

Juridisch kader transgenderzorg voor jongeren

Nr. 2026/12A3, Den Haag, 30 juni 2026

Achtergronddocument bij:
Transgenderzorg voor jongeren
Nr. 2026/12, Den Haag, 30 juni 2026



Inhoud

1	Afbakening	3
2	Internationaal recht.....	4
2.1	Recht op gezondheid	4
2.2	Kinderrechtelijk kader	4
3	Nationale wetgeving	6
3.1	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst	6
3.2	Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg	9
3.3	Geneesmiddelenwet	10
4	Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch.....	11
	Literatuur.....	12

1 Afbakening

In dit achtergronddocument bij het advies Transgenderzorg voor jongeren beschrijft de commissie internationale en nationale wet- en regelgeving die van toepassing is op de transgenderzorg voor jongeren in Nederland. Omdat dit advies specifiek over kinderen gaat, heeft de commissie naast het gezondheidsrechtelijk perspectief ook het kinderrechtelijk perspectief meegenomen.

2 Internationaal recht

2.1 Recht op gezondheid

De overheid heeft de plicht om enerzijds de gezondheid van burgers te beschermen en te bevorderen en anderzijds gezondheidszorg beschikbaar te stellen voor wie dat nodig heeft.¹ Dit recht op gezondheid is nationaal en internationaal erkend, zie bijvoorbeeld artikel 12 van het Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten (IVESCR), artikel 11 van het Europees Sociaal Handvest (ESH) en artikel 22 van de Grondwet. Vanwege het recht op gezondheid is de overheid gehouden de omstandigheden te bevorderen om mensen in goede gezondheid te laten leven. Dit houdt onder andere in dat de overheid zorg draagt voor een gezonde leefomgeving en aandacht heeft voor preventie.² Tegelijkertijd draagt de overheid de verantwoordelijkheid voor de beschikbaarheid en kwaliteit van en gelijke toegang tot zorgvoorzieningen. Kwaliteit, aanvaardbaarheid, beschikbaarheid en toegankelijkheid zijn essentiële elementen van het recht op gezondheid.³ De wachtlijstproblematiek in de transgenderzorg (maar ook op andere terreinen) staat op gespannen voet met het recht op gezondheid, aangezien in ieder geval de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg hiermee worden ingeperkt. Hoewel het recht op gezondheid verplichtingen schept voor de overheid, kunnen burgers slechts beperkt rechten ontleen aan dit sociale grondrecht.¹ Het recht op toegang tot zorg heeft echter een meer afdwingbaar karakter gekregen middels verschillende nationale wetten waarin de rechten van patiënten zijn gewaarborgd.⁴

2.2 Kinderrechtelijk kader

Vanwege hun kwetsbare positie hebben de Verenigde Naties expliciete afspraken gemaakt over de rechten van kinderen. De kinderrechten zijn vastgelegd in het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK).⁵ Nederland heeft dit VN-verdrag ondertekend en geratificeerd en dient zich hiertoe te verhouden. Vanuit een kinderrechtenperspectief moet de gezondheid van kinderen zo worden benaderd dat alle kinderen recht hebben op kansen om te overleven, te groeien en zich te ontwikkelen.⁶ Vanuit het kinderrechtenperspectief heeft de Nederlandse staat een verantwoordelijkheid voor tijdige beschikbare en toegankelijke zorg voor kinderen. Bijvoorbeeld wachtlijsten kunnen het recht van kinderen op gezondheid en ontwikkeling schaden.

De voorwaarden voor een gezonde ontwikkeling van het kind worden gewaarborgd door artt. 6 en 24 IVRK, terwijl art. 8 bescherming biedt aan de identiteit van het kind. Deze bepalingen kunnen zo worden begrepen dat zij eveneens zien op de ontwikkeling en erkenning van genderidentiteit.⁷ Bij alle maatregelen die hen aangaan, dienen de

belangen van het kind als eerste in overweging genomen te worden (art. 3 IVRK). Om invulling te kunnen geven aan diens belangen, is het noodzakelijk te weten wat het kind denkt, wenst of voelt.⁸ Het kinderrechtelijk kader houdt rekening met de zich ontwikkelende vermogens van ieder kind bij het uitoefenen van zijn rechten. Naarmate het kind ouder en rijper wordt, draaien kinderrechten minder om bescherming en gaat er meer aandacht uit naar participatie en autonomie.^{9,10} Ongeacht hun leeftijd, hebben kinderen het recht om vrijelijk hun mening te kunnen uiten in aangelegenheden die hen betreffen (art. 12 IVRK). Dit participatierecht omvat ook een recht om geïnformeerd te worden. Kinderen dienen alle benodigde informatie te krijgen om een beslissing te kunnen nemen die het beste past bij hun belangen.¹¹ Het recht op toegang tot informatie over gezondheid en ziekte in het bijzonder is vervat in art. 24 IVRK.⁶

3 Nationale wetgeving

3.1 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst

Met inwerkingtreding van de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst is Afdeling 5 van Titel 7 van Boek 7 in het Burgerlijk Wetboek (BW) opgenomen. Deze afdeling van het BW wordt in de praktijk vaak aangeduid als de WGBO.¹²

Toestemming

Medische (be)handelingen worden in beginsel niet uitgevoerd zonder toestemming van de patiënt. Dat is een belangrijk uitgangspunt van het gezondheidsrecht, wat ook gecodificeerd is in art. 7:450 lid 1 BW. Minderjarigen van 16 jaar of ouder zijn in het gezondheidsrecht zelfstandig bevoegd tot het aangaan van een medische behandelingsovereenkomst en het laten verrichten van handelingen die nodig zijn ter uitvoering van die overeenkomst (art. 7:447, lid 1 BW). Er is hiervoor geen toestemming van de ouders^a nodig. De toestemming van de jongere is voldoende, tenzij de jongere niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake, oftewel wilsonbekwaam is (art. 7:450, lid 3 BW). Voor de behandeling van een minderjarige tussen de 12 en 16 jaar is zowel toestemming van het kind als van diens ouders nodig. Toestemming van de ouders is niet nodig als de medische verrichting nodig is om ernstig nadeel voor het kind te voorkomen of als het kind, na weigering van diens ouders, de verrichting weloverwogen blijft wensen (art. 7:450 lid 2 BW). Als de situatie zich voordoet dat een minderjarige zich verzet tegen de behandeling, dan kan die weigering niet zonder meer gepasseerd worden met de toestemming van de ouders.¹ Voor minderjarigen onder de 12 jaar wordt de behandelingsovereenkomst gesloten door de ouders, ten behoeve van het kind. Voor de behandeling is in principe toestemming van beide ouders nodig,¹ maar deze toestemming hoeft niet altijd expliciet te zijn. Als de jongere verschijnt met een van beide ouders, dan mag de zorgverlener ervan uitgaan dat de andere ouder toestemming heeft gegeven voor de behandeling. Dit geldt niet als er sprake is van een ingrijpende, medisch niet-noodzakelijke of medisch ongebruikelijke behandeling of als de arts aanwijzingen heeft dat de niet-aanwezige ouder een andere mening over de behandeling heeft.¹³ Indien medisch ingrijpen noodzakelijk is om ernstig gevaar voor de minderjarige te voorkomen, maar de ouders toestemming weigeren, kan de rechter worden gevraagd om een kinderschermingsmaatregel uit te spreken of vervangende toestemming te verlenen (art. 1:265h BW).

^a Het gaat erom dat de persoon of personen met gezag over de minderjarige toestemming moeten geven. Dit kunnen beide ouders, een alleenstaande ouder of een voogd zijn. In het vervolg zal er slechts gesproken worden over ouders, maar hierin kan ook voogd of ouder gelezen worden.

Informatieplicht en shared decision-making

Voor rechtsgeldige toestemming heeft de patiënt goede informatie nodig.¹⁴ In de WGBO is dan ook een informatieplicht voor de zorgverlener opgenomen. De zorgverlener heeft de plicht om de patiënt te informeren over diens gezondheidstoestand, voorgenomen onderzoek en behandeling (art. 7:448 lid 1 BW). Deze informatieplicht behelst onder andere (art. 7:448 lid 2 BW):

- de aard en het doel van het voorgestelde onderzoek of de voorgestelde behandeling;
- de te verwachten gevolgen en risico's voor de gezondheid van de patiënt bij het voorgestelde onderzoek of de voorgestelde behandeling;
- andere mogelijke methoden van onderzoek en behandeling;
- de gezondheidstoestand van de patiënt en de voortuitzichten met betrekking tot diens gezondheid;
- de termijn waarop het onderzoek of de behandeling kan worden uitgevoerd en de verwachte tijdsduur daarvan, mogelijke bijwerkingen en risico's, de onzekerheden rond (met name) langetermijneffecten, de beschikbare alternatieven en de gevolgen van niet-behandelen.

Hoewel ouders formeel toestemming moeten geven voor behandeling van jongeren onder de 12 jaar, moeten deze jongeren wel geïnformeerd worden, op een manier die past bij hun bevattingvermogen (art. 7:448 lid 1 BW). Alleen wanneer het inlichten van de patiënt kennelijk ernstig nadeel voor de patiënt zou opleveren, hoeft de zorgverlener de patiënt niet in te lichten (art. 7:448 lid 4 BW). Ook wanneer de patiënt aangeeft geen informatie te willen, moet de zorgverlener daar in beginsel gehoor aan geven (art. 7:449 BW).

Overleg tussen zorgverlener en patiënt is steeds belangrijker geworden. Dit informeren en overleggen wordt vaak aangeduid als samen beslissen of *shared decision-making*. Hiervoor is interactie tussen zorgverlener en patiënt vereist. De zorgverlener moet steeds met de patiënt overleggen en informatie verstrekken, om aan te kunnen sluiten bij de behoefte van de patiënt. Van de patiënt wordt verlangd dat hij vragen stelt en inzicht geeft in zijn wensen en voorkeuren, zodat de zorgverlener daar een zo helder mogelijk beeld van zijn persoonlijke situatie krijgt. *Shared decision-making* op basis van de informatie van de zorgverlener en de waarden, motieven en behoeften van de patiënt behoort gedurende de gehele behandeling plaats te vinden. Stap voor stap kan dan gezamenlijk afgewogen worden wat op welk moment de beste opties zijn in het licht van de omstandigheden en de wensen van de patiënt. De patiënt kan te allen tijde terugkomen op eerder gegeven toestemming.¹² *Shared decision-making* op basis van relevante informatie (over kansen, risico's en mogelijke uitkomsten van een behandeling, de bijwerkingen en eventuele andere behandelopties) schept de voorwaarden

voor goede besluitvorming.¹² Daartoe dient de zorgverlener de patiënt desgevraagd schriftelijk of elektronisch informatie te verstrekken en hem uit te nodigen om vragen te stellen (art. 7:448 lid 3 BW). Ook minderjarige patiënten moeten uitgenodigd worden om vragen te stellen en hun mening te geven, waarna de zorgverlener moet bespreken hoe die mening is meegewogen in de uiteindelijke behandelbeslissing.

Wilsbekwaamheid

Voor geldige toestemming is eveneens van belang dat de patiënt wilsbekwaam is. Wilsbekwaamheid betekent dat iemand in staat is tot een redelijke waardering van diens belangen terzake.¹⁵ Het oordeel over iemands wilsbekwaamheid – het vermogen om een bepaalde beslissing te nemen – geldt altijd specifiek voor een bepaald (type) besluit op een bepaald moment. Met andere woorden, iemand kan wilsbekwaam zijn voor de ene beslissing, maar dat niet zijn voor een andere, meer complexe keuze. Het oordeel over de wilsbekwaamheid is dus afhankelijk van de context: het onderwerp van de beslissing, de complexiteit van de situatie en de mogelijke ernst van de gevolgen.¹⁵ In de context van transgenderzorg betekent dit dat zorgverleners per (fase van de) behandeling moeten beoordelen of de jongere daadwerkelijk wilsbekwaam is. Het oordeel over de wilsbekwaamheid is contextafhankelijk. Dat wil zeggen dat een jongere op een bepaald moment wilsbekwaam kan instemmen met ondersteunende zorg, maar nog niet wilsbekwaam wordt geacht om in te stemmen met medische interventies als hormoonbehandeling of mastectomie. Het is de plicht van de zorgverlener om in het licht van de behandeling te beoordelen of de minderjarige patiënt de informatie en de gevolgen van de keuze begrijpt en hierover een beslissing kan nemen. Een patiënt kan bijvoorbeeld wilsbekwaam zijn voor een eenvoudige behandeling, maar niet voor een meer complexe of ingrijpende behandeling. Afhankelijk van de complexiteit moet de zorgverlener beoordelen of het kind wilsbekwaam is, ook al geven de voornoemde leeftijdsgrenzen aan dat het kind handelingsbevoegd is. De zorgverlener hoeft in beginsel geen (andere) deskundigen te raadplegen bij een wilsbekwaamheidsbeoordeling, maar dat kan wel. Indien daarnaar wordt gevraagd, moet een zorgverlener kunnen uitleggen hoe hij tot een oordeel over de wilsbekwaamheid van de jongere is gekomen.¹⁶ In de literatuur zijn er verschillende criteria voor de beoordeling van wilsbekwaamheid te vinden. Internationaal bestaat er redelijke consensus over de volgende criteria:^{15,17}

1. Kunnen begrijpen welke keuzemogelijkheden voorhanden zijn.
2. De gevolgen van deze keuzemogelijkheden kunnen begrijpen.
3. De keuze kunnen waarderen in het licht van de eigen prioriteiten.
4. Een rationele keuze kunnen maken.

Om de jongere wilsbekwaam te achten, moet (in meerdere of mindere mate) zijn voldaan aan alle 4 criteria. Dat maakt dat wilsbekwaamheid een gradueel begrip is. Het is uiteindelijk aan de zorgverlener om te beoordelen of iemand voldoende bekwaam is om een bepaalde beslissing te nemen, gelet op de aard en de reikwijdte van die beslissing.^{15,18}

Goed hulpverlenerschap

Er kunnen situaties ontstaan waarin ouders en hun kind het oneens zijn over een behandeling. In de context van transgenderzorg kan dit bijvoorbeeld betekenen dat het kind een bepaalde behandeling wenst, terwijl de ouders hier geen instemming voor geven. De wet biedt – in het geval dat de jongere de behandeling weloverwogen blijft wensen – ruimte voor jongeren (vanaf 12 jaar) om keuzes te maken waar (een van) de ouders niet volledig achter (staat)/staan, met alle sociale gevolgen van dien. Dit betekent niet dat wilsbekwame jongeren automatisch alle door hen gewenste zorg ontvangen. De rol van de zorgverlener is immers om te handelen volgens het goed hulpverlenerschap (art. 7:453 BW). Dat wil zeggen, professioneel verantwoord handelen conform de geldende professionele standaard, waarbij de wensen en belangen van het kind centraal staan en zorgvuldig worden meegewogen in de besluitvorming over medisch handelen.¹⁶ Als dat leidt tot betere zorg hoeven zorgverleners – en behoren zij zelfs – niet af te wijken van de professionele standaard enkel omdat een patiënt daarom vraagt. Dat betekent echter niet dat zorgverleners op basis van de professionele standaard een zelfstandig behandelingsrecht hebben. Of een medische behandeling daadwerkelijk wordt uitgevoerd, is geen beslissing van de zorgverlener alleen. Het is uiteindelijk de patiënt (of diens vertegenwoordiger) die instemt of weigert.¹ De zorgverlener bepaalt wat zorgvuldig en medisch verantwoord is vanuit het gezondheidsbelang van de patiënt; de patiënt bepaalt of daarop wordt ingegaan.

3.2 Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg

In de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is bepaald dat zorginstellingen en zorgverleners in belangrijke mate verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van zorg. Zorginstellingen en zorgverleners moeten goede zorg aanbieden (art. 2 lid 1 Wkkgz). Daaronder wordt verstaan *zorg van goede kwaliteit en van een goed niveau, die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt*. Bij het verlenen van goede zorg moeten zorginstellingen en zorgverleners vanzelfsprekend de rechten van cliënten in acht te nemen en cliënten met respect te behandelen. Tegelijkertijd dienen zorginstellingen en zorgverleners voor het verlenen van goede zorg te handelen in lijn met de professionele standaard en kwaliteitsstandaarden (art. 2 lid 2 Wkkgz). De professionele standaard omvat het geheel van private normen, regels, medisch wetenschappelijke

inzichten en ervaringen dat invulling geeft aan het professioneel handelen van zorgaanbieders en zorgverleners (art. 1 lid 1 Wkkgz). Het zorgveld stelt zelf haar professionele standaarden vast.¹⁹ De rationale daarachter is dat de vrijheid van medisch handelen op wetenschappelijke en medisch-inhoudelijke gronden niet mag worden gestuurd door politieke beïnvloeding. Slechts wanneer het veld niet in staat blijkt om een professionele standaard te leveren, moet de overheid ingrijpen.¹⁹

3.3 Geneesmiddelenwet

De Geneesmiddelenwet (Gnw) is een productwet, die de vervaardiging en toelating tot de markt en distributie van geneesmiddelen reguleert.²⁰ Geneesmiddelen mogen niet zonder handelsvergunning – ook wel registratie – op de markt worden gebracht (art. 40 lid 1, 2 en 4 Gnw). De toepassing van een ongeregistreerd geneesmiddel wordt *unlicensed use* genoemd. De samenvatting van de productkenmerken (SmPC) – ook wel het label – maakt duidelijk wat het goedgekeurde gebruik (*licensed use*) van het geneesmiddel is. De handelsvergunning garandeert dat, wanneer het middel wordt gebruikt volgens de SmPC (*on-label use*) de voordelen opwegen tegen de risico's van het middel (art. 45 Gnw).²¹ *Off-label use* is het voorschrijven van een geneesmiddel voor een indicatie waarvoor het middel niet is geregistreerd of voor een andere dosering, patiëntengroep of andere toepassing dan is vermeld in de SmPC.²² *Off-label use* kan ook zien op het voorschrijven van een andere toedieningsweg van een geneesmiddel of het voorschrijven ondanks een contra-indicatie of bepaalde waarschuwingen.²¹ Zowel in de eerstelijnszorg als in de tweedelijnszorg wordt regelmatig off-label voorgeschreven. Vooral in de psychiatrie en kindergeneeskunde komt *off-label use* vaak voor.^{22,23} Er kunnen verschillende redenen zijn om off-label voor te schrijven. Zo kan het zijn dat een adequaat geregistreerd alternatief ontbreekt, of dat het off-label middel een gunstigere baten-risicobalans heeft dan een geneesmiddel wat wel voor de bepaalde toepassing is geregistreerd.²¹ *Off-label use* is alleen toegestaan wanneer daarover binnen de beroepsgroep protocollen en standaarden zijn ontwikkeld (art. 68 lid 1 Gnw). Bij de behandeling van jongeren met genderdysforie met GnRH-agonisten en genderbevestigende hormonen is er sprake van *off-label use*. Dit is opgenomen in de *Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch*.²⁴

4 Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch

De psychische zorg voor transgender personen voor, tijdens en na eventuele somatische behandeling is weergegeven in de *Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg*.²⁵ De Nederlandse inrichting van somatische transgenderzorg is vastgelegd in de *Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch*. Deze richtlijn is in 2018 ontwikkeld door een werkgroep van vertegenwoordigers van verschillende medische disciplines en Transvisie, een patiëntenorganisatie voor trans personen. De *Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch* heeft als doel 'het gezamenlijk vaststellen van kwaliteitseisen voor somatische transgenderzorg op basis van zowel de stand van wetenschap, praktijkervaringen/expertise en transgender/cliënt verwachtingen'.²⁴ De *Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch* is niet opgenomen in het openbare register van het Zorginstituut en is daarom geen kwaliteitsstandaard in de zin van de Wkkgz (art. 1 lid 1 onder c Wkkgz). Dit is echter niet uitzonderlijk; vanwege administratieve lasten en bijkomende kosten voor de tripartite aanbidding worden kwaliteitsstandaarden vaker niet aangeboden voor opname in het register. Ook zonder opname in het register van het Zorginstituut wordt een kwaliteitsstandaard echter gezien als goede zorg volgens de Wkkgz. De *Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch* is wel opgenomen in de Richtlijnendatabase van de Federatie Medisch Specialisten (hierna: FMS). Daarmee is de *Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch* onderdeel van de professionele standaard. Bij oplevering van de *Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch* werd afgesproken dat deze na 2 jaar geëvalueerd zou worden.²⁶ Naar aanleiding van het evaluatierapport werkt de Nederlandse Internisten Vereniging momenteel aan een herziening van de *Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch*.²⁷

Literatuur

- 1 Leenen HJJ, Legemaate J, Ploem MC, Van der Mersch MF, Plomp E, Dörenberg VET, et al. *Handboek gezondheidsrecht*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers; 2024.
- 2 Toebe BCA, Stronks K. *Closing the Gap: A Human Rights Approach towards Social Determinants of Health*. Eur J Health Law 2016; 23: 510–524.
- 3 Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)*. 2000.
- 4 Hendriks AC, Sijmons JG, Toebe BCA. *Gezondheidsbeleid vraagt om een geïntegreerde aanpak*. NJB 2022; 688: 824–829.
- 5 Algemene Vergadering van de Verenigde Naties. *Verdrag inzake de Rechten van het Kind*. New York: Vergaderjaar 1989.
- 6 Comité voor de Rechten van het Kind. *General Comment Nr. 15 (2013) over het recht van het kind op het realiseren van de grootst mogelijke mate van gezondheid (art. 24)*. 2013.
- 7 Comité voor de Rechten van het Kind. *General Comment Nr. 14 (2013) over het recht van het kind zijn belangen de eerste overweging te laten zijn (art. 3, eerste lid)*. 2013.
- 8 Sombroek van Doorm MP, Conway DMA. *Hoe betekenisvol is het participatierecht van het kind in de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld (2018)?* Tijdschrift voor Jeugdrecht 2019; 3: 77–82.
- 9 Sombroek van Doorm MP, Liefwaard T. *Het recht op gezondheid vanuit internationaal kinderrechtelijk perspectief*. Editor: Gezondheidsrecht Vv. De jeugd, de zorg en het recht (Preadvies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht 2023): 2023.
- 10 Sombroek van Doorm MP. *De steen van Antoine de Saint-Exupéry - Bouwen aan de samenwerking tussen recht en gezondheid*. Leiden, 2024.
- 11 Comité voor de Rechten van het Kind. *General Comment Nr. 12 (2009)*. Het recht van het kind om gehoord te worden. 2009.
- 12 Kamerstukken II. Vergaderjaar 2017–2018, 34994, nr. 3.
- 13 KNMG-wegwijzer. *Toestemming en informatie bij behandeling van minderjarigen*. Utrecht, 2019.

- 14 Sombroek van Doorm MP, Stolker CJJM. *Burgerlijk Wetboek Boek 7*. Editor: Engberts DP, Van den Ende TAM, Van Meersbergen DYA and Sombroek van Doorm MP. Tekst & Commentaar Gezondheidsrecht: Deventer: Wolters Kluwer; 2025.
- 15 Gezondheidsraad. *Goede vertegenwoordiging*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2019; publicatienr. 2019/08.
- 16 Engberts DP, Kalkman-Bogerd LE, Sombroek van Doorm MP. *Leerboek Gezondheidsrecht*. Houten: BSL Media & Learning; 2024.
- 17 Grisso T, Appelbaum PS. *Comparison of standards for assessing patients' capacities to make treatment decisions*. Am J Psychiatry 1995; 152(7): 1033–1037.
- 18 Hein IM, Blankman C, Vellinga A, Hondius AJK. *Wilsbekwaamheid beoordelen*. NTvG 2022; 166(29): 1–9.
- 19 Kamerstukken II. Vergaderjaar 2011–2012, 33243, nr. 3.
- 20 Kamerstukken II. Vergaderjaar 2009–2010, 32196, nr. 3.
- 21 Van Lessen Kloeken K. *Normen, randvoorwaarden en zorgplichten bij off-label use en unlicensed use van geneesmiddelen: mind the gap*. Editor: Vereniging voor Gezondheidsrecht. Toegang tot geneesmiddelen (Preadvis voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht 2026): Boom; 2026.
- 22 Moss F. *Geneesmiddelenwet*. Editor: Engberts DP, Van den Ende TAM, Van Meersbergen DYA and Sombroek van Doorm MP. Tekst & Commentaar Gezondheidsrecht: Deventer: Wolters Kluwer; 2025.
- 23 Van der Zanden TM. *Risk mitigation strategies for off-label use of drugs in children*. Nijmegen: 2025.
- 24 *Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch*. Den Haag, 2018.
- 25 Alliantie Transgenderzorg. *Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg*. Amsterdam, 2017.
- 26 Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten. *Evaluatie van de kwaliteitsstandaard Transgenderzorg-Somatisch*. 2024.
- 27 Minister voor Medische Zorg. *Aanbiedingsbrief evaluatierapport kwaliteitsstandaard Transgenderzorg-Somatisch*. 2024.

De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement ‘voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid en het gezondheids(zorg)onderzoek’ (art. 22 Gezondheidswet). De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Infrastructuur en Waterstaat; Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit. De raad kan ook op eigen initiatief adviezen uitbrengen, en ontwikkelingen of trends signaleren die van belang zijn voor het overheidsbeleid. De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden als regel opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.



U kunt dit document downloaden van gezondheidsraad.nl.

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:
Gezondheidsraad. Juridisch kader transgenderzorg voor jongeren.
Achtergronddocument bij Transgenderzorg voor jongeren.
Den Haag: Gezondheidsraad 2026; publicatienr. 2026/12A3.

Auteursrecht voorbehouden