

From: EK-SEC <ek-secretariaat@eerstekamer.nl>
Date: Wednesday, June 10, 2026, 3:53 PM
To: EK-postbus <postbus@eerstekamer.nl>
Subject: FW: Zorgen over ouderparticipatie en het adviestraject genderzorg (irl conversiewet)

Attachments:

Tekortkomingen Interimversie 8-4-26.pdf

Van: 5.1.2.e 5.1.2.e <5.1.2.e@gmail.com>
Verzonden: dinsdag 9 juni 2026 15:29
Aan: EK-SEC <ek-secretariaat@eerstekamer.nl>; Boris Dittrich <boris.dittrich@eerstekamer.nl>
Onderwerp: Zorgen over ouderparticipatie en het adviestraject genderzorg (irl conversiewet)

U ontvangt niet vaak e-mail van 5.1.2.e@gmail.com. [Ontdek waarom dit belangrijk is](#)

Beste Boris en Mei Li,

Ik was een van de ouders die betrokken was bij de aanbidding van de petitie aan de Eerste Kamer.

Van 5.1.2.e die onze petitie overhandigde, begreep ik dat Boris het zeer zorgelijk vindt dat ouders zich niet vrij voelen om zich uit te spreken. Die zorg deel ik. Mijn vrouw heeft inmiddels zelf bedreigingen ontvangen vanuit wat wel wordt aangeduid als "Trantifa", een fanatieke activistische groepering. Dergelijke ervaringen dragen ertoe bij dat veel ouders terughoudend zijn geworden om hun zorgen publiekelijk te uiten.

Dat ouders nauwelijks de gelegenheid krijgen om hun perspectief naar voren te brengen, zie ik als een fundamenteel probleem binnen het huidige debat over genderzorg. Ook in het traject van de Gezondheidsraad is onze inbreng consequent buiten beschouwing gelaten.

Om die reden heb ik in mei 2026 een uitgebreid rapport van circa 250 pagina's opgesteld en ingebracht (zie bijlage) bij de Gezondheidsraad. Een korte samenvatting staat op pagina 1 en 2, dus het is niet nodig om het volledige rapport te lezen. Naar mijn inschatting staat een aanzienlijk deel van de bevindingen en analyses in dat rapport op gespannen voet met de publicatie die de Gezondheidsraad naar verwachting volgende week zal uitbrengen.

In relatie tot de nieuw voorgestelde wet dient zich ook de vraag op hoe een rapport als het mijne binnen de reikwijdte van de voorgestelde conversiewetgeving zou worden geduid.

Gezien de mogelijke impact van zowel het advies als de lopende wetgeving, hoop ik dat er zorgvuldig wordt gekeken naar de argumenten en documentatie die door ouders en andere betrokkenen zijn aangedragen.

Ik ben bereikbaar voor nadere uitleg. Maar er zijn ook kritische experts beschikbaar, om dit onmenselijke ouderprobleem uit te leggen.

Met vriendelijke groet,

5.1.2.e

5.1.2.e

TEKORTKOMINGEN IN HET NEDERLANDSE GENDERZORGPROTOCOL

Interim versie - april 2026



Methodologie en wetenschap

- Gebrekkige zelfrapportage
- Mogelijke placebo-effecten
- Ontbrekende noodzakelijke literatuur
- Ontbrekend overleg internationale critici
- Conflicterende kwaliteitsnormen
- Belangenverstrengelingen

Diagnostiek en instrumenten

- De UGDS-GS als instrument
- De hetero-anamnese
- Ontkenning van seksuele motieven

Psychologie en ontwikkeling

- Ontwikkelingspsychologie
- Kennisgebrek over rebelse jeugdcultuur
- Verband met automutilatie
- Massapsychologie (cultvorming)

Behandeling en gevolgen

- Seksuele problematiek na behandeling
- Gevolgen van vroegbehandeling
- Lange termijn gevolgen

Data en informatievoorziening

- Nederlandse data
- Informatie uit vroegere literatuur
- Geschiedkundige accuratesse
- Communicatie vanuit klinieken

Signalen uit de praktijk

- Informatie van klokkenluiders
- Informatie van ex-werknemers
- Informatie van ouders
- Informatie van spijtoptanten

Ethiek en besluitvorming

- Onbekwame ouderlijke instemming
- Marginalisatie van spijt en letsel

Specifieke claims en controverses

- De zelfmoordmythe

5.1.2.e 5.1.2.e 's tegenstrijdige verklaring

Overige perspectieven

- Linguïstiek
- Kunstfilosofisch inzicht (EBM & Goth)
- Juridische aansprakelijkheid

Tekortkomingen in het Nederlandse genderzorgprotocol

interim versie april 2026

Onafhankelijke publicatie van ouders die niet in gesprek mochten komen,
i.s.m. een groep bezorgde (internationale) specialisten,
geadresseerd aan de Commissie Transgenderzorg voor jongeren van de Gezondheidsraad.

Samenvatting

Tekortkomingen in het Nederlandse genderzorgprotocol (interim versie april 2026) leidt systematisch tot één conclusie: de huidige geslachtsaanpassende behandeling zoals die in Nederland wordt geboden, berust niet op solide evidence-based geneeskunde en is onhoudbaar als zorgmodel.

Deze onomkeerbare somatische interventies tasten gezonde lichaamsweefsels aan, zonder bewezen therapeutisch nut op lange termijn en met aanzienlijke risico's op schade. In een land met hoogstaande, ethisch verantwoorde gezondheidszorg is deze praktijk niet langer houdbaar.

Hoofdstuk 1 analyseert de linguïstische mechanismen die tot collectieve verwarring en manipulatie leiden, waardoor ouders, patiënten en zelfs zorgverleners het zicht op de biologische realiteit verliezen. Het hoofdstuk eindigt met een concrete woordenlijst waarmee de commissie taalhelderheid kan herstellen.

Hoofdstuk 2 analyseert de klassieke literatuur die ten grondslag ligt aan de Nederlandse genderzorg. Wat blijkt? De opvallend hoge mortaliteit na transitie was al decennialang zichtbaar. In de Kuiper-studie (1991) zijn twaalf van de 105 mannelijke patiënten binnen acht jaar overleden, o.a. aan suicide en hartfalen. Dit patroon blijkt ook uit andere studies en tragische cases die besproken worden, die in totaal nog acht dode patiënten tonen.

Opvallend is dat een substantieel deel van de patiënten systematisch uit beeld verdwijnt (loss-of-follow-up vaak hoger dan 30 %). Daarnaast blijkt het diagnostisch proces al in de jaren negentig ernstig ondeugdelijk te zijn geweest. Eigenlijk al eerder, sinds de jaren zeventig. Dit blijkt uit publicaties van De Vaal (1971), Cohen-Kettenis (1995) en De Cuypere (1995).

Het boek 'Hij anders zij' (1992), en het rapport 'Transseksualiteit' van het Lindeboom Instituut (1995) waarschuwden, onder andere over psychopathie bij patiënten, maar werden consequent genegeerd. In plaats daarvan bleef men kiezen voor chemische castratie, genitale en borstamputatie en later puberteitsremmers als standaardinterventie, terwijl psychotherapie werd afgedaan als verouderd of enkel ter ondersteuning bovenop het somatische zorgtraject.

Hoofdstuk 3 biedt een kijk op de filosofische ontwikkeling van transseksualiteit en doet een voorstel voor een herziene diagnostische structuur. Een speciaal ontworpen spiegelenquête voor familie en patiënten kan hierbij behulpzaam zijn.

Hoofdstuk 4 constateert het ontbreken van Nederlandse transparante data over lange-termijntuitkomsten, bewezen nut en spijt. Er is geen overtuigend bewijs dat medische 'transitie' klachten structureel vermindert, terwijl er wel duidelijke risico's bestaan op steriliteit, orgasmeverlies, botdichtheidsproblemen. De toenemend in beeld komende spijt en detransitie vragen om gerichte nazorg in een aparte gespecialiseerde kliniek.

Hoofdstuk 5 bevat nieuw bewijs over falen in de genderzorg via mailcorrespondentie met ex-medewerkers van genderklinieken, getuigenissen van ouders van ‘trans’ kinderen. Verder brengen gerichte vragen aan klinieken een reeks schokkende praktijkdetails aan het licht. Er bestaat een veelvoud aan belangenverstremming die de Nederlandse genderzorg en zelfs de samenstelling van de Commissie Transgenderzorg van de Gezondheidsraad raken, met name via de innige verstrengeling met de zelfbenoemde genderexperts van WPATH. Dit heeft de vertrouwensketen (‘chain of trust’-principe) tussen medici en behandelende instanties ernstig beschadigd. Voor uitvoerende specialisten wordt het risicovol om somatische zorg voort te zetten: er zijn alleen in Nederland inmiddels al dertien rechtszaken wegens nalatige zorg in voorbereiding.

Hoofdstuk 6 toont aan dat er geen medische noodzaak bestaat voor somatische genderzorg. Zonder deze noodzaak hoort een dergelijke ingreep niet thuis in het basispakket van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Hoofdstuk 7 wijst op noodzakelijke bronnen die mogelijk buiten het huidige blikveld van de commissie zijn gebleven. Het rapport wordt ondersteund door tien bijlagen die alle aangevoerde feiten en analyses adstrueren.

Conclusie

De conclusie is onontkoombaar: de sector wist het al lang, maar koos ervoor weg te kijken. Er zijn decennia vol genegeerde signalen, er is een opvallend hoge mortaliteit onder mensen die in transitie zijn gegaan, er is een systematische loss-of-follow-up, ontbrekend bewijs en te veel verstrengelde belangen van individuen en zorginstellingen.

De beschreven onthullingen wijzen op een diepgaand probleem in de Nederlandse genderzorg. Het is tijd voor een fundamentele koerswijziging: stoppen met onomkeerbare somatische interventies bij een geslachtsidentiteitsstoornis en investeren in niet-ideologische, evidence-based psychotherapeutische zorg die écht prioriteit geeft aan patiëntveiligheid en psychische gezondheid.