

Transgenderzorg voor jongeren

Aan: de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Nr. 2026/12, Den Haag, 30 juni 2026



Inhoud

Samenvatting	3	4	Stoppen met behandeling en spijt	29
1 Inleiding	8	4.1	Interpretatie van stoppen en spijt	29
1.1 Aanleiding	8	4.2	Redenen voor stoppen en vormen van spijt	30
1.2 Adviesaanvraag	9	4.3	Stoppen en spijt in cijfers	31
1.3 Afbakening en definities	9	4.4	Kanttekeningen bij beschikbaar onderzoek	33
1.4 Werkwijze	10	5 Juridische, ethische en maatschappelijke overwegingen	35	
1.5 Leeswijzer	11	5.1	Geïnformeerde toestemming	35
2 Transgenderzorg voor jongeren in Nederland	12	5.2	Autonomie als voorwaarde en als doel	40
2.1 Het Nederlandse zorgmodel	12	5.3	De maatschappelijke context	42
2.2 ‘Nederlandse’ aanpak in het buitenland	16	6 Advies	44	
2.3 Ontwikkelingen in vraag naar transgenderzorg	17	Literatuur	49	
3 Fysieke en mentale uitkomsten	20	Commissie en geraadpleegd deskundigen	59	
3.1 Doelen van hormoonbehandelingen	20			
3.2 Fysieke uitkomsten hormoonbehandeling	21			
3.3 Mentale uitkomsten hormoonbehandeling	22			
3.4 Uitkomsten van niet of niet-medicamenteus behandelen	23			
3.5 Kanttekeningen bij beschikbaar onderzoek	25			
3.6 Van (beperkt) bewijs naar klinische praktijk	26			

Samenvatting

Genderidentiteit wordt begrepen als iemands diepgevoelde innerlijke en individuele ervaring van gender (man of vrouw, beide of geen van beide). Bij de meeste mensen komt de genderidentiteit overeen met het geslacht dat is toegekend bij geboorte. Wanneer dat niet het geval is, is er sprake van genderincongruentie. Bij een diep gevoel van onbehagen als gevolg van de genderincongruentie wordt in dit advies gesproken van genderdysforie. Bij een klein percentage van de jongeren in Nederland is sprake van genderdysforie. Genderdysforie kan gepaard gaan met psychische klachten en sociale problemen, die het dagelijks functioneren en de ontwikkeling van jongeren negatief beïnvloeden. Zo ervaren zij vaker stress en hebben zij vaker depressieve of suïcidale gevoelens, een negatief zelfbeeld en slechtere (sociale) relaties met leeftijdsgenoten. Voor een deel van de jongeren met genderdysforie is somatische zorg aangewezen – zoals GnRH-agonisten (ook bekend als puberteitsremmers) en genderbevestigende hormoonbehandeling.

De behandeling van jongeren met GnRH-agonisten en genderbevestigende hormonen is onderdeel van debat, met name de veiligheid en effectiviteit van de behandelingen en de langetermijneffecten. Sommige Europese landen zijn terughoudender geworden ten aanzien van deze hormoonbehandelingen. Naar aanleiding van 2 moties over de behande-

ling van jongeren met GnRH-agonisten en genderbevestigende hormonen van de Tweede Kamer – heeft de minister van VWS de Gezondheidsraad om advies gevraagd. De minister wil weten of de richtlijn voor somatische transgenderzorg voor jongeren past binnen het gezondheidsrechtelijk kader en wat er bekend is over fysieke en mentale (langetermijn)gevolgen van hormoonbehandelingen en over spijt na behandeling. De tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren heeft zich over deze vragen gebogen. Het advies betreft jongeren tot 18 jaar en gaat primair over behandeling met GnRH-agonisten (mogelijk vanaf de start van de puberteit) en genderbevestigende hormoonbehandeling (mogelijk vanaf 15 à 16 jaar), niet over chirurgische ingrepen.

Transgenderzorg voor jongeren zorgvuldig ingericht

De commissie concludeert dat de somatische behandeling voor jongeren met genderdysforie past binnen het gezondheidsrechtelijk kader. Daarnaast constateert zij dat wetenschappelijk onderzoek laat zien dat de beoogde fysieke effecten worden bereikt, er aanwijzingen zijn voor enige verbetering in mentale uitkomsten en dat het aantal gevallen van spijt laag ligt. De huidige gegevens over niet-beoogde fysieke en mentale effecten zijn niet zorgwekkend volgens de commissie. Wel zijn er onduidelikheden, namelijk de mogelijke effecten van behandeling op cognitie en vruchtbaarheid zijn nog onvoldoende onderzocht en gegevens over de effecten op de lange termijn ontbreken. Ook is op basis van de beschikbare literatuur



het aantal personen met spijt niet goed vast te stellen vanwege de veelal korte follow-upduur en de substantiële uitval in studies.

De minister van VWS heeft de Gezondheidsraad ook gevraagd zijn bevindingen te vergelijken met andere Europese landen. De commissie constateert dat in Nederland de nadruk bij de inrichting van de transgenderzorg ligt op een stapsgewijze exploratie van de genderidentiteit. Hoewel andere landen regelmatig refereren aan de *Dutch Protocol*, is de aanpak in de internationale praktijk niet altijd in overeenstemming met het huidige Nederlandse zorgmodel. Het is bijvoorbeeld niet duidelijk of in andere landen voldoende aandacht was voor exploratie en psychologische begeleiding. Hoewel behandeling met GnRH-agonisten en genderbevestigende hormonen in Engeland en Zweden nog slechts in onderzoeksverband beschikbaar zijn, lijkt de nieuwe inrichting van de transgenderzorg daar nu veel meer op de huidige Nederlandse aanpak. Daarbij is de behandeling met GnRH-agonisten en genderbevestigende hormonen in landen als Duitsland, Oostenrijk, Zwitserland, Polen en Frankrijk recentelijk steviger verankerd in richtlijnen en *expert statements*.

In het licht van bovenstaande bevindingen doet de commissie enkele aanbevelingen.



Explorerende gendervragen meer beleggen bij huisarts en reguliere ggz

Vragen over genderidentiteit kunnen onderdeel zijn van de natuurlijke identiteitsontwikkeling. Bij een klein deel van de jongeren in Nederland hebben die vragen betrekking op genderdysforie. In Nederland kunnen kinderen met gendervragen in eerste instantie terecht bij de huisarts en, via doorverwijzing, bij de reguliere geestelijke gezondheidszorg (ggz). Omdat bij deze partijen vaak sprake is van handelingsverlegenheid of een gebrek aan kennis over gendervragen en de context waarin deze opkomen, pleit de commissie ter ondersteuning van deze zorgverleners voor (na)scholing. Wanneer met meer kennis en vaardigheden explorerende gendervragen vaker bij de huisarts en in de reguliere ggz kunnen worden belegd, kan dat pathologisering en medicalisering van gendervragen door snelle verwijzing naar gendercentra voorkomen. Daarnaast kan het mogelijk bijdragen aan het verminderen van de lange wachttijden in de specialistische zorg.

Zorgvuldige diagnostiek en indicatiestelling verder expliciteren bij herziening Kwaliteitsstandaard

Voor jongeren met genderdysforie is in eerste instantie psychologische zorg aangewezen. Ook somatische zorg behoort tot de mogelijkheden. Dat is in Nederland pas aan de orde na uitgebreide diagnostiek, psychologische hulp en indicatiestelling onder begeleiding van een multidisciplinair team. Hormoonbehandeling voor jongeren met genderdysforie



past volgens de commissie binnen het brede gezondheidsrechtelijk kader. De huidige transgenderzorg voor jongeren in Nederland wordt gekenmerkt door een zorgvuldig ingericht proces, met een uitgebreide verkennende en diagnostische fase, zorgvuldige indicatiestelling en begeleiding door multidisciplinaire teams. Dat biedt volgens de commissie de ruimte voor de informatievoorziening aan de jongere en de ouders en voor de reflectie die nodig is voor vrijwillige geïnformeerde toestemming en gezamenlijke oordeelsvorming en exploratie. Wel ziet de commissie ruimte om het zorgvuldige karakter van de Nederlandse transgenderzorg voor jongeren beter vast te leggen. Zij adviseert om de zorgvuldigheidseisen sterker te verankeren bij de herziening van de *Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch*. Allereerst door de diagnostische fase en de indicatiestelling uitgebreider vast te leggen en te expliciteren dat er aandacht moet blijven voor bijkomende gezondheidsproblemen. Bij de jongeren die zich de laatste jaren aanmelden voor transgenderzorg is namelijk vaker sprake van bijkomende psychosociale problematiek. Daarnaast adviseert de commissie om in de herziene Kwaliteitsstandaard nader uit te werken hoe de wilsbekwaamheid van de jongere moet worden beoordeeld. De huidige standaard stelt dat vrijwillige geïnformeerde toestemming is vereist voor eventuele behandeling, maar biedt geen concrete handvatten voor de beoordeling van de wilsbekwaamheid.

Belang van onderzoek naar langetermijntuitkomsten

Het onderzoek naar fysieke en mentale uitkomsten van hormoonbehandelingen bij jongeren met genderdysforie laat veelal consistente resultaten zien. De behandelingen hebben fysiek de beoogde effecten (ze doen wat ze moeten doen) en mentaal zijn er aanwijzingen voor enige verbetering. De beschikbare gegevens over niet-beoogde fysieke en mentale effecten geven geen directe aanleiding tot zorg. De mogelijke effecten van behandeling op cognitie en vruchtbaarheid en de effecten op de lange termijn zijn echter nog onvoldoende onderzocht. Deze onduidelijkheden vormen geen aanleiding voor de commissie om te adviseren de zorg anders in te richten. Zij maakt daarbij de afweging dat niets doen ook schadelijk kan zijn voor de mentale gezondheid. Volgens de commissie zijn deze onduidelijkheden belangrijke elementen die in de procedure voor geïnformeerde toestemming zorgvuldig met jongeren en hun ouders besproken moeten worden.

Voor meer zekerheid over de uitkomsten is volgens de commissie meer onderzoek van hogere kwaliteit nodig. De sterkte van het bewijs zou onder meer verhoogd kunnen worden door multicenter studies met lange follow-upduur (tot ruim in volwassenheid) en grotere studiepogulaties, die een goede afspiegeling zijn van de populatie die zich recent aanmeldt voor zorg. Om over een aantal jaar wel langetermijndata te hebben, is het volgens de commissie cruciaal om de zorg op een gestandaardiseerde



manier landelijk te monitoren en te evalueren. Hiervoor is samenwerking tussen de verschillende centra die deze zorg aanbieden essentieel.

Zo lang onderzoek naar (langetermijn)effecten van behandelingen beperkt is, is het van belang dat trans jongeren en hun ouders goed geïnformeerd worden over onzekerheden, naast de potentiële gezondheidsrisico's.

Aandacht voor stoppen en spijt

Sommige personen met genderdysforie stoppen met hormoonbehandelingen, of krijgen spijt van een behandeling. Stoppen met behandeling (en eventueel detransitie) en spijt kunnen hand in hand gaan maar zijn twee aparte concepten. Er zijn mensen die stoppen zonder gevoelens van spijt, en andersom zijn er mensen die spijt ervaren, maar niet stoppen.

Nederlands onderzoek laat zien dat 0% tot 3,5% van de personen met genderdysforie stopt met hormoonbehandeling die zij op minderjarige leeftijd zijn gestart. In de studies werden geen gevallen van spijt gevonden. Op basis van het beschikbare onderzoek kunnen echter geen definitieve conclusies worden getrokken over het aantal gevallen van spijt, vanwege de veelal korte follow-upduur en de substantiële uitval in studies.

De commissie ziet daarnaast signalen dat een deel van de personen die stoppen met of spijt hebben van behandeling dit niet aan hun zorgverleners rapporteert en dus buiten de studies blijft. De commissie benadrukt dat het van belang is dat de zorg zo is ingericht dat jongeren de ruimte voelen om te stoppen of spijt te uiten, onafhankelijk van de reden

van de spijt. Het regelmatig bespreekbaar maken hiervan dient volgens de commissie onderdeel te zijn van de geïnformeerde toestemming en nadrukkelijk omschreven te worden in de te herziene Kwaliteitsstandaard. De commissie beveelt daarnaast aan onderzoek te doen naar ervaringen en zorgbehoeften van deze groep, ook buiten de specialistische gendercentra. De aanbeveling voor landelijke, gestandaardiseerde monitoring van zorg dient ook als doel om spijt en detransitie beter in kaart te brengen.

Stoppen en spijt moeten volgens de commissie niet zonder meer als maat voor de kwaliteit van zorg worden beschouwd. Stoppen kan namelijk de uitkomst zijn van een zorgvuldig verkennend proces. Daarnaast laat onderzoek zien dat redenen om hormoonbehandeling te stoppen ook verband kunnen houden met maatschappelijke of sociale factoren.

Belang van acceptatie van genderdiversiteit

De nadruk in de zorg op tijd, reflectie en gezamenlijke oordeelsvorming weerspiegelt de opvatting dat autonomie in de zorg niet alleen als voorwaarde geldt – bijvoorbeeld met het vereiste van geïnformeerde toestemming – maar ook als doel, om zelfgewilde levensdoelen te vormen en te realiseren. Tegelijkertijd ziet de commissie dat deze autonomie onder druk kan komen te staan door sociale en maatschappelijke factoren, waaronder discriminatie en uitsluiting. De zorgvraag van jongeren met genderdysforie komt enerzijds voort uit de innerlijke ervaring van een lichaam dat niet past bij de ervaren gender en anderzijds uit een gebrek



aan acceptatie voor genderdiversiteit in de sociaal-maatschappelijke omgeving. Dit betekent dat er grenzen zijn aan wat de transgenderzorg voor jongeren kan betekenen.



1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Genderidentiteit wordt begrepen als iemands diepgevoelde innerlijke en individuele ervaring van gender (man of vrouw, beide of geen van beide), die al dan niet overeenkomt met het geslacht dat bij de geboorte is toegekend.¹ Bij de meeste mensen komt de genderidentiteit overeen met het toegekende geslacht bij geboorte. Uit onderzoek blijkt dat ruim 3% van de jongeren tussen 13 en 25 jaar zich niet (volledig) identificeert met het geslacht dat bij de geboorte is toegekend.² Wanneer de genderidentiteit niet overeenkomt met het geslacht dat is toegekend bij geboorte, is er sprake van genderincongruentie. Bij een diep gevoel van onbehagen als gevolg van de genderincongruentie wordt in dit advies gesproken van genderdysforie.³

Niet iedereen die genderincongruentie ervaart, wenst hier ook een medische behandeling voor. Van de jongeren met genderincongruentie heeft 13% minstens 1 genderbevestigende behandeling ondergaan. Van degene die (nog) geen behandeling hebben ondergaan, wil bijna de helft (42%) ook geen behandeling.²

In Nederland verloopt de somatische zorg voor jongeren met genderdysforie volgens de *Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch*.⁴ In brede zin wordt met somatische zorg vaak verwezen naar de hormonale behandeling van genderdysforie, specifiek het toedienen van *Gonadotropin-Releasing Hormone* (GnRH)-agonisten (beter bekend als puberteitsremmers) en genderbevestigende hormonen. In Nederland kunnen jongeren met genderdysforie bij wie de puberteit is gestart, na uitgebreide diagnostiek, psychologische begeleiding en indicatiestelling, worden behandeld met GnRH-agonisten. Met genderbevestigende hormoonbehandeling kan in Nederland gestart worden vanaf 15 à 16 jaar, eveneens alleen na uitgebreide diagnostiek en indicatiestelling.

Jarenlang hebben veel landen de transgenderzorg voor jongeren gemodelleerd naar het Nederlandse zorgmodel. De transgenderzorg voor jongeren, voornamelijk de behandeling met GnRH-agonisten, is echter onderwerp van debat.⁵⁻⁷ Sommige Europese landen zijn terughoudender geworden ten aanzien van deze hormoonbehandelingen. Aanleiding hiervoor was onder andere de *Cass review*, die concludeerde dat er sprake was van onzorgvuldige zorgverlening in Engeland en vraagtekens plaatste bij het wetenschappelijk bewijs voor de veiligheid en effectiviteit van hormoonbehandelingen bij trans jongeren.⁸ De sterke toename in het aantal personen dat zich aanmeldt voor transgenderzorg, die op een aantal punten wezenlijk verschillen van de groep die zich voorheen aanmeldde, was eveneens aanleiding voor internationaal debat. Ook in Nederland is



het aantal kinderen en jongeren dat medische hulp zoekt vanwege vragen over hun genderidentiteit de afgelopen jaren sterk toegenomen: het aantal aanmeldingen bij ggz-aanbieders en universitair medisch centra (UMC's) steeg tussen 2020 en 2022 van 1.179 naar 2.772.^{9,10} En ook in Nederland is in deze groep een verandering van karakteristieken te zien: meer jongeren aan wie het vrouwelijke geslacht werd toegekend bij geboorte, die vaker een non-binaire genderidentiteit hebben, vaker ouder zijn (in adolescentie), en vaker bijkomende psychosociale problematiek hebben (bijvoorbeeld autisme, stemmingsproblemen of ADHD).¹¹⁻¹³

1.2 Adviesaanvraag

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Gezondheidsraad gevraagd te adviseren over de transgenderzorg voor jongeren in Nederland. Aanleiding hiertoe waren 2 moties uit de Tweede Kamer die volgden op het internationale wetenschappelijke debat over de transgenderzorg voor jongeren. De minister heeft de Gezondheidsraad verzocht om na te gaan of de *Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch* past binnen het gezondheidsrechtelijk kader, wat er bekend is over de fysieke en mentale gezondheidsuitkomsten en wat er bekend is over spijt na behandeling volgens het Nederlandse zorgmodel. Ook werd verzocht de Nederlandse resultaten te vergelijken met die van andere Europese landen waar een andere zorgstandaard wordt gehanteerd. De volledige adviesvraag is te lezen op gezondheidsraad.nl. Voor de beantwoording van de adviesvraag heeft de Gezondheidsraad de tijdelijke

commissie Transgenderzorg voor jongeren ingesteld, met deskundigen uit verschillende disciplines. De samenstelling van de commissie staat achter in dit advies.

1.3 Afbakening en definities

De term *Dutch protocol* kan zowel verwijzen naar het behandelen van jongeren met GnRH-agonisten en genderbevestigende hormonen als naar de Nederlandse aanpak in brede zin. Om verwarring te voorkomen spreekt de commissie daarom in dit advies niet van *Dutch Protocol*, maar van het Nederlandse zorgmodel als zij het heeft over de huidige transgenderzorg voor jongeren in Nederland.

Overwegend spreekt de commissie van behandeling met GnRH-agonisten en genderbevestigende hormonen. Wanneer zij het heeft over hormoonbehandelingen, bedoelt zij beide behandelingen.

De commissie gaat uit van transgender als paraplueterm voor iedereen wiens genderidentiteit niet, of in mindere mate, overeenkomt met het geslacht dat hen bij de geboorte is toegekend. Hieronder valt ook de non-binaire genderidentiteit (iemand die zich niet thuis voelt in de binaire categorieën man of vrouw). Het begrip transgender staat los van het feit of iemand al dan niet een medische behandeling heeft ondergaan of wil ondergaan. Transgender personen worden ook wel aangeduid als trans personen. Een trans meisje is iemand aan wie bij de geboorte het geslacht



jongen werd toegekend, maar zich identificeert als meisje. Een trans jongen is iemand aan wie bij de geboorte het geslacht meisje werd toegekend, maar zich identificeert als jongen. Cisgender (ook wel cis) personen zijn personen wiens genderidentiteit wel overeenkomt met het geslacht dat bij geboorte is toegekend.

Met kinderen wordt in dit advies bedoeld personen tot 18 jaar, minderjarigen dus. Wanneer de commissie het heeft over jongeren, bedoelt zij minderjarigen bij wie de puberteit is gestart, grofweg tussen 12 en 18 jaar. Met ouders bedoelt de commissie in dit advies: degene(n) met gezag over de minderjarige. Dit kunnen beide ouders, een alleenstaande ouder of een voogd zijn.

Het eerste onderdeel van de adviesvraag betreft het gezondheidsrechtelijk kader, zoals neergelegd in de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).¹⁴ Omdat dit advies specifiek over kinderen gaat, heeft de commissie ook het kinderrechtelijk perspectief meegenomen. Voor de beantwoording van deze adviesvraag heeft de commissie bekeken hoe de zorg is ingericht. Daarbij heeft zij de geldende richtlijnen als uitgangspunt genomen en niet de uitvoering van zorg in de dagelijkse praktijk geëvalueerd.

Alle fysieke en mentale uitkomsten na behandeling met GnRH-agonisten en genderbevestigende hormonen zijn meegenomen, mits deze behandeling is gestart voor de leeftijd van 18 jaar. In Nederland wordt chirurgie, met uitzondering van mastectomie (borstverwijdering), pas bij meerderjarigheid en doorgaans na meerdere jaren gebruik van genderbevestigende hormonen overwogen. De fysieke en mentale uitkomsten na chirurgie vallen daarom buiten het bereik van dit advies.

De minister heeft de commissie gevraagd om in kaart te brengen wat er bekend is over spijtoptanten. Deze term wordt meestal gebruikt voor personen die in transitie zijn gegaan en daarop terug willen komen. Echter, niet iedereen die stopt met behandeling heeft ook spijt. Andersom wil niet iedereen met spijt ook daadwerkelijk stoppen met de behandeling. De commissie spreekt daarom in dit advies over personen die stoppen met behandeling, al dan niet gepaard gaande met gevoelens van spijt. Desistance (afzien van het starten van een somatisch traject) wordt hier buiten beschouwing gelaten.¹⁵ De term detransitie wordt in dit advies gebruikt voor handelingen om de effecten van medische transitie terug te draaien (bijvoorbeeld een operatie).

1.4 Werkwijze

De commissie heeft de voor dit advies relevante rechtsbronnen, wetenschappelijke literatuur en onderzoeksrapporten tot en met mei 2026 geraadpleegd. De literatuur is op systematische wijze gezocht en



verzameld. Ook heeft de commissie binnenlandse deskundigen en buitenlandse deskundigen geraadpleegd uit Europese landen waar recent richtlijnen voor de transgenderzorg voor jongeren zijn aangepast. Specifiek ging dit om klinische experts uit Duitsland, Engeland, Frankrijk en Zweden, met uiteenlopende perspectieven op de transgenderzorg voor jongeren. Daarnaast heeft de commissie 2 juristen met expertise op het gebied van het gezondheidsrecht geconsulteerd.

Om het perspectief van belanghebbenden en ervaringsdeskundigen in het advies te kunnen betrekken heeft de commissie op 11 april 2025 een raadpleging gehouden. Genodigden waren jongeren en hun ouders met positieve en negatieve ervaringen in de transgenderzorg en belanghebbenden met verschillende zienswijzen op de transgenderzorg in Nederland. Tijdens deze bijeenkomst hebben de genodigden de gelegenheid gekregen om hun standpunten ten aanzien van 1 of meerdere deelvragen uit de adviesaanvraag met de commissie te delen. Het verslag van de raadpleging is te vinden op gezondheidsraad.nl. De genodigden hadden daarnaast de mogelijkheid om een schriftelijke bijdrage in te dienen. De schriftelijke bijdragen maakten deel uit van de beraadslaging in de commissie, maar zijn niet opgenomen in het verslag van de raadpleging.

1.5 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 bevat een beschrijving van het Nederlandse zorgmodel. Hoofdstuk 3 gaat over de stand van de wetenschap rondom fysieke en mentale uitkomsten van behandeling met GnRH-agonisten en genderbevestigende hormonen. In hoofdstuk 4 wordt het wetenschappelijk onderzoek naar stoppen met deze behandelingen en spijt na deze behandelingen in kaart gebracht. In hoofdstuk 5 bespreekt de commissie het juridisch kader en de relevante ethische en maatschappelijke overwegingen ten aanzien van de behandeling met GnRH-agonisten en genderbevestigende hormonen. Hoofdstuk 6 bevat conclusies en aanbevelingen van de commissie.

Bij dit advies horen 3 achtergronddocumenten:

- *Fysieke en mentale uitkomsten*
- *Stoppen, spijt en detransitie*
- *Juridisch kader transgenderzorg voor jongeren*

De 3 achtergronddocumenten zijn te vinden op gezondheidsraad.nl, net als het verslag van de raadpleging.



2 Transgenderzorg voor jongeren in Nederland

In het kort

De inrichting van de transgenderzorg in Nederland wordt gekenmerkt door een stapsgewijze multidisciplinaire aanpak met daarin een uitgebreide verkennende fase, waarin het exploreren van de genderidentiteit centraal staat. Bij een somatische zorgvraag en aanwijzingen voor genderdysforie kunnen kinderen worden verwezen naar een specialistisch gendercentrum voor aanvullende diagnostiek. Pas na afronding van de diagnostische fase volgt de beoordeling of somatische behandeling passend is voor de hulpvraag en of iemand in aanmerking komt voor bijvoorbeeld GnRH-agonisten of genderbevestigende hormoonbehandeling (indicatiestelling). De laatste jaren is het aantal aanmeldingen voor transgenderzorg voor jongeren sterk gestegen, waarbij meer aanmeldingen komen van geboren meisjes en jongeren die pas op latere leeftijd genderdysforie ervaren. In deze groep zitten vaker jongeren met een non-binaire genderidentiteit en bijkomende psychosociale problematiek (bijvoorbeeld autisme of ADHD).

2.1 Het Nederlandse zorgmodel

De zorg voor trans jongeren in Nederland bestaat uit verschillende fasen.^{4,16} Eventuele somatische behandeling is pas aan de orde na uitgebreide verkenning, diagnostiek en indicatiestelling.

2.1.1 Verkennende fase

Ontwikkeling van de eigen identiteit is onderdeel van de levensloop van de mens. Een aanzienlijk deel van deze ontwikkeling vindt plaats tijdens de jeugd en de adolescentie. Vragen over genderidentiteit kunnen onderdeel zijn van de natuurlijke identiteitsontwikkeling.^{3,17,18} Niet alle vragen vereisen medische aandacht, maar als dat wel zo is, kunnen kinderen als eerste terecht bij de huisarts. De huisarts kan zelf met het kind en de ouders in gesprek gaan. Dit is mede afhankelijk van de mate waarin de huisarts handelingsverlegenheid ervaart in het adresseren van gendervragen.¹⁹⁻²¹ In de huidige praktijk verwijst de huisarts veelal naar een psycholoog in de eigen regio of rechtstreeks naar een gespecialiseerd gendercentrum.

Zoals beschreven in de *Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg* wordt in de verkennende fase inhoudelijk gefocust op (1) bredere identiteitsontwikkeling; (2) genderidentiteitsontwikkeling en gender-incongruentie-gerelateerde klachten (bijvoorbeeld dysforie); (3) bredere psychologische kenmerken (bijvoorbeeld zelfbeeld, copingstijlen), en (4) overige ontwikkelingsdomeinen, zoals sociaalemotionele ontwikkeling en schoolprestaties. Hierin wordt ook de omgeving en het perspectief van de



ouders structureel meegenomen. Hiernaast is er aandacht voor diagnostiek (en behandeling) van psychische beelden die de lichaamsbeleving in ontwikkeling zouden kunnen hebben beïnvloed, of bijkomende psychiatrische of ontwikkelingsproblematiek.¹⁶ Het verkennende traject neemt het ontwikkelingsperspectief als uitgangspunt en verloopt stapsgewijs; eerst vooral verkennend, daarna verdiepend en pas dan wordt beoordeeld of een verwijzing naar specialistische medische zorg geïndiceerd is.

Het verkennende traject heeft als doel om een goed beeld te krijgen van het kind, diens situatie en omgeving, de zorgvraag en de wensen en verwachtingen van het kind en de ouders. Het verkennende traject heeft als doel dat zorgverleners inzicht krijgen in de (gender)identiteitsontwikkeling, de omgeving en het functioneren van het kind, inclusief diens sterktes en zwaktes. Ook moeten de zorgverleners beoordelen of er sprake is van wilsbekwaamheid ter zake (zie paragraaf 5.1.3). Verder is het tijdens het traject belangrijk dat het kind en de ouders goed geïnformeerd worden, zowel over medische onderwerpen (zie paragraaf 5.1.1) als niet-medische onderwerpen.

2.1.2 Diagnostische fase

Als het verkennende psychodiagnostisch traject is afgerond, er aanwijzingen zijn voor genderdysforie en het kind een somatische zorgvraag heeft, kan het kind worden verwezen naar een gespecialiseerd gendercentrum voor het afronden van het diagnostisch traject. In 2026 kent

Nederland 4 centra waar somatische specialistische transgenderzorg voor kinderen wordt geboden: 3 UMC's (Amsterdam, Nijmegen en Groningen) en het Zwaans Medisch Centrum, dat nauw samenwerkt met Amsterdam UMC. In de somatische behandelcentra wordt zorg geboden in gespecialiseerde multidisciplinaire behandelteams, waar verschillende medische en psychologische specialismen samenwerken tijdens het gehele behandeltraject. Op die manier wordt er vanuit verschillende invalshoeken gekeken wat het beste past bij het kind en diens behoeften. In de diagnostische fase wordt op basis van het psychodiagnostisch traject onderzocht welke behandeling het beste aansluit bij de ervaren genderdysforie van het kind en bij diens persoonlijke zorgvraag.

In de diagnostische fase vinden er geen medische interventies plaats, maar worden er vooral gesprekken gevoerd met een GZ-psycholoog en/of psychiater, om de diagnose genderdysforie al dan niet vast te stellen.⁴

2.1.3 Indicatiestelling

Na afronding van de diagnostiek kan de indicatiestelling voor somatische behandeling volgen. Hierbij wordt beoordeeld of somatische behandeling passend is voor de hulpvraag en of iemand in aanmerking komt voor bijvoorbeeld GnRH-agonisten, genderbevestigende hormoonbehandeling of mastectomie. Om in aanmerking te komen voor somatische behandeling moet voldaan zijn aan de DSM-5 classificatie genderdysforie. Daarnaast vindt er een medische beoordeling plaats en worden risicofactoren zoals



familiaire ziekten, overgewicht en medicatiegebruik in kaart gebracht door een arts die is gespecialiseerd in transgenderzorg. Gedurende het traject van de indicatiestelling vindt er ook verwijzing plaats naar een arts met expertise in fertiliteit en kennis van transgenderzorg en worden er gesprekken gevoerd over vruchtbaarheid en een mogelijke toekomstige kinderwens.⁴ Somatische interventies, zoals genderbevestigende hormoonbehandeling en chirurgische ingrepen hebben invloed op de vruchtbaarheid. Het is daarom belangrijk om voor de start van eventuele somatische interventies het risico op onvruchtbaarheid en de mogelijkheden voor behoud van vruchtbaarheid (fertiliteitspreservatie) te bespreken en hier ook ouders in te betrekken.³ Dit is in het bijzonder van belang voor trans meisjes, voor wie de mogelijkheden voor fertiliteitspreservatie na start van hormoonbehandeling beperkt zijn (zie paragraaf 3.2). De wens tot fertiliteitspreservatie kan er in hun geval toe leiden dat besloten wordt behandeling met GnRH-agonisten uit te stellen, totdat er voldoende rijpe zaadcellen kunnen worden verkregen om in te vriezen.

De uitkomst van de indicatiestelling is een behandeladvies dat gezamenlijk met de jongere is opgesteld en binnen het multidisciplinaire team wordt vastgesteld. Dit behandeladvies vormt de basis voor de uiteindelijke (medische) indicatiestelling: de formele beslissing over welke somatische behandeling verantwoord en passend is. In Nederland is in de indicatiestelling voor een somatische behandeling bij jongeren een zeer belangrijke rol voor de ouders/verzorgers weggelegd. Jongeren die onvoldoende

steun ervaren van hun ouders starten vaak (nog) niet met een somatische behandeling en krijgen additionele hulp aangeboden, bijvoorbeeld in de vorm van systeemtherapie.

2.1.4 GnRH-agonisten

Jongeren bij wie de diagnose genderdysforie (zie paragraaf 2.1.2) is gesteld en die een indicatie hebben voor puberteitsremming (zie paragraaf 2.1.3), kunnen worden behandeld met GnRH-agonisten indien de puberteit is gestart en nog niet te ver is gevorderd (Tanner stadium 2 of 3). GnRH-agonisten zijn bedoeld om bij jongeren met genderdysforie de biologische puberteitshormonen te onderdrukken en hierdoor de onomkeerbare ontwikkeling van secundaire geslachtskenmerken (tijdelijk) te stoppen.²² Internationale richtlijnen adviseren behandeling met GnRH-agonisten voor het tijdelijk stoppen van de puberteitsontwikkeling bij jongeren met vastgestelde genderdysforie.^{23,24}

De *World Professional Association for Transgender Health* (hierna: WPATH) heeft in zijn richtlijn, de *Standards of Care version 8* (SOC8), criteria geformuleerd voor het starten van behandeling met GnRH-agonisten.²³ In Nederland zijn deze internationale richtlijnen verwerkt in de *Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch*.⁴ In de Kwaliteitsstandaard worden de volgende criteria geformuleerd voor het starten met behandeling met GnRH-agonisten:

- Bij de jongere is sprake van een langdurig en intens patroon van gender



non-conformiteit of genderincongruentie en de jongere lijdt daaronder.

- De genderincongruentie nam toe of ontstond bij het begin van de puberteit.
- Nevenproblemen op psychologisch, medisch of sociaal vlak die behandeling in de weg zouden kunnen staan zijn onder controle, zodat de situatie en het functioneren van de jongere stabiel genoeg zijn om met behandeling te starten.
- De jongere heeft de mentale capaciteit om geïnformeerde toestemming te geven voor deze behandeling.
- De jongere is geïnformeerd over de effecten en bijwerkingen van de behandeling (inclusief mogelijk verlies van vruchtbaarheid als de jongere vervolgens hormonale behandeling en/of chirurgie ondergaat) en de mogelijkheden van fertiliteitspreservatie.
- De jongere (en indien voortvloeiend uit de WGBO ook de ouders) heeft geïnformeerd toestemming gegeven en ouders/verzorgers ondersteunen de jongere gedurende de behandeling.

Deze criteria laten zien dat de jongere (en indien dit voortvloeit uit de WGBO ook de ouders) geïnformeerd toestemming moet geven voor behandeling. Hiervoor is het van belang dat zorgverleners de jongere informeren over de aard van de behandeling, de te verwachten effecten, mogelijke bijwerkingen, onzekerheden en risico's (zie hoofdstuk 5). Vragen rond vruchtbaarheid en eventuele kinderwens maken daar ook deel van uit. Een ander criterium is dat de jongere de emotionele en cognitieve rijpheid heeft die nodig is om geïnformeerd toestemming te kunnen geven,

oftewel wilsbekwaam is voor het nemen van een bepaalde beslissing. De Kwaliteitsstandaard specificeert niet hoe wilsbekwaamheid moet worden beoordeeld (zie hoofdstuk 5).

Gedurende de behandeling staan jongeren onder voortdurende begeleiding van het multidisciplinaire team. Door behandeling met GnRH-agonisten wordt de ontwikkeling van onomkeerbare secundaire puberteitskenmerken voorkomen. Jongeren krijgen zo de tijd om hun genderidentiteit verder te exploreren en samen met hun ouders de behandelwensen verder uit te diepen. En zorgverleners krijgen zo de tijd om de verdere ontwikkeling van de genderincongruentie te volgen (is de incongruentie consistent of niet). Wanneer wordt gestopt met GnRH-agonisten zal de biologische puberteit weer hervatten. Een deel van de jongeren stopt inderdaad met de behandeling met GnRH-agonisten en verdere behandeling. In de praktijk blijkt de meerderheid van de jongeren die wordt behandeld met GnRH-agonisten hierop volgend door te gaan met genderbevestigende hormoonbehandeling (>90%).^{3,11,25} Jongeren die al een gevorderde puberteit hebben, worden tegenwoordig slechts terughoudend behandeld met GnRH-agonisten, omdat deze behandeling dan nog slechts beperkt positief effect heeft op de lichamelijke ontwikkeling.

2.1.5 Genderbevestigende hormoonbehandeling

Genderbevestigende hormoonbehandeling kan in Nederland gestart worden vanaf 15 à 16 jaar, eveneens na uitgebreide diagnostiek en



indicatiestelling. Alvorens met genderbevestigende hormoonbehandeling gestart kan worden, moet het multidisciplinaire team beoordelen of de genderdysforie aanhoudt, of de situatie en het functioneren van de jongere stabiel genoeg zijn om met genderbevestigende hormoonbehandeling te starten en of de jongere de mentale capaciteit heeft om de gevolgen van de behandeling te overzien en hier geïnformeerd toestemming voor te geven.⁴ Over het algemeen wordt een leeftijdsgrens van 16 jaar aangehouden voor het starten met genderbevestigende hormoonbehandeling. Momenteel kan een jongere van 15 jaar in Nederland alleen in specifieke gevallen in aanmerking komen voor genderbevestigende hormoonbehandeling, onder andere als de jongere al 2 jaar met GnRH-agonisten is behandeld en voldoet aan voornoemde criteria.⁴ Per individu moet worden beoordeeld of dit aan de orde is. Tijdens de behandeling met genderbevestigende hormonen moet de jongere elke 3 tot 6 maanden op controle komen bij de kinderendocrinoloog en eveneens om de 3 tot 6 maanden contact hebben met de behandelend psycholoog, psychiater of orthopedagoog.⁴

Door toediening van geslachtshormonen gaat het lichaam beter passen bij de genderidentiteit van de jongere. Het doel is dat daarmee de genderdysforie afneemt.³ Sommige effecten van genderbevestigende hormoonbehandeling zijn omkeerbaar, zoals een veranderde vetverdeling over het lichaam. Andere effecten, bijvoorbeeld een verlaagde stem bij trans mannen of borstgroei bij trans vrouwen, zijn onomkeerbaar. De meeste

trans personen zullen levenslang geslachtshormonen blijven gebruiken, tenzij zij wensen te stoppen met de behandeling.

Vanaf 18 jaar, na meerdere jaren gebruik van genderbevestigende hormonen kan – in overleg met het behandelteam – gekozen worden voor genderbevestigende operaties. De enige uitzondering hierop is mastectomie. Hiervoor kan een indicatie worden gegeven vanaf de leeftijd van 16 jaar, na minimaal 6 maanden testosteronbehandeling.⁴ Deze zogenoemde operatiefase of chirurgische fase is onomkeerbaar.

2.2 ‘Nederlandse’ aanpak in het buitenland

De eerste behandelingen van jongeren met GnRH-agonisten in Nederland werden beschreven in 1998.²⁶ Deze behandeling is in de internationale literatuur bekend komen te staan als de *Dutch Approach* of het *Dutch Protocol*. Andere landen zijn deze behandeling over gaan nemen, met verwijzing naar het *Dutch Protocol*. Nu, decennia later, wordt de transgenderzorg voor jongeren in verschillende landen ter discussie gesteld. In landen als Zweden en Engeland hebben deze discussies geleid tot aanpassingen in de richtlijnen voor transgenderzorg voor jongeren, waardoor de toegang tot zorg voor jongeren met genderdysforie is ingeperkt. In Zweden en Engeland zijn GnRH-agonisten en genderbevestigende hormonen voor jongeren nog slechts in onderzoeksverband beschikbaar.^{27,28} Als gevolg van deze ontwikkelingen is de transgenderzorg voor jongeren in Nederland ook onder een vergrootglas komen te liggen.



De genoemde landen zouden immers voorheen de Nederlandse aanpak voor transgenderzorg voor jongeren gevolgd hebben. Het verschil is echter dat de toepassing van de Nederlandse aanpak in ieder geval in Engeland anders heeft uitgepakt.^{8,29} In Nederland ligt de nadruk expliciet op een stapsgewijze exploratie van de genderidentiteit met een uitgebreide psychologische verkenningsfase, een multidisciplinaire beoordeling, psychosociale ondersteuning en geïnformeerde toestemming, onder begeleiding van een multidisciplinair team (zie paragraaf 2.1). In Engeland, bij de *Gender Identity Services for Children and Young People* (GIDS), lag de nadruk uiteindelijk op behandelingen die de gewenste genderidentiteit bevestigen (genderaffirmatie), zo blijkt uit de *Cass review* en de Tavistock-uitspraak.^{8,29} Bij GIDS bleek vaak geen sprake te zijn van multidisciplinaire zorg en werd er onvoldoende aandacht besteed aan eventuele andere oorzaken van psychisch lijden. Ook werd er in de *Cass review* geconcludeerd dat er in de kliniek onvoldoende tijd werd genomen voor een gedegen toetsing van de behandelmethoden en vond er onvoldoende dataverzameling plaats waardoor er geen zicht was op de gevolgen van de behandeling.⁸ De daar geleverde zorg kwam dus niet overeen met de Nederlandse aanpak. Daarom is de literatuur uit Engeland en data van GIDS waar de *Cass review* op gebaseerd is, niet zonder meer van toepassing op de Nederlandse situatie. Hoewel GnRH-agonisten en genderbevestigende hormonen voor jongeren in Engeland na de *Cass review* nog slechts in onderzoeksverband beschikbaar zijn, lijkt de nieuwe inrichting van de transgenderzorg in Engeland nu veel meer op de Nederlandse

aanpak. In Zweden is in 2022 eveneens na kritiek de nationale richtlijn aangepast. Aanleiding hiervoor was een maatschappelijk debat dat volgde op een kritische tv-uitzending voor onderzoeksjournalistiek. GnRH-agonisten en genderbevestigende hormonen mogen daar, net als in Engeland, nog slechts in onderzoeksverband of in uitzonderlijke gevallen aan jongeren worden voorgeschreven.²⁷ In andere Europese landen, zoals Duitsland, Oostenrijk, Zwitserland³⁰, Frankrijk³¹ en Polen³² is de zorg voor trans jongeren niet ingeperkt, maar recentelijk juist steviger verankerd in herziene richtlijnen en *expert statements*.

2.3 Ontwikkelingen in vraag naar transgenderzorg

De afgelopen jaren zijn er in Nederland verschillende ontwikkelingen te zien in de vraag naar transgenderzorg. Onder kinderen en jongeren is het aantal aanmeldingen voor transgenderzorg (bij ggz-aanbieders of de UMC's) tussen 2020 en 2022 meer dan verdubbeld van 1.179 naar 2.772.⁹ In deze aanmeldingen is een verschuiving van de geslachtsratio te zien. Er worden meer jongeren verwezen aan wie het vrouwelijke geslacht werd toegekend bij geboorte dan jongeren aan wie het mannelijke geslacht werd toegekend bij geboorte.^{11,12} Ook zijn jongeren die zich in recente jaren aanmelden voor transgenderzorg vaker ouder (in adolescentie), ervaren pas op latere leeftijd genderdysforie, hebben vaker een non-binaire genderidentiteit en hebben vaker bijkomende psychosociale problematiek (bijvoorbeeld autisme, stemmingsproblemen of ADHD).¹³



Een andere deels hieruit voortvloeiende ontwikkeling is de toename van de wachttijden voor transgenderzorg, ondanks de forse uitbreiding van het zorgaanbod. In 2022 was de wachttijd voor kinderen en jongeren bij ggz-aanbieders gemiddeld 35 weken en op de genderpoli's van de UMC's zelfs gemiddeld 132 weken.⁹

In opdracht van het ministerie van VWS hebben de Radboud Universiteit en het Radboudumc een onderzoek uitgevoerd naar de toename in en veranderingen van de vraag naar transgenderzorg.³³ Het in 2023 gepubliceerde rapport stelt dat het onbekend is of het aantal trans personen daadwerkelijk is toegenomen (longitudinaal onderzoek met herhaalde metingen ontbreekt), maar dat het wel duidelijk is dat trans personen meer zichtbaar zijn dan voorheen. Die verhoogde zichtbaarheid zou ook kunnen ontstaan doordat wellicht meer personen zich als transgender durven te uiten. Er blijkt echter dat trans personen nog geen volwaardige plek hebben in de maatschappij; het debat over hun plaats in de maatschappij polariseert en verhardt. Discriminatie en uitsluiting werken minderheidsstress in de hand.³³ Ook de vragen als gevolg van deze minderheidsstress komen bij de specialistische zorg terecht, omdat dit vooralsnog de enige plek is waar kennis, aandacht en zorg voor trans personen structureel aanwezig is. Dit draagt bij aan pathologisering en medicalisering van gendervragen.³³

De beperkte beschikbaarheid van transgenderzorg en de lange wachttijden hebben invloed op de uitvoering van zorg en de stappen die mensen zetten als gevolg van hun hulpvraag. De wachtlijstproblematiek is in strijd met het recht op gezondheid, aangezien beschikbaarheid en toegankelijkheid belangrijke aspecten zijn van dit sociale grondrecht.³⁴ Ook kunnen wachtlijsten het recht van kinderen op gezondheid en ontwikkeling schaden. De Nederlandse staat heeft daarom een verantwoordelijkheid voor tijdige beschikbare en toegankelijke zorg voor kinderen (zie Achtergronddocument *Juridisch kader transgenderzorg voor jongeren*). Voor trans personen kunnen lange wachttijden erin resulteren dat de mogelijkheid wordt gemist om tijdig te starten met GnRH-agonisten, met emotionele en lichamelijke effecten tot gevolg. Trans personen gaan soms zelf op zoek naar alternatieve behandelroutes, zoals zelfmedicatie. Ook kan het voorkomen dat huisartsen iemand alvast op de wachtlijst plaatsen, zonder zeker te zijn of dat daadwerkelijk nodig is. Dit werkt medicalisering in de hand.³³

De wachtlijsten leggen ook veel druk op de bestaande behandelcentra en de daaraan verbonden zorgverleners. Als oplossing voor de wachtlijsten en de toename van psychische nood bij trans personen stellen onderzoekers van de Radboud Universiteit en het Radboudumc voor om enerzijds te investeren in specialistische transgenderzorg, en anderzijds de kennis en expertise op het gebied van genderdiversiteit te vergroten in de reguliere zorg en de maatschappij.³³ Zo wordt het verkennend psycho-



diagnostisch traject op dit moment nog veelal in gespecialiseerde universitaire centra uitgevoerd, maar dit traject zou in principe breder in de jeugd-ggz plaats kunnen vinden als ggz-professionals (na)scholing hebben ontvangen over genderdiversiteit. Er bestaat ook een mogelijkheid dat jongeren na het psychodiagnostisch traject in de jeugd-ggz blijven voor de diagnostische fase en indicatiestelling voor somatische behandeling. Op dit moment wordt dat al op deze manier gefaciliteerd door het Zaans Medisch Centrum, in samenwerking met enkele gespecialiseerde ggz-centra.



3 Fysieke en mentale uitkomsten

In het kort

Het onderzoek naar fysieke en mentale uitkomsten van hormoonbehandeling bij jongeren met genderdysforie laat volgens de commissie veelal consistente resultaten zien: de beoogde fysieke effecten worden bereikt (de behandelingen doen wat ze moeten doen) en er zijn aanwijzingen voor enige verbetering in mentale uitkomsten. De beschikbare gegevens over niet-beoogde fysieke en mentale effecten geven geen directe aanleiding tot zorg. Tegelijkertijd is de bewijskracht van het wetenschappelijk onderzoek laag en is een aantal mogelijke effecten nog onvoldoende in beeld. Zo zijn de effecten van behandeling op cognitie en vruchtbaarheid nog onvoldoende onderzocht. Ook ontbreken er gegevens over de effecten van hormoonbehandelingen op de mentale en fysieke gezondheid op lange termijn. Volgens de commissie vormen deze onduidelijkheden belangrijke elementen die in de procedure voor geïnformeerde toestemming zorgvuldig met de jongeren en ouders besproken moeten worden. De onduidelijkheden vormen geen aanleiding voor de commissie om te adviseren de zorg anders in te richten. Zij maakt daarbij de afweging dat niets doen ook schadelijk kan zijn voor de mentale gezondheid.

3.1 Doelen van hormoonbehandelingen

De doelen van behandeling met GnRH-agonisten verschillen van die van genderbevestigende hormoonbehandeling. Daardoor zijn niet alle uitkomsten voor beide behandelingen even relevant en kan het verwachte effect verschillen per behandeling. Zo is in het geval van behandeling met GnRH-agonisten het beoogde fysieke effect het voorkomen van fysieke veranderingen als gevolg van de eigen puberteit. In het geval van genderbevestigende hormoonbehandeling is dat het ontwikkelen van fysieke kenmerken passend bij de genderidentiteit. Aangezien de puberteit een belangrijke periode is voor groei, bot- en hersenontwikkeling is het ook van belang de effecten op de uiteindelijke lengte, de botgezondheid en het cognitief functioneren in kaart te brengen. Andere fysieke uitkomsten waarover wordt gerapporteerd, zijn onder andere lichaamscompositie, cardiometabole effecten en risico op cardiovasculaire aandoeningen (niet-beoogde effecten).

Omdat GnRH-agonisten geen veranderingen veroorzaken die het uiterlijk meer doen overeenkomen met de genderidentiteit, is het niet waarschijnlijk dat deze behandeling leidt tot verbeteringen in genderdysforie of lichaamstevredenheid. Geen verslechtering zou als een gewenste uitkomst kunnen worden gezien. Dit geldt niet voor genderbevestigende hormoonbehandeling: aangezien die als doel heeft het uiterlijk beter in overeenstemming te brengen met de genderidentiteit, is minder genderdysforie en meer lichaamstevredenheid het doel. Andere mentale uitkomsten zoals



angst, depressie en suïcidale gedachten zouden bij beide typen behandeling kunnen verbeteren. Mentale uitkomsten zijn echter niet alleen afhankelijk van hormoonbehandeling maar onder andere ook van psychologische behandeling, bijkomende psychosociale problematiek, middelengebruik en ervaren steun van de omgeving (vrienden/familie) en maatschappij.

De commissie heeft de literatuur over fysieke en mentale uitkomsten na behandeling met GnRH-agonisten en genderbevestigende hormonen bij jongeren in kaart gebracht. Voor fysieke uitkomsten en effecten op cognitie baseert zij zich op zowel nationale als internationale literatuur.

Voor mentale uitkomsten is gefocust op Nederlandse studies, omdat deze uitkomsten mede afhankelijk zijn van het landelijke zorgmodel en politieke en maatschappelijke factoren. Resultaten uit studies uit andere landen zijn daarmee niet zonder meer generaliseerbaar naar de Nederlandse situatie. Een uitgebreid overzicht van de beschikbare literatuur en de gehanteerde werkwijze is te vinden in het Achtergronddocument *Fysieke en mentale uitkomsten*.

3.2 Fysieke uitkomsten hormoonbehandeling

Met zowel GnRH-agonisten als genderbevestigende hormoonbehandeling worden de beoogde lichamelijke effecten behaald. Daarnaast gaan deze behandelingen niet gepaard met ernstige bijwerkingen of complicaties.³⁵⁻³⁸

De botmineraaldichtheid neemt tijdens behandeling met GnRH-agonisten af.^{35,36,38,39} Herstel treedt op na het starten van genderbevestigende hormoonbehandeling, maar lijkt bij trans meisjes niet altijd volledig.^{40,41} Er zijn echter ook aanwijzingen dat de botmineraaldichtheid bij deze groep ook los van hormoonbehandeling afneemt, mogelijk ten gevolge van leefstijlfactoren.^{42,43} De langetermijneffecten op osteoporose- en fractuurrisico zijn onzeker.^{35,38} Het is nog onduidelijk wat de gevolgen op botgezondheid zijn voor de (kleine) groep die na behandeling met GnRH-agonisten niet doorgaat met genderbevestigende hormoonbehandeling.

De groeisnelheid vermindert door behandeling met GnRH-agonisten, maar met genderbevestigende hormoonbehandeling lijkt dit grotendeels ingehaald te worden.^{35,36,38} Sommige studies vinden geen verschil in de uiteindelijke lengte tussen behandelde en onbehandelde jongeren, uit andere studies komt naar voren dat bij behandelde jongeren de uiteindelijke lengte meer passend is bij de genderidentiteit.⁴⁴⁻⁴⁸ Wat de gevolgen op lengte zijn voor de (kleine) groep die na behandeling met GnRH-agonisten niet doorgaat met genderbevestigende hormoonbehandeling is niet duidelijk.

Over het algemeen wordt geen (klinisch relevant) nadelig effect gevonden van de behandelingen op BMI en cardiometabole waarden, hoewel resultaten over cholesterol niet altijd eenduidig zijn.³⁵⁻³⁸ Een recente Belgische cross-sectionele studie van kleine omvang liet na behandeling



met genderbevestigende hormonen geen duidelijke cardiovasculaire complicaties zien. Wel werd een significant mindere elasticiteit van de aorta waargenomen (ten opzichte van referentiewaarden), waarvan de klinische betekenis op lange termijn nog moet worden vastgesteld.⁴⁹

De literatuur is eenduidig over het effect van GnRH-agonisten op de lichaamscompositie: bij trans jongeren behandeld met GnRH-agonisten neemt de vetmassa toe terwijl de vetvrije massa afneemt.^{35,36,38}

Na behandeling met testosteron wordt bij trans mannen een lager lichaamsvetpercentage (minder vetmassa) gezien en een hoger percentage vetvrije massa in vergelijking met cis vrouwen. Na oestrogeen-behandeling wordt bij trans vrouwen juist het omgekeerde gezien: een hoger lichaamsvetpercentage en een lager percentage vetvrije massa in vergelijking met cis mannen.^{37,50} Behandeling met genderbevestigende hormonen zorgt er daarmee voor dat de lichaamscompositie meer past bij de genderidentiteit.

Studies over het effect van genderbevestigende hormoonbehandeling op hemoglobine- en hematocrietwaarden zijn consistent: deze stijgen tijdens testosteronbehandeling en dalen juist tijdens oestrogeenbehandeling.⁵¹⁻⁵³ Uit 2 recente studies bleek dat genderbevestigende hormoonbehandeling niet geassocieerd is met een hoger risico op (veneuze) trombo-embolie.^{54,55}

Over de effecten van de behandelingen op vruchtbaarheid is nog veel onduidelijk.^{35,37,38,56} Onderzoek naar fertiliteitspreservatie (vruchtbaarheidsbehoud) na behandeling met GnRH-agonisten en genderbevestigende hormonen bij trans jongens is enkel beschikbaar in de vorm van *case reports*, waaruit eicelpreservatie mogelijk lijkt.³⁵ Bij trans meisjes leidt behandeling met GnRH-agonisten in de vroege puberteit in principe tot onvruchtbaarheid, tenzij zij bereid zijn langdurig te stoppen met behandeling met GnRH-agonisten. Na het stoppen met GnRH-agonisten komt de spermatogenese op den duur weer op gang, maar recente studies onder een zeer klein aantal behandelde trans meisjes lieten zien dat het bij de meerderheid na langdurig stoppen (>1,5 jaar) alsnog niet mogelijk was om zaadcellen in te vriezen.^{57,58} Studies onder cis kinderen die vroeg in de puberteit gaan (pubertas praecox) en om die reden GnRH-agonisten krijgen, tonen geen nadelig effect van GnRH-agonisten op fertiliteit.⁵⁹⁻⁶¹

3.3 Mentale uitkomsten hormoonbehandeling

Nederlandse trans jongeren rapporteren gemiddeld een slechtere mentale gezondheid vóór behandeling met GnRH-agonisten dan hun cisgender leeftijdsgenoten.⁶² Na de start met GnRH-agonisten rapporteren ze een betere mentale gezondheid in vergelijking met de situatie voor behandeling. Dit geldt voor emotionele problemen, depressieve klachten, suïcidaliteit en zelfbeschadiging.⁶²⁻⁶⁴ De resultaten over gevoelens van angst, lichaamsbeeld en genderdysforie zijn niet eenduidig.⁶²⁻⁶⁵



Nederlandse data over mentale uitkomsten na behandeling met genderbevestigende hormonen bij jongeren zijn zeer beperkt. Het beperkte onderzoek toont wel een significante verbetering in algemeen functioneren en welzijn na behandeling.⁶³

Tevredenheid over het seksueel welzijn onder Nederlandse trans personen na behandeling met GnRH-agonisten, genderbevestigende hormonen en operaties lijkt vergelijkbaar met de algemene populatie.⁶⁶ De trans personen in de studies hebben echter wel minder seksuele ervaring.⁶⁷

Over de effecten van behandeling met GnRH-agonisten en genderbevestigende hormonen op cognitief functioneren is nog veel onduidelijk.^{36-38,68} Er zijn slechts enkele kleine studies beschikbaar over het effect op cognitief functioneren, die veelal naar verschillende uitkomstmaten kijken. Voor de aspecten van cognitie waarvoor meer dan 1 studie beschikbaar is (IQ, executief functioneren) worden tegenstrijdige resultaten gevonden; ofwel geen effect ofwel een klein negatief effect. Of dit klinisch relevante gevolgen heeft voor het dagelijks functioneren is onbekend.

3.4 Uitkomsten van niet of niet-medicamenteus behandelen

Genderdysforie wordt gekenmerkt door een diep gevoel van onbehagen, *distress*, dat mentaal belastend is en gevoelens van stress, depressieve of suïcidale gevoelens met zich mee kan brengen.⁶⁹⁻⁷¹ Nederlands onderzoek laat zien dat trans jongeren vóór behandeling met GnRH-agonisten

significant meer emotionele problemen en suïcidaliteit ervaren, zichzelf vaker beschadigen en slechtere (sociale) relaties met leeftijdsgenoten hebben, in vergelijking met hun cisgender leeftijdsgenoten.^{62,72} Ook hebben zij een lager zelfbeeld in vergelijking met cisgender leeftijdsgenoten.⁷³ Onderzoek uit andere Europese landen bevestigt deze resultaten.^{72,74,75} Het welzijn van trans personen kan naast de genderdysforie negatief beïnvloed worden door minderheidsstress: het ervaren van stigma, discriminatie en vooroordeel als gevolg van het behoren tot een gemarginaliseerde groep.^{33,76} Meerdere onderzoeken tonen aan dat stress, depressie en sociale uitsluiting negatieve effecten hebben op de cognitie en ontwikkeling van jongeren.^{70,77-80}

De effecten van verschillende psychosociale interventies voor trans jongeren zijn onderzocht in 2 systematische reviews. De ene systematische review vond op basis van 2 studies van zeer lage kwaliteit geen effect van professionele psychosociale begeleiding (bijvoorbeeld consultaties of psychotherapie) op de mentale gezondheid en het mentaal functioneren.³⁵ De andere systematische review vond – op basis van studies van eveneens lage kwaliteit – zowel positieve effecten als geen effect van psychosociale supportinterventies (variërend van psychosociale therapie tot online mindfulness sessies) op mentale en psychosociale uitkomsten.⁸¹



De effecten van sociale transitie bij trans kinderen en jongeren werden in 2 systematische reviews onderzocht. Sociale transitie is het proces waarbij een trans persoon gaat leven volgens de eigen genderidentiteit, door aanpassingen in de sociale omgeving en uiterlijke expressie, zonder dat hier medische ingrepen aan te pas komen. De eerste systematische review naar het effect van sociale transitie vond geen verbetering in mentale uitkomsten, gebaseerd op een klein aantal studies van lage kwaliteit.⁸²

In de andere systematische review werd geconcludeerd dat sociale transitie samenhangt met een afname van suicidaliteit (met name in niet-ondersteunende gezins- en schoolomgevingen) en een afname of stabiliteit van niet-klinische depressieve symptomen of stemmingssymptomen.

De effecten op andere mentale uitkomsten zoals angst en algemeen mentaal functioneren waren inconsistent. De bewijskracht voor deze bevindingen werd als zeer laag beschouwd.³⁵ Ten aanzien van *peer support*-interventies vond deze review een verbetering in algemene mentale gezondheid, hiervoor waren slechts enkele studies van zeer lage kwaliteit beschikbaar. Deze review onderzocht ook de effecten van zogeheten (*sexual orientation and*) *gender identity and expression change efforts*. Dit zijn praktijken die erop gericht zijn iemands genderidentiteit en geleefde genderexpressie te veranderen zodat deze meer in overeenstemming worden gebracht met het bij de geboorte toegekende geslacht. Hiervoor werden alleen schadelijke effecten gevonden, ook hier met een lage bewijskracht.³⁵

Helemaal niet hormonaal behandelen heeft als gevolg dat trans jongeren ongewenste geslachtskenmerken ontwikkelen, waarvan sommige op volwassen leeftijd niet met hormoonbehandeling terug te draaien zijn (bijvoorbeeld verlaagde stem) of enkel verholpen kunnen worden met operaties (bijvoorbeeld borstgroei). Een Nederlandse studie toonde aan dat trans mannen behandeld met GnRH-agonisten vaker geen of minder invasieve mastectomie nodig hadden in vergelijking met trans mannen die deze behandeling niet hadden ondergaan. Dit gold niet voor trans vrouwen, zij hadden juist meer invasieve vaginaplastiek nodig als zij waren behandeld met GnRH-agonisten.⁴⁷ De mentale gevolgen van helemaal niet hormonaal behandelen worden in enkele kwalitatieve studies beschreven. Trans jongeren die lang moeten wachten op somatische transgenderzorg vertonen ernstige *distress*, hebben mentale problemen en ervaren dat dit een negatief effect heeft op hun sociale leven.^{83,84} Ook de recente anti-transwetgeving in de Verenigde Staten gericht op het verbieden van deze behandelingen laat zien dat dit negatieve mentale effecten heeft.^{85,86}

Deze studies zijn echter uitgevoerd onder kleine en zeer selectieve groepen trans jongeren. Het lang wachten op somatische transgenderzorg of het verbieden van deze zorg leidt ertoe dat sommige jongeren overgaan tot het verkrijgen van hormonen via onofficiële kanalen, bijvoorbeeld via het internet.^{87,88} Risico's van zelfmedicatie zijn onder meer het toedienen van onjuiste doseringen, gebruik van vervuilde of onveilige hormonen, mogelijke interacties met bestaande gezondheidsproblemen en gebrek aan medische monitoring.⁸⁹



3.5 Kanttekeningen bij beschikbaar onderzoek

3.5.1 Lage bewijskracht door methodologische beperkingen

De systematische reviews die het onderzoek naar fysieke en mentale uitkomsten samenvatten en beoordelen zijn het erover eens dat de bewijskracht voor de gevonden effecten laag tot zeer laag is. Dit heeft verschillende redenen. Het beschikbare onderzoek bestaat enkel uit observationele studies, waarvan de meeste zonder (adequate) controlegroep. Studies die wel zo'n controlegroep bevatten, geven veelal weinig tot geen informatie over mogelijke verschillen tussen de groepen en corrigeren hier niet (voldoende) voor in de analyses (zogenoemde confounding). In de regel is het op basis van observationeel onderzoek niet goed mogelijk een oorzakelijk verband aan te tonen tussen behandeling en uitkomst. Verder was de studiepopulatie in de meeste studies klein van omvang, waarbij niet altijd duidelijk was hoe de studiepopulatie zich in omvang en samenstelling verhoudt tot de populatie die in aanmerking zou komen voor studiedeelname (mogelijkheid van selectieve inclusie). Een andere belangrijke methodologische beperking is dat de follow-upduur kort was in veel studies. De studies die wel een lange(re) follow-upduur kenden, hadden te maken met substantiële uitval van deelnemers tijdens de studieperiode. Dit kan leiden tot selectieve vertekening, waardoor de resultaten niet meer representatief zijn voor de gehele studiegroep. Vanwege de veelal korte follow-upduur en de substantiële uitval van deelnemers zijn conclusies over de effecten op de lange termijn moeilijk te trekken.

Daarnaast is correctie voor mogelijke versturende variabelen vaak beperkt. Met name voor mentale uitkomsten is dit problematisch. Geregeld ontbrak bijvoorbeeld informatie over of correctie voor bijkomende psychosociale problematiek, middelengebruik, sociale steun en psychologische behandeling. Een bijkomende methodologische beperking ten aanzien van de mentale uitkomsten is dat in veel studies de trans jongeren ook psychologische behandelingen kregen, waardoor het additionele effect van hormoonbehandelingen niet vast te stellen is. Daarnaast werden verschillende mentale uitkomstmaten gehanteerd, die synthese en eventuele meta-analyse van resultaten bemoeilijken. Tot slot, veel van de Nederlandse studies bevatten data van voor 2014, toen onder de Transgenderwet sterilisatie verplicht was voor wettelijke geslachtsregistratie. Mentale uitkomsten en gevoelens van spijt kunnen hierdoor beïnvloed zijn.

3.5.2 Kennishiaten

De meeste onduidelijkheid bestaat over de mentale uitkomsten, namelijk in hoeverre hormoonbehandelingen – met name GnRH-agonisten – blijvende invloed hebben op de psychosociale en cognitieve ontwikkeling van jongeren. Een belangrijk kennishiaat is daarnaast het gebrek aan data over uitkomsten op de lange termijn, zowel fysiek als mentaal. Ook is er nog veel onduidelijk over de mogelijkheden en uitkomsten van fertiliteitspreservatie en hoe jongeren hier op volwassen leeftijd op terug zullen kijken. Een ander kennishiaat betreft het gebrek aan informatie over de klinische relevantie van de meeste gevonden effecten. Dit wordt door



auteurs zelden besproken, terwijl dit wel nodig is om te duiden of de gevonden effecten relevante gevolgen hebben voor de patiënt.

Niet alle trans jongeren worden behandeld met GnRH-agonisten én genderbevestigende hormoonbehandeling. Een klein deel stopt met GnRH-agonisten (<10% in Nederland),^{11,90} bijvoorbeeld vanwege remissie van genderdysforie. Een ander deel krijgt enkel genderbevestigende hormoonbehandeling, omdat zij zich op latere leeftijd presenteren in de zorg en behandeling met GnRH-agonisten dan niet zinvol meer is. Omdat de meeste studies zich richten op trans jongeren die beide vormen van behandeling ondergaan, zijn langetermijnuitkomsten van enkel de afzonderlijke behandelingen lastig in kaart te brengen. Hoewel in Nederland het merendeel van de jongeren die GnRH-agonisten ontvangen uiteindelijk doorgaat met genderbevestigende hormoonbehandeling, is aanvullend onderzoek nodig om vast te stellen of GnRH-agonisten blijvende effecten hebben bij degenen die geen vervolgbehandeling ontvangen.

Een laatste kennishiaat hangt samen met de ontwikkelingen in de vraag naar transgenderzorg. Het aantal aanmeldingen voor transgenderzorg is onder kinderen en jongeren in korte tijd fors toegenomen. Niet alleen de omvang van de groep die zorg vraagt is veranderd, ook de samenstelling: ze zijn nu vaak ouder (in adolescentie), ervaren pas later genderdysforie, hebben vaak een non-binaire genderidentiteit, hebben vaak bijkomende

psychosociale problematiek (bijvoorbeeld autisme of ADHD) en zijn veel vaker geboren meisjes.^{12,13,90} Onderzoek naar de oorzaken van deze veranderende demografie en de gevolgen daarvan op de (met name psychosociale) uitkomsten van hormoonbehandelingen is momenteel (nog) niet voorhanden.

3.6 Van (beperkt) bewijs naar klinische praktijk

Dat de bewijskracht voor de gevonden effecten laag tot zeer laag is, wil niet zeggen dat de beschikbare wetenschappelijke literatuur geen waarde heeft voor de klinische praktijk. Volgens de principes van *evidence-based medicine* (EBM) worden beslissingen in de praktijk niet alleen gebaseerd op een systematische synthese van wetenschappelijk bewijs, maar ook op klinische expertise, waarbij waarden en voorkeuren van de patiënt worden meegewogen (zie kader).⁹¹ Beperkt bewijs voor een behandeling hoeft dus niet per definitie te betekenen dat een individuele patiënt de betreffende behandeling niet zou mogen ontvangen.



Evidence-based medicine

Evidence-based medicine (EBM) ontstond in de jaren '90 als een beweging die bewijs voor medische behandelingen meer centraal wilde stellen in de medische praktijk. EBM integreert daarbij 3 componenten: (1) systematisch verzameld en kritisch beoordeeld wetenschappelijk bewijs, (2) klinische expertise, en (3) waarden en voorkeuren van de patiënt.⁹¹

Wetenschappelijk bewijs

De EBM-methode is in de loop van decennia verder uitgewerkt, bijvoorbeeld in de GRADE-systematiek (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*).⁹² EBM onderscheidt 4 categorieën in bewijskracht van zeer zwak tot sterk. De gerandomiseerde gecontroleerde studie (RCT) wordt als hoogste vorm van bewijs gezien. In veel gebieden in de geneeskunde is het aantal uitgevoerde RCT's echter beperkt. Dit geldt voor zeldzame aandoeningen, waar RCT's vaak niet haalbaar zijn, maar ook voor de kindergeneeskunde waar ethische drempels voor het uitvoeren van RCT's veel hoger liggen dan bij volwassenen. Gebrek aan RCT's heeft als consequentie dat het niveau van bewijs noodzakelijk (zeer) laag zal worden ingeschat.

Klinische expertise

Klinische expertise slaat binnen EBM op het in de loop van de tijd vergaarde oordeelsvermogen van de clinicus om effectiever klinische gegevens te verzamelen en de klinische toestand van de patiënt accuraat in te schatten, maar ook om de behoeften, voorkeuren en de verwachtingen in kaart te brengen – wat leidt tot een beter onderbouwde besluitvorming.⁹³ Klinische expertise van de zorgverlener is binnen EBM noodzakelijk om te oordelen of en hoe wetenschappelijk bewijs aansluit bij de klinische toestand, de omstandigheden en de voorkeuren van de patiënt, en daarmee of toepassing ervan gerechtvaardigd is.

Volgens EBM is uitsluitend wetenschappelijk bewijs of uitsluitend klinische ervaring niet voldoende; het gaat juist om de combinatie van beide.⁹¹

Waarden en voorkeuren van de patiënt

De patiënt of diens vertegenwoordiger speelt met diens voorkeuren, wensen en verwachtingen een centrale rol in de uiteindelijke beslissing over de behandeling, na goed geïnformeerd te zijn over het bewijs dat voorhanden is.⁹³

De commissie wijst erop dat voor veel vraagstukken in de kindergeneeskunde geldt dat het bewijs laag is en waarschijnlijk laag zal blijven.⁹⁴

Ethische drempels voor het uitvoeren van RCT's liggen voor kinderen veel hoger dan voor volwassenen. Specifiek voor de somatische transgenderzorg geldt daarnaast dat jongeren die in aanmerking komen voor onderzoek niet in de controlegroep willen zitten, omdat ze zich niet willen onthouden van behandeling. Dat kan leiden tot niet-deelname of uitval. Verder is blindering onmogelijk gezien de evidente fysieke beoogde effecten van hormoonbehandeling. Gebrek aan RCT's heeft als consequentie dat het niveau van bewijs noodzakelijk (zeer) laag zal worden ingeschat.

Een gebrek aan bewijs mag uiteraard geen vrijbrief zijn om compleet onbewezen behandelingen aan te bevelen. Er zal altijd een zorgvuldige afweging moeten plaatshebben, waarbij de sterkte van het bewijs, de onzekerheid in bestaande kennis, de klinische ervaring en de stem van de patiënt een rol spelen.



Het onderzoek naar fysieke en mentale uitkomsten van hormoonbehandelingen bij jongeren met genderdysforie laat volgens de commissie veelal consistente resultaten zien: de behandelingen hebben fysiek de beoogde effecten, de gegevens over andere niet-beoogde fysieke effecten geven geen directe aanleiding tot zorg volgens de commissie – al is veel nog onduidelijk en is beschikbaar onderzoek van lage kwaliteit – en er is enig bewijs dat de behandelingen positieve mentale effecten hebben. In lijn met het zorgveld is de commissie van oordeel dat de onzekerheden wat betreft fysieke en mentale uitkomsten belangrijke elementen zijn die in de procedure voor geïnformeerde toestemming zorgvuldig met de jongeren en ouders besproken moeten worden.⁹⁵ De onduidelijkheden vormen geen aanleiding voor de commissie om te adviseren de zorg anders in te richten. Zij maakt daarbij de afweging dat het ontzeggen van zorg ook schadelijke gevolgen kan hebben voor de mentale gezondheid, met andere woorden: niets doen kan schadelijk zijn.



4 Stoppen met behandeling en spijt

In het kort

Stoppen met behandeling (en eventueel detransitie) en spijt kunnen hand in hand gaan maar zijn aparte concepten. Niet iedereen die spijt heeft van de transitie stopt met behandeling of gaat in detransitie en niet iedereen die stopt en eventueel in detransitie gaat heeft spijt van de beslissing om in transitie te zijn gegaan. Onderzoek laat zien dat 0% tot 3,5% van de personen in Nederland stopt met hormoonbehandelingen die zij op minderjarige leeftijd zijn gestart. In de studies werden geen gevallen van spijt gevonden. Op basis van de gevonden literatuur kunnen echter geen definitieve conclusies over het aantal gevallen van spijt getrokken worden, vanwege de veelal korte follow-upduur en de substantiële uitval in studies. Daarbij komt dat de commissie signalen ziet dat een deel van de personen die stoppen, spijt hebben of in detransitie gaan dit niet aan hun zorgverleners rapporteert en dus buiten de studies blijft. De commissie vindt het van belang dat de zorg zo ingericht is dat trans personen de ruimte voelen om te stoppen of spijt te uiten, om wat voor reden dan ook. Onderzoek naar de verschillende redenen om te stoppen of spijt te uiten laat zien dat deze ook verband kunnen houden met sociale of maatschappelijke factoren. Stoppen en

spijt moeten volgens de commissie daarom niet zonder meer als maat voor de kwaliteit van transgenderzorg beschouwd worden, als in aanloop naar de initiële behandeling aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan.

4.1 Interpretatie van stoppen en spijt

Spijt is een complex begrip. Er bestaat geen eenduidige definitie van spijt en er worden geen standaardmethoden gebruikt om spijt vast te stellen.^{10,15} Een term die in de context van spijt vaak gebruikt wordt is detransitie. Ook hiervoor worden verschillende definities gehanteerd, die meestal in ieder geval de volgende elementen bevatten: het stoppen met hormoonbehandeling, het ondergaan van operaties om de effecten van de transitie terug te draaien of allebei. In dit advies gebruikt de commissie de term detransitie alleen voor handelingen om de effecten van transitie terug te draaien.

Stoppen met behandeling (en eventueel detransitie) en spijt kunnen hand in hand gaan. Toch moeten deze gezien worden als aparte concepten. Niet iedereen die spijt heeft van de transitie stopt met behandeling of onderneemt stappen om deze terug te draaien. Andersom geldt ook dat niet iedereen die stopt met behandeling en eventueel in detransitie gaat, spijt heeft van de beslissing om in transitie te gaan.^{96,97}



In de trans gemeenschap rust een taboe op het uiten van spijt en op detransitie. De zorg bestaat dat spijt en detransitie gebruikt worden om de toegang tot transgenderzorg te beperken,⁹⁸ omdat het soms gebruikt wordt als indicator voor de kwaliteit van de transgenderzorg. De commissie wijst erop dat spijt en stoppen niet zonder meer betekenen dat de zorg niet goed was. Het kan bijvoorbeeld in het geval van behandeling met GnRH-agonisten ook gezien worden als maat voor de zorgvuldigheid van het proces in aanloop naar behandeling. Door de manier waarop het Nederlandse zorgmodel is ingericht, worden jongeren namelijk met behulp van GnRH-agonisten uitgenodigd hun genderidentiteit verder te exploreren. Wanneer zij willen stoppen met de GnRH-agonisten en geen verdere behandeling wensen, kan dat een uitkomst zijn van een zorgvuldig proces.

Als jongeren stoppen met GnRH-agonisten of genderbevestigende hormoonbehandeling omdat ze de beoogde effecten die daarbij optreden niet langer wensen, kan er sprake zijn van spijt. Ieder geval van spijt is een persoonlijk verhaal van verlies, maar niet elk geval van spijt is ook een gevolg van tekortkoming in zorg. Het is volgens de commissie van belang dat de zorg zo ingericht is dat jongeren gedurende het gehele zorgtraject de ruimte voelen om te stoppen met behandeling en eventuele spijt te uiten, wat hun redenen ook zijn.

4.2 Redenen voor stoppen en vormen van spijt

De redenen voor stoppen met hormoonbehandelingen zijn sterk uiteenlopend. Spijt van de transitie kan een reden zijn om te stoppen met behandeling en al dan niet detransitie te wensen. Tegelijkertijd kan iemand er ook voor kiezen om te stoppen met de behandeling, zonder spijt te hebben van de transitie, bijvoorbeeld omdat het starten met het traject destijds wel de juiste keuze was.

Over het algemeen kunnen de redenen voor stoppen gecategoriseerd worden in externe en interne factoren. Bij externe factoren kan gedacht worden aan discriminatie of sociale invloeden, zoals druk van de familie of moeilijkheden bij het vinden van een baan.¹⁵ Voorbeelden van interne factoren zijn: mentale/emotionele stress, bijwerkingen, moeite met het ophalen of innemen van medicatie, twijfels over de genderidentiteit, reïdentificatie met het geslacht dat bij geboorte is toegekend of juist het hebben behaald van de behandeldoelen, waarmee de genderdysforie is afgenomen of niet meer actueel is.⁹⁹⁻¹⁰¹

Sommige onderzoekers categoriseren de redenen om te stoppen naar 3 categorieën: sociale spijt, medische spijt en gendergerelateerde spijt. Onder sociale spijt valt de wens om terug te gaan naar het geslacht dat bij geboorte is toegekend, omdat dat het maatschappelijk leven eenvoudiger maakt. Medische spijt houdt verband met directe uitkomsten van de behandeling(en) en/of operatie(s). Gendergerelateerde spijt houdt verband



met de wens om opnieuw te leven in het geslacht dat bij geboorte is toegekend.¹⁰² De aanname bij deze onderverdeling is dat iemand met spijt ook daadwerkelijk wil stoppen met de behandeling en in detransitie wil, wat niet het geval hoeft te zijn.

Walls et al. maken een uitgebreidere onderverdeling van de redenen van spijt. Er is sprake van gedwongen spijt of structurele spijt wanneer iemand tegen transfobie aanloopt in persoonlijke contacten of in de maatschappij. Interventiegerelateerde spijt hangt samen met onvrede over een genderbevestigende interventie. Tot slot, identiteitsgerelateerde spijt en exploratiegerelateerde spijt komen voort uit een verandering in hoe iemand naar de eigen genderidentiteit kijkt en een verlangen om terug te keren naar het geboortegeslacht of een verlangen om de genderidentiteit verder te verkennen.¹⁰³

Zoals uit bovengenoemde categorieën ook blijkt, houden veel vormen van spijt geen verband met de zorg, maar met veranderingen in sociale of maatschappelijke factoren. Een voorbeeld van zo'n verandering die invloed kan hebben op gevoelens van spijt is de aanpassing in de Transgenderwet in 2014. Voor die wijziging was het voor trans personen in Nederland alleen mogelijk om de geslachtsaanduiding in het paspoort te wijzigen als de persoon in kwestie gesteriliseerd was, waarbij de vruchtbaarheid verloren ging. Veel trans personen verkozen genderbevestigende behandeling boven behoud van vruchtbaarheid en staan nog steeds achter deze keuze,

maar sommigen ervaren wel gevoelens van spijt, boosheid of verdriet met betrekking tot het verlies van vruchtbaarheid.¹⁰⁴

Ook verschuivingen in de collectieve kijk op gender, genderrollen en inclusiviteit kunnen van invloed zijn op gevoelens van spijt. Voorheen hield een transitie in dat men van man naar vrouw ging en andersom. Gaandeweg is er in de samenleving meer ruimte gekomen voor bredere genderdiversiteit, zoals non-binariteit en genderfluiditeit. Hierdoor is er in het medische traject meer aandacht gekomen voor wat iemand nodig heeft om zichzelf te kunnen zijn, waarbij niet altijd alle beschikbare somatische behandelingen nodig zijn. Trans personen kunnen spijt hebben van (een deel van) hun transitie, omdat zij in het licht van deze maatschappelijke ontwikkelingen wellicht andere keuzes gemaakt zouden hebben.

4.3 Stoppen en spijt in cijfers

De commissie heeft de literatuur over stoppen, spijt en detransitie na behandeling met GnRH-agonisten en genderbevestigende hormonen in kaart gebracht. Primair is gefocust op Nederlandse studies, omdat onderzoeksresultaten over spijt/stoppen mede afhankelijk zijn van landelijke behandelrichtlijnen, organisatie van zorg alsmede politieke en maatschappelijke factoren. Een korte beschouwing van resultaten uit andere landen is ter vergelijking wel opgenomen, maar dient enkel ter illustratie. De resultaten zijn hieronder samengevat. Een uitgebreider



overzicht is te vinden in het Achtergronddocument *Stoppen, spijt en detransitie*.

4.3.1 Nederlandse cijfers

De commissie vond 6 Nederlandse studies met informatie over het al dan niet stoppen met somatische transgenderbehandeling die op minderjarige leeftijd is gestart.^{10,11,25,90,105,106} In de studies varieerde het percentage jongeren dat stopt met behandeling met GnRH-agonisten van 0% tot 3,5%^{10,25,90,106} en van 0% tot 2% voor genderbevestigende hormoonbehandeling.^{11,105} In 2 van de 6 studies werden de redenen voor het stoppen (van behandeling met GnRH-agonisten) benoemd. In beide studies was de voornaamste reden hiervoor afname van de genderdysforie (2,1% en 1,0% van de totale onderzoekspopulatie, respectievelijk).^{25,90} Andere redenen waren psychologische of sociale problemen die behandeling in de weg stonden,⁹⁰ problemen met therapietrouw,⁹⁰ of een beslissing van de zorgverleners.²⁵ In 1 van deze studies stopte 2,8% tijdelijk met GnRH-agonistenbehandeling vanwege bijwerkingen, problemen met therapietrouw of mentale stress.²⁵

Slechts 2 studies rapporteerden over spijt. In beide studies werden geen gevallen van spijt gevonden onder de personen die op minderjarige leeftijd met behandeling met GnRH-agonisten startten.⁶³ Een van deze studies keek echter alleen naar spijt bij de subgroep van personen die na hormoonbehandelingen (GnRH-agonisten en genderbevestigende

hormonen) gonadectomie ondergingen (verwijdering van de geslachtsklieren) en van die operatie spijt hadden.¹⁰ Spijt van (enkel) hormoonbehandelingen werd niet onderzocht.

Er zijn geen Nederlandse studies gevonden over detransitie bij personen die op minderjarige leeftijd hormoonbehandeling ondergingen.

4.3.2 Cijfers uit het buitenland

Op basis van 5 systematische literatuurreviews lijkt het percentage jongeren dat stopt met hormoonbehandeling internationaal te variëren tussen 0% en 8%.^{35,39,99,100,107} Ranges enkel voor Europese landen worden in deze reviews niet gegeven. In 1 review werden percentages apart genoemd voor GnRH-agonisten en genderbevestigende hormonen, waarbij die in laatstgenoemde categorie lager uitvielen.¹⁰⁰

In 2 reviews waarin specifiek werd gekeken naar spijt, werd gerapporteerd dat het percentage jongeren met spijt laag lag. In de ene review werd dat niet gekwantificeerd, in de andere review werd het wel gekwantificeerd voor de behandeling met GnRH-agonisten (spijtpercentage van $\leq 3,5\%$) maar niet voor de genderbevestigende hormoonbehandeling.

De 5 reviews verschillen in de conclusies die ze op basis van de cijfers over stoppen en spijt trekken. Waar 2 concluderen dat het percentage dat stopt of spijt heeft laag ligt,^{35,107} is de conclusie in de 3 overige reviews enkel gericht op het benoemen van de lage kwaliteit van bewijs en de noodzaak van studies met een lange follow-upduur.^{39,99,100}



Europese studies die gepubliceerd zijn na de systematische reviews bevestigen de eerder benoemde bevindingen. Zij rapporteren stoppercentages tussen 0% en 4,4% en een laag spijtpercentage.¹⁰⁸⁻¹¹¹

Cijfers over spijt van en/of stoppen met hormoonbehandeling worden mede beïnvloed door landelijke behandelrichtlijnen, organisatie van zorg en politieke en maatschappelijke factoren. Daarom zijn internationale cijfers niet zonder meer een indicatie voor de situatie in Nederland. In de systematische reviews worden data van verschillende landen samen genomen. Een vergelijking op het niveau van type zorgmodel per land werd niet gemaakt.

4.4 Kanttekeningen bij beschikbaar onderzoek

De kanttekeningen die de commissie in hoofdstuk 3 plaatst bij het onderzoek naar fysieke en mentale uitkomsten gelden ook voor het beschikbare onderzoek naar stoppen, spijt en detransitie. Ook voor deze uitkomsten concluderen systematische reviews dat de bewijskracht laag tot zeer laag is. De studies kennen dezelfde methodologische beperkingen: enkel studies van kleine omvang, waarbij niet altijd duidelijk is hoe de studiepopulatie zich in omvang en kenmerken verhoudt tot de populatie die in aanmerking zou komen voor studiedeelname, en waarin vaak niet wordt gecorrigeerd voor mogelijk verstorende variabelen (zoals bijkomende psychosociale problematiek, middelengebruik, sociale steun of psychologische behandeling).

Bij het interpreteren van de resultaten over stoppen, spijt of detransitie zijn gegevens over de follow-upduur en mate van uitval gedurende de follow-up uiteraard cruciaal. Veel studies hebben te maken met substantiële uitval van deelnemers tijdens de studieperiode, of rapporteren hier niet over, waardoor cijfers over stoppen, spijt of detransitie niet betrouwbaar kunnen worden vastgesteld. Ook hanteren studies doorgaans een beperkte follow-upduur, terwijl bekend is dat spijt zich soms pas na meerdere jaren of decennia kan openbaren.¹¹² Een andere beperking is dat een onbekend deel van de personen die stoppen, spijt hebben of in detransitie gaan dit niet aan hun zorgverleners rapporteert.

Deze gegevens blijven daardoor buiten de in de literatuur gepubliceerde schattingen.¹¹²

De gehanteerde definities voor stoppen, spijt en detransitie variëren sterk tussen studies. Zo wordt voor stoppen met behandeling in de ene studie enkel die groep meegenomen die permanent stopt, terwijl een andere studie ook de tijdelijke stoppers meeneemt of zelfs de gehele groep die uitvalt. Ook worden stoppen, spijt en detransitie geregeld door elkaar gebruikt. Dikwijls ontbreekt echter een heldere definitie en is het dus onduidelijk waar het genoemde percentage precies over gaat.

Een betrouwbare onderlinge vergelijking tussen studies is daardoor in de meeste gevallen niet mogelijk.



De commissie signaleert dat er geen Nederlands onderzoek beschikbaar is naar het aantal personen dat in detransitie gaat en wat hun ervaringen zijn. Daarnaast ontbreekt het aan onderzoek naar de zorgbehoeften van personen met spijt of een detransitiewens, inclusief mogelijke barrières om gevoelens van spijt aan te kaarten bij zorgverleners. Ook mist onderzoek naar personen die stoppen, spijt hebben of in detransitie gaan buiten specialistische gendercentra, terwijl bekend is dat zij zich niet altijd melden in deze centra. Als laatste is er geen onderzoek voorhanden naar de mate waarin de verandering in de samenstelling van de groep jongeren die transgenderzorg vraagt (onder andere vaker ouder, geboren meisje, non-binair, psychische problematiek) invloed heeft op het percentage dat na hormoonbehandelingen stopt, spijt heeft of in detransitie gaat.



5 Juridische, ethische en maatschappelijke overwegingen

In het kort

De commissie concludeert dat de huidige *Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch* past binnen het brede gezondheidsrechtelijk kader, waarbij de commissie vooral heeft gelet op de kwaliteit en de zorgvuldigheid van de toegepaste procedures in de transgenderzorg. Het Nederlandse zorgmodel biedt volgens de commissie ruimte voor de informatievoorziening aan jongeren en ouders en voor de reflectie die nodig is voor vrijwillige geïnformeerde toestemming en gezamenlijke oordeelsvorming en exploratie. Wel ziet de commissie ruimte om het zorgvuldige karakter van de Nederlandse transgenderzorg voor jongeren beter te verankeren in de Kwaliteitsstandaard.

Autonomie is niet alleen een voorwaarde, maar ook een doel van zorg. Zorg kan bijdragen aan het versterken van het vermogen van jongeren om hun eigen weg te vinden en een zelfgekozen leven te leiden.

De mogelijkheid om een leven te leiden in overeenstemming met de eigen wensen en voorkeuren hangt niet alleen af van medische zorg, maar ook van de mate waarin genderdiversiteit wordt geaccepteerd in de maatschappij.

5.1 Geïnformeerde toestemming

Binnen het gezondheidsrecht geldt als belangrijk uitgangspunt dat de patiënt toestemming moet geven voor het uitvoeren van een medische behandeling (art. 7:450 lid 1 BW). Wanneer het een minderjarige jonger dan 12 jaar betreft, moeten ouders toestemming geven voor medische behandeling. Tussen de 12 en 16 jaar is in beginsel zowel de toestemming van het kind als van de ouders nodig (dubbele toestemming, art. 7:450 lid 2 BW). In het Nederlandse rechtssysteem wordt een minderjarige van 16 jaar en ouder geacht zelfstandig te kunnen beslissen over medische behandelingen. Een minderjarige van 16 jaar en ouder moet dus zelfstandig toestemming geven voor een medische behandeling (art. 7:447 BW). In de transgenderzorg kan – na indicatiestelling – de behandeling met GnRH-agonisten doorgaans worden gestart tussen de 10 en 14 jaar. Een beslissing daarover vereist dus betrokkenheid van de ouders. Wanneer een minderjarige van 12 jaar of ouder de behandeling weloverwogen blijft wensen of behandeling noodzakelijk is om ernstig nadeel voor de minderjarige te voorkomen, kan er echter voorbij worden gegaan aan de toestemming van de ouders (zie ook Achtergronddocument *Juridisch kader transgenderzorg voor jongeren*). Genderbevestigende hormoonbehandeling kan in Nederland worden gestart vanaf 15/16 jaar. In sommige gevallen mag de jongere daar dus zelfstandig over beslissen, mits voor deze behandeling een indicatie bestaat.



Voor geldige toestemming moet aan 3 eisen zijn voldaan: de betrokkene moet adequaat zijn geïnformeerd, de toestemming moet vrijwillig zijn gegeven en de persoon moet wilsbekwaam zijn. Het is aan de zorgverlener als goed hulpverlener om te beoordelen of aan die 3 voorwaarden is voldaan.

5.1.1 Informatievoorziening in een context van onzekerheid

Om rechtsgeldig toestemming te geven, hebben jongeren en hun ouders goede informatie nodig.¹¹³ De zorgverlener heeft op grond van de WGBO, opgenomen in boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, een plicht om de patiënt te informeren over diens gezondheidstoestand, voorgenomen onderzoek en behandeling (art. 7:448 lid 1 BW). Deze informatieplicht behelst onder andere de aard van de voorgestelde behandeling, de te verwachten effecten, mogelijke bijwerkingen en risico's, de onzekerheden rond (met name) langetermijneffecten, de beschikbare alternatieven en de gevolgen van niet-behandelen (art. 7:448 lid 2 BW). Onderdeel van de informatieplicht is ook het informeren over eventueel *off-label use* van medicatie. *Off-label use* is het gebruik van een geneesmiddel voor een andere indicatie, dosering, patiëntengroep of toepassing dan waarvoor het is geregistreerd.¹¹⁴ *Off-label use* is alleen toegestaan wanneer daarvoor binnen de beroepsgroep protocollen en standaarden zijn ontwikkeld (art. 68 lid 1 Gnw, zie Achtergronddocument *Juridisch kader transgenderzorg voor jongeren*). Bij de behandeling van jongeren met genderdysforie met GnRH-agonisten en genderbevestigende hormonen is er sprake van

off-label use. Dit is echter opgenomen in de *Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch*.⁴ Voor *off-label use* geldt dat een uitgebreide voorlichting voor patiënten nodig is, ook in termen van voor- en nadelen (risicoanalyse¹¹⁵).¹¹⁴ In de praktijk is dit ingebed in de procedure voor geïnformeerde toestemming. De commissie raadt aan dit in de herziening van de Kwaliteitsstandaard ook expliciet op te nemen.

Hoewel ouders voor kinderen onder 12 jaar toestemming moeten geven, moeten deze kinderen wel geïnformeerd worden, op een manier die past bij hun bevattingsvermogen (art. 7:448 lid 1 BW). Art. 12 IVRK verplicht zorgverleners daarbij om minderjarigen niet alleen te informeren, maar hen ook actief te betrekken bij het besluitvormingsproces. Participatie van het kind is een proces van voortdurende wederkerige informatie-uitwisseling. Overleg tussen zorgverlener en patiënt is steeds belangrijker geworden. Dit informeren en overleggen wordt vaak aangeduid als samen beslissen of *shared decision-making*. *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.¹¹⁶ In het geval van transgenderzorg is het principe van *shared decision-making* ook uitgewerkt en toegepast in (inter)nationale richtlijnen.^{4,23} Deze richtlijnen schrijven voor dat jongeren (en hun ouders) worden geïnformeerd, bijvoorbeeld over de reproductieve consequenties van behandeling,



waaronder het mogelijke verlies van vruchtbaarheid en de opties voor vruchtbaarheidsbehoud.

Omdat de bewijskracht voor de fysieke en mentale uitkomsten van hormoonbehandeling beperkt is (zie hoofdstuk 3) vindt informatievoorziening in de transgenderzorg plaats tegen de achtergrond van onzekerheid. De onzekerheden staan geïnformeerde toestemming niet in de weg, maar de onzekerheid zelf moet wel onderwerp van gesprek zijn. Het gaat erom dat jongeren en ouders zicht hebben op wat bekend is en wat niet, en dat zij zich bewust zijn van de onzekerheden en deze aanvaarden. Dat vergt tijdige, zorgvuldige communicatie en bedenktijd. Volgens de commissie wordt daar in het Nederlandse zorgmodel ruimte voor gecreëerd. In een langdurige diagnostische fase en indicatiestelling vinden gesprekken met onder meer psychologen, endocrinologen en fertiliteitsspecialisten plaats voordat er eventueel somatische stappen worden gezet. Vragen rond vruchtbaarheid en eventuele kinderwens maken daarvan expliciet deel uit. Dat is niet eenmalig, maar iets dat wordt hernomen en bijgesteld in het licht van nieuwe inzichten, onder meer tijdens periodieke controles bij de endocrinoloog en psycholoog of psychiater, zoals het principe van *shared decision-making* ook vereist.

5.1.2 Vrijwilligheid en de rol van ouders en zorgverleners

Toestemming voor medische behandeling moet vrijwillig worden gegeven, zonder dwang, manipulatie of oneigenlijke druk. Druk kan onder andere

uitgaan van ouders, zowel richting behandeling als richting afzien daarvan. De betrokkenheid van ouders bij toestemming over een behandeling kan minderjarigen beschermen tegen overhaaste beslissingen en een breder perspectief bieden. Maar wanneer ouders de behandelwens van hun kind niet delen, kan dat de vrijwilligheid van toestemming onder druk zetten. De wet voorziet in dit laatste scenario doordat ouderlijke toestemming niet noodzakelijk is wanneer het kind de behandeling weloverwogen blijft wensen (art. 7:450 lid 2 BW). Dit betekent niet dat jongeren automatisch alle door hen gewenste zorg ontvangen. Het is aan de zorgverlener om te handelen volgens ‘het goed hulpverlenerschap’ (art. 7:453 BW). Dat wil zeggen: professioneel verantwoord handelen volgens de geldende professionele standaard(en). Bij die beslissingen staan de wensen en belangen van het kind centraal en worden deze wensen en het perspectief van de ouders zorgvuldig meegewogen.¹¹⁷ Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverlener om als goed hulpverlener, met toepassing van *shared decision-making*, samen met het kind en de ouders tot een goede afweging te komen. Daarmee zijn de psychosociale spanningen echter niet opgelost. Bij een jongere die behandeling krijgt tegen de wens van de ouders in kunnen thuis spanningen ontstaan die een negatieve impact kunnen hebben op het gezin. En een jongere wiens toegang tot zorg door diens ouders wordt beperkt vanwege bezwaren kan ernstig lijden onder het uitblijven van zorg. Eenmaal in de zorg mag het onthouden van ouderlijke toestemming de zorgverlener er niet aan in de weg staan toch zorg te verlenen, als de jongere dit weloverwogen blijft wensen of als dit



nodig is om kennelijk ernstig nadeel voor de jongere te voorkomen (art. 7:450 lid 2 BW).

In de context van transgenderzorg voor jongeren kunnen ook leeftijds-genoten en sociale media de vrijwilligheid beïnvloeden. Tegelijkertijd wordt geen enkele keuze in de zorg gemaakt in een sociaal vacuüm.

De relevante vraag is niet of sociale invloeden aanwezig zijn, maar of zij het vermogen tot autonome oordeelsvorming ondermijnen.

Door tijd en ruimte te creëren voor reflectie worden deze invloeden volgens de commissie in het Nederlandse zorgmodel opgevangen.

De verkennende fase strekt zich uit over een langere periode, waardoor de consistentie van genderdysforie en de hulpvraag in de tijd kan worden beoordeeld. Psychologische begeleiding maakt het mogelijk om de bredere psychosociale context te verkennen en te signaleren wanneer een behandelwens mogelijk sterker voortkomt uit externe druk dan uit de eigen beleving van de jongere. De *Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg-Somatisch* en de internationale WPATH-criteria vereisen expliciet dat genderincongruentie duidelijk aanwezig is en blijft bestaan, en dat eventuele mentale gezondheidsproblemen die de diagnostische zekerheid of het vermogen tot toestemmen kunnen verstoren, zijn geadresseerd.

5.1.3 Wilsbekwaamheid

Wilsbekwaamheid, het vermogen tot een redelijke waardering van de eigen belangen ter zake,¹¹⁸ vormt het 3^e vereiste voor geldige toestemming, naast goede informatievoorziening en vrijwilligheid. De beoordeling van wilsbekwaamheid is aan de orde bij toestemming voor elke medische behandeling of verrichting. Het oordeel over de wilsbekwaamheid is afhankelijk van de specifieke context: het onderwerp van de beslissing, de complexiteit van de situatie en de mogelijke ernst van de gevolgen.¹¹⁸ In de transgenderzorg betekent dit dat zorgverleners de wilsbekwaamheid per (fase van de) behandeling beoordelen. Wilsbekwaam om in te stemmen met ondersteunende zorg, betekent niet automatisch wilsbekwaam om in te stemmen met somatische interventies als hormoonbehandeling of mastectomie. In de praktijk wordt wilsbekwaamheid vaak gekoppeld aan de wettelijke leeftijdsgrenzen voor toestemming (zie paragraaf 5.1.1). Onderzoek laat echter zien dat kinderen iets voor de leeftijd van 12 jaar over het algemeen al het vermogen hebben om beslissingen te nemen over medische aangelegenheden.¹¹⁹⁻¹²²

In de internationale literatuur bestaat brede overeenstemming over 4 criteria voor de beoordeling van wilsbekwaamheid. Het betreft het begrijpen van de beschikbare keuzemogelijkheden, het overzien van de gevolgen daarvan, het kunnen plaatsen van deze gevolgen in het licht van eigen waarden en prioriteiten, en het nemen van een beslissing op basis van rationele overwegingen.^{118,123} Wilsbekwaamheid is een gradueel begrip.



Iemand kan in meer of mindere mate aan de criteria voldoen. Bovendien is wilsbekwaamheid beslissingsspecifiek. 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,^{118,124} en om uit te leggen hoe die tot dat oordeel is gekomen.¹¹⁷ De zorgverlener hoeft daar in beginsel geen (andere) deskundige(n) voor te raadplegen, maar dat kan wel.

Voor de transgenderzorg is voor wilsbekwaamheid van belang dat de jongere inzicht heeft in wat GnRH-agonisten en genderbevestigende hormoonbehandeling behelzen, welke effecten omkeerbaar zijn en welke niet, waar onzekerheden bestaan over langetermijneffecten en welke alternatieve handelingsopties er zijn. Deze informatie moet kunnen worden betrokken bij een afweging van persoonlijke waarden en doelen, zoals het belang van lichamelijke congruentie, de aanvaarding van risico's en onzekerheden en wensen met betrekking tot vruchtbaarheid. Onderzoek toont aan dat trans jongeren grondig nadenken over de keuze om te starten met GnRH-agonisten, begrijpen wat het inhoudt en over het algemeen wilsbekwaam zijn om hierover te beslissen.¹²²

Het Nederlandse zorgmodel erkent de gradualiteit van wilsbekwaamheid door de gefaseerde opbouw van het behandeltraject. De verkennende fase gaat vooraf aan somatische interventies. Behandeling met GnRH-agonisten start niet voor Tannerstadium 2 of 3, en genderbevestigende

hormoonbehandeling vanaf 15/16 jaar. Op elk moment dient opnieuw te worden beoordeeld of de jongere de gevolgen van de voorgestelde behandeling kan overzien. Alleen wie de behandeling goed begrijpt, inclusief de onzekerheden, en de gevolgen kan overzien, kan geïnformeerde instemming geven.

5.1.4 Beoordeling van geïnformeerde toestemming

De beoordeling of aan de voorwaarden voor geïnformeerde toestemming is voldaan, ligt niet bij de patiënt of diens ouders, maar bij de zorgverlener. Daarmee wordt voorkomen dat een medische beslissing uitsluitend rust op de behandelwens van de jongere, en wordt de beslissing ingebed in een professionele beoordeling van informatie, vrijwilligheid en beslissingsbekwaamheid. Zorgverleners zullen slechts gehoor geven aan een behandelwens van de jongere indien de jongere wilsbekwaam is en de behandeling past binnen de kaders van goed hulpverlenerschap (art. 7:453 BW) en goede zorg (art. 2 Wkkgz). Zorgverleners zijn daarbij gehouden te handelen in lijn met de professionele standaard en kwaliteitsstandaarden (art. 2 lid 2 Wkkgz). De *Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch* is onderdeel van de professionele standaard op het gebied van transgenderzorg. De commissie merkt op dat de huidige Kwaliteitsstandaard past binnen het brede gezondheidsrechtelijk kader, waarbij de commissie vooral heeft gelet op de kwaliteit en de zorgvuldigheid van de toegepaste procedures in de transgenderzorg (zie *Achtergronddocument Juridisch kader transgenderzorg voor jongeren*). Belangrijke voorwaarden daarbij



zijn de informatieplicht van de zorgverlener over de onzekerheden met betrekking tot de behandeling en een gedegen beoordeling van de wilsbekwaamheid van de jongere. De commissie vindt het belangrijk om deze aspecten bij de herziening van de Kwaliteitsstandaard te expliciteren. De *Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch* stelt dat geïnformeerde toestemming is vereist, maar specificiert niet hoe wilsbekwaamheid moet worden vastgesteld. De commissie ziet in de lopende herziening een kans om hierin meer transparantie en ondersteuning te bieden, bijvoorbeeld aan de hand van bestaande instrumenten zoals de *MacArthur Competence Assessment Tool*¹²⁵ en de Wilsbekwaamheidswijzer van het Amsterdam UMC.¹²⁶ Daarnaast moet duidelijk zijn door wie, wanneer en waarover het kind geïnformeerd wordt, wat de betekenis van diens mening is voor het verdere proces en welke stappen er zullen worden gezet.¹²⁷ Het expliciet borgen van betekenisvolle participatie en informatievoorziening van het kind, zoals dat bedoeld is vanuit een kinderrechtenperspectief (Achtergronddocument *Juridisch kader voor transgenderzorg*), versterkt zowel de rechtspositie van het kind als de kwaliteit van zorg.

5.2 Autonomie als voorwaarde en als doel

In het maatschappelijke en politieke debat over somatische transgenderzorg voor jongeren wordt vaak betwijfeld of minderjarigen zulke ingrijpende beslissingen kunnen nemen over behandelingen met mogelijk onomkeerbare gevolgen.⁵ Autonomie wordt in de discussie gebruikt om verschillende, soms tegengestelde zorgen te articuleren. Enerzijds gaat het

om de vraag of een jongere in staat is om geïnformeerd en weloverwogen in te stemmen met behandeling. Anderzijds gaat het om de vraag of bepaalde zorg jongeren kan helpen om zich te ontwikkelen en hun leven vorm te geven op een manier die voor hen betekenisvol is. Autonomie biedt een verbinding tussen het juridische kader en de bredere ethische beoordeling. In de nationale gezondheidswetgeving gaat het om de vraag of een jongere mag instemmen met behandeling. Autonomie is in dat geval een voorwaarde voor zorg. Bij de rechtsbeginselen van het gezondheidsrecht en de ethische beoordeling gaat het om de vraag waar de zorg waar de jongere al dan niet mee mag instemmen voor dient. In dat geval wordt autonomie niet gezien als voorwaarde maar als doel: draagt de zorg bij aan het vermogen om een zelfgekozen leven te leiden? Een analyse die zich beperkt tot formele toestemming doet aan die bredere ethische vraag geen recht.

5.2.1 Bijdrage van behandeling aan autonomie

Vanuit het 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. Bij dit perspectief op autonomie staat niet de geldigheid van toestemming centraal, maar de vraag of zorg bijdraagt aan het vermogen van de jongere om een zelfgekozen leven te leiden. Genderdysforie kan dit vermogen ondermijnen. Nederlands onderzoek laat zien dat trans jongeren voorafgaand aan behandeling meer emotionele problemen en suicidaliteit rapporteren dan cisgender



leeftijdsgenoten.⁶² Ook sociale relaties staan onder druk.⁶² Deze problemen beperken de ruimte om ontwikkelingstaken van de adolescentie te vervullen. Wie wordt overspoeld door onrust en stress over het eigen lichaam (*distress*) of worstelt met depressie en sociale terugtrekking, heeft minder mogelijkheden om identiteit te vormen, talenten te ontwikkelen en toekomstplannen te maken. Daarmee wordt het recht op een open toekomst geschaad.¹²⁸ Vanuit het perspectief van autonomie als doel is de kernvraag of somatische transgenderzorg deze belemmeringen kan verminderen en daarmee ruimte kan scheppen voor autonome levensvoering.

Nederlandse studies laten zien dat na de start van behandeling met GnRH-agonisten mentale uitkomsten, zoals emotionele problemen, depressieklachten en suïcidaliteit, verbeteren of in ieder geval niet verslechteren.⁶²⁻⁶⁴

Genderbevestigende hormoonbehandeling kan bijdragen aan een lichamelijke verschijning die overeenkomt met de genderidentiteit. Het beperkt beschikbare onderzoek naar genderbevestigende hormoonbehandeling toont ook verbeteringen in algemeen functioneren en welzijn na behandeling.⁶³ Deze bevindingen ondersteunen de conclusie dat behandeling zou kunnen bijdragen aan autonomie, via vermindering van *distress*, toegenomen lichaamstevredenheid en algemeen en sociaal functioneren. Door vermindering van *distress* ontstaat psychische ruimte, wat het vermogen tot reflectie en keuzevorming ten goede kan komen. Door toegenomen lichaamstevredenheid kan het gemakkelijker worden in

het eigen lichaam te leven. Door verbetering van sociaal functioneren kunnen relaties toegankelijker worden. Dit zijn voorwaarden voor het vormen en realiseren van zelfgewilde levensdoelen.

5.2.2 Het exploratieve karakter van het Nederlandse model

Volgens de commissie weerspiegelt de inrichting van het Nederlandse zorgmodel de autonomie-als-doel benadering. Het uitgangspunt is niet het bevestigen van een vooraf vaststaande identiteit, maar het zorgvuldig in kaart brengen van de behoeften van het individuele kind vanuit verschillende invalshoeken. Dit onderscheidt het model van de zorgpraktijk elders, zoals beschreven in de *Cass review* en de Tavistock-uitspraak,⁸ waar behandeling plaatsvond vanuit een sterk affirmatief uitgangspunt met onvoldoende aandacht voor alternatieve verklaringen van lijden.

In het Nederlandse model staat exploratie centraal. Behandeling met GnRH-agonisten fungeert niet primair als opstap naar verdere behandeling, maar als interventie die – weliswaar binnen de specialistische zorg – tijd creëert voor verdere exploratie. Niet alle jongeren die zich melden voor GnRH-agonisten starten uiteindelijk met deze behandeling, maar het merendeel wel.¹¹ Na de behandeling met GnRH-agonisten gaan de meeste jongeren door met genderbevestigende hormoonbehandeling. Sommigen zien daarin een aanwijzing dat behandeling met GnRH-agonisten wordt gezien als bevestiging van de genderproblematiek en niet alleen als middel voor verdere exploratie. Tegelijkertijd kan het gegeven dat een



klein percentage niet doorgaat met genderbevestigende hormoonbehandeling een aanwijzing zijn dat in het zorgtraject de juiste selectiecriteria worden gehanteerd, dat er ruimte is voor verschillende uitkomsten en dat er ruimte is om af te zien van behandeling wanneer deze niet passend blijkt.

Ook de voortdurende psychosociale begeleiding tijdens het gehele behandeltraject draagt volgens de commissie bij aan autonomie als doel. Jongeren worden niet alleen medisch gemonitord, maar ook ondersteund in het begrijpen van hun ervaringen en het maken van keuzes over het vervolg van het traject. Dat is onderdeel van goede besluitvorming; besluitvorming die in overeenstemming is met de voorkeuren en waarden van de patiënt.

5.2.3 De schade van niet-behandelen

Het autonomie-als-doel perspectief maakt ook zichtbaar wat de schade kan zijn van niet-behandelen of van vertraagde behandeling. Wanneer toegang tot zorg ontbreekt, blijven belemmeringen voor autonome levensvoering bestaan. Mentale klachten kunnen aanhouden,⁶⁹⁻⁷¹ terwijl de puberteit voortschrijdt en er onomkeerbare lichamelijke veranderingen optreden die eventuele latere behandeling complexer kunnen maken.⁴⁷ Niet-behandelen is daarmee geen neutrale optie. In het publieke debat wordt behandelen vaak voorgesteld als ingrijpen, terwijl afwachten als vanzelfsprekend geldt. Vanuit het perspectief van autonomie wordt

duidelijk dat ook het uitstellen of onthouden van zorg gevolgen heeft voor het leven en de ontwikkelingsmogelijkheden van jongeren, en dat die gevolgen moreel relevant zijn. Vanuit dat perspectief is het verkorten van de wachttijden moreel urgent. Een wachttijd van ruim 2,5 jaar betekent immers langdurig omgaan met genderdysforie zonder de mogelijkheid van somatische ondersteuning. Dit kan jongeren ertoe aanzetten alternatieve routes te zoeken, met bijkomende risico's.

5.3 De maatschappelijke context

De mogelijkheid om een leven te leiden in overeenstemming met de eigen genderidentiteit hangt niet alleen af van medische zorg, maar is ook sterk verbonden met de maatschappelijke context. Zo beperken discriminatie en uitsluiting de mogelijkheden om een zelfgekozen leven te leiden, ongeacht de kwaliteit van de zorg. Ook werkt weerstand van de maatschappij pathologisering en medicalisering van gendervragen in de hand. Polarisatie en verharding van het debat in de maatschappij kunnen negatieve gevolgen hebben voor trans personen. Het behoren tot een gemarginaliseerde groep en het ervaren van vooroordelen, stigma en discriminatie kan leiden tot minderheidsstress. Dit heeft zijn weerslag op de mentale gezondheid van trans personen, waardoor zij passende zorg voor hun mentale gezondheid nodig hebben. Tegelijkertijd is bekend dat gendereuforie en een gevoel van verbondenheid met de gemeenschap de negatieve invloed van minderheidsstress op het mentaal welbevinden verminderen. Als gevolg hiervan kan ook de vraag naar zorg afnemen.



Minderheidsstress is dus van grote invloed op de zorgvraag van trans personen. Dit laat zien dat de houding van een maatschappij ten opzichte van genderdiversiteit een rol speelt bij gendervragen van jongeren.³³

Respect voor autonomie vraagt daarom niet alleen iets van de inrichting en de uitvoering van de transgenderzorg. Er is ook aandacht nodig voor de bredere voorwaarden waaronder autonomie kan worden gerealiseerd. Hoewel dit grotendeels buiten het domein van de gezondheidszorg ligt, kan de zorg bijdragen door kennis te delen en te signaleren wanneer maatschappelijke omstandigheden gezondheid en welzijn ondermijnen.

Autonomie als doel schept de verplichting om de zorg zo in te richten dat jongeren hun genderidentiteit kunnen ontwikkelen. Dit brengt niet alleen mee dat de zorg daarop ingericht moet zijn, maar ook dat ruimte en aandacht bestaat voor de fluïde aard van genderidentiteit. In de transgenderzorg wordt ingegrepen in de ontwikkeling en wordt het lichaam vaak aangepast richting een binair en lineair einddoel. Dit komt omdat de ontwikkeling van genderidentiteit vaak wordt gezien als een lineair proces met een stabiel einddoel; identificatie als ofwel man ofwel vrouw.

Maar genderidentiteit is niet bij iedereen binair en genderontwikkeling verloopt vaak niet lineair, maar fluïde en het kan veranderen over tijd.

Dit benadrukt het belang van gedegen exploratie van gendervragen, bij voorkeur in eerste instantie bij de huisarts en in de reguliere ggz.

Als exploratieve gendervragen op deze plekken worden belegd, ligt de focus niet direct op een somatische oplossing en wordt het risico van een

medische fuik ondervangen. Hierdoor worden jongeren optimaal in staat gesteld hun genderidentiteit te ontdekken en hier zorgvuldige keuzes over te maken. Hiervoor is het volgens de commissie wel nodig dat zorgverleners in de huisartsgeneeskunde en reguliere ggz meer handvatten krijgen om gendervragen met jongeren te bespreken.



6 Advies

De tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren heeft zich gebogen over de vragen of de richtlijn voor somatische transgenderzorg voor jongeren past binnen het gezondheidsrechtelijk kader en wat er bekend is over fysieke en mentale (langetermijn)gevolgen van hormoonbehandelingen en over spijt na behandeling. De commissie concludeert dat de somatische behandeling voor jongeren met genderdysforie past binnen het gezondheidsrechtelijk kader, waarbij de commissie vooral heeft gelet op de kwaliteit en de zorgvuldigheid van de toegepaste procedures in de transgenderzorg. Zij is van oordeel dat sommige zorgvuldigheidseisen wel sterker verankerd zouden kunnen worden bij de herziening van de *Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch*, omwille van de transparantie en ter ondersteuning van zorgverleners. Specifiek gaat het om het uitgebreider omschrijven van de procedure voor geïnformeerde toestemming en de beoordeling van de wilsbekwaamheid.

De commissie heeft het wetenschappelijk onderzoek naar fysieke en mentale uitkomsten van hormoonbehandelingen bij jongeren in kaart gebracht en bekeken wat er bekend is over spijt na deze behandelingen. Onderzoek laat zien dat de beoogde fysieke effecten worden bereikt, er aanwijzingen zijn voor enige verbetering in mentale uitkomsten en dat het aantal gevallen van spijt laag ligt. De huidige gegevens over niet-beoogde

fysieke en mentale effecten zijn niet zorgwekkend volgens de commissie. Wel zijn er onduidelijkheden, namelijk de mogelijke effecten van behandeling op cognitie en vruchtbaarheid zijn nog onvoldoende onderzocht en gegevens over de effecten op de lange termijn ontbreken. Ook is op basis van de beschikbare literatuur het aantal personen met spijt niet goed vast te stellen vanwege de veelal korte follow-upduur en de substantiële uitval in studies. Deze onduidelijkheden vormen geen aanleiding voor de commissie om te adviseren de zorg anders in te richten. Zij maakt daarbij de afweging dat niets doen ook schadelijk kan zijn voor de mentale gezondheid. Volgens de commissie zijn deze onduidelijkheden belangrijke elementen die in de procedure voor geïnformeerde toestemming zorgvuldig met de jongeren en hun ouders besproken moeten worden.

Van gendervragen al dan niet naar hormoonbehandeling

Vragen over genderidentiteit kunnen onderdeel zijn van de natuurlijke identiteitsontwikkeling. Bij een klein deel van de jongeren in Nederland hebben die vragen betrekking op genderdysforie: zij hebben een diep gevoel van onbehagen omdat hun genderidentiteit niet overeenkomt met het geslacht dat bij de geboorte is toegekend. Genderdysforie gaat gepaard met psychische klachten en sociale problemen, die het dagelijks functioneren en de ontwikkeling van jongeren negatief beïnvloeden. Zo ervaren zij vaker stress en hebben zij vaker depressieve of suïcidale gevoelens, een negatief zelfbeeld en slechtere (sociale) relaties met leeftijdsgenoten. Voor jongeren met genderdysforie is psychologische zorg



aangewezen. Ook somatische zorg behoort tot de mogelijkheden.

Een deel van de jongeren met genderdysforie wenst somatische zorg en zou daarvoor in aanmerking kunnen komen.

Eventuele somatische behandeling is in Nederland pas aan de orde na uitgebreide verkenning, diagnostiek, psychologische begeleiding en indicatiestelling door een multidisciplinair team. In het Nederlandse zorgmodel ligt de nadruk op een stapsgewijze exploratie van de genderidentiteit. Hoewel andere landen regelmatig refereren aan de *Dutch Protocol*, is de aanpak in die landen in de praktijk niet altijd in overeenstemming met het huidige Nederlandse zorgmodel. Het is de commissie bijvoorbeeld niet duidelijk geworden of in andere landen voldoende aandacht was voor exploratie en psychologische begeleiding. De commissie merkt op dat hoewel behandeling met GnRH-agonisten en genderbevestigende hormonen voor jongeren in Engeland en Zweden nog slechts in onderzoeksverband beschikbaar is, de nieuwe inrichting van de transgenderzorg in deze landen nu veel meer op de Nederlandse aanpak lijkt. Daarbij is de behandeling met GnRH-agonisten en genderbevestigende hormonen in landen als Duitsland, Oostenrijk, Zwitserland, Polen en Frankrijk recentelijk steviger verankerd in richtlijnen en *expert statements*.

Gendervragen bij de huisarts en in de reguliere ggz

In eerste instantie kunnen kinderen met gendervragen terecht bij de huisarts en, via doorverwijzing, bij de reguliere ggz. De commissie benadrukt dat de huisarts en reguliere ggz een belangrijke rol hebben in de begeleiding van kinderen met gendervragen. Tegelijkertijd signaleert de commissie dat er op deze plekken vaak sprake is van handelingsverlegenheid en kennisachterstand ten aanzien van gendervragen en de context waarin deze opkomen. De commissie vindt het belangrijk dat deze zorgverleners meer handvatten krijgen om gendervragen met jongeren te bespreken. Ter ondersteuning van zorgverleners pleit zij daarom voor meer kennis en (na)scholing over (communicatie over) gendervraagstukken bij huisartsen en in de reguliere ggz. Als explorerende gendervragen bij de huisarts en in de reguliere ggz belegd worden, kan dat pathologisering en medicalisering van gendervragen door snelle verwijzing naar gendercentra vroegtijdig voorkomen. Daarnaast kan het mogelijk bijdragen aan het verminderen van de lange wachttijden in de specialistische zorg. Naast de negatieve mentale effecten van de lange wachttijden, kan het lange wachten er ook toe leiden dat kinderen zonder zorgvuldig proces (uitgebreide verkenning van de zorgvraag, diagnose en ondersteuning) zelf beginnen met hormoonbehandeling die zij via alternatieve routes verwerven.



Zorgvuldige indicatiestelling behouden

De commissie constateert dat de indicatiestelling voor somatische behandeling van jongeren met genderdysforie een voldoende zorgvuldig ingerichte procedure kent. Om de kwaliteit van de transgenderzorg voor kinderen tot 18 jaar te waarborgen, is het volgens de commissie belangrijk dat de multidisciplinaire aanpak, met een uitgebreide verkennende en diagnostische fase en strikte indicatiestelling behouden blijft. Ook is het van belang dat er aandacht blijft voor bijkomende gezondheidsproblemen, vooral omdat er bij de jongeren die zich de laatste jaren aanmelden voor transgenderzorg vaker sprake is van bijkomende psychosociale problematiek.

Aandachtspunten herziening Kwaliteitsstandaard

De commissie constateert dat de behandeling voor jongeren met genderdysforie past binnen het gezondheidsrechtelijk kader. Dat neemt niet weg dat zij van oordeel is dat sommige zorgvuldigheideisen sterker verankerd zouden kunnen worden bij de herziening van de *Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch*, omwille van de transparantie en ter ondersteuning van de zorgverleners. Ten eerste ziet de commissie mogelijkheid om de diagnostische fase en indicatiestelling en het belang ervan uitgebreider te omschrijven. De zorgvuldigheid van die stappen beschermen het exploratieve karakter van het Nederlandse zorgmodel. Ten tweede ziet de commissie dat de huidige Kwaliteitsstandaard weinig houvast biedt voor de beoordeling van wilsbekwaamheid. Het expliciet

borgen van participatie van en informatievoorziening aan het kind, zoals dat bedoeld is vanuit een kinderrechtenperspectief, versterkt zowel de rechtspositie van het kind als de kwaliteit van zorg. Hierbij dient duidelijk te zijn door wie, wanneer en waarover het kind geïnformeerd wordt, wat de betekenis is van diens mening voor het verdere proces en welke stappen er zullen worden gezet (geïnformeerde toestemming). Volgens de commissie zou dit expliciet in de Kwaliteitsstandaard omschreven moeten worden.

Monitoring en evaluatie van zorg

Het onderzoek naar fysieke en mentale uitkomsten van hormoonbehandeling bij jongeren met genderdysforie laat volgens de commissie veelal consistente en overwegend positieve resultaten zien. Daar moet de kanttekening bij geplaatst worden dat het onderzoek – mede gegeven de ethische beperkingen van onderzoek bij trans jongeren – over het algemeen van lage kwaliteit is. Daarnaast ontbreken gegevens over met name langetermijnuitkomsten en mogelijke effecten op cognitie en vruchtbaarheid. In lijn met het zorgveld is de commissie van mening dat deze onduidelijkheden belangrijke elementen zijn die in de procedure voor geïnformeerde toestemming zorgvuldig met de jongeren en ouders besproken moeten worden. Daarbij is het van belang dat trans jongeren langdurig en zorgvuldig worden gemonitord en begeleid. De commissie constateert dat door de grote druk op de zorg de aandacht en ruimte voor goed wetenschappelijk onderzoek in het geding is. Toch vindt zij



gestandaardiseerde, landelijke monitoring en evaluatie van zorg cruciaal om over een aantal jaar robuuste data over effecten op de lange termijn te hebben. Hiervoor is samenwerking tussen de verschillende centra die deze zorg aanbieden essentieel. Noodzakelijkerwijs brengt dit een vraag naar extra middelen met zich mee.

Belang van onderzoek naar langetermijnuitskomsten

Volgens de commissie is er onderzoek van hogere kwaliteit naar fysieke en mentale uitkomsten nodig. Hoewel de mogelijkheden voor RCT's binnen dit onderzoeksveld beperkt zijn, zijn er alternatieven voor kwalitatief goede en ethisch verantwoorde studies. Te denken valt aan bijvoorbeeld quasi-experimentele studies of studies met een wachtlijstcontrolegroep.

De kwaliteit van het bewijs zou ook sterk verhoogd worden door longitudinale studies met lange follow-upduur (tot ruim in volwassenheid), grotere studiepopulaties, gevalideerde en meer uniforme uitkomstmaten en correctie voor relevante verstorende variabelen. Het is daarnaast van belang om de kennisbasis verder uit te breiden door studies uit te voeren met een meer diverse onderzoekspopulatie die representatief is voor de huidige groep die zich voor deze zorg aanmeldt. Hieronder vallen jongeren met een non-binaire genderidentiteit, bijkomende psychosociale problemen (waaronder autisme) en jongeren die pas in de puberteit (in tegenstelling tot op kinderleeftijd) gevoelens van genderdysforie zijn gaan ervaren. Onderzoek dat daarbij de waarden, behandeldoelen en beslissingsbehoeften van trans jongeren meeneemt is cruciaal.

Aandacht voor stoppen en spijt

Stoppen met behandeling (en eventueel detransitie) en spijt kunnen hand in hand gaan, maar dat is niet altijd het geval. Niet iedereen die spijt heeft van de transitie stopt met behandeling of gaat in detransitie en niet iedereen die stopt en eventueel in detransitie gaat heeft spijt van de beslissing om in transitie te gaan. Als in aanloop naar de initiële behandeling aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan, kunnen spijt en stoppen volgens de commissie niet zonder meer als maat voor de kwaliteit van de transgenderzorg gezien worden. Spijt en stoppen hebben verschillende betekenissen in verschillende fases van het behandeltraject. Voor behandeling met GnRH-agonisten is stoppen een van de vooraf vastgestelde mogelijke uitkomsten. Exploratie is immers een doel van die behandeling. Het percentage mensen dat spijt heeft van hormoonbehandeling die op minderjarige leeftijd gestart is, blijkt uit Nederlandse studies laag te liggen. Definitieve conclusies over spijt of detransitie op de lange termijn zijn echter vanwege de veelal korte follow-upduur en de substantiële uitval niet te maken.

De commissie ziet daarnaast signalen dat een deel van de personen die stoppen, spijt hebben of in detransitie gaan dit niet aan hun zorgverleners rapporteert en dus buiten de studies blijft. De commissie benadrukt dat het van belang is dat de zorg zo is ingericht dat trans personen de ruimte voelen om spijt te uiten en stoppen en detransitie te bespreken. Het bespreekbaar maken hiervan dient volgens de commissie onderdeel



te zijn van de geïnformeerde toestemming en nadrukkelijk omschreven te worden in de te herziene *Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch*. Ook is het raadzaam in de Kwaliteitsstandaard op te nemen hoe de zorg voor personen met spijt of personen met een detransitiewens vorm krijgt. De commissie beveelt daarnaast aan onderzoek te doen naar ervaringen en zorgbehoeften van deze groep, zowel binnen als buiten de specialistische gendercentra.

Gendervragen in maatschappelijk perspectief

De nadruk in de zorg op tijd, reflectie en gezamenlijke oordeelsvorming weerspiegelt de opvatting dat autonomie in zorg niet alleen als voorwaarde geldt – bijvoorbeeld met het vereiste van geïnformeerde toestemming – maar ook als doel. Zorg kan namelijk bijdragen aan het versterken van het vermogen van jongeren om een zelfgekozen leven te leiden. De commissie ziet dat deze autonomie onder druk kan komen te staan door maatschappelijke factoren. De zorgvraag van trans personen komt enerzijds voort uit de innerlijke ervaring van een lichaam dat niet past bij de ervaren gender en anderzijds uit een gebrek aan acceptatie voor genderdiversiteit in de sociaal-maatschappelijke omgeving. De commissie hecht eraan te benadrukken dat het welzijn van trans personen mede wordt beïnvloed door sociale en maatschappelijke factoren, waaronder discriminatie en uitsluiting. De manier waarop gendervragen zich manifesteren – als hulpvraag of als zorgvraag – wordt mede bepaald door het niveau van acceptatie van genderdiversiteit in de samenleving. Ook de

kans op spijt na somatische behandeling wordt mede beïnvloed door de mate waarin genderdiversiteit wordt geaccepteerd. Dit betekent dat er grenzen zijn aan wat de transgenderzorg voor jongeren kan betekenen.



Literatuur

- ¹ International Commission of Jurists (ICJ). *The Yogyakarta Principles - Principles on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation and Gender Identity*. 2007.
Geraadpleegd: 20 March 2026.
- ² Rutgers/Soa Aids Nederland. *Seks onder je 25e* 2024.
- ³ Claahsen-van der Grinten HL, Hannema SE, Klink D, Roeffen J, Spath MA, Verhaak C, et al. *Jongeren met genderincongruentie: Dilemma's in de multidisciplinaire behandeling met hormonen*. NTvG 2023; 167: D7548.
- ⁴ *Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch*. Den Haag, 2018.
- ⁵ Smeehuijzen JL, Smids J, Hoekstra C. *Transgenderzorg aan kinderen - Juridische bedenkingen bij het Dutch Protocol (2018)*. NJB 2023; 25(1772): 2059–2069.
- ⁶ Smeehuijzen JL, Smids J. *Toediening van puberteitsremmers aan minderjarigen met genderdysforie en de Geneesmiddelenwet*. TvGR 2024; 48(6): 517-530.
- ⁷ Smids J. *Internationale kritiek op het Dutch protocol*. NTvG 2025; 169:
- ⁸ Cass H. The Cass Review. *Independent review of gender identity services for children and young people: final report*. 2024.
- ⁹ Kwartiermaker Transgenderzorg. *Hoe verder met de transgenderzorg vanaf 2023*. Utrecht, 2022.
- ¹⁰ Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, Klaver M, de Vries ALC, Wensing-Kruger SA, et al. *The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets*. J Sex Med 2018; 15(4): 582–590.
- ¹¹ Van der Loos M, Hannema SE, Klink DT, den Heijer M, Wiepjes CM. *Continuation of gender-affirming hormones in transgender people starting puberty suppression in adolescence: a cohort study in the Netherlands*. Lancet Child Adolesc Health 2022; 6(12): 869–875.
- ¹² Arnoldussen M, Steensma TD, Popma A, van der Miesen AIR, Twisk JWR, de Vries ALC. *Re-evaluation of the Dutch approach: are recently referred transgender youth different compared to earlier referrals?* Eur Child Adolesc Psychiatry 2020; 29(6): 803–811.
- ¹³ De Rooy FBB, Arnoldussen M, van der Miesen AIR, Steensma TD, Kreukels BPC, Popma A, et al. *Mental Health Evaluation of Younger and Older Adolescents Referred to the Center of Expertise on Gender Dysphoria in Amsterdam, The Netherlands*. Arch Sex Behav 2024; 53(8): 2883–2896.
- ¹⁴ Kamerstukken II. Vergaderjaar 2025–2026, 1254,
- ¹⁵ Jorgensen SCJ. *Transition Regret and Detransition: Meanings and Uncertainties*. Arch Sex Behav 2023; 52(5): 2173–2184.
- ¹⁶ Alliantie Transgenderzorg. *Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg*. Amsterdam, 2017.
- ¹⁷ Steensma TD, Kreukels BPC, De Vries ALC, Cohen-Kettenis PT. *Gender identity development in adolescence*. Horm Behav 2013; 64: 288–297.



- ¹⁸ 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.
- ¹⁹ Leusink P. *De rol van de huisarts bij genderincongruentie*. Huisarts en Wetenschap 2024; 67: 1–5.
- ²⁰ Nguyen V, Das E, Loopuijt C. *Gender affirming and non-affirming language and the healthcare experiences of transgender and gender non-binary individuals: A systematic review*. Patient Educ Couns 2026; 144: 109449.
- ²¹ Plug I, Uilhoorn A, Das E, Lucassen P, Ballering A. *Genderdiversiteit en het belang van inclusieve communicatie*. Huisarts en Wetenschap 2024; 67(6): 49–51.
- ²² Ramos GGF, Mengai ACS, Daltro CAT, Cutrim PT, Zlotnik E, Beck APA. *Systematic Review: Puberty suppression with GnRH analogues in adolescents with gender incongruity*. J Endocrinol Invest 2021; 44(6): 1151–1158.
- ²³ Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8*. Int J Transgend Health 2022; 23(Suppl 1): S1–S259.
- ²⁴ Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. *Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline*. J Clin Endocrinol Metab 2017; 102(11): 3869–3903.
- ²⁵ Brik T, Vrouwenraets L, de Vries MC, Hannema SE. *Trajectories of Adolescents Treated with Gonadotropin-Releasing Hormone Analogues for Gender Dysphoria*. Arch Sex Behav 2020; 49(7): 2611–2618.
- ²⁶ Cohen-Kettenis PT, Van Goozen SHM. *Pubertal delay as an aid in diagnosis and treatment of a transsexual adolescent*. Eur Child Adolesc Psychiatry 1998; 7(4): 246–248.
- ²⁷ Socialstyrelsen, National Board of Health and Welfare. *Care of children and adolescents with gender dysphoria*. 2022.
- ²⁸ King's College London. *Puberty Suppression and Transitional Healthcare with Adaptive Youth Services (PATHWAYS)*. 2025.
- ²⁹ Royal Courts of Justice Strand. London, 2020; Case No: CO/60/2020.
- ³⁰ German Society for Child and Adolescent Psychiatry Psychosomatics and Psychotherapy. *Gender Incongruence and Gender Dysphoria in Childhood and Adolescence - Diagnosis and Treatment* 2025; AWMF register no. 028-014.
- ³¹ Brezin F, Busiah K, Leroy C, Fiot E, Bensignor C, Amouroux C, et al. *Endocrine management of transgender adolescents: Expert consensus of the French society of pediatric endocrinology and diabetology working group*. Arch Pediatr 2024; 10.1016/j.arcped.2024.1008.1003.
- ³² Gawlik-Starzyk A, Dora M, Baran D, Szostakiewicz Ł, Trofimiuk-Müldner M, Müldner-Nieckowski Ł, et al. *Framework guidelines for the process of caring for the health of adolescent transgender (T) and non-binary (NB) people experiencing gender dysphoria - the position statement of the expert panel*. Endokrynol Pol 2025; 76(1): 1–28.



- ³³ Das E, Wasserbauer M, Loopuijt C, Plug I, Uilhoorn A, Van der Vleuten A, et al. Radboud Universiteit. *Mijn gender, wiens zorg? Onderzoek naar de toename in en veranderingen van de vraag naar transgenderzorg*. 2023.
- ³⁴ Leenen HJJ, Legemaate J, Ploem MC, Van der Mersch MF, Plomp E, Dörenberg VET, et al. *Handboek gezondheidsrecht*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers; 2024.
- ³⁵ Dopp AR, Peipert A, Buss J, De Jesús-Romero R, Palmer K, Lorenzo-Luaces L. RAND. *Interventions for Gender Dysphoria and Related Health Problems in Transgender and Gender-Expansive Youth: A Systematic Review of Benefits and Risks to Inform Practice, Policy, and Research*. 2024.
- ³⁶ Taylor J, Mitchell A, Hall R, Heathcote C, Langton T, Fraser L, et al. *Interventions to suppress puberty in adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review*. Arch Dis Child 2024; 109(Suppl 2): s33–s47.
- ³⁷ Taylor J, Mitchell A, Hall R, Langton T, Fraser L, Hewitt CE. *Masculinising and feminising hormone interventions for adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review*. Arch Dis Child 2024; 109(Suppl 2): s48–s56.
- ³⁸ Tornese G, Di Mase R, Munarin J, Ciancia S, Santamaria F, Fava D, et al. *Use of gonadotropin-releasing hormone agonists in transgender and gender diverse youth: a systematic review*. Front Endocrinol (Lausanne) 2025; 16: 1555186.
- ³⁹ Miroshnychenko A. *Puberty blockers for youth experiencing gender dysphoria: A systematic review and meta-analysis*. Arch Dis Child 2025; 110(6): 429–436.
- ⁴⁰ Croteau TA, Gelech J, Morrison MA, Morrison TG. *Psychological and Physical Health Outcomes Associated with Gender-Affirming Medical Care for Transgender and Gender-Diverse Youth: A Critical Review*. Healthcare (Basel) 2025; 13(14): 1659.
- ⁴¹ Giacomelli G, Meriggiola MC. *Bone health in transgender people: a narrative review*. Ther Adv Endocrinol Metab 2022; 13: 20420188221099346.
- ⁴² Schagen SEE, Wouters FM, Cohen-Kettenis PT, Gooren LJ, Hannema SE. *Bone Development in Transgender Adolescents Treated With GnRH Analogues and Subsequent Gender-Affirming Hormones*. J Clin Endocrinol Metab 2020; 105(12): e4252–4263.
- ⁴³ Van der Loos M, Boogers LS, Klink DT, den Heijer M, Wiepjes CM, Hannema SE. *The natural course of bone mineral density in transgender youth before medical treatment; a cross sectional study*. Eur J Endocrinol 2024; 191(4): 426–432.
- ⁴⁴ Boogers LS, Wiepjes CM, Klink DT, Hellings I, van Trotsenburg ASP, den Heijer M, et al. *Transgender Girls Grow Tall: Adult Height Is Unaffected by GnRH Analogue and Estradiol Treatment*. J Clin Endocrinol Metab 2022; 107(9): e3805–e3815.
- ⁴⁵ Norup PB, Haahr ME, Christiansen P, Aksglaede L, Cleemann L, Johannsen TH, et al. *Growth and Adult Height Attainment in Danish*



- Transgender Adolescents Treated With GnRH Analog and Sex Hormones*. J Clin Endocrinol Metab 2024; 109(11): 2764–2773.
- ⁴⁶ Persky RW, Apple D, Dowshen N, Pine E, Whitehead J, Barrera E, et al. *Pubertal Suppression in Early Puberty Followed by Testosterone Mildly Increases Final Height in Transmasculine Youth*. J Endocr Soc 2024; 8(6): bvae089.
- ⁴⁷ Van de Grift TC, Van Gelder ZJ, Mullender MG, Steensma TD, de Vries ALC, Bouman MB. *Timing of Puberty Suppression and Surgical Options for Transgender Youth*. Pediatrics 2020; 146(5): e20193653.
- ⁴⁸ Willemsen LA, Boogers LS, Wiepjes CM, Klink DT, van Trotsenburg ASP, den Heijer M, et al. *Just as Tall on Testosterone; a Neutral to Positive Effect on Adult Height of GnRHa and Testosterone in Trans Boys*. J Clin Endocrinol Metab 2023; 108(2): 414–421.
- ⁴⁹ Ciancia S, D'Hulst S, Vervalcke J, Klink D, T'Sjoen G, De Groote K, et al. *Effects of gender-affirming hormone therapy from adolescence to adulthood on cardiovascular function: a cross-sectional study*. Front Endocrinol (Lausanne) 2026; 17: 1793245.
- ⁵⁰ Boogers LS, Reijtenbagh SJP, Wiepjes CM, van Trotsenburg ASP, den Heijer M, Hannema SE. *Time Course of Body Composition Changes in Transgender Adolescents During Puberty Suppression and Sex Hormone Treatment*. J Clin Endocrinol Metab 2024; 109(8): e1593–e1601.
- ⁵¹ Millington K, Lee JY, Olson-Kennedy J, Garofalo R, Rosenthal SM, Chan YM. *Laboratory Changes During Gender-Affirming Hormone Therapy in Transgender Adolescents*. Pediatrics 2024; 153(5): e2023064380.
- ⁵² Nokoff NJ, Bothwell S, Rice JD, Cree MG, Kelsey MM, Moreau KL, et al. *Insulin sensitivity, body composition and bone mineral density after testosterone treatment in transgender youth with and without prior GnRH agonist therapy*. J Clin Transl Endocrinol 2024; 36: 100356.
- ⁵³ Vehmas N, Holopainen E, Savolainen-Peltonen H. *Metabolic and Anthropometric Changes and Adverse Effects in Finnish Adolescents Using Gender-Affirming Hormonal Treatment*. Transgend Health 2024; 10(4): 306–315.
- ⁵⁴ Aaron MS, Phulwani P. *Single-Center Retrospective Analysis of Safety and Efficacy of Subcutaneous Estradiol Use in Transgender and Nonbinary Adolescents and Young Adults*. Transgend Health 2025; 10(4): 316–324.
- ⁵⁵ Baskaran C, Roberts SA, Barrera E, Pilcher S, Kumar R. *Venous thromboembolism in transgender and gender non-binary youth is rare and occurs in the setting of secondary risk factors: A retrospective cohort study*. Pediatr Blood Cancer 2024; 71(11): e31284.
- ⁵⁶ De Roo C, Schneider F, Stolk THR, van Vugt WLJ, Stoop D, van Mello NM. *Fertility in transgender and gender diverse people: systematic review of the effects of gender-affirming hormones on reproductive organs and fertility*. Hum Reprod Update 2025; 31(3): 183–217.



- ⁵⁷ De Nie I, Mulder CL, Meißner A, Schut Y, Holleman EM, van der Sluis WB, et al. *Histological study on the influence of puberty suppression and hormonal treatment on developing germ cells in transgender women.* Hum Reprod 2022; 37(2): 297–308.
- ⁵⁸ Ralph P, Mahoud M, Schlager D, Lee WG, Wafa R, Williamson E, et al. *United Kingdom data collection of semen quality in transgender adolescent females seeking fertility preservation.* Fertil Steril 2024; 123(2): 313–321.
- ⁵⁹ Bertelloni S, Baroncelli GI, Ferdeghini M, Menchini-Fabris F, Saggese G. *Final height, gonadal function and bone mineral density of adolescent males with central precocious puberty after therapy with gonadotropin-releasing hormone analogues.* Eur J Pediatr 2000; 159(5): 369–374.
- ⁶⁰ Magiakou MA, Manousaki D, Papadaki M, Hadjidakis D, Levidou G, Vakaki M, et al. *The efficacy and safety of gonadotropin-releasing hormone analog treatment in childhood and adolescence: a single center, long-term follow-up study.* J Clin Endocrinol Metab 2010; 95(1): 109–117.
- ⁶¹ Pasquino AM, Pucarelli I, Accardo F, Demiraj V, Segni M, Di Nardo R. *Long-term observation of 87 girls with idiopathic central precocious puberty treated with gonadotropin-releasing hormone analogs: impact on adult height, body mass index, bone mineral content, and reproductive function.* J Clin Endocrinol Metab 2008; 93(1): 190–195.
- ⁶² Van der Miesen AIR, Steensma TD, de Vries ALC, Bos H, Popma A. *Psychological Functioning in Transgender Adolescents Before and After Gender-Affirmative Care Compared With Cisgender General Population Peers.* J Adolesc Health 2020; 66(6): 699–704.
- ⁶³ De Vries AL, McGuire JK, Steensma TD, Wagenaar EC, Doreleijers TA, Cohen-Kettenis PT. *Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment.* Pediatrics 2014; 134(4): 696–704.
- ⁶⁴ De Vries AL, Steensma TD, Doreleijers TA, Cohen-Kettenis PT. *Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study.* J Sex Med 2011; 8(8): 2276–2283.
- ⁶⁵ Boogers LS, McDonnell ESF, de Vries ALC, den Heijer M, van Trotsenburg ASP, Hannema SE, et al. *Feminine figures: body image and physical characteristics in trans women after puberty suppression and subsequent estradiol therapy.* J Sex Med 2025; 22(10): 1902–1919.
- ⁶⁶ Van der Meulen IS, Bungener SL, van der Miesen AIR, Hannema SE, Kreukels BPC, Steensma TD, et al. *Timing of puberty suppression in transgender adolescents and sexual functioning after vaginoplasty.* J Sex Med 2025; 22(1): 196–204.
- ⁶⁷ Bungener SL, de Vries ALC, Popma A, Steensma TD. *Sexual Experiences of Young Transgender Persons During and After Gender-Affirmative Treatment.* Pediatrics 2020; 146(6): e20191411.
- ⁶⁸ Bonnekoh LM, Rölver A, Wessing I, Fellmeth RH, Schürmeyer N, Dannlowski U, et al. *Neuroimaging insights into transgender and gender nonconfirming youth: a scoping review.* Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2025; 19(1): 135.



- ⁶⁹ Marconi E, Monti L, Marfoli A, Kotzalidis GD, Janiri D, Cianfriglia C, et al. *A systematic review on gender dysphoria in adolescents and young adults: focus on suicidal and self-harming ideation and behaviours.* Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2023; 17(1): 110.
- ⁷⁰ Mason A, Crowe E, Haragan B, Smith S, Kyriakou A. *Gender Dysphoria in Young People: A Model of Chronic Stress.* Horm Res Paediatr 2023; 96(1): 54–65.
- ⁷¹ Verveen A, van der Miesen AIR, de Graaf NM, Kreukels BPC, de Vries ALC, Steensma TD. *Body Image in Adolescents with Gender Incongruence and Its Association with Psychological Functioning.* International Journal of Environmental Research and Public Health 2023; 20(4): 3349.
- ⁷² de Graaf NM, Steensma TD, Carmichael P, VanderLaan DP, Aitken M, Cohen-Kettenis PT, et al. *Suicidality in clinic-referred transgender adolescents.* Eur Child Adolesc Psychiatry 2022; 31(1): 67–83.
- ⁷³ Alberse A-ME, de Vries AL, Elzinga WS, Steensma TD. *Self-perception of transgender clinic referred gender diverse children and adolescents.* Clinical Child Psychology and Psychiatry 2019; 24(2): 388–401.
- ⁷⁴ Fisher AD, Ristori J, Castellini G, Sensi C, Cassioli E, Prunas A, et al. *Psychological characteristics of Italian gender dysphoric adolescents: a case-control study.* J Endocrinol Invest 2017; 40(9): 953–965.
- ⁷⁵ Röder M, Barkmann C, Richter-Appelt H, Schulte-Markwort M, Ravens-Sieberer U, Becker I. *Health-related quality of life in transgender adolescents: Associations with body image and emotional and behavioral problems.* International Journal of Transgenderism 2018; 19(1): 78–91.
- ⁷⁶ Burgwal A, van der Miesen AIR, Doyle DM, de Vries ALC. *Gender minority stress, resilience, and mental health in clinic-referred transgender and gender-diverse adolescents: a network analysis.* Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2026; 20(1): 27.
- ⁷⁷ Algaidi SA. *Chronic stress-induced neuroplasticity in the prefrontal cortex: Structural, functional, and molecular mechanisms from development to aging.* Brain Res 2025; 1851: 149461.
- ⁷⁸ Belleau EL, Treadway MT, Pizzagalli DA. *The Impact of Stress and Major Depressive Disorder on Hippocampal and Medial Prefrontal Cortex Morphology.* Biol Psychiatry 2019; 85(6): 443–453.
- ⁷⁹ Corroero AN, 2nd, Nielson KA. *A Review of Minority Stress as a Risk Factor for Cognitive Decline in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Elders.* J Gay Lesbian Ment Health 2020; 24(1): 2–19.
- ⁸⁰ Jamil S, Raza ML, Moradikor N, Haghipanah M. *Early life stress and brain development: Neurobiological and behavioral effects of chronic stress.* Prog Brain Res 2025; 291: 49–79.
- ⁸¹ Heathcote C, Taylor J, Hall R, Jarvis SW, Langton T, Hewitt CE, et al. *Psychosocial support interventions for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review.* Arch Dis Child 2024; 109(Suppl 2): s19–s32.
- ⁸² Hall R, Taylor J, Hewitt CE, Heathcote C, Jarvis SW, Langton T, et al. *Impact of social transition in relation to gender for children and*



- adolescents: a systematic review*. Arch Dis Child 2024; 109(Suppl 2): s12–s18.
- ⁸³ Linander I, Alm E. *Waiting for and in gender-confirming healthcare in Sweden: An analysis of young trans people's experiences*. European Journal of Social Work 2022; 25(6): 995–1006.
- ⁸⁴ Van de Grift TC, Martens C, van Ginneken L, Mullender MG. *Waiting for transgender care and its effects on health and equality: a mixed-methods population study in the Netherlands*. EClinicalMedicine 2024; 73: 102657.
- ⁸⁵ Abreu RL, Sostre JP, Gonzalez KA, Lockett GM, Matsuno E, Mosley DV. *Impact of gender-affirming care bans on transgender and gender diverse youth: Parental figures' perspective*. J Fam Psychol 2022; 36(5): 643–652.
- ⁸⁶ Brandon-Friedman RA, Tabb A, Imburgia TM, Swafford TR, Fortenberry JD, Canada M, et al. *Perspectives of Gender-Diverse Youth and Caregivers Facing Gender-Affirming Medical Intervention Bans*. LGBT Health 2025; 12(2): 108–115.
- ⁸⁷ Gran I, Dhejne C, Mikkola A, Sollie M, Sommar P, Holmgaard R, et al. *Gender-affirming healthcare in the Nordic countries: An overview*. Scand J Surg 2026; 115(1): 5–14.
- ⁸⁸ Surendran S, Toh HJ, Voo TC, De Foo C, Dunn M. *A scoping review of the ethical issues in gender-affirming care for transgender and gender-diverse individuals*. BMC Med Ethics 2025; 26(1): 54.
- ⁸⁹ Kimberly LL, Folkers KM, Friesen P, Sultan D, Quinn GP, Bateman-House A, et al. *Ethical Issues in Gender-Affirming Care for Youth*. Pediatrics 2018; 142(6): e20181537.
- ⁹⁰ Van der Loos M, Klink DT, Hannema SE, Bruinsma S, Steensma TD, Kreukels BPC, et al. *Children and adolescents in the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria: trends in diagnostic- and treatment trajectories during the first 20 years of the Dutch Protocol*. J Sex Med 2023; 20(3): 398–409.
- ⁹¹ Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. Bmj 1996; 312(7023): 71–72.
- ⁹² Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. *GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations*. J Clin Epidemiol 2013; 66(7): 719–725.
- ⁹³ Offringa M, Assendelft WJJ, Scholten RJPM. *Inleiding in evidence-based medicine*. Stimulus 2003; 22(4): 177.
- ⁹⁴ Van der Zanden TM, Smeets NJL, de Hoop-Sommen M, Schwerzel MFT, Huang HJ, Barten LJC, et al. *Off-Label, but on-Evidence? A Review of the Level of Evidence for Pediatric Pharmacotherapy*. Clin Pharmacol Ther 2022; 112(6): 1243–1253.
- ⁹⁵ Kamerstukken II. Vergaderjaar 2023–2024, 598,



- ⁹⁶ Expósito-Campos P. *A Typology of Gender Detransition and Its Implications for Healthcare Providers*. J Sex Marital Ther 2021; 47(3): 270–280.
- ⁹⁷ Littman L. *Individuals Treated for Gender Dysphoria with Medical and/or Surgical Transition Who Subsequently Detransitioned: A Survey of 100 Detransitioners*. Arch Sex Behav 2021; 50(8): 3353–3369.
- ⁹⁸ Turban JL, Brady C, Olson-Kennedy J. *Understanding and Supporting Patients With Dynamic Desires for Gender-Affirming Medical Interventions*. JAMA Netw Open 2022; 5(7): e2224722.
- ⁹⁹ Taylor J, Hall R, Langton T, Fraser L, Hewitt CE. *Care pathways of children and adolescents referred to specialist gender services: a systematic review*. Arch Dis Child 2024; 109(Suppl 2): s57–s64.
- ¹⁰⁰ Feigerlova E. *Prevalence of detransition in persons seeking gender-affirming hormonal treatments: a systematic review*. J Sex Med 2025; 22(2): 356–368.
- ¹⁰¹ Boskey ER, Scheffey KL, Pilcher S, Barerra EP, McGregor K, Carswell JM, et al. *A Retrospective Cohort Study of Transgender Adolescents' Gender-Affirming Hormone Discontinuation*. J Adolesc Health 2025; 76(4): 584–591.
- ¹⁰² Ren T, Galenchik-Chan A, Erlichman Z, Krajewski A. *Prevalence of Regret in Gender-Affirming Surgery: A Systematic Review*. Ann Plast Surg 2024; 92(5): 597–602.
- ¹⁰³ Walls NE, Call J, Holloway BT, Mammadli T, Whitfield DL. *Grappling with the complexities of gender transition interruptions: Toward conceptual clarity on “detransitioning” experiences*. Int J Transgend Health 2024; 26(1): 50–62.
- ¹⁰⁴ Asseler JD, de Nie I, van Rooij FB, Steensma TD, Mosterd D, Verhoeven MO, et al. *Transgender persons' view on previous fertility decision-making and current infertility: a qualitative study*. Hum Reprod 2024; 39(9): 2032–2042.
- ¹⁰⁵ Hannema SE, Schagen SEE, Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA. *Efficacy and Safety of Pubertal Induction Using 17β-Estradiol in Transgirls*. J Clin Endocrinol Metab 2017; 102(7): 2356–2363.
- ¹⁰⁶ Schagen SE, Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA, Hannema SE. *Efficacy and Safety of Gonadotropin-Releasing Hormone Agonist Treatment to Suppress Puberty in Gender Dysphoric Adolescents*. J Sex Med 2016; 13(7): 1125–1132.
- ¹⁰⁷ LaFleur J. *Gender-affirming medical treatments for pediatrics patients with gender dysphoria*. Salt Lake City Utah: University of Utah College of Pharmacy; 2025.
- ¹⁰⁸ Feil K, Senoner L, Fuchs M, Leonhardt A, Reiser E, Sevecke K, et al. *Treatment Persistence Was High When Hormone Therapy for Gender Incongruence Included Comprehensive Diagnoses and Interdisciplinary Care During Adolescence*. Acta Paediatr 2026; 115(1): 244–246.
- ¹⁰⁹ Nyquist CB, Torgersen L, David LW, Diseth TH, Gulbrandsen K, Waehre A. *Treatment trajectories among children and adolescents referred to the Norwegian National Center for Gender Incongruence*. Acta Paediatr 2024; 114(5): 1006–1014.



- ¹¹⁰ Sanchez-Toscano E, Larran-Escandon L, Dominguez-Riscart J, Trujillo-Lopez V, Medina Rivero D, Mateo-Gavira I, et al. *Experience of a Gender Identity Unit in Spain (2015-2023): Trends, Treatments, Surgeries, and Detransitions*. Arch Sex Behav 2026.
- ¹¹¹ Steininger J, Knaus S, Kaufmann U, Ott J, Riedl S. *Treatment trajectories of gender incongruent Austrian youth seeking gender-affirming hormone therapy*. Front Endocrinol (Lausanne) 2024; 15: 1258495.
- ¹¹² Exposito-Campos P, Salaberria K, Perez-Fernandez JI, Gomez-Gil E. *Gender detransition: A critical review of the literature*. Actas Esp Psiquiatr 2023; 51(3): 98–118.
- ¹¹³ 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.
- ¹¹⁴ Van Lessen Kloeken K. *Normen, randvoorwaarden en zorgplichten bij off-label use en unlicensed use van geneesmiddelen: mind the gap*. Editor: Gezondheidsrecht Vv. Toegang tot geneesmiddelen (Preadvies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht 2026): Boom; 2026.
- ¹¹⁵ NKFK en NVK. *Standpunt 'Off-label voorschrijven van geneesmiddelen aan kinderen'*. 2018.
- ¹¹⁶ Kamerstukken II. Vergaderjaar 2017–2018, 34994, nr. 3.
- ¹¹⁷ Engberts DP, Kalkman-Bogerd LE, Sombroek van Doorm MP. *Leerboek Gezondheidsrecht*. Houten: BSL Media & Learning; 2024.
- ¹¹⁸ Gezondheidsraad. *Goede vertegenwoordiging*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2019; publicatienr. 2019/08.
- ¹¹⁹ Hein IM, Troost PW, Lindeboom R, Benninga MA, Zwaan CM, van Goudoever JB, et al. *Accuracy of the MacArthur competence assessment tool for clinical research (MacCAT-CR) for measuring children's competence to consent to clinical research*. JAMA Pediatr 2014; 168(12): 1147–1153.
- ¹²⁰ Billick SB, Edwards JL, Burgert WI, Serlen JR, Bruni SM. *A clinical study of competence in child psychiatric inpatients*. J Am Acad Psychiatry Law 1998; 26(4): 587–594.
- ¹²¹ Mårtenson EK, Fägerskiöld AM. *A review of children's decision-making competence in health care*. J Clin Nurs 2008; 17(23): 3131–3141.
- ¹²² Vrouwenraets LJJJ, de Vries ALC, de Vries MC, van der Miesen AIR, Hein IM. *Assessing Medical Decision-Making Competence in Transgender Youth*. Pediatrics 2021; 148(6): e2020049643.
- ¹²³ Grisso T, Appelbaum PS. *Comparison of standards for assessing patients' capacities to make treatment decisions*. Am J Psychiatry 1995; 152(7): 1033–1037.
- ¹²⁴ Hein IM, Blankman C, Vellinga A, Hondius AJK. *Wilsbekwaamheid beoordelen*. NTVG 2022; 166(29): 1–9.
- ¹²⁵ Marino LG, Boguszewski KE, Stephens HF, Taylor JG. *Capacity to consent: a scoping review of youth decision-making capacity for gender-affirming care*. BMC Med Ethics 2024; 25(1): 108.



- ¹²⁶ De Snoo-Trimp JC, De Vries AL, Molewijk BAC, Hein IM. *How to deal with moral challenges around the decision-making competence in transgender adolescent care? Development of an ethics support tool.* BMC Med Ethics 2022; 23(1): 96.
- ¹²⁷ 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.
- ¹²⁸ Martinerie L, Condat A, A. B, Bremont-Weill C, De Vries MC, Hannema SE. *Management of Endocrine Disease: Approach to the management of children and adolescents with Gender Dysphoria.* Eur J Endocrinol 2018; 179(5): 219–237.



Commissie en geraadpleegd deskundigen^a

Samenstelling commissie Transgenderzorg voor jongeren

- prof. dr. O.M. Dekkers, hoogleraar interne geneeskunde, in het bijzonder de methodologie van onderzoek, Leiden, LUMC, *voorzitter*
- dr. P.C. Barnhoorn, huisarts; docent-onderzoeker huisartsgeneeskunde, LUMC, Leiden
- dr. S.M. Burke, senior onderzoeker Universitair Centrum voor Psychiatrie, UMCG, Groningen
- prof. dr. H.J.J. Das, hoogleraar communicatie en beïnvloeding, Radboud Universiteit, Nijmegen
- dr. T.C. van de Grift, psychiater, Zaans Medisch Centrum en Kaleidos ggz, Amsterdam; universitair docent, Amsterdam UMC
- drs. K. Horsnell, arts en psycholoog, Check-in Genderzorg, Haarlem
- dr. H. Ismaili M'hamdi, ethicus en universitair hoofddocent, Universiteit Maastricht
- prof. dr. H.J. Olsman, hoogleraar geestelijke verzorging, Protestantse Theologische Universiteit, Utrecht
- prof. mr. dr. drs. M.P. Sombroek-van Doorm, hoogleraar recht en gezondheid, Universiteit Leiden
- prof. dr. M.C. de Vries, hoogleraar normatieve aspecten van de geneeskunde; kinderarts, LUMC, Leiden
- prof. dr. H.L. Claahsen, hoogleraar geslacht & gender; kinderarts-endocrinoloog, Radboudumc, Nijmegen, *structureel geraadpleegd deskundige^a*
- dr. N.M. van Mello, gynaecoloog, Amsterdam UMC, *structureel geraadpleegd deskundige^a*

Incidenteel geraadpleegd deskundigen^a

- mr. A.C. de Die, advocaat, Velink & de Die advocaten, Amsterdam
- dr. S.E. Hannema, kinderendocrinoloog, Amsterdam UMC
- prof. mr. dr. J.G. Sijmons, emeritus hoogleraar gezondheidsrecht, Universiteit Utrecht
- dr. A.L.C. de Vries, kinderpsychiater, Amsterdam UMC

Incidenteel geraadpleegd deskundigen uit het buitenland^a

- prof. dr. G. Butler, honorair hoogleraar kinder- en jeugdgezondheid, UCL Great Ormond Street Institute of Child Health, Verenigd Koninkrijk
- Lady H.D. Cass, kinderarts, Londen, Verenigd Koninkrijk
- dr. L. Frisé, universitair hoofddocent kinder- en jeugdpsychiater, Karolinska Institutet, Stockholm, Zweden
- prof. dr. L. Martinérie, hoogleraar kinderendocrinologie, Hospital Robert Debré, Parijs, Frankrijk
- prof. dr. G. Romer, hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie, Universität Münster, Duitsland
- prof. dr. F.D. Zepf, hoogleraar en klinisch directeur, afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie, psychosomatiek en psychotherapie, Universitätsklinikum Jena, Duitsland

Waarnemers^a

- mr. H.H.M. Debets, VWS, Den Haag
- G.B. Mentink-Kleiss, VWS, Den Haag

Secretarissen

- dr. S.J.W. Kunst, Gezondheidsraad, Den Haag
- mr. D.N. Leunisse, Gezondheidsraad, Den Haag
- drs. H. Vrolijk, Gezondheidsraad, Den Haag

^a Geraadpleegd deskundigen worden door de commissie geraadpleegd vanwege hun deskundigheid. Structureel geraadpleegd deskundigen hebben spreekrecht tijdens de vergadering. Ze hebben geen stemrecht en dragen geen verantwoordelijkheid voor de inhoud van het advies van de commissie. De incidenteel geraadpleegd deskundigen zijn voor dit adviestraject gehoord tijdens een commissievergadering en hebben niet deelgenomen aan de beraadslaging. De deskundigen uit het Amsterdam UMC en uit het buitenland hebben een presentatie verzorgd tijdens een commissievergadering. Incidenteel geraadpleegd deskundigen dragen geen verantwoordelijkheid voor de inhoud van het advies.



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, Visserij, Voedselzekerheid en Natuur. 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.

Dit advies is aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport door prof. dr. Ramón Lindauer, vicevoorzitter van de Gezondheidsraad

De Gezondheidsraad gaat bewust en kritisch om met generatieve AI. Het wegen van de wetenschappelijke gegevens en het opstellen van adviezen gebeurt in commissies, door deskundigen. Als generatieve AI wordt gebruikt, dan is dat alleen ter ondersteuning of ter aanvulling van dat proces.

U kunt dit document downloaden van gezondheidsraad.nl.

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:
Gezondheidsraad. Transgenderzorg voor jongeren.
Den Haag: Gezondheidsraad 2026; publicatienr. 2026/12.

Beeld omslag: Shutterstock

Auteursrecht voorbehouden

