief mee te sturen met het bezwaarschrift?

Het bezwaarschrift e-mailt u naar: communicatie@gr.nl, bij voorkeur met een ingescande handtekening, onder vermelding van ‘bezwaarschrift’.

Indien u niet kunt of wilt e-mailen, kunt u uw bezwaarschrift ook per post versturen naar:
de voorzitter van de Gezondheidsraad
p.a. dr. I.D. de Wolf, algemeen secretaris - directeur
Postbus 16052
2500 BB Den Haag

Indien u het bezwaarschrift per e-mail indient zonder ondertekening, bestaat de mogelijkheid dat u op een later moment verzocht wordt om bewijs te leveren dat u bevoegd bent tot het indienen van het bezwaar.

Uitzonderingsgronden van de Wet open overheid

Artikelen 5.1 en 5.2 van de Wet open overheid

(uitzonderingsgronden die het meest van toepassing zijn op het werk van – en werken met – de Gezondheidsraad staan cursief gedrukt, zie 5.1.2e, 5.1.2i en 5.2.1)

Artikel 5.1 Uitzonderingen

Lid 1: Het openbaar maken van informatie ingevolge deze wet blijft achterwege voor zover dit:

a. de eenheid van de Kroon in gevaar zou kunnen brengen;
b. de veiligheid van de Staat zou kunnen schaden;
c. bedrijfs- en fabricagegegevens betreft die door natuurlijke personen of rechtspersonen vertrouwelijk aan de overheid zijn meegedeeld;
d. persoonsgegevens betreft als bedoeld in paragraaf 3.1 onderscheidenlijk paragraaf 3.2 van de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming, tenzij de betrokkene uitdrukkelijk toestemming heeft gegeven voor de openbaarmaking van deze persoonsgegevens of deze persoonsgegevens kennelijk door de betrokkene openbaar zijn gemaakt;
e. nummers betreft die dienen ter identificatie van personen die bij wet of algemene maatregel van bestuur zijn voorgeschreven als bedoeld in artikel 46 van de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming, tenzij de verstrekking kennelijk geen inbreuk op de levenssfeer maakt.

Lid 2: Het openbaar maken van informatie blijft eveneens achterwege voor zover het belang daarvan niet opweegt tegen de volgende belangen:

a. de betrekkingen van Nederland met andere landen en staten en met internationale organisaties;
b. de economische of financiële belangen van de Staat, andere publiekrechtelijke lichamen of bestuursorganen, in geval van milieu-informatie slechts voor zover de informatie betrekking heeft op handelingen met een vertrouwelijk karakter;
c. de opsporing en vervolging van strafbare feiten;
d. de inspectie, controle en toezicht door bestuursorganen;
e. de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer;
f. de bescherming van andere dan in het eerste lid, onderdeel c, genoemde concurrentiegevoelige bedrijfs- en fabricagegegevens;
g. de bescherming van het milieu waarop deze informatie betrekking heeft;
h. de beveiliging van personen en bedrijven en het voorkomen van sabotage;
i. het goed functioneren van de Staat, andere publiekrechtelijke lichamen of bestuursorganen – zoals de Gezondheidsraad).

Lid 3: Indien een verzoek tot openbaarmaking op een van de in het tweede lid genoemde gronden wordt afgewezen, bevat het besluit hiervoor een uitdrukkelijke motivering.

Lid 4: Openbaarmaking kan tijdelijk achterwege blijven, indien het belang van de geadresseerde van de informatie om als eerste kennis te nemen van de informatie dit kennelijk vereist. Het bestuursorgaan doet mededeling aan de verzoeker van de termijn waarbinnen de openbaarmaking alsnog zal geschieden.

Lid 5: In uitzonderlijke gevallen kan openbaarmaking van andere informatie dan milieu-informatie voorts achterwege blijven indien openbaarmaking onevenredige benadeling toebrengt aan een ander belang dan genoemd in het eerste of tweede lid en het algemeen belang van openbaarheid niet tegen deze

benadeling opweegt. Het bestuursorgaan baseert een beslissing tot achterwege laten van de openbaarmaking van enige informatie op deze grond ten aanzien van dezelfde informatie niet tevens op een van de in het eerste of tweede lid genoemde gronden.

Lid 6: Het openbaar maken van informatie blijft in afwijking van het eerste lid, onderdeel c, in geval van milieu-informatie eveneens achterwege voor zover daardoor het in het eerste lid, onderdeel c, genoemde belang ernstig geschaad wordt en het algemeen belang van openbaarheid van informatie niet opweegt tegen deze schade.

Lid 7: Het eerste en tweede lid zijn niet van toepassing op milieu-informatie die betrekking heeft op emissies in het milieu.

Artikel 5.2 Persoonlijke beleidsopvattingen

Lid 1: In geval van een verzoek om informatie uit documenten, opgesteld ten behoeve van intern beraad, wordt geen informatie verstrekt over daarin opgenomen persoonlijke beleidsopvattingen. Onder persoonlijke beleidsopvattingen worden verstaan ambtelijke adviezen, visies, standpunten en overwegingen ten behoeve van intern beraad, niet zijnde feiten, prognoses, beleidsalternatieven, de gevolgen van een bepaald beleidsalternatief of andere onderdelen met een overwegend objectief karakter.

Lid 2: Het bestuursorgaan kan over persoonlijke beleidsopvattingen met het oog op een goede en democratische bestuursvoering informatie verstrekken in niet tot personen herleidbare vorm. Indien degene die deze opvattingen heeft geuit of zich erachter heeft gesteld, daarmee heeft ingestemd, kan de informatie in tot personen herleidbare vorm worden verstrekt.

Lid 3: Onverminderd het eerste en tweede lid wordt uit documenten opgesteld ten behoeve van formele bestuurlijke besluitvorming door een minister, een commissaris van de Koning, Gedeputeerde Staten, een gedeputeerde, het college van burgemeester en wethouders, een burgemeester en een wethouder, informatie verstrekt over persoonlijke beleidsopvattingen in niet tot personen herleidbare vorm, tenzij het kunnen voeren van intern beraad onevenredig wordt geschaad.

Lid 4: In afwijking van het eerste lid wordt bij milieu-informatie het belang van de bescherming van de persoonlijke beleidsopvattingen afgewogen tegen het belang van openbaarmaking. Informatie over persoonlijke beleidsopvattingen kan worden verstrekt in niet tot personen herleidbare vorm. Indien degene die deze opvattingen heeft geuit of zich erachter heeft gesteld, daarmee heeft ingestemd, kan de informatie in tot personen herleidbare vorm worden verstrekt.

Bijlage B Inventarislijst Woo-verzoek iz schriftelijke opdracht cie Transgenderzorg						
Nr.	**Document**	**Beoordeling**	**Woo**	**Afzender**	**Ontvanger**	**Opmerkingen**
1	20240926 Uitnodiging adviestraject Gezondheidsraad-1	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Extern	
2	20240926 Uitnodiging adviestraject Gezondheidsraad-2	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Extern	
3	20240926 Uitnodiging adviestraject Gezondheidsraad-3	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Extern	
4	20240926 Uitnodiging adviestraject Gezondheidsraad-4	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Extern	
5	20240926 Uitnodiging adviestraject Gezondheidsraad-5	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Extern	
6	20240926 Uitnodiging adviestraject Gezondheidsraad-6	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Extern	
7	20240926 Uitnodiging adviestraject Gezondheidsraad-7	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Extern	
8	20241001 RE-Uitnodiging adviestraject Gezondheidsraad - afwijzing	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Extern	
9	12 x 20241106 Uitnodiging voor deelname aan de commissie Transgenderzorg voor jongeren	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Commissie	
10	20241203 Uitnodiging adviestraject -8	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Extern	
11	20250129 Vergaderstukken installatievergadering Transgenderzorg voor jongeren op samenwerkingsruimte	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Commissie	

Bijlage B Inventarislijst Woo-verzoek Transgenderzorg voor jongeren

Nr.	Document	Beoordeling	Woo	Afzender	Ontvanger	Opmerkingen
1	20240606 - Intern - voorbereiding - Kamerbrief en het artikel uit het NJB	Deels openbaar	5.1.2e	INTERN		
2	20240711 RE_ Contactmoment adviesvraag Gezondheidsraad transgenderzorg - VWS	Deels openbaar	5.1.2e	VWS	GR	
3	20240712 - Intern - RE_ Commissielid recht	Niet openbaar	5.2.1	INTERN		
4	20240718 RE_ Contact Gezondheidsraad transgenderzorg - VWS	Deels openbaar	5.1.2e	GR	VWS	
5	20240819 RE_ Kennismaking GR - VWS transgenderzorg	Deels openbaar	5.1.2e	GR	VWS	
6	20240823 RE_ Verkennend gesprek met de Gezondheidsraad	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Extern	
7	20240823 RE_ Verkennend gesprek met de Gezondheidsraad	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Extern	
8	20240823 RE_ Verkennend gesprek met de Gezondheidsraad	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Extern	
9	20240823 RE_ Verkennend gesprek met de Gezondheidsraad	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Extern	
10	20240827 RE_ Verkennend gesprek transgenderzorg	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Extern	
11	20240927 - Intern - ontwikkelingspsychologie en epidemiologie	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Secretaris	
12	20240927 RE_ Verkennend gesprek Gezondheidsraad - afwijzing	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Extern	
13	20241003 RE_ Nadere informatie	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Extern	
14	20241015 RE_ Contactmoment transgenderzorg VWS-GR	Deels openbaar	5.1.2e	GR	VWS	
15	20241022 RE_ Kennismaking adviestraject transgenderzorg	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Commissielid	

16	20241022 RE_ Verkennend gesprek Gezondheidsraad	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Extern	
17	20241031 RE_ Gezondheidsraad - terugkoppeling oriënterend gesprek	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Extern	
18	20241031 RE_ Over Cass review	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Extern	
19	20241112 RE_ Verkennend gesprek Gezondheidsraad	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Extern	
20	20241115 - Intern - Kinder- en jeugdpsychiaters ESCAP statement transgenderzorg	Niet openbaar	5.2.1	INTERN		
21	20241120 Re_ Terugkoppeling oriënterend gesprek Gezondheidsraad	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Extern	
22	20241120 RE_ Verkennend gesprek Gezondheidsraad	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Extern	
23	20241120 RE_ Verkennend gesprek Gezondheidsraad	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Extern	
24	20241122 RE_ Verkennend gesprek Gezondheidsraad	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Extern	
25	20241128 Re_ Verkennend gesprek Gezondheidsraad	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Extern	
26	20241206 RE_ Uitnodiging adviestraject Gezondheidsraad	Inhoud niet relevant	5.1.2e	GR	Extern	mail iz vergaderdata
27	20241217 RE_ Kennismakingsgesprek VWS-GR	Deels openbaar	5.1.2e	GR	VWS	
28	20241224 Re_ Terugkoppeling verkennend gesprek Gezondheidsraad	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Extern	
29	20250117 RE_ Antwoord NSC	Deels openbaar	5.1.2e	GR	VWS	
30	20250206 RE_ adviestraject transgenderzorg	Niet openbaar	5.2.1	GR	Commissie	
31	20250206 RE_ Commissie tgZ VWS-GR	Deels openbaar	5.1.2e	VWS	GR	
32	20250206 RE_ Website	Inhoud niet relevant				Aanpassing affiliatie op website

33	20250210 RE_ GR transgenderzorg - inplannen overleg schriftelijke input	Inhoud niet relevant				Aangeven beschikbaarheid datum overleg
34	13x Re_ Schriftelijke ronde ivm raadpleging - Commissie Transgenderzorg voor jongeren van 13-2 tm 27-2-2025	Niet openbaar	5.2.1	GR	Commissie	
35	20250220 RE_ Vergaderdata commissie Transgenderzorg voor jongeren vastgesteld	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
36	20250227 Aanpak raadpleging	Niet openbaar	5.2.1	GR	Commissie	
37	20250305 RE_ Commissie tgZ - VWS	Niet openbaar	5.2.1	VWS	GR	
38	20250312 RE_ Additionele vragen raadpleging commissie Transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.2.1	GR	Commissie	
39	20250313 Concrete vragen raadpleging	Niet openbaar	5.2.1	GR	Commissie	
40	20250318 Raadpleging Gezondheidsraad	Inhoud niet relevant		GR	Extern	uitnodigingsmail; niet inhoudelijk over advies
41	20250320 FW_ Uitnodiging raadpleging transgenderzorg voor jongeren - 11 april	Inhoud niet relevant		GR	Extern	uitnodigingsmail; niet inhoudelijk over advies
42	20250320 Meelezen Uitnodigingsbrief ouders en jongeren	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Extern	
43	20250324 Re_ Uitnodigingsbrief ouders en jongeren	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Extern	
44	20250325 Raadpleging Gezondheidsraad	Inhoud niet relevant		GR	Extern	uitnodigingsmail; niet inhoudelijk over advies
45	20250401 RE_ Update raadpleging 11_4	Niet openbaar	5.2.1	GR	Commissie	
46	20250407 Bijdrage voor de Gezondheidsraad met bijlage: inbreng voor raadpleging	Inhoud niet relevant		Transvisie	GR	Toezendmail zonder inhoud; bijlage niet openbaar
47	20250409 FW_ Vergaderagenda raadpleging Transgenderzorg voor jongeren - 11 april 2025 - ouder 1; met bijlagen powerpoint (tijdlijn diagnose en behandeling	Inhoud niet relevant		ouder	GR	Toezendmail zonder inhoud; bijlage niet openbaar
48	20250409 FW_ Vergaderagenda raadpleging Transgenderzorg voor jongeren - 11 april 2025; met bijlagen	Inhoud niet relevant		Voorzij	GR	Toezendmail zonder inhoud; bijlage oordeel zienswijze afwachten
49	20250409 Fwd_ FW_ 8 april om 20_00_ Online voorbereidingsoverleg voor bijeenkomst met Gezondsheidsraad - ouder 2: met bijlage	Inhoud niet relevant		ouder	GR	Toezendmail zonder inhoud; bijlage niet openbaar

50	20250410 FW_ Presentatie raadpleging 11 april 2025 - Transgenderzorg voor jongeren	Inhoud niet relevant		Transgendernetwerk	GR	Toezendmail zonder inhoud; bijlage oordeel zienswijze afwachten
51	20250410 FW_ Presentatie raadpleging 11 april 2025 - Transgenderzorg voor jongeren	Inhoud niet relevant				procesvraag
52	2x 20250422 Invitation to speak at Committee meeting of Health Council – 16 May 2025	Inhoud niet relevant				Toezendmail zonder inhoud; bijlage oordeel zienswijze afwachten
53	20250501 RE_ vervolg adviestraject Transgenderzorg voor jongeren	Deels openbaar	5.1.2e	Extern	GR	
54	20250508 RE_ Bruikbare stukken voor ons advies	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
55	20250514 RE_ Vooroverleg vierde vergadering transgenderzorg	Inhoud niet relevant		Commissielid	GR	Niet inhoudelijk. Toezendmail bijlagen: https://www.njb.nl/blogs/transgenderzorg-aan-kinderen-juridische-
56	20250516 AW_ Invitation to speak at Committee meeting of Health Council – 16 May 2025	Inhoud niet relevant				
57	20250520 RE_ notitie juridische aspecten van transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.2.1	VWS	GR	
58	20250606 RE_ Bijpraten transgenderzorg VWS - GR	Deels openbaar	5.1.2e	VWS	GR	
59	20250625 RE_ Vergaderstukken commissievergadering Transgenderzorg voor jongeren op samenwerkingsruimte 26 juni 2025	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
60	20250729 RE_ Overleg	Inhoud niet relevant				Niet inhoudelijk. Agenda afstemming
61	20251010 GR commissie Transgenderzorg voor jongeren bijeenkomst vandaag	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
62	7x 20251024 Verslag raadpleging commissie Transgenderzorg voor jongeren Gezondheidsraad - ouder 1	Inhoud niet relevant				Toezendmail voor verslag raadpleging. Het verslag staat op de website https://www.gezondheidsraad.nl/
63	20251104 RE_ IC formulieren transgenderzorg jongeren	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
64	20250324 Bijlage 1 - Uitnodigingsbrief raadpleging Gezondheidsraad (5x)	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Extern	Brieven met dezelfde inhoud aan 5 geadresseerden
65	20251125 RE_ Bijpraten advies Gezondheidsraad VWS-GR	Deels openbaar	5.1.2e	VWS	GR	
66	20251212 Input n_a_v_ agendapunt 4 en 5	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	

67	20251212 Input Vergaderstukken commissievergadering Transgenderzorg voor jongeren op samenwerkingsruimte - 12 december 2025	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
68	20251212 Re_ Referenties zorgmodel Zweden	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
69	20251212 Re_ Schriftelijke input vergaderstukken	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
70	20251215 transgender en wkkgz - Debets	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
71	20251217 RE_ Brief uitstel publicatie	Deels openbaar	5.1.2e	VWS	GR	
72	20251218 Concepthoofdstuk 2 - Aanloopfase	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
73	20251218 Re_ Schriftelijke input vergaderstukken	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
74	20251218 Uitnodiging bijeenkomst LNOT-commissie en overige relevante documenten - 101	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Commissie	
75	20251219 RE_ Brief uitstel publicatie - VWS	Deels openbaar	5.1.2e	VWS	GR	
76	20251219 RE_ Concepthoofdstuk 2 - Aanloopfase	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
77	20251223 RE_ Opzetje voor Concepthoofdstuk 2 - Aanloopfase	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
78	20260106 RE_ Methodologische overwegingen bij advies Transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
79	3x 20260108 Re_ Opzet tekst voortraject	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
80	20260113 RE_ Literatuur transgenderzorg voor jongeren - paragraaf uitkomsten van niet behandelen	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
81	20260113 RE_ kamervragen SGP en Christenunie over onderzoek GR	Deels openbaar	5.1.2e	VWS	GR	
82	20260121 RE_ Opzet tekst voortraject	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
83	2x 20260121 RE_ Schriftelijke input vergaderstukken	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	

84	20260128 Aanvullingen vergaderstukken	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
85	20260128 FW_ Vergaderstukken commissievergadering Transgenderzorg voor jongeren op samenwerkingsruimte - 23 januari 2026 - Proefschrift Risk mitigation off-	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
86	20260128 FW_ Vergaderstukken commissievergadering Transgenderzorg voor jongeren op samenwerkingsruimte - 23 januari 2026	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
87	20260129 Follow-up nav vergadering 8	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
88	20260209 RE_ Cijfers totale populatie	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
89	20260220 RE_ Gezondheidsraad _ Raadpleging advies Transgenderzorg voor jongeren	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Geraadpleegd deskundige	
90	20260313 Opmerkingen nieuwe versie conceptadvies	Niet openbaar	5.1.2e	Commissielid	GR	
91	20260313 Talige dingen bij Derde Conceptadvies	Niet openbaar	5.1.2e	Commissielid	GR	
92	20260314 derde concept advies commentaar	Niet openbaar	5.1.2e	Commissielid	GR	
93	20260316 De gewenste aanpassingen in het concept advies	Niet openbaar	5.1.2e	Commissielid	GR	
94	20260317 Feedback documenten 13-3 jl	Niet openbaar	5.1.2e	Commissielid	GR	
95	20260319 H2 bekeken	Niet openbaar	5.1.2e	Commissielid	GR	
96	20260423 RE_ Vooroverleg vergadering Transgenderzorg	Niet openbaar	5.1.2e	Commissielid	GR	
97	20260424 Mijn comments op preadvies	Niet openbaar	5.1.2e	Commissielid	GR	
98	20260429 Re_ Transgenderzorg - referenties effect stress op cognitie_ontwikkeling	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
99	20260519 Re_ Voortoetscommentaar beraadsgroep	Niet openbaar	5.2.1	intern		
100	20260521 RE_ GR-briefing Transgenderzorg voor jongeren	Deels openbaar	5.1.2e	GR	VWS	

101	20260604 Kamervragen beantwoording SGP	Deels openbaar	5.1.2e	VWS	GR	
102	20260611 RE_ Kamervragen antwoorden CONCEPT	Deels openbaar	5.1.2e	GR	VWS	
103	20260612 RE_ Woordkeuze vruchtbaarheid in GR advies transgenderzorg	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
104	20260623 RE_ Hoe gaat het met het advies	Deels openbaar	5.1.2e	Commissielid	GR	
105	14x uitnodigingsbrief deelnemers commissie van 6-11-2024	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Commissie	
106	4x conceptbrief Uitstel publicatie advies transgenderzorg voor jongeren dd 26 en 27-11-2025	Niet openbaar	5.1.2i; 5.1.2e	GR	VWS	Brief is openbaar https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/2025/12/15/brief-aan-vws-over-verwachte-
107	20250213 Voorstel raadpleging Transgenderzorg voor jongeren_	Niet openbaar	5.2.1	INTERN		
108	9x 20250221 Re_ Schriftelijke ronde ivm raadpleging - Commissie Transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.2.1	Commissie	GR	
109	3x RE_ Vergaderstukken commissievergadering Transgenderzorg voor jongeren op samenwerkingsruimte 26 juni 2025 van 24-6 en 26-6-2025	Niet openbaar	5.2.1	Commissie	GR	
110	20251209 H2adviesvoorDanique	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
111	20251212 Ethische reflectie_V1 en V22	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
112	e-mail 20251212 Feedback redeneerlijn	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
113	20251212 Reactie n.a.v. agendapunt 4 en 5	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
114	e-mail 20251212 Transgender en wkkgz	Niet openbaar	5.2.1	VWS	GR	
115	20251212 Verwijsbeleid radboudumc 20251028	Reeds openbaar	NVT	Commissielid	GR	openbare info https://www.radboudumc.nl/nieuws/2024/aangepast-verwijsbeleid-voor-transgenderzorg-kinderen-
116	20251212-101-07.2 Opzet redeneerlijn en tekstplan transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
117	3x 20251212-101-07.3 Eerste conceptadvies Transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	

118	e-mail 20251215 transgender en wkkgz	Niet openbaar	5.2.1	VWS	GR	
119	e-mail 20251216 Nav vorige vergadering	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
120	20251212 Ethische reflectie	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
121	e-mail 20260111 Re GR commissie transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
122	e-mail 20251212 Re_ Schriftelijke input vergaderstukken	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
123	Re_ Vergaderstukken commissievergadering Transgenderzorg voor jongeren op samenwerkingsruimte - 12 december 2025	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
124	20260128-101-08.2 Tweede conceptadvies Transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.1.2i; 5.2.1	Commissielid	GR	
125	20260128-101-08.3 Discussiedocument ethische reflectie	Niet openbaar	5.1.2i; 5.2.1	Commissielid	GR	
126	e-mail 20260129 Follow-up nav vergadering 8	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
127	e-mail 20260127 Transgenderzorg	Niet openbaar	5.2.1	Vicevoorzitter GR	GR	
128	5x 20260313-101-09.2 Derde conceptadvies Transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.1.2i; 5.2.1	Commissielid	GR	
129	20260313 Opmerkingen bij Derde conceptadvies	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
130	e-mail 20260313 Talige dingen bij Derde Conceptadvies	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
131	6x 20260424-101-10.2 Conceptadvies Transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.1.2i; 5.2.1	Commissielid	GR	
132	3x 20260424-101-10.3 Achtergronddocument Fysieke en mentale uitkomsten	Niet openbaar	5.1.2i; 5.2.1	Commissielid	GR	
133	2x 20260424-101-10.4 Achtergronddocument Stoppen, spijt en detransitie	Niet openbaar	5.1.2i; 5.2.1	Commissielid	GR	
134	20260424-101-10.5 Achtergronddocument Juridisch kader	Niet openbaar	5.1.2i; 5.2.1	Commissielid	GR	

135	20260424-101-10.6 Verslag raadpleging Transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid	GR	
136	20260424 preadvies TGZ vertouwelijk	Niet openbaar	5.1.2i; 5.2.1	Commissielid	GR	
137	e-mail 20260428 Re_ Vergaderstukken commissievergadering Transgenderzorg voor jongeren op samenwerkingsruimte - 24 april 2026	Niet openbaar	5.1.2i; 5.2.1	Commissielid	GR	
138	2x 20260506 Achtergronddocument Juridisch kader	Niet openbaar	5.1.2i; 5.2.1	Commissielid	GR	
139	5x 20260506 Conceptadvies Transgenderzorg voor jongeren claahsen 20260505	Niet openbaar	5.1.2i; 5.2.1	Commissielid	GR	
140	e-mail 20260512 RE_ Schriftelijke ronde Transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.1.2i; 5.2.1	Commissielid	GR	
141	20260119 Concept antwoorden Kamervragen SGP en CU	Niet openbaar	5.2.1	GR	VWS	
142	20260122 Concept antwoorden Kamervragen SGP en CU	Geen (betreft document van VWS)		GR	VWS	VWS vormt inhoudelijk oordeel. Openbaarmaking afhankelijk van besluitvorming VWS.
143	20260126 Kamervraag Beantwoording over Gezondheidsraad concept	Geen (betreft document van VWS)		VWS	GR	VWS vormt inhoudelijk oordeel. Openbaarmaking afhankelijk van besluitvorming VWS.
144	20260309-CZ-1093277 Kamerbrief VWS iz kamervragen SGP en CU	Geen (betreft document van VWS)		VWS	Tweede Kamer	VWS vormt inhoudelijk oordeel. Openbaarmaking afhankelijk van besluitvorming VWS. Definitief document is openbaar.
145	20260610 Kamervragen antwoorden CONCEPT	Geen (betreft document van VWS)		VWS	GR	VWS vormt inhoudelijk oordeel. Openbaarmaking afhankelijk van besluitvorming VWS. https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/kamervragen/detail?id=2026Z11665&did=2026D31920
146	20260630-Aanbiedingsbrief-Transgenderzorg voor jongeren-101-GR-VWS_def	Reeds openbaar	NVT	GR	VWS	https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/2026/06/30/aanbiedingsbrief-aan-vws-bij-advies-transgenderzorg-voor-jongeren
147	20251029 reactie GR op mail RE_ Dringende zorgen over onafhankelijkheid van de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren - e-	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Burger	
148	20251029 Reactie GR op e-mail iz cie Transgenderzorg voor jongeren_signed	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Burger	
149	20251110 Re_ Dringende zorgen over onafhankelijkheid cie Transgenderzorg voor jongeren	Deels openbaar	5.1.2e	Burger	GR	
150	20251119 Oplegnotitie BO over correspondentie	Niet openbaar	5.2.1	INTERN		
151	20251126 Reactie GR op brief van 10 november-def	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Burger	

152	20250619 RE_ Advies GR_ZiNL_VWS	Deels openbaar	5.1.2e	VWS, ZiNL	GR	
153	20260422 reactie GR op mail RE_ Aanvulling op mijn case inzake genderzorg - e-mailwisseling 8-4 tm 22-4-2026	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Burger	mailwisseling n.a.v. publieksvraag Landman
154	20260422 Reactie GR op mail van 8 april	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Burger	mailwisseling n.a.v. publieksvraag Landman
155	20260622 Re_ Aanvulling op mijn case inzake genderzorg	Deels openbaar	5.1.2e	Burger	GR	
156	20240919 Concept startnotitie (3x met dezelfde datum)	Niet openbaar	5.1.2i; 5.2.1	Secretarissen	Bestuur	
157	20240919 Omgevingsanalyse transgenderzorg	Niet openbaar	5.2.1	Secretarissen	Bestuur	
158	20241022 en 20241119 Notities commissiesamenstelling en deskundigenraadpleging transgenderzorg	Niet openbaar	5.1.2i; 5.2.1	Secretarissen	Bestuur	
159	20241203 Notitie BO commissiesamenstelling transgenderzorg	Niet openbaar	5.1.2i; 5.2.1	Secretarissen	Bestuur	
160	5x Concept discussiedocument deskundigenraadpleging periode 6-1 tm 28-1-2025	Niet openbaar	5.1.2i; 5.2.1			
161	20250306 conceptmails	Niet openbaar	5.2.1			
162	20250411 - Deelnemerslijst raadpleging Transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.1.2e; 5.2.1			Definitieve deelnemerslijst staat in het verslag https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/2026/06/30/verslag-
163	conceptagenda raadpleging over transgenderzorg voor jongeren-versie na schr ronde, opgeslagen 10-3-2025	Niet openbaar	5.2.1			
164	Concept uitnodiging raadpleging deel 1-2 Transgenderzorg voor jongeren, opgeslagen 7-2-2025	Niet openbaar	5.2.1			
165	Concept uitnodiging raadpleging deel belanghebbenden Transgenderzorg voor jongeren, opgeslagen 27-2-2025	Niet openbaar	5.2.1			
166	Experts buitenland, opgeslagen 27-2-2025	Niet openbaar	5.2.1			
167	Concepten juridische notitie Transgenderzorg, periode 10-3 tm 9-5-2025	Niet openbaar	5.2.1			
168	20250904 en 20250918 Concept juridisch hoofdstuk transgenderzorg	Niet openbaar	5.2.1			

169	20250610 Discussiedocument wilsbekwaamheid	Niet openbaar	5.2.1			
170	20240829 Gespreksleidraad verkennende gesprekken	Niet openbaar	5.2.1			
171	20250225 Gespreksleidraad aanpak raadpleging	Niet openbaar	5.2.1			
172	20250926 en 20250930 Discussiedocument stoppen met behandeling + conceptualisering	Niet openbaar	5.2.1			
173	20241217 - Verslag BO 17 december 2024_behandeling BV cie 101	Deels openbaar	5.1.2e	intern		
174	20240718 Overzicht medewerkers genderteams Nederland	Niet openbaar	5.1.2e	secretaris	Commissie Transgenderzorg	Document bevat alleen namen en e-mail adressen
175	2X 20240820 Mails experts orienterende fase_def	Niet openbaar	5.2.1	secretaris	Commissie Transgenderzorg	
176	20240924 Conceptmails commissieleden	Niet openbaar	5.2.1	secretaris	Commissie Transgenderzorg	
177	20240924 Transgenderzorg_Benaderen kandidaatleden	Niet openbaar	5.1.2e; 5.2.1	secretaris	Commissie Transgenderzorg	Document bevat alleen namen en adressen
178	20241022 Overzicht samenstelling commissie	Niet openbaar	5.1.2i; 5.1.2e	secretaris	Commissie Transgenderzorg	Document bevat specifieke persoonlijke info. Samenstelling commissie staat achterin advies
179	3X 20250123_Samenstelling commissie Transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.1.2i5.2.1	secretaris	Commissie Transgenderzorg	
180	2X 20250310_Samenstelling commissie Transgenderzorg voor jongeren_update	Niet openbaar	5.1.2i; 5.2.1	secretaris	Commissie Transgenderzorg	
181	Advies transgenderzorg_Potentiele commissieleden opgeslagen op 15-07-2024	Niet openbaar	5.1.2i; 5.2.1	secretaris	Commissie Transgenderzorg	
182	20250926 Opzet eerste conceptadvies	Niet openbaar	5.1.2i	secretaris	Commissie Transgenderzorg	
183	4X 20251204 Concepthoofdstuk 2	Niet openbaar	5.1.2i; 5.2.1	secretaris	Commissie Transgenderzorg	
184	2X 20251205 Eerste conceptadvies Transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.1.2i; 5.2.1	secretaris	Commissie Transgenderzorg	
185	3X 20260121 Tweede conceptadvies Transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.1.2i; 5.2.1	secretaris	Commissie Transgenderzorg	

186	20260120 Concept hoofdstuk 2 met aanloopfase	Niet openbaar	5.1.2i; 5.2.1	secretaris	Commissie Transgenderzorg	
187	20260128 Tweede conceptadvies Transgenderzorg voor jongeren - met open opm	Niet openbaar	5.1.2i; 5.2.1	secretaris	Commissie Transgenderzorg	
188	2X 20260305 Derde conceptadvies Transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.1.2i; 5.2.1	secretaris	Commissie Transgenderzorg	
189	3X 20260227 Hoofdstukken 1 en 2	Niet openbaar	5.1.2i; 5.2.1	secretaris	Commissie Transgenderzorg	
190	20260605 Conceptadvies Transgenderzorg voor jongeren_Colofon	Niet openbaar	5.1.2i; 5.2.1	secretaris	Commissie Transgenderzorg	
191	AD1-Fysieke-en-mentale-uitkomsten d.d. 30-06-2026	Reeds openbaar		secretaris	Commissie Transgenderzorg	https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/2026/06/30/fysieke-en-mentale-uitkomsten
192	AD2-Stoppen-spijt-en-detransitie d.d. 30-06-2026	Reeds openbaar		secretaris	Commissie Transgenderzorg	https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/2026/06/30/stoppen-spijt-en-detransitie
193	AD3-Juridisch-kader-transgenderzorg-voor-jongeren d.d. 30-06-2026	Reeds openbaar		secretaris	Commissie Transgenderzorg	https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/2026/06/30/juridisch-kader-transgenderzorg-voor-jongeren
194	Transgender-Care-for-Adolescents-summary d.d. 30-06-2026	Reeds openbaar		Gezondheidsraad	Gezondheidsraad	https://www.healthcouncil.nl/documents/2026/06/30/transgender-care-for-adolescents
195	Transgenderzorg-voor-jongeren-advies d.d. 30-06-2026	Reeds openbaar		Gezondheidsraad	Gezondheidsraad	https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/2026/06/30/advies-transgenderzorg-voor-jongeren
196	Transgenderzorg-voor-jongeren-samenvatting d.d. 30-06-2026	Reeds openbaar		Gezondheidsraad	Gezondheidsraad	https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/2026/06/30/samenvatting-advies-transgenderzorg-voor-jongeren
197	20240513_Adviesaanvraag-GR-transgenderzorg_VWS_20240521_Gerediggeerd	Reeds openbaar		VWS - minister van Medische Zorg	Voorzitter Gezondheidsraad	https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/2024/05/13/adviesaanvraag-vws-over-transgenderzorg
198	3X 20260622_Briefing Minister VWS Transgenderzorg voor jongeren	Deels openbaar	5.1.2e	Gezondheidsraad	VWS - minister van Medische Zorg	
199	Nota voorbereiding overleg (1)2 d.d. 01-06-2026	Niet openbaar	5.2.1	VWS	Gezondheidsraad	
200	Nota voorbereiding overleg (1)2 Conceptantwoorden opgeslagen op 18-06-2026	Niet openbaar	5.2.1	Gezondheidsraad	VWS	
201	Presentatie persbriefing Transgenderzorg voor jongeren d.d. 30-06-2026	Deels openbaar	5.1.2e	Gezondheidsraad	Pers	
202	20250212 Startbrief Transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.1.2i; 5.2.1	Voorzitter Gezondheidsraad	VWS - minister van Medische Zorg	definitieve document is openbaar: https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/2025/02/07/startbrie

203	20260310 RE_ Gezondheidsraad _ Raadpleging advies Transgenderzorg voor jongeren	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Geraad-pleegd deskundige	
204	260521 afspraak over primeur	Deels openbaar	5.1.2e	Journalist	GR	
205	260522 voorstel communicatie ter bespreking in publicatieoverleg; met bijlage Voorstel communicatie transgenderzorg	Niet openbaar	5.2.1	Communicatie	Intern GR	
206	260618 persbericht en advies onder embargo naar NRC ivm interview; met bijlagen embargo exemplaren persbericht en advies	E-mail niet relevant	5.1.2e	GR	Journalist	Toezendmail; advies en persbericht openbaar
207	260622 e-mail Q&A transgenderzorg voor intern gebruik tbv woordvoering met bijlage Q&A	E-mail niet relevant		Communicatie	Intern GR	Toezendmail; document openbaar (zie 348)
208	260623 uitnodiging aan media voor persbriefing	Deels openbaar	5.1.2e	GR	Pers	
209	260626 persbericht onder embargo naar woordvoerders genderklinieken; met bijlage persbericht	E-mail niet relevant		GR	Genderklinieken	Toezendmail naar genderklinieken; persbericht openbaar
210	260626 persbericht onder embargo naar woordvoerders VWS; met bijlage persbericht	E-mail niet relevant		GR	VWS	Toezendmail; persbericht openbaar
211	260630 persbericht onder embargo naar media	E-mail niet relevant		GR	Pers	Toezendmail; persbericht openbaar
212	Vastgesteld verslag 1e vergadering, opgeslagen op 21-3-2025	Uitgebreid verslag niet openbaar; samenvatting wordt openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
213	Presentatie Gezondheidsraad_20250205_versie2, datum document 5-2-2025	Niet openbaar	5.2.1	Geraadpleegd deskundige	GR	
214	20250205-101-01.1 Agenda 1e vergadering	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
215	20250205-101-01.3 Startnotitie Transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.1.2i; 5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
216	2x 20250205-101-01.4 Voorstel deskundigenraadpleging	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
217	20250205-101-01.2 Adviesaanvraag transgenderzorg	Reeds openbaar		Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
218	20250213 Voorstel raadpleging Transgenderzorg voor jongeren DEF	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
219	Schriftelijke input raadpleging transgenderzorg, opgeslagen op 26-2-2025	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	

220	Vastgesteld verslag 2e vergadering, opgeslagen op 23-6-2025	Uitgebreid verslag niet openbaar; samenvatting wordt openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
221	20250307-101-02.1 Agenda 2e vergadering	Niet openbaar	5.1.2e	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
222	20250307-101-02.2 Conceptverslag 1e vergadering	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
223	20250307-101-02.3 Outline advies Transgenderzorg jongeren	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
224	Sprekers namens organisaties - raadpleging 11 april 2025	Niet openbaar	5.1.2e	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
225	20260416 Verslag raadpleging Transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar (definitief verslag is openbaar)	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/2026/06/30/verslag-raadpleging-commissie-transgenderzorg-voor-jongeren-
226	3x 20251114 Verslag raadpleging Transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
227	Reactie aan de Gezondheidsraadcommissie, opgeslagen op 2-2-2026	Niet openbaar	5.2.1	Stichting Voorzij	Commissie Transgenderzorg	
228	20251114 Verslag raadpleging Transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
229	20251024 Begeleidende mails voorleggen verslag raadpleging aan genodigden	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
230	Verslag raadpleging Transgenderzorg voor jongeren_sessie 3, opgeslagen op 24-10-2026	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
231	Verslag raadpleging Transgenderzorg voor jongeren_sessie 2, opgeslagen op 24-10-2026	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
232	Verslag raadpleging Transgenderzorg voor jongeren_sessie 1, opgeslagen op 24-10-2026	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
233	Aanbevelingen, documentdatum 11-04-2025	Deels openbaar	5.1.2e	Deelnemer raapleging	Gezondheidsraad-Commissie Transgenderzorg	
234	Gezondheidsraad Genderzorg-schriftelijke bijdrage, opgeslagen op 3-4-2025	Niet openbaar	5.1.2e	Deelnemer Raadpleging	Commissie Transgenderzorg	
235	Schriftelijke bijdrage, opgeslagen op 09-04-2025	Niet openbaar	5.1.2e	Deelnemer Raadpleging	Commissie Transgenderzorg	
236	Schriftelijke bijdrage, opgeslagen op 09-4-2025	Niet openbaar	5.1.2e	Deelnemer Raadpleging	Commissie Transgenderzorg	

237	Schriftelijke bijdrage 11 april 2025	Deels openbaar	5.1.2e	Deelnemer Raadpleging	Commissie Transgenderzorg	
238	Schriftelijke bijdrage voor sessie 2 Gezondheidraad 11 april 2025	Niet openbaar	5.1.2e	Deelnemer raadpleging		
239	Voor de Gezondheidsraad - 11 april 2025	Niet openbaar	5.2.1	Deelnemer Raadpleging	Commissie Transgenderzorg	
240	Powerpoint	Niet openbaar	5.1.2e	Deelnemer Raadpleging	Commissie Transgenderzorg	
241	PP Presentatie Gezondheidsraad april 25	Deels openbaar	5.1.2e	Deelnemer Raadpleging	Commissie Transgenderzorg	
242	20250411-101-03.1 Plan van aanpak - raadpleging Transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
243	20250411-101-03.2 Achtergrondinformatie	Niet openbaar	5.2.1	Deelnemer raadpleging	Commissie Transgenderzorg	
244	20250411-101-03.3 Lijst van genodigden	Niet openbaar	5.1.2e	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	Document bevatalleen namen en mailadressen. Verslag van de raadpleging met vermelding sprekers is te vinden op de
245	20250411-101-03.4 Agenda raadpleging Transgenderzorg voor jongeren_commissie	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
246	Agenda raadpleging Transgenderzorg voor jongeren_sessie 2-3, opgeslagen op 4-4-2025	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
247	Agenda raadpleging Transgenderzorg voor jongeren_sessie 1, opgeslagen op 4-4-2025	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
248	Bijlage 1 - Uitnodigingsbrief raadpleging Gezondheidsraad, datum document 24-3-2025	Deels openbaar	5.1.2e	Secretaris	Deelnemer Raadpleging	Brief naar alle genodigden raadpleging
249	20250318 mail ervaringsdeskundigen-concept	Niet openbaar	5.2.1	intern		
250	20250516-Presentatie	Niet openbaar	5.1.2e; 5.2.1	Geraadpleegd deskundige	Gezondheidsraad-Commissie Transgenderzorg	
251	20250516-Presentatie	Niet openbaar	5.1.2e; 5.2.1	Geraadpleegd deskundige	Gezondheidsraad-Commissie Transgenderzorg	
252	20250516-Presentation Health Council Committee-Confidential	Niet openbaar	5.1.2e; 5.2.1	Geraadpleegd deskundige	Gezondheidsraad-Commissie Transgenderzorg	
253	20250516-Schriftelijke bijdrage	Niet openbaar	5.1.2e; 5.2.1	Geraadpleegd deskundige	Gezondheidsraad-Commissie Transgenderzorg	

254	20250516-Schriftelijke bijdrage-Gender dysphoria in youth in Sweden	Niet openbaar	5.1.2e; 5.2.1	Geraadpleegd deskundige	Gezondheidsraad-Commissie Transgenderzorg	
255	20250516-Schriftelijke bijdrage-Position paper Dutch Protocol	Deels openbaar	5.1.2e	Geraadpleegd deskundige	Gezondheidsraad-Commissie Transgenderzorg	
256	20250516-Schriftelijke bijdrage-njb25_transgenderzorg-aan-kinderen	Reeds openbaar		Geraadpleegd deskundige	Gezondheidsraad-Commissie Transgenderzorg	https://www.njb.nl/blogs/transgenderzorg-aan-kinderen-juridische-bedenkingen-bij-het-dutch-protocol-2018/
257	20250516-Schriftelijke bijdrage_Puberteitsremmers en de Geneesmiddelenwet	Reeds openbaar		Geraadpleegd deskundige	Gezondheidsraad-Commissie Transgenderzorg	https://www.boomportaal.nl/tijdschrift/TvGR/TvGR_0165-0874_2024_048_006_003
258	20250516-Schriftelijke bijdrage-Prof	Niet openbaar	5.1.2e; 5.2.1	Geraadpleegd deskundige	Gezondheidsraad-Commissie Transgenderzorg	
259	20250516-Schriftelijke bijdrage-Prof	Niet openbaar	5.1.2e; 5.2.1	Geraadpleegd deskundige	Gezondheidsraad-Commissie Transgenderzorg	
260	Poolse richtlijn 104289-466294-1	Reeds openbaar		Department of Paediatrics and Paediatric Endocrinology	Gezondheidsraad-Commissie Transgenderzorg	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40071796/
261	Situation in Sweden, datum document 16-5-2025	Niet openbaar	5.1.2e; 5.2.1	Geraadpleegd deskundige	Gezondheidsraad-Commissie Transgenderzorg	
262	Smids 2025 Internationale kritiek op het Dutch protocol, opgeslagen op 3-6-2025	Reeds openbaar		Geraadpleegd deskundige	Gezondheidsraad-Commissie Transgenderzorg	https://www.ntvg.nl/artikelen/internationale-kritiek-op-het-dutch-protocol
263	20250506 Begeleidende mail bij uitnodiging experts	Niet relevant	5.1.2e	Secretaris	Geraadpleegd deskundige	Toezendmail uitnodigingsbrief
264	20250509 Laatste mail buitenlandse experts_def	Niet relevant	5.1.2e	Projectmedewerker	Geraadpleegd deskundige	Toezendmail uitnodigingsbrief
265	Attachment 1 - Invitation, document datum 23-04-2025	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Geraadpleegd deskundige	concept document
266	Attachment 1, document datum 23-4-2025	Niet openbaar	5.1.2e	Secretaris	Geraadpleegd deskundige	Betreft concept. Inhoud idem als doc. Nr. 270
267	Attachment 1, document datum 23-4-2025	Niet openbaar	5.1.2e	Secretaris	Geraadpleegd deskundige	Betreft concept. Inhoud idem als doc. Nr. 270
268	Attachment 1, document datum 23-4-2025	Niet openbaar	5.1.2e	Secretaris	Geraadpleegd deskundige	Betreft concept. Inhoud idem als doc. Nr. 270
269	Attachment 1 - Invitation Prof, document datum 23-4-2025	Niet openbaar	5.1.2e	Secretaris	Geraadpleegd deskundige	Betreft concept. Inhoud idem als doc. Nr. 270
270	2x Attachment 1 - Invitation Prof., document datum 6-5-2025	Deels openbaar	5.1.2e	Secretaris	Geraadpleegd deskundige	

271	Attachment 1 - Invitation Prof., document datum 23-4-2025	Niet openbaar	5.1.2e	Secretaris	Geraadpleegd deskundige	Betreft concept. Inhoud idem als doc. Nr. 270
272	Attachment 2 - List of invited speakers, opgeslagen op 6-5-2025	Niet openbaar	5.1.2e	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
273	Sprekers 4e vergadering, datum document 16-5-2025	Niet openbaar	5.1.2e	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
274	5x Vastgesteld verslag 4e vergadering, opgeslagen op 17-10-2025	Uitgebreid verslag niet openbaar; samenvatting wordt openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
275	3x 20250516-101-04.1 Agenda 4e vergadering	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
276	2x 20250516-101-04.2 Conceptverslag 2e vergadering_opm vergadering	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
277	2x 20250516-101-04.3 Plan van aanpak - raadpleging Transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
278	2x 20250516-101-04.4 Discussiedocument Juridische aspecten van transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
279	25-06-26 Cass Review–final report and recommendations	Niet openbaar	5.1.2e; 5.2.1	Geraadpleegd deskundige	Gezondheidsraad-Commissie Transgenderzorg	
280	The Cass Review Distinguishing Fact from Fiction, opgeslagen op 27-06-2025	Reeds openbaar		The American Journal of Bioethics	Gezondheidsraad-Commissie Transgenderzorg	https://doi.org/10.1080/15265161.2025.2504397
281	Vastgesteld verslag 5e vergadering, opgeslagen op 17-10-2025	Uitgebreid verslag niet openbaar; samenvatting wordt openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	Samenvatting
282	5x 20251010-101-06.x Conceptverslag 5e vergadering	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
283	2x 20250626-101-05.1 Agenda 5e vergadering	Niet openbaar	5.1.2e	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
284	4x 20250626-101-05.2 Discussiedocument stoppen met behandeling	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
285	Vastgesteld verslag 6e vergadering, opgeslagen op 5-12-2025	Uitgebreid verslag niet openbaar; samenvatting wordt openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
286	3x 20251212-101-07.x Conceptverslag 6e vergadering	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
287	2x 20251010-101-06.1 Agenda 6e vergadering	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	

288	4x 20251010-101-06.2 Discussiedocument stoppen met behandeling	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
289	3x 20251010-101-06.3 Discussiedocument mentale en fysieke uitkomsten puberteitsremming	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
290	2x 20251010-101-06.4 Samenvatting raadpleging 3e vergadering	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
291	2x 20251010-101-06.5 Uitgebreid verslag raadpleging 3e vergadering	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
292	2x 20251010-101-06.6 Conceptverslag 4e vergadering	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
293	2x 20251010-101-06.7 Conceptverslag 5e vergadering	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
294	Aanpassing document GR 20251010	Niet openbaar	5.2.1	Commissielid Transgenderzorg	Commissie Transgenderzorg	
295	Keynote_download_final, opgeslagen op 08-10-2025	Reeds openbaar		Geraadpleegd deskundige	Commissie Transgenderzorg	https://epath.eu/wp-content/uploads/2025/10/Georg_Romer_Public.pdf
296	20260128-101-08.5 Conceptverslag 7e vergadering	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
297	Vastgesteld verslag 7e vergadering, opgeslagen op 22-1-2026	Uitgebreid verslag niet openbaar; samenvatting wordt openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
298	2x 20251212-101-07.1 Agenda 7e vergadering	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
299	2x 20251212-101-07.2 Opzet redeneerlijn en tekstplan transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
300	3x 20251212-101-07.3 Eerste conceptadvies Transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
301	2x 20251212-101-07.5 Conceptverslag 6e vergadering	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
302	3x 20260128-101-08.1 Agenda 8e vergadering	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
303	2x 20260128-101-08.2 Tweede conceptadvies Transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
304	3x 20260128-101-08.3 Discussiedocument ethische reflectie	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	

305	3x 20260128-101-08.4 Achtergronddocument Fysieke en mentale uitkomsten	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
306	2x 20260128-101-08.5 Conceptverslag 7e vergadering	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
307	Vastgesteld verslag 8e vergadering, opgeslagen op 6-3-2026	Uitgebreid verslag niet openbaar; samenvatting wordt openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
308	2x 20260313-101-09.1 Agenda 9e vergadering	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
309	3x 20260313-101-09.2 Derde conceptadvies Transgenderzorg voor jongeren_Notities vergadering	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
310	2x 20260313-101-09.3 Achtergronddocument Fysieke en mentale uitkomsten	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
311	2x 20260313-101-09.4 Achtergronddocument Stoppen, spijt en detransitie	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
312	2x 20260313-101-09.5 Conceptverslag 8e vergadering	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
313	Vastgesteld verslag 9e vergadering, opgeslagen op 17-4-2026	Uitgebreid verslag niet openbaar; samenvatting wordt openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
314	20260424-101-10.1 Agenda 10e vergadering	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
315	4x 20260424-101-10.2 Conceptadvies Transgenderzorg voor jongeren_tijdens en na vergadering	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
316	20260424-101-10.3 Achtergronddocument Fysieke en mentale uitkomsten	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
317	20260424-101-10.4 Achtergronddocument Stoppen, spijt en detransitie	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
318	20260424-101-10.5 Achtergronddocument Juridisch kader	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
319	20260424-101-10.6 Verslag raadpleging Transgenderzorg voor jongeren	Definitief verslag is openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
320	20260424-101-10.7 Conceptverslag 9e vergadering	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
321	2x Conceptverslag 10e vergadering, opgeslagen op 1-5-2026	Uitgebreid verslag niet openbaar; samenvatting wordt openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	

322	20260428 Achtergronddocument Fysieke en mentale uitkomsten	Definitief document is openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
323	20260428 Achtergronddocument Juridisch kader	Definitief document is openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
324	20260428 Achtergronddocument Stoppen, spijt en detransitie	Definitief document is openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
325	20260428 Conceptadvies Transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
326	20260428 Verslag raadpleging Transgenderzorg voor jongeren	Definitief document is openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
327	2x 20260506 Achtergronddocument Fysieke en mentale uitkomsten	Definitief document is openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
328	2x 20260506 Achtergronddocument Juridisch kader	Definitief document is openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
329	2x 20260506 Achtergronddocument Stoppen, spijt en detransitie	Definitief document is openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
330	2x 20260506 Conceptadvies Transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
331	2x 20260506 Oplegnotitie bij conceptadvies Transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Beraadsgroep	
332	2x 20260506 Verslag raadpleging Transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
333	20260528 Achtergronddocument Fysieke en mentale uitkomsten	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
334	20260528 Achtergronddocument Juridisch kader	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
335	20260528 Achtergronddocument Stoppen, spijt en detransitie	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
336	20260528 Conceptadvies Transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
337	20260528 Persbericht Transgenderzorg jongeren voor PO	Niet openbaar	5.2.1	GR - Afdeling Communicatie & Redactie	Nederland	
338	20260528 Terugkoppeling BG commentaar op conceptadvies Transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Beraadsgroep	

339	20260528 Verslag raadpleging Transgenderzorg voor jongeren	Niet openbaar	5.2.1	Secretaris	Commissie Transgenderzorg	
340	2024.10.15-Ala.-Amicus-Br.-iso-TN-FINAL	Openbaar		Burger	GR	
341	20250601 Radboud verslag voor RvB en RvT	Deels openbaar	5.1.2e	Burger	GR	
342	20251110 Brief-Reactie op schrijven van 29 oktober	Deels openbaar	5.1.2e	Burger	GR	
343	FTC-The-Dangers-of-Gender-Affirming-Care-for-Minors-Transcript	Openbaar		Burger	GR	
344	Genspect Enquete ingevuld 10 maart 2025 anoniem	Openbaar		Burger	GR	
345	Genspect Survey NL Jan 25 PDF	Openbaar		Burger	GR	
346	The Scottish Case	Openbaar		Burger	GR	
347	WPATH Files - Mia Hughes Engels	Openbaar		Burger	GR	
348	Q&A Transgenderzorg	Openbaar		Communicatie	Intern GR	
349	Tekortkomingen in het Nederlandse Genderzorgprotocol	Deels openbaar	5.1.2e	Burger	GR	

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e
Onderwerp: Uitnodiging adviestraject Gezondheidsraad
Datum: donderdag 26 september 2024 11:26:00
Bijlagen: 20240513_Adviesaanvraag-GR-transgenderzorg_VWS_20240521_Geredigeerd.pdf
image001.jpg

Geachte 5.1.2e ,

De Gezondheidsraad start begin 2025 met een adviestraject over de transgenderzorg voor jongeren in Nederland. Demissionair minister Dijkstra van VWS heeft hierover een adviesaanvraag gestuurd op 13 mei jl. (zie bijgevoegd).
Voor beantwoording van de adviesvraag heeft het bestuur van de Gezondheidsraad besloten om een tijdelijke commissie in te stellen, waarvan ik wetenschappelijk secretaris ben. Vanwege uw brede kennis van de 5.1.2e en uw expertise op het gebied van 5.1.2e , zou ik u graag uitnodigen om zitting te nemen in deze tijdelijke commissie.

Zou ik op korte termijn een telefonische afspraak met u mogen maken om een en ander toe te lichten?

Ik kijk uit naar uw reactie.

Met vriendelijke groet, ook namens mijn collega 5.1.2e ,

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris

Tel. +31 6 5.1.2e
Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl
Aanwezig 5.1.2e

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e
Onderwerp: Uitnodiging adviestraject Gezondheidsraad
Datum: donderdag 26 september 2024 11:11:00
Bijlagen: image001.jpg

Beste 5.1.2e ,

Recentelijk hebben mijn collega en ik u gesproken in het kader van onze oriëntatie voor het adviestraject over de transgenderzorg voor jongeren. Het bestuur van de Gezondheidsraad heeft besloten voor dit adviestraject een tijdelijke commissie in het leven te roepen. Vanwege de maatschappelijke insteek van 5.1.2e en unieke perspectief op de 5.1.2e , zouden wij u graag uitnodigen om zitting te nemen in deze tijdelijke commissie.

Zou ik op korte termijn een telefonische afspraak met u mogen maken om een en ander toe te lichten?

Ik kijk uit naar uw reactie.

Met vriendelijke groeten, ook namens mijn collega 5.1.2e ,

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris

Tel. +31 6 5.1.2e
Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl
Aanwezig 5.1.2e

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e
Onderwerp: Uitnodiging adviestraject Gezondheidsraad
Datum: donderdag 26 september 2024 11:23:00
Bijlagen: 20240513_Adviesaanvraag-GR-transgenderzorg_VWS_20240521_Geredigeerd.pdf
image001.jpg

Geachte 5.1.2e ,

De Gezondheidsraad start begin 2025 met een adviestraject over de transgenderzorg voor jongeren in Nederland. Demissionair minister Dijkstra van VWS heeft hierover een adviesaanvraag gestuurd op 13 mei jl. (zie bijgevoegd).
Voor beantwoording van de adviesvraag heeft het bestuur van de Gezondheidsraad besloten om een tijdelijke commissie in te stellen, waarvan ik wetenschappelijk secretaris ben. Vanwege uw brede kennis van de 5.1.2e en uw expertise op het gebied van 5.1.2e vraagstukken, zou ik u graag uitnodigen om zitting te nemen in deze tijdelijke commissie.

Zou ik op korte termijn een telefonische afspraak met u mogen maken om een en ander toe te lichten?

Ik kijk uit naar uw reactie.

Met vriendelijke groet, ook namens mijn collega 5.1.2e ,

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris

Tel. +31 6 5.1.2e
Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl
Aanwezig 5.1.2e

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e
Onderwerp: Uitnodiging adviestraject Gezondheidsraad
Datum: donderdag 26 september 2024 11:25:00
Bijlagen: 20240513_Adviesaanvraag-GR-transgenderzorg_VWS_20240521_Geredigeerd.pdf
image001.jpg

Geachte 5.1.2e ,

De Gezondheidsraad start begin 2025 met een adviestraject over de transgenderzorg voor jongeren in Nederland. Demissionair minister Dijkstra van VWS heeft hierover een adviesaanvraag gestuurd op 13 mei jl. (zie bijgevoegd).
Voor beantwoording van de adviesvraag heeft het bestuur van de Gezondheidsraad besloten om een tijdelijke commissie in te stellen, waarvan ik wetenschappelijk secretaris ben. Vanwege uw brede kennis van 5.1.2e en uw expertise op het gebied van verantwoordelijkheden voor 5.1.2e , zou ik u graag uitnodigen om zitting te nemen in deze tijdelijke commissie.

Zou ik op korte termijn een telefonische afspraak met u mogen maken om een en ander toe te lichten?

Ik kijk uit naar uw reactie.

Met vriendelijke groet, ook namens mijn collega 5.1.2e ,

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris

Tel. +31 6 5.1.2e
Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl
Aanwezig 5.1.2e

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e
Onderwerp: Uitnodiging adviestraject Gezondheidsraad
Datum: donderdag 26 september 2024 10:58:00
Bijlagen: image001.jpg

Beste 5.1.2e ,

Recentelijk hebben mijn collega en ik u gesproken in het kader van onze oriëntatie voor het adviestraject over de transgenderzorg voor jongeren. Voor beantwoording van de adviesvraag heeft het bestuur van de Gezondheidsraad besloten om een tijdelijke commissie in te stellen. Vanwege uw brede kennis van de 5.1.2e en 5.1.2e en uw expertise op het gebied van 5.1.2e zou ik u graag uitnodigen om zitting te nemen in deze tijdelijke commissie.

Zou ik op korte termijn een telefonische afspraak met u mogen maken om een en ander toe te lichten?

Ik kijk uit naar uw reactie.

Met vriendelijke groeten, mede namens mijn collega 5.1.2e ,

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris

Tel. +31 6 5.1.2e
Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl
Aanwezig 5.1.2e

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e
Onderwerp: Uitnodiging adviestraject Gezondheidsraad
Datum: donderdag 26 september 2024 11:05:00
Bijlagen: image001.jpg

Beste 5.1.2e, beste 5.1.2e

Recentelijk hebben mijn collega en ik jou gesproken in het kader van onze oriëntatie voor het adviestraject over de transgenderzorg voor jongeren. Voor beantwoording van de adviesvraag heeft het bestuur van de Gezondheidsraad besloten om een tijdelijke commissie in te stellen. Vanwege jouw brede kennis van 5.1.2e en de 5.1.2e en jouw expertise op het gebied van 5.1.2e zou ik jou graag uitnodigen om zitting te nemen in deze tijdelijke commissie.

Zou ik op korte termijn een telefonische afspraak met jou mogen maken om een en ander toe te lichten?

Ik kijk uit naar jouw reactie.

Met vriendelijke groeten, ook namens mijn collega 5.1.2e,

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris

Tel. +31 6 5.1.2e
Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl
Aanwezig 5.1.2e

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e
Onderwerp: Uitnodiging adviestraject Gezondheidsraad
Datum: donderdag 26 september 2024 11:15:00
Bijlagen: image001.jpg
20240513_Adviesaanvraag-GR-transgenderzorg_VWS_20240521_Geredigeerd.pdf

---

Geachte 5.1.2e ,

De Gezondheidsraad start begin 2025 met een adviestraject over de transgenderzorg voor jongeren in Nederland. Demissionair minister Dijkstra van VWS heeft hierover een adviesaanvraag gestuurd op 13 mei jl. (zie bijgevoegd).
Voor beantwoording van de adviesvraag heeft het bestuur van de Gezondheidsraad besloten om een tijdelijke commissie in te stellen, waarvan ik wetenschappelijk secretaris ben. Vanwege uw expertise op het gebied van het 5.1.2e en het 5.1.2e zou ik u graag uitnodigen om zitting te nemen in deze tijdelijke commissie.

Zou ik op korte termijn een telefonische afspraak met u mogen maken om een en ander toe te lichten?

Ik kijk uit naar uw reactie.

Met vriendelijke groet, ook namens mijn collega 5.1.2e ,

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris

Tel. +31 6 5.1.2e
Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl
Aanwezig 5.1.2e

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Uitnodiging adviestraject Gezondheidsraad
Datum: dinsdag 1 oktober 2024 11:38:00
Bijlagen: image003.jpg

Beste 5.1.2e ,

Hartelijk dank voor uw reactie. Heel begrijpelijk dat het niet past naast alle andere werkzaamheden. Mocht daar te zijner tijd ruimte voor zijn in uw agenda, dan nemen we graag van uw aanbod gebruik om in 5.1.2e het voortouw te nemen.

Hartelijke groet,
5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e >
Verzonden: dinsdag 1 oktober 2024 09:29
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Re: Uitnodiging adviestraject Gezondheidsraad

Geachte mevrouw 5.1.2e

Veel dank voor deze eervolle uitnodiging. Ik heb afgelopen dagen goed nagedacht over uw verzoek en ben voor mezelf nagegaan hoe mijn jaarplanning eruit ziet voor 2025. Helaas ben ik tot de conclusie gekomen dat het meewerken aan dit belangrijke advies daar niet in past gezien de verschillende toezeggingen die ik reeds heb gedaan en andere plannen die ik voor komend jaar heb.
Wel zal ik 5.1.2e van de Gr graag het voortouw nemen bij de bespreking van het uiteindelijke advies, mocht daar ruimte voor zijn. Ik hoop dat u mijn afweging begrijpt.

Hartelijke groet en veel succes,
5.1.2e

From: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Date: Thursday, 26 September 2024 at 11:26
To: 5.1.2e <5.1.2e 5.1.2e>
Cc: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Subject: Uitnodiging adviestraject Gezondheidsraad

Geachte 5.1.2e ,

De Gezondheidsraad start begin 2025 met een adviestraject over de transgenderzorg voor jongeren in Nederland. Demissionair minister Dijkstra van VWS heeft hierover een adviesaanvraag gestuurd op 13 mei jl. (zie bijgevoegd).
Voor beantwoording van de adviesvraag heeft het bestuur van de Gezondheidsraad besloten om een tijdelijke commissie in te stellen, waarvan ik wetenschappelijk secretaris ben. Vanwege uw brede kennis van de 5.1.2e en uw expertise op het gebied van 5.1.2e , zou ik u graag uitnodigen om zitting te nemen in deze tijdelijke commissie.

Zou ik op korte termijn een telefonische afspraak met u mogen maken om een en ander toe te

lichten?

Ik kijk uit naar uw reactie.

Met vriendelijke groet, ook namens mijn collega 5.1.2e ,

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris



Tel. +31 6 5.1.2e
Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl
Aanwezig 5.1.2e

Van: 5.1.2e
Bcc: 5.1.2e
Onderwerp: Uitnodiging voor deelname aan de commissie Transgenderzorg voor jongeren
Datum: woensdag 6 november 2024 15:46:00
Bijlagen: image001.png
20241106 Uitnodigingsbrief commissie Transgenderzorg voor jongeren-dr. H. Ismaili M"hamdi.pdf
Formulier-Belangenverklaring 5.1.2e pdf
Code-ter-voorkoming-van-oneigenlijke-belangenverstrengeling_update-jan2017.pdf
Werkwijze digitaal ondertekenen van documenten_20210712.pdf
20240513_Adviesaanvraag-GR-transgenderzorg_VWS_20240521_Geredigeerd.pdf
Formulier voor opgaaf persoonlijke en financiële gegevens-101 Transgenderzorg.docx

---

Geachte 5.1.2e ,

Namens de voorzitter van de Gezondheidsraad stuur ik u hierbij enkele stukken met betrekking tot uw deelname aan de commissie Transgenderzorg voor jongeren:

1. De uitnodigingsbrief
2. De adviesaanvraag
3. Een link naar de *Informatiebrochure voor commissieleden en voorzitter*, waarin ook informatie over beraadsgroepen is opgenomen (de brochure is verkrijgbaar via de website)
4. De Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling
5. De bij de code behorende belangenverklaring (ingevuld op basis van uw vorige belangenverklaring)
6. Een formulier voor het opgeven van persoonlijke gegevens.

De Gezondheidsraad werkt met een beveiligde online samenwerkingsruimte. Alle commissiestukken zijn daardoor digitaal en overal waar u internettoegang heeft beschikbaar. U ontvangt geen stukken per reguliere post. Binnenkort ontvangt u een e-mail met onder andere uw inloggegevens.

Ik verzoek u de belangenverklaring en het (vacatie)formulier digitaal in te vullen en te retourneren, voorzien van uw – eventueel digitale – handtekening.

Aandachtspunten bij de belangenverklaring:

- Graag eerst de inleiding op de belangenverklaring goed doorlezen.
- Vul elk onderdeel zo duidelijk en specifiek mogelijk in.
- Transparantie over belangen is essentieel voor het werk van de Gezondheidsraad. Belangenverklaringen moeten daarom altijd actueel zijn en worden gepubliceerd op de website.
- De voorzitter, vicevoorzitter en de algemeen secretaris van de Gezondheidsraad beoordelen de ingeleverde verklaring. Zijn er mogelijk belangenconflicten dan wordt u daarover geïnformeerd.

Retourneren:

- Bewaar de door u ingevulde belangenverklaring op uw computer. Bij wijzigingen kunt u uw verklaring dan zelf aanpassen en opnieuw e-mailen naar de Gezondheidsraad.
- Beide documenten (digitaal) ondertekenen en graag **uiterlijk 20 november** e-mailen naar cie.secretariaat@gr.nl. Bij vragen kunt u contact opnemen met het commissiesecretariaat via onderstaande contactgegevens.

De Gezondheidsraad realiseert zich dat bovengenoemde procedure voor u een behoorlijke administratieve belasting kan zijn, maar wij vertrouwen op uw begrip en medewerking. Alvast hartelijk dank voor de moeite.

Bij vragen kunt u contact opnemen met het commissiesecretariaat via onderstaand telefoonnummer of e-mailadres.

Hartelijke groet,

5.1.2e
Projectmedewerker

tel. 06 5.1.2e
Bezuidenhoutseweg 30 - 2594 AV - Den Haag
www.gezondheidsraad.nl

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e
Onderwerp: Uitnodiging adviestraject Gezondheidsraad
Datum: dinsdag 3 december 2024 16:20:02
Bijlagen: image001.jpg
20240513_Adviesaanvraag-GR-transgenderzorg_VWS_20240521_Geredigeerd.pdf

---

Beste 5.1.2e

Enige tijd geleden hebben 5.1.2e en ik jou gesproken in het kader van onze oriëntatie voor het adviestraject over de transgenderzorg voor jongeren. De adviesaanvraag heb ik als bijlage aan deze mail gehangen.

Voor de beantwoording van de adviesvraag heeft de voorzitter van de Gezondheidsraad besloten om een tijdelijke commissie in te stellen. De leden van een tijdelijke commissie vertegenwoordigen de expertise die nodig is om de adviesvraag op een wetenschappelijk verantwoorde manier te beantwoorden. Vanwege jouw expertise in 5.1.2e en in het bijzonder in 5.1.2e, zou ik jou graag uitnodigen om zitting te nemen in deze tijdelijke commissie. Zou je daartoe bereid zijn?

Elk commissielid wordt gevraagd op persoonlijke titel en neemt deel aan het adviesproces zonder last of ruggenspraak. Om (schijn van) belangenverstrengeling te voorkomen, wordt aan alle kandidaat-commissieleden gevraagd om een belangenverklaring in te vullen. Het bestuur beoordeelt vervolgens of opgegeven belangen het lidmaatschap in de weg staan. Als je bereid bent om zitting te nemen in de tijdelijke commissie, zal onze projectmedewerker contact opnemen, onder andere over de belangenverklaring.

Uiteraard ben ik graag bereid om deze uitnodiging verder toe te lichten.

Vriendelijke groeten, ook namens 5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris

tel. +31 6 5.1.2e 5.1.2e
bezoekadres: Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl

Van: 5.1.2e
Onderwerp: Vergaderstukken installatievergadering Transgenderzorg voor jongeren op samenwerkingsruimte
Datum: woensdag 29 januari 2025 14:08:15
Bijlagen: Route naar Seats2meet Utrecht.pdf
image001.png

Geachte commissieleden en waarnemer,

Zojuist zijn de vergaderstukken voor de installatievergadering van de commissie Transgenderzorg voor jongeren op de samenwerkingsruimte geplaatst.
De vergaderstukken kunt u hier vinden: 20250205 Installatievergadering - GR-net

De vergadering vindt plaats op woensdag 5 februari van 10.00 uur tot 12.30 uur bij Seats2meet Utrecht CS, Hoog Catharijne, Boven Vredenburgpassage, Utrecht. Een routebeschrijving is bijgesloten.

Mocht u niet fysiek kunnen aansluiten, dan kunt u dit kenbaar maken via: 5.1.2e @gr.nl.

Met vriendelijke groet, mede namens de secretarissen,

5.1.2e
Projectmedewerker

bezoekadres: Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag.
www.gezondheidsraad.nl

Van: [redacted]
Aan: [redacted]
Cc: [redacted]
Onderwerp: RE: Contactmoment adviesvraag Gezondheidsraad transgenderzorg
Datum: donderdag 11 juli 2024 14:53:00
Bijlagen: image001.jpg

Dag [redacted]

Hartelijk dank voor de doorverwijzing, dan zal ik even contact opnemen met jouw collega's.

Vriendelijke groeten,
[redacted]

Van: [redacted]@minvws.nl>
Verzonden: donderdag 11 juli 2024 14:21
Aan: [redacted]@gr.nl>
CC: [redacted]@gr.nl>; [redacted]@minvws.nl>; [redacted]@minvws.nl>
Onderwerp: RE: Contactmoment adviesvraag Gezondheidsraad transgenderzorg

Hallo [redacted]

Leuk dat jullie met het traject aan de slag gaan. Ik ben zelf alleen helaas niet meer betrokken bij tansgenderzorg, dus ik stuur jullie even door naar mijn collega's [redacted] en [redacted] (in de cc). Succes!

Hartelijke groet,

[redacted]

Van: [redacted]@gr.nl>
Verzonden: donderdag 11 juli 2024 12:02
Aan: [redacted]@minvws.nl>
CC: [redacted]@gr.nl>
Onderwerp: Contactmoment adviesvraag Gezondheidsraad transgenderzorg

Geachte [redacted], beste [redacted]

De Gezondheidsraad heeft van VWS een adviesvraag ontvangen over de transgenderzorg in Nederland. Mijn collega, [redacted] (cc) en ik zullen als secretarissen betrokken zijn bij dit adviestraject. Graag zouden wij een afspraak inplannen om kennis te maken en de adviesvraag te bespreken.

Wanneer zou dit uitkomen? Wij zijn tot en met 23 juli beschikbaar en anders weer vanaf 22 augustus (niet op woensdagen). Wij komen graag naar VWS, maar online is ook zeker een mogelijkheid

Vriendelijke groeten,

[redacted]
Wetenschappelijk secretaris



tel. +31 6 [redacted] (ma t/m vrij)
bezoekadres: Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl

Van:
Aan:
Cc:
Onderwerp: RE: Contact Gezondheidsraad transgenderzorg
Datum: donderdag 18 juli 2024 10:52:00
Bijlagen: image001.jpg

Hi ,

Donderdag 22 augustus is voor ons ook geen probleem. Wij zijn tussen 09.30 en 13.30 uur geheel beschikbaar.

Groeten,

Van: @minvws.nl>
Verzonden: donderdag 18 juli 2024 10:48
Aan: @gr.nl>
CC: @gr.nl>
Onderwerp: RE: Contact Gezondheidsraad transgenderzorg

Hoi

Eerder hebben we 20 augustus gepland, maar zouden we deze toch op 22 augustus kunnen doen? Er is namelijk echt nergens een ruimte beschikbaar op 20 augustus op VWS.
kan dan niet, maar en ik wel. Wij zijn op die dag de hele dag beschikbaar, dus laat maar weten op welk tijdstip het jullie zou schikken.
Tussen 09:30 uur en 13:30 uur is er wel een ruimte vrij op onze verdieping, dus als jullie binnen deze tijdsframe kunnen dan zou dat top zijn. Dan kan ik deze meteen weer reserveren voordat iemand anders dat doet ;)

Hoor het graag!

Groet,

Van:
Verzonden: donderdag 18 juli 2024 08:56
Aan: @gr.nl>
CC: @gr.nl>
Onderwerp: RE: Contact Gezondheidsraad transgenderzorg

Hi prima! Ik zal het later vandaag even in de agenda's schieten.

Groet,

Van: @gr.nl>
Verzonden: woensdag 17 juli 2024 14:47
Aan: @minvws.nl>
CC: @gr.nl>

Onderwerp: RE: Contact Gezondheidsraad transgenderzorg

Hi [redacted],

Dinsdag 20 augustus om 14.15u is voor ons helemaal goed! Wij komen graag naar VWS dan. En ik denk dat we inderdaad aan een uur zeker genoeg hebben.

Tot dan!

[redacted]
5.1.2e

Van: [redacted]@minvws.nl>
Verzonden: woensdag 17 juli 2024 10:03
Aan: [redacted]@gr.nl>
CC: [redacted]@gr.nl>
Onderwerp: RE: Contact Gezondheidsraad transgenderzorg

Hi [redacted]

Op 20 augustus zou tussen 14:00 uur en 15:30 uur ons het beste uitkomen. Hoelang zouden we nodig hebben voor deze kennismaking? Anders lijkt het me goed om deze te doen tussen 14:15 uur en 15:15 uur, als jullie dat ook goed vinden.
Willen jullie dan naar VWS komen? Dan kan ik meteen ook een ruimte reserveren.

Hoor het graag!

Groet, [redacted]

Van: [redacted]@gr.nl>
Verzonden: dinsdag 16 juli 2024 14:50
Aan: [redacted]@minvws.nl>
CC: [redacted]@gr.nl>; [redacted]@minvws.nl>; [redacted]@minvws.nl>
Onderwerp: RE: Contact Gezondheidsraad transgenderzorg

Hi [redacted],

Geen probleem, dan zoeken we een datum in augustus om kennis te maken. Eerder noemde ik 22 augustus als eerste mogelijkheid, maar Hilde en ik zouden ook 20 augustus al kunnen. Wij zijn beschikbaar tussen 13.00 en 17.00 uur. Zou dat voor jullie een optie zijn?

Vriendelijke groeten,
[redacted]

Van: [redacted]@minvws.nl>
Verzonden: maandag 15 juli 2024 13:25
Aan: [redacted]@gr.nl>
CC: [redacted]@gr.nl>; [redacted]@minvws.nl>; [redacted]@minvws.nl>

Onderwerp: RE: Contact Gezondheidsraad transgenderzorg

Hoi [redacted]

Komende dinsdag komt helaas niet uit voor een van ons, dus ik denk dat we deze kennismaking dan het beste na 22 augustus in kunnen plannen.
Als jullie naar de Resident willen komen, kan dat het beste op een dinsdag.
Hoor graag wanneer het goed uitkomt voor jullie. Als jullie dan naar de Resident willen komen dan kan ik wellicht ook op tijd een ruimte reserveren voor de kennismaking.

Hartelijke groet,
[redacted]

Van: [redacted]@gr.nl>
Verzonden: donderdag 11 juli 2024 16:30
Aan: [redacted]@minvws.nl>; [redacted]@minvws.nl>; [redacted]@minvws.nl>
CC: [redacted]@gr.nl>
Onderwerp: RE: Contact Gezondheidsraad transgenderzorg

Dag [redacted] en [redacted],

Leuk dat je ook aanhaakt, [redacted]! We kijken ernaar uit om met jullie kennis te maken. Zou komende dinsdag (16-7) van 16.00-16.45u voor jullie schikken? Wij kunnen dan naar de Resident komen.

Vriendelijke groeten,
[redacted]

Van: [redacted]@minvws.nl>
Verzonden: donderdag 11 juli 2024 15:20
Aan: [redacted]@gr.nl>; [redacted]@minvws.nl>
CC: [redacted]@gr.nl>; [redacted]@minvws.nl>
Onderwerp: RE: Contact Gezondheidsraad transgenderzorg

Als je volgende week ergens een momentje kan vinden dan is dat prima. Anders na 22 augustus. Misschien kun je met onze trainee schakelen over geschikt tijdstip.

Gr
[redacted]

Verzonden met BlackBerry Work
(www.blackberry.com)

Van: [redacted]@gr.nl>
Datum: donderdag 11 jul 2024, 2:59 PM

Aan: [redacted]@minvws.nl>, [redacted]
[redacted]@minvws.nl>
Kopie: [redacted]@gr.nl>
Onderwerp: Contact Gezondheidsraad transgenderzorg

Beste [redacted] en [redacted]

Van jullie collega, [redacted], heb ik begrepen dat jullie betrokken zijn bij de transgenderzorg. [redacted] (cc) en ik werken als secretarissen aan het adviestraject over de transgenderzorg. Graag zou wij een afspraak met jullie inplannen om kennis te maken en de adviesvraag te bespreken.

Tot en met 23 juli zijn wij beschikbaar en anders vanaf 22 augustus, met uitzondering van de woensdagen. Wanneer zou voor jullie uitkomen? Het gesprek kan online plaatsvinden, maar we komen ook graag naar VWS.

Vriendelijke groeten,

[redacted]
Wetenschappelijk secretaris

tel. +31 6 [redacted] (ma t/m vrij)
bezoekadres: Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Kennismaking GR - VWS transgenderzorg
Datum: maandag 19 augustus 2024 16:07:00
Bijlagen: image001.png
image003.jpg

Hi 5.1.2e ,

Het is niet nodig om stukken te lezen ter voorbereiding op ons overleg. Wij willen inderdaad gewoon even kennismaken met elkaar. Eventueel kunnen wij de werkwijze en het proces van de Gezondheidsraad toelichten. Daarnaast is het overleg een goede gelegenheid voor beide kanten om vragen te stellen/beantwoorden als die er zijn. Maar geen voorbereiding nodig dus

Tot donderdag.
Vriendelijke groeten,
5.1.2e

Van: 5.1.2e @minvws.nl>
Verzonden: donderdag 15 augustus 2024 11:14
Aan: 5.1.2e @gr.nl>; 5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Kennismaking GR - VWS transgenderzorg

Hi 5.1.2e en 5.1.2e

Volgende week staat deze kennismaking gepland. Wij hadden nog de vraag of dit gesprek alleen een kennismaking zal zijn of dat jullie nog iets specifieks willen bespreken? En dat als jullie nog iets specifieks willen bespreken, we nog bepaalde stukken/documenten in moeten lezen ter voorbereiding.

Ik verneem het graag en alvast bedankt.

Hartelijke groet,
5.1.2e

-----Oorspronkelijke afspraak-----
Van: 5.1.2e
Verzonden: dinsdag 23 juli 2024 09:13
Aan: 5.1.2e
CC: 5.1.2e
Onderwerp: Kennismaking GR - VWS transgenderzorg
Tijd: donderdag 22 augustus 2024 10:00-11:00 (UTC+01:00) Amsterdam, Berlijn, Bern, Rome, Stockholm, Wenen.
Locatie: A14.27

Hoi allen,

Hierbij plan ik de kennismaking in omtrent de adviesvraag transgenderzorg. Deze is toch op 22 augustus gepland vanwege het tekort aan ruimte op vws op 20 augustus.
Ik zal later nog de gereserveerde ruimte voor deze kennismaking doorgeven.

@5.1.2e en @5.1.2e : ik zal jullie ook nog even aanmelden bij de receptie. Dan kunnen jullie daar jullie bezoekerspas ophalen en dan haal ik jullie daar wel op.

Mochten er problemen hiermee zijn op de 22e, geef mij dan even een belletje (telefoonnummer staat in mijn handtekening).

Tot dan!

Hartelijke groet,

5.1.2e | 5.1.2e 5.1.2e | 5.1.2e
Transgenderzorg en Vrouwspecifieke aandoeningen |
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport – Directie Curatieve Zorg |
Parnassusplein 5; 2511 VX Den Haag | Postadres: Postbus 20350; 2500 EJ Den Haag
Mobiel: 06 5.1.2e | 5.1.2e @minvws.nl|

Op de even weken op maandag en vrijdag niet aanwezig.

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e 5.1.2e
Onderwerp: RE: Verkennend gesprek met de Gezondheidsraad
Datum: vrijdag 23 augustus 2024 12:01:54
Bijlagen: image001.jpg
image002.gif

Beste 5.1.2e ,

Hartelijk dank voor uw snelle en positieve reactie.
Ik zal contact opnemen met uw secretaresse voor het plannen van een afspraak.
We kijken ernaar uit u te spreken.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris

Tel. +31 6 5.1.2e
Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl
Aanwezig ma, di, do, vr.

Van: 5.1.2e <5.1.2e >
Verzonden: vrijdag 23 augustus 2024 10:56
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>; 5.1.2e <5.1.2e >
Onderwerp: Re: Verkennend gesprek met de Gezondheidsraad

beste mevrouw 5.1.2e

Dank voor uw uitnodiging. Ik ben bereid om een gesprek te voeren.

Mogelijk kan mijn secretaresse mw 5.1.2e ondersteunen met het vinden van een geschikt tijdstip, misschien heeft u al een voorstel? Meestal heb ik de meeste gelegenheid op een maandag of vrijdag,

vriendelijke groeten,

5.1.2e

5.1.2e | Child and adolescent psychiatrist , Associate Professor, PI

5.1.2e

T: +31 205.1.2e / + 31 205.1.2e | +31 205.1.2e E: 5.1.2e

5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Verzonden: donderdag 22 augustus 2024 16:10
Aan: 5.1.2e <5.1.2e l>
CC: 5.1.2e <5.1.2e >
Onderwerp: Verkennend gesprek met de Gezondheidsraad

Geachte dr. 5.1.2e ,

De Gezondheidsraad is door de minister van VWS gevraagd om advies uit te brengen over de transgenderzorg volgens de 'Dutch Protocol'-methodiek. Daarbij is verzocht om aandacht te besteden aan de fysieke en mentale gezondheidsuitkomsten van het protocol alsmede het aantal spijtoptanten en deze uitkomsten te vergelijken met Europese landen die een andere zorgstandaard/richtlijn hanteren. De adviesaanvraag is te lezen op de website van de Gezondheidsraad: Transgenderzorg | Zorg | Gezondheidsraad.

Momenteel bevinden we ons in een oriënterende fase ter voorbereiding op het adviestraject. In deze fase spreken we met verschillende experts om meer inzicht te krijgen in de transgenderzorg in Nederland. Gezien uw ruime expertise met het Dutch Protocol zouden wij graag met u van gedachten wisselen over dit onderwerp.

Is het mogelijk om daarvoor op korte termijn een afspraak, al dan niet via videovergadering, te plannen?

Met vriendelijke groet, mede namens mijn collega 5.1.2e ,

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris



Tel. +31 6 5.1.2e
Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl
Aanwezig ma, di, do, vr.

5.1.2e

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Verkennend gesprek transgenderzorg
Datum: dinsdag 27 augustus 2024 16:12:00
Bijlagen: image001.png
image002.jpg

Dag 5.1.2e

Helaas is er op de 6e eerder op de dag een afspraak ingepland, waardoor het niet gaat lukken om naar Leiden te komen. Het gesprek kan uiteraard online doorgang vinden. Ik zal zo meteen een agendaverzoek met Teams-link sturen.

Vriendelijke groeten,
5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e >
Verzonden: maandag 26 augustus 2024 16:47
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Verkennend gesprek transgenderzorg

Genoteerd!

Het kan eventueel op mijn kamer in het 5.1.2e Wat jullie zelf het handigst vinden.

Groet,

5.1.2e

5.1.2e
5.1.2e
T: +31 65.1.2e I 5.1.2e
LinkedIn

From: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Sent: vrijdag 23 augustus 2024 14:02
To: 5.1.2e <5.1.2e >
Cc: 5.1.2e 5.1.2e @gr.nl>
Subject: RE: Verkennend gesprek transgenderzorg

Beste 5.1.2e

Dank voor je snelle reactie en bereidheid om met ons in gesprek te gaan. Vrijdag 6 september komt voor ons ook uit. Zullen we het gesprek inplannen van 15 tot 16u? Het overleg kan via een Teams

vergadering, maar we kunnen ook naar Leiden komen, als dat prettiger is.

Vriendelijke groeten,
5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e >
Verzonden: vrijdag 23 augustus 2024 11:56
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Re: Verkennend gesprek transgenderzorg

Beste 5.1.2e

Ik ben daartoe graag bereid!
Ik kan bv 6 september tussen 10-12 uur of na 15 uur.

Groet,

5.1.2e

Verzonden vanuit Outlook voor iOS

Van: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Verzonden: Thursday, August 22, 2024 4:20:35 PM
Aan: 5.1.2e <5.1.2e >
CC: 5.1.2e <5.1.2e >
Onderwerp: Verkennend gesprek transgenderzorg

Beste 5.1.2e

De Gezondheidsraad is door de minister van VWS gevraagd om advies uit te brengen over de transgenderzorg volgens de 'Dutch Protocol'-methodiek. Daarbij is verzocht om aandacht te besteden aan de fysieke en mentale gezondheidsuitkomsten van het protocol alsmede het aantal spijtoptanten en deze uitkomsten te vergelijken met Europese landen die een andere zorgstandaard/richtlijn hanteren. De adviesaanvraag is te lezen op de website van de Gezondheidsraad: Transgenderzorg | Zorg | Gezondheidsraad.

Momenteel bevinden we ons in een oriënterende fase ter voorbereiding op het adviestraject. In deze fase spreken we met verschillende experts om meer inzicht te krijgen in de transgenderzorg in Nederland. Gezien jouw ervaring met transgenderzorg vanuit jouw rol als kinderarts en jouw expertise op het gebied van medische ethiek zouden wij graag met jou van gedachten wisselen over dit onderwerp.

Is het mogelijk om daarvoor op korte termijn een afspraak in te plannen, al dan niet via videovergadering?

Met vriendelijke groet, ook namens mijn collega 5.1.2e ,

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris



tel. +31 6 5.1.2e (ma t/m vrij)
bezoekadres: Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Verkennend gesprek met de Gezondheidsraad
Datum: vrijdag 23 augustus 2024 15:21:42
Bijlagen: image001.jpg

Beste 5.1.2e ,

Hartelijk dank voor uw snelle reactie en beschikbaarheid voor een gesprek.

De komende twee weken zijn wij op de volgende momenten beschikbaar voor een Teams overleg:

- Donderdag 29 augustus 9.30-11.30u, 12.30-17u
- Vrijdag 30 augustus 9-17u
- Dinsdag 3 september 12-14.30u
- Maandag 9 september 9.30-13.30u

Ik hoor graag of één van deze data/tijdstippen past.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris



Tel. +31 6 5.1.2e
Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl
Aanwezig ma, di, do, vr.

Van: 5.1.2e <5.1.2e >
Verzonden: vrijdag 23 augustus 2024 14:00
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Re: Verkennend gesprek met de Gezondheidsraad

Geachte 5.1.2e ,

Dank voor deze uitnodiging. Ik ben zeker bereid tot een gesprek, bij voorkeur via teams. Gezien de verschillende expertises van mijn collega 5.1.2e en mijzelf, doen twee aparte interviews mijn inziens het meest recht aan de complexiteit van dit onderwerp.

Ik wacht een voorstel voor een planning van het gesprek af.

Hartelijke groet
5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Datum: donderdag, 22 augustus 2024 om 16:09
Aan: 5.1.2e 5.1.2e >
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Verkennend gesprek met de Gezondheidsraad

Geachte dr. 5.1.2e

De Gezondheidsraad is door de minister van VWS gevraagd om advies uit te brengen over de transgenderzorg volgens de 'Dutch Protocol'-methodiek. Daarbij is verzocht om aandacht te besteden aan de fysieke en mentale gezondheidsuitkomsten van het protocol alsmede het aantal spijtoptanten en deze uitkomsten te vergelijken met Europese landen die een andere zorgstandaard/richtlijn hanteren. De adviesaanvraag is te lezen op de website van de Gezondheidsraad: Transgenderzorg | Zorg | Gezondheidsraad.

Momenteel bevinden we ons in een oriënterende fase ter voorbereiding op het adviestraject. In deze fase spreken we met verschillende experts om meer inzicht te krijgen in de transgenderzorg in Nederland. Gezien uw recente onderzoek op dit gebied 5.1.2e zouden wij graag met u van gedachten wisselen over dit onderwerp.

Is het mogelijk om daarvoor op korte termijn een telefonische afspraak, al dan niet via videovergadering, te plannen? We hebben uw collega professor 5.1.2e ook voor een oriënterend gesprek benaderd, dit kunnen wij eventueel ook combineren als dit uw voorkeur heeft.

Met vriendelijke groet, mede namens mijn collega 5.1.2e ,

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris

Tel. +31 6 5.1.2e
Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl
Aanwezig ma, di, do, vr.

De informatie in dit bericht is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde. Aan dit bericht en de bijlagen kunnen geen rechten worden ontleend. Heeft u deze e-mail onbedoeld ontvangen? Dan verzoeken wij u het te vernietigen en de afzender te informeren. Openbaar maken, kopiëren en verspreiden van deze e-mail of informatie uit deze e-mail is alleen toegestaan met voorafgaande schriftelijke toestemming van de afzender. Het 5.1.2e staat geregistreerd bij de Kamer van Koophandel in het handelsregister onder nummer 5.1.2e

The content of this message is intended solely for the addressee. No rights can be derived from this message or its attachments. If you are not the intended recipient, we kindly request you to delete the message and inform the sender. It is strictly prohibited to disclose, copy or distribute this email or the information inside it, without a written consent from the sender. 5.1.2e is registered with the Dutch Chamber of Commerce trade register with number 5.1.2e .

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Verkennend gesprek met de Gezondheidsraad
Datum: vrijdag 23 augustus 2024 09:59:43
Bijlagen: image001.jpg

Beste 5.1.2e ,

Hartelijk dank voor uw snelle en positieve reactie.

Het is geen probleem om een afspraak na 9 september te plannen.
In die week zijn wij beschikbaar op:

- Dinsdag 10 september 12.30-13.30u, 15.30-17u
- Donderdag 12 september 9.30-17u
- Vrijdag 13 september 9-17u

Ik hoor graag of één van deze data/tijdstippen voor u past.

Vriendelijke groet,

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris

Tel. +31 6 5.1.2e
Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl
Aanwezig ma, di, do, vr.

Van: 5.1.2e <5.1.2e >
Verzonden: donderdag 22 augustus 2024 17:04
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Re: Verkennend gesprek met de Gezondheidsraad

Beste 5.1.2e (als ik mag tutoyeren).

Ik zou hier graag aan meewerken maar ben pas na 9/9 beschikbaar, is dat nog op tijd?

Vriendelijke groet,
5.1.2e

Van: 5.1.2e 5.1.2e @gr.nl>
Datum: donderdag, 22 augustus 2024 om 16:08
Aan: 5.1.2e <5.1.2e >
CC: 5.1.2e 5.1.2e @gr.nl>

Onderwerp: Verkennend gesprek met de Gezondheidsraad

U ontvangt niet vaak e-mail van 5.1.2e @gr.nl. Meer informatie over waarom dit belangrijk is

Geachte professor 5.1.2e

De Gezondheidsraad is door de minister van VWS gevraagd om advies uit te brengen over de transgenderzorg volgens de 'Dutch Protocol'-methodiek. Daarbij is verzocht om aandacht te besteden aan de fysieke en mentale gezondheidsuitkomsten van het protocol alsmede het aantal spijtoptanten en deze uitkomsten te vergelijken met Europese landen die een andere zorgstandaard/richtlijn hanteren. De adviesaanvraag is te lezen op de website van de Gezondheidsraad: Transgenderzorg | Zorg | Gezondheidsraad.

Momenteel bevinden we ons in een oriënterende fase ter voorbereiding op het adviestraject. In deze fase spreken we met verschillende experts om meer inzicht te krijgen in de transgenderzorg in Nederland. Gezien uw recente onderzoek op dit gebied 5.1.2e zouden wij graag met u van gedachten wisselen over dit onderwerp.

Is het mogelijk om daarvoor op korte termijn een telefonische afspraak, al dan niet via videovergadering, te plannen? We hebben uw collega dr. 5.1.2e ook voor een oriënterend gesprek benaderd, dit kunnen wij eventueel ook combineren als dit uw voorkeur heeft.

Met vriendelijke groet, mede namens mijn collega 5.1.2e ,

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris

Tel. +31 6 5.1.2e
Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl
Aanwezig ma, di, do, vr.

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e ;5.1.2e
Cc: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Verkennend gesprek met de Gezondheidsraad
Datum: vrijdag 23 augustus 2024 10:01:23
Bijlagen: image001.jpg
image002.jpg
image003.png
image004.jpg

Beste 5.1.2e ,

Hartelijk dank voor uw snelle en positieve reactie.
Ik zal contact met uw collega opnemen voor het plannen van een afspraak.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris

Tel. +31 6 5.1.2e
Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl
Aanwezig ma, di, do, vr.

Van: 5.1.2e <5.1.2e >
Verzonden: vrijdag 23 augustus 2024 08:04
Aan: 5.1.2e 5.1.2e @gr.nl>;5.1.2e <5.1.2e >
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Verkennend gesprek met de Gezondheidsraad

Beste mevrouw 5.1.2e
Ik ben zeker bereid om in gesprek te gaan met leden van de gezondheidsraad
U kunt contact opnemen met 5.1.2e voor het plannen van een Teams overleg
Met vriendelijke groet
5.1.2e

Kind regards,

5.1.2e
Pediatric Endocrinologist,
5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e





Van: 5.1.2e 5.1.2e @gr.nl>
Verzonden: donderdag 22 augustus 2024 16:08
Aan: 5.1.2e <5.1.2e >
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Verkennend gesprek met de Gezondheidsraad

Geachte professor 5.1.2e

De Gezondheidsraad is door de minister van VWS gevraagd om advies uit te brengen over de transgenderzorg volgens de 'Dutch Protocol'-methodiek. Daarbij is verzocht om aandacht te besteden aan de fysieke en mentale gezondheidsuitkomsten van het protocol alsmede het aantal spijtoptanten en deze uitkomsten te vergelijken met Europese landen die een andere zorgstandaard/richtlijn hanteren. De adviesaanvraag is te lezen op de website van de Gezondheidsraad: Transgenderzorg | Zorg | Gezondheidsraad.

Momenteel bevinden we ons in een oriënterende fase ter voorbereiding op het adviestraject. In deze fase spreken we met verschillende experts om meer inzicht te krijgen in de transgenderzorg in Nederland. Gezien uw expertise met de behandeling van transgenders zouden wij graag met u van gedachten wisselen over dit onderwerp.

Is het mogelijk om daarvoor op korte termijn een telefonische afspraak, al dan niet via videovergadering, te plannen?

Met vriendelijke groet, mede namens mijn collega 5.1.2e ,

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris



Tel. +31 6 5.1.2e
Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl

Aanwezig ma, di, do, vr.

De informatie in dit bericht is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde. Aan dit bericht en de bijlagen kunnen geen rechten worden ontleend. Heeft u deze e-mail onbedoeld ontvangen? Dan verzoeken wij u het te vernietigen en de afzender te informeren. Openbaar maken, kopiëren en verspreiden van deze e-mail of informatie uit deze e-mail is alleen toegestaan met voorafgaande schriftelijke toestemming van de afzender. Het 5.1.2e *staat geregistreerd bij de Kamer van Koophandel in het handelsregister onder nummer* 5.1.2e *.*

The content of this message is intended solely for the addressee. No rights can be derived from this message or its attachments. If you are not the intended recipient, we kindly request you to delete the message and inform the sender. It is strictly prohibited to disclose, copy or distribute this email or the information inside it, without a written consent from the sender. 5.1.2e *is registered with the Dutch Chamber of Commerce trade register with number* 5.1.2e

5.1.2e

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Verkennend gesprek Gezondheidsraad
Datum: vrijdag 27 september 2024 15:08:20
Bijlagen: image001.jpg

Beste 5.1.2e ,

Dank voor uw snelle reactie.
Begrijpelijk dat u een drukke agenda heeft waar dit niet bij past.
Zijn er mogelijk collega's (binnen of buiten 5.1.2e met een vergelijkbaar profiel (ontwikkelingspsychologie en epidemiologie) die u ons aanraadt hierover te benaderen?

Ik licht toch graag even voor de zekerheid het adviesproces toe, mocht dit van belang zijn voor de keuze van collega's (of uw eigen deelname): we zullen pas in januari 2025 starten met het adviestraject, waarbij de commissie ongeveer 6 vergaderingen bijwoont iedere 6 à 7 weken. Een week voor de vergadering ontvangen de commissieleden vergaderstukken om door te nemen. De wetenschappelijk secretarissen schrijven de vergaderstukken en het adviesrapport op basis van de vergaderingen, met input/meelezen van de commissieleden.

Hartelijke groet,
5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e >
Verzonden: vrijdag 27 september 2024 12:46
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Re: Verkennend gesprek Gezondheidsraad

Beste 5.1.2e

bedankt voor de mail en vraag.
Helaas zit op dit moment te krap in mijn tijd om hier aan mee te kunnen werken.
Hopelijk lukt een volgende keer weer wel als jullie een dergelijke vraag hebben.

vriendelijke groet
5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e Developmental Psychopathology

5.1.2e

Van: 5.1.2e 5.1.2e @gr.nl>
Verzonden: donderdag 26 september 2024 11:28
Aan: 5.1.2e <5.1.2e >
CC: 5.1.2e 5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Verkennend gesprek Gezondheidsraad

Geachte professor 5.1.2e

De Gezondheidsraad start begin 2025 met een adviestraject over de transgenderzorg voor jongeren in Nederland. Demissionair minister Dijkstra van VWS heeft hierover een adviesaanvraag gestuurd op 13 mei jl. (zie bijgevoegd).
Voor beantwoording van de adviesvraag heeft het bestuur van de Gezondheidsraad besloten om een tijdelijke commissie in te stellen, waarvan ik wetenschappelijk secretaris ben. Gezien uw brede kennis van de ontwikkelingspsychopathologie en uw expertise op het gebied van epidemiologie zouden wij graag eens met u van gedachten wisselen over dit onderwerp. Is het mogelijk om daarvoor op korte termijn een telefonische afspraak, al dan niet via videovergadering, in te plannen?

Ik kijk uit naar uw reactie.

Met vriendelijke groet, ook namens mijn collega 5.1.2e ,

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris

Tel. +31 6 5.1.2e
Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl
Aanwezig ma, di, do, vr.

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e ;5.1.2e
Onderwerp: RE: Nadere informatie
Datum: donderdag 3 oktober 2024 09:30:01
Bijlagen: image003.jpg

Beste 5.1.2e

We zijn verheugd te horen dat je graag deelneemt aan deze tijdelijke commissie.
De komende twee à drie weken houden wij gesprekken met de andere (kandidaat) commissieleden.
Daarna zullen we de commissiesamenstelling opnieuw met het bestuur bespreken en komen we bij je terug.

Hartelijke groet,
5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e >
Verzonden: dinsdag 1 oktober 2024 12:14
Aan: 5.1.2e 5.1.2e @gr.nl>
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Re: Nadere informatie

Beste 5.1.2e ik heb het even met de mensen die boven mij gesteld zijn overlegd: de vacatiegelden kunnen het beste naar mijn persoonlijke rekening, ik doe deze klus op persoonlijke titel en in mijn eigen tijd. En ik ga dus idd akkoord.

Hartelijke groeten, 5.1.2e

5.1.2e

Van: 5.1.2e 5.1.2e @gr.nl>
Verzonden: vrijdag 27 september 2024 16:33
Aan: 5.1.2e <5.1.2e >
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Nadere informatie

Beste 5.1.2e

Nogmaals hartelijk dank voor het prettige gesprek vanochtend. Zoals beloofd, kom ik nog even terug

op het punt van het vacatiegeld. Ik heb begrepen dat dit €275,- per vergadering bedraagt, exclusief eventuele gemaakte reiskosten. Het is best gangbaar dat dit vacatiegeld wordt overgemaakt naar (de afdeling van) de universiteit waar men werkzaam is.

We horen graag van je of je – onder voorbehoud van akkoord door ons bestuur en de ingevulde belangenverklaring – zitting zou willen nemen in de tijdelijke commissie.

Alvast een fijn weekend gewenst.

Vriendelijke groeten,

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris



tel. +31 6 5.1.2e (ma t/m vrij)
bezoekadres: Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e 5.1.2e
Onderwerp: RE: Kennismaking adviestraject transgenderzorg
Datum: dinsdag 22 oktober 2024 17:23:00
Bijlagen: image001.jpg

Wat stom van mij, donderdag is natuurlijk 31 oktober… Maar fijn dat dinsdag mogelijk is! 5.1.2e en ik zullen dan om 14.30u in Leiden zijn. Waar in het 5.1.2e zullen we afspreken? Ik zal zo gelijk een agendaverzoek sturen.

Groeten,
5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e >
Verzonden: dinsdag 22 oktober 2024 14:55
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>; 5.1.2e
Onderwerp: RE: Kennismaking adviestraject transgenderzorg

Dan toch lichte voorkeur voor live….
Dinsdag 29/10 om 14.30?
Groetjes, 5.1.2e

From: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Sent: dinsdag 22 oktober 2024 14:46
To: 5.1.2e <5.1.2e >
Cc: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Subject: RE: Kennismaking adviestraject transgenderzorg

Beste 5.1.2e

Het lukt helaas niet meer om aanstaande vrijdag in 5.1.2e af te spreken. Een online kennismaking behoort nog wel tot de mogelijkheden, dan kunnen we elkaar altijd later nog live treffen. Om 15.00 uur zou dan goed zijn. Als de voorkeur voor nu toch uitgaat naar live, dan zouden 5.1.2e en ik aanstaande maandag 28 oktober, dinsdag 29 oktober vanaf 12.00 uur of donderdag 1 november beschikbaar zijn.

We horen graag wat het beste uitkomt.

Vriendelijke groeten,
5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e >
Verzonden: dinsdag 22 oktober 2024 12:01
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
CC: 5.1.2e 5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Kennismaking adviestraject transgenderzorg

Hoe is vrijdag om 15.00?

From: 5.1.2e 5.1.2e @gr.nl>

Sent: dinsdag 15 oktober 2024 14:15
To: 5.1.2e <5.1.2e >
Cc: 5.1.2e 5.1.2e @gr.nl>
Subject: Kennismaking adviestraject transgenderzorg

Geachte professor 5.1.2e beste 5.1.2e

Van 5.1.2e begrepen wij dat u de tijdelijke commissie zou willen voorzitten die zich zal buigen over het advies over de transgenderzorg voor jongeren in Nederland. Wij zijn verheugd dat te horen. Mijn collega, 5.1.2e , en ik zullen de secretarissen zijn van deze commissie. Het lijkt ons goed, en leuk, om binnenkort kennis te maken. Wellicht kunnen wij hier op korte termijn een afspraak voor inplannen? 5.1.2e en ik zouden bijvoorbeeld donderdag 24 of vrijdag 25 oktober naar 5.1.2e kunnen komen. Een online afspraak is uiteraard ook mogelijk. Volledigheidshalve heb ik de adviesvraag als bijlage toegevoegd.

Vriendelijke groeten, ook namens 5.1.2e

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris

tel. +31 6 5.1.2e (ma t/m vrij)
bezoekadres: Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Verkennend gesprek Gezondheidsraad
Datum: dinsdag 22 oktober 2024 16:33:00
Bijlagen: image001.jpg

Beste 5.1.2e

Onlangs hebben wij een oriënterend gesprek gevoerd in het kader van het adviestraject over transgenderzorg voor jongeren. Wij kijken terug op een prettig gesprek. Op dit moment is besloten om u niet toe te voegen aan de commissie. Alhoewel u een interessant perspectief meebrengt, zijn wij voor de commissie toch op zoek naar meer expertise op het gebied van transgenderzorg voor jongeren. Het bestuur houdt u graag in gedachten voor eventuele toekomstige werkzaamheden van de Gezondheidsraad.

Met vriendelijke groeten, ook namens 5.1.2e

5.1.2e

Van: 5.1.2e
Verzonden: donderdag 17 oktober 2024 11:20
Aan: 5.1.2e <5.1.2e >
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Verkennend gesprek Gezondheidsraad

Beste 5.1.2e

Nogmaals dank voor het gesprek vorige week en ook dank voor jouw bericht. Wij hebben dhr. 5.1.2e niet gesproken, maar wij hebben hem op de radar.

Vriendelijke groeten,
5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e >
Verzonden: maandag 14 oktober 2024 09:32
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Re: Verkennend gesprek Gezondheidsraad

Beste 5.1.2e en 5.1.2e
Hebben jullie 5.1.2e , 5.1.2e , ook gesproken? Hij kan vanuit juridisch perspectief goed meedenken:
NJB: Blog - 5.1.2e
Hg
5.1.2e

5.1.2e

recent: 5.1.2e | NTVG

On Fri, Sep 27, 2024 at 11:59 5.1.2e <5.1.2e> wrote:

> Beste 5.1.2e en 5.1.2e
> Goed dat hier aandacht voor is.
> Ik zit erg krap in mijn tijd maar kan maandag 7 of dinsdag 8 okt nog om 10 uur of dinsdag 1 okt om 11 uur.
> Hg
> 5.1.2e
>
> 5.1.2e
>
> recent: 5.1.2e | NTVG

On Thu, Sep 26, 2024 at 11:21 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl> wrote:

> Geachte professor 5.1.2e
>
> De Gezondheidsraad start begin 2025 met een adviestraject over de transgenderzorg voor jongeren in Nederland. Demissionair minister Dijkstra van VWS heeft hierover een adviesaanvraag gestuurd op 13 mei jl. (zie bijgevoegd).
> Voor beantwoording van de adviesvraag heeft het bestuur van de Gezondheidsraad besloten om een tijdelijke commissie in te stellen, waarvan ik wetenschappelijk secretaris ben. Gezien uw brede kennis van de orthopedagogiek en uw expertise op het gebied van medicalisering van (onder andere) sociale problemen zouden wij graag eens met u van gedachten wisselen over dit onderwerp. Is het mogelijk om daarvoor op korte termijn een telefonische afspraak, al dan niet via videovergadering, in te plannen?
>
> Ik kijk uit naar uw reactie.
>
> Met vriendelijke groet, ook namens mijn collega 5.1.2e ,
>
> 5.1.2e
> Wetenschappelijk secretaris
>
> Tel. +31 6 5.1.2e
> Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag

www.gezondheidsraad.nl
Aanwezig ma, di, do, vr.

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Gezondheidsraad - terugkoppeling oriënterend gesprek
Datum: donderdag 31 oktober 2024 11:26:00
Bijlagen: image001.png
image002.jpg

Beste mevrouw 5.1.2e

Excuses voor mijn late reactie, uw mail is even blijven liggen. Wij willen u bedanken voor uw begrip en uw suggestie. Wij zullen dit meenemen.

Vriendelijke groeten,
5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e >
Verzonden: dinsdag 22 oktober 2024 17:44
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
CC: 5.1.2e 5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Gezondheidsraad - terugkoppeling oriënterend gesprek

Beste 5.1.2e en 5.1.2e

Hartelijk dank voor de terugkoppeling. Ik begrijp goed dat jullie op zoek zijn naar iemand met meer klinische ervaring in transgenderzorg voor jongeren. Ik kan jullie van harte mijn collega 5.1.2e aanbevelen. 5.1.2e werkt sinds 5.1.2e in het 5.1.2e en heeft veel ervaring met zorg en onderzoek bij transgender jongeren.

Met vriendelijke groet/best regards,

5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Verzonden: dinsdag 22 oktober 2024 16:43
Aan: 5.1.2e <5.1.2e >
CC: 5.1.2e <5.1.2e >
Onderwerp: Gezondheidsraad - terugkoppeling oriënterend gesprek

Beste prof. 5.1.2e

Onlangs hebben wij een oriënterend gesprek gevoerd in het kader van het adviestraject over transgenderzorg voor jongeren. Wij kijken terug op een prettig gesprek. Het is duidelijk dat u veel expertise heeft in het transgenderonderzoek, maar het bestuur heeft besloten om u niet toe te voegen aan de commissie. Voor de commissie zijn wij op zoek naar meer klinische ervaring in de transgenderzorg voor jongeren. Het bestuur houdt u wel graag in gedachten voor eventuele toekomstige werkzaamheden van de Gezondheidsraad.

Met vriendelijke groeten, ook namens 5.1.2e ,

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris



tel. +31 6 5.1.2e (ma t/m vrij)
bezoekadres: Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl

5.1.2e

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Over Cass review
Datum: donderdag 31 oktober 2024 16:27:00
Bijlagen: image001.png

Hi 5.1.2e

Begrijpelijke vraag! Wij lazen het interview met jou in het 5.1.2e , zo zijn wij bij jou terecht gekomen.

Groeten,
5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e >
Verzonden: donderdag 31 oktober 2024 16:09
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Re: Over Cass review

Enorm bedankt.

Vraag vanuit mijn achterban :) —> hoe waren jullie eigenlijk bij mij terecht gekomen?

Met vriendelijke groeten,
5.1.2e

5.1.2e
arts, psycholoog
5.1.2e

Disclaimer: De informatie in dit bericht is alleen bestemd voor de geadresseerde(n) benoemd in de verzendlijst. Vertrouwelijke informatie zal niet m.b.v. de e-mail verstuurd worden. Indien deze E-mail per ongeluk naar u verzonden is en/of het duidelijk is uit de inhoud van deze E-mail dat dit bericht niet voor u bestemd is, dient u de E-mail direct te vernietigen. In het kader van het beroepsgeheim wordt u dringend verzocht deze informatie niet te gebruiken en niet te verspreiden. Indien mogelijk verzoeken wij u de afzender op de hoogte te stellen van de onjuiste adressering.De afzender neemt geen verantwoordelijkheid voor schade, die ontstaat door het gebruik van de gegevens en/of documenten die middels deze E-mail worden verspreid.

> Op 31 okt 2024, om 15:51 heeft 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl> het volgende geschreven:
>
> Hi 5.1.2e
>
> Dankjewel voor het doorsturen van de verschillende publicaties, heel fijn.

Ook bedankt wederom voor het prettige gesprek eerder vandaag.
We komen over ongeveer twee weken bij je terug met een terugkoppeling vanuit het bestuur.

Hartelijke groet,
5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e >
Verzonden: donderdag 31 oktober 2024 13:04
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Over Cass review

Oh en deze wil ik jullie niet onthouden:

<image001.jpg>

Een reactie van Amsterdam UMC op de Cass review over transgenderzorg
amsterdamumc.org

Hier sluit onze praktijk zich volledig bij aan!

Met vriendelijke groeten,
5.1.2e

<image002.png>

5.1.2e

Disclaimer: De informatie in dit bericht is alleen bestemd voor de geadresseerde(n) benoemd in de verzendlijst. Vertrouwelijke informatie zal niet m.b.v. de e-mail verstuurd worden. Indien deze E-mail per ongeluk naar u verzonden is en/of het duidelijk is uit de inhoud van deze E-mail dat dit bericht niet voor u bestemd is, dient u de E-mail direct te vernietigen. In het kader van het beroepsgeheim wordt u dringend verzocht deze informatie niet te gebruiken en niet te verspreiden. Indien mogelijk verzoeken wij u de afzender op de hoogte te stellen van de onjuiste adressering.De afzender neemt geen verantwoordelijkheid voor schade, die ontstaat door het gebruik van de gegevens en/of documenten die middels deze E-mail worden verspreid.

Op 31 okt 2024, om 13:02 heeft 5.1.2e <5.1.2e > het volgende geschreven:

Ha 5.1.2e en 5.1.2e

Dank voor jullie tijd. Zwaar onderwerp.

Zoals beloofd de linkjes naar verschillende research:

Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20646177/

Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25201798/

Een studie onderzocht of kinderen 'sociaal besmet' kunnen worden, waardoor ze transgender gevoelens zouden ontwikkelen. Uit het onderzoek blijkt dat dat niet zo is.

Turban, L. Jack; e.g. (03-08-2022). Seks Assigned at Birth Ratio Among Transgender and Gender Diverse Adolescents in the United States.

https://publications.aap.org/pediatrics/article/150/3/e2022056567/188709/Sex-Assigned-at-Birth-Ratio-Among-Transgender-and

---

Het onderzoek van Litman wordt vaak aangehaald ter ondersteuning van de claim dat kinderen worden beïnvloed in het ontwikkelen van trans gevoelens, o.a. door sociale media en andere kinderen. Onderzoekers van de Radboud Universiteit bevestigen aan ons dat er uit dat onderzoek niet geconcludeerd kan worden dat kinderen transgender denken te zijn, als gevolg van kennismaking met het onderwerp via sociale media of door omgang met andere kinderen.

Littman, L. (16-08-2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria.

https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0202330

Onderzoekers van het VUmc en LUmc onderzochten in hoeverre transgender jongeren wilsbekwaam genoeg zijn om te beslissen over puberteitsremmers. Uit het onderzoek kwam naar voren dat 93,2% van de transgender jongeren volgens de MDC-standaarden wilsbekwaam genoeg was om te beslissen over puberteitsremmers en 89,2% van de transgender jongeren volgens de MacCAT-t standaarden wilsbekwaam genoeg was om over puberteitsremmers te beslissen.

Vrouwenraets, Lieke; J.J.J. ; e.g. (01-12-2021). Assessing Medical Decision-Making Competence in Transgender Youth.

https://publications.aap.org/pediatrics/article/148/6/e2020049643/183482/Assessing-Medical-Decision-Making-Competence-in?autologincheck=redirected

---

Het VUMC deed onderzoek naar het aantal mensen dat spijt heeft van een hormoonbehandeling. 0,6% transvrouwen zou volgens het onderzoek spijt hebben van een hormoontherapie en 0,3% transmannen zou volgens het onderzoek spijt hebben van een hormoontherapie.

Wiepjes, M. Chantal; e.g. (04-04-2018). The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972 – 2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets.

https://academic.oup.com/jsm/article/15/4/582/6980345?login=false

---

Uit onderzoek onder twaalf verschillende genderklinieken in de VS kwam naar voren dat 0,8% van de trans mensen spijt had van een hormoontherapie.

Deutsch, B. Madelief (mei; 2012). Use of the Informed Consent Model in the Provision of Cross-seks Hormone Therapy: A survey of the Practices of Selected Clinics.

https://www.researchgate.net/publication/241745100_Use_of_the_Informed_Consent_Model_in_the_Provision_of_Cross-Sex_Hormone_Therapy_A_Survey_of_the_Practices_of_Selected_Clinics

---

Uit een recent onderzoek dat meerdere studies analyseerde, kwam naar voren dat het percentage mensen dat spijt heeft van een geslachtsveranderende operatie, tussen 0,3% en 3,8% ligt.

Coleman, E.; e.g. (15-09-2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8.

https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26895269.2022.2100644

Uit onderzoek van het VUmc kwam naar voren dat 98% van de jongeren die na puberteitsremmers geslachtshormonen ging gebruiken, jaren later nog steeds hormonen gebruikt.

Van der Loos, A.T.C. Maria (20-10-2022). Continuation of gender-affirming hormones in transgender people starting puberty supression in adolescence: a cohort study in the Netherlands.

https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(22)00254-1/fulltext

---

Uit een onderzoek dat meerdere studies analyseerde, kwam naar voren dat 1% van de personen dat een geslachtsveranderende operatie onderging spijt had. Uit dat onderzoek kwam ook naar voren dat als er sprake was van spijt, de sociale omgeving een belangrijke factor daarin een belangrijke factor was.

Bustos, P. Valeria; e.g. (19-03-2021). Regret adter Gender-affirmation Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8099405/

Op de website van de VU kun je ook veel goede dingen vinden;
https://www.amsterdamumc.org/nl/vandaag/onderzoek-naar-transgenderzorg-voor-jongeren.htm

https://www.amsterdamumc.org/nl/vandaag/genderbevestigende-hormoontherapie-vermindert-psychische-klachten-bij-transgender-personen.htm

Met vriendelijke groeten,
5.1.2e

<5.1.2e -logo-klein.png>

5.1.2e
arts, psycholoog
5.1.2e

Disclaimer: De informatie in dit bericht is alleen bestemd voor de geadresseerde(n) benoemd in de verzendlijst. Vertrouwelijke informatie zal niet m.b.v. de e-mail verstuurd worden. Indien deze E-mail per ongeluk naar u verzonden is en/of het duidelijk is uit de inhoud van deze E-mail dat dit bericht niet voor u bestemd is, dient u de E-mail direct te vernietigen. In het kader van het beroepsgeheim wordt u dringend verzocht deze informatie niet te gebruiken en niet te verspreiden. Indien mogelijk verzoeken wij u de afzender op de hoogte te stellen van de onjuiste adressering.De afzender neemt geen verantwoordelijkheid voor schade, die ontstaat door het gebruik van de gegevens en/of documenten die middels deze E-mail worden verspreid.

Op 28 okt 2024, om 16:02 heeft 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl> het volgende geschreven:

Dag 5.1.2e

Ik heb zojuist een vergaderverzoek gestuurd voor aanstaande donderdag om 12 uur.

We kijken ernaar uit je te spreken.

Hartelijke groet,
5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e >
Verzonden: maandag 28 oktober 2024 15:52
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Re: Verkennend gesprek Gezondheidsraad

Ja komt goed uit. Bv 12u?

Met vriendelijke groeten,
5.1.2e

<image001.png>

5.1.2e
arts, psycholoog
5.1.2e

5.1.2e

www.check-in-genderzorg.nl

Disclaimer: De informatie in dit bericht is alleen bestemd voor de geadresseerde(n) benoemd in de verzendlijst. Vertrouwelijke informatie zal niet m.b.v. de e-mail verstuurd worden. Indien deze E-mail per ongeluk naar u verzonden is en/of het duidelijk is uit de inhoud van deze E-mail dat dit bericht niet voor u bestemd is, dient u de E-mail direct te vernietigen. In het kader van het beroepsgeheim wordt u dringend verzocht deze informatie niet te gebruiken en niet te verspreiden. Indien mogelijk verzoeken wij u de afzender op de hoogte te stellen van de onjuiste adressering.De afzender neemt geen verantwoordelijkheid voor schade, die ontstaat door het gebruik van de gegevens en/of documenten die middels deze E-mail worden verspreid.

Op 28 okt 2024, om 15:31 heeft 5.1.2e 5.1.2e @gr.nl> het volgende geschreven:

Dag 5.1.2e

Hartelijk dank voor je snelle reactie en fijn dat we elkaar al zo snel kunnen spreken.
Voor ons zou aanstaande donderdag tussen 10u en 17u goed uitkomen. Zou een telefonisch afspraak van maximaal 45 minuten op die dag passen?

We horen het graag.

Met vriendelijke groet,
5.1.2e

Van: 5.1.2e
<5.1.2e >
Verzonden: maandag 28 oktober 2024 15:23
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Re: Verkennend gesprek Gezondheidsraad

Ha 5.1.2e

Nou heel graag zelf, dank je wel voor de uitnodiging.
Ik ben deze week heel flexibel, wat zou jou uitkomen?

Met vriendelijke groeten,
5.1.2e

<image001.png>

5.1.2e
arts, psycholoog
5.1.2e

Disclaimer: De informatie in dit bericht is alleen bestemd voor de geadresseerde(n) benoemd in de verzendlijst. Vertrouwelijke informatie zal niet m.b.v. de e-mail verstuurd worden. Indien deze E-mail per ongeluk naar u verzonden is en/of het duidelijk is uit de inhoud van deze E-mail dat dit bericht niet voor u bestemd is, dient u de E-mail direct te vernietigen. In het kader van het beroepsgeheim wordt u dringend verzocht deze informatie niet te gebruiken en niet te verspreiden. Indien mogelijk verzoeken wij u de afzender op de hoogte te stellen van de onjuiste adressering.De afzender neemt geen verantwoordelijkheid voor schade, die ontstaat door het gebruik van de gegevens en/of documenten die middels deze E-mail worden verspreid.

Op 24 okt 2024, om 14:51 heeft 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl> het volgende geschreven:

Geachte mevrouw 5.1.2e

De Gezondheidsraad start begin 2025 met een adviestraject over de transgenderzorg voor jongeren in Nederland. Demissionair minister Dijkstra van VWS heeft hierover een adviesaanvraag gestuurd op 13 mei jl. (zie bijgevoegd).
Voor beantwoording van de adviesvraag heeft het bestuur van de Gezondheidsraad besloten om een tijdelijke commissie in te stellen, waarvan ik wetenschappelijk secretaris ben. Gezien uw expertise op het gebied van de transgenderzorg zouden wij graag eens met u van gedachten wisselen over dit onderwerp. Is het mogelijk om daarvoor op korte termijn een telefonische afspraak, al dan

niet via videovergadering, in te plannen?

Ik kijk uit naar uw reactie.

Met vriendelijke groet, ook namens mijn collega 5.1.2e ,

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris

<image001.jpg>
Tel. +31 6 5.1.2e
Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl
Aanwezig ma, di, do, vr.
<20240513_Adviesaanvraag-GR-transgenderzorg_VWS_20240521_Geredigeerd.pdf>

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e
Onderwerp: Re: Terugkoppeling oriënterend gesprek Gezondheidsraad
Datum: woensdag 20 november 2024 14:00:39
Bijlagen: 5.1.2e -logo-klein.png

Oh dat is top om te horen, dank jullie wel

Met vriendelijke groeten,
5.1.2e

5.1.2e
arts, psycholoog
5.1.2e

Disclaimer: De informatie in dit bericht is alleen bestemd voor de geadresseerde(n) benoemd in de verzendlijst. Vertrouwelijke informatie zal niet m.b.v. de e-mail verstuurd worden. Indien deze E-mail per ongeluk naar u verzonden is en/of het duidelijk is uit de inhoud van deze E-mail dat dit bericht niet voor u bestemd is, dient u de E-mail direct te vernietigen. In het kader van het beroepsgeheim wordt u dringend verzocht deze informatie niet te gebruiken en niet te verspreiden. Indien mogelijk verzoeken wij u de afzender op de hoogte te stellen van de onjuiste adressering.De afzender neemt geen verantwoordelijkheid voor schade, die ontstaat door het gebruik van de gegevens en/of documenten die middels deze E-mail worden verspreid.

Op 20 nov 2024, om 12:08 heeft 5.1.2e
<5.1.2e @gr.nl> het volgende geschreven:

Beste mevrouw 5.1.2e beste 5.1.2e

Inmiddels hebben we het bestuur gesproken over jouw mogelijke deelname aan de commissie Transgenderzorg voor jongeren. Zij zouden jou graag in de commissie zien en zien vooralsnog weinig belemmeringen voor deelname. Zoals we in het kennismakingsgesprek hebben besproken, zul je binnenkort van onze projectmedewerker een belangenverklaring ontvangen. Als deze is ingevuld, zullen we de verklaring met het bestuur bespreken en zal het bestuur deze beoordelen. Van onze projectmedewerker zul je ook een datumprikker ontvangen ten behoeve van het inplannen van de commissievergaderingen.

Mocht je nog vragen hebben, dan zijn wij uiteraard telefonisch/per mail bereikbaar.

Vriendelijke groeten, ook namens 5.1.2e
5.1.2e

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris

<image001.jpg>

tel. +31 6 5.1.2e (ma t/m vrij)
bezoekadres: Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Verkennend gesprek Gezondheidsraad - 5.1.2e
Datum: woensdag 20 november 2024 12:07:00
Bijlagen: image001.jpg

Beste mevrouw 5.1.2e , beste 5.1.2e

In aanvulling op onderstaande mail van 5.1.2e wil ik je melden dat wij inmiddels het bestuur hebben gesproken over jouw mogelijke deelname aan de commissie Transgenderzorg voor jongeren. Zij zouden jou graag in de commissie zien en zien vooralsnog weinig belemmeringen voor deelname. Zoals we in het kennismakingsgesprek hebben besproken, zul je binnenkort van onze projectmedewerker een belangenverklaring ontvangen. Als deze is ingevuld, zullen we de verklaring met het bestuur bespreken en zal het bestuur deze beoordelen. Van onze projectmedewerker zul je ook een datumprikker ontvangen ten behoeve van het inplannen van de commissievergaderingen.

Mocht je nog vragen hebben, dan zijn wij uiteraard telefonisch/per mail bereikbaar.

Vriendelijke groeten, ook namens 5.1.2e
5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Verzonden: dinsdag 12 november 2024 12:22
Aan: 5.1.2e <5.1.2e >
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Verkennend gesprek Gezondheidsraad - 5.1.2e

Beste 5.1.2e

Bedankt voor je terugkoppeling en interesse om zitting te nemen in de tijdelijke commissie. Volgende week bespreken wij de commissiesamenstelling met het bestuur en wordt een definitieve keuze gemaakt over je deelname. We zullen nadien het besluit van het bestuur aan je terugkoppelen. De definitieve commissieleden zullen na het overleg met het bestuur een officiële uitnodiging ontvangen, inclusief onder andere een datumprikker en een formulier voor de belangenverklaring. Zoals eerder genoemd is deelname aan de commissie afhankelijk van de belangenverklaring, die door ons bestuur zal worden beoordeeld.

Ik hoor het graag als je verder nog vragen hebt.

Hartelijke groet,
5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e >
Verzonden: vrijdag 8 november 2024 16:58
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Verkennend gesprek Gezondheidsraad - 5.1.2e

Beste 5.1.2e en 5.1.2e

Bedankt voor de uitnodiging om te kijken of ik plaats kan nemen in de commissie, ik zou daar wel interesse in hebben.

Als jullie in januari al willen beginnen met de vergaderingen, dan is het wel fijn om snel de beoogde dagdelen te horen, de roosters zijn al tm april vastgelegd...

Ik hoor wel hoe verder met de toetsing van belangenverstrengeling?
Groeten 5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Verzonden: dinsdag 5 november 2024 14:59
Aan: 5.1.2e 5.1.2e >
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Verkennend gesprek Gezondheidsraad - 5.1.2e

Beste 5.1.2e

Hartelijk dank voor de artikelen, we zullen ze met veel interesse lezen.

Tot horens,
5.1.2e

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris

Tel. +31 6 5.1.2e
Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl
Aanwezig ma, di, do, vr.

Van: 5.1.2e <5.1.2e >
Verzonden: dinsdag 5 november 2024 13:20
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Verkennend gesprek Gezondheidsraad - 5.1.2e

Bij deze de artikelen die ik noemde, groeten 5.1.2e

-----Oorspronkelijke afspraak-----
Van: 5.1.2e 5.1.2e @gr.nl>
Verzonden: vrijdag 25 oktober 2024 13:52
Aan: 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e
Onderwerp: Verkennend gesprek Gezondheidsraad - 5.1.2e
Tijd: dinsdag 5 november 2024 12:15-13:00 (UTC+01:00) Amsterdam, Berlijn, Bern, Rome, Stockholm, Wenen.
Locatie: Microsoft Teams-vergadering

De Gezondheidsraad start begin 2025 met een adviestraject over de transgenderzorg voor jongeren in Nederland. Demissionair minister Dijkstra van VWS heeft hierover een adviesaanvraag gestuurd op 13 mei jl. (zie e-mailbericht).

Voor beantwoording van de adviesvraag heeft het bestuur van de Gezondheidsraad besloten om een tijdelijke commissie in te stellen. Gezien uw expertise op het gebied van de transgenderzorg en uw onderzoek binnen dit thema zouden wij graag eens met u van gedachten wisselen over dit onderwerp.

Microsoft Teams Heeft u hulp nodig?

Nu deelnemen aan de vergadering

Vergadering-id: 5.1.2e

Wachtwoordcode: 8hC28z

Deelnemen op een apparaat voor videovergaderingen

Tenantsleutel: rijksoverheid@m.webex.com

Video-id: 5.1.2e

Meer informatie

Voor organisatoren: Vergaderopties

5.1.2e

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e 5.1.2e
Onderwerp: RE: Verkennend gesprek Gezondheidsraad
Datum: woensdag 20 november 2024 10:27:06
Bijlagen: image001.jpg
image002.png
image003.png
image004.png
image005.png
image006.png

Beste 5.1.2e

Onlangs hebben wij contact met u opgenomen voor een oriënterend gesprek in het kader van de transgenderzorg voor jongeren. Dat gesprek kon afgelopen vrijdag helaas niet doorgaan. In de tussentijd hebben wij verschillende kandidaten gesproken en heeft het bestuur besloten over de commissiesamenstelling, waarbij kennis van epidemiologie voldoende vertegenwoordigd is. Wij begrijpen dat uw tijd kostbaar is en willen u daarom laten weten dat het niet nodig is een nieuw gesprek in te plannen. We willen u bedanken voor het prettige contact en houden u graag in gedachten voor eventuele toekomstige werkzaamheden voor de Gezondheidsraad.

Met vriendelijke groeten,
5.1.2e

Van: 5.1.2e
Verzonden: vrijdag 15 november 2024 10:39
Aan: 5.1.2e <5.1.2e >
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>;5.1.2e 5.1.2e >
Onderwerp: RE: Verkennend gesprek Gezondheidsraad

Dag 5.1.2e

Dat kan gebeuren, dank voor het doorgeven.
We wachten een bericht van 5.1.2e af.

Groet,
5.1.2e

Van: 5.1.2e 5.1.2e >
Verzonden: vrijdag 15 november 2024 10:28
Aan: 5.1.2e) <5.1.2e @gr.nl>
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>;5.1.2e <5.1.2e >
Onderwerp: Re: Verkennend gesprek Gezondheidsraad

Hallo 5.1.2e door omstandigheden kan ik helaas niet aansluiten zodadelijk. Ik zal 5.1.2e vragen een andere afspraak voor ons te realiseren.

Groet en excuses,
5.1.2e

Met vriendelijke groet,

5.1.2e

Bekijk onze (online) congressen, webinars, trainingen

Deze e-mail (en eventuele bijlagen) kan vertrouwelijke informatie bevatten. Indien u niet de beoogde ontvanger van deze e-mail bent, verzoeken wij u het bericht direct te verwijderen en contact op te nemen met de verzender. Elk gebruik van de inhoud van dit bericht en/of door een andere dan de beoogde ontvanger is onrechtmatig. Het 5.1.2e staat niet in voor de juiste en volledige overbrenging van de inhoud, noch voor tijdige ontvangst daarvan. Het 5.1.2e is gevestigd te Utrecht en is ingeschreven in het handelsregister onder het nummer 5.1.2e .

Van: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Verzonden: dinsdag 5 november 2024 11:59
Aan: 5.1.2e <5.1.2e >
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>;5.1.2e <5.1.2e >
Onderwerp: RE: Verkennend gesprek Gezondheidsraad

Beste 5.1.2e

Geen enkel probleem. Een aantal suggesties voor de week erna:

- Maandag 11 november 9-13.30u, 15-17u
- Dinsdag 12 november 9-11u, 15.30-17u
- Donderdag 14 november 9-17u
- Vrijdag 15 november 9-17u

Zit hier wellicht iets bij?

Groet,
5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e >

Verzonden: dinsdag 5 november 2024 11:14
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>; 5.1.2e <5.1.2e >
Onderwerp: Re: Verkennend gesprek Gezondheidsraad

Hallo 5.1.2e

Helaas ben ik op alle tijdstippen niet beschikbaar. Deze week zit al erg vol. Zijn er mogelijkheden voor jullie volgende week? Ik zet mijn secretaresse 5.1.2e cc. Zij beheert mijn agenda.

Groetjes,
5.1.2e

Met vriendelijke groet,

5.1.2e

Bekijk onze (online) congressen, webinars, trainingen

Deze e-mail (en eventuele bijlagen) kan vertrouwelijke informatie bevatten. Indien u niet de beoogde ontvanger van deze e-mail bent, verzoeken wij u het bericht direct te verwijderen en contact op te nemen met de verzender. Elk gebruik van de inhoud van dit bericht en/of door een andere dan de beoogde ontvanger is onrechtmatig. Het 5.1.2e staat niet in voor de juiste en volledige overbrenging van de inhoud, noch voor tijdige ontvangst daarvan. Het 5.1.2e is gevestigd te Utrecht en is ingeschreven in het handelsregister onder het nummer 5.1.2e

---

Van: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Verzonden: maandag 4 november 2024 10:26
Aan: 5.1.2e <5.1.2e >; 5.1.2e <5.1.2e >
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Verkennend gesprek Gezondheidsraad

Beste 5.1.2e ,

Hartelijk dank voor uw reactie. Heel fijn om elkaar toch even te spreken.
Onze beschikbaarheid deze week is:

- Dinsdag 5 november 13.30-17u
- Donderdag 7 november 11-17u
- Vrijdag 8 november 9-12u

We verwachten dat een gesprek van een half uur voldoende zal zijn.

We horen het graag of hier een mogelijkheid tussen zit.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris

Tel. +31 6 5.1.2e
Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl
Aanwezig ma, di, do, vr.

Van: 5.1.2e 5.1.2e >
Verzonden: vrijdag 1 november 2024 20:17
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Re: Verkennend gesprek Gezondheidsraad

Beste 5.1.2e

Hartelijk dank voor deze uitnodiging. Ik vind het prima om even contact te hebben, maar ik heb geen tot weinig expertise op dit specifieke onderwerp ben ik bang. Fijn wanneer je vervolgmails naar 5.1.2e kunt sturen. Ik lees mijn 5.1.2e mail sporadisch.

Hartelijke groet,

5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Verzonden: donderdag 24 oktober 2024 01:06
Aan: 5.1.2e <5.1.2e >
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Verkennend gesprek Gezondheidsraad

U ontvangt niet vaak e-mail van 5.1.2e @gr.nl. Ontdek waarom dit belangrijk is

CAUTION: This email originated from outside of 5.1.2e . Do not click links or open attachments unless you recognize the sender and know the content is safe.

Geachte 5.1.2e

De Gezondheidsraad start begin 2025 met een adviestraject over de transgenderzorg voor jongeren in Nederland. Demissionair minister Dijkstra van VWS heeft hierover een adviesaanvraag gestuurd op 13 mei jl. (zie bijgevoegd).

Voor beantwoording van de adviesvraag heeft het bestuur van de Gezondheidsraad besloten om een tijdelijke commissie in te stellen, waarvan ik wetenschappelijk secretaris ben. Gezien uw expertise op het gebied van epidemiologisch onderzoek bij jongeren zouden wij graag eens met u van gedachten wisselen over dit onderwerp. Is het mogelijk om daarvoor op korte termijn een telefonische afspraak, al dan niet via videovergadering, in te plannen?

Ik kijk uit naar uw reactie.

Met vriendelijke groet, ook namens mijn collega 5.1.2e ,

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris

Tel. +31 6 5.1.2e
Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl
Aanwezig ma, di, do, vr.

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Verkennend gesprek Gezondheidsraad
Datum: vrijdag 22 november 2024 15:55:06
Bijlagen: image001.png
image002.png
image003.png
image004.png
image005.png
image006.png
image007.png
image008.png
image009.png
image010.png
image011.png
image012.png
image013.jpg

Hoi 5.1.2e

Nee, 5.1.2e heeft een extreem volle agenda. Dus dit was toevallig een mogelijkheid die nog kon. We plannen het anders toch maar om 09.45 uur, dan sluit ze een kwartier later aan bij het andere overleg (dus tot 10.15 uur). Want anders wordt het januari.
Je mag de uitnodiging toesturen dan zal ik deze accepteren.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Verzonden: vrijdag 22 november 2024 15:50
Aan: 5.1.2e <5.1.2e >
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Verkennend gesprek Gezondheidsraad

Waarschuwing: Deze e-mail is afkomstig van buiten de organisatie. Klik niet op links en open geen bijlagen, tenzij u de afzender herkent en weet dat de inhoud veilig is.
Caution: This email originated from outside of the organization. Do not click links or open attachments unless you recognize the sender and know the content is safe.

Beste 5.1.2e

Woensdagochtend voor 09.45 uur is voor ons helaas niet mogelijk. Is prof. 5.1.2e beschikbaar op een ander moment? Misschien dinsdagmiddag, donderdag of vrijdag?

Vriendelijke groeten,

5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e >
Verzonden: vrijdag 22 november 2024 08:55
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>

Onderwerp: RE: Verkennend gesprek Gezondheidsraad

Goedemorgen,

De voorkeur is wel echt 09.30-10.00 uur, zij heeft om 10.00 uur een andere meeting staan.
Het kan ook van 09.00-09.30 uur.

Ik hoor het graag,

Met vriendelijke groet,

5.1.2e







Van: 5.1.2e 5.1.2e @gr.nl>
Verzonden: donderdag 21 november 2024 10:26
Aan: 5.1.2e <5.1.2e >
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Verkennend gesprek Gezondheidsraad

Waarschuwing: Deze e-mail is afkomstig van buiten de organisatie. Klik niet op links en open geen bijlagen, tenzij u de afzender herkent en weet dat de inhoud veilig is.
Caution: This email originated from outside of the organization. Do not click links or open attachments unless you recognize the sender and know the content is safe.

Beste 5.1.2e

Dank voor uw bericht. Wat fijn dat prof. 5.1.2e met ons in gesprek wil. Is het ook mogelijk om woensdag 27 november van 09.45 tot 10.15 uur met haar te spreken?

Vriendelijke groeten,
5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e >
Verzonden: woensdag 20 november 2024 15:51

Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Verkennend gesprek Gezondheidsraad

Goedemiddag 5.1.2e

Dank voor de mail.

Zou het u woensdag 27 november a.s. schikken, van 09.30-10.00 uur? Graag uw reactie,

Met vriendelijke groet,

5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Verzonden: dinsdag 19 november 2024 16:51
Aan: 5.1.2e >
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Verkennend gesprek Gezondheidsraad

Waarschuwing: Deze e-mail is afkomstig van buiten de organisatie. Klik niet op links en open geen bijlagen, tenzij u de afzender herkent en weet dat de inhoud veilig is.
Caution: This email originated from outside of the organization. Do not click links or open attachments unless you recognize the sender and know the content is safe.

Geachte professor 5.1.2e

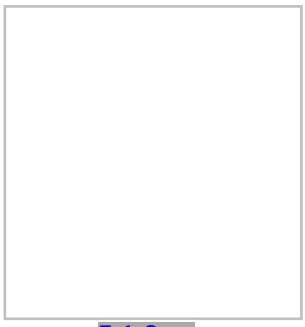
De Gezondheidsraad start begin 2025 met een adviestraject over de transgenderzorg voor jongeren in Nederland. Demissionair minister Dijkstra van VWS heeft hierover een adviesaanvraag gestuurd op 13 mei jl. (zie bijgevoegd).

Voor beantwoording van de adviesvraag heeft het bestuur van de Gezondheidsraad besloten om een tijdelijke commissie in te stellen, waarvan ik wetenschappelijk secretaris ben. Gezien uw expertise op het gebied van de kinderpsychiatrie en uw rol als 5.1.2e zouden wij graag eens met u van gedachten wisselen over dit onderwerp. Is het mogelijk om daarvoor op korte termijn een telefonische afspraak, al dan niet via videovergadering, in te plannen?

Ik kijk uit naar uw reactie.

Met vriendelijke groet, ook namens mijn collega 5.1.2e ,

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris



tel. +31 6 5.1.2e (ma t/m vrij)
bezoekadres: Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e
Onderwerp: Re: Verkennend gesprek Gezondheidsraad
Datum: donderdag 28 november 2024 11:14:10
Bijlagen: image001.jpg

Ik zie in de uitnodiging zowel een teams link als een webex link. Welke gebruiken we?

5.1.2e

From: 5.1.2e <5.1.2e>
Sent: Thursday, November 28, 2024 11:04:19 AM
To: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Cc: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Subject: Re: Verkennend gesprek Gezondheidsraad

Dank, ja dat tijdstip is prima.

5.1.2e

From: 5.1.2e 5.1.2e @gr.nl>
Sent: Thursday, November 28, 2024 10:07:53 AM
To: 5.1.2e <5.1.2e >
Cc: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Subject: RE: Verkennend gesprek Gezondheidsraad

Beste 5.1.2e ,

Dank voor uw snelle en positieve reactie. Wat fijn dat u met ons in gesprek wilt gaan.
Maandagochtend komt voor ons ook goed uit. Schikt het van 10.15 tot 11.00 uur? Als dit voor u een geschikt moment is, zal ik een vergaderverzoek met een link naar Microsoft Teams toesturen.

Vriendelijke groeten,
5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e >
Verzonden: woensdag 27 november 2024 20:33
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Re: Verkennend gesprek Gezondheidsraad

Beste 5.1.2e

Dank voor je mail! Lijkt me prima om een online afspraak te maken.

Wat zou voor jullie een geschikt moment zijn?

Ik kan bijvoorbeeld maandagochtend (2 dec) de hele ochtend.

Groet,

5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Verstuurd: woensdag, november 27, 2024 4:27:12 p.m.
Aan: 5.1.2e <5.1.2e >
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Verkennend gesprek Gezondheidsraad

Geachte professor 5.1.2e

De Gezondheidsraad start begin 2025 met een adviestraject over de transgenderzorg voor jongeren in Nederland. Demissionair minister Dijkstra van VWS heeft hierover een adviesaanvraag gestuurd op 13 mei jl. (zie bijgevoegd).

Voor beantwoording van de adviesvraag heeft het bestuur van de Gezondheidsraad besloten om een tijdelijke commissie in te stellen, waarvan ik wetenschappelijk secretaris ben. Gezien uw expertise op het gebied van de kinder- en jeugdpsychiatrie en uw rol als 5.1.2e zouden wij graag eens met u van gedachten wisselen over dit onderwerp. Is het mogelijk om daarvoor op korte termijn een telefonische afspraak, al dan niet via videovergadering, in te plannen?

Ik kijk uit naar uw reactie.

Met vriendelijke groet, ook namens mijn collega 5.1.2e ,

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris

tel. +31 6 5.1.2e (ma t/m vrij)
bezoekadres: Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl

De inhoud van dit bericht is vertrouwelijk en alleen bestemd voor de geadresseerde(n). Anderen dan de geadresseerde(n) mogen geen gebruik maken van dit bericht, het niet openbaar maken of op enige wijze verspreiden of vermenigvuldigen. Het 5.1.2e kan niet aansprakelijk gesteld worden voor een incomplete aankomst of vertraging van dit verzonden bericht.

The contents of this message are confidential and only intended for the eyes of the addressee(s).

Others than the addressee(s) are not allowed to use this message, to make it public or to distribute or multiply this message in any way. The 5.1.2e cannot be held responsible for incomplete reception or delay of this transferred message.

De inhoud van dit bericht is vertrouwelijk en alleen bestemd voor de geadresseerde(n). Anderen dan de geadresseerde(n) mogen geen gebruik maken van dit bericht, het niet openbaar maken of op enige wijze verspreiden of vermenigvuldigen. Het 5.1.2e kan niet aansprakelijk gesteld worden voor een incomplete aankomst of vertraging van dit verzonden bericht.

The contents of this message are confidential and only intended for the eyes of the addressee(s). Others than the addressee(s) are not allowed to use this message, to make it public or to distribute or multiply this message in any way. The 5.1.2e cannot be held responsible for incomplete reception or delay of this transferred message.

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e 5.1.2e
Cc: 5.1.2e)
Onderwerp: RE: Kennismakingsgesprek met commissievoorzitter
Datum: dinsdag 17 december 2024 12:11:08
Bijlagen: image001.jpg

Hoi 5.1.2e en 5.1.2e
Ik had in mijn po met onze 5.1.2e dit nog even gemeld.
Hij gaf aan ook bij deze kennismaking te willen zijn.
Zouden jullie ook een uitnodiging naar hem willen sturen?

Gr
5.1.2e

5.1.2e @minvws.nl>

Van: 5.1.2e
Verzonden: maandag 16 december 2024 16:48
Aan: 5.1.2e @gr.nl>; 5.1.2e @minvws.nl>
CC: 5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Kennismakingsgesprek met commissievoorzitter

Ik kan op 28 januari en ben dan ook bij VWS.
De 30e kan ik van 10.00 uur tot 12.00 uur maar dan digitaal.
Gr
5.1.2e

Van: 5.1.2e @gr.nl>
Verzonden: maandag 16 december 2024 16:40
Aan: 5.1.2e @minvws.nl>; 5.1.2e @minvws.nl>
CC: 5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Kennismakingsgesprek met commissievoorzitter

Dag 5.1.2e en 5.1.2e

Als het goed is hebben jullie inmiddels de uitnodigingen voor de vergaderingen van de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren ontvangen. De commissie zal op woensdag 5 februari voor het eerst bij elkaar komen. De commissievoorzitter heeft bij ons aangegeven voor die tijd graag met jullie kennis te maken. Dit zou kunnen op de volgende momenten:

- Dinsdag 28 januari 14.30-17.00 uur
- Donderdag 30 januari 10.00-14.00 uur

Zit hier voor jullie een geschikt moment tussen? We zouden dat voor nu graag online doen en denken dat een half uur volstaat. Als jullie de beschikbaarheid doorgeven, zal ik iets inplannen en een vergaderlink sturen.

Vriendelijke groeten,

5.1.2e

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris



tel. +31 6 5.1.2e (ma t/m vrij)
bezoekadres: Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e
Onderwerp: Re: Terugkoppeling verkennend gesprek Gezondheidsraad
Datum: dinsdag 24 december 2024 14:08:26
Bijlagen: image001.jpg

Dank voor de terugkoppeling!

5.1.2e

From: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Sent: Friday, December 20, 2024 3:23:26 PM
To: 5.1.2e <5.1.2e >
Cc: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Subject: Terugkoppeling verkennend gesprek Gezondheidsraad

Beste prof. 5.1.2e beste 5.1.2e

Onlangs hebben wij een oriënterend gesprek gevoerd in het kader van het adviestraject over transgenderzorg voor jongeren. Mijn excuses dat een terugkoppeling van onze kant zo lang op zich heeft laten wachten. Wij kijken terug op een prettig gesprek. Ondanks uw ruime expertise op het gebied van kinder- en jeugdpsychiatrie, heeft het bestuur besloten om u niet toe te voegen aan de commissie. Zij geven de voorkeur aan een psychiater met meer klinische ervaring in de transgenderzorg. Het bestuur houdt u wel graag in gedachten voor eventuele toekomstige werkzaamheden van de Gezondheidsraad.

Met vriendelijke groeten, ook namens 5.1.2e ,

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris

tel. +31 6 5.1.2e (ma t/m vrij)
bezoekadres: Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl

De inhoud van dit bericht is vertrouwelijk en alleen bestemd voor de geadresseerde(n). Anderen dan de geadresseerde(n) mogen geen gebruik maken van dit bericht, het niet openbaar maken of op enige wijze verspreiden of vermenigvuldigen. Het 5.1.2e kan niet aansprakelijk gesteld worden voor een incomplete aankomst of vertraging van dit verzonden bericht.

The contents of this message are confidential and only intended for the eyes of the

addressee(s). Others than the addressee(s) are not allowed to use this message, to make it public or to distribute or multiply this message in any way. The 5.1.2e cannot be held responsible for incomplete reception or delay of this transferred message.

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e ;5.1.2e ;5.1.2e
Onderwerp: RE: Antwoord NSC
Datum: vrijdag 17 januari 2025 14:46:00
Bijlagen: image001.jpg

Ha 5.1.2e

Ik zie ook dat het onderwerp enorm leeft en begrijp daarom jouw vraag. Na de installatie zal de samenstelling van de commissie op de website worden geplaatst. Ook zal daar tzt een startbrief worden gepubliceerd die aan de minister wordt gestuurd, waarin staat dat de commissie is begonnen met het adviestraject. Begin/medio februari volgt er dus meer informatie op de website. Ik hoop jouw vraag hiermee voldoende te hebben beantwoord.

Groeten,
5.1.2e

Van: 5.1.2e @minvws.nl>
Verzonden: vrijdag 17 januari 2025 08:51
Aan: 5.1.2e @gr.nl>
CC: 5.1.2e @gr.nl>; 5.1.2e @gr.nl>; 5.1.2e @minvws.nl>
Onderwerp: RE: Antwoord NSC

Hoi 5.1.2e en 5.1.2e
Naar aanleiding van woensdag een vraag. Is het misschien nog een idee om de op de website iets meer info te geven over wat jullie mij gestuurd hebben . Ik kreeg er van meerdere kanten vragen over . Het onderwerp leeft erg in het veld. Ik verwijs in kamervragen regelmatig naar de gr.

Gr
5.1.2e

Verzonden met BlackBerry Work
(www.blackberry.com)

Van: 5.1.2e @gr.nl>
Datum: woensdag 15 jan 2025, 1:00 PM
Aan: 5.1.2e @minvws.nl>
Kopie: 5.1.2e @gr.nl>, 5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Antwoord NSC

Dag 5.1.2e

Van 5.1.2e begreep ik dat NSC een vraag heeft ingediend over ons adviestraject betreffende de transgenderzorg voor jongeren. Hierbij stuur ik je puntsgewijs een antwoord op die vraag:

- De Gezondheidsraad is volop bezig met het advies omtrent de transgenderzorg voor jongeren. De afgelopen tijd is er een evenwichtige commissie samengesteld. Deze commissie zal begin februari worden geïnstalleerd. De voorzitter van de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren is prof. dr. O.M. Dekkers.
- Daarnaast werkt de Gezondheidsraad aan een zorgvuldige voorbereiding voor de commissie,

waaronder een uitgebreid literatuuronderzoek.

Hopelijk kan je hiermee uit de voeten.

Groeten,
5.1.2e

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris



tel. +31 6 5.1.2e (ma t/m vrij)
bezoekadres: Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Commissie tgZ
Datum: donderdag 6 februari 2025 16:41:00

Hi 5.1.2e

Fijn dat je ons daar op attendeert. Natuurlijk is 5.1.2e ook 5.1.2e ik heb gelijk gevraagd of communicatie haar naam op de website kan zetten. Goed om te horen dat je van 5.1.2e al een terugkoppeling hebt gekregen. Het verslag van de eerste vergadering zullen jullie met de stukken voor de volgende vergadering ontvangen.

Groeten,
5.1.2e

Van: 5.1.2e @minvws.nl>
Verzonden: donderdag 6 februari 2025 15:50
Aan: 5.1.2e @gr.nl>
CC: 5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Commissie tgZ

Dank, misschien nog even 5.1.2e invoegen. Wij zijn beide 5.1.2e
Ik hoor uit de terugkoppeling van 5.1.2e dat het een hele interessante bijeenkomst was met hele goede vragen.
Op naar het vervolg, ik neem aan dat we verslag krijgen.
Groet en natuurlijk veel succes voor jullie verder in dit traject.

Ik neem een klein stukje in een kamerbrief op (is mijn voornemen) waar ik het traject noem, en zal linkje opnemen.

Gr
5.1.2e

Van: 5.1.2e @gr.nl>
Verzonden: donderdag 6 februari 2025 14:43
Aan: 5.1.2e @minvws.nl>
CC: 5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Commissie tgZ

Dag 5.1.2e

Vanmiddag is de commissiesamenstelling op de website geplaatst. Zoals beloofd stuur ik je hierbij de link. Voor de volledigheid stuur ik je ook een link naar de onderwerppagina van het adviestraject.

Groeten,
5.1.2e

Van: 5.1.2e @minvws.nl>
Verzonden: maandag 3 februari 2025 15:01
Aan: 5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Commissie tgZ

Ja doe maar!
5.1.2e is er woensdag bij ik de
Volgende keer

Verzonden met BlackBerry Work
(www.blackberry.com)

Van: 5.1.2e @gr.nl>
Datum: maandag 03 feb 2025, 2:44 PM
Aan: 5.1.2e @minvws.nl>
Kopie: 5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Commissie tgZ

Ha 5.1.2e

Na de eerste commissievergadering zal de samenstelling van de commissie op onze website worden geplaatst, maar hier zal geen persbericht van verschijnen. Uiteraard kunnen wij jou wel een seintje geven als de commissie op de website is gezet.

Groeten,
5.1.2e

Van: 5.1.2e @minvws.nl>
Verzonden: vrijdag 31 januari 2025 15:01
Aan: 5.1.2e gr.nl>; 5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Commissie tgZ

Als jullie naar buiten gaan met persbericht over de commissie tgZ wil je mij dan vooraf informeren?

Dan kan ik ook voorlichting nog even inseinen.

Gr 5.1.2e

Verzonden met BlackBerry Work
(www.blackberry.com)

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e 5.1.2e ; 5.1.2e
Cc: 5.1.2e 5.1.2e
Onderwerp: Re: Uitnodigingsbrief ouders en jongeren
Datum: donderdag 20 maart 2025 18:39:31
Bijlagen: image001.jpg

Dag allen,

Dit lijkt mij een goede brief, een opmerking: Genderkind en Ouders (GO) moet zijn: Genderkind en ouders (Go). Een aangepaste versie voor de jongeren is heel welkom.

Groet,

5.1.2e

5.1.2e
5.1.2e

5.1.2e

m: 5.1.2e
e: 5.1.2e

5.1.2e

Op 20-3-2025 om 16:31 schreef 5.1.2e

> Beste 5.1.2e 5.1.2e en 5.1.2e
>
> Hierbij gaan wij graag in op jullie aanbod om mee te lezen met de uitnodigingsbrief voor de ouders en jongeren. We hebben deze brief gericht aan de ouders, maar laat het ons vooral weten als jullie denken dat het zinvol is om ook een versie voor de jongeren te maken.
>
> We zien jullie feedback graag tegemoet.
>
> Vriendelijke groeten,
> 5.1.2e

tel. +31 6 5.1.2e (ma t/m vrij)
bezoekadres: Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl

Dit bericht is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde(n). Als u dit bericht ten onrechte heeft ontvangen, neem dan s.v.p. contact met ons op per kerende e-mail. Inzage, gebruik en verspreiding van de inhoud van dit bericht is voorbehouden aan de geadresseerde of diens gemachtigde. Wij kunnen niet instaan noch aanvaarden wij aansprakelijkheid voor de juiste en volledige overbrenging van de inhoud van een verzonden e-mailbericht, noch voor daarbij overgebrachte virussen.

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e); 5.1.2e ; 5.1.2e
Cc: 5.1.2e); 5.1.2e)
Onderwerp: Re: Uitnodigingsbrief ouders en jongeren
Datum: maandag 24 maart 2025 11:00:46
Bijlagen: image001.jpg

Hallo 5.1.2e 5.1.2e

De ouders weten nog niet van elkaar wie zich hebben aangemeld, maar het lijkt ons geen probleem als jullie de namen binnen de genodigden voor sessie 1 delen.
Zoals jullie zelf aangeven, wel alleen binnen die groep.

Hartelijke groet,
5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Verzonden: vrijdag 21 maart 2025 16:01
Aan: 5.1.2e <5.1.2e >; 5.1.2e <5.1.2e >; 5.1.2e <5.1.2e >
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>; 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Uitnodigingsbrief ouders en jongeren

Beste 5.1.2e en 5.1.2e

Hartelijk dank voor jullie snelle reacties en suggesties. Naar aanleiding hiervan hebben we de brief op sommige punten aangepast. In overeenstemming met 5.1.2e reactie kiezen wij er toch voor om alleen de ouders aan te schrijven.

Ook veel dank voor het doorgeven van de namen en de mailadressen. Zoals jullie wellicht in de brief hebben gelezen, zouden wij graag een lijst van genodigden met de uitnodiging meesturen. Op deze lijst staan in ieder geval de namen van de aanwezigen namens de Gezondheidsraad. Gebruikelijk staan ook de sprekers in dit document vermeld. Zouden we de namen van de ouders en kinderen en begeleiders van Go op deze manier met alle aanwezigen van sessie 1 mogen delen? Als jullie denken dat dit niet wenselijk is, zullen we op de lijst van genodigden alleen vermelden dat er vijf ouders en hun kinderen en twee begeleiders van Go aanwezig zullen zijn, zonder vermelding van namen.
Wellicht ten overvloede, maar ik benoem het graag voor de zekerheid: de genodigden van sessie 2 en 3 hebben al een lijst met genodigden ontvangen, waarop de namen van de genodigden van sessie 1 niet zijn genoemd. Dit zal in aanloop naar de raadpleging ook niet veranderen.

Vriendelijke groeten, ook namens 5.1.2e
5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e >
Verzonden: vrijdag 21 maart 2025 10:22
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>; 5.1.2e <5.1.2e >; 5.1.2e <5.1.2e >
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>; 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Re: Uitnodigingsbrief ouders en jongeren

Hallo 5.1.2e en 5.1.2e

Enkele opmerkingen (naast de eerdere van 5.1.2e bij de brief:

- Aan het einde van de 1e inleidende alinea zouden jullie nog een zin kunnen toevoegen die vermeldt dat men definitieve deelname nog formeel bij jullie secretariaat moet bevestigen (zoals toegelicht aan einde van de brief), zodat men dat niet vergeet.
- Beetje vraagtekens bij het gebruik van Powerpoint-presentaties bij sessie 1, maar jullie willen dit misschien toch als mogelijkheid bieden. Voor de besproken informele setting die gewenst is, zijn Powerpoints niet zo passend denk ik. Het kunnen aanleveren van een A4 per ouder/kind is wel waardevol.
- Het is begrijpelijk dat jullie eerst de formele zaken schetsen (Gezondheidsraad/Adviesaanvraag over transgenderzorg voor jongeren/Commissie die het advies opstelt) en dan de ouders verder informeren. Toch zou de brief nog wat persoonlijker kunnen worden als jullie na de inleidende alinea met 1 of 2 tussenzinnen direct doorgaan naar doel en details raadpleging. Daarna kunnen dan nog de 3 paragrafen met formele zaken vermeld worden.

Tot zover deze opmerkingen. Voel je niet verplicht er iets mee te doen.

Wij hebben de ouders gevraagd of we hun mailadres mogen delen zodat de uitnodiging direct naar hen toegestuurd kan worden en de ouders hebben toestemming gegeven tot delen.

Het gaat om de volgende adressen:
5.1.2e - 5.1.2e
5.1.2e - 5.1.2e
5.1.2e - 5.1.2e
5.1.2e - 5.1.2e
5.1.2e - 5.1.2e

En de begeleiders van Go:
5.1.2e - 5.1.2e
5.1.2e - 5.1.2e

N.B. De kinderen hebben soms een andere achternaam dan de ouder dus s.v.p. niet beide met dezelfde achternaam aanschrijven.
Verder als antwoord op jullie vraag, het is niet nodig om de jongeren nog apart aan te schrijven.

Met vriendelijke groet,



5.1.2e
5.1.2e

m: 5.1.2e
e: 5.1.2e

5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Verzonden: donderdag 20 maart 2025 16:31
Aan: 5.1.2e <5.1.2e >; 5.1.2e <5.1.2e >; 5.1.2e <5.1.2e >
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>; 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Uitnodigingsbrief ouders en jongeren

Beste 5.1.2e 5.1.2e en 5.1.2e

Hierbij gaan wij graag in op jullie aanbod om mee te lezen met de uitnodigingsbrief voor de ouders en jongeren. We hebben deze brief gericht aan de ouders, maar laat het ons vooral weten als jullie denken dat het zinvol is om ook een versie voor de jongeren te maken.

We zien jullie feedback graag tegemoet.

Vriendelijke groeten,
5.1.2e en 5.1.2e



tel. +31 6 5.1.2e (ma t/m vrij)
bezoekadres: Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl

Dit bericht is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde(n). Als u dit bericht ten onrechte heeft ontvangen, neem dan s.v.p. contact met ons op per kerende e-mail.

Inzage, gebruik en verspreiding van de inhoud van dit bericht is voorbehouden aan de geadresseerde of diens gemachtigde. Wij kunnen niet instaan noch aanvaarden wij aansprakelijkheid voor de juiste en volledige overbrenging van de inhoud van een verzonden e-mailbericht, noch voor daarbij overgebrachte virussen.
Dit bericht is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde(n). Als u dit bericht ten onrechte heeft ontvangen, neem dan s.v.p. contact met ons op per kerende e-mail. Inzage, gebruik en verspreiding van de inhoud van dit bericht is voorbehouden aan de geadresseerde of diens gemachtigde. Wij kunnen niet instaan noch aanvaarden wij aansprakelijkheid voor de juiste en volledige overbrenging van de inhoud van een verzonden e-mailbericht, noch voor daarbij overgebrachte virussen.

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e
Onderwerp: RE: vervolg adviestraject Transgenderzorg voor jongeren
Datum: donderdag 1 mei 2025 14:48:00

Dag 5.1.2e

Nogmaals veel dank voor jouw deelname aan de raadpleging. Wij kijken zeker terug op een goede raadpleging. Dank ook voor jouw aanbod om eventuele follow-up vragen te beantwoorden en ons in contact te brengen met mensen na detransitie. Dit zullen we in gedachten houden.

Voor wat betreft de planning van het adviestraject, het streven is inderdaad om het advies in het eerste kwartaal van 2026 te publiceren.

Vriendelijke groeten,
5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e >
Verzonden: donderdag 24 april 2025 14:51
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>; 5.1.2e) <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: vervolg adviestraject Transgenderzorg voor jongeren

Hallo 5.1.2e 5.1.2e

Ik hoop dat de raadpleging op 11 april aan jullie verwachtingen en die van de commissie heeft voldaan.
Als er in de follow-up daarvan nog vragen zijn, dan hoor ik dat graag.

Zoals ik tijdens sessie 2 ook kort heb genoemd, hebben we vanuit 5.1.2e wel contact met enkele mensen die in detransitie zijn gegaan maar zij voldoen niet aan het door jullie gewenste profiel (in behandeling gegaan voor 18 jaar en tussen 18 en 30 jaar in detransitie gegaan).
Mochten jullie de wens houden om met mensen na detransitie te spreken en niet in staat zijn geschikte personen daarvoor te vinden, neem dan ook eventueel weer contact met mij op. Dan kunnen we bekijken of er toch nog iets mogelijk is. Weet dat wij bij 5.1.2e het bestaan van detransitie erkennen en deze groep ook als onderdeel van onze doelgroep zien. Tegelijkertijd gaat dit echter echt maar om een heel klein deel van de mensen die in transitie zijn gegaan.

Tot slot had ik nog een vraag over de huidige planning van het adviestraject.
Ik ving iets op dat het eindrapport in Q1 2026 zou worden gepubliceerd.
Klopt dat?

Met vriendelijke groet,

5.1.2e



5.1.2e

m: +5.1.2e
e: 5.1.2e

5.1.2e

Dit bericht is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde(n). Als u dit bericht ten onrechte heeft ontvangen, neem dan s.v.p. contact met ons op per kerende e-mail. Inzage, gebruik en verspreiding van de inhoud van dit bericht is voorbehouden aan de geadresseerde of diens gemachtigde. Wij kunnen niet instaan noch aanvaarden wij aansprakelijkheid voor de juiste en volledige overbrenging van de inhoud van een verzonden e-mailbericht, noch voor daarbij overgebrachte virussen.

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e ; 5.1.2e
Cc: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Bijpraten transgenderzorg
Datum: vrijdag 6 juni 2025 17:23:38
Bijlagen: image001.jpg

Hoi,
Als ik in onze agenda's kijk zou dat moeten lukken.
Stuur jij ons een vergaderverzoek?
Fijn weekend!
5.1.2e

Van: 5.1.2e @gr.nl>
Verzonden: vrijdag 6 juni 2025 17:04
Aan: 5.1.2e @minvws.nl>; 5.1.2e @minvws.nl>
CC: 5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Bijpraten transgenderzorg

Dag 5.1.2e en 5.1.2e

Eind van deze maand staat de vijfde vergadering in het adviestraject Transgenderzorg voor jongeren op de agenda. Het lijkt ons goed om elkaar voor die tijd even (online) te spreken om bij te praten. Zouden jullie donderdag 12 juni a.s. kunnen om 10.00-10.45u via Webex?

Goed weekend gewenst.
Groeten, ook namens 5.1.2e
5.1.2e

tel. +31 6 5.1.2e (ma t/m vrij)
bezoekadres: Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e ; 5.1.2e
Cc: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Bijpraten advies Gezondheidsraad
Datum: dinsdag 25 november 2025 13:12:00

Ha 5.1.2e

Hartelijk dank voor de terugkoppeling. Fijn om te lezen dat jullie er geen problemen mee hebben. Wij zullen nog even een briefje opstellen.

Groeten, ook namens 5.1.2e
5.1.2e

Van: 5.1.2e @minvws.nl>
Verzonden: dinsdag 25 november 2025 09:04
Aan: 5.1.2e @gr.nl>; 5.1.2e @minvws.nl>; 5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Bijpraten advies Gezondheidsraad

Hoi allen,
Gisteren eventueel uitstel besproken met mijn MT lid.
We hebben er geen problemen mee.
Liever een goed en afgewogen advies en goed proces dan haastwerk.

Wel fijn om op schrift of per mail nog uitstel te vernemen. We moeten wel de TK informeren.

Gr
5.1.2e

-----Oorspronkelijke afspraak-----
Van: 5.1.2e @gr.nl>
Verzonden: donderdag 20 november 2025 16:17
Aan: 5.1.2e ; 5.1.2e ; 5.1.2e ; 5.1.2e
Onderwerp: Bijpraten advies Gezondheidsraad
Tijd: maandag 24 november 2025 10:00-10:30 (UTC+01:00) Amsterdam, Berlijn, Bern, Rome, Stockholm, Wenen.
Locatie: Microsoft Teams-vergadering

Ha 5.1.2e en 5.1.2e

Het is alweer even geleden dat we elkaar hebben gesproken. Hoop dat alles goed met jullie gaat. We zouden graag twee punten even kort bespreken, die dinsdag langs ons bestuur moeten. Kunnen we maandag even kort (video)bellen?

Groeten, ook namens 5.1.2e
5.1.2e

Microsoft Teams Heeft u hulp nodig?

Nu deelnemen aan de vergadering

Vergadering-id: 320 379 812 096 28
Wachtwoordcode: QK6Qc9jh

Deelnemen op een apparaat voor videovergaderingen
Tenantsleutel: rijksoverheid@m.webex.com
Video-id: 129 589 342 2
Meer informatie

Voor organisatoren: Vergaderopties

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e ;5.1.2e
Cc: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Brief uitstel publicatie
Datum: woensdag 17 december 2025 16:53:00
Bijlagen: image001.jpg

Ha 5.1.2e

Ik weet niet wanneer het Zorginstituut dat bekend maakt (of dat dat al is gebeurd), maar dat zou inderdaad kunnen. Het is gebruikelijk dat een uitstelbrief ook op onze website wordt geplaatst. Dit is nu nog niet gedaan, maar dat zal binnenkort gebeuren.

Groeten,
5.1.2e

Van: 5.1.2e @minvws.nl>
Verzonden: dinsdag 16 december 2025 13:59
Aan: 5.1.2e @gr.nl>;5.1.2e @minvws.nl>
CC: 5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Brief uitstel publicatie

Dank,
Zal intern overleggen hoe we de TK hierover informeren.
Ik zat zelf te denken dat gelijktijdig te doen met bericht van het Zorginstituut dat de kwaliteitsstandaard transgenderzorg somatisch later wordt opgeleverd.

Gr
5.1.2e

Van: 5.1.2e @gr.nl>
Verzonden: maandag 15 december 2025 16:24
Aan: 5.1.2e @minvws.nl>;5.1.2e @minvws.nl>
CC: 5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Brief uitstel publicatie

Dag 5.1.2e en 5.1.2e

Enige tijd terug lieten wij jullie weten dat we verwachten te publiceren in Q2 in plaats van Q1 zoals in de startbrief is vermeld. Zojuist is de minister hierover per brief geïnformeerd. Bijgaand stuur ik jullie de betreffende brief ter kennisneming.

Groeten,
5.1.2e

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris



tel. +31 6 5.1.2e (ma t/m vrij)
bezoekadres: Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e ;5.1.2e
Cc: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Brief uitstel publicatie
Datum: vrijdag 19 december 2025 11:52:00
Bijlagen: image001.jpg

Ha 5.1.2e

Dank voor jouw terugkoppeling. Ik ben het helemaal met je eens dat de minister eerst op de hoogte moet zijn en wil voorkomen dat er dubbel werk wordt gedaan. De minister is in dit geval onze opdrachtgever, daarom is de brief van afgelopen maandag rechtstreeks naar hem gestuurd. Als het goed is, is hij dus al op de hoogte van de brief. Maar ik begrijp het als jij daar nog een toelichting bij wilt geven. In het kader van transparantie hechten wij er belang aan niet te lang te wachten met het online plaatsen van de brief. Is het een idee om te streven naar de eerste week na de kerstvakantie?

Alvast hele fijne feestdagen gewenst!
Groeten,
5.1.2e

Van: 5.1.2e @minvws.nl>
Verzonden: donderdag 18 december 2025 17:37
Aan: 5.1.2e @gr.nl>;5.1.2e @minvws.nl>
CC: 5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Brief uitstel publicatie

Hoi 5.1.2e
Net nog even besproken met mijn mt lid. We vinden dat de minister eerst op de hoogte moet zijn voordat je dat gaat plaatsen op je website.
Zullen we dat gewoon begin januari eerst even netjes doen en dan dat jullie dit plaatsen?

Dan maken we even een nota richting hem opdat hij geïnformeerd is

Gr 5.1.2e

Verzonden met BlackBerry Work
(www.blackberry.com)

Van: 5.1.2e @gr.nl>
Datum: maandag 15 dec 2025, 4:23 PM
Aan: 5.1.2e @minvws.nl>, 5.1.2e @minvws.nl>
Kopie: 5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Brief uitstel publicatie

Dag 5.1.2e en 5.1.2e

Enige tijd terug lieten wij jullie weten dat we verwachten te publiceren in Q2 in plaats van Q1 zoals in de startbrief is vermeld. Zojuist is de minister hierover per brief geïnformeerd. Bijgaand stuur ik jullie de betreffende brief ter kennisneming.

5.1.2e
Danique

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris



tel. +31 6 5.1.2e (ma t/m vrij)
bezoekadres: Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e ; 5.1.2e ; 5.1.2e ; 5.1.2e ; 5.1.2e
Onderwerp: RE: kamervragen SGP en Christenunie over onderzoek GR
Datum: dinsdag 13 januari 2026 16:57:00
Bijlagen: image001.png
image002.jpg

Dag 5.1.2e

Dank voor het doorsturen van de Kamervragen. Uiteraard zijn wij bereid input te geven voor de beantwoording van de vragen die betrekking hebben op de Gezondheidsraad. Zou je ons kunnen laten weten op welke onderdelen je onze inbreng nodig hebt?

Groeten, ook namens 5.1.2e
5.1.2e

Van: 5.1.2e @minvws.nl>
Verzonden: dinsdag 13 januari 2026 15:03
Aan: 5.1.2e @minvws.nl>
CC: 5.1.2e @minvws.nl>; 5.1.2e
@gr.nl>; Vroling, 5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: kamervragen SGP en Christenunie over onderzoek GR

Dag 5.1.2e

Ik heb kamervragen ontvangen over een onderzoek bij de GR.

Mijn eerste vraag was of die door de accounthouder GR beantwoord zouden moeten worden of door beleid. Jij gaf al aan dat gebruikelijk is dat dit door beleid gedaan wordt.

Zou jij aan kunnen geven welke vragen jij kunt beantwoorden?

5.1.2e **en** 5.1.2e **mogen kunnen jullie wat input op de onderstaande vragen geven.**

5.1.2e **zullen wij verder samen de beantwoording dan doen. Ze staan nu op CZ maar mocht je van mening zijn dat e.e.a. bij PZo thuishoort zet ik ze over.**

Groet

5.1.2e

2026Z00341
(ingezonden 13 januari 2026)

Vragen van de leden Diederik van Dijk (SGP) en Bikker (ChristenUnie) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het onderzoek van de Gezondheidsraad naar het voorschrijven van puberteitsremmers aan minderjarigen met genderdysforie

1. Bent u bekend met het artikel van prof. mr. J.L. Smeehuijzen 'De Gezondheidsraad en het reguleringsklimaat rond puberteitsremming bij minderjarigen' in het Nederlands Juristenblad?[1]

2. Wat is uw reactie op de bevindingen van prof. Smeehuijzen ten aanzien van de onafhankelijkheid en de schijn van belangenverstrengeling van de leden van de commissie van de Gezondheidsraad die onderzoek doet naar gezondheidsrechtelijke en medische aspecten van het gebruik van puberteitsremmers bij minderjarigen met genderdysforie?

3. Hoe verhoudt in uw ogen de samenstelling van de genoemde commissie zich tot de 'Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling' die de Gezondheidsraad verplicht zijn commissies zo samen te stellen dat het risico op kleuring van de oordeelsvorming door institutionele, professionele of persoonlijke belangen wordt geminimaliseerd en de geloofwaardigheid van het advies gewaarborgd blijft?

4. Hoe reageert u met name op het feit dat de helft van de commissie op een wezenlijke manier verbonden is met de interventie die zij moet beoordelen?

5. Kunt u aangeven hoe de interne controlemechanismen bij de Gezondheidsraad zijn georganiseerd als het gaat om de onafhankelijkheid van haar onderzoeken en de betrokken onderzoekers?

6. Hoe reflecteert u op de zeer beperkte juridische expertise die, blijkens de samenstelling ervan, in de commissie aanwezig is? Heeft u er vertrouwen in dat de commissie in staat is om een gefundeerd oordeel te vellen hoe de praktijk in Nederland zich verhoudt tot het geldende gezondheidsrechtelijke kader?

7. Wat is uw reactie op de zorgelijke opmerkingen die prof. Smeehuijzen maakt over het bredere Nederlandse reguleringsklimaat rond puberteitsremming? Hoe wordt, bij alle verwevenheid tussen klinische zorg, onderzoek en beleidsvorming, de onafhankelijkheid en onbevangenheid van wetenschappelijk onderzoek gewaarborgd?

8. Hoe waarborgt u als minister van VWS uw eigen positie in dezen? Voert u, naast uw contacten met de betrokken Universitair Medisch Centra (UMC's), ook het gesprek met artsen en wetenschappers die kritisch zijn op de Nederlandse praktijk ten aanzien van puberteitsremmers? Zo ja, hoe krijgt dit gestalte en in welke mate?

9. Kunt u aangeven wat de stand van zaken van het onderzoek van de Gezondheidsraad precies is? Wanneer verwacht de commissie het onderzoek af te kunnen ronden?

10. Is het de bedoeling dat de herziening van het Kwaliteitskader Transgenderzorg pas wordt voltooid na ommekomst van het advies van het onderzoek van de Gezondheidsraad?

[1] Nederlands Juristenblad 2025/2811, Lodewijk Smeehuijzen, 'De Gezondheidsraad en het reguleringsklimaat rond puberteitsremming bij minderjarigen', pag. 3464-3471.

Groet

5.1.2e

5.1.2e | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport |
Ministerie VWS – Directie Curatieve Zorg
Parnassusplein 5; 2511 VX Den Haag; Postadres Postbus 20350; 2500 EJ Den Haag
Telefoon: (070) 5.1.2e | Mobiel: 06 5.1.2e | 5.1.2e @minvws.nl|

5.1.2e .

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Gezondheidsraad | Raadpleging advies Transgenderzorg voor jongeren
Datum: vrijdag 20 februari 2026 15:59:00
Bijlagen: image001.png
image002.jpg

Dag 5.1.2e

Veel dank voor de snelle en positieve reactie! We zullen het advies t.z.t. via deze weg toesturen. Ook zullen we nog contact opnemen om een online overleg in te plannen.

Alvast een fijn weekend gewenst!
Vriendelijke groeten,
5.1.2e

Van: 5.1.2e
Verzonden: donderdag 19 februari 2026 21:00
Aan: 5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Gezondheidsraad | Raadpleging advies Transgenderzorg voor jongeren

Graag bereid, 5.1.2e !

Stuur begin april maar toe op dit adres.

Hartelijke groet,
5.1.2e

Van: 5.1.2e @gr.nl>
Verzonden: donderdag 19 februari 2026 15:34
Aan: 5.1.2e
Onderwerp: Gezondheidsraad | Raadpleging advies Transgenderzorg voor jongeren

U ontvangt niet vaak e-mail van 5.1.2e waarom dit belangrijk is
CAUTION: This email originated from 5.1.2e Do not click links or open attachments unless you recognize the sender and know the content is safe.

Geachte 5.1.2e ,

De Gezondheidsraad werkt momenteel aan een advies over de transgenderzorg voor kinderen en jongeren. De adviesvraag volgt uit twee moties die verzoeken na te gaan of de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg - Somatisch past binnen het gezondheidsrechtelijk kader, wat er bekend is over de fysieke en mentale gezondheidsuitkomsten en wat er bekend is over spijt na behandeling volgens het Dutch protocol. De adviesvraag is belegd bij de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren.

De commissie zou graag haar zienswijzen verifiëren en toetsen of zij in haar advies relevante juridische inzichten heeft gemist. Uw expertise en ruime ervaring met het werk van de Gezondheidsraad zijn daarbij onmisbaar. Graag zouden wij u, als incidenteel geraadpleegd deskundige, willen vragen mee te lezen met een vergevorderd conceptadvies. Uw bevindingen vernemen wij graag in een online gesprek met de secretarissen van de commissie, de voorzitter en een commissielid-jurist. Wij hebben ook 5.1.2e de Die gevraagd om mee te lezen.

Wij zouden u het advies op 3 april kunnen toesturen, waarna wij hopen op een online afspraak op dinsdag 14 of woensdag 15 april.

Bent u bereid om het conceptadvies van de commissie van feedback te voorzien?

Ik kijk uit naar uw reactie.

Met vriendelijke groeten,

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris

tel. +5.1.2e
bezoekadres: Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e ;5.1.2e
Cc: 5.1.2e ;5.1.2e
Onderwerp: RE: GR-briefing Transgenderzorg voor jongeren
Datum: donderdag 21 mei 2026 09:13:15

Mag ik dan van jullie een stukje tekst ?

Verzonden met BlackBerry Work
(www.blackberry.com)

Van: 5.1.2e @gr.nl>
Datum: donderdag 21 mei 2026, 9:07 AM
Aan: 5.1.2e @minvws.nl>, 5.1.2e @gr.nl>
Kopie: 5.1.2e @minvws.nl>, 5.1.2e @minvws.nl>
Onderwerp: RE: GR-briefing Transgenderzorg voor jongeren

Hoi 5.1.2e

Zeker. Het is gebruikelijk bij briefings van onze adviezen dat wij een presentatie geven van max. 10 minuten. Daarna is er gelegenheid voor vragen/discussie.
De voorbereiding voor in de tas van de minister is wel voor jullie.

Tot vanmiddag,
5.1.2e

Van: 5.1.2e @minvws.nl>
Verzonden: woensdag 20 mei 2026 20:14
Aan: 5.1.2e @gr.nl>; 5.1.2e @gr.nl>
CC: 5.1.2e @minvws.nl>; 5.1.2e @minvws.nl>
Onderwerp: RE: GR-briefing Transgenderzorg voor jongeren

Hoi 5.1.2e en 5.1.2e
Ik neem aan dat jullie de
Voorbereiding hiervoor oppakken.

Gr
5.1.2e

Misschien mogen wij wel een cc van de voorbereiding

Verzonden met BlackBerry Work
(www.blackberry.com)

Van: 5.1.2e @minvws.nl>

Datum: woensdag 20 mei 2026, 3:25 PM
Aan: 5.1.2e @minvws.nl>
Kopie: 5.1.2e @minvws.nl>, 5.1.2e @minvws.nl>, 5.1.2e @minvws.nl>, 5.1.2e @minvws.nl>, 5.1.2e @minvws.nl>
Onderwerp: GR-briefing Transgenderzorg voor jongeren

Goedemiddag,

Op **maandag 22 juni 2026 van 09:30-10:00 uur** is de GR-briefing Transgenderzorg voor jongeren (101) ingepland, locatie kamer minister Hermans.

We horen graag wie vanuit CZ aansluit en zien de voorbereiding graag *uiterlijk vrijdag 19 juni 12:00 uur* in de tas.

Groet, 5.1.2e

5.1.2e
secretariaat minister Volksgezondheid, Welzijn en Sport Sophie Hermans
M 06 5.1.2e

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e ; 5.1.2e
Onderwerp: Kamervragen beantwoording SGP
Datum: donderdag 4 juni 2026 17:15:35
Bijlagen: Kamervragen antwoorden CONCEPT.docx

Ha 5.1.2e

Naar aanleiding van ons gesprek gister aan de telefoon. Heel fijn als je ons kunt helpen. We verwijzen in een aantal antwoorden naar het GR-advies. Ik wil jullie vragen te controleren of dat juist is en of we dan niet met die verwijzing in de knel komen met vertrouwelijkheid inhoud advies zoals we besproken hadden. Bij die stukken heb ik jouw naam in de comments gezet. Als jullie verder nog onjuistheden zien hoor ik dat natuurlijk ook graag.

Je kan mij bellen als je hier vragen over hebt.

Hartelijke groet,

5.1.2e

Directie Curatieve Zorg – Team A
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Aanwezig: ma t/m vr
+316 5.1.2e
5.1.2e @minvws.nl

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e ;5.1.2e
Onderwerp: RE: Kamervragen antwoorden CONCEPT
Datum: donderdag 11 juni 2026 15:53:00
Bijlagen: Kamervragen antwoorden CONCEPT 5.1.2e .docx

Dag 5.1.2e

Dank voor het toesturen van de conceptantwoorden. Wij hebben de antwoorden nagelezen op feitelijke onjuistheden, hierbij onze reactie.

Groeten,
5.1.2e

Van: 5.1.2e @minvws.nl>
Verzonden: dinsdag 9 juni 2026 09:08
Aan: 5.1.2e @minvws.nl>; 5.1.2e @gr.nl>
CC: 5.1.2e @minvws.nl>; 5.1.2e @minvws.nl>
Onderwerp: RE: Kamervragen antwoorden CONCEPT

Hoi 5.1.2e en 5.1.2e

Hierbij de input van 5.1.2e en mij. Laat vooral weten als er nog vragen zijn.

Groet,
5.1.2e

Van: 5.1.2e @minvws.nl>
Verzonden: maandag 8 juni 2026 14:21
Aan: 5.1.2e @gr.nl>; 5.1.2e @minvws.nl>
CC: 5.1.2e @minvws.nl>
Onderwerp: Kamervragen antwoorden CONCEPT

Ik heb nog wat aangevuld in de vragen van 5.1.2e

Gr
5.1.2e

Van: [redacted]
Aan: [redacted]
Cc: [redacted]
Onderwerp: RE: Dringende zorgen over onafhankelijkheid van de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren
Datum: woensdag 29 oktober 2025 12:33:49
Bijlagen: 20251029 Reactie GR op e-mail [redacted] iz cie Transgenderzorg voor jongeren_signed.pdf
image001.jpg

Beste meneer [redacted]
Bijgaand stuur ik u een brief als reactie op uw e-mailberichten.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

Bezuidenhoutseweg 30 - 2594 AV - Den Haag
www.gezondheidsraad.nl

Van: [redacted] <[redacted]@gmail.com>
Verzonden: vrijdag 10 oktober 2025 12:04
Aan: [redacted] <[redacted]@gr.nl>
Onderwerp: Re: Dringende zorgen over onafhankelijkheid van de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren

Beste mevrouw [redacted]

Hartelijk dank voor uw reactie. Ik zie uit naar het verdere antwoord.

Ik begrijp en respecteer het verzoek om de commissieleden niet individueel te benaderen. Graag licht ik toe waarom ik toch de behoefte voel om mijn zorgen rechtstreeks onder de aandacht te brengen.

In de afgelopen jaren heb ik meerdere malen bij het [redacted] aangegeven dat ook ouders bij de hoorzittingen betrokken zouden moeten worden. Tot op heden is daar helaas geen gehoor aan gegeven. De beperkte spreektijd die destijds aan [redacted] en [redacted] is verleend, doet naar mijn mening onvoldoende recht aan de complexiteit en maatschappelijke relevantie van dit heftige onderwerp.

Hieronder vindt u mijn eerdere verzoek aan het [redacted] (verstuurd ruim een half jaar geleden), waarin ik heb verzocht om inspraak. Dit verzoek werd destijds afgewezen.

Inmiddels onderzoek ik, evenals een andere ouder, de juridische mogelijkheden tegen de kliniek waar onze kinderen hormonaal en mogelijk chirurgisch in onze ogen onterecht beschadigd worden, gepaard gaande met een ernstige gezinsontwrichting. Dit is voor uw commissie mede van belang, omdat één van de commissieleden tevens hoofd is van een betrokken genderkliniek.

Om verdere escalatie te voorkomen, zou ik graag met de commissie in gesprek gaan. Mijn indruk is dat een groot deel van de leden mogelijk onvoldoende bekend is met recente en internationale ontwikkelingen binnen het genderzorgdebat, waaronder:

- de **Cass Review**, de **WPATH Files**, en het recente **HHS-rapport**;
- de **amicus brief** van Marshall aan Tennessee en de **FTC-conferentie**;
- de publicaties en analyses van **A Wider Lens**, **Beyond Gender**, **SEGM** en **Genspect**.

Daarnaast heb ik mij verdiept in de oudere Nederlandstalige en Duitse literatuur van o.a. **Kuiper, Gooren, De Cuypere, Bockting, Van Leeuwen** en **Pfäffchen**, die aan de basis stond van het huidige internationale behandelmodel. Bij bestudering van deze zeer uitverkochte boeken heb ik aanzienlijke methodologische tekortkomingen en inconsistenties aangetroffen die vragen oproepen over de wetenschappelijke rechtvaardiging van de somatische zorg op zelfs volwassenen.

Momenteel werk ik samen met internationale onderzoekers (waaronder 5.1.2e 5.1.2e [redacted] aan het digitaliseren en vertalen van deze oudere bronnen, zodat ze opnieuw beoordeeld kunnen worden. Komende maandag neem ik deel aan een besloten bijeenkomst onder **Chatham House Rules** met binnen- en buitenlandse experts over deze materie.

Gelet op de urgentie en de juridische implicaties lijkt het mij wenselijk dat ik de commissie persoonlijk toelicht over deze bevindingen en de mogelijke gevolgen voor de herziening van de somatische genderzorg. Graag zou ik een dergelijke ontmoeting willen doen met [redacted] die me ook bijstond in mijn gesprek van de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht van het [redacted]. [redacted] heeft binnenkort ook een soortgelijk gesprek met de directie van [redacted] omdat ik daar ook 4 gezinnen heb gevonden die misleid en zeer onjuist bejegend zijn door de [redacted]

Mag ik u vriendelijk verzoeken deze mail en toelichting te delen met de overige commissieleden, als aanvulling op mijn eerdere correspondentie en verzoeken tot overleg? Misschien is het ook correct om na te vragen bij het [redacted] waarom mijn eerder urgente verzoek zo stellig afgewezen werd.

Met vriendelijke groet,
[redacted]

[redacted]

Beste [redacted],

Bedankt voor uw bericht. Wij hebben uw vraag geregistreerd via E-mail onder referentienummer [redacted]*. Wij beantwoorden uw vraag binnen 5 werkdagen. Als wij uw vraag niet binnen deze termijn kunnen beantwoorden, nemen wij hierover contact met u op.*

Omschrijving van uw vraag:
Sender: [redacted]
Date sent: Mar 14, 2025 8:12 AM
To: [redacted]
Subject: Verzoek tot ontmoeting met commissie over update transgenderzorg

Hallo medewerker van het [redacted]
Kunt u dit verzoek voorleggen aan de commissie die op dit moment werkt aan een update van het transgender-zorgprotocol?
Wij, een groep bezorgde ouders, richten ons tot u met een dringend verzoek om een persoonlijk gesprek te hebben over de huidige stand van de transgenderzorg en de recente evaluaties die plaatsvinden. We zijn ***ernstig bezorgd*** *over de manier waarop de zorg voor transgenderjongeren momenteel wordt verstrekt en voelen ons als ouders niet gehoord of serieus genomen wanneer we* ***kritisch zijn*** *op de geboden zorg en het beleid van de betrokken klinieken.*
Als ouders ervaren we steeds vaker dat ***kritische vragen en zorgen*** *over de medische en psychologische behandelingen van onze kinderen niet worden gewaardeerd en zelfs genegeerd. We worden vaak weggezet als* ***"tegenstanders"*** *van de zorg, terwijl onze zorgen niet voortkomen uit onbegrip, maar uit* ***oprechte bezorgdheid*** *over de* ***lange termijn effecten*** *van bepaalde behandelingen. We hebben de afgelopen tijd veel aanwijzingen verzameld die ons inziens aantonen dat er* ***structurele problemen*** *zijn met de manier waarop transgenderzorg wordt aangeboden en dat er onvoldoende rekening wordt gehouden met de* ***langdurige gevolgen*** *voor de betrokken jongeren en hun gezinnen. Gezinsontwrichting is schering en inslag in onze groep.*
We zijn momenteel met een groep van ongeveer ***50 ouders*** *die samenkomen via een besloten Facebookgroep die pas één jaar bestaat. De groep groeit wekelijks met nieuwe leden, allemaal met dezelfde zorgen en ervaringen. De meeste ouders in onze groep vertonen* ***significante stress****, hebben het gevoel dat ze* ***ten einde raad zijn*** *en zich machteloos voelen tegenover de huidige situatie. We zien een trend van* ***overspannenheid en frustratie*** *die door gebrek aan transparantie en communicatie alleen maar versterkt wordt. Veel van ons voelen zich* ***afgewezen door de klinieken*** *zodra we onze zorgen uiten en zijn bang dat onze kinderen onterecht in behandelingspaden terechtkomen die* ***uiteindelijk niet in hun belang zijn****.*

Gezien de ernst van de situatie zouden wij het zeer op prijs stellen als wij de mogelijkheid krijgen om ***onze zorgen en bevindingen te delen*** *met de commissie die zich momenteel bezighoudt met de update van de transgenderzorg. We hopen dat er een open gesprek kan plaatsvinden, waarbij we kunnen benadrukken welke* ***belangrijke en urgente vragen*** *er leven bij ouders, en hoe we gezamenlijk kunnen zoeken naar een* ***meer gebalanceerde, transparante en zorgvuldige benadering*** *van transgenderzorg.*
Wij zijn van mening dat het ***cruciaal is dat ouders als betrokken en informerende partijen een stem krijgen*** *in de evaluatie en de toekomstige richting van de zorg.*
Wij hopen van harte dat het Zorginsituut ons verzoek serieus neemt en wij binnenkort een afspraak kunnen maken voor een ontmoeting.
In afwachting van uw reactie,
Met vriendelijke groet,
[redacted]
Namens een groep bezorgde ouders van transgenderkinderen

Als u nog vragen of opmerkingen heeft, kunt u reageren door deze e-mail te beantwoorden. Let erop dat het referentienummer in het onderwerp blijft staan.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

Op do 9 okt 2025 om 08:13 schreef [redacted] <[redacted]@gr.nl>:

> Geachte heer [redacted]
>
> Wij hebben uw e-mail doorgestuurd gekregen van de heer [redacted], lid van de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren van de Gezondheidsraad. Wij nemen uw vraag in behandeling en zullen u binnen de gestelde termijn van 15 werkdagen een reactie sturen. Wij verzoeken u vriendelijk om commissieleden niet persoonlijk te benaderen, maar u altijd te richten tot de Gezondheidsraad wanneer u een vraag heeft over het commissiewerk of een advies van de raad.
>
> Met vriendelijke groet,
> [redacted]



Bezuidenhoutseweg 30 - 2594 AV - Den Haag
www.gezondheidsraad.nl

Van: [redacted] <[redacted]@gmail.com>
Verzonden: Monday, October 6, 2025 2:40:19 PM
Aan: [redacted] <[redacted]>
Onderwerp: Dringende zorgen over onafhankelijkheid van de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren

Beste heer [redacted],

Ik richt mij tot u naar aanleiding van uw aanstelling in de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren, die is ingesteld om de adviesaanvraag van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport te beantwoorden. De commissie is op 5 februari 2025 geïnstalleerd.

Na zorgvuldige bestudering van de samenstelling van de commissie maak ik mij ernstige zorgen over de onafhankelijkheid van de leden. Een aanzienlijk deel van de commissieleden is direct betrokken als specialist bij diverse klinieken. Dit roept fundamentele vragen op over de objectiviteit en onpartijdigheid van het advies dat de commissie zal uitbrengen.

Persoonlijk ben ik betrokken bij een hooglopend conflict met het [redacted]. Mijn ervaring geeft inzicht in de risico's en problemen die kunnen ontstaan bij kritische gezinnen in de context van transgenderzorg. Deze problematiek is reeds decennia bekend en is onder meer uitgebreid gedocumenteerd in het boek *Hij, anders zij* van Riekje van Leeuwen (1992), waarin wordt beschreven dat transseksualiteit vaak een zware emotionele belasting legt op de directe sociale kring en reeds de onjuistheid van het vroege Dutch protocol ook al duidelijk naar voren komt. De werkwijze is voor (jong) volwassenen nooit aangepast op de in het boek aangevoerde fundamentele kritiek.

Mijn eigen interventie via **een verbrede hetero-anamnese** (zie bijlage Genspect Survey NL) heeft aangetoond dat het verhaal van de kliniek niet volledig klopt. Ik heb samen met [redacted] in overleg geweest met de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht van het [redacted]. Samen met mijn advocaat onderzoek ik momenteel de beste strategie om deze fouten gecorrigeerd te krijgen. [redacted] heeft ook nog een aantal brieven gestuurd naar andere Raden van Bestuur van de grote ziekenhuizen waar genderklinieken zijn.

Daarnaast heb ik reeds een tiental ouders kunnen vinden die ook door diverse klinieken zijn misleid en die bewijs hebben van onjuist handelen. Zo volgen er binnenkort gesprekken bij [redacted] in [redacted], en een ouder uit het noorden van het land

volgde mijn strategie met de hetero-anamnese en is eveneens in overleg met een advocaat. Op basis van deze ervaringen lijkt er sprake te zijn van systematische misleiding van ouders, met mogelijk financiële en juridische consequenties zoals verzekeringsfraude.

In de bijlage treft u mijn bevindingen aan, gepresenteerd tijdens een bijeenkomst in Wenen onder de Chatham House Rules, die gericht was op oudergroepen en advocaten die kritisch staan tegenover de huidige genderzorgpraktijk. Deze brief is ook overhandigd aan de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht van het [redacted] [redacted] ADF International, SEGM en Genspect steunen mijn handelen en volgen mijn case op de voet en begeleiden mij vanuit hun expertise en kennis.

Gezien de grote belangen die spelen en de mogelijke systematische problemen binnen de huidige praktijk, acht ik het van groot belang dat de onafhankelijkheid van de commissie zorgvuldig wordt gewaarborgd. Ik verzoek u hier met de hoogste prioriteit aandacht aan te besteden.

Mijn advies is tevens om [redacted] te benaderen voor een persoonlijk gesprek.

Indien u het op prijs stelt, wil ik ook graag met u in overleg.

Kunt u een reactie geven?

Met vriendelijke groet,
[redacted]



[redacted]



Gezondheidsraad

Aan de heer 5.1.2e

per e-mail: 5.1.2e @gmail.com

Datum: 29 oktober 2025 Uw kenmerk: - Ons kenmerk: 4262968-4262977 5.1.2e Alg.
Telefoon: 070 5.1.2e E-mail: 5.1.2e @gr.nl Bijlagen: -

Onderwerp: uw e-mail over onafhankelijkheid van de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren

Geachte heer 5.1.2e

Op 9 oktober 2025 ontving ik het bericht dat u heeft gestuurd aan enkele leden van de commissie Transgenderzorg voor jongeren. Ik wil u bedanken voor de moeite die u heeft genomen om uw zorgen over het adviesproces aan ons te uiten. U geeft in uw correspondentie aan zorgen te hebben over de onafhankelijkheid van de commissie Transgenderzorg voor jongeren. Ook vraagt u zich af of het perspectief van kritische ouders voldoende wordt meegenomen in de beantwoording van de adviesvraag. Graag licht ik eerst het proces voor het samenstellen van commissies van de Gezondheidsraad toe. Daarna zal ik uw vraag over het perspectief van de kritische ouders beantwoorden.

De Gezondheidsraad is een wetenschappelijk adviesorgaan, dat regering en parlement adviseert over volksgezondheid en gezondheidszorg. De adviezen van de raad zijn gebaseerd op een onbevooroordeelde, transparante weging van wetenschappelijke gegevens, feiten en opvattingen. De kwaliteit en de onafhankelijkheid van onze adviezen borgen we op verschillende manieren:

- Het bestuur beoordeelt in samenspraak met het wetenschappelijk secretariaat welke expertises in de commissie noodzakelijk zijn om de betreffende adviesvraag te beantwoorden.
- De commissie bestaat uit experts binnen hun vakgebied.
- Bij de samenstelling van de commissie wordt gekeken of de experts uit verschillende universitaire medische centra, universiteiten en onderzoeksinstellingen komen.
- De commissie is multidisciplinair van samenstelling, om zoveel mogelijk invalshoeken en perspectieven mee te nemen in de beantwoording van de adviesvraag.
- Als Gezondheidsraad hechten wij aan onze onafhankelijkheid. Om die te kunnen borgen voeren wij een strikt beleid met betrekking tot (schijnbare) belangen. Wij volgen hierin de *Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling*. Aan kandidaat-commissieleden wordt gevraagd om een belangenverklaring in te vullen en inzicht te geven in hun mogelijke intellectuele belangen, financiële belangen, persoonlijke relaties, reputatiemanagement en extern gefinancierd onderzoek. Het bestuur beoordeelt of er sprake is van (schijnbare) belangen die deelname aan de commissie als volwaardig lid in de weg staan. Graag verwijs ik u naar onze website waar staat beschreven hoe wij omgaan met belangen.

Op basis van de *Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling* zijn twee personen in de commissie Transgenderzorg voor jongeren benoemd tot structureel geraadpleegd deskundige in plaats van commissielid. De belangen van de commissieleden en structureel geraadpleegd deskundigen zijn openbaar en staan op de website van de Gezondheidsraad.

U geeft in uw brief ook aan dat u het perspectief van kritische ouders onder onze aandacht wil brengen. Bovendien vraagt u aandacht voor de recente en internationale ontwikkelingen binnen het genderzorgdebat.

Bezoekadres
Bezuidenhoutseweg 30
2594 AV Den Haag

e. 5.1.2e
t. 070 5.1.2e
www.gezondheidsraad.nl

De commissie baseert zich voor haar advies op de beschikbare wetenschappelijke literatuur en onderzoeksrapporten. Ook de rapporten waaraan u refereert, bijvoorbeeld de *Cass review* en het HHS rapport, zijn onderdeel van het literatuuronderzoek en de gedachtevorming in de commissie.

In het kader van de transgenderzorg voor jongeren vindt de Gezondheidsraad het belangrijk om kennis te nemen van perspectieven die niet of nauwelijks in de literatuur terug te vinden zijn, zoals expert opinions, kennis uit de praktijk en ervaringskennis van onder andere jongeren en ouders. Om die reden heeft de raad eerder dit jaar een raadpleging georganiseerd, waarvoor belanghebbenden en ervaringsdeskundigen (zowel kinderen als ouders) met positieve en negatieve ervaringen met transgenderzorg zijn uitgenodigd. In aanvulling op die raadpleging zal de commissie uw e-mailbericht bespreken, zodat alle leden uit de commissie daar kennis van kunnen nemen.

Hopende u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e

dr. I.D. de Wolf,
algemeen secretaris-directeur

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e ; 5.1.2e
Onderwerp: Re: Dringende zorgen over onafhankelijkheid van de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren
Datum: maandag 10 november 2025 15:01:34
Bijlagen: image001.jpg
Reactie op schrijven van 29 oktober.pdf
WPATH Files - Mia Hughes Engels.pdf
WPATH Files - Mia Hughes Nederlands.pdf
FTC-The-Dangers-of-Gender-Affirming-Care-for-Minors-Transcript.pdf
FTC-The-Dangers-of-Gender-Affirming-Care-for-Minors-Transcript.en.nl.pdf
2024.10.15-Ala.-Amicus-Br.-iso-TN-FINAL.pdf
2024.10.15-Ala.-Amicus-Br.-iso-TN-FINAL.en.nl.pdf

Beste Mw. 5.1.2e

Hier mijn reactie op het schrijven van uw collega dr. I.D. de Wolf.
Ik plaats voorzitter 5.1.2e in de CC, omdat het schrijven over haar commissie gaat.

Tevens in de bijlage treft u een aantal pdfs aan. Deze zijn toegevoegd omdat deze in de brief worden aangehaald en dit belangrijke juridische stukken zijn over het onderwerp waar de commissie nu onderzoek doet. En de machine-vertalingen ervan ter sneller leesgemak.

Ik zie uw reactie met belangstelling tegemoet.

Met vriendelijke groet,
5.1.2e

Op wo 29 okt 2025 om 12:33 schreef 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>:

> Beste meneer 5.1.2e
>
> Bijgaand stuur ik u een brief als reactie op uw e-mailberichten.
>
> Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.
>
> Met vriendelijke groet,
>
> 5.1.2e
>
> 5.1.2e

Bezuidenhoutseweg 30 - 2594 AV - Den Haag

www.gezondheidsraad.nl

Van: 5.1.2e 5.1.2e @gmail.com>
Verzonden: vrijdag 10 oktober 2025 12:04
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Re: Dringende zorgen over onafhankelijkheid van de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren

Beste mevrouw 5.1.2e

Hartelijk dank voor uw reactie. Ik zie uit naar het verdere antwoord.

Ik begrijp en respecteer het verzoek om de commissieleden niet individueel te benaderen. Graag licht ik toe waarom ik toch de behoefte voel om mijn zorgen rechtstreeks onder de aandacht te brengen.

In de afgelopen jaren heb ik meerdere malen bij het Zorginstituut aangegeven dat ook ouders bij de hoorzittingen betrokken zouden moeten worden. Tot op heden is daar helaas geen gehoor aan gegeven. De beperkte spreektijd die destijds aan 5.1.2e en prof. 5.1.2e is verleend, doet naar mijn mening onvoldoende recht aan de complexiteit en maatschappelijke relevantie van dit heftige onderwerp.

Hieronder vindt u mijn eerdere verzoek aan het 5.1.2e (verstuurd ruim een half jaar geleden), waarin ik heb verzocht om inspraak. Dit verzoek werd destijds afgewezen. Inmiddels onderzoek ik, evenals een andere ouder, de juridische mogelijkheden tegen de kliniek waar onze kinderen hormonaal en mogelijk chirurgisch in onze ogen onterecht beschadigd worden, gepaard gaande met een ernstige gezinsontwrichting. Dit is voor uw commissie mede van belang, omdat één van de commissieleden tevens hoofd is van een betrokken genderkliniek.

Om verdere escalatie te voorkomen, zou ik graag met de commissie in gesprek gaan. Mijn indruk is dat een groot deel van de leden mogelijk onvoldoende bekend is met recente en internationale ontwikkelingen binnen het genderzorgdebat, waaronder:

de **Cass Review**, de **WPATH Files**, en het recente **HHS-rapport**;

- de **amicus brief** van Marshall aan Tennessee en de **FTC-conferentie**;
- de publicaties en analyses van **A Wider Lens**, **Beyond Gender**, **SEGM** en **Genspect**.

Daarnaast heb ik mij verdiept in de oudere Nederlandstalige en Duitse literatuur van o.a. **Kuiper, Gooren, De Cuypere, Bockting, Van Leeuwen** en **Pfäffchen**, die aan de basis stond van het huidige internationale behandelmodel. Bij bestudering van deze zeer uitverkochte boeken heb ik aanzienlijke methodologische tekortkomingen en inconsistenties aangetroffen die vragen oproepen over de wetenschappelijke rechtvaardiging van de somatische zorg op zelfs volwassenen.

Momenteel werk ik samen met internationale onderzoekers (waaronder 5.1.2e 5.1.2e) aan het digitaliseren en vertalen van deze oudere bronnen, zodat ze opnieuw beoordeeld kunnen worden. Komende maandag neem ik deel aan een besloten bijeenkomst onder **Chatham House Rules** met binnen- en buitenlandse experts over deze materie.

Gelet op de urgentie en de juridische implicaties lijkt het mij wenselijk dat ik de commissie persoonlijk toelicht over deze bevindingen en de mogelijke gevolgen voor de herziening van de somatische genderzorg. Graag zou ik een dergelijke ontmoeting willen doen met **dr.** 5.1.2e die me ook bijstond in mijn gesprek van de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht van het Radboud Ziekenhuis. Dr. 5.1.2e heeft binnenkort ook een soortgelijk gesprek met de directie van 5.1.2e omdat ik daar ook 4 gezinnen heb gevonden die misleid en zeer onjuist bejegend zijn door de 5.1.2e .

Mag ik u vriendelijk verzoeken deze mail en toelichting te delen met de overige commissieleden, als aanvulling op mijn eerdere correspondentie en verzoeken tot overleg?
Misschien is het ook correct om na te vragen bij het 5.1.2e waarom mijn eerder urgente verzoek zo stellig afgewezen werd.

Met vriendelijke groet,
5.1.2e

Zorginstituut Nederland 5.1.2e
Beste 5.1.2e ,

Bedankt voor uw bericht. Wij hebben uw vraag geregistreerd via E-mail onder referentienummer 5.1.2e *. Wij beantwoorden uw vraag binnen 5 werkdagen. Als wij uw vraag niet binnen deze termijn kunnen beantwoorden, nemen wij hierover contact met u op.*

Omschrijving van uw vraag:

Sender: 5.1.2e *@gmail.com*
Date sent: Mar 14, 2025 8:12 AM
*To: vragenaanzin@*5.1.2e*.nl*
Subject: Verzoek tot ontmoeting met commissie over update transgenderzorg

Hallo medewerker van het 5.1.2e *,*
Kunt u dit verzoek voorleggen aan de commissie die op dit moment werkt aan een update van het transgender-zorgprotocol?
Wij, een groep bezorgde ouders, richten ons tot u met een dringend verzoek om een persoonlijk gesprek te hebben over de huidige stand van de transgenderzorg en de recente evaluaties die plaatsvinden. We zijn ***ernstig bezorgd*** *over de manier waarop de zorg voor transgenderjongeren momenteel wordt verstrekt en voelen ons als ouders niet gehoord of serieus genomen wanneer we* ***kritisch zijn*** *op de geboden zorg en het beleid van de betrokken klinieken.*
Als ouders ervaren we steeds vaker dat ***kritische vragen en zorgen*** *over de medische en psychologische behandelingen van onze kinderen niet worden gewaardeerd en zelfs genegeerd. We worden vaak weggezet als* ***"tegenstanders"*** *van de zorg, terwijl onze zorgen niet voortkomen uit onbegrip, maar uit* ***oprechte bezorgdheid*** *over de* ***lange termijn effecten*** *van bepaalde behandelingen. We hebben de afgelopen tijd veel aanwijzingen verzameld die ons inziens aantonen dat er* ***structurele problemen*** *zijn met de manier waarop transgenderzorg wordt aangeboden en dat er onvoldoende rekening wordt gehouden met de* ***langdurige gevolgen*** *voor de betrokken jongeren en hun gezinnen. Gezinsontwrichting is schering en inslag in onze groep.*
We zijn momenteel met een groep van ongeveer ***50 ouders*** *die samenkomen via een besloten Facebookgroep die pas één jaar bestaat. De groep groeit wekelijks met nieuwe leden, allemaal met dezelfde zorgen en ervaringen. De meeste ouders in onze groep vertonen* ***significante stress****, hebben het gevoel dat ze* ***ten einde raad zijn*** *en zich machteloos voelen tegenover de huidige situatie. We zien een trend van* ***overspannenheid en frustratie*** *die door gebrek aan transparantie en communicatie alleen maar versterkt wordt. Veel van ons voelen zich* ***afgewezen door de klinieken*** *zodra we onze zorgen uiten en zijn bang dat onze kinderen onterecht in behandelingspaden terechtkomen die* ***uiteindelijk niet in hun belang zijn****.*
Gezien de ernst van de situatie zouden wij het zeer op prijs stellen als wij de mogelijkheid krijgen om ***onze zorgen en bevindingen te delen*** *met de commissie die zich momenteel bezighoudt met de update van de transgenderzorg. We hopen dat er een open gesprek kan plaatsvinden, waarbij we kunnen benadrukken welke* ***belangrijke en urgente vragen*** *er leven bij ouders, en hoe we gezamenlijk kunnen zoeken naar een* ***meer gebalanceerde, transparante en zorgvuldige benadering*** *van transgenderzorg.*
Wij zijn van mening dat het ***cruciaal is dat ouders als betrokken en informerende partijen een stem krijgen*** *in de evaluatie en de toekomstige richting van de zorg. Wij hopen van harte dat het Zorginsituut ons verzoek serieus neemt en wij binnenkort een afspraak kunnen maken voor een ontmoeting.*
In afwachting van uw reactie,
Met vriendelijke groet,
5.1.2e
Namens een groep bezorgde ouders van transgenderkinderen

Als u nog vragen of opmerkingen heeft, kunt u reageren door deze e-mail te beantwoorden. Let erop dat het referentienummer in het onderwerp blijft staan.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e

Op do 9 okt 2025 om 08:13 schreef 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>:

> Geachte heer 5.1.2e
>
> Wij hebben uw e-mail doorgestuurd gekregen van de heer 5.1.2e , lid van de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren van de Gezondheidsraad. Wij nemen uw vraag in behandeling en zullen u binnen de gestelde termijn van 15 werkdagen een reactie sturen. Wij verzoeken u vriendelijk om commissieleden niet persoonlijk te benaderen, maar u altijd te richten tot de Gezondheidsraad wanneer u een vraag heeft over het commissiewerk of een advies van de raad.
>
> Met vriendelijke groet,
>
> 5.1.2e
>
> 5.1.2e
>
> Bezuidenhoutseweg 30 - 2594 AV - Den Haag
>
> www.gezondheidsraad.nl
>
> ---
>
> **Van:** 5.1.2e <5.1.2e @gmail.com>
> **Verzonden:** Monday, October 6, 2025 2:40:19 PM
> **Aan:** 5.1.2e <5.1.2e >

Onderwerp: Dringende zorgen over onafhankelijkheid van de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren

Beste heer 5.1.2e ,

Ik richt mij tot u naar aanleiding van uw aanstelling in de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren, die is ingesteld om de adviesaanvraag van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport te beantwoorden. De commissie is op 5 februari 2025 geïnstalleerd.

Na zorgvuldige bestudering van de samenstelling van de commissie maak ik mij ernstige zorgen over de onafhankelijkheid van de leden. Een aanzienlijk deel van de commissieleden is direct betrokken als specialist bij diverse klinieken. Dit roept fundamentele vragen op over de objectiviteit en onpartijdigheid van het advies dat de commissie zal uitbrengen.

Persoonlijk ben ik betrokken bij een hooglopend conflict met het Radboud Ziekenhuis. Mijn ervaring geeft inzicht in de risico's en problemen die kunnen ontstaan bij kritische gezinnen in de context van transgenderzorg. Deze problematiek is reeds decennia bekend en is onder meer uitgebreid gedocumenteerd in het boek *Hij, anders zij* van Riekje van Leeuwen (1992), waarin wordt beschreven dat transseksualiteit vaak een zware emotionele belasting legt op de directe sociale kring en reeds de onjuistheid van het vroege Dutch protocol ook al duidelijk naar voren komt. De werkwijze is voor (jong) volwassenen nooit aangepast op de in het boek aangevoerde fundamentele kritiek.

Mijn eigen interventie via **een verbrede hetero-anamnese** (zie bijlage Genspect Survey NL) heeft aangetoond dat het verhaal van de kliniek niet volledig klopt. Ik heb samen met dr. 5.1.2e in overleg geweest met de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht van het Radboud Ziekenhuis. Samen met mijn advocaat onderzoek ik momenteel de beste strategie om deze fouten gecorrigeerd te krijgen. Dr. 5.1.2e heeft ook nog een aantal brieven gestuurd naar andere Raden van Bestuur van de grote ziekenhuizen waar genderklinieken zijn.

Daarnaast heb ik reeds een tiental ouders kunnen vinden die ook door diverse klinieken zijn misleid en die bewijs hebben van onjuist handelen. Zo volgen er binnenkort gesprekken bij 5.1.2e in Amsterdam West, en een ouder uit het noorden van het land volgde mijn strategie met de hetero-anamnese en is eveneens in overleg met een advocaat. Op basis van deze ervaringen lijkt er sprake te zijn van systematische misleiding van ouders, met mogelijk financiële en juridische consequenties zoals verzekeringsfraude.

In de bijlage treft u mijn bevindingen aan, gepresenteerd tijdens een bijeenkomst in Wenen onder de Chatham House Rules, die gericht was op oudergroepen en advocaten die kritisch staan tegenover de huidige genderzorgpraktijk. Deze brief is ook overhandigd aan de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht van het Radboud Ziekenhuis. ADF International, SEGM en Genspect steunen mijn handelen en volgen mijn case op de voet en begeleiden mij vanuit hun expertise en kennis.

Gezien de grote belangen die spelen en de mogelijke systematische problemen binnen de huidige praktijk, acht ik het van groot belang dat de onafhankelijkheid van de commissie zorgvuldig wordt gewaarborgd. Ik verzoek u hier met de hoogste prioriteit

aandacht aan te besteden.

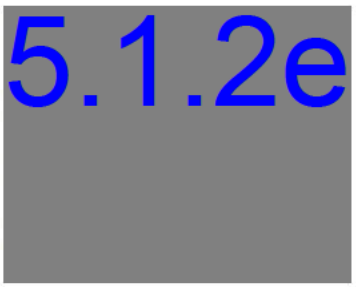
Mijn advies is tevens om dr. 5.1.2e te benaderen voor een persoonlijk gesprek.

Indien u het op prijs stelt, wil ik ook graag met u in overleg.

Kunt u een reactie geven?

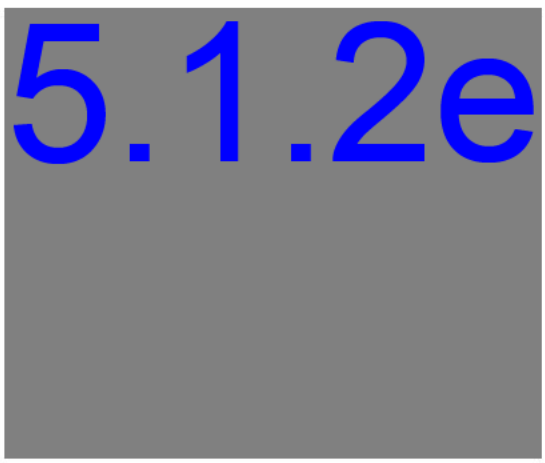
Met vriendelijke groet,
5.1.2e

--



5.1.2e





Gezondheidsraad

Aan de heer 5.1.2e

per e-mail: 5.1.2e @gmail.com

Datum: 26 november 2025 Uw kenmerk: - Ons kenmerk: 4301006/4301008 5.1.2e Alg.
Telefoon: 070 5.1.2e E-mail: 5.1.2e @gr.nl Bijlagen: -

Onderwerp: uw brief van 10 november 2025 over samenstelling commissie en weging van literatuur

Geachte heer 5.1.2e

Op 10 november jl. ontving ik uw reactie op mijn brief van 29 oktober, waarin ik reageerde op uw e-mail van 9 oktober over onafhankelijkheid van de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren. Ik dank u nogmaals voor de moeite die u heeft genomen om uw zorgen aan ons over te brengen. In uw brief van 10 november wijst u op een onvolledige multidisciplinaire samenstelling van de commissie, een onvolledige weging van relevante literatuur en een beperkte representatie van ouderperspectieven. Hieronder ga ik kort in op uw bezwaren.

U geeft aan zorgen te hebben over een mogelijk eenzijdige benadering vanwege het gebrek aan bepaalde expertise. In mijn vorige schrijven lichtte ik toe hoe de Gezondheidsraad zijn commissies samenstelt. Wij hebben de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren op zorgvuldige wijze samengesteld, rekening houdend met alle relevante wetenschappelijke, klinische, culturele en psychologische expertise.

U plaatst uw bedenkingen bij de volledigheid van het literatuuronderzoek van de commissie. Voor ieder advies van de Gezondheidsraad wordt de literatuur op systematische wijze onderzocht, zowel de wetenschappelijke bronnen als de grijze literatuur.

In uw brief geeft u ook aan dat er in het adviestraject slechts beperkt sprake is van representatie van kritische ouders. Eerder heb ik u op de hoogte gesteld van de raadpleging die de commissie heeft gehouden. In aanvulling daarop heb ik toegezegd uw schrijven in te brengen in de volgende commissievergadering.

Conform onze werkwijze zal ik tijdens het lopende commissieproces verder geen mededelingen doen over het proces en de inhoud, anders dan ik tot nu toe heb gedaan. Het advies zal ik u toesturen zodra dit wordt gepubliceerd.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e

dr. I.D. de Wolf,
algemeen secretaris - directeur

Bezoekadres
Bezuidenhoutseweg 30
2594 AV Den Haag

e. 5.1.2e
t. 070 5.1.2e
www.gezondheidsraad.nl

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Cc: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Advies GR
Datum: donderdag 19 juni 2025 17:19:00
Bijlagen: image001.jpg
image002.jpg

Beste 5.1.2e ,

Hartelijk dank voor de terugkoppeling. We zullen deze nieuwe opleverdatum terugkoppelen aan de commissie, met de kanttekening dat die nog niet definitief is.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris

Tel. +31 5.1.2e
Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl
Aanwezig ma, di, do, vr.

Van: 5.1.2e <5.1.2e @zinl.nl>
Verzonden: donderdag 19 juni 2025 13:43
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>; 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Advies GR

Beste 5.1.2e ,

Zojuist ontving ik een bericht van het KIMS over de herziening en oplevering van de kwaliteitsstandaard transgenderzorg-somatisch. De kwaliteitsstandaard staat bij het Zorginstituut op de Meerjarenagenda. Op de Meerjarenagenda staan kwaliteitsproducten die prioriteit hebben, bijvoorbeeld omdat ze veel mensen raken. Voor ieder product wordt een uiterlijke opleverdatum afgesproken. De huidige uiterlijke opleverdatum voor de kwaliteitsstandaard Transgenderzorg-somatisch is september 2025. Het KIMS had echter aangegeven dat zij deze datum waarschijnlijk niet gaan halen. Inmiddels heb ik een voorgestelde nieuwe opleverdatum van hen ontvangen. Dat is juni 2027. De opleverdatum is nog niet definitief en dient eerst ter akkoord voorgelegd te worden aan de Raad van Bestuur. In ieder geval is het niet aannemelijk dat de kwaliteitsstandaard binnen afzienbare tijd wordt opgeleverd.

5.1.2e
5.1.2e

.....

Team Medisch-Specialistische Zorg
Afdeling Zorg
Zorginstituut Nederland
Willem Dudokhof 1 | 1112 ZA | Diemen
Postbus 320 | 1110 AH | Diemen
.....
5.1.2e
http://www.zorginstituutnederland.nl
.....
Van goede zorg verzekerd
Niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk

Van: 5.1.2e
Verzonden: woensdag 18 juni 2025 14:15
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>; 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Advies GR

Beste 5.1.2e ,

Ik zal contact met u opnemen zodra ik een reactie van het KIMS heb. Ik verwacht deze ergens in de komende twee weken te ontvangen.

5.1.2e
5.1.2e

.....
Team Medisch-Specialistische Zorg
Afdeling Zorg
Zorginstituut Nederland
Willem Dudokhof 1 | 1112 ZA | Diemen
Postbus 320 | 1110 AH | Diemen
.....
5.1.2e @zinl.nl
http://www.zorginstituutnederland.nl
.....
Van goede zorg verzekerd
Niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk

Van: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Verzonden: vrijdag 13 juni 2025 09:33
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @zinl.nl>; 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Advies GR

Beste 5.1.2e ,

Hartelijk dank voor uw snelle reactie.
Om terug te komen op uw oorspronkelijke vraag: wij hebben niet vernomen van het KIMS dat zij het advies van de GR zullen afwachten. Of dit andersom het geval is, is aan onze commissie om over te oordelen. Dit is van een aantal dingen afhankelijk, onder andere de verwachte publicatiedatum van de kwaliteitsstandaard. Die vernemen wij dus graag. Zullen wij uw mail daarover afwachten zodra u reactie heeft van het KIMS of is het aan te raden dat wij zelf contact opnemen met uw contactpersoon aldaar?

Hartelijk dank alvast.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris

Tel. +31 6 5.1.2e
Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl
Aanwezig ma, di, do, vr.

Van: 5.1.2e <5.1.2e @zinl.nl>
Verzonden: donderdag 12 juni 2025 15:37
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>; 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Advies GR

Beste 5.1.2e ,

Bedankt voor uw reactie. In principe kan ik op 24 juni na 14:00 uur, alleen ben ik/het Zorginstituut inhoudelijk niet betrokken bij het herschrijven van de zorgstandaard. Indien u inhoudelijke vragen heeft, kunt u zich het beste richten tot het Kennisinstituut (KIMS) van de Federatie Medisch Specialisten (FMS). Ik kan u eventueel doorverwijzen naar mijn contactpersoon bij het KIMS.

Voor wat betreft uw vraag over de publicatiedatum, ben ik nog in afwachting van een bericht van het KIMS met een te verwachten opleverdatum.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e
5.1.2e

.....
Team Medisch-Specialistische Zorg
Afdeling Zorg
Zorginstituut Nederland
Willem Dudokhof 1 | 1112 ZA | Diemen
Postbus 320 | 1110 AH | Diemen
.....
5.1.2e @zinl.nl
http://www.zorginstituutnederland.nl
.....
Van goede zorg verzekerd
Niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk

Van: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>

Verzonden: donderdag 12 juni 2025 11:58
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @zinl.nl>; 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Advies GR

Beste 5.1.2e ,

Hartelijk dank voor uw mail.
Wellicht is het handig een online overleg in te plannen? Is dinsdagmiddag 24 juni een optie?
In de tussentijd, heeft u al zicht op een publicatiedatum voor de kwaliteitsstandaard Transgenderzorg somatisch?

Met vriendelijke groet, ook namens 5.1.2e

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris

Tel. +31 5.1.2e
Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl
Aanwezig ma, di, do, vr.

Van: 5.1.2e <5.1.2e @zinl.nl>
Verzonden: dinsdag 10 juni 2025 13:10
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>; 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: FW: Advies GR

Beste 5.1.2e , 5.1.2e ,

Graag breng ik onderstaande e-mails nogmaals bij jullie onder de aandacht.

Alvast bedankt.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e
5.1.2e

.....
Team Medisch-Specialistische Zorg
Afdeling Zorg
Zorginstituut Nederland
Willem Dudokhof 1 | 1112 ZA | Diemen
Postbus 320 | 1110 AH | Diemen
.....
5.1.2e @zinl.nl
http://www.zorginstituutnederland.nl
.....

Van goede zorg verzekerd
Niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk

Van: 5.1.2e <5.1.2e @minvws.nl>
Verzonden: dinsdag 1 april 2025 12:20
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @zinl.nl>
CC: 5.1.2e <5.1.2e @minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>; 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Advies GR

5.1.2e dank voor je mail.
Terechte vragen die je stelt , en ik weet er geen antwoord op.
De GR is onafhankelijk, wij hebben een adviesaanvraag gedaan en daar buigen zij zich over.
We zitten als waarnemer bij de commissievergaderingen.
Alle stukken vind je op Transgenderzorg voor jongeren | Zorg | Gezondheidsraad
Wellicht kun je het best deze vragen richten tot de secretarissen.
Ik heb al contact met 5.1.2e en 5.1.2e gehad hierover dus ze weten ervan.

Groet
5.1.2e

De secretarissen zijn:

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris

tel. +31 6 5.1.2e (ma t/m vrij)
bezoekadres: Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris

Tel. +31 5.1.2e
Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl
Aanwezig ma, di, do, vr.

Van: 5.1.2e <5.1.2e @zinl.nl>
Verzonden: dinsdag 1 april 2025 10:53
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @minvws.nl>
Onderwerp: Advies GR

Dag 5.1.2e

Ik zag dat er recentelijk een startbrief naar VWS is gestuurd in het kader het advies van de Gezondheidsraad over transgenderzorg. Daarin staat: *'Deze commissie is ingesteld om een advies uit te brengen over de vragen of de richtlijn transgenderzorg Somatisch past binnen het gezondheidsrechtelijk kader en wat er bekend is over de fysieke en mentale gezondheidsuitkomsten en over spijt na behandeling volgens het Dutch protocol.'*

Ik vroeg me af hoe dat eruit zal zien. De huidige standaard wordt nu natuurlijk herzien. Gaat de GR vergelijken met de huidige standaard? Dat lijkt mij niet wenselijk als deze niet meer gebruikt gaat worden. Of wachten zij voor wat betreft dit punt de doorontwikkeling van het KIMS af of wacht het KIMS juist de GR af?

Groet,
5.1.2e

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Aanvulling op mijn case inzake genderzorg
Datum: woensdag 22 april 2026 15:56:00
Bijlagen: 20260422 Reactie GR op mail 5.1.2e van 8 april.pdf
image001.jpg

Beste meneer 5.1.2e
Bijgaand stuur ik u onze reactie.

Met vriendelijke groet,
5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Verzonden: donderdag 16 april 2026 09:28
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gmail.com>
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Aanvulling op mijn case inzake genderzorg

Beste meneer 5.1.2e
Dank u voor uw bericht. Ik zie dat u nog geen ontvangstbevestiging heeft gekregen, waarvoor excuus. Wij nemen uw bericht met bijlagen in behandeling en doen ons best om binnen de termijn van 15 werkdagen, uiterlijk 6 mei, te reageren.

Met vriendelijke groet,
5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e @gmail.com>
Verzonden: woensdag 8 april 2026 15:10
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>; 5.1.2e <5.1.2e @minvws.nl>
Onderwerp: Aanvulling op mijn case inzake genderzorg

Beste Mw 5.1.2e Mw 5.1.2e en Mw 5.1.2e,
Beste 5.1.2e 5.1.2e en 5.1.2e

Geachte leden van de commissie,

Via dit schrijven dien ik een nadere aanvulling in op mijn eerder ingediende klacht betreffende de genderzorg, met name zoals die wordt aangeboden door het 5.1.2e In bijlage treft u mijn rapport **“Tekortkomingen in de Nederlandse genderzorg”** aan. Dit rapport bevat een uitgebreide analyse van structurele problemen in de diagnostiek, informed consent en wetenschappelijke onderbouwing van de huidige zorg. Ik verzoek u vriendelijk om deze aanvulling, inclusief het bijgevoegde rapport, mee te nemen in de lopende herbeoordeling van de genderzorg.

Weerlegging argument Transvisie als vertegenwoordiger
In eerdere correspondentie heb ik de commissie verzocht om in gesprek te gaan

met een groep ouders die kritische zorgen hebben over de huidige zorgpraktijk. Ik wilde spreken namens deze groep van ongeveer 60 ouders. Als reactie is aangegeven dat overleg met 5.1.2e heeft plaatsgevonden en dat deze organisatie het ouderperspectief voldoende zou vertegenwoordigen. Ik wens te benadrukken dat ik, evenals vele andere ouders met wie ik contact heb, deze opvatting niet deel.
Onze zorgen betreffen onder meer de beperkte aandacht voor zorgvuldige differentiaaldiagnostiek, inclusief uitgebreide hetero-anamnese bij de directe sociale omgeving, bij jongeren en jong volwassenen met gendergerelateerde problematiek. Deze zorgen worden naar onze ervaring niet weerspiegeld binnen het kader en de standpunten van 5.1.2e Om die reden achten wij deze organisatie niet representatief voor het volledige spectrum aan ouderperspectieven.
5.1.2e staat ouders bij die welliswaar zorgen kunnen hebben, maar hun kind wel steunen in het somatische zorgtraject. Wij zijn stellig van mening dat er sprake is van een medische dwaling en dat somatische zorg voor onze kinderen een verkeerde keuze is. In het bijgevoegde rapport breng ik een grote reeks onvolkomenheden naar voren die die overtuiging ondersteunen.

Belangenverstrengeling en bias van de commissie
Daarnaast wil ik aandacht vragen voor de samenstelling van de commissie. Voor zover mij bekend hebben meerdere commissieleden professionele banden met genderklinieken. Hoewel expertise uit het werkveld vanzelfsprekend van waarde is, acht ik het van belang dat bij een herbeoordeling van een internationaal omstreden en sterk ontwikkelend zorgdomein expliciet wordt gewaarborgd dat ook onafhankelijke en kritisch-wetenschappelijke perspectieven worden betrokken.
In dat kader heb ik eerder voorgesteld om tevens kennis te nemen van inzichten van internationale onderzoekers en clinici die kritisch hebben gepubliceerd over geslachtsaanpassende behandeling, met name bij jongeren en jongvolwassenen. Voor zover mij bekend is dit voorstel niet opgevolgd. Ook blijven naar mijn kennis relevante klokkenluiders, spijtoptanten en personen met letsel ten gevolge van de somatische behandelingen buiten beeld.
In mijn rapport treft u hoofdstukken aan die een overzicht geven van relevante publicaties en rapporten en specialisten die wijzen op mogelijke risico’s en tekortkomingen van geslachtsaanpassende behandeling. Ik leg deze informatie aan u voor met het verzoek deze inhoudelijk te toetsen en te betrekken bij uw werkzaamheden.

Dit rapport als vorm van wederhoor
Mij is meegedeeld dat mijn persoonlijke klacht inzake het 5.1.2e binnen de commissie zal worden besproken. Omdat u weigert met mij in gesprek te gaan, is er door u geen wederhoor op mij gedaan. Hierdoor is door mij niet toetsbaar hoe serieus mijn 5.1.2e -klacht beoordeeld wordt, wat uw bevindingen zijn en hoe uw conclusies zichtbaar worden in uw publicatie.
Doordat u weigert met mij in gesprek te gaan, ben ik genoodzaakt om mijn inzichten schriftelijk met u te delen. Deze publicatie is daar het resultaat van en moet gezien worden als een verdere inhoudelijke onderbouwing van de 5.1.2e waar u de toezegging op deed deze te behandelen in het volledige team van uw commissie.

Inhoud van het rapport

Ik begrijp dat 250 pagina's met 500 pagina's aan appendices nogal overweldigend is. Op pagina 1 en 2 in het rapport treft u een korte samenvatting aan. Hieronder een nog bondigere opsomming zodat u een snelle impressie kunt krijgen. Het rapport wijst op:

- **20 overleden personen** die momenteel buiten beeld zijn van de klinieken en specialisten. Dit schokkende gegeven alleen al geeft de urgentie aan van dit rapport

- **Belangenverstrengeling en cirkelreferenties** via WPATH SoC-8, waarbij Vlaamse en Nederlandse specialisten (o.a. De Cuypere, Tsjoen, De Vries, Steensma) een prominente rol speelden. Deze belangenverstrengeling is dermate institutioneel en werkt zelfs door tot in de samenstelling van de huidige gendercommissie en is daardoor niet los te koppelen van de Gezondheidsraad zelf. (art 5.18, art 5.19, art 5.20)

- **Ernstige inconsistenties in oudere publicaties** die nog steeds als onderbouwing dienen (o.a. werk van Griet De Cuypere uit 1995 en Bram Kuiper uit 1991), waaronder selectieve data-interpretatie en onverklaarbare uitkomsten (zoals mortaliteit). Dit gebreken in dit fundament kunnen niet onderschat worden. De heranalyse die ik heb uitgevoerd stelt ter discussie of somatische zorg op volwassenen (en daarmee ook op kinderen) wel houdbaar is als zorgmodel in zijn geheel. (art 2.1 t/m art 2.10)

- **Praktijkervaringen van ouders en communicatie met experts en klinieken** die aantonen dat de diagnostiek in Vlaanderen en Nederland in de praktijk vaak tekortschiet. De casus van Aero uit Kortrijk illustreert de ernst hiervan in extremis. Hoewel de Nederlandse klinieken aangeven zorgvuldiger te handelen dan sommige andere centra, toont het rapport aan dat het administratief en protocolair opgebouwde zorgmodel in de praktijk toch belangrijke tekortkomingen vertoont en onvoldoende robuust blijkt te zijn. (art 3.1, art 3.2, art 3.8, art 4.1, art. 4.2, art 4.4, art 4.5, het patroon in art 5.1 t/m art 5.9, art 5.13, art 5.16, art 5.18

- Door diverse **breuken in de chain of trust,** die in beeld komen door dit rapport, draagt de uitvoerende specialist een verhoogd risico op hoofdelijke aansprakelijkheid bij toekomstige spijt- of letselschadeclaims. Het negeren van een gedocumenteerde en onderbouwde waarschuwing als deze kan in een latere juridische procedure bij spijt of letsel worden opgevat als bewuste risicoberekening.

Checklist

In het rapport treft u na elk subhoofdstuk een reeks kritische vragen aan. Ik verwacht uiteraard niet dat u deze stuk voor stuk gaat beantwoorden. Het doel van de vragen is dat zij een checklist vormen wat u kan laten doen nadenken of de zorgvorm wel zorgvuldig en veilig is. Voor de patiënt, maar ook juridisch voor de

uitvoerend specialist.

Interim-versie
Zoals op de voorkant vermeld, betreft dit een interim-versie van het rapport, opgesteld onder tijdsdruk. De inhoud is inmiddels voorgelegd aan diverse onafhankelijke experts en hoogleraren. Zij hebben de analyse grotendeels bevestigd en kwalificeren het rapport als grondig en waardevol, met name vanwege de nieuw toegevoegde informatie en inzichten. Er zijn slechts enkele kleine correcties voorgesteld. In de komende maanden zal ik het rapport verder aanscherpen tot een definitieve versie. Uw opmerkingen en eventuele signalering van tekortkomingen zijn daarbij van harte welkom. Ik ben volledig open voor constructieve feedback en aanpassingen.

Kopie verzendingen
Diverse Vlaamse instanties ontvangen dit rapport ook. De Vlaamse kinder- en jeugdpsychiater Sophie Dechêne en de Brusselse huisarts Hannah Demaerel onderschrijven die indiening. In een later stadium zal ik het definitieve rapport ook voorleggen aan een aantal Nederlandse artsen en specialisten met het verzoek om medeondertekening, mits zij zich kunnen vinden in de inhoud en de formulering. Kopieën van het rapport worden verder verzonden aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de Federatie Medisch Specialisten (FMS), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en andere relevante Nederlandse en internationale partijen.

Verzoek tot reactie

Ik verzoek u te bevestigen dat deze publicatie is ontvangen en wordt meegenomen in de herbeoordeling.
Kunt u een reactie geven?

Met vriendelijke groet,
5.1.2e

Op do 27 nov 2025 om 09:05 schreef 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>:

> Beste meneer 5.1.2e
>
> Bijgaand stuur ik u onze reactie op uw brief van 10 november.
>
> Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.
>
> Met vriendelijke groet,
>
> 5.1.2e
> 5.1.2e

Bezuidenhoutseweg 30 - 2594 AV - Den Haag
www.gezondheidsraad.nl

Van: 5.1.2e
Verzonden: donderdag 13 november 2025 16:11
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gmail.com>
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Dringende zorgen over onafhankelijkheid van de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren

Beste meneer 5.1.2e
Hierbij bevestig ik, met excuus voor de vertraging, de ontvangst van uw brief met bijlagen. Ik hoop u binnen 2 weken een reactie te kunnen sturen.

Ik heb uw mailwisseling met 5.1.2e ook gezien. 5.1.2e is waarnemer namens het ministerie van VWS, die het advies heeft gevraagd. Een waarnemer heeft geen inhoudelijke inbreng en geen stemrecht in de commissie, maar is aanwezig bij de vergaderingen om indien gewenst de aanleiding tot de adviesvraag en de beleidscontext toe te lichten.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e
5.1.2e

Bezuidenhoutseweg 30 - 2594 AV - Den Haag
www.gezondheidsraad.nl

Van: 5.1.2e <5.1.2e @gmail.com>
Verzonden: maandag 10 november 2025 14:59
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>; 5.1.2e 5.1.2e @minvws.nl>
Onderwerp: Re: Dringende zorgen over onafhankelijkheid van de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren

Beste Mw. 5.1.2e

Hier mijn reactie op het schrijven van uw collega dr. I.D. de Wolf.
Ik plaats voorzitter 5.1.2e in de CC, omdat het schrijven over haar commissie gaat.

Tevens in de bijlage treft u een aantal pdfs aan. Deze zijn toegevoegd omdat deze in de brief worden aangehaald en dit belangrijke juridische stukken zijn over het onderwerp waar de commissie nu onderzoek doet. En de machine-vertalingen ervan ter sneller leesgemak.

Ik zie uw reactie met belangstelling tegemoet.

Met vriendelijke groet,
5.1.2e

Op wo 29 okt 2025 om 12:33 schreef 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>:

> Beste meneer 5.1.2e
> Bijgaand stuur ik u een brief als reactie op uw e-mailberichten.
>
> Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.
>
> Met vriendelijke groet,
>
> 5.1.2e
> 5.1.2e
>
> 
>
> Bezuidenhoutseweg 30 - 2594 AV - Den Haag
> www.gezondheidsraad.nl

Van: 5.1.2e <5.1.2e @gmail.com>
Verzonden: vrijdag 10 oktober 2025 12:04
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Re: Dringende zorgen over onafhankelijkheid van de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren

Beste mevrouw 5.1.2e

Hartelijk dank voor uw reactie. Ik zie uit naar het verdere antwoord.

Ik begrijp en respecteer het verzoek om de commissieleden niet individueel te benaderen. Graag licht ik toe waarom ik toch de behoefte voel om mijn zorgen rechtstreeks onder de aandacht te brengen.

In de afgelopen jaren heb ik meerdere malen bij het 5.1.2e aangegeven dat ook ouders bij de hoorzittingen betrokken zouden moeten worden. Tot op heden is daar helaas geen gehoor aan gegeven. De beperkte spreektijd die destijds aan 5.1.2e en 5.1.2e is verleend, doet naar mijn mening onvoldoende recht aan de complexiteit en maatschappelijke relevantie van dit heftige onderwerp.

Hieronder vindt u mijn eerdere verzoek aan het 5.1.2e (verstuurd ruim een half jaar geleden), waarin ik heb verzocht om inspraak. Dit verzoek werd destijds afgewezen. Inmiddels onderzoek ik, evenals een andere ouder, de juridische mogelijkheden tegen de kliniek waar onze kinderen hormonaal en mogelijk chirurgisch in onze ogen onterecht beschadigd worden, gepaard gaande met een ernstige gezinsontwrichting. Dit is voor uw commissie mede van belang, omdat één van de commissieleden tevens 5.1.2e .

Om verdere escalatie te voorkomen, zou ik graag met de commissie in gesprek gaan. Mijn indruk is dat een groot deel van de leden mogelijk onvoldoende bekend is met recente en internationale ontwikkelingen binnen het genderzorgdebat, waaronder:

- de **Cass Review**, de **WPATH Files**, en het recente **HHS-rapport**;
- de **amicus brief** van Marshall aan Tennessee en de **FTC-conferentie**;
- de publicaties en analyses van **A Wider Lens**, **Beyond Gender**, **SEGM** en **Genspect**.

Daarnaast heb ik mij verdiept in de oudere Nederlandstalige en Duitse literatuur van o.a. **Kuiper, Gooren, De Cuypere, Bockting, Van Leeuwen** en **Pfäffchen**, die aan de basis stond van het huidige internationale behandelmodel. Bij bestudering van deze zeer uitverkochte boeken heb ik aanzienlijke methodologische tekortkomingen en inconsistenties aangetroffen die vragen oproepen over de wetenschappelijke rechtvaardiging van de somatische zorg op zelfs volwassenen.

Momenteel werk ik samen met internationale onderzoekers (waaronder 5.1.2e) aan het digitaliseren en vertalen van deze oudere bronnen, zodat ze opnieuw beoordeeld kunnen worden. Komende maandag neem ik deel aan een besloten bijeenkomst onder **Chatham House Rules** met binnen- en buitenlandse experts over deze materie.

Gelet op de urgentie en de juridische implicaties lijkt het mij wenselijk dat ik de commissie persoonlijk toelicht over deze bevindingen en de mogelijke gevolgen voor de herziening van de somatische genderzorg. Graag zou ik een dergelijke ontmoeting willen doen met **dr.** 5.1.2e die me ook bijstond in mijn gesprek van de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht van het Radboud Ziekenhuis. Dr. 5.1.2e heeft binnenkort ook een soortgelijk gesprek met de directie van 5.1.2e omdat ik daar ook 4 gezinnen heb gevonden die misleid en zeer onjuist bejegend zijn door de 5.1.2e .

Mag ik u vriendelijk verzoeken deze mail en toelichting te delen met de overige commissieleden, als aanvulling op mijn eerdere correspondentie en verzoeken tot overleg?
Misschien is het ook correct om na te vragen bij het 5.1.2e waarom mijn eerder urgente verzoek zo stellig afgewezen werd.

Met vriendelijke groet,
5.1.2e

5.1.2e 5.1.2e

Beste 5.1.2e *,*

Bedankt voor uw bericht. Wij hebben uw vraag geregistreerd via E-mail onder referentienummer 5.1.2e *. Wij beantwoorden uw vraag binnen 5 werkdagen. Als wij uw vraag niet binnen deze termijn kunnen beantwoorden, nemen wij hierover contact met u op.*

Omschrijving van uw vraag:
Sender: 5.1.2e *@gmail.com*
Date sent: Mar 14, 2025 8:12 AM
To: 5.1.2e
Subject: Verzoek tot ontmoeting met commissie over update transgenderzorg

Hallo medewerker van het 5.1.2e
Kunt u dit verzoek voorleggen aan de commissie die op dit moment werkt aan een update van het transgender-zorgprotocol?
Wij, een groep bezorgde ouders, richten ons tot u met een dringend verzoek om een persoonlijk gesprek te hebben over de huidige stand van de transgenderzorg en de recente evaluaties die plaatsvinden. We zijn ***ernstig bezorgd*** *over de manier waarop de zorg voor transgenderjongeren momenteel wordt verstrekt en voelen ons als ouders niet gehoord of serieus genomen wanneer we* ***kritisch zijn*** *op de geboden zorg en het beleid van*

de betrokken klinieken.
*Als ouders ervaren we steeds vaker dat **kritische vragen en zorgen** over de medische en psychologische behandelingen van onze kinderen niet worden gewaardeerd en zelfs genegeerd. We worden vaak weggezet als **"tegenstanders"** van de zorg, terwijl onze zorgen niet voortkomen uit onbegrip, maar uit **oprechte bezorgdheid** over de **lange termijn effecten** van bepaalde behandelingen. We hebben de afgelopen tijd veel aanwijzingen verzameld die ons inziens aantonen dat er **structurele problemen** zijn met de manier waarop transgenderzorg wordt aangeboden en dat er onvoldoende rekening wordt gehouden met de **langdurige gevolgen** voor de betrokken jongeren en hun gezinnen. Gezinsontwrichting is schering en inslag in onze groep.*
*We zijn momenteel met een groep van ongeveer **50 ouders** die samenkomen via een besloten Facebookgroep die pas één jaar bestaat. De groep groeit wekelijks met nieuwe leden, allemaal met dezelfde zorgen en ervaringen. De meeste ouders in onze groep vertonen **significante stress**, hebben het gevoel dat ze **ten einde raad zijn** en zich machteloos voelen tegenover de huidige situatie. We zien een trend van **overspannenheid en frustratie** die door gebrek aan transparantie en communicatie alleen maar versterkt wordt. Veel van ons voelen zich **afgewezen door de klinieken** zodra we onze zorgen uiten en zijn bang dat onze kinderen onterecht in behandelingspaden terechtkomen die **uiteindelijk niet in hun belang zijn**.*
*Gezien de ernst van de situatie zouden wij het zeer op prijs stellen als wij de mogelijkheid krijgen om **onze zorgen en bevindingen te delen** met de commissie die zich momenteel bezighoudt met de update van de transgenderzorg. We hopen dat er een open gesprek kan plaatsvinden, waarbij we kunnen benadrukken welke **belangrijke en urgente vragen** er leven bij ouders, en hoe we gezamenlijk kunnen zoeken naar een **meer gebalanceerde, transparante en zorgvuldige benadering** van transgenderzorg.*
*Wij zijn van mening dat het **cruciaal is dat ouders als betrokken en informerende partijen een stem krijgen** in de evaluatie en de toekomstige richting van de zorg. Wij hopen van harte dat het* 5.1.2e *ons verzoek serieus neemt en wij binnenkort een afspraak kunnen maken voor een ontmoeting.*
In afwachting van uw reactie,
Met vriendelijke groet,
5.1.2e
Namens een groep bezorgde ouders van transgenderkinderen

Als u nog vragen of opmerkingen heeft, kunt u reageren door deze e-mail te beantwoorden. Let erop dat het referentienummer in het onderwerp blijft staan.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e

Op do 9 okt 2025 om 08:13 schreef 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>:

> Geachte heer 5.1.2e
>
> Wij hebben uw e-mail doorgestuurd gekregen van de heer 5.1.2e , lid van de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren van de Gezondheidsraad. Wij nemen uw vraag in behandeling en zullen u binnen de gestelde termijn van 15 werkdagen een reactie sturen. Wij verzoeken u vriendelijk om commissieleden niet persoonlijk te benaderen, maar u altijd te richten tot de Gezondheidsraad wanneer u een vraag heeft over het commissiewerk of een advies van de raad.
>
> Met vriendelijke groet,
> 5.1.2e
> 5.1.2e
>
> Bezuidenhoutseweg 30 - 2594 AV - Den Haag
> www.gezondheidsraad.nl

Van: 5.1.2e <5.1.2e @gmail.com>
Verzonden: Monday, October 6, 2025 2:40:19 PM
Aan: 5.1.2e <5.1.2e >
Onderwerp: Dringende zorgen over onafhankelijkheid van de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren

Beste heer 5.1.2e ,

Ik richt mij tot u naar aanleiding van uw aanstelling in de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren, die is ingesteld om de adviesaanvraag van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport te beantwoorden. De commissie is op 5 februari 2025 geïnstalleerd.

Na zorgvuldige bestudering van de samenstelling van de commissie maak ik mij ernstige zorgen over de onafhankelijkheid van de leden. Een aanzienlijk deel van de commissieleden is direct betrokken als specialist bij diverse klinieken. Dit roept fundamentele vragen op over de objectiviteit en

onpartijdigheid van het advies dat de commissie zal uitbrengen.

Persoonlijk ben ik betrokken bij een hooglopend conflict met het Radboud Ziekenhuis. Mijn ervaring geeft inzicht in de risico's en problemen die kunnen ontstaan bij kritische gezinnen in de context van transgenderzorg. Deze problematiek is reeds decennia bekend en is onder meer uitgebreid gedocumenteerd in het boek *Hij, anders zij* van Riekje van Leeuwen (1992), waarin wordt beschreven dat transseksualiteit vaak een zware emotionele belasting legt op de directe sociale kring en reeds de onjuistheid van het vroege Dutch protocol ook al duidelijk naar voren komt. De werkwijze is voor (jong) volwassenen nooit aangepast op de in het boek aangevoerde fundamentele kritiek.

Mijn eigen interventie via **een verbrede hetero-anamnese** (zie bijlage Genspect Survey NL) heeft aangetoond dat het verhaal van de kliniek niet volledig klopt. Ik heb samen met dr. 5.1.2e in overleg geweest met de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht van het Radboud Ziekenhuis. Samen met mijn advocaat onderzoek ik momenteel de beste strategie om deze fouten gecorrigeerd te krijgen.
Dr. 5.1.2e heeft ook nog een aantal brieven gestuurd naar andere Raden van Bestuur van de grote ziekenhuizen waar genderklinieken zijn.

Daarnaast heb ik reeds een tiental ouders kunnen vinden die ook door diverse klinieken zijn misleid en die bewijs hebben van onjuist handelen. Zo volgen er binnenkort gesprekken bij 5.1.2e in Amsterdam West, en een ouder uit het noorden van het land volgde mijn strategie met de hetero-anamnese en is eveneens in overleg met een advocaat. Op basis van deze ervaringen lijkt er sprake te zijn van systematische misleiding van ouders, met mogelijk financiële en juridische consequenties zoals verzekeringsfraude.

In de bijlage treft u mijn bevindingen aan, gepresenteerd tijdens een bijeenkomst in Wenen onder de Chatham House Rules, die gericht was op oudergroepen en advocaten die kritisch staan tegenover de huidige genderzorgpraktijk. Deze brief is ook overhandigd aan de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht van het Radboud Ziekenhuis. ADF International, SEGM en Genspect steunen mijn handelen en volgen mijn case op de voet en begeleiden mij vanuit hun expertise en kennis.

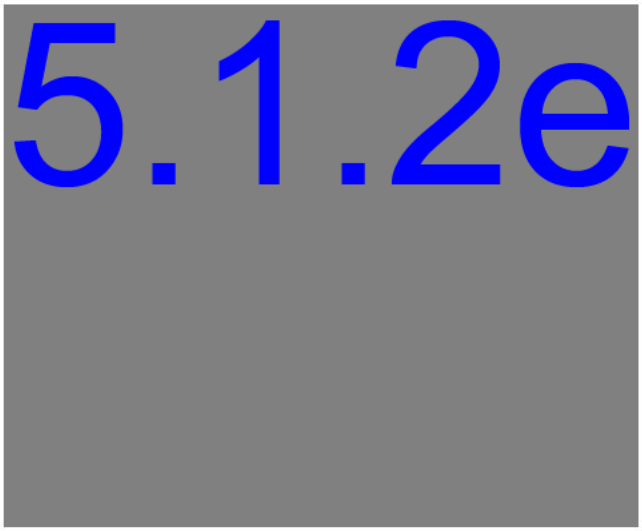
Gezien de grote belangen die spelen en de mogelijke systematische problemen binnen de huidige praktijk, acht ik het van groot belang dat de onafhankelijkheid van de commissie zorgvuldig wordt gewaarborgd. Ik verzoek u hier met de hoogste prioriteit aandacht aan te besteden.

Mijn advies is tevens om dr. 5.1.2e te benaderen voor een persoonlijk gesprek.

Indien u het op prijs stelt, wil ik ook graag met u in overleg.

Kunt u een reactie geven?

Met vriendelijke groet,
5.1.2e



Gezondheidsraad

Aan de heer 5.1.2e

per e-mail: 5.1.2e @gmail.com

Datum: 22 april 2026
Telefoon: 070 5.1.2e
Uw kenmerk: -
E-mail: 5.1.2e @gr.nl
Ons kenmerk: 4377381/4378023 5.1.2e Alg.
Bijlagen: -

Onderwerp: uw e-mail over een aanvulling op uw case inzake transgenderzorg

Geachte heer 5.1.2e

Op 8 april jl. ontving ik een e-mail van u met diverse bijlagen, waaronder uw rapport *Tekortkomingen in de Nederlandse genderzorg*, als aanvulling op uw case inzake transgenderzorg. Graag laat ik u weten dat deze stukken onder de aandacht zijn gebracht van de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren.

Zoals in een eerdere brief aangegeven doen wij tijdens het lopende commissieproces geen mededelingen over het proces en de inhoud van het advies. Wij volstaan daarom met kennisneming van uw e-mail en stukken van 8 april jl.. Mocht u ons nogmaals over dit onderwerp benaderen, dan zal dit ook ter kennisname worden aangenomen. U ontvangt van ons dan geen reactie meer.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

ke groet,

5.1.2e

5.1.2e

b.a. dr. I.D. de Wolf, Algemeen secretaris - directeur

Bezoekadres
Bezuidenhoutseweg 30
2594 AV Den Haag

e. 5.1.2e
t. 070 5.1.2e
www.gezondheidsraad.nl

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e ; 5.1.2e
Onderwerp: Re: Aanvulling op mijn case inzake genderzorg
Datum: maandag 22 juni 2026 11:00:56
Bijlagen: image001.jpg

Geachte 5.1.2e en 5.1.2e en leden van de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren,

In aanvulling op mijn eerdere correspondentie wil ik, gezien de aanstaande publicatie van uw advies, nog enkele ontwikkelingen onder uw aandacht brengen.

Ten eerste is de groep ouders die zich herkent in de door mij geschetste problematiek inmiddels gegroeid van circa 60 naar 146 ouders. Deze ouders ervaren dat zij en andere leden van de directe sociale omgeving in de praktijk onvoldoende worden betrokken en dat hun zorgen regelmatig als belemmerend of niet-relevant worden beschouwd. Dit versterkt mijn eerdere stelling dat er een substantieel ouderperspectief bestaat dat zich niet vertegenwoordigd voelt door de organisaties waarmee de commissie heeft gesproken.

Daarnaast is mij een individuele casus bekend geworden van een persoon die in voorjaar 2026 (of mogelijk eind 2025) na ernstige complicaties van een phalloplastiek een euthanasietraject heeft doorlopen. Zonder aan deze individuele casus algemene conclusies te verbinden, acht ik dit wel een relevant signaal in het kader van de discussie over langetermijnuitkomsten, ernstige chirurgische complicaties en mogelijke letselschade.

Ten slotte wijs ik op recente gebeurtenissen in Meerstad. Hoewel de feiten en achtergronden van deze zaak nog door de autoriteiten worden onderzocht en hierover geen conclusies kunnen worden getrokken, merk ik op dat ik in mijn rapport reeds twee internationale casussen heb beschreven die naar mijn mening op bepaalde structurele punten zeer vergelijkbare patronen vertonen. Ik benoem dit uitsluitend in het kader van patroonherkenning zoals uitgewerkt in mijn rapport, en niet als duiding van de specifieke toedracht van de genoemde zaak.

Ik verwacht geen inhoudelijke reactie, maar verzoek u deze aanvullende signalering, net als mijn eerdere stukken, ter kennis van de commissie te brengen.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e

Op wo 22 apr 2026 om 15:56 schreef 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>:

> Beste meneer 5.1.2e
>
> Bijgaand stuur ik u onze reactie.
>
> Met vriendelijke groet,
>
> 5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Verzonden: donderdag 16 april 2026 09:28
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gmail.com>
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Aanvulling op mijn case inzake genderzorg

Beste meneer 5.1.2e

Dank u voor uw bericht. Ik zie dat u nog geen ontvangstbevestiging heeft gekregen, waarvoor excuus. Wij nemen uw bericht met bijlagen in behandeling en doen ons best om binnen de termijn van 15 werkdagen, uiterlijk 6 mei, te reageren.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e @gmail.com>
Verzonden: woensdag 8 april 2026 15:10
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>; 5.1.2e <5.1.2e @minvws.nl>
Onderwerp: Aanvulling op mijn case inzake genderzorg

Beste Mw 5.1.2e Mw 5.1.2e en Mw 5.1.2e,

Beste 5.1.2e 5.1.2e en 5.1.2e

Geachte leden van de commissie,

Via dit schrijven dien ik een nadere aanvulling in op mijn eerder ingediende klacht betreffende de genderzorg, met name zoals die wordt aangeboden door het 5.1.2e
In bijlage treft u mijn rapport **“Tekortkomingen in de Nederlandse genderzorg”** aan. Dit rapport bevat een uitgebreide analyse van structurele problemen in de diagnostiek, informed consent en wetenschappelijke onderbouwing van de huidige zorg. Ik verzoek u vriendelijk om deze aanvulling, inclusief het bijgevoegde rapport, mee te nemen in de lopende herbeoordeling van de genderzorg.

Weerlegging argument Transvisie als vertegenwoordiger
In eerdere correspondentie heb ik de commissie verzocht om in gesprek te gaan met een groep ouders die kritische zorgen hebben over de huidige zorgpraktijk. Ik wilde spreken namens deze groep van ongeveer 60 ouders. Als reactie is

aangegeven dat overleg met 5.1.2e heeft plaatsgevonden en dat deze organisatie het ouderperspectief voldoende zou vertegenwoordigen. Ik wens te benadrukken dat ik, evenals vele andere ouders met wie ik contact heb, deze opvatting niet deel.
Onze zorgen betreffen onder meer de beperkte aandacht voor zorgvuldige differentiaaldiagnostiek, inclusief uitgebreide hetero-anamnese bij de directe sociale omgeving, bij jongeren en jong volwassenen met gendergerelateerde problematiek. Deze zorgen worden naar onze ervaring niet weerspiegeld binnen het kader en de standpunten van 5.1.2e Om die reden achten wij deze organisatie niet representatief voor het volledige spectrum aan ouderperspectieven.
5.1.2e staat ouders bij die welliswaar zorgen kunnen hebben, maar hun kind wel steunen in het somatische zorgtraject. Wij zijn stellig van mening dat er sprake is van een medische dwaling en dat somatische zorg voor onze kinderen een verkeerde keuze is. In het bijgevoegde rapport breng ik een grote reeks onvolkomenheden naar voren die die overtuiging ondersteunen.

Belangenverstrengeling en bias van de commissie
Daarnaast wil ik aandacht vragen voor de samenstelling van de commissie. Voor zover mij bekend hebben meerdere commissieleden professionele banden met genderklinieken. Hoewel expertise uit het werkveld vanzelfsprekend van waarde is, acht ik het van belang dat bij een herbeoordeling van een internationaal omstreden en sterk ontwikkelend zorgdomein expliciet wordt gewaarborgd dat ook onafhankelijke en kritisch-wetenschappelijke perspectieven worden betrokken.
In dat kader heb ik eerder voorgesteld om tevens kennis te nemen van inzichten van internationale onderzoekers en clinici die kritisch hebben gepubliceerd over geslachtsaanpassende behandeling, met name bij jongeren en jongvolwassenen. Voor zover mij bekend is dit voorstel niet opgevolgd. Ook blijven naar mijn kennis relevante klokkenluiders, spijtoptanten en personen met letsel ten gevolge van de somatische behandelingen buiten beeld.
In mijn rapport treft u hoofdstukken aan die een overzicht geven van relevante publicaties en rapporten en specialisten die wijzen op mogelijke risico’s en tekortkomingen van geslachtsaanpassende behandeling. Ik leg deze informatie aan u voor met het verzoek deze inhoudelijk te toetsen en te betrekken bij uw werkzaamheden.

Dit rapport als vorm van wederhoor
Mij is meegedeeld dat mijn persoonlijke klacht inzake het 5.1.2e binnen de commissie zal worden besproken. Omdat u weigert met mij in gesprek te gaan, is er door u geen wederhoor op mij gedaan. Hierdoor is door mij niet toetsbaar hoe serieus mijn 5.1.2e -klacht beoordeeld wordt, wat uw bevindingen zijn en hoe uw conclusies zichtbaar worden in uw publicatie. Doordat u weigert met mij in gesprek te gaan, ben ik genoodzaakt om mijn inzichten schriftelijk met u te delen. Deze publicatie is daar het resultaat van en moet gezien worden als een verdere inhoudelijke onderbouwing van de 5.1.2e -kwestie waar u de toezegging op deed deze te behandelen in het volledige team van uw commissie.

Inhoud van het rapport
Ik begrijp dat 250 pagina's met 500 pagina's aan appendices nogal

overweldigend is. Op pagina 1 en 2 in het rapport treft u een korte samenvatting aan. Hieronder een nog bondigere opsomming zodat u een snelle impressie kunt krijgen. Het rapport wijst op:

- **20 overleden personen** die momenteel buiten beeld zijn van de klinieken en specialisten. Dit schokkende gegeven alleen al geeft de urgentie aan van dit rapport

- **Belangenverstrengeling en cirkelreferenties** via WPATH SoC-8, waarbij Vlaamse en Nederlandse specialisten (o.a. De Cuypere, Tsjoen, De Vries, Steensma) een prominente rol speelden. Deze belangenverstrengeling is dermate institutioneel en werkt zelfs door tot in de samenstelling van de huidige gendercommissie en is daardoor niet los te koppelen van de Gezondheidsraad zelf. (art 5.18, art 5.19, art 5.20)

- **Ernstige inconsistenties in oudere publicaties** die nog steeds als onderbouwing dienen (o.a. werk van Griet De Cuypere uit 1995 en Bram Kuiper uit 1991), waaronder selectieve data-interpretatie en onverklaarbare uitkomsten (zoals mortaliteit). Dit gebreken in dit fundament kunnen niet onderschat worden. De heranalyse die ik heb uitgevoerd stelt ter discussie of somatische zorg op volwassenen (en daarmee ook op kinderen) wel houdbaar is als zorgmodel in zijn geheel. (art 2.1 t/m art 2.10)

- **Praktijkervaringen van ouders en communicatie met experts en klinieken** die aantonen dat de diagnostiek in Vlaanderen en Nederland in de praktijk vaak tekortschiet. De casus van Aero uit Kortrijk illustreert de ernst hiervan in extremis. Hoewel de Nederlandse klinieken aangeven zorgvuldiger te handelen dan sommige andere centra, toont het rapport aan dat het administratief en protocolair opgebouwde zorgmodel in de praktijk toch belangrijke tekortkomingen vertoont en onvoldoende robuust blijkt te zijn. (art 3.1, art 3.2, art 3.8, art 4.1, art. 4.2, art 4.4, art 4.5, het patroon in art 5.1 t/m art 5.9, art 5.13, art 5.16, art 5.18

- Door diverse **breuken in de chain of trust,** die in beeld komen door dit rapport, draagt de uitvoerende specialist een verhoogd risico op hoofdelijke aansprakelijkheid bij toekomstige spijt- of letselschadeclaims. Het negeren van een gedocumenteerde en onderbouwde waarschuwing als deze kan in een latere juridische procedure bij spijt of letsel worden opgevat als bewuste risicoberekening.

Checklist

In het rapport treft u na elk subhoofdstuk een reeks kritische vragen aan. Ik verwacht uiteraard niet dat u deze stuk voor stuk gaat beantwoorden. Het doel van de vragen is dat zij een checklist vormen wat u kan laten doen nadenken of de zorgvorm wel zorgvuldig en veilig is. Voor de patiënt, maar ook juridisch voor de uitvoerend specialist.

Interim-versie

Zoals op de voorkant vermeld, betreft dit een interim-versie van het rapport, opgesteld onder tijdsdruk. De inhoud is inmiddels voorgelegd aan diverse onafhankelijke experts en hoogleraren. Zij hebben de analyse grotendeels bevestigd en kwalificeren het rapport als grondig en waardevol, met name vanwege de nieuw toegevoegde informatie en inzichten. Er zijn slechts enkele kleine correcties voorgesteld. In de komende maanden

zal ik het rapport verder aanscherpen tot een definitieve versie. Uw opmerkingen en eventuele signalering van tekortkomingen zijn daarbij van harte welkom. Ik ben volledig open voor constructieve feedback en aanpassingen.

Kopie verzendingen
Diverse Vlaamse instanties ontvangen dit rapport ook. De Vlaamse kinder- en jeugdpsychiater 5.1.2e en de Brusselse huisarts 5.1.2e onderschrijven die indiening. In een later stadium zal ik het definitieve rapport ook voorleggen aan een aantal Nederlandse artsen en specialisten met het verzoek om medeondertekening, mits zij zich kunnen vinden in de inhoud en de formulering. Kopieën van het rapport worden verder verzonden aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de Federatie Medisch Specialisten (FMS), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en andere relevante Nederlandse en internationale partijen.

Verzoek tot reactie

Ik verzoek u te bevestigen dat deze publicatie is ontvangen en wordt meegenomen in de herbeoordeling.
Kunt u een reactie geven?

Met vriendelijke groet,
5.1.2e

Op do 27 nov 2025 om 09:05 schreef 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>:

> Beste meneer 5.1.2e
>
> Bijgaand stuur ik u onze reactie op uw brief van 10 november.
>
> Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.
>
> Met vriendelijke groet,
>
> 5.1.2e
>
> 5.1.2e



Bezuidenhoutseweg 30 - 2594 AV - Den Haag

www.gezondheidsraad.nl

Van: 5.1.2e
Verzonden: donderdag 13 november 2025 16:11
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gmail.com>
CC: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Dringende zorgen over onafhankelijkheid van de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren

Beste meneer 5.1.2e

Hierbij bevestig ik, met excuus voor de vertraging, de ontvangst van uw brief met bijlagen. Ik hoop u binnen 2 weken een reactie te kunnen sturen.

Ik heb uw mailwisseling met 5.1.2e ook gezien. 5.1.2e is waarnemer namens het ministerie van VWS, die het advies heeft gevraagd. Een waarnemer heeft geen inhoudelijke inbreng en geen stemrecht in de commissie, maar is aanwezig bij de vergaderingen om indien gewenst de aanleiding tot de adviesvraag en de beleidscontext toe te lichten.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e

5.1.2e

Bezuidenhoutseweg 30 - 2594 AV - Den Haag

www.gezondheidsraad.nl

Van: 5.1.2e <5.1.2e @gmail.com>
Verzonden: maandag 10 november 2025 14:59
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>; 5.1.2e <5.1.2e @minvws.nl>
Onderwerp: Re: Dringende zorgen over onafhankelijkheid van de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren

Beste Mw. 5.1.2e

Hier mijn reactie op het schrijven van uw collega dr. I.D. de Wolf.

Ik plaats voorzitter 5.1.2e in de CC, omdat het schrijven over haar commissie gaat.

Tevens in de bijlage treft u een aantal pdfs aan. Deze zijn toegevoegd omdat deze in de brief worden aangehaald en dit belangrijke juridische stukken zijn over het onderwerp waar de commissie nu onderzoek doet. En de machine-vertalingen ervan ter sneller leesgemak.

Ik zie uw reactie met belangstelling tegemoet.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e

Op wo 29 okt 2025 om 12:33 schreef 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>:

> Beste meneer 5.1.2e
>
> Bijgaand stuur ik u een brief als reactie op uw e-mailberichten.
>
> Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.
>
> Met vriendelijke groet,
>
> 5.1.2e
>
> 5.1.2e
>
> Bezuidenhoutseweg 30 - 2594 AV - Den Haag
>
> www.gezondheidsraad.nl

Van: 5.1.2e <5.1.2e @gmail.com>
Verzonden: vrijdag 10 oktober 2025 12:04
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: Re: Dringende zorgen over onafhankelijkheid van de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren

Beste mevrouw 5.1.2e

Hartelijk dank voor uw reactie. Ik zie uit naar het verdere antwoord.

Ik begrijp en respecteer het verzoek om de commissieleden niet individueel te benaderen. Graag licht ik toe waarom ik toch de behoefte voel om mijn zorgen rechtstreeks onder de aandacht te brengen.

In de afgelopen jaren heb ik meerdere malen bij het 5.1.2e aangegeven dat ook ouders bij de hoorzittingen betrokken zouden moeten worden. Tot op heden is daar helaas geen gehoor aan gegeven. De beperkte spreektijd die destijds aan 5.1.2e en 5.1.2e is verleend, doet naar mijn mening onvoldoende recht aan de complexiteit en maatschappelijke relevantie van dit heftige onderwerp.

Hieronder vindt u mijn eerdere verzoek aan het 5.1.2e (verstuurd ruim een half jaar geleden), waarin ik heb verzocht om inspraak. Dit verzoek werd destijds afgewezen. Inmiddels onderzoek ik, evenals een andere ouder, de juridische mogelijkheden tegen de kliniek waar onze kinderen hormonaal en mogelijk chirurgisch in onze ogen onterecht beschadigd worden, gepaard gaande met een ernstige gezinsontwrichting. Dit is voor uw commissie mede van belang, omdat één van de commissieleden 5.1.2e .

Om verdere escalatie te voorkomen, zou ik graag met de commissie in gesprek gaan. Mijn indruk is dat een groot deel van de leden mogelijk onvoldoende bekend is met recente en internationale ontwikkelingen binnen het genderzorgdebat, waaronder:

- de **Cass Review**, de **WPATH Files**, en het recente **HHS-rapport**;
- de **amicus brief** van Marshall aan Tennessee en de **FTC-conferentie**;
- de publicaties en analyses van **A Wider Lens**, **Beyond Gender**, **SEGM** en **Genspect**.

Daarnaast heb ik mij verdiept in de oudere Nederlandstalige en Duitse literatuur van o.a. **Kuiper, Gooren, De Cuypere, Bockting, Van Leeuwen** en **Pfäffchen**, die aan de basis stond van het huidige internationale behandelmodel. Bij bestudering van deze zeer uitverkochte boeken heb ik aanzienlijke methodologische tekortkomingen en inconsistenties

aangetroffen die vragen oproepen over de wetenschappelijke rechtvaardiging van de somatische zorg op zelfs volwassenen.

Momenteel werk ik samen met internationale onderzoekers (waaronder 5.1.2e) aan het digitaliseren en vertalen van deze oudere bronnen, zodat ze opnieuw beoordeeld kunnen worden. Komende maandag neem ik deel aan een besloten bijeenkomst onder **Chatham House Rules** met binnen- en buitenlandse experts over deze materie.

Gelet op de urgentie en de juridische implicaties lijkt het mij wenselijk dat ik de commissie persoonlijk toelicht over deze bevindingen en de mogelijke gevolgen voor de herziening van de somatische genderzorg. Graag zou ik een dergelijke ontmoeting willen doen met **dr.** 5.1.2e die me ook bijstond in mijn gesprek van de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht van het Radboud Ziekenhuis. Dr. 5.1.2e heeft binnenkort ook een soortgelijk gesprek met de directie van 5.1.2e omdat ik daar ook 4 gezinnen heb gevonden die misleid en zeer onjuist bejegend zijn door de 5.1.2e .

Mag ik u vriendelijk verzoeken deze mail en toelichting te delen met de overige commissieleden, als aanvulling op mijn eerdere correspondentie en verzoeken tot overleg?
Misschien is het ook correct om na te vragen bij het 5.1.2e waarom mijn eerder urgente verzoek zo stellig afgewezen werd.

Met vriendelijke groet,
5.1.2e

5.1.2e 5.1.2e
Beste 5.1.2e ,

Bedankt voor uw bericht. Wij hebben uw vraag geregistreerd via E-mail onder referentienummer 5.1.2e *. Wij beantwoorden uw vraag binnen 5 werkdagen. Als wij uw vraag niet binnen deze termijn kunnen beantwoorden, nemen wij hierover contact met u op.*

Omschrijving van uw vraag:
Sender: 5.1.2e *@gmail.com*
Date sent: Mar 14, 2025 8:12 AM
*To: vragenaanzir*5.1.2e *.nl*
Subject: Verzoek tot ontmoeting met commissie over update transgenderzorg

Hallo medewerker van het 5.1.2e
Kunt u dit verzoek voorleggen aan de commissie die op dit moment werkt aan een update van het transgender-zorgprotocol?
Wij, een groep bezorgde ouders, richten ons tot u met een dringend verzoek om een persoonlijk gesprek te hebben over de huidige stand van de transgenderzorg en de recente evaluaties die plaatsvinden. We zijn ***ernstig bezorgd*** *over de manier waarop de zorg voor*

*transgenderjongeren momenteel wordt verstrekt en voelen ons als ouders niet gehoord of serieus genomen wanneer we **kritisch zijn** op de geboden zorg en het beleid van de betrokken klinieken.*
*Als ouders ervaren we steeds vaker dat **kritische vragen en zorgen** over de medische en psychologische behandelingen van onze kinderen niet worden gewaardeerd en zelfs genegeerd. We worden vaak weggezet als **"tegenstanders"** van de zorg, terwijl onze zorgen niet voortkomen uit onbegrip, maar uit **oprechte bezorgdheid** over de **lange termijn effecten** van bepaalde behandelingen. We hebben de afgelopen tijd veel aanwijzingen verzameld die ons inziens aantonen dat er **structurele problemen** zijn met de manier waarop transgenderzorg wordt aangeboden en dat er onvoldoende rekening wordt gehouden met de **langdurige gevolgen** voor de betrokken jongeren en hun gezinnen.*
Gezinsontwrichting is schering en inslag in onze groep.
*We zijn momenteel met een groep van ongeveer **50 ouders** die samenkomen via een besloten Facebookgroep die pas één jaar bestaat. De groep groeit wekelijks met nieuwe leden, allemaal met dezelfde zorgen en ervaringen. De meeste ouders in onze groep vertonen **significante stress**, hebben het gevoel dat ze **ten einde raad zijn** en zich machteloos voelen tegenover de huidige situatie. We zien een trend van **overspannenheid en frustratie** die door gebrek aan transparantie en communicatie alleen maar versterkt wordt. Veel van ons voelen zich **afgewezen door de klinieken** zodra we onze zorgen uiten en zijn bang dat onze kinderen onterecht in behandelingspaden terechtkomen die **uiteindelijk niet in hun belang zijn**.*
*Gezien de ernst van de situatie zouden wij het zeer op prijs stellen als wij de mogelijkheid krijgen om **onze zorgen en bevindingen te delen** met de commissie die zich momenteel bezighoudt met de update van de transgenderzorg. We hopen dat er een open gesprek kan plaatsvinden, waarbij we kunnen benadrukken welke **belangrijke en urgente vragen** er leven bij ouders, en hoe we gezamenlijk kunnen zoeken naar een **meer gebalanceerde, transparante en zorgvuldige benadering** van transgenderzorg.*
*Wij zijn van mening dat het **cruciaal is dat ouders als betrokken en informerende partijen een stem krijgen** in de evaluatie en de toekomstige richting van de zorg. Wij hopen van harte dat het* 5.1.2e *ons verzoek serieus neemt en wij binnenkort een afspraak kunnen maken voor een ontmoeting.*
In afwachting van uw reactie,
Met vriendelijke groet,
5.1.2e
Namens een groep bezorgde ouders van transgenderkinderen

Als u nog vragen of opmerkingen heeft, kunt u reageren door deze e-mail te beantwoorden. Let erop dat het referentienummer in het onderwerp blijft staan.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e

Op do 9 okt 2025 om 08:13 schreef 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>:

> Geachte heer 5.1.2e
>
> Wij hebben uw e-mail doorgestuurd gekregen van de heer 5.1.2e , lid van de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren van de Gezondheidsraad. Wij nemen uw vraag in behandeling en zullen u binnen de gestelde termijn van 15 werkdagen een reactie sturen. Wij verzoeken u vriendelijk om commissieleden niet persoonlijk te benaderen, maar u altijd te richten tot de Gezondheidsraad wanneer u een vraag heeft over het commissiewerk of een advies van de raad.
>
> Met vriendelijke groet,
>
> 5.1.2e
>
> 5.1.2e
>
> Bezuidenhoutseweg 30 - 2594 AV - Den Haag
>
> www.gezondheidsraad.nl

Van: 5.1.2e <5.1.2e @gmail.com>
Verzonden: Monday, October 6, 2025 2:40:19 PM
Aan: 5.1.2e
<5.1.2e >
Onderwerp: Dringende zorgen over onafhankelijkheid van de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren

Beste heer 5.1.2e ,

Ik richt mij tot u naar aanleiding van uw aanstelling in de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren, die is ingesteld om de adviesaanvraag van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport te beantwoorden. De commissie is op 5 februari 2025 geïnstalleerd.

Na zorgvuldige bestudering van de samenstelling van de commissie maak ik mij ernstige zorgen over de onafhankelijkheid van de leden. Een aanzienlijk deel van de commissieleden is direct betrokken als specialist bij diverse klinieken. Dit roept fundamentele vragen op over de objectiviteit en onpartijdigheid van het advies dat de commissie zal uitbrengen.

Persoonlijk ben ik betrokken bij een hooglopend conflict met het Radboud Ziekenhuis. Mijn ervaring geeft inzicht in de risico's en problemen die kunnen ontstaan bij kritische gezinnen in de context van transgenderzorg. Deze problematiek is reeds decennia bekend en is onder meer uitgebreid gedocumenteerd in het boek *Hij, anders zij* van Riekje van Leeuwen (1992), waarin wordt beschreven dat transseksualiteit vaak een zware emotionele belasting legt op de directe sociale kring en reeds de onjuistheid van het vroege Dutch protocol ook al duidelijk naar voren komt. De werkwijze is voor (jong) volwassenen nooit aangepast op de in het boek aangevoerde fundamentele kritiek.

Mijn eigen interventie via **een verbrede hetero-anamnese** (zie bijlage Genspect Survey NL) heeft aangetoond dat het verhaal van de kliniek niet volledig klopt. Ik heb samen met dr. 5.1.2e in overleg geweest met de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht van het Radboud Ziekenhuis. Samen met mijn advocaat onderzoek ik momenteel de beste strategie om deze fouten gecorrigeerd te krijgen. Dr. 5.1.2e heeft ook nog een aantal brieven gestuurd naar andere Raden van Bestuur van de grote ziekenhuizen waar genderklinieken zijn.

Daarnaast heb ik reeds een tiental ouders kunnen vinden die ook door diverse klinieken zijn misleid en die bewijs hebben van onjuist handelen. Zo volgen er binnenkort gesprekken bij 5.1.2e in Amsterdam West, en een ouder uit het noorden van het land volgde mijn strategie met de hetero-anamnese en is eveneens in overleg met een advocaat. Op basis van deze ervaringen lijkt er sprake te zijn van systematische misleiding van ouders, met mogelijk financiële en juridische consequenties zoals verzekeringsfraude.

In de bijlage treft u mijn bevindingen aan, gepresenteerd tijdens een bijeenkomst in Wenen onder de Chatham House Rules, die gericht was op oudergroepen en advocaten die kritisch staan tegenover de huidige genderzorgpraktijk. Deze brief is ook overhandigd aan de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht van het Radboud Ziekenhuis. ADF International, SEGM en Genspect steunen mijn handelen en volgen mijn case op de voet en begeleiden mij vanuit hun expertise en kennis.

Gezien de grote belangen die spelen en de mogelijke systematische problemen binnen de huidige praktijk, acht ik het van groot belang dat de onafhankelijkheid van de commissie zorgvuldig wordt gewaarborgd. Ik verzoek u hier met de hoogste prioriteit aandacht aan te besteden.

Mijn advies is tevens om dr. 5.1.2e te benaderen voor een persoonlijk gesprek.

Indien u het op prijs stelt, wil ik ook graag met u in overleg.

Kunt u een reactie geven?

Met vriendelijke groet,


5.1.2e

Van: 5.1.2e
Aan: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Gezondheidsraad | Raadpleging advies Transgenderzorg voor jongeren
Datum: dinsdag 10 maart 2026 16:26:00
Bijlagen: image001.jpg

Beste mevrouw 5.1.2e,

Hartelijk dank voor uw reactie. Geen enkel probleem, een mail kan een keertje ondergesneeuwd raken. We zijn erg blij om te horen dat u bereid bent om mee te lezen met het conceptadvies. Ik zal mijn collega, 5.1.2e , vragen om een overleg in te plannen op 14 of 15 april en zal daarbij uw voorkeur voor de ochtend doorgeven.

Vriendelijke groeten,
5.1.2e

Van: 5.1.2e <5.1.2e >
Verzonden: dinsdag 10 maart 2026 16:15
Aan: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Gezondheidsraad | Raadpleging advies Transgenderzorg voor jongeren

Beste 5.1.2e

Je vorige mail is mij geheel ontgaan en zag dat die (nota bene ongelezen!) in de digitale prullenmand was beland. Mijn oprechte verontschuldigingen!

Graag lees en denk ik mee met het advies, dus stuur maar toe als het zover is. Ik kan ook online meeten op 14 of 15 april. Op beide dagen wel met een voorkeur voor de ochtend.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

Dit bericht is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde. Het bericht kan vertrouwelijke informatie bevatten waarvoor 5.1.2e . Als u dit bericht per ongeluk heeft ontvangen, verzoeken wij u het te vernietigen en de afzender te informeren. Alle werkzaamheden worden verricht op grond van een overeenkomst van opdracht met 5.1.2e , een besloten vennootschap ingeschreven in het handelsregister onder nummer 5.1.2e . Op de overeenkomst zijn de algemene voorwaarden van toepassing. Daarin is een aansprakelijkheidsbeperking opgenomen. De algemene voorwaarden worden op verzoek toegezonden of zijn te raadplegen op 5.1.2e .

Van: 5.1.2e <5.1.2e @gr.nl>
Datum: dinsdag, 10 maart 2026 16:01

Aan: 5.1.2e <5.1.2e >
Onderwerp: RE: Gezondheidsraad | Raadpleging advies Transgenderzorg voor jongeren

Geachte mevrouw 5.1.2e,

Vorige maand stuurde ik onderstaande mail met de vraag of u bereid zou zijn om het conceptadvies over de transgenderzorg voor jongeren van feedback te voorzien. Graag informeer ik of u de kans heeft gehad om dit verzoek te overwegen en of wij het advies ter consultatie aan u mogen voorleggen.

Uiteraard ben ik beschikbaar om dit verzoek mondeling toe te lichten.

Met vriendelijke groeten,
5.1.2e

Van: 5.1.2e
Verzonden: donderdag 19 februari 2026 15:36
Aan: 5.1.2e <5.1.2e >
Onderwerp: Gezondheidsraad | Raadpleging advies Transgenderzorg voor jongeren

Geachte mevrouw 5.1.2e,

De Gezondheidsraad werkt momenteel aan een advies over de transgenderzorg voor kinderen en jongeren. De adviesvraag volgt uit twee moties die verzoeken na te gaan of de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg - Somatisch past binnen het gezondheidsrechtelijk kader, wat er bekend is over de fysieke en mentale gezondheidsuitkomsten en wat er bekend is over spijt na behandeling volgens het Dutch protocol. De adviesvraag is belegd bij de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren.

De commissie zou graag haar zienswijzen verifiëren en toetsen of zij in haar advies relevante juridische inzichten heeft gemist. Uw expertise en ruime ervaring met het werk van de Gezondheidsraad zijn daarbij onmisbaar. Graag zouden wij u, als incidenteel geraadpleegd deskundige, willen vragen mee te lezen met een vergevorderd conceptadvies. Uw bevindingen vernemen wij graag in een online gesprek met de secretarissen van de commissie, de voorzitter en een commissielid-jurist. Wij hebben ook 5.1.2e gevraagd om mee te lezen.

Wij zouden u het advies op 3 april kunnen toesturen, waarna wij hopen op een online afspraak op dinsdag 14 of woensdag 15 april.

Bent u bereid om het conceptadvies van de commissie van feedback te voorzien?

Ik kijk uit naar uw reactie.

Met vriendelijke groeten,

5.1.2e
Wetenschappelijk secretaris

tel. +31 6 5.1.2e (ma t/m vrij)
bezoekadres: Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl

Van: Persvoorlichting Gezondheidsraad
Aan: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Vraag NRC
Datum: donderdag 21 mei 2026 08:04:00
Bijlagen: image001.jpg

Goedemorgen 5.1.2e

Fijn, dan doen we de 23e, ik laat hem hier in de agenda zetten om 11 uur. Laat nog maar even weten of jullie het interview online willen doen of bij ons. Ik ben zelf de week daarvoor op vakantie, maar ik zal mijn collega 5.1.2e vragen jullie het advies rond 18 juni (onder strikt embargo) met jullie te delen.

Voor wat betreft het tipje van de sluier: de commissie concludeert dat de transgenderzorg voor jongeren in Nederland zorgvuldig is ingericht.

Hartelijke groet,
5.1.2e

Van: 5.1.2e
Verzonden: woensdag 20 mei 2026 13:15
Aan: Persvoorlichting Gezondheidsraad <5.1.2e@gr.nl>
Onderwerp: RE: Vraag NRC

Ha 5.1.2e, 5.1.2e en ik kunnen de 23ste.
En verder: kun je al iets van een tipje van de sluier oplichten? We vragen ons af of we behalve het interview nog een stuk erbij moeten maken. Welke richting gaat het advies op? Is het verstrekkend mbt de genderzorg voor jongeren?

Hartelijke groet,
Ook namens 5.1.2e
5.1.2e

Van: Persvoorlichting Gezondheidsraad <5.1.2e@gr.nl>
Verzonden: dinsdag 19 mei 2026 16:19
Aan: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Vraag NRC

Ja, ik heb jullie artikelen destijds met veel belangstelling gelezen, daarom vind ik het ook zo fijn dat jullie nu ook aandacht aan ons advies willen besteden!
5.1.2e is op 23 juni ergens tussen 11 en 13 uur beschikbaar voor een interview, komt dat voor jullie ook goed uit? En zouden jullie hier willen langskomen of online? Natuurlijk sturen we jullie het advies dan op tijd onder embargo toe.

Groet,
5.1.2e

Van: 5.1.2e
Verzonden: dinsdag 19 mei 2026 16:06
Aan: Persvoorlichting Gezondheidsraad <5.1.2e@gr.nl>
Onderwerp: RE: Vraag NRC

Jazeker, mijn collega 5.1.2e en ik hebben destijds samen lang meegelopen op de poli in Amsterdam, en zouden om die reden graag samen een interview willen doen en aandacht willen besteden aan het advies in NRC. Misschien kunnen jullie een voorstel doen voor een datum? Het zou fijn zijn als we voorafgaand aan het gesprek een paar dagen hebben om het advies goed te bestuderen. We kunnen uiteraard afspraken maken over het moment van publicatie,

Bellen kan ook: 5.1.2e ,

Met vriendelijke groet,

5.1.2e

Van: Persvoorlichting Gezondheidsraad <5.1.2e@gr.nl>
Verzonden: dinsdag 19 mei 2026 15:59
Aan: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Vraag NRC

Beste 5.1.2e ,

Goed dat je mailt, ik was van plan jou deze week ook te mailen. We gaan publiceren op 30 juni. Inmiddels houdt onze nieuwe vicevoorzitter, 5.1.2e zich bezig met het advies. Zoals we eerder al hadden besproken, kunnen we afspreken dat jij vóór de publicatie inzage krijgt in het advies en, als je wilt, een interview met 5.1.2e kunt hebben.

Hartelijke groet,
5.1.2e

Van: 5.1.2e
Verzonden: dinsdag 19 mei 2026 15:54
Aan: Persvoorlichting Gezondheidsraad <5.1.2e@gr.nl>
Onderwerp: RE: Vraag NRC

Beste 5.1.2e

Ik was aan het puzzelen met mijn agenda, en vroeg me af of jullie al zicht hebben op een concrete publicatiedatum?

Hartelijke groet,

5.1.2e
5.1.2e

Van: Persvoorlichting Gezondheidsraad <5.1.2e@gr.nl>
Verzonden: maandag 19 januari 2026 12:49
Aan: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Vraag NRC

Beste 5.1.2e,

Wij hadden vorig jaar afgesproken dat jij voor de publicatiedatum een exclusief interview kunt doen. Als je dat wilt, staat dat aanbod uiteraard nog steeds. We hebben inderdaad nog geen concrete publicatiedatum, maar zodra die datum is geprikt zal ik contact met je opnemen.

Vriendelijke groet,
5.1.2e

Van: Persvoorlichting Gezondheidsraad
Verzonden: donderdag 8 januari 2026 14:32
Aan: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Vraag NRC

Goedemiddag 5.1.2e,

Bij afwezigheid van 5.1.2e reageer ik op onderstaande. Er is nog geen specifieke publicatiedatum bekend. Wat betreft de andere vraag spreek ik liever niet voor 5.1.2e omdat jullie er al contact over hebben gehad, dus zou deze vraag kunnen liggen tot zij weer terug is? Dat is vanaf maandag 19 januari weer.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e
5.1.2e



Bezuidenhoutseweg 30 - 2594 AV - Den Haag
www.gezondheidsraad.nl

Van: 5.1.2e
Verzonden: donderdag 8 januari 2026 12:32
Aan: Persvoorlichting Gezondheidsraad <5.1.2e@gr.nl>
Onderwerp: FW: Vraag NRC

Dag 5.1.2e,

Een jaar geleden hadden we contact over het onderzoek naar de genderzorg voor jongeren. Ik zie dat adviezen zijn uitgesteld, en tweede kwartaal van 2026 worden verwacht. Is er al een concrete datum? Of zouden we al met iemand kunnen spreken?

Alvast veel dank,
Met vriendelijke groet
5.1.2e
5.1.2e

Van: Persvoorlichting Gezondheidsraad <5.1.2e@gr.nl>
Verzonden: maandag 10 maart 2025 11:43
Aan: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Vraag NRC

Dag 5.1.2e,

Dat was een informatief en uitgebreid artikel afgelopen weekend, dank je wel dat je ons er vorige week even op attendeerde!

Jij had vorige week ook nog een vraag, over de werkwijze van de commissie en of je bijvoorbeeld iemand van de commissie zou kunnen volgen tijdens het commissieproces. Wat betreft het eerste benadruk ik altijd dat de Gezondheidsraad zelf geen onderzoek doet, maar adviezen uitbrengt op basis van de stand van de wetenschap. Het volgen van commissieleden willen wij niet doen, omdat het commissieproces en de inhoud van het advies vertrouwelijk zijn tot het moment van publicatie en de commissieleden (die belangeloos hun expertise beschikbaar stellen aan de Gezondheidsraad) hier ook op moeten kunnen vertrouwen. Maar ik kan me wel voorstellen dat we afspreken dat jij t.z.t. vóór de publicatie van het advies een interview hebt met onze voorzitter Karien Stronks. Zou je daarvoor voelen?

Hartelijke groet,
5.1.2e

Van: 5.1.2e
Verzonden: maandag 3 februari 2025 12:39
Aan: Persvoorlichting Gezondheidsraad <5.1.2e@gr.nl>
Onderwerp: RE: Vraag NRC

Ha wat goed, hartelijk dank 5.1.2e voor de reactie! Groet 5.1.2e

---

Van: Persvoorlichting Gezondheidsraad 5.1.2e @gr.nl>
Verzonden: maandag 3 februari 2025 11:53
Aan: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Vraag NRC

Beste 5.1.2e,

Excuses dat het wat langer duurde, dat kwam door de drukke agenda van mijn collega. Ik heb inmiddels van haar terug gehoord. De Gezondheidsraad brengt vaker in kaart wat de stand van de wetenschap is of wat er wetenschappelijk bekend is rond behandelingen van bepaalde ziekten, aandoeningen, stoornissen, etc. Voorbeelden:
Fibromyalgie: Achtergronddocument Effectiviteit/werkzaamheid interventies bij mensen met fibromyalgie bij het advies Fibromyalgie | Advies | Gezondheidsraad
Vroege behandeling eetstoornissen: Advies Preventie en vroege behandeling van eetstoornissen | Advies | Gezondheidsraad
Dementie: zie vierde gedachtestreepje in de adviesvraag: Adviesaanvraag van de minister van VWS over vroege signalering dementie | Adviesaanvraag | Gezondheidsraad, advies moet nog verschijnen.

Hartelijke groet,
5.1.2e

Van: 5.1.2e
Verzonden: vrijdag 24 januari 2025 15:43
Aan: Persvoorlichting Gezondheidsraad 5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Vraag NRC

Veel dank!

Van: Persvoorlichting Gezondheidsraad <5.1.2e @gr.nl>
Verzonden: vrijdag 24 januari 2025 14:52
Aan: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Vraag NRC

Beste 5.1.2e,

Ik heb mijn collega gevraagd hier de komende week even in te duiken, ik kom er z.s.m. bij je op terug.

Hartelijke groet,
5.1.2e

Van: 5.1.2e
Verzonden: vrijdag 24 januari 2025 13:42
Aan: Persvoorlichting Gezondheidsraad <5.1.2e @gr.nl>
Onderwerp: RE: Vraag NRC

Beste 5.1.2e,

Veel dank voor de reactie. Ik heb de pagina bekeken, en nog één algemene vraag:

- Heeft de Gezondheidsraad eerder vergelijkbaar onderzoek gedaan? Dus naar de wetenschappelijke basis van een behandeling en of die de zorgstandaard haalt?

Hartelijke groet, 5.1.2e

Van: Persvoorlichting Gezondheidsraad <5.1.2e@gr.nl>
Verzonden: donderdag 23 januari 2025 12:44
Aan: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Vraag NRC

Beste 5.1.2e

De commissie die zich over het onderwerp gaat buigen wordt medio februari geïnstalleerd. Vanaf dan kun je informatie over het verdere proces en de commissiesamenstelling op deze pagina van onze website vinden. We verwachten dat het advies zelf waarschijnlijk eind dit jaar of begin volgend jaar klaar is, maar dat hangt natuurlijk ook af van het commissieproces. Pas als het advies klaar en gepubliceerd is, kunnen we inhoudelijke informatie geven over de inhoud van het advies.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e
5.1.2e

Telnr.: 5.1.2e
Adres: Bezuidenhoutseweg 30 – 2594 AV Den Haag
www.gezondheidsraad.nl

Van: Persvoorlichting Gezondheidsraad
Verzonden: woensdag 22 januari 2025 11:58
Aan: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Vraag NRC

Helemaal goed. Ik geef het door aan 5.1.2e

Groet,
5.1.2e

Van: 5.1.2e
Verzonden: woensdag 22 januari 2025 11:49
Aan: Persvoorlichting Gezondheidsraad <5.1.2e@gr.nl>
Onderwerp: RE: Vraag NRC

Ha fijn, dat is prima. Morgen is een rommelige dag, mocht het niet lukken, ben ik vrijdag goed bereikbaar,
Hartelijke groet, 5.1.2e

Van: Persvoorlichting Gezondheidsraad <5.1.2e@gr.nl>
Verzonden: woensdag 22 januari 2025 11:48
Aan: 5.1.2e
Onderwerp: RE: Vraag NRC

Goedemorgen 5.1.2e,

5.1.2e is vandaag afwezig. Gezien jullie hierover eerder contact hebben gehad stel ik voor dat 5.1.2e jou morgen belt.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e
5.1.2e

Bezuidenhoutseweg 30 - 2594 AV - Den Haag
www.gezondheidsraad.nl

Van: 5.1.2e
Verzonden: woensdag 22 januari 2025 10:48
Aan: Persvoorlichting Gezondheidsraad <5.1.2e@gr.nl>
Onderwerp: Vraag NRC

Beste 5.1.2e

Ik werk als journalist voor NRC. Een aantal maanden geleden hebben we elkaar gesproken over een onderzoek van de Gezondheidsraad naar de genderzorg. Ik heb daarover een aantal vragen, kan ik die telefonisch stellen?

Ik ben ook bereikbaar op: 5.1.2e ,

Alvast dank,
Met vriendelijke groet,

5.1.2e

Aanbevelingen van 5.1.2e zoals voorgelegd aan de Gezondheidsraad op 11 april 2025

Als vertegenwoordigers van vrouwen, die als groep disproportioneel geraakt worden door de medicalisering van geslachtsverwarring (met name meisjes die vluchten voor het vrouw-zijn), doen wij de volgende aanbevelingen:

Stop het onderbrengen van de veelheid aan identiteitsproblemen en andere pathologie bij zogenaamde 'gender'-klinieken, die vaak gelinkt zijn aan klinieken voor mensen met dsd's en endocrinologische klachten. Geïnternaliseerde homohaat, autisme, rouw- en scheidingsproblematiek, zelfbeschadiging en seksueel trauma hebben helemaal niets te maken met dsd's of met een vermeende 'genderidentiteit', wat een onmeetbaar metafysisch concept is. Ook lichaamsdysmorfie wordt behandeld met praat- en gedragstherapie, en lossen we niet op door patiënten naar de cosmetisch chirurg te sturen. Datgene wat we met een verzameltermdiagnose 'genderdysforie' noemen is de enige psychologische aandoening waarbij we het lijden van de geest proberen te verlichten door aan het lichaam te sleutelen. Alsof er met dat lichaam iets mis is. Zeker bij seksueel trauma dat niet wordt bevraagd, wordt een slachtoffer dus eigenlijk dubbel slachtoffer: eerst van de dader, dan van de behandelaars met tunnelvisie.

Stop volledig met medicalisering. Ga terug naar de psychotherapeutische basis. Stel psychologische begeleiding verplicht, gericht op het versterken van weerbaarheid in het eigen lichaam

Stop dus per direct met het gebruik van GnRHa's bij minderjarigen, gezien de onomkeerbare schade en het gebrek aan bewijs voor het nut ervan.[i][ii][iii][iii]

Depathologisering van sekse-non-conform gedrag van kinderen die zich gedragen op manieren die we stereotypisch associëren met het andere geslacht. Er is namelijk niets mis mee. Het wijst vaker dan gemiddeld op een kind dat later homoseksueel zal zijn, en daar is ook niets mis mee. Het maakt een kind niet 'trans'[iv]! De DSM is fout op de criteria die dit juist pathologiseren.

Stop de waan van een kind te faciliteren met 'sociale transitie'[v], dus ook als maatschappij, als zorgverlener, als school, als ouders, als sportclub. Door mee te gaan in sociale transitie, doen we alsof het lichaam van dat kind niet bestaat. Maar mensen zíjn hun lichaam. Hierin meegaan geeft de boodschap aan het kind dat haar of zijn lichaam niet klopt. Die boodschap mag je niet meegeven aan kwetsbare mensen. Het is onethisch. Bovendien is het een vorm van gaslighting op de ouders. Die moeten volgen door liegen over sekse of er volgt conflict met het kind, de kliniek, sociale kring, werk. De ouders worden erdoor verraden door de maatschappij[vi].

Nederland dient zich te distantiëren van WPATH: een organisatie die wensdenken en ideologie boven wetenschap stelt en safeguarding van kinderen verwaarloost. Nederlandse zorgverleners dienen zich per direct uit te schrijven als lid; WPATH is niet geloofwaardig als serieuze, integere, wetenschappelijke organisatie[vii][viii][ix][x][xi][xii].

Stopzetting van subsidies aan activistische organisaties: Trek VWS-steun in voor groepen zoals Transvisie, die onverantwoorde toegang tot medicatie zoals GnRHa's aanmoedigen via entiteiten als GenderGP, zelfs voor minderjarigen[xiii].

---

[i] https://web.archive.org/web/20220822105037/https://lesbians-united.org/organizationMaterials/Puberty%20Suppression%20Medicine%20or%20Malpractice.pdf

[ii] https://www.youtube.com/watch?v=uNyaoJn00Mo

[iii] https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20250310143642/https://cass.independent-review.uk/
[iv] https://genspect.org/resources/gender-dysphoria-support-tool/
[v] https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20250310143642/https://cass.independent-review.uk/
[vi] Stephen Levine op Genspect Conference, Lissabon: https://www.youtube.com/watch?v=VzZ5jIzs2ZU
[vii] https://www.humanistischverbond.be/blog/1416/the-wpath-files-de-ideologische-mars-door-de-medische-instellingen/
[viii] https://environmentalprogress.org/big-news/wpath-files
[ix] https://www.supremecourt.gov/DocketPDF/23/23-477/323970/20240903160238352_United%20States%20v.%20Skrmetti%20-%20Amicus%20Brief.pdf
[x] https://segm.org/The-Economist-WPATH-Research-Trans-Medicine-Manipulated
[xi] https://www.bmj.com/content/bmj/387/bmj.q2227.full.pdf
[xii] https://genspect.org/wpaths-annus-horribilis/
[xiii] https://transvisie.nl/volwassenen/hormonen/zelfmedicatie/

De bronnen bij de presentatie:
[xiii] https://x.com/wrenske/status/1907160906015834490
[xiii] https://research.vu.nl/en/publications/toediening-van-puberteitsremmers-aan-minderjarigen-met-genderdysf
[xiii] https://web.archive.org/web/20220822105037/https://lesbians-united.org/organizationMaterials/Puberty%20Suppression%20Medicine%20or%20Malpractice.pdf
[xiii] Domenico Di Ceglie et al., 'Children and adolescents referred to a specialist gender identity development service: clinical features and demographic characteristics', International Journal of Transgenderism 6/1 (2002): https://www.researchgate.net/publication/276061306_Children_and_Adolescents_Referred_to_a_Specialist_Gender_Identity_Development_Service_Clinical_Features_and_Demographic_Characteristics
[xiii] https://www.volkskrant.nl/kijkverder/v/2023/the-dutch-approach-transgender-jongeren-onder-vuur~v656797/
[xiii] https://www.transgendertrend.com/children-change-minds/
[xiii]https://www.voorzij.nl/transspijt-is-mogelijk-33/
[xiii] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31762394/

Geachte commissieleden,

Wij willen u bedanken voor de gelegenheid om bij te dragen aan de raadpleging over transgenderzorg voor jongeren. U heeft ons gevraagd kernpunten van de zienswijze met betrekking tot één of meerdere deelvragen uit de adviesaanvraag kenbaar te maken. Hoewel wij het belang van uw adviesvragen niet willen diskwalificeren, willen wij via deze weg vooral onze zorgen uitspreken over de toekomst van transgenderzorg voor jongeren in Nederland en u wijzen op de bredere context waarin deze discussie plaatsvindt.

Wij vrezen dat transgenderzorg onevenredig wordt onderworpen aan strenge wetenschappelijke eisen in vergelijking met andere medische behandelingen voor jongeren. Zo wordt het ontbreken van gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken (RCT's) vaak aangehaald als een tekortkoming binnen de genderbevestigende zorg. Daarbij wordt echter voorbijgegaan aan het feit dat RCT's methodologisch én ethisch onuitvoerbaar zijn voor de behandeling van puberteitsremmers. Bovendien wordt een groot deel van de reguliere medische zorg voor jongeren eveneens niet ondersteund door RCT-bewijs maar door observationeel onderzoek (McNamara et al., 2024).

Waarom zou de zorg voor transgender en genderdiverse jongeren aan andere normen moeten voldoen? Deze selectieve toepassing van wetenschappelijke eisen draagt niet bij aan de kwaliteit van zorg – integendeel, het belemmert de toegang ertoe. In plaats van deze zorg verder ter discussie te stellen, willen wij u vragen oog te hebben voor de ontoegankelijkheid van transgenderzorg in Nederland. Zo zijn er minimale plekken waar jongeren terecht kunnen en bieden gemeenten onvoldoende middelen vanuit de Jeugdzorg waardoor kleine gespecialiseerde, regionale GGZ-gerichte zorgaanbieders verdwijnen. In het internationale debat wordt het ethische principe *do no harm* (ofwel: niet schaden) vaak aangehaald om vraagtekens te zetten bij genderbevestigende zorg op jongere leeftijd. Als ervaringsdeskundigen kunnen wij u vertellen dat vooral uitblijven van zorg ernstige schade kan veroorzaken aan de (geestelijke) gezondheid.

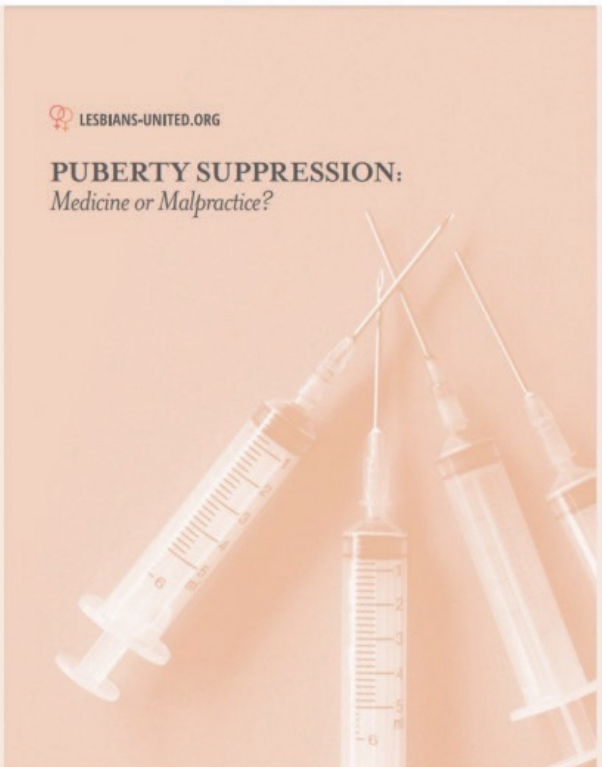
Hoewel wij het belang van langetermijnonderzoek alleen maar aan kunnen moedigen, vragen wij u vooral ook stil te staan bij de motivatie en timing van deze adviesaanvraag. Wereldwijd is er een toename van politiek, religieus en ideologisch gemotiveerde weerstand tegen genderbevestigende zorg, in het bijzonder voor jongeren, die de levens van trans personen en hun naasten negatief beïnvloedt. Wij vragen u om zich hiervan bewust te zijn en om in uw advisering de behoeften van transgender jongeren *zelf* centraal te stellen.

Zoals trans historicus Jules Gill-Peterson benadrukt, "We need to really learn to say we want trans children. Not that we want *all* children to be trans but [that] it's not something we wish we could have prevented." Transgender jongeren bestaan. Zij weten zelf het beste wie ze zijn. Hun bestaan en autonomie zou niet bevraagt of beoordeeld mogen worden. De pogingen – internationaal en nationaal – om de best beschikbare zorg voor hen te ondermijnen kunnen niet enkel vanuit wetenschap weersproken worden. Juist omdat niet wetenschap, maar ideologie, de drijfveer achter deze aanval is. Wij waarderen uw inzet in deze, maar hopen u bovenal ervan te doordringen dat uw tijdelijke commissie het gevolg is van deze voortdurende ondermijning die buiten Nederland al jaren ernstige gevolgen heeft voor transgender jongeren en hun naasten.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e en 5.1.2e
Namens 5.1.2e

lesbiansunitedusa



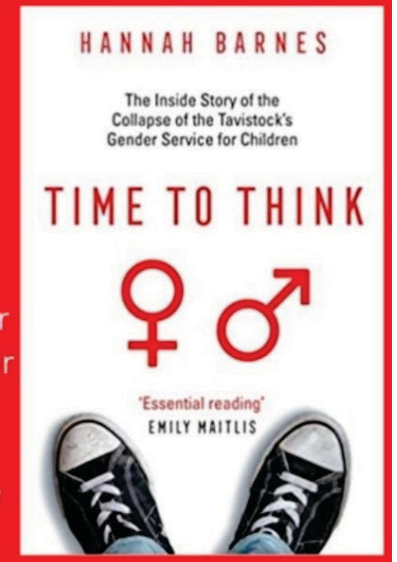
64 7

lesbiansunitedusa Lesbians United's review of the evidence on puberty suppression is out NOW as a free PDF. "Puberty Suppression: Medicine or Malpractice?" cites over 300 sources, and catalogs over 100 side effects of puberty-suppressing drugs. Get it at https://lesbians-united.org/resources.html

Our report delves into better-designed studies of adults taking GnRH agonists (now marketed as "puberty blockers"), which document side effects ranging from osteoporosis and heart attack to depression and fibromyalgia. This is a vast body of evidence - and extremely important, since recent studies of puberty

TAVISTOCK CLINIC SCANDAL IS BIGGER THAN THE CASS REVIEW:

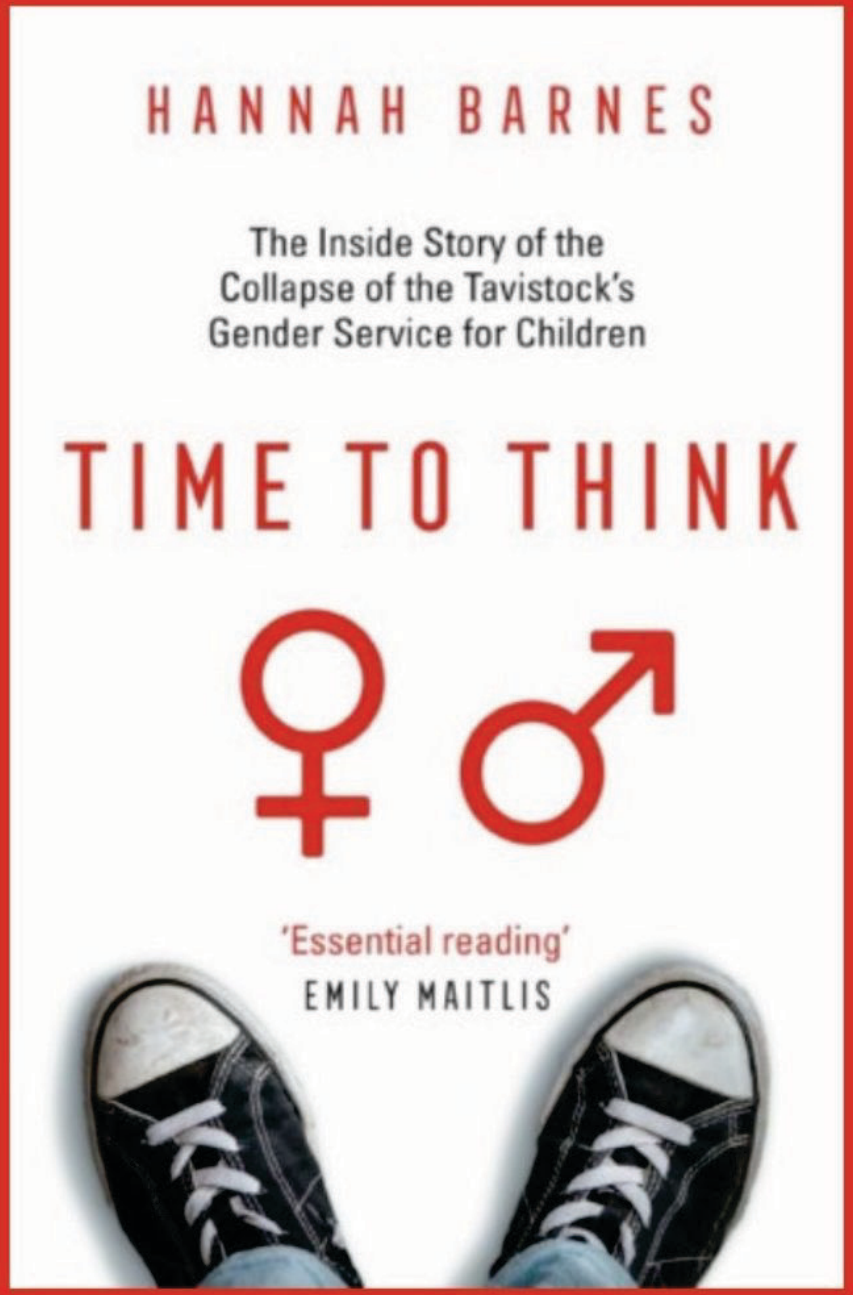
The Tavistock clinic ignored evidence that **97.5%** of children seeking sex changes had autism, depression or other problems that might have explained their unhappiness, in, ***Time to Think:*** *The Inside Story of the Collapse of the Tavistock's Gender Service for Children* by Hannah Barnes



- **ONLY 2.5%** of the children seen at the clinic had no known associated problems.
- **70% of referrals** had **MORE than 5** associated features/ comorbidities such as abuse, depression, self-harm, suicide attempts, anxiety, eating disorders, ADHD or bullying
- **35% of referrals ASD** (Autistic Spectrum Disorder) - YET Less than **2%** of the children in the **UK** have an ASD
- **25% of referrals** had spent time in care compared with **0.67%** of the general population.
- Children referred were **10x times** more likely than the national average to have a **registered sex offender as a parent**
- **42% of referrals** had lost a parent through death or separation
- A clinical psychologist was **"horrified"** that highly vulnerable children were **wrongly being given irreversible drug treatments** following referral by the Tavistock, but discussion of the subject was shut down by colleagues.
- Children who might not have identified as trans were treated as **"collateral damage"** by clinicians who labelled doubters **"transphobic"**

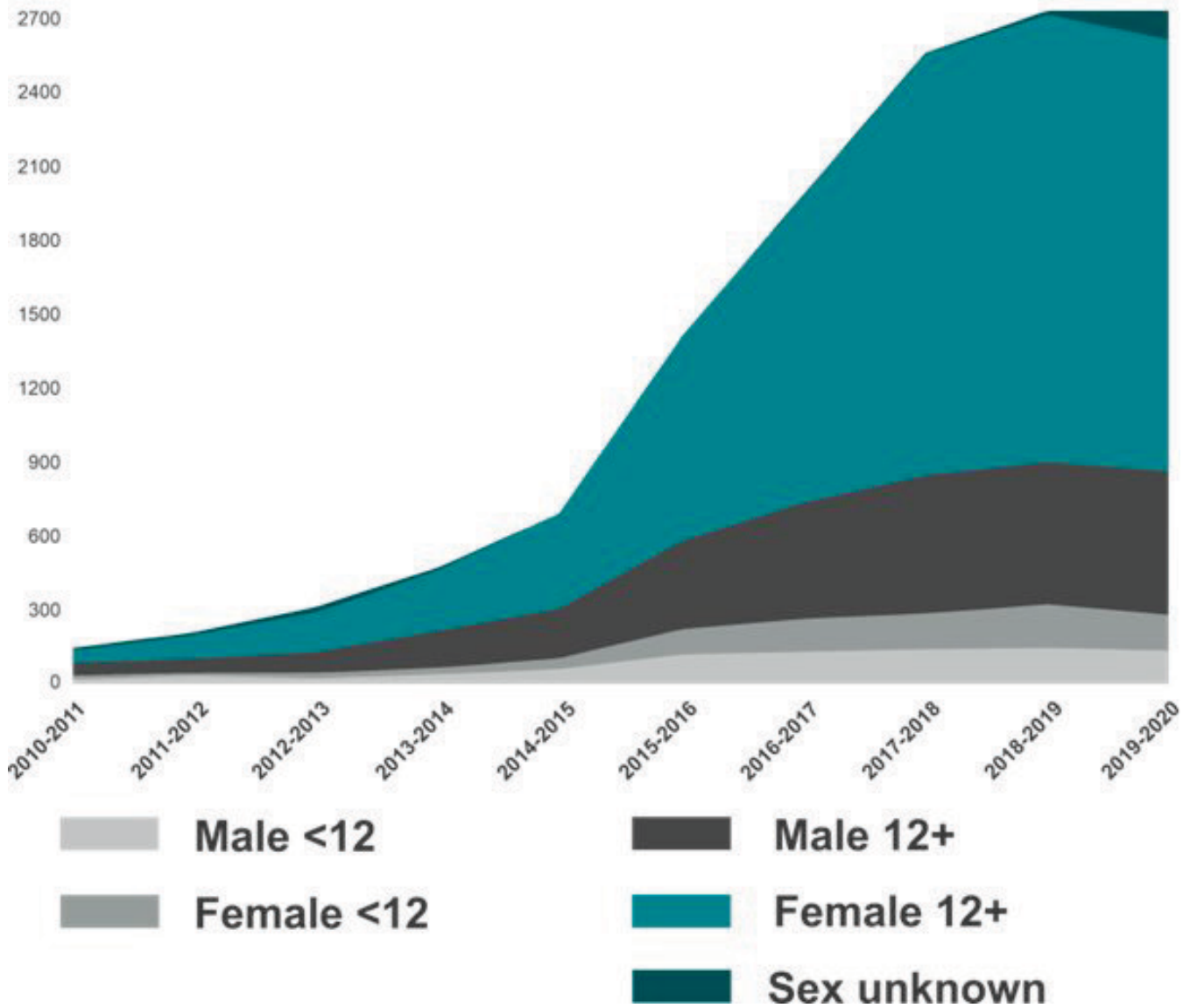
'When GIDS asked older adolescents about who they were attracted to, over 90% of natal females reported they were same-sex attracted or bisexual. For the natal males, 80.8% reported being same-sex attracted or bisexual.'

Gay clinician Matt Bristow 'came to feel that GIDS was performing "conversion therapy for gay kids"'




PUBERTY
IS NOT A
MEDICAL
CONDITION
TFABR

Referrals to GIDS, under 18s (UK)



Position paper *Dutch Protocol*
5.1.2e
Aan de Gezondheidsraad
Datum: 20 mei 2025
---

1. Inleiding

De Gezondheidsraad is gevraagd behandeling volgens het *Dutch Protocol* te toetsen aan het geldende gezondheidsrechtelijke kader. De huidige situatie is op drie punten in strijd met dat kader: (i) het protocol zelf voldoet niet aan de voorwaarden die aan medische protocollen gesteld worden; (ii) toediening van puberteitsremming is in strijd met de Geneesmiddelenwet en (iii) het reguleringsklimaat op het gebied van puberteitsremming is onvoldoende. Ter toelichting het volgende.

2. (i) Het *Dutch Protocol* (2018) zelf voldoet niet aan de voorwaarden die aan medische protocollen gesteld worden

Zie hierover nader "Transgenderzorg aan kinderen; Juridische bedenkingen bij het Dutch Protocol (2018)", *Nederlands Juristenbled* 14-07-2023 – afl. 25 (**bijlage 1**).

Samenvattend: Normaal gesproken zijn medische protocollen leidend bij invulling van de medisch-professionele standaard. Wil een protocol inderdaad leidend zijn, dan moet het (i) evidence based zijn, (ii) een beperkte medisch- ethische lading hebben en (iii) in een adequaat proces tot stand zijn gebracht. Aan geen van deze voorwaarden is bij het *Dutch Protocol* (2018) voldaan.

3. Puberteitsremming aan kinderen is in strijd met de Geneesmiddelenwet

Zie hierover nader "Toediening van puberteitsremmers aan minder- jarigen met genderdysforie en de Geneesmiddelenwet", *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2024 (48) 6 **(bijlage 2)**.

Samenvattend: Het ziet ernaar uit dat op het terrein van puberteitsremming bij genderdysforie een praktijk is gegroeid die de juridische toets der kritiek niet kan doorstaan. De door de Geneesmiddelenwet en het standpunt 'Veilig off-label voorschrijven van geneesmiddelen aan kinderen' voorgeschreven, gedocumenteerde afweging van te verwachten baten en risico's is er niet. In het Cass-report is die afweging wel gemaakt. De risico's blijken groter dan de te verwachten baten. Het ESCAP-statement en ontwikkelingen in de landen om ons heen geven net zozeer reden tot zorg.

4. Het reguleringsklimaat op het gebied van puberteitsremming is onvoldoende

Deze stelling wordt nader toegelicht in een te verschijnen publicatie – die zal worden nagestuurd. De strekking van die publicatie is dat het reguleringsklimaat zes structurele tekortkomingen kent:

1. **Wetenschappelijk exceptionalisme**: er wordt afgeweken van gebruikelijke standaarden in toetsing en verantwoording. Aanvankelijk werd verdedigd dat puberteitsremming welzijnsverbetering bewerkstelligt. Het bewijs daarvoor werd nooit geleverd. Inmiddels is door het Amsterdam UMC "welzijnsverbetering' of "effectiviteit" als uitkomstmaat verlaten. Wat de uitkomstmaat wel moet zijn, zal nog worden onderzocht. Die onbepaaldheid is ongekend, gelet op de risico's van puberteitsremming.
2. **Gebrek aan open debat**: openbare conferenties over het thema zijn niet mogelijk maar moeten plaatsvinden onder de Chatham House Rule. Er heerst een fluistercultuur, Amsterdam UMC verstrekt zelfs de meest basale data voor onderzoek niet aan derden en er is geen *research*protocol als basis voor collectief voortschrijdend inzicht.
3. **Uitsluiting van derden en buitenstaanders**: waar ter voorkoming van tunnelvisie in de genderzorg de betrokkenheid van buitenstaanders cruciaal is, is toetreding door die derden tot het debat zeer onaantrekkelijk, niet in de laatste plaats vanwege reputationele risico's.
4. **Vervlechting van praktijk en wetenschap**: doordat transzorg en het onderzoek daarnaar vrijwel geheel door de dezelfde personen plaatsvindt, is sprake van ondermijnende belangenverstrengeling. Ook is er een groot risico op *confirmation bias*. Het gebrek aan een duidelijke uitkomstmaat vergroot dat risico verder.
5. **Onevenwichtige patiëntenvertegenwoordiging**: bij het meedenken over de zorg is de moeilijk opdracht een adequate vertegenwoordiging van de populatie te vinden. Die grotendeels bestaat uit geboren meisjes aan het begin van de pubertijd. Effectief heeft hebben thans de transbelangengroepen het inspraakmonopolie. Dat is een eenzijdige en dus onjuiste vertegenwoordiging van de populatie.
6. ***Regulatory capture***: de regulering wordt sterk beïnvloed door de personen en instellingen voor wie de regulering geldt. De Minister laat zich voor beantwoording van Kamervragen voorlichten door het Amsterdam UMC. De Gezondheidsraad bestaat voor de helft uit personen die zelf nauw bij het voorschrijven van puberteitsremming betrokken zijn of zijn geweest. Een negatief oordeel van de Gezondheidsraad over het *Dutch Protocol* zou deze mensen en/of de instellingen waarvoor zij werken juridisch en reputationeel in verlegenheid brengen.

5. Conclusie

De huidige situatie is op drie punten in strijd met het gezondheidsrechtelijk kader. De aandacht moet thans uitgaan naar het ontwerp van een gezonde beslisarchitectuur waarin de zes in paragraaf 4 genoemde punten worden geadresseerd. Alleen dan kan de oordeelsvorming op juridisch verantwoorde wijze plaatsvinden.

Gezondheidsraad
Health Council of the Netherlands

Date: 6 May 2025 Your ref: - Our ref: 4109324/HV/idv/101
Phone: +31 70 340 75 20 E-mail: 5.1.2e @gr.nl Encl: -

Subject: Invitation to speak at Committee meeting of Health Council – 16 May 2025

Dear Prof. 5.1.2e

As an independent scientific advisory body, the Health Council of the Netherlands has the task of advising the government and parliament in the field of public health and health(care). The Health Council was recently requested by the Minister of Health to advise on transgender care for children and adolescents in the Netherlands. The request concerns the following aspects:

- physical and mental health outcomes after treatment with puberty blockers and/or gender-affirming hormone treatment
- discontinuation of treatment or feelings of regret related to treatment
- whether this treatment fits within the Dutch health law framework (including the decision-making capacity of young people with regard to choices for this treatment).

The Health Council is also asked to compare results from the Netherlands with those of other European countries that may or may not use a different standard of care.
The Health Council has installed a temporary committee of clinical and scientific experts from various disciplines to advise on this issue. Here you can find an overview of the Committee Members.

Since part of this advice is focused on a comparison with other European countries, the Committee wishes to consult experts in the field of transgender care for children and adolescents from other countries. The Committee is particularly interested in those European countries where the standards of care for transgender children and adolescents have recently been revised. In that context, we would kindly ask if you are open to speak at our next Committee meeting on Friday afternoon 16 May 2025 from 1:45pm to 3:15pm CEST. The Committee meets in person (in Utrecht, the Netherlands) but would like to invite you to participate online. During this meeting the Committee would like to ask you to share your views on the following questions:

- Could you elaborate on how transgender care for children and adolescents was previously organized in your country and what has changed recently?
- What have been the underlying reasons to revise transgender care for children and adolescents in your country?
- Are there any other matters you wish to convey to the Committee regarding (specific aspects of) the request for advice?

In total, six experts are invited to speak at this meeting (see Attachment 2). For each expert, 15 minutes time is reserved in the agenda. During the first 10 minutes, the Committee would like to ask you to reflect on the questions mentioned above. The remaining 5 minutes are reserved for the committee to ask additional questions. Unfortunately, due to a tight schedule that afternoon, speaking time is limited. Therefore, in addition to your presentation you may submit a written contribution of up to 1 A4, in case you wish to elaborate on your reflections on the abovementioned questions. You can submit your written contribution through email (5.1.2e @gr.nl) until 14 May 2025.

Would you be interested in participating in this meeting? We kindly ask you to inform us of your attendance by 9 May 2025, via 5.1.2e @gr.nl. Soon after this date, we will share the reserved time slots for each participant. Please let us know in case of any time preference between 1:45pm to 3:15pm CEST.

Please do not hesitate to contact us in case of any questions.

Best regards,

5.1.2e
Members of scientific staff

Reflectie op het Ouderlijk Inzicht en Kanttekeningen bij het Gebruik van Diagnostische Coderingen richting Verzekeraars

5.1.2e
1 Juni, 2025

Introductie

Mijn naam is 5.1.2e en ik ben hier om een verhaal te delen dat niet alleen onze familie heeft geraakt, maar ook vele andere families wereldwijd. Eerst even iets over mijn achtergrond. Ik ben een kunstenaar en docent op universiteiten en academies in Europa gespecialiseerd in een vakgebied dat transgressieve kunst heet.
Vanuit die discipline ben ik zeer bekend met expliciete uitingen op het gebied van sex, drugs en verzetsgeweld richting de maatschappij, maar ook de neiging tot zelfbeschadiging bij fringe jeugdculturen. De huidige transgolf heeft alle kenmerken van zo'n rebelse tegencultuur waar heftige gothic-mode, geweldadige manga, anime & gaming, designerdrugs en expliciet seksegerelateerd identitair gedrag samenklonteren. Ik zit vanwege mijn expertise filosofisch op een heel ander denkspoor dan genderspecialisten.



5.1.2e en ik heb geen enkele twijfel dat deze zorgvorm ook zo goed geregeld is in het Radboud. Ik spreek mijn bewondering nog meer uit, omdat we leven in een sterk vergrijzende samenleving waar zorg een schaars goed is en desondanks blijft de kwaliteit zeer hoog. Ik ben geen wappie die argwanend is over onze zorg in de breedte. Maar hoe anders is mijn ervaring in de genderzorg...

De Verantwoordelijkheid van de Gezondheidszorg: Gezinsverstoring bij Genderbevestigende Behandeling

Er wordt een buitengewoon grote wissel getrokken op de acceptatie door de sociale omgeving.

In 1992 ontspon zich in dagblad *Trouw* een fel debat tussen ethicus professor **Gerrit Manenschijn** en endocrinoloog **Louis Gooren**, oprichter van de Nederlandse genderkliniek. In een van zijn artikelen schreef Manenschijn een opvallende zin:
Met andere woorden: **33 jaar geleden werd door het werkveld al herkend** dat een medische transitie ingrijpende sociale gevolgen kan hebben — met name binnen het gezin. Dit fundamentele probleem komt ook duidelijk naar voren in het boek van Kuiper uit 1991. Toch wordt dit besef niet weerspiegeld in de huidige zorgprotocollen, noch in Nederland, noch internationaal. De aandacht ligt daarentegen uitsluitend op het 'leren accepteren' van de genderidentiteit van de transpersoon — alsof gezinsbreuken enkel een kwestie zijn van houding en begrip.

Dit roept een fundamentele vraag op:
Wie draagt de verantwoordelijkheid voor de sociale schade die door medische interventie wordt veroorzaakt?

Dat is geen medische vraag. Het is een publieke, ethische en politieke kwestie. Het evenwicht tussen individuele vrijheid en collectieve impact moet bepaald worden via democratisch debat. En zorgmodellen moeten zich aanpassen aan de uitkomst van dat publieke proces — niet andersom. Het kan niet zo zijn dat de samenleving zich klakkeloos voegt naar de wensen van het medische systeem. Dat is de wereld op zijn kop.

Ik stelde voor om gezinstherapie te volgen vóór de start van de genderbevestigende behandeling. Dit verzoek werd goedgekeurd door de klinisch psycholoog Derwig. Maar de therapeut weigerde vervolgens om de opdracht aan te nemen, omdat ik 'te moeilijk' zou zijn. Ik heb die man echter nooit gesproken. En ik heb daarna ook nooit meer iets vernomen van de genderkliniek.
Genderbevestigende zorg is gezinsontwrichtende zorg.
Moet dit onrecht via juridische weg opgelost worden of passen klinieken zelf hun beleid aan?

Groepsdruk en Gaslighting

Het valt niet te ontkennen dat ik een uitgesproken progressief profiel heb. Mijn werk en achtergrond als kunstenaar maken dat duidelijk — toch ben ik zeker geen uitzondering onder andere ouders wat politieke opvattingen betreft. Omdat specialisten de ouders vaak pas in de laatste fasen van het proces ontmoeten, kan hun eerste indruk gemakkelijk zijn dat de ouders conservatief zijn. Maar in werkelijkheid zijn deze ouders simpelweg ten einde raad, emotioneel uitgeput en gefrustreerd na jaren van strijd.
Kritiek op medische transitie is niet extreemrechts, conservatief of bekrompen. Het niveau van framing en stigma is zo extreem dat het bijna onmogelijk is geworden om je er publiekelijk over uit te spreken zonder ernstige gevolgen voor vriendschappen, familiebanden of — zoals in mijn geval — je carrière. Als kunstenaar en docent zou ik onmiddellijk al mijn professionele geloofwaardigheid verliezen. Er wordt verwacht dat je pro-trans bent, zelfs als je grote vragen hebt bij het hele idee van zoiets als een 'seksezeil'. Een metafysisch concept waar geen enkel bewijs voor is.

Door de enorme maatschappelijke druk krijgt het kind **een onevenredige hoeveelheid macht binnen het gezin.** Ouders hebben nog maar zeer beperkte mogelijkheden om ongepast gedrag te corrigeren of weerstand te bieden tegen de psychologische dwang die wordt opgelegd via gaslighting — met voornaamwoorden, naamsveranderingen, verwarrend genderjargon en zelfs dreigingen met zelfdoding. De rust in het huishouden wordt in ernstige mate verstoord. De mate waarin dit gebeurt valt nauwelijks te overschatten.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat de meeste ouders uiteindelijk toegeven aan deze druk en in wanhoop, uit angst hun kind te verliezen, het behandelplan akkoorderen. Ze zijn **automaten** geworden. Slachtoffers van wat de beroemde massapsycholoog **Joost Meerloo menticide** noemde — psychologische dood veroorzaakt door ideologische dwang.[2] Hersenspoeling.

Ouders die toestemming geven ondanks diepe twijfels, beseffen de implicaties daarvan vaak pas veel later. Een sprekend voorbeeld van deze dynamiek kwam aan het licht tijdens Elon Musks interview met Jordan Peterson in juli 2024.[3] Musk geeft in dat interview aan dat hij zich bedrogen voelt. Voor de duidelijkheid: Ik heb sterke kanttekeningen bij de man en het gaat hier niet om zijn politieke

profiel, maar als zelfs Elon Musk — 's werelds machtigste zakenman — kon worden meegetrokken in de transitie van zijn kind, wie is er dan nog bestand tegen dynamiek?

Ethische Bezwaren bij het Terzijde Schuiven van het Ouderlijk Perspectief

De officiële richtlijnen voor transgenderzorg bieden opvallend weinig informatie over gezinsdynamiek. Als er sprake is van een sociale kloof, zou eerst relatietherapie moeten plaatsvinden. Het verstoren van het gezin door een zorgproces dat gepaard gaat met veel onderlinge spanningen roept ernstige ethische vragen op over patiëntenzorg en het welzijn van het gezin.

In een samenleving die wordt gevormd door zulke immense krachten, hebben mijn vrouw en ik jarenlang binnen ons eigen gezin geworsteld met het verlangen van onze zoon om in transitie te gaan. Wat begon met meelevende empathie, ontwikkelde zich — via open vragen en oprechte gesprekken — geleidelijk tot een heuse Koude Oorlog, waarin onze zoon uiteindelijk volledig geïsoleerd raakte binnen het gezin.

Terwijl we ons een weg probeerden te banen door deze moeilijke periode, ben ik me inhoudelijk in het onderwerp gaan verdiepen. De Nederlandse genderteams zeggen te streven naar gezinsrust. Omdat het medisch dossier de indruk moet wekken dat er een breed perspectief wordt meegenomen, worden gesprekken met ouders, partners en andere direct betrokkenen actief aangemoedigd door de behandelaars.
Wie bekend is met genderkritische literatuur, zoals de boeken van **Abigail Shrier**[4] en **Hannah Barnes**[5] en de getuigenissen van **klokkenluider Jamie Reed**[6], weet dat de werkelijkheid grimmiger is. Ik merkte een verontrustend patroon op: Ouders worden formeel uitgenodigd om hun visie te delen. De zorgverleners knikken vriendelijk, maken aantekeningen en zeggen geruststellend dat ze het begrijpen. Veel ouders zijn het niet eens met de zelfdiagnose van hun kind; sommigen gaan daarin mee, maar anderen blijven kritisch.

Hoewel de zorgen van kritische ouders op het eerste gezicht serieus genomen lijken te worden, worden ze in vervolggesprekken terzijde geschoven. De ouderlijke indruk worden genoteerd, maar heeft geen invloed op de diagnose. Sterker nog, **hun bezwaren worden gebruikt om het onderzoek op papier grondiger te laten lijken** — om zo aan de eisen van de zorgverzekeraar te voldoen.

Mijn bezorgdheid nam toe toen ik dit patroon begon te herkennen — en escaleerde toen ik de **DSM-5-TR** raadpleegde om precies te begrijpen wat de criteria zijn voor een positieve diagnose. Wat ik vond, was schokkend:
'Draag je graag een jurk? Ja.
Voel je je een vrouw? Ja.'
Dan heb je genderdysforie.[7]
Het is letterlijk zó eenvoudig. Iedereen die het intakegesprek doorloopt, krijgt een positieve diagnose.

Doordat ik zeer proactief handelde, ontstonden er vragen over het diagnostisch proces zelf, en of er mogelijk sprake is van fraude door genderklinieken — specifiek in de wijze waarop zij diagnostische codes rapporteren aan verzekeraars.
Ik zal uitleggen hoe het diagnostisch proces in elkaar zit, en waar de zwakke plekken zich bevinden.

Onze Casus: Interventie met een Tegenenquête

Onze zoon ontving een uitnodiging van de Radboud genderpoli. Tot onze grote verbazing doorliep onze zoon de intake succesvol.

Ik vermoedde dat we te maken hadden met een genderkliniek die geen passend diagnostisch proces volgde — en daarin had ik gelijk. Dit heeft niet alleen geleid tot een misdiagnose bij onze zoon, maar ook tot diepe psychologische en emotionele schade binnen ons gezin.



Wat deze zaak nog wranger maakt, is dat het geen op zichzelf staand geval is. Wereldwijd melden steeds meer gezinnen soortgelijke ervaringen via Facebookgroepen en organisaties als Genspect en Therapy First. Zij voelen dat er iets niet klopt — maar hoe bewijs je dat?

In de praktijk ontvangt de patiënt een vragenlijst van de kliniek. Daarnaast wordt gevraagd om een motivatiebrief te schrijven — die eenvoudig van internet gekopieerd kan worden. Wanneer ouders later worden uitgenodigd om hun zorgen te delen, wijzen zowel de vragenlijst als de motivatiebrief al in de richting van een positieve diagnose. **Deze twee elementen versterken elkaar en overrulen effectief het ouderlijk perspectief.**

Hoe verdedig je je daartegen? Ik bedacht een interventiemethode om het gebrek aan transparantie aan te tonen waar gezinnen bij de klinieken mee te maken krijgen. Ik kopieerde de DSM-5-TR-criteria en draaide ze om in een vragenlijst die ik kon voorleggen aan mijn bredere familie en vriendenkring — mensen die mijn zoon vanaf zijn geboorte kennen:
‘Heb je mijn zoon als kind ooit met poppen zien spelen?
Heeft hij ooit een jurk gedragen?
Ervaar je hem nu als vrouwelijk, qua uiterlijk en gedrag?’
Dergelijke vragen. Wanneer de uitkomst van zo’n enquête unaniem is, objectiveert dat het ouderlijk standpunt.
Belangrijk hierbij is dat de DSM-criteria een combinatie van gevoel én expressie zijn. Als niemand ooit vreemd gedrag heeft gezien, dan is er ook geen sprake geweest van genderexpressie — en dus, de DSM-5-TR criteria volgend, geen genderdysforie.

De kern van het probleem in de klinische beoordeling is dat genderidentiteit een innerlijke beleving is die niet fysiek meetbaar is. Zorgbeslissingen moeten gebaseerd zijn op objectieve gegevens en niet louter op subjectieve ervaring.
Zorgverleners wuiven observaties van ouders vaak weg met het argument dat het kind zich niet veilig voelde om zich thuis te uiten, of dat de ouders een blinde vlek hebben. Hoewel dat in sommige gevallen (bijvoorbeeld in streng religieuze of conservatieve gezinnen) zo kan zijn, wordt dat ongeloofwaardig als niemand uit de bredere familie- of kennissenkring ooit iets heeft opgemerkt. Een neef, jeugdvriend, buurvrouw, docent, tante of grootouder — íemand moet over de jaren iets gezien hebben. Als niemand iets heeft gemerkt, klopt het verhaal gewoon niet.

In mijn geval was de uitkomst overduidelijk, want mijn zoon is 100% gothic: gekleed in het zwart, met eyeliner, zwarte nagellak en zware kettingen om zijn nek. Hij ziet eruit als een punker uit een emoband en is in zijn gedrag en expressie totaal niet vrouwelijk. Hij lijkt op Kurt Cobain met stoffig zwart haar.

U heeft een kopie ontvangen van mijn wetenschappelijk opgestelde vragenlijst, waarmee wij als ouders objectief hebben onderzocht of ons kind kenmerken van genderdysforie vertoonde. Acht directe familieleden vulden de enquête in. **Geen van hen herkende ook maar enige aanwijzing voor**

genderdysforie of transgenderidentiteit — niet in het verleden en niet in het heden. Geen van hen had ooit iets afwijkends in gedrag waargenomen. **Mijn huisarts had een slip of the tongue en ook hij gaf aan dat hij in het gedrag en de emotionele uitleg van onze zoon niets herkende van een transidentiteit.**

Deze informatie is ingediend bij de genderpoli. Klinisch psycholoog Derwig die de diagnose stelde, bevestigde dat de enquête zeer goed was opgebouwd. Ik heb zijn uitspraak opgenomen met mijn telefoon. Met die uitspraak erkende hij de kwaliteit van het onderzoek. Hij is daarom verplicht deze informatie mee te nemen in de diagnose als fundamentele factor.
Het enquête-resultaat Is vervolgens volledig terzijde geschoven. De 25 aanvullende vragen op pagina 22-24 van de enquête, gericht aan de kliniek, bleven onbeantwoord. Maanden later vernamen we via onze zoon dat de kliniek alsnog een positieve diagnose had gesteld — een diagnose die haaks stond op de bevindingen van het familieonderzoek.
Ik vroeg mijn zoon: 'Hoe is dat mogelijk? Op basis waarvan heeft hij de uitkomst van de enquête genegeerd?'
Dhr. Derwig zei toen tegen mijn zoon: 'We kunnen eigenlijk niet diagnosticeren, want we hebben geen meetinstrumenten. Daarom kunnen we alleen afgaan op wat de patiënt zelf zegt.'
Dit was voor mij een grote 'wauw...'.
De kliniek erkent dus openlijk dat ze geen objectieve diagnostische methode toepast, maar negeert tegelijk een diagnostisch instrument (onze familie-enquête) dat ze zelf als valide heeft erkend. En ondanks dat ze stellen niet te kunnen diagnosticeren, vinden ze het toch gerechtvaardigd om een diagnostische code te gebruiken om behandelkosten te declareren bij de verzekeraar.

Dat roept ernstige vragen op over de medische en ethische integriteit van hun werkwijze.
Als je niet kunt diagnosticeren, omdat er geen instrumenten bestaan, hoe kun je dan het gebruik van een diagnostische code rechtvaardigen?
Dat lijkt juridisch uiterst twijfelachtig — zeker als er sterk tegenbewijs is van acht familieleden en de huisarts die de zelfrapportage tegenspreken.

En 'geen instrumenten beschikbaar'? Ze hadden zélf een enquête én een motivatiebrief gebruikt. Tellen die dan ineens niet meer als instrumenten? Mijn tegenenquête legde deze inconsistentie bloot: op het moment dat ik zelf een instrument aandroeg, waren er ineens 'geen instrumenten' meer. In werkelijkheid zijn hun instrumenten dus pseudo-instrumenten — **Een rookgordijnconstructie die verzekeraars moet laten geloven dat er een legitiem diagnostisch proces heeft plaatsgevonden.**
Dit optuigen van een schijnconstructie is volgens mij fraude. Het faciliteert medische consumentisme in zijn meest extreme vorm. Een structureel falen van medische verantwoordelijkheid.

Kritische Vraag aan de Klinieken

Als we uitzoomen komt er nog iets veel schokkenders aan het licht:
Als de breed gedeelde, identieke mening van 8 familieleden én een huisarts niet leidt tot een negatieve diagnose, wanneer heeft ouderlijke input dan wél ooit geleid tot een negatieve diagnose? Er zijn twee mogelijke antwoorden: Zulke ouders bestaan, maar is het aannemelijk dat hun input sterker dan de onze? Hoogstwaarschijnlijk niet — wat wijst op willekeur in het diagnostisch proces. Maar realistischer is: **Ouders worden altijd genegeerd wanneer ze kritische indrukken aandragen.** Waarom nodigen klinieken de ouders dan überhaupt nog uit?

Vanwege deze pijnlijke constatering heb ik mijn zorgverzekeraar verzocht om de volgende kritische vraag actief voor te leggen aan de genderklinieken waarmee zij samenwerken:

‘Kunt u ons een patiëntenbestand tonen waarin de ouderlijke input de zelfrapportage van de patiënt heeft overruled en heeft geleid tot een negatieve diagnose?’

Ik vermoed dat zo’n dossier niet bestaat.

Als dat klopt, zou dat betekenen dat genderklinieken systematisch diagnostische codes gebruiken zonder alle beschikbare informatie objectief en kritisch te wegen — en dat zij veel ouders hebben misleid door hen valse hoop te geven via de illusie dat zij gehoord worden.

Dat is een massale misleiding en in mijn ogen strafbaar.

Onderzoek naar Ongegronde Diagnose

Een volwassene heeft het recht op lichamelijke autonomie, wat betekent dat hij of zij zelf mag beslissen over het eigen lichaam en de daarbij behorende medische behandelingen. Dit recht houdt echter niet in dat een medische diagnose gebaseerd mag worden op enkel en alleen persoonlijke overtuigingen of voorkeuren. **Een specialist dient zich zoveel mogelijk te baseren op objectieve medische feiten, het brede perspectief inclusief impressie van de directe omgeing en helder geformuleerde diagnostische criteria.** Wanneer een diagnostiek niet plaatsvindt op feitelijke gronden en stricte werkmethodiek, maar beïnvloed is door niet-medische overwegingen, kan dit leiden tot verkeerde beslissingen en onrechtmatige toewijzing van zorg.

Lichamelijke autonomie betekent dat een familie geen diagnose mag afdwingen — maar het betekent evenmin dat een diagnose losstaat van de bredere medische en sociale context. Daarom dringen zich de volgende vragen op:

- Waarom heeft de klinisch psycholoog een positieve diagnose afgegeven die volledig in tegenspraak is met de observaties van zowel de familie als de huisarts — met name wat betreft de niet-herkende genderexpressie?
- Op welke objectieve gronden is hij ervan overtuigd dat de totale familie een onjuiste kijk op de situatie heeft?
- En zijn die feiten werkelijk overtuigender dan de indrukken van de huisarts en de uitkomsten van een grondige familiebeoordeling — een beoordeling die een essentieel onderdeel vormt van het differentiaal diagnostisch proces?

De Grenzen van Zelfrapportage als Rechtvaardiging voor Ingrijpende Medische Zorg

Een vaak gehoord argument ter verdediging van de huidige diagnostiek rond genderdysforie is dat psychiatrische diagnoses per definitie gebaseerd zijn op zelfrapportage van de patiënt. Hoewel dit feitelijk klopt, is deze vergelijking in de praktijk misleidend.

Wanneer iemand aangeeft zijn handen honderd keer per dag dwangmatig te wassen, kan die zelfrapportage inderdaad leiden tot een diagnose van een obsessieve-compulsieve stoornis. De daaropvolgende behandeling bestaat echter uit psychotherapie of medicatie — niet uit amputatie van de handen. De medische respons blijft proportioneel en is gericht op het verlichten van het lijden, zonder onomkeerbare lichamelijke schade aan te richten.

Genderzorg volgt echter een fundamenteel andere benadering. Hier kunnen subjectieve ervaringen — zoals het gevoel ‘in het verkeerde lichaam te zitten’ — leiden tot medische ingrepen die permanent, ingrijpend en onomkeerbaar zijn: hormoontherapie, borstverwijdering, castratie en genitale operaties.

Om zulke drastische somatische ingrepen te rechtvaardigen, is veel meer nodig dan alleen subjectieve zelfrapportage. In lijn met het medische principe **in dubio abstine** (‘bij twijfel, niet handelen’) en het ethische gebod **First, do no harm**, mag men verwachten dat onomkeerbare medische procedures uitsluitend worden toegepast in gevallen van extreem lijden, langdurige stabiliteit van de

behandelwens en een duidelijke medische indicatie. Dat niveau van bewijs ontbreekt.

Zoals in mijn geval is aangetoond, worden diagnoses uitsluitend gesteld op basis van zelfrapportage — gevolgd door een behandeltraject dat ernstige fysieke schade toebrengt aan een gezond lichaam. Dit overschrijdt niet alleen de grenzen van medische proportionaliteit, maar ook de ethische grens tussen zorg en schade.

De vraag dringt zich dan op: **is dit nog legitieme gezondheidszorg — of hebben we te maken met een ideologisch gedreven systeem dat niet langer voldoet aan de maatstaven van medische redelijkheid en ethische verantwoordelijkheid?**

Addendum

Ik schreef deze tekst al in april, een paar weken vóór de publicatie van het artikel *"Attention Insurers: False Diagnostics in Gender Healthcare Exposed"* op de website van Genspect.[8] Mijn tekst die ik nu aan u voorleeft benadert het onderwerp vanuit het perspectief van mijn persoonlijke verhaal. Het was niet haalbaar om de bredere analytische invalshoek uit het Genspect-artikel volledig te integreren. Ik raad aan om het artikel als aanvullende bron te lezen — het behandelt dezelfde kernproblematiek, maar vertrekt vanuit het standpunt dat **het ontbreken van een degelijke differentiële diagnose in de kern neerkomt op medische nalatigheid.**

Gebrek aan transparantie en ongerechtvaardigde declaraties: hoe wordt hierop toegezien?

Een zorgverzekeraar heeft geen volledig inzicht in de diagnostische processen binnen een kliniek. Men ontvangt enkel declaraties voor gevallen waarin een positieve diagnose is gesteld, aangezien negatieve diagnoses geen aanleiding geven tot vergoeding. Dit betekent dat wanneer een kliniek systematisch positieve diagnoses afgeeft, **dit onzichtbaar blijft voor de verzekeraars**, en een mogelijk patroon van ongegronde diagnostiek onopgemerkt blijft.

Wanneer een kliniek niet-transparant heeft gehandeld, een schijndiagnose heeft gesteld of een ongerechtvaardigde diagnostische code heeft gebruikt, kan dit worden beschouwd als misleiding en fraude. In dergelijke gevallen heeft de zorgverzekeraar **het recht om uitgekeerde vergoedingen terug te vorderen, omdat de declaratie niet op adequate medische gronden gebaseerd was.** Dit volgt uit de geldende regelgeving en contractuele afspraken tussen verzekeraars en zorgaanbieders.
Ik ben op zoek gegaan naar andere kritische families en heb nu reeds tien gezinnen gevonden die allemaal niet gehoord zijn door de kliniek. Dit ondersteunt het beeld dat er nooit naar ouders geluisterd wordt tijdens het diagnostische proces. Ik heb overleg gehad met een aantal verzekeraars en die delen mijn mening dat het handelen van dhr. Derwig en de genderkliniek inderdaad vragen oproept. Ze zijn echter gebonden aan de wetgeving die is opgesteld door de NZA en konden me niet helpen. Ze adviseerden me contact op te nemen met de NZA. Ik ben daar momenteel mee bezig ben, maar ik wilde dit probleem eerst aan u voorleggen om escalatie te voorkomen.

Gezien de mogelijke omvang van het probleem en de impact op een zeer brede groep gezinnen **(mogelijk honderden, of zelfs duizenden)**, zou hier sprake kunnen zijn van een structurele juridische kwestie met verstrekkende gevolgen. Dit kan leiden tot grootschalige terugvorderingsprocedures door meerdere verzekeraars. Indien deze vermoedens worden bevestigd, zou dit kunnen uitgroeien tot **een van de grootste medische en verzekeringstechnische schandalen van deze tijd**.

Klinisch psycholoog Derwig: ‘Van transitie word je niet gelukkig’

Het probleem beperkt zich niet tot het negeren van de observaties van het gezin. Klinisch psycholoog Derwig deed tijdens ons gesprek een aantal zeer opmerkelijke uitspraken. De opvallendste: ***‘Van transitie word je niet gelukkig.’*** Deze uitspraak herhaalde hij meerdere keren en heb ik vastgelegd op mijn telefoon.

Als een zorgverlener binnen de kliniek zélf toegeeft dat een medische transitie het welzijn niet verbetert, rijst de vraag: **waarom doen we het dan nog — en is dit wel verantwoorde zorg?** Welke rechtvaardiging blijft er dan nog over voor deze behandeling?[9]

Non-binair, Nullificatie, Eunuch

De situatie rond mijn zoon is nog merkwaardiger dan ik tot nu toe heb beschreven. Ik wil graag iets dieper ingaan op zijn wensen.

Mijn zoon haat **‘het patriarchaat’** — wat dat ook moge betekenen. Hij is extreem links georiënteerd. De gedachtensprong die daarop volgt is: het patriarchaat wordt veroorzaakt door onderdrukkende mannen. Mannelijkheid wordt veroorzaakt door testosteron. Dus wil hij gecastreerd worden. Want dat zou de testosteronproductie stopzetten. **Maar hij wil wel zijn penis behouden en geen vaginoplastiek...**

Wat dit nog met genderdysforie te maken heeft, is mij een raadsel. En hoe hier een diagnostische code op kan worden toegepast, is eveneens onduidelijk. Want wat is dan nog de definitie van ‘het andere geslacht’? De DSM-5-TR werkt in zijn criteria met een binair stelsel en erkent geen non-binaire categorieën. Hoe kan er dan een diagnostische code worden toegekend op basis van een non-binaire identiteit?

Wat mijn zoon wil, staat ook wel bekend als ‘nullo’ of ‘nullificatie’. Of ‘eunuchisme’. Want daar hebben we in wezen mee te maken.

Wat bijna niemand weet, is dat het Nederlands Protocol 2024 eunuch als gender erkent.[10]

Het vaak genoemde sadomasochistische schandaal over eunuch als gender in WPATH’s SoC8[11] was dus geen ‘verspreking’ op basis van een uitgelekte conceptversie, maar opzettelijk. De Nederlandse publicatie bewijst dat.[12]

Het eunuchenschandaal is een van de vele schandalen rondom WPATH. Voorafgaand aan de Amicus brief was er al de **WPATH Files** publicatie van Mia Hughes en **het Rachel Levine schandaal** waar **Annelou de Vries** van de Amsterdamse kliniek nauw bij betrokken is geweest, omdat zij hoofdauteur is van het hoofdstuk waarop Levine politieke druk uitoefende en dwong tot aanpassing. Ik heb Dhr. Derwig expliciet gewezen op de eunuchenkwestie en ook de andere problemen rondom WPATh en vroeg hem om een verklaring waarom hij (en andere Radboud-specialisten) nog altijd lid was van WPATH. Ik kreeg nooit een antwoord en hij is nog altijd lid.[13]

De eunuchen-castratie roept ernstige medisch-ethische vragen op, omdat het geen vrouwelijk lichaam creëert, maar een medische toestand die afwijkt van gangbare principes binnen de geneeskunde.

Plastische chirurgie is niet bedoeld om fantasiewezens te creëren, en medische ingrepen moeten altijd een duidelijke ethische rechtvaardiging hebben: namelijk dat ze worden uitgevoerd om esthetische redenen, maar met als primaire voorwaarde dat het lichaam niet op extreme wijze wordt verminkt.

Bovendien staat deze castratiewens haaks op ethische en juridische grenzen rond lichaamsmodificatie.

Genderchirurgie overschrijdt fundamentele ethische waarden. In Nederland zijn de bevestiging van apotemnofilie (het verwijderen van gezonde ledematen) en vrouwelijke genitale verminking (VGV) verboden. Het is onduidelijk waarom genderzorg denkt hierop een uitzondering te mogen zijn.
Dit lijkt juridisch en medisch onhoudbaar. **Is hier sprake van nalatige zorg?**

Geïnformeerde Toestemming en het Concorde Effect

Nadat ik het schokkende nieuws kreeg dat hij zich wilde laten castreren — terwijl hij zijn penis wilde behouden — moest ik hem uitleggen dat zo'n ingreep bijna altijd leidt tot volledig erectieverlies. Hij geloofde me niet en reageerde luchtig: 'Dan neem ik toch gewoon Viagra.' Ik moest uitleggen dat als je op nul staat, twee keer nul nog steeds nul is. Blijkbaar zette hem dat aan het denken. In latere gesprekken met mijn vrouw gaf hij aan voorlopig alleen hormonen te willen. Daar bleef het niet bij, ik heb een strip Estradiol gevonden. Onduidelijk is of dit door het Radboud is voorgeschreven of dat hij dit illegaal heeft gekocht. De heer Derwig gaf in ons gesprek aan dat de gezinskloof voor hem een probleem vormde om de medicalisatie te starten. Als hij dat alsnog wel heeft gedaan, is dit een ernstig misdrijf dat vraagt om verregaande consequenties. Hij wekte namelijk de indruk dat wij veilig bij hem waren en dat er geen transitie kon plaatsvinden zolang de kloof niet opgelost was. Medicalisering zou immers de gezinskloof vergroten. En er is een direct gezondheidsgevaar waarover ik mij ernstig zorgen maak. Om deze redenen vraag ik dan ook om een grondig inspectieverzoek en wil graag weten wat er exact heeft plaatsgevonden en wie waar verantwoordelijk voor is geweest. Was de medicatie illegaal aangekocht, of heeft het Radboud dit voorgeschreven?

De exacte wens van mijn zoon blijft onduidelijk. Enkel hormonen of ook fysieke castratie? Elk gesprek hierover is inmiddels taboe geworden. Dat taboe is gevaarlijk, omdat het gaat om een verlangen tot zelfbeschadiging by proxy. Een vorm van zelfverminking die wordt uitgevoerd door het ziekenhuis. Een duidelijke bevestiging dat hij het idee van castratie laat varen, zou voor mij een enorme opluchting zijn — maar zelfs dan zouden de zorgen niet verdwenen zijn. Ik wil graag de aandacht vestigen op een onderbelicht patroon, dat naar mijn mening een sterk argument vormt in de context van rechtszaken rond detransitie en aansprakelijkheidskwesties.

Veel jongens zeggen in eerste instantie dat ze alleen hormoonbehandeling willen en wijzen chirurgische ingrepen uitdrukkelijk af. Het protocol schrijft voor dat er vóór de medische transitie een behandelplan wordt opgesteld. Wat echter zelden wordt besproken — en vaak wordt onderschat of niet bekend is bij huisartsen en verzekeraars — is dat oestrogeen alleen effectief is bij biologische mannen wanneer hun natuurlijke testosteron actief wordt onderdrukt met anti-androgenen.

Deze anti-androgene medicatie heeft ingrijpende gevolgen, waaronder:

- Krimp van de penis
- Aanzienlijke inkrimping van de testikels (tot wel twee derde van de oorspronkelijke grootte)
- Verminderd seksueel verlangen
- Problemen met erectie en orgasme
- En uiteindelijk, op de lange termijn: totale impotentie en seksuele disfunctie — feitelijk een vorm van chemische castratie

De bijwerkingen van anti-androgenen zijn ernstig en vaak moeilijk te verdragen. Een 'oplossing' hiervoor is chirurgische castratie, omdat je dan alleen nog oestrogeen hoeft te nemen. **Maar deze ingreep maakte geen deel uit van het oorspronkelijke behandelplan.** Toch worden patiënten hier vaak uiteindelijk toe gedwongen, omdat de anti-androgenen te zwaar zijn om mee door te gaan. Dit is een **padafhankelijke dwang**. Het tragische geval van Richie Herron is illustratief voor dit onderkende probleem.[14]

Een vergelijkbare dynamiek doet zich voor bij vrouwen die langdurig testosteron gebruiken. Ook daar ontstaan na verloop van tijd ernstige medische complicaties, zoals vaginale atrofie — een aandoening die extreme pijn veroorzaakt en uiteindelijk kan leiden tot verplichte chirurgische ingrepen die nooit vooraf waren gepland of besproken.

In beide gevallen is er sprake van een puur iatrogeen veroorzaakt **Concorde-effect**: de patiënt zet de transitie voort en wordt door de complicaties gedreven tot extreme keuzes, steeds zwaardere gevolgen die aan het begin nooit expliciet zijn gekozen of begrepen. Zeker voor jongeren, die hun transitie vaak starten met idealistische wensdromen, is deze complexiteit moeilijk te bevatten. **Echte geïnformeerde toestemming is in zulke gevallen nauwelijks haalbaar.**

Deze zorgwekkende observatie wordt ook bevestigd in de WPATH Files, zoals gedocumenteerd door Mia Hughes. Interne communicatie toonde aan dat professionals in de transgenderzorg zich er van bewust zijn dat patiënten niet werkelijk in staat zijn tot geïnformeerde toestemming — en toch verlenen ze ingrijpende, vaak onomkeerbare zorg. In zulke gevallen is er sprake van verwijtbaar handelen.

In de genderzorg spreekt men van een ‘gender journey’, waarmee dit sunk cost-effect wordt verdoezeld. **Via misleidende taal wordt onethische, iatrogene zorg verpakt als individuele vrije keuze.**

Voor verzekeraars is het moeilijk te herkennen in de dossiers dat de veranderde wens iatrogeen is veroorzaakt, en te complex om in te zien dat het om verwijtbare zorg gaat.
Dit roept cruciale vragen op:
Moet de verzekeraar deze bijkomende, vaak kostbare behandelingen vergoeden? Of ligt de financiële verantwoordelijkheid in feite bij de zorgaanbieder, die niet realistisch, volledig en ethisch heeft gehandeld?

Vragen aan de specialisten van de genderkliniek

Zoals gezegd, bereid ik momenteel namens mijzelf en tien andere gezinnen een dossier voor dat ik ga voorleggen aan de NZA.

Om escalatie te voorkomen, lijkt het me urgent dat de Radboud zelf per direct een onderzoek in gaat stellen. Dit zal de NZA waarderen en daarmee blijft de schade hopelijk beperkt.

Om u te helpen heb ik een lijst met onderzoeksvragen voor u opgesteld die u kunt gebruiken.
Aan die hand van de antwoorden op die vragen, kunt u beoordelen of mijn informatie gerechtvaardige zorgen heeft of dat er niets aan de hand is. Ik twijfel daarbij niet aan uw professionaliteit en beoordeling.

1 – Is Genderbevestigende zorg is gezinsontwrichtende zorg? Indien de kliniek meent van niet, hoe handelt de kliniek dan in geval er reeds een gezinskloof is ontstaan? Wordt er actief ingezet op systeemtherapie voorafgaand aan de transitie of stuurt men aan op uit huis gaan als ‘oplossing’ en wordt er in feite gezinsontwrichting gestimuleerd via die ontwijking?

2 - Herkent en erkent de kliniek de kritiek dat er gaslighting en brainwashing opgetreden kan zijn bij de directe sociale kring, voorafgaand en tijdens de behandeling? Indien de kliniek van mening is van niet, waar is die indruk op gebaseerd. Kan de kliniek bewijzen dat er geen gaslighting en brainwash-

ing heeft plaatsgevonden? Wordt de directe sociale omgeving hierop onderzocht?

3 Als je niet kunt diagnosticeren, omdat er geen instrumenten bestaan, hoe kun je dan het gebruik van een diagnostische code rechtvaardigen?

De belangrijkste vraag:
4 Kunt u ons een patiëntenbestand tonen waarin de ouderlijke input de zelfrapportage van de patiënt heeft overruled en heeft geleid tot een negatieve diagnose?

5 Waarom heeft klinisch psycholoog Derwig een positieve diagnose afgegeven die volledig in tegenspraak is met de observaties van zowel de familie als de huisarts — met name wat betreft de niet-herkende genderexpressie? Heeft dhr. Derwig de brede familie geconsulteerd om te verifiëren of het verhaal van de ouders logisch is?
6 Op welke objectieve gronden is hij ervan overtuigd dat de totale familie een onjuiste kijk op de situatie heeft?

7 Zijn die feiten werkelijk overtuigender dan de indrukken van de huisarts en de uitkomsten van een grondige familiebeoordeling — een beoordeling die een essentieel onderdeel vormt van het differentiaal diagnostisch proces?

8 Uit de hierboven beschreven casus blijkt dat zelfrapportage de differentieel diagnostiek heeft overstemt. Wat rechtvaardigt het verlaten van het fundamenteel medische principe van de differentieel diagnostiek en deze als ‘bijgerecht’ op te voeren ondergeschikt aan de zelfrapportage?

9 De uitspraak ‘Transitie verbetert je welzijn niet’ roept vragen op over de legitimiteit van de somatische transzorg. Kunt u verklaren waarom deze zorg noodzakelijk is als het niet het welzijn van de patiënt bevordert?

10 De ethische problematiek rond non-binair, nullificatie en eunuchisme roept vragen op. Waarom wordt er afgeweken van het binaire stelsel van de DSM en is dit wel houdbaar. Welk bewijs is er voor het bestaan van de volgende genders: non-binair, nullo, eunuch?

11 Herkent u het probleem dat beschreven wordt over het gebrek aan geïnformeerde toestemming? Hoe gaat u door de patient vooraf niet inschatbare schade voorkomen?

12 Herkent u het iatrogene Concorde-effect? Hoe voorkomt u dit? Indien dit optreedt, draait uw afdeling op voor de kosten van deze schade? U bent als specialist eindverantwoordelijk. Draagt u zelf de consequenties als dit fout loopt?

Tevens bevat de Genspect enquete op pagina 22-24 nog 25 aanvullende vragen. Indien er vanuit de bovenstaande vragen geen blijk is van wanzorg, dienen ook deze vragen adequaat beantwoord te worden door de kliniek. Door die 25 vragen verwerfd u een goed inzicht in genderkritisch denken. Een toenemend aantal ouders wordt door de continue media-aandacht alerter en raakt bekend met deze vragen. Indien die niet beantwoord worden, zal dit leiden tot juridische kwesties.

Bronnen

1 **Medische ethiek is geen slippedraagster techniek** - prof. dr. G. Manenschijn, Dec 3 1992, Trouw newspaper: *'Er wordt een buitengewoon grote wissel getrokken op de acceptatie door de sociale omgeving.' ('Gender transition places an extraordinary burden on acceptance by one's social environment.'). Zie scan.*

2 **The Rape of the Mind: The Psychology of Thought Control, Menticide, and Brainwashing** - Joost A. M. Meerloo, 1961. ISBN-13: 978-1614277873

3 **Elon Musk geïnterviewd door Jordan Peterson** (July 2024) https://www.youtube.com/watch?v=Q20Nbq3EJsc

4 **Irreversible Damage** - Abigail Shrier ISBN-13 978-1800750364 (2021).

5 **Time to Think** - Hannah Barnes ISBN-13 978-1800751118 (2023).

6 Allie Beth Stuckey - **Former Gender Clinic Employee Blows Whistle on Medical Abuse, Guest: Jamie Reed**, Ep 1109, 5 december 2024, rond de 17 minuten. https://www.youtube.com/watch?v=99Clw4j_FX8

7 **DSM-V-TR online:** https://archive.org/details/dsm-5-tr/page/n1/mode/2up

8 **Attention Insurers: False Diagnostics in Gender Healthcare Exposed** - Hermes Postma, 30 april 2025. https://genspect.substack.com/p/attention-insurers-false-diagnostics

9 De opmerking van Derwig is geen geïsoleerd incident. Annelou de Vries van het VU UMC Gender Clinic verklaarde: *"Wat heel duidelijk is: puberteitsremmers werken — ze stoppen de seksuele ontwikkeling. Oestrogeen werkt — feminisering begint. Testosteron werkt ook. Als we dat als uitkomstmaat nemen, zijn het uiterst effectieve behandelingen. En dáárvoor komen mensen."* (Bron: **Interview met Annelou de Vries in NRC**, 30 januari 2025 — https://www.nrc.nl/nieuws/2025/01/30/we-kunnen-veel-opener-vragen-hoe-voel-je-je-over-je-lichaam-a4881300)

10 **Evaluatie van de kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – somatisch**, page 21,25,27. Februari 2024. https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2024-04/Evaluatie%20van%20de%20kwaliteitsstandaard%20Transgenderzorg%20%282024%29%20%281%29.pdf

English version here https://www.boomdocent.nl/tijdschrift/FenR/FENR-D-24-00001

11 Amicus brief van Alabama Attorney General Steve Marshall, pagina 34-36: https://www.alabamaag.gov/wp-content/uploads/2024/10/2024.10.15-Ala.-Amicus-Br.-iso-TN-FINAL.pdf

Vertaling van pagina 34 - 36:

'WPATH Beveelt Castratie aan als "Medisch Noodzakelijk" voor "Eunuchen".

Alsof men nog eens wilde benadrukken hoe onwetenschappelijk de SOC-8-onderneming was, nam WPATH een volledig hoofdstuk op over 'eunuchen' — 'personen die bij de geboorte als man zijn toegewezen' die 'mannelijke fysieke kenmerken, mannelijke genitaliën of genitale functies willen elimineren'. Omdat eunuchen 'verlangen naar een lichaam dat compatibel is met hun eunuch-identiteit', beveelt WPATH 'castratie aan om hun lichaam beter in overeenstemming te brengen met hun genderidentiteit'.

Dat is geen overdrijving. Toen Dr. Coleman in zijn getuigenis werd gevraagd of "in het geval van een fysiek gezonde man zonder erkende psychische aandoeningen, die zich presenteert als een eunuch en om castratie vraagt, maar er geen aanwijzing is dat hij daadwerkelijk een hoog risico loopt op zelf-castratie — WPATH's officiële standpunt dan nog steeds is dat die castratie een medisch noodzakelijke procedure kan zijn?", bevestigde Dr. Coleman: "Dat klopt."

Dr. Coleman gaf ook toe dat geen enkel diagnostisch handboek "eunuch" erkent als een medische of psychiatrische diagnose. En andere auteurs van SOC-8 bekritiseerden het hoofdstuk als "zeer speculatief en gebaseerd op aannames, terwijl een degelijke bewijslast grotendeels ontbreekt." Dr. Bowers gaf zelfs toe dat niet elk bestuurslid het hoofdstuk had gelezen vóór het werd goedgekeurd voor publicatie. Het maakt niet uit: de richtlijn waarvan de Verenigde Staten eisen dat staten die aannemen, beveelt officieel castratie aan voor mannen en jongens die zich identificeren als "eunuch."

En hoe kwam WPATH tot de conclusie dat castratie 'medisch noodzakelijke genderbevestigende zorg' is? Van het internet — meer specifiek een "grote online peer-supportgemeenschap" genaamd het "Eunuch Archive." Volgens SOC-8 zelf bevat dit "Archief" "de grootste rijkdom aan informatie over hedendaagse eunuch-geïdentificeerde mensen."

De richtlijn vermeldt niet dat een deel van die "rijkdom" afkomstig is uit het fictiearchief van de site, dat duizenden verhalen bevat die "gericht zijn op het erotiseren van **kindercastratie" en "sadistisch seksueel misbruik van kinderen beschrijven**." Deze "fictieve porno" bevat "thema's zoals **nazi-artsen die kinderen castreren, babyjongens die melk met oestrogeen krijgen toegediend om via geweldadige sekshandel misbruikt te worden tijdens hun adolescentie en pedofiele fantasieën over kinderen die gecastreerd zijn om hun puberteit te stoppen.** Ondanks dit alles beweren de medische belangengroepen die de verzoeker steunen nog steeds dat de WPATH-richtlijn "hetzelfde soort procedures [volgde] … als andere richtlijnen die zijn uitgevaardigd door amici en andere medische organisaties."

Laten we hopen van niet.'

12 Evaluatie van de kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – somatisch, Feb 2024. De eunuch-zorg staat vermeld op pagina 21, 25, 27. https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2024-04/Evaluatie%20van%20de%20kwaliteitsstandaard%20Transgenderzorg%20%282024%29%20%281%29.pdf

13 WPATH Membership search results. Zie uitgeprinte bijlage van screenshots1 juni 2025 en 29 augustus 2024. https://app.wpath.org/provider/search?provider_directory_search_form%5Baddress%5D%5Bcountry%5D=NL&provider_directory_search_form%5Baddress%5D%5Bstate%5D=&provider_directory_search_form%5Baddress%5D%5Bcity%5D=&provider_directory_search_form%5BfirstName%5D=&provider_directory_search_form%5BlastName%5D=&provider_directory_search_form%5Bspecialty%5D=

14 Andrew Gold Heretics. 76 **Ideological Doctors Pushed Me Into Gender Surgery** - Ritchie Herron, 24 juli 2024. https://www.youtube.com/watch?v=tk7NX7iPr9k

Trouw, 12 maart 1992

Medische ethiek is geen slippedraagster techniek

door prof. dr. G. Manenschijn

Aan alle discussies moet een eind komen, ook aan die over de transseksualiteit. Maar ik meen aan diegenen die de moeite hebben genomen uitvoerig op mijn beide artikelen in te gaan, een antwoord verplicht te zijn.

Er waren veel reacties. Afwijzende en veroordelende, zoals die van de hoogleraren Gooren en Broekman, dominee Doolaard (alle drie verbonden aan de medische faculteit of het academisch ziekenhuis van de VU) en de journaliste Nicole van der Toorn. Hun bijdragen zijn allemaal gepubliceerd in *Trouw*. Verder kreeg ik nog een afkeurende brief. Instemmende reacties bereikten mij vooral telefonisch en mondeling, ook uit kringen van transseksuelen, uit hun directe omgeving, uit de kring van hoogleraren aan de VU en van medici.

De zaak zelve. Het indrukwekkendst waren de verhalen van twee mensen die een geslachtsverandering van man tot vrouw hebben ondergaan: Nicole van der Toorn en een anoniem gebleven vrouw (zij heeft zich wel aan mij bekend gemaakt) die spijt heeft niet meer terug te kunnen. Om de zaak waarom het gaat begrijpelijk en invoelbaar te maken zijn deze verhalen meer dan voldoende; alles is er in gezegd. Ze staan naast elkaar als twee authentieke getuigenissen die je niet tegen elkaar kunt wegstrepen. Voor beide vrouwen gevoel ik zeer groot respect.

Bewoordingen

Uit de vele reacties trek ik vijf conclusies.

1. De communicatie is erg moeilijk. Om voor niet-ingewijden duidelijk te maken wat er feitelijk gebeurt bij een geslachtsaanpassing koos ik al te harde bewoordingen, maar vind maar eens woorden die acceptabel zijn en die *tegelijk* de werkelijkheid niet verhullen. Iemand die een geslachtsverandering heeft ondergaan schreef mij of ik liever helemaal niet over deze problematiek wilde schrijven, want het ter sprake brengen ervan deed al pijn. Dat gaat wel erg ver. Als een publiek debat niet kan, is er dan wel enig probleem opgelost?
2. Zowel mevrouw Van der Toorn als de anoniem gebleven vrouw die spijt heeft van de ondergane geslachtsaanpassing, geeft te kennen dat je altijd transseksueel blijft. Dat blijkt ook uit de stelling van dr. A. J. Kuiper (in *Trouw* van 29 februari) dat de term 'detransseksualisatie' als aanduiding voor de geslachtsaanpassende behandeling misleidend is, en wel omdat zij suggereert dat de transseksuelen na de behandeling verlost zouden zijn van hun transseksuele achtergrond, wat niet het geval is. Trouwens, als men de cijfers van dr. Kuipers proefschrift ziet, dient de opmerking dat dit proefschrift aantoont dat de behandeling zinvol is geweest, gerelativeerd te worden.
3. Er is geen weg terug. Gooren geeft dat ruiterlijk toe. Mijn vraag was: wat hebt u te bieden aan hen die diepe en blijvende spijt hebben van de ondergane geslachtsaanpassing? Het antwoord bleef uit.
4. Er wordt een buitengewoon grote wissel getrokken op de acceptatie door de sociale omgeving. Nu dienen wij, ethisch gezien, ieder mens in haar/ zijn eigen hoedanigheid onvoorwaardelijk te aanvaarden en daarbij mag de seksuele identiteit geen enkele rol spelen, maar de vraag is of de samenleving zich daaraan stoort. In ieder geval kan het behandelende team nauwelijks invloed uitoefenen op de acceptatie door de omgeving.
Uit het verhaal van Broekman begrijp ik dat hij dit het eigenlijke probleem vindt. Ik citeer: „Het lijden van de transseksueel is niet een lijden aan zijn of haar seksuele organen of hormoonconstitutie. Integendeel: dat lijden wordt veroorzaakt door de samenleving die professor Manenschijn en wij allemaal tot stand brengen en in stand houden." (Aan deze opvatting verbindt Broekman tot twee keer toe de conclusie dat mensen als ik het zijn die verantwoordelijk zijn voor het lijden van de transseksueel).
Er is hier echter sprake van twee soorten lijden, die op één hoop worden gegooid. Er is het lijden aan de aandoening èn het lijden dat de sociale omgeving je aandoet. Broekman laat het eerste lijden opgaan in het tweede. De getuigenissen van de beide MV's weten echter heel goed het onderscheid tussen beide soorten lijden te bewaren. Voor de transseksueel is het aanvaard worden door de sociale omgeving van doorslaggevend belang. Als men als team daarop nauwelijks invloed kan uitoefenen, welke conclusie moet men dan trekken voor de effectiviteit van de behandeling?
5. Broekman zegt dat medische ethiek te maken heeft met de kwetsbaarheid van elke mens. Akkoord, maar met nog veel meer. Ook met het handelen van medici, met de verdeling van schaarse middelen in de gezondheidszorg en dus met prioriteiten, en met een kritisch wegen van nieuwe medische technieken. Op dit punt wordt de medische ethiek bedreigd door het gevaar zich te laten opschepen met de taak elke nieuwe ontwikkeling in medische techniek maatschappelijk aanvaardbaar te helpen maken.
Het kan zijn dat ik mij vergis, maar ik krijg sterk de indruk dat professor Broekman zich in die rol goed thuisvoelt. Ik citeer: „Er is dus geen sprake van een 'lichaamsaanpassing aan de ik-beleving', maar *de lichaamsaanpassing wordt verlangd om sociaal en normatief staande te blijven*'." Dat lijkt mij zijn eigenlijke punt te zijn, vooral ook omdat hij zegt dat de medische techniek tot niets anders in staat is dan een aanpassing van de uiterlijke gedaante. Daaruit trekt hij niet de conclusie dat de medische techniek terughoudend dient te zijn, maar dat de ethicus moet meehelpen de persoon in kwestie de identiteit te verlenen die de *samenleving* van haar/hem verlangt.
Het sociale aspect is voor hem kennelijk belangrijker dan het medische. Dat stemt aardig overeen met de analyse van de Oxford-hoogleraar Oliver O'Donovan dat het aangeboden goed van de transseksuele geslachtsaanpassing niet een *medisch* goed is, maar een *sociaal* goed. Het lijkt mij duidelijk dat voor Broekman het probleem in de samenleving ligt, niet in de medische wereld en de medische techniek. Op de ontwikkeling van de medische techniek als zodanig wordt immers geen enkele kritiek uitgeoefend.

Ik kan mij niet goed voorstellen dat Broekman de rol van de medische ethiek ziet als slippendraagster van de medische techniek, maar zijn beschouwingen suggereren dat wel. Om als slippendraagster te dienen is het voldoende respect te hebben, maar om zakelijke kritiek te kunnen oefenen is een scherp analytisch vermogen nodig, alsmede de moed om tegen reputaties en heersende opvattingen in te gaan.

De auteur is hoogleraar ethiek aan de Theologische Universiteit van de Gereformeerde Kerken in Kampen.

Voorbeeld van een gothic jongen, niet mijn zoon, maar hij loopt er zo bij. Niet girlie.



Zoekresultaat lidmaatschap WPATH 1 juni 2025

41 RESULTS:

Member Name	Specialty	City	State	Profile
Cameron Boisen, PhD	Behavioral Health, Counseling, LGBTQ Therapy, Psychology, Other	Amsterdam	Noord-Holland	VIEW PROFILE
Johan Boone, BA	Counseling, Education, Other Social Science (Anthropology/Education/Political Science/Sociology/et, Religious Field/Studies/Research, Social Work	Goes	Zeeland	VIEW PROFILE
John Capozuca, PhD	Psychology	Amsterdam	North Holland	VIEW PROFILE
Clemens de Vreeze	Graduate Student	Assen	Drenthe	VIEW PROFILE
Annelou L.C. de Vries, MD, PhD	Pediatrics: Psychiatry	Amsterdam	Holland	VIEW PROFILE
Joost Derwig, MA	Behavioral Health, Psychology	Nijmegen	gelderland	VIEW PROFILE
Koen Dreijerink	Endocrinology	Amsterdam	Noord Holland	VIEW PROFILE
Lieke Galas, MD	Endocrinology, Graduate Student	Nijmegen	Gelderland	VIEW PROFILE
Noor Gieles, MD	Endocrinology, Graduate Student, Sexology/Sex Therapy/Sex Research	's-Gravenhage	Zuid Holland	VIEW PROFILE
luk gijs	Psychology, Sexology/Sex Therapy/Sex Research	's-Hertogenbosch	Noord Brabant	VIEW PROFILE
Noortje Hartog Jager, MS	Behavioral Health, Counseling, LGBTQ Therapy	Groningen	Groningen	VIEW PROFILE
Kim Horsnell, MD	Counseling, LGBTQ Therapy, Pediatrics, Pediatrics: Psychology, Professional Counselor, Psychology	Haarlem	Noord Holland	VIEW PROFILE
Rudolph Houben, MD, PhD	Resident, Surgery: Facial, Surgery: Plastics, Surgery: Urology	Amsterdam	Noord Holland	VIEW PROFILE
LJ Kalverdijk, MD	Pediatrics: Psychiatry, Psychiatry	Groningen	Groningen	VIEW PROFILE
Boris Kanen, MD	Endocrinology, Internal Medicine /Family Practice/ Primary Care	Amsterdam	Noord-Holland	VIEW PROFILE
Alex Kolman, MD	Pediatrics: Psychiatry, Psychiatry	Santpoort Zuid	NH	VIEW PROFILE
Baudewijntje Kreukels, PhD	Psychology	Amsterdam	North Holland	VIEW PROFILE
Peter Leusink, MD, PhD	Endocrinology, Internal Medicine /Family Practice/ Primary Care, Sexology/Sex Therapy/Sex Research	Utrecht	Utrecht	VIEW PROFILE
Wilma Mathurin	Education, Graduate Student, LGBTQ Therapy, Marriage and Family Therapy, Psychology, Sexology/Sex Therapy/Sex Research	Almere	Flevoland	VIEW PROFILE
Tim Nijhuis, MD, PhD	Surgery: Facial, Surgery: Plastics	Nijmegen	Gelderland	VIEW PROFILE
Ezra Oosthoek, MA	Graduate Student	Rotterdam	Zuid-Holland	VIEW PROFILE
Mujde Ozer, MD	Sexology/Sex Therapy/Sex Research, Surgery: Plastics, Other	Naarden	Noord Holland	VIEW PROFILE
Nina Pot	Graduate Student	Amsterdam	Noord-Holland	VIEW PROFILE
Frederique Retsema, APRN, ARNP, BA, BS, CFTP	Counseling, Education, Psychology, Other	Almere	FL	VIEW PROFILE
Joep Roeffen, MA	Professional Counselor, Psychiatry, Psychology	EINDHOVEN	Noord Brabant	VIEW PROFILE

Member Name	Specialty	City	State	Profile
Skye Stanwich, BA, MS	Graduate Student	Utrecht	Utrecht	VIEW PROFILE
Thomas D. Steensma, PhD	Psychology	Amsterdam	Noord-Holland	VIEW PROFILE
Maaike Terheggen, MA	LGBTQ Therapy, Psychology	Glimmen	Groningen	VIEW PROFILE
Jasmijn Tissingh, ANP	Endocrinology, Nurse Practitioner, Nursing, Pediatrics, Physician Assistant	Zaandam	Noord-Holland	VIEW PROFILE
Christa van Bunderen, MD, PhD	Endocrinology	Nijmegen	-	VIEW PROFILE
Emmy van den Boogaard, MD, PhD	Gynecology, Surgery: Gynecology	Baarn	Utrecht	VIEW PROFILE
Anna van der Miesen, MD, PhD	Psychiatry	Amsterdam	Noord-Holland	VIEW PROFILE
Jason van Heesewijk, MD	Endocrinology, Psychology	Amsterdam	Noord-Holland	VIEW PROFILE
Naomi Van Hout, MD	Surgery: Plastics	Amsterdam	Noord-Holland	VIEW PROFILE
Norah Van Mello, MD, PhD	Endocrinology, Gynecology, Surgery: Gynecology	Amsterdam	noord-holland	VIEW PROFILE
Wouter van Vugt, MD	Graduate Student, Gynecology, Sexology/Sex Therapy/Sex Research, Surgery: Gynecology	Amsterdam	Noord-Holland	VIEW PROFILE
Renate VanGenugten, MD, PhD	Endocrinology	Heilig Landstichting	Gelderland	VIEW PROFILE
Camiel Welling, MD	Public Health, Sexology/Sex Therapy/Sex Research	Amsterdam	North-Holland	VIEW PROFILE
Danny Young Afat, MD, PhD	Surgery: Plastics	Amsterdam	Noord-Holland	VIEW PROFILE
Bas Zegers, MD, PhD	LGBTQ Therapy, Pediatrics, Pediatrics: Psychiatry, Pediatrics: Psychology	Venlo	Limburg	VIEW PROFILE
Oriol Zemko, FNP, MSN	Endocrinology, Nurse Practitioner	Delft	Zuid-Holland	VIEW PROFILE

Een oudere check van 29 augustus 2024 toonde ook nog de volgende namen:

Hedi Claahsen- van der Grinten, MD, PhD	Endocrinology, Pediatrics, Other	Nijmegen	Gelderland	VIEW PROFILE
Fleur Lahaije, MD	Endocrinology, Pediatrics, Other	nijmegen	Netherlands	VIEW PROFILE

De WPATH search directory is wisselvallig. Onduidelijk is of Hedi Claahsen-van der Grinten en Fleur Lahaije momenteel nog lid zijn.

Datum: Maandag 10 november 2025

Aan:
5.1.2e
Gezondheidsraad

Betreft: Reactie op uw schrijven van 29 oktober – samenstelling commissie en weging van literatuur

Geachte 5.1.2e **,**

Hartelijk dank voor uw duidelijke reactie van 29 oktober, waarin u drie hoofdpunten toelichtte:

1. De samenstelling van de commissie,

2. De basis in wetenschappelijke onderzoeksrapporten,

3. De omgang met perspectieven van ouders.

Ik waardeer de zorgvuldige opzet van uw reactie, maar maak mij ernstig zorgen over drie structurele tekortkomingen die, naar mijn inzicht, de onafhankelijkheid en volledigheid van het uiteindelijke advies kunnen beïnvloeden.

1. Onvolledige multidisciplinaire samenstelling

De commissie mist in mijn optiek enkele cruciale expertises.
Allereerst ontbreekt een **filosoof gespecialiseerd in lichaam-geestvraagstukken**. Begrippen als *genderidentiteit* zijn fundamenteel conceptueel en verdienen een diepere epistemologische beschouwing. Zonder deze invalshoek dreigt een eenzijdige benadering die niet in lijn is met de uitgangspunten van evidence-based medicine.

Ik sta in contact met verschillende prominente Nederlandse filosofen en kan de Gezondheidsraad desgewenst in contact brengen met geschikte experts die hierover van waardevolle duiding kunnen voorzien.

Daarnaast ontbreekt een **specialist in tegencultuur en jeugdsubculturen**. Het huidige fenomeen rondom genderidentiteit onder jongeren vertoont duidelijke raakvlakken met online en subculturele dynamieken, waaronder radicale identiteitsvorming, groepsloyaliteit en zelfexpressie.
Een deskundige op het gebied van radicalisering, tegenculturen of collectieve identiteitsvorming is daarom onmisbaar.

Door deze lacune bestaat het risico dat de commissie onvoldoende zicht heeft op culturele en psychologische factoren die een rol spelen bij jongeren met genderdysforie. Vanuit mijn 25-jarige ervaring als onderzoekend kunstenaar en docent op meer dan 25 Europese academies, gespecialiseerd in avant-garde en tegencultuur, bied ik mij graag aan om hierover een lezing of toelichting te verzorgen.

Daarnaast beschik ik over een uitgebreid internationaal netwerk van onafhankelijke onderzoekers en deskundigen met wie ik wekelijks contact heb. U kunt hierbij denken aan onder meer:

- **Zhenia Abbruzzese** (Director of SEGM)
- **Stella O'Malley** (Director of Genspect)
- **Mia Hughes** (auteur van *The WPATH Files*)
- **dr. Az Hakeem** (psychiater, voormalig Tavistock-kliniek, oprichter de enige spijtkliniek ter wereld)
- **Michael Biggs** (socioloog, bekend om analyse van de De Vries-studies)
- **dr. Lisa Littman** (grondlegger van de ROGD-hypothese)
- **Erin Friday** (jurist, Director of *Our Duty*, actief in rechtszaken tegen klinieken in de VS)
- **Jamie Reed** (klokkenluider, voormalig medewerker van een Amerikaanse genderkliniek)
- **Helen Joyce** (filosofe, gespecialiseerd in de relatie tussen gender en vrouwenrechten)
- **Hannah Barnes** (journaliste die het Tavistock-schandaal onthulde).

Mijn advies is om met enkele van deze experts in overleg te treden; ik kan de contactgegevens desgewenst aan u beschikbaar stellen.

2. Onvolledige weging van relevante literatuur

Ik waardeer dat de commissie het belang van de *Cass Review* en het *HHS-rapport* onderkent. Deze vormen inderdaad de meest uitgebreide systematische evaluaties tot dusver.
Het ontbreken van verwijzingen naar de **WPATH Files**, de **FTC-conferentieverslagen** en de **Amicus Brief van Marshall** roept echter vragen op. Hoewel deze publicaties geen traditionele wetenschappelijke onderzoeken zijn, bieden zij relevante context over structurele tekortkomingen binnen de internationale genderzorg, waarin de Nederlandse praktijk een hoofdrol speelt.

Ook de lijst van kritische boeken die in de *Genspect Survey* worden aanbevolen, lijken niet te zijn meegenomen. Dit vergroot het risico op tunnelvisie.
Daarnaast heb ik in oudere Nederlandse literatuur (Gooren, Cohen-Kettenis, Kuiper, De Cuypere) ernstige inconsistenties aangetroffen die kunnen duiden op structurele onderzoeks- en diagnostische fouten. Die ontdekkingen kunnen leiden tot juridische problematiek.

De actualiteit onderstreept de urgentie hiervan. In België is in november 2025 een **rechtszaak aangekondigd na het overlijden van een jong persoon** dat kort na aanvang van een hormonale behandeling overleed. Deze zaak betreft vergelijkbare vraagstukken rondom diagnostiek, informed consent en medisch toezicht, en toont aan dat deze kwesties niet hypothetisch zijn. Ook in Nederland signaleren ouders soortgelijke ervaringen.

Om die reden meld ik mij hierbij formeel als **klokkenluider**, met het verzoek om hierover in overleg te treden. Ik ben bereid mijn bevindingen te delen en toe te lichten in een presentatie voor de commissie.

3. Beperkte representatie van ouderperspectieven

Hoewel u aangeeft dat de Gezondheidsraad gesprekken heeft gevoerd met zowel positieve als negatieve ervaringsdeskundigen, is het mijn waarneming dat **geen enkele kritisch ingestelde ouder** daadwerkelijk is gehoord.
Organisaties zoals 5.1.2e vertegenwoordigen een affirmatief perspectief, maar geen tegengeluid van ouders die grote zorgen hebben over de wijze waarop diagnostiek en behandeling plaatsvinden.

De 5.1.2e is uitgenodigd — een relevante maar geen oudergerichte groep.
Daarnaast is 5.1.2e benaderd; hij heeft echter afgezien van deelname omdat hij vanuit zijn professionele achtergrond als jurist wilde spreken, en niet als individueel ouder.
Daardoor is feitelijk geen enkel kritisch oudergeluid rechtstreeks gehoord.
Het zou waardevol zijn als de commissie, naast 5.1.2e ook de groep kritische ouders hoort. Ik bied aan om drie ouders te introduceren die hun ervaringen op integere en feitelijke wijze kunnen delen. Hun getuigenissen illustreren structurele problemen die in meerdere Nederlandse klinieken lijken voor te komen.

Samenvattend verzoek

Ik verzoek u vriendelijk maar dringend om:

1. Mij gelegenheid te geven een **lezing te verzorgen over tegencultuur en identiteitsvorming bij jongeren**;

2. Een **filosoof** aan te wijzen (of door mij te laten aandragen) die zijn visie kan geven op het fenomeen *genderidentiteit*;

3. In **overleg te gaan met enkele van de hierboven genoemde internationale experts**;

4. Een overlegmoment te plannen waarin ik mijn **onderzoeksbevindingen over vermoedelijke wetenschapsfraude** kan toelichten;

5. **Drie ouders** uit te nodigen die hun ervaringen met de commissie kunnen delen.

Ik vertrouw erop dat de Gezondheidsraad het belang onderkent van hoor en wederhoor, zeker gezien de maatschappelijke gevoeligheid en de mogelijke juridische implicaties van de besproken kwesties.
Een zorgvuldig en open gesprek met mij en enkele betrokken ouders kan bijdragen aan een evenwichtiger en beter onderbouwd adviesproces.
Ik zie uw reactie met belangstelling tegemoet.

Met vriendelijke groet,
5.1.2e

Bezorgde ouder
Specialist in radicale tegencultuur
Onafhankelijk onderzoeker – geschiedenis van de Nederlandse genderzorg en diagnostiek

5.1.2e *@gmail.com*

The Dangers of “Gender-Affirming Care” for Minors

July 9, 2025

Jon Schweppe:

Good morning, everyone. Let's go ahead and have a seat if we can. Folks, we're going to get our program started in a minute if everybody could have a seat. Good morning and welcome to the Federal Trade Commission's workshop, the dangers of so-called gender-affirming care for minors. My name is Jon Schweppe. I'm a senior policy advisor in the chairman's office. We have an incredible program for you today with 33 guest speakers plus Chairman Ferguson and Commissioners Holyoak and Meador. Our approach to this workshop is simple. We want to hear from a wide variety of people all over the political spectrum about this issue. Our speakers today include medical, ethicists, physicians, whistleblowers, parents and survivors. We have Republicans, Democrats, conservatives, progressives, even feminists, who are concerned about a profit-seeking industry pushing to medicalize and in some cases sterilize gender dysphoric minors at younger and younger ages. Before we get started today with our substantive program, I need to go over some administrative details.

Please silence any mobile phones or other electronic devices. If you must use them during the workshop, please be respectful of the speakers and your fellow audience members. Please be aware that if you leave the Constitution Center Building for any reason during the workshop, you'll have to go back through security screening again. Please bear this in mind and plan ahead, especially if you're participating on a panel so we can do our best to remain on schedule. Most of you received a lanyard with a plastic FTC event security badge. We reuse these for multiple events, so when you leave for the day, please return your badge to security and we will also have folks collecting them after the event. If an emergency occurs that requires you to leave the Constitution Center but remain in the building, follow the instructions provided over the building PA system. If we are required to evacuate the building, an alarm will sound, we'll exit in an orderly manner through the main seventh street exit, and we'll have further instructions once outside.

If you notice any suspicious activity, see something, say something, please alert FTC staff and building security. Restrooms are located in the hallway just outside of the auditorium. Coffee will be provided throughout the day, and lunch will be served at approximately 12:30 PM outside of the ballrooms. Please do not bring food or drinks into the auditorium. Only water is allowed. Please be respectful of the speakers and panelists, and refrain from interrupting the program. Anyone disrupting the event will be removed by security. Please be advised that this event may be photographed, webcast or recorded. By participating in this event, you're agreeing that your image and anything you say or submit may be posted indefinitely at ftc.gov or on one of the Commission's publicly available social media sites. All

right. So let's get started with the program. Please welcome to the stage the Chairman of the Federal Trade Commission, Andrew Ferguson.

Andrew Ferguson:

Good morning. Welcome to the Federal Trade Commission. Thank you all for being here, and thank you, Jon, for that introduction. Just over a year ago, the New York Times reported that the Biden administration had pressured the World Professional Association for Transgender Health or WPATH to remove age minimum requirements for cross-sex hormones and other sex change surgeries from their forthcoming guidelines on the care of transgender youth. Why did the Biden administration object to age minimum requirements? According to emails provided to the New York Times and the state of Alabama in its suit against the Biden administration, the Biden health agencies worried that including minimum age requirements in the guidelines would "result in devastating legislation for trans care." The Biden administration's concern was not that age minimum requirements were unscientific, unreasonable, or unhelpful to doctors, therapists, parents and children experiencing gender dysphoria. Science was beside the point.

Instead, their concern was political. They worried that age minimum requirements gave too much ammunition to critics of gender-affirming care. The Biden administration didn't care about the parents and kids who might've relied on those requirements when deciding whether to consent to expensive hormone treatments and sex change surgeries. They didn't care about the parents and kids who might've been spared a lifetime of pain and regret if their doctors, therapists and surgeons had observed those requirements. They cared about politics, they didn't care about people. Today, by contrast is not about politics. It's about the parents and kids the Biden administration chose to ignore. It's about our nation's children, who stand most in need of our love, protection and support. It's about their parents, whose selfless and fruitful love is the foundation of our nation and of every nation. It is about caring for the most vulnerable among us and protecting them from manipulation, deception, and abuse.

It is about healing the wounds that proponents of gender-affirming care may have inflicted on our nation's children and parents, and preventing the potential for future harm. Today is about people, not politics. So I want to focus on some of the courageous young people we have with us today. While each person's story is unique and you will hear from them, they do share some features in common, and I want to highlight those features because they speak to recurring patterns of potential deception in gender-affirming care. As chairman of the Federal Trade Commission, Congress has entrusted me with protecting citizens from deceptive acts and practices. And one of the reasons we are here today is examine whether some of the practices in gender-affirming care are deceptive and require greater scrutiny by the FTC. Let's start with Prisha Mosley. You'll hear from Prisha herself at 14 years old was a victim of sexual assault.

By age 16, she suffered depression, obsessive compulsive disorder and anorexia. After a concerning episode of self-harm, a pediatrician was recommended to help Prisha address her eating disorder. After a brief consultation, the pediatrician concluded that Prisha was actually a boy and recommended a therapist specializing in transgender care. Prisha recalls that the therapist assured Prisha that she could cure her depression, obsessive compulsive disorder and anorexia by making her body more masculine through testosterone injections. Just a few months later, Prisha secured a letter from a mental health counselor, stating that the surgical removal of her breasts was a clinical necessity. One month later, Prisha's breasts were removed. What had begun two years earlier as a referral to a pediatrician for treatment of anorexia ended on a surgeon's table and the removal of her breasts. Claire Abernathy will describe her similar experience. After experiencing a traumatic sexual assault, she began identifying as a boy when she was just 11 years old.

A year later, she met with a therapist who specialized in transgender care. Claire explains that this therapist recommended that she realize her male identity through hormone injections and sex change surgeries. Although Claire's mother was not confident in this diagnosis, she was told that affirming Claire's identity as a boy was necessary to prevent Claire from committing suicide. The takeaway for Claire's mother was clear. The only way to heal Claire, the therapist explained, was to take the chemical and surgical steps necessary to make Claire's body more masculine. And so what happened that in the summer following her eighth grade graduation, Claire's breasts were removed. Soren Aldaco too identified as a boy when she was just 11 years old, although she did so at the instigation of an older girl she met online. Four years later, Soren had a severe mental health breakdown that required hospitalization. There she met a psychiatrist, who Soren recalls told her that transitioning to become a boy was a medically legitimate form of treatment for mental health challenges.

After a short appointment, Soren was prescribed testosterone. After a year of testosterone, social isolation brought on by government-mandated COVID lockdowns and a difficult breakup, Soren decided she wanted to remove her breasts. Although Soren's therapist knew Soren had expressed reservations about this, she still wrote a letter recommending the surgical removal of her breasts. $25,000 later, Soren's breasts removed. These are not stories of liberation but of desperation. After years of intense mental health struggles, these girls and their parents were looking for any path that might lead them to genuine healing, and they encountered physicians, therapists and surgeons, who purported to provide them with one. Their pitch was simple. The children's problems were not due to the trauma of sexual assault, depression or anorexia. Instead, the real problem was the fact that they were boys trapped in girls' bodies. Taking chemical and surgical steps necessary to look more like a boy would relieve their symptoms, but they weren't cured.

Indeed, their mental health continuously declined over the course of their treatment. By the time they realized that their medical transition had not solved their mental health issues, permanent and irreversible changes had been made to their bodies. They say they were never informed that testosterone injections would affect permanent changes in their voices, their faces, their hormone levels, and their fertility. Far from making them whole, this gender-affirming care left them in the words of Prisha, "Broken with extreme physical injuries and without their body parts." Unfortunately, these stories are common. The path to puberty blockers, hormone injections, and sex change surgery often begins with a young person struggling with various mental health issues who recently underwent a personal crisis. At a loss for how to help their child helpless parents seek the advice of medical specialists who believe they will provide objective evidence-based guidance. After a brief meeting with the child, the specialist may proclaim that his or her problems can be solved by undergoing a medical transition. Parents may be told they should affirm their children's identity lest they put their child at a greater risk of suicide.

Parents are thus confronted with a terrifying choice. Either consent to gender-affirming care or their child may die. As one of the most public champions of these therapies exclaimed more than a decade ago, "We often ask parents, would you rather have a dead son than a alive daughter?" Confronted with this terrifying choice, parents sometimes are told that puberty blockers will give their child time to think, and make an informed decision about transitioning. What parents often aren't told however is that puberty blockers don't delay puberty, they suppress it entirely, and that most children on puberty blockers move on to sex hormone injections.

In such cases, puberty blockers do not buy a child or his parents' time to think. They are a gateway drug to a lifetime of expensive hormone injections and sex change surgeries. The stories we will hear today paint a troubling picture. Lured by the promise of a fail-safe cure for their mental health problems and kept in the dark about the permanent and irreversible effects of medical transitioning, these young

people and their parents say they were coaxed to open their minds, their hearts and their wallets to the miraculous healing powers of puberty blockers, hormone injections, and sex change surgeries.

There is only one problem. It isn't true. And that isn't me saying it. That is a quote from The Atlantic written by the same reporter who previously accused the Trump administration of carrying out a nasty campaign on this issue. Europeans have a few decades of empirical experience to offer us on this. A 2024 report on gender identity services commissioned by the UK's National Health Service called the CAS report after its author found no evidence to support the claim that puberty blockers improved a child's body image or gender dysphoria, no evidence to support the claim that gender-affirming treatment or sex hormone injections reduced a child's risk of suicide, and no evidence to support the claim that social transition in children led to positive mental health outcomes. Most importantly, the report did not find sufficient evidence to support the claim that gender-affirming care, puberty blockers or sex hormone injections had a positive effect on the psychological well-being of patients.

The report criticized many of the most popular clinical guidelines for recommending medical transition in spite of insufficient evidence about the risks and benefits of medical treatment in adolescents, particularly in relation to long-term outcomes. More specifically, the CAS report notes that the most influential clinical guideline published by WPATH overstates the strength of evidence in recommending medical transition for adolescent children. The shocking disjunction between the science behind these treatments and the claims made about them is hardly limited to Europe. Just last year, the New York Times ran a lengthy expose about how one of the leading advocates of these treatments refused to publish the study, the results of a nearly ten-year study that suggested that "puberty blockers do not lead to mental health improvements in children diagnosed with dysphoria." She refused to publish the studies of her results because she worried they might provide support to state governments who were regulating this care.

You heard me right. She refused to publish the results of her scientific study because of her politics. This disjunction played out before the Supreme Court of the United States just months ago. During oral arguments in United States against Skrmetti, the Biden administration's solicitor general attacked Tennessee's regulation of gender-affirming care for children because it failed to "take into account the significant health benefits that can come from providing gender-affirming care, including reduced suicidal ideation and suicide attempts." But just a few minutes later, the lawyer representing the private plaintiffs attacking the law made a shocking admission in response to Justice Samuel Alito's question about the CAS report. "There is no evidence in the studies that this treatment reduces completed suicide." This had been the whole premise behind the push for gender-affirming care, a choice between hormones and sex change surgery or suicide, but there is no evidence to support that premise.

Indeed, the state of Alabama's brief filed in the same case revealed in gruesome details the length to which the Biden administration went to deny this reality for fear of political consequences. Now, why does all of this matter to the Federal Trade Commission? As chairman, I am not charged with passing moral judgment on anyone's ideology, lifestyle, or medical choices. I am charged, however, with protecting my fellow citizens from unfair or deceptive trade practices. And experience has taught us that the more vulnerable the population, the more likely they are to be targeted with deception. For example, people who suffer from chronic or terminal diseases are more prone to be deceived by healthcare scams. Taking advantage of their desperation, modern snake oil salesmen promise them the moon, an affordable and scientifically proven cure that will succeed where all conventional medical treatments have failed. Of course, the cure is not scientifically proven to be effective. The salesman just presents it as though it were.

The FTC's statutory mandate is to protect vulnerable people from deceptive claims about health and cures. Now, I have heard it argue that the commission ought not to address today's topic at all because

the commission does not regulate the practice of medicine and because the topic is politically controversial. Both arguments are categorically wrong, and I reject them. First, the FTC is the federal government's guardian against false and deceptive health claims. We have brought dozens of enforcement actions against false and misleading health claims from shyster snake oil salesmen to powerful pharmaceutical companies. We have won actions against individuals selling everyday herbs and spices as cures to cancer, organizations overstating the effectiveness of their products in preventing COVID-19, and medical centers making unsubstantiated claims about their efficacy in treating chronic diseases. Time and time again, we have enforced the FTC act against businesses and individuals who have made claims about their health products and services that were not backed by scientific evidence.

Just last year, we won a judgment against a company that "tricked people, who needed real help into buying expensive and unproven stem cell therapy." This was the deceptive medical care aimed at vulnerable people, the elderly and the disabled. We won another judgment against the makers of a popular supplement, who made claims about the mental health effects of the supplement "without competent and reliable scientific evidence." It's taken directly from the district court judgment in that case. The Biden Administration's chief consumer protection enforcer publicly warned after the victory that "companies should take note and remember that health claims need to be backed up by reliable scientific evidence." I agree. The Biden administration FTC also put out 40 pages of guidance on what the FTC Act requires for businesses making health claims, noting that the FTC Act applies to all claims about medical products and cures, and that claims that consumers cannot easily assess on their own must meet an incredibly high standard of scientific substantiation. The issue we address today is no different than the health claims we have addressed for many decades. Second, I acknowledge that many people feel passionately about this issue, but if a medical claim is false or misleading, it is the commission's sworn duty to protect American citizens from that claim no differently than it would for any other false or misleading claim. Refusing to investigate these health claims and the potential consumer harm to parents and children, merely because one political party supports those claims as a matter of its ideology would be the politicized choice. And that is why we are here today, to ensure that parents and children seeking professional help in a period of intense distress do not make potentially life-altering choices under veil of deception, misinformed about the risks and benefits of gender-affirming care. We are not here to pass judgment on anyone. We are here to ensure that those who make claims about gender-affirming care are held to the same standard we apply to everyone else who engages in commerce.

We are here to ensure that everyone can make an informed choice about their own path to healing without fear of being deceived by those who stand to profit from certain medical interventions. Considering our common goal today, I want to outline briefly the FTC's perspective on what counts as a deceptive trade act or practice. For an act of practice to be deceptive, it must satisfy three elements. First, the act of practice must be likely to mislead the consumer. And this can be done either through commission, for example, making a false or misleading claim, or through omission, for example, failing to disclose certain information that would prevent a claim from being misleading to a reasonable consumer. Second, the act of practice must be likely to mislead a reasonable consumer acting in similar circumstances. In the case of acts or practices that target specific groups, for example, children or vulnerable parents, the test is whether the act is likely to mislead a reasonable member of that specific population. And third, the act of practice must be material to the consumer's decision to purchase the service.

For example, if a child or his or her parents would not have chosen puberty blockers had they been aware of the risks associated with those drugs, the omission of this fact by medical practitioners may be considered material. The purpose of today's workshop then is clear. The FTC must understand what sorts of claims are being made about these treatments, what sort of science supports them, what the

risks associated with those treatments are, and whether vulnerable populations may have been subject to deception in the administration of these treatments. They're the same sorts of questions we would ask about any health claim, no matter how politically charged. Americans have a right to health claims substantiated by reliable scientific evidence, they have a right to be informed about information that would be material to their decision to accept hormone therapies or sex change surgeries. The FTC's mandate is to protect those rights in this context as it does in every other healthcare context.

While not everyone who undergoes gender-affirming care will necessarily experience the same painful loss and regret that Prisha, Claire and Soren have experienced. Every young boy and girl, every concerned parent and guardian has the right to be informed of all the material information about the risks of these procedures. I promise that our agency will do everything in its power to achieve that end. Finally, a brief note on what comes next. Following the conclusion of today's workshop, the commission will issue a public request for information on the various topics that we are discussing today. We will issue it sometime next week after we have had time to digest everything we learned today and can tailor our request for information based on what we learn. The public will have 60 days to respond to that request and encourage every single person here to submit a response. We will also provide a mechanism for individual members of the public to submit information they wish the commission to keep confidential. Thank you very much for your attention, and I look forward to today's conversations. So next we have a panel of parents and survivors of these treatments that I will moderate for about a half hour. And while they're coming up here and I'll briefly introduce them, but really the goal of this panel is to let them tell you and the American people their stories. I want to give a quick word of thanks to Jon Schweppe, a policy advisor in my office, who put together today's workshop. Jon has worked on these issues sometimes quietly and subject to great criticism. Before we brought him onto the commission, he has been a tireless advocate for people who have suffered in this industry. And we could not have put on today's event without Jon. So Jon, thank you.

So I'm going to briefly introduce the panel before we begin. We are joined by Simon Amaya Price and his father Gareth, Claire Abernathy of whom I talked in the speech, Elvira Syed and Kayla Lovdahl. Okay, so I don't think anyone here wants to hear from me anymore, so what I'd like to do is go down the panel and we'll start here with you, Simon. Tell us your story about your experience with gender-affirming care. And once we've heard from each of you about your experiences both as patients and as parents, I'm going to then ask what do you wish you had been told early on in the process before treatment began? But why don't we start, Simon, with you and your story?

Simon Amaya Price:

Yeah. First of all, I want to thank you for that amazing presentation. I think that was a very balanced, very apolitical and really great, so thank you for inviting us. Thank you for everybody who's here in the room, and thank you for everybody at home who's watching either live or after the facts. So as mentioned, my name is Simon Amaya Price. And I wrote something ahead of time and then I didn't like it and then I wrote another thing and then I didn't like that either, so I'm just going to speak from the heart here. When I was 14 years old, I was going through a really tough time. I was at a new high school, and I had been ostracized by a group of friends. And shortly after I was sexually assaulted by an older boy at my high school. After this, I sought out a therapist at Boston Children's Hospital at their Waltham location with a combination of what I had been exposed to in school and my conversations with my therapist and obsessive Googling as any kid in my situation would do.

I concluded that I was transgender, that I was really a girl inside. I told my therapist this, and she immediately affirmed me. She said that I'm so brave. She told me not only that I'm brave, but at the same time that she had given instruction to my father to count all the knives in the drawer because I was at risk of self-harm. She encouraged me to go behind my parents' backs to attend transgender

support groups. I was referred to the gender clinic by her, my psychopharmacologist and my pediatrician. Around my 15th birthday, I remember meeting with my pediatrician, sharing with him my transgender identity, and my gender dysphoria diagnosis. I told him that my dad was refusing to take me to the gender clinic. The pediatrician then asked my dad in front of me, would you like a dead son or a living daughter? This isn't just a line used by activists. This is a line used in healthcare settings by the doctors that your kids are seeing in your communities all across this country.

I'm one of the lucky ones. I only socially transitioned. I only lost a couple of years of my life. I didn't lose any body parts. I thank God every day, whether or not he exists, that I'm whole and I'm here today. I was lied to by the medical professionals. I was supposed to trust the same medical professionals who gave me antibiotics, when I had strep. I was told that changing my name, my pronouns, socially transitioning, taking cross-sex hormones, undergoing surgeries would fix me. That was all a lie. And I'm here telling you that today. If I were there again, I really wish that my doctors would've asked me about any history of sexual assault. Maybe if they would've talked about the two years of homophobic bullying I endured in seventh and eighth grade, where kids threatened to kill me and called me the F-slur on a near daily basis.

Maybe that would've helped. Instead of telling me I was really a girl inside and reaffirming my delusions. I wish they told me that I was born in the right body, that I am perfect just the way I was because nobody told me that, nobody I paid attention to at least. Wanted to put that in there for you, dad. And I'm lucky, and look, I could have gotten hormones when I was 16, but COVID happened and I was out in Western Massachusetts for college. And my dad worked as a statistician at Raytheon, so an expert in evaluating methodology and statistical relevance. He read up on all of the science. He is the only reason I am here in front of you today full in one piece, unharmed. Please give him a round of applause. We cannot expect every parent to be a trained statistician, and that's why we are here today. What else do you want to know?

Andrew Ferguson:

That was great, Simon. Thank you.

Simon Amaya Price:

Thank you.

Andrew Ferguson:

Thank you for speaking from the heart. Gareth, tell us what this is like as a parent.

Gareth Amaya Price:

Well, I'm going to stick to my prepared remarks. Hello, I'm the father of a 21-year-old man. He was born male 21 years ago, and he's been male every day since. Even when he and medical professionals told me he wasn't anymore, they were wrong, and the proof is right next to me. In the spring of 2019 when my son was 14 in the ninth grade, he began seeing a therapist and psychopharmacologist at Boston Children's Hospital in Waltham because he was in great distress, suffering from anxiety, depression, confusion, and intrusive thoughts. Our son had already told my wife and me that he believed he was really a girl inside, after which I embarked on weeks of research about the nature and social manifestation of trans ideation in adolescence, all of which validated my instinctive response that it was delusional. Our son did not always have a happy childhood, in part because of the confusion caused by undiagnosed autism, and puberty was traumatic for him.

He cried if a gas station closed. His own body changing, upset him profoundly. He was a target of bullying both by boys physically and by girls socially. The boys threatened him and called him homophobic slurs and the girls shunned him mostly for not acting like they thought a boy was supposed to. The psychiatrist and psychopharmacologist at Boston Children's were supposed to be treating him for anxiety and depression, but when he told them both, he believed he was really a girl in a boy's body. They repeatedly suggested to me that I should take him to Boston Children's Gender Center GeMS. I deflected these suggestions and encouraged them to refocus on his anxiety and depression.

I already knew then what is public knowledge now that GeMS universally agreed kids were the wrong gender and only gave a cursory assessment before recommending medical intervention. The psychiatrist did not like it that I did not take my son to GeMS. I felt I had to walk on eggshells to avoid her recommending to child services that my son be taken away from our family by CPS. She had already suggested he be put in an inpatient facility. I believed that his trans ideation was caused by his anxiety and depression, not vice versa. And that concretizing this delusion through medicalization was a terrible idea. I was right, but I had to keep quiet. At the same time that I was instructed to keep our son under close watch for self-harm, the psychiatrist at Boston Children's was telling him behind my back, to sneak away from home and go to a transgender support group. I was counting knives in the drawers and checking on him every half hour, and she was telling him to lie to me and escape my supervision. That June at his annual pediatric visit, my son told his doctor who had known us for several years that he was really a girl inside. The doctor immediately agreed and offered to refer him to GeMS. I told the doctor I thought that was absurd, as I had known the boy his entire life, and that transgenderism was a phase he would get over, a temporary result of his adolescent misery. I knew then that research supported my view and now hindsight does too. The pediatrician told me he sent every kid who said he was transgender to GeMS.

When I told the pediatrician I didn't intend to take him to GeMS, he asked me in front of my son whether I would like a dead son or a living daughter. That was emotional blackmail and in my opinion malpractice. I chewed the pediatrician out thoroughly for that abuse and we never saw him again. He quit the practice. I think he should have quit the profession, but he just moved one town over and manages a practice there now. I shudder to think how many kids he's medicalized by now.

Later that spring, the Boston Children's psychiatrist and Psychopharmacologist refused to keep treating my son and referred us to a private pay facility. I can't say the name of that facility, because they did a good job treating his anxiety and depression. And treating a child with transgender ideation in any other way than so-called affirmation therapy is illegal in Massachusetts. As I suggested to the several medical professionals who tried to get me to chemically castrate my son, he eventually outgrew the idea that he was really female on the inside and reconciled himself with his sex. Here he is today a happy and healthy man.

Chairman Andrew Ferguson:

Claire, tell us your story.

Claire Abernathy:

[inaudible 00:36:13]. Is this on? Hi friends. First, I want to a little disclaimer, that I wear my heart on my sleeve, so please don't mind my voice shaking while I speak. I want to thank the Federal Trade Commission for inviting me to speak today. I'm grateful for the chance to share my story, because I believe that what happened to me and what's still happening to so many others is an urgent matter of consumer protection and fraud. My name is Claire and I'm a detransitioner. A week after I turned 14 years old, I was put on testosterone by Dr. May Lau at Cook Children's Hospital in Dallas, Texas. Six

months later, Dr. Alan Dulin with the American Institute for Plastic Surgery in Plano, performed a double mastectomy on me.

I was too young... Sorry. I was too young to get a tattoo. I was too young to drive. I hadn't even learned... Thank you. Thank you, Jamie. I hadn't even learned algebra in high school yet, but I was old enough to choose to have healthy parts of my body electively amputated. I was sold a product, medical transition, by professionals and institutions who told me that it would fix my distress and save my life. I was told that if I didn't do this, I would probably end up dead.

But here's what they didn't tell me. They didn't tell me that taking cross-sex hormones and undergoing major surgery at 14 years old could leave me with pelvic floor dysfunction and urinary incontinence, problems I have to manage now as a young adult. I'm only 20 years old. They didn't tell me that these complications are common enough to be known risks, and yet they were hidden from me at an age where I didn't even understand what these terms meant, let alone the impact they would have on my daily life, and it doesn't stop there.

When I tried to warn others by leaving honest reviews on my surgeon's websites, describing my regret, the complications, the lack of real informed consent, my reviews were deleted. Think about that. A surgeon permanently altered my healthy body when I was a middle school student and then erased my negative feedback to protect his reputation. If that doesn't sound like fraud, I don't know what does. In any other context, selling a medical product in this way with half-truths and hidden side effects would be considered fraud. If a pharmaceutical company pushed a drug on children without disclosing the lifelong damage it can cause, they would be sued out of existence. If a cosmetic surgeon buried evidence of complications, they would be shut down. But when it comes to gender medicine, it's not just allowed, it's celebrated. And anyone who asks questions is called hateful.

Every week I hear from more young men and women like me, people who are convinced as kids or as teenagers, that the only way to survive was to become a lifelong medical patient. We now live with the irreversible consequences, the scars, the side effects, the pain and the grief, and we watch helplessly as the same professionals and clinics keep selling the same product to the next generation of vulnerable kids while silencing those of us who speak out. Let me be clear, it is not in my wheelhouse to say that no one should ever transition. I'm here to say that when you sell a product, especially one that removes healthy body parts and alters your life forever, the consumer deserves the whole truth. They deserve honest disclosure of all of the risks, possible outcomes like regret, and alternative treatment options. They deserve the right to share their negative experiences without being censored.

At 14, I trusted the adults who were supposed to protect me. Instead, they sold me a dream that turned out to be a nightmare. That's not healthcare. It's blatant consumer fraud. I want to thank the FTC and those in the audience again for giving people like me a seat at the table. Please hold these providers and pharmaceutical companies to the same standards as any other industry. We need real informed consent. We need oversight, and we need to make sure that no more kids are sold a product they can't return. Thank you for listening.

Chairman Andrew Ferguson:

Thank you for your tremendous courage, Claire. Elvira, let's hear from you.

Elvira Syed:

Good morning everyone. First, I want to thank FTC for having me here and giving me this opportunity to share the tragic story of our family. My name is Elvira Syed, and I lost my... I'm sorry. I lost my 17-year-old daughter, Ilene, to gender ideology and the system that failed her at every step. Ilene was exceptional, despite being on autism spectrum, she spoke four languages, played five instruments, held

two black belts in martial arts and earned a full tuition scholarship to Rider University. But behind all those accomplishments was a young woman silently battling anxiety, depression, trauma, and self-harm, especially after losing her father to cancer at age 12.

During the pandemic, like many other kids, she spent too much time online and after cycling through several LGBTQ labels, she finally declared she was transgender. Before college, she began seeing a therapist who immediately affirmed her identity, no question asks, no effort to understand her trauma or mental health, no curiosity about why this identity emerged so suddenly. When she got to campus, things got worsened. She cut me off and at the age of 17, at that point, she was introduced to a transgender pastor from Metropolitan Community Church in Hartford, someone who barely knew her but filed a complaint against me with the Department of Children and Families. Why? Because I refused to accept my son's identity.

The goal was to remove me so the state could step in and give Ilene all the care she supposedly needed. From that moment, I lost any access to my daughter. I would like to thank Project Veritas for taking a deeper investigation and finding out that that pastor who filed that complaint against me was providing free binders to minors behind their parents' back. In January 2024, Ilene began therapy at the Pride Center referred by Rider University. The therapist there, a transgender man, also affirmed her. And I have to wonder, was this therapist affirming Ilene solely because that's what modern guidelines encourage, or was it also because of her own subjective viewpoint, her personal identity? Was this care or ideology disguised as therapy?

In a therapist's own notes, she documented Ilene's history of self-harm, suicidal ideation, and autism spectrum disorder. On one entry she wrote, "The client stated that most of the time he's feeling blank when he zones out or can't remember, and other times it is like he's watching himself through a screen." To me, this is a massive red flag, dissociation, detachment, instability, but no follow-up was done. No second opinion, no attempt to contact me, her only living parent. Instead, the therapist reinforced Ilene's belief that I was unsafe to be around and referred her to an endocrinologist.

When I finally saw the endocrinologist's notes after Ilene's death, they mentioned only anxiety and depression, nothing about suicidal thoughts, nothing about trauma, nothing about self-harm. Her visit was marked as a well visit. There was no physical exam, no mention of the visible scars on her arms, no signs that her condition was truly assessed and absolutely no indication of an endocrine disorder that would justify a prescription for hormones.

And when talking about side effects, the only side effect discussed was fertility. On that very first visit, Ilene was given a prescription for 40 milligrams of testosterone per week and the referral for double mastectomy on that very first visit. In that referral letter, the doctor or APRN falsely claimed that Ilene had dreamt of being a boy since age eight. That was never true. My insurance was charged for this against my will. When I saw this pharmacy alert, I was horrified. Testosterone can increase aggression, emotional numbness, and suicidal thoughts, especially in a vulnerable unstable teen. But no one stopped to ask if it was safe.

On just her second visit, APRN increased her dose to 60 milligrams per week, even though her chart noted worsening side effects like acne and bleeding, her testosterone level at that point was 289. For reference, the normal female range does not exceed 45. In October 2024, my daughter died by suicide. She overdosed on Benadryl, her body lay in her dorm for four days before anyone found her. The school waited another day to call me. During that time, they were celebrating national coming out day. The autopsy revealed new self-harmed wounds on her thighs. According to the detective report, her friend said Ilene's depression was getting worse. She was struggling and she was having difficulty with transition.

Those entrusted with her care didn't treat her depression. They didn't explore what was underneath the identity. They didn't even tell me what was going on. They treated her ideology, not her illness. What she got instead was a fast-track prescription and an ideology that told her pain was proof she needed to keep going down that path. Ilene deserved better. Every child does. And answering your question, Chairman Ferguson, what would I wish was different? I wish Ilene had met the very true therapist who would really care about her, not about promoting an ideology on a vulnerable teen, because therapy is not identity validation. It's a life-and-death guidance and if done poorly, it leads to the irreversible, sometimes fatal consequences.

Chairman Andrew Ferguson:

Thank you so much, Elvira. Kayla, let's hear from you.

Kayla Lovdahl:

Hello, and good morning to everyone here. My name is Kayla Lovdahl. I go by Layla Jane online, and I am a survivor of gender medicine or a detransitioner. I am someone who has been dosed with Lupron and testosterone starting at 12, I received a bilateral mastectomy just one month after my 13th birthday. I went straight from training bras to binding, straight to the operating table at 13. The reason why, is because I had undiagnosed autism and unaddressed childhood sexual trauma. I was scared to become a woman. I was getting unwanted male attention, which made me fearful of being victimized again. I had sensory issues I didn't know how to cope with when I began menstruating and needing bras.

I learned about transgenderism at 11, and I thought maybe that was the reason I was so uncomfortable. I brought the idea to the therapist I'd been seeing, and she immediately affirmed me, gave me a diagnosis of gender dysphoria. And once I told my parents, she began writing referrals for doctors specializing in pediatric transition care. Never along the way did anyone question why I suddenly wanted to become a boy. They didn't comprehensively screen me for mental health disorders or ask me about any prior trauma.

I saw Susanne Watson in Kaiser Oakland's Pride Clinic, and within 90 minutes she signed off for me to receive testosterone and meet with a surgeon named Winnie Tong. The mastectomy was explained to me at 12 using watered down terms like top surgery. I was told I would never be able to chest feed. I was told I might lose sensation, but to me, at 12, that equated to numbness. But today I deal with nerve pain, extreme slicing sensations, electrical zaps and itchiness. I could scratch my skin until I bleed, but with no relief, because the skin is numb and doesn't register touch, however, the nerves underneath are erratic.

I'm nearing eight years post-op this September. As you can probably all tell, my voice is permanently lowered from the testosterone I took from 12 to 17. I do have a slight Adam's apple. I can't raise my voice for long periods of time. I can't scream if I'm in danger. Mind you, I'm a pretty small person standing at about 4' 11". I still grow facial hair that I have to deal with. I have atrophy and urinary issues. Testosterone also damaged my liver. I've had fatty liver disease since about 14.

The Lupron essentially put my body in menopause. I gained weight. My psychiatric issues flared up. I experienced intense hot flashes, which made it really difficult to focus on my seventh grade homework. Today I live with chronic joint pain. I'm only 20. At no point along the way was I offered an off-ramp. I didn't even know what detransition was until I was almost 18 and began to taper myself off the hormones, scared to go back to the doctors. Even at 18, I called member services and requested my name and gender marker be switched back and to receive a new insurance card to reflect that change. Weeks later, I received one in the mail with my male name. I'm here today to speak out against gender-affirming medical practices for minors. We are letting vulnerable children be irreversibly harmed by a

medical system that affirms without asking why. We need to protect children from these rushed experimental interventions. Let kids grow up whole. Thank you.

Chairman Andrew Ferguson:

I don't think anything could be added to what we just heard. And so I'm going to close with only two comments. First, I'm not sure in my life I've ever seen more courage displayed than what I just witnessed in the last 30 minutes. And second, I want you to know the FTC hears you. We hear all of you. We want to understand what's going on so that if the law is being broken, we can stop it. So thank you for being here for this today.

Jon Schweppe:

Thank you Mr. Chairman, and thank you to the parents, Gareth, Elvira and the survivors, Simon, Claire and Kayla for sharing your personal experiences. So now we're going to shift over to a presentation. So thank you, guys. Dr. Miriam Grossman, MD is board certified in child, adolescent and adult psychiatry. Her current practice focuses on youth who have distress about their sex and their parents. She's a senior fellow at donoharmmedicine.org, the author of five books, including You're Teaching My Child What? and Lost in Trans Nation. Dr. Grossman's work exposing the origin and hazards of the sexuality and gender industry has been translated into 11 languages. In fact, Dr. Grossman of her own volition, brought books here today to share with attendees, and I haven't checked, but I'm pretty sure they're in English. She has testified in Congress and lectured at the British House of Lords and the United Nations. She's featured in The Daily Wire's What is a Woman documentary, Fox Nation's The Miseducation of America, and many other documentaries and popular podcasts. Her expert psychiatric opinion is sought for witness testimony and court reports. Please welcome to the stage Dr. Miriam Grossman.

Dr. Miriam Grossman:

Good morning. Thank you, Chairman Ferguson, John Schweppe, Brandon Scholter. Thank you also to Jackie, Simon, Maria, Laura, Prisha, Kayla, Beth, and Forrest for sharing your medical documents with me. And actually the books that are out there, my Lost in Trans Nation, that's thanks to Do No Harm. So thank you very much, Do No Harm. Section five of the FTC Act says, as you heard, that fraud and deceptive practice means representing as facts, things that are entirely unproven or demonstrably false, thereby misleading the consumer in a material way. When I examine gender-affirming care and the history that led up to it, I see fraud and deceptive practice everywhere. Going back decades, I see it in the landmark experiment on Bruce Reimer when he was a toddler and John Money instructed his parents to socially and medically transition him. This was to be Dr. Money's proof for a concept he'd come up with in 1966 called Gender Identity. Dr. Money announced to the world that the experiment was a resounding success. And for years, the world believed it. But in fact, it was a catastrophe from the start. Decades after Dr. Money, consumers were misled again when gender specialists took the results of one tiny Dutch study, whose subjects were carefully chosen and led parents to believe that every child distressed about their sex could benefit from that model of care.

And now, families are told there's a consensus among clinicians about the best way to help these children, but there is no consensus. What there is, is the silencing of opposition. There are many more examples that you're going to hear about today, but I think it's fair to say that the fraud is wide and it's deep. I decided to focus on three topics, deceptive practice in language, in medical records, and in therapist's letters for support of hormones and surgeries. But first, before discussing fraud and deception, I'll remind you of what's true.

Humanity is divided into two biological categories. Male and female are established at conception. While there are many ways of being male or female, sex does not change and cannot be changed. These are universally acknowledged facts, but gender-affirming care is based on their denial. The premises of gender-affirming care are every person knows best who they are, regardless of their age, development, or mental health. All gender identities should be rubber-stamped by parents, doctors, therapists, and teachers. Medical interventions, including the removal of healthy organs, must be available on demand.

Gender Affirming Care's denial of biological facts is right in front of us. We don't need to make any FOIA requests to see it. All we need to do is examine the language. Look how aggressively the proponents of gender-affirming care compel the language of doctors. This is from a course given by a Doctor Erica Metz, medical director of transgender health for Kaiser Permanente in San Francisco. In this course, doctors learn that there are acceptable and unacceptable terms. For example, sex change operation is not acceptable. Doctors must say gender-affirming surgery. Born male is unacceptable. The proper term is assigned male at birth. Here's another slide from the same course. Always use the pronouns the patient asks you to use, regardless of what they look like to you or what their name is. And the red highlight, I didn't do that. That was from the original.

Why is it so critical to Kaiser to control their doctor's speech? Well, they know what George Orwell taught us. Language is an instrument. It can be shaped for a particular purpose. It can change the way we think. I'm going to go through some of the vocabulary of gender-affirming care and demonstrate how this language is designed to change the way that we think about male and female and to mislead consumers in a material way. So basically, what I'm suggesting today is that all of these terms are Section 5 violations.

Gender identity. We are told that whether we know it or not, we all have an inner sense of being male, female, both or neither. And that's represented by the brain in this slide, which by the way, comes from a sex education course. And we're told that that sense not only is untethered to material reality, but it overrides it, which is the body there. The brain overrides the body. You can have, for example, a girl's brain in a boy's body, and that boy is actually a type of girl, a trans girl. This belief is the cornerstone of gender-affirming care. It's represented as factual. It's not up for discussion.

Now, science studies the material world, the world that can be directly observed, measured and verified. The proponents of gender-affirming care declare that a person's inner sense, something that cannot be directly observed, measured, or verified, is more authentic than the material world. Now, what would you call that? Is that a philosophy? Is that a religion? I'm not sure, but I am sure that the idea is entirely unproven and unprovable in the same way that we can't prove the existence of a soul, even though we might believe in one. There is no objective evidence of being born in the wrong body and saying so misleads and takes advantage of consumers, and it impacts their medical decisions.

I know from my patients and many others, that when young people hear the idea that their feelings are more consequential than their bodies, and when they hear this idea endorsed with great certainty by therapists and doctors, echoed by professional organizations and government agencies, they believe it. They believe that this is bona fide science and that they have a medical condition whose only cure is pharmaceuticals and surgeries. Here's Dr. Gallagher, our favorite Miami surgeon. Girls see the language on her website, female to male procedures, and they genuinely believe that Dr. Gallagher can turn them into boys. And here's Johns Hopkins telling boys they can get female genitals. Boys see this and they think they can get an actual vagina and be a woman just like any other. But Johns Hopkins and Dr. Gallagher cannot do these things. Their claims are demonstrably false. They deceive and exploit vulnerable and misinformed consumers and their families.

Preferred pronouns. If you can pick your pronouns, it means that your feelings determine who you are. And it means, again, that biology is inconsequential. Preferred pronouns are part of social transitioning,

and we know that social transitioning increases the odds that gender dysphoria will persist. Nevertheless, the captured American Association of Child and Adolescent Psychiatry instructs parents, "Use the name and pronouns your child prefers." Chicago Children's Hospital have pronoun stickers for staff, and the pressure is intense. Trust me, I've talked to a lot of people working in hospitals. The pressure is very intense for staff to wear these pronoun stickers. In my opinion, using opposite sex pronouns endorses something that can never be. It supports a patient's false belief and it impacts their medical decisions. So that's fraud right there. Sex assigned at birth. The purpose of that phrase is to lead people to think that male and female are a random designation, a doctor's whim. This is utterly false. I don't have time to discuss intersex. You're going to be hearing about it later. But the sex assigned at birth term, which we hear 24/7 everywhere, is designed to change the way that we think about male and female. Instead of it being a inherent quality of every one of the billions of cells in our body.

Cisgender and non-binary. The word cisgender was invented in 1994 by a graduate student at the University of Minnesota. The inventor explained, "There did not seem to be a way to describe people who were not transgender without inescapably couching them in normalcy and making transgender identity automatically the other." This student was unhappy, in other words, about how the transgender identity was perceived. And the goal of creating the word cisgender was to change that perception. So again, the goal was to change how we think. We are given the impression that cisgender is a scientific classification of people, but it's not.

Non-binary. We are told this is a valid identity for people who are both male and female, neither male and female, or some other combination of male and female. Kaiser Permanente provides this menu of non-binary options. We might think this is silly and it is, but to vulnerable youth, it means that they can have a new identity every day of the month. If identity is based on feelings and you feel different from day to day, then why not? Do you see why so many young people are confused? I once had a 15-year-old patient who identified as non-binary. I asked him to explain what that meant. He thought for a moment, and he gave me hands down the best definition of non-binary I have ever heard. Excuse the language. I would never speak this way, but it's refreshing to hear the truth.

Moving on. Wrong puberty. That's a disturbing one. Puberty is not a disease. You're going to hear more about that from Dr. [inaudible 01:09:01]. Using that phrase is profoundly misleading, as if someone can go through the wrong puberty.

Top and bottom surgery. These are dangerous euphemisms. They're meant to distract you from what they really are. The removal of healthy organs causing disfigurement and a laundry list of serious medical problems, as you've just heard, and you'll hear more about that from Dr. Lappert. Justice Thomas called top and bottom surgery sanitizing language. And he got that right.

Genital reconstruction. Nope. Reconstruction means that particular genitals were once there. That's demonstrably false. A surgical procedure that creates a faux vagina is not reconstruction, it's construction. Same with hormone replacement therapy. You're not replacing anything. It's not the same as giving estrogen to a post-menopausal woman, and it misleads the consumer.

And finally, chestfeed. The CDC until recently, because their site was scrubbed and this page is no longer there, it endorsed the idea that men can lactate. Well, the female body is designed to lactate. The male body is not. Men do not lactate unless they have a medical disorder or they're pumped full of drugs that cause a nipple discharge. This is altogether different from the natural process of lactation that occurs in women. The term chestfeed, aside from erasing women in a most offensive way and dehumanizing all of us, misleads boys and men.

To summarize. The language of gender- affirming care seeks to deny the primacy of biology in determining male and female. It advances the notion that feelings override the objective reality of our sexed bodies. Such beliefs can harm patients and are not consistent with science in the 21st century.

Now, fraudulent language in medical records. I'm going to tell you about this case that was reported in The New England Journal of Medicine. I'm not giving you all the details. This is a very concise review. And this article in The New England Journal called this woman a man and he.him pronouns, so I'm going to go ahead and do that, even though I normally wouldn't. 32-year-old Sam came to the emergency room. He had intermittent lower abdominal pain and high blood pressure. He told the triage nurse that he was a transgender man. His electronic medical record indicated he was male. The nurse noted that Sam was an obese man, and he was comfortable between his bouts of pain. She assessed his condition as non-urgent. Lab tests were ordered, including a pregnancy test. It took several hours for Sam to finally be seen by a physician who took a detailed history, reviewed his lab results, and did a physical exam. He determined that Sam was in labor and had pre-eclampsia, which is an emergency that can be fatal for mother and child. A heartbeat could not be found on the ultrasound. And soon thereafter, Sam delivered a stillborn baby. Though he had obviously not planned or expected the pregnancy, he was heartbroken, and the loss of his baby produced a major depressive episode.

The language of medical records must be accurate. There was once a standard way to indicate a patient's sex in medical records, but no longer. And I want to give a shout-out to Dr. Carrie Mendoza for pioneering the work on safety in electronic health records and writing a model policy. With her help, Texas passed legislation requiring not gender identity, not legal sex, but actually just sex, male or female, on medical records.

So why is it so critical to accurately indicate a patient's sex on medical records? Well, we can see from Sam's story, of course, what happened, but there's much more. The X and Y chromosome have a deep and lifelong impact on each organ system. In fact, on each cell. There are significant differences between male and female in health and disease, and there are thousands of examples of this. For example, women are more likely to develop certain heart arrhythmias. 80% of autoimmune diseases are in women. Certain drugs are more powerful in one sex than in the other. So it's potentially life-saving to have the correct sex identified on medical records. Not gender identity and not legal sex, because that can be changed. But here's what's going on, and this is from NYU Langone Hospital. In 2018, this child was identified as a female, but two years later, this same child was identified as a male. At the Oregon Health and Science University, this is a surgeon's entry for a ma,n Forrest, who you're soon going to meet, who came in for breast implants, and it says the sex is female. And even more, well, equally incredible is that this surgeon's note for purposes of insurance coverage stated that this is a woman with underdeveloped breasts who needed a more feminine shape to her breasts in order to help with her gender dysphoria. Again, this is for the insurance companies to cover the cost of the prosthetic breast insertions. And if someone wasn't careful in reviewing these records, they would've thought that this is a young woman who simply has underdeveloped breasts.

This is back to Kaiser again, Kaiser Permanente in California. This was an admission note for Layla Jane, who you just met. She came in for her bilateral mastectomy. And it's indicated here that she is a 13-year-old male.

Now, more from Kaiser Permanente. This patient is identified as non-binary. A non-binary patient. Now, this is not someone's Facebook page. This is not Instagram. This is a legal document identifying a person as non-binary. Boston Children's has something interesting, and this was given to me by Simon. You'll note it says legal sex up there on the top right. But that means that someone whose legal sex had been changed to a different sex, it would just say that up there. And then... Okay, they have something very interesting there. They have Boston Children. They have an organ inventory. An organ inventory. Now what's that? All right. You see a list of organs, okay? Breasts, cervix, ovaries, penis, testes. And what's supposed to happen here, I guess, is that I don't know if they were indicating that Simon had all these organs, or whether someone forgot to make a check mark next to the ones that he actually has. This is

not medical care. This is dehumanizing. I mean, that's a judgment call, I guess. But as a doctor, okay, this is not medical care.

Now, returning to Forrest, his records... Oh, yeah. Returning to Forrest, his records didn't say anywhere. It didn't indicate that he had gender dysphoria. Oh, I said that already. That the surgeon wrote that he suffers from a... Okay, feminine breast. I already did that. Now, I want to move on to the next thing. And this is the diagnosis endocrine disorder, not otherwise specified, and this is an example of a lab request for estrogen that was written by a Dr. Grace Evins, MD in... Where's this? North Carolina, right? South Carolina?

Audience member:

North Carolina.

Dr. Miriam Grossman:

North Caroline. Now, this is a male patient who's on estrogen, and the doctor, for probably insurance purposes, has indicated diagnosis E34.9. The lawyers in this room, take note. E34.9. I want to explain that to you. It means endocrine disorder, not otherwise specified.

Oh, here's another example. Sorry. Dartmouth College Health Service. Also, you see below that endocrine disorder, unspecified. Dartmouth. Oh, I messed up. Okay. And this is another one for feminizing HRT. But let me just get back to it. Wait, sorry.

Okay. What is diagnosis code E34.9? In the International Classification of Diseases, they have thousands of diagnoses. And so they've categorized all the endocrine, these are medical diagnoses are... Oh, I can see it over there. Okay. The endocrine diagnoses are between E00 and E89. These are endocrine, nutritional and metabolic diseases. So for example, there's hyperthyroidism, type 1 diabetes, polycystic ovaries. These are all medical diagnoses that are between E00 and E89. But then you have E34.9, endocrine disorder, unspecified.

What is that? So it says that this is an acceptable diagnosis when clinical information is unknown or not available for a particular condition. Okay? It's preferable to use a more specific code, but you can use that code when they accurately reflect what is known about a patient's condition. Now, all these people here, these medical records that I showed you, and I'll show you some more, these are physically healthy people. They have no medical diagnosis whatsoever. They have a psychiatric diagnosis. But this E34.9 is being used in a fraudulent way, I would say, in order to get payment for the services.

Now, this is what Planned Parenthood of Southeast Pennsylvania says. "In order to meet the needs of most insurance companies and patients, we typically use the code E34.9. We recognize that much of the language around billing for gender-affirming care is troublesome." What they mean by that is that it's called a disorder. When you say endocrine disorder, they're objecting to the word disorder. "We recognize this is medically necessary care and will work to decrease barriers to get folks the care they need." So they're explaining why they use that diagnosis. So here's... Whoops, I skipped ahead.

Okay, so what I'm going to do now is go into the fraudulent notes that are written for individuals who need letters from therapists in order to get their cross-gender hormones, opposite-sex hormones or surgeries, and how these letters are fraudulent.

So this is actually Prisha's note. You're going to meet her soon. On the first day that she saw this therapist, the therapist indicated that she had a major depressive disorder, recurrent, moderate. That is a serious psychiatric condition. It is a condition that impairs one's functioning and day-to-day life. And she also indicated that Prisha had an eating disorder, doesn't go more than two days without eating. That's a serious eating disorder if she sometimes goes two days and doesn't eat. Yet on the same day

that this therapist indicated this in her chart, she wrote a letter for testosterone saying there is an absence of problems related to mood. What? She just wrote the same day she has a major depression, an eating disorder. Yeah, like Simon's father right here. He's going like, yeah, like what? How can you do that? And she writes later on in the second paragraph, "There is no evidence of psychopathology." What? And the diagnosis, gender dysphoria, anorexia in remission. Nothing about the depression. Nothing about having not that long ago had serious self-injury and cutting, and a whole host of other mental illness diagnoses. So she writes for the testosterone the same day, day one.

She had also, this same therapist. Am I over time? Oh, I am. All right. Anyway, this is another therapist's letter for Prisha to the surgeon. And this therapist wrote, "He presents with no apparent residual psychiatric symptoms and is quite stable." Oh, no, no, no. Wait. This is Laura Becker's. Okay, I'm sorry. This is Laura Becker's, the letter that her therapist wrote to the surgeon. And Laura had been hospitalized for suicidality just two months before this letter to the surgeon for her bilateral mastectomy. Two months. You cannot say that someone that's just two months out of a serious psychiatric hospitalization has no residual psychiatric symptoms and is quite stable. It's misleading. It's misleading to the surgeon. And she also wrote that Laura demonstrated excellent insight into transition. Well, Laura was under the impression at that time, that this is the only thing that would cure her symptoms. This was the only thing that would prevent her from committing suicide. That is not excellent insight. That is not informed consent. So these letters omit critical information about the patient's mental health, information that impacts their ability to provide informed consent, and information that one would hope might make the surgeon think twice before using the scalpel.

So to wrap it up, here's what Admiral Levine said about gender-affirming care. Whoops. Oh. Oh, I messed up the letters. Well, you know what? They're all the same. They're all the same in the same bad way. So Admiral Levine said, "Gender medicine is a medical field like any other. It's all very carefully done." No, Admiral Levine, I don't think so. I don't think it's done carefully at all. I think this WPATH doctor put it more accurately. Dr. Marshall Dahl at a WPATH meeting. No audio? No audio. Okay, I'll talk for him. He said, "Not only are the medications off-label, the whole field is off-label, right? But that's all good." Well, I'm here to say, all of us are here to say that that's not good. It's not good at all. No more misleading the consumer. No more representing facts, things that are entirely unproven or demonstrably false. Families deserve much better, and today is a great start. Thank you for listening.

Jon Schweppe:

Thank you, Dr. Grossman, for that informative presentation. Let's take, I'm going to try to grab a couple of those minutes back. So let's take a quick seven-minute break and we'll be back in seven and then we will have our first panel. All right, everyone. Let's go ahead and get started again. If I can have everybody back to their seats. We're going to get started in the next one to two minutes. All right, everyone. Welcome back. Please have a seat. It is time now for our first panel, the Politicization of Science. And I'd like to introduce our moderator and attorney advisor to Chairman Ferguson here at the Federal Trade Commission, Annie Chiang.

Annie Chang:

Hi, everyone. Good morning. My name is Annie Chang and I'm a current attorney advisor to Chairman Ferguson. We've already heard firsthand this morning the accounts of the harms due to what some refer to as gender-affirming care by those truly on the front lines, the parents and the survivors. We've also heard from Dr. Miriam Grossman, pull back the curtain for us on some of the deceptive language, fraudulent medical records, and misrepresentations in letters used to support the medical and surgical procedures that amount to this type of so-called care.

Though we're speaking publicly about these things today, we should keep in mind how impossible this type of event felt not too long ago. For much of recent history, even asking the questions we are posing today was in many circles, totally forbidden. I hope by now you're thinking to yourself about the elephant in the room, how? And in my mind there's two versions of how. First and possibly most obvious, how did politics and ideology creep into and ultimately capture this area of medicine?

And second, how given the overwhelming success of that political and ideological capture are we discussing these questions today? Before we discuss those questions and hear from our panelists who will shed light, I have the honor of introducing our four panelists, Edmund LaCour, Dr. Eithan Haim, Jordan Campbell and Leor Sapir. And I'll just give a short biography of each.

Edmund LaCour is the current solicitor general of Alabama. In that role, he oversees the state's appellate and constitutional litigation. He has argued three times before the US Supreme Court and dozens of times before other courts. Before joining the Alabama attorney general's office, Edmund was a partner at the DC office of Kirkland & Ellis where he represented numerous clients before the Supreme Court, Courts of Appeals and trial courts. Before joining Kirkland, he practiced at Bancroft PLLC in Washington, DC and Baker-Botts LLP in Houston, Texas. Upon graduating from law school, Edmund clerked for the Honorable William H. Pryor, Jr. of the US Court of Appeals for the 11th Circuit. Edmund earned his bachelor's degree from Birmingham Southern College, his master of philosophy from Trinity College Dublin, and his JD from Yale Law School.

Dr. Eithan Haim is a general and trauma surgeon in a small town outside of Dallas. He attended University of South Florida for his undergraduate degree, followed by Florida Atlantic University, Schmidt College of Medicine, where he was part of the prestigious Alpha Omega Alpha and Gold Humanism Honor Societies. He completed his residency in general surgery at Baylor College of Medicine in Houston, Texas in June 2023.

During his residency, Dr. Haim was an anonymous whistleblower in a May 2023 story released by Christopher Rufo that showed Texas Children's Hospital had been lying about shutting down their transgender program. Instead of shutting down the year before, like they said, TCH continued and expanded the program behind closed wars.

The very next day the Texas Senate passed SB14, a bill to outlaw pediatric gender intervention, which received bipartisan support and in part due to Dr. Haim's anonymous whistleblowing. The Biden administration, however, had a very different response to Dr. Haim's bravery which we will discuss during this panel, and which I'm sure many of you know. Dr. Haim lives with his wife and baby daughter in a small town outside of Dallas, Texas.

Jordan Campbell is the newly appointed deputy assistant attorney general for the consumer protection branch of the civil division at the Department of Justice. Before accepting that position, Mr. Campbell co-founded the first and only law firm exclusively dedicated to representing de-transitioners and victims of radical gender ideology based out of Dallas, Texas. In that capacity, he represented plaintiffs across the country, consulted with state legislatures on proposed legislation, regulating pediatric gender medicalization, coordinated with the state attorney's general's offices, and consulted on policy. He earned his bachelor's degree from Washington and Lee University and JD from Southern Methodist University. He will soon be moving his wife and seven children from Dallas to join him here in DC.

And finally, Leor Sapir. Leor Sapir is a fellow at the Manhattan Institute. He holds a PhD in political science from Boston College and completed a postdoctoral fellowship at the program on constitutional government at Harvard University. Since joining the Manhattan Institute, Leor has become a widely recognized thought leader on topics related to pediatric gender medicine, education, policy, and culture. Leor has offered incisive analysis of the institutional dynamics at play in youth gender medicine, the lack

of incentives for evidence-based practices in this area and the growing divergence between the US and other countries in medical policy.

So I'm really excited today to learn from this group of speakers experienced on this panel's topic. And I want to start with Leor. So you've been writing and studying in this space for years now, and you've been ringing the alarm on the ways that politics have crept into medicine. As just one example, as early as 2022, you published an article on the "affirm or suicide mantra" that you described have become the central strategy of contemporary transgender activism, the empirical basis of which you explained to shoddy at best. So I'd like to hear from your perspective from a 30,000-foot view very generally, how did ideology and politics creep into medicine?

Leor Sapir:

Thank you, Annie. It's really a pleasure and an honor to be here. And I wanted to thank the FTC for organizing this event. A very important event. Before I answer your question, Annie, I do just want to say one thing in light of the context in which this event is being held, and that is that there's growing awareness and acknowledgement among professional class, liberal professional class people that something has gone very wrong in the field of gender medicine, that there is this child-led model where no assessment takes place and kids are rushed into transition.

So that's a good thing that acknowledgement exists. The problem is that that acknowledgement is always accompanied by another claim, which is that there is an alternative, a careful way to do youth gender medicine. They sometimes call it the assessment model. And so I just want to make a few very brief comments about that because I think this is where we're going to see a lot of the battle of ideas over the next couple of years.

So the first thing I want to say is that even this supposedly more conservative approach to youth gender medicine has been evaluated in systematic reviews of evidence and has been found to be based on very low quality, meaning very uncertain evidence. Number two, as the CASS review, I think very helpfully pointed out, even a diagnosis of gender dysphoria is not predictive of adult outcomes. So even if you have a therapist who does a very careful assessment, there's nothing really that assessment can tell you about what would happen to that child if they were not medicalized.

And then the third problem is even if there was good evidence for some mental health benefits in some kids, and even if a gender dysphoria diagnosis was predictive, which it isn't, it would still run into significant ethical problems involving informed consent because no 12-year-old can really understand what it means to give up fertility, sexual function to endure cognitive impairment, if that is indeed one of the consequences of pubertal suppression.

So I just want to flag here that we are moving towards a debate about the careful assessment based model, which itself has significant problems attached to it. Okay, so with that aside to get your question, this is obviously a long and complicated story, but at the heart of it, I want to argue, is a broken chain of trust. So the previous panels I think, explored this idea that medical professionals are misleading patients, misleading parents, and that's true. But I think that another crucial part of this story is that some folks in the medical community are misleading their colleagues and that has to be accounted for.

I cannot tell you how many times I've seen this, how many times I've heard this in my conversations with doctors, with people in positions of authority within the medical field who for understandable reasons say this is not my area of expertise. There are these other people that I call my colleagues who work at my hospital, and they are gender clinicians. This is their specialty. They know what they're doing. I don't want anybody to question what I'm doing. I focus on my particular area of expertise and I expect them to defer to me, so I'm going to defer to them. And modern medicine cannot work without a high level of

trust and deference because modern medicine involves high levels of specialization and compartmentalization.

And so that kind of deference is to be expected, and it's a good thing generally. But it also means that the medical profession, that the trust that makes modern medicine possible can be abused. And pediatric gender medicine is a prime example of what happens when that trust is abused. It is a classic example of a broken chain of trust. So the leading authority on gender medicine in the United States is of course WPATH, the World Professional Association for Transgender Health.

WPATH publishes a document called the standards of care, which are essentially clinical recommendations. The eighth and most recent standards of care were published in 2022, and WPATH has managed to embed its standards of care, and more broadly its approach to understanding human nature, sex, gender, gender identity, and so forth in virtually every relevant aspect of US healthcare. So state Medicaid authorities and commercial insurers incorporate WPATH standards of care in their determinations of covered benefits.

Hospitals conduct WPATH-aligned trainings, also called the Global Education Institute, and operate specialized pediatric gender clinics that rely or claim to rely on WPATH standards. Major US hospitals and medical schools integrate WPATH-aligned standards into their residency fellowship and continuing medical education programs. Around 20 medical associations, including the powerful American Medical Association have repeatedly assured state and federal regulators that WPATH standards are credible and deserving of deference.

And of course, the Biden administration, as we saw, cited WPATH standards of care in its policy memos and had its Department of Justice try to enforce those standards through litigation. In short, in the United States, gender medicine is WPATH and WPATH is gender medicine. In a few minutes, you'll hear from my co-panelist, Solicitor General LaCour about what his team found out about WPATH standards of care during the discovery phase of their litigation Boe vs. Marshall.

Let me give a very brief overview. In evidence-based medicine, systematic reviews of the evidence are the gold standard for evaluating what is known about a medical practice. Clinical practice guidelines are considered trustworthy only if they are based on systematic reviews of evidence. WPATH's previous standards of care version seven, which came out in 2012, was not an evidence-based guideline, and WPATH did not rely on systematic reviews of evidence for that guideline.

When WPATH decided to revise its standards around 2017, it resolved to do so using systematic reviews. The co-chair of the eighth standard of care revision guideline, Dr. Aseratix said at the time that the eighth version would be, "The first to be developed using an evidence-based approach."

So WPATH commissioned dozens of systematic reviews from evidence review experts at Johns Hopkins University. These included reviews of evidence for pediatric outcomes. But when WPATH leaders discovered that the evidence for pediatric transition was extremely weak, it prevented the Johns Hopkins team from publishing their results. WPATH claimed in the final guideline that a systematic review was not possible. It even told the authors of the adolescent chapter of SOC-8 that it was not possible to do a systematic review.

WPATH violated other key requirements of trustworthy guideline development. For example, it failed to manage conflicts of interest stacking the guideline panel with clinicians who are personally, professionally, and financially invested in medical transition. It eliminated age minimums for transition procedures for political reasons, and WPATH leaders privately admitted to including medical necessity statements for the purpose of insurance coverage and for winning legal battles.

In short, WPATH put its activist agenda above any concern for patient health and well-being. And the Alabama documents provide incontrovertible evidence of fraud by the leading authority on transgender

medicine in the United States. Now, the fraud WPATH committed, as I said, is not just against patients and their parents who are the end users of WPATH standards of care, though that is of course their most troubling impact. It's also against the American public, which has absorbed WPATH's messaging about the safety and efficacy of these interventions through WPATH's allies in the media and in the medical profession.

But it's also fraud, as I've been saying, against the rest of the medical community, including unsuspecting insurance companies, state Medicaid authorities, medical association leaders, hospitals, individual clinicians, including I would suspect some clinicians involved in gender medicine itself. Again, the broken chain of trust. But what about the other medical associations?

We often hear that gender-affirming care is supported by most major medical associations. First, it's important to note that US medical groups that endorse the gender-affirming approach are at odds with medical authorities in places like Sweden, Finland, the UK, and Norway, hardly bastions of right-wing conservatism.

In 2023, the director of Belgium's Center for Evidence-Based Medicine said, "If we had to review the WPATH guidelines, we would actually toss them in the bin." Adding what WPATH recommends is, "A pure experiment on children without any scientific evidence for it." Second, even in the United States, not all major, meaning large medical associations support WPATH's approach. Last year, for example, the American Society of Plastic Surgeons effectively sided with the CASS review, acknowledging the weakness of evidence for pediatric outcomes. Among those groups that do support WPATH's approach, the American Academy of Pediatrics or AAP has been one of the most vocal.

In 2018, the AAP allowed a young medical resident by the name of Jason Rafferty to write its policy statement in support of gender transition for minors. The statement asserts that children have indisputable knowledge of their transgender identity and that parents and clinicians should follow their lead. It cites WPATH's standard of care. At that point, it was the seventh edition as authoritative. But as two peer review articles and medical journals have shown the AAP statement contains critical errors including miscitations and misrepresentations of existing research.

A systematic review of guideline quality from the UK commissioned as part of the CASS review found that the AAP guideline is among the worst in the field. The problems with the statement were pointed out to Rafferty and the AAP soon after the statement was published, but the AAP has consistently refused to engage with or even acknowledge these criticisms casting them instead as transphobic.

Indeed, the AAP has gone to great lengths to silence its own members who have raised concerns about the organization's unwillingness to conduct or rely on systematic reviews of evidence. The AAP continues to insist to this day that gender transition for minors is evidence-based, safe and effective.

In a 2023 interview published in the Boston Globe, Jason Rafferty, the author of the AAP statement, said that gender-affirming care is about, "Affirming and validating the child's sense of identity from day one through the end." He explained that when a child declares a gender, "We operate under the assumption that what they're telling us is their truth, that the child's sense of reality and feeling of who they are is the navigational beacon to sort of orient treatment around.

In 2023, after a multi-year campaign from some of its pediatrician members who refused to be silenced, the AAP finally agreed to conduct a systematic review of evidence even though by this point several such reviews had been published and the AAP could easily have relied on them. It's been two years and there is no indication that I'm aware of that the AAP has begun that review or that it intends to adhere to accepted standards of systematic reviews.

So now let me turn to the Endocrine Society. In 2017, the Endocrine Society published a clinical practice guideline on gender medicine. Despite acknowledging the poor quality of evidence, the guideline makes

strong recommendations in favor of puberty blockers and cross-sex hormones, a move that has drawn criticism from some of the world's leading experts in evidence-based medicine. The Endocrine Society explained its decision by invoking the "values and preferences" of pediatric patients wanting endocrine treatments. It said that it places a higher value on "avoiding an unsatisfactory physical outcome when secondary sex characteristics have become manifest and irreversible" than on "avoiding potential harm from early pubertal suppression".

In other words, according to the Endocrine Society, helping a teenager achieve his or her cosmetic goals is more important than preventing harms from the use of off-label drugs. It's important to note that the clinicians who wrote the Endocrine Society's guidelines are themselves gender clinicians with conflicts of interest, and most were WPATH members.

Now, a key element of WPATH strategy has been what I've called credibility laundering. Medical associations with broader scope and larger memberships have specialized subcommittees dealing with LGBTQ issues, which today means primarily gender medicine. And these groups are WPATH-aligned or even affiliated. For example, Dr. Aron Janssen of Lurie Children's Hospital is co-chair of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry's Sexual Orientation and Gender Identity Issues Committee.

Incidentally, he's also a WPATH member and co-author of WPATH's eighth standard of care. It's not just medical associations that produce a broken chain of trust. Medical journals are also responsible. We now have a large body of evidence demonstrating that medical journals have lowered or abandoned their editorial standards when publishing research purporting to show benefits from pediatric transition, and they also suppress or decline to publish critical commentaries on these studies.

Leaders in the medical field may be forgiven for assuming that if a study reports improvement in mental health as a result of cross-sex hormone therapy, that that report is credible because it went through peer review. Again, the broken chain of trust. So to summarize, the medical transition of minors is a good example of medicine's failure to self-regulate. That failure is due not only to the broken chain of trust, which I've highlighted here, but also to the climate of intimidation activists have created within the medical field against any medical professional who would dare question gender medicine or its foundational concepts.

As Dr. Hilary Cass wrote in her important report from last year, "There are few other areas of health care where professionals are so afraid to openly discuss their views where people are vilified on social media and where name-calling echoes the worst bullying behavior." This must stop.

Annie Chang:

Thank you so much, Leor, for that very in depth review of how we got here today. And speaking about kind of the broken trust in the medical field. We're really lucky to have Dr. Haim join us. I want to turn to you next. Your perspective on this panel is especially interesting, both because you are a medical doctor, you're a surgeon, and then also you have personal experiences kind of going up toe to toe with these ideological and political behemoths in medicine. I just want to touch briefly. I know it's a long story about your personal experience here.

Eithan Haim:

Yeah, and thank you all so much for being here and especially to the FTC for hosting us. But yeah, my name is Dr. Haim. I'm a general surgeon in a small town outside of Dallas, and I was the whistleblower who exposed that TCH was lying about the existence of their transgender program. And I'm sure that many of you are wondering, there's so much deception in this field. Where are the doctors? Why are there not other doctors who are speaking up? And all of this happened with me blowing the whistle during my training, and I saw it firsthand myself.

There is a code of silence that exists among physicians in the profession today. If you break that code, then you'll be targeted in the most vicious way possible because when I found out that the hospital, I was working at Texas Children's, which is one of the most amazing hospitals in the country for taking care of kids, but they had this program that was harming these kids that had no basis in scientific or biological reality.

They were doing these children and they were lying about it. So I blew the whistle in May of 2023. There was a law passed the next day. More whistleblowers spoke out, Vanessa Sivich, who you'll hear about later today. And the hospital said that they were shutting down the program. But in response to that, I was targeted by the most powerful federal leviathan in human history. They tried to send me to prison for 10 years. I was charged with more felonies than some of our country's most prolific criminals. And this was for a crime that I had never committed that the DOJ could never even define where no patient had actually been harmed.

They were using HIPAA as a basis for their indictment, even though the victims they said were the hospital and the doctors, not the patients, the hospital.

Annie Chang:

Thank you, Dr. Haim. And moving on, I kind of want to get more into your medical expertise, and you touched on this briefly about this code of silence. Why, in your view has politics and ideology, how has that been allowed to stay in this type of medicine?

Eithan Haim:

It's a decades-long process where the institution of medicine had been taken over by radical left-wing ideologies. And as that creep has taken a hold in these institutions, people who spoke up were increasingly vilified. So people would suffer the traumatic experiences of speaking out and then having their profession, their professional lives damaged. Either they would be fired, they would be held back from promotions. They would be sometimes targeted by governing medical authorities in their state. And in cases like mine, they would be targeted by the federal government.

So you have real consequences to the doctors who speak out against this. And that is happening in conjunction with the professors at medical schools. The clinical doctors who are teaching medical students in residence. All of the people who are promoted, who are hired are not the ones who hold conservative values. Or not even conservative values, just not radical values. Being an average person essentially eliminates your ability from being hired in these prestigious academic centers.

Annie Chang:

I'd like to switch gears a little bit to the second question I pose at the top. We're talking about this cone of silence, how nobody's speaking up. So I want to really get into how we are here today. How are we here today asking these questions and having these discussions? I think we have a lot to thank to some of these panelists, including Dr. Haim. We also have a lot to thank to the work at the state level. We're the FTC, we're at the federal government level.

But state legislators and state enforcement officers we're willing to go to the mat on these disputes. We saw that in United States v. Skrmetti. So let's start with state enforcement. I'm sure it's at the top of all our minds on the Skrmetti Supreme Court decision that upheld Tennessee's Senate Bill 1, which bans healthcare providers from performing or offering to perform on a minor, a medical procedure if the performance or administration of the procedure is for the purpose of enabling a minor to identify with or live as a purported identity, inconsistent with the minor sex under rational basis review.

Many other states, including Alabama, however, also passed similar laws. Today we're joined by General LaCour who was at the forefront of that litigation in Alabama. General LaCour, can you briefly describe what you were seeing at the state level, particularly from Alabama before all the litigation eventually culminated in Skrmetti?

Edmund LaCour:

Absolutely. Thank you, Annie, for having me here today. I think Alabama was seeing, what a lot of states were seeing, which was a rapid rise in children identifying with gender dysphoria and a similarly rapid and unexplained rise in these clinics that were treating them with these untested treatments. So Arkansas was the first state to enact a law in 2021, setting age limits. Then Alabama in 2022, Tennessee other states the year after. And nearly every one of these laws was challenged almost immediately by the ACLU and other activist groups.

And they ran a similar playbook in every state. They would show up, demand immediate preliminary relief from the district court. They would've a carefully curated story sort of along the lines of the assessment model that Leor was talking about a moment ago. And then they would appeal to WPATH. It was their key weapon in their arsenal, which was these are evidence-based guidelines to provide medically necessary care to these children who are in deep distress. "And, judge, if you don't do something, they might kill themselves."

And so many of these district court judges who knew nothing really about this were forced to make judgments very quickly. And in Alabama as well as in other states, preliminary injunctions were entered that prevented us from enforcing our laws. In Alabama's case in particular, the district judge really relied on WPATH in his preliminary injunction order, but we saw that as a great opportunity because the WPATH guidelines had essentially been constitutionalized in the case. And we said, "Well, judge, that makes them the most relevant thing for this litigation. And so we should get discovery into how these things were made. Were these the product of dispassionate science or impassioned advocacy?"

And what we revealed was really a political, medical and legal scandal beyond what we had even imagined at the beginning of the litigation. As Leor referenced, the Biden administration was involved throughout the process in trying to craft these for the purposes of implementing federal policy. So there was this circularity there where the federal government was trying to alter the guidelines and then rely on the guidelines to alter federal policy.

Most shockingly was, again, the instance where in 2022 after years of development, SOC-8, the version eight was finally released on WPATH's website and there were age limits in the guidelines for the hormone treatments and surgeries. Now, many would argue that they were too low, but there were still at least age limits there. And then all of a sudden the guidelines disappeared from the website and a new version came up the next day that had no age limits whatsoever.

And WPATH didn't explain why this was. Well, discovery revealed at least part of the reason why is that Admiral Levine, again, a senior HHS official at the time, had been given an embargoed final copy and then immediately began pressuring WPATH for political reasons to remove all age limits from the guidelines. And then AAP, who Leor referenced as well, joined the party in saying, "We will come out against your guidelines if you don't abolish all the age limits on the surgeries and the hormones."

And we have emails of WPATH authors going back and forth saying, "Well, should we really let US politics govern these international clinical guidelines?" We feel bad about caving, but that caving is exactly what they did. And then we have emails saying, "Let's all get on message and fight misinformation, which they were putting out there into the public." As a result of that, there are some verifiable falsehoods in the guidelines that remain again on their website today.

So WPATH says in the guidelines that all statements went through what's called the Delphi process, which Leor could probably explain far better than I could. But it's essentially a process where you consult different experts, try to reach a sort of consensus, and that consensus is its own sort of evidence. Dr. Coleman, who was the chair of the guidelines said, "It's really the only evidence we have." But because Levine intervened at the end and said, "You need to change this statement and remove all the age limits," that process never went through.

Or that new statement that says, "No age limit is needed," did not go through the process. So that's a verified falsehood that's there in the guidelines. Leor referred to the conflicts of interest problem. WPATH claims that they followed the recommendations of the National Academies of Medicine for developing guidelines free from serious conflicts of interest.

Again, we show that that's not true. The National Academies says that only a minority of people involved in guideline development should be people who have some sort of interest in the procedures. But Dr. Coleman under oath in a deposition in Alabama's case said that most people, so not a minority, but most who were involved in SOC-8 did have a financial or non-financial interest. Indeed, all 119 authors were members of WPATH and Dr. Marcy Bowers, who also oversaw the guidelines' development said that in Bowers view, it was important that every author for the guidelines be an advocate for expansive transgender care in WPATH's view.

So again, we have guidelines now that are based on these undisclosed conflicts of interest, which raises serious problems. And I think that's how you get to a position where they can use the terms evidence-based and medically necessary in such a loose manner as to be almost meaningless. Speaking about the evidence-based, I mean, Leor already touched on a little bit how Dr. Robinson at Johns Hopkins had been contracted to do the systematic evidence review for WPATH to see, to look at all the evidence that might be out there and see if there's strong evidence, weak evidence, or no evidence backing up any of their recommendations.

In 2020, Robinson was already able to confirm to HHS that there is, "Little to no evidence when it comes to children and adolescents." HHS responded, "It's good to know there's little to no evidence." And then years later, "We're telling the Supreme Court that there was overwhelming evidence to support these treatments."

Leor already touched on how the evidence reviews were being suppressed by WPATH. In fact, they required final approval of any article that used any of the data. And anyone who's putting out an article based on the data had to, " Use the data for the benefit of advancing transgender health in a positive manner." But, again, the point of evidence-based medicine is to look at all the evidence that might be for or against your hypothesis, not to just pick the stuff that supports your view and leave the other stuff aside. So I mean, that bias undermines the entire process. But to make it appear neutral, WPATH imposed an additional requirement on their authors saying that in their manuscript, they needed to tell the world that they were, "Solely responsible for the content of the manuscript and the manuscript does not necessarily reflect the view of WPATH." I mean, that's very hard to square with WPATH having final approval of every manuscript.

The last thing I'll touch on medical necessity, as they are referred to, sort of the child-driven model. There are phrases like "embodiment goals" that show up in the emails that we receive from WPATH. I think those emails and even the guidelines themselves made clear that wants are being treated as needs in their view. And so as one author put it, it was in her view, "Clear is a bell that the SOC-A refers to the necessity of treatment in its broadest sense for gender dysphoria because it refers to the symptom of distress, which is a very, very, very," it's three verys, "broad category and one that any good-willing clinician can use for this purpose."

And so when you redefine medical necessity in that light, you can get strange sentences like this in the guidelines, "A key challenge in adolescent transgender care is the quality of evidence evaluating the effectiveness of medically necessary, gender-affirming medical and surgical treatments." But of course, if there's no good evidence out there, calling it medically necessary clearly puts the cart before the horse. But that's what we have in the guidelines today.

Last thing here on medical necessity. SOC-A for the first time has an entire chapter devoted to men who identify with a eunuch gender identity. Associates chairman admitted under oath that even though no diagnostic manual recognizes eunuch as a medical or psychiatric diagnosis, WPATH's official position is that castration may be "medically necessary" for a healthy man with no mental health conditions who presents as eunuch and wants to be castrated.

So when the same guidelines say that it is medically necessary that middle schoolers like the ones we heard from earlier this morning with gender distress need to receive surgeries and hormones, one should to ask what does WPATH really mean by medically necessary?

Annie Chang:

Thank you so much, General LaCour. And you mentioned you got all this information during discovery, so I have two follow-ups on that. One, I've read speculations online that obviously your case didn't make it up to the Supreme Court, Skrmetti did. I've heard online that the Biden administration chose not to petition for cert in the Alabama case because you received all of that discovery. Is it your sense that you were able to uncover that and they wanted to keep that silent?

Edmund LaCour:

That was absolutely our view because after we got the documents, the same lawyers from the Department of Justice under President Biden were suing Alabama and were suing Tennessee. And Tennessee's case was going up on a very truncated six-week record at the preliminary injunction stage and they decided to seek cert even though one reason for the Supreme Court not to take a case is because the record is small and underdeveloped and the United States has argued against the court taking other cases on that very ground.

Meanwhile, we'd been litigating for a year and a half. We had all this record we had developed, we were getting ready to go to trial. And just a few days after, they asked the Supreme Court to take the Tennessee case. They actually filed a motion in the Alabama case to say, "Whoa, whoa, I know we sued Alabama and we need relief really quickly, but let's just hold up on this litigation. Let's press pause." Like they say with the puberty blockers, "and just wait and see if maybe the Supreme Court's interested in taking Tennessee's case because that could resolve a lot of things." And at that time, the discovery was still all under a protective order.

Now, once documents that have been produced under a protective order hit the docket as litigation documents like through trial or through a summary judgment motion, the burden shifts to the party who wants the protective order to be enforced to explain why the public shouldn't see these documents. And so that's what I think they were trying to prevent from happening. Fortunately, we were successful in opposing that stay motion and then another stay motion filed with SPLC. A few months after that, we got the file our summary judgment brief, and that included a lot of all this evidence that I've been talking about today, and that really helped to shift the narrative and sort of expose some of the scandal.

Annie Chang:

And so the Alabama case was stayed. And my second follow follow-up is so that effectively ended when Skrmetti was granted at the Supreme Court. What did you do?

Edmund LaCour:

Well, it actually ended a month before Skrmetti. They came to us and said, "We want to drop our case with prejudice."

Annie Chang:

Of course.

Edmund LaCour:

Which means we lose completely. Even before Skrmetti was decided though, which we took as a sign that if Skrmetti had gone their way, ours was the last case they would want to go forward as the next one up. Because even if heightened scrutiny is applied, when you see that the guidelines they've staked their entire case on are based on this sort of advocacy and not science, that would be sort of a terrible blow for them in terms of pushing this narrative. So they walked away a month before the Supreme Court even issued its decision.

Annie Chang:

And then you filed an amicus brief in this?

Edmund LaCour:

Yes. So in October of last year, we found an amicus brief in Skrmetti, laying all this out, really calling the United States to task for making their representations to the court when they knew what we knew and explaining what we had uncovered about WPATH, which again had been cited multiple times by the private plaintiffs and by the United States in getting the court to take the case and making their case at the court. That brief was cited extensively by Justice Thomas and his excellent concurrence. And so it was an honor to be able to do that work.

Annie Chang:

Thank you so much. I want to turn to private litigation and Jordan. Jordan is now serving in the federal government, but before that time, and I think some of here as former clients of his, you left your position as a partner at a boutique firm in Texas where I'm sure you're doing quite well for yourself, at a firm that was dedicated to representing members of the detrans community who have been harmed by what some have described as gender-affirming care. Before we go into your substantive work here, I just want you to share what motivated you to go into opening up this firm that specialized only in this work?

Jordan Campbell:

Yeah. Thank you first of all for having me. It's an honor to be on this panel. And when I say that, I mean truly it's an honor to be with these three guys because I have no right to be here. They're so much smarter than me. All I can really do is just relay what I have learned from hearing from my clients and literally hundreds of others that we were unable to represent for statute of limitations reasons, which is a whole separate topic. But my background was big law, commercial and antitrust litigation. And so it was a hard right career turn to go into gender litigation.

What got me there was essentially what we heard this morning, and it was just the stories and testimonies of folks I didn't know existed called detransitioners. And the more I read and the more I heard from them, hopefully like others in here, I couldn't turn away and I couldn't do nothing. I saw that there was really nobody that would stand up for them. There was nobody that would speak up for them and there was certainly no lawyers that would represent them. And so I said, "Okay, well I'll be one of those folks and I'll step up and I'll try to represent them the best I could.

So it's not a, I didn't know a ton about the medicine. I've certainly learned from folks like Leor who I've become good friends with. I've known Eddie for a long time and certainly learned a lot from their litigation. And by the way, for nerds who like to read amicus briefs, that is the best amicus brief I've ever read. You should absolutely read it. But it wasn't any of that, it was hearing from my clients, hearing from others and just saying, "Yeah, I feel like I need to do something."

Annie Chang:

Thank you for that. So we heard a little bit from General LaCour about litigation tactics that were used in state litigations to kind of keep this information out of the public view. I was wondering, in private litigation, you were litigating against, I'm sure healthcare institutions and these medical practitioners, sometimes maybe governments. I was just wondering if there's any discovery that you uncovered or facts that you uncovered that you're able to share today. Keeping in mind, I know some of it is subject to protective order.

Jordan Campbell:

Yeah. I would just say there are certainly tactics at the practitioner level that we would see that were very common. I literally cannot tell y'all how many times I've heard folks, clients or potential clients we've interviewed tell us about the suicide myth that they were told, which is the, would you rather have a living son or dead daughter or vice versa? Very, very common tactic. The surgical letters, by the way, that Dr. Grossman highlighted for us this morning as well, very common tactic. I would actually say those are some of the more detailed letters that you'll actually see. It's more common to see even more form letters that are even more fraudulent that just in two quick paragraphs say... We even had one client who had a doctor sign a letter that said they can certify that this patient meets all the WPATH guidelines, which include months of dysphoria, if not years. And the doctor said, "I've been treating this patient since the day that they signed the letter."

So I mean, the most blatant evidence of fraud of, I know this patient and I know they meet all the criteria and I just saw this patient today, but I'm going to sign off on it right here and check the boxes. So the letters are certainly very, very common tactic. The suicide myth is a common tactic.

I would just say that generally speaking, the overall thing that just really blew my mind, the more we would dive into records, the more we'd see from these institutions was just the absolute unquestioned rush to "affirmation" with zero guidelines. I cannot tell y'all how many patients we have spoken to were the absolute very first time they spoke to a clinician, they were prescribed cross-sex hormones or puberty blocker or both, which flies in the face of even the "WPATH Guidelines," which they all purport to follow, but in practice, none of them actually do, which that's the thing that really jumped out to me was they don't even play by the rules that they purport to follow.

Annie Chang:

So there's one last question I want to ask all of our panelists, and Leor touched on this briefly in the beginning. We're here today after Skrmetti, after the state enforcement action, after private individuals have put their livelihoods sometimes at stake to allow us to ask these questions and hear from people

today about what's been happening. So what's next? What's next in undoing the view and the politicization and ideology that's crept into medicine?

Eithan Haim:

If I can start off, I think one of the best strategies, especially for Jordan Campbell moving forward and anyone in the Department of Justice who has the capacity to enforce the law is what Dr. Grossman showed us earlier.

Me as a surgeon, if I use diagnosis codes that were that fraudulent, I would be in prison. That's a real crime, not like the fake crime that they charged me with. And all the Department of Justice has to do is enforce the law. These laws already exist, these people are committing crimes. If the investigations are done and the prosecutions are brought, then these people will be held accountable and there's a very good chance this will stop even in blue states.

Jordan Campbell:

Working on it. Dr. Haim. Obviously, there's certainly a legal angle that I'm sure the FTC may be interested in, obviously the Department of Justice is interested in. But I would also say more broadly, it's a cultural issue and it has been, I'd say the pendulum is swinging right now, and the reason for that is I just think that truth is actually now being brought to bear. That light is actually being shown on what is going on. And ultimately, I would think that truth wins out.

And so just as far as, how does this move forward? How do we progress in this area and recapture it? I think it's stuff panels like this where what is actually happening is being brought to light. I think ultimately that's what moves hearts and minds and that's when people wake up to see this can't be right. And ultimately, that's probably what changes things.

Leor Sapir:

I would say consistent with what I said earlier, I really do think both for intrinsic reasons and also for strategic reasons, we need to have understanding and grace for medical professionals, people in the mental health field who have trusted their colleagues for understandable reasons and have been misled. I think we need to continue forward pressing on with evidence-based medicine, continue insisting on the case for looking at evidence, thinking about the underlying clinical rationales, the concepts of transgender medicine, as Dr. Grossman very helpfully pointed out. But at the same time having some understanding and trying to help create an off-ramp for medical and mental health professionals who have got caught up on this issue.

I don't think it does us any favors to demonize those who don't deserve to be demonized, and I especially think that we need to have understanding and compassion for the kids and their families who have crossed the Rubicon and who have medicalized and who have committed their lives to these procedures. We can't demonize parents above all. I mean, to me, that's always been my red line, never demonize parents. Parents have been misled and lied to constantly. So we need to have understanding and we need to help create off-ramps. That's what I would say.

Edmund LaCour:

Sort of piggyback on something Jordan said, I think getting the word out is so critical. One problem we faced early on was that some of the things that were being done were just so horrible that most people

wouldn't believe it. "No, that can't be true." It's like this move, surgeries aren't happening, and if they are, it's a good thing. But then you hear from the people who've been so damaged by it and that can, I think, hopefully open people's minds up. But then also I agree with Leor that there are some folks in the medical industry who have been tricked and there are some who are doing the tricking. And for those who are in that latter group, I think it's going to be important to continue to investigate.

Annie Chang:

Let's give a round of applause to our panelists. Thank you so much.

Jon Schweppe:

Sorry. I should have put that on. We now have another presentation for you about the medical harms of so-called gender-affirming care for minors. Michael Laidlaw, M.D., is an academically trained board-certified endocrinologist, who has been in private practice in Rocklin, California since 2006.

In 2018, he wrote an influential article for Public Discourse called Gender Dysphoria and Children: An Endocrinologist's Evaluation of I am Jazz, after recognizing a strong push to incorporate gender ideology into his local school system. From there, he went on to publish in medical journals and to speak and educate on the topic of harms from puberty blockers, opposite sex hormones, and surgeries in locations such as California, Washington, D.C., the UK Parliament, and in front of the Florida Medical Board. He has worked and testified on behalf of states, including as an expert witness for important legislation to stop the use of harmful hormones, puberty blockers, and surgeries provided to minors for the purpose of gender transition. Please welcome to the stage Dr. Michael Laidlaw.

Dr. Michael Laidlaw, M.D.:

Okay. Thank you. Thank you for having me here. Thank you Chairman Ferguson, Mr. Schweppe, Brandon Showalter, all the really excellent speakers here today, and thank you guests.

Let's see, next slide. We're waiting on the audiovisual I think so I'll just jump ahead. I'm here in D.C. It's very nice to be here. We're going to be next year our 250th Independence Day, and we just had a great 4th of July in our corner of California, but I couldn't help thinking, what would the founders think about what's happening today? What would they think if someone couldn't define what a woman is or what a man is or that you could give chemicals they didn't know about, hormones, to magically transform someone from a boy into an adult woman or a girl into an adult man. Thank you. All right.

So with that, again, I was first really... Took a deep dive into this when this book, if you've heard of it, I am Jazz, was read to kindergartners in our local school system and a parent urged me to read it as an endocrinologist. This is a propaganda book geared towards very young kids, kindergartners and elementary school. I found at least a couple of things that were untrue claims in there, that a boy could be born with a girl's brain, that a doctor could somehow diagnose a child as being transgender. There was a lot of information missing about types of medical harms that can happen with this treatment.

Today, I'm going to talk about what is gender dysphoria a little bit, how normal human sexual development works, what is gender affirmative therapy, hormones and such, who are the major promoters. You've heard a lot about that. I'll go through that a little bit. Nations and states that have turned away from this care and about suicide deaths and a conclusion.

What does all this hinge upon? I think Dr. Grossman covered this well. Objective biology versus subjective feelings. Gender identity is an internal feeling of being a boy, a girl, or some variation. Gender dysphoria is a legitimate psychological diagnosis found in the DSM-5 with an extreme discomfort with one's sex and perceived gender leading to significant distress and impairment of functioning lasting at

least six months. It's important to know that depending on which study you look at, so long as kids aren't interfered with with hormones, the majority 50 to 98% will desist or grow out of this by adulthood. Also, important to know is that many of these people, as you've heard today, have other coexisting psychological comorbidities such as anxiety, depression or autism, or self-harm.

Now, as an endocrinologist, I provide hormones to people. Hormones are very powerful medications that alter body and mind. So if I'm going to give insulin to a patient, I'm going to make sure I have some objective evidence of diabetes. I want glucose results. If I'm going to refer a patient for a thyroid cancer, I want a biopsy to show me for sure that this person needs this treatment. So we're going to radically alter, as I said, people's bodies, kids' bodies with hormones. How can I prove that this person is transgender? Where do I find the gender identity? Can you do a CAT scan or an MRI or a chromosome testing or other testing? And the answer is you cannot.

Again, there are only two sexes in case you miss that earlier. Sperm comes from your father, an egg from your mother, and there are no other gametes out there. There aren't 14,000 other gametes. There's only two to make you and all of us. You can look in chromosomal evidence that's found in all cells with nuclei in your body. An XX for a female, XY for a male. These cause different processes to occur and sometimes in a sex-specific way within cells.

During normal development, you actually develop your reproductive track and organs around weeks 8 through 12. And so there are primitive tubules. In the beginning, you have some that could become a male and some that could become a female, but what happens is you develop into one or the other and those other tubules are completely eliminated, which means that you can go down one track or the other, but you cannot cross tracks later. We don't have any medical way of doing that.

Again, sex is identified at birth. You can do it as an adult, as a four-year-old. They could look at their little brother or sister and know for sure. It's not assigned at birth. No one flips a coin or pulls out a lotto ball say, "This is a male or a female." It's very easy to identify. There are people with disorders of sexual development, which is outside of the scope of this and really not relevant here, but it doesn't make any difference sex, it's just a disorder of sex development.

I'm going to talk about what I call gender affirmative therapy, which really has four phases, one or more of the social transition, puberty blockers, cross-sex hormones or opposite sex hormones and surgical modifications, which you'll hear more from Dr. Lappert.

Now it's important to note... Is there any water, by the way? It's important to note as we're getting water. Oh, sorry, not observant. So doctors and pediatricians and doctors can examine patients and find out what stage of pubertal development they're in by looking at what we call Tanner Stages. And so Tanner I is the undeveloped prepubertal person, and Tanner V is an adult. Fully adult reproductive organs are present and fully developed. And stages II through IV are various in between stages of development. It's important to know here for our purposes that around Tanner Stage IV, sometimes III, that's when fertility is established.

Now, all of this amazing process is under the control of glands, one being the pituitary, which is a small, pea-sized shape organ in your brain, and that activates the testicles to make testosterone or the ovaries to make estrogen. And that rolls into place all the processes for developing puberty. Now, sometimes persons can develop conditions where they have problems with this communication and it stops puberty or they may not begin puberty. And this is treated by and diagnosed and treated by endocrinologists. But other types of medications such as Lupron, which you may have heard of, can also chemically interfere with this process and stop puberty.

Now, this has legitimate uses in central precocious puberty for very young kids, say they're age three or four who go through puberty early, but there's no FDA approval and there's no good evidence as you've

seen for using this for the purpose of gender transition. And as you might imagine, puberty blocks this normal advancement and normal advancement of fertility.

So different side effects of blockade of normal puberty. In the male, you'll stunt penile and testicular growth, which makes future surgeries problematic. Sexual dysfunction, as you might imagine, impairment of erection, orgasm, ejaculation, prevention of sperm production. In both sexes, you'll have disruption of normal brain development, which occurs under the influence of hormones and disruption of normal bone development.

In the female if you stop puberty at an early stage as recommended by WPATH and Endocrine Society Tanner stage II, you'll develop an early menopause-like state with blockade of normal breast development, decreased blood flow to vagina and vulva, sexual dysfunction with thinning of vaginal epithelium, vaginal atrophy, anorgasmia, problems with orgasm. Of course, interferes with menstruation and infertility. And you'll hear more about infertility from Ms. Lahl later.

You can also read labeling and note that there's many neuropsychiatric effects of puberty blockers right on the labeling. This is ultimately for many a pathway towards sterilization because first, you've impaired or perhaps destroyed sex organs with these medications. And then many, particularly from earlier studies, go on to have their testicles or ovaries removed, which is complete sterilization.

Now, I just want to talk a little bit about bone development. The pubertal phase and up through the 20s is an important time for developing bone and normal bone density. And so you can see at the bottom here, kids and adults ages and years and bone density. And you can see a rapid increase in both males and females from 10-year-old to late 20 years.

What happens with puberty blockers is that relative to their peers, they cannot put down as much bone and end up with a lower bone density than you would otherwise expect. And so there's this flatlining of bone density, which is important because this can lead to risk of osteoporosis and debilitating fractures when a person is older. Now, taking cross-sex hormones after may mitigate some of these effects, but again, as you'll see, that is not a healthy way to go either.

Here is a female who had undergone mastectomy surgery, and you can see evidence of what we call hyperandrogenism or high testosterone levels. You can see the abdominal hair, the facial hair. And I just want to show you, and I think this was covered earlier, but the normal female range of testosterone and females make testosterone as well as 10 to 45, 10 to 50 in blue there. But in the orange is what they're recommending for this gender transition, some 6 to 100 times higher than normal female levels.

This leads to multiple risk. Increased risk of heart attack and death due to cardiovascular disease, high red blood cell counts, potential liver dysfunction, as you heard earlier with Kayla, hypertension, various potential risks for the reproductive tract of ovarian breast, uterine cancer. Some of that's still being worked out. Of course, hirsutism or hair growth, deepening of the voice, sexual dysfunction in fertility.

This is a controlled substance and it's being used off-label. And this is important because this is data from a paper about the Food and Drug Administration Adverse Event Reporting. I want to note the similarities to anabolic steroid abuse in which we've written in a paper actually, a comment. So in the Adverse Event Reporting, they found evidence of aggression, anger reported, euphoria, depressed mood, dissociative identity disorder, affect lability, emotional disorder, antisocial/ self-destructive behavior, homicidal ideation, suicidal ideation.Many of these are similar as to what can be found in anabolic steroid abuse.

Now, let's talk about estrogen. Using estrogen in very high doses, maybe 2 to 40 times higher than the normal estrogen levels of males. This leads to, and Dr. Schwartz has a great paper and company about this, increased risk of, again, heart attack and death due to cardiovascular disease. Thromboembolism risk, two to five times increased risk of blood clots, deadly blood clots. Possible stroke risk, high

triglycerides. The breast cancer risk in males, and males can get breast cancer, has increased some 22 to 46 times, depending where you look. Benign tumors of the brain, prolactinomas. Germ cell neoplasms are other possibilities.

I'm going to skip through some of this because they've done a good job of discussing WPATH. WPATH is an advocacy organization, as you heard earlier. They removed age guidelines primarily as we found out from our great attorneys in Alabama due to Admiral Levine working behind the scenes in American Academy of Pediatrics, trusted since 1930. No longer.

Endocrine Society is an otherwise legitimate medical organization. I have been a member since 2006. They do great work except in gender stuff. They wrote guidelines in 2009 and 2017. And just to emphasize, I think Leor Sapir talked about this, but 9 out of the 10 authors of this 2017 Guideline were WPATH or WPATH affiliated. So I've often been asked, why are medical organizations following this sort of treatment? I think it's because WPATH early on in 2009, got involved and recognize why not use the hormone association to legitimize what we're doing.

I'm going to skip along. Again, systematic reviews of evidence have been done. And common themes in looking at this is that limited high quality evidence for most interventions, primarily low quality problems with methodology, small sample sizes, lack of control groups, lack of long-term follow-up, mental health benefits unproven. And so many nations have turned away from this, including the UK. There's Dr. Hillary Cass you heard about earlier. And we have our own HHS report, which is still under peer review, but in many ways expands on the Cass reports and is very extensive and worth a read. I don't have time to go into it. But I want to talk finally about death in this treatment paradigm, because that's the ultimate thing that physicians are trying to prevent.

And now, if you look at back in 2011, a study was published looking at the entire nation of Sweden general population compared to some 300 plus persons who had gotten hormones and surgeries. And so, you can see time and years across the bottom and survival with 100% at the top. And the top two continuous lines are males and females in the general population. And if you look at the dashed lines that shows what they call trans males and trans females, how their survival dropped off rapidly after 10 years. In fact, there was nearly three times the all-cause mortality rate and 19 times the rate of completed suicide.

Now, what about children and young people? This is Dr. Johanna Olson-Kennedy, who you heard about earlier, gender clinician and researcher at Children's Hospital Los Angeles. And here's a quote you've heard, what she tells parents, "We often ask parents, would you rather have a dead son than a live daughter?" Which is quite a claim in a way. It's a question, but it's also a claim that if your kid receives these hormones, they're going to live though they may be different gender than you had thought. And if not, they will die by suicide.

Which if true would be maybe an important way to discuss this. But if not true, it would be seen as, in my opinion, extreme form of coercion. And Jane Robbins is attorney and author. She alerted me early on to a study from the NIH-funded study and we looked for more information using FOIA requests to NIH. And there's a lot to talk about here, but in Miss Friday we'll cover some of this as well, but this is called, the title of this now ten-year NIH study is The Impact of Early Medical Treatment on Transgender Youth. There's four sites, academic institutions across the country.

And so, they were looking at two arms, a puberty blocker arm, starting puberty blockers at a very early age, say 8 for girls or 9 for boys, and monitoring the effects over two years and also cross-sex hormones starting at age 13 though that was lowered later. And they were studying mental health, psychological well-being, metabolic and physiologic parameters, bone health and so forth.

Now, we found information on that around 2018. And in 2019, one of my colleagues, Dr. Will Malone, who's also an endocrinologist, and my colleague Hacsi Horvath of epidemiology, wrote a letter to the Office of Human Resource Research Protections asking for a moratorium on this study because of all the things I mentioned earlier, which would clearly happen. We stated, "We contend that neither children, nor their parents, can meaningfully consent to permanent infertility or other potentially serious medical harms to treat a non-medical condition. We questioned whether these parents were fully informed of the health risks or the possibility of tragic regret."

We received a reply from NIH basically stating that they would not have a moratorium, that that would only stop the data collection. In any ways, these parents were informed of what would happen and they weren't going to do anything about it. Now, in 2023, a study was published in New English Journal of Medicine with the cross-sex hormone outcomes, or at least some of them, of 315 patients who were given this treatment of the cross-sex hormones.

And the most common adverse event was actually suicidal ideation on 11 participants. And two kids or young people actually died by suicide, which is I thought, "That's what we were trying to prevent with this, weren't we?" Apparently not. Now, in medicine, it's been common practice for centuries to do autopsies of patients, especially people with rare or unusual conditions, and compare that with their clinical course during life to advance what we know about different things. For example, adrenal insufficiency is one thing I know about where they had done that.

So, in The New England Journal, what did you find about these deaths? Well, nothing really. It's just a statistic. Were they males or females? We don't know. What were their ages? We don't know. What were their psychological care leading up to that? What were their diagnoses? Were autopsy performed on the study subjects? If not, why not? What were their testosterone levels or estrogen or progesterone or blood levels? What did the first responders reports say? None of this is known at this time. So, information is being concealed in my opinion.

And so, the first participant was enrolled in this study in 2016. We wrote our letter in 2019 and then The New England Journal published this data in 2023. And I was quite surprised because we had been following yearly progress reports and I never saw that death was mentioned. So, it was concealed. Until our wonderful attorneys in the state of Alabama subpoenaed HHS documents in late 2023 and found out the first death actually occurred way back in 2017, before we had written our letter. And I could not find any information about the second death.

Now, someone we do have information about, and you all here, many of you probably know about Yaeli Martinez, her mom, Abigail Martinez. The only reason we know about her case is because her mom has been very outspoken about it. Yaeli had depression. She was referred to for gender transition at Children's Hospital Los Angeles because of a school psychologist who said that she needed gender transition and she was administered testosterone.

Her mother relates that the daughter was taken away by the county and placed into foster care. She committed suicide by train in Los Angeles County at age 19. The mom says around 9:30 p.m. that night, she walked in front of the train tracks facing a train. She went on her knees, raised her arms up and just laid on the tracks. So, if you want to find out more information of a case report, you could look in your medical journals and find that. No. But you can do a public record request to Los Angeles County Coroner's Office, which is what I did, excuse me, and found the record.

And I don't want to be graphic here. But you can get a picture of it from here. She was identified as a 19-year-old female. Importantly, she had scars on both arms. This was not from a train collision. These were old healed scars from her history of self-harm, I would say. And her body was so badly destroyed that mom wasn't even allowed to see the child afterwards.

So, we'd like to prevent that from happening. We'd like to prevent other deaths from happening. We'd like to prevent all of the stories we've heard today of young people being severely injured or mutilated from this treatment. Just to know this is not standard of care. I skipped over that slide, but endocrine society even said it. We don't have the technology to turn girls into boys, boys into girls, so kids may believe it. Medications are being used off-label at high doses without proper FDA risk assessment. Multi-fold harms are evident or predicted. Proper long-term studies haven't been done. Multiple systematic reviews of evidence have found poor quality of evidence of benefit.

Young people have been permanently maimed and killed during the course of these treatments. And finally, the WPATH Standards of Care 8 is an extreme document, presents a grave danger to minors and should not be followed by any clinician or physician. Thank you.

Jon Schweppe:

Thank you, Dr. Laidlaw, for such an instructive presentation. We now have one more panel before lunch, and I do appreciate you guys being patient. We had a lot to fit in today. So, let's keep going with the focus on the science. What does the science actually say about gender-affirming care? Our moderator is Myles Lynch who serves the Federal Trade Commission as one of our attorney advisors in the Chairman's office.

Myles Lynch:

I guess it's not morning anymore, so good afternoon, everybody. I know we're running a little late right now and you'll probably are looking forward to lunch, so I won't give a long introductory spiel. But this panel is comprised of medical professionals who building off of we just heard from Dr. Laidlaw can help us understand what the science really says about the benefits and the risks of gender-affirming care.

First, I'd like to introduce, I'll let them get seated first, Jennifer Lahl is the founder of the Center of Bioethics and Culture Network. A nonprofit organization educates the public lawmakers and others on bioethics issues. In this role, Lahl couples years of experience as a pediatric critical care nurse and a senior-level nursing manager with passion to speak on behalf of vulnerable populations. Lahl's writings have appeared in various publications including the Cambridge University Press, the San Francisco Chronicle, and the American Journal of Bioethics.

Her newest book, The Detransition Diaries, was published in 2024 and co-authored by Kallie Fell. She's produced 11 documentary films, 3 of which examine gender-affirming care. Her film's Trans Mission: What's the Rush to Reassign Gender?, The Detransition Diaries: Saving Our Sisters, and The Lost Boys: Searching for Manhood were released in June 2021, September 2022 and January 2024, respectively. She's frequently interviewed by the media and has been called upon to speak alongside lawmakers and members of the scientific community addressing issues such as human egg and womb trafficking.

Next is Michelle Cretella. She's a pediatrician, writer, researcher, educator, and speaker. She's the past executive director of the American College of Pediatricians and the current chair of its Adolescent Sexuality Committee. She serves as a pediatric spokesperson educator for the Association of American Physicians and Surgeons and the Catholic Medical Association. Dr. Cretella serves as a peer reviewer for the Journal of American Physicians and Surgeons, Issues in Law and Medicine, and the International Journal of Behavioral and Healthcare Research.

She became a leading physician critic of pediatric transgender interventions following a 2017 interview with Tucker Carlson in which she detailed their harmful effects and called them medical child abuse. Dr. Cretella received her medical degree from the University of Connecticut School of Medicine in 1994. Completed her internship in residency in pediatrics at the Connecticut Children's Medical Center in Hartford, Connecticut in 1997. Completed a fellowship in college health through the University of

Virginia in 1999 and practiced pediatrics with a special interest in behavioral health in 1999 through 2012. At that point, she left clinical pediatric practice to devote more time to leading the American College of Pediatricians. Lauren Schwartz is a psychiatric and psychotherapist in private practice. She's board certified by the American Board of Psychiatry and Neurology, a fellow of the American Psychiatric Association and a senior fellow at Do No Harm. Throughout her career, she's advocated for upholding the highest standards of care and medicine and mental health. Her recent advocacy centers on gender-affirming care, particularly on interventions she believes are unsubstantiated, such as puberty blockers, cross-sex hormones, and surgical procedures from minors and vulnerable adults.

Her efforts have highlighted the critical importance of high-quality medical guidelines, and she asserts that low-quality evidence should never be authoritative as to what constitutes life-saving evidence-based care. In 2024, Dr. Schwartz co-authored an open letter to the APA regarding his Gender-Affirming Psychiatric Care textbook garnering over 7,200 signatures including those of clinicians, educators, and researchers.

She's actively testified against legislation that she understands compromised ethical medical practice and jeopardized vulnerable patients' well-being. Most recently, Dr. Schwartz collaborated with other medical and research professionals to publish an open access review. This review compiles over 50 studies highlighting extensive health risk associated with feminizing hormones in natal males.

And finally, Patrick Lappert is a plastic and reconstructive surgeon who has been in practice for over 30 years. He's board-certified as a general surgeon and has served as the US Navy's chief of Plastic and Reconstructive Surgery at the Portsmouth Naval Hospital. He also served as the reconstructive surgery specialty leader for the Surgeon General of US Navy. He founded the Pediatric Craniofacial Reconstructive Surgery Unit as well as the Wound Care Center for the Portsmouth Naval Hospital, which was then the largest military hospital in the world.

Dr. Lappert retired from the Navy after 24 years of service with the rank of captain. He then worked as a plastic surgeon in private practice for 18 years. Recently retiring from the practice of medicine and surgery. Dr. Lappert has served as an expert witness in numerous legal cases concerning gender-affirmation care in state and federal courts. He was active in the legislative process that produced Alabama's law protecting minors from affirmation care, and he has authored chapters and books about scientific evidence behind gender-affirming care medicine and surgery and about the pastoral care of persons wounded by the gender-affirmation industry.

So, if I can open up by asking Ms. Lahl a question. Can you explain, I know we just heard a little bit from Dr. Laidlaw, what fertility preservation is?

Jennifer Lahl:

Actually, read my remarks just so I can stay on task. Oh, sorry. Thank you. Thank you. Very good. Yeah. Fertility preservation is an assisted reproductive technology that is offered in an attempt to hopefully maybe preserve somebody's fertility so that they can have a biologically-related child in the future. There's several different methods. One is you can freeze your eggs, ova, oocytes, you can freeze sperm, you can freeze embryos, so you actually make embryos with egg and sperm and freeze them. Or often as the case of prepubescent children, you can do ovarian or testicular tissue cryopreservation, and that's an option that's available just to the prepuberty kids because they don't have egg or sperm yet.

Fertility preservation was first tried and used and perfected in the field of species that are at risk of going extinct. So, it was a method that was used to try to preserve different kinds of species. Then it moved into the patient population of adult cancer patients where the therapy treatment they needed for their cancer treatment could negatively impact or harm or destroy their fertility. And then in the

early 2000s, it actually moved into the pediatric cancer patient population so that children who also are afflicted with cancer might have the ability to someday grow up and have a biologically-related child.

But now, we've seen it expand into the scope of gender-affirmation care as something that's offered. I'm probably the only person in the room that when the Cass review came out, the first thing I did was look to see what Dr. Cass said about fertility preservation. And I was saddened and a little bit shocked that she recommended in Section 10 that all children be offered fertility counseling and preservation prior to being put on a medical pathway.

And if I could just put a highlight under some things that Leor said, "If we move to this assessment model, if we move to this model where we can do it better, we can do a good way of treating these children. And also, if we trust the experts, who doesn't want to trust Dr. Hillary Cass?" We have to be mindful of, I think what I'm about to say, that maybe we don't want to offer this to children. As you said in my bio, I was a former pediatric critical care nurse. But for the last 20 years, I've been spending most of my energy in the whole area, fertility, infertility, and assisted reproductive technologies.

I was deeply concerned as a nurse, as a filmmaker when I learned that children who before their puberty was blocked or before they were put on cross-sex hormones or offered surgeries were offered fertility preservation as part of their care. And again, knowing that the younger the child is, they're going to be offered the actual freezing cryopreservation of ovarian or testicular tissue in stage 2 to 3 Tanner stages where they have not yet developed mature gametes.

It's one thing to provide the possibility of having a biological child for a cancer patient, adult or pediatric who needs a treatment to potentially save their life. But it's a whole other thing to offer a person who has healthy fertility who we knowingly are going to damage, but we're going to offer them fertility preservation as part of their care. The research that Dr. Laidlaw cited on one of his slides that we published in March of 2025 in Frontiers and Endocrinology titled Fertility preservation: is there a model for gender-dysphoric youth?

We found only two reported live births in the pediatric patient, female patient where ovarian tissue cryopreservation was done. Only two of those young women that were age 9 and 13 at the time of having their tissue frozen were able to successfully have a live birth. And one other case was reported in a 14-year-old female. It did not say whether or not she had been through puberty or not. But this young girl was able to, after four rounds of IVF, was able to finally give birth, have a live birth, but she did deliver prematurely, which is a risk of IVF pregnancies in general to have premature deliveries.

But in each of these three cases, all of these patients had to have a gonadotoxic therapy to treat their cancers for one of the reasons they were offered for fertility preservation. As far as what we found in the male population, we found zero reported success cases of young men that were offered the freezing of their testicular tissue. An important unknown for both of these categories is we do not know how many attempts were made.

So, of the three young girls that were successful in having live births, did only three young girls attempt this or did 3,000? We don't know. So, you have to take that stat with a grain of salt. For those who that have gone through puberty. So, they were offered to fertility preserve their egg and/or their sperm, this is no longer seen as experimental, but all of the data that we have is all lumped together. So, these young people that as part of their gender-affirmation care offered, accepted the banking of their egg and sperm. They're lumped in with people that are struggling with infertility. They're lumped in with the Silicon Valley women who are just freezing their eggs because they want to have their biological clock protected.

But we do know of all these data points that are lumped together that overwhelmingly per the CDC data that over 50% of all IVF cycles fail. And I don't know what's going to happen with the CDC data because

the group that tracks all this at the CDC was let go, as part of the DOGE, letting go of people. So, we're not sure if we're going to continue to track this or if this is the end of the data that we're going to have.

Embryo freezing actually in the CDC data shows the highest success in live birth. I mean, and the game is to get a live birth out of all this. It's the freezing of embryos. And we know in the gender youth population, they're not freezing embryos because they're not partnered with anybody yet. They just are freezing their own egg or their own sperm. But considering the gender-dysphoric population, if they want to have a child, they also just need to consider the financial costs. I mean, it costs about $1,000 a year to freeze and store and bank your eggs. So, if you're an 8-year-old and you're going to be freezing and banking and storing your eggs for two decades, you have to look at the financial costs.

And we don't know in the medical literature for egg and sperm that have been frozen for that many years, what is the success rate for any of those ending up in either a conception, a creation of an embryo, let alone a live birth. We also have to consider the fact if this is, say for example, a trans woman, a male who froze and banked their sperm, who then grows up and is partnered with a male, there's no egg in the couple, there's no uterus in the couple. So, they're going to double down on the risks and the complications of a third-party conception rate.

So, it's evident to me for all these reasons, that offering fertility preservation to the gender-dysphoric population is deceptive. As the chairman said in his opening remarks, this is a misleading claim. I mean, when you are being offered fertility preservation, you think that you are preserving your fertility, fertility as in having a child, when in fact you're freezing your gametes with no guarantee whatsoever that you'll get a live birth. Thank you.

Myles Lynch:

Thank you for that. Dr. Cretella, could I ask you, as a pediatrician, can you tell us your experience with gender dysphoria and gender-affirming care before it became such a big issue?

Dr. Michelle Cretella:

Right. I think it's important for the public to know how gender dysphoria was treated prior to the explosion in trans identities, the explosion in the diagnosis of gender dysphoria. I would say in America that the 2013 was probably that turning point. 2013 is when the Diagnostic and Statistical Manual 5th Edition came out and altered the diagnosis from gender identity disorder to gender dysphoria.

And one note I want to make is that no genetic or biological trait or condition explodes onto the scene. And across western cultures, western countries, industrialized countries, gender identities, dysphoria has grown at exponential rates. This is a sign. This rate of growth is a sign of a psychosocial condition. Psychosocially constructed predominantly. We have to understand that. That's a scientific principle. And that's been suppressed.

We've heard from Dr. Laidlaw earlier, and I think also Miriam Grossman, it's science fiction to tell parents and children and vulnerable young adults that, "Oh, you just have a brain that's not on the same page as your body. You have a girl brain in a boy's body or a boy brain in a girl's body," science fiction. No one is born with gender dysphoria. Everyone is born either male or female with a sex. So, that has to be ... That concept of, "Oh, you're just born with the wrong brain." That is the foundational fraud right there. I have to get that out.

But prior to 2013, and the best way for me to illustrate this, pediatricians almost never saw this issue. I literally had from my training, which started in 1994 through 2012, so nearly 20 years spanning, I had one case that was very classic of a little boy. I'll just call him Andy. And this one is online, although it was censored. This family brought in their son for his 5-year well-child check and they were concerned

because increasingly from age 3 to 5, he started playing more and more with girls' toys. In preschool, dressing like a princess. And by the time he was 5, he was now saying he was a girl.

At that time, again, pediatrics was not captured by gender ideology. So, I referred him and the family to a family therapist, and they engaged in very traditional child play therapy. And over the course of several visits, well, it came out that he believed mommy and daddy loved girls better than boys. Why? Because when he was 3, after being king of the hill, he had no siblings, but at age 3, a little sister was born and she had profound special needs. Mom and dad had to reallocate. They were all about sissy, all about sissy. Children are not little adults, from ages 3 to 5, especially, they have magical thinking. They can misperceive what's going on. And he honestly thought in one play session, Barbie's here, trucks there, "Mommy, daddy, you don't love me when I'm a boy." So, once that issue was unearthed, oh, my goodness, over time within a year, they were able to change the dynamic. And yeah, he grew to know that, "Yeah. I am a boy and mommy and daddy do love me."

Another time, and this might've been around 2007, 2008, somewhere in there, I received a call from a mother. She was going to be bringing in her twin girls, identical twin girls for their 12-year well-child check. And this mom called me up and said, "Dr. Cretella, I didn't want to say this in front of the girls, but Lee," I'm just going to call them Lee and Ann. "Lee refuses to wear female underwear. She will only wear boxer shorts, and she cuts her hair like a boy and only wears all boy clothing now. Do you think this is a problem?" And I said, "Well, come in. We'll talk and see what's going on." So, Lee and Ann, they were identical twin girls. And again, this was like their 12-year-old child check. From very early years, both girls were very active. Ann was always a girly girl, and she was hardcore ballerina. Lee, from the earliest years, she was always into rough tumble play. She was dad's pal. She loved her dad. And now age 12, she was totally into ice hockey and she was never into dresses.

So, I reassured mom, "Hey, from the beginning, these were personality differences, classic tomboy, what else is going on? How's dad doing?" "Oh, we got divorced. Within the year, we had a divorce." And now, dad he wasn't physically abusive or anything like that. He had the girls every other weekend. And while I was examining Lee by herself, I said, "Hey, saw you see these are your favorite clothes. Hey, tell me why do you wear these?" Just gesturing to the boxers. "They feel so good. They're just so comfy." All right. And she had told her mother the same thing, separately. So, what I ended up doing was making a referral to a family therapist to focus. I didn't focus on Lee or her tomboy qualities, but I explained to them, I said, "When families go through divorce, this is a huge adjustment and this affects us." And I said this to them all together, the two girls and the mom, "It affects everyone differently. And it can be really hard to talk about how we think and feel. We don't want to hurt mom or dad's feelings, but counselors who specialize in this can really help you share your feelings and it can be really healthy. It's really healthy to do this."

And then privately, I said to the mother, "This clothing," the boxers in particular, I said, "It's probably part fashion comfort that psychologically she's probably missing her dad and the whole boy thing and haircut coinciding with the divorce. That could be some of it." And I just encouraged her, "Celebrate the fact that you've got a ballerina and a hockey player at home. Let her make her clothing choices and just focus on the open communication." Also, with her divorced husband as well and the family therapy.

Both girls thrived through high school. Today, poor Lee would've been said, "Oh, you are gender non-confirming," which, sure, okay, she's gender, "And you're 12. Wow. We really should postpone your puberty. We want to pause your puberty," i.e. put you into a disease state. Puberty is not a disease. The absence of normal timed puberty is a disease. So, she would've been put on the medical pathway so that she could have time to really decide, are you male or female or non-binary.

So, in the past, children had a greater chance of having their personality traits, their unique personality traits being affirmed and being shepherded through a critical developmental stage in which they could really come to embrace their true physical and personality identities, if you want to say.

Myles Lynch:

So, Dr. Cretella, what would you say to a responsible pediatrician today should do in those kinds of cases?

Dr. Michelle Cretella:

Yeah. When I'm asked by fellow pediatricians, what can we do? Because if I say these things, I'm going to be fired or my career will end. I will refer them to therapyfirst.org, which has wonderful resources both for clinicians and families. I will tell them because as pediatricians, we can screen for mental health, for anxiety, depression, and underlying traumas. We call them ACEs, adverse childhood events. That is critical as every pediatrician can screen for ACEs for depression and anxiety. Every pediatrician can do that and then refer for treatment for those underlying disorders. You need to know who you can trust within your local mental health area, of course, but therapyfirst.org is phenomenal and I do send many physicians and parents there.

Myles Lynch:

Thank you. Dr. Schwartz, given that we're talking about mental health and all of this as a psychiatrist, can you explain to me where you fit into the gender-affirming care funnel? When are you looped into this process and what's your role?

Dr. Schwartz:

Sure. Absolutely. Well, first I'd like to start out with saying thank you to everyone here and for having us to be able to discuss this, and I know I only have a short period of time, so I don't want to miss being able to say first and foremost as a psychiatrist that is in clinical practice every single day working with patients that from a gender-affirming perspective, repeating a medical fallacy over and over, louder and louder doesn't all of a sudden make it true. What you've already heard today and we'll continue to hear is this is life-saving. It's medically necessary, it's evidence-based. It's widely accepted in medical and mental health arenas as safe and effective, and it absolutely is not. So as a psychiatrist, I work with patients every single day. I prioritize seeing them doing a primary assessment. I look at the biopsychosocial model.

I talk about family issues and developmental challenges. Are they going through things? Are there things in their past or their present or traumas that they've been through that have influenced things? I focus on health and wellness. We work together. I'm looking for a differential diagnosis. I look for medical reasons. Many times in psychiatry diagnostically, I'm ruling out things that may be contributing to symptoms, whether it's depression, it's anxiety, it's distress related to gender or otherwise. We talk about all of those things. Then I talk with a patient about risk versus benefit. I think that's where if you don't take home anything else, realize this is a very exceptionalized approach to treatment from this affirmation perspective. That all of a sudden we ignore everything else. There's diagnostic overshadowing. Don't look at anxiety, don't look at depression, focus only on distress related to gender and then immediately funnel these patients into an extremely harmful, medicalized pathway.

That's not medicine. In no other area of medicine do we permanently alter healthy bodies to better align with a person's current, often underdeveloped, especially when they're kids, sense of self. Our prefrontal cortices, that front part of your brain isn't even fully developed until your mid-twenties,

sometimes 25, 26, 27 years old. So to think that a child can make a decision whether or not they should go through unhindered puberty, that doesn't seem like a medical decision or conversation I should be having with anyone, let alone a child. So when I think about what I do as a psychiatrist and I support mental health and wellness and well-being of my patients throughout their entire lives, not just in that moment, my job is not to affirm quote unquote in that moment what the child thinks that they need or vulnerable young adult thinks they need. My job is to sometimes hold reality when reality is really difficult and really painful and we have to walk through that and walk through it slowly.

We don't rush to medicine. I think that's part of what has really driven this just affirming model is that we have let go of evidence. I rely as a clinical psychiatrist on evidence-based data and guidelines. My own professional association, the American Psychiatric Association, published a book Gender... I'm sorry, Gender Affirming Psychiatric Care in 2023. I with several of my colleagues who are here today, we wrote a letter and said, how can you do this? This book says that puberty blockers are fully reversible and cross-sex hormones, they're generally safe and effective and they're life-saving and they're necessary. And as a psychiatrist, the exceptionalized psychiatry practice is get out of our way, let us provide harmful hormones at doses we've never prescribed before in children and young adults.

It leads them down a path to surgeries and that's not medicine. It's not acceptable. No parent should have to bury their child ever, and we've heard from so many today that have gone through horrible traumas because of what medicine is doing, medicine and mental health. We are failing patients and families and we have to do better and I do hope that with the help of the FTC we can do that.

Myles Lynch:

Just one quick follow up, so you would say that you think it's aberrational how the best practices for healthcare are coming about in gender-affirming care relative to other types of healthcare? Do you think that it's an aberration how the best practices are being developed for gender-affirming care versus other?

Dr. Schwartz:

Absolutely. Yes. It's a remarkably, again, exceptional development of what we are calling best practices, and I think Skirmety was a wonderful example of it. If you want to read amicus briefs, read the one that the American Academy of Pediatrics that included the American Psychiatric Association, the American Medical Association, the American Association of Medical Colleges, 24 organizations, one included WPATH. They were together on an amicus brief calling this critical, medically necessary, and evidence-based care for gender dysphoria. That's false. It's a lie, but they submitted it to the Supreme Court. So yes, I consider it horrific.

Myles Lynch:

And Dr. Lappert, speaking of best practices, is there a diagnostic process that you can use as a surgeon that tells you whether a patient should get gender-affirming surgery with enough confidence to get informed consent?

Dr. Lappert:

Yeah. Thank you and thank you to the Federal Trade Commission. I didn't imagine 11 years ago when I started down this road that I'd ever be speaking to a federal agency about what's going on in the world of medical care in the United States. The transgender treatment industry actually operates in the American medical system through the use of deceptive labeling and deceptive practices. It presents gender-affirmation care as grounded in science. It claims that gender discourse is frequently lethal if not

treated with affirmation care. It claims that gender affirmation is life-saving. It claims that gender affirmation is medically necessary and that it improves the lives of self-identified children. It claims that affirmation care is founded in an accurate process of diagnosis. It claims that affirmation care is the standard of care and that all of this is based in an unassailable body of scientific evidence. All of these claims are deceptive and are made in support of medical and surgical treatments that produce severe and lifelong harms.

It mislabels gender affirmation surgery as reconstructive rather than cosmetic. Using that deceptive labeling to defraud public and private insurance programs as well as defrauding the finances of families while essentially medicalizing these young people for life. Virtually all of the publications of the transgender treatment industry from journal publications to gender clinic websites or legal declarations refer to the WPATH standard of care as the foundational document that serves as a scientific basis for gender affirmation, including surgery.

This document was produced allegedly using the Delphi consensus methodology that was spoken about earlier, but when you look into it, what you find, one of the criteria for a competently done Delphi assessment is that it's done by repeated voting processes that include members in that group outside of the organization that's doing the questioning. That the repeated questioning is happening and the voting is happening anonymously, and none of that is the case in the standards of care.

All of the participants in the Delphi methodology are members of the WPATH and we've also seen that how that Delphi process was further corrupted by the political influence exercised by the government. There is no body of evidence to demonstrate the accuracy of diagnosis. There's no long-term treatment efficacy that could support the labeling of the standard of care. The use the words standard of care is an intentional mislabeling standard of care suggests to us that there's a level of scientific evidence above what we call level three in plastic surgery that is sufficient to guide clinical decision-making and that it is called a standard of care because to do otherwise is to risk harm to the child or to the patient. There's no body of evidence to call it a standard of care. There is no body of evidence even to include gender affirmation care in a treatment guideline as an option.

There isn't sufficient evidence to include it even there. The WPATH document and all the derivative documents falsely label surgeries such as chest masculinization, which is the amputation of two healthy breasts from a young woman, they label that as reconstructive surgery. This is patently false. Speaking as a plastic surgeon, I can tell you that this is no small distinction. Reconstructive surgery is surgery that aims at the restoration of form and function that has been lost due to trauma, surgical care of cancer, infection, or congenital or in utero deforming events. The wounded or the lost part can be objectively defined and those findings guide the surgical planning. The restoration of form and function is the key. Gender affirmation surgery is not based in any loss of form or function. It's based in the emotional life of the patient. The motivation for surgery is emotional and subjective and the success or failure is measured using subjective test instruments like quality of life surveys.

This is the very definition of cosmetic surgery. Gender affirmation surgery is cosmetic surgery. Representing it as reconstructive surgery is an act of deceptive labeling because it suggests evidence of medical necessity where there is no evidence for such a claim. Such mislabeling is employed to mislead patients and parents and to defraud insurance. Proponents of gender affirmation care, including WPATH, make highly exaggerated claims concerning the lethality of gender dysphoria. If it is not treated with affirmation care, the number typically offered is something approaching 40% mortality by suicide. There is no sufficient scientific evidence in the world literature that can be cited to support that claim. The further claim without evidence to support it, that affirmation care including surgery is life-saving. That claim is used coercively, as we've heard earlier, to obtain surgical consent from parents. Gender

affirmation surgery begins with a false claim concerning risk and then mislabels the surgery as having proven efficacy in saving lives.

It obtains consent for surgery by the deliberate deceptive practice of the concealment of existing alternatives of care and their associated benefits. The claim of efficacy itself is based in the intentionally deceptive concealment of high-quality evidence to the contrary. For example, the most commonly performed affirmation surgery at present is chest masculinization in young women.

In a 2019 scoping review of the world literature published by Dr. Tolstrup, a scoping review is level three evidence. It's a systematic review of the literature in that he examined 849 papers in the world literature that examined gender affirmation chest surgery, and that's high-quality evidence. That review reported that the state of the scientific support for gender affirmation breast surgery is low to very low, meaning that there is no basis for offering such surgery as a treatment option for gender discordance. To offer such surgery without offering other therapeutic options to parents and patients is an act of deception by concealment of facts that patients and parents have a right to know if they're going to give consent for surgery.

The WPATH path document in its chapter on surgery further deceives by suggesting that affirmation surgery is effective because such surgeries begin with a proper patient selection. That's in the first paragraph of the chapter on surgery. This is an intentional deception. The transgender treatment industry has no process or test instrument that can be employed to confirm the diagnosis of gender dysphoria. There's no process by which the patients are selected for surgery versus not surgery. There is no testing process that stratifies either risk or benefit. There isn't even a common language of description for either the condition or its treatment. As Dr. Tolstrup demonstrated in his scoping review, there is no patient selection. The patient, typically a distressed child makes the diagnosis. The medical team does nothing to confirm or refute or otherwise characterize the condition. On the other hand, there's a very large and consistent body of scientific evidence showing us that gender affirmation surgery is very harmful to young people.

Chest masculinization surgery that we've been discussing results in the permanent loss of two human capacities, 100% of the time. Young women lose the ability to breastfeed 100% of the time. Young women completely lose erotic sensation from the area due to the severing of the fourth nerve nearly 100% of the time. Neither the capacity for breastfeeding nor erotic sensibility can be restored. In the case of genital surgery, there is the loss of reproductive capacity as well as the degradation if not complete loss of erotic sensibility. In addition to those losses, there's also the additional risk of urinary blockage, urinary leakage, incontinence, the risk of fistula formation resulting in fecal leakage through the counterfeit vagina, chronic wounds, the need for repeated surgery to correct these conditions and the markedly elevated lifetime risk of cancer caused by such chronic conditions in patients receiving high dose sex hormones. When surgical procedures such as gender affirmation surgery are only based in low to very low quality evidence, then by definition those surgeries must be labeled as experimental surgery.

The failure to label it as such is itself an act of deceptive labeling. Furthermore, experimental surgery that involves the high likelihood of loss of function that's described above can only be offered under stringent protocols that govern human experimentation. Such experimentation can never be done on children, given that it has never been proven to be lifesaving. In fact, it has not even proven simple efficacy. Gender advocates will often make the claim that breast and genital surgery on gender-confused minors is rare and should therefore not be a matter of national policy. The best estimate that I can make for you at present is that over the last 15 years, approximately 4,000 minors have undergone gender affirmation surgery in America, the most common procedure being chest masculinization of young women. That number does not account for what may be a considerable number of minors who have

undergone surgery in private fee-for-service clinics and whose records are privately held and therefore unreported.

There's also the added problem of underestimation due to the known practice, and this was discussed earlier, the known practice of mislabeling and miscoding these surgical procedures such as mislabeling bilateral mastectomy in a natal female and calling it gynecomastectomy, an operation commonly done in males to correct for the presence of breast glandular tissue.

They justify this deceptive practice by claiming that these women are actually men. There is deception in the consent process and this to your question, as I alluded to earlier, by misrepresenting both risk and benefit by failing to offer alternatives of care by using the false claim of extreme risk of suicide and obtaining consent under duress by failing to disclose the experimental nature of the surgery and failing to provide ethical oversight in such experimentation, all of that renders consent utterly meaningless. Furthermore, the consent process overlooks the startling fact that a person suffering from suicidal ideation is by definition considered legally incompetent to give consent or in the case of a minor to give assent.

To summarize, gender affirmation surgery is not supported by any high-quality scientific evidence. It is not based in any reliable diagnostic process. There is no test instrument that can be used to stratify risk, to select patients for surgery or to predict the likelihood of any outcome. The harms are very evident in lifelong whereas the benefit has not been demonstrated. It is a product that is deceptively labeled as reconstructive when in fact these are cosmetic operations that in the case of breast and genital surgery begin with the intentional mutilation of the patient. Cosmetic operations that consistently mutilate patients are perhaps the most striking example of malpractice that I can think of. All of these deceptive practices and mislabeling in addition to causing irreversible harm to vulnerable young people ultimately defraud families and insurance providers for financial gain. Thank you.

Myles Lynch:

Thank you, Dr. Lappert. Thank you for all those specific examples demonstrating about how these practices ignore patient harm. Does anybody else in the panel have specific examples of gender-affirming care practices actively ignoring patient harm?

Dr. Schwartz:

If I could jump in really quick, I think one thing that has been pointed out over and over also is that this is a model of care that's overselling benefits and remarkably under-reporting harms. My colleagues and I, we published a paper about a month ago. We looked at over 50 peer-reviewed studies already available to anyone providing gender-affirming care. These practitioners, these providers are fully aware. We looked at all of the harms. This is not something that's hidden. It's peer-reviewed, it's published, it's been available, it still is. We just compiled over 50 studies that looked at harms and this is just in one area of estrogen used in natal males. Please understand that they are asking us to ignore harms. They're asking patients and parents to ignore horrible outcomes at the expense of children's lives.

Jennifer Lahl:

I think just to tag on that, the same thing is in the paper that Dr. Laidlaw and Dr. Thompson and I published. The data's there. I mean, we just went looking for it. We found that there was zero young men that were offered testicular cryopreservation that went on and had a child, so it's not like we discovered something that was new or novel and I think I will just underscore the fact that I don't want

us to take the CAS review and just remember that one little point where she recommends this and I think it's because she's unaware of the data which is out there. Thank you.

Myles Lynch:

Thank you both. And obviously this event is focused on gender-affirming care for minors. I was wondering if anybody could weigh in on what exactly makes it different for minors than it would for agendas for adult. Is there anything particularly about children, the vulnerabilities that they have that make this especially problematic?

Dr. Michelle Cretella:

I think it's their vulnerability, their vulnerabilities. That's why our laws normally protect minors because children are not little adults. Adults have better, higher cognitive development and function, have lived a longer lives, have had greater experiences, can better assess risk and benefit. Even adults, of course, cannot offer informed consent if they're being fed lies, right? So whereas we're focused here on protecting minors and being more maybe paternalistic because we recognize that children and adolescents have underdeveloped judgment centers of their brain and have lived shorter lives. Every adult requires and has a right to the true facts in order to give informed consent. And I think those of us who have spoken and will speak, we are often defamed and, oh, why should we believe you versus the AMA, the AAP. I think it comes down to three things. Follow the science, follow the money, and follow your heart.

Science proved long ago that sex is determined by genes alone and there are only two. No one is born in the wrong body. What we are dealing with in this population of minors who are seeking so-called gender-affirming care. Science has also revealed they are the most vulnerable of the vulnerable. We're dealing with children who have an average one study found an average of five traumas in their childhood. They have untreated psychiatric disease. They may be on the autism spectrum, they may have ADHD. Many are experiencing LGB attractions, so that's follow the science. It's a vulnerable population. Follow the money. AMA, AAP, ACOG, APAs, they are heavily funded by big pharma. This is a cash cow for big pharma and for all those big pharma funds.

Those of us who speak today, we are not getting paid to be here and it's quite the opposite. We put our reputations and our livelihoods on the line. Follow your hearts. You got to ask yourselves, is it loving for big medicine to offer your daughter, your sister, your LGB child, your ADHD child, mutilation, castration, diseaseing, and sterilization? Is that loving? I call it criminal. My profession used to call it eugenics. That's where we are and that's what we have to get out.

Myles Lynch:

Jennifer, do you want to give one last mark to it or did you cover it? All right, well thank you all. I think now it is time for lunch, so thank you. We will return at 1:30.

Jon Schweppe:

Welcome back everyone. If everyone could have a seat as we're coming back from lunch. Just wanted to, from the last panel, thank our medical experts for such an informative panel. Really appreciate all these folks making the trip out to Washington to share with the Federal Trade Commission today. So now we will have remarks by Commissioner Holyoak. Unfortunately, she could not be here today. She's at a family reunion combined with her mother's 80th birthday, so I think that's a pretty good reason, but this is an issue she cares deeply about, and so please watch this video from Commissioner Holyoak.

Commissioner Melissa Holyoak:

The FTC staff who are contributing to today's workshop. [inaudible 04:31:23] for us today are my own. They do not necessarily reflect the views of the commission or any other Commissioner. Right after I gave birth to my second daughter, it became immediately apparent that she was very ill. There had been no indication during my pregnancy that she had any medical problems, so we, like other unfortunate parents, experienced the trauma of having our newborn whisked away unexpectedly to the NICU. My husband and I learned that part of her heart was swollen and she was suffering from persistent pulmonary hypertension. It was one of the most frightening and trying periods we ever experienced. This was not the way it was supposed to be, and this is not what I had envisioned and dreamed of for nine months. I had never felt so helpless in my life as I watched her fight for her life over the coming days. During that time, we relied on the doctors to provide us complete and truthful information as we made medical decisions to treat my daughter. Thankfully, my daughter recovered. She's now a healthy 16-year-old who has blessed our lives in countless ways, and we can't imagine our family without her.

My heart is with those parents who have had similar experiences faced with watching their children suffer from injury, illness, or disease. I empathize in particular with parents whose children experience mental health challenges. Treatments are often complex and may involve a combination of psychotherapy, medication, and other therapies, but whatever health problem a child may be experiencing, it is critical that medical professionals provide parents with complete and truthful information in order for parents to make those difficult medical decisions.

Today, the commission is exploring whether to address unfair and deceptive practices in what is sometimes called gender-affirming care for minors. Recent reports estimate 1. 6 million Americans over the age of 13 identify as transgender. Some transgender individuals suffer from gender dysphoria, a medical condition characterized by persistent clinically significant distress resulting from an incongruence between gender identity and biological sex. Left untreated, gender dysphoria may result in severe physical and psychological harms.

While some have questioned the FTC's role here, there are three principal reasons why the FTC should use its authority to combat unfair or deceptive practices related to gender-affirming care. First, the FTC has a strong history of enforcement actions against unfair and deceptive healthcare related claims. In December 2022, the FTC published a health products compliance guidance, which notes that since 1998, the commission has settled or adjudicated more than 200 cases involving false or misleading advertising claims about the benefits or safety of dietary supplements or other health related products. For enforcement purposes, the advertisement of reported health benefits may be accomplished through a variety of marketing techniques, including by medical practitioners. The guidance further explains that claims about the health benefits or safety of foods, dietary supplements, drugs, and other health related products require substantiation in the form of competent and reliable scientific evidence. Importantly, such substantiation cannot be based solely on a medical practitioner's experience.

A healthcare practitioner's observation about the effect of a health product on patients is anecdotal and doesn't provide evidence of a causal relationship, nor can substantiation be based on advisories from a medical organization because those are based on best currently available evidence rather than a causal link between the recommended course of action and the health benefit. Further, the guidance instructs that a claim may be misleading if it fails to inform about significant safety concerns. Simply put, it is black letter law that misleading and unfair health related claims can violate Section 5. And it is increasingly clear that there are serious questions about the risks and purported benefits of medical transition treatments for children with gender dysphoria. Justice Thomas describes the risks in the US Supreme Court's recent decision, United States v. Skrmetti, which involved a challenge to Tennessee's law restricting sex transition treatments for minors.

For example, there are significant safety risks relating to the use of puberty blockers. Using puberty blockers to suppress normal puberty has multiple organ system effects whose long-term consequences have not been investigated. Such use may lead to decreased bone density and impacts on brain development. It also remains unclear whether patients ever develop normal levels of fertility if puberty blockers are terminated after a prolonged delay of puberty. There are also significant safety risks relating to cross-sex hormone treatments, which involve very high doses of hormones of the opposite sex. For girls, the treatments can cause increased cardiovascular risk, irreversible changes to vocal cords, atrophy of the lining of the uterus and vagina, and ovarian and breast cancer. For boys, cross-sex hormones can cause increased cardiovascular risk, breast cancer, as well as sexual dysfunction. And for girls and boys alike, it is generally accepted even by advocates of transgender hormone therapy that hormonal treatment impairs fertility, which may be irreversible.

The asserted health benefits of treatments for transgender adolescents include the reduction of anxiety, depression, and risk of suicide. Yet just last week, an article in the Atlantic discussed how these benefits have been presented to parents reporting that a physician with Children's Hospital Los Angeles explained, "We often ask parents, 'Would you rather have a dead son than a live daughter?'" Similar reports in The New York Times indicate that parents were presented with this Hobson's choice, which felt like emotional blackmail. But as the Atlantic article reveals, the question medical providers have posed to parents did not present a truthful representation of the consequences of gender-affirming treatment. When Justice Alito asked an oral argument in the Skrmetti case about suicide rates, the ACLU lawyer confirmed that there was no evidence to support the idea that medical transition reduces adolescent suicide rates.

Indeed, in 2024, the United Kingdom's National Health Service commissioned an independent review of the use of puberty blockers and sex hormones to treat children with gender dysphoria. This review found a lack of evidence to support the conclusion that hormone treatment reduces elevated risk of death by suicide. Parents deserve, and the law demands complete and truthful information regarding the grave health risks of transition treatments for minors, as well as complete and truthful information regarding health benefits that are actually substantiated. After weighing the risks and benefits, more than 20 states have enacted laws banning six transition treatments to minors. In affirming the Tennessee law, the US Supreme Court acknowledged the fierce scientific and policy debates about the safety, efficacy, and propriety of medical treatments in this evolving field, but that the court's role was not to judge the wisdom, fairness, or logic of the law before it, but only to ensure that it did not violate the equal protection guarantee of the 14th Amendment. Similarly, the FTC plays an important but limited role in this area.

The FTC does not regulate the practice of medicine. The FTC cannot make policy decisions limiting sex transition treatments for minors, but what the FTC can and should do is protect children from deceptive statements regarding such treatments. The FTC has previously enforced and will continue to enforce against deceptive representations made by medical practitioners, including claims in connection with treatments for transgender children. Second, reviewing claims of health benefits for transgender minors is particularly important given the significant and evolving changes in protocols for treating gender dysphoria. In the Skrmetti case, the Supreme Court detailed these evolving changes in clinical guidelines. WPATH, the World Professional Association for Transgender Health published one of the first set of guidelines in 1979 where it advised that hormone and surgical treatments should only be provided to adults. It later changed that recommendation in 1998 to prevent hormone treatments for minors in rare circumstances. WPATH further relaxed its guidelines for minors in 2022 to allow puberty blockers, hormone treatments, and surgical procedures at the onset of puberty, while still recognizing that our understanding of gender identity development in adolescents is continuing to evolve.

Importantly, WPATH's changes do not necessarily reflect widely accepted practices. In fact, recent changes across the world show that there really are no widely accepted practices, but instead drastically evolving standards in this area. After the UK's National Health Service published its 2024 report on the topic, NHS England enacted prohibitions on the administration of puberty blockers to new patients under the age of 18 outside of research settings and instituted a process for reviewing referrals for hormones for adolescents under the age of 16, but England is not alone. Finland, Norway, and Sweden have also raised concerns about using puberty blockers or hormone treatments on juveniles with gender dysphoria and have limited such treatments in some cases by allowing them to go forward only in a research setting. And in Australia, after the state of Queensland placed age restrictions on puberty blockers and hormones, the Australian government began developing new clinical practice guidelines.

Review of these clinical guidelines conclude and as the Atlantic article describes, the fairest thing to say about the evidence surrounding medical transition for adolescents is that it is weak and inconclusive. While relevant legal precedent already recognizes that advisory guidelines cannot serve as the basis for substantiation, what these evolving guidelines emphasize is that the risks and benefits of transition treatments for minors are nowhere settled and any definitive claims or statements should be carefully examined.

Finally, the FTC should prioritize enforcement against unfair and deceptive practices, especially when there's potential for serious harm to children. As previously mentioned, these treatments result in increased risk of cancer, infertility and sexual dysfunction, decreased cognitive development, as well as irreversible physical changes. Given the very serious safety risks, potential for permanent harm and the inconclusive evidence of health benefits, it is appropriate for the commission to ensure that parents are receiving accurate information.

We will continue to prioritize enforcement that protects the most vulnerable among us, especially our children. A recent op-ed in The Washington Post said the quiet part out loud. There, MIT professor Alex Byrne discussed his participation in a review of gender dysphoria treatments published by the United States Department of Health and Human Services. He explained, "I'm hardly a fan of the current administration. I have never voted Republican and as an academic from Cambridge, Massachusetts, I hold many of the liberal beliefs of my tribe. That includes support for the right of transgender people to live free from discrimination and prejudice, but," as he explained, "medicalized treatment for pediatric gender dysphoria needs to be passionately scrutinized like any other area of medicine, no matter which side of the aisle is cheering it on." From the opposite side of the aisle, I agree that we should work together to scrutinize and ensure complete and truthful about the risks and purported benefits of medical transition treatments. We owe this to our children. Thank you.

Jon Schweppe:

Thank you, Commissioner Holyoak. Let's take a moment here to thank the wonderful FTC event staff for putting on an absolutely incredible workshop. We had about 200 people here today and then hundreds more listening online, so really, really a wonderful thing. Also, I want to thank the security staff as well for keeping us safe here today. All right. So now we have Chad Mizelle with the Department of Justice Chief of Staff, and I'd like to now welcome Chad to the stage.

Chad Mizelle:

Thank you all very much. Thanks for being here. Thanks for giving attention to this very, very important issue. I'd like to start by thanking, first of all, President Trump, who has given me the honor of being able to serve you all, being able to serve the American people and especially want to give a shout-out and thanks to my boss, the very tough Pam Bondi, who I think is doing incredible job at DOJ. Thank you. Well

deserved. Well deserved. She's doing such a great job and she's particularly tough on these issues. She was a career prosecutor for 16 years. She was a state attorney general for eight years. This is her passion. This is something she feels very, very strongly about, and I'm very happy to be here to announce some of the things that DOJ is doing on that front.

There's a basic principle of law. You cannot deceive consumers. You cannot lie to them to get them to buy your products, use your services. You cannot commit fraud. This is true in providing medical services, but also more generally. There's no doubt in my mind based not only on what we've heard here today, but just looking around with our own eyes that the industry that is formed around providing gender-affirming care and transitioning services for children has perpetuated one of the greatest frauds on the American public. And that is especially true with respect to our vulnerable children and their parents. One of the most important tasks of government is to prevent this fraud from continuing. And to remedy the consequences of this fraud in recent years, the FTC has a very broad mandate and a consumer protection mandate specifically with powerful investigative tools attached to that. It's very well positioned to tackle this issue, and I would like to thank all the commissioners and particularly my dear friend Chairman Ferguson for the great work that he's doing on this front.

The DOJ also has numerous civil and criminal tools to root out fraud. We are focusing these tools on everyone who's involved in the multi-billion dollar industry of harming our kids, and I want to point out a couple things that we're doing. First, with respect to civil and criminal fraud. Although the details, the exact details of the public of the targets of our investigation are not yet public, we have issued nearly 20 subpoenas against clinics who are engaged in transition related investigations. Thank you.

We're investigating violations such as healthcare fraud, false statements, all of this which could result in either civil or criminal liability for these clinics. We have also investigations into hospitals and other providers related to fraudulent billing, false claims under Medicaid fraud and the False Claims Act. We're going after false and deceptive claims by non-profits and medical associations that have provided false, deceptive or scientifically dubious assertions about transition related medical interventions, allegedly is cover for the clinics and the hospitals to be able to do what they're doing. And finally, we've issued subpoenas to major manufacturers of the drugs used in trans-related medical interventions for possible violations of drug marketing laws and the Food and Drug Cosmetic Act. We've also prepared draft legislation. We're working with Congress on existing criminal laws related to female genital mutilation to more robustly protect children from chemical and surgical mutilation. Thank you.

And we're continuing to work with Congress about enhancing the ability of injured parties to seek remedies, to get recourse because as you all know, that is so important. The way you're going to take down this multi-billion dollar industry is for people to speak out, which is exactly what we're about to hear. We are using all of the tools at the Department of Justice to address this issue. Now, before I introduce, I do want to give a shout-out, if you are somebody who has been harmed in this industry, let us know. If you're a parent, if you're a child, if you were somebody who was lied to, deceived, told that a particular pill might be reversible when we all know it's not actually reversible, we want to know about that. That will help us in all of our investigations, not just on the civil side, but on the criminal side. So please come forward. Come talk to us.

We have DOJ representatives, I think here at the conference. Some of them spoke. Obviously, I'm going to be here. If you guys have any questions about how to get ahold of us, you can reach out to any of the FTC staff who we work very, very closely with, but please continue to reach out to us. Now, we're going to move to a very important conversations with parents and survivors. Earlier, Chairman Ferguson had the opportunity to hear about the harrowing personal experiences from Claire Abernathy, Kayla Lovdahl, Simon Amaya Price, and Gareth Amaya Price, and the truly heartbreaking story of Elvira Syed about the tragic loss of her daughter. There are too many of these stories.

Please join me right now as we welcome to the stage, Prisha Mosley, Soren Aldaco, Beth Bourne, Forrest Smith, Helen Spiegel Lee, and Gwen Turecki. We're going to invite these individuals to the stage. I'm not going to introduce them all beforehand because as part of this, you guys will see they're actually going to be introducing themselves and giving some of their stories as well. Yes, a round of applause. Thank you. Great. To get started, I would just like to jump into it. There's not much I can say that wouldn't detract from the personal experiences that you guys have had, and so to just start off, Prisha, I would love to give you the floor.

Prisha Mosley:

Hello. Okay. Thank you very much for having us here and for listening to our stories. My name is Prisha Mosley. I'm a 27-year-old detransitioner and mother. I am also a victim of medical fraud and abuse. When I was a teenager, my doctors lied to me and as a result, I was medically harmed and defrauded. I was a struggling girl suffering with mental illnesses and with multiple comorbidities including panic attacks, depression, and borderline personality disorder. I experienced a sexual assault as a minor, which made me fear being a woman. I learned about trans online on Tumblr. I felt that I identified with what I read online. I hated myself. I couldn't eat. I struggled to look at my body and I self-harmed. This must mean that I was trans. When I brought this to my nutritionist who was treating me for anorexia, I was immediately introduced to a pediatric endocrinologist who agreed that I had been born in the body and needed medicalization.

I was 16 years old and my body was perfectly healthy. No one cared that I had trauma associated with being female or that I hated my body and had delusions about how it looked. As soon as I said the word trans, all medical ethics went out of the window. I was convinced by the endocrinologist that I had a medical condition. I was led to believe that I had a male brain trapped inside of a female body and that this incongruence would ultimately lead to my death by suicide. I was told that it was a form of intersex. It was under the guise of these lies that I was referred to a woman for a letter of recommendation to begin testosterone injections. After suing her for fraud, I discovered that she was not even licensed as a doctor or a therapist. She was simply a woman who decided that my healthy female body was wrong.

In the letter she wrote for me, she did not mention that I was unable to eat often for days in a row or that I was on a number of psychiatric medications. Instead, she affirmed that I was born in the wrong body and needed to be administered wrong sex hormones in order to stop my mental suffering and continue living. She asked my parents if they would rather have a dead daughter or a living son. I believed that I would die without transition. Medicaid was billed to cover my testosterone injections under endocrine disorder unspecified even though nothing was wrong with my endocrine system. Now, my healthy functioning has been taken away and I cannot regulate my own hormones. Testosterone did not improve my mental state, but worsened it. I was put on more psychiatric medication and given muscle relaxers to deal with the side effects. Cutting episodes worsened.

No one told me that testosterone was the cause of the cysts on my ovaries. I was told when I complained about pain that I was going through male puberty, which is something a teenage girl cannot do. My body was falling apart and my doctors gaslit me and told me that it was good. Testosterone mutilated my genitals before I could legally consent to sex as an adult. I was lied to about the effects it would have, and I suffer with atrophy and disfigurement and pain. I have never had sex as an adult with normal, healthy vagina. I didn't understand what was being taken away from me. When I gave consent, I was too young and I was not being given accurate medical information. My consent was stolen. A year after starting the testosterone injections, I was led to believe by activists and my doctors that I needed to remove my healthy breasts.

I was told that they were causing my continuing mental distress and that I would feel relief when my body was modified. No mental illness can actually be cured by cosmetic surgery. I suffered severe surgical complications as a result of giving birth. The papers I signed said that I may have trouble breastfeeding, concealing the reality that my chest is surgically sealed shut. My nipples were grafted and reattached in the wrong spot, and now they are just decorative. I was unable to breastfeed my baby, the milk that came in. I had no idea that I had breast tissue left inside of me or that this was possible. It was the worst pain and heartbreak I have ever felt. I wanted to die. It is impossible to change sex, but I was led to believe by my doctors not only that I could, but that I needed to do so to live. No mental illness or mental suffering can be relieved by making cosmetic changes to the secondary sex characteristics. But this is the treatment that my doctors offered me and no alternative. I was never given any other option. My doctors never used real medical terminology. They tricked me, using euphemisms like top surgery and with pseudoscience, like the genderbread man. I genuinely believed that I needed drugs and surgery despite the fact that my body was healthy and I just hated myself. My doctors defrauded me. I am not alone. No human changes sex or is benefited by the purposeful disruption of their endocrine system or the removal of their healthy body parts.

Chad Mizelle:

Prisha, thank you so much for that. I don't want to pry too much, but can I ask your child's name?

Prisha Mosley:

Unfortunately, I can't share his name because I actually got threats on my children for the fact that I showed up here today to do this.

Chad Mizelle:

Wow. I'm so sorry, Prisha. Well, thank you for sharing that. Soren.

Dr. Michelle Cretella:

First, I want to say I love Prisha. Thank you for sharing all of that. My name is Soren Aldaco. I am a 23-year- old woman from Texas, born and raised in the suburbs, the urban sprawl between Dallas and Fort Worth. But now I live in Austin where I just graduated with my bachelor's degree and I now study how the internet is influencing identity formation. Thank you. With that, I speak on behalf of myself today as someone who began transitioning socially at age 11, was on the internet, chronically online, like a lot of people my age were and are. And that's where I was first, like I said, exposed to the idea that I could be born in the wrong body and that surgically and medically altering my body might be a good fix for my mental health conditions or my discomfort generally with that body, which was changing, which is pretty normal for puberty.

But that was mostly a role-play identity, something that I used as a framework for developing a sense of self. Until age 15, when I met my biological father for the first time. I went inpatient, I had a little bit of a mental break as I'm sure many people would have meeting their biological father through Facebook for the first time. And while inpatient, the doctor picked up on the fact that I bound my chest and I went by a different name and what was on my record, and he pushed me until I told him, finally, after he had kind of fished for the idea that some people don't identify with their body parts down there and eventually pushed me until I came out as trans to him and then called home and told my family that that was the root cause of all my problem. No credence to the fact that I had just met my biological father, no credence to the fact that I had a strained relationship with my stepfather who helped raise me, but who is pretty profoundly disabled.

And so from there I started to internalize that idea that medical transition might be a path forward for resolving this distress that seemed never ending. And so I began attending a support group in the DFW area. There were several support groups actually in that area run by the same organization, Trans-Cendence International. And it was at that support group that I met a nurse practitioner who had a transgender adult child and was furnishing hormones to pretty much anyone who came and saw him. And after one appointment, at age 17, without ever meeting my real parents or even that the adults who took me were my parents, which they weren't. He prescribed me testosterone, an estrogen blocker, Anastrozole. He facilitated me to lie about my sex on my government documents such as my license, and I could have gotten my birth certificate changed as well if I had wanted to and referred me to a specialist anytime I would have a complication pop up.

If I had vaginal atrophy, it was the gynecologist who was really quick to offer me a hysterectomy, if it was dizziness and headaches and joint pain, it was the rheumatologist or the neurologist or the cardiologist or the orthopedist. I saw all of those at age 16, 17, 18, 19. And so he too also used endocrine disorder not otherwise specified, I believe it was called, to get these covered by my private insurer. But worse than that, that medicalization, which happened right before the onset of COVID in January of 2020, led me to begin to explore in that pandemic lockdown, the idea of amputating my breasts as a form of treatment for the stress and the distress that the hormones didn't actually absolve because they weren't actually treating so much as they were adding onto the list of problems I was already experiencing.

And at that point, I had seen a therapist who had a trans ex spouse and she helped write a totally fraudulent letter. And by fraudulent I mean full of things that were not true, such as my client has lived as a man for the last 12 years, which as someone who was born female and will die female, I had not. But that was especially untrue during COVID, right, when there was no opportunity for me to even go into the public to live life as a normal person or adult, let alone the opposite sex. So she ignored a history of sexual assault that I disclosed to her and after I stopped seeing her, I ghosted her. She did not revoke that letter, but she did terminate my status as her client. From there, I saw the Crane clinic in Austin, which I strongly advise being researched.

They moved from California to Texas because of Texas, at least in my opinion, Texas's tort reform laws, which make it extremely difficult to sue them for medical malpractice. They told me that they could get my surgery covered in-network despite being out of network. So they had a 90% success rate. Told me, alongside listing all the complications I could experience from the surgery, that they had never really had any complications like that. And I would later find out, after experiencing complications, that was because they ghosted clients who had complications. They told me nothing was wrong with me on three separate occasions until I ended up in the hospital. And when I asked just what are you guys going to do to prevent this from happening in the future? They stopped responding to me after trying to get me to sign a non-disparagement agreement and giving me $400, which I did not take because I wasn't going to sign that NDA.

And I'll wrap it up here. I think the main through lines in my story were ideological ties that center, catered specifically to transgender patients, had a lot of really affirming imagery and people laughing and feeling good, kind of like those drug commercials, you guys, I'm sure you've seen. There was no differential diagnosis, no exploration of the root cause or interest into why I was feeling the way I was feeling. And there seemed to be this kind of common thread with supporting the whole person rather than what their expertise was and what their specialty was as doctors, not activists, it was like putting diesel in a gas engine for me. I was never given the insight that I was altering a fundamental process in my body, which is my endocrine system. And although I was on 14 different medications when I de-transitioned in 2022, I'm now on two for Hashimoto's autoimmune thyroid disorder that I think I may have obtained from the testosterone.

Chad Mizelle:

Soren, thank you. If I can ask, you mentioned what you're currently studying, and it does seem as you continue to research on this, the link between access to social media and in a lot of the stories we're hearing and transitioning, are you seeing that as part of your research as well as you're going through that?

Dr. Michelle Cretella:

Yeah, I'm really interested in that. In particular, I think kids use frameworks to understand how to move through the world. That's why it's important they have parents who love them, to show them what kind of adult they could become. And when the internet is doing the parenting, which I don't think often is totally the fault of the parents, you guys didn't grow up with that. You guys didn't see the consequences until our generation had already suffered them. I think it can be really easy to slip into online groups that tell you who you are instead of letting you explore it in an embodied way in the real world through all five of your senses and not just this audio-visual matrix that is social media and the internet.

Chad Mizelle:

Great. Thank you. Thank you so much. Beth.

Beth Bourne:

Hi, my name is Beth. My ex-husband and I, we got a divorce when our children were young. My daughter was an excellent student. She loved gymnastics and math and reading. She was also creative, sensitive and sympathetic. At the end of sixth grade, my daughter suffered trauma and she became withdrawn. In seventh grade, she was placed in an honors class with other gifted students. Some of these students were trans-identified girls. This was 2018, when the teachers and counselors were being trained by the California Teachers Union on ways to support the LGB and transgender students. In eighth grade, my daughter started seeing a private psychiatrist to help with anxiety and some pretty serious self-harming. At 13, my daughter came out in a letter to her father and me as transgender. Within a few days, we received an email from her school counselor saying our daughter had asked the school to change her name and pronouns.

That counselor also put in place a gender support plan that was not disclosed to her father or to me. When my daughter was 14, she began experiencing some dizziness spells. And so we took her to Kaiser Permanente Davis to meet with the pediatrician on duty. This is a pediatrician who had never seen our daughter before. My ex-husband, in the exam room, referred to my daughter with her new male name and male pronouns. And in an excited tone, the doctor asked my daughter if she would like to have her medical records changed to reflect her new name and her male pronouns. This is the first visit. The doctor then recommended that we take our daughter to the Kaiser Proud Clinic, a pediatric gender clinic in Oakland, it was a one-stop shop where she could meet with endocrinologists, an OB-GYN, a gender specialist.

So the next day I called this pediatrician and I said, you had no right to suggest to my daughter that she seek medical interventions at a gender clinic when we were just there for a wellness visit. So I asked the doctor, what would you do with someone my daughter's age if she said she wanted to change into this opposite sex? And she said, well, we refer them to the Kaiser Roseville endocrinologist. So then I spoke to the endocrinologist and I asked him, what would you recommend for someone my daughter's age who wanted to become a trans man? And he said they would go to the Kaiser's gender specialist and talk with them about puberty blockers and hormones. And when I said, would you talk with our private psychiatrist? He said, no, we prefer to keep all treatment within the Kaiser system.

So when I voiced my concerns to the pediatrician and the endocrinologist about what was happening, the endocrinologist said, this is an emerging field. Quote, this is an emerging field, quote, we don't know the long-term medical effects, but with any medical treatments, there are benefits and there are risks. So I asked him what would the benefits be? And he said, quote, it's been shown that youths have a lower risk of suicide and less suicide ideation if they are offered medical treatment. He also said that, quote, youths will feel better when they're on hormones and that they can stop their periods and give them the physical traits of the opposite sex.

And the endocrinologist, of course, referred me to WPATH as the leaders in this field and to the endocrine society. And he also recommended I talk to Gender Spectrum, which is one of these groups that encourages parents and families to transition their kids. Fortunately, my daughter's psychiatrist was willing to have a counseling session with my ex, my daughter and me in the same room. And she explained because I asked her to, the risks of medicalizing with blockers and hormones, this includes brain development, delayed brain development, and loss of bone density. So we agreed, this is when my daughter was 14, that she would not do anything medical until she was 18.

So I realized later how fortunate we were that we were able to send my daughter to a private psychiatrist to seek DBT, Dialectical behavior therapy outside of Kaiser and keep her away from the Kaiser Gender Clinic. My daughter desisted from her trans identity about four years later in her senior year of high school. She's now on her third year of college and she's doing great. I just can't imagine what would've happened when my daughter was 14, if we had taken her to that Kaiser Proud Clinic in Oakland. The doctors in Davis, the endocrinologist, they were all captured by this idea, and they were disingenuous when they were telling us that it would decrease her risk of suicide or suicide ideation.

Chad Mizelle:

Thank you. Thank you, Beth. Forrest.

Forrest Smith:

Yeah, I just want to take a second and thank everybody. So I'm from a little bit of an older generation of transitioner, I think, kind of sit right on the cusp by my transition was from 2015 to 2020. I'm also a male. And so one of the things that I think has been happening in our conversations about Transgenderism in general is we kind of clump the men and the women together. But there's some interesting patterns, I think, between the two different groups. I don't know if anybody's familiar with Ray Blanchard. He's one of the original sexologists who used to talk about this, and I saw him responding to an interview about ROGD, rapid onset gender dysphoria. In girls, we've seen a lot of the ROGD, and when he talked about the boys, he said, with the boys, he tends to see that it doesn't just come about overnight, that it tends to be something that they've been brewing about for a longer amount of time.

And I would certainly say that that's true in my story, which is I'm up here. This is for minors, protecting minors. I transitioned, I began my transition at the age of 20. So I didn't fall into that bracket of minors, but I still believe that young men and young people are vulnerable. A lot of times they're carrying something that they may have been carrying since they were a child. I know in my case, when I've sat down recently and gone to the depths of my soul and my heart about this, writing my memoir, where does the story begin? I go all the way back to the first time. I remember my parents leaving me alone with my sister at my grandma's house, and I just had this kind of thought, this isn't my family. Because I was a child and they left me at my grandparents' child.

But that feeling, I remembered that feeling for the rest of my young adult life. Whenever I would feel like I didn't belong somewhere, those were the words that I would remember. I was still brewing on something that happened when I was a small child, and you mix into that, dysfunction in the home,

sexual abuse, grooming online, pornography, you mix into that and then you've got a pretty tenacious identity by the time somebody is 16 years old or 18 years old. And I think it's good as a culture that we're talking about this the way that we are now. Because when I think about the young man that I was, I seem to have been really set on a track, and if transgenderism wasn't what it is today, I still probably would've had issues. But as the situation is today, I ended up in the same pipeline that everybody... All the other speakers here ended up in. And so we've heard a lot about that. I don't necessarily want to... I can share more about those details, but I'll just stop there if you have any questions.

Chad Mizelle:

If you're comfortable sharing, I'd love to just hear maybe a little bit more about the detransition process. What was kind of going through your mind then and what maybe prodded you to say, I need to make a change?

Forrest Smith:

And this goes back also to the transition. So I was briefly homeless for two months at the beginning of my transition, and during that time, I became enrolled in the Homeless Youth Continuum in Portland. And so my entire lifestyle was supported through this vast network of non-profit organizations. Some of them are private, some of them are very good, admirable, noble organizations. I was able to live a really nice lifestyle, living high on the hog, on the Homeless Youth Continuum as a transgender woman, I kind of became an icon, but that, I aged out at 24. You age out and suddenly all of those opportunities are gone.

And so my transition, I was also putting off the decisions about surgery for those two years that I was totally housed. And then the medical surgeries happened right at the end when I lost my housing, which is kind of the irony and part of the oversight from the medical system, is that the surgeries were solicited by social workers in the HIC. There were around me in some of those housings, I wasn't paying attention, but there were detransitioners kind of dropping like flies, and then it was actually, I went into a crisis as I lost my housing, that I went through those surgeries.

That crisis is part of what ended up bringing me back around at the detransition. I caught COVID and I totally lost my housing in Portland. I went back to live with my parents and that forced me to look at my family dysfunction, to look at my family and realize there's problems, but it's not as bad as I thought it was. My parents aren't evil people. I can live with them. It forced me to confront things from my past, and then there was also a lot of isolation during that period, so I kind of cut off the trans people around me. There was still a lot of difficulty in receiving any kind of care. I had some counselors suggest that I was still feeling dysphoric because I hadn't had a full vaginoplasty.

I had an orchiectomy and I had the breast implants, so I was operated on, and that regret is part of what shocked me out of it because it wasn't what I had intended going into the transition. I hadn't thought that far ahead. It was gradual. I have daily journals from that period, and it took months to unwork. First I acknowledged that I regretted it, and then I acknowledged that I regretted it before I believed that I was a man, I still thought that I was a trans-feminine person and I regretted it.

So I had to unwork layers and layers. I took years of therapy. I found a forensic psychologist that was a specialist in men's sexual issues. That was a smart move. It took years and it took years to get back into the workforce to bond with my family. I mentioned writing the journals, but I had a beautiful moment with my grandparents. I thankfully was able to reconnect with my grandparents in the last year of their life. Both of them passed away within a year, and I had a beautiful moment out on the farm with them where I actually had this very clear thought where, actually, this is my family.

That's my grandpa, that's my grandma. So the detransition, it's been five years now, and it takes a lot to rebuild your whole life when it's not just the medical damage, it's a much deeper social damage. It's a damage to your whole sense of being, right? You build wardrobes, you build a whole life, you build all your papers, everything. You have to change all of that. It's a real deep hole.

Chad Mizelle:

Wow. Thank you. Thank you for sharing. Helen.

Helen Spiegel Lee:

Hello everybody. Thank you very much. So I'm going to read my statement because I am not that great at this. So when my son was three years old, my ex-wife, with the help of medical and school professionals put him firmly on the transgender path. In the fall of 2014, my son's preschool teacher informed me that my son wanted she pronouns. This happened only one month after the traumatic dissolution of my marriage. At that time, I had joint custody and it became a constant battle. I shared with everyone that my son did not express any of these preferences to me. I wondered if he was trying to gain more attention from my ex and if she was using gender to split his loyalties. None of this seemed authentic, but every time I posed reasonable questions and expressed curiosity or doubt, I was looked upon with suspicion. Overnight, I became the dreaded non-supportive parent. At the same time, my ex engaged constantly with school providers and medical professionals, and she demanded that her family and friend support my son's rebirth, as she called it, as a transgender girl.

The gender-affirming model does not welcome questions and inquiry. Repeatedly, I was told by almost everyone that I must accept my daughter, that not accepting the utterances of a three-year-old was tantamount to abuse and would lead to self-harm. It made no sense. I was now in a world where up was down and down was up. It was a time of unrelenting despair. I could not eat, I could not sleep. I barely functioned at work. My unwavering love for my son was all that really kept me from giving up. I was angry back then regarding gender ideology and the medicalization of minors. I was frightened and vulnerable. I needed help. I made an appointment to see gender management services GeMS at Boston Children's Hospital in 2016.

I brought my son to GeMS three times. Initially I went with my ex, but as we became less and less aligned, we attended separately. We saw Dr. Amy Tishelman, a clinical psychologist and the director of research at GeMS once yearly in 2016, 2017. And lastly, in 2019. For four long years, my son lived as a boy with me and as a girl everywhere else. The situation was traumatic for both of us. I was constantly worried about the effects on my son of being torn in two. At one point, I even tried to use the girl's name, but I couldn't do it. I just could not participate in the charade. Over the years, Dr. Tishelman noted time and time again that there was difficulty in parsing out the impact of the parent's conflict on the child's gender presentation in each home. Even with the documented uncertainty of my son's presentation, Dr. Tishelman at one meeting coerced my son to convince me to go along.

Her notes are quoted as thus. Following my meeting with Rosa, I met with Ms. Spiegel and her partner, and again, with Rosa's permission shared that Rosa told me she'd like them to refer to her as Rosa and use female pronouns. Rosa agreed to come to the room, and all four of us met together. At this time, Rosa reiterated to her mother and partner that I want to be called Rosa, and I want to be a girl. My wife and I were stunned, but smiled and the meeting concluded. My son was six years old, and within the gender affirmation model, he and the therapist were in complete control. At the final visit in 2019, Dr. Tishelman had my son fill out a gender worksheet, assigning numbers to how he felt. Tishelman's conclusion was that today she reported that she's not a boy or a girl, but something different. Again,

there was ambiguity, but she dug in deeper. Dr. Tishelman advised us that we should start thinking about puberty blockers for Rosa.

Finally, I sued for full custody. Things were moving at breakneck speed towards medicalization, and I had no other recourse. At the trial, Dr. Tishelman was called to testify. My ex had Dr. Michelle Forcier as her expert witness, and she also testified. Dr. Michelle Forcier is a pediatrician affiliated with Hasbro Children's in Rhode Island. She is possibly better known now as the chicken lady in the film, What is A Woman? It is documented in the court findings that Dr. Tishelman cautioned that failing to strongly support gender diverse children can lead to suicidal ideation and attempts. This, of course, has never been proven. At the same time, Tishelman also testified there is insufficient research around socially transitioning children, and that there are differing opinions. Dr. Forcier also agreed with Tishelman that there was insufficient evidence.

The court findings state in Dr. Forcier's own words, research on gender dysphoria is in its infancy. At my trial in 2019, both these experts in their fields admitted to poor evidence. It is chilling to recount that during our visits to GeMS, Dr. Tishelman repeatedly advised the importance of accepting Rosa and ultimately suggesting the use of puberty blockers while failing completely to admit that evidence around social and medical transition of children was sparse. My son was never gender dysphoric. My son was never transgender. It was all a lie.

Chad Mizelle:

Helen, thank you so much. Thank you for sharing that. Gwen?

Gwen Turecki:

Sure. Hi, my name is Gwen Turecki, and I'm a mom from Michigan. My son was around 14 when he sent me a text that he was a girl, and at first I thought, hey, he's at theater, and they're just dressing up like girls. The next text was HRT, and I meant that as cross-sex hormones. At that time, I dove into research. He was away, so I was able to jump on the computer. I have a background in Library and Information Science. So I found Dr. Grossman. I found Jennifer Bilek, pro-trans sites, anti-trans sites, and crucially, parents with the inconvenient truth about trans. I connected to other parents and quickly realized this is a cult, and guided my son out using proven cult techniques. Basically what I did is I leveraged stuff that was out there for other cults and tailored it to the needs of my son.

We navigated the depths of the transgender ideology, starting with his pediatrician's office. And the reason why I did this is my son and I have a very close loving relationship, and he would expect me to follow a protocol. So we went to his pediatrician's office, who referred us to the University of Michigan's Mott Children's Hospital gender clinic, notably the pediatrician that we were referred to was not his normal doctor, and this is at a different children's hospital. She was in the process of transing her teenage daughter, and it's like, okay, jump down the rabbit hole. Here we go.

At Mott's Gender Hospital, because I did make an appointment, because according to the protocol, to get someone out of a cult, you slow walk them and bring your kid closer. My kid and I were always very close, but we have a common bond around music. We did more crate diving for albums together, because we're into that stuff. So at the Mott Children's Hospital Center, there's a three-hour session with everybody all together. So his father [inaudible 05:27:31] my son and myself. The therapist explained that the purpose of the session was to help our child connect to what was happening with his mind and align his self-image with his body, citing WPATH as a standard of care. When I asked why there's a 4000% increase in the number of trans-identifying girls in the UK, I was told society's just become more accepting. Amazing. She explained that Western societies have become more accepting

into the ways of thinking. Please note that my son's father immediately affirmed and aligned with the therapist.

I sat in the office and I listened to her weave a narrative, not based on biological reality, opening on the door of possibilities of changing physical appearance without even considering underlying conditions like going through puberty during COVID lockdown. Basically, these kids' social fabric was ripped upside down. The second hour was with my son alone, and I was unable to question the session due to patient confidentiality. The third hour was all four of us together again, the therapist, and she kept on saying to my son, I feel like there's something you need to tell us. She was coercing my son into self-doubt. So I recognized this as, like I said, coercion, and began to steer the conversation away, asking for next steps.

What do we do next? And after a single three-hour session, she said, hey, the next step is let's contact the endocrinologist. That's when I shut it down and I turned to his father and my son and it said, we're going to talk about this at home. I needed to control the situation. Seriously, it was like Alice in Wonderland. It was crazy. The rest is history now. And now I have a thriving, healthy 17-year-old man with an exceptionally bright [inaudible 05:29:44] future. My son was tested for talented and gifted, and had that trajectory. Had we followed the past set by the University of Michigan's Mott Children Hospital, the story could have ended tragically. My son is exceptionally talented, gifted, just like Elvira's daughter. Thank you very much.

Chad Mizelle:

Gwen, thank you for that. If I may ask that subsequent step, that conversation at home with your son, was that a sort of one-time thing that you were able to, was that a months-long process? Is there anything you could share about

Gwen Turecki:

That? Sure. Okay, so that really didn't happen. I wanted everybody to go into neutral corners and because his dad was affirming, I had to walk that fine line. So anyway, the slow walking, the slow walking, also bringing closer, bringing closer.

About three months after that visit, I walked into my... And I was feeling him feel a stress because I think part of it is that he felt heard. So about three months after I walked into his room, was like, "Hey hun, what are your feelings about cross-sex hormones now?" And he said, "Mom, that's like putting lipstick on a pig." My heart leapt. Okay, but we turned quite out of the woods yet, right? So fast forward, perhaps another four months, he walks into the kitchen, granted, at this point my kid's like six foot, I grow them big, and he says, "I'm thinking about growing a mustache. What do you think, mom?" I'm like, "That's a great idea." Inside my head I'm doing back flips, going, we made it. And so after that I help coach other parents, [inaudible 05:31:42] parents. I have parents in South Africa, Australia, thanks to X. It's easier to do that. There is a way to get your kid out of this.

Chad Mizelle:

Thank you. If we could just do one more round of applause for everybody out there, thank you. As you all have heard, it is certainly not easy emotionally to get up and tell your stories, but as Prisha told us, it's a danger to themselves and to their families to even speak out whenever you're speaking out against a multi-billion dollar industry that is built on lies and deception, whenever you start exposing those lies and deception, they want to come after you. And so thank you guys again for everything that you've done, for what you're doing for sharing your stories. Thank you, thank you, thank you. All right, with that, I think we're going to continue on the program, so I'm going to hand the mic back over to John. Thank you all.

Jon Schweppe:

Thank you, Chad. And what an exciting announcement from the Department of Justice. Now let's shift gears a bit. We've talked with medical professionals, we've talked with parents and survivors and heard their stories. But as the truth emerges, it's important to note that a number of truly courageous people took great personal, professional, and financial risks to themselves to blow the whistle on the gender industry. And I'm pleased to announce that we have six of these whistleblowers at this workshop today. Earlier you heard from Dr. Aton Heim, and now we have a panel with five more. These are individuals who truly paved the way for this moment. So I'd like to introduce our moderator for this panel. He serves the Federal Trade Commission as a special advisor in Chairman Ferguson's office, Ian Mason.

Ian Mason:

Well, as John mentioned, we've heard today the personal stories of young people subject to so-called gender-affirming care and their parents. We've heard doctors and researchers reason conclusions about these practices, but the understanding, especially the popular understanding of what's happening depends on an additional pillar. The accounts of whistleblowers, actual participants in this industry who had the courage to come forward despite potentially devastating consequences for their careers, for their reputations, and for their families. We're grateful to have five of them with us today. Jamie Reid is the executive director and co-founder of the LGBT Courage Coalition, which advocates for cultural and medical approaches that accept and support gender nonconformity without medical intervention. In February, 2023, the Free Press published her explosive first-hand account of her time in a pediatric gender clinic. Jamie holds a master of science in clinical research management from Washington University and a BA in cultural anthropology. She co-hosts the Informed Dissent podcast, has been profiled in the New York Times, advocates for legislation across the country, and addressed a rally on the steps of the US Supreme Court during the US v. Skrmetti oral arguments.

Tamara Pietzke is an independent clinical social worker in Washington state. She earned her master's of social work from University of Washington and after more than a decade as a mental health therapist in community and healthcare settings, she founded her private practice in 2024. In 2023, she gained national attention for speaking out about the mental health field's approach to youth gender transition, raising concerns about blind information without adequate assessment leading to a backlash, including the loss of her job and an ongoing state investigation.

Leta Boylan is a former psychiatric nurse at a taxpayer-funded facility for teenagers and adolescents. During her time there, she became aware of a series of institutional policies that promote and reinforce social transition of minors while hiding such treatments from their parents. Due to Leda's, unwillingness to lie to parents and engage in dishonest, incomplete documentation, she was targeted by the facility's administrator and fired in December 2024.

Vanessa Sivadge is a pediatric RN who exposed the illegal use of Medicaid to cover sex hormones and transgender treatments for minors at Texas Children's Hospital. After blowing the whistle, Vanessa received a visit from two FBI agents in July of 2023. Despite this and other threats, Vanessa came forward in June of 2024 with journalist Chris Ruffo to expose the Medicare fraud, medical malpractice, and illegal billing in the gender clinic. Two months later, Texas Children Hospitals hospitals fired Vanessa. Vanessa has since launched an advocacy organization committed to fighting for the protection of children in the state of Texas called Protecting Texas Children.

Sara Stockton is a licensed marriage and family therapist, lecturer, researcher, and clinical supervisor with other 15 years of experience specializing in gender dysphoria among youth and families. In 2023, she co-offered one of the US mental health assessments for evaluating youth readiness for medical gender transition. Published in the Journal of Marital and Family Therapy. Growing concern that

prevailing clinical approaches were harming young people, Stockton publicly addressed these issues in the 2022 documentary "What is a Woman?" She testified in state legislatures on bans regarding transgender care for minors and served as an expert witness in family court cases involving child protective services.

So we're here today largely because of your stories raising awareness of these issues. So why don't we start with those stories themselves. We'll just go down the line. Vanessa, if you'd like to start.

Vanessa Sivadge:

Thank you so much. My name is Vanessa Sivadge. I'm honored to be speaking on today's panel on Blowing the Whistle on Gender Medicine to join my voice with the growing number of medical professionals who recognize gender medicine for the farce and the fraud that it is. For 10 years, I've had the privilege of working as a pediatric nurse in Houston, Texas. In 2018, I accepted a job at Texas Children's Hospital, the most prestigious and largest children's hospital in the United States and Houston. And I thought at the time that I had peaked in my career convinced that I would be working here until I retired. A couple of years later, in 2021, I transferred to a multi-specialty outpatient clinic, not knowing that a fully functional and robust gender clinic was active in my workplace. The things I saw over the next few years I will never unsee. Eventually I was asked to do things that went against my nursing ethics, my personal beliefs, and most importantly, my faith in Christ. I had a crisis of conscience one day when a physician, the transgender physician, asked me to do patient teaching, which is not uncommon. Nurses do a lot of patient teaching in the hospital. But on this particular day, I walked into a patient's room and I was asked by the doctor to instruct them on how to administer an intramuscular injection. What I didn't know was that this child, this boy, was going to administer estrogen to himself to affirm the false identity that he had adopted. And realizing that I enabled him to do that was devastating to me.

I considered quitting my job. I could no longer play an indirect role in perpetuating these harms against children. Until one day in May of 2023 when I read an article by an anonymous whistleblower within Texas Children's Hospital who had come forward courageously to expose at the hospital, had been secretly providing transgender treatments to children, had hidden this from parents and from lawmakers in the state of Texas. And I knew this to be true because I was the nurse, one of the nurses working at this clinic that was supposedly non-existent. This person is Dr. Aton Heim without whom I would not be here today.

We did not know each other at the time. We had no knowledge of who the other one was. But what I did know was that someone within the hospital had shared my concerns and was deeply concerned about these children being harmed. And so a couple of days later, I came forward anonymously to corroborate his testimony as a nurse working in the clinic where this was taking place.

And that was supposed to be the end of the story. I was going to go back to work and things were supposed to go back to normal. But two months later, in July of 2023, my husband and I were having dinner on a Monday night and there was a knock on the front door. And lo and behold, we go to open the door and there are two federal agents who are flashing their badges. They say they're from the FBI and they're asking specifically to speak with me by name regarding issues at my work and in a video that has now been viewed over 6 million times, because our ring camera captured this exchange at the front door, these agents informed me that I was a person of interest in an investigation targeting a leaker, not a whistleblower, but a leaker who had allegedly violated patient confidentiality laws by breaking HIPAA, which was of course an utter fabrication and a complete lie. And I knew at that moment that they were lying to me. They were trying to turn me and to use me to eventually testify or speak against Dr. if it ever came to that. Thankfully it did not.

But they informed me that they couldn't protect me if I didn't help them, that I was unsafe, that my career and my safety were at risk, and it was the most terrifying encounter we've ever had at our front door on a Monday night. And so that really set the stage for what happened next. I went back to work, of course, no one knew that this had happened, but I think we saw this a lot during the Biden-Harris Department of Justice era where whistleblowers, people with a medical conscience and a moral spine, pro-life people were targeted because of what they believe or just because they believed they were doing the right thing. And so we were no exception to that.

But I went back to work and I discovered that not only had the hospital lied to the public about the existence of this secret program, but they were also billing Medicaid fraudulently for these cross-sex hormones and puberty blockers, which in Texas is a violation of state law. I saw children that were misdiagnosed intentionally. I saw false diagnoses. I saw all these things that were deeply concerning and deeply and 100% illegal. And I knew that I had to come forward at that point to expose that the hospital was committing fraud against the federal government. And so in June of last year, I came forward publicly with my identity, was promptly placed on leave by the hospital and in August of last year, the hospital fired me. And this was illegal for a number of reasons. I had also submitted a religious accommodation request.

So we retained the Burke Law Group, Marcella Burke, who is an incredible attorney. And I'm so grateful for attorneys all around the country who are really defenders of truth and who are on the right side of this issue. And then Donald Trump was elected president and three months later, the Trump administration under the leadership of Secretary Kennedy at HHS announced a formal investigation into Texas Children's Hospital for illegally terminating my employment. And I'm very, very grateful for that.

And to wrap up, I now have the privilege of serving as the founder of Protecting Texas Children. Our mission is to safeguard the innocence of every child by affirming biological truth. We work towards building a future where children can grow a happy, healthy and whole by not erasing who they are, but by learning to embrace how they've been beautifully created by God. And so I'll end here. What is happening in clinics across the country is not rooted in rigorous science, nor is it grounded in ethical medical practice. It is a marketing campaign masquerading as healthcare. It is a billion-dollar industry that thrives on misleading claims, emotional manipulation, and the systematic erasure of informed consent. The issue of gender medicine has shattered political boundaries and united voices from the right, the left, and the center. Not because of ideology but because of conscience. This is not a partisan battle. This is a battle of good versus evil. And at the end of the day, there are no Democrat children, there are no Republican children, just American children. Thank you.

Ian Mason:

Thank you so much Vanessa. Jamie, if you'd like to go.

Jamie Reed:

Good afternoon. My name is Jamie Reed and I hold a master's of science in Clinical Research Management from Washington University in St. Louis, Missouri. I am also a lifelong Democrat, a mom of five boys, three of whom were adopted out of the foster care system and I'm a lesbian. I am also the public whistleblower from inside a pediatric gender center. I participated in transitioning nearly 1,500 unique patients who ranged in age from 3 to 26 over almost five years, I was once a true believer in pediatric gender medicine. Now I understand. I participated in an industry that was based on fraud, deception, and in layman's terms "we were running a racket". Patients with significant comorbidities were treated using unethical and deceptive informed consent practices. They were never properly assessed, informed of their condition or given a diagnosis. A diagnosis itself is the first required step for

any consent to be valid and not fraudulent. These were also vulnerable patients who required specific special safeguards.

First, they were minor patients and should have been provided all of the safeguarding protections we would want for all children. Second, they had significantly presenting comorbidities, often falling within the definition of a stigmatizing complex medical disease, some even meeting the criteria for a legal medical disability. We were harming disabled children. These comorbidities include but are not limited to autism spectrum disorders, anxiety, depression, borderline personality disorders, eating disorders, self-harming behaviors, somatization disorders, learning disabilities, ADHD, and significant trauma histories. Third, many of the presenting patients before the social contagion cohort, would eventually, if not medically treated, become homosexuals like me. That is they will identify as adults as gay, lesbian or bisexual. The entire diagnosis is based on regressive stereotypes and self-described feelings from minor children and their parents. My clinical experience shows that these quote "biopsychosocial assessments are not consistent, comprehensive, or truly diagnosis diagnostic".

For an assessment to be diagnostic, there is a very simple way to prove if it actually is so. It so simple that so many of us actually forget it. There must be a statistically significant number of patients who will not ever meet the diagnostic criteria. So in lay terms, there has to be a statistically significant number of patients and parents who would've been consistently told no by these centers. That never happens. I might hold a master's of science and clinical research that is not a requirement to understand the basic concept of medical diagnostics. Parents and the public have been deceived into believing that these assessments are diagnostic, that they're consistent, that they're comprehensive, and that no child is ever receiving treatment without one. If the assessment met the criteria of consistent, comprehensive and diagnostic, the diagnostic provider should be able to easily produce their assessment tools, give them to the FTC to be analyzed, and they should also be universally consistent across all of our states. This has never happened and they have not shared any data to show a percentage of those presented are being told no because this is not happening.

But, and this is a huge "but", even if this field was actually doing what it claimed to do, even if it was completing a true biopsychosocial assessment and saying no to a significant percentage of the patient population, please know that those who would be told yes would be homosexuals, like me, and especially the gender-nonconforming homosexuals. Under the Dutch model, we would still be okay to be rendered sterile without sexual function, with destroyed endocrine systems and be allowed to die early simply because we are gender non-conforming homosexuals. And so to some of those not here today to Laura Edwards-Leeper, to Annelou De Vries, we homosexuals are no longer okay to be harmed for straight people's comfort and we are fighting back.

I personally witnessed the consequences of prescribing these treatments without proper informed consent, one of my patients after her radical bilateral mastectomy at 19 called begging for her breasts to be put back on. This harm has not been contained to children or minors. Another patient's intellectual function was so impaired that they could not identify to me where they lived or explained what type of identification they possessed. Multiple staff members expressed concern about their ability to consent to any medical procedure. Despite these and similar red flags with many patients, this patient even stated that they desired to have biological children, yet they were prescribed a treatment that would ultimately render them sterile for life. We as clinicians in the gender industry openly stated, "It does not matter if patients even met the diagnostic criteria". We did not care. If patients even had "gender dysphoria." We did not care if a patient said they were trans, then they were trans. Parents were unaware that patients were self-diagnosing, that clinicians had completely abandoned the diagnostic process entirely. Parents who didn't agree with our lives were isolated, abandoned by our centers. We tore married parents apart and we tore children apart from caring parents who told us no.

Imagine in a different field if children went in self-declaring that they had a malignant cancer, if they went to an oncologist and that oncologist without labs or biopsies, if that child demanded to go through chemotherapy and surgery, that the clinicians would comply and then the clinicians would then bill our insurance for those procedures, medical visits, making money for the hospitals and themselves based on this deception. This is precisely what we were doing in the gender center. And then we expanded this deception into a racket. We created specific lists of affirming therapists who would do exactly what we wanted. A therapist could only get on that list if they would comply. We needed a letter for insurance. So guess what we did? We wrote it. We made it fill in the blank. We pre-drafted it. And I know this because I am the one who not only created this letter, but I emailed it out to all of those same therapists for hundreds of our patients.

I wish I could say to you that I became a whistleblower the first time I heard the nurse say, "But Dr. Lewis, we are committing insurance fraud." Because that was said, and I wish I spoke up sooner. The final death blow to my ethical medical soul, and what finally led me to speak up, is that we significantly harmed our patients. We didn't just deceive them or their parents. I hurt children. And I said to that same Dr. Chris Lewis, "Chris, we are harming patients." And he said, "I know, but what do you want me to do about it?" I hurt the very children I was employed to protect. St. Louis Children's Hospital. Mission statement is simple. St. Louis Children's Hospital will do what is right for children. We did not. And all of us must now reckon with what we have collectively done.

Ian Mason:

Thank you so much. Tamara, if you'd like to.

Beth Bourne:

So apparently I was supposed to prepare something written and I did not. So here goes nothing. I am Tamara and at the time that my story began, I had been a therapist at MultiCare Hospital in Washington State for about five years. In March of 2023, I had a client come in and say that they identified as a wounded male dog. A female client came in and said that they identified as a wounded male dog. And I did not know what to do with that information. I had heard people come in before and say, "I feel like I'm actually transgender." And I just had kind of treated them the way I treated any other client. We just did therapy on all the different things in their life that were causing them distress. I never felt like I had to have an opinion because I just trusted that people who were working in these gender clinics knew what they were doing. So I felt like, "Okay, whatever, we'll just continue. I'll do what I know how to do. We'll treat anxiety, depression, other issues that are happening in your life."

But at this point, when this client came in and said that, I was like, "Okay, so at what point is someone's identity actually a mental health illness? At what point do we need to press pause and deal with this as if something's going on that needs some mental health attention?" And so I emailed my boss, I emailed my colleagues and I said, "Hey, I had a client come in and say that they identified as a wounded male dog and I don't really know what to do with this. At what point is someone's identity something that we treat as a mental health diagnosis?" And they said, "There's no time that that would happen. If this client is not saying that this identity is causing them any distress, then it's fine. You just basically say, 'Awesome, I'm glad you know who you are,' and you continue to be a therapist."

And my boss was on this email too, and I was like, I don't know how to process this. So I kind of just set it off to the side and kept kind of thinking this stuff through what is going on here with gender identity and the way that we are treating these people and these young children who are just trying to figure out who they are, what is happening here? And then September of 2023, we had a mandatory gender-affirming care training. None of our trainings until this point had been mandatory. And I know I'm going

to sound so naive, I had never heard gender-affirming care, those three words together before. And so I was like, "What is this?" And I just had a bad feeling that because since it was this mandatory training that we were going to go in and be Indoctrinated and threatened, basically have our jobs threatened.

And so it was like the training was supposed to happen after Labor Day weekend. And so I spent every night that weekend, after I put my kids to bed, I sat in bed and I just researched everything I could about gender-affirming care. And I realized it wasn't that easy to do. I would Google "what are the dangers of gender-affirming care" and the result would be "How to be a good friend to your LGBTQ..." And I was like, what is happening? I came into this situation so naive. I truly had no idea, I was processing it all. And any article that I found or any organization that I found that was like, "We're hurting people."

I had written a letter saying that I would not go to this training. And so I wrote this letter and I said to all the people that I found who were giving a voice to the fact that we're hurting children, I said, "Please read this for me. Tell me that I'm not wrong because I might lose my job over this." And so I sent it to literally strangers on the internet and I was like, "Please tell me that this is the information that I'm putting together here is not wrong." And I got emails back and said, "You're not wrong. You're absolutely right. But you have to go to this training because if you don't, you're going to render yourself irrelevant. They're just going to fire you. And then you lose your influence. So you have to go."

And so then we talked through some questions that I could potentially ask. I don't know if you can tell I'm not controversial. I do not want to make anybody feel like I'm attacking them. So I went into this meeting and I can tell you with certainty that I was so gentle and so cautious with the way I was presenting these questions. But there were 122 of my colleagues there. And when the opportunity presented itself, I said things like, "Hey, if countries in Europe are pressing pause on this, why are we mandating this of our clinicians now?" It was a virtual training and the chat box blew up and they were like, "You are doing harm to our patients. Keep politics out of this." And again, I'm so stupid. I was like, "Politics? I didn't say anything about the president. I don't understand what you're talking about." And so I just could not believe the hostility. The person that was doing the training was like, "I want you to understand we are not going to... No more of these questions from you. This is not up for debate."

And so I left that training and my boss called me and she was like, "That was not the correct time or place to ask those questions." Like, "Oh, okay. I thought that they had said that we could ask questions. So I just assumed." And so after that, I just kept emailing my boss, emailing the person who I did the training, and I asked them these questions in email so I could keep a record of things that they were saying. And I just wanted to make sure that, am I crazy here? What is happening? And they just kept saying the same response over and over again. No matter what I asked, at no point did anyone say, "Okay, hey, let's look at this. What are you seeing online? Let's look at this research together and figure out whether or not there's anything here that we should reevaluate."

And I just thought that they would, we're here to help people. Why would that not be a conversation that they would want to engage in? Instead, they just decide that I'm a monster. And so they basically just said over and over again, "I want you to understand we are not going to agree on this issue. This is best practice. MultiCare will not tolerate anything less. And there is no reason why a person's mental health would impact their identity. It doesn't matter if they've had a history of trauma. It doesn't matter if there's co-occurring disorders. It doesn't matter because they know who they are and you're not allowed to question that at all." And so again, I didn't really know what to do with that.

And then I had a client come in, a 13-year-old who was a female who was mostly non-verbal. When we would talk, she would just continue to scroll on her phone and rock back and forth. And I kept trying to engage her and it was very challenging. She had a history of trauma, really intense trauma. And shortly after I started seeing her, I saw that she had a gender clinic appointment coming up, her first one. And I asked her how she felt about that. And she said she didn't know she had one. And then she kept

scrolling on her phone and we talked about something else. And then after that initial appointment, I read the note and it said, "Ask your therapist for a letter to start testosterone." And I could tell it was a form letter because I later went back and was like, "Okay, yeah, they're all the same." But it said that she so eloquently said how distressed she was in her body as a female, which I'm like, "There's no way she doesn't talk. That's not a thing that happens."

And so then her dad asked me to write a letter to start testosterone. And so I was like, "Finally, now people will actually listen to me. This is obviously not a good candidate. This is a child who's got so much else going on." And so I emailed my boss and I emailed the person who did the training and I said, "Hey, can we look at this client's chart together? They want me to write this letter for this young child to begin testosterone. And I just feel like there's so many reasons why that's not a good idea." And then I don't think I even got a response back. But my boss came into my office a few days later and was like, "I want you to know this has gone above me. The person who did the training has reported you to risk management." And again, I am so dumb.

I was like, "Finally, risk management and I can have this conversation together. We can look at how we're hurting this client and realize that we are hurting people." And so I met with risk management numerous times. They ultimately determined that I was the risk. They took the child from me, said I was incompetent to work with gender distressed young people, and just gave the client to somebody who would just automatically write that letter, no questions asked. And shortly thereafter, I left MultiCare. I was like, "I can't work for an organization that I don't respect. And I went someplace else. And three weeks after starting that new job, my article in the Free Press came out, that new job, they called me up at 7:00 that night and were like, "You're just not the right fit for this position." Lost my job. Single mom of three little kids. I was like, "This is a nightmare situation". I'm so grateful for the Courage Coalition because I don't know what I would've done had there not been support in place. But I ended up opening my own practice. At the time that I was opening my own practice I got letters from the state saying I was being investigated for not being gender-affirming and first suggesting that gender dysphoria is a mental illness, and so that's where we are today.

Ian Masson:

Thank you so much. Lita, if you'd like to go.

Lita Boylan:

Hi. I am very grateful to the FTC for this forum. My name is Lita Boylan. I'm an LPN and a CHES. I worked as an agency nurse in the psych hospital at North Central Healthcare in Wausau, Wisconsin from 2017 until December of last year. North Central is a taxpayer-funded facility. On the adult unit. In 2017, I had a 19-year- old trans-identified female patient who had already had a double mastectomy and who nearly bled out because testosterone caused her ovaries to become polycystic and then they virtually exploded.

On the adult unit in 2018 I had a trans-identified male patient in his 20s who was abused so brutally as a child that he was legally blind and had an IQ of about 70 related to a permanent traumatic brain injury. He was prescribed four times the amount of estradiol that oral contraceptive contains in spite of the fact that he was unable to live independently or maintain employment. During the pandemic, North Central Healthcare opened a brand new youth psych unit, and by 2023 it had become not just a unit that I worked on, but the primary unit that I worked on.

Many days, every single minor female patient was trans-identified. It was unusual for us to have no trans patients on a given day. Most teenagers experienced suicidal ideation at some point. This is not a great part of the human experience, but it is also not an uncommon one. If a child who is struggling

discloses suicidal ideation at school, it starts an unceasing cascade of interventions which occur without parental input or consent. School staff are legally obligated to report to law enforcement who will remove the child to the emergency room where the child is subjected to medical tests and placed on a 72-hour hold and then delivered to a facility like the one that I worked at.

All of this is done without parental consent. Sometimes it is done without any parental contact. The North Central administration is headed by an individual who is well-known for a previous scandal in the state of Wisconsin at a facility that is state-run that involves children. She had an unwritten but brutally enforced policy that clinical staff were to call the kids whatever they wanted to be called and that we were not to inform the children's parents of their desire to socially transition. The implied threat of suicide is wielded with regard to gender dysphoria in a way that is utterly contrary to the standard, which acknowledges both the suggestibility of people who are actively experiencing suicidal ideation as well as the long-observed phenomenon of suicide clusters, which occur especially often in young people.

In other words, they come in, say that they're suicidal, and we say, "Gosh, we shouldn't discuss that unless you're trans, in which case we have to do whatever you say." Payer sources are billed fraudulently utilizing misused codes. Medicaid fraud was commonplace. It was openly discussed during rounding. Most of the children who came in had insurance via their parent's employer. If they did and the child said, "I don't want my parents to know," they had cottoned on to the fact that if they dropped certain codes for insurance, it was going to trigger a letter that would then get back to the parents. We were on the same campus as county social services, which meant then the social work from the inpatient unit would go talk to social services triggering a CPS investigation. Especially if the parents were not married to each other, what would end up happening is the kid would get on Medicaid, then they could bill Medicaid repeatedly for a 72- hour stay, which was also fraudulent because they were misusing codes.

So I know HHS and DOJ are here. I don't know if this is an FTC thing. Guys, I used to work for an ACO. Codes are my second language, so right now we have CMS who will not let you bill for, I believe it's I-110 for essential hypertension. It won't wait that for an RAF score, but we can bill for, what is it, the E-290 code that is the unspecified endocrine disorder. So we can do that for kids, but we can't do essential hypertension for adults with government payer source healthcare. Make it make sense. My minor patients who are as young as 11-years-old would want to both impress and fit in with their somewhat older peers. They would frequently change their names and pronouns. This was always kept a secret from parents. Clinical, educational, medical, and mental health professionals of perceived authority who had already proven that they could override the wishes of the child's parents were now also in the business of hiding things from parents.

There is no acknowledgement on the part of the administrators who act as accountants, who have no clinical background, who have no scientific degrees, who never interact with patients, who do not do assessments, who have no understanding that science is not an outcome but is in fact a process, that affirming a cross-sex gender identity in children is not a psychologically neutral act. It starts another unstoppable cascade of intervention, but this one ends in permanent sterility, disrupted endocrine systems, sexual dysfunction, mutilated genitalia, and an increased risk of completed suicide by every high-quality study that has been conducted on this issue.

To a person, every single trans-identified minor female patient that I took care of described herself as either neurodivergent, same-sex-attracted, or a survivor of sexual assault. Some girls were all three. Most were on self-harm precautions and presented with significant scarring. The best part of my job was meeting with parents alone and telling them emphatically, "You have to let yourself off the hook. This is bigger than any one family." The trust that parents and families put in us to care for their beloved children is an awesome responsibility. The parents of my community pay a millage to fund a facility that

usurps their rights and engages in iatrogenic harm perpetrated against their children. There is no way for parents to consent to treatments that are neither acknowledged nor explained. How will they ever trust us again?

Ian Masson:

Thank you so much. Sarah, if you'd like to take us home.

Sarah Stockton:

Good afternoon. Thank you to the members of the FTC again for hosting this event. My name is Sarah Stockton and I'm a licensed marriage and family therapist. Since beginning my training at Syracuse University in 2008 with an emphasis on sex and gender issues, I've spent over a decade developing standards for assessing youth with gender dysphoria, signing hundreds letters of affirmation, letters for medical interventions, and training other counselors to do so, but today I'm here as a whistleblower. I have seen children and teens rush into irreversible medical decisions, sometimes after a single session, promised reversible solutions with no chance to learn other ways to manage distress. I've watched families left heartbroken.

At Syracuse I helped develop a comprehensive assessment for gender-questioning youth based on the Dutch protocol, emphasizing thorough evaluations to give time to explore identity before medicalization. We were told to market this option so that a child wouldn't have to experience the wrong puberty. Our 2013 assessment tool was designed to give teens and families space to consider past, present, and future expectations while ensuring interventions like puberty blockers were carefully weighed. But what I witnessed was very different. By 2015, gender clinics started popping up and organizations like Planned Parenthood began prescribing hormones without these thorough evaluations. Families were told puberty blockers were fully reversible, despite emerging evidence of risks like bone density loss and infertility.

Vulnerable teens, including those on the autism spectrum or in foster care were funneled into medicalization for what were often social difficulties or trauma, not necessarily gender dysphoria. In one case, I met a father very similar to Simon's who came into my office because the parents were going through a divorce and the child was requesting puberty blockers. I was very concerned about the implications in basically the story that the father was sharing with me. One of the things that we have not talked about enough and I think we need to talk about is Munchausen by proxy. I asked the courts to give me some time to talk to the father about his reasonable concerns with puberty blockers. The court overruled me and within one month, the father took his own life.

Soon thereafter, a former patient of mine who's seeing me for anxiety issues who was gay, came into my office distraught after he reported that he was harmed by another therapist who rushed him into medical transition. He was so upset with nowhere to turn to for help. I had never heard of the term detransitioner and I had never encountered someone who has been this distraught and harmed by what has happened. I tried to help him with emails and calling his providers. They would not provide any guidance or resources of what we could do, no recommendations but to continue his transgender identity. He did not report gender dysphoria. He wanted help for how difficult dating was due to being a gay man.

We had been assured that regret was rare if it existed at all, and that affirmation was the only path. Almost every professional I encountered validated that I wasn't just treating children but saving them. Yes, saving children. In reality, the system was failing them by prioritizing affirmation over developmentally-informed therapy. Ignoring that in mental health, what we focus on often grows, not diminishes. The pressure to affirm intensified after the pandemic, as I saw spikes in trans-identification,

particularly among youth on the autism spectrum are those isolated and online during lockdowns. It appeared to me that many were adopting a trans identity to cope with other issues, not necessarily from deep persistent dysphoria.

Schools normalized rapid affirmation, leaving no room for gender-nonconforming kids to explore non-medical paths through the natural distress of adolescence. When I raised concerns about a friend group of four teens transitioning altogether in one month, I was silenced and I was told I had no basis to question that. My staff, colleagues, and even courts warned me of professional consequences for questioning the one-size-fits-all approach. Even when I was trained under this protocol and I did deny adults who were suicidal, but when it was children, it didn't matter. Suicidality only meant to affirm quicker. I eventually decided there was nothing I could do, so I just quietly opened my own private practice and stopped helping youth completely.

Many years would pass, and in 2022 I could no longer stay silent. My clients, a lot of them teachers, were bringing in stories of desperation, needing guidance, unable to discuss developmental concerns without risking their careers. Inspired by public discussions, I spoke out in the documentary What is a Woman and at Syracuse University in 2023. The result, the backlash was swift. Petitions with thousands of signatures were made against me, public disavowal by my former mentor and co-author of the publication. I was terminated from the University of 15 years and blacklisted from organizations after I was there with 15 years without any formal complaints against me, and every single evaluation was about being my exemplary service. And then my group practice collapsed.

But I am here because the truth matters. Our children deserve comprehensive, developmentally-informed assessments, not rushed affirmation that they may not fully understand. They need safe open-ended spaces to explore distress without being pushed toward irreversible medicalization. The FTC must continue investigating misleading claims like life-saving, reversible that undermine informed consent. I urge you to reinforce rigorous standards for youth gender care, protect professionals who raise concerns, and ensure gender non-conforming children have the time and support they need to find their path without corrosion.

In retrospect, the promise of saving children often meant recommending interventions that would make sure that they and their legacy would no longer exist. It would mean that I would risk their fertility and their sexual function, bypassing all the safeguards we apply in every other area of therapy. You would find it very strange if I told you that I was playing with dildos with 10-year-old typical children. But in this gender-affirming care, that's not only what was taught to me, it was promoted. We were a part of a drug of an assembly line, taught that gender-affirming care was the only solution.

Today, schools and medical organizations are endorsing the gender affirmation model, medicalizing distress while social media tells children that finding an identity is the most important part of development, even if it means disconnecting from their embodied selves. I continue to work with individuals with gender dysphoria and those who are gender non-conforming, helping families in custody cases and working with legislators to build safeguards for children. We need to rebuild trust in the medical community while caring for a generation of children who now face disorders of sexual development that we, in part, have caused.

When we talk about worrying about suicidality, my biggest fear is that the largest cohort that will end up taking their life are the detransitioners because they do not know and they do not have a way out. If you cannot transition your sex, there is no way to detransition your sex. And these children are also being told that that is a possibility. I already have children coming in and saying, "It doesn't matter if I transition my sex, I can detransition it." You cannot. Our children and their families deserve care, time, and honesty, not promises the medical system cannot keep. Thank you.

Ian Masson:

I want to thank all our panelists today, not just for being here, but also for their courage coming forward in the first place and letting us know all what's happening in their worlds. Thank you so much.

Jon Schweppe:

Thank you, guys. Thank you. Thank you, Ian, and again, thank you to the brave whistleblowers for all they've done to protect kids. Folks, for time purposes, we're going to run past that break and we're going to go straight into our next presentation and we will have one more panel after that, which will be hosted by Commissioner Mark Metter, so stick around for that. Erin Friday is a licensed California attorney and has been a registered Democrat for more than 30 years. She's the President of Our Duty USA, a national nonpartisan organization dedicated to shielding children and vulnerable adults from the influence of gender ideology and a director for Genspect USA. She's heavily involved in legislative advocacy, frequently proposing and opposing bills related to gender interventions.

She has written multiple amicus briefs in cases before the Supreme Court and federal courts of appeal, bringing attention to the perspectives of detransitioners and parents of gender-confused children. Her work and viewpoints have been featured in respected outlets such as The Wall Street Journal, The Economist, The Daily Signal, The Federalist, Daily Wire, The Epoch Times, PragerU, The Sacramento Bee, and Post-Millennial. Erin has been on CBS, Fox News, and NewsNation and has been featured in films both in and beyond the U.S., establishing herself as a significant voice in national discussions on parental rights and child protection. Ladies and gentlemen, please welcome to the stage, Erin Friday.

Erin Friday:

Good afternoon. I am honored to speak today as an awakened Democrat from California. I know, oxymoron. I am offering a roadmap for investigations into the nefarious gender industry. Dismantling the worst medical scandal in human history requires an understanding into the collusion among nonprofits, the medical community, and our government, that has created a new category of humans who were inconceivably born in the wrong body. This has led to an ever-growing billion-dollar industry to fix them. My goal is this, to see the decimation of the deceitful gender industry for both minors and adults. And to see that the individuals who set society on this course are held accountable civilly and criminally, including every medical society that has abandoned ethics and science in fealty to the transgender mafia. In 2007, endocrinologist Norman Spack and his protégé psychologist Laura Edwards-Leeper opened GeMS at Boston Children's, the first pediatric mutilation clinic. Dr. Spack and Leeper abandoned the established treatment of watchful waiting for children who were distressed about their sex. A cohort of children that had a desistance rate of 98%, if not affirmed. They not only adopted the flawed Dutch treatment protocol, but they streamlined it, moving children even faster towards medicalization because according to Leeper, there were staff shortages.

There are now over 400 gender clinics in the United States. There is money to be made and some doctors enjoy playing God. In 2023, I attended a conference in which Dr. Edwards-Leeper proudly recounted that Dr. Spack would tell people, "Everyone needs a Lara," because she claimed that her mental health assessments could distinguish between which child would benefit from sex trait modifications and which would not. When I asked if she followed up with any of her patients to confirm her superpowers, her answer was no.

Notably, she rarely disapproved gender interventions for any of her minor patients. We already heard about Amy Tishelman, we'll hear a little bit more about her. Psychologist Amy Tishelman joined GeMS in 2013. She recently testified that she had only just asked to create a database to track the outcomes of the more than 1,000 children whose bodies the clinic had altered. Boston Children's has been

experimenting on children for 18 years without follow-up, while simultaneously reducing the mental health assessments from 20 to 10 to two hours before prescribing puberty blockers, cross-sex hormones, and surgeries.

Dr. Spack and Edwards-Leeper methodology exemplifies the incestuous nature of gender medicine and the falsification of medical papers that reach predetermined conclusions through data manipulation and circular referencing. They leveraged their prestige to convince other medical providers to adopt their unsubstantiated treatment protocol. In 2009, Dr. Spack contributed to the Endocrine Society's guidelines which declared puberty blockers to be fully reversible. That is untrue. Despite acknowledging that the evidence supporting the safety and efficacy of blockers was low or very low, the guidelines recited in the 2012 WPATH SOC 7 as a basis for recommending blocking children's puberty.

Well, that is likely because Dr. Spack also happened to be on the executive committee for the WPATH SOC 7, so he was citing to himself. In 2012, Edwards-Leeper and Spack published a paper in the American Academy of Pediatrics and again stated that puberty blockers are reversible, citing back to the Endocrine guidelines and WPATH. This circular citation strategy has created a false impression that independent groups supported their conclusions. Another example of manipulation can be found in the $10 million NIH study led by Dr. Olson Kennedy, the head of Children's Hospital LA. That study failed to show that children's mental health improved on blockers. Back in 2021 Olson Kennedy presented the one-year result from her study at a USPATH conference, the U.S. arm of WPATH. But at the two-year Mark Olson Kennedy withheld the disappointing results.

She finally published them in 2025. Well, why the delay? As Lior pointed out, it was because she was afraid that her findings would be weaponized and used in court and used to stop prescribing puberty blockers for children. So this pediatrician placed a political agenda above children's welfare. Since the NIH puberty's blocker study results were not what Olson Kennedy had hoped for, she attempted to temper the failure in the study's abstract. She concluded that children's mental health would have likely worsened if their puberty hadn't been blocked, but her study had no control group, meaning that there's no possible way to support this claim. Her obviously false conclusion is emblematic of the glaring activism at all costs in gender medicine.

As Dr. Laidlaw stated, Olson Kennedy employed the same gamesmanship with the hormone study results, dropping the tracking of suicides, the most stated basis used to justify gender interventions because two out of the 315 children had committed suicide. Under any normal circumstances, this level of harm would have ended that study, but Olson Kennedy buried the lead. This type of manipulation is rampant throughout gender medicine. When the so-called experts are ideologues who stand to benefit from the results, scientific rigor disappears.

Let's spend a little more time on Joanna Olson Kennedy. She's captured on video stating that if girls miss their breasts after top surgery, they can simply get new ones. She is proud that she has performed sex trait modifications on children who are in foster care, homeless, prostituting, and drug-addled. She has said it is no big deal if she transitions kids who ultimately turn out not to be really trans because those kids have no fragility. She has stated it's not the worst thing to be trans, and after all, whose fault is it if she transitions a cis kid? Her answer? The child patient. She was merely providing what the child wanted.

Olson Kennedy opened the soon to be closed, largest pediatric clinic, Children's Hospital LA. It is well-known for the pressure created on families by Olson Kennedy and her wife, a female who identifies as a male. Inside that clinic, they would separate the parents and children into different rooms. They would bring in celebrities and other trans-identified people to talk to the kids and speak persuasively to them, telling them about all the different interventions they could get while others worked on the parents in a separate room, guilting them into accepting their newly-minted son or daughter. Olson Kennedy

partnered with public and private schools through Gender Spectrum, a now largely defunct advocacy group whose mission was to, and I quote, "Get gender ideology into every classroom." She, along with other clinicians, use schools as pathways to create and find her victims. Here is an example. This is a California middle school advertising a Gender Spectrum conference featuring gender surgeons and clinics in its weekly newsletter. Middle school. This slide is from a second gender spectrum conference in which kids in pre-K and older were invited. Those who have read the WPATH files, which I recommend that you all do, may recognize Dr. Satterwhite. He's noted preschool kids. This surgeon performs nullification surgeries. Think Ken doll crotch.

He also performs surgeries that leaves a person's natural genitalia intact while adding fake opposite sex genitalia. Keep this in mind as you hear the phrases life-saving and medically necessary. Then there's Scott Mosser who was caught on video stating that he has no age limit for removing girls' breasts. He also contributed to the adolescent section in WPATH's SOC version eight. What we really need is a crime board showing the connections and reach of each provider because it's quite stunning how a few people can create a whole industry that preys on the vulnerable.

For almost two decades now, gender providers have been placing children on puberty blockers, hormones, and surgeries without knowing the full effects while influential medical societies, major hospitals and providers are assuring parents that these interventions are life-saving and improved mental health. These are not mistakes. These are intentional deception. For example, Jason Rafferty's 2018 AAP Transgender policy is riddled with errors and dramatic statements without any citation. Despite a very public analysis by James Cantor, the AAP did not waiver from its position but doubled and tripled down. It should be of no surprise that Dr. Rafferty makes his living from a gender clinic. The AAP, as Lior stated, promised a systematic review. That was in 2023. Two years later, it appears to not having even started it. I believe that's because the AAP knows and always knew that there is no scientific basis for changing children's sex traits. Investigations must occur into influential medical and mental health societies who publicize false statements knowing that their membership will blindly rely on their protocols. I recommend starting with these societies. Sticking with puberty blockers. The number of kids being placed on puberty blockers is increasing at an unprecedented rate. These figures here don't include Kaiser Permanente. We heard earlier about Kaiser. They are a giant in the trans industry and they seem to make money both as insurer and provider, and that needs to be investigated.

I think a reasonable estimate is that in 2024, the number of kids placed on puberty blockers is close to 4,000 new patients, especially in light of the admission by director of Boston Children's Dr. Jeremi Carswell, that puberty blockers are being handed out like candy, which in her mind is great in some ways. Great. This despite her own acknowledgement that puberty blockers are not reversible.

Puberty blockers are profitable. The drug Lupron by AbbVie costs around $27,000 for six-month supply. A six-month Supprelin implant by Endo Pharmaceuticals can cost $210,000.

UCSF is a leader in altering children's sex traits. Its pediatric clinic was founded and is led by Madeline Deutsch, who also serves as president of USPATH. We really need that crime board showing all of these connections.

The infamous Dr. Diane Ehrensaft, who also works at UCSF, she teaches that 2-year-old boys who unbutton their onesies are communicating that they're really girls, and girls who dislike barrettes in their hair are communicating that they are really boys. She also believes that there are an infinite number of genders, including a Prius gender. I can't make this up.

So this screenshot is from UCSF's website as of June 25th this year. It clearly states that puberty blockers are safe and fully reversible. I wonder why then its consent form states otherwise. This is a consent form from 2021. Let me point out a couple interesting statements. First of all, it says that children with trans identities need to have their puberty postponed, that the medication is not permanent, and that

blockers treat the trauma of unwanted puberty. Puberty is not a choice. It's something humans all go through.

Next, it says that the long-term effects and safety of puberty blockers is not completely understood. Well, I thought it was reversible. Isn't that what it said? Bone density will diminish, but is expected to return to normal. Now, lawyers, we will hone in on that word "expected". Expected? In other words, you think so? Maybe? Then again, we don't know. Oh, and puberty blockers might affect fertility. This consent form directly contradicts UCSF's website. This is purely and simply deceptive practices. In this example, the child's doctor was Stephen Rosenthal who partnered with Johanna Olson-Kennedy in the NIH study that still has not released the results of puberty blockers' effect on a child's physical health. Rosenthal also contributed to the Endocrine Society's and Pediatric Society's guidelines for transgender health, both of which state blockers are safe. Rosenthal and Olson-Kennedy need to be at the center of the crime board.

Dr. Marci Bowers. He is the current president of WPATH. He justifies the eunuch identity for children because the word eunuch appears in the Bible. Again, I can't make this stuff up. As this country's most prolific castrator, having performed over 2000 penile inversion procedures, including on children, he admitted during a Duke symposium that puberty blockers started at Tanner stage 2 plus estrogen result in a life without any sexual pleasure for males. How does one explain to a nine or 10-year-old that he will never experience sexual pleasure in a manner that he can understand and consent to? We all know the answer. It can't be done.

Incidentally, billionaire JB Pritzker, the governor of Illinois, and his trans-identified brother are major contributors to Duke.

A 2024 Mayo Clinic study reports mild to severe gland atrophy and changes in testicular cells in males treated with blockers. It reports that this finding calls into question the reversibility of blockers. Irrespective of this admission, the Mayo Clinic's website as of this June continues to state that puberty blockers are reversible. Almost every major medical clinic or gender clinic advertised on its website that puberty blockers are reversible or merely a pause button with knowing those statements are untrue or at best unknown. Some have been scrubbing their website since the executive order and FBI probes were announced. I watched it in real time.

I want to spotlight one particularly dangerous gender clinic and that is Seattle Children's Hospital. Not only does it state that gender interventions are life-saving and puberty blockers are reversible, but it partners with its autism center. Youth with autistic traits are overly represented in the exploding cohort of children and young adults adopting trans identities. They tend not to conform to rigid sex stereotypes, leaving them vulnerable to believing that there's something wrong with them. Combining the autism and pediatric gender centers provides a steady stream of patients for expensive and lifelong gender treatments. Seattle Children's is not alone in this marketing scheme.

Seattle's gender clinic authored and the AAP published a perspective advancing the notion that refusing to modify a child's sex traits constitutes medical and emotional abuse. Parents who refuse to consent to have their daughter's breasts removed or sexual function destroyed are seen as abusers by the largest pediatric medical society in the United States. And if I recall correctly, Seattle Children's had one of the most prominent booths at the AAP convention this year, where some detransitioners and I were escorted out from our paid-for booth because we dared to try to educate pediatricians. So yes, the AAP knows of the harms, but continues to support gender procedures.

This is a screenshot from Whitman Walker Medical Clinic, a clinic right here in DC, that provides services to patients 10 and older. Excuse the vulgar language. It's not mine, it's theirs. Whitman Walker claims that females can grow a male phallus from testosterone. Of course, that claim is an outright lie, though

prescribing testosterone for females is genital mutilation. That part is true. I want to spotlight one surgeon who deserves immediate investigation.

And this is Dr. Sidhibh Gallagher, a plastic surgeon in Florida. An FTC complaint was filed and ignored under Biden, but I hope this administration will investigate this predator who targets the youth, the overweight, and the vulnerable. She advertises on TikTok, Instagram and YouTube using childlike antics to sell her services while posting pictures of her lavish lifestyle her young victims' bodies provide to her. Here are a few examples. Here she's celebrating her success in a possible fraudulent insurance claim. Here are a couple pictures of her victims. Note that this young girl has scars all over her body from cutting herself. Dr. Gallagher was more than happy to let her pay for her to use her scalpel to make even deeper cuts. The woman on the side, she has no nipples. Humans have nipples.

Turning to cross-sex hormones. There are two major online distributors of cross-sex hormones, Plume and FOLX. Both are supposedly only accessible to adults, but their marketing suggests otherwise. Plume started with seed money from Craft Ventures, one of California's most prestigious VC companies, raising over $38 million. Both of these online cross-sex hormone distributors are capitalizing on the market predictions of substantial growth in the gender industry. In 2022, cross-sex hormone sales were a $1.6 billion business. Planned Parenthood is also reaping the benefits of this market. This is why they want to shut us up.

Let's examine one of Plume's ads. That young woman looks like a minor to me or at suggests that Plume is marketing to minors. It also looks like Plume is getting into the surgery business or perhaps partnering with surgeons who will remove the healthy breasts of young girls. Plume, by the way, is affiliated with Stork, so Plume sterilizes the person and Stork finds them a baby. This slide also shows a snapshot from a newsletter from Plume that a child can sign up to receive. I received it and I faked that I was 16 years old.

Now why would Plume be publishing that runaway minors in New York are able to get hormones in its Stuff We Think You'll Like section? Looking for more clients, enticing children to run away from their parents who won't affirm them. FOLX also markets to children. FOLX had its senior director of audience development, Kai Proschan, speak to kids from Friends for youth at the Chan Zuckerberg Center. The kids there looked to be about 10 to 14. I was actually there. Kai, a male who was wearing an outfit worthy of a red light district, talked about medical transition to a group of at-risk children. These online services are tailor-made to circumvent parents' consent and detection. A website called Gender Mapper directs children to both FOLX and Plume if their parents won't consent. Since both of these online services use telehealth, adults can easily order for minors, the drugs come in unmarked packages, and it's easy to change the delivery addresses. Mental health providers across the country have colluded with the medical-gender complex in their abject failure to safeguard against transgender interventions. Websites like Gender Affirming letter Access Project and Do Something: Identity(ies) facilitate approval letters for gender interventions for free or in an hour with no follow-up, with real assessments for minors and adults. Every medical provider who is just checking a box is not providing mental health care. They are order-takers. The FTC can pursue every last one of them for deceptive advertising.

While this may be out of the FTC's purview. I do want to raise the college transgender connection. Many colleges have transgender clinics right on campus or are affiliated with them, providing an endless stream of paying customers. Parents send their kids to college for an education and their daughters come home with missing breasts and facial hair and their sons on estrogen. I don't know if I can play this. It should work? Okay. I will end with a video that sums up everything that is wrong with gender medicine. This is from a WPATH seminar in which Dr. Dan Metzger admits that talking to a 14-year-old about gender interventions causing infertility is like talking to a blank wall and the regret that comes later is real.

Glenna Goldis:

I think when we're doing informed consent, I know that that's still a big lacuna of that we're just, we do it, we try to talk about it, but most of the kids are nowhere in any kind of a brain space to really, really, really talk about it in a serious way. That's always bothered me. But we still want the kids to be happy, happier in the moment, right?

Erin Friday:

Yeah. Medicine should never be about giving a child what he wants in a moment in time. The whole of gender medicine, even for adults, because we can't forget about the adults. Talk to a parent with a 17-year-old child who thinks that they're the opposite sex, their biggest fear is time because they can hold the line until that child turns 18 and then it's no holds bar. So the whole of gender medicine, it's a complete sham based on false science. Thank you.

Jon Schweppe:

Thank you, Erin. That was a very informative presentation. Before we begin our next panel, I'd like to remind everyone, as the chairman mentioned during his speech this morning, that the FTC will be opening a public request for information related to this workshop in the coming days. Be sure to stay tuned to our website and our social media channels for more on that and how you can submit comments, but go ahead and start preparing them now.

We'd love for the folks here today, especially those who didn't get the opportunity to speak, and especially for those who are watching online, to have the opportunity to share their stories with the FTC.

Now, first of all, I just want to thank you guys. I know this was a really long day. It was a bit of a marathon. We are on our final panel and I'd like to welcome to the stage my friend, newly minted but already off to the races, FTC Commissioner Mark Meador.

Mark Meador:

Thank you everyone. Why don't we have the next set of panelists come on up at this point? While they're coming up, I just want to say thank you to all of you for being here today and to all those in the chairman's office who've invested their time in setting up this workshop. I know it was a big undertaking. These are incredibly important conversations to be having, both here at the commission and as a nation. We also know it can be a difficult conversation sometimes. And let me be clear, every person deserves dignity and respect, and the commission certainly recognizes that.

In my view, treating people with respect and dignity means being honest with them, including about the effects of medical interventions, about the evidentiary basis, about the anticipated outcomes, and this is especially important when we're talking about decisions involving children. That's what today's workshop is about. It's about honesty, the basis for all the work we do here at the Commission to protect consumers.

And that brings me to the topic of our panel, what the FTC can do as an agency about the unfair and deceptive practices that exist in the field of youth gender medicine. Because as this workshop draws to a close, it's become clear that a great deal of work is needed. And so I'd especially like to thank the distinguished members of our panel today, and I'll now go one by one with their introductions. First we have Josh Payne. Josh is a founding partner at Campbell Miller Payne PLLC, a national law firm based in Dallas, Texas, representing detransitioners and others harmed through gender transition procedures. Josh has served as lead counsel on behalf of Detransitioners in medical malpractice litigation in Arizona, Massachusetts, New Hampshire and North Carolina. He also serves as lead counsel in a wrongful death

case in Tennessee on behalf of the parents of a young adult son with autism who committed suicide after being placed on cross-sex hormones.

Next we have Glenn Goldis. Glenn. Glenna Goldis, sorry. Glenna is a consumer protection lawyer in New York City with experience in government and civil legal aid. She's speaking today in her personal capacity, not on behalf of her employer. Glenna has successfully prosecuted deceptive practices in sectors like for-profit education, debt collection, telecom, and bail bonds. A gay rights advocate, she publishes a newsletter about the transgender movement called Bad Facts. Glenna holds a JD from New York University School of Law and a BA in philosophy from the University of North Carolina at Chapel Hill.

Next we have Brandon Showalter. In addition to being a long-time friend of mine and an avid vocalist, Brandon is a journalist with the Christian Post who has reported extensively on the developments of gender ideology around the world and other bioethics issues. He's the creator and host of Christian Post's Generation Indoctrination documentary podcast series, and has been featured in several documentary films on the issue. He holds degrees from Bridgewater College of Virginia and the Catholic University of America.

Next we have Paul Dupont with the American Principles Project. Paul is the policy director for American Principles Project, where he is responsible for helping to build and execute the organization's public policy agenda. He's a 12-year veteran of APP, having served in various roles from communications to operations and research. Paul has been particularly involved in helping support APP's advocacy on transgender issues, from defending North Carolina's HB2 in 2016 to promoting efforts to end taxpayer funding of gender transitions today. He's a graduate of Villanova University where he received a bachelor's degree in political science and humanities.

And last but not least, we have Jay Richards from the Heritage Foundation. Jay is the director of the DeVos Center and the William E. Simon Senior Research Fellow at the Heritage Foundation. He's also a senior fellow at the Discovery Institute. Jay is the author of 14 books, including two New York Times bestsellers. His most recent book is Fight the Good Fight: How an Alliance of Faith and Reason Can Win the Culture War.

Thank you all for being here today and why don't we just jump right into it. So under the FTC Act, an act or practice is deceptive when it, one, misleads or is likely to mislead a consumer, two, a consumer's interpretation of a representation is reasonable under the circumstances, and three, the misleading representation is material. So Josh and Glenna, can you tell us about some of the representations that providers have made in regard to so-called gender-affirming care, both the need for it and its effects?

Glenna Goldis:

Yes. Thank you, Commissioner. Thank you. First, I just want to express gratitude to the FTC for holding this event today and for inviting me to be on this panel. We've heard a lot of deceptive representations all day today. The other speakers have been identifying them accurately, in my opinion, all day. I'd like to drill down on some of the foundational false claims in gender medicine that really show us that the problem goes all the way to the root of this practice.

And this can actually be awkward to focus on because the false claims are not just made by gender doctors. In much of the country that jargon is part of our normal lexicon now. For example, sex assigned at birth, lots of everyday people are using it because they think it's the nice thing to do. But once you realize how harmful gender ideology is, I think that people can maybe start trading in those phrases.

So I'll start with sex assigned at birth. The doctors ably handled this one earlier. Sex is not assigned at birth, so that is a false statement. The words "assigned at birth" imply that sex can change. So for young

patients, especially in a gender clinic, they show up because they want to change sex. And when doctors tell them sex is just an assignment, they get the idea that they'll be getting a sex change. And it's important to note under the FTC Act that it does matter who the target audience is. So even if you are an adult and you think, "Well, that phrase is innocuous. I know what sex assigned to birth means. I know it's just meant to be nice." Well, we must look at it in terms of the patient population that's hearing it, and these are distressed children, so it is deceptive toward them.

Second, this is a big one, gender identity. Doctors claim that consumers, patients have a gender identity that is incongruent with their body, but it's impossible for gender identity to be different from a body or the same as a body because gender identity, the way it is defined by gender doctors, has no definition, it has no properties. So this is an important point. I think a lot of people assume that gender identity means wanting to be one sex or the other, and gender doctors almost make it look like that's what they mean because they say that gender identity can be male, female, or something else. But it's a trick, because, remember, gender doctors think that a male is anybody who says they're a male. So it's a circular definition like gender identity is somebody who has a male gender identity kind of thing.

And then the doctors just double-down on their deception when they try to add more verbiage to make it seem like gender identity does have properties and it's not just a circle. So just to give you some examples, Jack Turban wrote in the New York Times that the most basic part of gender identity is a person's transcendent sense of gender. And this was the New York Times. And he did not define the term "gender" after referring to the transcendent sense of it. Instead, writing that gender, quote, "Goes beyond language."

Another gender doctor, a pediatrician, wrote that gender is a, quote, "Multi-dimensional concept with complex expressions and that it is related and distinct from sex in ways that modern science is still exploring." So she's going to know the definition of gender in the future once science is done. And just a side note on that, I'll try not to go on too many tangents about this, but a lot of times gender doctors will kind of use language to imply that they're going to get the answer to gender questions soon. Science is almost there. And they say, "Look, this is a really new area of study." It is not. All this stuff goes back to the early 1960s. Institutions have been investing in it since then. Major universities. It's had very little change in the theories underlying it since the early 1970s when they coined the term "gender dysphoria". So whenever they try to use that excuse of like, "Oh, we're new," that's not true. They're not new. This stuff is all very old. It is not cutting edge.

And finally, I'll just give you one more example. Daniel Shumer, a pediatric endocrinologist in Michigan, he doesn't have a coherent definition of gender either. And when he was deposed recently, he admitted that when he explains gender to patients, quote, "I have oversimplified." So he's not as complicated as the woman with her complex multi- dimensional concepts. He boils it down to some other not true thing.

So with all that being said, it seems safe to say that patients don't know what their doctors mean by the term "gender". And doctors don't really have any meaning. They seem to be using it as a placeholder to lead the patient to believe that since they have this gender-related problem, they need a gender-related solution, which is gender-affirming care. So that's kind of the function it's serving. I think that whenever you see the term "gender", pretty much in the gender world, the gender medicine world, it's deceptive.

So then I'll just give you one more kind of foundational false statement that they make. And this is from, for example, the American Psychological Association and the American Academy of Pediatrics. They claim that sexual orientation means attraction to a gender. Sexual orientation ... There's no scientific basis for saying that. The studies are about sex, sexual attraction to people based on their sex. And recall, gender doesn't have a definition, so it's not even possible for that claim to be true. And this is really important because it leads consumers to believe that gender-affirming care will allow them to

date and form relationships as though they were members of the opposite sex or non-binary sex, I'll try not to go off on that. So this is playing out in the real world.

In the gay community, we see these young women pursuing gay men, trying to form relationships with them. They think it's viable because they have a male gender identity. Their doctor told them so. And these institutions are telling them that sexual orientation is based on gender. So this just leads to a lot of discomfort and sadness and awkwardness for parties on all sides of this equation. And that's putting it mildly. So again, this is a really material deception that is being imposed on these young people.

Mark Meador:

Thank you. Josh?

Josh Payne:

Thank you, Commissioner. I would like to look at both the problem that's presented by the people making these statements and the solution. And the deception is when viewed in the round, but you can look at it from both angles. They state the problem as your child is going to commit suicide if this intervention is not carried through and if you don't agree to this, and then they come along with a solution that they say is rock solid. So you have a drowning victim and here's the life raft.

And because a deceptive communication is viewed holistically, it is a clearly deceptive message. The message is, "You are dying and here's your life raft." That is the core deceptive message. Another angle of this from an aspect that the FTC is well-versed in is implying that something is FDA-approved. And again, when viewed in the round, you're in a doctor's office, somebody there wearing a white coat, exercising authority over you, presenting a life raft to you, you are assuming this has every conceivable seal of approval out there, and there is no inkling in the parent's mind or the patient's mind that the FDA hasn't vetted this and has not approved this. And so to not have a disclaimer that this is absolutely not FDA approved, not even really reviewed, it's entirely an off-label use and is one of the bits of evidence from earlier today. The whole thing is off-label. That's a disclaimer that's vital and it's not being made aid.

Mark Meador:

Thank you. Switching over to unfairness, under the FTC Act, an act or practice is unfair when it, one, causes or is likely to cause substantial injury to consumers, two, can't be reasonably avoided by consumers, and three, isn't outweighed by countervailing benefits. So I was hoping Brandon, Paul, and Jay could tell us a little bit about some of the injuries that are alleged to have followed from the push to get young people into aggressive gender-related medical interventions.

Brandon Showalter:

I'll go first and I would like to thank you, Commissioner Meador, and the FTC for this event today. The injuries are incredibly brutal. I've seen things that have put gray hair in my black hair, and you'll age pretty fast. You don't want to see the kinds of things that I see in my inbox and I hear from parents about what has happened to their children.

And I'll say when we talk about unfairness and deceptive trade practices, because it is based on an irretrievably flawed premise that it's actually possible to be born in the wrong body, any medical treatment toward that end is going to do damage, guaranteed full stop, because it starts with a lie. That's just it. And it leads to horrors that I'm about to describe. I'll just talk about three injuries that I've seen. I haven't seen fully, but I've seen part of it and heard about it.

One detransitioner man who walked into his appointment, the first he was reportedly told by an intern working in the intake office, "If you think you're trans, you are trans." He went fully down the trans path. His story was featured in Abigail Shrier's book, Irreversible Damage. I also reported on his story. Hormones, wound up getting an orchiectomy, the removal of his testicles. And he was never told even during his appointments, they never used anatomically correct language during his appointments, they castrated him for $1,000. That poor man had severe suicidal ideation in his post-operative regret, severe endocrine complications, and he even, when he tried to have sex, wound up ejaculating blood. And to this day, the weirdest email I've ever had to send was to Dr. Laidlaw asking is it really possible to ejaculate blood? And yes, it is, after you had been castrated.

Another woman on Instagram who was led down this path had a phalloplasty surgery and ended up having to have over two dozen "corrective revision surgeries" because they so badly mangled her down there that she had to urinate out of her anus into an ileostomy bag. And she was posting about this carnage that was done to her body on Instagram. It's gruesome.

Another woman who has got the worst story I have ever heard about, and she's featured in the documentary podcast that I produce and host, I can say her name, her name's Amy Atterbury. I just have to honor her because it's the worst story I've ever heard. She had to be in the next room over where doctors disfigured her daughter's forearm to make a fake penis. Medicaid paid for her to have a double mastectomy and all of her reproductive organs cut out, but her daughter's forearm was cut up to make a fake penis and she had to be in the next room over for 13 hours as the doctors did what they did to her. And reportedly, I've heard that there's some other corrective surgeries going on that are either planned or may have happened. They're currently not speaking as far as I know, where they will have to do some sort of revision where they cut the sex organ in half and reroute her urethra.

You want to talk about... I mean, I totally try to avoid making any comparisons to the Holocaust because I just don't like to. That's a uniquely horrible episode in history. But I will sometimes be emailed by Jewish readers who say we're living in a culture of Mengele's. This industry needs to be dismantled from the top to the bottom because it all begins with deception and a lie that it's actually possible to be born in the wrong body, and there are products and services that are marketed to that end.

Mark Meador:

Thank you.

Jay Richards:

Well, I knew we were coming at the end and probably the harms would be discussed in exquisite detail by other speakers and panels. In fact Erin, Friday,` said almost everything I was planning to say just prior to this, but so let's just briefly summarize the manifest and obvious and documented harms of so-called gender affirming care. We won't even talk about the social transition, just puberty blockers, cross-sex hormones and surgery that have been discussed in this room today. Reduced bone density and bone strength from puberty blockers. The state of Georgia didn't include puberty blockers in its bill restricting these procedures because the sponsor had been told that it was entirely reversible. Puberty blockers are just reversible. We know that's not true. You know it's not logically because you can't reverse time.

And so, if a child has his puberty blocked at 13 and his peers go through puberty and he gets off of them four years later, that part at least is obviously not reversible, and we know there's serious physiological effects of this. It likely harms brain health. This is a topic of continuing research. I happen to have seen a report that will be coming due here very briefly that focuses on the adverse events reporting system. So not the Bayers, not the vaccines, but the other FDA's reporting systems on puberty blockers. Just look at all of the reports. There are very profound and underappreciated effects on mental health and cognitive

development from puberty blockers alone. Remember, we haven't gotten to cross-sex hormones yet. There's psychological distress. There's obviously infertility, at least if these are continued and insofar as they're the beginning of a treatment pathway that leads to infertility, stunted growth, which is at this point quite well known.

Now let's turn to cross-sex hormones. Again, fairly well known already, heart health risk. We don't have long-term data on this, by definition because we're in the beginning of the experiment with doing this with kids, giving girls massive amounts of testosterone. But we can be quite certain that it's going to have a signal in heart health. Infertility, for obvious reasons. Seems to be a serious increase in cancer risk, which is also discussed today. Mental harm. Many detransitioners, especially females, will talk about an initial euphoria from testosterone. Same thing that men that get testosterone supplementation will experience. But this is sort of a honeymoon and a year or two in, many detransitioners report actually quite harmful and distressing mental effects.

Again, the sort of regret and detransition was not supposed to happen, but cross-sex hormones has very specific physiological effects. Some of the detransitioners that spoke today, for instance, commented on the depth of their voice, which in the scheme of things may seem superficial, but it's a reminder of the kind of permanent effects that these drugs have.

And then, almost inevitably when we get to the surgeries, this is sort of obvious, and Brandon's given us a few examples, but these are not one-and-done surgeries. Most of us who've had surgery, I had to have a quadriceps tendon reattached to my knee in 2019. I had one surgery and a few months of recovery. The so-called gender-affirming care in which you create facsimiles of the other sex or of no sex, depending on what the doctor's sort of metaphysical theories on these things are, right? That's not a one-and-done. These usually require maintenance. They very often require follow-up. They may, in some cases, and I know there are detransitioners in this room, involve years just trying to heal the wounds from the initial surgery. That's the reality of this thing.

And then, the one thing that was not discussed quite as explicitly as I think it should be is that there is a iatrogenic harm to the beginning of this procedure. Just puberty blockers alone, even if they were by themselves reversible, we know that if a child is put on the transition pathway and starts taking puberty blockers, he or she is much more likely to continue down the pathway to full transition. In other words, it fast tracks children based upon a really bizarre and almost certainly false diagnosis all the way to the end. The question of whether puberty blockers alone are sterilizing doesn't quite answer the question. Even if they weren't, if it fast tracks kids onto a protocol that leads to sterilization, then yes, they are. These are manifest harms.

Now, any surgical or medical intervention has risks so why would anyone be willing to bear this? It's almost certainly because of the false calculus that parents are presented with. If you're a parent, and I will say I'm someone that works on this issue. I have no personal connection. I don't have a child or family member that has struggled with this. I do know this as a parent, the worst scenario you can possibly imagine for your child to suicide. And so, if you think, "Okay, suicide's the worst," and then you're told by a trusted physician, "I have a way out for you though." It sounds terrible in the abstract, but it will prevent the worst outcome. It's only with that emotional blackmail, I think, that most parents would ever have entertained starting this process in the first place, and it's precisely why the FTC has relevant jurisdiction on this issue.

Mark Meador:

Thank you.

Paul Dupont:

I don't know what else to add about the harms, the obvious harms that this causes. I mean, I think the panels we heard before this, what Brandon and Jay just talked about, I mean, the harms are numerous and obvious. I don't know if I'd be preempting you, Mark, by jumping to the second part of the definition of what makes a practice unfair, that it can't be reasonably avoided by consumers. When Erin was up here earlier, she mentioned Dr. Johanna Olson-Kennedy, how she said that she wouldn't have any issue with transitioning patients who would later regret it because, well, that was what they were asking for at the time. And I feel like that's often used as a cudgel against detransitioners who later regret it of, "Oh, well, you should take responsibility for reactions." And that kind of goes to this question, can this be reasonably avoided?

And I think we have to look at the fact that the system that's been set up, it's really been set up to create a pipeline that's easy to get into and almost impossible to get out of once you're in it. And so, a few things to that point. I mean, obviously, we've heard, again, all the testimony earlier today about the emotional blackmail that's used at the very outset, telling parents, "Would you rather have a dead son or living daughter?", or vice versa. The ways in which at the outset, the... Sorry, the ways in which the patients are really just pushed into this and pressured into it with the fear-mongering and whatnot, and then the fact that they're not fully informed.

This came from a free Press article about Planned Parenthood, which is I think a particularly bad actor in this. Free Press about Planned Parenthood. Planned Parenthood's materials for clinician state atrophy can begin with within just three to six months of exposure. But on the brief patient consent form, it's about three pages long, that both Hineman and Anna signed, this was referred to as only genital dryness. There's a lack of informed consent at the outset.

And then, when patients are in this pipeline, they're encouraged to continue no matter what's happening. And that's again, by design. This is from the WPATH Standards of Care 8. We recommend healthcare professionals maintain existing hormone treatment if a transgender and gender diverse individual required admission to a psychiatric or medical inpatient unit unless contraindicated. That means if they're going through some sort of psychiatric episode, the WPATH standards of care is saying continue to administer hormones anyway.

And again, I think we've heard throughout today examples of that. And again, that's not a mistake, that's by design. That's what their standards of care states. They're in the pipeline. They're continuing to be pushed down this pipeline. And oh, by the way, if they do have regrets, if they do want to detransition, well, insurance will cover the initial cost of transitioning, but a lot of times various detransition care is not covered by insurance. So there's a financial obstacle to getting off the pipeline as well. I think when you throw all that together, you really can't help but conclude this can't be reasonably avoided by consumers.

Mark Meador:

Thank you. Looking ahead, if there are in fact violations of law associated with the youth gender medicine, a critical question is going to be what are the appropriate sets of remedies or solutions that we should be seeking? Josh, Glenna and Paul, what in your views, what does relief realistically look like for American consumers and patients?

Josh Payne:

An important point to make is that, Commissioner of course, as you know, the FTC is able to collect civil penalties in certain circumstances, not necessarily turning that money over directly to individual consumers, but through its consumer protection power, it is controlling conduct, incentivizing conduct,

disincentivizing bad conduct. And once it determines through its investigations who it believes it should enforce the law against, the major players and targets, it can bring administrative cases against those individuals. That can take time. But it's useful because at the end of the process, an order is created that can be enforced through civil penalties, not just against the respondent, the target, but also against what they call non-respondents, non-parties to the proceeding who know about the order, must still follow the order. And if they do not, they subject themselves to those civil penalties.

The FTC, I almost said the FDA, the FTC can engage in rulemaking. Again, that's a process that involves time where it perceives the practices at issue to be what it calls prevalent. I think a lot of what we've been discussing today, I know representing detransitioner clients and medical malpractice cases, as my firm does, these practices are indeed prevalent, which would give rise to the FTC's ability to make rules that limit this conduct.

And then, finally, what I think has historically been an underutilized tool in the FTC's toolkit is it can actually go to the courts and seek injunctive relief. And that's probably the quickest way to stop the bad conduct. If an investigation is ongoing, if an administrative cases in the pipeline or pending, the FTC does all of that part in house, but it can separately go to a federal judge and obtain pretty much immediate injunctive relief off the back of some kind of mini-trial or evidentiary hearing where it's able to lay its case out and say, "This is urgent".

And interestingly, it's not just an ongoing violation, it's also to prohibit anticipated violations. It's not a defense against the FTC's request for injunctive relief for the hospital system or drug company to say, "Well, we're not violating it yet." If there is an imminent threat and they're about to violate it, the FTC is still entitled to seek that injunction from the court to stop the anticipated violations. Those are the key remedies that are out there. And I would draw particular attention to the injunctive relief remedy, which may not be the FTC's immediate thought naturally of that's where we want to go because they can do so much in house, but I think it's a very useful tool that should certainly be considered by the commission.

Mark Meador:

Thank you.

Glenna Goldis:

One of the big social injuries that has come out of this scandal is the decline in medical institutions, especially medical societies and medical journals. You heard about that earlier today. We have these institutions that they're basically healthcare lobbying groups like the American Medical Association, the American Academy of Pediatrics. But the fact is Americans want to have these institutions that give them good information that seems to be objective. Everybody wants that in America. But unfortunately, we've seen that, really, these organizations have become political in the gender scene. They have batted away dissenting views. They've only printed things that supported theirs and even printed errors at some point. And of course, the associations have published endorsements or kind of de facto endorsements of practices that are not evidence-based and that are harmful.

And so, I don't think that the government should go in and force them to be objective. That's not possible. But I think by acting against them, by seeking injunctions, as Josh says, against their deceptive activity, that will pressure them to change. And also just the act of conducting thorough investigations in the course of pursuing a prosecution and making that public will be really helpful in exposing the medical associations to the public and to themselves so that they see the road back because they're at the point where they're going to start losing members. Pediatricians are going to think, "You know what? This is not representing me well, this group. They're actually making me look bad. I don't like what they're doing. I'm not going to pay dues anymore."

They could lose other revenue streams as well. There have already been reports that the American Medical Association has lost traction on Capitol Hill because they're just perceived as being so aligned with the left. And like I said, they are fundamentally a lobbying organization, so this is a big problem for them. They have their own reasons for responding to the action that the FTC takes and reforming themselves.

Mark Meador:

Thank you.

Paul Dupont:

And I'll just add to that, I think obviously both Josh and Glenna here have covered a lot of the different avenues that the FTC can pursue. I think there's also a whole government approach here as well though, right? We had the DOJ represented here earlier, and they certainly have a role to play in this. The memo that was released by Attorney General Bondi earlier this year, laid out a number of different pathways there, which it sounds like they are pursuing enforcing statutes against female genital mutilation, going after violations of the Food and Drug Cosmetic Act, False Claims Act. I mean, we've heard already a bunch of times false billing issues. There's all sorts of avenues to accountability there, I think.

And then, also with the FDA, all of these drugs are being used off label. The FDA is certainly within their authority to commission a review of the off-label drug use of puberty blockers and also warning manufacturers of consequences of promoting that off-label drug use if they are doing that. Which again, I think there's definitely an avenue to investigation of that. Definitely there's a lot that the FTC can do, and I think there's also a lot that other governor agencies can do as well.

Mark Meador:

Thank you all for those comments. Investigating these effects that you all have laid out of youth gender medicine and the representations made about them, it's certainly going to be a priority for the agency going forward, but in doing so, we're going to need the best available information that we can get. As we explore this topic in accordance with the law, Jay and Brandon, who should we at the FTC be talking to as we investigate, and what are some of the key questions that we don't yet have the answers to? And just overall, what does a comprehensive investigation look like?

Brandon Showalter:

Well, one of the things that I've appreciated about today is that names have been named. Erin said a moment ago that some doctors from California should be at the center of the crime board. Start with the people that have been named today and just start digging around, and you'll find a hornet's nest and their associates and their affiliates.

I think the other people that it's just so important to talk to are the parents, because I've been getting messages all day from the hundreds of parents who are watching this, overjoyed, gushing and joyous that a federal agency has put on this day-long seminar because they have felt so unseen and hidden. They've lived in a straight-jacket of silence. And so, the fact that you have federal lawyers that are willing, I mean, they're literally probably dancing in their closets, watching this, in their wardrobes. Some of them, they live inside a cone of silence, even within their own homes and neighborhoods. They have not had a voice. They can tell you firsthand how they were deceived, misled. They haven't been heard. Dr. Grossman has been an excellent advocate for them. But the voices of the families that have been shattered into a thousand little bits, you want to talk about how they were misled and deceived and

ripped apart. Talk to the parents and zero in on the predatory doctors that have been named today. That will get you started.

Mark Meador:

Thank you.

Jay Richards:

Yeah, what Brandon said, essentially ditto. I mean, obviously, everyone that has attended this, everyone that's been on this stage today, start with them, everyone that has attended. But I could tell you, as someone who spent several years working on this in the policy space and others, in some ways I feel like some of us here probably are reaping what others sowed years ago.

This was a very tough issue initially, in which it felt like there was absolutely no way to win. Now, I just happened to be convinced, no, there's no way this can ultimately be maintained because it's contrary to the evidence of the senses and things that everyone knows. This is not really abstract stuff to say, " There's males and females, and we could tell the difference." That's what we were dealing with. Nevertheless, it was first really hard to get people to believe that this was happening.

It was hard to get Republican members of Congress and staffers to think, 'Okay, yeah, this is something maybe, okay, maybe it happens in California or something, but it's not widespread." I mean, this was the idea. I recall a state hearing in Nebraska with Luke Hein, a detransitioner, who had had a double mastectomy, and someone else was testifying and insisting that it never happened in her state. That that didn't happen there, and there was a victim right there in the room. So that level of denial of the reality of it.

And so, as awful as it was sort of initially when detransitioners started deciding, "Okay, we're going to talk about this," that changed the game entirely because you can have 12 people making interesting scientific and philosophical arguments, and one detransitioner just sort of lays them to waste. And so, to have parents and children who are the primary victims of this ideology as it manifests itself in medicine, they got to be in the front in terms of just showing how fundamental and real this is and why it matters.

But then also, the experts themselves, the particular specialists, including many of the medical scientists here mixed with competent generalists and translators. It's sort of hard to describe this, but sometimes a medical specialist for all their specialization can also be subject to confirmation bias and sort of a narrowing of vision. But the generalist is often not likely to have the grasp of the details. And so, a combination of people who've studied this as generalists, who've translated it in what it matters, and the specialists are absolutely crucial.

And then, just to reiterate what Brandon said, you should talk to the members of the committees, of the medical associations that came up with their respective guidelines that the American Academy of Pediatrics, at the Endocrine Society, at the American Psychiatric Association. Ask them not just sort of in general, but specifically how they came up with those guidelines and what the scientific procedures were that they followed in order to do that and find out what they have to say. And then-

Brandon Showalter:

Just tag on one quick thing. Just add to that, I think the biggest stronghold, just to phrase it that way, the medical societies and the courts are the biggest thing that keeps things anchored in insanity here in America. Because if you have ideologically captured court systems, as the FTC takes action and tries to adjudicate these things, if they are deferring to these medical organizations, and it was what was so genius about what the state of Alabama did, was that they went after WPATH's vaunted guidelines, and

they discerned rightly that that was the source of the problem. Because once they blew that apart, they were able to show the judges that all of this was just hogwash. Yeah, put the screws to those who are writing these junk guidelines because they're just based in lies, and that I think will open the floodgates.

Mark Meador:

Thank you. Thank you both. And Jay, one of the things you said reminds me, someone Brandon and I both know is fond of saying that bad ideas can only bear the weight of reality for so long. And it seems like that's what we're coming up to here. And so, I appreciate all of your comments today for the whole panel. It's been incredibly insightful, and I think it gives us a lot to take into consideration as we move forward as a commission.

I'm sure we could discuss it all day long, but unfortunately that does just about conclude the time we have for the panel today. I'd like to take this opportunity to, again, thank our distinguished guests for their time and their thoughtful reflections.

To tie things up for the day, we've had a remarkable and groundbreaking workshop. We repeatedly heard from parents and individuals gravely impacted by youth gender medicine gone wrong, who suffered the harms of misrepresentations about the effects of these medical interventions. We heard from critics of the politicization of scientific debate in this area who explained the various pressures that keep researchers from speaking openly about their findings and how all of this ultimately results in medical decisions that are made without the best available data. Parents and young people deserve better.

We heard from scientific experts and ethicists who spoke to the state of research in this area, experts willing to look at the data rather than merely repeat the slogans of activist organizations and what they had to say was deeply concerning, or it should to anyone concerned with the well-being of American children. We heard from whistleblowers who risked everything to reveal the truth about what's been done in the name of so-called gender-affirming care. All too often we learned medical decisions haven't followed the science. Corners have been cut, ethical lines have been crossed, and young people have suffered the most.

On this most recent panel, we heard from experts who help us to chart a course forward as we continue to engage on this issue as a commission. These conversations have been so important because for too long those in power have only given a voice to one side in this debate. Sadly, it was the side that is perpetrating the very fraud that needs to be uncovered and stopped. That changed today as those of us with the power to change things finally gave a voice to the powerless. I'm very grateful for our panel's thoughts and the contributions of everyone who joined us today. We'll need them in the months and years ahead. No child should suffer from dangerous, unproven, and unwarranted medical interventions, especially if those interventions are unfair and deceptive.

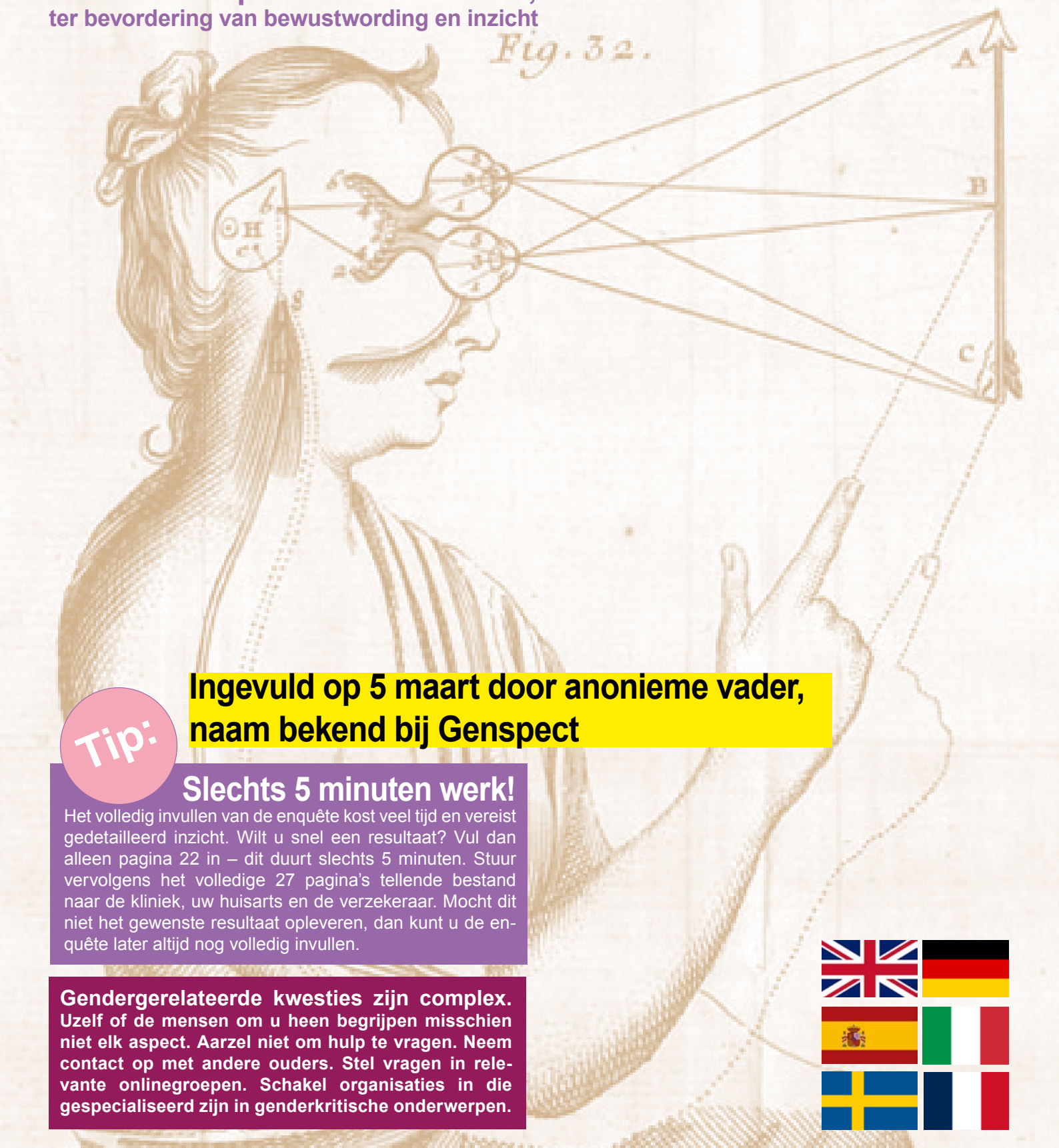
This workshop may be drawing to a close, but the commission's work has only begun. To that end, I'd like to thank the chairman and my colleague, Commissioner Holyoak, for their leadership and engagement on the issue of youth, gender medicine, and the consumer protection issues related to it. Together, we look forward to fighting even harder for the best available science and for the rights of children and families. And I'd like to thank all the distinguished and courageous guests we've heard from throughout the day. Let's please give them another round of applause.

And then, last but not least, I do want to give a special thanks to Johan Schweppe in the chairman's office for all the great work he put into making sure this workshop was a success. Thank you all and Godspeed.

Genspect

Januari 2025

Hulpmiddel voor genderdysforie
Enquête voor familie en vrienden
Enquête voor ouders
Gebaseerd op DSM-5-TR-criteria,
ter bevordering van bewustwording en inzicht



Ingevuld op 5 maart door anonieme vader, naam bekend bij Genspect

Tip:

Slechts 5 minuten werk!

Het volledig invullen van de enquête kost veel tijd en vereist gedetailleerd inzicht. Wilt u snel een resultaat? Vul dan alleen pagina 22 in – dit duurt slechts 5 minuten. Stuur vervolgens het volledige 27 pagina's tellende bestand naar de kliniek, uw huisarts en de verzekeraar. Mocht dit niet het gewenste resultaat opleveren, dan kunt u de enquête later altijd nog volledig invullen.

Gendergerelateerde kwesties zijn complex. Uzelf of de mensen om u heen begrijpen misschien niet elk aspect. Aarzel niet om hulp te vragen. Neem contact op met andere ouders. Stel vragen in relevante onlinegroepen. Schakel organisaties in die gespecialiseerd zijn in genderkritische onderwerpen.

Beste ouders,

We ontvangen regelmatig wanhopige berichten van ouders wier stem genegeerd wordt tijdens de genderkliniekbeoordelingen van hun kind. Hoewel ze worden uitgenodigd om deel te nemen aan het diagnostische proces, worden hun cruciale inzichten routinematig terzijde geschoven ten gunste van directe bevestiging.

***Het huidige systeem is zeer zorgwekkend:** hoewel klinieken om ouderlijke input vragen, overstemt de verklaring van het kind over zijn of haar gewenste identiteit de jarenlange kennis en waarnemingen van de familie. Deze consulten zijn daardoor feitelijk niet meer dan administratieve formaliteiten – 'vinkjes aan verzekeringsformulieren toevoegen' in plaats van zinvol klinisch onderzoek. (Specialisten van het VUmc suggereren zelfs dat de wens van de patiënt voorop zou moeten staan, ongeacht of de behandeling werkt of niet, red.[39])*

*Deze praktijk ondermijnt de kwaliteit van gezondheidszorg fundamenteel. **Ouders en familieleden beschikken over belangrijke kennis die niet goed in beeld komt via enkel de korte klinische consulten.** Een meta-analytisch review van Dowell en Ogles (2010)[1] en een meta-analyse van Sun et al. (2019)[2] toonden aan dat ouderlijke betrokkenheid bij de behandeling van hun kind een positief effect heeft op de algehele effectiviteit ervan. Ouders kennen de patronen van hun kind, zijn of haar worsteling en veranderingen in zijn of haar persoonlijkheid. Ze merken vaak als eersten onderliggende problemen op die wellicht een rol spelen bij de nood van hun kind. Toch worden deze essentiële inzichten genegeerd.*

Gendergerelateerde stress kan op allerlei manieren ontstaan, wat betekent dat er ook meerdere routes zijn naar een oplossing. Wanneer klinieken automatisch voorrang geven aan de wens om van geslacht te veranderen en zich volledig baseren op de zelfrapportage van een jongere, missen ze kansen om andere en minder ingrijpende benaderingen te onderzoeken voor het verlichten van de stress.

Om gezinnen te helpen met hun pleidooi voor grondige, evidence-based zorg, hebben we twee instrumenten ontwikkeld die elkaar aanvullen:
***1. De familie- en vriendenenquête** - Deze vragenlijst verzamelt observaties van familieleden en anderen die uw kind al langere tijd kennen. Wanneer meerdere observanten dezelfde visie delen, wordt hun collectieve inzicht moeilijker te negeren.*
***2. De gezinsenquête** - Deze gedetailleerde vragenlijst helpt om onderliggende factoren boven water te krijgen die onderzocht moeten worden voordat onomkeerbare interventies overwogen worden.*

*We raden aan om deze enquêtes in te vullen, ongeacht of de familie momenteel directe transmedicalisatie ondersteunt. Samen geven ze een compleet beeld, zodat uw kind de zorgvuldige en grondige beoordeling krijgt die het verdient – een die alle bijdragende factoren onderzoekt in plaats van een te snelle medicalisatie. Wanneer meerdere enquêtes zijn ingevuld door familieleden, raden we aan deze uit te printen en persoonlijk aan de behandelaar van uw kind te overhandigen. Stuur ook elektronische kopieën en bewaar ze voor toekomstige referentie. Dit zorgt ervoor dat de mening van de familie minder gemakkelijk genegeerd kan worden – ze staan nu officieel op papier en kunnen in de toekomst worden geraadpleegd. **We raden ook aan de ingevulde enquête naar uw huisarts en verzekeringsmaatschappij (of in België het ziekenfonds) te sturen**, zodat alle betrokken partijen geïnformeerd zijn over de complexiteit en de zorgwekkende aspecten van cross-sekse-medicatie en chirurgie.*

De enquête biedt bovendien een extra voordeel doordat het de bredere familie de kans geeft zich op een doordachte manier met dit onderwerp bezig te houden. Het nodigt hen uit om een steunende aanwezigheid te blijven of te worden in het leven van uw kwetsbare kind. Bezorgde ouders vermijden vaak het gesprek over gender, maar dit is niet altijd behulpzaam. Het negeren van het 'probleem' is een veelvoorkomende reactie op mentale problemen binnen het gezin, maar is vaak minder effectief dan het lijkt. Hoewel ouder en jongere zo conflicten over transkwesties vermijden, koestert de jongere vaak een zorgvuldig opgebouwde identiteit, wat het herstelproces kan belemmeren.

*Onthoud: **Het in twijfel trekken van de huidige benadering betekent geen afwijzing.** Het gaat erom dat jongeren de juiste zorg krijgen die in de eerste plaats geen schade aanricht. Uw kennis van uw kind doet ertoe, en deze instrumenten helpen u effectief te pleiten voor een doordachte en volledige beoordeling.*

Door samen te werken en deze instrumenten te gebruiken, kunt u ervoor zorgen dat uw stem niet alleen gehoord wordt, maar ook vastgelegd. Uw inzichten zijn van onschatbare waarde, en het pleiten voor grondige, evidence-based zorg is essentieel voor het welzijn van uw kind.

Met vriendelijke groet,
Stella O'Malley/Genspect, Januari 2025

1 Dowell K. A., Ogles B. M. (2010) **The Effects of Parent Participation on Child Psychotherapy Outcome: A Meta-analytic Review.** https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15374410903532585
2 Sun M., Rith-Najarian L. R., Williamson T. J., Chorpita B. F. (2019) **Treatment Features Associated with Youth Cognitive Behavioral Therapy Follow-up Effects for Internalizing Disorders: a Meta-analysis.** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29677451/
39 Annelou L.C. de Vrieset al. (2024) **Gender-affirming medical treatment for adolescents: a critical reflection on "effective" treatment outcomes** https://bmcmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-024-01143-8

Inhoudsopgave



Algemene informatie
4 Paniek binnen het gezin
4 Inzicht in zelfgerapporteerde identiteit
4 Het genderbevestigende model
4 Hoe verloopt een diagnostisch proces?
4 Huidige klinische praktijk
4 Indruk van de omgeving

Toelichting op de familie- en vriendenenquête
5 Doel van de familie- en vriendenenquête
5 Systematische documentatie en klinische validatie
5 Genderkritische perspectieven zijn geen extreemrechtse politiek
5 Invloed op de diagnose

Toelichting op de gezinsenquête
6 Klinische overwegingen met betrekking tot gelijklopende aandoeningen
6 Diagnostische overschaduwing
6 SOC-8 en het Nederlandse protocol in conflict met de Cass Review
6 Invloed op gezinsdynamiek
6 Uitvoering van de enquête
6 Verantwoordelijkheid van de kliniek en gezinsrechten

Vroege en late ontwikkeling van genderdysforie
7 Kenmerken volgens DSM-5-TR
7 Vroeg ontstane genderdysforie (EOGD)
7 Laat ontstane genderdysforie (LOGD)
8 De onlogica van de DSM-5-TR criteria

Plots ontstane genderdysforie (ROGD)
9 Kenmerken van plots ontstane genderdysforie (ROGD)
9 De enquête als indicator voor ROGD
9 De schuivende wetenschappelijke consensus
9 Belangrijk om te weten
10 Epidemie
10 Wertherisme

De onwaarheden van genderbevestigende zorg
11 De dertien onwaarheden van de genderbevestigende zorg volgens dr. Stephen Levine

Informatiebronnen
12 Aanbevelingen die de moeite waard zijn
12 Boeken en literatuur over gender
12 Boeken met een breder perspectief
12 Geen lezer? Geen probleem!

Overhandig aan kliniek



De familie- en vriendenenquête
14 Zestien vragen gebaseerd op de DSM-5-TR criteria
15 Vragen over de achtergrond van de persoon en sociale invloed
16 Aanvullende vragen
17 Vraag met betrekking tot geïnformeerde toestemming (over mannen)
18 Vraag met betrekking tot geïnformeerde toestemming (over vrouwen)
19 Een aantal persoonlijke vragen
20 Resultaat familie- en vriendenenquête

Overhandig aan kliniek

De gezinsenquête
22 Mogelijke bijkomende aandoeningen

Vragen aan de kliniek:

23 Vragen voor de specialist over ethische zaken en verantwoordelijkheid
24 Vijftien wetenschappelijke vragen

Ter afsluiting:

25 Enkele belangrijke stappen
26 Het betreden van een juridisch mijnenveld
26 Ouderlijke verklaring

Paniek binnen het gezin

Uw kind heeft u verteld dat hij of zij zijn of haar geslacht in twijfel trekt en een genderkliniek in het ziekenhuis wil bezoeken. Hoe reageert u op deze situatie met het ziekenhuis? Veel gezinnen worden overvallen door dit onderwerp, wat leidt tot jaren van emotionele onrust en gesprekken, vaak met toenemende druk. De zelfgediasnosticeerde identiteit van het kind of de jongvolwassene wordt mogelijk niet onmiddellijk erkend door gezinsleden, en wanneer dit wel gebeurt, zijn er vaak terechte zorgen over het nastreven van onomkeerbare medische ingrepen.

Inzicht in zelfgerapporteerde identiteit

Het kernprobleem in de klinische beoordeling is dat de ervaren 'genderidentiteit' niet fysiek meetbaar is. Invasieve, onomkeerbare gezondheidszorgbeslissingen moeten gebaseerd zijn op objectief bewijs, niet op de subjectieve ervaring van de patiënt enkel en alleen. Om waarneembare patronen te kwantificeren, hebben we een enquête ontworpen, niet alleen voor de directe familieleden, maar ook voor de bredere kring van mensen die de persoon goed kennen, bij voorkeur vanaf de geboorte: vrienden, buren, leraren. De enquête volgt de criteria die zijn beschreven in de DSM-5-TR (het standaardhandboek over psychische stoornissen).
Klinisch specialisten verwerpen vaak ouderlijke observaties met de uitleg dat het kind zich niet veilig voelde om zichzelf aan hun ouders te uiten. Hoewel dit in sommige gevallen waar kan zijn, vooral in sterk conservatieve of religieuze gezinnen, wordt het minder geloofwaardig als niemand in de uitgebreide familie of sociale kring ooit tekenen heeft opgemerkt. Een neef, jeugdvriend, buurman, leraar, tante of grootouder – iemand zou waarschijnlijk wel iets hebben opgemerkt in de loop der jaren. 'Genderexpressie' is cruciaal in de diagnostiek. **Als niemand ooit iets heeft opgemerkt, klopt het verhaal gewoon niet.**

Het genderbevestigende model

Een fundamenteel principe in het genderaffirmatieve model is dat de gevoelens van de patiënt centraal staan in het zorgproces. Dit zorgt voor een zorgwekkend probleem: dit blijft namelijk niet beperkt tot de wens van de patiënt, maar zijn of haar zelfdiagnose is de bepalende factor in de diagnostiek die automatisch wordt gevolgd door klinisch psychologen of psychiaters.
Bij het bespreken van deze zorgen met vrienden en kennissen kan dit al snel leiden tot debat. Een veelvoorkomende verdediging is dat de geboden zorg van hoge kwaliteit is en uitgevoerd door zeer bekwame experts. Ouders of partners die dit proces in twijfel trekken, krijgen weinig begrip en steun en worden afgedaan als te achterdochtig. Ziekenhuizen communiceren naar de pers dat zij zeer grondige diagnostiek uitvoeren voordat ze belangrijke stappen ondernemen.

Hoe verloopt een diagnose?

Uit ervaring weten we inmiddels dat het diagnostische proces anders verloopt dan vaak wordt weergegeven in de media. Het ziekenhuis stelt een diagnose op basis van een methode die volledig is gericht op de zelfdiagnose van de persoon. We zullen de procedure in de Nederlandse klinieken beschrijven, aannemelijk is dat België een vergelijkbare aanpak volgt.
Zodra een persoon wordt toegelaten tot het genderkliniek, volgt er een enquête. De persoon moet daarna een brief schrijven waarin hij of zij de gevoelens uitlegt. De brief bevestigt de enquête, en vice versa. Deze zelfdiagnostische documenten worden beschouwd als bewijs van 'genderincongruentie'. De brief en de enquête bevestigen elkaar, maar hebben dezelfde bron. **Een vaak genoemd bijkomend probleem is dat de persoon werkt vanuit een aangeleerd script.** De clichématige taal suggereert dat de ideeën niet uit persoonlijke ervaring komen, maar eerder opgelegd of ingeprent zijn. Geleerd op het internet.
'Genderincongruentie' is niet hetzelfde als 'genderdysforie', hoewel de termen vaak door elkaar worden gebruikt. Dit kan erg verwarrend zijn. 'Genderincongruentie' verwijst naar een discrepantie tussen ervaren 'genderidentiteit' en biologisch geslacht, terwijl 'genderdysforie' significant lijden bevat dat gepaard gaat met deze ervaren discrepantie. Dit is een belangrijk verschil. **Het blijft een raadsel waarom verzekeringsmaatschappijen (in België: ziekenfondsen) een zorgproces dekken dat op incongruentie is gebaseerd, maar waar psychische pijn geen noodzakelijke pijler hoeft te zijn.**

Huidige klinische praktijk

In Nederland worden vandaag de dag geen uitgebreide differentiële analyses uitgevoerd. Hoewel klinieken onderzoeken of iemand psychose, autisme, narcisme of andere mentale stoornissen heeft, worden deze bijkomende aandoeningen genoteerd en in het zorgproces meegenomen, maar niet ter onderbouwing van de 'genderincongruentie'-diagnose. De vraag wordt simpelweg: Is de persoon mentaal en fysiek fit genoeg? Dit is geen differentiële benadering, maar **een beoordeling van de gereedheid voor medische behandeling**.
Er is, met uitzondering van psychose, ernstige depressie en aanverwante extremen, geen afwijzing op basis van trauma-ervaringen, pestgeschiedenis, autisme of andere mentale gezondheidsproblemen, waarbij de verzekering (in België: het ziekenfonds) het proces dekt (met uitzondering van een kleine eigen bijdrage). **In Nederland ontvangen zelfs personen met een verstandelijke beperking genderbevestigende zorg.**[3]
Verzekeringsmaatschappijen (in België: ziekenfondsen) vertrouwen erop dat de geboden zorg adequaat is. De enquête en motivatiebrief lijken op papier grondig. Deze perceptie werd echter uitgedaagd toen Nederlandse ouders met een rigoureuze systematische interventie kwamen in de vorm van een familie-enquête, die iets heel anders onthulde en de beperkingen van zelfdiagnose blootlegde. Deze enquête is gebaseerd op die aanpak, en dit biedt jou als bezorgde ouder aanzienlijke invloed op het proces.

Indruk van de omgeving

De genderteams beweren zich in te zetten voor rust in de familie. Omdat het zorgdossier de indruk moet wekken dat een breed perspectief wordt overwogen, wordt actief gestimuleerd om gesprekken te voeren met ouders, partners en andere direct betrokkenen.
Wie bekend is met genderkritische literatuur, zoals de boeken van Abigail Shrier en Hannah Barnes en de getuigenissen van klokkenluider Jamie Reed, weet dat de werkelijkheid veel donkerder is. Ouders worden formeel uitgenodigd om hun perspectief te delen. De zorgverlener knikt beleefd, notuleert zo accuraat mogelijk de indrukken van de familie en zegt geruststellend dat hij het begrijpt. Terwijl veel ouders de zelfdiagnose van hun kind niet ondersteunen, gaan sommigen mee in de gedachten van hun kind, maar anderen blijven kritisch.
In vervolggesprekken worden de zorgen van de familie wel erkend, maar de diagnose wordt nog steeds als vastgesteld beschouwd, en het behandeltraject gaat door zoals gepland. De indrukken van de familie worden genoteerd, maar beïnvloeden de uiteindelijke beslissing niet. In feite worden hun zorgen zelfs contraproductief tegen hen gebruikt om het onderzoek op papier grondiger te doen laten lijken om aan de verzekeringsvereisten (in België: vergoedingsvereisten) te voldoen. Ouders die hun toestemming geven ondanks hun twijfels, realiseren zich de implicaties vaak pas later. Een bekend voorbeeld van deze dynamiek werd onthuld in het interview van Elon Musk met Jordan Peterson in juli 2024.[4]

3 **Genderpoli / They and Them (Nov 2023).** Nederlandse documentaire over YOUZ https://www.npodoc.nl/documentaires/2023/11/genderpoli-they-and-them.html
4 **Elon Musk geïnterviewd door Jordan Peterson (Juli 2024)** https://www.youtube.com/watch?v=Q20Nbq3EJsc

Doel van de familie- en vriendenenquête

Gebaseerd op de belangrijke bevindingen van Shrier, Barnes, Reed en andere zorgwekkende publicaties over klinieken, hebben we een beoordelingsmethode ontwikkeld die verder gaat dan alleen ouderlijke input en ook bredere familieobservaties omvat.
De enquête, gebaseerd op de DSM-5-TR-criteria voor 'Genderdysforie', is ontworpen voor volwassenen die de persoon al lange tijd kennen en gedetailleerde kennis hebben van zijn of haar ontwikkeling. Dit kunnen familieleden, buren, neven en nichten, jeugdvrienden, voormalige leerkrachten en werkbegeleiders zijn. Door deze uitgebreide benadering willen we zorgverleners en families ondersteunen bij het nemen van goed geïnformeerde, op breed bewijs gebaseerde beslissingen.

Systematische documentatie en klinische validatie

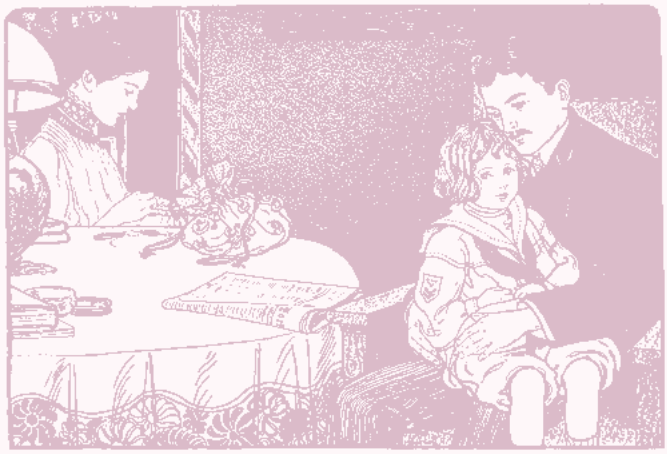
De primaire waarde van de familie- en vriendenenquête ligt in het vermogen om ouderlijke waarnemingen te objectiveren. Patiënten geven mogelijk aan dat hun 'genderincongruentie' altijd al aanwezig maar verborgen was, of dat ouderlijke weerstand voortkomt uit conservatieve opvattingen, maar deze beweringen vereisen een zorgvuldige klinische evaluatie.
Onderzoek van Abigail Shrier toont aan dat ouders die op zoek zijn naar grondige beoordeling vaak open-minded zijn, seksuele diversiteit accepteren, politiek progressief, vaak succesvolle en hoogopgeleide personen, met een diep inzicht over de ontwikkeling van hun kinderen.
De resultaten van de enquête tonen vaak consistent aan dat familieleden en bekenden vaak dezelfde observaties delen als de ouders. Het wordt relevant wanneer meerdere waarnemers uit verschillende contexten dan geen eerdere tekenen van genderincongruentie rapporteren. Vroege ontwikkelingspatronen worden doorgaans waargenomen door ten minste enkele leden van het sociale netwerk van een kind. **Daarom vormt deze systematische documentatie een cruciaal klinisch hulpmiddel dat serieuze overweging verdient.**

Genderkritische perspectieven zijn geen extreemrechtse politiek

Het is belangrijk op te merken dat Shrier, Barnes en vooral Reed (een lesbische zorgprofessional die getrouwd was met een transgender persoon toen ze haar whistleblower-verklaring aflegde) **progressieve intellectuelen** zijn. Dit toont aan dat de kritische analyse van de huidige werkprotocollen van de genderklinieken afkomstig is van diverse intellectuele achtergronden, en niet van een specifieke ideologische politieke positie.

Impact op de diagnose

De resultaten van de enquête geven de specialist inzicht hoe de hele familie de patiënt waarneemt en geven meer gewicht aan het aspect van familieproblemen in gevallen van uiteenlopende meningen. Officiële richtlijnen voor transgenderzorg bieden weinig informatie over familiekwesties, maar **het negeren van de gezinsdynamiek bij het overwegen van onomkeerbare medische interventies roept ernstige ethische zorgen op.**
Als er een sociale kloof is, zou relatietherapie eerst moeten plaatsvinden. **Het verstoren van het gezin door een zorgtraject met hoge mate van gezinsfrictie roept ernstige ethische zorgen op met betrekking tot patiëntenzorg en het welzijn van het gezin.**



Vader van 21-jarige non-binaire dochter op gesprek in Nederlandse kliniek

"Mijn dochter is 21 en heeft dus zelfbeschikkingsrecht en beweert non-binair te zijn. Haar wens was geen hormonen, maar wel een dubbele borstamputatie. Dat kan tot mijn grote verbazing dus in Nederland!
Ik wilde graag in gesprek met de kliniek en werd uitgenodigd. De psychiater begon met: 'Als uw dochter het gesprek wil beëindigen, is het direct klaar. De regie ligt volledig bij haar.' Later zei hij: 'Ik vind dat er eigenlijk helemaal geen psychiater aan te pas hoeft te komen. Tenzij er bijvoorbeeld sprake is van zware depressie of psychose; dan gaan we een ander traject in. Als je zegt wat je bent dan ben je dat, dat is voor mij voldoende.'
De psycholoog vergeleek de situatie met een tatoeage of emigratie: 'Soms maken kinderen keuzes waar je niet blij mee bent, maar je zult dat als ouder toch moeten accepteren.'
Mijn dochter en ik hebben sinds de operatie enkele maanden geleden geen contact meer vanwege ons verschil van inzicht."

Klinische overwegingen met betrekking tot coëxisterende aandoeningen

Vanwege de toenemende wetenschappelijke twijfel over het genderaffirmatieve model en de opkomende onderzoeksresultaten hebben wij deze enquête ontwikkeld om clinici te helpen bij een grondige evaluatie van mogelijke naast elkaar bestaande aandoeningen. Wanneer een jongere trauma heeft ervaren, zelfhaat vertoont, of een neuro-ontwikkelingsstoornis zoals autisme heeft, moet er zorgvuldig worden overwogen hoe deze factoren van invloed kunnen zijn op hun zelfgerapporteerde 'genderdysforie'. Deze grondige evaluatie is essentieel voordat er onomkeerbare medische of chirurgische interventies worden overwogen, in lijn met het fundamentele principe van de geneeskunde: **'Primum non nocere' (vooreerst geen kwaad doen).**

Diagnostische overschaduwing

Het **Cass Review** waarschuwt voor **'diagnostische overschaduwing'**. Mogelijk koppelt de specialist het probleem aan een verkeerde oorzaak. Patiënten kunnen hun ongemak toeschrijven aan aandoeningen in plaats van dit te koppelen aan andere onderliggende factoren en deze aan te pakken. Dit patroon is vaker waargenomen bij eerdere ineens veelvoorkomende aandoeningen zoals RSI (repetitieve strain injury), het valseherinneringssyndroom en dissociatieve identiteitsstoornissen. Deze aandoeningen delen vaak kenmerken zoals recente brede erkenning van het verschijnsel, het moeilijk objectief meetbaar zijn en het voornamelijk vertrouwen op zelfrapportage van de patiënt. Hoewel het ongemak reëel is, verdienen mogelijke nocebo-effecten (negatieve verwachtingen die de klacht veroorzaken) aandacht. Omdat genderbevestigende behandelingen vaak onomkeerbare medische interventies omvatten, zijn de implicaties van diagnostische overschaduwing aanzienlijk. Recente gegevens die wijzen op een uitvalpercentage van 30% bij naonderzoek, roepen zorgwekkende vragen op. Daarom zijn grondige documentatie en een uitgebreide evaluatie essentieel voordat wordt overgegaan tot medische interventies.

SOC-8 en het Nederlandse Protocol in conflict met het Cass Review

Kort na de publicatie van het Cass Review stuurden Nederlandse klinieken een verklaring uit waarin werd beweerd dat de in het rapport beschreven praktijken al gemeengoed waren in Nederland. **Dit is onjuist.** Het oorspronkelijke Nederlandse protocol was gebaseerd op **patiënten die vanaf jonge leeftijd duidelijk gendernonconform gedrag vertoonden** en de wens uitten om van het andere geslacht te zijn. Daarnaast was een strikte voorwaarde dat de kinderen **geen andere problemen** hadden en dat er sprake was van **steun vanuit het gezin.**
Ook de zogeheten **'real-life test'** maakte deel uit van het protocol. Dit was een fase van twee jaar waarin individuen moesten leven als het andere geslacht. Dit stelde hen in staat om de praktische gevolgen van hun transitie te ervaren en aan de kliniek te laten zien dat hun wens oprecht en weloverwogen was. Deze procedure werd in 2014 geschrapt. Tegenwoordig kunnen personen met de diagnose 'genderdysforie'— volledig gebaseerd op hun eigen zelfrapportage—direct na het ontvangen van een formele diagnose beginnen met hormoontherapie. Hoewel deze aanpak de toegankelijkheid vergroot, kan dit leiden tot uitdagingen, zoals onrealistische verwachtingen of onverwachte problemen die voor de transitie niet duidelijk waren. De praktijk in Nederland (en België) komt overeen met wat beschreven wordt in het boek van Barnes en vertegenwoordigt precies de kern van de kritiek die Cass in haar rapport uit.

Invloed op gezinsdynamiek

Het ontbreken van op bewijs gebaseerde verklaringen creëert aanzienlijke zorgen voor gezinnen. Ouders ervaren vaak ernstige stress tijdens dit proces, en gebrekkige communicatie vanuit de kliniek kan het gezinsleed verergeren. Wanneer klinieken nalaten om de zorgen van het gezin aan te pakken of duidelijke klinische onderbouwing te geven, **kan dit iatrogene* schade toebrengen aan het gezin.**

Uitvoering van de gezinsenquête

De gezinsenquête bevat een uitgebreide lijst van aandoeningen die vaak samenhangen met transzelfidentificatie. Ouders dienen aan te geven welke van deze aandoeningen zij hebben waargenomen. **Vraag bij het indienen de kliniek expliciet om feedback over:**

- Of de specialisten dezelfde patronen hebben waargenomen
- Zo niet, wat de klinische basis is voor andere waarnemingen
- Hoe geïdentificeerde aandoeningen invloed kunnen hebben op de zelfgerapporteerde 'genderdysforie'
- Wat volgens de specialisten het voorgestelde mechanisme van interactie is tussen de aandoeningen

Verantwoordelijkheid van de kliniek en gezinsrechten

Hoewel het respecteren van de privacy van de patiënt belangrijk is, blijft open communicatie essentieel, in het bijzonder bij genderdysforie gezien de verregaande implicaties van onomkeerbare medische interventies en hun invloed op de gezondheid op lange termijn. Beslissingen hebben effect op het hele gezin en kunnen aanzienlijke stressgerelateerde gezondheidsrisico's veroorzaken. **Daarom heeft het gezin het recht om voldoende informatie te ontvangen om klinische beslissingen te begrijpen en te verwerken.** Wanneer klinieken weigeren om deze zorgen aan te pakken, lopen ze het risico iatrogene schade te veroorzaken, niet alleen aan de patiënt maar ook aan het gezin. **Zorgverleners moeten ethische normen handhaven die rekening houden met zowel het individuele welzijn als het welzijn van het gezin.** Ze mogen geen patiënten 'maken'.

Ouder van een dochter met meerdere aandoeningen

*"Onze volwassen dochter ontwikkelde tijdens haar middelbare schooltijd een non-binaire identiteit, **mede door sociale invloed en online invloeden.** Ze besloot haar borsten te laten verwijderen om te bewijzen dat ze 'transmasc' was. Ondanks een brief waarin **haar bijkomende psychische aandoeningen werden vermeld, zoals eetstoornissen, autisme, trauma door pesten en een obsessief-compulsieve stoornis (OCD),** heeft onze zorgverlener de gezonde borsten van onze dochter verwijderd. De medische organisatie heeft nooit contact met ons opgenomen om de psychische problemen van onze dochter te bespreken. We kunnen de slechte therapeuten bedanken voor het toegeven aan deze zelfhaat en dit zelfbeschadigende gedrag."*

5 H. Postma (Oct 2024) **The Dutch Leaks: Trans Regret is Possibly 33%** https://genspect.org/trans-regret-is-possibly-33/
* 'Iatrogeen' betekent: schade juist door de behandeling veroorzaakt.

Kenmerken volgens de DSM-5-TR

De DSM-5-TR geeft twee sets van criteria voor het herkennen van genderdysforie (GD), namelijk vroege en late aanvang.[6]

Vroege ontwikkeling van genderdysforie (Early Onset Gender Dysphoria, EOGD)

Kinderen worden meestal gediagnosticeerd met genderdysforie als zij minstens zes maanden **significante stress** hebben ervaren en **ten minste zes van de volgende kenmerken** vertonen:

- Een sterk verlangen om van het andere geslacht te zijn of volhouden tot het andere geslacht te behoren.
- Sterke voorkeur voor het dragen van kleding die typisch is voor het andere geslacht
- Sterke voorkeur voor rollen van het andere geslacht tijdens doen-alsof-spel of fantasiespel
- Sterke voorkeur voor speelgoed, spellen of activiteiten die stereotypisch zijn voor het andere geslacht
- Sterke voorkeur voor speelmaatjes van het andere geslacht
- Sterke afwijzing van speelgoed, spellen en activiteiten die typisch zijn voor het eigen geslacht
- Sterke afkeer van de eigen lichamelijk geslachtskenmerken
- Sterk verlangen naar de fysieke geslachtskenmerken van het andere geslacht

Late ontwikkeling van genderdysforie (Late Onset Gender Dysphoria, LOGD)

Om als tiener of volwassene gediagnosticeerd te worden met genderdysforie, moet er minstens zes maanden significante stress zijn door ten minste twee van de volgende kenmerken:

- Duidelijke incongruentie tussen de primaire of secundaire geslachtskenmerken van het eigen geslacht en het ervaren en geuite andere geslacht
- Sterk verlangen om van de primaire of secundaire geslachtskenmerken van het eigen geslacht af te komen
- Sterk verlangen naar de primaire of secundaire geslachtskenmerken van het andere geslacht
- Sterk verlangen om van het andere geslacht te zijn
- Sterk verlangen om behandeld te worden als het andere geslacht
- Sterke overtuiging dat je de typische gevoelens en reacties van het andere geslacht hebt



Ouder van een tienerdochter die haar transitie heeft stopgezet

"Van haar 11e tot 15e worstelde mijn dochter met angst, PTSS en mogelijk ADHD. Ze hoorde over 'transgender' door ***te veel tijd online, schoolbegeleiders die achter onze rug om hierover met haar bespraken, en haar leeftijdsgenoten op school.*** *Het was ongelooflijk teleurstellend en verwarrend dat elke professional die ik vertrouwde om onze dochter te helpen naar een meer holistisch zelfbegrip, zich alleen richtte op 'genderidentiteit'. Onze zorgen dat de stress van onze dochter een fout copingmechanisme was en dat ze werd beïnvloed door anderen, werden van de hand gewezen. Haar privétherapeut noemde ons* ***'niet-accepterende ouders'.*** *De schoolbegeleider moedigde 'identiteitsonderzoek' aan en steunde het idee dat mijn dochter 'misschien echt een jongen is', en veranderde haar naam en voornaamwoorden op school. Toen ze somber en teruggetrokken werd, realiseerde ik me dat onze dochter, op 14-jarige leeftijd, in het geheim sprak met een trans-ideologisch geregistreerd maatschappelijk werker over het medische aspect van 'haar gender', hormooninjecties en operaties. Dit gebeurde allemaal zonder onze kennis of toestemming. Verbazingwekkend genoeg promootte zelfs onze kinderarts, ondanks alle problemen waarmee onze dochter worstelde, de 'opties' van puberteitsblokkers en binders.* ***Deze volwassenen gaven hun blinde vertrouwen aan een kind,*** *zonder het proces van identiteitontwikkeling te begrijpen en zonder te beseffen dat de focus van mijn dochter op genderidentiteit werd aangewakkerd door degenen die hierover met haar spraken alsof dit een reële mogelijkheid was. Mijn dochter besloot vlak voor haar 16e om ermee te stoppen, en is nu ontzettend dankbaar dat ik niet toegaf aan haar voortdurende eisen om haar als het andere geslacht te zien en medische interventies toe te staan.* ***Ons gezin zal de nasleep, het trauma en de woede van deze ervaring voor de rest van ons leven met ons meedragen en wij beschouwen onszelf als slachtoffers van een vreselijk medische ethisch schandaal."***

6 **DSM-V-TR online:** https://archive.org/details/dsm-5-tr/page/n1/mode/2up

Het onlogische van de DSM-5-TR criteria voor ‘genderdysforie’

Toon aan familie en vrienden

Feminisme en geslachtsrolpatronen en expressie

Het feminisme bekritiseert terecht stereotypering van mannelijke en vrouwelijke rolpatronen. Immers, elk persoon mag zich te uiten, zonder beperkingen door sociale normen zoals ‘meisjes spelen met poppen’ of ‘jongens moeten stoer zijn’. Een persoon vertoont bepaald gedrag, omdat hij of zij dat prettig of interessant vindt. **Dat moet vrij blijven van speculatie over vermeende ‘genderidentiteit’.**

De DSM-5-TR en ouderwetse seksestereotypering

In de criteria van de DSM-5-TR worden echter de niet specifiek gedefinieerde term ‘genderexpressie’ en de geslachtsrolpatronen wél als indicatoren voor de ervaarde ‘genderdysforie’ gebruikt. Bijvoorbeeld: Een jongen met een sterke voorkeur voor ‘meisjesspeelgoed’ of meisjesachtig gedrag kan voldoen aan de criteria voor ‘genderdysforie’. **Deze benadering is een terugval in ouderwetse stereotypen** en in strijd met het feministische idee dat gedrag losstaat van sekse. Het feminisme benadrukt terecht dat het doorbreken van seksestereotypen juist géén indicatie is van een zogenaamde ‘incongruentie van het geslacht’ en dit mag van geen enkele medische of diagnostische betekenis zijn.

Context van ‘genderdysforie’

De DSM-5-TR probeert ‘genderdysforie’ te identificeren bij personen die psychisch lijden aan een ervaarde incongruentie tussen hun geslachtelijke identiteit (op basis van ouderwetse stereotypen) en hun geslacht. Het gaat dus niet puur om gedrag, maar om gedrag in combinatie met significant ongemak. Het opvoeren van seksestereotypen als kenmerk is problematisch, omdat het kan leiden tot **onnodige pathologisering** van personen die simpelweg niet voldoen aan traditionele geslachtsrolpatronen.
Homoseksuele personen, artistieke mensen, mensen met autistische trekken of mentale klachten vertonen vaak atypisch gedrag. De zelf genomen conclusie van de persoon moet onderzocht worden. Waarom komt de persoon tot de gedachte dat hij of zij van het andere geslacht is of tot geen geslacht (non-binair) behoort, terwijl dit geen biologische realiteit is? Een betere oplossing is om de diagnose onafhankelijk te maken van seksestereotypen. Vrijheid in ‘genderexpressie’ maakt transmedicalisatie overbodig. Want waarom een lichaam beschadigen als iemand zichzelf simpelweg kan uiten in welke vorm dan ook?

Wat analyseert de DSM-5-TR?

De criteria van de DSM-5-TR analyseren dus of een persoon zich geslachtsconform of geslachtsnonconform gedraagt op basis van ouderwetse seksestereotypen. **Dat is in de kern al onjuist**, maar indien een persoon zich duidelijk geslachtsconform gedraagt volgens de leefomgeving, moet dit een enorme rode vlag zijn voor de kliniek en mag er geen transmedicalisatie plaatsvinden. Immers de DSM-5-TR criteria stellen dat er geslachtsnonconforme expressie moet zijn, en die is nu juist niet zichtbaar bij deze groep.
Indien er geslachtsnonconform gedrag is, is dat **nog altijd geen legitieme reden** om transmedicalisatie te laten plaatsvinden, want het atypische gedrag kan om volledig andere redenen zijn en dat is niet te bepalen via de te simpele en onjuist gestelde DSM-5-TR criteria. De kliniek zal moeten aantonen hoe zij dan wel gekomen is tot hun diagnose. Te verwach-ten is dat ook zij dat niet kunnen, want hier bestaan geen meetmethoden voor. **‘Primum non nocere’ (vooreerst geen kwaad doen) gaat boven medicalisatie van wat niet vast te stellen is.**

Is de familie- en vriendenenquête dan overbodig?

Het komt vaak voor dat familie en vrienden uit compassie meegaan in het verhaal van de persoon. Deel 1 van de enquête, die gebaseerd is op de DSM-5-TR, laat vrienden en familie nadenken hoe onlogisch de diagnostische criteria eigenlijk zijn en dat deze nooit de basis mogen zijn voor een akkoord op zeer ingrijpend lichaamsbeschadigende transmedicalisatie. De navolgende delen van de enquête geven de kliniek aanvullend inzicht in wat er aan de hand is met de persoon.



Kenmerken van plots ontstane genderdysforie (Rapid Onset Gender Dysphoria, ROGD)

ROGD, of Rapid Onset Gender Dysphoria ('plots ontstane genderdysforie'), is een hypothese van dr. Lisa Littman die **de plotselinge opkomst van geslachtsgerelateerde stress** beschrijft, met name bij pubers en jongvolwassenen zonder eerdere tekenen van 'genderdysforie' in de kindertijd.[7]

De ROGD-hypothese suggereert dat gendergerelateerde stress kan worden beïnvloed door sociale en omgevingsfactoren, waaronder:

- sociale isolatie (bijv. tijdens de COVID-19-pandemie)
- invloed van internet (door toegenomen online activiteit op social media)
- onderliggende angst
- foutieve interpretatie van andere psychische gezondheidsproblemen
- dynamiek binnen de vriendengroep

De familie- en vriendenenquête als indicator voor ROGD

Een onverwachte bijvangst kwam naar voren tijdens de ontwikkeling van de familie- en vriendenenquête: Het hulpmiddel bevestigt de waarschijnlijkheid van de ROGD-hypothese. Littmans hypothese leidde tot aanzienlijke klinische discussie wereldwijd, aangezien het in direct conflict is met het genderbevestigende model, dat genderidentiteitsclaims beschouwt als aangeboren en onveranderlijk.

Een veelgehoorde kritiek op Littmans onderzoek - dat het gebaseerd was op ouderinterviews in plaats van directe patiënt-verslagen - negeert belangrijke methodologische overwegingen met betrekking tot zelfrapportage-bias in klinische beoordeling. **De familie- en vriendenenquête helpt om de observaties van ouders te objectiveren**, door systematische documentatie te bieden over wanneer en hoe geslachtsgerelateerde stress zich heeft ontwikkeld.

De wetenschappelijke consensus verschuift

Een snelgroeiende groep experts, waaronder **Hilary Cass, Jonathan Haidt, Gordon Guyatt (EBM), Richard Dawkins, Ray Blanchard, Stephen Levine, Michael Bailey, Ken Zucker, Marcus Evans, Michael Biggs, Riittakerttu Kaltiala** en vele andere vooraanstaande onderzoekers, ondersteunt Littmans analyse. Mede vanwege de academische kwalificaties van deze experts dient ROGD serieuzer genomen te worden dan genderklinieken ons willen laten geloven. Hun beeld past niet meer bij de groeiende bewustwording anno 2025 dat sociale besmetting zeer waarschijnlijk een grote een rol speelt in de extreme toename.

Belangrijk om te weten

Het bestaan van ROGD wordt vaak genegeerd door klinieken die 'genderbevestigende zorg' bieden, omdat dit direct in conflict is met het verstrekken van medicatie en chirurgie, aangezien dit type van geslachtelijke stress niet aangeboren, maar sociaal opgewekt is. De kliniek moet bewijzen waarom iemand geen ROGD heeft. Wij als ouders hoeven niet te bewijzen dat ROGD bestaat. **Dit is een omkering van de bewijslast die wordt opgelegd aan ouders die geen specialisten zijn en geen onderzoeksmiddelen tot hun beschikking hebben.**



Ouder van een 23-jarige dochter die haar transitie heeft stopgezet

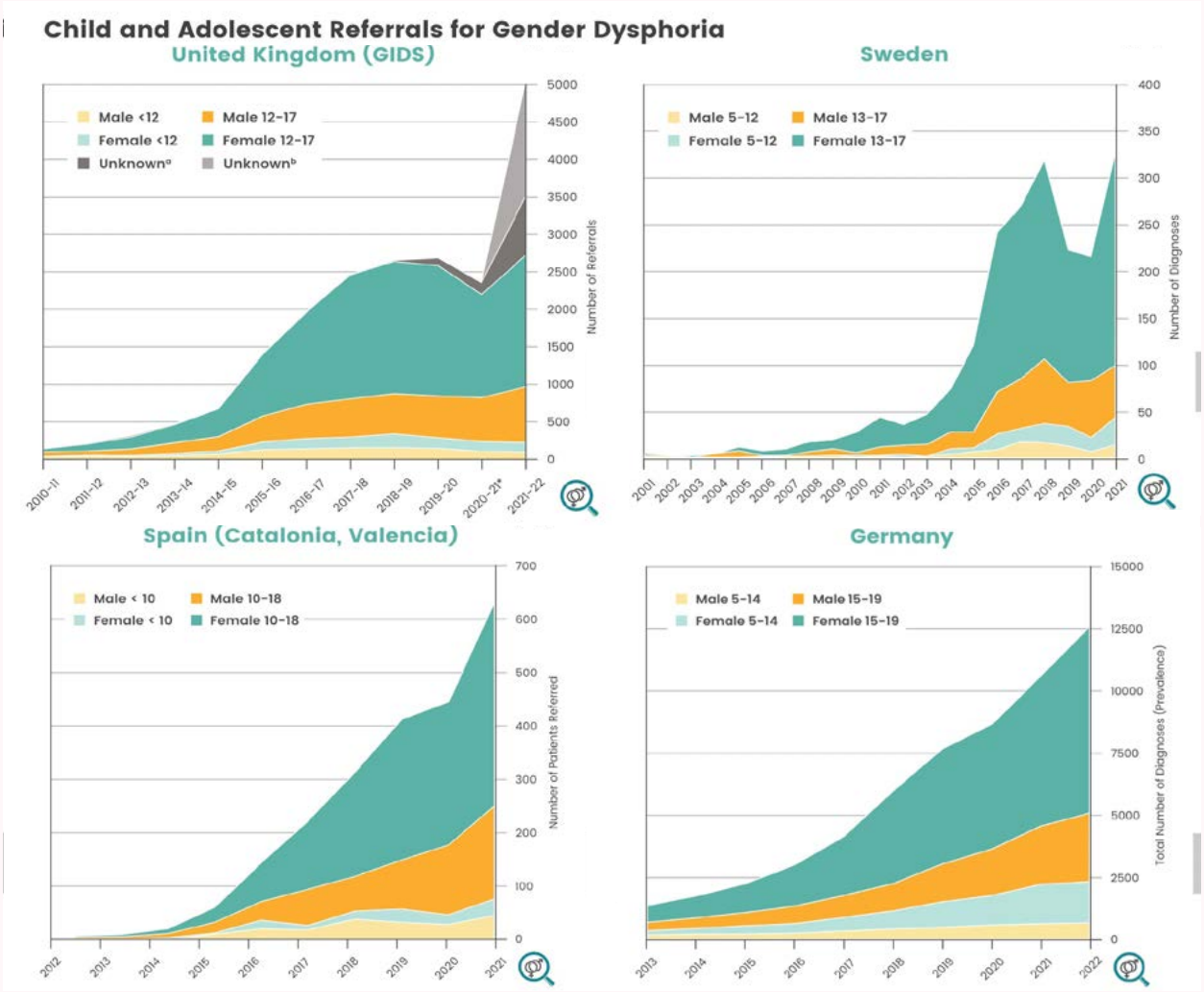
"Toen ik onze huisarts vertelde dat mijn 23-jarige dochter zich als transgender identificeerde, verwees ze meteen naar de genderkliniek. Ik vond dat het bevestigen van de zelfdiagnose van mijn dochter niet de juiste koers was. Ik wilde een gesprek hebben met de arts over het fenomeen van ***'Rapid Onset Gender Dysphoria'****, wat de symptomen van mijn dochters gedrag nauwkeurig beschreef. De arts wilde niet naar me luisteren.* ***Toen ik haar een geprint artikel over ROGD wilde geven, stak ze haar handen in de lucht en weigerde het aan te nemen.*** *Ze zei dat ze veel transgenderpatiënten heeft en al genoeg wist. Ik verloor het vertrouwen in die arts en ben nooit meer teruggegaan. Mijn dochter heeft sindsdien haar transitie stopgezet. Ik ben nog steeds boos op die arts, omdat ze me niet serieus nam, en ben enorm opgelucht dat we haar slecht geïnformeerde en misleidende advies niet hebben opgevolgd."*

7 Lisa Littman (2018) **Parent Reports of Adolescents and Young Adults Perceived to Show Signs of a Rapid Onset of Gender Dysphoria**
https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0202330

Plots ontstane genderdysphorie (ROGD) Info voor ouders

Epidemie

Nadat in 2014 het begrip geslachtsidentiteitsstoornis in de DSM werd vervangen door genderdysforie en er volop in de media gepubliceerd werd over transgenderjongeren, steeg het aantal aanmeldingen bij de klinieken in alle Westerse landen met **2000% tot 5000% procent**. Nederland heeft sinds 2016 geen grafiek publiek gemaakt, echter ook hier zijn de getallen identiek. Van enkele tientallen (±50) per jaar naar ongeveer 2000 patiënten anno 2024, dat is **een toename van ±4000%**. België publiceert zelfs totaal **geen data over de plotselinge groei**.



Wertherisme

Wertherisme, of Werther-effect, een term afgeleid van **Goethe**'s roman *Die Leiden des jungen Werthers* (1774), verwijst naar het fenomeen waarbij mensen zich laten beïnvloeden door media of verhalen, **vooral op het gebied van zelfdestructief gedrag**. In het boek pleegt het hoofdpersonage Werther zelfmoord met een pistool nadat zijn liefde voor een onbereikbare vrouw onbeantwoord blijft. Na de publicatie werd een toename waargenomen van jonge mannen die op een vergelijkbare manier zelfmoord pleegden en soms zelfs in dezelfde kledingstijl als Werther. Met andere woorden: Er ontstond een zeer absolute, collectieve overtuiging dat geluk uitsluitend kon worden bereikt door **'de ware liefde'; zonder dat vooruitzicht leek zelfmoord de enige uitweg.** Dit leidde tot het begrip 'Werther-effect', dat verwijst naar het risico van imitatiegedrag na berichtgeving over zelfmoord.

Detransitioner Charlie Bentley-Astor *(geïnterviewd door Andrew Gold)*

> *"Queer Destiny is in essentie het nogal kwalijke idee dat als je geboren wordt als homo, bi, trans of queer — welk label je ook kiest — dit het belangrijkste aan je is. Het wordt hèt bepalende kenmerk van je bestaan en bepaalt de loop van je leven. Je hebt slechts twee keuzes: Je omarmt het volledig, of je pleegt zelfmoord. Want als je het niet accepteert, gaat het etteren en raak je zo opgesloten in jezelf, op zo'n afschuwelijke manier, dat je enige ontsnapping zelfmoord is. Maar uiteindelijk is het slechts een idee."*

Detransitioner Christina Hineman

> *"Een soort punkgedrag, maar in plaats van seks, drugs en rock-'n-roll waren het alleen drugs. En operaties. Het is een gemedicaliseerde versie van normale tienerrebellie. En ik werd er volledig in meegezogen."*

Mia Hughes *- auteur van de 'WPATH Files'*

> *"Rapid-onset genderdysforie is de duidelijkste sociale besmetting die ooit heeft plaatsgevonden."*

Op 21 februari 2023 hoorde de **Florida House Health & Human Services Committee** een getuigenis van de erkende psychiater **dr. Stephen Levine,** klinisch hoogleraar psychiatrie aan de Case Western Reserve University. Hij schetste dertien wetenschappelijk onjuiste aannames die de basis vormen van genderbevestigende zorg voor 'genderdysforie' bij kinderen.*

"Ik heb dertien ideeën gevonden in de literatuur van mensen die medicalisatie ondersteunen voor kinderen, adolescenten en volwassenen met het transgenderfenomeen. Elk van deze dertien punten is volgens mij wetenschappelijk onjuist. Niettemin worden ze stevig geloofd. Wanneer ze in gesprekken weerlegd of zelfs slechtes alleen maar aangestipt worden, leidt dat tot een gepassioneerde verontwaardiging dat ze niet waar zouden zijn. Echter, voor zover ik kan zien, zijn deze dertien ideeën niet wetenschappelijk verifieerbaar en klinisch duidelijk incorrect. Toch worden ze herhaaldelijk herhaald in de teksten en gesprekken van therapeuten die affirmatieve zorg ondersteunen.
Voordat ik deze dertien punten presenteer, wil ik een andere invalshoek bieden voor deze grote vraag over transgenderzorg voor jongeren: Is dit een voorbeeld van een therapeutische vooruitgang om getroffen mensen te helpen, of is het wederom een medische misstap? In de medische wereld hebben we ***een geschiedenis van veel medische misstappen.*** *De meest recente, en ook een van de schadelijkste, is de opioïdencrisis. We begonnen opioïden ruimhartig voor te schrijven zonder wetenschappelijke onderbouwing van het nut en de schade ervan. Nu lijden in elke staat in de Verenigde Staten, en elders, mensen aan vroegtijdige sterfte door opioïdenmisbruik.*

Hier zijn de dertien punten die, naar mijn mening, niet waar zijn:
1. 'Een transidentiteit, eenmaal vastgesteld, is onveranderlijk en blijft altijd hetzelfde.' Dit is duidelijk niet waar.

2. 'Transidentiteiten worden primair veroorzaakt door prenatale biologische factoren.' Deze claim suggereert dat de behandeling simpelweg een biologische of embryologische fout corrigeert.

3. 'Seksuele geaardheid is volledig onafhankelijk van genderidentiteit.' Seksuele geaardheid is een voorkeur voor romantische en seksuele relaties met leden van een bepaalde groep (mannen of vrouwen). Echter, wanneer kinderen zich ontwikkelen—van kindertijd tot puberteit en door de adolescentie heen—komt genderdysforie vaak samen voor met gelijkgeslachtelijke aantrekkingskracht, wat aangeeft dat ze niet volledig gescheiden fenomenen zijn.

4. 'Geen enkele vorm van genderidentiteit is een afwijking of een symptoom van een ander probleem.' Dit is geen psychologisch houdbaar concept, maar het wordt vaak geclaimd in de literatuur.

5. 'Genderdysforie is een ernstige medische aandoening die medische interventie vereist, maar alleen als de patiënt dit wil.' Dit idee bevat een inherente paradox: als het een ernstige medische aandoening is, impliceert dat de noodzaak van behandeling, maar alleen als de patiënt dit wenst.

6. 'De bijbehorende emotionele problemen worden voornamelijk veroorzaakt door het leven in een discriminerende wereld.' Veel kinderen die worden gediagnosticeerd met genderdysforie hadden eerder al andere psychologische diagnoses.

7. 'Er bestaan geen effectieve alternatieven voor affirmatieve zorg.' Artsen beweren vaak dat dit de enige oplossing is voor kinderen, maar alternatieve psychiatrische benaderingen, zoals besproken door dr. Laidlaw, bestaan wel degelijk.

8. 'Pogingen om psychotherapie te bieden zijn onethische vormen van conversietherapie en moeten verboden worden.' Elke poging om het kind en het gezin te helpen wordt vaak bestempeld als conversietherapie, met oproepen om dit in verschillende rechtsgebieden te verbieden (in plaats van psychotherapie om de onderliggende psychische problemen aan te pakken, red.)

9. 'Affirmatieve zorg verbetert blijvend de mentale gezondheid en sociale functie.' Dit wordt vaak als rechtvaardiging gebruikt, maar langetermijnstudies die dit aantonen ontbreken. Sterker nog, data wijzen op verhoogde sterftecijfers onder transseksuele volwassenen.

10. 'Affirmatieve zorg vermindert suïcidale gedachten en voorkomt zelfmoord.' Dit is een krachtige, dwingende boodschap die aan ouders van tieners wordt verteld. Echter, studies—zoals die uit Zweden—tonen aanzienlijk verhoogde zelfmoordcijfers aan bij volwassenen die geslachtsveranderende operaties hebben ondergaan.

11. 'Jonge tieners weten het beste wat hen in de toekomst gelukkig zal maken.' Deze claim gaat ervan uit dat een tiener zijn of haar "ware zelf" volledig begrijpt, wat niet noodzakelijk het geval is.

12. 'Het voldoen aan de diagnostische criteria voor genderdysforie voorspelt een goed resultaat met affirmatieve zorg.' Dit is aantoonbaar onjuist.

13. 'Spijt en detransitie komen zelden voor bij deze patiënten.' De afgelopen jaren hebben aangetoond dat detransitie steeds vaker wordt herkend. De registratie van "spijt" is te beperkt, omdat detranstioners hun behandelaar hier meestel niet over informeren en doet geen recht aan de complexiteit van dit fenomeen.

Deze dertien ideeën vormen de kern van de beweringen over affirmatieve zorg. ***Als de ideeën zelf niet waar of wetenschappelijk onderbouwd zijn, hoe kunnen we dan vertrouwen op de behandelingen die daarop gebaseerd zijn?****"*

Ter aanvulling in dezelfde lijn als de opsomming van Levine:
De Duitse versie van deze Genspect-enquete benoemt via een citaat van de Duitse kritische denker Alexander Korte dat elke DSM-diagnose **altijd** een momentopname is en **nooit een reden mag zijn voor permamente onomkeerbare lichaamsaanpassingen**.[39]

8 **Dr. Stephen Levine: 13 Untruths Behind Gender Affirmative Therapies for Kids** (Feb 2023) https://www.youtube.com/watch?v=OflbCjj_hVc
39 **Hinter dem Regenbogen, A. Korte, pagina 210** (2024) https://shop.kohlhammer.de/hinter-dem-regenbogen

Aanbevelingen om te onderzoeken

Des te meer u weet, des te beter kunt u uw kind beschermen.

Boeken en literatuur over gender

- *Trans* - **Helen Joyce,** ISBN-13 978-9463833547 (2024). Over de problemen van genderideologie vanuit het breedste sociologische perspectief. **Nederlandse editie** is verkrijgbaar via Bruna.
- *End of Gender: Debunking the Myths About Sex and Identity in Our Society* - **Debra Soh** ISBN-13 978-1982132521 (2023). Een essentiële kritiek op de onjuistheden in gender studies als wetenschap.
- *Irreversible Damage* - **Abigail Shrier** ISBN-13 978-1800750364 (2021). Over ROGD.
- *Time to Think* - **Hannah Barnes** ISBN-13 978-1800751118 (2023). Over het Tavistock-schandaal en de verontrustende wetenschap en geschiedenis van genderbevestigende zorg als een vals behandelingsmodel.
- *Detrans* - **Dr. Az Hakeem** ISBN-13 979-8862184549 (2023). Over de psychologie van travestie- en transseksueel gedrag en de ernstige gevolgen daarvan.
- *When Kids Say They're Trans* - **Lisa Marchiano, Stella O'Malley & Sasha Ayad** ISBN-13 978-1800752641 (2023). Een gids voor ouders.
- *Lost in Trans Nation: A Child Psychiatrist's Guide Out of the Madness* - **Miriam Grossman** (2023) ISBN-13: 978-1510777743 Hoofdthema van dit boek: Ouders kennen hun kind het beste.
- *The WPATH Files* - **Mia Hughes** (2024). Onthult de corruptie binnen WPATH en hoe dit alle genderzorg wereldwijd heeft beïnvloed.
- *The Cass Review, Final Report* - **Hilary Cass** (2024). Het meest uitgebreide systematische onderzoek over het genderbevestigende zorgmodel. Dit rapport ligt volledig in lijn met de problematiek die Barnes ook al in haar boek naar voren bracht.

Boeken met een breder perspectief

- *Bodies under Siege* - **Armando R. Favazza** ISBN-13 978-0801899669 (2011). Over zelfverminking, niet-suïcidale zelfbeschadiging en lichaamsmodificatie in cultuur en psychiatrie.
- *Massa en Macht* - **Elias Canetti** ISBN-13 978-9025315696 (2022). Over collectief gedrag, massawanen, sekten en extreme (zelfbeschadigings)rituelen.
- *The Rape of the Mind* - **Joost A. M. Meerloo** ISBN-13 978-1-61577-376-3 (2009). Over de psychologie van gedachtecontrole, menticide en hersenspoeling.

Geen lezer? Geen probleem!

- **Bekijk interviews op YouTube** van de hierboven genoemde experts. Luister **Gender: A Wider Lens** podcast.
- Sluit u aan bij Facebookgroepen. Er zijn vele Engelstalige groepen. Voor Nederlandse en Vlaamse ouders is er de groep **Bezorgde ouders van kinderen met genderdysforie**. Dit is een kritische groep. Er is ook **Ouders van transgenderkinderen**. De laatste is een oudergroep die juist geloven dat hun kind trans is. De twee groepen verschillen dus flink qua toon, kies wat voor u het beste aanvoelt en vermijd conflict.
- **Ga op X** (en andere sociale mediaplatforms) en volg nederlandstalige genderkritische organisaties zoals Voorzij, Genderpunt, Cry for Recognition, MeMoMa en engelstalige organisaties als Genspect, Stats for Gender, PITT, Parents of Desisters, Do No Harm, Therapy First, CAN-SG en vele anderen.
- Neem contact op met oudergroepen en genderkritische organisaties: **Voorzij, Cry for Recognition, Genderpunt, MeMoMa, NPV Zorg.** U kunt een verschil van inzicht met een kliniek niet alleen af.
- **Schrijf brieven** naar de media en politici en vraag om hulp.
- **Bezoek conferenties** om contacten te leggen.

***Eliza Mondegreen** - journalist op de European Professional Association for Transgender Health conferentie*[8]

*"In een verontrustende update over de samenhang tussen autisme en transgenderidentiteit bij patiënten in de Nederlandse kliniek, meldden onderzoekers dat — van de 30 patiënten die mogelijk in aanmerking kwamen voor deelname aan een 17-jarige follow-upstudie — **vier hadden geweigerd** deel te nemen, **twee waren gedetransitioneerd**, één die niet was gedetransitioneerd die **ernstige spijt** uitte over de vaginoplastiek, en **twee waren 'overleden'**. Pas aan het einde van de presentatie gaven de onderzoekers toe dat deze twee patiënten in werkelijkheid **zelfmoord** hadden gepleegd. Volgens de onderzoekers toonden de zelfdodingen aan dat er 'twee kanten aan de medaille' zijn, dat er 'geen glazen bol' bestaat en dat het onderwerp 'niet zonder nuance behandeld mag worden.' Wat een 'genuanceerde' aanpak precies inhoudt, bleef echter onduidelijk. Betekent 'nuance' soms het verdoezelen van negatieve uitkomsten om ongewenste conclusies te vermijden?*

De presentatoren gingen liever in op de 'diversiteit' van hun 'trans-autistische' patiënten, met hun uiteenlopende zelfidentificaties 17 jaar nadat zij begonnen waren aan hun transitiepad: 'fee', 'elf', 'non-binair', 'vriendelijke, niet-intimiderende vrouw', 'cis' (lees: gedetransitioneerd). "Elke doorverwijzing," aldus de presentatoren — inclusief de patiënten die stierven, gedetransitioneerd waren of spijt ervoeren — "volgde hun eigen unieke pad met betrekking tot hun genderidentiteit en het traject van hun mentale gezondheid."

*Steeds opnieuw presenteerden onderzoekers en clinici alarmerende bevindingen die erop wijzen dat er iets ernstig misgaat in de wereld van 'genderbevestigende zorg', om vervolgens na te laten hun conclusies toe te passen op hun werk. **Ondanks de tragische gevolgen blijft men deze zorg als 'essentieel' en 'levensreddend' beschouwen — zelfs wanneer patiënten overlijden.**"*

9 Eliza Mondegreen (4 mei 2023) **Part I: Three days at the European Professional Association for Transgender Health** https://genspect.org/dont-stop-believin-three-days-at-the-european-professional-association-for-transgender-health/

Genspect

Overhandig aan kliniek

Familie- en vriendenenquête

Een objectivering van het ouderlijk perspectief

Voor klinische beoordeling voorafgaand aan het starten van genderbevestigende interventies

Gendergerelateerde kwesties zijn complex. Uzelf of de mensen om u heen begrijpen misschien niet elk aspect. Aarzel niet om hulp te vragen. Neem contact op met andere ouders. Stel vragen in relevante online-groepen. Benader organisaties die gespecialiseerd zijn in genderkritische onderwerpen.



Zestien vragen gebaseerd op DSM-5-TR-criteria

Om deze enquête te ontwikkelen, zijn de DSM-5-TR-criteria herschreven in vragen die geschikt zijn voor familieleden en vrienden. We hebben twee kenmerken uit de sectie voor kinderen overgenomen en tevens toegepast op het gedrag van adolescenten (Vraag 7 en 8).

Alle familieleden gaven dezelfde antwoorden.

Heden

1. Is er een duidelijke zichtbare discrepantie tussen het gewenste geslacht (genderexpressie) en het biologische geslacht? **Nee**

2. Drukt de persoon een sterke wens uit om zich van zijn of haar seksuele kenmerken te ontdoen?
Nee

3. Presenteert de persoon zichzelf duidelijk als het tegenovergestelde geslacht in kleding en gedrag?
Nee

4. Drukt de persoon een sterke wens uit om het tegenovergestelde geslacht te worden?
Nee

5. Drukt de persoon een sterke wens uit om behandeld te worden als het tegenovergestelde geslacht?
Nee

6. Vertoont de persoon typische gevoelens en reacties die normaal gesproken geassocieerd worden met het tegenovergestelde geslacht?
Nee

7. Ziet u uitingen in hun muziekvoorkeuren, films, anime, hobby's, die stereotypisch zijn voor het tegenovergestelde geslacht? **Nee**

8. Zoekt de persoon sociale interactie met groepen van het tegenovergestelde geslacht?
Nee

Verleden

9. Toonde de persoon als kind een sterke wens om van het tegenovergestelde geslacht te zijn?
Nee

10. Droeg de persoon als kind kleding die typisch is voor het tegenovergestelde geslacht?
Nee

11. Toonde de persoon als kind een sterke voorkeur voor rollen van het tegenovergestelde geslacht in fantasie of 'doen-alsof spel'? **Nee**

12. Toonde de persoon als kind een sterke voorkeur voor speelgoed, spellen of activiteiten die stereotypisch geassocieerd worden met het tegenovergestelde geslacht?
Nee

13. Had de persoon als kind een sterke voorkeur voor speelmaatjes van het tegenovergestelde geslacht?
Geen voorkeur
(speelt met zusje en vriendin. Vriendin is tegenwoordig lesbisch tomboy-achtig kind destijds)

14. Had de persoon als kind een sterke afkeer van speelgoed, spellen en activiteiten die typisch zijn voor zijn of haar geslacht? **Nee**

15. Had de persoon als kind een sterke afkeer van zijn of haar eigen seksuele anatomie?
Nee

16. Had de persoon als kind een sterke wens voor fysieke seksuele kenmerken die overeenkomen met het ervaren geslacht? **Nee**

Vragen over de achtergrond van de persoon en sociale invloed

Alle familieleden gaven dezelfde antwoorden.

1. Is de transidentiteit plotseling ontstaan tijdens of na de puberteit zonder eerdere tekenen in de kindertijd?
   Ja

2. Denkt u dat de persoon beïnvloed kan worden door vrienden?
   Ja

3. Zijn er transgender/non-binaire/‘queer’ mensen in de klas of vriendengroep?
   Ja

4. Denkt u dat online informatie een rol speelt in de zelfdiagnose van de persoon?
   Ja

5. Denkt u dat deze persoon mogelijk andere mentale gezondheidsproblemen heeft, zoals angst, depressie of autisme spectrumstoornis?
   Ja
   Indien ja, welk opvallend gedrag vertoont de persoon?
   Zelfhaat, groot ego over eigen creativiteit, autisme, jeugddepressief/melangolisch wat zeer stereotiep is voor de familie. Boos op de wereld (het ‘patriachaat’, whatever that may be in een open Westerse samenleving met vol respect voor feminisme, zeker in onze leefomgeving), adolescentrebels/punk/onrijp.

6. Gedroeg de persoon zich anders als kind of voor de uiting van hun zelfdiagnose vergeleken met nu?
   Ja
   Indien ja, kunt u beschrijven hoe die verandering eruitziet?
   Zeer lief en rustig. Nu obstinaat, eigenwijs, reclusief, somber, geprikkeld, liegen.

7. Heeft de persoon zich kort voor of na de ‘coming out als trans/non-binair’ afgewend van de familie en/of voormalige vrienden?
   Ja

8. Zijn de meeste vriendschappen en activiteiten nu gerelateerd aan hun de transidentiteit?
   Ja

9. Heeft u de indruk dat de persoon in de war is over zijn of haar identiteit en een onjuiste zelfdiagnose maakt?
   Ja

10. Denkt u dat voor de persoon een transidentiteit gewoon een tijdelijke interessante fase kan zijn?
    Ja



Aanvullende vragen

Alle familieleden gaven dezelfde antwoorden.

1. Moet de indruk van de familie sterk meegewogen worden in de diagnose?
   Ja
   Waarom denkt u dat?
   Hij lijkt in alles op zijn vader. Ook in gedrag op oom, opa en overgrootopa. De bloedlijn is uiterst duidelijk waarneembaar. Het gezin kent hem vanaf geboorte en het beste, dus ziet het duidelijkst de plotse verandering.

2. Moet de mening van de huisarts en andere zorgverleners ook worden ingewonnen en in overweging genomen?
   Ja

3. Denkt u dat de persoon homoseksueel, biseksueel of aseksueel zou kunnen zijn?
   Nee

4. Zou er sprake kunnen zijn van innerlijke schaamte over mogelijke homoseksualiteit bij de persoon?
   Nee

5. Heeft de familie problemen met homoseksuele personen?
   Nee

6. Heeft een eventueel aanwezige religieuze gemeenschap/werkplek/sportclub problemen met homoseksuele personen?
   Nee

7. Heeft u inzicht in wat de persoon ongelukkig maakt met zijn of haar lichaam?
   Ja
   Indien ja, kunt u een verklaring geven?
   Wij denken dat hij zijn problemen projecteert op de transidentiteit.

8. Heeft u zelf ooit serieuze gendergerelateerde distress ervaren toen u jonger was, of nu?
   Ja
   Indien ja, kunt u een verklaring geven?
   Vader: 'tijdens mijn puberteit (waarschijnlijk door hormoonschommeling) ervaarde ik korte piek en van genderwaan, maar dat is voornamelijk teenage daydreaming over seks en verlangen naar eerste liefde vooral.

9. Is er nog iets anders dat je zou willen toevoegen met betrekking tot de diagnose van de persoon of dit vragenformulier?
   Nee



10a. Vraag met betrekking tot geïnformeerde toestemming (over mannen)

De medische literatuur documenteert de volgende ernstige mogelijke bijwerkingen:*

Puberteitsremmers

- Permanente beperking van seksueel functioneren, inclusief vruchtbaarheid en geen ontwikkeling van orgasme [32,33]
- Langdurige effecten op botdichtheid (osteoporose) en groei [10]
- Negatieve impact op neuropsychologisch functioneren [10]
- Onderontwikkeld genitaal weefsel (micropenis), wat toekomstige chirurgische opties kan belemmeren [11]

Oestrogeenbehandeling (in combinatie met anti-androgenen)

- Verhoogd sterfterisico [12]
- Insulineresistentie (33% van de patiënten) met verhoogd risico op diabetes [13]
- Verhoogd risico op kanker (borst- en leverkanker, meningioom (hersenvliestumor)) en leverschade
- 26 keer meer kans op testikelkanker (1 op 100 patiënten) [14]
- Trombose (5% van de transvrouwen, 22 keer hoger dan cis-mannen) [15]
- Significante gewichtstoename en herschikking van lichaamsvet
- Cardiovasculaire complicaties, sterftecijfer 2,6 keer hoger [12]
- Ernstige afname van spiermassa
- Permanente onvruchtbaarheid (zeer veelvoorkomend) [16]
- Veranderingen in seksuele functie, libido-afname, impotentie [17]
- Progressieve afname van botdichtheid
- Sterke krimping van testikels

Postchirurgische complicaties (na vaginoplastiek)

- Orgaanverzakkingen (tot 7,5%) [18]
- Incontinentie (tot 15%) [18]
- Chronische urinewegklachten (tot 20%) [18]
- Dood door infecties, sterftecijfer 9 keer hoger [12]
- Seksuele disfunctie (tot 75%) [18]
- Geen orgasme (studies zijn uitermate gebrekkig en presenteren vertekende cijfers door slechte methodologie)

Algemene overwegingen

- **11% van de mannen (transvrouwen), gemiddelde leeftijd 23, stierf na 11 jaar** [12]
- Permanente afhankelijkheid van hormoontherapie en medische supervisie [19,20]
- Substantiële risico's op ernstige medische complicaties [11-16,18, 21-27, 32,33,26]
- Hoge waarschijnlijkheid van permanent verlies van vruchtbaarheid en seksueel functioneren [16]
- Aanhoudend verhoogd suïciderisico na de transitie, sterftecijfer 7 keer hoger onder mannen [12]
- Onomkeerbare veranderingen met beperkte langetermijnonderzoeken, effecten niet begrepen [28]
- Alle bovennoemde medicijnen worden off label gebruikt
- Zeer beperkte datingpool, wat leidt tot eenzaamheid, gebrek aan intimiteit, relationele stress, depressie
- **Geen bewezen mentale gezondheidsvoordelen (puberteitsremmers en oestrogeen, chirurgie)** [7]

Vraag aan de kliniek

Heeft u deze medische implicaties grondig beoordeeld, de patiënt hierover geïnformeerd en heeft u de overtuiging dat dit de optimale behandeling is?

0 Ja 0 Nee Indien, ja, waarom is dit de meest optimale behandeling?

Vraag aan familielid

Nu u deze medische gevolgen grondig beoordeeld heeft met begrip van de mogelijke levenslange gevolgen, begrijpt ude impact en denkt u dat dit **niet** het optimale behandelpad is?

Ja, niet medicaliseren aub

Dr. Stephen Levine - De werkelijkheid van transjeugdevaluaties (Denver, USA, 2023)

"Ik vraag patiënten voordat ze met hormonen beginnen, of ze, als ze zich depressief voelen, de mogelijkheid in overweging willen nemen dat het komt door hun transitie en niet door iets anders. En ik wil dat ze de kracht en moed hebben om dat te erkennen. Zoals zo velen van ons heb je misschien een fout gemaakt in je leven. Endocrinologen stoppen bijna nooit de hormoonbehandeling bij de mensen met wie ze begonnen zijn. Alle detransitioners die ik spreek, stopten zelf hun hormonen, niet de dokter. ***Zelfs als ze depressief zijn of een zelfmoordpoging deden, wordt de behandeling vaak voortgezet.****"*

*Bronnen op pagina 19

10b. Vraag met betrekking tot geïnformeerde toestemming (over vrouwen)

De medische literatuur documenteert de volgende ernstige mogelijke bijwerkingen:*

Puberteitsremmers

- Permanente beperking van seksueel functioneren, inclusief vruchtbaarheid en geen ontwikkeling van orgasme [34-36]
- Langdurige effecten op botdichtheid (osteoporose) en groei [10]
- Negatieve impact op neuropsychologisch functioneren [10]

Testosteronbehandeling

- Verhoogd sterfterisico [12]
- Progressieve afname van botdichtheid (14% ontwikkelt osteoporose, 22% ontwikkelt osteopenie) [29]
- Atrofie van het vaginale weefsel [21] en urinaire complicaties (87%) [22 30]
- Verwijdering van baarmoeder en eierstokken (hysterectomie en oophorectomie) meestal vereist na 3-5 jaar behandeling vanwege chronische klachten [22]
- Chronische bekken- en genitale pijn [23]
- Hoge waarschijnlijkheid van permanente onvruchtbaarheid [22]
- Ovariumcysten en endometriale complicaties [23]
- Metabole verstoring [24] en gewichtstoename en veranderingen eetlust [26]
- Significante stemmings- en emotionele veranderingen [10]
- Ernstige levercomplicaties [25]
- Bekkenbodemdisfunctie (94%) [30]
- Seksuele disfunctie (53%) [30]
- Problemen met anus en endeldarm (45%) [30]



Post-chirurgische complicaties (na dubbele borstamputatie en phalloplastiek)

- Orgaanverzakkingen (tot 4%) [18]
- Incontinentie (tot 50%) [18] en chronische urinewegklachten (tot 37%) [18]
- Seksuele disfunctie (tot 54%) [18]
- Geen orgasme (studies zijn uitermate gebrekkig en presenteren vertekende cijfers door slechte methodologie)

Algemene overwegingen

- **3% van de vrouwen (transman), gemiddelde leeftijd 30, overleed na 5 jaar** [12]
- Permanente afhankelijkheid van hormoontherapie en medische supervisie [19,20]
- Substantiële risico's op ernstige medische complicaties [11-16,18, 21-27, 32,33,26]
- Hoge waarschijnlijkheid van permanent verlies van vruchtbaarheid en seksueel functioneren [16]
- Aanhoudend verhoogd suïciderisico na de transitie, sterftecijfer 3,3x hoger onder vrouwen [12]
- Onomkeerbare veranderingen met beperkte langetermijnonderzoeken, effecten niet begrepen [28]
- Alle bovennoemde medicijnen worden off label gebruikt
- Zeer beperkte datingpool wat leidt tot eenzaamheid, gebrek aan intimiteit, relationele stress, depressie.
- **Geen bewezen mentale gezondheidsvoordelen (puberteitsremmers en testosteron, chirurgie)** [7]

Testosteron is een verslavingsgevoelig middel dat valt in de Schedule III-categorie

Een vereenvoudigd overzicht; voor een meer gedetailleerde uitleg, raadpleeg de DEA-drugsschema's [31].

Schedule I:	Heroïne, LSD, marihuana, MDMA (ecstasy), peyote
Schedule II:	Cocaïne, methamfetamine, methadon, fentanyl, Dexedrine, Ritalin
Schedule III:	Ketamine, codeïne (in bepaalde formuleringen), anabole steroïden, **testosteron**
Schedule IV:	Valium, Xanax, tramadol
Schedule V:	Hoestsiropen met lage hoeveelheden codeïne

Vaak wordt opgemerkt dat meisjes die testosteron gebruiken dit in het begin als een positieve ervaring beschouwen. Dit is niet verrassend, aangezien testosteron een geestelijk stimulerend effect heeft vergelijkbaar met andere drugs. Terwijl de eerste paar jaren als een **'honeymoonfase'** kunnen aanvoelen, komen na verloop van tijd vaak de mentale en de ernstige fysieke bijwerkingen naar voren, wat kan worden omschreven als de 'katerjaren'.

Vraag aan de kliniek: Heeft u deze medische implicaties grondig beoordeeld, de patiënt hierover geïnformeerd en heeft u de overtuiging dat dit de optimale behandeling is? 0 Ja 0 Nee Indien, ja, waarom is dit de meest optimale behandeling?

Vraag aan familielid: Nu u deze medische gevolgen grondig beoordeeld heeft met begrip van de mogelijke levenslange gevolgen, bent u van mening dat dat dit het optimale behandelpad is? **n.v.t. want jongen**

Dr. Stephen Levine - De werkelijkheid van transjeugdevaluaties (Denver, USA, 2023)

"Ik vraag patiënten voordat ze met hormonen beginnen, of ze, als ze zich depressief voelen, de mogelijkheid in overweging willen nemen dat het komt door hun transitie en niet door iets anders. En ik wil dat ze de kracht en moed hebben om dat te erkennen. Zoals zo velen van ons heb je misschien een fout gemaakt in je leven. Endocrinologen stoppen bijna nooit de hormoonbehandeling bij de mensen met wie ze begonnen zijn. Alle detransitioners die ik spreek, stopten zelf hun hormonen, niet de dokter. ***Zelfs als ze depressief zijn of een zelfmoordpoging deden, wordt de behandeling vaak voortgezet.****"*

*Bronnen op pagina 19

Een aantal persoonlijke vragen

1. Wat is uw leeftijd? **52**
2. Wat is uw opleidingsniveau? **MBO**
3. Wat is uw meest recente baan? **Vrij kunstenaar, deeltijd professor cultuurfilosofie en kunsteducatie**
4. Bent u religieus? **Nee**
5. Wat is uw politieke voorkeur? **Links**
6. Wat is uw standpunt over vrijheden zoals het huwelijk tussen mensen van hetzelfde geslacht, euthanasie, abortus en gendertransitie (indien goed onderzocht)?

	Homohuwelijk	Euthanasie	Abortus	Gendertransitie
Fantastisch dat dit mogelijk is in ons land	**Dit**	**Dit**	**Dit**	0
Geen probleem mee	0	0	0	0
Het kan me niet schelen wat anderen doen	0	0	0	0
Zorgwekkend	0	0	0	**Deze**
Sterk tegen	0	0	0	0

Nadere uitleg m.b.t. zorgwekkend over gendertransitie: **Door veel inlezen heb ik inmiddels grote zorgen over deze zorgvorm. An sich ben ik niet tegen transitie, mits het een vorm van cosmetica betreft (vergelijkbaar met borstvergroting, botox, maagwandcorrectie) of als vorm van extreme body modification art (je hebt mensen die daar zeer ver in gaan en als het zelf gefinancierd wordt is deze kunstvorm denk ik gerechtvaardigd om jezelf aan te doen. Ik denk wel dat de uitvoerend arts zeer alert moet zijn dat hij zijn licentie niet kwijtraakt vanwege de illegaliteit van apotemnofilie-affirmatie. Ik zou het zelf niet durven als arts, het lijkt me een mijnenveld. Ik vind het niet juist dat lichaamsaanpassende gendertransitie als noodzakelijke zorg bestempeld wordt die grotendeels door gemeenschapsgeld vergoed wordt. Dit zet de deur voor genderverwarde kinderen en jongvolwassenen veel te makkelijk open.**

De familie is een mix van hoog en laagopgeleid, voornamelijk links, beetje rechts. Niemand is religieus of bekrompen conservatief. We hebben twee homoseksuelen in de familie. Abortus, euthansie, homohuwelijk vinden we allemaal een fantastische reeks vrijheden. Voordat trans in ons leven kwam, hadden we ook grote compassie voor 'mensen die geboren zijn in het verkeerde lichaam'. Wel heb ik zelf altijd getwijfeld of dit niet een veel te voorbarige zorgvorm is op Valentijn de Hingh en aanverwante voorbeelen. De data en vele berichten lijken nu ook dat gelijk toenemend te bevestigen, Valentijn heeft zelf aangegeven in een interview dat hij de operatie niet had moeten doen.

Bronnen van de vragen rondom geïnformeerde toestemming op pagina 17 en 18:
10 **Transgender Interventions Harm Children** https://acpeds.org/transgender-interventions-harm-children
11 Zinnia Jones (December 2018) **Use of puberty blockers in transgender girls, effects on genital tissue development, and vaginoplasty options** https://genderanalysis.net/2018/12/use-of-puberty-blockers-in-transgender-girls-effects-on-genital-tissue-development-and-vaginoplasty-options/
12 C.J.M. de Blok et al. (Sep 2021) **Mortality trends over five decades in adult transgender people receiving hormone treatment: a report from the Amsterdam cohort of gender dysphoria** https://www.transvisie.nl/wp-content/uploads/2021/09/lancet-mortality-transgender.pdf
13 A. Maassen van den Brink & A.J. van Zonneveld (16 sep 2019) **De rol van hormonen bij migraine en diabetes** https://www.zonmw.nl/nl/artikel/de-rol-van-hormonen-bij-migraine-en-diabetes#:~:text='Als%20je%20wilt%20onderzoeken%20wat,ontwikkelt%2C%20een%20voorstadium%20van%20diabetes
14 E. M. Shanker et al. (2024) **Exploring the Incidence of Testicular Neoplasms in the Transgender Population: A Case Series** https://meridian.allenpress.com/aplm/article/doi/10.5858/arpa.2024-0218-OA/503894
15 M. Kerrebrouck et al. (20 Jan 2022) **Thrombophilia and hormonal therapy in transgender persons: A literature review and case series** https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9621226/
16 Paula Amatoet al. **Fertility Details for Trans Women** https://www.fertilityiq.com/fertilityiq/trans-feminine-fertility/fertility-details-for-trans-women#transition-and-fertility
17 N. Fujita et al. (11 June 2024) **Association between sex hormones and erectile dysfunction in men without hypoandrogenism** https://www.nature.com/articles/s41598-024-64339-3
18 M. Dominoni et al. (14 Nov 2024) **Pelvic floor and sexual dysfunctions after genital gender-affirming surgery: a systematic review and meta-analysis** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39545366/#:~:text=Sexual%20dysfunctions%20were%20reported%20by,irritative%20symptoms%20up%20to%2037%25
19 M. Fradd **How the Medical World Is Creating Lifelong Patients** https://pintswithaquinas.com/how-the-medical-world-is-creating-lifelong-patients
20 M. den Heijer **Long term hormonal treatment for transgender people** https://www.bmj.com/content/bmj/359/bmj.j5027.full.pdf
21 P. J. Cheng et al. (June 2019) **Fertility concerns of the transgender patient** https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6626312/
22 **Information on Cleveland Clinic website** https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/15500-vaginal-atrophy
23 Juno Obedin-Maliver (June 2016) **Pelvic pain and persistent menses in transgender men** https://transcare.ucsf.edu/guidelines/pain-transmen
24 Leila Hashemiet al. (June 2024) **Gender-Affirming Hormone Treatment and Metabolic Syndrome Among Transgender Veterans** https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2820670
25 **Liver Care for Transgender and Gender-Diverse Individuals** https://www.uchicagomedicine.org/conditions-services/transgender-care-services/liver-disease-care
26 J. Mitchell (19 Aug 2021) **Testosterone linked to weight gain and higher rates of obesity among transmasculine people; physicians should monitor long term weight changes in transgender patients** https://www.bidmc.org/about-bidmc/news/2021/08/study-reveals-gender-affirming-hormone-therapies-impact-obesity-transgender-individuals
27 E. Abbruzzeseet al. (2 Jan 2023) **The Myth of "Reliable Research" in Pediatric Gender Medicine: A critical evaluation of the Dutch Studies—and research that has followed** https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2022.2150346
28 Helene Frances Hedian **Gender-Affirming Hormone Therapy (GAHT)** https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/gender-affirming-hormone-therapy-gaht
29 G. Giacomelli et al. (27 May 2022) **Bone health in transgender people: a narrative** review https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/20420188221099346
30 Lyvia Maria Bezerra da Silva et al. (24 April 2024) **Pelvic Floor Dysfunction in Transgender Men on Gender-affirming Hormone Therapy: A Descriptive Cross-sectional Study** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38662108/
31 DEA United States Drug Enforcement Administration **Drug Scheduling** https://www.dea.gov/drug-information/drug-scheduling
32 Melissa Rudy (April 2024) **Puberty blockers could cause long-term fertility and health issues for boys, study finds: 'May be permanent'** https://www.foxnews.com/health/puberty-blockers-could-cause-long-term-fertility-health-boys-study-may-be-permanent
33 Murugesh et al.. 2024 **Puberty Blocker and Aging Impact on Testicular Cell States and Function** https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2024.03.23.586441v1
34 D. Ehrensaft (2017) **Gender nonconforming youth: current perspectives** https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5448699/
35 Bangalore Krsihna K. et al. (July 2019) **Use of Gonadotropin-Releasing Hormone Analogs in Children: Update by an International Consortium** https://www.karger.com/Article/FullText/501336
36 **Marci Bowers, President of WPATH, talking about Puberty Blockers**, YT, 29.06.2023 https://www.youtube.com/watch?v=kuwOx9YdHXY

Resultaat familie- en vriendenenquête

Overhandig aan kliniek

	Naam familielid of vriend	Relatie tot de persoon:
A :	Geanonimiseerd	**Vader**
B :	Geanonimiseerd	**Moeder**
C :	Geanonimiseerd	**Zus**
D :	Geanonimiseerd	**Oma**
E :	Geanonimiseerd	**Oma**
F :	Geanonimiseerd	**Tante**
G :	Geanonimiseerd	**Oom**
H :	.....	.....
I :	.....	.....
J :	.....	.....
K :	.....	.....
L :	.....	.....

Gebruik de volgende kleurcodes om antwoorden aan te geven: **Ja:** Groen **Nee:** Rood **Beide/Onduidelijk:** Orange

Deel 1 - Op basis van DSM-5-TR

Heden	**A**	**B**	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**H**	**I**	**J**	**K**	**L**
Vraag 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Verleden												
Vraag 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Deel 2 - ROGD-indicatie

Vraag 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Deel 3 - Aanvullende vragen

Vraag 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 9	n.v.t.											
Vraag met betrekking tot geïnformeerde toestemming												
Vraag 10 Transitie?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Nee, niet doen

Handtekening van Ouders:

Datum: eerdere versie overhandigd aan kliniek op **4 maart 2024**

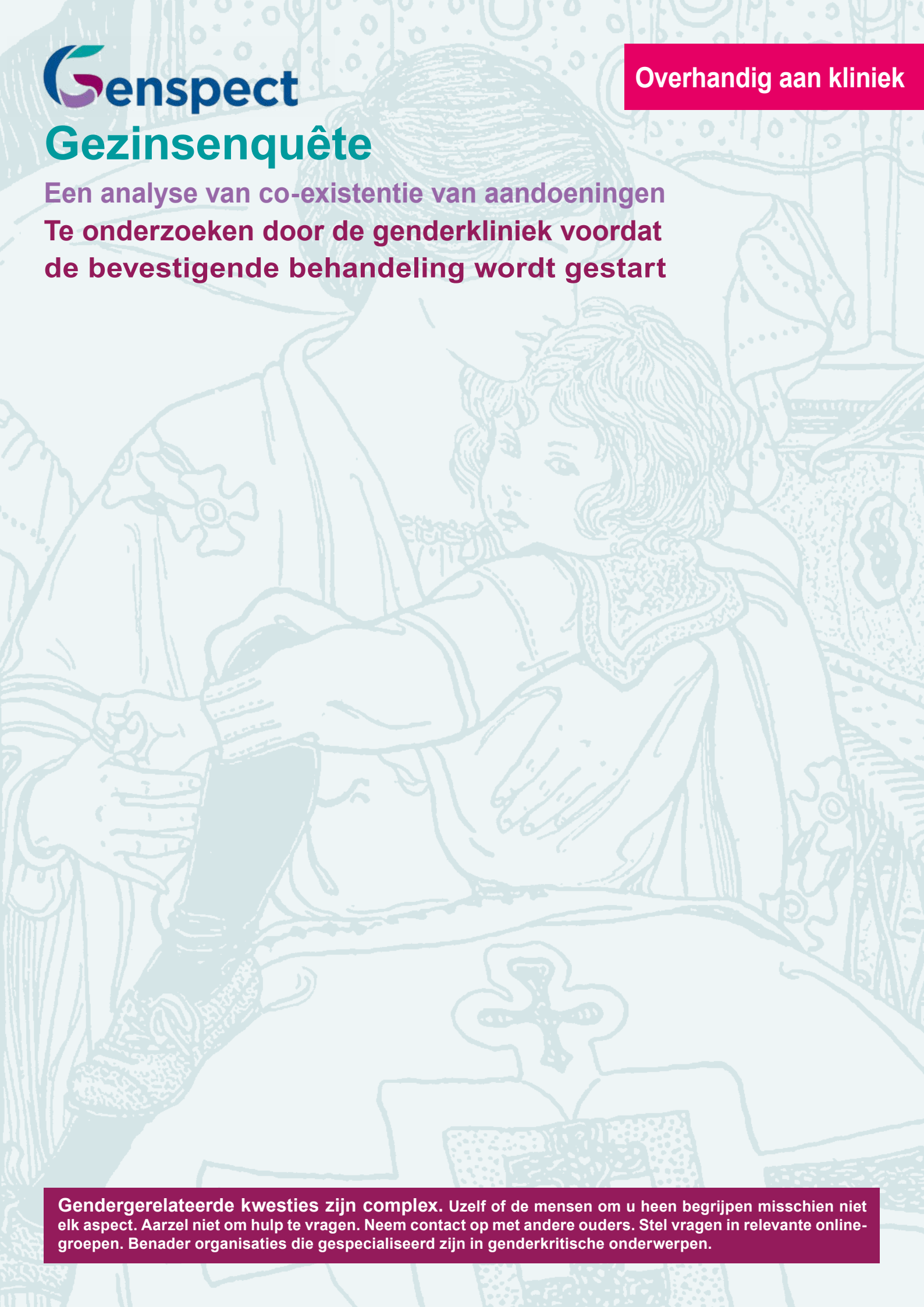
Genspect

Overhandig aan kliniek

Gezinsenquête

Een analyse van co-existentie van aandoeningen

Te onderzoeken door de genderkliniek voordat de bevestigende behandeling wordt gestart



Gendergerelateerde kwesties zijn complex. Uzelf of de mensen om u heen begrijpen misschien niet elk aspect. Aarzel niet om hulp te vragen. Neem contact op met andere ouders. Stel vragen in relevante online-groepen. Benader organisaties die gespecialiseerd zijn in genderkritische onderwerpen.

Mogelijke bijkomende aandoeningen

Geef als ouder alstublieft aan (in de groene 'ja / nee rij') of u een van de volgende kenmerken observeert die relevant kunnen zijn voor de zelfgerapporteerde genderincongruentie van uw kind (kruis alles aan wat van toepassing is).

Voor elk kenmerk dat u observeert, vraag de kliniek of zij dit ook erkennen in hun beoordeling.

Meest belangrijke en meest voorkomende co-existentie van aandoeningen	**Familie**	**Kliniek**
Geïnternaliseerde homofobie (niet erkennen/schaamte dat je homo of lesbisch bent)	nee	ja / nee
Zelfhaat	ja	ja / nee
Autisme	ja	ja / nee
Eenzaamheid	ja	ja / nee
Symptomen van ROGD (plots ontstane genderdysforie)		
De 'coming out' als trans was volledig onverwacht	ja	ja / nee
De 'coming out' komt niet overeen met het verwachte beeld van een 'trans persoon'	ja	ja / nee
Sociale beïnvloeding via vrienden	ja	ja / nee
Sociale beïnvloeding via internet	ja	ja / nee
Mentale achteruitgang na de 'coming out'	ja	ja / nee
Plotselinge toename van liegen	ja	ja / nee
Plotselinge veranderingen in gedrag na de 'coming out'	ja	ja / nee
Schaamte of terughoudendheid om zichzelf/haarzelf als het tegenovergestelde geslacht uit te drukken (bijvoorbeeld richting familie)	ja	ja / nee
Creëren van twee gescheiden werelden (thuis/familie vs. vrienden of school, triangulatie)	ja	ja / nee
Zoeken naar (negatieve) aandacht (daarom beweren 'trans' of 'non-binair' te zijn)	ja	ja / nee
Trauma		
Ervaren van pesten nu of in het verleden **Volgens vader niet, volgens moeder wel**	ja / nee	ja / nee
Problemen door gescheiden ouders	nee	ja / nee
Jeugdangsten	nee	ja / nee
Geschiedenis van seksueel misbruik	nee	ja / nee
Ervaring van fysieke geweld	nee	ja / nee
Onvolwassenheid, sociale en relationele problemen		
Onvolwassen of kinderlijk onrijp gedrag	ja	ja / nee
Weinig of geen ervaring met vriendjes of vriendinnetjes	ja	ja / nee
Terughoudendheid om mensen (en potentiële partners) aan te raken	ja	ja / nee
Haat tegen heteronormativiteit (of bijvoorbeeld 'het patriarchaat')	ja	ja / nee
Extreme politieke overtuigingen	ja	ja / nee
Smetvrees	**ja**	ja / nee
Psychologische problemen		
Elke eerdere diagnose van een stoornis (gebaseerd op de DSM)	nee	ja / nee
ADHD of ADD	nee	ja / nee
Lichaamsdysmorfie (BDD) (ontevredenheid over lichaamsdelen)	ja	ja / nee
Zelfbeschadiging (**snijden, maar erg mild**)	ja	ja / nee
Bindingsangst	ja	ja / nee
Seksuele angsten	ja	ja / nee
Tekenen van narcistische eigenschappen (opgeblazen zelfbeeld, Peter Pan-syndroom)	ja	ja / nee
Tekenen van borderline (splijten, conflicten, zelfbeschadiging, dreigen met vertrek)	ja	ja / nee
Vermoeden van nagebootste stoornis (ICD 6D50, DSM-5-TR 300.19) (ander probleem)	ja	ja / nee
Als man: Geuite vijandigheid tegenover conventioneel vrouwelijke vrouwen	ja	ja / nee
Transmaxxing [37]	ja	ja / nee
Autogynefilie [38], transvestitisch fetisjisme (een parafilie, in de DSM-5-TR 302.3 (F65.1))	nee	ja / nee
Andere ongespecificeerde kenmerken 1: **Angst voor toekomst**	ja	ja / nee
Andere ongespecificeerde kenmerken 2: **Angst dat hij niet bijzonder zal worden**	ja	ja / nee
Andere ongespecificeerde kenmerken 3: **Nihilisme**	ja	ja / nee
Andere ongespecificeerde kenmerken 4: **Ervaart groot lijden omdat het leven verantwoordelijkheid oplegt.**		
Denkt hieraan te ontsnappen via trans (=transmaxxing)	ja	ja / nee

Vraag aan de behandelend arts

Voor elk item dat anders gemarkeerd is dan het ouderlijk standpunt hierboven, geef alstublieft uw klinische onderbouwing waarom uw beoordeling verschilt van de observaties van de familie.

37 **Transmaxxing** is een controversieel fenomeen waarbij mannen, voornamelijk uit "incel" (onvrijwillig single) online gemeenschappen, een transmedicalisatie aangaan vanwege veronderstelde sociale voordelen in plaats van geslachtsgerelateerde stress, zoals beter sociaal behandeld worden of ontsnappen aan mannelijke sociale druk.
38 **Autogynephilia (AGP)** is een parafilie gekarakteriseerd door seksuele opwinding bij de gedachte om een vrouw te zijn. Deze aandoening kan problematische gevolgen hebben als chirurgische ingrepen worden ondernomen, aangezien procedures zoals castratie kunnen leiden tot verminderde libido, wat kan resulteren in aanzienlijke spijt. AGP vertegenwoordigt een parafiele aandoening in plaats van een 'genderidentiteit', en genderbevestigende behandeling wordt niet aanbevolen (Dr. Az Hakeem - DE-TRANS: When Transition Is Not the Solution, ISBN 979-8862184549).

Vragen aan de kliniek - 1

Overhandig aan kliniek

Vragen voor de specialist over ethische zaken en verantwoordelijkheid

De huidige protocollen voor genderbevestigende zorg laten een opmerkelijk gebrek aan klinische richtlijnen en aandacht zien met betrekking tot de langetermijnimplicaties voor **intieme relaties** en **gezond seksueel functioneren**. Deze cruciale omissie vereist dringend aandacht, vooral omdat de procedures permanente lichamelijke aanpassingen met zich meebrengen.

1. Welk gedocumenteerd protocol gebruikt de kliniek om geslachtsgerelateerde stress te onderscheiden van andere aandoeningen op basis van objectieve klinische criteria?

2. Hoe voorkomt de kliniek dat de lichaamsmodificatie de langetermijnfunctie in intieme relaties of andere cruciale aspecten van het leven schaden?

3. Welke klinische criteria valideren de zelfgerapporteerde geslachtsgerelateerde stress van een patiënt, en welke op bewijs gebaseerde ondersteuning rechtvaardigt deze interventies, aangezien zelfgerapporteerde stress subjectief en niet meetbaar is?

4. Kunt u uw protocol verstrekken dat permanente interventies bij geslachtsgerelateerde stress autoriseert, vooral wanneer vergelijkbare interventies (zoals VGV of vrijwillige amputatie) verboden zijn voor andere lichaamsgerelateerde aandoeningen? Wat is de op bewijs gebaseerde rechtvaardiging voor dit onderscheid?

5. Welke protocollen bepalen medische noodzaak en geïnformeerde toestemming, vooral bij afwezigheid van langetermijnresultaten?

6. 'In dubio abstine' is een fundamenteel principe in medische ethiek. Is genderbevestigende zorg in overeenstemming met dit principe?

7. Lees alstublieft de anekdote van de vader hieronder. Hebben we hier te maken met een variant van Hannah Arendts 'banaliteit van het kwaad'?

8. Plastische chirurgie volgt doorgaans het principe van het behouden van de natuurlijke vorm. Er worden bijboorbeeld geen staarten toegevoegd, noch worden ogen verwijderd om een cycloop te creëren. Is deze ethische standaard van toepassing binnen uw protocol? Wij vragen dit specifiek met betrekking tot de genderidentiteiten non-binair*, nullo* en eunuch*. Is het ethisch en legaal om deze identiteiten chirurgisch te behandelen?

9. Is het ethisch om individuen te helpen hun verlangens te vervullen als dit leidt tot maatschappelijke ontwrichting, zoals gezinsbreuk of de aantasting van vrouwenrechten?

10. Gezien de aanzienlijke beperkingen in op bewijs gebaseerde validatie voor het genderbevestigende model, is het ethisch om van familieleden te vragen om vertrouwen te stellen in dit proces?

Logisch denken, beantwoordt alstublieft

11. Als 'genderidentiteit' zowel aangeboren als onveranderlijk is, zoals gendertheorie suggereert, maar ook fluïde identiteiten omvat, hoe kunnen medische interventies dan noodzakelijk worden geacht zonder 'primum non nocere' (vooreerst geen kwaad doen) en 'in dubio abstine' (bij twijfel niets doen) te schenden, gezien deze inherente paradox?

12. Als geslachtsdelen het gender niet definiëren, hoe bevestigt het verwijderen ervan dan het gender (in de situatie van genderbevestigende zorg)?

Deze vragen zijn bedoeld om het klinische redeneerproces en de documentatie ter ondersteuning van de huidige behandelprotocollen te verduidelijken.



Vader stelt vragen in de Nederlandse kliniek

"Het gesprek met de klinisch psycholoog ging verder dan alleen mijn vraag welk percentage van de mensen die in transitie gaan spijt ervaart. Die vraag is incompleet. De echte vraag zou moeten zijn of mensen een betere kwaliteit van leven hebben na geslachtsaanpassende procedures. En hier kwam de meest opmerkelijke uitspraak van de klinisch psycholoog: ***'Transitie maakt je niet gelukkig.'***
Onze reactie was: ***'Huh? Waarom doen we het dan?!'*** *De klinisch psycholoog herhaalde deze verbijsterende uitspraak meerdere keren tijdens ons gesprek. We waren geschokt dat hij dit zo openlijk toegaf.* ***We begrijpen het nog altijd niet.****"*

*Een nullo is iemand die alle geslachtelijke kenmerken laat verwijderen: borsten, inwendige en uitwendige geslachtsorganen, maar ook bijvoorbeeld tepels en navel. In het meest extreme geval blijft er enkel nog het urinegat over. Chirurgische affirmatie van non-binairiteit is tevens gedeeltelijke nullificatie. De eunuch-identiteit staat benoemd in het Nederlandse Somatische transgenderzorgmodel 2024, pagina 23-29. Dit is een sadomasochistische fetish van 'cutters' en 'wannabees', geen 'gender'.

Vijftien wetenschappelijke vragen

De opmerkelijke lijst van dr. Stephen Levine die we citeerden in de vooruitleg, roept **vijftien cruciale wetenschappelijke vragen** op. Met deze vragen kunnen ouders een kritisch en constructief gesprek aangaan met specialisten over de aannames achter het genderaffirmatieve zorgmodel.

1. Is het werkelijk zo dat een transidentiteit, eenmaal vastgesteld, voor altijd onveranderlijk blijft?

2. Kunt u bewijzen dat transidentiteiten hoofdzakelijk worden veroorzaakt door prenatale biologische factoren?

3. Hoe kunt u verklaren dat seksuele geaardheid volledig onafhankelijk zou zijn van 'genderidentiteit', terwijl de ontwikkeling van beide vaak met elkaar verbonden lijkt te zijn? Verhindert vroege medicalisering niet het ontdekken van homoseksualiteit?

4. Is het echt waar dat geen enkele vorm van 'genderidentiteit' een symptoom kan zijn van een onderliggend psychologisch probleem?

5. Hoe kunt u zeggen dat 'genderdysforie' een ernstige medische aandoening is die transmedicalisatie rechtvaardigd, maar dat behandeling alleen nodig is als de patiënt dit wil?

6. Zijn de emotionele problemen van kinderen met 'genderdysforie' uitsluitend te wijten aan discriminatie, of spelen er andere, onderliggende factoren mee?

7. Waarom wordt vaak beweerd dat er geen effectieve alternatieven zijn voor genderbevestigende zorg, terwijl andere benaderingen bestaan?

8. Is elke poging tot psychotherapie echt vergelijkbaar met conversietherapie, en waarom zou dit verboden moeten worden? Is de medische transitie niet een conversie van het geslachtelijke lichaam?

9. Welke wetenschappelijke basis is er die aantoont dat genderbevestigende zorg blijvende verbeteringen in mentale gezondheid en sociale functie oplevert?

10. Heeft u bewijs dat genderbevestigende zorg de suïcidale gedachten en zelfmoordpercentages daadwerkelijk vermindert op de lange termijn?

11. Hoe zeker bent u ervan dat jonge tieners en adolescenten weten wat hen in de toekomst gelukkig zal maken?

12. Kan het voldoen aan de diagnostische criteria voor 'genderdysforie' werkelijk een goede uitkomst van genderbevestigende zorg garanderen?

13. Als spijt en detransitie zeldzaam zijn, hoe verklaart u dan de toenemende erkenning van detransitie in recente jaren?

14. Hoe kan de kliniek rechtvaardigen dat een DSM-diagnose, die per definitie een momentopname is, toch gebruikt wordt als reden voor permanente, onomkeerbare lichaamsaanpassingen?

15. De voorgaande veertien vragen vormen de kern van de beweringen over affirmatieve zorg. Als de ideeën zelf niet waar of wetenschappelijk onderbouwd zijn, hoe kunnen we dan vertrouwen op de interventies die daarop gebaseerd zijn?



Enkele belangrijke stappen

Schrijf de geschiedenis en uw standpunten over de situatie uit

Wij raden aan om uw gedachten te ordenen door een gedetailleerde brief te schrijven. Beschrijf hoe de situatie is begonnen, geef een overzicht van de gedragskenmerken van uw kind, en deel uw perspectief over wat u denkt dat er aan de hand is. Geef deze brief zowel aan de genderkliniek als aan uw huisarts. **Stuur een geprinte versie per aangetekende post met ontvangstbevestiging voor officiële documentatie en stuur daarnaast een kopie via e-mail voor snellere communicatie.**

Meld tekenen van schaamte, problematisch gedrag en onrealistische verwachtingen

Als uit de enquête blijkt dat er sprake is van schaamte rond 'genderexpressie' (of andere problematische gedragsindicatoren), moet de genderkliniek dit probleem aanpakken. Eventuele zorgen die door u of andere familieleden worden geuit, moeten leiden tot een duidelijke en logische opvolging, met een uitleg van de aanpak van de kliniek. **Schaamte is fundamenteel onverenigbaar met medische behandeling**, omdat dit iatrogene* schade kan verergeren wanneer lichamelijke veranderingen door medische ingrepen zichtbaar worden. Het is essentieel dat de patiënt gevoelens van schaamte overwint voordat er verdere stappen worden ondernomen.

Uw huisarts is uw bondgenoot

Deel uw zorgen met uw huisarts in een geschreven document, ondersteund door betrouwbare bronnen die uw zorgen onderbouwen. De voortdurende medische controverse rondom het genderbevestigende zorgmodel is volop in ontwikkeling, en veel huisartsen zijn mogelijk nog niet volledig op de hoogte. Zij vertrouwen vaak op de klinieken—een fenomeen dat bekend staat als de 'vertrouwensketen'. Het is uw verantwoordelijkheid om de tekortkomingen in genderbevestigende zorg, die u in de literatuur hebt gevonden, aan te kaarten.
Geef daarnaast bij uw huisarts aan hoe u zich voelt over de manier waarop u als ouder binnen de kliniek wordt behandeld, vooral als uw standpunten worden afgewezen, niet serieus worden genomen, of als u wordt uitgesloten van gesprekken over de zorg voor uw kind.

Wat is het kennis- en ervaringsniveau van de specialist?

Maak een lijst met vragen en vraag om schriftelijke antwoorden. Vraag de specialist naar de bronnen die u heeft gelezen. Heeft de specialist deze literatuur ook gelezen? Zo niet, wat kwalificeert hem dan als expert? Wat is het kennis- en ervaringsniveau van de specialist? Een specialist heeft de beroepsverplichting om zich zo breed mogelijk te informeren. Vooral de bestsellers uit de adviesleeslijst zijn goed gedocumenteerd en zijn direct conflicterend met wat de affirmatieve klinieken beweren. Als zij deze vakliteratuur niet kennen, is dat verwijtbaar gebrekkig en zijn ze onbekwaam als specialist.

Verzoek aan de genderkliniek om te overleggen met de huisarts

Het is verstandig om de kliniek te verzoeken om te overleggen met de huisarts om hun perspectief te betrekken. **Als de mening van de huisarts verschilt van die van de genderkliniek, mag deze niet zonder een duidelijke en logische uitleg worden verworpen.** Dit verzoek stimuleert de kliniek om transparant en verantwoordelijk te handelen, wat helpt om potentiële juridische problemen in de toekomst te beperken.

Stuur kopieën van de enquête naar uw huisarts en de verzekeringsmaatschappij (in België: het ziekenfonds)

Wij raden aan om de ingevulde enquête te delen met **huisarts** en de **verzekeringsmaatschappij (in België: het ziekenfonds)**, zodat alle betrokken partijen goed geïnformeerd zijn over de complexe kwesties rond medische transitie. Omdat een diagnose van 'genderdysforie' niet objectief meetbaar is, is het van cruciaal belang om de resultaten van de enquête aan de verzekeringsmaatschappij (in België: het ziekenfonds) te communiceren, vooral als de uitkomst hiervan verschilt met de zelfdiagnose van uw kind. Dit zorgt ervoor dat de kliniek verantwoording moet afleggen en moet uitleggen waarom de zelfdiagnose zwaarder weegt dan het inzicht van het gezin en waarom medische interventies, met aanzienlijke gezondheidsrisico's, als de enige haalbare oplossing worden gezien. **Stuur de brief in een geprinte versie per aangetekende post met ontvangstbevestiging naar alle partijen en stuur daarnaast tevens een kopie per e-mail voor snellere communicatie.**

* 'Iatrogeen' betekent: schade juist door de behandeling veroorzaakt.

Ouderlijke verklaring

Overhandig aan kliniek

Het betreden van een juridisch mijnenveld

Zodra een diagnose is gesteld, moet de klinische verklaring de eerdergenoemde zorgen duidelijk weerleggen. Het is essentieel dat alle mogelijke bijdragende factoren van de door de patiënt gerapporteerde 'genderdysforie' grondig worden onderzocht. Het aanpakken van deze factoren kan leiden tot een oplossing van de gepresenteerde problemen en mogelijk de noodzaak voor onomkeerbare medische ingrepen wegnemen.
Daarnaast moet worden aangetoond in hoeverre er sprake is van coëxisterende aandoeningen en waarom deze geen aanleiding geven tot diagnostische overschaduwing.
Een zorgvuldig gedocumenteerd onderzoek naar coëxisterende aandoeningen is cruciaal, vooral gezien de drastische en onomkeerbare procedures die door klinieken worden uitgevoerd. **We hebben duidelijke aanwijzingen dat dergelijke rapportage momenteel ontbreekt, wat tot aanzienlijke juridische problemen kan leiden.** Verzekeringsmaatschappijen (in België: ziekenfondsen) lijken niet op de hoogte van deze kwesties. Zodra zij hiervan op de hoogte zijn, zullen er waarschijnlijk fundamentele vragen worden gesteld om juridische en financiële risico's te vermijden. Het versturen van de uitkomsten van onze enquête naar verzekeringsmaatschappijen (in België: ziekenfondsen) helpt om bewustzijn te creëren.
Bovendien mogen we niet vergeten dat de langetermijnkennis en nabijheid van ouders tot hun kind niet worden erkend in het besluitvormingsproces. Deze systematische afwijzing van ouderlijke input creëert aanzienlijke medisch-juridische zorgen. **Hoe is het mogelijk dat genderklinieken deze cruciale bron van klinische informatie systematisch negeren?**
Nu deze enquête beschikbaar is, rijst de vraag wanneer ouderlijke inzichten worden meegenomen. Kunnen klinieken aantonen dat dit adequaat is gedaan in eerdere gevallen? En hoe sluiten historische klinische beslissingen aan bij de resultaten van gezinnen die onze systematische beoordeling hebben voltooid?
Het is te verwachten dat deze enquête aanzienlijke uitdagingen zal creëren voor genderklinieken, vooral nu duidelijk wordt dat ouderlijke indrukken systematisch zijn genegeerd. Het kan niet langer worden volgehouden dat ouderlijke input irrelevant is, vooral nu er concreet bewijs is van de waarde en impact van onze informatie via deze enquête en jullie collectieve antwoorden op deze vragen.

Als de kliniek wenst door te gaan met verdere behandeling die medicatie en chirurgie omvat, verzoeken wij als ouders dat u elk van onze vragen punt voor punt beantwoordt en uw reacties naar het onderstaande adres stuurt.

Ouderlijke verklaring

Met deze verklaring geven wij als ouders een duidelijke waarschuwing af dat wij van mening zijn dat 'genderbevestigende behandeling' niet moet worden voortgezet.
Mocht de kliniek zich beroepen op de privacy van de patiënt, dan zullen wij dit document doorsturen naar onze huisarts en de verzekeringsmaatschappij (in België: het ziekenfonds). Op deze manier kunnen deze partijen samenwerken met de kliniek om een weloverwogen beslissing te nemen. Dit betekent dat alle partijen medeverantwoordelijkheid zullen dragen indien er complicaties optreden na de behandeling, tenzij zij eveneens adviseren om de patiënt niet medisch te behandelen.
Het is redelijk dat, in geval van schade, compensatie en/of reconstructieve medische zorg wordt geboden naar de wens van de patiënt.

Naam ouder/familielid:

Geanonimiseerd

Datum:
Eerdere versie overhandigd aan kliniek op **4 maart 2024**

Adres ouder/familielid:

Geanonimiseerd

Handtekening ouder/familielid:

Ondersteund door

PAGD

memoma

TRANSTEENS SORGE BERECHTIGT

PEC

VOORZIJ voor vrouwen

MY CHILD IS NOT YOUR CANVAS.

GENDER A WIDER LENS

Genspect

Genspect

oasis

Cry for Recognition cryforrecognition.be

PARENTS with INCONVENIENT TRUTHS about TRANS

BEYOND TRANS

Parents of Desisters

STATS FOR GENDER.ORG

GENDERPUNT

GDSN

LGB ALLIANCE

Stephanie Davies-Arai - directeur van Transgender Trend

*"Ik heb die eerste paar jaren gesproken met **ouders die zich in de vreselijke situatie bevonden waarin ze niet alleen een serieus probleem hadden met hun tiener, maar waarin de hele wereld tegen hen leek te zijn en hen zag als bigots** (bekrompen mensen).*

Normaal gesproken, als je te maken hebt met tienerproblemen — je kind raakt betrokken bij de verkeerde mensen, drugs, alcohol, seks... Je kent al deze tienerproblemen wel — heb je in ieder geval de steun van de samenleving om je heen. Er zijn mensen die sympathie voor je hebben, sommigen geven je misschien de schuld, maar je krijgt steun. Je kunt erover praten met je vrienden. Maar ik sprak met ouders die niet eens met hun vrienden durfden te praten, omdat ze bang waren dat ze zouden worden beschuldigd van bekrompenheid of transfobie."

Dr. Stephen B. Levine - kinisch hoogleraar psychiatrie, Cleveland, Ohio

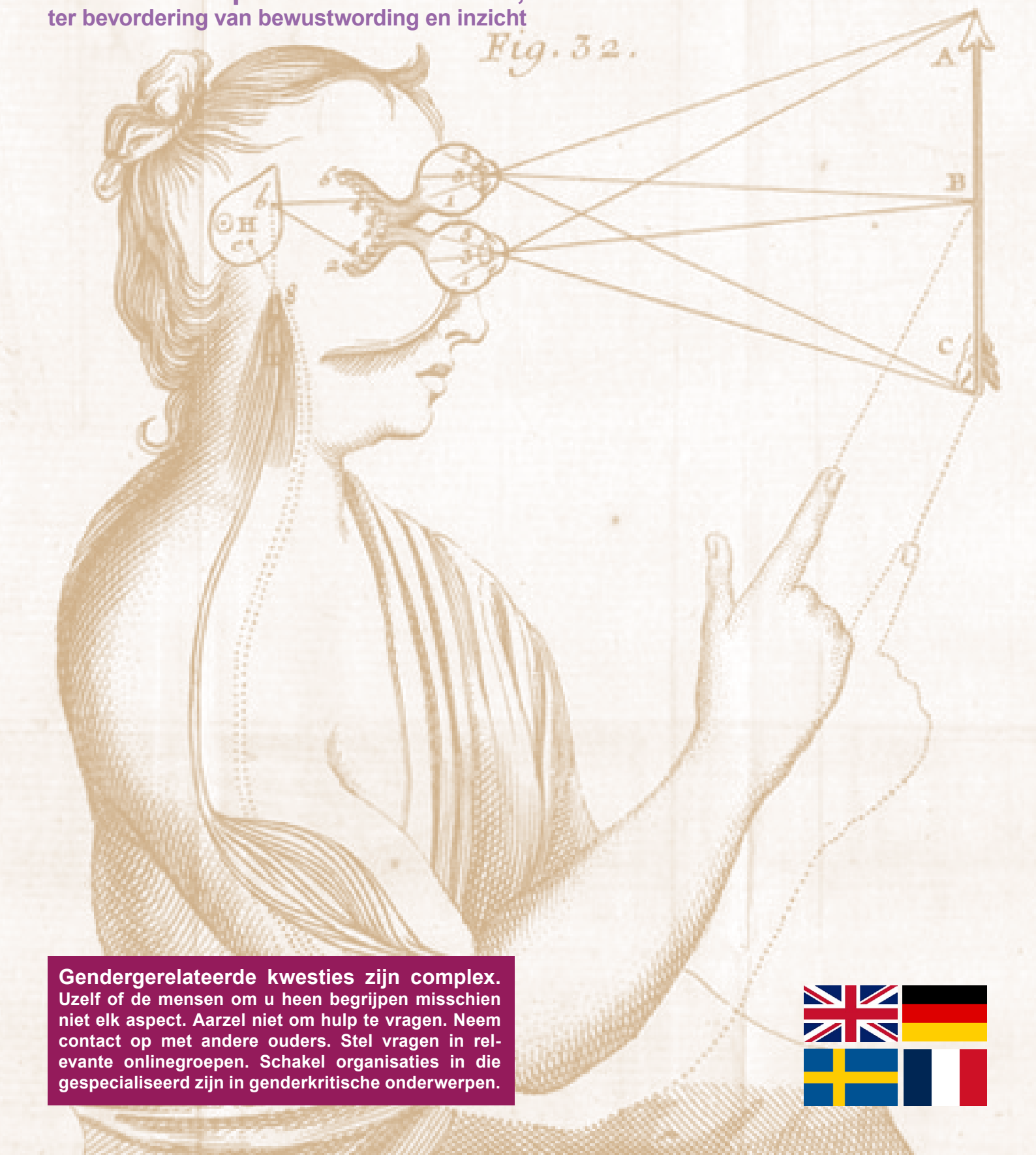
*"**Ouders (van kinderen die zich als trans identificeren) moeten simpelweg de mogelijkheid krijgen om te spreken**, om hun standpunten te delen. Geestelijke gezondheidsprofessionals moeten hun jonge patiënten helpen om te praten. Zelfs zeer intelligente **patiënten hebben vaak geen diepgaand begrip van zichzelf**. En natuurlijk hebben ze ook geen diepgaand begrip van anderen. Ze beschikken niet over voldoende vocabulaire voor psychologische fenomenen en hebben uiteraard beperkte levenservaring om hun eigen ervaringen te kunnen beoordelen.*

*De overgrote meerderheid van de ouders met wie ik in de afgelopen 50 jaar heb gewerkt, houdt zielsveel van hun kind. Zij zijn niet de vijand van hun kind. **Dat adolescenten hun ouders als vijand zien, weerspiegelt hun beperkte, onvolwassen begrip.**"*

Genspect

Januari
2025

Hulpmiddel voor genderdysforie
Enquête voor familie en vrienden
Enquête voor ouders
Gebaseerd op DSM-5-TR-criteria,
ter bevordering van bewustwording en inzicht



Gendergerelateerde kwesties zijn complex. Uzelf of de mensen om u heen begrijpen misschien niet elk aspect. Aarzel niet om hulp te vragen. Neem contact op met andere ouders. Stel vragen in relevante onlinegroepen. Schakel organisaties in die gespecialiseerd zijn in genderkritische onderwerpen.

Beste ouders,

We ontvangen regelmatig wanhopige berichten van ouders wier stem genegeerd wordt tijdens de genderkliniekbeoordelingen van hun kind. Hoewel ze worden uitgenodigd om deel te nemen aan het diagnostische proces, worden hun cruciale inzichten routinematig terzijde geschoven ten gunste van directe bevestiging.

***Het huidige systeem is zeer zorgwekkend:** hoewel klinieken om ouderlijke input vragen, overstemt de verklaring van het kind over zijn of haar gewenste identiteit de jarenlange kennis en waarnemingen van de familie. Deze consulten zijn daardoor feitelijk niet meer dan administratieve formaliteiten – 'vinkjes aan verzekeringsformulieren toevoegen' in plaats van zinvol klinisch onderzoek. (Specialisten van het VUmc suggereren zelfs dat de wens van de patiënt voorop zou moeten staan, ongeacht of de behandeling werkt of niet, red.[39])*

*Deze praktijk ondermijnt de kwaliteit van gezondheidszorg fundamenteel. **Ouders en familieleden beschikken over belangrijke kennis die niet goed in beeld komt via enkel de korte klinische consulten.** Een meta-analytisch review van Dowell en Ogles (2010)[1] en een meta-analyse van Sun et al. (2019)[2] toonden aan dat ouderlijke betrokkenheid bij de behandeling van hun kind een positief effect heeft op de algehele effectiviteit ervan. Ouders kennen de patronen van hun kind, zijn of haar worsteling en veranderingen in zijn of haar persoonlijkheid. Ze merken vaak als eersten onderliggende problemen op die wellicht een rol spelen bij de nood van hun kind. Toch worden deze essentiële inzichten genegeerd.*

Gendergerelateerde stress kan op allerlei manieren ontstaan, wat betekent dat er ook meerdere routes zijn naar een oplossing. Wanneer klinieken automatisch voorrang geven aan de wens om van geslacht te veranderen en zich volledig baseren op de zelfrapportage van een jongere, missen ze kansen om andere en minder ingrijpende benaderingen te onderzoeken voor het verlichten van de stress.

Om gezinnen te helpen met hun pleidooi voor grondige, evidence-based zorg, hebben we twee instrumenten ontwikkeld die elkaar aanvullen:
***1. De familie- en vriendenenquête** - Deze vragenlijst verzamelt observaties van familieleden en anderen die uw kind al langere tijd kennen. Wanneer meerdere observanten dezelfde visie delen, wordt hun collectieve inzicht moeilijker te negeren.*
***2. De gezinsenquête** - Deze gedetailleerde vragenlijst helpt om onderliggende factoren boven water te krijgen die onderzocht moeten worden voordat onomkeerbare interventies overwogen worden.*

*We raden aan om deze enquêtes in te vullen, ongeacht of de familie momenteel directe transmedicalisatie ondersteunt. Samen geven ze een compleet beeld, zodat uw kind de zorgvuldige en grondige beoordeling krijgt die het verdient – een die alle bijdragende factoren onderzoekt in plaats van een te snelle medicalisatie. Wanneer meerdere enquêtes zijn ingevuld door familieleden, raden we aan deze uit te printen en persoonlijk aan de behandelaar van uw kind te overhandigen. Stuur ook elektronische kopieën en bewaar ze voor toekomstige referentie. Dit zorgt ervoor dat de mening van de familie minder gemakkelijk genegeerd kan worden – ze staan nu officieel op papier en kunnen in de toekomst worden geraadpleegd. **We raden ook aan de ingevulde enquête naar uw huisarts en verzekeringsmaatschappij (of in België het ziekenfonds) te sturen**, zodat alle betrokken partijen geïnformeerd zijn over de complexiteit en de zorgwekkende aspecten van cross-sekse-medicatie en chirurgie.*

De enquête biedt bovendien een extra voordeel doordat het de bredere familie de kans geeft zich op een doordachte manier met dit onderwerp bezig te houden. Het nodigt hen uit om een steunende aanwezigheid te blijven of te worden in het leven van uw kwetsbare kind. Bezorgde ouders vermijden vaak het gesprek over gender, maar dit is niet altijd behulpzaam. Het negeren van het 'probleem' is een veelvoorkomende reactie op mentale problemen binnen het gezin, maar is vaak minder effectief dan het lijkt. Hoewel ouder en jongere zo conflicten over transkwesties vermijden, koestert de jongere vaak een zorgvuldig opgebouwde identiteit, wat het herstelproces kan belemmeren.

*Onthoud: **Het in twijfel trekken van de huidige benadering betekent geen afwijzing.** Het gaat erom dat jongeren de juiste zorg krijgen die in de eerste plaats geen schade aanricht. Uw kennis van uw kind doet ertoe, en deze instrumenten helpen u effectief te pleiten voor een doordachte en volledige beoordeling.*

Door samen te werken en deze instrumenten te gebruiken, kunt u ervoor zorgen dat uw stem niet alleen gehoord wordt, maar ook vastgelegd. Uw inzichten zijn van onschatbare waarde, en het pleiten voor grondige, evidence-based zorg is essentieel voor het welzijn van uw kind.

Met vriendelijke groet,
Stella O'Malley/Genspect, Januari 2025

1 Dowell K. A., Ogles B. M. (2010) **The Effects of Parent Participation on Child Psychotherapy Outcome: A Meta-analytic Review.** https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15374410903532585
2 Sun M., Rith-Najarian L. R., Williamson T. J., Chorpita B. F. (2019) **Treatment Features Associated with Youth Cognitive Behavioral Therapy Follow-up Effects for Internalizing Disorders: a Meta-analysis.** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29677451/
39 Annelou L.C. de Vrieset al. (2024) **Gender-affirming medical treatment for adolescents: a critical reflection on "effective" treatment outcomes** https://bmcmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-024-01143-8

Inhoudsopgave



Algemene informatie
4 Paniek binnen het gezin
4 Inzicht in zelfgerapporteerde identiteit
4 Het genderbevestigende model
4 Hoe verloopt een diagnostisch proces?
4 Huidige klinische praktijk
4 Indruk van de omgeving

Toelichting op de familie- en vriendenenquête
5 Doel van de familie- en vriendenenquête
5 Systematische documentatie en klinische validatie
5 Genderkritische perspectieven zijn geen extreemrechtse politiek
5 Invloed op de diagnose

Toelichting op de gezinsenquête
6 Klinische overwegingen met betrekking tot gelijklopende aandoeningen
6 Diagnostische overschaduwing
6 SOC-8 en het Nederlandse protocol in conflict met de Cass Review
6 Invloed op gezinsdynamiek
6 Uitvoering van de enquête
6 Verantwoordelijkheid van de kliniek en gezinsrechten

Vroege en late ontwikkeling van genderdysforie
7 Kenmerken volgens DSM-5-TR
7 Vroeg ontstane genderdysforie (EOGD)
7 Laat ontstane genderdysforie (LOGD)
8 De onlogica van de DSM-5-TR criteria

Plots ontstane genderdysforie (ROGD)
9 Kenmerken van plots ontstane genderdysforie (ROGD)
9 De enquête als indicator voor ROGD
9 De schuivende wetenschappelijke consensus
9 Belangrijk om te weten
10 Epidemie
10 Wertherisme

De onwaarheden van genderbevestigende zorg
11 De dertien onwaarheden van de genderbevestigende zorg volgens dr. Stephen Levine

Informatiebronnen
12 Aanbevelingen die de moeite waard zijn
12 Boeken en literatuur over gender
12 Boeken met een breder perspectief
12 Geen lezer? Geen probleem!

Overhandig aan kliniek



De familie- en vriendenenquête
14 Zestien vragen gebaseerd op de DSM-5-TR criteria
15 Vragen over de achtergrond van de persoon en sociale invloed
16 Aanvullende vragen
17 Vraag met betrekking tot geïnformeerde toestemming (over mannen)
18 Vraag met betrekking tot geïnformeerde toestemming (over vrouwen)
19 Een aantal persoonlijke vragen
20 Resultaat familie- en vriendenenquête

Overhandig aan kliniek

De gezinsenquête
22 Mogelijke bijkomende aandoeningen

Vragen aan de kliniek:

23 Vragen voor de specialist over ethische zaken en verantwoordelijkheid
24 Vijftien wetenschappelijke vragen

Ter afsluiting:

25 Enkele belangrijke stappen
26 Het betreden van een juridisch mijnenveld
26 Ouderlijke verklaring

Paniek binnen het gezin

Uw kind heeft u verteld dat hij of zij zijn of haar geslacht in twijfel trekt en een genderkliniek in het ziekenhuis wil bezoeken. Hoe reageert u op deze situatie met het ziekenhuis? Veel gezinnen worden overvallen door dit onderwerp, wat leidt tot jaren van emotionele onrust en gesprekken, vaak met toenemende druk. De zelfgediasnosticeerde identiteit van het kind of de jongvolwassene wordt mogelijk niet onmiddellijk erkend door gezinsleden, en wanneer dit wel gebeurt, zijn er vaak terechte zorgen over het nastreven van onomkeerbare medische ingrepen.

Inzicht in zelfgerapporteerde identiteit

Het kernprobleem in de klinische beoordeling is dat de ervaren 'genderidentiteit' niet fysiek meetbaar is. Invasieve, onomkeerbare gezondheidszorgbeslissingen moeten gebaseerd zijn op objectief bewijs, niet op de subjectieve ervaring van de patiënt enkel en alleen. Om waarneembare patronen te kwantificeren, hebben we een enquête ontworpen, niet alleen voor de directe familieleden, maar ook voor de bredere kring van mensen die de persoon goed kennen, bij voorkeur vanaf de geboorte: vrienden, buren, leraren. De enquête volgt de criteria die zijn beschreven in de DSM-5-TR (het standaardhandboek over psychische stoornissen).
Klinisch specialisten verwerpen vaak ouderlijke observaties met de uitleg dat het kind zich niet veilig voelde om zichzelf aan hun ouders te uiten. Hoewel dit in sommige gevallen waar kan zijn, vooral in sterk conservatieve of religieuze gezinnen, wordt het minder geloofwaardig als niemand in de uitgebreide familie of sociale kring ooit tekenen heeft opgemerkt. Een neef, jeugdvriend, buurman, leraar, tante of grootouder – iemand zou waarschijnlijk wel iets hebben opgemerkt in de loop der jaren. 'Genderexpressie' is cruciaal in de diagnostiek. **Als niemand ooit iets heeft opgemerkt, klopt het verhaal gewoon niet.**

Het genderbevestigende model

Een fundamenteel principe in het genderaffirmatieve model is dat de gevoelens van de patiënt centraal staan in het zorgproces. Dit zorgt voor een zorgwekkend probleem: dit blijft namelijk niet beperkt tot de wens van de patiënt, maar zijn of haar zelfdiagnose is de bepalende factor in de diagnostiek die automatisch wordt gevolgd door klinisch psychologen of psychiaters.
Bij het bespreken van deze zorgen met vrienden en kennissen kan dit al snel leiden tot debat. Een veelvoorkomende verdediging is dat de geboden zorg van hoge kwaliteit is en uitgevoerd door zeer bekwame experts. Ouders of partners die dit proces in twijfel trekken, krijgen weinig begrip en steun en worden afgedaan als te achterdochtig. Ziekenhuizen communiceren naar de pers dat zij zeer grondige diagnostiek uitvoeren voordat ze belangrijke stappen ondernemen.

Hoe verloopt een diagnose?

Uit ervaring weten we inmiddels dat het diagnostische proces anders verloopt dan vaak wordt weergegeven in de media. Het ziekenhuis stelt een diagnose op basis van een methode die volledig is gericht op de zelfdiagnose van de persoon. We zullen de procedure in de Nederlandse klinieken beschrijven, aannemelijk is dat België een vergelijkbare aanpak volgt.
Zodra een persoon wordt toegelaten tot het genderkliniek, volgt er een enquête. De persoon moet daarna een brief schrijven waarin hij of zij de gevoelens uitlegt. De brief bevestigt de enquête, en vice versa. Deze zelfdiagnostische documenten worden beschouwd als bewijs van 'genderincongruentie'. De brief en de enquête bevestigen elkaar, maar hebben dezelfde bron. **Een vaak genoemd bijkomend probleem is dat de persoon werkt vanuit een aangeleerd script.** De clichématige taal suggereert dat de ideeën niet uit persoonlijke ervaring komen, maar eerder opgelegd of ingeprent zijn. Geleerd op het internet.
'Genderincongruentie' is niet hetzelfde als 'genderdysforie', hoewel de termen vaak door elkaar worden gebruikt. Dit kan erg verwarrend zijn. 'Genderincongruentie' verwijst naar een discrepantie tussen ervaren 'genderidentiteit' en biologisch geslacht, terwijl 'genderdysforie' significant lijden bevat dat gepaard gaat met deze ervaren discrepantie. Dit is een belangrijk verschil. **Het blijft een raadsel waarom verzekeringsmaatschappijen (in België: ziekenfondsen) een zorgproces dekken dat op incongruentie is gebaseerd, maar waar psychische pijn geen noodzakelijke pijler hoeft te zijn.**

Huidige klinische praktijk

In Nederland worden vandaag de dag geen uitgebreide differentiële analyses uitgevoerd. Hoewel klinieken onderzoeken of iemand psychose, autisme, narcisme of andere mentale stoornissen heeft, worden deze bijkomende aandoeningen genoteerd en in het zorgproces meegenomen, maar niet ter onderbouwing van de 'genderincongruentie'-diagnose. De vraag wordt simpelweg: Is de persoon mentaal en fysiek fit genoeg? Dit is geen differentiële benadering, maar **een beoordeling van de gereedheid voor medische behandeling**.
Er is, met uitzondering van psychose, ernstige depressie en aanverwante extremen, geen afwijzing op basis van trauma-ervaringen, pestgeschiedenis, autisme of andere mentale gezondheidsproblemen, waarbij de verzekering (in België: het ziekenfonds) het proces dekt (met uitzondering van een kleine eigen bijdrage). **In Nederland ontvangen zelfs personen met een verstandelijke beperking genderbevestigende zorg.**[3]
Verzekeringsmaatschappijen (in België: ziekenfondsen) vertrouwen erop dat de geboden zorg adequaat is. De enquête en motivatiebrief lijken op papier grondig. Deze perceptie werd echter uitgedaagd toen Nederlandse ouders met een rigoureuze systematische interventie kwamen in de vorm van een familie-enquête, die iets heel anders onthulde en de beperkingen van zelfdiagnose blootlegde. Deze enquête is gebaseerd op die aanpak, en dit biedt jou als bezorgde ouder aanzienlijke invloed op het proces.

Indruk van de omgeving

De genderteams beweren zich in te zetten voor rust in de familie. Omdat het zorgdossier de indruk moet wekken dat een breed perspectief wordt overwogen, wordt actief gestimuleerd om gesprekken te voeren met ouders, partners en andere direct betrokkenen.
Wie bekend is met genderkritische literatuur, zoals de boeken van Abigail Shrier en Hannah Barnes en de getuigenissen van klokkenluider Jamie Reed, weet dat de werkelijkheid veel donkerder is. Ouders worden formeel uitgenodigd om hun perspectief te delen. De zorgverlener knikt beleefd, notuleert zo accuraat mogelijk de indrukken van de familie en zegt geruststellend dat hij het begrijpt. Terwijl veel ouders de zelfdiagnose van hun kind niet ondersteunen, gaan sommigen mee in de gedachten van hun kind, maar anderen blijven kritisch.
In vervolggesprekken worden de zorgen van de familie wel erkend, maar de diagnose wordt nog steeds als vastgesteld beschouwd, en het behandeltraject gaat door zoals gepland. De indrukken van de familie worden genoteerd, maar beïnvloeden de uiteindelijke beslissing niet. In feite worden hun zorgen zelfs contraproductief tegen hen gebruikt om het onderzoek op papier grondiger te doen laten lijken om aan de verzekeringsvereisten (in België: vergoedingsvereisten) te voldoen. Ouders die hun toestemming geven ondanks hun twijfels, realiseren zich de implicaties vaak pas later. Een bekend voorbeeld van deze dynamiek werd onthuld in het interview van Elon Musk met Jordan Peterson in juli 2024.[4]

3 **Genderpoli / They and Them (Nov 2023).** Nederlandse documentaire over YOUZ https://www.npodoc.nl/documentaires/2023/11/genderpoli-they-and-them.html
4 **Elon Musk geïnterviewd door Jordan Peterson (Juli 2024)** https://www.youtube.com/watch?v=Q20Nbq3EJsc

Doel van de familie- en vriendenenquête

Gebaseerd op de belangrijke bevindingen van Shrier, Barnes, Reed en andere zorgwekkende publicaties over klinieken, hebben we een beoordelingsmethode ontwikkeld die verder gaat dan alleen ouderlijke input en ook bredere familieobservaties omvat.
De enquête, gebaseerd op de DSM-5-TR-criteria voor 'Genderdysforie', is ontworpen voor volwassenen die de persoon al lange tijd kennen en gedetailleerde kennis hebben van zijn of haar ontwikkeling. Dit kunnen familieleden, buren, neven en nichten, jeugdvrienden, voormalige leerkrachten en werkbegeleiders zijn. Door deze uitgebreide benadering willen we zorgverleners en families ondersteunen bij het nemen van goed geïnformeerde, op breed bewijs gebaseerde beslissingen.

Systematische documentatie en klinische validatie

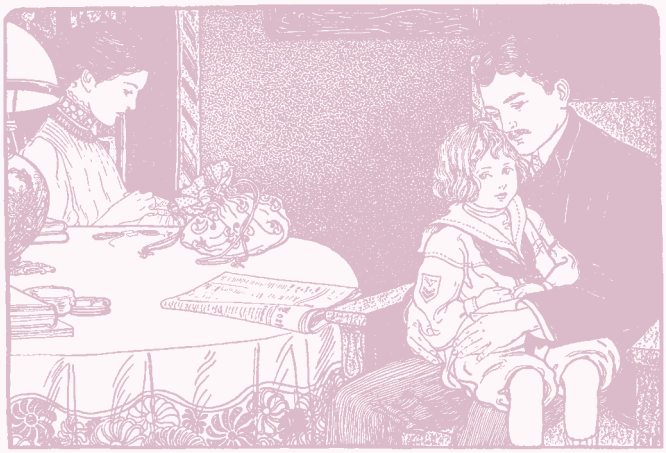
De primaire waarde van de familie- en vriendenenquête ligt in het vermogen om ouderlijke waarnemingen te objectiveren. Patiënten geven mogelijk aan dat hun 'genderincongruentie' altijd al aanwezig maar verborgen was, of dat ouderlijke weerstand voortkomt uit conservatieve opvattingen, maar deze beweringen vereisen een zorgvuldige klinische evaluatie.
Onderzoek van Abigail Shrier toont aan dat ouders die op zoek zijn naar grondige beoordeling vaak open-minded zijn, seksuele diversiteit accepteren, politiek progressief, vaak succesvolle en hoogopgeleide personen, met een diep inzicht over de ontwikkeling van hun kinderen.
De resultaten van de enquête tonen vaak consistent aan dat familieleden en bekenden vaak dezelfde observaties delen als de ouders. Het wordt relevant wanneer meerdere waarnemers uit verschillende contexten dan geen eerdere tekenen van genderincongruentie rapporteren. Vroege ontwikkelingspatronen worden doorgaans waargenomen door ten minste enkele leden van het sociale netwerk van een kind. **Daarom vormt deze systematische documentatie een cruciaal klinisch hulpmiddel dat serieuze overweging verdient.**

Genderkritische perspectieven zijn geen extreemrechtse politiek

Het is belangrijk op te merken dat Shrier, Barnes en vooral Reed (een lesbische zorgprofessional die getrouwd was met een transgender persoon toen ze haar whistleblower-verklaring aflegde) **progressieve intellectuelen** zijn. Dit toont aan dat de kritische analyse van de huidige werkprotocollen van de genderklinieken afkomstig is van diverse intellectuele achtergronden, en niet van een specifieke ideologische politieke positie.

Impact op de diagnose

De resultaten van de enquête geven de specialist inzicht hoe de hele familie de patiënt waarneemt en geven meer gewicht aan het aspect van familieproblemen in gevallen van uiteenlopende meningen. Officiële richtlijnen voor transgenderzorg bieden weinig informatie over familiekwesties, maar **het negeren van de gezinsdynamiek bij het overwegen van onomkeerbare medische interventies roept ernstige ethische zorgen op.**
Als er een sociale kloof is, zou relatietherapie eerst moeten plaatsvinden. **Het verstoren van het gezin door een zorgtraject met hoge mate van gezinsfrictie roept ernstige ethische zorgen op met betrekking tot patiëntenzorg en het welzijn van het gezin.**



Vader van 21-jarige non-binaire dochter op gesprek in Nederlandse kliniek

"Mijn dochter is 21 en heeft dus zelfbeschikkingsrecht en beweert non-binair te zijn. Haar wens was geen hormonen, maar wel een dubbele borstamputatie. Dat kan tot mijn grote verbazing dus in Nederland!
Ik wilde graag in gesprek met de kliniek en werd uitgenodigd. De psychiater begon met: 'Als uw dochter het gesprek wil beëindigen, is het direct klaar. De regie ligt volledig bij haar.' Later zei hij: 'Ik vind dat er eigenlijk helemaal geen psychiater aan te pas hoeft te komen. Tenzij er bijvoorbeeld sprake is van zware depressie of psychose; dan gaan we een ander traject in. Als je zegt wat je bent dan ben je dat, dat is voor mij voldoende.'
De psycholoog vergeleek de situatie met een tatoeage of emigratie: 'Soms maken kinderen keuzes waar je niet blij mee bent, maar je zult dat als ouder toch moeten accepteren.'
Mijn dochter en ik hebben sinds de operatie enkele maanden geleden geen contact meer vanwege ons verschil van inzicht."

Klinische overwegingen met betrekking tot coëxisterende aandoeningen

Vanwege de toenemende wetenschappelijke twijfel over het genderaffirmatieve model en de opkomende onderzoeksresultaten hebben wij deze enquête ontwikkeld om clinici te helpen bij een grondige evaluatie van mogelijke naast elkaar bestaande aandoeningen. Wanneer een jongere trauma heeft ervaren, zelfhaat vertoont, of een neuro-ontwikkelingsstoornis zoals autisme heeft, moet er zorgvuldig worden overwogen hoe deze factoren van invloed kunnen zijn op hun zelfgerapporteerde 'genderdysforie'. Deze grondige evaluatie is essentieel voordat er onomkeerbare medische of chirurgische interventies worden overwogen, in lijn met het fundamentele principe van de geneeskunde: **'Primum non nocere' (vooreerst geen kwaad doen).**

Diagnostische overschaduwing

Het **Cass Review** waarschuwt voor **'diagnostische overschaduwing'**. Mogelijk koppelt de specialist het probleem aan een verkeerde oorzaak. Patiënten kunnen hun ongemak toeschrijven aan aandoeningen in plaats van dit te koppelen aan andere onderliggende factoren en deze aan te pakken. Dit patroon is vaker waargenomen bij eerdere ineens veelvoorkomende aandoeningen zoals RSI (repetitieve strain injury), het valseherinneringssyndroom en dissociatieve identiteitsstoornissen. Deze aandoeningen delen vaak kenmerken zoals recente brede erkenning van het verschijnsel, het moeilijk objectief meetbaar zijn en het voornamelijk vertrouwen op zelfrapportage van de patiënt. Hoewel het ongemak reëel is, verdienen mogelijke nocebo-effecten (negatieve verwachtingen die de klacht veroorzaken) aandacht. Omdat genderbevestigende behandelingen vaak onomkeerbare medische interventies omvatten, zijn de implicaties van diagnostische overschaduwing aanzienlijk. Recente gegevens die wijzen op een uitvalpercentage van 30% bij naonderzoek, roepen zorgwekkende vragen op. Daarom zijn grondige documentatie en een uitgebreide evaluatie essentieel voordat wordt overgegaan tot medische interventies.

SOC-8 en het Nederlandse Protocol in conflict met het Cass Review

Kort na de publicatie van het Cass Review stuurden Nederlandse klinieken een verklaring uit waarin werd beweerd dat de in het rapport beschreven praktijken al gemeengoed waren in Nederland. **Dit is onjuist.** Het oorspronkelijke Nederlandse protocol was gebaseerd op **patiënten die vanaf jonge leeftijd duidelijk gendernonconform gedrag vertoonden** en de wens uitten om van het andere geslacht te zijn. Daarnaast was een strikte voorwaarde dat de kinderen **geen andere problemen** hadden en dat er sprake was van **steun vanuit het gezin.**
Ook de zogeheten **'real-life test'** maakte deel uit van het protocol. Dit was een fase van twee jaar waarin individuen moesten leven als het andere geslacht. Dit stelde hen in staat om de praktische gevolgen van hun transitie te ervaren en aan de kliniek te laten zien dat hun wens oprecht en weloverwogen was. Deze procedure werd in 2014 geschrapt. Tegenwoordig kunnen personen met de diagnose 'genderdysforie'— volledig gebaseerd op hun eigen zelfrapportage—direct na het ontvangen van een formele diagnose beginnen met hormoontherapie. Hoewel deze aanpak de toegankelijkheid vergroot, kan dit leiden tot uitdagingen, zoals onrealistische verwachtingen of onverwachte problemen die voor de transitie niet duidelijk waren. De praktijk in Nederland (en België) komt overeen met wat beschreven wordt in het boek van Barnes en vertegenwoordigt precies de kern van de kritiek die Cass in haar rapport uit.

Invloed op gezinsdynamiek

Het ontbreken van op bewijs gebaseerde verklaringen creëert aanzienlijke zorgen voor gezinnen. Ouders ervaren vaak ernstige stress tijdens dit proces, en gebrekkige communicatie vanuit de kliniek kan het gezinsleed verergeren. Wanneer klinieken nalaten om de zorgen van het gezin aan te pakken of duidelijke klinische onderbouwing te geven, **kan dit iatrogene* schade toebrengen aan het gezin.**

Uitvoering van de gezinsenquête

De gezinsenquête bevat een uitgebreide lijst van aandoeningen die vaak samenhangen met transzelfidentificatie. Ouders dienen aan te geven welke van deze aandoeningen zij hebben waargenomen. **Vraag bij het indienen de kliniek expliciet om feedback over:**

- Of de specialisten dezelfde patronen hebben waargenomen
- Zo niet, wat de klinische basis is voor andere waarnemingen
- Hoe geïdentificeerde aandoeningen invloed kunnen hebben op de zelfgerapporteerde 'genderdysforie'
- Wat volgens de specialisten het voorgestelde mechanisme van interactie is tussen de aandoeningen

Verantwoordelijkheid van de kliniek en gezinsrechten

Hoewel het respecteren van de privacy van de patiënt belangrijk is, blijft open communicatie essentieel, in het bijzonder bij genderdysforie gezien de verregaande implicaties van onomkeerbare medische interventies en hun invloed op de gezondheid op lange termijn. Beslissingen hebben effect op het hele gezin en kunnen aanzienlijke stressgerelateerde gezondheidsrisico's veroorzaken. **Daarom heeft het gezin het recht om voldoende informatie te ontvangen om klinische beslissingen te begrijpen en te verwerken.** Wanneer klinieken weigeren om deze zorgen aan te pakken, lopen ze het risico iatrogene schade te veroorzaken, niet alleen aan de patiënt maar ook aan het gezin. **Zorgverleners moeten ethische normen handhaven die rekening houden met zowel het individuele welzijn als het welzijn van het gezin.** Ze mogen geen patiënten 'maken'.

Ouder van een dochter met meerdere aandoeningen

*"Onze volwassen dochter ontwikkelde tijdens haar middelbare schooltijd een non-binaire identiteit, **mede door sociale invloed en online invloeden.** Ze besloot haar borsten te laten verwijderen om te bewijzen dat ze 'transmasc' was. Ondanks een brief waarin **haar bijkomende psychische aandoeningen werden vermeld, zoals eetstoornissen, autisme, trauma door pesten en een obsessief-compulsieve stoornis (OCD),** heeft onze zorgverlener de gezonde borsten van onze dochter verwijderd. De medische organisatie heeft nooit contact met ons opgenomen om de psychische problemen van onze dochter te bespreken. We kunnen de slechte therapeuten bedanken voor het toegeven aan deze zelfhaat en dit zelfbeschadigende gedrag."*

5 H. Postma (Oct 2024) **The Dutch Leaks: Trans Regret is Possibly 33%** https://genspect.org/trans-regret-is-possibly-33/
* 'Iatrogeen' betekent: schade juist door de behandeling veroorzaakt.

Kenmerken volgens de DSM-5-TR

De DSM-5-TR geeft twee sets van criteria voor het herkennen van genderdysforie (GD), namelijk vroege en late aanvang.[6]

Vroege ontwikkeling van genderdysforie (Early Onset Gender Dysphoria, EOGD)

Kinderen worden meestal gediagnosticeerd met genderdysforie als zij minstens zes maanden **significante stress** hebben ervaren en **ten minste zes van de volgende kenmerken** vertonen:

- Een sterk verlangen om van het andere geslacht te zijn of volhouden tot het andere geslacht te behoren.
- Sterke voorkeur voor het dragen van kleding die typisch is voor het andere geslacht
- Sterke voorkeur voor rollen van het andere geslacht tijdens doen-alsof-spel of fantasiespel
- Sterke voorkeur voor speelgoed, spellen of activiteiten die stereotypisch zijn voor het andere geslacht
- Sterke voorkeur voor speelmaatjes van het andere geslacht
- Sterke afwijzing van speelgoed, spellen en activiteiten die typisch zijn voor het eigen geslacht
- Sterke afkeer van de eigen lichamelijk geslachtskenmerken
- Sterk verlangen naar de fysieke geslachtskenmerken van het andere geslacht

Late ontwikkeling van genderdysforie (Late Onset Gender Dysphoria, LOGD)

Om als tiener of volwassene gediagnosticeerd te worden met genderdysforie, moet er minstens zes maanden significante stress zijn door ten minste twee van de volgende kenmerken:

- Duidelijke incongruentie tussen de primaire of secundaire geslachtskenmerken van het eigen geslacht en het ervaren en geuite andere geslacht
- Sterk verlangen om van de primaire of secundaire geslachtskenmerken van het eigen geslacht af te komen
- Sterk verlangen naar de primaire of secundaire geslachtskenmerken van het andere geslacht
- Sterk verlangen om van het andere geslacht te zijn
- Sterk verlangen om behandeld te worden als het andere geslacht
- Sterke overtuiging dat je de typische gevoelens en reacties van het andere geslacht hebt



Ouder van een tienerdochter die haar transitie heeft stopgezet

"Van haar 11e tot 15e worstelde mijn dochter met angst, PTSS en mogelijk ADHD. Ze hoorde over 'transgender' door ***te veel tijd online, schoolbegeleiders die achter onze rug om hierover met haar bespraken, en haar leeftijdsgenoten op school.*** *Het was ongelooflijk teleurstellend en verwarrend dat elke professional die ik vertrouwde om onze dochter te helpen naar een meer holistisch zelfbegrip, zich alleen richtte op 'genderidentiteit'. Onze zorgen dat de stress van onze dochter een fout copingmechanisme was en dat ze werd beïnvloed door anderen, werden van de hand gewezen. Haar privétherapeut noemde ons* ***'niet-accepterende ouders'.*** *De schoolbegeleider moedigde 'identiteitsonderzoek' aan en steunde het idee dat mijn dochter 'misschien echt een jongen is', en veranderde haar naam en voornaamwoorden op school. Toen ze somber en teruggetrokken werd, realiseerde ik me dat onze dochter, op 14-jarige leeftijd, in het geheim sprak met een trans-ideologisch geregistreerd maatschappelijk werker over het medische aspect van 'haar gender', hormooninjecties en operaties. Dit gebeurde allemaal zonder onze kennis of toestemming. Verbazingwekkend genoeg promootte zelfs onze kinderarts, ondanks alle problemen waarmee onze dochter worstelde, de 'opties' van puberteitsblokkers en binders.* ***Deze volwassenen gaven hun blinde vertrouwen aan een kind,*** *zonder het proces van identiteitontwikkeling te begrijpen en zonder te beseffen dat de focus van mijn dochter op genderidentiteit werd aangewakkerd door degenen die hierover met haar spraken alsof dit een reële mogelijkheid was. Mijn dochter besloot vlak voor haar 16e om ermee te stoppen, en is nu ontzettend dankbaar dat ik niet toegaf aan haar voortdurende eisen om haar als het andere geslacht te zien en medische interventies toe te staan.* ***Ons gezin zal de nasleep, het trauma en de woede van deze ervaring voor de rest van ons leven met ons meedragen en wij beschouwen onszelf als slachtoffers van een vreselijk medische ethisch schandaal."***

6 **DSM-V-TR online:** https://archive.org/details/dsm-5-tr/page/n1/mode/2up

Het onlogische van de DSM-5-TR criteria voor ‘genderdysforie’

Toon aan familie en vrienden

Feminisme en geslachtsrolpatronen en expressie

Het feminisme bekritiseert terecht stereotypering van mannelijke en vrouwelijke rolpatronen. Immers, elk persoon mag zich te uiten, zonder beperkingen door sociale normen zoals ‘meisjes spelen met poppen’ of ‘jongens moeten stoer zijn’. Een persoon vertoont bepaald gedrag, omdat hij of zij dat prettig of interessant vindt. **Dat moet vrij blijven van speculatie over vermeende ‘genderidentiteit’.**

De DSM-5-TR en ouderwetse seksestereotypering

In de criteria van de DSM-5-TR worden echter de niet specifiek gedefinieerde term ‘genderexpressie’ en de geslachtsrolpatronen wél als indicatoren voor de ervaarde ‘genderdysforie’ gebruikt. Bijvoorbeeld: Een jongen met een sterke voorkeur voor ‘meisjesspeelgoed’ of meisjesachtig gedrag kan voldoen aan de criteria voor ‘genderdysforie’. **Deze benadering is een terugval in ouderwetse stereotypen** en in strijd met het feministische idee dat gedrag losstaat van sekse. Het feminisme benadrukt terecht dat het doorbreken van seksestereotypen juist géén indicatie is van een zogenaamde ‘incongruentie van het geslacht’ en dit mag van geen enkele medische of diagnostische betekenis zijn.

Context van ‘genderdysforie’

De DSM-5-TR probeert ‘genderdysforie’ te identificeren bij personen die psychisch lijden aan een ervaarde incongruentie tussen hun geslachtelijke identiteit (op basis van ouderwetse stereotypen) en hun geslacht. Het gaat dus niet puur om gedrag, maar om gedrag in combinatie met significant ongemak. Het opvoeren van seksestereotypen als kenmerk is problematisch, omdat het kan leiden tot **onnodige pathologisering** van personen die simpelweg niet voldoen aan traditionele geslachtsrolpatronen.
Homoseksuele personen, artistieke mensen, mensen met autistische trekken of mentale klachten vertonen vaak atypisch gedrag. De zelf genomen conclusie van de persoon moet onderzocht worden. Waarom komt de persoon tot de gedachte dat hij of zij van het andere geslacht is of tot geen geslacht (non-binair) behoort, terwijl dit geen biologische realiteit is? Een betere oplossing is om de diagnose onafhankelijk te maken van seksestereotypen. Vrijheid in ‘genderexpressie’ maakt transmedicalisatie overbodig. Want waarom een lichaam beschadigen als iemand zichzelf simpelweg kan uiten in welke vorm dan ook?

Wat analyseert de DSM-5-TR?

De criteria van de DSM-5-TR analyseren dus of een persoon zich geslachtsconform of geslachtsnonconform gedraagt op basis van ouderwetse seksestereotypen. **Dat is in de kern al onjuist**, maar indien een persoon zich duidelijk geslachtsconform gedraagt volgens de leefomgeving, moet dit een enorme rode vlag zijn voor de kliniek en mag er geen transmedicalisatie plaatsvinden. Immers de DSM-5-TR criteria stellen dat er geslachtsnonconforme expressie moet zijn, en die is nu juist niet zichtbaar bij deze groep.
Indien er geslachtsnonconform gedrag is, is dat **nog altijd geen legitieme reden** om transmedicalisatie te laten plaatsvinden, want het atypische gedrag kan om volledig andere redenen zijn en dat is niet te bepalen via de te simpele en onjuist gestelde DSM-5-TR criteria. De kliniek zal moeten aantonen hoe zij dan wel gekomen is tot hun diagnose. Te verwach-ten is dat ook zij dat niet kunnen, want hier bestaan geen meetmethoden voor. **‘Primum non nocere’ (vooreerst geen kwaad doen) gaat boven medicalisatie van wat niet vast te stellen is.**

Is de familie- en vriendenenquête dan overbodig?

Het komt vaak voor dat familie en vrienden uit compassie meegaan in het verhaal van de persoon. Deel 1 van de enquête, die gebaseerd is op de DSM-5-TR, laat vrienden en familie nadenken hoe onlogisch de diagnostische criteria eigenlijk zijn en dat deze nooit de basis mogen zijn voor een akkoord op zeer ingrijpend lichaamsbeschadigende transmedicalisatie. De navolgende delen van de enquête geven de kliniek aanvullend inzicht in wat er aan de hand is met de persoon.



Kenmerken van plots ontstane genderdysforie (Rapid Onset Gender Dysphoria, ROGD)

ROGD, of Rapid Onset Gender Dysphoria ('plots ontstane genderdysforie'), is een hypothese van dr. Lisa Littman die **de plotselinge opkomst van geslachtsgerelateerde stress** beschrijft, met name bij pubers en jongvolwassenen zonder eerdere tekenen van 'genderdysforie' in de kindertijd.[7]

De ROGD-hypothese suggereert dat gendergerelateerde stress kan worden beïnvloed door sociale en omgevingsfactoren, waaronder:

- sociale isolatie (bijv. tijdens de COVID-19-pandemie)
- invloed van internet (door toegenomen online activiteit op social media)
- onderliggende angst
- foutieve interpretatie van andere psychische gezondheidsproblemen
- dynamiek binnen de vriendengroep

De familie- en vriendenenquête als indicator voor ROGD

Een onverwachte bijvangst kwam naar voren tijdens de ontwikkeling van de familie- en vriendenenquête: Het hulpmiddel bevestigt de waarschijnlijkheid van de ROGD-hypothese. Littmans hypothese leidde tot aanzienlijke klinische discussie wereldwijd, aangezien het in direct conflict is met het genderbevestigende model, dat genderidentiteitsclaims beschouwt als aangeboren en onveranderlijk.

Een veelgehoorde kritiek op Littmans onderzoek - dat het gebaseerd was op ouderinterviews in plaats van directe patiënt-verslagen - negeert belangrijke methodologische overwegingen met betrekking tot zelfrapportage-bias in klinische beoordeling. **De familie- en vriendenenquête helpt om de observaties van ouders te objectiveren**, door systematische documentatie te bieden over wanneer en hoe geslachtsgerelateerde stress zich heeft ontwikkeld.

De wetenschappelijke consensus verschuift

Een snelgroeiende groep experts, waaronder **Hilary Cass, Jonathan Haidt, Gordon Guyatt (EBM), Richard Dawkins, Ray Blanchard, Stephen Levine, Michael Bailey, Ken Zucker, Marcus Evans, Michael Biggs, Riittakerttu Kaltiala** en vele andere vooraanstaande onderzoekers, ondersteunt Littmans analyse. Mede vanwege de academische kwalificaties van deze experts dient ROGD serieuzer genomen te worden dan genderklinieken ons willen laten geloven. Hun beeld past niet meer bij de groeiende bewustwording anno 2025 dat sociale besmetting zeer waarschijnlijk een grote een rol speelt in de extreme toename.

Belangrijk om te weten

Het bestaan van ROGD wordt vaak genegeerd door klinieken die 'genderbevestigende zorg' bieden, omdat dit direct in conflict is met het verstrekken van medicatie en chirurgie, aangezien dit type van geslachtelijke stress niet aangeboren, maar sociaal opgewekt is. De kliniek moet bewijzen waarom iemand geen ROGD heeft. Wij als ouders hoeven niet te bewijzen dat ROGD bestaat. **Dit is een omkering van de bewijslast die wordt opgelegd aan ouders die geen specialisten zijn en geen onderzoeksmiddelen tot hun beschikking hebben.**



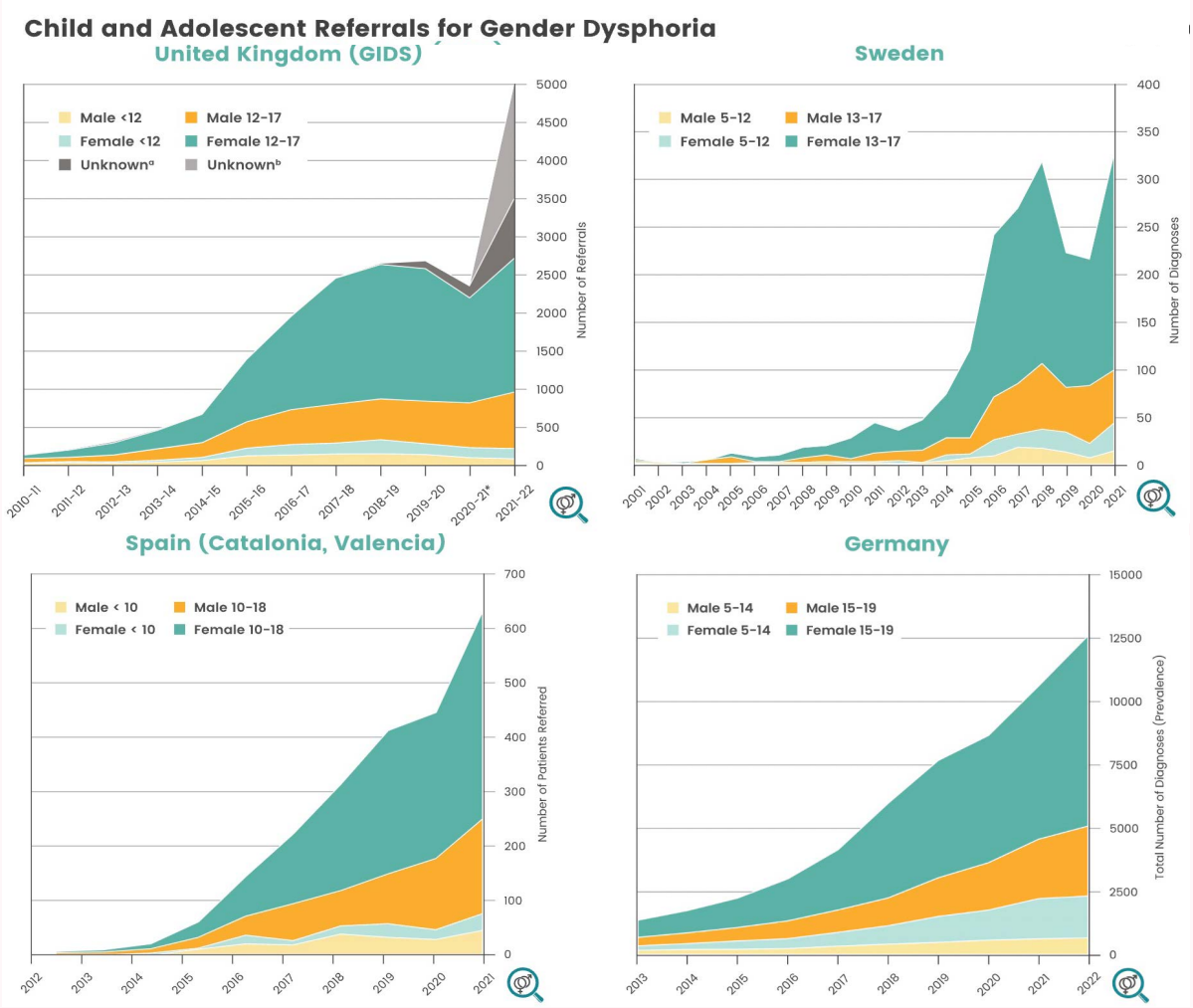
Ouder van een 23-jarige dochter die haar transitie heeft stopgezet

"Toen ik onze huisarts vertelde dat mijn 23-jarige dochter zich als transgender identificeerde, verwees ze meteen naar de genderkliniek. Ik vond dat het bevestigen van de zelfdiagnose van mijn dochter niet de juiste koers was. Ik wilde een gesprek hebben met de arts over het fenomeen van ***'Rapid Onset Gender Dysphoria'****, wat de symptomen van mijn dochters gedrag nauwkeurig beschreef. De arts wilde niet naar me luisteren.* ***Toen ik haar een geprint artikel over ROGD wilde geven, stak ze haar handen in de lucht en weigerde het aan te nemen.*** *Ze zei dat ze veel transgenderpatiënten heeft en al genoeg wist. Ik verloor het vertrouwen in die arts en ben nooit meer teruggegaan. Mijn dochter heeft sindsdien haar transitie stopgezet. Ik ben nog steeds boos op die arts, omdat ze me niet serieus nam, en ben enorm opgelucht dat we haar slecht geïnformeerde en misleidende advies niet hebben opgevolgd."*

7 Lisa Littman (2018) **Parent Reports of Adolescents and Young Adults Perceived to Show Signs of a Rapid Onset of Gender Dysphoria**
https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0202330

Epidemie

Nadat in 2014 het begrip geslachtsidentiteitsstoornis in de DSM werd vervangen door genderdysforie en er volop in de media gepubliceerd werd over transgenderjongeren, steeg het aantal aanmeldingen bij de klinieken in alle Westerse landen met **2000% tot 5000% procent**. Nederland heeft sinds 2016 geen grafiek publiek gemaakt, echter ook hier zijn de getallen identiek. Van enkele tientallen (±50) per jaar naar ongeveer 2000 patiënten anno 2024, dat is **een toename van ±4000%**. België publiceert zelfs totaal **geen data over de plotselinge groei**.



Wertherisme

Wertherisme, of Werther-effect, een term afgeleid van Goethe's roman *Die Leiden des jungen Werthers* (1774), verwijst naar het fenomeen waarbij mensen zich laten beïnvloeden door media of verhalen, **vooral op het gebied van zelfdestructief gedrag**. In het boek pleegt het hoofdpersonage Werther zelfmoord met een pistool nadat zijn liefde voor een onbereikbare vrouw onbeantwoord blijft. Na de publicatie werd een toename waargenomen van jonge mannen die op een vergelijkbare manier zelfmoord pleegden en soms zelfs in dezelfde kledingstijl als Werther. Met andere woorden: Er ontstond een zeer absolute, collectieve overtuiging dat geluk uitsluitend kon worden bereikt door **'de ware liefde'; zonder dat vooruitzicht leek zelfmoord de enige uitweg.** Dit leidde tot het begrip 'Werther-effect', dat verwijst naar het risico van imitatiegedrag na berichtgeving over zelfmoord.

Detransitioner Charlie Bentley-Astor *(geïnterviewd door Andrew Gold)*

> *"Queer Destiny is in essentie het nogal kwalijke idee dat als je geboren wordt als homo, bi, trans of queer — welk label je ook kiest — dit het belangrijkste aan je is. Het wordt hèt bepalende kenmerk van je bestaan en bepaalt de loop van je leven. Je hebt slechts twee keuzes: Je omarmt het volledig, of je pleegt zelfmoord. Want als je het niet accepteert, gaat het etteren en raak je zo opgesloten in jezelf, op zo'n afschuwelijke manier, dat je enige ontsnapping zelfmoord is. Maar uiteindelijk is het slechts een idee."*

Detransitioner Christina Hineman

> *"Een soort punkgedrag, maar in plaats van seks, drugs en rock-'n-roll waren het alleen drugs. En operaties. Het is een gemedicaliseerde versie van normale tienerrebellie. En ik werd er volledig in meegezogen."*

Mia Hughes *- auteur van de 'WPATH Files'*

> *"Rapid-onset genderdysforie is de duidelijkste sociale besmetting die ooit heeft plaatsgevonden."*

Op 21 februari 2023 hoorde de **Florida House Health & Human Services Committee** een getuigenis van de erkende psychiater **dr. Stephen Levine,** klinisch hoogleraar psychiatrie aan de Case Western Reserve University. Hij schetste dertien wetenschappelijk onjuiste aannames die de basis vormen van genderbevestigende zorg voor 'genderdysforie' bij kinderen.*

"Ik heb dertien ideeën gevonden in de literatuur van mensen die medicalisatie ondersteunen voor kinderen, adolescenten en volwassenen met het transgenderfenomeen. Elk van deze dertien punten is volgens mij wetenschappelijk onjuist. Niettemin worden ze stevig geloofd. Wanneer ze in gesprekken weerlegd of zelfs slechtes alleen maar aangestipt worden, leidt dat tot een gepassioneerde verontwaardiging dat ze niet waar zouden zijn. Echter, voor zover ik kan zien, zijn deze dertien ideeën niet wetenschappelijk verifieerbaar en klinisch duidelijk incorrect. Toch worden ze herhaaldelijk herhaald in de teksten en gesprekken van therapeuten die affirmatieve zorg ondersteunen.
Voordat ik deze dertien punten presenteer, wil ik een andere invalshoek bieden voor deze grote vraag over transgenderzorg voor jongeren: Is dit een voorbeeld van een therapeutische vooruitgang om getroffen mensen te helpen, of is het wederom een medische misstap? In de medische wereld hebben we ***een geschiedenis van veel medische misstappen.*** *De meest recente, en ook een van de schadelijkste, is de opioïdencrisis. We begonnen opioïden ruimhartig voor te schrijven zonder wetenschappelijke onderbouwing van het nut en de schade ervan. Nu lijden in elke staat in de Verenigde Staten, en elders, mensen aan vroegtijdige sterfte door opioïdenmisbruik.*

Hier zijn de dertien punten die, naar mijn mening, niet waar zijn:
1. 'Een transidentiteit, eenmaal vastgesteld, is onveranderlijk en blijft altijd hetzelfde.' Dit is duidelijk niet waar.

2. 'Transidentiteiten worden primair veroorzaakt door prenatale biologische factoren.' Deze claim suggereert dat de behandeling simpelweg een biologische of embryologische fout corrigeert.

3. 'Seksuele geaardheid is volledig onafhankelijk van genderidentiteit.' Seksuele geaardheid is een voorkeur voor romantische en seksuele relaties met leden van een bepaalde groep (mannen of vrouwen). Echter, wanneer kinderen zich ontwikkelen—van kindertijd tot puberteit en door de adolescentie heen—komt genderdysforie vaak samen voor met gelijkgeslachtelijke aantrekkingskracht, wat aangeeft dat ze niet volledig gescheiden fenomenen zijn.

4. 'Geen enkele vorm van genderidentiteit is een afwijking of een symptoom van een ander probleem.' Dit is geen psychologisch houdbaar concept, maar het wordt vaak geclaimd in de literatuur.

5. 'Genderdysforie is een ernstige medische aandoening die medische interventie vereist, maar alleen als de patiënt dit wil.' Dit idee bevat een inherente paradox: als het een ernstige medische aandoening is, impliceert dat de noodzaak van behandeling, maar alleen als de patiënt dit wenst.

6. 'De bijbehorende emotionele problemen worden voornamelijk veroorzaakt door het leven in een discriminerende wereld.' Veel kinderen die worden gediagnosticeerd met genderdysforie hadden eerder al andere psychologische diagnoses.

7. 'Er bestaan geen effectieve alternatieven voor affirmatieve zorg.' Artsen beweren vaak dat dit de enige oplossing is voor kinderen, maar alternatieve psychiatrische benaderingen, zoals besproken door dr. Laidlaw, bestaan wel degelijk.

8. 'Pogingen om psychotherapie te bieden zijn onethische vormen van conversietherapie en moeten verboden worden.' Elke poging om het kind en het gezin te helpen wordt vaak bestempeld als conversietherapie, met oproepen om dit in verschillende rechtsgebieden te verbieden (in plaats van psychotherapie om de onderliggende psychische problemen aan te pakken, red.)

9. 'Affirmatieve zorg verbetert blijvend de mentale gezondheid en sociale functie.' Dit wordt vaak als rechtvaardiging gebruikt, maar langetermijnstudies die dit aantonen ontbreken. Sterker nog, data wijzen op verhoogde sterftecijfers onder transseksuele volwassenen.

10. 'Affirmatieve zorg vermindert suïcidale gedachten en voorkomt zelfmoord.' Dit is een krachtige, dwingende boodschap die aan ouders van tieners wordt verteld. Echter, studies—zoals die uit Zweden—tonen aanzienlijk verhoogde zelfmoordcijfers aan bij volwassenen die geslachtsveranderende operaties hebben ondergaan.

11. 'Jonge tieners weten het beste wat hen in de toekomst gelukkig zal maken.' Deze claim gaat ervan uit dat een tiener zijn of haar "ware zelf" volledig begrijpt, wat niet noodzakelijk het geval is.

12. 'Het voldoen aan de diagnostische criteria voor genderdysforie voorspelt een goed resultaat met affirmatieve zorg.' Dit is aantoonbaar onjuist.

13. 'Spijt en detransitie komen zelden voor bij deze patiënten.' De afgelopen jaren hebben aangetoond dat detransitie steeds vaker wordt herkend. De registratie van "spijt" is te beperkt, omdat detranstioners hun behandelaar hier meestel niet over informeren en doet geen recht aan de complexiteit van dit fenomeen.

Deze dertien ideeën vormen de kern van de beweringen over affirmatieve zorg. ***Als de ideeën zelf niet waar of wetenschappelijk onderbouwd zijn, hoe kunnen we dan vertrouwen op de behandelingen die daarop gebaseerd zijn?****"*

Ter aanvulling in dezelfde lijn als de opsomming van Levine:
De Duitse versie van deze Genspect-enquete benoemt via een citaat van de Duitse kritische denker Alexander Korte dat elke DSM-diagnose **altijd** een momentopname is en **nooit een reden mag zijn voor permamente onomkeerbare lichaamsaanpassingen**.[39]

8 **Dr. Stephen Levine: 13 Untruths Behind Gender Affirmative Therapies for Kids** (Feb 2023) https://www.youtube.com/watch?v=OflbCjj_hVc
39 **Hinter dem Regenbogen, A. Korte, pagina 210** (2024) https://shop.kohlhammer.de/hinter-dem-regenbogen

Aanbevelingen om te onderzoeken

Des te meer u weet, des te beter kunt u uw kind beschermen.

Boeken en literatuur over gender

- *Trans* - **Helen Joyce,** ISBN-13 978-9463833547 (2024). Over de problemen van genderideologie vanuit het breedste sociologische perspectief. **Nederlandse editie** is verkrijgbaar via Bruna.
- *End of Gender: Debunking the Myths About Sex and Identity in Our Society* - **Debra Soh** ISBN-13 978-1982132521 (2023). Een essentiële kritiek op de onjuistheden in gender studies als wetenschap.
- *Irreversible Damage* - **Abigail Shrier** ISBN-13 978-1800750364 (2021). Over ROGD.
- *Time to Think* - **Hannah Barnes** ISBN-13 978-1800751118 (2023). Over het Tavistock-schandaal en de verontrustende wetenschap en geschiedenis van genderbevestigende zorg als een vals behandelingsmodel.
- *Detrans* - **Dr. Az Hakeem** ISBN-13 979-8862184549 (2023). Over de psychologie van travestie- en transseksueel gedrag en de ernstige gevolgen daarvan.
- *When Kids Say They're Trans* - **Lisa Marchiano, Stella O'Malley & Sasha Ayad** ISBN-13 978-1800752641 (2023). Een gids voor ouders.
- *Lost in Trans Nation: A Child Psychiatrist's Guide Out of the Madness* - **Miriam Grossman** (2023) ISBN-13: 978-1510777743 Hoofdthema van dit boek: Ouders kennen hun kind het beste.
- *The WPATH Files* - **Mia Hughes** (2024). Onthult de corruptie binnen WPATH en hoe dit alle genderzorg wereldwijd heeft beïnvloed.
- *The Cass Review, Final Report* - **Hilary Cass** (2024). Het meest uitgebreide systematische onderzoek over het genderbevestigende zorgmodel. Dit rapport ligt volledig in lijn met de problematiek die Barnes ook al in haar boek naar voren bracht.

Boeken met een breder perspectief

- *Bodies under Siege* - **Armando R. Favazza** ISBN-13 978-0801899669 (2011). Over zelfverminking, niet-suïcidale zelfbeschadiging en lichaamsmodificatie in cultuur en psychiatrie.
- *Massa en Macht* - **Elias Canetti** ISBN-13 978-9025315696 (2022). Over collectief gedrag, massawanen, sekten en extreme (zelfbeschadigings)rituelen.
- *The Rape of the Mind* - **Joost A. M. Meerloo** ISBN-13 978-1-61577-376-3 (2009). Over de psychologie van gedachtecontrole, menticide en hersenspoeling.

Geen lezer? Geen probleem!

- **Bekijk interviews op YouTube** van de hierboven genoemde experts. Luister **Gender: A Wider Lens** podcast.
- Sluit u aan bij Facebookgroepen. Er zijn vele Engelstalige groepen. Voor Nederlandse en Vlaamse ouders is er de groep **Bezorgde ouders van kinderen met genderdysforie**. Dit is een kritische groep. Er is ook **Ouders van transgenderkinderen**. De laatste is een oudergroep die juist geloven dat hun kind trans is. De twee groepen verschillen dus flink qua toon, kies wat voor u het beste aanvoelt en vermijd conflict.
- **Ga op X** (en andere sociale mediaplatforms) en volg nederlandstalige genderkritische organisaties zoals Voorzij, Genderpunt, Cry for Recognition, MeMoMa en engelstalige organisaties als Genspect, Stats for Gender, PITT, Parents of Desisters, Do No Harm, Therapy First, CAN-SG en vele anderen.
- Neem contact op met oudergroepen en genderkritische organisaties: **Voorzij, Cry for Recognition, Genderpunt, MeMoMa, NPV Zorg.** U kunt een verschil van inzicht met een kliniek niet alleen af.
- **Schrijf brieven** naar de media en politici en vraag om hulp.
- **Bezoek conferenties** om contacten te leggen.

***Eliza Mondegreen** - journalist op de European Professional Association for Transgender Health conferentie*[8]

*"In een verontrustende update over de samenhang tussen autisme en transgenderidentiteit bij patiënten in de Nederlandse kliniek, meldden onderzoekers dat — van de 30 patiënten die mogelijk in aanmerking kwamen voor deelname aan een 17-jarige follow-upstudie — **vier hadden geweigerd** deel te nemen, **twee waren gedetransitioneerd**, één die niet was gedetransitioneerd die **ernstige spijt** uitte over de vaginoplastiek, en **twee waren 'overleden'**. Pas aan het einde van de presentatie gaven de onderzoekers toe dat deze twee patiënten in werkelijkheid **zelfmoord** hadden gepleegd. Volgens de onderzoekers toonden de zelfdodingen aan dat er 'twee kanten aan de medaille' zijn, dat er 'geen glazen bol' bestaat en dat het onderwerp 'niet zonder nuance behandeld mag worden.' Wat een 'genuanceerde' aanpak precies inhoudt, bleef echter onduidelijk. Betekent 'nuance' soms het verdoezelen van negatieve uitkomsten om ongewenste conclusies te vermijden?*

De presentatoren gingen liever in op de 'diversiteit' van hun 'trans-autistische' patiënten, met hun uiteenlopende zelfidentificaties 17 jaar nadat zij begonnen waren aan hun transitiepad: 'fee', 'elf', 'non-binair', 'vriendelijke, niet-intimiderende vrouw', 'cis' (lees: gedetransitioneerd). "Elke doorverwijzing," aldus de presentatoren — inclusief de patiënten die stierven, gedetransitioneerd waren of spijt ervoeren — "volgde hun eigen unieke pad met betrekking tot hun genderidentiteit en het traject van hun mentale gezondheid."

*Steeds opnieuw presenteerden onderzoekers en clinici alarmerende bevindingen die erop wijzen dat er iets ernstig misgaat in de wereld van 'genderbevestigende zorg', om vervolgens na te laten hun conclusies toe te passen op hun werk. **Ondanks de tragische gevolgen blijft men deze zorg als 'essentieel' en 'levensreddend' beschouwen — zelfs wanneer patiënten overlijden.**"*

9 Eliza Mondegreen (4 mei 2023) **Part I: Three days at the European Professional Association for Transgender Health** https://genspect.org/dont-stop-believin-three-days-at-the-european-professional-association-for-transgender-health/

Genspect

Overhandig aan kliniek

Familie- en vriendenenquête

Een objectivering van het ouderlijk perspectief

Voor klinische beoordeling voorafgaand aan het starten van genderbevestigende interventies

Gendergerelateerde kwesties zijn complex. Uzelf of de mensen om u heen begrijpen misschien niet elk aspect. Aarzel niet om hulp te vragen. Neem contact op met andere ouders. Stel vragen in relevante online-groepen. Benader organisaties die gespecialiseerd zijn in genderkritische onderwerpen.



Zestien vragen gebaseerd op DSM-5-TR-criteria

Om deze enquête te ontwikkelen, zijn de DSM-5-TR-criteria herschreven in vragen die geschikt zijn voor familieleden en vrienden. We hebben twee kenmerken uit de sectie voor kinderen overgenomen en tevens toegepast op het gedrag van adolescenten (Vraag 7 en 8).

Heden

1. Is er een duidelijke zichtbare discrepantie tussen het gewenste geslacht (genderexpressie) en het biologische geslacht? 0 Ja 0 Nee 0 Onduidelijk

2. Drukt de persoon een sterke wens uit om zich van zijn of haar seksuele kenmerken te ontdoen?
0 Ja 0 Nee 0 Onduidelijk

3. Presenteert de persoon zichzelf duidelijk als het tegenovergestelde geslacht in kleding en gedrag?
0 Ja 0 Nee 0 Onduidelijk

4. Drukt de persoon een sterke wens uit om het tegenovergestelde geslacht te worden?
0 Ja 0 Nee 0 Onduidelijk

5. Drukt de persoon een sterke wens uit om behandeld te worden als het tegenovergestelde geslacht?
0 Ja 0 Nee 0 Onduidelijk

6. Vertoont de persoon typische gevoelens en reacties die normaal gesproken geassocieerd worden met het tegenovergestelde geslacht?
0 Ja 0 Nee 0 Onduidelijk

7. Ziet u uitingen in hun muziekvoorkeuren, films, anime, hobby's, die stereotypisch zijn voor het tegenovergestelde geslacht? 0 Ja 0 Nee 0 Onduidelijk

8. Zoekt de persoon sociale interactie met groepen van hetzelfde geslacht of het tegenovergestelde geslacht?
0 Ja 0 Nee 0 Allebei

Verleden

9. Toonde de persoon als kind een sterke wens om van het tegenovergestelde geslacht te zijn?
0 Ja 0 Nee 0 Onduidelijk

10. Droeg de persoon als kind kleding die typisch is voor het tegenovergestelde geslacht?
0 Ja 0 Nee 0 Onduidelijk

11. Toonde de persoon als kind een sterke voorkeur voor rollen van het tegenovergestelde geslacht in fantasie of 'doen-alsof spel'? 0 Ja 0 Nee 0 Onduidelijk

12. Toonde de persoon als kind een sterke voorkeur voor speelgoed, spellen of activiteiten die stereotypisch geassocieerd worden met het tegenovergestelde geslacht?
0 Ja 0 Nee 0 Allebei

13. Had de persoon als kind een sterke voorkeur voor speelmaatjes van het tegenovergestelde geslacht?
0 Ja 0 Nee 0 Geen voorkeur

14. Had de persoon als kind een sterke afkeer van speelgoed, spellen en activiteiten die typisch zijn voor zijn of haar geslacht? 0 Ja 0 Nee 0 Onduidelijk

15. Had de persoon als kind een sterke afkeer van zijn of haar eigen seksuele anatomie?
0 Ja 0 Nee 0 Onduidelijk

16. Had de persoon als kind een sterke wens voor fysieke seksuele kenmerken die overeenkomen met het ervaren geslacht? 0 Ja 0 Nee 0 Onduidelijk

Familie en vriendenenquête - 2

Overhandig aan kliniek

Vragen over de achtergrond van de persoon en sociale invloed

1. Is de transidentiteit plotseling ontstaan tijdens of na de puberteit zonder eerdere tekenen in de kindertijd?
   0 Ja 0 Nee 0 Weet ik niet

2. Denkt u dat de persoon beïnvloed kan worden door vrienden?
   0 Ja 0 Nee 0 Weet ik niet

3. Zijn er transgender/non-binaire/‘queer’ mensen in de klas of vriendengroep?
   0 Ja 0 Nee 0 Weet ik niet

4. Denkt u dat online informatie een rol speelt in de zelfdiagnose van de persoon?
   0 Ja 0 Nee 0 Weet ik niet

5. Denkt u dat deze persoon mogelijk andere mentale gezondheidsproblemen heeft, zoals angst, depressie of autisme spectrumstoornis?
   0 Ja 0 Nee 0 Weet ik niet
   Indien ja, welk opvallend gedrag vertoont de persoon?

6. Gedroeg de persoon zich anders als kind of voor de uiting van hun zelfdiagnose vergeleken met nu?
   0 Ja 0 Nee
   Indien ja, kunt u beschrijven hoe die verandering eruitziet?

7. Heeft de persoon zich kort voor of na de ‘coming out als trans/non-binair’ afgewend van de familie en/of voormalige vrienden?
   0 Ja 0 Nee

8. Zijn de meeste vriendschappen en activiteiten nu gerelateerd aan hun de transidentiteit?
   0 Ja 0 Nee 0 Weet ik niet

9. Heeft u de indruk dat de persoon in de war is over zijn of haar identiteit en een onjuiste zelfdiagnose maakt?
   0 Ja 0 Nee

10. Denkt u dat voor de persoon een transidentiteit gewoon een tijdelijke interessante fase kan zijn?
   0 Ja 0 Nee 0 Weet ik niet



Familie en vriendenenquête - 3

Overhandig aan kliniek

Aanvullende vragen

1. Moet de indruk van de familie sterk meegewogen worden in de diagnose?
   0 Ja 0 Nee
   Waarom denkt u dat?

2. Moet de mening van de huisarts en andere zorgverleners ook worden ingewonnen en in overweging genomen?
   0 Ja 0 Nee

3. Denkt u dat de persoon homoseksueel, biseksueel of aseksueel zou kunnen zijn?
   0 Ja 0 Nee

4. Zou er sprake kunnen zijn van innerlijke schaamte over mogelijke homoseksualiteit bij de persoon?
   0 Ja 0 Nee 0 Weet ik niet

5. Heeft de familie problemen met homoseksuele personen?
   0 Ja 0 Nee 0 Weet ik niet
   Indien ja, kunt u een verklaring geven?

6. Heeft een eventueel aanwezige religieuze gemeenschap/werkplek/sportclub problemen met homoseksuele personen?
   0 Ja 0 Nee 0 Weet ik niet

7. Heeft u inzicht in wat de persoon ongelukkig maakt met zijn of haar lichaam?
   0 Ja 0 Nee
   Indien ja, kunt u een verklaring geven?

8. Heeft u zelf ooit serieuze gendergerelateerde distress ervaren toen u jonger was, of nu?
   0 Ja 0 Nee
   Indien ja, kunt u een verklaring geven?

9. Is er nog iets anders dat je zou willen toevoegen met betrekking tot de diagnose van de persoon of dit vragenformulier?



10a. Vraag met betrekking tot geïnformeerde toestemming (over mannen)

De medische literatuur documenteert de volgende ernstige mogelijke bijwerkingen:*

Puberteitsremmers

- Permanente beperking van seksueel functioneren, inclusief vruchtbaarheid en geen ontwikkeling van orgasme [32,33]
- Langdurige effecten op botdichtheid (osteoporose) en groei [10]
- Negatieve impact op neuropsychologisch functioneren [10]
- Onderontwikkeld genitaal weefsel (micropenis), wat toekomstige chirurgische opties kan belemmeren [11]

Oestrogeenbehandeling (in combinatie met anti-androgenen)

- Verhoogd sterfterisico [12]
- Insulineresistentie (33% van de patiënten) met verhoogd risico op diabetes [13]
- Verhoogd risico op kanker (borst- en leverkanker, meningioom (hersenvliestumor)) en leverschade
- 26 keer meer kans op testikelkanker (1 op 100 patiënten) [14]
- Trombose (5% van de transvrouwen, 22 keer hoger dan cis-mannen) [15]
- Significante gewichtstoename en herschikking van lichaamsvet
- Cardiovasculaire complicaties, sterftecijfer 2,6 keer hoger [12]
- Ernstige afname van spiermassa
- Permanente onvruchtbaarheid (zeer veelvoorkomend) [16]
- Veranderingen in seksuele functie, libido-afname, impotentie [17]
- Progressieve afname van botdichtheid
- Sterke krimping van testikels

Postchirurgische complicaties (na vaginoplastiek)

- Orgaanverzakkingen (tot 7,5%) [18]
- Incontinentie (tot 15%) [18]
- Chronische urinewegklachten (tot 20%) [18]
- Dood door infecties, sterftecijfer 9 keer hoger [12]
- Seksuele disfunctie (tot 75%) [18]
- Geen orgasme (studies zijn uitermate gebrekkig en presenteren vertekende cijfers door slechte methodologie)

Algemene overwegingen

- **11% van de mannen (transvrouwen), gemiddelde leeftijd 23, stierf na 11 jaar** [12]
- Permanente afhankelijkheid van hormoontherapie en medische supervisie [19,20]
- Substantiële risico's op ernstige medische complicaties [11-16,18, 21-27, 32,33,26]
- Hoge waarschijnlijkheid van permanent verlies van vruchtbaarheid en seksueel functioneren [16]
- Aanhoudend verhoogd suïciderisico na de transitie, sterftecijfer 7 keer hoger onder mannen [12]
- Onomkeerbare veranderingen met beperkte langetermijnonderzoeken, effecten niet begrepen [28]
- Alle bovennoemde medicijnen worden off label gebruikt
- Zeer beperkte datingpool, wat leidt tot eenzaamheid, gebrek aan intimiteit, relationele stress, depressie
- **Geen bewezen mentale gezondheidsvoordelen (puberteitsremmers en oestrogeen, chirurgie)** [7]

Vraag aan de kliniek

Heeft u deze medische implicaties grondig beoordeeld, de patiënt hierover geïnformeerd en vastgesteld dat dit de optimale behandeling is?

0 Ja 0 Nee

Vraag aan familielid

Heeft u deze medische gevolgen grondig beoordeeld en vastgesteld dat dit het optimale behandelpad is, met begrip van de mogelijke levenslange gevolgen?

0 Ja 0 Nee

Dr. Stephen Levine - De werkelijkheid van transjeugdevaluaties (Denver, USA, 2023)

"Ik vraag patiënten voordat ze met hormonen beginnen, of ze, als ze zich depressief voelen, de mogelijkheid in overweging willen nemen dat het komt door hun transitie en niet door iets anders. En ik wil dat ze de kracht en moed hebben om dat te erkennen. Zoals zo velen van ons heb je misschien een fout gemaakt in je leven. Endocrinologen stoppen bijna nooit de hormoonbehandeling bij de mensen met wie ze begonnen zijn. Alle detransitioners die ik spreek, stopten zelf hun hormonen, niet de dokter. ***Zelfs als ze depressief zijn of een zelfmoordpoging deden, wordt de behandeling vaak voortgezet.****"*

*Bronnen op pagina 19

10b. Vraag met betrekking tot geïnformeerde toestemming (over vrouwen)

De medische literatuur documenteert de volgende ernstige mogelijke bijwerkingen:*

Puberteitsremmers

- Permanente beperking van seksueel functioneren, inclusief vruchtbaarheid en geen ontwikkeling van orgasme [34-36]
- Langdurige effecten op botdichtheid (osteoporose) en groei [10]
- Negatieve impact op neuropsychologisch functioneren [10]

Testosteronbehandeling

- Verhoogd sterfterisico [12]
- Progressieve afname van botdichtheid (14% ontwikkelt osteoporose, 22% ontwikkelt osteopenie) [29]
- Atrofie van het vaginale weefsel [21] en urinaire complicaties (87%) [22 30]
- Verwijdering van baarmoeder en eierstokken (hysterectomie en oophorectomie) meestal vereist na 3-5 jaar behandeling vanwege chronische klachten [22]
- Chronische bekken- en genitale pijn [23]
- Hoge waarschijnlijkheid van permanente onvruchtbaarheid [22]
- Ovariumcysten en endometriale complicaties [23]
- Metabole verstoring [24] en gewichtstoename en veranderingen eetlust [26]
- Significante stemmings- en emotionele veranderingen [10]
- Ernstige levercomplicaties [25]
- Bekkenbodemdisfunctie (94%) [30]
- Seksuele disfunctie (53%) [30]
- Problemen met anus en endeldarm (45%) [30]



Post-chirurgische complicaties (na dubbele borstamputatie en phalloplastiek)

- Orgaanverzakkingen (tot 4%) [18]
- Incontinentie (tot 50%) [18] en chronische urinewegklachten (tot 37%) [18]
- Seksuele disfunctie (tot 54%) [18]
- Geen orgasme (studies zijn uitermate gebrekkig en presenteren vertekende cijfers door slechte methodologie)

Algemene overwegingen

- **3% van de vrouwen (transman), gemiddelde leeftijd 30, overleed na 5 jaar** [12]
- Permanente afhankelijkheid van hormoontherapie en medische supervisie [19,20]
- Substantiële risico's op ernstige medische complicaties [11-16,18, 21-27, 32,33,26]
- Hoge waarschijnlijkheid van permanent verlies van vruchtbaarheid en seksueel functioneren [16]
- Aanhoudend verhoogd suïciderisico na de transitie, sterftecijfer 3,3x hoger onder vrouwen [12]
- Onomkeerbare veranderingen met beperkte langetermijnonderzoeken, effecten niet begrepen [28]
- Alle bovennoemde medicijnen worden off label gebruikt
- Zeer beperkte datingpool wat leidt tot eenzaamheid, gebrek aan intimiteit, relationele stress, depressie.
- **Geen bewezen mentale gezondheidsvoordelen (puberteitsremmers en testosteron, chirurgie)** [7]

Testosteron is een verslavingsgevoelig middel dat valt in de Schedule III-categorie

Een vereenvoudigd overzicht; voor een meer gedetailleerde uitleg, raadpleeg de DEA-drugsschema's [31].

Schedule I:	Heroïne, LSD, marihuana, MDMA (ecstasy), peyote
Schedule II:	Cocaïne, methamfetamine, methadon, fentanyl, Dexedrine, Ritalin
Schedule III:	Ketamine, codeïne (in bepaalde formuleringen), anabole steroïden, **testosteron**
Schedule IV:	Valium, Xanax, tramadol
Schedule V:	Hoestsiropen met lage hoeveelheden codeïne

Vaak wordt opgemerkt dat meisjes die testosteron gebruiken dit in het begin als een positieve ervaring beschouwen. Dit is niet verrassend, aangezien testosteron een geestelijk stimulerend effect heeft vergelijkbaar met andere drugs. Terwijl de eerste paar jaren als een **'honeymoonfase'** kunnen aanvoelen, komen na verloop van tijd vaak de mentale en de ernstige fysieke bijwerkingen naar voren, wat kan worden omschreven als de 'katerjaren'.

Vraag aan de kliniek: Heeft u deze medische implicaties grondig beoordeeld, de patiënt hierover geïnformeerd en vastgesteld dat dit de optimale behandeling is? 0 Ja 0 Nee

Vraag aan familielid: Heeft u deze medische implicaties grondig beoordeeld en vastgesteld dat dit het optimale behandelpad is, met begrip van de mogelijke levenslange gevolgen? 0 Ja 0 Nee

Dr. Stephen Levine - De werkelijkheid van transjeugdevaluaties (Denver, USA, 2023)

"Ik vraag patiënten voordat ze met hormonen beginnen, of ze, als ze zich depressief voelen, de mogelijkheid in overweging willen nemen dat het komt door hun transitie en niet door iets anders. En ik wil dat ze de kracht en moed hebben om dat te erkennen. Zoals zo velen van ons heb je misschien een fout gemaakt in je leven. Endocrinologen stoppen bijna nooit de hormoonbehandeling bij de mensen met wie ze begonnen zijn. Alle detransitioners die ik spreek, stopten zelf hun hormonen, niet de dokter. ***Zelfs als ze depressief zijn of een zelfmoordpoging deden, wordt de behandeling vaak voortgezet.****"*

*Bronnen op pagina 19

Een aantal persoonlijke vragen

1. Wat is uw leeftijd?

2. Wat is uw opleidingsniveau?

3. Wat is uw meest recente baan?

4. Bent u religieus?

0 Zeer 0 Medium 0 Mild 0 Ik geloof dat er iets is 0 Niet

5. Wat is uw politieke voorkeur?

Links / Rechts / Midden / Zeg ik liever niet

6. Wat is uw standpunt over vrijheden zoals het huwelijk tussen mensen van hetzelfde geslacht, euthanasie, abortus en gendertransitie (indien goed onderzocht)?

	Homohuwelijk	Euthanasie	Abortus	Gendertransitie
Fantastisch dat dit mogelijk is in ons land	0	0	0	0
Geen probleem mee	0	0	0	0
Het kan me niet schelen wat anderen doen	0	0	0	0
Zorgwekkend	0	0	0	0
Sterk tegen	0	0	0	0

Bronnen van de vragen rondom geïnformeerde toestemming op pagina 17 en 18:
10 **Transgender Interventions Harm Children** https://acpeds.org/transgender-interventions-harm-children
11 Zinnia Jones (December 2018) **Use of puberty blockers in transgender girls, effects on genital tissue development, and vaginoplasty options** https://genderanalysis.net/2018/12/use-of-puberty-blockers-in-transgender-girls-effects-on-genital-tissue-development-and-vaginoplasty-options/
12 C.J.M. de Blok et al. (Sep 2021) **Mortality trends over five decades in adult transgender people receiving hormone treatment: a report from the Amsterdam cohort of gender dysphoria** https://www.transvisie.nl/wp-content/uploads/2021/09/lancet-mortality-transgender.pdf
13 A. Maassen van den Brink & A.J. van Zonneveld (16 sep 2019) **De rol van hormonen bij migraine en diabetes** https://www.zonmw.nl/nl/artikel/de-rol-van-hormonen-bij-migraine-en-diabetes#:~:text='Als%20je%20wilt%20onderzoeken%20wat,ontwikkelt%2C%20een%20voorstadium%20van%20diabetes
14 E. M. Shanker et al. (2024) **Exploring the Incidence of Testicular Neoplasms in the Transgender Population: A Case Series** https://meridian.allenpress.com/aplm/article/doi/10.5858/arpa.2024-0218-OA/503894
15 M. Kerrebrouck et al. (20 Jan 2022) **Thrombophilia and hormonal therapy in transgender persons: A literature review and case series** https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9621226/
16 Paula Amatoet al. **Fertility Details for Trans Women** https://www.fertilityiq.com/fertilityiq/trans-feminine-fertility/fertility-details-for-trans-women#transition-and-fertility
17 N. Fujita et al. (11 June 2024) **Association between sex hormones and erectile dysfunction in men without hypoandrogenism** https://www.nature.com/articles/s41598-024-64339-3
18 M. Dominoni et al. (14 Nov 2024) **Pelvic floor and sexual dysfunctions after genital gender-affirming surgery: a systematic review and meta-analysis** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39545366/#:~:text=Sexual%20dysfunctions%20were%20reported%20by,irritative%20symptoms%20up%20to%2037%25
19 M. Fradd **How the Medical World Is Creating Lifelong Patients** https://pintswithaquinas.com/how-the-medical-world-is-creating-lifelong-patients
20 M. den Heijer **Long term hormonal treatment for transgender people** https://www.bmj.com/content/bmj/359/bmj.j5027.full.pdf
21 P. J. Cheng et al. (June 2019) **Fertility concerns of the transgender patient** https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6626312/
22 **Information on Cleveland Clinic website** https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/15500-vaginal-atrophy
23 Juno Obedin-Maliver (June 2016) **Pelvic pain and persistent menses in transgender men** https://transcare.ucsf.edu/guidelines/pain-transmen
24 Leila Hashemiet al. (June 2024) **Gender-Affirming Hormone Treatment and Metabolic Syndrome Among Transgender Veterans** https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2820670
25 **Liver Care for Transgender and Gender-Diverse Individuals** https://www.uchicagomedicine.org/conditions-services/transgender-care-services/liver-disease-care
26 J. Mitchell (19 Aug 2021) **Testosterone linked to weight gain and higher rates of obesity among transmasculine people; physicians should monitor long term weight changes in transgender patients** https://www.bidmc.org/about-bidmc/news/2021/08/study-reveals-gender-affirming-hormone-therapies-impact-obesity-transgender-individuals
27 E. Abbruzzeseet al. (2 Jan 2023) **The Myth of "Reliable Research" in Pediatric Gender Medicine: A critical evaluation of the Dutch Studies—and research that has followed** https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2022.2150346
28 Helene Frances Hedian **Gender-Affirming Hormone Therapy (GAHT)** https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/gender-affirming-hormone-therapy-gaht
29 G. Giacomelli et al. (27 May 2022) **Bone health in transgender people: a narrative** review https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/20420188221099346
30 Lyvia Maria Bezerra da Silva et al. (24 April 2024) **Pelvic Floor Dysfunction in Transgender Men on Gender-affirming Hormone Therapy: A Descriptive Cross-sectional Study** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38662108/
31 DEA United States Drug Enforcement Administration **Drug Scheduling** https://www.dea.gov/drug-information/drug-scheduling
32 Melissa Rudy (April 2024) **Puberty blockers could cause long-term fertility and health issues for boys, study finds: 'May be permanent'** https://www.foxnews.com/health/puberty-blockers-could-cause-long-term-fertility-health-boys-study-may-be-permanent
33 Murugesh et al.. 2024 **Puberty Blocker and Aging Impact on Testicular Cell States and Function** https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2024.03.23.586441v1
34 D. Ehrensaft (2017) **Gender nonconforming youth: current perspectives** https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5448699/
35 Bangalore Krsihna K. et al. (July 2019) **Use of Gonadotropin-Releasing Hormone Analogs in Children: Update by an International Consortium** https://www.karger.com/Article/FullText/501336
36 **Marci Bowers, President of WPATH, talking about Puberty Blockers**, YT, 29.06.2023 https://www.youtube.com/watch?v=kuwOx9YdHXY

Resultaat familie- en vriendenenquête

Overhandig aan kliniek

	Naam familielid of vriend	**Relatie tot de persoon:**
A :	.....	.....
B :	.....	.....
C :	.....	.....
D :	.....	.....
E :	.....	.....
F :	.....	.....
G :	.....	.....
H :	.....	.....
I :	.....	.....
J :	.....	.....
K :	.....	.....
L :	.....	.....

Gebruik de volgende kleurcodes om antwoorden aan te geven: **Ja:** Groen **Nee:** Rood **Beide/Onduidelijk:** Orange

Deel 1 - Op basis van DSM-5-TR

Heden	**A**	**B**	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**H**	**I**	**J**	**K**	**L**
Vraag 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Verleden												
Vraag 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Deel 2 - ROGD-indicatie

Vraag 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Deel 3 - Aanvullende vragen

Vraag 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vraag met betrekking tot geïnformeerde toestemming												
Vraag 10 Transitie?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Handtekening van Ouders: Datum:

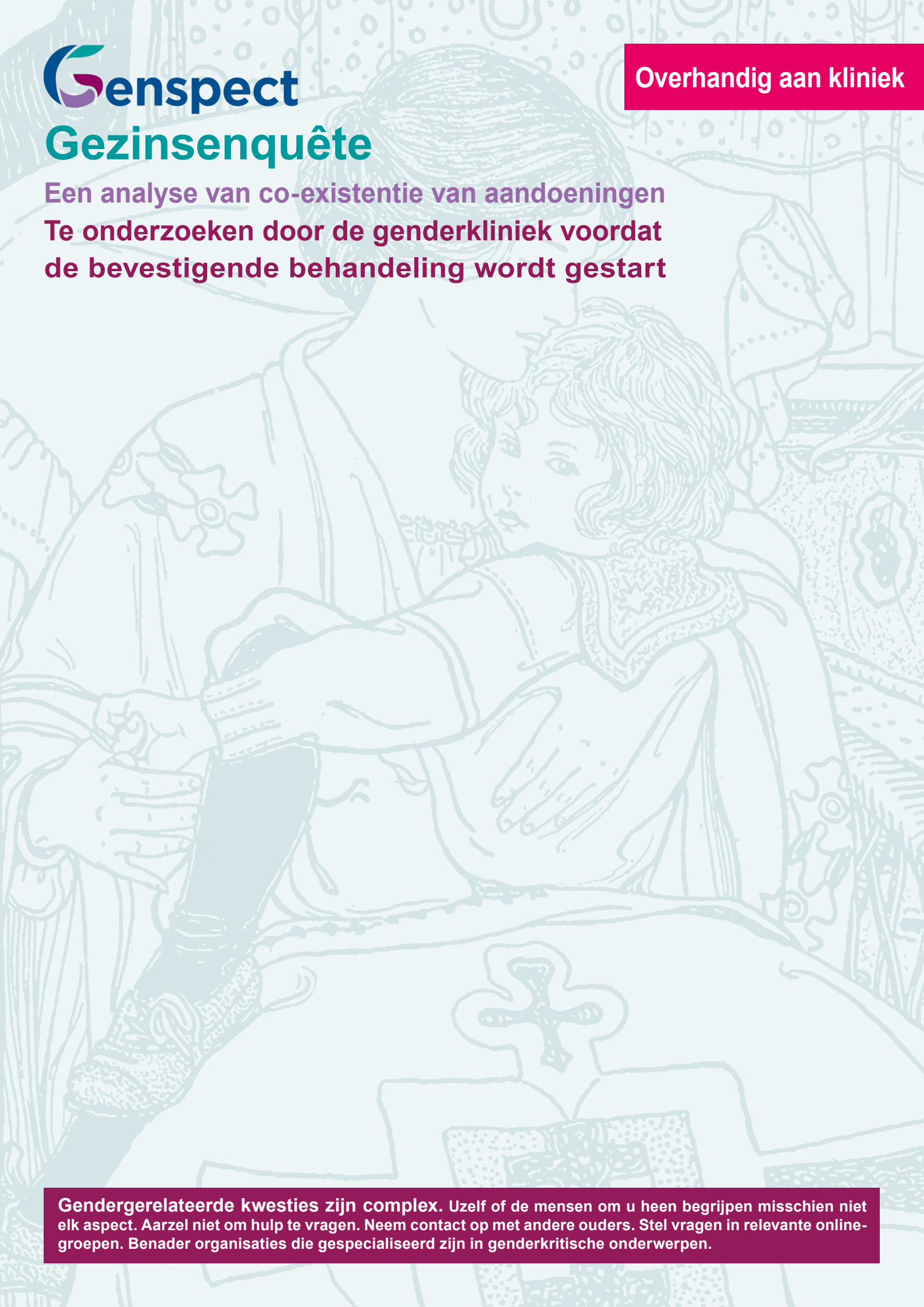
Genspect

Gezinsenquête

Een analyse van co-existentie van aandoeningen

Te onderzoeken door de genderkliniek voordat de bevestigende behandeling wordt gestart

Overhandig aan kliniek



Gendergerelateerde kwesties zijn complex. Uzelf of de mensen om u heen begrijpen misschien niet elk aspect. Aarzel niet om hulp te vragen. Neem contact op met andere ouders. Stel vragen in relevante online-groepen. Benader organisaties die gespecialiseerd zijn in genderkritische onderwerpen.

Mogelijke bijkomende aandoeningen

Geef als ouder alstublieft aan (in de groene 'ja / nee rij') of u een van de volgende kenmerken observeert die relevant kunnen zijn voor de zelfgerapporteerde genderincongruentie van uw kind (kruis alles aan wat van toepassing is).

Voor elk kenmerk dat u observeert, vraag de kliniek of zij dit ook erkennen in hun beoordeling.

Meest belangrijke en meest voorkomende co-existentie van aandoeningen	**Familie**	**Kliniek**
Geïnternaliseerde homofobie (niet erkennen/schaamte dat je homo of lesbisch bent)	ja / nee	ja / nee
Zelfhaat	ja / nee	ja / nee
Autisme	ja / nee	ja / nee
Eenzaamheid	ja / nee	ja / nee
Symptomen van ROGD (plots ontstane genderdysforie)		
De 'coming out' als trans was volledig onverwacht	ja / nee	ja / nee
De 'coming out' komt niet overeen met het verwachte beeld van een 'trans persoon'	ja / nee	ja / nee
Sociale beïnvloeding via vrienden	ja / nee	ja / nee
Sociale beïnvloeding via internet	ja / nee	ja / nee
Mentale achteruitgang na de 'coming out'	ja / nee	ja / nee
Plotselinge toename van liegen	ja / nee	ja / nee
Plotselinge veranderingen in gedrag na de 'coming out'	ja / nee	ja / nee
Schaamte of terughoudendheid om zichzelf/haarzelf als het tegenovergestelde geslacht uit te drukken (bijvoorbeeld richting familie)	ja / nee	ja / nee
Creëren van twee gescheiden werelden (thuis/familie vs. vrienden of school, triangulatie)	ja / nee	ja / nee
Zoeken naar (negatieve) aandacht (daarom beweren 'trans' of 'non-binair' te zijn)	ja / nee	ja / nee
Trauma		
Ervaren van pesten nu of in het verleden	ja / nee	ja / nee
Problemen door gescheiden ouders	ja / nee	ja / nee
Jeugdangsten	ja / nee	ja / nee
Geschiedenis van seksueel misbruik	ja / nee	ja / nee
Ervaring van fysieke geweld	ja / nee	ja / nee
Onvolwassenheid, sociale en relationele problemen		
Onvolwassen of kinderlijk onrijp gedrag	ja / nee	ja / nee
Weinig of geen ervaring met vriendjes of vriendinnetjes	ja / nee	ja / nee
Terughoudendheid om mensen (en potentiële partners) aan te raken	ja / nee	ja / nee
Haat tegen heteronormativiteit (of bijvoorbeeld 'het patriarchaat')	ja / nee	ja / nee
Extreme politieke overtuigingen	ja / nee	ja / nee
Psychologische problemen		
Elke eerdere diagnose van een stoornis (gebaseerd op de DSM)	ja / nee	ja / nee
ADHD of ADD	ja / nee	ja / nee
Lichaamsdysmorfie (BDD) (ontevredenheid over lichaamsdelen)	ja / nee	ja / nee
Zelfbeschadiging (zoals snijden, krabben, anorexia, boulimia)	ja / nee	ja / nee
Bindingsangst	ja / nee	ja / nee
Seksuele angsten	ja / nee	ja / nee
Tekenen van narcistische eigenschappen (opgeblazen zelfbeeld, Peter Pan-syndroom)	ja / nee	ja / nee
Tekenen van borderline (splijten, conflicten, zelfbeschadiging, dreigen met vertrek)	ja / nee	ja / nee
Vermoeden van nagebootste stoornis (ICD 6D50, DSM-5-TR 300.19) (ander probleem)	ja / nee	ja / nee
Als vrouw: Geuite vijandigheid tegenover conventioneel mannelijke mannen	ja / nee	ja / nee
Als man: Geuite vijandigheid tegenover conventioneel vrouwelijke vrouwen	ja / nee	ja / nee
Transmaxxing [37]	ja / nee	ja / nee
Autogynefilie [38], transvestitisch fetisjisme (een parafilie, in de DSM-5-TR 302.3 (F65.1))	ja / nee	ja / nee
Andere ongespecificeerde kenmerken 1:	ja / nee	ja / nee
Andere ongespecificeerde kenmerken 2:	ja / nee	ja / nee
Andere ongespecificeerde kenmerken 3:	ja / nee	ja / nee

Vraag aan de behandelend arts

Voor elk item dat anders gemarkeerd is dan het ouderlijk standpunt hierboven, geef alstublieft uw klinische onderbouwing waarom uw beoordeling verschilt van de observaties van de familie.

37 **Transmaxxing** is een controversieel fenomeen waarbij mannen, voornamelijk uit "incel" (onvrijwillig single) online gemeenschappen, een transmedicalisatie aangaan vanwege veronderstelde sociale voordelen in plaats van geslachtsgerelateerde stress, zoals beter sociaal behandeld worden of ontsnappen aan mannelijke sociale druk.
38 **Autogynephilia (AGP)** is een parafilie gekarakteriseerd door seksuele opwinding bij de gedachte om een vrouw te zijn. Deze aandoening kan problematische gevolgen hebben als chirurgische ingrepen worden ondernomen, aangezien procedures zoals castratie kunnen leiden tot verminderde libido, wat kan resulteren in aanzienlijke spijt. AGP vertegenwoordigt een parafiele aandoening in plaats van een 'genderidentiteit', en genderbevestigende behandeling wordt niet aanbevolen (Dr. Az Hakeem - DE-TRANS: When Transition Is Not the Solution, ISBN 979-8862184549).

Vragen aan de kliniek - 1

Overhandig aan kliniek

Vragen voor de specialist over ethische zaken en verantwoordelijkheid

De huidige protocollen voor genderbevestigende zorg laten een opmerkelijk gebrek aan klinische richtlijnen en aandacht zien met betrekking tot de langetermijnimplicaties voor **intieme relaties** en **gezond seksueel functioneren**. Deze cruciale omissie vereist dringend aandacht, vooral omdat de procedures permanente lichamelijke aanpassingen met zich meebrengen.

1. Welk gedocumenteerd protocol gebruikt de kliniek om geslachtsgerelateerde stress te onderscheiden van andere aandoeningen op basis van objectieve klinische criteria?

2. Hoe voorkomt de kliniek dat de lichaamsmodificatie de langetermijnfunctie in intieme relaties of andere cruciale aspecten van het leven schaden?

3. Welke klinische criteria valideren de zelfgerapporteerde geslachtsgerelateerde stress van een patiënt, en welke op bewijs gebaseerde ondersteuning rechtvaardigt deze interventies, aangezien zelfgerapporteerde stress subjectief en niet meetbaar is?

4. Kunt u uw protocol verstrekken dat permanente interventies bij geslachtsgerelateerde stress autoriseert, vooral wanneer vergelijkbare interventies (zoals VGV of vrijwillige amputatie) verboden zijn voor andere lichaamsgerelateerde aandoeningen? Wat is de op bewijs gebaseerde rechtvaardiging voor dit onderscheid?

5. Welke protocollen bepalen medische noodzaak en geïnformeerde toestemming, vooral bij afwezigheid van langetermijnresultaten?

6. 'In dubio abstine' is een fundamenteel principe in medische ethiek. Is genderbevestigende zorg in overeenstemming met dit principe?

7. Lees alstublieft de anekdote van de vader hieronder. Hebben we hier te maken met een variant van Hannah Arendts 'banaliteit van het kwaad'?

8. Plastische chirurgie volgt doorgaans het principe van het behouden van de natuurlijke vorm. Er worden bijboorbeeld geen staarten toegevoegd, noch worden ogen verwijderd om een cycloop te creëren. Is deze ethische standaard van toepassing binnen uw protocol? Wij vragen dit specifiek met betrekking tot de genderidentiteiten non-binair*, nullo* en eunuch*. Is het ethisch en legaal om deze identiteiten chirurgisch te behandelen?

9. Is het ethisch om individuen te helpen hun verlangens te vervullen als dit leidt tot maatschappelijke ontwrichting, zoals gezinsbreuk of de aantasting van vrouwenrechten?

10. Gezien de aanzienlijke beperkingen in op bewijs gebaseerde validatie voor het genderbevestigende model, is het ethisch om van familieleden te vragen om vertrouwen te stellen in dit proces?

Logisch denken, beantwoordt alstublieft

11. Als 'genderidentiteit' zowel aangeboren als onveranderlijk is, zoals gendertheorie suggereert, maar ook fluïde identiteiten omvat, hoe kunnen medische interventies dan noodzakelijk worden geacht zonder 'primum non nocere' (vooreerst geen kwaad doen) en 'in dubio abstine' (bij twijfel niets doen) te schenden, gezien deze inherente paradox?

12. Als geslachtsdelen het gender niet definiëren, hoe bevestigt het verwijderen ervan dan het gender (in de situatie van genderbevestigende zorg)?

Deze vragen zijn bedoeld om het klinische redeneerproces en de documentatie ter ondersteuning van de huidige behandelprotocollen te verduidelijken.



Vader stelt vragen in de Nederlandse kliniek

"Het gesprek met de klinisch psycholoog ging verder dan alleen mijn vraag welk percentage van de mensen die in transitie gaan spijt ervaart. Die vraag is incompleet. De echte vraag zou moeten zijn of mensen een betere kwaliteit van leven hebben na geslachtsaanpassende procedures. En hier kwam de meest opmerkelijke uitspraak van de klinisch psycholoog: ***'Transitie maakt je niet gelukkig.'***
Onze reactie was: ***'Huh? Waarom doen we het dan?!'*** *De klinisch psycholoog herhaalde deze verbijsterende uitspraak meerdere keren tijdens ons gesprek. We waren geschokt dat hij dit zo openlijk toegaf.* ***We begrijpen het nog altijd niet.****"*

*Een nullo is iemand die alle geslachtelijke kenmerken laat verwijderen: borsten, inwendige en uitwendige geslachtsorganen, maar ook bijvoorbeeld tepels en navel. In het meest extreme geval blijft er enkel nog het urinegat over. Chirurgische affirmatie van non-binairiteit is tevens gedeeltelijke nullificatie. De eunuch-identiteit staat benoemd in het Nederlandse Somatische transgenderzorgmodel 2024, pagina 23-29. Dit is een sadomasochistische fetish van 'cutters' en 'wannabees', geen 'gender'.

Vijftien wetenschappelijke vragen

De opmerkelijke lijst van dr. Stephen Levine die we citeerden in de vooruitleg, roept **vijftien cruciale wetenschappelijke vragen** op. Met deze vragen kunnen ouders een kritisch en constructief gesprek aangaan met specialisten over de aannames achter het genderaffirmatieve zorgmodel.

1. Is het werkelijk zo dat een transidentiteit, eenmaal vastgesteld, voor altijd onveranderlijk blijft?

2. Kunt u bewijzen dat transidentiteiten hoofdzakelijk worden veroorzaakt door prenatale biologische factoren?

3. Hoe kunt u verklaren dat seksuele geaardheid volledig onafhankelijk zou zijn van 'genderidentiteit', terwijl de ontwikkeling van beide vaak met elkaar verbonden lijkt te zijn? Verhindert vroege medicalisering niet het ontdekken van homoseksualiteit?

4. Is het echt waar dat geen enkele vorm van 'genderidentiteit' een symptoom kan zijn van een onderliggend psychologisch probleem?

5. Hoe kunt u zeggen dat 'genderdysforie' een ernstige medische aandoening is die transmedicalisatie rechtvaardigd, maar dat behandeling alleen nodig is als de patiënt dit wil?

6. Zijn de emotionele problemen van kinderen met 'genderdysforie' uitsluitend te wijten aan discriminatie, of spelen er andere, onderliggende factoren mee?

7. Waarom wordt vaak beweerd dat er geen effectieve alternatieven zijn voor genderbevestigende zorg, terwijl andere benaderingen bestaan?

8. Is elke poging tot psychotherapie echt vergelijkbaar met conversietherapie, en waarom zou dit verboden moeten worden? Is de medische transitie niet een conversie van het geslachtelijke lichaam?

9. Welke wetenschappelijke basis is er die aantoont dat genderbevestigende zorg blijvende verbeteringen in mentale gezondheid en sociale functie oplevert?

10. Heeft u bewijs dat genderbevestigende zorg de suïcidale gedachten en zelfmoordpercentages daadwerkelijk vermindert op de lange termijn?

11. Hoe zeker bent u ervan dat jonge tieners en adolescenten weten wat hen in de toekomst gelukkig zal maken?

12. Kan het voldoen aan de diagnostische criteria voor 'genderdysforie' werkelijk een goede uitkomst van genderbevestigende zorg garanderen?

13. Als spijt en detransitie zeldzaam zijn, hoe verklaart u dan de toenemende erkenning van detransitie in recente jaren?

14. Hoe kan de kliniek rechtvaardigen dat een DSM-diagnose, die per definitie een momentopname is, toch gebruikt wordt als reden voor permanente, onomkeerbare lichaamsaanpassingen?

15. De voorgaande veertien vragen vormen de kern van de beweringen over affirmatieve zorg. Als de ideeën zelf niet waar of wetenschappelijk onderbouwd zijn, hoe kunnen we dan vertrouwen op de interventies die daarop gebaseerd zijn?



Enkele belangrijke stappen

Schrijf de geschiedenis en uw standpunten over de situatie uit

Wij raden aan om uw gedachten te ordenen door een gedetailleerde brief te schrijven. Beschrijf hoe de situatie is begonnen, geef een overzicht van de gedragskenmerken van uw kind, en deel uw perspectief over wat u denkt dat er aan de hand is. Geef deze brief zowel aan de genderkliniek als aan uw huisarts. **Stuur een geprinte versie per aangetekende post met ontvangstbevestiging voor officiële documentatie en stuur daarnaast een kopie via e-mail voor snellere communicatie.**

Meld tekenen van schaamte, problematisch gedrag en onrealistische verwachtingen

Als uit de enquête blijkt dat er sprake is van schaamte rond 'genderexpressie' (of andere problematische gedragsindicatoren), moet de genderkliniek dit probleem aanpakken. Eventuele zorgen die door u of andere familieleden worden geuit, moeten leiden tot een duidelijke en logische opvolging, met een uitleg van de aanpak van de kliniek. **Schaamte is fundamenteel onverenigbaar met medische behandeling**, omdat dit iatrogene* schade kan verergeren wanneer lichamelijke veranderingen door medische ingrepen zichtbaar worden. Het is essentieel dat de patiënt gevoelens van schaamte overwint voordat er verdere stappen worden ondernomen.

Uw huisarts is uw bondgenoot

Deel uw zorgen met uw huisarts in een geschreven document, ondersteund door betrouwbare bronnen die uw zorgen onderbouwen. De voortdurende medische controverse rondom het genderbevestigende zorgmodel is volop in ontwikkeling, en veel huisartsen zijn mogelijk nog niet volledig op de hoogte. Zij vertrouwen vaak op de klinieken—een fenomeen dat bekend staat als de 'vertrouwensketen'. Het is uw verantwoordelijkheid om de tekortkomingen in genderbevestigende zorg, die u in de literatuur hebt gevonden, aan te kaarten.
Geef daarnaast bij uw huisarts aan hoe u zich voelt over de manier waarop u als ouder binnen de kliniek wordt behandeld, vooral als uw standpunten worden afgewezen, niet serieus worden genomen, of als u wordt uitgesloten van gesprekken over de zorg voor uw kind.

Wat is het kennis- en ervaringsniveau van de specialist?

Maak een lijst met vragen en vraag om schriftelijke antwoorden. Vraag de specialist naar de bronnen die u heeft gelezen. Heeft de specialist deze literatuur ook gelezen? Zo niet, wat kwalificeert hem dan als expert? Wat is het kennis- en ervaringsniveau van de specialist? Een specialist heeft de beroepsverplichting om zich zo breed mogelijk te informeren. Vooral de bestsellers uit de adviesleeslijst zijn goed gedocumenteerd en zijn direct conflicterend met wat de affirmatieve klinieken beweren. Als zij deze vakliteratuur niet kennen, is dat verwijtbaar gebrekkig en zijn ze onbekwaam als specialist.

Verzoek aan de genderkliniek om te overleggen met de huisarts

Het is verstandig om de kliniek te verzoeken om te overleggen met de huisarts om hun perspectief te betrekken. **Als de mening van de huisarts verschilt van die van de genderkliniek, mag deze niet zonder een duidelijke en logische uitleg worden verworpen.** Dit verzoek stimuleert de kliniek om transparant en verantwoordelijk te handelen, wat helpt om potentiële juridische problemen in de toekomst te beperken.

Stuur kopieën van de enquête naar uw huisarts en de verzekeringsmaatschappij (in België: het ziekenfonds)

Wij raden aan om de ingevulde enquête te delen met **huisarts** en de **verzekeringsmaatschappij (in België: het ziekenfonds)**, zodat alle betrokken partijen goed geïnformeerd zijn over de complexe kwesties rond medische transitie. Omdat een diagnose van 'genderdysforie' niet objectief meetbaar is, is het van cruciaal belang om de resultaten van de enquête aan de verzekeringsmaatschappij (in België: het ziekenfonds) te communiceren, vooral als de uitkomst hiervan verschilt met de zelfdiagnose van uw kind. Dit zorgt ervoor dat de kliniek verantwoording moet afleggen en moet uitleggen waarom de zelfdiagnose zwaarder weegt dan het inzicht van het gezin en waarom medische interventies, met aanzienlijke gezondheidsrisico's, als de enige haalbare oplossing worden gezien. **Stuur de brief in een geprinte versie per aangetekende post met ontvangstbevestiging naar alle partijen en stuur daarnaast tevens een kopie per e-mail voor snellere communicatie.**

* 'Iatrogeen' betekent: schade juist door de behandeling veroorzaakt.

Ouderlijke verklaring

Overhandig aan kliniek

Het betreden van een juridisch mijnenveld

Zodra een diagnose is gesteld, moet de klinische verklaring de eerdergenoemde zorgen duidelijk weerleggen. Het is essentieel dat alle mogelijke bijdragende factoren van de door de patiënt gerapporteerde 'genderdysforie' grondig worden onderzocht. Het aanpakken van deze factoren kan leiden tot een oplossing van de gepresenteerde problemen en mogelijk de noodzaak voor onomkeerbare medische ingrepen wegnemen.
Daarnaast moet worden aangetoond in hoeverre er sprake is van coëxisterende aandoeningen en waarom deze geen aanleiding geven tot diagnostische overschaduwing.
Een zorgvuldig gedocumenteerd onderzoek naar coëxisterende aandoeningen is cruciaal, vooral gezien de drastische en onomkeerbare procedures die door klinieken worden uitgevoerd. **We hebben duidelijke aanwijzingen dat dergelijke rapportage momenteel ontbreekt, wat tot aanzienlijke juridische problemen kan leiden.** Verzekeringsmaatschappijen (in België: ziekenfondsen) lijken niet op de hoogte van deze kwesties. Zodra zij hiervan op de hoogte zijn, zullen er waarschijnlijk fundamentele vragen worden gesteld om juridische en financiële risico's te vermijden. Het versturen van de uitkomsten van onze enquête naar verzekeringsmaatschappijen (in België: ziekenfondsen) helpt om bewustzijn te creëren.
Bovendien mogen we niet vergeten dat de langetermijnkennis en nabijheid van ouders tot hun kind niet worden erkend in het besluitvormingsproces. Deze systematische afwijzing van ouderlijke input creëert aanzienlijke medisch-juridische zorgen. **Hoe is het mogelijk dat genderklinieken deze cruciale bron van klinische informatie systematisch negeren?**
Nu deze enquête beschikbaar is, rijst de vraag wanneer ouderlijke inzichten worden meegenomen. Kunnen klinieken aantonen dat dit adequaat is gedaan in eerdere gevallen? En hoe sluiten historische klinische beslissingen aan bij de resultaten van gezinnen die onze systematische beoordeling hebben voltooid?
Het is te verwachten dat deze enquête aanzienlijke uitdagingen zal creëren voor genderklinieken, vooral nu duidelijk wordt dat ouderlijke indrukken systematisch zijn genegeerd. Het kan niet langer worden volgehouden dat ouderlijke input irrelevant is, vooral nu er concreet bewijs is van de waarde en impact van onze informatie via deze enquête en jullie collectieve antwoorden op deze vragen.

Als de kliniek wenst door te gaan met verdere behandeling die medicatie en chirurgie omvat, verzoeken wij als ouders dat u elk van onze vragen punt voor punt beantwoordt en uw reacties naar het onderstaande adres stuurt.

Ouderlijke verklaring

Met deze verklaring geven wij als ouders een duidelijke waarschuwing af dat wij van mening zijn dat 'genderbevestigende behandeling' niet moet worden voortgezet.
Mocht de kliniek zich beroepen op de privacy van de patiënt, dan zullen wij dit document doorsturen naar onze huisarts en de verzekeringsmaatschappij (in België: het ziekenfonds). Op deze manier kunnen deze partijen samenwerken met de kliniek om een weloverwogen beslissing te nemen. Dit betekent dat alle partijen medeverantwoordelijkheid zullen dragen indien er complicaties optreden na de behandeling, tenzij zij eveneens adviseren om de patiënt niet medisch te behandelen.
Het is redelijk dat, in geval van schade, compensatie en/of reconstructieve medische zorg wordt geboden naar de wens van de patiënt.

Naam ouder/familielid: Datum:

Adres ouder/familielid: Handtekening ouder/familielid:

Ondersteund door

PAGD

TransTeens Sorge Berechtigt

PEC

memoma VOORZIJ voor vrouwen

My Child Is Not Your Canvas.

Gender A Wider Lens

Genspect

Genspect

Cry for Recognition cryforrecognition.be

oasis

PARENTS with INCONVENIENT TRUTHS about TRANS

BEYOND TRANS

Parents of Desisters

STATS FOR GENDER.ORG

GENDERPUNT

GDSN

LGB ALLIANCE

Stephanie Davies-Arai - directeur van Transgender Trend

*"Ik heb die eerste paar jaren gesproken met **ouders die zich in de vreselijke situatie bevonden waarin ze niet alleen een serieus probleem hadden met hun tiener, maar waarin de hele wereld tegen hen leek te zijn en hen zag als bigots** (bekrompen mensen).*

Normaal gesproken, als je te maken hebt met tienerproblemen — je kind raakt betrokken bij de verkeerde mensen, drugs, alcohol, seks... Je kent al deze tienerproblemen wel — heb je in ieder geval de steun van de samenleving om je heen. Er zijn mensen die sympathie voor je hebben, sommigen geven je misschien de schuld, maar je krijgt steun. Je kunt erover praten met je vrienden. Maar ik sprak met ouders die niet eens met hun vrienden durfden te praten, omdat ze bang waren dat ze zouden worden beschuldigd van bekrompenheid of transfobie."

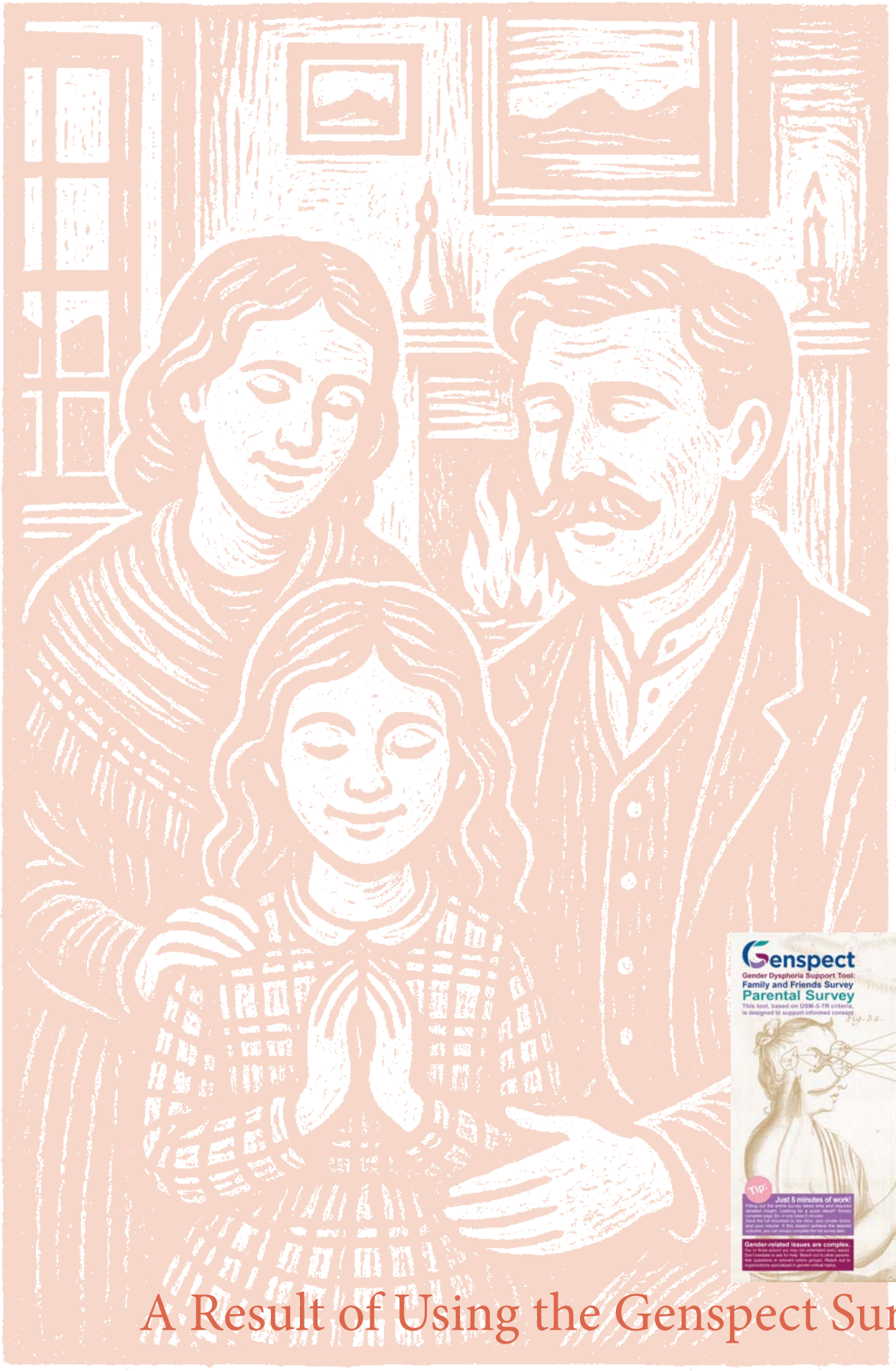
Dr. Stephen B. Levine - kinisch hoogleraar psychiatrie, Cleveland, Ohio

*"**Ouders (van kinderen die zich als trans identificeren) moeten simpelweg de mogelijkheid krijgen om te spreken**, om hun standpunten te delen. Geestelijke gezondheidsprofessionals moeten hun jonge patiënten helpen om te praten. Zelfs zeer intelligente **patiënten hebben vaak geen diepgaand begrip van zichzelf**. En natuurlijk hebben ze ook geen diepgaand begrip van anderen. Ze beschikken niet over voldoende vocabulaire voor psychologische fenomenen en hebben uiteraard beperkte levenservaring om hun eigen ervaringen te kunnen beoordelen.*

*De overgrote meerderheid van de ouders met wie ik in de afgelopen 50 jaar heb gewerkt, houdt zielsveel van hun kind. Zij zijn niet de vijand van hun kind. **Dat adolescenten hun ouders als vijand zien, weerspiegelt hun beperkte, onvolwassen begrip.**"*

The Scottish Case

In support of parents who are not heard in clinics



A Result of Using the Genspect Survey

Article on PITT, June 2025

Our wee girl, 19 years of age now, so legally an adult I suppose. A great person, good soul, animal lover, hugely creative, multi talented musician, very artistic always working on something.

She is autistic, only spoke jargon until early primary school, she's now very articulate but can still struggle to speak to anyone. Hugely outgoing as a child, full of beans, hilarious, loved Disney Princesses, Monster High dolls, practically lived in a Tinkerbell dress and fairy wings. If you tried to put them in the wash she would fish them out of the basket and put them on again. She grew butterflies, looked after animals, did ballet, sang in the girls choir, did knitting, crocheting, loved everything girly and wanted to marry David Hasselhoff because he was in the Spongebob movie.

She was diagnosed autistic at 9 years of age, she had a few friends at school (female) but as her autism grew more apparent they pretty much abandoned her and she was a lonely wee soul for a long time.

As her teens came on she got really introverted and could barely speak to anyone, even up until last year she couldn't go into a shop and ask for anything, couldn't go on a bus by herself. Although she is 19 years old she is very young for her age, we would put her closer to about 14, she's never kissed a boy or a girl, and doesn't even know which she prefers yet.

She started high school. To describe it as a pro-trans school would be an understatement. There are trans flags on the walls and corridors, rainbow lanyards everywhere, and as a result a high number of the pupils identified as trans or non binary. She joined a band with two other girls from her class, both who had changed their names and who presented as boys. They'd all been friends through childhood so we left her to it. She would come back from rehearsals muttering about "heteros" or "the patriarchy" but not ranting on a soapbox or anything typical of the TRAs, just wee bits here and there, very subtle, but she was obviously hearing the sermons during band practice.

Then she would start crocheting trans flags for her pals and doing drawings of Dylan Mulvaney, and started watching a female to male trans youtuber called Jammie Dodger, but she kept all of this from us. She became very secretive, but that's always been a teenage thing for everyone, so we didn't pry. Until she came out to us late 15 years of age. I think she was expecting hearts and rainbows, like an episode of Heartstopper, when she told us she wanted to be a boy. As soon as she said she was a boy we told her she wasn't, she was just going through puberty and all of the turmoil a teenage girl goes through. But because even navigating a normal everyday experience is like climbing a mountain for her, the trials and tribulations of being in a female body experiencing sensory overload during periods or bodily development is amplified turned up to 11 for an autistic girl, and if she just rides it out and doesn't do anything stupid or medical then she will come out the other end unscathed.

She assured us she only wanted to pass as a boy, she didn't want anything like surgery or hormones, she just wanted to pass. She already dressed boyish by this time, and she's very tall, with a deep husky voice she inherited from her Mum, so we said congratulations you already pass. She was really disappointed our reaction wasn't the one she hoped for, so she didn't say any more about it, and just became even more withdrawn.

About six months later she said she wanted to change her name. Mum said no because we chose that name for her. She said no more about it.

Then I read online about a website called Thoughtful Therapists, which is a group of medical professionals fighting against gender ideology

https://www.thoughtfultherapists.org/

They put us in touch with a lovely doctor who spent a few sessions chatting with our daughter, they got on well, but after a while she decided she didn't really need to speak to anyone any more. However, more on the good Doctor in a minute.

Over the next wee while she got more and more confident, started hanging out with other folk from school, playing in a new band, got accepted to university to study Sound Design, her dream job. Started going into shops, going on busses everywhere on her own or with her pals. Everything was going great. Happy days! Until...

About a month ago, a letter arrived here from the Waterside Gender Clinic in Edinburgh, addressed to "Logan" but it was for our daughter, which is how we came to find out she had been seeking gender reassignment. The letter was giving her the green light to begin taking cross sex hormones with a view to getting a double mastectomy afterwards, followed by removal of her reproductive organs and whatever other surgical procedures they might have in store for her.

She had gone there unbeknownst to us. They'd spoken to her without consulting us or her GP or any of the medical professionals who have been dealing with her since she was a baby. This gender doctor's diagnosis barely mentioned her autism, there was a brief mention that her uncles "had experience of DVT" Deep Vein Thrombosis. That is putting it mildly. Deep Vein Thrombosis is what killed her uncle at a young age, her other uncle almost died of it last Xmas and is lucky to be alive today, three of my cousins tested positive for it, I didn't, but it is a huge risk factor in our family history, and I feel they downplayed that just as much as they did her autism. The short session she spent speaking with this doctor at the clinic just looked to me like a box ticking exercise.

She'd spun them a yarn about her always feeling she was a boy, which isn't true at all. We have plenty of pictures and videos of her as a kid, happily running around in her manky, soup-stained Tinkerbell costume, playing with all her girly toys. She told them she played WWE Wrestling with her big brother. Her brother is an LGBT ally, he supports her with her gender issues, but even he admitted the wrestling story wasn't true, and acknowledges she was very much a girly girl. She told the clinic she wore her brother's hand me downs. Once she became a teen she did start wearing his old check shirts, just like pretty much every other teenager wears, girls and boys both. But any hand me downs she wore as a child came from her female cousin or from her Mum.

The rest of the letter spoke of "Logan and he/his" bodily discomfort and "his" expressed desire to attain a masculine body. After briefly meeting with her, in a few short paragraphs they recommended her for male hormones with a view to getting her breasts and reproductive organs removed, and whatever other procedures might come after that.

Reading the letter was like getting hit by a train. It was totally out of the blue. We spoke to her for hours. She said all her friends were going out socialising, dating, all of the things everyone wants to do as a teen. But she refused to apply for Over-18 ID because she couldn't even write her own name, its a constant reminder to her she is a girl. So if she became a boy, she would become more confident with her body and herself, and would be able to go out and experience some nightlife and maybe even meet someone. We felt so hurt for her and tried to explain that what she was doing would have the opposite effect, it wouldn't give her any confidence, it would destroy her body and her life, and her dating pool would be practically non existent. She wouldn't listen. She was about to begin hormones a couple of weeks ago, her Mum talked her out of it, we spent every minute we could trying to get her to see the reality of the situation. She was unhappy, the clinic ignored all of my attempts to contact them and tell them about the dangers of her taking cross sex hormones, I just kept telling them to leave her alone, find somebody else and leave our daughter alone. Her mum cried all the time and none of us slept. But far more important, we only want health and happiness for all of our kids. Going down the gender path would be taking both of those things away from our daughter. Her Mum suggested speaking to our Doctor pal from Thoughtful Therapists again.

Sadly, for us anyway, he had retired and was no longer practicing. But he hadn't forgotten about her, and he asked if we knew about Genspect and a survey they had which deals very thoroughly with our daughter's type of situation.

https://genspect.org/resources/gender-dysphoria-support-tool/

We downloaded it and read it. Please (if you've read this far down) download it and read it. It has sections to be filled in by Parents, Friends and Family, and a couple of pages of intense and thorough questions for the gender clinic to fill in as well. It lists all of the side effects from puberty blockers, cross sex hormones and all the medical procedures, then asks if you still think its the correct path for the patient to take. It also asks the clinic a lot of science and reason based questions and delves into the Hippocratic side of their profession. It asks all of the questions that should have been asked during our daughter's gender diagnosis, and a whole lot more.

We printed off several copies, got family and friends to fill them in, we filled in the Parents section, sent them all off to the clinic in a big fat envelope, LOTS of stuff for them to read, and asking them to answer the sections about "Possible Co-Existing Conditions" and the "Questions To The Clinic" parts 1 and 2 then return the finished survey to us. We sent them by registered mail and also emailed them with digital scan copies of the survey, and we CC'd in every family member who had taken part, and we CC'd in Genspect as well.

That was last week.

After all our previous fruitless attempts at communication with the gender clinic , 3 days after they received the Genspect Survey, we received this email from them:

"Thank you for your email and letter. Unfortunately we are unable to complete the third party request. However, having gained relevant consent, we are able to provide a limited update on the patient in question. We can confirm in this case Waterside Clinic is not proceeding with hormone treatment and will no longer be providing any medical input for the patient. Please note, this is the extent of the information we can provide. We will not be able to respond to any further communication from yourself or other third parties"

They were just about to put our daughter on the gender treadmill, jab her with hormones, mutilate her body and destroy her life, and charge her a hefty sum for the privilege. But as soon as they realised it wasn't just a vulnerable autistic girl they were dealing with, but she had people on her side and in her corner, medical professionals far out of the league and higher up the food chain than anyone at the gender clinic, that was it. They dropped our daughter like a hot tattie. They told her they could no longer treat her and if she wished to continue down the gender path she should contact the NHS.

Anyone reading this, please, if you feel lost and helpless, bewildered, like we've been feeling. Please, do what we done, no matter what stage of the gender path your family member is on, even if they've been through everything. Send the survey to the clinic, fill it in, get friends and family to fill it in. Keep Genspect in the loop, and let the clinic know that Genspect are concerned about the person too. They may not get their claws out of your child right away, and legally they don't have to fill in the survey, but its very much a question of "If not, why not?" and when everyone is CC'd in and the clinic knows all eyes are on them, that was all it took for them to let go of our daughter.

We knew the clinic had spoken to her to give her the news, so we left it for a few days. Then her Mum spoke to her and just asked what was happening with the gender clinic. She said they told her to go to the NHS, but she's been thinking about it, and she wasn't too bothered about the clinic saying that to her, and she wasn't really too bothered about going down the gender path. She's been going to the gym, and she says that will help with her confidence, and she has applied for her Driver license, she even wrote her own name on the application, which is a very big deal, believe me. And she's looking forward to going out socialising, going to gigs and meeting people, instead of watching life pass her by.

We realise that this was a skin of the teeth situation, and if the clinic hadn't been foolish enough to post that letter to our house, we would have been none the wiser, and we'd be telling you a completely different story today. We are thankful, and we hope if even one person reads this and does what we did, it will make a difference to their families situation too.

I hope PITT will let us give you an update in a few years. You never know what's around the corner, and she's not out of the woods yet, but after years of stress and heartache and wondering how it will all pan out, its nice just to wake up and see a bit of sunshine again.

The Complete Communication

We have received all relevant information directly from the father to support other families in similar situations. If comparable cases arise and clinics respond differently, this information can be used to file complaints or presented to **private doctors, insurance companies, hospital boards, and national health inspection authorities**. Since work protocols in this healthcare sector are nearly identical across most countries, **this information can also be used internationally**. For privacy reasons, we have anonymized the family's identity. The daughter is referred to as 'Xxx'.

On Tue, Jun 10, 2025 at 19:14 the dad of Xxx <dadofXxx@hotmail.com> wrote:
Dear ... (author of the Genspect Survey),

*Thank you so much for this. Please read the forwarded email from **Waterside gender clinic**. And the original email I sent them for a short history of our daughter Xxx, it begins with the Waterside gender clinic's response to the Gender Dysphoria Support tool request I sent them. Feel free to use any of it, I'll also send you Xxx's story I am sending to **Parents with Inconvenient Truths About Trans**, which of course is anonymous and keeps her name out of the public eye, so you might wish to use that instead, as it also tells about the outcome of sending the survey to the clinic, and you might find that useful too.*

Its so well created and so well put together, and I think what I said before is true, those "doctors" at the clinic will have taken one look at it and realised you were out of their league and far higher up the food chain than them. It took us a good couple of days to come down from the disbelief that they let her go so quickly, and its thanks to you. Thank you again

Love from me, my wife (Xxx's Mum), Xxx and all the family, but especially Xxx

From: YourGP Feedback <feedback@your.gp>
Sent: 06 June 2025 14:40
To: Dad of Xxx <<dadofXxx@hotmail.com>
Subject: Re: Genspect "Gender Dysphoria Support Tool" FAO Dr Michael Shaw, Dr Sandra Vracar, Everyone else at Waterside Clinic and Your GP Group

Thank you for your email and letter. Unfortunately we are unable to complete the third party request. However, having gained relevant consent, we are able to provide a limited update on the patient in question. We can confirm in this case Waterside Clinic is not proceeding with hormone treatment and will no longer be providing any medical input for the patient. Please note, this is the extent of the information we can provide. We will not be able to respond to any further communication from yourself or other third parties.

On Tue, Jun 3, 2025 at 2:11 the dad of Xxx<dadofXxx@hotmail.com> wrote:
Dear Waterside Gender Clinic, and everyone at Your GP Group

FAO Dr Michael Shaw and Dr Sandra Vracar in particular

Further to the last email I sent you regarding our daughter Xxx, who you have been referring to as Logan, and also as he/him, I have written to you today by postal mail with a copy of the Genspect "Gender Dysphoria Support Tool".

You may or may not be familiar with the survey, but I would appreciate very much if you could answer the "Possible Co-Existing Conditions" section and complete the sections "Questions To Ask The Clinic" parts 1 and 2. I have enclosed a stamped addressed envelope so you can return the completed survey to us. Also enclosed are the Family and Friends surveys which were completed by Xxx's aunties and also some close friends of the family who are all pretty much family to Xxx too. Everything has been sent to you First Class Recorded Delivery and should be with you in the morning. I have addressed the letter to Dr Michael Shaw in particular but it is for everyone involved to see. Here is the Recorded Delivery postal reference number for the documents: DF383110384GB.

In case of any difficulties in you receiving the letter, here are digital copies of all the surveys filled in by us, her parents, and her friends and families. Should you be unable to open the Dropbox folder I can email them to you individually. https://www.dropbox.com/scl/fo/sgzgk.....

Please take your time to read them to get a more rounded picture of Xxx growing up and where she is at today. I'm sure you will find it to be very much at odds with the somewhat rushed diagnosis you gave our daughter to proceed with life threatening hormone injections and irreversible surgery and removal of perfectly healthy body tissue and her reproductive organs.

I'll add some details here about Xxx's history again. Please read this very carefully too.

Xxx, our wee girl, 19 years of age now, legally an adult. A great person, good soul, animal lover, hugely creative, multi talented musician, very artistic. She is autistic, only spoke jargon until early primary school, she's now very articulate but can still struggle to speak to anyone. Hugely outgoing as a child, full of beans, hilarious, loved Disney Princesses, Monster High dolls, practically lived in a Tinkerbell dress and fairy wings. If you tried to put them in the wash she would fish them out of the basket and put them on again. She grew butterflies, looked after animals, did ballet, sang in the girls choir, did knitting, crocheting, loved everything girly and wanted to marry David Hasselhoff because he was in the Spongebob movie.

She was diagnosed autistic at 9 years of age, she had a few friends at school (female) but as her autism grew more apparent they pretty much abandoned her and she was a lonely wee soul for a long time.

As her teens came on she got really introverted and could barely speak to anyone, even up until last year she couldn't go into a shop and ask for anything, couldn't go on a bus by herself. Although she is 19 years old she is very young for her age, we would put her closer to about 14, she's never kissed a boy or a girl, and doesn't even know which she prefers yet.

She attended ... Academy in ..., Scotland, which to say is a pro-trans school would be an understatement. There are trans flags on the walls and corridors, rainbow lanyards everywhere, and as a result a high number of the pupils identified as trans or non binary. She joined a band with two other girls from her class, both who had changed their names, presented as boys. Xxx was still Xxx so we left her to it. She would come back from rehearsals muttering about "heteros" or "the patriarchy" but not ranting on a soapbox or anything typical of the TRAs, just very subtle.

Then she would start crocheting trans flags for her pals and doing drawings of Dylan Mulvaney, but she was very secretive about it, very secretive about a lot of things. Until she came out to us late 15 years of age. I think Xxx was expecting hearts and rainbows like an episode of Heartstopper when she told us she wanted to be a boy. As soon as she said she was a boy we told her she wasn't, she was just going through puberty and all of the turmoil a teenage girl goes through. But because even navigating a normal everyday experience is like climbing a mountain for Xxx, the trials and tribulations of being in a female body experiencing sensory overload during periods or bodily development is amplified turned up to 11 for her, and if she just rides it out and doesn't do anything stupid or medical then she will come out the other end unscathed.

Xxx assured us she only wanted to pass as a boy, she didn't want anything like surgery or hormones, she just wanted to pass. She already dressed like a boy by this time, and she's very tall, same deep husky voice she inherited from her Mum, so we said congratulations you already pass. She was really disappointed our reaction wasn't the one she hoped for, so she didn't say any more about it, and just became even more withdrawn.

About six months later she said she wanted to change her name. Mum said no because we chose that name for her. I reminded her that her middle name 'Yyyy' came from her Aunt 'Yyy' who died the week after we found out her Mum was pregnant with Xxx, so no way was she changing her middle name either. She said no more about it.

However, Xxx got more and more confident, started hanging out with other folk from school, playing in a new band, got accepted to ... Uni in Edinburgh to study Animation. Started going into shops, going on busses into Edinburgh, Glasgow and loads of other places on her own or with her pals. Everything was going great. Happy days! Until...

About a month ago a letter arrived here for Logan from the Waterside Gender Clinic in Edinburgh, addressed to Logan but it was for Xxx, which is how we came to find out Xxx had been seeking gender reassignment. The letter was giving Xxx the green light to begin taking cross sex hormones with a view to getting a double mastectomy afterwards, followed by removal of her reproductive organs and whatever other surgical procedures they might have in store for her.

Xxx had gone there unbeknownst to us. The diagnosis from the clinic barely mentioned her autism, there was a brief mention that her uncles "had experience of DVT" Deep Vein Thrombosis. That is putting it mildly. Deep Vein Thrombosis is what killed her Uncle ... at a young age, my other brother almost died of it last Xmas and is lucky to be alive today, three of my cousins tested positive for it, I didn't, but it is a huge risk factor in our family history, and I feel they downplayed that just as much as they did Xxx's autism, which we feel is the root cause of her gender dysphoria and should have been explored a lot more than just the small amount of time it took for the gender clinic to tick all their boxes.

Xxx spun them a yarn about her always feeling she was a boy, this is very easily debunked, Xxx knows this. We have plenty of pictorial and video evidence of young Xxx, happily running around in her manky, soup-stained Tinkerbell costume, playing with all her girly toys. She told the clinic she played WWE Wrestling with her big brother. Him and his friends are all very much LGBT allies, he supports Xxx with her gender issues, but even he admitted the wrestling story wasn't true, and acknowledges Xxx was very much a girly girl. She told the clinic she wore her brother's hand me downs. Once she became a teen she did start wearing hiss old check shirts, just like pretty much every other teenager wears, girls and boys both. But any hand me downs Xxx wore as a child came from her older female cousin who was also big and tall, or from her Mum.

We don't feel the clinic have been thorough in their diagnosis, they have been secretive, no mention of any of this to our family GP or the team of NHS health specialists who have been dealing with Xxx since she was a baby, and definitely no mention of any of this to us.

When she first came out to us recently about wanting to be a boy, she said she only wanted to pass, I said to her at the time that's fine, you already pass. But it won't be enough, you still won't be a boy, so you'll want top surgery, then that won't be enough so you'll want bottom surgery, then that won't be enough and you'll realise the road never ends and there's no crock of gold at the end of the rainbow, and you'll have damaged your body. Leave things be and you'll come out the other end in your own good time.

So I was right, passing as a boy wasn't enough for Xxx, and here she is now about to step onto the treadmill and destroy her body and her life.

Something else we should add, due to Xxx's difficulties as a child with Erb's Palsy, a speech delay and developmental issues, which were later diagnosed as autism aged 9. Pretty much since the word go, Xxx has been seen by Community Child Health at NHS Lothian, with several doctors and specialists over the years. This included home visits and school visits, and regular meetings with us to check on her development and growth into an adult. Xxx had many difficulties and overcame a lot of obstacles in her childhood, but on not one single occasion in any of these visits, or sessions, or meetings, did the subject of gender ever come up. We have kept all of the letters and reports we received from the doctors and specialists who were looking after Xxx, and it would be easy enough to contact the professionals who were dealing with her to confirm this to be true. It has only been very recently Xxx started talking about gender, and we know this is because of social contagion, peer groups at school, Youtube and

TikTok influencers, and I'm guessing any LGBT groups or individuals she has spoken to since starting University.

Gender dysphoria is very common in people with autism and I would expect any health professional to investigate how Xxx's autism relates to her gender dysphoria before making any non-reversible life changing recommendations.

We as Xxx's parents can tell you that Xxx's gender dysphoria came on rapidly, just like most of the autistic teenage girls who are told they were born in the wrong body. They're not, they're just teenage girls undergoing womanhood, and struggling to deal with it like they struggle to deal with everything else in everyday life. Leave them to get through it and they will be fine. It really is that simple.

Anyway, please fill in the Genspect survey and return it to us. Please also keep an eye on your email inbox as I will send an electronic copy of this letter and the Genspect survey to you, which will feature all of my answers and also the answers from Xxx's Mum. Plus the answers from Friends and Family. I will CC everyone in on the email who took part in the survey and also I will CC in Genspect as they were kind enough to supply the survey to us and are now also concerned about Xxx's well being.

Thank you, we look forward to hearing from you

--Dad's name-- (Xxx's Dad)
--Mom's name-- (Xxx's Mum)
--address--
--City--
--Postal Code--
Scotland
email: dadofXxx@hotmail.com