



Transitie & vruchtbaarheidsbehoud

Een ethische verkenning van de fertiliteitszorg voor transgender jongeren



Centrum voor
Ethiek en
Gezondheid

Transitie & vruchtbaarheidsbehoud

Een ethische verkenning van de fertiliteitszorg voor transgender jongeren

Signalering Ethiek en Gezondheid

- 2024 -

Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid signaleert en informeert over nieuwe en actuele ethische vraagstukken op het gebied van gezondheidszorg en biomedisch onderzoek, die van belang zijn voor overheidsbeleid.

Het CEG is een samenwerkingsverband tussen de Gezondheidsraad en de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.

Postbus 19404
2500 CK Den Haag
070 - 340 50 60
info@ceg.nl | www.ceg.nl

Centrum voor
Ethiek en
Gezondheid

Inhoudsopgave

	Samenvatting	4
1	Inleiding	8
1.1	Aanleiding	8
1.2	Afbakening	11
1.3	Doel	12
1.4	Werkwijze	12
1.5	Leeswijzer	12
2	Transgenderzorg en vruchtbaarheid	14
2.1	Transitiebehandeling	14
2.2	Effect op de vruchtbaarheid	16
2.3	Behandelmethode voor behoud van vruchtbaarheid	16
2.4	Experimentele technieken	21
3	Een lastige beslissing	23
3.1	Beslissingsbevoegdheid en beslissingsbekwaamheid	23
3.2	Cognitieve beoordeling wilsbekwaamheid	23
3.3	Relationele benadering van autonomie	25
4	Tussen zorgpraktijk en behoeften doelgroep	28
4.1	Toereikendheid huidige fertiliteitszorg	28
4.2	Nieuwe vruchtbaarheidsbehandelingen	30
5	Het leven na de behandeling	32
5.1	Effecten op het nageslacht	32
5.2	Familierechtelijke betrekkingen	33
6	Tot slot	34
	Bijlage 1 Begrippenlijst	36
	Bijlage 2 Lijst van geconsulteerden	37
	Bijlage 3 Verantwoording en samenstelling CEG	38
	Literatuur	39

Publicatienummer: 2024/01

ISBN/EAN: 978-90-5732-341-6

Titel: Transitie & vruchtbaarheidsbehoud

Ondertitel: Een ethische verkenning van de
fertiliteitszorg voor transgender
jongeren

Grafisch ontwerp: Studio Duel

Deze publicatie kan als volgt worden
aangehaald: Centrum voor Ethiek en
Gezondheid, Transitie & vruchtbaarheid,
een ethische verkenning van de
fertiliteitszorg voor transgender jongeren.
Den Haag: 2024.

[Commissie CEG](#) 

Samenvatting

Mensen die een kinderwens hebben, maar niet op de natuurlijke manier een biologisch eigen kind kunnen krijgen, kunnen gebruikmaken van voortplantingstechnologieën. Mensen hebben het recht om daar autonoom over te beslissen (reproductieve vrijheid) en de overheid moet ervoor zorgen dat zorg gericht op vruchtbaarheid en voortplantingstechnologieën (fertiliteitszorg) voor iedereen op gelijke wijze toegankelijk is. Het gaat dan bijvoorbeeld om in-vitrofertilisatie (ivf)-behandelingen, maar ook om behandelingen ter behoud van de vruchtbaarheid – zoals het invriezen van eicellen – bij mensen die door een medische aandoening of een medische behandeling zoals chemotherapie vruchtbaarheidsproblemen kunnen krijgen.

Ook transgender personen kunnen door medische behandelingen die ze ondergaan vruchtbaarheidsproblemen krijgen. Transgender personen hebben een gevoel van onbehagen over hun bij de geboorte toegewezen geslacht, ofwel biologische geboortegeslacht.

Transgender personen kunnen, net als cisgender personen, een kinderwens hebben. Deze wens staat los van de genderidentiteit. Het recht op reproductieve

vrijheid en de toegang tot fertiliteitszorg waren lange tijd niet vanzelfsprekend voor deze groep. Tot 2014 eiste de Transgenderwet bijvoorbeeld voor aanpassing van de geslachtsaanduiding in de Basisregistratie Personen een onomkeerbare sterilisatie. De behandelingen gericht op het behoud van vruchtbaarheid na de transitie worden pas sinds 2017 vergoed. Tot die tijd werd verlies van vruchtbaarheid door geslachtbevestigende behandelingen bij transgender personen niet gezien als een medische indicatie.

Door maatschappelijke ontwikkelingen, en door ontwikkelingen in voortplantingstechnologieën, heeft fertiliteitszorg een prominente plek gekregen binnen de transgenderzorg. Door het relatief nieuwe karakter ervan roept fertiliteitszorg voor transgender personen in de praktijk verschillende ethische vragen op.

Om te beginnen is het voor transgender personen complex om te beslissen over hun reproductieve toekomst op het moment dat ze nog volop worstelen met gevoelens van onvrede over hun biologische geboortegeslacht (genderdysforie). De beslissing over de transitiebehandeling is voor de meesten urgenter dan het langetermijnvraagstuk van vruchtbaar-

heidsbehoud. Daar komt bij dat het lastig kan zijn om over vruchtbaarheidsbehoud na te denken, omdat de behandelingen zo sterk geassocieerd zijn met de geslachtsorganen waar transgender personen onvrede over voelen. In die zin verschilt de complexiteit van de beslissing over het vruchtbaarheidsvraagstuk van transgender personen die in transitie gaan wezenlijk van dat van mensen die bijvoorbeeld door chemotherapie hun vruchtbaarheid kunnen verliezen.

Voor kinderen en jongeren is de beslissing over behandelingen voor vruchtbaarheidsbehoud nog complexer dan voor volwassenen. Ze zijn mogelijk nog helemaal niet bezig met een eventuele kinderwens en ouderschap en kunnen de consequenties van eventuele blijvende onvruchtbaarheid mogelijk niet goed overzien. Bovendien kunnen zij druk ervaren van ouders, van wie ze emotioneel afhankelijk zijn, maar met wie ze mogelijk niet op één lijn zitten. Gegeven de complexiteit van de beslissing is het van belang dat zorgverleners een goed beeld hebben van de beslissingsbekwaamheid van het kind of de jongere in kwestie. Doorgaans wordt daarbij vooral gekeken naar cognitieve vermogens. Hoewel de beoordeling van de beslissingsbekwaamheid ter zake is

gericht op cognitieve vermogens en dus op de individuele persoon, kan de sociale context van de persoon wel ondersteunen bij het nemen van de beslissing en de autonomie dus versterken (relationele autonomie). Deze relationele benadering betekent niet dat de criteria voor de beslissingsbekwaamheid veranderd of verlaagd zouden moeten worden, maar wel dat het proces om de beslissing te nemen en dus de autonomie van de persoon ondersteund moet worden.

Een ander vraagstuk bij fertiliteitszorg voor transgender personen is dat het aanbod (de behandelingen en de counseling daarover) niet goed aansluit bij de behoeften van transgender personen. Doordat die behandelingen sterk zijn gekoppeld aan de geslachtsorganen van het biologische geboortegeslacht, kunnen ze de gevoelens van genderdysforie waar transgender personen graag vanaf willen juist aanwakkeren. Uit de aard der zaak is dit deels onvermijdbaar. Zo worden de zaadcellen die ingevroren en opgeslagen worden meestal verkregen via masturbatie. En de ingreep om eicellen met een punctie uit de eierstokken te halen wordt gemonitord met een vaginale echoscopie. Het alternatief is dat eierstokweefsel operatief wordt verwijderd en later weer wordt geïmplantieerd in het lichaam. Maar ook dat kan gevoelens van genderdysforie veroorzaken, en de kans van slagen is bij die behandeling veel kleiner dan bij de op-

slag van eicellen. Voor transgender kinderen die nog helemaal aan het begin van de puberteit zijn en bij wie de geslachtscellen nog niet volledig zijn ontwikkeld, zijn dit

“Transgender personen kunnen, net als cisgender personen, een kinderwens hebben. Deze wens staat los van de genderidentiteit. Het recht op reproductieve vrijheid en de toegang tot fertiliteitszorg waren lange tijd niet vanzelfsprekend voor deze groep.”

soort nieuwe (of deels nog experimentele) behandelingen, waarvan de kans op succes nog onduidelijk is, de enige optie.

Daarmee verbonden is de situatie dat fertiliteitsklinieken veelal gericht zijn op heterokoppels en dat de informatievoorziening over de behandelingen vaak uitsluitend gericht is op cisgender vrouwen. Zorgverleners ervaren ook dat de fertiliteitszorg die zij bieden niet aansluit bij de behoeften van de doelgroep en zeggen kennis te ontberen.

Ook wet- en regelgeving zijn nog onvoldoende toegesneden op de behoeften van transgender personen die een kind krijgen. Met de nieuwe Transgenderwet uit 2014 is het makkelijker geworden voor transgender personen om hun geslachtsaanduiding te wijzigen. Maar wetgeving rond familierechtelijke betrekkingen is in het burgerlijk wetboek nog niet veranderd. Daardoor kan het voorkomen dat de wettelijke ouder-schapsrol niet overeenkomt met de rol zoals die beleefd wordt volgens de werkelijke genderidentiteit (en met de geslachtsaanduiding in de Basisregistratie Personen). Wel is in 2023 een regeling ingegaan, waardoor transgender en non-binaire personen kunnen kiezen voor de seksneutrale term ‘ouder uit wie het kind is geboren’, op de geboorteakte of akte van erkenning van hun kind.

Tot slot is er weinig onderzoek naar de gevolgen van vruchtbaarheidsbehandelingen op psychologisch en medisch vlak. Onderzoek specifiek naar transgender ouderschap is schaars, maar bevat geen

aanwijzingen voor een negatieve invloed van de genderidentiteit van de ouder op het psychologisch welzijn van het kind. Er is meer onderzoek gedaan naar de invloed van het ontbreken van genetische verwantschap op de relatie tussen ouder en kind. Ook hier bevat de literatuur geen aanwijzingen voor een negatieve invloed.

Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) concludeert dat er voor passende en toegankelijke fertiliteitszorg voor transgender personen nog lacunes in beleid en in zorgpraktijk gedicht moeten worden. Dat kan onder meer door het stimuleren van onderzoek, bijvoorbeeld naar de behandelbehoeften van transgender personen en naar de langetermijngevolgen van fertiliteitsbehandelingen en transgender ouderschap. Om de kennislacunes te dichten is het van groot belang dat transgender personen betrokken zijn en kunnen meedenken over onderzoek en toegankelijkheid. Een afwachtende houding ten aanzien van nader onderzoek is echter niet voldoende: parlement, beleidsmakers, bestuurders en de relevante zorgsector doen er goed aan zich alvast zo veel mogelijk te (laten) informeren over passende en toegankelijke fertiliteitszorg voor transgender personen en hierover samen met transgender personen een open en lerende dialoog te voeren.

Het CEG signaleert dat transgender jongeren, hun naasten en behandelaren eerder moeten nadenken en praten over vruchtbaarheidsbehoud en alle consequenties van dien.

“Ik sta op de wachtlijst voor mijn transitie van man naar vrouw. Met hormonen ben ik nog niet begonnen. Samen met mijn partner wil ik graag kinderen, maar dat is tot op heden niet gelukt. Daarom zijn we nu met een vruchtbaarheidsbehandeling begonnen. We willen liever niet dat de fertiliteitsbehandeling tegelijk met de transitiebehandeling wordt uitgevoerd, want dat kan tot moeilijke keuzes leiden. Hormonen die mijn vruchtbaarheid bevorderen werken de transitie juist tegen.”
(Transgender vrouw)



1 | Inleiding

1.1 Aanleiding

De keuze om wel of geen kind te krijgen is een van de meest fundamentele keuzes in het leven. Mensen hebben het recht op reproductieve vrijheid: dit betreft een mensenrecht. Dit recht wordt geschaard onder de zogenoemde seksuele rechten, die verankerd zijn in grondrechten. Deze zijn in het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) vastgelegd in artikel 2 (recht op leven), artikel 8 (privéleven en (lichamelijke) integriteit) en artikel 14 (recht op non-discriminatie). Daarnaast pleit het recht voor een open toekomst en dus voor het openhouden van de optie om een kind te krijgen.

Uit het recht op reproductieve vrijheid volgt dat iedereen vrijelijk over keuzes rond voortplanting mag beslissen, zonder interventies van anderen (negatieve vrijheid). Verhinderen dat mensen zwanger worden, bijvoorbeeld door middel van sterilisatie of het niet aanbieden van zwangerschapsondersteuning, mag slechts onder strikte voorwaarden.

Niet voor iedereen is het mogelijk om zonder hulp van reproductieve technologieën een kind te krijgen. Mensen hebben ook recht op toegang tot veilige en aanvaardbare reproductieve technologie-

en (positieve vrijheid). De overheid moet ervoor zorgen dat deze fertiliteitszorg voor iedereen op gelijke wijze toegankelijk is. Transgender en genderdiverse personen kunnen, net als cisgender personen, een kinderwens hebben. Deze wens staat los van de genderidentiteit. Transgender personen kunnen door de transitiebehandeling hun vruchtbaarheid verliezen, net zoals personen als gevolg van medische aandoeningen of medische behandelingen (zoals chemotherapie) vruchtbaarheid kunnen verliezen. Voor deze personen is fertiliteitszorg beschikbaar.

Voor transgender personen was dit recht op reproductieve vrijheid tot 2014 echter niet gewaarborgd. Transgender personen hebben een gevoel van onbehagen over hun bij de geboorte toegewezen geslacht, oftewel het biologische geboortegeslacht (zie kader Transgender en genderdiverse personen). Zij kunnen om die reden het geslacht laten wijzingen in de geboortakte en in de Basisregistratie Personen, maar de Transgenderwet vereiste in het verleden een onomkeerbare sterilisatie als voorwaarde (Burgerlijk wetboek, boek 1 Artikel 28). Dit betekende dus dat transgender personen geen kinderen meer konden krijgen als zij hun geslachtsaanduiding wilden veranderen. Op 30 november 2020 heeft de staat excuses gemaakt

“Mensen hebben het recht op reproductieve vrijheid: dit betreft een mensenrecht.

voor het leed dat door deze wettelijke bepaling is veroorzaakt. Per 1 juli 2014 is de wet veranderd en geldt sterilisatie niet meer als voorwaarde voor geslachtswijziging. Hierna is de toegankelijkheid van de fertiliteitszorg voor transgender personen verder vergroot. Zo vergoedt de zorgverzekeraar het invriezen van geslachtscellen sinds 2017 ook voor transgender personen.¹

Hoewel transgender personen recht hebben op toegang tot fertiliteitszorg, is de vraag of deze zorg in de praktijk voldoende aansluit bij de doelgroep. Is de zorg voor deze kwetsbare doelgroep voldoende toegankelijk en van voldoende kwaliteit, of is er meer nodig om de toegang en kwaliteit te borgen? Het CEG signaleert dat er nog blinde vlekken zijn op het gebied van fertiliteitszorg voor transgender personen. Deze blinde vlekken kunnen leiden tot tekortkomingen die de toegankelijkheid van de zorg in de weg kunnen staan. Over deze kwestie gaat dit signalement.

TRANSGENDER EN GENDER-DIVERSE PERSONEN EN GENDER-INCONGRUENTIE

Transgender en genderdiverse personen zijn mensen met een langdurig en diepgeworteld gevoel dat het bij de geboorte toegewezen geslacht niet in lijn is met de genderidentiteit. Dat gevoel van onbehagen met het biologische geboortegeslacht wordt genderdysforie of genderincongruentie genoemd. Genderdysforie kan gepaard gaan met sterke gevoelens van onbehagen (met relatief veel psychisch lijden en hoge suïcidecijfers). In een recente publicatie wordt het aantal Nederlanders dat zich als transgender persoon identificeert op 1% geschat.²

Genderincongruentie is een medische term die wordt gebruikt in de ICD (de internationale classificatie van ziekten). Genderdysforie komt uit de DSM (classificatiesysteem voor psychische stoornissen) en benadrukt daarmee meer het psychisch lijden.

Een transman of transjongen is een persoon die de transitie van het vrouwelijk geboortegeslacht naar het mannelijk gender (heeft) door(ge)maakt. Een transvrouw of transmeisje is een persoon die een transitie van het mannelijk geboortegeslacht naar het vrouwelijk gender (heeft) door(ge)maakt. Een non-binair of genderdivers persoon is iemand die zich niet exclusief identificeert als man of vrouw. Een non-binair of genderdivers persoon kan transgender zijn en behandelingen en/of medische ingrepen ondergaan.

(Zie ook de begrippenlijst in de bijlage.)

De reproductieve toekomst is tegenwoordig een urgent onderwerp voor transgender personen die in transitie gaan. Voordat begonnen wordt met een hormonale transitiebehandeling vinden er nu consulten plaats met fertiliteitsexperts over de verschillende opties voor het behoud van vruchtbaarheid.³ In Nederland maakt 27% tot 38% van de transgender personen gebruik van behandelingen voor het behoud van vruchtbaarheid (zie kader Transgender, kinderwens en fertilitieitszorg).^{4,5} Een deel van de transgender personen zegt achteraf spijt te hebben dat zij geen vruchtbaarheidsbehandeling hebben ondergaan.^{3,6} Onderzoek wijst uit dat fertiliteitsconsulten spijt van het verlies van vruchtbaarheid kunnen verminderen.⁷

Door het relatief nieuwe karakter ervan roept de fertilitieitszorg voor transgender personen in de praktijk nog verschillende vragen op. Zo kan het lastig zijn om over het behoud van vruchtbaarheid na te denken als dat vraagstuk zo gekoppeld is aan de geslachtsorganen waar iemand onvrede over voelt. In die zin verschilt het fertiliteitsvraagstuk van transgender personen die in transitie gaan wezenlijk van dat van mensen die bijvoorbeeld door chemotherapie hun vruchtbaarheid kunnen verliezen. Ook kunnen door de aard van de vruchtbaarheidsbehandelingen de gevoelens van genderdysforie waar de transgender personen vanaf willen juist verergeren. Bovendien gaat het vaak om

jonge mensen (kinderen en adolescenten), van wie ook leeftijdsgenoten nog niet een duidelijk idee over een eventuele kinderwens hebben. En ook de juridische werkelijkheid ten aanzien van ouder-schapsrollen blijkt niet goed aan te sluiten bij de behoeften van de doelgroep.

TRANSGENDER, KINDERWENS EN FERTILITEITSZORG

Uit wetenschappelijke literatuur blijkt dat 48,7% tot 67% van de transgender personen een kinderwens heeft en dat dit vergelijkbaar is met controlegroepen van cisgender personen.⁶ In Nederland lijkt het percentage van transgender personen dat gebruikmaakt van behandelingen voor het behoud van vruchtbaarheid te liggen op 27% tot 38%.^{4,5} Toch blijft er een discrepantie bestaan tussen het aantal transgender personen met een kinderwens en degenen die daadwerkelijk gebruikmaken van fertilitieitszorg. Het is moeilijk om hier een eenduidige oorzaak voor te noemen.⁶



“Op mijn 15e begon ik mijn diagnostische traject. Daarin wordt gekeken of je mentaal klaar bent om in transitie te gaan. Je moet in optimale geestelijke gezondheid verkeren voordat je een beslissing over je transitie mag nemen. Mijn behandelaars dachten dat er bij mij mentale problemen speelden en wilden meer onderzoek doen. Dat duurde alles bij elkaar anderhalf jaar. Ik vond dat moeilijk toen, want ik dacht dat er niet echt naar mij geluisterd werd. Achteraf vind ik het wel goed dat er aan deze fase zo veel aandacht wordt besteed. Na anderhalf jaar mocht ik aan de testosteron. Geen van de behandelaars heeft toen met mij gesproken over een mogelijke kindwens en de perspectieven daarvoor. Terwijl ik heel graag kinderen van mezelf wil. Ik heb een heel goede band met mijn ouders, en dat zou ik mijn eigen kind ook gunnen.”

(Transgender man)

1.2 Afbakening

Niet alle behandelingen van genderdysforie leiden tot vermindering of verlies van vruchtbaarheid. In dit signalement richt het CEG zich op vormen van transgenderzorg die wel tot het verlies van vruchtbaarheid leiden. Dit gaat om transgender mannen, om transgender vrouwen en om transgender non-binaire en genderdiverse personen die een medische transitiebehandeling doormaken en dus vruchtbaarheid kunnen verliezen. In dit signalement gebruikt het CEG voor

“Zo kan het lastig zijn om over het behoud van vruchtbaarheid na te denken, als dat vraagstuk zo gekoppeld is aan de geslachtsorganen waar iemand onvrede over voelt.”

de leesbaarheid de term transgender personen (hier kan ook genderdiverse personen worden gelezen).

Verder focust het signalement op jonge transgender personen, specifiek op kinderen en adolescenten. Vruchtbaarheidsbehandelingen voor deze groep roepen extra ethische vragen op doordat hun geslachtsorganen meestal nog niet volledig zijn ontwikkeld. Bovendien is een beslissing over het behoud van vruchtbaarheid voor jongeren veel complexer dan voor volwassenen en spelen vragen over beslissingsbekwaamheid.

Uiteraard zijn er ook andere manieren om invulling te geven aan een kinderwens zonder vruchtbaarheidsbehandelingen (zoals adoptie), echter de focus in dit signalement betreft fertiliteitszorg (en dus een genetisch verwant kind).

Het recht op toegang tot fertiliteitszorg voor transgender mensen is daarbij een uitgangspunt dat we niet bediscussiëren, in lijn met de excuses van de staat in 2020 over het sterilisatievereiste voor aanpassing van de geslachtsregistratie. Gegeven het belang van gelijke reproductieve rechten is dit signalement specifiek gericht op ethische en juridische vragen rondom behandelingen voor het behoud van de vruchtbaarheid van transgender jongeren,

omdat hier nog verschillende beleidsmatige en kennislacunes bestaan.

Hoewel relevant voor het onderwerp zal dit signalement niet ingaan op mogelijke verklaringen van de grote toename van het aantal mensen dat zich aanmeldt bij de genderpoli. Dit is recent in opdracht van ZonMw onderzocht door onderzoekers van het Radboudumc en de Radboud Universiteit.⁸ Daarnaast bestaat er internationaal discussie over de geschikte behandeling van genderdysforie. Deze discussie richt zich met name op de vraag of er voldoende bewijs is voor een medische behandeling van jongeren met puberteitsremmers en testosteron of oestradiol.⁹ Het CEG neemt daarin geen standpunt in en heeft het aanbod van deze transitiebehandeling in Nederland als een gegeven beschouwd voor dit signalement. Het CEG verwijst daarbij naar de brief ^a van Minister Kuipers waarin hij verantwoordt dat het Nederlandse model voldoet aan de zorgstandaard en dat klinieken op het gebied van transgenderzorg continu aanvullend onderzoek doen ter verbetering van de transgenderzorg.

a Brief d.d. 11 mei 2023 Antwoorden op Kamervragen over groeiende kritiek op ‘Dutch approach’ transgenderzorg (kenmerk 3538813-1044538-CZ)

1.3 Doel

In dit signalement brengt het CEG de ethische en juridische vraagstukken in de fertiliteitszorg voor transgender personen in kaart. Hiermee beoogt het CEG het parlement, beleidsmakers, bestuurders en de relevante zorgsector te informeren en zo dialoog te faciliteren en daarmee de toegankelijkheid en kwaliteit van fertiliteitszorg te verbeteren voor transgender jongeren. Kwaliteit en gelijke toegang tot zorg voor kwetsbare groepen zijn belangrijke morele thema's.

Dit signalement beoogt bij te dragen aan het wegnemen van vooronderstellingen, blinde vlekken en tekortkomingen die de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg in de weg staan. Sinds de oprichting van het CEG in 2003 brengt het signalementen uit over nieuwe voortplantingstechnologieën die nieuwe ethische vragen oproepen, zoals *Couveuse 2.0* en *Geslachtscellen uit het lab*. Dit signalement past binnen deze lijn van het CEG.

1.4 Werkwijze

Het CEG werkt met een vaste commissie van experts, onder wie ethici, juristen en zorgverleners, en een besluitvormend presidium (zie www.ceg.nl). De CEG-commissie heeft tussen januari en december 2023 vier keer vergaderd over conceptversies van het voorliggend signalement. Het CEG-presidium heeft het signalement op 7 februari 2024 vastgesteld. Stafleden van het CEG hebben het signalement voorbereid en opgesteld. Voor het opstellen van het signalement heeft er een verkenning plaatsgevonden van de internationale en nationale (populair-) wetenschappelijke literatuur. Ook is er gesproken met verschillende transgender personen, met experts op het terrein van transgenderzorg en voortplantingsgeneeskunde, en met vertegenwoordigers van de patiëntenvereniging Transitie en het Transgender Netwerk. De namen van de geraadpleegde experts en vertegenwoordigers staan, evenals de namen van de leden van het CEG-presidium en de CEG-commissie, achter in dit signalement.

1.5 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 zal gaan over het transitietraject, de plek van vruchtbaarheidsbehandelingen hierin en de stand van de techniek op het gebied van vruchtbaarheidsbehandelingen. In de daaropvolgende hoofdstukken gaan we in op ethische kwesties voorafgaand aan de behandeling (beslissingsbekwaamheid en -bevoegdheid), rondom de behandeling (de aansluiting van de behandelmethoden en de counseling daarover op de behoeften van de doelgroep) en na de behandeling (gevolgen voor het nageslacht en familierechtelijke betrekkingen).



“De zorg die we kregen was goed, maar wel erg heteronormatief. Onze huisarts was niet heel tactisch toen het onderwerp ter sprake kwam. Bij de ziekenhuizen werd meer rekening met onze genderidentiteit gehouden, maar ook daar merkte je dat hetero de norm is en dat de systemen ook zo zijn ingeregeld. Bij mijn sperma-onderzoek hoorde ik dat mijn testosteronwaarde veel te hoog was. Omdat ik geregistreerd sta als vrouw, werd als referentiewaarde voor testosteron de norm bij vrouwen genomen. Ik ben echter nog niet met de hormoonbehandeling voor de transitie begonnen. Pas bij navraag bleek dat ik geen afwijkende testosteronwaarde had, omdat ze in mijn geval de referentiewaarde voor mannen hadden moeten nemen.”
(Transgender vrouw)

2

Transgenderzorg en vruchtbaarheid

KERNBOODSCHAP

Mensen met genderincongruentie kunnen zich aanmelden voor een transitiebehandeling. Afhankelijk van het gewenste transitietraject kan de behandeling leiden tot verminderde vruchtbaarheid of volledige onvruchtbaarheid. Transgender personen kunnen, net als cisgender personen, een kinderwens hebben. Deze wens staat los van de genderidentiteit. Er zijn verschillende mogelijkheden om de vruchtbaarheid te behouden. Deze vruchtbaarheidsbehandelingen leiden er meestal toe dat de transitie moet worden uitgesteld of gepauzeerd. Voor volwassenen zijn er meer mogelijkheden dan voor kinderen en jongeren bij wie de geslachtsorganen meestal nog niet volledig ontwikkeld zijn.

2.1 Transitiebehandeling

In Nederland kunnen transgender personen terecht bij verschillende genderteams die transitiebehandelingen aanbieden om de gevoelens van genderincongruentie te verminderen of te verhelpen door lichaam en genderidentiteit meer in lijn te brengen. Na een intake volgt de diagnostische fase, waarna eventueel wordt begonnen met het transitietraject.

Het aantal mensen dat zich jaarlijks aanmeldt voor een transitiebehandeling bij een van de genderteams is de laatste jaren gegroeid.^{5,8} Dit signalement gaat niet in op mogelijke verklaringen daarvoor. Dit is recent in opdracht van ZonMW onderzocht door onderzoekers van het Radboudumc en de Radboud Universiteit.⁸

Intake

Mensen die het gevoel hebben dat hun genderidentiteit niet overeenkomt met hun biologische geboortegeslacht, kunnen zich, na verwijzing van hun huisarts, aanmelden voor een intake bij een van de genderteams. Gedurende deze intake inventariseert het genderteam of de betreffende persoon inderdaad het meest

geholpen is met een behandeling door een genderteam of dat deze meer baat heeft bij een ander type zorg. Na de intake vindt de diagnostische fase plaats op basis van verschillende psychologische en lichamelijke onderzoeken en gesprekken met de psycholoog, met de persoon zelf en idealiter ook met (een van de) naasten. Als de diagnose genderincongruentie gesteld kan worden, komt deze persoon onder behandeling bij het genderteam.

Transitie

Welke behandelingen na de diagnose plaatsvinden hangt af van de behoeften en identiteit van de persoon die onder behandeling is. In de meeste situaties gaat er al een gedeeltelijke of volledige sociale transitie vooraf aan de diagnose, waarbij de transgender persoon in de nieuwe genderrol gaat leven en eventueel de sociale omgeving op de hoogte stelt van deze verandering. Daarnaast kan er, na aanvullend onderzoek, desgewenst gestart worden met de hormonale transitie: behandelingen met geslachtshormoon testosteron of geslachtshormoon oestradiol om het lichaam in overeenstemming te brengen met de eigen genderidentiteit. Nadat de transgender persoon ongeveer een jaar

met geslachtshormonen onder behandeling is geweest, kan desgewenst ook gestart worden met geslachtsveranderende operaties zoals borstverwijdering, genitale operaties of verwijdering van de eierstokken en/of de baarmoeder. Een borstverwijdering (masectomie) kan ook al voor de start van een hormoonbehandeling plaatsvinden, vanaf de leeftijd van 16 jaar. Na deze operatieve transitie moeten blijvend hormonen gebruikt worden en vinden nog regelmatig medische controles plaats.^{3, 10}

Transgender personen kunnen ook kiezen voor een zogenaamde juridische transitie, waarbij de voornaam en het geslacht in de Basisregistratie Personen gewijzigd worden. Hiervoor moet de persoon in kwestie minstens 16 jaar zijn en een deskundigenverklaring bezitten. Dit is een verklaring van een daarvoor bevoegde deskundige die de duurzame overtuiging van de transgender persoon met betrekking tot de genderidentiteit bevestigt.^{11, b}

Niet elke transgender persoon kiest voor alle vier de onderdelen van de transitie. Voor het al dan niet behouden van vruchtbaarheid zijn alleen de hormonale en operatieve transitie relevant.

Behandeling bij kinderen en adolescenten

De meeste mensen die zich aanmelden bij een genderpoli zijn meerderjarig, maar een deel is minderjarig.^{5, 8} Voor transgender kinderen en adolescenten geldt een vergelijkbare procedure voor de aanmelding en intake als voor volwassenen.^{3, 13} Tot het twaalfde levensjaar zijn de ouders van het kind echter verantwoordelijk voor keuzes rond medische behandelingen en dus ook transitiebehandelingen en vruchtbaarheidsbehandelingen. Voor een jongere tussen de 12 en 15 jaar is toestemming nodig van zowel kind als ouders (zie kader).

JURIDISCH KADER BEHANDLING BIJ KINDEREN

De beslissingsbevoegdheid voor medische behandelingen is afhankelijk van de leeftijd van de persoon in kwestie. Volgens artikel 7:450 lid 2 BW moeten voor de behandeling van kinderen tot 12 jaar beide ouders of verzorgers (gezagsdragers) toestemming geven. Als de ouders conflicterende wensen hebben rond het wel of niet uitvoeren van de behandeling, kan op grond van artikel 1:253a BW aan de rechter om vervangende toestemming worden gevraagd. Hierbij is het belang van het kind leidend en wordt de wens van het kind uitdrukkelijk betrokken in het oordeel. Volgens artikel 7:450 lid 2 BW is de toestemming van zowel het kind als beide ouders nodig bij behandeling van jongeren tussen de 12 en 15 jaar. Vanaf 16 jaar mogen jongeren zelfstandig behandelbeslissingen nemen.

^b Ten tijde van dit schrijven ligt er in de Tweede Kamer een wetsvoorstel waarin de deskundigenverklaring niet meer vereist is voor een geslachtswijziging in de Basisregistratie Personen, waardoor dit proces in de nabije toekomst zou kunnen veranderen.¹²

Bij de transitiebehandeling van transgender jongeren speelt de invloed van de puberteit een belangrijke rol. Bij sommige jongeren zorgt de puberteit voor een vermindering, bij andere juist voor een verergering van de kenmerken van genderdysforie. Als de puberteit leidt tot een verergering van de genderdysforie, kunnen puberteitsremmers voorgeschreven worden, waardoor er meer tijd is om de genderidentiteit te onderzoeken.^{3,14} Puberteitsremmers blokkeren de hormonen LH en FSH (luteïniserend hormoon en follikelstimulerend hormoon) en zorgen voor uitstel van de puberteit en de ontwikkeling van secundaire geslachtskenmerken (beharig, lagere stem, borstontwikkeling en het uitzetten van de bekken).

Behandelingen met oestradiol en testosteron worden in de regel pas vanaf 16 jaar aangeboden.^{3,13} In sommige gevallen beslist een multidisciplinair team dat een jongere al met 15 jaar mag beginnen met behandeling met testosteron of oestradiol, als deze dan al twee jaar puberteitsremmers krijgt toegediend en aan alle hiervoor geldende criteria voldoet, zoals bij persisterende genderincongruentie.^{13,15} Geslachtsbevestigende operaties worden in de regel pas vanaf 18 jaar aangeboden.^{3,13}

2.2 Effect op de vruchtbaarheid

Rondom het effect van de behandeling met geslachtsbevestigende hormonen op de vruchtbaarheid heerst in de literatuur nog onduidelijkheid, maar over het algemeen wordt ervan uitgegaan dat er tot op zekere hoogte een negatief effect is op de vruchtbaarheid.⁶ Dat geldt zowel voor de korte termijn als voor de lange termijn, wat vooral voor jongeren relevant is.

Onderzoek suggereert dat de behandelingen met testosteron, oestradiol en puberteitsremmers op de lange termijn een negatief effect op de vruchtbaarheid hebben, dat in meer of mindere mate onomkeerbaar is.^{6,16,17} Van de geslachtsbevestigende operatie voor transgender meisjes zijn de effecten zeker negatief voor de vruchtbaarheid.

Daarom kunnen aan jongeren die transitiebehandelingen ondergaan ook vruchtbaarheidsbehandelingen aangeboden worden zodat zij, in lijn met hun recht op reproductieve vrijheid en het recht op een open toekomst, de mogelijkheid behouden om kinderen te krijgen. Verschillende richtlijnen, zoals van de World Professional Association for Transgender Health (WPATH), bevelen aan om counseling aan te bieden over de impact op de vruchtbaarheid

en de opties voor vruchtbaarheidsbehoud aan alle transgender personen voordat ze aan de medische transitie beginnen.³

2.3 Behandelmethoden voor behoud van vruchtbaarheid

Er zijn verschillende mogelijkheden om de vruchtbaarheid te behouden. Welke optie het meest passend is hangt af van individuele wensen en voorkeuren en van de ontwikkeling van de geslachtscellen. Voor kinderen bij wie de geslachtscellen nog niet (helemaal) zijn ontwikkeld, zijn er minder behandelmogelijkheden. De keuze voor een vruchtbaarheidsbehandeling kan op gespannen voet staan met het transitietraject. Bij voorkeur beginnen de vruchtbaarheidsbehandelingen voor het transitietraject, maar dat betekent wel dat de start van het transitietraject wordt uitgesteld en dat de gevoelens van genderincongruentie nog enige tijd aanhouden. Als de vruchtbaarheidsbehandeling tijdens het transitietraject plaatsvindt, moet de behandeling met oestradiol of testosteron tijdelijk gestopt worden. Daardoor kunnen bepaalde lichamelijke kenmerken van het biologische geboortegeslacht terugkomen, wat de genderincongruentie juist weer kan verergeren.³

“We hebben geen voorlichting gehad over de opties om een kind te krijgen. Zelf hebben we wel veel informatie opgezocht. We zijn dus goed op de hoogte van de opties voor het invriezen van geslachtcellen, het tijdelijk stoppen met hormonen en adoptie. We willen graag een genetisch verwant kind en zien dat aan de andere opties ook veel moeilijkheden en nadelen kleven. Voor alle zekerheid zou ik mijn spermacellen wel willen laten invriezen als back-up, als dat kan. Maar als mijn transitie onvruchtbaarheid zou betekenen, zou ik dat wel accepteren.”
(Transgender vrouw)



Opties voor transgender meisjes en -vrouwen

Voor transmeisjes die de medische transitie aanvangen is het invriezen en opslaan van zaadcellen op dit moment de enige behandeling voor het behoud van vruchtbaarheid die beschikbaar is. Dat gebeurt bij voorkeur voor de start van de behandeling met puberteitsremmers of oestradiol. De zaadcellen worden meestal via masturbatie verkregen.

Vruchtbare zaadcellen worden pas in de latere puberale stadia geproduceerd. In de vroegere puberale stadia zou het kunnen dat er nog geen vruchtbare zaadcel-

len in het ejaculaat zitten, maar wel in het testikelweefsel. Testicular Sperm Extraction (TESE), waarbij de zaadcellen operatief uit het testikelweefsel gehaald worden, zou hiervoor een optie kunnen zijn. Soms moet puberteitsremming wel wat langer worden uitgesteld.¹⁸

Voor transgender meisjes bij wie de puberteit nog helemaal in de beginfase is, is op dit moment geen behandeling beschikbaar om de vruchtbaarheid te behouden.⁶

Bij het hebben van een kinderwens na transitie zijn er verschillende mogelijkheden, die niet alleen afhangen van de keuze

voor vruchtbaarheidsbehoud (wel of geen zaadcellen laten invriezen en opslaan), maar ook van de partner. Als de partner een man is, zal draagmoederschap nodig zijn waarbij ofwel gebruikgemaakt kan worden van opgeslagen zaadcellen van de transgender vrouw, ofwel van de zaadcellen van diens partner. Als de partner vrouw is, kan zij de eventuele zwanerschap dragen. Voor de bevruchting kunnen de opgeslagen zaadcellen van de transgender vrouw of donorzaadcellen worden gebruikt. Tabel 1 geeft een overzicht van de mogelijkheden.

Vruchtbaarheidsbehoud bij transvrouw of non-binaire persoon (assigned male at birth / AMAB)	Partner	Nodig	Behandeling voor verwekking kind
Opgeslagen zaadcellen	Man	Eicellen en baarmoeder	Intra-uteriene inseminatie (iui)- of ivf-draagmoederschap, met zaadcellen van transgender vrouw of van de mannelijke partner
Geen opgeslagen zaadcellen	Man	Eicellen en baarmoeder	Intra-uteriene inseminatie (iui)- of ivf-draagmoederschap met zaadcellen van de mannelijke partner
Opgeslagen zaadcellen	Vrouw	Niets	Inseminatie met zaadcellen van transgender vrouw bij vrouwelijke partner
Geen opgeslagen zaadcellen	Vrouw	Donorzaadcellen	Inseminatie met donorzaadcellen bij vrouwelijke partner

Tabel 1: overzicht van mogelijke behandelmethode en bijbehorende vereisten, zonder rekening te houden met andere factoren die eventueel de vruchtbaarheid belemmeren. Er wordt hierbij van uitgegaan dat er een partner aanwezig is en dat deze partner indien nodig bereid is het kind te dragen. Gebaseerd op tabel uit Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg uit 2018.¹⁵ Trans personen kunnen ook een transgender partner hebben, zij het non-binair, transman of transvrouw.

Opties voor transgender jongens en -mannen

Transgender jongens die de transitie aangaan, kan worden voorgelegd of ze de voorkeur hebben om hun eierstokken te behouden in hun lichaam, zodat de eicellen hierin opgeslagen blijven. De eicellen kunnen op een later moment wellicht nog uit het lichaam worden gehaald en gebruikt om tot een succesvolle zwangerschap te komen.^c

Ook wordt de optie besproken om eicellen op te slaan. De opslag van eicellen is de meest gangbare behandeling voor het behoud van vruchtbaarheid bij transgender mannen. Dat kan voorafgaand aan of tijdens de hormonale transitie. In het laatste geval wordt de behandeling met het mannelijke geslachtshormoon testosteron tijdelijk onderbroken. Daarna is een behandeling nodig met hormonen die de rijping van de eicellen stimuleren. Vervolgens worden de rijpe eicellen met een vaginale punctie uit de eierstokken gehaald. Deze ingreep wordt doorgaans middels een vaginale echoscopie gemonitord, wat ernstige gevoelens van genderdysforie kan opwekken bij transgender mannen.

^c Interview met clinicus.

^d Interview met clinicus.

^e Interview met wetenschapper.

^f Interview clinicus en wetenschapper.

Voor transgender jongens is er voor zover bekend geen direct schadelijk effect van testosteron op de ovaria, hoewel dit voor de lange termijn nog grotendeels onbekend is. In de praktijk vindt geen eicelpreservatie plaats bij transgender jongens onder de 16 jaar, en bij voorkeur vermijden zorgverleners deze procedure op jonge leeftijd, omdat het ook mogelijk is om na de start van testosteron nog eicellen kunnen preserven.^d

Voordat de eicellen opgeslagen kunnen worden, kan ook besloten worden om deze eerst te bevruchten en vervolgens als embryo te laten preserven.¹⁶ In de praktijk wordt vaker gekozen voor de opslag van eicellen boven de cryopreservatie van een embryo, omdat er wellicht vóór de opslag van de eicellen nog geen partner beschikbaar is en, als die er wel is, toestemming van de partner nodig is voor het gebruik van de bevruchte eicel.¹⁷ Voor het gebruik van de opgeslagen eicellen en embryo's kan een draagmoeder nodig zijn als de transgender man zelf geen capaciteit heeft om een zwangerschap te dragen of geen baarmoeder meer heeft.¹⁶

Een andere mogelijke behandeling is het operatief verwijderen en opslaan van eierstokweefsel. Dat weefsel kan later weer geïmplant worden in het lichaam van de transgender man (autologe transplantatie) – die dan nog wel een baarmoeder moet hebben. De eicellen kunnen vervolgens verder rijpen en de transgender man kan, eventueel met behulp van ivf, zwanger worden.^e Omdat deze behandeling gebruikmaakt van onrijpe eicellen (de eicellen rijpen nadat het eierstokweefsel terug is getransplanteerd in het lichaam), is dit ook een optie wanneer de puberteit nog in een beginstadium is. Het bewijs voor het succes van deze behandeling bij kinderen die de puberteit nog niet bereikt hebben is echter gering.³ Daar komt bij dat de kans op een succesvolle zwangerschap met behulp van opgeslagen eierstokweefsel redelijk laag is vergeleken met de kans met opslagen eicellen.^f Voor transgender mannen geldt dat de behandel mogelijkheden bij het ontstaan van een kinderwens na transitie niet alleen afhangen van de keuze voor vruchtbaarheidsbehoud (wel of geen opslag van eicellen of eierstokweefsel) en van de partner (man of vrouw), maar ook van het al dan niet hebben behouden van de baarmoeder. Tabel 2 geeft een overzicht van de mogelijkheden.

Er is in Nederland een keuzehulp ontwikkeld met behulp van focusgroepen met de transgender personen zelf (Keuzehulp vruchtbaarheidsbehoud transmannen).

Vruchtbaarheidsbehoud bij transgender man of non-binaire persoon (assigned female at birth / AFAB)	Partner	Nodig	Behandeling voor verwekking kind
Wel of geen behoud van baarmoeder en wel of geen opslag van eicellen of eierstokweefsel	Vrouw	Donorzaadcellen	Inseminatie met donorzaadcellen bij vrouwelijke partner
Geen baarmoeder Geen opslag van eicellen of eierstokweefsel	Man	Baarmoeder en eicellen	(Ivf-)draagmoederschap met donoreicellen
Geen baarmoeder Wel opslag van eicellen of eierstokweefsel	Man	Baarmoeder	(Ivf-)draagmoederschap met eigen eicellen
Baarmoeder behouden en eicellen of eierstokweefsel opgeslagen	Man	Niets	Geen behandeling nodig (wel een tijdelijke stop van het gebruik van testosteron)

Tabel 2: overzicht van mogelijke behandelmethoden en bijbehorende vereisten, zonder rekening te houden met andere factoren die eventueel de vruchtbaarheid belemmeren. Er wordt hierbij van uitgegaan dat er een partner aanwezig is en dat deze partner indien nodig bereid is het kind te dragen. Gebaseerd op tabel uit Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg uit 2018.¹⁵

2.4 Experimentele technieken

Naast deze in de kliniek gangbare vruchtbaarheidsbehandelingen zijn er ook nog twee experimentele vruchtbaarheids-technieken.

Voor transgender mannen is de ontwikkeling van *in vitro maturatie* (IVM) van eicellen relevant. Bij deze techniek worden onrijpe eicellen in het laboratorium gerijpt. Deze onrijpe eicellen kunnen verkregen zijn uit het opgeslagen eierstokweefsel van de persoon in kwestie of tijdens de ingreep om rijpe eicellen te verkrijgen voor opslag. In het laatste geval kan het namelijk zo zijn dat niet alle eicellen volledig gerijpt zijn. Met IVM zou de opbrengst van deze techniek dus groter kunnen worden. De rijpe eicellen kunnen vervolgens gebruikt worden om tot een succesvolle zwangerschap te komen. Daarmee zou deze techniek in de toekomst een optie kunnen zijn voor transgender mannen die wel eierstokweefsel hebben opgeslagen, maar niet hun baarmoeder willen behouden voor autologe transplantatie van het eierstokweefsel. Er is op dit moment echter nog geen succes geboekt met IVM.⁶

Voor transgender vrouwen en meisjes wordt geëxperimenteerd met de opslag van testikelweefsel.^{6, 16} Het testikelweefsel

wordt operatief verkregen. Vervolgens zou het, na opslag en op een moment dat dit gewenst is, autoloog weer kunnen worden geïmplant. In theorie zouden er uit dit weefsel zaadstamcellen gewonnen kunnen worden die vervolgens kunnen worden opgeslagen. Daarnaast zouden er, theoretisch gezien, zaadcellen uit dit weefsel gekweekt kunnen worden.⁹ Zie ook het signalement van het CEG 'Geslachtscellen uit het lab' over in-vitrogametogenese. Omdat voor deze techniek geen vruchtbare zaadcellen aanwezig hoeven te zijn, zou ze mogelijk ook gebruikt kunnen worden voor transgender meisjes die vroeg in de puberteit starten met behandeling.^{6, 16} Op dit moment wordt uitsluitend op experimentele basis testikelweefsel afgenomen bij kinderen met een oncologische indicatie, en niet bij transgender meisjes.^h

^g Interview wetenschapper.

^h Interview wetenschapper.

Opties voor transgender meisjes (AMAB)

- Invriezen van zaadcellen
- Testiculaire sperma extractie (TESE)

Experimenteel/theoretisch

- Opslag van testikelweefsel
- Invitro gametogenese

Opties voor transgender jongens (AFAB)

- Eierstokken in lichaam behouden
- Invriezen van eicellen
- Invriezen van eierstokweefsel
- Eicel bevruchten en embryo invriezen

Experimenteel/theoretisch

- In vitro maturatie van eicellen (laten rijpen in lab)
- In vitro gametogenese





“Ik wil graag een biologisch kind, omdat ik het belangrijk vind om een genetische band te hebben met mijn kind. Het lijkt me ook heel mooi om een zwangerschap mee te maken. Maar er is nog weinig bekend over de invloed van testosteron op de fertiliteit en het welzijn van het toekomstige kind. Daarom wil ik nu, voor de start met mijn hormoonbehandeling, alvast eicellen opslaan. Hierdoor heb ik ook nog de optie dat mijn (toekomstige) partner mijn eicellen draagt.”
(Transgender man)

3 | Een lastige beslissing

KERNBOODSCHAP

De beslissing om wel of niet een behandeling voor het behoud van vruchtbaarheid te ondergaan is complex, zeker voor kinderen en jongeren. De beslissing over het transitietraject – een ingrijpende beslissing – is vaak al lastig genoeg, en een eventuele vruchtbaarheidsbehandeling die vooral voor de toekomst relevant is kan het transitietraject vertragen. Ook kunnen jongeren druk ervaren van ouders als die er anders over denken. Gegeven de complexiteit van de beslissing is het van belang dat zorgverleners een goed beeld hebben van de beslissingsbekwaamheid van de betreffende transgender jongere. Doorgaans wordt bij de beoordeling vooral gekeken naar iemands cognitieve vermogens en is dit gericht op de individuele persoon. De sociale context van de persoon kan wel ondersteunen bij het nemen van de beslissing en de autonomie daarmee versterken (relationele autonomie). Deze relationele benadering betekent niet dat de criteria voor de beslissingsbekwaamheid veranderd of verlaagd zouden moeten worden. De relationele benadering van autonomie is erop gericht de beslissingsbekwaamheid van de jongere in kwestie te versterken door naasten expliciet te betrekken bij de beslissing.

3.1 Beslissingsbevoegdheid en beslissingsbekwaamheid

Kinderen of jongeren die behandeld worden voor genderincongruentie staan voor grote keuzes. Zowel bij de keuze voor de behandeling voor de hormonale transitie als bij de keuze om al dan niet een behandeling voor behoud van vruchtbaarheid te ondergaan. Dat roept vragen op over de beslissingsbevoegdheid en over de beslissingsbekwaamheid. De discussie over beslissingsbevoegdheid van kinderen is niet nieuw en verschilt niet van kinderen die aanspraak maken op transgender zorg of andere vormen van (ingrijpende) zorg. De beslissingsbevoegdheid over medische ingrepen is wettelijk geregeld. Tot 12 jaar zijn de ouders/voogden (gezagdragers) beslissingsbevoegd en van 12 tot en met 15 jaar beslissen ouders en kind samen. Vanaf 16 jaar mag het kind in principe zelf beslissen (zie kader in hoofdstuk 2). Het belang van het kind, waaronder de behandelwensen, dient leidend te zijn.

Het kan voorkomen dat de behandelwensen van het kind en de ouders contraste-

ren, bijvoorbeeld wanneer de ouders wel een behandeling willen en het kind niet, of wanneer het kind een behandeling wil maar de ouders dit juist niet willen. In het eerste geval vindt de behandeling uiteraard niet plaats. In het tweede geval zou de behandeling door kunnen gaan als er ernstig nadeel voor de jongere is bij niet behandelen of wanneer de jongere de behandeling weloverwogen blijft wensen.¹⁹ In het laatste geval is de beslissingsbekwaamheid van het kind leidend, die toeneemt naarmate het kind ouder wordt. In de genderzorg komt deze situatie eigenlijk nooit voor, omdat de praktijk is dat jongeren zonder steun van hun ouders niet op een genderpoli terecht komen. De regiebehandelaar van het genderteam toetst of het kind of de jongere de vereiste cognitieve vermogens heeft om de beslissing te nemen.

3.2 Cognitieve beoordeling wilsbekwaamheid

De vier gangbare criteria waaraan artsen de beslissingsbekwaamheid toetsen zijn

het vermogen om de verstrekte relevante informatie omtrent deze beslissing te begrijpen, om de consequenties hiervan op het eigen leven te doorgronden, om deze af te wegen en om de eigen belangen te behartigen.^{20,21} Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar de leeftijd waarop kinderen en jongeren, en in het bijzonder transgender kinderen en jongeren, beslissingsbekwaam kunnen worden geacht – uitgaande van deze cognitieve benadering. Nederlands onderzoek laat zien dat kinderen tussen hun negende en elfde jaar verschillende aspecten van beslissingsbekwaamheid ontwikkelen en gemiddeld vanaf 11 jaar bekwaam zijn om beslissingen te nemen over deelname aan medisch onderzoek.²² Recent Nederlands onderzoek onder 74 transgender kinderen tussen de 10 en 18 jaar laat zien dat het overgrote deel (zo'n 90%) beslissingsbekwaam lijkt te zijn wanneer het aankomt op beslissingen over een transitiebehandeling.²³

Het gewenste niveau van beslissingsbekwaamheid kan echter per behandeling verschillen en hangt onder andere af van de ernst van de consequenties van de overwogen behandeling.^{24, 25} Iemand die beslissingsbekwaam wordt geacht voor de ene medische beslissing is daarom niet per definitie beslissingsbekwaam voor alle andere medische beslissingen. Het gaat om beslissingsbekwaamheid ter zake. Bovendien vereisen medische beslissingen

met meer ingrijpende consequenties een grotere mate van beslissingsbekwaamheid.²⁴

Als een kind niet goed weet wat te beslissen over het al dan niet behouden van vruchtbaarheid, maar door de medische transitiebehandeling wel onvruchtbaar kan worden, moet er dan gekozen worden voor een vruchtbaarheidsbehandeling om later de keuzemogelijkheden nog te hebben of juist niet? In de kinderoncologie bijvoorbeeld worden opties voor vruchtbaarheidsbehoud aan kinderen die grote kans hebben om onvruchtbaar te worden, standaard aangeboden.

Sommige artsen geven aan te twijfelen of het beoordelen van de cognitieve vermogens wel een goed beeld geeft van de beslissingsbekwaamheid van transgender jongeren wat betreft behoud van hun vruchtbaarheid.^{26, 27} Ook als de kinderen wel als beslissingsbekwaam zijn beoordeeld voor het aangaan van de medische transitiebehandeling zelf. Deze twijfel wordt gedeeld door sommige transgender jongeren en hun ouders/gezagdragers die terugkijken op hun beslissingen gedurende het transitietraject.^{26, 27}

Er zijn verschillende redenen voor deze twijfel. Ten eerste wordt vaak aangehaald dat deze jongeren nog weinig tot geen romantische en seksuele ervaring hebben en dat ze nog geen gedachten hebben

kunnen vormen over het ouderschap of hun reproductieve wensen.^{3, 25, 29}

Ten tweede wordt beargumenteerd dat mensen in het algemeen meer prioriteit geven aan kortetermijnevolgen dan aan langetermijnevolgen.³⁰ Dit geldt overigens voor iedereen en niet specifiek voor transgender personen. Het betreft een psychologisch vooroordeel dat in literatuur *hyperbolic discounting* wordt genoemd. Dat probleem speelt in het bijzonder bij kinderen en jongeren, voor wie het vruchtbaarheidsvraagstuk niet in de nabije toekomst speelt. Bovendien kan het lastig zijn om over de toekomst na te denken door de hevige gevoelens van genderdysforie. Sommige transgender jongeren en hun ouders geven aan dat de urgentie van de transitiebehandeling zo groot was dat ze om die reden niet voor een vruchtbaarheidsbehandeling hebben gekozen.^{3, 24, 26, 27, 31-33}

Een derde en veelgenoemde reden voor met name transgender jongens om niet te kiezen voor een vruchtbaarheidsbehandeling is dat het tot hevige gevoelens van genderdysforie kan leiden. Dit wordt onder andere veroorzaakt door de hormoonbehandelingen en de vaginale echo die nodig zijn bij het laten rijpen en het uit het lichaam halen van de eicellen en de associatie van de reproductie met het bij de geboorte toegewezen geslacht.^{3, 6, 19, 28, 34-36} En voor transgender meisjes en

vrouwen is het niet altijd vanzelfsprekend dat ze (op locatie) een zaadlozing kunnen produceren zonder grote mate van dysforie. Deze gevoelens zouden de neiging om kortetermijneffecten in vergelijking met langetermijneffecten zwaarder te wegen, kunnen versterken.

De laatste veelgenoemde beperkende factor voor de beslissingsbekwaamheid van transgender jongeren omtrent vruchtbaarheid is de invloed van ouders en anderen op de reproductieve autonomie van de jongere.^{29-31, 35, 37} Kinderen zijn in grote mate afhankelijk van hun ouders en hun medische beslissingen hebben ook effect op hun ouders, waardoor eventuele conflicterende belangen bij beslissingen omtrent vruchtbaarheid problematisch kunnen zijn.^{29, 38} Er zijn bijvoorbeeld ouders die een uitdrukkelijke wens hebben om grootouder te worden en daarom meer belang hechten aan het behoud van de vruchtbaarheid van hun kind dan het kind zelf.^{25, 30} Ook zou het voor ouders moeilijk kunnen zijn om zich in te leven in de gevoelens van genderincongruentie waarmee een eventuele behandeling voor het behoud van vruchtbaarheid gepaard gaat.¹⁹ Bovendien zijn er ouders die het vermogen van hun kind om de gevolgen van infertiliteit te overzien in twijfel trekken.²⁴ Hierdoor zouden transgender jongeren druk vanuit hun ouders kunnen ervaren om hun vruchtbaarheid te behouden, terwijl zij dit zelf niet willen.^{35, 37} Het

is niet duidelijk hoe vaak zulke conflicten voorkomen.¹⁹ Er zijn ook ouders die de uiteindelijke beslissing over het behoud van vruchtbaarheid volledig aan hun kind overlaten en zeer tevreden zijn met de wijze waarop hun kind tot een beslissing is gekomen.^{24, 26}

“Voor het nemen van de beslissing is juist een relationele benadering van autonomie relevant, waarin de omgeving van het kind de beslissing ondersteunt door de autonomie te versterken.”

De cognitieve benadering van beslissingsbekwaamheid is in de literatuur vaker bekritiseerd, omdat het een te smalle focus betreft die geen rekening zou houden met de rol van waarden en emoties bij het nemen van beslissingen.³⁹⁻⁴² Bovendien kunnen jongeren volgens de criteria juist wel beslissingsbekwaam worden geacht terwijl zij een voor de omgeving moeilijk te

begrijpen waardenpatroon hebben. Ook zou het geen rekening houden met wat iemand verstaat onder kwaliteit van leven en welke risico's diegene daar eventueel aan wil verbinden.⁴³⁻⁴⁵

3.3 Relationele benadering van autonomie

De manier waarop de beslissingsbekwaamheid van het kind wordt getoetst betreft dus cognitieve vermogens en gaat *vooraf* aan het beslissen zelf. Voor het nemen van de *beslissing* is juist een relationele benadering van autonomie relevant, waarin de omgeving van het kind de beslissing ondersteunt door de autonomie te versterken. Er is een analytisch onderscheid tussen het beoordelen van de beslissingsbekwaamheid (cognitief) en het versterken van de capaciteit om de beslissing te nemen (relationeel).

Relationele autonomie vraagt erom dat ook de sociale context waarin de persoon de beslissing neemt wordt meegenomen. Hiermee wordt bedoeld dat iedereen voor het nemen van beslissingen afhankelijk is van naasten en andere mogelijke betrokkenen. Daarom wordt gepleit voor een beslissingsmodel waarin alle betrokkenen een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben voor het versterken van de autonomie en de beslissingsbekwaamheid van de persoon in kwestie.^{44, 46, 47} De trans-

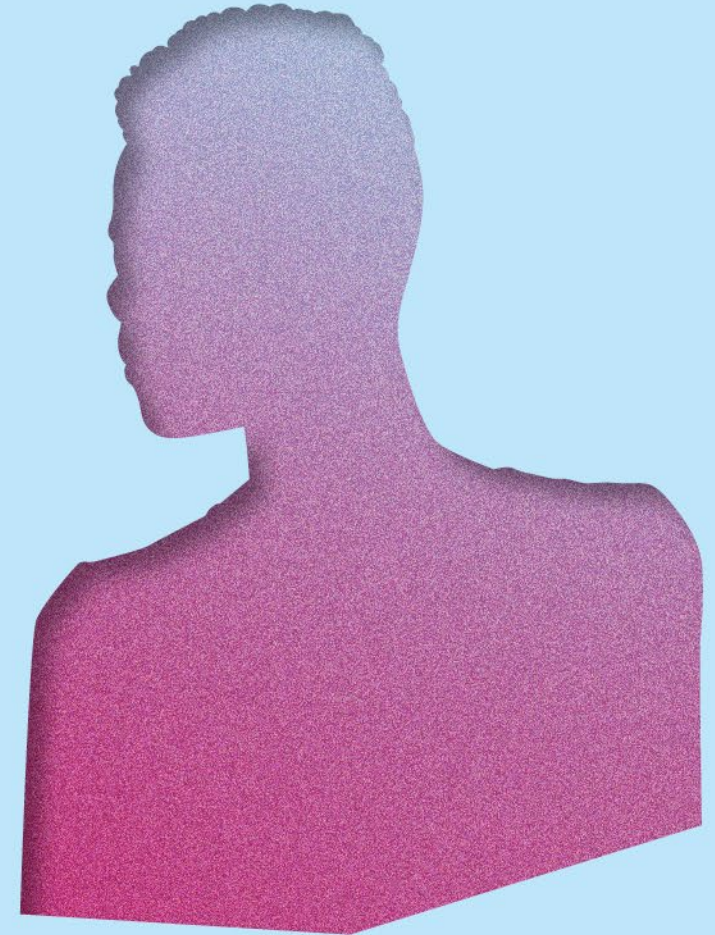
gender jongere neemt de beslissing niet alleen, c.q. individueel, maar wordt hierbij juist ondersteund door de sociale structuren en relaties om zich heen. Toegepast op de beslissing over het behoud van vruchtbaarheid van de transgender jongere zou dit betekenen dat de zorgprofessional en de ouders of andere verantwoordelijken het vermogen van de jongere om een weloverwogen beslissing te nemen voor diens huidige zelf en voor diens toekomstige zelf, ondersteunen.

Er zijn verschillende aanwijzingen dat een concept van relationele autonomie inderdaad passend zou zijn voor de fertiliteitszorg voor transgender jongeren. Uit een gering aantal studies met zeer kleine cohorten komt naar voren dat transgender personen over het algemeen tevreden zijn met hun beslissing en dat deze geassocieerd is met geen tot milde spijt, *als* dit een weloverwogen besluit is geweest dat voorafgegaan is door een uitgebreid beslissingstraject.³¹⁻⁴⁸ Daarnaast blijkt uit verschillende studies dat transgender jongeren weloverwogen beslissingen nemen rondom hun transitie en het behoud van hun vruchtbaarheid door hierover uit verschillende bronnen informatie te verzamelen en gesprekken te voeren met familieleden en medisch professionals.^{24, 31} Overigens betekent op latere leeftijd spijt krijgen niet direct dat de keuze initieel slecht onderbouwd

was of als teken van wilsonbekwaamheid gezien zou moeten worden.⁴⁹

De relationele benadering van autonomie is erop gericht de beslissingsbekwaamheid van de jongere in kwestie te *versterken* door naasten expliciet te betrekken bij de beslissing. De jongere wordt in diens autonomie ondersteund door diens sociale omgeving. Deze relationele benadering betekent niet dat de criteria voor de beslissingsbekwaamheid veranderd of verlaagd zouden moeten worden. De relationele benadering van autonomie is erop gericht de beslissingsbekwaamheid van de jongere in kwestie te versterken door naasten expliciet te betrekken bij de beslissing.

“De ervaringen met mijn eerste gynaecoloog waren niet goed. Deze gynaecoloog wist niet goed hoe hij om moest gaan met mij en veroorzaakte ook problemen met de zorgverzekering. Hij weigerde namelijk om mijn fertiliteitsbehandeling als medisch noodzakelijk te bestempelen, waardoor de verzekering het niet wilde vergoeden. Zelfs nadat ik hem duidelijk had gemaakt dat er wel een medische noodzaak was, en dat de verzekering hier ook mee akkoord was, bleef hij weigeren de papieren in te vullen. Later kreeg ik gelukkig een andere gynaecoloog.”
(Transgender man)



4 | Tussen zorgpraktijk en behoeften doelgroep

KERNBOODSCHAP

De huidige fertiliteitszorg voor transgender personen wordt zowel door de ontvangers van zorg als de zorgverleners als minder adequaat ervaren. De behandelingen, in het bijzonder de recent geïntroduceerde en de counseling daarover, blijken in de praktijk niet goed aan te sluiten op de behoeften van transgender personen. Het is echter niet duidelijk hoe het gat tussen aanbod van zorg en kennis daarover enerzijds en de behoeften van de doelgroep anderzijds gedicht kan worden, omdat onderzoek daarover schaars is. Het is wenselijk om verder onderzoek daarover te stimuleren, omdat deze doelgroep net als andere doelgroepen recht op reproductieve vrijheid heeft en daarmee recht op toegang tot fertiliteitszorg.

4.1 Toereikendheid huidige fertiliteitszorg

Zowel artsen als transgender personen hebben twijfels of de huidige fertiliteitszorg voor transgender personen aansluit bij de behoeften van de ontvangers. De protocollen die momenteel worden gebruikt in de counseling over vruchtbaarheidsbehandeling en die van de vruchtbaarheidsbehandelingen zelf zijn grotendeels overgenomen uit de fertiliteitszorgpraktijk voor kankerpatiënten van wie de vruchtbaarheid verminderd dreigt te worden door chemotherapie of bestraling.¹ In die context worden vruchtbaarheidsbehandelingen al langer uitgevoerd.¹⁹ Bij deze doelgroep speelt in de kern hetzelfde probleem, namelijk het verlies van de vruchtbaarheid door een medische ingreep. Er zijn echter ook belangrijke verschillen.

Doordat de vruchtbaarheidsbehandelingen rechtstreeks gericht zijn op de voorplantingsorganen, zijn ze voor trans-

gender personen sterk geassocieerd met genderincongruentie. Uit de aard der zaak is dit deels onvermijdelijk; toch kan dit verbeterd worden. Het is waarschijnlijk dat transgender personen behoefte hebben aan een ander soort fertiliteitszorg dan personen met een oncologische indicatie, bijvoorbeeld op het gebied van counseling en de gebruikte methode.²⁷ Bovendien zal er op het gebied van counseling voor transgender personen ook meer aandacht nodig zijn voor een mogelijk gebrek aan maatschappelijke acceptatie van de kinderwens en het ouderschap.

Dit probleem wordt onderkend in verschillende internationale en nationale publicaties. In principe geven bijna alle transgender personen wel aan fertiliteitszorg te hebben ontvangen, maar lijkt deze niet altijd toereikend te zijn. Zo zijn fertiliteitsklinieken nog veelal gericht op heterokoppels en is de informatievoorziening veelal uitsluitend gericht op cisgender vrouwen.^{6,31} Ook kan het voorkomen dat er verkeerde referentiewaarden worden

¹ Interview clinicus.

gebruikt, doordat het in het systeem geregistreerde geslacht veranderd is, wat invloed op een behandeling kan hebben.^j In Nederland komt het daarnaast ook voor dat transgender personen geweigerd worden door fertiliteitsklinieken van ziekenhuizen, omdat ze geen genderzorg aanbieden. Hierdoor moeten transgender personen in Nederland soms grote afstanden afleggen om fertiliteitszorg te ontvangen of om te bevallen. Ze hebben dus minder toegang tot fertiliteitszorg dan andere doelgroepen. Dit lijkt in ieder geval deels veroorzaakt te worden door een verouderd standpunt van de Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) waarin wordt aangeraden om terughoudend te zijn met geassisteerde voortplanting voor transgender personen.^{50, k} De NVOG werkt aan een nieuw standpunt dat in 2024 verschijnt.

Uit internationale onderzoeken blijkt dat zorgverleners behoefte hebben aan meer kennis en begeleiding op het gebied van fertiliteitscounseling voor transgender personen. Sommige zorgprofessionals gaven aan dat zij zelfs na het volgen van meerdere trainingsbijeenkomsten nog twijfelden aan hun kennis over bijvoorbeeld de uitkomsten van de vruchtbaarheidsbehandelingen en de heteronorma-

tieve invalshoek van de fertiliteitszorg.²⁷ In de recent uitgekomen zorgstandaarden van de World Professional Association of Transgender Health (WPATH) wordt eveneens onderkend dat inadequate kennis van zorgprofessionals brede toegang tot fertiliteitszorg belemmert.³ In recent

“Doordat de vruchtbaarheidsbehandelingen rechtstreeks gericht zijn op de voorplantingsorganen, zijn ze voor transgender personen sterk geassocieerd met genderincongruentie. Uit de aard der zaak is dit deels onvermijdelijk; toch kan dit verbeterd worden.”

onderzoek uit de Verenigde Staten wordt bijvoorbeeld geconcludeerd dat informatie aan transgender jongeren over behandelopties voor vruchtbaarheidsbehoud regelmatig sturend taalgebruik bevat. Daarnaast is het taalgebruik in deze documenten niet altijd goed afgestemd op de gezondheidsvaardigheden van de transgender adolescenten en hun ouders.⁵¹ Het gebrek aan kennis wordt ook herkend door zorgprofessionals in Nederland.^{6, l}

De huidige fertiliteitszorgpraktijk lijkt dus niet goed aan te sluiten op de zorgbehoeften van de doelgroep, mede door een gebrek aan kennis bij zorgprofessionals. Er is echter weinig kwalitatief hoogstaand onderzoek op basis waarvan de behandelingen en de counseling beter afgestemd kunnen worden op de behoeften. Dit komt onder andere doordat het nog een relatief jong onderzoeksveld is. Zo is er nog weinig bekend over de psychologische effecten van fertiliteitszorg voor transgender personen op hun mentale gesteldheid of de kwaliteit van leven.^{6, 26, 35, 36} Studies naar fertiliteitscounseling bij personen met een oncologische indicatie laten zien dat fertiliteitszorg kan leiden tot een verbeterde kwaliteit van leven, verminderde gevoelens van spijt en een grotere tevredenheid van de patiënt over de behandeling.^{3, 7}

^j Interview doelgroep.

^k Interview doelgroep.

^l Interview clinicus.

Ook is weinig bekend over de reden voor de grote discrepantie tussen de substantiële groep van transgender personen met een wens voor een genetisch verwant kind en het lage gebruik van vruchtbaarheidsbehandelingen.^{3,27} Mogelijk kan meer kennis over effectieve fertiliteitszorg die discrepantie verkleinen.

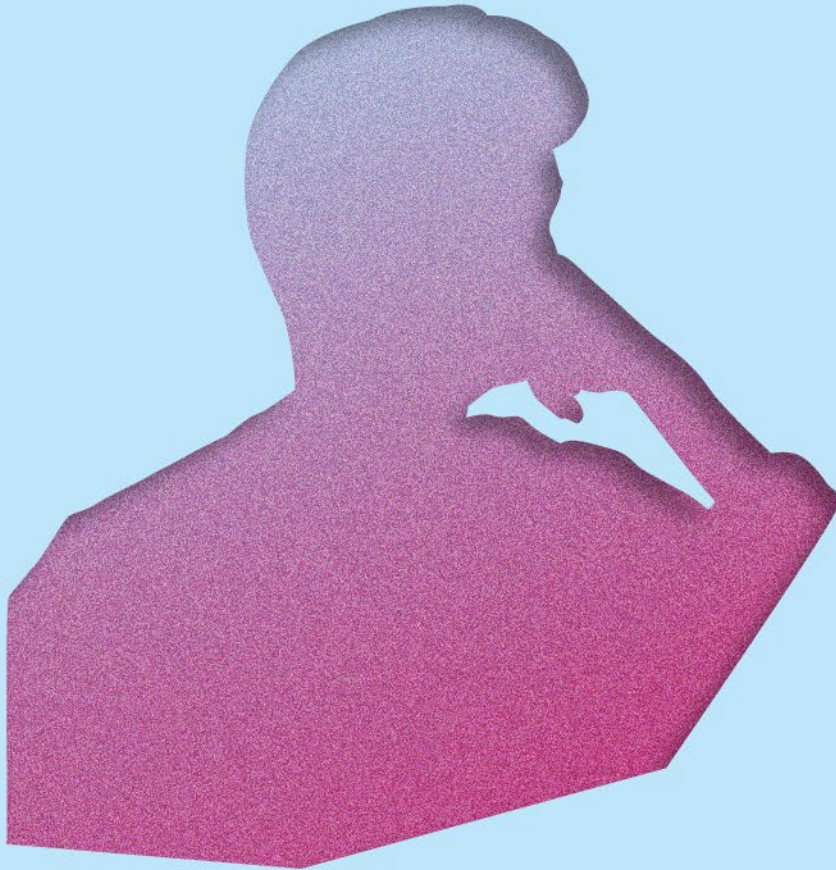
4.2 Nieuwe vruchtbaarheidsbehandelingen

Het gebrek aan aansluiting tussen aanbod en behoefte lijkt vooral groot bij de nieuwe technieken, zoals de opslag van eierstokweefsel en (mogelijke in de toekomst) opslag van testikelweefsel.

Een van de belangrijkste redenen dat enkele transgender mannen de opslag van eierstokweefsel als een aantrekkelijkere optie beschouwen dan de opslag van eicellen is dat ze op die manier de psychisch belastende vaginale echo kunnen vermijden. En voor sommigen is het behoud van ovaria in het eigen lichaam ook een situatie die een te hoge mate van dysforie oplevert. De opslag van eierstokweefsel kan echter ook sterke gevoelens van genderdysforie opwekken.⁶ Het opgeslagen eierstokweefsel kan op dit moment namelijk alleen nog gebruikt worden voor een autologe transplantatie. Dat betekent dat het alleen werkt als de transgender man de baarmoeder behoudt en zelf de

eventuele zwangerschap draagt, wat uiteraard ook zeer belastend kan zijn voor iemand met een afkeer van vrouwelijke geslachtsorganen.

Opgeslagen testikelweefsel kan op dit moment nog niet gebruikt worden. Of en wanneer er een techniek beschikbaar komt waarmee dit weefsel gebruikt kan worden, is nog niet bekend. De experimentele technieken die hiervoor in ontwikkeling zijn, bevinden zich nog in een vroeg stadium.⁶ Transgender vrouwen voor wie de andere vruchtbaarheidsbehandelingen geen optie zijn, kunnen de opslag van testikelweefsel zien als de laatste hoop op de vervulling van de wens van een genetisch verwant kind. Het risico bestaat echter dat dat valse hoop blijkt.



“Mijn zorgverzekering vroeg of ik een relatie met een vrouwelijke partner had. Want in dat geval zou de verzekering de fertiliteitsbehandeling niet vergoeden, omdat ik dan al ‘toegang’ tot eicellen zou hebben via de partner. In mijn eerdere contacten met de zorgverzekering kreeg ik ook al de indruk dat de zorgverzekering niet goed op de hoogte was van de te volgen procedures en behoeften van transgender personen. Ik heb trouwens wel vaker ervaren dat het zorgverleners in het transitietraject en de fertiliteitszorg ontbreekt aan relevante kennis over de doelgroep. Ik moet vaak kennis aanvullen.”
(Transgender man)

5 | Het leven na de behandeling

KERNBOODSCHAP

Het is nog niet geheel bekend of er medisch gezien (lange termijn) risico's zijn voor kinderen die geboren worden uit ouders (al dan niet transgender) die vruchtbaarheidsbehandelingen hebben ondergaan, vooral niet als het gaat om relatief nieuwe technieken. Specifiek onderzoek naar transgender ouderschap is schaars, maar het onderzoek dat er is, bevat geen aanwijzingen voor een negatieve invloed van de genderidentiteit van de ouder op het psychologisch welzijn van het kind. Er is meer onderzoek gedaan naar de invloed van het ontbreken van genetische verwantschap op de relatie tussen ouder en kind. Ook hier bevat de literatuur geen aanwijzingen voor een negatieve invloed. Er zijn inconsistenties tussen de juridische feitelijkheid en de werkelijke genderidentiteit van transgender ouders. Daardoor kan het bijvoorbeeld voorkomen dat een transgender vrouw in juridische zin als de vader van het kind wordt beschouwd. Deze inconsistenties zijn te verklaren, maar kunnen in de praktijk als zeer pijnlijk worden ervaren.

5.1 Effecten op het nageslacht

De wetenschap op het gebied van fertiliteitszorg is volop in ontwikkeling. Hierdoor is er vooral als het gaat om relatief nieuwe technieken nog weinig kennis over de medische effecten op de lange termijn bij kinderen die geboren worden met behulp van vruchtbaarheidsbehandelingen. Dit geldt zowel voor behandelingen die in dit signalement worden besproken als voor andere behandelingen die kunnen helpen bij het vervullen van reproductieve wensen.^{52, 53} Deze onzekerheid over mogelijke medische langetermijngevolgen spelen een belangrijke rol in de counseling over vruchtbaarheidsbehandelingen, niet alleen in de transgenderzorg, maar in de fertiliteitszorg in het algemeen.

Ook de psychologische gevolgen van het hebben van één of twee transgender ouders worden in de literatuur bevestigd.^{54, 55} Er is weinig onderzoek naar het mentale welzijn van kinderen die opgroeien in een gezin met één of meer transgender ouders, en de onderzoeken die er wel zijn, bestaan vaak uit zeer kleine onderzoekspopulaties. De resultaten uit een

Frans onderzoek naar het mentale welzijn van kinderen met een transgender man als vader laten zien dat deze kinderen weinig tot geen mentale problemen hebben en geen gevoelens van genderdysforie.⁵⁶ In andere studies naar het mentale welzijn van een groep kinderen van wie de ouders in de meeste gevallen pas na de geboorte van het kind in transitie zijn gegaan, zijn er ook geen kinderen met gevoelens van genderincongruentie en slechts enkele kinderen met psychosociale problemen.⁵⁷ Bij de kinderen met psychosociale problemen bleek vooral de leeftijd van het kind bij de transitie van de ouder van belang voor de mate waarin het kind zich kon aanpassen aan de nieuwe situatie. Jongere kinderen zouden zich makkelijker aanpassen aan de nieuwe situatie dan oudere kinderen.⁵⁸

Transgender ouders die gebruikmaken van vruchtbaarheidsbehandelingen zullen in sommige gevallen geslachtscellen van een donor nodig hebben, zie hoofdstuk 2. De transgender ouder of de partner zal dus niet altijd genetisch verwant zijn aan het kind dat geboren wordt met behulp van een vruchtbaarheidsbehandeling. Onderzoek naar het effect van genetische

verwantschap op de relatie tussen ouder en kind laat zien dat een genetische band met het kind van grote waarde kan zijn, maar dat het zeker geen voorwaarde is voor een goede relatie tussen ouder en kind. De leeftijd waarop het kind informatie krijgt over de manier van conceptie is van grotere invloed op de relatie tussen ouder en kind: jonge kinderen reageren volgens onderzoek in het algemeen neutraal of nieuwsgierig, terwijl mensen die pas als adolescenten of volwassenen werd verteld over hun conceptie, hier schade van kunnen ondervinden.^{59, 60}

Het CEG ziet in het beschikbare onderzoek geen aanwijzingen dat het hebben van transgender ouders schadelijk is voor het psychologisch welzijn van het kind. Er is geen bewijs voor een negatieve invloed van de genderidentiteit van de ouders of van de eventuele afwezigheid van genetische verwantschap.

5.2 Familierechtelijke betrekkingen

In 2014 werd de nieuwe Transgenderwet van kracht, wat substantiële veranderingen teweegbracht rondom de transitie en de vruchtbaarheidskeuzes van transgender personen. Artikel 1:28c BW, dat betrekking heeft op de familierechtelijke betrekkingen, bleef echter ongewijzigd in de nieuwe wet. Daardoor bestaat er een

incongruentie tussen de juridische werkelijkheid van de familierechtelijke betrekkingen en de genderidentiteit en ouderrol in de praktijk. Artikel 1:28c BW schrijft bijvoorbeeld voor dat de wijziging van de geslachtsaanduiding slechts gevolgen heeft vanaf het moment dat deze wijziging door een ambtenaar van de burgerlijke stand is doorgevoerd. Voor transgender personen die al een kind hebben voordat zij in transitie zijn gegaan betekent dit dat hun geslachtswijziging in de Basisregistratie Personen niet tot uiting zal komen in de ouderrol. Een transvrouw zal in het geval van transitie na de geboorte van het kind dus juridisch de vader van dat kind blijven en een transman de moeder.

Dat de transman in juridische zin de moeder van het kind blijft⁶¹ is ook het geval als het kind wordt geboren na de transitie. Wanneer een transman een kind baart nadat deze zijn geslacht in de Basisregistratie Personen heeft laten wijzigen, wordt er op dit moment volgens artikel 1:28c BW uitgegaan van het geslacht dat deze transman had voor deze wijziging. Dit komt voort uit artikel 1:198 lid 1 BW, dat voorschrijft dat de moeder van het kind de vrouw is waaruit dit kind geboren is. Volgens de wetgever is het volgen van het geslacht voor de wijziging in de Basisregistratie Personen in dit geval logisch, aangezien het kind anders van rechtswege geen moeder heeft. Hoewel dit op juridische gronden verdedigbaar kan zijn, kan het wel als

pijnlijk worden ervaren door transgender mannen, omdat hun genderidentiteit niet wordt onderkend in de familierechtelijke betrekkingen met hun kind. Het is echter wel opvallend dat, als de transgender man met een vrouwelijke partner getrouwd is of een geregistreerd partnerschap heeft, deze transgender man volgens artikel 1:198 lid 1b BW van rechtswege vader wordt wanneer het kind is verwekt met behulp van anonieme donorbevruchting en wanneer de vrouwelijke partner het kind heeft gedragen. Een transgender vrouw die bij haar vrouwelijke partner (met vergelijkbare juridische relatie zoals voornoemd) een kind heeft verwekt, zal niet van rechtswege moeder worden, maar zal het kind moeten erkennen of adopteren.

Wel is sinds 1 maart 2023 een regeling ingegaan, waardoor transgender en non-binaire personen kunnen kiezen voor de seksneutrale term 'ouder uit wie het kind is geboren', op de geboorteakte of akte van erkenning van hun kind. Het Besluit burgerlijke stand 1994 is hiervoor aangepast. Een transgender vader die een kind heeft gedragen wordt dankzij deze regeling op de geboorteakte niet meer automatisch aangeduid als moeder. Deze stap speelt een rol bij de erkenning van transgender ouderschap. Tegelijkertijd verandert de regeling niets aan de termen in het burgerlijk wetboek, waar zoals voornoemd wel nog over vaders en moeders wordt gesproken.

6 | Tot slot

Het CEG signaleert dat de fertiliteitszorg in zijn huidige vorm niet helemaal aansluit op de behoeften van transgender jongeren en de betrokken zorgprofessionals. Dit speelt bij het bepalen van de beslissingsbekwaamheid, bij de counseling en advisering over de vruchtbaarheidsbehandelingen en bij de aard van de behandelingen. Daarnaast constateert het CEG dat er een inconsistentie bestaat tussen de ouderschapsrollen zoals ze beschreven zijn in wetgeving en zoals ze beleefd worden volgens de genderidentiteit van de transgender personen.

Hoe dit gebrek aan aansluiting het best aangepakt kan worden is niet duidelijk, omdat er op alle drie de vlakken sprake is van kennislacunes.

Zo zijn er nog relatief weinig publicaties over de beste manier van ondersteunen van transgender kinderen en jongeren in hun beslissingstraject met betrekking tot hun vruchtbaarheid. De weinige studies die er zijn suggereren dat een bredere benadering van beslissingsbekwaamheid, waarbij niet alleen cognitie, maar ook emoties, waarden en de rol van naasten wordt meegewogen, passender is voor transgender

jongeren en beslissingen over vruchtbaarheid.

Er is op dit moment ook weinig kwalitatief hoogwaardig onderzoek op basis waarvan de vruchtbaarheidsbehandelingen en de counseling daarover beter kunnen worden afgestemd op de behoeften van transgender personen.

Tot slot is er weinig onderzoek naar de gevolgen van vruchtbaarheidsbehandelingen op psychologisch en medisch vlak, zowel voor de (toekomstige) transgender ouder als voor het mogelijke toekomstige biologische eigen kind. Voor passende en toegankelijke fertiliteitszorg voor transgender personen, en jongeren in het bijzonder, is nader onderzoek nodig, volgens het CEG. Transgender mensen moeten – gegeven het recht op reproductieve vrijheid – toegang hebben tot adequate fertiliteitszorg, net als andere groepen die om wat voor reden dan ook hun vruchtbaarheid verliezen.

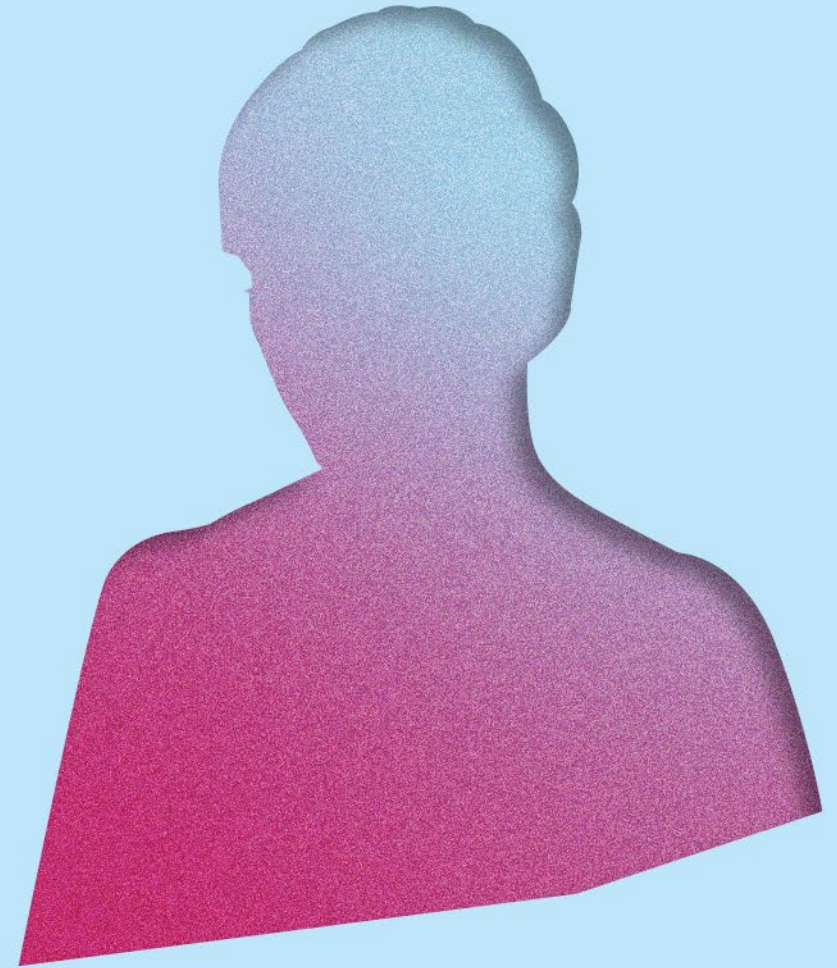
Om de kennislacunes te dichten en de maatschappelijke acceptatie van genderdiversiteit te verbreden, ook in de zorg, is het van groot belang dat transgender personen betrokken zijn bij en kunnen

meedenken over onderzoek en toegankelijkheid. Een afwachtende houding tot er meer onderzoek beschikbaar is, is echter niet voldoende: parlement, beleidsmakers, bestuurders en de relevante zorgsector doen er goed aan zich alvast zo veel mogelijk te (laten) informeren over passende en toegankelijke fertiliteitszorg voor transgender personen en hierover samen met transgender personen een open en lerende dialoog te voeren.

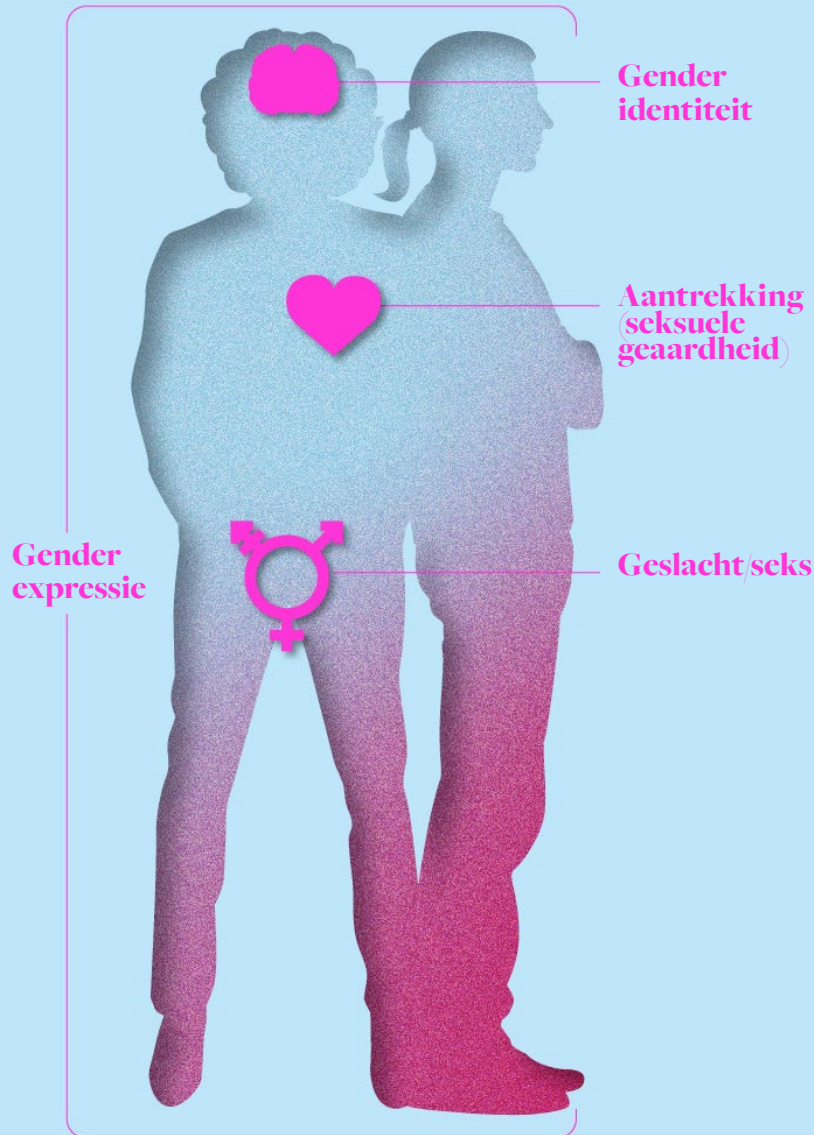
Het CEG signaleert dat transgender jongeren, hun naasten en behandelaren eerder moeten nadenken en praten over vruchtbaarheidsbehoud en alle consequenties van dien.

“Ik heb de fertiliteitszorg en de zorg tijdens de zwangerschap over het algemeen als zeer goed ervaren. Wel zijn de wachtkamers van vruchtbaarheidsklinieken te veel op vrouwen gericht. Daardoor voelen trans en non-binaire mensen zich wellicht niet welkom, of kan het zelfs een pijnlijke ervaring voor hen zijn. Maar verder wordt er goed rekening gehouden met trans- en non-binaire mensen. Soms lijkt men hierin zelfs een beetje door te slaan. Bijvoorbeeld als er besloten wordt om een andere behandeling uit te voeren omdat de originele behandeling erg ongemakkelijk en invasief zou zijn, terwijl dit niet altijd zo wordt gezien door de persoon zelf.”

(Transgender non-binair persoon)



Bijlage 1 Begrippenlijst



Geslacht/sekse	Het bij geboorte vastgestelde of na geslachtsaanpassing aangenomen geslacht.
Gender	Sociale, culturele en psychologische kenmerken die met een geslacht in verband worden gebracht.
Cisgender	Persoon van wie het biologische geboortegeslacht overeenkomt met de genderidentiteit.
Transgender	Term voor iemand van wie de genderidentiteit niet overeenkomt met het geboortegeslacht.
Non-binair / genderdivers	Iemand die zich niet exclusief identificeert als man of vrouw.
Interseksueel	Persoon bij wie zowel mannelijke als vrouwelijke geslachtskenmerken aanwezig zijn.
Genderincongruentie	Discrepantie tussen het biologische geboortegeslacht en de genderidentiteit (term in ICD 11 - de internationale classificatie van ziekten).
Genderdysforie	Discrepantie tussen het biologische geboortegeslacht en de genderidentiteit (term in DSM-5 - classificatiesysteem voor psychische stoornissen).
Transgender kind/jongere	Kind/jongere dat/die een ontwikkeling doormaakt die niet overeen komt met het geboortegeslacht.
Transgender vrouw/meisje	Persoon met een (overwegende) vrouwelijk genderidentiteit, ondanks dat deze bij de geboorte als 'mannelijk' is geregistreerd.
Transgender man/jongen	Persoon met een (overwegende) mannelijke genderidentiteit, ondanks dat deze bij de geboorte als 'vrouwelijk' is geregistreerd.
Transitie	Alle interventies en acties die nodig zijn om de overgang te maken van het ene naar het andere geslacht.
Sociale transitie	Fase waarin de transgender mens volledig gaat leven in de rol van het gewenste geslacht.
Geslachtsaanpassende of genderbevestigende behandeling	Medische behandeling die het lichaam zo veel mogelijk in overeenstemming moet brengen met de genderidentiteit. Deze bestaat uit het gebruik van hormonen en/of genderbevestigende operatie(s).
Genderbevestigende operatie	Operatie(s) aan primaire en secundaire geslachtsorganen en gezicht waardoor het lichaam zo veel mogelijk in overeenstemming wordt gebracht met de genderidentiteit.
Genderteam	Multidisciplinair team voor de medische behandeling van transgender mensen, dat bestaat uit meerdere specialismen, zoals psychologen, psychiaters, endocrinologen, gynaecologen, plastisch chirurgen, KNO-artsen en seksuologen. Dit team werkt niet altijd vanuit het ziekenhuis.
Transvisie	Landelijke patiëntenorganisatie voor transgender volwassenen, jongeren en kinderen en hun naasten, die zich richt op onderling contact, informatievoorziening, voorlichting en belangenbehartiging.
Transgender Netwerk Nederland	Samenwerkingsverband van (belangen)organisaties voor transgender personen dat zich inzet voor een genderdiverse samenleving, emancipatie van transgender personen en hun omgeving, en bestrijding van discriminatie van transgender personen.

Bijlage 2 Lijst van geconsulteerden

- **Susana Chuva de Sousa Lopes**, hoogleraar ontwikkelingsbiologie, gespecialiseerd in de menselijke ontwikkeling bij het LUMC
- **Norah van Mello**, gynaecoloog bij het Amsterdam UMC, locatie VUmc
- **Ans van Pelt**, hoogleraar Translational Reproductive Biology, bij het Amsterdam UMC, locatie AMC
- **Carien van Rijn**, bestuurslid Transvisie
- **Sophie Schers**, beleidsadviseur Transgender Netwerk Nederland
- **Janine de Snoo**, universitair docent bij de afdeling Ethiek, Recht en Humaniora bij Amsterdam UMC, locatie VUmc
- **Lieke Vrouwenraets**, kind- en jeugdpsycholoog in opleiding tot GZ-psycholoog op de afdeling medische psychologie van het Willem-Alexander Kinderziekenhuis in het LUMC
- Transgender personen (en eventuele partners) met (aankomende) ervaring met fertiliteitszorg (anoniem)

Bijlage 3 Verantwoording en samenstelling CEG

Presidium

- **Prof. dr. M.C. de Vries**, voorzitter CEG-commissie en hoogleraar Normatieve Aspecten van de Geneeskunde, en kinderarts bij het LUMC
- **Dr. H. Ismaili M'Hamdi**, vicevoorzitter CEG-commissie en universitair hoofddocent Ethiek aan Maastricht University
- **Prof. dr. M. Bussemaker**, voorzitter Raad voor Volksgezondheid & Samenleving en hoogleraar 'Wetenschap, beleid en maatschappelijke impact, in het bijzonder in de zorg' bij het LUMC en de faculteit Governance and Global Affairs van de Universiteit van Leiden
- **Prof. dr. B.J. Kullberg**, voorzitter Gezondheidsraad en hoogleraar Interne Geneeskunde en Infectieziekten aan het Radboudumc

CEG-commissie

- **Prof. dr. M.C. de Vries**, voorzitter CEG-commissie en hoogleraar Normatieve Aspecten van de Geneeskunde en kinderarts bij het LUMC
- **Dr. H. Ismaili M'Hamdi**, vicevoorzitter CEG-commissie en universitair hoofddocent Ethiek aan Maastricht University
- **Prof. dr. G. A. den Hartogh**, emeritus-hoogleraar Medische ethiek aan de Universiteit Amsterdam
- **Prof. mr. A. C. Hendriks**, hoogleraar Gezondheidsrecht aan de Universiteit Leiden
- **Prof. dr. C. Leget**, hoogleraar Zorgethiek aan de Universiteit voor Humanistiek, Utrecht
- **Dr. G. Lautenbach**, jurist, Medical PHIT, Utrecht

- **J. Meijers MSc MSM**, voorzitter van de Raad van Bestuur van Stichting Bartiméus Sonneheerdt
- **Dr. A.R. Niemeijer**, universitair docent en onderzoeker Zorgethiek & Beleid aan de Universiteit voor Humanistiek, Utrecht
- **Dr. D.H.J. Pols**, huisarts en universitair docent afdeling Huisartsgeneeskunde, Erasmus MC Rotterdam

Auteurs signalement

- **L.H. van der Molen, Msc MA**
- **M. Lenselink, MA**

Literatuur

1. World Health Organization (2022). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). 11th edition*. [cited 24-1-2024]. Geraadpleegd via <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases>.
2. SiRM (2023). *Onzekerheid over vraag transgenderzorg, inhaalcapaciteit zeker nodig*. Utrecht: Strategies in Regulates Markets.
3. Coleman, E., Radix, A.E., Bouman, W.P., Brown, G.R., Vries, A.L.C., Deutsch, M.B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A.B., Johnson, T.W., Karasic, D. H., Knudson, G.A., Leibowitz, S.F., Meyer-Bahlburg, H.F.L., Monstrey, S.J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022). 'Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8.' In: *Int J Transgend Health*, **23**(Suppl 1): p. S1-S259.
4. Brik, T., Vrouwenraets, L.J.J.J., Schagen, S.E.E., Meissner, A., Vries, M.C. de, & Hannema, S.E. (2019). 'Use of Fertility Preservation Among a Cohort of Transgirls in the Netherlands.' In: *J Adolesc Health*, **64**(5): p. 589-593.
5. Zorgvuldig Advies en Transvisie (2022). *Ervaringen en behoeften van transgender personen in de zorg, vervolgonderzoek*. Onderzoeksrapport in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
6. Stolk, T.H.R., Asseler, J.D., Huirne, J.A.F., Boogaard, E. van den, & Mello, N.M. van (2023). 'Desire for children and fertility preservation in transgender and gender-diverse people: A systematic review.' In: *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, Vol. 87, p. 102312.
7. Douglas, C.R., Phillips, D., Sokalska, A. & Aghajanova, L. (2022). 'Fertility Preservation for Transgender Males: Counseling and Timing of Treatment.' In: *Obstet Gynecol*, **139**(6): p. 1012-1017.
8. Das, E., Wasserbauer, M., Loopuijt, C., Uilhoorn, A., Vleuten, A. van der & Verhaak, C. (2023). *Mijn gender, wiens zorg? Onderzoek naar de toename in en veranderingen van de vraag naar transgenderzorg*. Onderzoeksrapport. Nijmegen: Radboud Universiteit.
9. Klotz, F. (2023). 'A Teen Gender-Care Debate Is Spreading Across Europe.' In: *The Atlantic*, 28 april 2023.
10. Transvisie. *Transitie, informatie over het transitieproces van volwassenen*. [cited 14-3-2023]. Geraadpleegd via <https://transvisie.nl/transitie/volwassenen/transitie/#1596299376901-9a3b124e-4e39>.
11. Transvisie. *Naamswijziging en geslachtswijziging in de Basisregistratie*. [cited 14-3-2023]. Geraadpleegd via <https://transvisie.nl/transitie/algemeen/juridisch/>.
12. *Voorstel tot wijziging van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek in verband met het veranderen van de voorwaarden voor wijziging van de vermelding van het geslacht in de akte van geboorte* (2021). Den Haag.
13. Transvisie. *Behandeltraject en begeleiding van de transitie van transgender kinderen*. [cited 14-3-2023]; Geraadpleegd via: <https://transvisie.nl/jeugd/transitie/>.
14. Transvisie. *Hormonen en puberteitsremmers*. [cited 14-3-2023]. Geraadpleegd via: <https://transvisie.nl/jeugd/hormonen-en-puberteitsremmers/>.

15. Ministerie van Volksgezondheid, W.e.S. (2018). *Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg - Somatisch*. Den Haag.
16. Ainsworth, A.J., Allyse, M. & Z. Khan (2020). 'Fertility Preservation for Transgender Individuals: A Review.' (2020). In: *Mayo Clin Proc*, **95**(4): p. 784-792.
17. Baram, S., Myers, S.A., Yee, S. & Librach, C.L. (2019). 'Fertility preservation for transgender adolescents and young adults: a systematic review.' In: *Hum Reprod Update*, **25**(6): p. 694-716.
18. Peri, A., Gook, D., O'Connell, M.A., Bourne, H., Nightingale, M., Telfer, M. Jayasinghe, Y. & Pang, K.C. (2021). 'Predicting successful sperm retrieval in transfeminine adolescents after testicular biopsy.' In: *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, **38**(10): p. 2735-2743.
19. Bayefsky, M., Vieira, D., Caplan, A. & Quinn, G. (2022). 'Navigating parent-child disagreement about fertility preservation in minors: scoping review and ethical considerations.' In: *Hum Reprod Update*, **28**(5): p. 747-762.
20. Appelbaum, P.S. (2007). 'Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment.' In: *N Engl J Med*, **357**: p. 1834-1840.
21. Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. New York/Oxford: Oxford University Press.
22. Hein, I.M., Vries, M.C. de, Troost, P.W., Meynen, G., Goudoever, J.B. van & Lindauer, R.J.L (2015). 'Informed consent instead of assent is appropriate in children from the age of twelve: Policy implications of new findings on children's competence to consent to clinical research.' In: *BMC Med Ethics*, **16**(1): p. 76.
23. Vrouwenraets, L.J.J.J., Vries, A.L.C. de, Vries, M.C. de, Miesen, A.I.R. van der & Hein, I.M. (2021). 'Assessing Medical Decision-Making Competence in Transgender Youth.' In: *Pediatrics*, **148**(6).
24. Clark, B.A. & Virani, A. (2021). 'This Wasn't a Split-Second Decision: An Empirical Ethical Analysis of Transgender Youth Capacity, Rights, and Authority to Consent to Hormone Therapy.' In: *J Bioeth Inq*, **18**(1): p. 151-164.
25. Snoo-Trimp, J. de, Vries, A. de, Molewijk, B. & Hein, I. (2022). 'How to deal with moral challenges around the decision-making competence in transgender adolescent care? Development of an ethics support tool.' In: *BMC Med Ethics*, **23**(1): p. 96.
26. Vrouwenraets, L.J.J.J., Vries, A.L.C. de, Arnoldussen, M., Han-nema, S.E., Lindauer, R.J.L, Vries, M.C. de & Hein, I. (2022). 'Medical decision-making competence regarding puberty suppression: perceptions of transgender adolescents, their parents and clinicians.' In: *Eur Child Adolesc Psychiatry*, **32**(11).
27. Tishelman, A.C., Sutter, M.E., Chen, D., Sampson, A., Nahata, L., Kolbuck, V.D. & Quinn, G.P. (2019). 'Health care provider perceptions of fertility preservation barriers and challenges with transgender patients and families: qualitative responses to an international survey.' In: *J Assist Reprod Genet*, **36**(3): p. 579-588.
28. Chen, D. & Simons, L. (2018). 'Ethical Considerations in Fertility Preservation for Transgender Youth: A Case Illustration.' In: *Clin Pract Pediatr Psychol*, **6**(1): p. 93-100.
29. Warton, C. & McDougall, R.J. (2022). 'Fertility preservation for transgender children and young people in paediatric health-care: a systematic review of ethical considerations.' In: *J Med Ethics*, **48**(12): p. 1076-1082.

30. Hudson, J., Nahata, L., Dietz, E. & Quinn, G.P. (2018). 'Fertility Counseling for Transgender AYAs.' In: *Clin Pract Pediatr Psychol*, **6**(1): p. 84-92.
31. Boguszewski, K.E., Woods, S., Ducar, D.M. & Taylor, J.F. (2022). 'Transgender and Gender Diverse Fertility Choices: Supporting the Decision-Making Process for Adolescents and Young Adults.' In: *J Pediatr*, **240**: p. 256-264 e1.
32. Defreyne, J., Schuylenbergh, J. Van, Motmans, J., Tilleman, K. & T'Sjoen, G. (2020). 'Parental desire and fertility preservation in assigned male at birth transgender people living in Belgium.' In: *Int J Transgend Health*, **21**(1): p. 45-57.
33. Defreyne, J., Schuylenbergh, J. Van, Motmans, J., Tilleman, K.L. & T'Sjoen, G.G.R. (2020). 'Parental desire and fertility preservation in assigned female at birth transgender people living in Belgium.' In: *Fertil Steril*, **113**(1): p. 149-157 e2.
34. Armuand, G., Dhejne, D., Olofsson, J.I. & Rodriguez-Wallberg, K.A. (2017). 'Transgender men's experiences of fertility preservation: a qualitative study.' In: *Hum Reprod*, **32**(2): p. 383-390.
35. Lai, T.C., McDougall, R., Feldman, D., Elder, C.V. & Pang, K.C. (2020). 'Fertility Counseling for Transgender Adolescents: A Review.' In: *J Adolesc Health*, **66**(6): p. 658-665.
36. Voultzos, P., Zymvragou, C.-E., Karakasi, M.-V. & Pavlidis, P. (2021). 'A qualitative study examining transgender people's attitudes towards having a child to whom they are genetically related and pursuing fertility treatments in Greece.' In: *BMC Public Health*, **21**(1).
37. Chen, D., Kyweluk, M.A., Sajwani, A., Gordon, E.J., Johnson, E.K., Finlayson, C.A. & Woodruff, T.K. (2019). 'Factors Affecting Fertility Decision-Making Among Transgender Adolescents and Young Adults.' In: *LGBT Health*, **6**(3): p. 107-115.
38. Salter, E.K. (2017). 'Conflating Capacity & Authority: Why We're Asking the Wrong Question in the Adolescent Decision-Making Debate.' In: *Hastings Cent Rep*, **47**(1): p. 32-41.
39. Charland, L.C. (1998) 'Is Mr. Spock mentally competent? Competence to consent and emotion.' In: *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, **5**: p. 67-81.
40. Tan, J.O.A., Hope, T., Steward, A. & Fitzpatrick, R. (2006). 'Competence to make treatment decisions in anorexia nervosa: thinking processes and values.' In: *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, **13**(4): p. 267-282.
41. De Clercq, E., Ruhe, K., Rost, M. & Elger, B. (2017). 'Is decision-making capacity an "essentially contested" concept in pediatrics?' In: *Med Health Care Philos*, **20**(3): p. 425-433.
42. Widdershoven, G.A.M., Ruissen, A., Balkom, A.J.L.M. & Meynen, G. (2017). 'Competence in chronic mental illness: the relevance of practical wisdom.' In: *J Med Ethics*, **43**(6): p. 381.
43. Ibrahim, J.E. & Davis, M.C. (2013) 'Impediments to applying the 'dignity of risk' principle in residential aged care services.' In: *Australasian J Ageing*, **32**(3): p. 188-93.
44. Marsh, P. & Kelly, L. (2018). 'Dignity of risk in the community: a review of and reflections on the literature.' In: *Health, Risk & Society*, **20**(5-6): p. 297-311.
45. Perske, R. (1972). 'The Dignity of Risk and the Mentally Retarded.' In: *Mental Retardation*, **10**(1).

46. Liégeois, A. (2018). 'Een relationeel ethisch model voor het evalueren van beslissingsbekwaamheid in de psychiatrie.' In: Tijdschrift voor Psychiatrie, 60(1): p. 29-36.
47. Peisah, C., Sorinmade, O.A., Mitchell, L. & Hertogh, C.M.P.M. (2013). 'Decisional capacity: toward an inclusionary approach.' In: Int Psychogeriatr, 25(10): p. 1571-9.
48. Vyas, N., Douglas, C.R., Mann, C. Weimer, A.K. & Quinn, M.M. (2021). 'Access, barriers, and decisional regret in pursuit of fertility preservation among transgender and gender-diverse individuals.' In: Fertil Steril, 115(4): p. 1029-1034.
49. Giordano, S., Garland, F. & Holm, S. (2021). 'Gender dysphoria in adolescents: can adolescents or parents give valid consent to puberty blockers?' In: Journal of Medical Ethics.
50. NVOG (2016). Standpunt. Geassisteerde voortplanting met gedoneerde gameten en gedoneerde embryo's en draagmoederschap. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie.
51. Taylor, J., Vullikanti, M. Nelamangala, S.L., Boguszewski, K.E. & Marshall, M.F. (2023). 'Sexual & reproductive health information on minor consent forms for pubertal suppression and gender affirming hormones.' In: Front Reprod Health, 5: p. 1071212.
52. Berntsen, S., Söderström-Anttila, V., Wennerholm, U.-B., Lai-vuori, H., Loft, A., Oldereid, N.B., Romundstad, L.B., Bergh, C. & Pinborg, A. (2019). 'The health of children conceived by ART: 'the chicken or the egg?'' In: Hum Reprod Update, 25(2): p. 137-158.
53. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2021). 'Access to fertility services by transgender and nonbinary persons: an Ethics Committee opinion.' In: Fertil Steril, 115(4): p. 874-878.
54. Murphy, T.F. (2012). 'The ethics of fertility preservation in transgender body modifications.' In: J Bioeth Inq, 9(3): p. 311-6.
55. Wert, G. de, Dondorp, W., Shenfield, F., Barri, P., Devroey, P., Diedrich, K., Tarlatzis, B., Provoost, V. & Pennings, G. (2014). 'ESHRE Task Force on Ethics and Law 23: medically assisted reproduction in singles, lesbian and gay couples, and transsexual people.' In: Hum Reprod, 29(9): p. 1859-65.
56. Chiland, C., Clouet, A.-M., Golse, B., Guinot, M. & Wolf, J.P. (2013). 'A new type of family: Transmen as fathers thanks to donor sperm insemination. A 12-year follow-up exploratory study of their children.' In: Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 61(6): p. 365-370.
57. Freedman, D., Tasker, F. & Ceglie, D. di (2002). 'Children and Adolescents with Transsexual Parents Referred to a Specialist Gender Identity Development Service: A Brief Report of Key Developmental Features.' In: Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7(3): p. 423-432.
58. Hafford-Letchfield, T., Cocker, C., Rutter, D., Tinarwo, M., McCormack, K. & Manning, R. (2019). 'What do we know about transgender parenting?: Findings from a systematic review.' In: Health Soc Care Community, 27(5): p. 1111-1125.
59. Golombok, S., Readings, J., Blake, L., Casey, P., Mellish, L., Marks, A. & Jadva, V. (2011). 'Children conceived by gamete donation: psychological adjustment and mother-child relationships at age 7.' In: J Fam Psychol, 25(2): p. 230-9.

60. Golombok, S. & Tasker, F. (2015). 'Socioemotional Development in Changing Families.' In: M.E. Lamb & R.M. Lerner (red.), Handbook of Child Psychology and Developmental Science: Socioemotional processes. John Wiley & Sons, p. 419-463.
61. Tweede Kamer der Staten-Generaal (2012). Wijziging van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek en de Wet gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens in verband met het wijzigen van de voorwaarden voor en de bevoegdheid ter zake van wijziging van de vermelding van het geslacht in de akte van geboorte. 18-12-2012: 's-Gravenhage.