

# Een ‘goede’ rechtsbescherming voor een kind geboren in het ‘verkeerde’ lichaam

De medische mogelijkheden voor een kind met genderdysforie, in combinatie met de relevante wet- en regelgeving in Nederland, gezien vanuit een internationaal kinderrechtelijk perspectief en kennis uit de medische wetenschap.

Masterscriptie Jeugdrecht 2017



*“Eigenlijk ben ik nu best gelukkig.  
Maar als ik Moeder Natuur tegenkom, sla ik haar.”*



## Voorwoord

Terugdenkend aan mijn kindertijd zie ik een wondere wereld vol barbies, andere poppen en als favoriet: de verkleedpartijtjes met mijn zus. Tijdens dergelijke verkleedsessies werd ik als vierjarige bedolven onder de make up van mijn moeder, liep ik wankel op haar hoge hakken en voelde ik mij in die tijd al uitermate 'vrouwelijk'. Menig persoon zal nu denken, 'wat een typisch meisje was zij vroeger'. Zulke gedachtes begrijp ik, het is de associatie die ik zelf ook leg met mijn kindertijd, ik was een 'echt' meisje.

De vraag is echter, waarom dergelijk gedrag met meisjes wordt geassocieerd en waarom de samenleving vanzelfsprekend vraagtekens plaatst bij een jongetje die in zijn vrije tijd poppenhaar wil kammen. Stel, ik was als dezelfde persoon geboren, maar nu in een 'jongenslichaam'. In dat geval zou dit gedrag in mijn kindertijd hoogstwaarschijnlijk als 'abnormaal' zijn beschouwd, in mijn conservatieve dorpje in Zuid-Limburg. Vervolgens had ik mij waarschijnlijk diepongelukkig gevoeld, aangezien mijn voorkeuren en wensen niet zonder meer werden geaccepteerd.

Dergelijke problematiek kan zich voordoen bij kinderen die lijden aan 'genderdysforie'. Tegenwoordig is er veel aandacht voor deze kinderen en lijkt te worden geprobeerd om het 'taboe' omtrent hen te doorbreken. Een voorbeeld hiervan is het televisieprogramma 'Hij is een Zij', waarin (jonge) kinderen met genderdysforie worden gevolgd gedurende hun transitie naar het gewenste gender.<sup>1</sup> Deze programma's grepen mijn aandacht en ik merkte dat ik hun doorzettingsvermogen bewonderenswaardig vond en hun transitie uitsluitend toejuichte.

Toen ik echter een bijdrage in het Tijdschrift voor Familie-en Jeugdrecht van Aart Hendriks las, bleek deze 'goedkeuring' niet voor iedereen vanzelfsprekend te zijn.<sup>2</sup> Dit vond ik interessant, want welke redenen zouden er zijn om een ongelukkig kind *niet* te willen helpen?

In deze afstudeerscriptie ga ik in op deze redenen en schijn ik een 'juridisch licht' over de behandeling van genderdysforie bij kinderen. Mijn positieve 'rooskleurige' insteek ten opzichte van de behandeling is gedurende het onderzoek ietwat verkleurd, maar ik sta nog steeds achter het feit dat deze kinderen hulp verdienen, hetgeen door de bevindingen in mijn onderzoek wordt ondersteund.

Want hoe je het ook wendt of keert, een ongelukkig kind wil je helpen.

Isabelle Kornelis

Leiden, november 2017

---

<sup>1</sup> 'Hij is een Zij' (<https://www.kro-ncrv.nl/hijiseen zij>) (laatst geraadpleegd: 23 november 2017).

<sup>2</sup> Hendriks 2016.

## Inhoudsopgave

Voorwoord.....	4
Lijst van afkortingen .....	7
<b>1. Inleiding .....</b>	<b>8</b>
1.1. Een introductie tot het onderwerp.....	8
1.2. Onderzoeksvraag.....	10
1.3. Methodologie .....	10
1.4. Opbouw .....	10
<b>2. Genderdysforie gezien vanuit een medisch wetenschappelijk perspectief .....</b>	<b>14</b>
2.1. Genderstereotypering en de ontwikkeling van een kind .....	14
2.2. Genderdysforie: de diagnose .....	15
2.2.1. Is genderdysforie wel een (op zichzelf staande) psychische stoornis? .....	15
2.2.2. De DSM-5 criteria .....	16
2.3. Psychologische gevolgen van genderdysforie .....	17
2.5. Tussenconclusie .....	18
<b>3. Genderdysforie gezien vanuit een gezondheidsrechtelijk perspectief .....</b>	<b>22</b>
3.1. Uitgangspunten van het gezondheidsrecht.....	22
3.2 De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) .....	23
3.2.1. De leeftijdsgrenzen van de WGBO en de wilsbekwaamheid van het kind .....	24
3.2.2. Het beginsel van goede zorg .....	26
3.3. The Dutch protocol: gezaghebbend maar controversieel .....	28
3.3.1. De behandelingsmogelijkheden van ‘the Dutch protocol’ per leeftijdscategorie .....	28
3.3.2. The Dutch protocol: voor- en tegenargumenten.....	29
3.4. De overstijgende rol van de overheid versus de zelfregulering van de medische wereld .	31
3.6. Tussenconclusie .....	32
<b>4. Genderdysforie gezien vanuit een internationaal kinderrechtelijk perspectief .....</b>	<b>36</b>
4.1. De komst van het IVRK .....	36
4.2. De relevante artikelen van het IVRK.....	36
4.2.1. Artikel 2 IVRK: Non-discriminatie beginsel.....	36
4.2.2. Artikel 3 IVRK: Het belang van het kind als eerste overweging. ....	37
4.2.3. Artikel 6 IVRK: Het recht van het kind op leven en ontwikkeling .....	38
4.2.4. Artikel 12 IVRK: Het recht van het kind om te worden gehoord .....	38
4.2.5. Artikel 5 IVRK: De zich ontwikkelende vermogens van het kind.....	39
4.2.6. Artikel 8 IVRK: Het recht op (behoud van) identiteit .....	41
4.2.7. Artikel 18 IVRK: Verantwoordelijkheden van de ouders.....	42
4.2.8. Artikel 24 IVRK: Het recht op de grootst mogelijke mate van gezondheid.....	43
4.3. De Raad van Europa .....	43
4.3.1. Relevante documenten van de Raad van Europa .....	44
4.3.2. Waarborging van kinderrechten op medisch gebied binnen Europa .....	46
4.4. Tussenconclusie .....	47

<b>5. De inconsistenties uit de Nederlandse wet- en regelgeving versus de internationale kinderrechten.....</b>	<b>50</b>
5.1. Het ontbreken van de medische indicatie gezien vanuit het Nederlandse gezondheidsrecht .....	50
5.2. Het ontbreken van de medische indicatie gezien vanuit de internationale kinderrechten .....	50
5.3. Het systeem van leeftijdsgrenzen binnen het Nederlandse gezondheidsrecht .....	51
5.4. Het systeem van leeftijdsgrenzen gezien vanuit de internationale kinderrechten.....	52
5.5. Tussenconclusie .....	54
<b>6. Conclusie .....</b>	<b>58</b>
6.1. Bevindingen .....	58
6.2. Hoe nu verder?.....	59
6.3. Ter afsluiting .....	62
<b>7. Literatuur- en jurisprudentielijst .....</b>	<b>66</b>
Boeken en naslagwerken .....	66
Artikelen .....	68
Overig .....	71
Kamerstukken .....	71
Internationale documenten & regelgeving.....	71
Jurisprudentie.....	73

## Lijst van afkortingen

BW	Burgerlijk Wetboek
DSM	<i>'Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders'</i>
EU	Europese Unie
EVRM	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens
FRA	Fundamental Rights Agency
GD	Genderdysforie
ICD	<i>'International Classification of Diseases'</i>
IVRK	Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
NVK	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
PACE	Parlementaire Vergadering van de Raad van Europa
TGEU	<i>'Transgender Europe'</i> (non-profit organisatie)
VN	Verenigde Naties
VUmc	Medisch Centrum van de Vrije Universiteit (Amsterdam)
WAZ	Wet Afbreking Zwangerschap
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WHO	<i>'World Health Organisation'</i>
WOD	Wet op de Orgaandonatie
WPATH	<i>'World Professional Organisation for Transgender Health'</i>
Wtl	Wet Toetsing Levensbeëindiging op verzoek

## 1. Inleiding

### 1.1. Een introductie tot het onderwerp

Na de geboorte worden kinderen direct geregistreerd als 'man' of 'vrouw'. De definitie van deze twee termen volgt niet uit de wet, maar dient vanzelfsprekend te zijn.<sup>3</sup> Ondanks het feit dat vrouwen veel bereikt hebben op het gebied van gelijkheid, zijn genderstereotypes nog net zo sterk als eeuwen geleden.<sup>4</sup> Zo wordt menig kinderkamer blauw geverfd bij de komst van een jongetje en roze wanneer een meisje wordt verwacht.

Niet alle mensen voelen zich echter thuis binnen dit vaste man-/vrouwbeeld en de bijkomende opvattingen over hoe men zich zou moeten gedragen. In de meeste gevallen verdwijnt dit gevoel van onbehagen na verloop van tijd.<sup>5</sup> Het kan echter ook voorkomen dat mensen zich dermate 'vreemd' voelen in hun eigen lichaam, dat er verwarring ontstaat over de gehele identiteit.<sup>6</sup> Wanneer dit diepe gevoel van onbehagen blijft aanhouden, doordat het geboortegender en het gevoelsmatige gender niet overeenkomen, kan genderdysforie (GD) worden gediagnosticeerd.<sup>7</sup>

De hierboven geschetste problematiek komt eveneens voor bij kinderen, vaak reeds op jonge leeftijd. Jongetjes kunnen bijvoorbeeld de wens uiten om roze prinsessenjurken te dragen en meisjes willen ineens geen vlechtjes of staartjes meer dragen. Bij jonge kinderen, gemiddeld tot 10 jaar, komt het regelmatig voor dat zij zich als het andere gender willen kleden, maar vaak is dit slechts een tijdelijke drang. Deze tijdelijkheid leidt tot veel terughoudendheid bij het behandelen van jonge kinderen met een verwarde genderidentiteit.<sup>8</sup> Uit onderzoek blijkt namelijk dat het gevoel van genderdysforie bij het overgrote deel van de kinderen verdwijnt, wanneer de puberteit intreedt.<sup>9</sup>

Het is inmiddels bekend dat GD-kinderen veel problemen ondervinden in hun ontwikkeling. Over het algemeen worden zij meer gepest, dreigen zij geïsoleerd te raken en is zelfs het aantal suicides onder deze kinderen substantieel hoger dan bij leeftijdsgenoten in de controlegroep.<sup>10</sup> Het is echter

---

<sup>3</sup> Zie artikel 1:22 BW in samenhang met artikel 1:19 BW, slechts in uiterste gevallen kan het geslacht als 'onbepaald' worden geregistreerd; Van den Brink 2016. Zie echter ook Resolutie 2191(2017) van de Parlementaire Vergadering van de Raad van Europa, para. 5.

<sup>4</sup> Beall 2016, zie: [www.dailymail.co.uk](http://www.dailymail.co.uk) (laatst geraadpleegd: 20 november 2017).

<sup>5</sup> Vrouwenraets et al., 2015, p. 368; Vrouwenraets 2016, p. 1697; Heylens 2016, p. 487.

<sup>6</sup> Zie: [www.vumc.nl](http://www.vumc.nl), onder: Kennis- en Zorgcentrum Genderdysforie (laatst geraadpleegd: 18 september 2017).

<sup>7</sup> Vrouwenraets 2016, p. 1697; Ristori & Steensma 2016, p. 1-2; Zie ook DSM-5 2017, p. 616-627.

<sup>8</sup> Hendriks 2016, p. 187.

<sup>9</sup> Vrouwenraets et al. 2015, p. 368; Vrouwenraets et al. 2016, p. 1697; Heylens 2016, p. 487; Steensma 2013, p. 26 & 76.

<sup>10</sup> Heylens 2016, p. 487; Hendriks 2016, p. 187-188.



onbekend wat nu de ondubbelzinnige medische aanleiding is, ook wel de etiologische factor genoemd, voor het ontstaan van genderdysforie. Vanwege deze onduidelijkheid blijft het gissen naar een juiste behandeling én benadering van het GD-kind.

Het gezondheidsrecht heeft als uitgangspunt dat de medische sector de mogelijkheid moet hebben om zélf protocollen vast te stellen, ten aanzien van de behandeling van patiënten. De expertise ligt immers binnen de medische sector zelf.<sup>11</sup> Dit is echter anders bij ethisch gevoelige onderwerpen, zoals euthanasie, abortus provocatus, orgaandonatie enzovoort. In dit soort gevallen dient de 'Staat' zich ook over het onderwerp te buigen en wordt de gang van zaken wettelijk bepaald.<sup>12</sup> Ten aanzien van de behandeling van genderdysforie bestaat een dergelijke wettelijke regeling echter niet, terwijl dit – mijns inziens – evenzeer een ethisch gevoelig onderwerp is.

De Raad van Europa is, als mensenrechtenorgaan, zeer actief ten aanzien van de waarborging van mensenrechten bij ontwikkelingen binnen de (bio)medische sector. Zodoende is er een aantal verdragen, resoluties en rechtelijke uitspraken tot stand gekomen die in het kader van genderdysforie relevant zijn.<sup>13</sup> Ook binnen de Europese Unie wordt aandacht besteed aan de positie van transgenders in Europa, bijvoorbeeld door middel van onderzoek van de '*Fundamental Rights Agency*' (FRA).<sup>14</sup> Daarnaast streven ook de Verenigde Naties (VN) naar gelijkheid voor transgenders en werd op 30 juni 2016 het mandaat uitgeroepen voor een '*Independent Expert on the Protection against Violence and Discrimination based on Sexual Orientation and Gender Identity*'.<sup>15</sup> Het belangrijkste document, in het kader van genderdysforie bij kinderen, is echter het (vrijwel) wereldwijd geratificeerde VN-Kinderrechtenverdrag (hierna: IVRK). Dit verdrag erkent namelijk specifieke rechten toe aan kinderen, zo ook aan GD-kinderen.

Nederland is, qua medisch beleid ten aanzien van genderdysforie bij kinderen, een bepaalde weg ingeslagen zonder dat de Staat zich hier, als wetgever, over gebogen heeft. Vervolgens rijst de vraag of deze 'gekozen richting' wel in lijn is met de uitgangspunten uit Europees- en internationaalrechtelijke hoek en meer specifiek de internationale kinderrechten.

---

<sup>11</sup> Leenen et al. 2017, p. 65.

<sup>12</sup> Leenen et al. 2017, p. 63-64.

<sup>13</sup> Zie o.a.: Resolutie 2191(2017); Resolutie 2048(2015); Biogeneeskunde Verdrag 1997; EHRM 12 juni 2003, appl. no. 35968/97 (*Kück/Duitsland*).

<sup>14</sup> FRA 2014, p. 11 & 96.

<sup>15</sup> Zie onder andere: UN Document A/HRC/19/41; Joint Statement 2015; UN Document A/HRC/RES/32/2.

## 1.2. Onderzoeksvraag

*Verdient de Nederlandse wet- en regelgeving en de daaruit volgende medische praktijk omtrent genderdysforie bij kinderen aanpassing in het licht van de internationale kinderrechten en hetgeen bekend is uit de medische wetenschap?*

## 1.3. Methodologie

De informatie waar het onderhavige onderzoek op gebaseerd is, is vervaardigd via een ‘desk research’. Het onderzoek is zowel beschrijvend als analytisch van aard, waarbij wordt geput uit medisch wetenschappelijke onderzoeken en juridische bronnen. De juridische bronnen betreffen met name Nederlandse wet- en regelgeving, regelgeving van de Raad van Europa, het IVRK en de daaruit voortvloeiende academische literatuur, (onderzoeks)rapporten en jurisprudentie.

Het verdient opmerking dat ik mij bewust ben van de risico’s die gepaard gaan met het gebruik van medisch wetenschappelijke literatuur. Als jurist in wording heb ik, in beginsel, namelijk geen kennis van deze discipline waardoor ik zelf niet in staat ben een dergelijk onderzoek uit te voeren. Om deze reden wil ik benadrukken dat het onderhavige afstudeeronderzoek een primair juridische inslag heeft. Binnen dit juridische uitgangspunt heb ik er echter voor gekozen om mij, met het oog op de volledigheid, te laten informeren en inspireren door de medische discipline.

## 1.4. Opbouw

Genderproblematiek bij kinderen, en vooral bij jongeren, is een populair onderwerp in de Nederlandse media.<sup>16</sup> Door genderproblematiek onder de aandacht te brengen, wordt het taboe rondom dit onderwerp zoveel mogelijk weggewerkt. Een juridisch inhoudelijke en medisch onderlegde analyse lijkt echter aan de aandacht te zijn onttrokken. Om deze reden is ervoor gekozen om het onderwerp ‘genderdysforie bij kinderen’ in dit afstudeeronderzoek te belichten vanuit drie perspectieven.

Allereerst zal vanuit een medisch wetenschappelijk perspectief worden uitgelegd ‘wat’ genderdysforie precies inhoudt en welke problematiek hierbij komt kijken. Vervolgens wordt vanuit gezondheidsrechtelijk perspectief ingegaan op de beginselen van het gezondheidsrecht, waarna aandacht wordt besteed aan de leeftijdsgrenzen van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (hierna: WGBO), de wils(on)bekwaamheid van het kind, de autonomie van de medische professional en de rol van de ‘Staat’ bij ethisch gevoelige onderwerpen. In hoofdstuk 4 zal genderdysforie worden beschouwd vanuit een internationaal kinderrechtelijk perspectief. Welke kinderrechten zijn voor een GD-kind van belang en welke obstakels komen bij

---

<sup>16</sup> Denk hierbij aan Tv-programma’s als: ‘Hij is een Zij’, <https://www.kro-ncrv.nl/hijiseenzij> (laatst geraadpleegd: 23 november 2017); ‘Geslacht!’ [https://www.npo.nl/geslacht/BNN\\_101381999](https://www.npo.nl/geslacht/BNN_101381999) (laatst geraadpleegd: 23 november 2017).

de uitvoering van deze rechten kijken? Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een blik op het relevante juridische kader van de Raad van Europa. Aansluitend zal in hoofdstuk 5 de Nederlandse wet- en regelgeving, en de daaruit volgende praktijk, worden gespiegeld aan de internationale kinderrechten. Tot slot zal in hoofdstuk 6 een antwoord worden gevormd op de hoofdvraag waarna een aantal aanbevelingen zullen volgen.

*“Your gender is like drinking water; when you drink water it is not supposed to taste like anything. But when it tastes different, you notice. That is what being transgender is like: when your water tastes different.”<sup>17</sup>*

Transjongen, 18 jaar

---

<sup>17</sup> Vrouwenraets & De Vries 2016, [www.contemporaryobgyn.modernmedicine.com](http://www.contemporaryobgyn.modernmedicine.com) (laatst geraadpleegd: 18 september 2017).



## 2. Genderdysforie bezien vanuit een medisch wetenschappelijk perspectief

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van verschillende wetenschappelijke onderzoeken het onderwerp 'genderdysforie' medisch inhoudelijk in kaart gebracht. Zo komt onder meer aan bod 'hoe' de diagnose gesteld kan worden en waarom de kwalificatie 'psychische stoornis' eigenlijk niet past bij de problematiek van kinderen met genderdysforie.

### 2.1. Genderstereotypering en de ontwikkeling van een kind

Verschillen in het gedrag tussen mannen en vrouwen zijn al vanaf jonge leeftijd waarneembaar, namelijk reeds vóór de leeftijd van één jaar. Zo zijn jongetjes doorgaans actiever dan meisjes, maar zijn meisjes weer beter in zelfregulering en het bewust vragen van aandacht.<sup>18</sup> Daarnaast is er wetenschappelijk bewijs voor de meer algemene verschillen tussen mannen en vrouwen. Zo zijn vrouwen (over het algemeen) verbaal beter ontwikkeld dan mannen, maar hebben mannen weer een verder ontwikkeld ruimtelijk inzicht.<sup>19</sup>

Naast deze biologische verschillen, kan een verschil in gedrag tussen mannen en vrouwen ontstaan door een verschil in de houding die de maatschappij aanneemt ten opzichte van het betreffende gender. Verschillende studies wijzen op de karakteristieke eigenschappen die worden geassocieerd met een bepaald gender. Deze aannames en bijbehorende verwachtingen leiden vervolgens tot een andere houding richting een persoon van een bepaald gender.<sup>20</sup> Dit gebeurt al vanaf het allereerste moment, namelijk vanaf de geboorte. Zo baseren ouders hun houding, gedrag en opvoedstrategie richting hun kind op hun eigen perceptie van hoe een kind met een dergelijk gender 'zou moeten zijn'.<sup>21</sup>

Het gedrag dat kinderen vertonen is gecorreleerd aan de 'genderidentiteit' die het kind ervaart. Voelt het kind zich een jongen of een meisje? Over het algemeen kunnen kinderen verschillen in de mate waarin zij uiting geven aan hun gender.<sup>22</sup> Niet elk meisje vindt het immers leuk om met barbies te spelen, maar dit betekent niet direct dat zij zich geen meisje 'voelt'. In het overgrote deel van de gevallen komt de 'ervaren' genderidentiteit overeen met de verwachtingen behorend bij het gender dat het kind daadwerkelijk toegewezen heeft gekregen.<sup>23</sup> Het kan echter voorkomen

---

<sup>18</sup> Else-Quest et al. 2006 (genoemd in: Endendijk 2015, p. 9).

<sup>19</sup> Maccoby & Jacklin 1974 (genoemd in: Endendijk 2015, p. 9).

<sup>20</sup> Hosley & Montemayor 1997 (genoemd in: Endendijk 2015, p. 10).

<sup>21</sup> Endendijk 2015, p. 10-11.

<sup>22</sup> Ristori & Steensma 2016, p. 1.

<sup>23</sup> Zo wenst 1,4 % van de jongens en 2,0% van de meisjes van het andere geslacht te zijn, zie: Verhulst, van der Ende & Koot 1996 (genoemd in: Ristori & Steensma 2016, p. 2).

dat een kind totaal niet voldoet aan deze verwachtingen, en zich hier ook helemaal niet in thuis voelt. Dit is het geval bij kinderen waarbij genderdysforie wordt gediagnosticeerd.<sup>24</sup>

## 2.2. Genderdysforie: de diagnose

De non-conformiteit tussen het toegewezen geslacht en de genderidentiteit die het kind ervaart, veroorzaakt bij genderdysforie een dermate groot gevoel van onbehagen in het eigen lichaam, dat klinische psychische hulp vaak noodzakelijk is.<sup>25</sup> Tot op heden is er echter geen ondubbelzinnige medische aanleiding gevonden die het ontstaan van genderdysforie kan verklaren.

Hoogstwaarschijnlijk is het non-conforme gevoel afhankelijk van meerdere factoren, waarbij zowel psychosociale als biologische factoren een rol spelen.<sup>26</sup> Deze onduidelijkheid omtrent de ontstaansoorzaak van genderdysforie maakt het stellen van een diagnose een vrij ingewikkeld proces.<sup>27</sup>

### 2.2.1. Is genderdysforie wel een (op zichzelf staande) psychische stoornis?

In de medische wereld wordt er terughoudend omgegaan met het diagnosticeren van genderdysforie als 'psychische stoornis' aangezien een dergelijke classificering, zeker bij kinderen, stigmatiserend kan werken.<sup>28</sup> Daarnaast is er ook discussie over de vraag of genderdysforie wel een op zichzelf staande psychische stoornis is, of slechts onderdeel uitmaakt van een 'andere' psychische stoornis.<sup>29</sup> Het percentage van GD-kinderen, waarbij minstens één andere psychische diagnose is gesteld, staat namelijk op 52%.<sup>30</sup> Bovendien zou genderdysforie ook enkel een 'sociaal fenomeen' kunnen zijn, dat volledig los staat van de psychiatrie. Om deze reden ervaren mensen met genderdysforie het vaak als een belediging wanneer hun 'wens' om tot het andere gender te behoren als een 'stoornis' wordt gezien.<sup>31</sup>

Feit is echter wel, dat bij genderdysforie medische hulp vaak noodzakelijk is, waardoor een medische classificatie tóch aangewezen zou zijn, bijvoorbeeld in verband met declaraties bij zorgverzekeringen. De laatste jaren is er, om al deze redenen, hevig gedebatteerd onder medici en ethici over de vraag in hoeverre genderdysforie als psychische stoornis moet (en kan) worden

---

<sup>24</sup> Ristori & Steensma 2016, p. 1.

<sup>25</sup> Ristori & Steensma 2016, p. 1.

<sup>26</sup> De Vries & Cohen-Kettenis 2012, p. 304.

<sup>27</sup> Heylens 2016, p. 488.

<sup>28</sup> Ristori & Steensma 2016, p. 1; Heylens 2016, p. 488.

<sup>29</sup> Heylens 2016, p. 488.

<sup>30</sup> Wallien, Swaab & Cohen-Kettenis 2007 (genoemd in: Vrouwenraets et al. 2015, p. 370).

<sup>31</sup> American Psychiatric Association 2015 (Whitepaper).

beschouwd.<sup>32</sup> Hierbij werd geprobeerd een balans te vinden tussen het risico op stigmatisering aan de ene kant en de toegang tot zorg aan de andere kant.<sup>33</sup>

In de psychiatrie en psychologie wordt gebruik gemaakt van de '*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*' (DSM, huidige versie: DSM-5) en de '*International Classification of Diseases*' (ICD, huidige versie: ICD-10). Naar aanleiding van de eerder genoemde discussie is ervoor gekozen om in de DSM-5, in tegenstelling tot de DSM-4, niet meer te spreken over een 'stoornis', maar wordt enkel de term 'genderdysforie' gebruikt.<sup>34</sup> Deze verandering leidt ertoe dat de classificatie meer aansluit bij de gevoelens van de patiënt, zonder dat de toegang tot behandelmogelijkheden wordt beperkt, nu genderdysforie nog steeds onderdeel uitmaakt van de DSM-5. Ook de ICD-10 zal in de toekomst (ICD-11, te verschijnen in 2018) de term '*gender incongruence of childhood*' gaan gebruiken in plaats van de term '*gender identity disorder of childhood*'.<sup>35</sup>

Belangrijk om nog op te merken, is het feit dat gender non-conformiteit op zichzelf geen medische kwalificatie heeft. Het bepalende element, binnen de criteria van de DSM-5, is dat het betrokken kind er klinisch significant onder lijdt. Enkel wanneer daar sprake van is, kan genderdysforie worden gediagnostiseerd.<sup>36</sup> Een ander punt dat nog de aandacht verdient, is de verwarring die kan ontstaan tussen 'genderdysforie' en 'transgenderisme'. Kortweg kan worden gezegd dat transgenderisme de meest vergaande vorm is van genderdysforie, waarbij de wens bestaat om volledig tot het andere gender te behoren.<sup>37</sup>

### 2.2.2. De DSM-5 criteria

Volgens de DSM-5 kan de diagnose genderdysforie worden gesteld wanneer een kind een *klinisch significante* non-conformiteit ervaart tussen de gevoelsmatige genderidentiteit en het geslacht dat het kind toegewezen heeft gekregen bij de geboorte.<sup>38</sup> Dit gevoel van non-conformiteit moet bij kinderen ten minste zes maanden hebben geduurd, alvorens een diagnose mag worden gesteld. Deze verplichte termijn heeft ermee te maken dat kinderen vaker gender non-conform gedrag vertonen, maar dat dit in de meeste gevallen slechts van korte duur is.<sup>39</sup> Het kind moet deze non-

---

<sup>32</sup> Heylens 2016, p. 488.

<sup>33</sup> Heylens 2016, p. 488.

<sup>34</sup> American Psychiatric Association 2015 (Whitepaper).

<sup>35</sup> Ristori & Steensma 2016, p. 1; Vrouenraets et al. 2015, p. 369.

<sup>36</sup> American Psychiatric Association 2015 (Whitepaper); zie ook: WPATH Standards of Care 2012, p. 5.

<sup>37</sup> Voor een duidelijke uiteenzetting van de verschillen, zie: [www.psychiatry.org](http://www.psychiatry.org), onder: What is gender dysphoria? (laatst geraadpleegd: 18 september 2017).

<sup>38</sup> De volgende uitleg van de diagnose 'genderdysforie' is geput uit de DSM-5, maar deels verwoord naar de interpretatie volgend uit: Ristori & Steensma 2016, p. 1-2.

<sup>39</sup> Hendriks 2016, p. 187; Broersen 2013, zie: [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl) (laatst geraadpleegd: 18 september 2017).



conforme gevoelens met betrekking tot het geboortegender ook kunnen verwoorden.<sup>40</sup> Daarnaast dient, alvorens de diagnose genderdysforie gesteld kan worden, aan zes van de hiernavolgende acht criteria te worden voldaan.<sup>41</sup> Zo kan genderdysforie zich manifesteren in het verlangen om van het andere gender te zijn (1) en de geslachtskenmerken van dit andere gender te hebben (2). Daarmee in samenhang kan er een afkeer ontstaan van de eigen lichamelijke kenmerken (3). Ook kunnen kinderen cross-gender gedrag vertonen, zoals het kleden naar het andere gender (4), het ‘spelen’ van het andere gender in rolspellen (5), een sterke voorkeur hebben voor speelkameraadjes/vriendjes van het andere gender (6) en het geven van voorkeur aan speelgoed, spelletjes en andere activiteiten die doorgaans geassocieerd worden met het andere gender (7), hetgeen meestal samengaat met een afkeer van speelgoed behorend tot het aangeboren gender (8).

Van de kinderen die vóór hun twaalfde levensjaar de diagnose ‘genderdysforie’ krijgen, zal deze diagnose slechts bij de minderheid standhouden wanneer de puberteit intreedt. Uit verschillende onderzoeken blijkt namelijk dat slechts bij een minderheid, ongeveer 15% van de kinderen, de diagnose standhoudt.<sup>42</sup> De rest van de kinderen vindt uiteindelijk een weg om met hun aangeboren gender te leven, of de non-conformiteit tussen de genderidentiteit en het geboortegender verdwijnt in zijn geheel. In het grootste deel van deze gevallen identificeert het kind zichzelf later als homoseksueel of lesbisch, hetgeen in veel gevallen de aanleiding was voor de verwarrende gevoelens.<sup>43</sup> Ten aanzien van kinderen waarbij de genderdysforie wél aanhoudt in de puberteit, kan vrijwel met zekerheid worden gezegd dat dit de rest van hun leven stand zal houden.<sup>44</sup>

### 2.3. Psychologische gevolgen van genderdysforie

Kinderen met genderdysforie zijn, in psychologische zin, kwetsbaarder dan hun leeftijdsgenoten. De psychologische problematiek die deze kinderen ervaren is in de meeste gevallen als ‘internaliserend’ te kwalificeren, waardoor depressie en klinisch significante angst relatief vaak voorkomen.<sup>45</sup> Dit is ten dele te verklaren door discriminatie, intolerantie en onbegrip vanuit de omgeving.<sup>46</sup> Om deze reden ligt het aantal suïcidepogingen en daadwerkelijke suïcides bij GD-kinderen, in vergelijking met de algemene populatie, substantieel hoger.<sup>47</sup> Toch blijft het bewijs

---

<sup>40</sup> American Psychiatric Association 2015 (Whitepaper), p. 1.

<sup>41</sup> Zie voor extra uitleg bij de criteria uit de DSM-5: [www.psychiatry.org](http://www.psychiatry.org) onder: What is gender dysphoria? (laatst geraadpleegd: 18 september 2017).

<sup>42</sup> Dit percentage van ‘aanhouden’ verschilt per onderzoek (van 2% tot 27%). Steensma houdt bij zijn dissertatie van 2013 een gemiddelde van 15% aan, zie: Steensma 2013, p. 26 & 76.

<sup>43</sup> Ristori & Steensma 2016, p. 3; Heylens 2016, p. 487.

<sup>44</sup> Vrouwenraets et al. 2015, p. 368; De Vries et al. 2011 (genoemd in: Vrouwenraets et al. 2016, p. 1698).

<sup>45</sup> Ristori & Steensma 2016, p. 2.

<sup>46</sup> Heylens 2016, p. 487.

<sup>47</sup> Heylens 2016, p. 487.

voor de relatie tussen risicofactoren en de psychologische problematiek nihil. Dit komt mede door het feit dat genderdysforie vaak gepaard gaat met andere psychische stoornissen.<sup>48</sup>

## 2.5. Tussenconclusie

Uit het voorgaande is gebleken dat genderdysforie een moeilijk te omschrijven probleem is. Verschillende vragen blijven onderwerp van discussie, zoals de vraag naar de etiologische factor van genderdysforie, de vraag of genderdysforie een 'op zichzelf staande' psychische stoornis is en de vraag of genderdysforie überhaupt als psychische stoornis gekwalificeerd mag worden. Ondanks deze moeilijkheden is er toch voor gekozen om genderdysforie te laten voortbestaan in de DSM-5 en de (toekomstige) ICD-11, aangezien dit de toegang tot zorg faciliteert in verband met zorgverzekeringscriteria. De term 'stoornis' wordt in deze beschrijvingen echter niet langer gebruikt.

Door alle onduidelijkheden omtrent genderdysforie blijft het gissen naar een '*best practice*' ter behandeling van genderdysforie bij kinderen. Toch heeft Nederland ervoor gekozen om GD-kinderen de mogelijkheid te bieden tot fysieke alteraties, in het kader van de behandeling, ondanks de heersende onzekerheden. Deze mogelijkheid wordt in het volgende hoofdstuk, vanuit een gezondheidsrechtelijk perspectief, nader onderzocht.

---

<sup>48</sup> Wallien, Swaab & Cohen-Kettenis 2007 (genoemd in: Vrouwenraets et al. 2015, p. 370.).



*“My 9-year-old daughter just announced one day that she is really a boy and her new name was Jack. (...) It’s been a year now, and Jack is Jack. I have a lot of sadness and confusion, still. But I love Jack and he is happy. I am not ready to talk about medicines and surgeries; I just can’t go there now.”<sup>49</sup>*

Ouder van een tienjarige transjongen

---

<sup>49</sup> Quote uit: Brill & Pepper 2008, p. 18-19.



### 3. Genderdysforie bezien vanuit een gezondheidsrechtelijk perspectief

Hoewel genderdysforie niet meer als een psychische ‘stoornis’ mag worden gekwalificeerd, is psychische hulp vrijwel altijd aangewezen. Daarnaast verlangen GD-kinderen vaak naar fysieke alteraties, waarbij vanzelfsprekend medische hulp komt kijken. Dit hoofdstuk zal ingaan op hetgeen er, binnen het gezondheidsrecht, mogelijk is voor kinderen met genderdysforie. Voorafgaand hieraan zal een algemene gezondheidsrechtelijke uitleg worden gegeven.

#### 3.1. Uitgangspunten van het gezondheidsrecht

Het gezondheidsrecht kent uiteenlopende uitgangspunten die als gezondheidsrechtelijk beginsel gelden.<sup>50</sup> Hieronder zal ik, gezien de relevantie met betrekking tot genderdysforie, de beginselen zelfbeschikking (1), goede zorg (2) en bescherming (3) bespreken.

##### 1. Zelfbeschikking

Het zelfbeschikkingsbeginsel is van bijzonder groot belang in het gezondheidsrecht, mede gezien de afhankelijke positie van de patiënt ten opzichte van de hulpverlener en de ingrijpende mogelijkheden binnen de geneeskunde in het algemeen.<sup>51</sup> Onder zelfbeschikking wordt verstaan dat eenieder de mogelijkheid moet krijgen om naar zijn eigen levensconcept te leven, ook wanneer dit afwijkt van het meest gangbare.<sup>52</sup>

Ondanks het grote belang van het zelfbeschikkingsbeginsel, komt het niet expliciet in de wet voor.<sup>53</sup> Toch kan dit beginsel wel als grondslag worden beschouwd voor vele fundamentele rechten en vrijheden.<sup>54</sup> Bovendien wordt in rechtelijke uitspraken uitdrukking gegeven aan dit beginsel. Binnen de rechtspraak van de Hoge Raad lijkt zelfbeschikking zelfs te worden gekwalificeerd als een *recht*, in tegenstelling tot een beginsel.<sup>55</sup> Zo spreekt ook het Europese Hof voor de Rechten van de Mens (hierna: EHRM) van een *recht* op zelfbeschikking.<sup>56</sup> Zelfbeschikking wordt vaak gekoppeld aan het recht op een keuze met betrekking tot medische verrichtingen. Op die manier valt te betogen dat in artikel 7:450 lid 1 Burgerlijk Wetboek (hierna BW), waarin de toestemming van de patiënt bij een medische verrichting wordt vereist, het zelfbeschikkingsrecht toch wettelijk verankerd ligt.<sup>57</sup> In artikel 7:448 lid 1 BW wordt bovendien vereist dat de patiënt informatie verkrijgt over de

---

<sup>50</sup> Leenen et al. 2017, p. 55.

<sup>51</sup> Leenen et al. 2017, p. 55.

<sup>52</sup> Leenen et al. 2017, p. 56.

<sup>53</sup> Leenen et al. 2017, p. 56.

<sup>54</sup> *Kamerstukken II* 2000/01, 26691, nr. 24, p. 12-13.

<sup>55</sup> Zie onder andere: HR 18 maart 2005, ECLI:NL:HR:2005:AR5213, r.o. 4.8 (zelfbeschikking als ‘fundamenteel recht’); HR 23 november 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB2737, r.o. 3.5.2.

<sup>56</sup> “*The individual’s inalienable right to self-determination*”, zie: EHRM 1 oktober 2012, appl. no. 41242/08 (*Plesó/Hongarije*), para. 66; Leenen 2017, p. 57.

<sup>57</sup> Engberts & Kalkman-Bogerd 2006, p. 23.

voorgenomen behandeling en het onderzoek. Dit recht op informatie beschouwt de Hoge Raad eveneens als een onderdeel van het zelfbeschikkingsrecht.<sup>58</sup>

## 2. Bescherming

Zelfbeschikking komt eenieder, vanaf de geboorte tot aan zijn dood, in dezelfde hoedanigheid toe.<sup>59</sup> Desondanks is zelfbeschikking niet absoluut.<sup>60</sup> Met name in gezondheidszorg wordt zelfbeschikking vaak tegenover het beschermingsbeginsel geplaatst. Het beschermingsbeginsel strekt, onder meer, tot bescherming van personen die hun eigen belangen niet (of minder) goed kunnen behartigen, zoals kinderen.<sup>61</sup> Zodoende wordt de zelfbeschikking van kinderen in het BW beperkt door middel van leeftijdsgrenzen, ten behoeve van hun bescherming.<sup>62</sup> In paragraaf 3.2.1. kom ik op deze leeftijdsgrenzen terug.

## 3. Goede zorg

Het beginsel van goede zorg verlangt van een hulpverlener dat hij bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht neemt en daarbij handelt *“in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiend uit de geldende professionele standaard”*.<sup>63</sup> Dit beginsel staat gecodificeerd in artikel 7:453 BW en dit kan als kernartikel van het gezondheidsrecht worden beschouwd. Op het beginsel van goede zorg kom ik in paragraaf 3.2.2. terug.

### 3.2 De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

De WGBO is opgenomen als bijzondere overeenkomst in boek 7, artikel 446 tot en met 568 BW. Van deze artikelen zijn er reeds een aantal aan bod gekomen. Het zelfbeschikkingsrecht (afgeleid uit artikel 7:448 lid 1 BW en artikel 7:450 lid 1 BW) en het beginsel van ‘goede zorg’ (voortvloeiend uit artikel 7:453 BW) zijn van groot belang in gevallen waar de patiënt volgens de wet wilsonbekwaam is.<sup>64</sup> De wilsonbekwame minderjarige wordt binnen het systeem van de WGBO beschermd door middel van leeftijdsgrenzen. Aan de andere kant, dient een wilsonbekwame minderjarige beschermd te worden tegen een disproportionele beperking van zijn recht op zelfbeschikking. Het recht op zelfbeschikking vormt immers een inherent recht van de mens.<sup>65</sup> Omwille van deze laatstgenoemde bescherming kent de WGBO een aantal bepalingen die het systeem van leeftijdsgrenzen iets ‘verzachten’. Voorbeelden hiervan zijn het informatierecht van

---

<sup>58</sup> HR 23 november 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB2737, r.o. 3.5.2.

<sup>59</sup> Leenen et al. 2017, p. 55.

<sup>60</sup> Leenen et al. 2017, p. 57.

<sup>61</sup> Leenen et al. 2017, p. 57-58.

<sup>62</sup> Leenen et al. 2017, p. 58.

<sup>63</sup> Artikel 7:453 BW.

<sup>64</sup> Hulst 2006, p. 131.

<sup>65</sup> Leenen et al. 2017, p. 55.

de minderjarige (artikel 7:448 lid 1 BW) en het feit dat het beginsel van ‘goede zorg’ te allen tijde de sluitende maatstaf vormt bij te nemen beslissingen.<sup>66</sup>

### 3.2.1. De leeftijdsgrenzen van de WGBO en de wilsbekwaamheid van het kind

De WGBO bevat uitsluitend bepalingen van dwingend recht.<sup>67</sup> Zo kan een behandeling slechts plaatsvinden nadat de patiënt hiervoor uitdrukkelijk toestemming heeft verleend (artikel 7:450 lid 1 BW). Het uit de Verenigde Staten overgenomen begrip ‘*informed consent*’ houdt bovendien in dat de patiënt pas na deugdelijke, en voor de patiënt begrijpelijke, informatie toestemming mag geven voor een behandeling. Slechts in uiterst urgente situaties, waarin snel handelen geboden is, is het mogelijk om afstand te doen van deze verplichting tot ‘*informed consent*’.<sup>68</sup>

Met betrekking tot ‘*informed consent*’ is het van belang dat de patiënt in kwestie wilsbekwaam is. Wilsbekwaamheid wordt veelal uitgelegd als “*het vermogen van de patiënt om in staat te zijn tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake*”.<sup>69</sup> Deze formulering maakt duidelijk dat het een zeer contextueel begrip is. De centrale vraag is, of de patiënt in staat is om een keuze te maken, gelet op de: aard van de beslissing, de mogelijkheid tot rationeel denken, het begripsvermogen en het inzicht in de aard van de situatie.<sup>70</sup> Alleen wanneer er bijvoorbeeld sprake is van bewusteloosheid of coma zou wilsbekwaamheid vanzelfsprekend mogen zijn. In alle andere gevallen kan dit per situatie verschillen.<sup>71</sup>

Hoewel het concept ‘wilsbekwaamheid’ lijkt te vragen om een individuele beoordeling, hanteert de WGBO bij kinderen vaste leeftijdsgrenzen. Zo beschouwt de WGBO alle kinderen die de leeftijd van twaalf jaar nog niet hebben bereikt direct als wilsbekwaam. Uit artikel 7:465 lid 1 BW vloeit voort dat de ouder(s) of voogd(en) met gezag de behandelingsovereenkomst ten behoeve van hun kind, van elf jaar of jonger, sluiten.<sup>72</sup> Dit betekent dat er geen wettelijke verplichting bestaat om de mening van het kind, voorafgaand hieraan, te horen. Artikel 7:448 lid 1 BW vereist echter wel dat de hulpverlener de nodige informatie dient te verstrekken aan het kind, op een manier die past bij zijn bevattingsvermogen. Voor kinderen van twaalf tot en met vijftien jaar regelt artikel 7:450 lid 2 BW dat zij tezamen met hun ouder(s) of voogd(en) toestemming dienen te verlenen voor de behandeling.<sup>73</sup> Hierbij kunnen vanzelfsprekend situaties ontstaan waarbij de mening van het kind niet overeenkomt met de mening van de ouder(s). In dat geval neemt de WGBO de mening van het

---

<sup>66</sup> Leenen et al. 2017, p. 127-134; artikel 7:465 lid 4 BW.

<sup>67</sup> Hulst 2006, p. 132; artikel 7:468 BW.

<sup>68</sup> Hulst 2006, p. 137.

<sup>69</sup> Legemaate 2016, p. 135.

<sup>70</sup> Hulst 2006, p. 147.

<sup>71</sup> Legemaate 2016, p. 135.

<sup>72</sup> Leenen et al. 2017, p. 130.

<sup>73</sup> Hulst 2006, p. 146.



kind als uitgangspunt, indien dit nodig is om *ernstig nadeel* te voorkomen of indien het kind de behandeling *weloverwogen* blijft wensen.<sup>74</sup> Vervolgens wordt een kind, op grond van artikel 7:447 lid 1 BW, vanaf zestien jaar volledig bekwaam geacht om zelfstandig een geneeskundige behandelingsovereenkomst te sluiten.

Het systeem van leeftijdsgrenzen is niet uniek voor de WGBO, tal van andere gezondheidswetten hanteren eenzelfde systeem. Hierdoor wordt de reikwijdte van de rechtspositie van kinderen grotendeels bepaald door hun leeftijd.<sup>75</sup> Zodoende heeft de Nederlandse wetgever de voorkeur gegeven aan een algemeen systeem van leeftijdsgrenzen, in tegenstelling tot een individuele beoordeling van ieder kind. Waarborging van de rechtszekerheid kan als voordeel van dit systeem worden beschouwd.<sup>76</sup> Het is echter de vraag of dit voordeel opweegt tegen de nadelen. Uit onderzoek blijkt namelijk dat kinderen die jonger zijn dan twaalf jaar, niet per definitie wilsonbekwaam hoeven te zijn.<sup>77</sup> Over het algemeen kan worden gezegd dat kinderen wilsonbekwaam zijn tot de leeftijd van ongeveer 9,6 jaar. Kinderen van 11,2 jaar en ouder kunnen vervolgens als wilsbekwaam worden beschouwd. Tussen deze twee leeftijden bevindt zich een grijs gebied.<sup>78</sup>

De leeftijdsgrenzen van de WGBO zijn wellicht gunstig voor de rechtszekerheid in Nederland, maar benadelen tegelijkertijd kinderen die jonger zijn dan twaalf jaar, maar die wél wilsbekwaam kunnen worden geacht.<sup>79</sup> Gelukkig blijkt uit de praktijk dat hier meestal wel een oplossing voor wordt gevonden. Vaak leidt een verschil van mening tussen een 10- of 11-jarige en zijn ouders tot een gezamenlijk gesprek met de hulpverlener waarna alsnog een gezamenlijke beslissing wordt genomen.<sup>80</sup> Bovendien kan een hulpverlener zich te allen tijde beroepen op artikel 7:465 lid 4 BW, waarin is bepaald dat hij voorbij mag gaan aan de mening van een vertegenwoordiger, wanneer deze niet strookt met het beginsel van goede zorg. Deze mogelijkheden bieden de hulpverlener enige manoeuvreer ruimte binnen het systeem van leeftijdsgrenzen, maar iedere afwijking van een leeftijdsgrens zal voorzien moeten zijn van een sterke onderbouwing.<sup>81</sup>

---

<sup>74</sup> Zie hierover voorts de zaak m.b.t. de 12-jarige David die recentelijk veel media-aandacht kreeg: Hof Amsterdam, 11 juli 2017, ECLI:NL:GHAMS:2017:2668.

<sup>75</sup> Legemaate 2016, p. 134.

<sup>76</sup> Legemaate 2016, p. 135.

<sup>77</sup> Hein 2015, p. 117.

<sup>78</sup> Legemaate 2016, p. 135; Hein 2015, p. 117.

<sup>79</sup> Legemaate 2016, p. 135.

<sup>80</sup> Legemaate 2016, p. 135-136.

<sup>81</sup> Legemaate 2016, p. 135-136.

Toch sluit bovenstaande niet uit dat er zich gevallen kunnen voordoen, waar kinderen van elf jaar en jonger worden belemmerd in de daadwerkelijke realisatie van hun medische wensen.<sup>82</sup> Daar komt nog bij dat kinderen tussen de twaalf en zestien jaar eveneens worden beperkt nu zij deels afhankelijk zijn van de toestemming van hun ouders, terwijl zij – afhankelijk van de situatie – in staat zouden zijn om onafhankelijk een beslissing te nemen.<sup>83</sup>

Bovendien gaan er sinds lange tijd geluiden dat jonge kinderen, die lijden aan een ernstige ziekte of aandoening, een verbazingwekkend goed besef kunnen hebben van de situatie waarin zij verkeren en, met betrekking tot deze specifieke situatie, wél wilsbekwaam zijn. Dit standpunt volgt uit het rapport van de Staatscommissie Euthanasie uit 1985, met betrekking tot de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek (hierna: Wtl).<sup>84</sup> In 1987 kwam de Gezondheidsraad tot eenzelfde standpunt.<sup>85</sup> Toch bevat de, inmiddels aangenomen, Wtl wel degelijk leeftijdsgrenzen. Mogelijk heeft daarbij meegespeeld dat men wilde voorkomen dat de discussie met betrekking tot de leeftijdsgrenzen zou leiden tot een vertraging, terwijl dit niet het hoofdonderwerp vormde van de betreffende wetgeving.<sup>86</sup> Deze discussie is echter nooit tot rust gekomen. Recentelijk heeft de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), in het kader van euthanasie bij kinderen, nog geoordeeld dat niet de kalenderleeftijd, maar de werkelijke wilsbekwaamheid het uitgangspunt moet zijn.<sup>87</sup>

### 3.2.2. Het beginsel van goede zorg

Het beginsel van goede zorg, ook wel bekend als ‘goed hulpverlenerschap’, vloeit voort uit het eerdergenoemde artikel 7:453 BW, dat als kernartikel van de WGBO kan worden beschouwd. Het artikel vormt de rode draad in het handelen van de medisch hulpverlener.<sup>88</sup> De norm, zoals geformuleerd in de WGBO, geeft echter slechts in algemene bewoordingen weer wat hieronder moet worden verstaan. De concrete invulling hiervan wordt namelijk nader bepaald door de beroepsgroep zelf, via de *medisch professionele standaard*.<sup>89</sup> Door deze keuze geeft de wetgever ruimte aan medische professionals om deze standaard zelf in te vullen. De arts dient, op basis van zijn inhoudelijke kennis, de ruimte te krijgen om onafhankelijk het belang van de patiënt te kunnen

---

<sup>82</sup> Legemaate 2016, p. 136.

<sup>83</sup> Hein 2015, p. 117 en verder.

<sup>84</sup> Legemaate 2016, p. 137; Rapport Staatscommissie Euthanasie 1985, p. 94.

<sup>85</sup> Legemaate 2016, p. 137; Zie ook: Gezondheidsraad 1987 (genoemd in: Roscam Abbing 1987, p. 1209).

<sup>86</sup> Legemaate 2016, p. 137-138.

<sup>87</sup> Standpunt NVK 2015; Meijer 2016, p. 466.

<sup>88</sup> Hulst 2006, p. 148

<sup>89</sup> Leenen et al. 2017, p. 62-63.

dienen.<sup>90</sup> De medisch professionele standaard kan dan ook worden beschouwd als de ‘wet’ die medici aan zichzelf opleggen.<sup>91</sup>

Binnen deze ‘zelfregulering’ van de medische wereld wordt een deel vastgelegd in protocollen, standaarden, richtlijnen en gedragsregels. Een protocol kan worden omschreven als een *“geëxpliciteerde vorm van consensus over de aanpak van een bepaald probleem”*.<sup>92</sup> Een standaard komt op hetzelfde neer maar hoeft, in tegenstelling tot een protocol, niet schriftelijk te zijn.<sup>93</sup> Richtlijnen zijn daarentegen wat algemener geformuleerd en meer adviserend van aard en gedragsregels vormen de invulling van geldende normen en beginselen.<sup>94</sup>

Aangezien protocollen, standaarden, richtlijnen en gedragsregels uitdrukking geven aan de medisch professionele standaard, worden ze ook toegepast in het tucht-, straf- en civiele recht. Dit betekent dat dergelijke richtsnoeren een hulpverlener juridisch kunnen binden, hoewel deze regels niet de status ‘wet’ dragen.<sup>95</sup> In de memorie van toelichting van de WGBO wordt er namelijk op gewezen dat de rechter deze normen en regels mag gebruiken voor zijn oordeel.<sup>96</sup> Hoe bindend een bepaald document precies is, hangt onder meer af van de gebruikte formulering.<sup>97</sup> Hoe concreter het document is geformuleerd, hoe zwaarder de bewijslast zal zijn voor de hulpverlener die hiervan afwijkt.<sup>98</sup>

Professioneel medisch handelen moet volgens de medisch professionele standaard aan twee eisen voldoen: de handeling moet medisch zijn geïndiceerd, met het oog op een concreet behandelingsdoel, en zij moet volgens de regels van de kunst worden uitgevoerd.<sup>99</sup> Het vereiste van een medische indicatie houdt in dat een behandeling ‘zin’ moet hebben en dat er een redelijke verhouding moet bestaan tussen het doel van de behandeling en de impact van de middelen.<sup>100</sup> Zodoende dient er een rechtstreekse relatie te bestaan tussen de klachten van de patiënt, de waarnemingen van de hulpverlener en de toegepaste behandeling.<sup>101</sup> Hierbij dient de arts de voor- en nadelen tegen elkaar af te wegen.<sup>102</sup>

---

<sup>90</sup> Leenen et al. 2017, p. 74.

<sup>91</sup> Buijsen 2008, p. 24.

<sup>92</sup> Buijsen 2008, p. 26.

<sup>93</sup> Buijsen 2008, p. 27.

<sup>94</sup> Buijsen 2008, p. 26-27.

<sup>95</sup> Leenen et al. 2017, p. 71-72. Zie voor de rechtskracht van richtlijnen en protocollen eveneens: HR 1 april 2005, ECLI:NL:HR:2005:AS6006.

<sup>96</sup> *Kamerstukken II 1989/90, 21561, 3, p. 33 (MvT)*.

<sup>97</sup> Leenen et al. 2017, p. 71-72.

<sup>98</sup> Buijsen 2008, p. 39-40.

<sup>99</sup> Leenen et al. 2017, p. 65.

<sup>100</sup> Leenen et al. 2017, p. 68.

<sup>101</sup> Leenen et al. 2017, p. 66.

<sup>102</sup> Leenen et al. 2017, p. 68 – 69.

De Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), heeft als hulpmiddel gedragsregels opgesteld ter invulling van de medisch professionele standaard.<sup>103</sup> Zo volgt uit artikel 1.2 van deze gedragsregels dat een arts alleen een noodzakelijke behandeling, begeleiding, advies of beoordeling mag verlenen. Artikel 1.3 stelt voorts dat deze hulpverlening ‘van goede kwaliteit’ dient te zijn. Relevante aspecten in dat verband zijn: deskundigheid, doeltreffendheid, doelmatigheid, patiëntgerichtheid, zorgvuldigheid en veiligheid. Tot slot stelt artikel 1.7 dat gebruik dient te worden gemaakt van de methoden ter diagnostiek en behandeling die algemeen in de medische wereld zijn aanvaard, hetgeen ziet op de ‘regels van de kunst’.

### 3.3. The Dutch protocol: gezaghebbend maar controversieel

Overeenkomstig de medisch professionele standaard, hebben specialisten op het gebied van genderdysforie autonoom een protocol opgesteld waarin de gangbare manier van medisch handelen op schrift is gesteld. Dit protocol heeft bekendheid verschaft onder de naam: ‘*the Dutch protocol*’.<sup>104</sup> Nederland heeft dankzij dit, binnen het VU Medisch Centrum (hierna: VUmc) ontstane, ‘Dutch protocol’ een leidende rol in de wereld.<sup>105</sup> De ‘*Standards of Care for Gender Dysphoria*’ van de ‘*World Professional Organisation for Transgender Health*’ (WPATH) en de ‘*Guidelines for the endocrine treatment of individuals with genderdysphoria*’ van de ‘*Endocrine Society*’ zijn voorbeelden van wereldwijd gezaghebbende standaarden die gebaseerd zijn op dit protocol.<sup>106</sup>

#### 3.3.1. De behandelingsmogelijkheden van ‘the Dutch protocol’ per leeftijdscategorie

Met betrekking tot de behandeling van genderdysforie volgt ‘the Dutch protocol’ een procedure waarbij de leeftijdsgrenzen van de WGBO grotendeels wordt gevolgd. In het navolgende zal een overzicht worden gegeven van deze behandelprocedure, per leeftijdscategorie.

##### *Behandeling genderdysforie onder de 12 jaar*

Voor het intreden van de puberteit kan een GD-kind enkel psychologische hulp worden geboden. Hierbij worden gedragingen van ‘beide genders’ aangemoedigd, ten behoeve van de ontdekkingstocht van het kind.<sup>107</sup>

##### *Behandeling genderdysforie tussen de 12 en 16 jaar*

In principe is fysieke medische interventie mogelijk vanaf twaalf jaar, aangezien onderzoek heeft uitgewezen dat genderdysforie vanaf deze leeftijd slechts in uitzonderlijke gevallen nog zal verdwijnen.<sup>108</sup> Daarnaast kan het kind vanaf deze leeftijd (ingevolge artikel 7:450 lid 2 BW) samen

---

<sup>103</sup> KNMG-gedragsregels voor artsen 2013.

<sup>104</sup> Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis 2006.

<sup>105</sup> De Vries & Cohen-Kettenis 2012, p. 301-302.

<sup>106</sup> Vrouwenraets et al. 2016, p. 1698; Vrouwenraets & De Vries 2016.

<sup>107</sup> WPATH Standards of Care 2012, p. 17; De Vries & Cohen Kettenis 2012, p. 307-308.

<sup>108</sup> Steensma 2013, p. 26 & 76.

met zijn ouders toestemming geven voor een medische behandeling.<sup>109</sup> Bovendien is voor een medische interventie als deze enige cognitieve en emotionele bekwaamheid aangewezen.<sup>110</sup> Het protocol maakt hierop één uitzondering mogelijk, met betrekking tot kinderen van elf jaar, wanneer zij voorlopen met hun lichamelijke puberale ontwikkeling.<sup>111</sup> De behandeling zal bestaan uit het gebruik van ‘puberteitsremmers’. Deze remmers houden de lichamelijke ontwikkeling van het ongewenste gender tegen. In het uitzonderlijke geval dat het kind terugkrabbelt nadat de behandeling met puberteitsremmers is begonnen, zou dit geen directe gevolgen hebben. Derhalve wordt deze behandeling als omkeerbaar gekwalificeerd.<sup>112</sup>

#### *Behandeling genderdysforie tussen de 16 en 18 jaar*

Wanneer een jongere de leeftijd van zestien heeft bereikt, is de start van een onomkeerbare behandeling mogelijk. De onomkeerbare fase bestaat uit het toedienen/innemen van cross-gender hormonen. Hierdoor zullen zich lichamelijke uiterlijke kenmerken van het andere gender vormen. De leeftijdsgrens van zestien jaar is gekozen, mede gezien het feit dat een jongere dan ingevolge de WGBO zelfstandig een medische beslissing kan nemen.<sup>113</sup> Wanneer er echter reeds met elf jaar is gestart met het gebruik van puberteitsremmers, kan ook de leeftijd van vijftien jaar als voldoende worden geacht.<sup>114</sup>

#### *Behandeling genderdysforie bij adolescenten van 18 jaar en ouder*

Wanneer de jongere de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt, kan een volledig onomkeerbare chirurgische transitie plaatsvinden. Deze ‘extra’ leeftijdsgrens volgt niet uit de WGBO, maar wordt geadviseerd door de ‘*Endocrine Society*’, om tijd te rekken alvorens een dergelijke zware beslissing wordt genomen.<sup>115</sup>

### **3.3.2. The Dutch protocol: voor- en tegenargumenten**

Hoewel steeds meer gespecialiseerde genderklinieken over de hele wereld overeenkomstig ‘*the Dutch protocol*’ handelen, blijven experts veelal kritisch en huiverig.<sup>116</sup> In beginsel lijkt ‘*the Dutch protocol*’ vooral positieve kanten te hebben. Puberteitsremmers worden bijvoorbeeld toegediend om de psychische lijdensdruk, die gepaard gaat met de ontwikkeling van de ongewenste geslachtskenmerken, te verlagen.<sup>117</sup> Zo blijkt uit een klein onderzoek (70 geteste GD-kinderen) dat

---

<sup>109</sup> De Vries & Cohen-Kettenis 2012, p. 309-311.

<sup>110</sup> De Vries & Cohen-Kettenis 2012, p. 311.

<sup>111</sup> Vrouwenraets et al. 2016, p. 1698; Vrouwenraets et al. 2015, p. 368.

<sup>112</sup> Vrouwenraets et al. 2015.

<sup>113</sup> De Vries & Cohen-Kettenis 2012, p. 313; Zie ook: artikel 7:447 lid 1 BW

<sup>114</sup> Dit volgt uit mailcontact met L.J.J. Vrouwenraets, d.d. 27 maart 2017.

<sup>115</sup> Hembree et al. 2009.

<sup>116</sup> Price-Minter 2012, p. 425.

<sup>117</sup> Vrouwenraets et al., 2016, p. 1698.

het gebruik van puberteitsremmers leidt tot minder depressieve gevoelens en een verbeterd ‘algemeen functioneren’.<sup>118</sup> Een groter onderzoek is echter nog niet voorhanden en tevens is er nog weinig bekend over de lange-termijn gevolgen van het gebruik van puberteitsremmers.<sup>119</sup>

Een eerste argument tégen een behandeling conform ‘*the Dutch protocol*’ ligt binnen het ‘beginsel van goede zorg’. Verschillende wetenschappers wijzen namelijk op het gebrek aan empirische data over de lange-termijn gevolgen van het gebruik van puberteitsremmers.<sup>120</sup> Het ontbreken van deze data leidt ertoe dat het gekozen behandelingsprotocol niet (voldoende) bewezen effectief is. Zodoende blijft eveneens in het ongewisse of de impact van de behandeling proportioneel is. De remming van de puberale lichamelijke ontwikkeling zou namelijk kunnen leiden tot een verminderde ‘mineraal ontwikkeling’ in het botweefsel waardoor de botten minder sterk worden.<sup>121</sup> Andere genoemde bijwerkingen zijn: gewichtstoename, diabetes, verhoogd risico op verschillende vormen van kanker, misselijkheid, hoofdpijn en stemmingswisselingen.<sup>122</sup> Verder is het onzeker of de behandeling werkelijk zo ‘onomkeerbaar’ is, als wordt gepretendeerd.<sup>123</sup> Het gebruik van puberteitsremmers brengt namelijk onvruchtbaarheid met zich mee.<sup>124</sup> Dit laatste vormt in de beginfase van de puberteit wellicht geen zwaarwegend argument, maar op latere leeftijd kan dit – met het ontstaan van een kinderwens – zeer schadelijk zijn voor het psychologisch welzijn. Toch blijkt uit onderzoek dat GD-kinderen niet huiverig tegenover zulke lange-termijn gevolgen staan. Zij vinden de ‘verlossing’ uit hun werkelijke lijden in het heden, zwaarder wegen dan het mogelijke lijden in de toekomst.<sup>125</sup>

Naast een gebrek aan onderzoek naar de lange-termijn gevolgen van puberteitsremmers, is er eveneens onvoldoende informatie beschikbaar over de ontwikkeling van de genderidentiteit in het algemeen. Steensma wijst in zijn proefschrift op de discrepantie tussen de hoeveelheid aandacht die transgenders krijgen en het gebrek aan wetenschappelijke kennis die de academische wereld over de ‘algemene’ ontwikkeling van de genderidentiteit heeft. Het gebruik van puberteitsremmers is vrijwel algemeen aanvaard, terwijl er nog maar weinig bekend is over de daadwerkelijke genderontwikkeling die in de puberteit plaatsvindt en wat de invloed van puberteitsremmers hierop kan zijn.<sup>126</sup>

---

<sup>118</sup> De Vries et al. 2011, p. 314.

<sup>119</sup> De Vries et al. 2011, p. 314; Matheny Antommara 2014, p. 43.

<sup>120</sup> Vrouenraets et al., 2015, p. 370; Matheny Antommara 2014, p. 43.

<sup>121</sup> Matheny Antommara 2014, p. 43.

<sup>122</sup> Zillén, Garland & Slokenberga 2017, p. 49.

<sup>123</sup> Vrouenraets et al., 2016, p. 1700

<sup>124</sup> Matheny Antommara 2014, p. 44.

<sup>125</sup> Vrouenraets et al. 2016, p. 1700.

<sup>126</sup> Steensma 2013, p. 38-40.

Voorts staan experts sceptisch tegenover een behandeling in het algemeen. De vraag naar de etiologische factor ten aanzien van het ontstaan van genderdysforie blijft namelijk onbeantwoord. Zo is het ook onduidelijk of genderdysforie wel een op zichzelf staande psychische ‘stoornis’ is.<sup>127</sup> Daardoor blijft het eveneens onduidelijk of een behandeling überhaupt medisch geïndiceerd is, hetgeen wél vereist is volgens het beginsel van ‘goede zorg’. In de maatschappij is een discussie gaande over het ‘in hokjes plaatsen’ van de mensheid. Is het niet de maatschappij die aan mensen een bepaald gender oplegt? Als we deze classificering zouden weglaten, zouden mensen zich wellicht ook eerder ‘thuis’ voelen in hun eigen lichaam, waardoor een medische classificatie overbodig zou raken.<sup>128</sup> Zo beargumenteert Garland in zijn proefschrift, met betrekking tot de seksuele ontwikkeling van kinderen, dat de maatschappij richting een systeem van ‘hokjes’ stuurt, waardoor de behandeling van genderdysforie vervolgens slechts therapeutisch ‘lijkt’.<sup>129</sup>

Een vierde argument tégen het protocol betreft de wils(on)bekwaamheid van kinderen. De leeftijdsgrenzen van *‘the Dutch protocol’* zijn grotendeels gebaseerd op de WGBO, al is het mogelijk om hiervan af te wijken wanneer een kind vroegtijdig in de puberteit komt.<sup>130</sup> Dit wekt het vermoeden dat er meer aandacht wordt gehecht aan de lichamelijke ontwikkeling van een GD-kind, dan aan zijn of haar bekwaamheid om te beslissen over een medische ingreep. Uit onderzoek blijkt dat experts veelal positief staan tegenover een verlaging van de leeftijdsgrens (van twaalf jaar naar tien of elf jaar) voor het gebruik van puberteitsremmers, maar dat GD-kinderen zélf, als ervaringsdeskundigen, huiverig staan tegenover een dergelijke verlaging. Zij geven namelijk aan dat de beslissing dermate ingrijpend is, dat zij deze op jonge leeftijd niet hadden willen nemen.<sup>131</sup>

Ondanks het bovenstaande is het een feit dat een transitie op latere leeftijd veel moeizamer gaat wanneer er bij de start van de puberteit *niet* is gestart met het gebruik van puberteitsremmers.<sup>132</sup> Derhalve kan worden gezegd dat beide mogelijkheden: het wel of niet behandelen, zowel nadelen als voordelen met zich meebrengen.

#### **3.4. De overstijgende rol van de overheid versus de zelfregulering van de medische wereld**

Naast de ‘zelf gereguleerde’ medisch professionele standaard, waar *‘the Dutch protocol’* uit voortvloeit, dienen hulpverleners te handelen conform de overige artikelen uit de WGBO en andere wettelijke regelingen. Deze ‘andere wettelijke regelingen’ zien met name op ethisch gevoelige onderwerpen, zonder medische indicatie, waarover medici net zo verschillend kunnen denken als

---

<sup>127</sup> Heylens 2016, p. 488; Vrouwenraets et al. 2015, p. 370.

<sup>128</sup> Vrouwenraets et al. 2015, p. 369; Garland 2016, hoofdstuk 4.

<sup>129</sup> Garland 2016, hoofdstuk 4.

<sup>130</sup> Vrouwenraets et al. 2016, p. 1698;

<sup>131</sup> Vrouwenraets et al. 2016, p. 1701.

<sup>132</sup> Matheny Antommara 2014, p. 43-44.

de rest van de samenleving.<sup>133</sup> Dergelijke onderwerpen worden kort gezegd ‘uit’ de medisch professionele standaard gehaald.<sup>134</sup> In dergelijke gevallen is de medische beroepsgroep niet autonoom in het vaststellen van regels, maar geschiedt dit op andere niveaus zoals: wetgeving, rechtspraak en andere vormen van regulering.

Het onderscheid tussen de professionele standaard en deze laatste categorie regels is duidelijk aan de orde gekomen in het ‘Euthanasie-arrest’ van de Hoge Raad.<sup>135</sup> In deze uitspraak heeft de Hoge Raad geoordeeld dat euthanasie niet onder ‘normaal medisch handelen’ valt.<sup>136</sup> Voorbeelden van specifieke wettelijke regelingen, ten aanzien van ethisch gevoelige onderwerpen zonder medische indicatie, zijn de Wet op de Orgaandonatie (hierna: WOD), de Wet Afbreking Zwangerschap (hierna: WAZ) en de eerdergenoemde Wtl. Gesteld kan worden dat specifieke wetgeving wordt ontworpen om duidelijkheid te verschaffen ten aanzien van onduidelijke en gevoelige thema’s.<sup>137</sup>

Hoewel genderdysforie – zeker bij kinderen – een ethisch gevoelig onderwerp is waarover door hulpverleners verschillend wordt gedacht, heeft de Nederlandse wetgever zich vooralsnog niet over dit onderwerp gebogen. De vraag blijft echter, waarom dit tot op heden niet gebeurd is.

### 3.6. Tussenconclusie

Uit het voorgaande blijkt dat zelfbeschikking, bescherming en goede zorg belangrijke uitgangspunten zijn binnen het Nederlandse gezondheidsrecht. Via de leeftijdsgrenzen van de WGBO worden kinderen in hun zelfbeschikking beperkt, ten behoeve van het beschermingsbeginsel. Het beginsel van goede zorg leidt ertoe dat de medische wereld zelf mag invullen wat deze ‘goede zorg’ in de praktijk precies betekent. Op deze manier is ‘*the Dutch protocol*’ ten aanzien van de behandeling van genderdysforie bij kinderen tot stand gekomen. Hoewel dit protocol grotendeels is overgenomen in wereldwijd gezaghebbende documenten op dit gebied, blijft de behandeling controversieel. Feit blijft echter, dat GD-kinderen hulpbehoevend zijn en dat zowel het ‘wel’ behandelen, als het ‘niet’ behandelen, nadelige gevolgen kan hebben. In tegenstelling tot andere controversiële onderwerpen, zoals euthanasie, heeft de overheid echter nog geen specifieke wetgeving op dit gebied ontwikkeld.

In het volgende hoofdstuk zal worden onderzocht welke internationale kinderrechten en Europese beginselen op het GD-kind van toepassing zijn en welke obstakels zich voordoen in de uitoefening van deze rechten en beginselen.

---

<sup>133</sup> Leenen et al. 2017, p. 58-59.

<sup>134</sup> Leenen et al. 2017, p. 64.

<sup>135</sup> HR 21 oktober 1986, ECLI:NL:HR:1986:AC9531.

<sup>136</sup> HR 21 oktober 1986, ECLI:NL:HR:1986:AC9531, r.o. 9.2.

<sup>137</sup> *Kamerstukken II*, 1978/79, 15 475, 3, p. 10 (MvT WAZ); *Kamerstukken II*, 1991/92, 22 358, 3, p. 3 (MvT WOD); KNMG Standpunt Euthanasie 2003, p. 3.





*“The question cannot be posed as ‘do something which may cause harm’ against ‘doing no harm’, as doing nothing results in very high levels of distress and poor outcome as well.”<sup>138</sup>*

Psychiater

---

<sup>138</sup> Vrouenraets et al. 2015, p. 371.



## 4. Genderdysforie bezien vanuit een internationaal kinderrechtelijk perspectief

Kinderrechten zijn van groot belang voor alle kinderen wereldwijd, zo ook voor kinderen met genderdysforie. In dit hoofdstuk zal besproken worden welke rechten uit het IVRK relevant kunnen zijn voor het GD-kind en hoe deze geïnterpreteerd dienen te worden. Tot slot zal nog een blik worden geworpen op de juridische documenten van de Raad van Europa die in dit kader van belang zijn.

### 4.1. De komst van het IVRK

Lange tijd vierde de beschermingsgedachte binnen het ‘denken’ over kinderrechten hoogtij. Een kind was, in de uitoefening van zijn rechten, immers volledig afhankelijk van zijn ouders of wettelijke vertegenwoordigers. In de loop van de jaren zeventig is deze ‘beschermingsgedachte’ verschoven naar een ‘participatiegedachte’.<sup>139</sup> Deze verschuiving wordt gemarkeerd met het aannemen van het IVRK door de Algemene Vergadering van de VN op 20 november 1989. Volgens Parkes vormt deze gebeurtenis het begin van de universele benadering van het kind als rechtssubject.<sup>140</sup>

### 4.2. De relevante artikelen van het IVRK

Het IVRK heeft een holistische werking, hetgeen betekent dat alle artikelen in samenhang met elkaar dienen te worden gelezen.<sup>141</sup> Ondanks deze holistische werking, dient er speciale aandacht uit te gaan naar de, door het VN-Kinderrechtencomité zogenoemde, ‘*general principles*’ van het IVRK.<sup>142</sup> Deze algemene beginselen betreffen de volgende artikelen: artikel 2 (non-discriminatie), artikel 3 (belang van het kind als eerste overweging), artikel 6 (recht op leven, overleven en ontwikkeling) en artikel 12 (respect voor de eigen mening van kinderen).<sup>143</sup> In het navolgende zal aandacht worden besteed aan zowel de algemene beginselen, als aan andere relevante artikelen uit het IVRK.

#### 4.2.1. Artikel 2 IVRK: Non-discriminatie beginsel

Bij genderdysforie is het discriminatieverbod van groot belang. Wanneer een arts bijvoorbeeld onwillig staat tegenover het gebruik van puberteitsremmers voor een behandeling van genderdysforie, maar deze wél toepast voor een behandeling van een ‘te vroeg ingetreden

---

<sup>139</sup> Hanson 2008, p. 1.

<sup>140</sup> Parkes 2013, p. 5.

<sup>141</sup> UN Document CRC/GC/2003/5, para. 18.

<sup>142</sup> UN Document CRC/GC/2003/5, para. 12; Rap 2017, p. 17.

<sup>143</sup> UN Document CRC/GC/2003/5, para. 12; Van den Brink 2006, p. 68-69.

puberteit', kan er sprake zijn van discriminatie.<sup>144</sup> Naast deze mogelijke medische discriminatie vindt discriminatie in het sociale, school- en werklevens eveneens veelvuldig plaats.<sup>145</sup>

#### 4.2.2. Artikel 3 IVRK: Het belang van het kind als eerste overweging.

Artikel 3 IVRK, dat vereist dat het belang van het kind altijd een eerste overweging dient te zijn, vormt de heersende leer in de medische besluitvorming ten opzichte van kinderen.<sup>146</sup> Het VN-Kinderrechtencomité beveelt dat het belang van het kind het uitgangspunt dient te zijn bij het afwegen van behandelmogelijkheden, maar ook wanneer zich bijvoorbeeld een conflict voordoet tussen ouder en hulpverlener.<sup>147</sup>

De invulling van 'het belang van het kind' binnen de gezondheidszorg is echter geenszins eenvoudig. Deze invulling is namelijk afhankelijk van een hele reeks 'losse' factoren, zoals bijvoorbeeld de rijpheid van het kind en zijn emotionele behoeften.<sup>148</sup> Volgens Kopelman vraagt het belang van het kind om een overweging van alle mogelijke opties, waarbij uiteindelijk de optie dient te worden gekozen die het meest gunstig is voor het kind.<sup>149</sup> Hierbij ligt het voor de hand dat, bij vraagstukken in de gezondheidszorg, wordt gekeken naar het beschikbare wetenschappelijke bewijs ten opzichte van een bepaalde behandeling of diagnose en de kans dat een behandeling zal slagen of niet.<sup>150</sup>

Hoewel bovenstaande misschien leidt tot de meest objectieve benadering van het belang van het kind, betoogt Elliston dat het moeilijk is om binnen de medische wereld dergelijke harde bewijzen te leveren aangezien deze grotendeels afhangen van de aard van de situatie.<sup>151</sup> Het is namelijk onmogelijk om vooraf vast te stellen wat het daadwerkelijke effect van een behandeling zal zijn voor een specifieke patiënt. Om deze reden is het van groot belang dat de besluitvorming niet geheel afhangt van het beschikbare bewijs maar dat emotionele en persoonlijke overwegingen ook een rol spelen.<sup>152</sup> Medische interventie gaat immers regelmatig gepaard met grote risico's, welke geenszins in het belang van het kind zullen zijn, terwijl het uitblijven van een behandeling het belang van het kind eveneens niet zal dienen.<sup>153</sup> Daarnaast is het vaak moeilijk - zeker met betrekking tot genderdysforie - om te betogen 'wat' de meest gunstige uitkomst is voor het betreffende kind.<sup>154</sup>

---

<sup>144</sup> Matheny Antommara 2014, p. 44.

<sup>145</sup> Zie o.a.: FRA 2008; FRA 2009; FRA 2010; FRA 2011; FRA 2014. Zie voor de Nederlandse situatie: TNN Factsheet 2017.

<sup>146</sup> Kopelman 1997, p. 277-278.

<sup>147</sup> UN Document CRC/C/GC/15, para. 12-13.

<sup>148</sup> UN Document CRC/C/GC/15, para. 12.

<sup>149</sup> Kopelman 1997, p. 278.

<sup>150</sup> Elliston 2007, p. 18.

<sup>151</sup> Elliston 2007, p. 19.

<sup>152</sup> Elliston 2007, p. 19; UN Document CRC/C/GC/15, para. 12

<sup>153</sup> Elliston 2007, p. 18.

<sup>154</sup> Vrouenraets et al. 2016.

#### 4.2.3. Artikel 6 IVRK: Het recht van het kind op leven en ontwikkeling

Artikel 6 lid 2 IVRK verplicht de lidstaten om de ruimst mogelijke mate van overleven en de ontwikkeling van het kind te waarborgen. Artikel 6 IVRK wordt, in combinatie met artikel 24 IVRK (het recht op gezondheidszorg), ruimer uitgelegd dan hetgeen direct volgt uit de tekst van deze artikelen.<sup>155</sup> Artikel 6 lid 2 IVRK verplicht lidstaten om een omgeving te creëren die kinderen in staat stelt om gezond en beschermd op te groeien en waar zij hun persoonlijkheid, talenten en mentale en fysieke mogelijkheden in de grootst mogelijke mate kunnen ontwikkelen op een manier die overeenkomt met hun ontwikkelende vermogens (zie hiervoor artikel 5 IVRK).<sup>156</sup> Een dergelijke optimale ontwikkeling, is echter uitsluitend mogelijk wanneer het kind toegang heeft tot de gezondheidszorg.<sup>157</sup> In het kader van genderdysforie blijft het echter de vraag of de ontwikkeling van een kind louter wordt bevorderd door middel van behandeling, of dat dit eveneens de ontwikkeling ernstig kan verstoren.

#### 4.2.4. Artikel 12 IVRK: Het recht van het kind om te worden gehoord

Met betrekking tot genderdysforie, in de context van de gezondheidszorg, is participatie van groot belang. Artsen geloven er namelijk in dat een kind beter correspondeert met een behandeling wanneer hij volledig begrijpt waar deze behandeling voor dient en wat de gevolgen hiervan kunnen zijn.<sup>158</sup> Artikel 12 IVRK is nauw verbonden aan artikel 3 IVRK. Om het belang van het kind in kaart te brengen, is het namelijk van groot belang dat het kind zélf de mogelijkheid krijgt om zijn belangen te verwoorden.<sup>159</sup>

Artikel 12 vormt een van de participatierechten uit het IVRK. Een ander participatierecht betreft bijvoorbeeld artikel 13 IVRK, dat ieder kind het recht geeft op vrijheid van meningsuiting. Dit recht omvat mede de vrijheid om inlichtingen van verschillende aard te vergaren, waardoor het ook ziet op het verkrijgen van informatie over eventuele medische behandelingen.<sup>160</sup> Artikel 12 IVRK kan echter worden beschouwd als het belangrijkste participatierecht van het kind.<sup>161</sup>

Op het eerste gezicht lijkt artikel 12 IVRK vrij cryptisch omschreven. Zo krijgt het kind het recht om zijn mening vrijelijk te uiten maar dient aan die mening een 'passend belang' te worden gehecht, in overeenstemming met de 'leeftijd en rijpheid' van het kind. De woorden 'leeftijd en rijpheid' uit dit artikel zien echter op de 'zich ontwikkelende vermogens van het kind', zoals verwoord in artikel 5

---

<sup>155</sup> UN Document CRC/C/GC/4, para. 4.

<sup>156</sup> Nowak 2005, p. 2.

<sup>157</sup> UN Document CRC/C/GC/4, para. 4, 16-18.

<sup>158</sup> Waterston 2012, p. 393.

<sup>159</sup> UN Document CRC/C/GC/14, para. 43; UN Document CRC/C/GC/15, para. 19.

<sup>160</sup> Waterston 2012, p. 394.

<sup>161</sup> Parkes 2013, p. 6.

IVRK. Zodoende kan artikel 5 IVRK worden gebruikt om artikel 12 IVRK beter te begrijpen.<sup>162</sup> Dit artikel vereist dat de ouder(s) of wettelijk vertegenwoordiger(s) het kind begeleiden bij de uitoefening van zijn rechten, zoals die worden erkend in het IVRK. Deze begeleiding kan worden gezien als compensatie voor het gebrek aan kennis, ervaring en begrip van het jonge kind in vergelijking met een volwassene.<sup>163</sup> Om deze reden is de mate van begeleiding afhankelijk van de ontwikkeling van het kind. Naarmate het kind zich verder ontwikkelt, dient deze dan ook af te nemen. Uiteindelijk dient deze begeleiding nog enkel van adviserende aard te zijn.<sup>164</sup> Het bepalen van dit 'omslagpunt' is echter geenszins makkelijk aangezien dit per situatie en per kind kan verschillen.<sup>165</sup>

Het feit dat een jong kind cognitief achterloopt op een volwassene, betekent niet dat deze geen mening heeft. Volgens het VN-Kinderrechtencomité moet ieder kind in staat worden geacht om een mening te kunnen vormen.<sup>166</sup> Op die voet beargumenteert Lundy dat er naar elk kind geluisterd moet worden, en dat pas daarna de vraag aan de orde dient te komen welke waarde aan deze mening dient te worden gehecht. Deze vraag dient te worden beantwoord aan de hand van de leeftijd en rijpheid van het kind.<sup>167</sup> De leeftijd van een kind is, op zichzelf, onvoldoende om uitspraak te doen over het 'passend belang' dat aan de mening van het kind dient te worden gehecht, deze dient altijd naast de rijpheid te worden geplaatst.<sup>168</sup> Kinderen kunnen namelijk niet worden beschouwd als een homogene groep, waardoor de waarde van de leeftijd per kind verschilt.<sup>169</sup> Derhalve verzoekt het VN-Kinderrechtencomité lidstaten expliciet om af te zien van een systeem van leeftijdsgrenzen in zowel het recht als in de praktijk.<sup>170</sup>

#### **4.2.5. Artikel 5 IVRK: De zich ontwikkelende vermogens van het kind**

De preambule van het IVRK legt uit dat de kindertijd een periode van 'bijzondere kwetsbaarheid' is, waardoor kinderen recht hebben op extra bescherming. Deze beschermingsgedachte is gebaseerd op het feit dat kinderen op verschillende vlakken kwetsbaarder zijn dan volwassenen.<sup>171</sup> Hoewel zij grotere cognitieve capaciteiten bezitten dan vaak wordt geloofd, blijven zij voor hun zorg en ontwikkeling afhankelijk van, in de meeste gevallen, hun ouders.<sup>172</sup> Om deze reden is artikel 5 IVRK niet alleen van belang in combinatie met artikel 12 IVRK, maar vormt het ook de basis voor de mate

---

<sup>162</sup> Krappmann 2010, p. 505.

<sup>163</sup> UN Document CRC/C/GC/12, para. 84.

<sup>164</sup> UN Document CRC/C/GC/12, para. 84.

<sup>165</sup> UN Document CRC/C/GC/12, para. 84.

<sup>166</sup> UN Document CRC/C/GC/12, para. 84.

<sup>167</sup> Lundy 2007, p. 935.

<sup>168</sup> UN Document CRC/C/GC/12, para. 20; Parkes 2013, p. 267.

<sup>169</sup> UN Document CRC/C/GC/12, para. 29; Parkes 2013, p. 267;

<sup>170</sup> UN Document CRC/C/GC/12, para. 21.

<sup>171</sup> Tobin 2013, p. 421.

<sup>172</sup> Tobin 2013, p. 401.

van autonomie van het kind ten opzichte van zijn ouders. Zoals gezegd vereist artikel 5 IVRK dat de ouders, of andere vertegenwoordigers, het kind begeleiden bij de uitoefening van zijn rechten onder het IVRK op een manier die in lijn ligt met de ‘zich ontwikkelende vermogens’ van het kind. De verantwoordelijkheden van de ouders, ten opzichte van hun kind, zijn zodoende afhankelijk van de mate van ontwikkeling van het kind.<sup>173</sup>

Het IVRK kent verschillende artikelen die het kind dienen te beschermen tegen ‘schade van buitenaf’ (*‘exogenous harm’*).<sup>174</sup> Artikel 17 en 19 IVRK zijn hier voorbeelden van. Ingevolge artikel 18 IVRK dragen ouders de primaire verantwoordelijkheid voor de opvoeding en ontwikkeling van het kind. Zodoende dienen zij het kind ook te beschermen tegen schade. Bij genderdysforie gaat het echter niet om schade van ‘buitenaf’, maar komt de problematiek voort uit gevoelens van het kind zélf. Het IVRK vereist daarentegen niet expliciet dat volwassenen kinderen beschermen tegen geweld dat zij zichzelf kunnen aandoen. Volgens Tobin is dit echter wel impliciet te lezen in de tekst van artikel 5 IVRK.<sup>175</sup> Artikel 5 IVRK is immers gebaseerd op de gedachte dat kinderen niet dezelfde cognitieve capaciteit bezitten als volwassenen. Zo hebben volwassenen, in het algemeen, de capaciteit om de gevolgen van hun acties en beslissingen te overzien, hetgeen de basis vormt voor hun bevoegdheid tot het geven van toestemming voor medische behandelingen. Deze presumptie is echter niet van toepassing op (jonge) kinderen. Zodoende dient een kind tegen zijn eigen beslissingen te worden beschermd, naar gelang hij niet dermate ontwikkeld is dat hij de gevolgen goed kan inschatten en overzien.<sup>176</sup>

Voorts beargumenteert Tobin dat de combinatie van artikel 3, 5 en 18 IVRK ertoe leidt dat ouders soms moeten optreden in het belang van het kind. Hierbij dient echter altijd in ogenschouw te worden genomen dat deze ‘macht’ van de ouders volledig afhankelijk is van de ‘zich ontwikkelende vermogens’ van het kind.<sup>177</sup> Wanneer een kind voldoende begrip heeft van zijn situatie, zullen zijn wensen gerespecteerd moeten worden. Deze benadering zou ertoe kunnen leiden dat in bepaalde gevallen het belang van het kind aan de kant wordt gezet door de wil van het kind.<sup>178</sup> Het kan echter schadelijk zijn om het kind, op gelijke voet met volwassenen, te laten deelnemen in een medisch besluitvormingsproces. Ouders en medische professionals zitten hierdoor vaak klem tussen de bescherming en participatie van het kind.<sup>179</sup>

---

<sup>173</sup> Tobin 2013, p. 424.

<sup>174</sup> Tobin 2013, p. 427.

<sup>175</sup> Tobin 2013, p. 428.

<sup>176</sup> Tobin 2013, p. 428.

<sup>177</sup> Tobin 2013, p. 428.

<sup>178</sup> Tobin 2013, p. 428.

<sup>179</sup> Streuli, Michel & Vayena 2011, p. 12.



#### 4.2.6. Artikel 8 IVRK: Het recht op (behoud van) identiteit

Het recht op behoud van identiteit is, zeker in het kader van genderdysforie, van groot belang. In beginsel lijkt artikel 8 IVRK echter moeilijk toepasbaar op genderdysforie bij kinderen. Het artikel is namelijk, in eerste instantie, ontstaan als respons op de verdwijning van vele Zuid-Amerikaanse kinderen tussen 1975 en 1983.<sup>180</sup> Door artikel 8 IVRK in het leven te roepen dragen Staten nu de verplichting om ervoor te zorgen dat ieder kind zijn identiteit behoudt, met inbegrip van naam, nationaliteit en familiebetrekkingen, waardoor dergelijke verdwijningen worden bemoeilijkt.<sup>181</sup>

De vraag is nu, in het kader van genderdysforie bij kinderen, of ‘verandering’ van de identiteit ook binnen de strekking van artikel 8 IVRK valt. De historische grondslag van artikel 8 IVRK lijkt namelijk de basis te vormen van dit artikel, waardoor het in beginsel louter gaat om een ‘behoud’ van identiteit. Volgens Doek is het IVRK echter een ‘levend document’, waardoor de interpretatie van de verschillende artikelen moet meebewegen met de sociale ontwikkelingen binnen de samenleving.<sup>182</sup> Op die voet beargumenteert Ronen dat, hoewel dit (nog) niet terug te zien is in het internationale recht, kinderen naast het recht om te ‘zijn’ ook het recht toekomt om te ‘worden’.<sup>183</sup> Kinderen hebben de basisbehoefte om zich te ontwikkelen en te veranderen. Dit houdt in dat kinderen op ieder momentum reeds een eigen identiteit bezitten en dat deze verandert naarmate het kind een ontwikkeling doormaakt.<sup>184</sup> Volgens Ronen zou een regime, conform het kinderrechtenregime, idealiter uitdrukking moeten geven aan de basisbehoeften om te ‘zijn’ én te ‘worden’.<sup>185</sup> Zodoende zouden we het recht op identiteit opnieuw moeten leren interpreteren, nu het zoveel meer beslaat dan louter een “*tie to heritage*”.<sup>186</sup>

In een recente zaak van de ‘*England and Wales High Court*’ wordt aandacht besteed aan deze ontwikkeling van de ‘eigen identiteit’ van het kind, in het licht van genderdysforie.<sup>187</sup> In deze zaak vertoonde een jongetje (hierna: J) vanaf de leeftijd van vijf jaar gender ambivalent gedrag. Zijn moeder ging er sindsdien vanuit dat hij zich identificeerde als meisje, en liet hem als reactie hierop (o.a.) louter meisjeskleding dragen.<sup>188</sup> De rechter oordeelde dat de moeder ‘*significant emotional harm*’ bij J had veroorzaakt door deze conclusie te vroeg te trekken, nu bleek dat J op natuurlijke wijze zich weer als ‘jongen’ ging gedragen toen hij in de zorg van zijn vader werd gesteld.<sup>189</sup> Met

---

<sup>180</sup> Doek 2006, p. 7-8.

<sup>181</sup> Doek 2006, p. 8.

<sup>182</sup> Doek 2006, p. 3 & 10.

<sup>183</sup> Ronen 2016, p. 91.

<sup>184</sup> Ronen 2016, p. 3-4.

<sup>185</sup> Ronen 2016, p. 4.

<sup>186</sup> Ronen 2016, p. 100.

<sup>187</sup> England and Wales High Court, EWHC 2430, 21 oktober 2016.

<sup>188</sup> England and Wales High Court, EWHC 2430, 21 oktober 2016, r.o. 39.

<sup>189</sup> England and Wales High Court, EWHC 2430, 21 oktober 2016, r.o. 73.

het volgende citaat maakt de rechter duidelijk dat een verandering van identiteit mogelijk is, mits de zoektocht naar deze identiteit op een juiste manier wordt begeleid: *“What they require is the opportunity to develop their identity in whichever way it evolves”*.<sup>190</sup>

Naast het hierboven geïntroduceerde ‘recht op verandering van identiteit’, zou eveneens gesteld kunnen worden dat het ‘behoud van identiteit’ onder artikel 8 IVRK juist ziet op het behoud van de ‘ervaren identiteit’, hetgeen eveneens een behandeling van genderdysforie mogelijk zou maken. Zo benadrukt het VN-Kinderrechtencomité het recht van kinderen, met name in de puberteit, op respect voor hun fysieke en mentale integriteit, genderidentiteit en toenemende autonomie.<sup>191</sup> In de zaak Kück tegen Duitsland heeft het EHRM voorts bepaald dat de genderidentiteit een van de meest intieme aspecten vormt van het recht op een privéleven, vallend onder artikel 8 Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (hierna: EVRM).<sup>192</sup> Zo hoefde Kück in deze zaak niet de medische effectiviteit van zijn onomkeerbare lichamelijke transitie te bewijzen, nu de behandeling zag op een dergelijk ‘intiem aspect’ van zijn leven.<sup>193</sup>

#### **4.2.7. Artikel 18 IVRK: Verantwoordelijkheden van de ouders**

Artikel 18 IVRK kwam reeds aan de orde bij de bespreking van artikel 5 IVRK en betreft de verantwoordelijkheid van de ouders jegens hun kind. Binnen deze verantwoordelijkheid dienen ouders volledig te handelen ‘in het belang van hun kind’.<sup>194</sup> Zodoende dienen ouders hun kind te helpen bij de uitoefening van de rechten die het IVRK hen doet toekomen. Dit beslaat, onder meer, het recht op gezondheid en de grootst mogelijke mate van ontwikkeling.<sup>195</sup> Met betrekking tot het recht op gezondheid en het recht op ontwikkeling, vraagt het VN-Kinderrechtencomité aan lidstaten om nationale wetgeving te ontwikkelen, zodat deze rechten daadwerkelijk gegarandeerd kunnen worden. Hierbij noemt het comité expliciet het opnemen van een leeftijdsgrens voor het nemen van medische beslissingen zónder toestemming van de ouders.<sup>196</sup> Deze plicht tot het opnemen van een leeftijdsgrens ziet derhalve op het garanderen van een ‘onafhankelijk’ recht voor het kind met betrekking tot het nemen van een zelfstandige medische beslissing. Hoewel dit, an sich, positief lijkt voor de participatie van het kind lijkt deze eis niet te stroken met hetgeen besproken is onder paragraaf 4.2.4 en 4.2.5.

---

<sup>190</sup> England and Wales High Court, EWHC 2430, 21 oktober 2016, r.o. 74.

<sup>191</sup> UN Document CRC/C/GC/20.

<sup>192</sup> EHRM 12 juni 2003, appl. no. 35968/97 (*Kück/Duitsland*), para. 82; Zie voor een overzicht van alle gender gerelateerde jurisprudentie van het EHRM: [www.ehchr.coe.int](http://www.ehchr.coe.int), onder: ‘Factsheet Gender Identity Issues 2017’ (laatst geraadpleegd: 18 september 2017).

<sup>193</sup> EHRM 12 juni 2003, appl. no. 35968/97 (*Kück/Duitsland*), para. 82.

<sup>194</sup> UN Document CRC/C/GC/7, para. 16.

<sup>195</sup> UN Document CRC/C/GC/7, para. 15.

<sup>196</sup> UN Document CRC/C/GC/4, para. 9.

Artikel 18 lid 2 IVRK verplicht de lidstaten bovendien om de ouders te begeleiden en te ondersteunen in de uitoefening van hun verantwoordelijkheden bij de toepassing van het IVRK. In 'General Comment No. 7' drukt het VN-Kinderrechtencomité haar zorgen uit met betrekking tot de vaardigheden van ouders bij de opvoeding van hun kind.<sup>197</sup> Zeker bij kwetsbare kinderen zouden nationale overheden zorg moeten dragen voor onderwijzing en counseling van ouders ten aanzien van de opvoeding en verzorging van hun kind.<sup>198</sup> Kinderen met genderdysforie zijn over het algemeen te kwalificeren als kwetsbare kinderen, waardoor er naar mijn mening een extra verplichting op de overheid rust om ouders te ondersteunen in de opvoeding.

#### 4.2.8. Artikel 24 IVRK: Het recht op de grootst mogelijke mate van gezondheid

Artikel 24 IVRK bepaalt dat ieder kind recht heeft op, in de grootst mogelijke mate, gezondheid en toegang tot de gezondheidszorg. In 'General Comment No. 15' legt het VN-Kinderrechtencomité dit artikel verder uit. Zo strekt artikel 24 IVRK niet enkel tot het voorkomen of genezen van ziekte bij kinderen, maar draait het om het totale fysieke, emotionele en sociale welzijn.<sup>199</sup> Om dit welzijn van kinderen te bevorderen zijn medicijnen, therapieën en behandelingen onmisbaar. Het VN-Kinderrechtencomité eist echter dat deze mogelijkheden 'evidence-based' zijn.<sup>200</sup> Derhalve kan gesteld worden dat kinderen recht hebben op een behandeling, mits deze 'bewezen effectief' is. Alleen een dergelijke wetenschappelijke basis, zou namelijk de hoogste kwaliteit voor het kind kunnen garanderen.<sup>201</sup>

Bovendien benadrukt het comité in 'General Comment No. 15' het belang van een actieve participatie van kinderen binnen de gezondheidszorg, onder verwijzing naar artikel 12 IVRK. Dit betekent dat kinderen te allen tijde in staat moeten worden gesteld om hun mening te uiten, waarna deze mening daadwerkelijk moet worden meegenomen in het besluitvormingsproces.<sup>202</sup> Hoe de afweging dient te worden gemaakt, tussen de wil van het kind enerzijds en de beschikbaarheid van wetenschappelijk bewijs anderzijds, blijft echter onbeantwoord.

#### 4.3. De Raad van Europa

De Raad van Europa richt zich als organisatie op het bevorderen van mensenrechten in Europa. Ontwikkelingen op het gebied van de geneeskunde en biologie hebben ervoor gezorgd dat mensenrechten binnen deze sectoren in het geding kunnen komen.<sup>203</sup> Om deze reden heeft de Raad van Europa een Bio-Ethische Commissie in het leven geroepen. Deze commissie focust zich

---

<sup>197</sup> UN Document CRC/C/GC/7, para. 20.

<sup>198</sup> UN Document CRC/C/GC/7, para. 20 onder b en c.

<sup>199</sup> UN Document CRC/C/GC/15, para. 4.

<sup>200</sup> UN Document CRC/C/GC/15, para. 16, 32 en 116.

<sup>201</sup> UN Document CRC/C/GC/15, para. 116.

<sup>202</sup> UN Document CRC/C/GC/15, para. 19.

<sup>203</sup> Doppelfeld 2008, p. 939.

specifiek op mensenrechten binnen de (bio)medische sector.<sup>204</sup> Op die voet heeft de Raad van Europa een eigen agenda ten opzichte van mensenrechten binnen de geneeskunde, waardoor er verschillende documenten zijn ontstaan die qua strekking van belang kunnen zijn voor kinderen met genderdysforie.

#### 4.3.1. Relevante documenten van de Raad van Europa

Het Biogeneeskunde Verdrag van 1997 was het eerste toonbare resultaat van het werk van de Bio-Ethische Commissie. Dit verdrag omvat de basisprincipes die in acht moeten worden genomen bij iedere medische of biologische methode waarbij mensen betrokken zijn.<sup>205</sup> Artikel 6 lid 2 van dit verdrag stelt dat met de mening van een minderjarige in toenemende mate rekening dient te worden gehouden met het oog op de leeftijd en mate van volwassenheid. Opmerkelijk is echter, dat het Biogeneeskunde Verdrag meer waarde hecht aan het belang van het kind dan aan de mening van het kind. Dit neigt naar een benadering waarbij het kind, ook wanneer zijn cognitieve vermogens voldoende zijn ontwikkeld, tegen zichzelf zou moeten worden beschermd.<sup>206</sup> Deze ‘Europese visie’ lijkt af te wijken van het eerder besproken artikel 5 IVRK. Het Biogeneeskunde Verdrag is echter niet door Nederland geratificeerd en heeft daarom uitsluitend bindende werking wanneer het EHRM in een uitspraak naar artikelen uit dit verdrag verwijst.

Hoewel het EVRM geen speciale focus op de positie van minderjarigen of de gezondheidszorg bevat, is ook dit ‘basisverdrag’ van de Raad van Europa van belang voor kinderen met genderdysforie. Het verdrag is namelijk eveneens van toepassing op minderjarigen.<sup>207</sup> Zo is onder andere artikel 8 EVRM, het recht op ‘*private and family life*’, van groot belang. De participatie van kinderen wordt namelijk vaak door het EHRM genoemd bij dit artikel, onder verwijzing naar artikel 12 IVRK.<sup>208</sup> In de context van genderdysforie is artikel 8 EVRM bovendien van belang, nu het EHRM heeft geoordeeld dat ‘genderidentiteit’ een van de meest intieme aspecten vormt van het recht op privéleven vormt.<sup>209</sup>

Op 21 september 2011 heeft het Comité van ministers van de Raad van Europa de ‘*Guidelines on Child-Friendly Health Care*’ aangenomen. Hoewel dit document geen bindende werking heeft, geeft het wel een inspirerende visie weer met betrekking tot de participatie van kinderen bij het beslissen over medische behandelingen. Hierbij volgen deze ‘*Guidelines*’ de strekking van artikel 12 IVRK, maar wordt deze visie specifiek in de tekst verwoord. Opmerkelijk hierbij is, dat de ‘*Guidelines*’ bepalen dat de mening van het kind altijd een bepalende factor dient te vormen in het

---

<sup>204</sup> Doppelfeld 2008, p. 939.

<sup>205</sup> Doppelfeld 2008, p. 940.

<sup>206</sup> Vergelijk in dat kader lid 2 en 5 van artikel 6 van het Biogeneeskunde Verdrag.

<sup>207</sup> De Bruijn-Lückers 1994.

<sup>208</sup> Kilkelly 2015, p. 198-199.

<sup>209</sup> EHRM 12 juni 2003, appl. no. 35968/97 (*Kück/Duitsland*), para. 82.

besluitvormingsproces, in verhouding met de leeftijd en rijpheid van het kind, zelfs wanneer het kind naar het nationale recht als wilsonbekwaam wordt beschouwd.<sup>210</sup>

In Europa maakt de non-profit organisatie ‘*Transgender Europe*’ (bekend als: TGEU) zich hard voor transgenders binnen Europa. Zij zien gelijkheid en zelfbeschikking als de fundamentele beginselen van hun werk.<sup>211</sup> TGEU heeft meegewerkt aan de totstandkoming van de ‘transgender resolutie’ van de Raad van Europa, die op 22 april 2015 door de Parlementaire Vergadering van de Raad van Europa (PACE) is aangenomen.<sup>212</sup> Met deze resolutie wordt getracht de discriminatie van transgenders te verminderen en hun positie te verbeteren door positieve maatregelen aan overheden op te leggen.<sup>213</sup> Een van deze maatregelen betreft het ‘vergemakkelijken’ van het wijzigen van het gender in de officiële documentatie, waardoor sterilisatie niet langer een vereiste mag zijn voor een verandering in de documentatie.<sup>214</sup> Daarnaast dienen alle procedures rondom geslachtswijziging gebaseerd zijn op zelfbeschikking.<sup>215</sup> Bovendien vereist de resolutie in paragraaf 6.3 dat behandelmethoden, zoals hormoontherapie, mogelijk moeten worden gemaakt. Helaas bevat de resolutie slechts één specifieke bepaling voor kinderen, waarin wordt verwezen naar ‘*the best interests of the child*’.<sup>216</sup>

Op 12 oktober 2017 is een specifieke PACE Resolutie aangenomen ten aanzien van interseks kinderen.<sup>217</sup> Interseks kinderen worden geboren met geslachtskenmerken van beide genders, waardoor deze kinderen niet direct in het hokje ‘man’ of ‘vrouw’ zijn te plaatsen bij de geboorteregistratie. Hoewel de problematiek van interseks kinderen in grote mate verschilt van die van GD-kinderen, zijn er wel een aantal interessante punten in deze resolutie terug te vinden die analoog van toepassing zijn op GD-kinderen. Zo vestigt deze resolutie specifiek aandacht op de zelfbeschikking van het ‘kind’. Zogenaemde ‘gender normaliserende’ behandelingen mogen zodoende slechts plaatsvinden indien het kind bekwaam is om te participeren in het besluitvormingsproces.<sup>218</sup> Bovendien zouden overheden, ingevolge deze resolutie, moeten voorzien in de begeleiding en psychologische ondersteuning van interseks kinderen, hun ouders en de directe omgeving van het kind.<sup>219</sup> Dergelijke ondersteuning zou ook in het geval van

---

<sup>210</sup> Guidelines on Child-Friendly Health Care 2011, para. III(C), article 12.

<sup>211</sup> TGEU Activity Report 2014-2016.

<sup>212</sup> TGEU Activity Report 2014-2016, p. 10; Resolutie 2048(2015).

<sup>213</sup> Zie bijvoorbeeld: Resolutie 2048(2015), para. 6.2.5.

<sup>214</sup> In Nederland is de sterilisatie-eis, om van geslacht te kunnen veranderen in de officiële documentatie, komen te vervallen in 2014, zie: Van den Brink 2016, p. 778-779.

<sup>215</sup> Resolutie 2048(2015), pars. 4 & 6.2.1.

<sup>216</sup> Resolutie 2048(2015), para. 6.2.5.

<sup>217</sup> Resolutie 2191 (2017).

<sup>218</sup> Resolutie 2191 (2017), para. 7.1.2.

<sup>219</sup> Resolutie 2191 (2017), para. 7.2.

genderdysforie van belang kunnen zijn nu het hier eveneens moeilijke beslissingen betreft en zowel interseks kinderen als GD-kinderen moeten leren omgaan met intolerantie van de buitenwereld.

#### 4.3.2. Waarborging van kinderrechten op medisch gebied binnen Europa

In opdracht van de Bio-Ethische Commissie hebben de Universiteit Leiden en *'Uppsala University'* in Zweden recentelijk onderzoeken uitgevoerd naar de waarborging van kinderrechten in het Europese en internationale recht, met betrekking tot de ontwikkelingen op medisch gebied.<sup>220</sup> Beide onderzoeken besteden specifiek aandacht aan de positie van kinderen met genderdysforie.

Het onderzoek van *'Uppsala University'* had als doel het in kaart brengen van groepen kinderen waarbij een groot risico bestaat op schending van kinderrechten door onzekerheden binnen de geneeskunde.<sup>221</sup> Zo gaat dit onderzoek onder andere in op de continuïteit in de uitvoering van onbewezen behandelprotocollen in het kader van genderdysforie bij kinderen. In dat kader wordt Nederland zelfs specifiek genoemd, nu Nederland een vooraanstaande positie heeft met betrekking tot de behandeling van GD-kinderen.<sup>222</sup> Het onderzoek concludeert met de stelling dat de aangetoonde onzekerheden en tegenstrijdigheden vragen om een systematische en multidisciplinaire benadering van de problematiek van genderdysforie, waarbij een patiëntgerichte aanpak centraal moet staan en de behandeling moet worden aangepast aan de behoeften van iedere onafhankelijke patiënt.<sup>223</sup>

Het onderzoek van de Universiteit Leiden vormt het vervolg op bovengenoemd onderzoek en brengt de juridische situatie in kaart waarop de kinderen in de risicogroepen aanspraak kunnen maken. Het onderzoek besteedt specifiek aandacht aan de juridische positie van transgenderkinderen en geeft hierbij aan dat de juridische vraagstukken binnen deze groep met name zien op de wensen van ouders tegenover de wensen van het kind, het wel – of niet – ontbreken van de medische noodzakelijkheid van een behandeling en de rechten, meningen en belangen van de betrokken kinderen.<sup>224</sup> Deze vraagstukken zijn echter niet, zonder meer, terug te koppelen aan wettelijke bepalingen binnen het huidige Europese en internationale recht.<sup>225</sup> Om deze reden adviseert de onderzoekscommissie de Raad van Europa tot het geven van meer begeleiding, waarbij de rechten van transgenderkinderen expliciet naar voren dienen te worden gebracht.<sup>226</sup> Zo dient vast te worden gelegd of, en zo ja, onder welke omstandigheden

---

<sup>220</sup> Liefwaard, Hendriks & Zlotnik 2017.

<sup>221</sup> Zillén, Garland & Slokenberga 2017, p. 1.

<sup>222</sup> Zillén, Garland & Slokenberga 2017, p. 49.

<sup>223</sup> Zillén, Garland & Slokenberga 2017, p. 1 & 50.

<sup>224</sup> Liefwaard, Hendriks & Zlotnik 2017, p. 34.

<sup>225</sup> Liefwaard, Hendriks & Zlotnik 2017, p. 34.

<sup>226</sup> Het onderzoek spreekt enkel over 'transgenderisme', maar gezien dit een vorm is van genderdysforie ziet het onderzoek eveneens op de positie van GD-kinderen.

transgenderkinderen toegang hebben tot hormonale of chirurgische behandelingen.<sup>227</sup> Daarnaast dient ook de participatie van transgenderkinderen expliciet te worden vastgelegd in regelgeving. Hierbij dient aandacht uit te gaan naar het gewicht dat aan de mening van het kind dient te worden gehecht.<sup>228</sup> Bij het ontwerpen van deze ‘nieuwe’ regelgeving dient bovendien overwogen te worden om deze op te nemen in juridisch bindende documenten.<sup>229</sup> Tot slot wordt aangeraden om deze juridisering van de positie van transgenderkinderen ook op nationaal gebied op gang te brengen.<sup>230</sup>

#### 4.4. Tussenconclusie

In dit hoofdstuk heb ik getracht om de artikelen van het IVRK zoveel mogelijk toe te passen op de situatie van het GD-kind. Dit bleek echter geenszins makkelijk, aangezien er zowel in de literatuur als in ‘*General Comments*’ niet expliciet wordt verwezen naar situaties van genderdysforie. Naar het blijkt is een concrete casus uit de praktijk moeilijk oplosbaar met de enkele hulp van het IVRK of Europese wet- en regelgeving.

Hoewel de algemene formuleringen van het IVRK gezien kunnen worden als een ‘zwakte’ van het document, gezien de onduidelijkheid, pleit dit tegelijkertijd voor een individuele benadering van het kind.<sup>231</sup> Op deze manier kunnen de specifieke belangen van ieder kind onder de strekking van het IVRK vallen.<sup>232</sup> Zodoende kan gesteld worden dat het IVRK wel degelijk aanknopingspunten biedt voor de praktijk. Het IVRK verplicht medische professionals om kinderrechten te realiseren in hun dagelijkse werk, waardoor het IVRK bijdraagt aan een wereld waarin kinderrechten niet enkel worden geaccepteerd, maar *ook* daadwerkelijk worden toegepast.<sup>233</sup> De manier waarop dit gebeurt verdient echter vele malen meer begeleiding binnen het Europese en internationale recht.

Met het oog op die begeleiding, pleiten de onderzoekscommissies van ‘*Uppsala University*’ en de Universiteit Leiden, na onderzoek in opdracht van de Bio-Ethische Commissie van de Raad van Europa, voor een systeemgerichte aanpak, waarbij het GD-kind centraal komt te staan. De onderzoekers van de Universiteit Leiden sporen de Raad van Europa aan om de positie van het GD-kind te juridiseren via (bindende) wet- en regelgeving.

---

<sup>227</sup> Liefwaard, Hendriks & Zlotnik 2017, p. 35.

<sup>228</sup> Liefwaard, Hendriks & Zlotnik 2017, p. 35-36.

<sup>229</sup> Liefwaard, Hendriks & Zlotnik 2017, p. 35-36.

<sup>230</sup> Liefwaard, Hendriks & Zlotnik 2017, p. 35.

<sup>231</sup> Douglas 2004, p. 173; Herring 2005, p. 169 (beide genoemd in: Elliston 2007, p. 18).

<sup>232</sup> Streuli, Michel & Vayena 2011, p. 11.

<sup>233</sup> Streuli, Michel & Vayena 2011, p. 13.

*“Although many real-life cases cannot be solved solely by a children’s rights approach, the UNCRC nevertheless is a powerful and instructive instrument.”<sup>234</sup>*

---

<sup>234</sup> Streuli, Michel & Vayena 2011, p. 13.





## 5. De inconsistenties uit de Nederlandse wet- en regelgeving versus de internationale kinderrechten

Hoofdstuk 2 en 3 gaven blijk van een aantal inconsistenties tussen de Nederlandse wet- en regelgeving en de daaruit volgende praktijk ten aanzien van genderdysforie bij kinderen, hetgeen de vraag oproept in hoeverre dit zich verhoudt tot de internationale kinderrechten. In dit hoofdstuk zal ik deze inconsistenties verder in kaart brengen, waarna ik deze zal spiegelen aan de, in hoofdstuk 4 besproken, internationale kinderrechten.

### 5.1. Het ontbreken van de medische indicatie gezien vanuit het Nederlandse gezondheidsrecht

Gezien de heersende onduidelijkheid omtrent de etiologische factor van genderdysforie, blijft het gissen naar een ‘best practice’ ten aanzien van de behandeling. Het vereiste van een ‘medische indicatie’ binnen het beginsel van goede zorg vereist echter een zekere relatie tussen de diagnose en de gekozen therapie.<sup>235</sup> Voorts is er een discussie gaande onder medici en ethici met betrekking tot de vraag of genderdysforie wel een op zichzelf staande psychische ‘stoornis’ is, of onderdeel uitmaakt van een ‘andere’ psychische stoornis, hetgeen eveneens vragen oproept ten aanzien van de medische indicatie.<sup>236</sup> Bovendien is er met betrekking tot het gebruik van puberteitsremmers weinig empirische data voorhanden, waardoor de impact van deze behandeling onduidelijk blijft. Hierdoor blijft de medische effectiviteit onbewezen, waardoor het wederom onduidelijk is of deze behandeling medisch is geïndiceerd.

Bij gevoelige medische aangelegenheden, waarvan de medische indicatie ontbreekt, is het niet aan de medische wereld om over dergelijke onderwerpen te beslissen.<sup>237</sup> Dit is bijvoorbeeld het geval bij abortus provocatus, waarvoor de Nederlandse overheid specifieke wetgeving (WAZ) heeft opgesteld. De behandeling van genderdysforie bij kinderen valt echter volledig binnen medische zelfregulering, waardoor het een hulpverlener zelfs kan worden verweten wanneer hij hiervan afwijkt.<sup>238</sup>

### 5.2. Het ontbreken van de medische indicatie gezien vanuit de internationale kinderrechten

Zoals in hoofdstuk 4 is gebleken, vereist het VN-Kinderrechtencomité in ‘General Comment No. 15’ dat een medische behandeling ten aanzien van een kind ‘evidence-based’ moet zijn.<sup>239</sup> De kwaliteit van een behandeling kan zonder deze voorwaarde namelijk niet gegarandeerd worden.<sup>240</sup> Zodoende kan gesteld worden dat het kind recht heeft op een ‘medisch effectieve’ behandeling. Aangezien de behandeling van genderdysforie, met behulp van puberteitsremmers, niet

---

<sup>235</sup> Leenen et al. 2017, p. 66.

<sup>236</sup> Heylens 2016, p. 488.

<sup>237</sup> Leenen et al. 2017, p. 64.

<sup>238</sup> Leenen 2017, p. 64.

<sup>239</sup> UN Document CRC/C/GC/15, para. 16, 32 en 116.

<sup>240</sup> UN Document CRC/C/GC/15, para. 116.

(voldoende) medisch onderlegd is, pleit het IVRK in beginsel tégen een behandeling van genderdysforie.

Het belang van het kind, dat ingevolge artikel 3 IVRK altijd een eerste overweging dient te zijn, kan echter pleiten vóór een behandeling van genderdysforie met puberteitsremmers. Het IVRK geeft echter geen uitleg ten aanzien van de daadwerkelijke invulling hiervan. Wetenschappelijk bewijs, met betrekking tot de slagingskans van een behandeling, zou zodoende leiden tot de meest objectieve benadering van het belang van het kind.<sup>241</sup> Desondanks wordt in de literatuur betoogt dat deze methode bij medische behandelingen niet wenselijk is. De medische besluitvorming is, met name omtrent genderdysforie, niet dermate zwart-wit te stellen en daarom is het van groot belang dat emotionele en persoonlijke overwegingen ook een rol spelen.<sup>242</sup> Het VN-Kinderrechtencomité geeft dan ook in *'General Comment No. 15'* aan dat het belang van het kind, bij medische besluitvorming, afhankelijk is van een groot scala aan factoren.<sup>243</sup> Om deze factoren in kaart te brengen is het voorts van groot belang dat het kind ook zélf de kans krijgt om zijn belangen te verwoorden, ingevolge artikel 3, 5 en 12 IVRK.<sup>244</sup> Om deze reden is het interessant dat de DSM-5 reeds bij het stellen van de diagnose aandacht besteedt aan deze 'mate van ontwikkeling' van het kind, door te eisen dat het kind zijn problematiek zélf kan verwoorden alvorens een diagnose kan worden gesteld.<sup>245</sup> Hierdoor lijkt de DSM-5 impliciet te verwijzen naar artikel 5 en 12 IVRK.

Een behandeling kan in een groot deel van de gevallen bijdragen aan een positievere ontwikkeling van het kind, hetgeen eveneens zal bijdragen aan een grotere mate van gezondheid (artikel 6 en 24 IVRK). Tot slot spreekt ook artikel 8 IVRK een 'verandering' van identiteit of behoud van de 'ervaren' identiteit niet expliciet tegen. Al met al kan gezegd worden dat een behandeling van genderdysforie, ondanks het ontbreken van een medische indicatie en afdoende wetenschappelijk bewijs, toch mogelijk lijkt in het kader van de internationale kinderrechten.

### 5.3. Het systeem van leeftijdsgrenzen binnen het Nederlandse gezondheidsrecht

In hoofdstuk 3 is aandacht besteed aan de mogelijkheden voor kinderen om deel te nemen aan het besluitvormingsproces ten aanzien van een medische behandeling. De WGBO hanteert hierbij een strikt systeem van leeftijdsgrenzen. Binnen dit systeem bestaat enige manoeuvreerimte voor de

---

<sup>241</sup> Elliston 2007, p. 19.

<sup>242</sup> Elliston 2007, p. 19; UN Document CRC/C/GC/15, para. 12.

<sup>243</sup> UN Document CRC/C/GC/15, para. 12.

<sup>244</sup> UN Document CRC/C/GC/14, para. 43; UN Document CRC/C/GC/15, para. 19.

<sup>245</sup> American Psychiatric Association 2015 (Whitepaper), p. 1.

hulpverlener, wanneer hij zich beroept op het beginsel van 'goede zorg' (zie artikel 7:465 lid 4 BW).<sup>246</sup>

In Nederland is er al jaren een discussie gaande met betrekking tot deze leeftijdsgrenzen. De NVK heeft geoordeeld dat niet de kalenderleeftijd, maar de werkelijke wilsbekwaamheid het uitgangspunt moet zijn.<sup>247</sup> Bij genderdysforie gaat het, naast de cognitieve ontwikkeling van een kind, ook om de lichamelijke ontwikkeling. Wanneer deze twee ontwikkelingen niet gelijklopen, gaat de complexiteit van de casus de WGBO te boven. Het kan namelijk voorkomen dat een kind dermate voorloopt met zijn lichamelijke ontwikkeling, dat een behandeling op eerdere leeftijd gewenst is. Zodoende komen deze kinderen reeds met elf jaar, en wellicht zelfs jonger, in aanmerking voor een behandeling met puberteitsremmers.<sup>248</sup> Toch kan een dergelijk kind niet zelf tot behandeling besluiten ingevolge artikel 7:465 lid 1 BW.

In artikel 7:450 lid 2 BW is voorts bepaald dat ouder(s) en kind gezamenlijk dienen te beslissen over een medische behandeling wanneer het kind de leeftijd van twaalf jaar heeft bereikt, maar nog niet die van zestien jaar. De mening van het kind verdient echter wel voorrang, wanneer zich een conflict van mening voordoet tussen ouder(s) en kind en het kind de behandeling weloverwogen blijft wensen. De vraag is echter welke mening doorslaggevend is wanneer een kind van elf een behandeling wenst waar hij lichamelijk en cognitief voldoende voor ontwikkeld is, maar de ouders deze behandeling weigeren. Dient de arts dan voorkeur te geven aan de mening van het kind, waarbij hij artikel 7:450 lid 2 BW oprekt? Of dient hij de WGBO strikt toe te passen, waardoor de toestemming van de ouders het uitgangspunt vormt, ingevolge artikel 7:465 lid 1 BW?

#### 5.4. Het systeem van leeftijdsgrenzen bezien vanuit de internationale kinderrechten

Binnen de leeftijdsgrenzen van de WGBO wordt een kind onder de twaalf jaar per definitie als wilsonbekwaam beschouwd, waardoor de arts niet verplicht is om de mening van dit kind te betrekken in het medische besluitvormingsproces. De *'Guidelines on Child-Friendly Healthcare'* vereisen echter dat ook deze mening een bepalende factor zou moeten vormen in het besluitvormingsproces. Deze *'Guidelines'* zijn, in tegenstelling tot de WGBO, enkel van adviserende aard.

Het VN-Kinderrechtencomité is eveneens van mening dat ieder kind in staat moet worden geacht om een mening te kunnen vormen. Leeftijd is, op zichzelf, onvoldoende om te beoordelen welk 'passend belang' aan de mening van het kind kan worden gehecht.<sup>249</sup> De vraag blijft echter, hoe in een 'kinderrechtvaardige' praktijk invulling dient te worden gegeven aan de term 'passend

---

<sup>246</sup> Legemaate 2016, p. 135-136.

<sup>247</sup> Standpunt NVK 2015.

<sup>248</sup> Vrouwenraets et al. 2016, p. 1698; Vrouwenraets et al. 2015, p. 368.

<sup>249</sup> UN Document CRC/C/GC/12, para. 84.

belang'. Ingevolge artikel 5 IVRK dient een kind tegen zijn eigen beslissingen te worden beschermd, zolang hij zich nog niet dermate ontwikkeld heeft dat hij de gevolgen van zijn beslissing goed kan inschatten en overzien.<sup>250</sup> Dit betekent dat de beslissing van een kind, wanneer hij zich wel voldoende cognitief ontwikkeld heeft, gerespecteerd zou moeten worden.

Het bovenstaande leidt mij terug naar de problematiek die zich voordoet in geval een elfjarige voorloopt in zijn lichamelijke ontwikkeling en ter behandeling van genderdysforie met het gebruik van puberteitsremmers wil starten zónder toestemming van zijn ouders. Wanneer dit kind, naast lichamelijk, ook cognitief ver ontwikkeld is zou men vanuit kinderrechtenperspectief (met het oog op artikel 3, 5 en 12 IVRK) kunnen betogen dat met een dergelijke behandeling gestart mag worden, zonder dat de toestemming van de ouders daarbij noodzakelijk is. Wanneer een arts echter gehoor geeft aan deze kinderrechtelijke visie, handelt hij in strijd met een Nederlandse bindende wet. Het is daarom een zeer interessante vraag wat een rechter zou oordelen wanneer zich een dergelijke zaak ter zitting voordoet. Los daarvan, bewijst deze kwestie dat binnen de complexiteit van genderdysforie een systeem van leeftijdsgrenzen ongewenst is.

In paragraaf 3.2.1. is besproken dat de wetgever heeft gekozen voor een systeem van leeftijdsgrenzen, mede omdat dit ten goede komt van de rechtszekerheid in Nederland. Bij de genderpoli van het VUmc, het leidende centrum voor genderdysforie in Nederland, hebben zich in 2015 slechts 200 kinderen aangemeld. Iets meer dan de helft van deze kinderen was twaalf jaar of ouder, waarvan vervolgens ongeveer twee derde deel in aanmerking kwam voor een behandeling met puberteitsremmers.<sup>251</sup> Zodoende is het aantal kinderen dat 'in de knel' kan raken tussen de leeftijdsgrenzen als relatief klein te beschouwen.<sup>252</sup> Een afschaffing van de leeftijdsgrenzen bij de behandeling van genderdysforie zal daarom niet de rechtszekerheid van Nederland in grote mate schaden, maar slechts de rechtspositie van een kleine groep kinderen verbeteren.

Ondanks bovenstaande conclusie, vertoont het VN-Kinderrechtencomité in '*General Comment No. 4*' een kleine tegenstrijdigheid met betrekking tot het opnemen van leeftijdsgrenzen in de nationale wetgeving.<sup>253</sup> Deze aanbeveling ziet niet op gezamenlijke toestemming, maar op de aanname van 'volledige wilsbekwaamheid' van het kind. Hoewel deze verplichting in beginsel leidt tot de (positieve) mogelijkheid voor het kind tot het nemen van een onafhankelijke beslissing, lijkt het VN-

---

<sup>250</sup> Tobin 2013, p. 428.

<sup>251</sup> Zie: [www.vumc.nl](http://www.vumc.nl), onder Zorgcentrum voor gender, kennisdeling (laatst geraadpleegd: 18 november 2017). De aantallen volgen eveneens uit mailcontact met Drs. T.D. Steensma, d.d. 14 november 2017.

<sup>252</sup> In het kader van Euthanasie bij minderjarigen wordt ook gepleit voor een beoordeling van de wilsbekwaamheid, in tegenstelling tot een systeem van leeftijdsgrenzen, hetgeen mogelijk is gezien het om een kleine groep kinderen gaat. Zie: Dossier Levens einde jonge kinderen, zie: [www.nvk.nl](http://www.nvk.nl) (laatst geraadpleegd: 18 november 2017).

<sup>253</sup> UN Document CRC/C/GC//4, para. 9.

Kinderrechtencomité zichzelf tegen te spreken door hier wél tot opname van een leeftijdsgrens te adviseren (zestien jaar in Nederland ingevolge artikel 7:447 lid 1 BW). De crux van de problematiek ziet echter op wilsbekwame kinderen jonger dan twaalf jaar en wilsbekwame kinderen tussen de twaalf en zestien jaar. Kinderen binnen deze leeftijdscategorieën blijven immers (grotendeels) afhankelijk van de toestemming van hun ouders.

Hoewel het IVRK weinig concrete houvast biedt, komt de boodschap van het IVRK middels de aangehaalde literatuur toch duidelijk naar voren. Zo concludeer ik dat het IVRK pleit vóór een individuele benadering van het kind en tégen een systeem van leeftijdsgrenzen. Zodoende verzoekt het VN-Kinderrechtencomité lidstaten in *'General Comment No. 12'* expliciet om af te zien van een systeem van leeftijdsgrenzen in zowel het recht als in de praktijk.<sup>254</sup> De genoemde tegenstrijdigheid, stammend uit een oudere *'General Comment'* (2003 versus 2009) leidt naar mijn mening niet tot een andere conclusie.

### 5.5. Tussenconclusie

Uit het voorgaande kan de conclusie worden getrokken dat een behandeling volgens *'the Dutch protocol'* in beginsel niet wordt tegengesproken door het IVRK. Hoewel het VN-Kinderrechtencomité in *'General Comment No. 15'* vereist dat een medisch behandeling *'evidence-based'* moet zijn, houdt deze eis geen stand binnen een brede kinderrechtelijke benadering. Daarentegen worden de leeftijdsgrenzen met betrekking tot de behandeling wél tegengesproken door het IVRK. Uit de woorden van het VN-Kinderrechtencomité, ter interpretatie van de artikelen 5 en 12 IVRK, komt namelijk duidelijk naar voren dat een systeem van leeftijdsgrenzen niet strookt met de visie van het IVRK.<sup>255</sup> Bovendien brengen de leeftijdsgrenzen de hulpverlener in een gevaarlijk gebied wanneer een kind van elf jaar een behandeling wenst, maar de ouders deze behandeling weigeren. Dient de hulpverlener dan voorkeur te geven aan een kinderrechtelijke benadering van de casus, of een strikt civielrechtelijke benadering?

Met deze laatste vraag leg ik de brug naar mijn afrondende hoofdstuk. De bevindingen uit dit afstudeeronderzoek leiden namelijk tot een hoop vragen waarop het antwoord niet pasklaar voorhanden is. Hoe dient de Nederlandse overheid vervolgens met deze problematiek om te gaan?

---

<sup>254</sup> UN Document CRC/C/GC/12, para. 21.

<sup>255</sup> UN Document CRC/C/GC/12, para. 21.



*“If I were in charge I would definitely offer treatment with puberty suppression because that would make research feasible; people could sign up for studies in order to investigate possible consequences.”<sup>256</sup>*

Transmeisje, 14 jaar

---

<sup>256</sup> Vrouenraets et al. 2016, p. 1700.





## 6. Conclusie

Programma's op de televisie, billboards op straat en gender neutrale kinderkleding bij de Hema: je ontkomt niet langer aan de aandacht die de maatschappij vestigt op GD-kinderen in Nederland.<sup>257</sup> De vraag is echter, in hoeverre Nederland klaar is voor deze aandacht. Zolang niet wetenschappelijk in kaart is gebracht wat daadwerkelijk het belang van het GD-kind dient, blijft het moeilijk om adequaat in te spelen op de situatie van GD-kinderen. Wat dient er dan wél te gebeuren?

### 6.1. Bevindingen

Het onderhavige afstudeeronderzoek heeft laten zien dat de behandeling van GD-kinderen conform *'the Dutch protocol'* niet zonder meer aansluit op de uitgangspunten van het gezondheidsrecht. De behandeling lijkt immers niet medisch geïndiceerd, nu deze moeizaam gediagnosticeerd kan worden of bewezen effectief kan worden geacht. Daarnaast bouwt *'the Dutch protocol'* voort op de leeftijdsgrenzen van de WGBO, terwijl de problematiek van genderdysforie te complex is gebleken voor deze leeftijdsgrenzen. Tot slot kan het, naar mijn mening, als uiterst opvallend worden beschouwd dat er ten behoeve van genderdysforie louter een medisch protocol bestaat terwijl andere 'ethisch gevoelige' onderwerpen, zonder medische indicatie, wél hebben geleid tot het opstellen van specifieke wetgeving.

Tot zover is gebleken dat de medische praktijk en de wet- en regelgeving onderling botsen. Om deze reden heb ik onderzocht of de internationale kinderrechten uitkomst konden bieden. Ook dit bleek geenszins makkelijk, aangezien de brede formulering van het IVRK moeilijk toepasbaar is op een concrete casus van genderdysforie. De crux van de problematiek binnen de kinderrechtelijke vergelijking centreert zich vooral rond de leeftijdsgrenzen binnen het Nederlandse gezondheidsrecht. De complexiteit van genderdysforie leidt namelijk tot situaties die niet pasklaar binnen een systeem van leeftijdsgrenzen te plaatsen zijn. Het gaat bij genderdysforie namelijk om een sterk gevoel, dat zich uitmondt in een wens, van het kind. Daarom is het des te belangrijker dat de mening van het kind, ongeacht leeftijd, een belangrijke rol speelt in het medische besluitvormingsproces. Het IVRK pleit ingevolge artikel 3, 5 en 12 IVRK voor een individuele benadering van ieder kind, waarbij leeftijd altijd naast de 'rijpheid' van het kind geplaatst dient te worden. Dit zou daarom zeker in de context van de uiteenlopende problematiek van genderdysforie wenselijk zijn.

Momenteel zitten alle spelers op het veld van genderdysforie 'klem' in het huidige systeem. Jonge GD-kinderen vinden geen steun in het wettelijk kader, ten aanzien van het overbrengen van hun wensen aangezien wettelijk is bepaald dat kinderen onder de twaalf jaar slechts recht hebben op

---

<sup>257</sup> De Volkskrant, Hema kiest voor genderneutrale kinderkleding: 'jongen' en 'meisje' verdwijnen van labels, 20 september 2017.

informatie (artikel 7:448 lid 1 BW), maar niet is bepaald in hoeverre hun mening een rol speelt in de besluitvorming. Bovendien kunnen GD-kinderen, aangezien er onvoldoende informatie beschikbaar over de lange-termijn gevolgen van een behandeling, naar mijn mening niet weloverwogen een mening vormen. Ouders dienen ingevolge artikel 3, 5 en 18 IVRK te handelen in het belang van het kind, maar weten – net als het kind zelf – niet welke route het belang van het kind het meest zal dienen. Tot slot heeft de hulpverlener, die ingevolge het beginsel van ‘goede zorg’ altijd het belang van de patiënt moet dienen, ook geen makkelijke positie. Het beginsel van ‘goede zorg’ vereist namelijk een behandeling die ziet op een concreet behandelingsdoel, hetgeen in het kader van genderdysforie bij kinderen nooit bewezen is. Aan de andere kant is de hulpverlener ook verplicht om een hulpbehoevende de nodige zorg te verlenen, waardoor een GD-kind, dat klinisch psychisch lijdt, het recht heeft op behandeling.<sup>258</sup>

De roep om aandacht voor GD-kinderen in Nederland is derhalve niet onnodig. De vraag is echter in hoeverre zij daadwerkelijk geholpen kunnen worden. Is er iets dat de Nederlandse overheid kan doen om de problematiek binnen het huidige systeem te verhelpen?

## 6.2. Hoe nu verder?

De vraag of de Nederlandse wet- en regelgeving, en de daaruit volgende praktijk, aanpassing behoeft in het licht van de internationale kinderrechten en de kennis uit de medische wetenschap kan ik met het oog op bovenstaande bevindingen bevestigend beantwoorden. Het is mij duidelijk geworden dat actie nodig is, het is mij echter ook duidelijk geworden dat dit geenszins makkelijk zal zijn. Naar mijn mening is een trapsgewijze aanpak op vier gebieden nodig, hierom geef ik de volgende aanbevelingen:

### 1. Actie voor de wetgever: Het ontwikkelen van specifieke wetgeving

In 2015 hebben 200 kinderen, onder de achttien jaar, zich aangemeld bij de genderpoli van het VUmc.<sup>259</sup> Dit betekent dat slechts een beperkt aantal kinderen jaarlijks in aanmerking komt voor een behandeling van puberteitsremmers, waardoor een nog kleiner aantal kinderen daadwerkelijk klem komt te zitten tussen de leeftijdsgrenzen van de WGBO. Om deze reden adviseer ik de wetgever om een uitzondering te maken voor deze kleine groep, door specifieke wetgeving te ontwikkelen zónder dergelijke grenzen. Hierbij dient wettelijk te worden vastgelegd dat de mening van het wilsbekwame kind altijd een bepalende factor dient te vormen binnen het medische besluitvormingsproces. Het afschaffen van de leeftijdsgrenzen voor deze groep zal, gezien de kleinschaligheid, niet de rechtszekerheid van Nederland in zijn algemeenheid schaden.

---

<sup>258</sup> Zie: Wijne 2014, p. 160.

<sup>259</sup> Zie: [www.vumc.nl](http://www.vumc.nl), onder Zorgcentrum voor gender, kennisdeling (laatst geraadpleegd: 18 november 2017).

De discussie omtrent het afschaffen van de leeftijdsgrenzen is reeds jaren gaande, deze ‘afschaffing’ heeft de eindstreep niet gehaald bij het opstellen van de Wtl nu het niet zag op de crux van de problematiek.<sup>260</sup> Bij genderdysforie is dit echter wel het geval. De problematiek omtrent genderdysforie is dermate complex dat een individuele benadering van het kind geboden is. Een enkele ‘verlaging’ van de leeftijdsgrens wanneer een kind lichamelijk voorloopt in zijn ontwikkeling, zal geen uitkomst bieden, nu veel ervaringsdeskundigen reeds hebben aangegeven dat dit niet in het belang van het betreffende kind zal zijn.<sup>261</sup> Gezien de vele verschillende factoren die meespelen, zoals de cognitieve én de lichamelijke ontwikkeling van het kind, vormt een individuele benadering, waarbij specifiek wordt gekeken wat in het belang is van het betrokken kind – en niet een hele groep – bij genderdysforie de enige wenselijke mogelijkheid.

Het verdient noodzaak om te benadrukken dat het ‘afschaffen’ van de leeftijdsgrenzen niet tot doel heeft dat een wilsbekwaam GD-kind kan beslissen of het behandeld wil worden, zonder dat de ouders achter deze keuze staan. De hulp en steun van de ouders is immers uiterst noodzakelijk voor een gunstig verloop van het behandelproces.<sup>262</sup> Feit is echter wel, dat het bij genderdysforie gaat om een ‘gevoel’ van het kind. Zonder alle mogelijkheden aan te grijpen om dit gevoel zo goed mogelijk te kunnen begrijpen, door het kind zélf aan het woord te laten, is het onmogelijk om te beslissen welke keuze het belang van het kind het meest zal dienen. Om deze reden dient er wettelijk geen onderscheid te worden gemaakt tussen de mening van een kind van twaalf of elf jaar.

Gezien de ethische lading van het onderwerp en het waarschijnlijke ontbreken van de medische indicatie lijkt het mij bovendien, naast een aanbeveling, een vereiste dat het opstellen van specifieke bindende wetgeving wordt overwogen. Een hulpverlener is namelijk gebonden aan een medisch behandelprotocol, terwijl dit in het kader van genderdysforie zwaar ethisch geladen en bovendien niet effectief bewezen is. Om rechtszekerheid te bieden aan hulpverleners die willen afwijken van dit protocol, is specifieke wetgeving vereist. Bovendien behoort de behandeling van genderdysforie, gezien het ontbreken van de medische indicatie, in strikte zin niet thuis binnen de zelfregulering van de medische wereld.

Met deze roep om ‘juridisering’ van de medische praktijk omtrent genderdysforie bij kinderen sta ik niet alleen, deze conclusie volgt eveneens uit het eerder genoemde onderzoek van de Universiteit Leiden, in opdracht van de Bio-ethische Commissie van de Raad van Europa.<sup>263</sup>

---

<sup>260</sup> Legemaate 2016, p. 137-138.

<sup>261</sup> Vrouwenraets et al. 2016, p. 1701.

<sup>262</sup> De Vries & Cohen-Kettenis 2012, p. 310.

<sup>263</sup> Liefwaard, Hendriks & Zlotnik 2017, p. 34-36.

## *2. Actie voor de medische wetenschap: meer onderzoek*

Alvorens specifieke wetgeving kan worden ontwikkeld, die inspeelt op het belang van het kind, is eerst meer onderzoek nodig. Op dit moment stagneert de discussie onder medici en ethici aangezien zich dezelfde conclusies blijven aandienen: er is onvoldoende duidelijk over de lange-termijn gevolgen van het gebruik van puberteitsremmers en er is onvoldoende bekend over de ontwikkeling van de genderidentiteit in het algemeen.<sup>264</sup> Informatie over deze twee aspecten is echter van groot belang voor het samenstellen van een behandeling die meer zekerheid biedt voor het GD-kind en zijn ouders. Dit advies, strekkende tot meer onderzoek, volgt eveneens uit de wetenschappelijke literatuur.<sup>265</sup>

Naast onderzoek op de hierboven genoemde terreinen, kan ook onderzoek naar de wilsbekwaamheid van het kind tot interessante resultaten leiden. Dergelijke resultaten kunnen houvast bieden aan hulpverleners die samen met de ouders en het kind tot een behandelkeuze moeten komen. Kinderen die, zolang zij zich kunnen herinneren, kampen met identiteitsproblematiek kunnen op dit specifieke terrein namelijk zeer wilsbekwaam zijn.<sup>266</sup> Helaas zijn GD-kinderen ook kwetsbaarder dan hun leeftijdsgenoten en komt depressie relatief vaak voor binnen deze groep (zie paragraaf 2.3.). In hoeverre heeft deze kwetsbaarheid, in combinatie met de ervaring met de problematiek, invloed op de wilsbekwaamheid van het GD-kind?

## *3. Actie voor de betrokken hulpverleners: een kindgerichte aanpak*

Het doen van onderzoek en het opstellen van specifieke wetgeving kost tijd. Deze tijd is er echter niet. De kinderen die nu psychische lijdensdruk ervaren vanwege genderdysforie hebben immers nu recht op hulp. Om deze reden wil ik de beroepsgroep zélf verzoeken om binnen de huidige behandel mogelijkheden zoveel mogelijk toe te zien op een kindgerichte aanpak. Hoewel het IVRK moeilijk toepasbaar is in een concrete situatie, kan dit verdrag wel een inspiratie bieden voor het handelen in de praktijk. Zo zou in een protocol bijvoorbeeld aandacht kunnen worden besteed aan de problematiek die zich voordoet met betrekking tot de leeftijdsgrenzen. Als een hulpverlener, in afwachting van een bindende wet, aanknopingspunten binnen een protocol vindt om, in het belang van het kind, af te wijken van een leeftijdsgrens staat hij sterker dan wanneer dit gebeurt zonder dergelijke handvatten.

---

<sup>264</sup> Vrouwenraets et al. 2015, p. 368.

<sup>265</sup> Steensma 2013, hoofdstuk 2; Vrouwenraets et al. 2015; Matheny Antommara 2014.

<sup>266</sup> Relevant in dit kader: Rapport Staatscommissie Euthanasie 1985, p. 94.

#### *4. Actie voor beleidsmakers: hulp en ondersteuning voor het GD-kind en de omgeving*

De lidstaten zijn ingevolge artikel 18 lid 2 IVRK verplicht om de ouders te begeleiden en te ondersteunen in de uitoefening van hun verantwoordelijkheden die zij onder het IVRK toegedicht krijgen. De PACE interseks resolutie vult deze verantwoordelijkheid verder in, door ondersteuning te eisen voor het interseks kind zelf, de ouders en de directe omgeving. Dit is naar mijn mening eveneens van groot belang voor het GD-kind. Daarom adviseer ik de overheid om door het hele land gendercentra op te richten, waar GD-kinderen, ouders en andere personen uit de directe omgeving van het GD-kind heen kunnen met hulpvragen en kunnen praten met ervaringsdeskundigen, zonder dat dit medisch gerelateerd hoeft te zijn.

#### **6.3. Ter afsluiting**

In mijn afstudeeronderzoek heb ik geprobeerd om de problematiek omtrent genderdysforie bij kinderen zo breed mogelijk te belichten. De belangrijkste conclusie die uit mijn bevindingen volgt is, dat het ontwikkelen van specifieke wetgeving in het kader van genderdysforie een vereiste is. Om daadwerkelijk te zeggen 'hoe' deze wet eruit moet zien, is echter in de eerste plaats meer onderzoek vereist. Dit onderzoek dient zich te focussen op de volgende punten:

- De lange-termijn gevolgen van het gebruik van puberteitsremmers en de gevolgen van de behandeling van genderdysforie in het algemeen.
- De ontwikkeling van de genderidentiteit in het algemeen, zonder dat er sprake is van een behandeling van genderdysforie.
- De wilsbekwaamheid van kinderen in de context van genderdysforie.

De uitkomsten van deze onderzoeken dienen vervolgens te worden omgezet in gerichte wetgeving voor kinderen met genderdysforie, waarbij ik met klem pleit voor een bindende wet waarin de leeftijdsgrenzen uit de WGBO niet van toepassing worden verklaard op de situatie van het GD-kind. In de tussentijd, in afwachting van de onderzoeksresultaten, is het van belang dat de praktijk niet stil komt te liggen. Zodoende dienen hulpverleners de beginselen van het IVRK in hun praktijk in acht te nemen, waarbij de specifieke situatie en wens van ieder onafhankelijk GD-kind in acht dient te worden genomen. Tegelijkertijd dient het GD-kind, tezamen met zijn ouders en de directe omgeving ook buiten de medische sector hulp en ondersteuning te krijgen om zo goed mogelijk met de bijkomende problematiek om te kunnen gaan. Bovengenoemde aanbevelingen zijn, gezien de complexiteit van genderdysforie en de bijkomende problematiek, het minst wat de samenleving voor kinderen met genderdysforie kan betekenen.



*“(...) Women and men do indeed lead different lives. How much of this is down to unquestionable biological differences, how much to social conditioning, and how much to other people’s views of what it means to be a woman or a man, is all debatable and the accepted wisdom is perpetually changing. But what does not change is the importance, even centrality, of gender in any individual’s sense of self.”<sup>267</sup>*

---

<sup>267</sup> United Kingdom Supreme Court, UKSC 72, 1 november 2017, r.o. 1.





## 7. Literatuur- en jurisprudentielijst

### Boeken en naslagwerken

#### **Brill & Pepper 2008**

S. Brill & R. Pepper, *The Transgender Child. A handbook for Families and Professionals*, San Francisco: Cleis Press 2008.

#### **Van den Brink 2006**

M. van den Brink, *Moeders in de mainstream. Een genderanalyse van het werk van het VN-Kinderrechtencomité* (diss. Universiteit Leiden), Leiden: Universiteit Leiden 2006.

#### **De Bruijn-Lückers 1994**

M.L.C.C. de Bruijn-Lückers, *EVRM, minderjarigheid en ouderlijk gezag 'a whole code of juvenile law?'* (diss. Universiteit Leiden), Leiden: Universiteit Leiden 1994.

#### **Doek 2006**

J.E. Doek, *Commentary on the United Nations Convention on the Rights of the Child, 8-9: The Right to Preservation of Identity and The Right Not to Be Separated from His or Her Parents*, Leiden: Brill Nijhoff 2006.

#### **Douglas 2004**

G. Douglas, *An introduction to Family Law*, Oxford: Oxford University Press 2004.

#### **DSM-5 2017**

American Psychiatric Association, *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*, Amsterdam: Boompsychologie & psychiatrie: 2017.

#### **Eide 2006**

A. Eide, *Commentary on the United Nations Convention on the Rights of the Child, 27: The Right to an Adequate Standard of Living*, Leiden: Brill Nijhoff 2006.

#### **Elliston 2007**

S. Elliston, *The best interests of the child in healthcare*, Londen: Routledge 2007.

#### **Endendijk 2015**

J.J. Endendijk, *Heroes and housewives: the role of gender and gender stereotypes in parenting and child development* (diss. Universiteit Leiden), Leiden: Universiteit Leiden 2015.

#### **Engberts & Kalkman-Bogerd 2006**

D.P. Engberts & L.E. Kalkman-Bogerd, *Gezondheidsrecht*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2006.

#### **Gezondheidsraad 1987**

Gezondheidsraad, *Advies inzake zorgvuldigheidseisen Euthanasie*, 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, 1987.

#### **Garland 2016**

J. Garland, *On Science, Law, and Medicine. The case of gender-“normalizing” interventions on children who are diagnosed as different in sex development* (diss. Uppsala University), Uppsala: Uppsala University 2016.

**Hanson 2008**

K. Hanson, *Schools of thought in children's rights*, Sion: Children's Rights Unit, University Institute Kurt Bosch 2008.

**Hein 2015**

I. Hein, *Children's competence to consent to treatment or research* (diss. Universiteit van Amsterdam), Amsterdam: Amsterdam University Press, 2015.

**Heylens 2016**

G. Heylens, 'Genderdysforie', in: M.W. Hengeveld & A.J.L.M. van Balkom (Eds.), *Leerboek Psychiatrie*, Utrecht: de Tijdstroom uitgeverij 2016, p. 486-491.

**Hosley & Montemayor 1997**

C.A. Hosley & R. Montemayor, 'Fathers and adolescents', in: M.E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development*, New York: Wiley 1997.

**Hulst 2006**

E.H. Hulst, 'Patiëntenrechten: de WGBO', in: H.E.G.M. Hermans & M.A.J.M. Buijsen, *Recht en gezondheidszorg*, Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg 2006, p. 131-161.

**Kilkelly 2015**

U. Kilkelly, 'The CRC in Litigation Under the ECHR', in: T. Liefwaard & J.E. Doek, *Litigating the rights of the child: the UN Convention on the Rights of the Child in domestic and international jurisprudence*, Dordrecht: Springer 2015.

**Leenen et al. 2017**

H.J.J. Leenen et al., *Handboek Gezondheidsrecht*, Den Haag: Boom Juridische Uitgevers 2017.

**Liefwaard, Hendriks & Zlotnik 2017**

T. Liefwaard, A.C. Hendriks & D. Zlotnik (in opdracht van de Bio-Ethische Commissie van de Raad van Europa), *From law to practice: Towards a roadmap to strengthen children's rights in the era of biomedicine*, Leiden: Universiteit Leiden 2017.

**Maccoby & Jacklin 1974**

E.E. Maccoby & C.N. Jacklin, *The psychology of sex differences*, Stanford: Stanford University Press 1974.

**Nowak 2005**

M. Nowak, *Commentary on the United Nations Convention on the Rights of the Child, 6: The Right to Life, Survival and Development*, Leiden: Brill Nijhoff 2005.

**Parkes 2013**

A. Parkes, *Children and international human rights law: The right of the child to be heard*, Oxford: Routledge 2013.

**Rapport Staatscommissie Euthanasie 1985**

Staatscommissie Euthanasie, *Rapport van de Staatscommissie Euthanasie: Deel 1*, Den Haag: Staatsuitgeverij 1985.

**Ronen 2016**

Y. Ronen, *Re-understanding the Child's Right to Identity: On Belonging, Responsiveness and Hope*, Leiden: Brill Nijhoff 2016.

**Steensma et al. 2013**

T.D. Steensma et al., *From Gender Variance to Gender Dysphoria: Psychosexual development of gender atypical children and adolescents* (diss. VU Amsterdam), Amsterdam: VU 2013.

**Verhulst, Van der Ende & Koot 1996.**

F.C. Verhulst, J. van der Ende & H.M. Koot, *Handleiding voor de CBCL/4-18*, Rotterdam: Erasmus Universiteit 1996.

**Wijne 2014**

R.P. Wijne, *Medische Aansprakelijkheid*, Boom Juridische Uitgevers: Den Haag 2014.

**Zillén, Garland & Slokenberga 2017**

K. Zillén, J. Garland & S. Slokenberga (in opdracht van de Bio-Ethische Commissie van de Raad van Europa), *The Rights of Children in Biomedicine: Challenges posed by scientific advances and uncertainties*, Uppsala: Uppsala University 2017.

**Artikelen****Beall 2016**

A. Beall, 'Gender stereotypes are holding strong: Beliefs about the roles of men and women are 'as firmly held now as they were in 1980'', *Daily Mail* 2016, [www.dailymail.co.uk](http://www.dailymail.co.uk).

**Van den Brink 2016**

M. van den Brink, 'Mag het een hokje meer zijn? Ontwikkelingen rond de seksregistratie', *AA* 2016/10.

**Broersen 2013**

S. Broersen, 'Genderdysforie bij kinderen gaat meestal over', *MedischContact* 8 mei 2013, [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

**Buijsen 2008**

M. Buijsen, 'Over artsen en hun autonomie', *Thijmgenootschap* 2008, afl. 1, p. 24-52.

**Drescher, Cohen-Kettenis & Winter 2012**

J. Drescher, P.T. Cohen-Kettenis & S. Winter, 'Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11', *International Review of Psychiatry* 2012, 24(6), p. 586-577.

**Delamarre-Van de Waal & P.T. Cohen-Kettenis 2006.**

H. A. Delemarre-van de Waal & Peggy T. Cohen-Kettenis, 'Clinical management of gender identity disorder in adolescents: a protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects', *European Journal of Endocrinology* 2006, [www.eje-online.org](http://www.eje-online.org).

**Doppelfeld 2008**

E. Doppelfeld, 'Council of Europe in the field of Bio Ethics. The Convention on Human Rights and Biomedicine and other legal instruments', *Intensive Care Medicine* 2008, 35(5), p. 939-941.

**Else-Quest et al. 2006**

Else-Quest et al, 'Gender differences in temperament: A meta-analysis', *Psychological Bulletin* 2006, 132(1), p. 33-72.

**Hembree et al. 2009**

W.C. Hembree et al., 'Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline,' *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 2009, 94(9), p. 3132-3154.

**Hendriks 2016**

A.C. Hendriks, 'Kinderen met een andere seksuele ontwikkeling,' *FJR* 2016/46.

**Herring 2005**

J. Herring, 'Farewell welfare?', *J. Social Welfare and Family Law* 2005, 27(2), p. 159-171.

**Kopelman 1997**

L.M. Kopelman, 'The best-interests standard as threshold, ideal, and standard of reasonableness', *The Journal of Medicine and Philosophy* 1997, 22(3), p. 271-289.

**Krappmann 2010**

L. Krappmann, 'The weight of the child's view (article 12 of the Convention on the Rights of the Child)', *International Journal of Children's Rights* 2010, 18(4), p. 501-513.

**Legemaate 2016**

J. Legemaate, 'De wilsbekwaamheid van minderjarige patiënten', *FJR* 2016/33.

**Lundy 2007**

L. Lundy, 'Voice' is not enough: conceptualising Article 12 of the United Nations Convention on the Rights of the Child', *British Educational Research Journal* 2007, 33(6).

**Matheny Antommara 2014**

A.H. Matheny Antommara, 'Pubertal Suppression and Professional Obligations: May a Pediatric Endocrinologist Refuse to Treat an Adolescent With Gender Dysphoria?', *The American Journal of Bioethics* 2014, 14(1), p. 43-51.

**Meijer 2016**

O.A. Meijer, 'Wilsbekwaam maar te jong? Over euthanasie bij wilsbekwame kinderen jonger dan twaalf jaar', *TvGR* 2016, afl. 7, p. 466-477.

**Price-Minter 2012**

S. Price-Minter, 'Supporting Transgender Children: New Legal, Social and Medical Approaches', *Journal of Homosexuality* 2012, 59(3), p.422-433.

**Rap 2017**

S.E. Rap, 'Het recht om gehoord te worden: General Comment No. 12 nader beschouwd', *JIP* 2017/2.

**Ristori & Steensma 2016**

J. Ristori & T.D. Steensma, 'Gender dysphoria in childhood,' *International Review of Psychiatry* 2016, (28(1), p. 1-8.

**Roscam Abbing 1987**

H.D.C. Roscam Abbing, 'Advies van de Gezondheidsraad inzake zorgvuldigheidseisen euthanasie,' *Ned Tijdschrift Geneeskunde* 1987, afl. 28, p. 1207-1209.

**Steensma et al. 2011**

T.D. Steensma et al., 'Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study', *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2011, 16(4), p. 499-516.

**Steensma et al. 2013**

T.D. Steensma et al., 'Factors Associated With Desistence and Persistence of Childhood Gender Dysphoria: A Quantitative Follow-Up Study', *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2013, 52(6), p. 582-590.

**Streuli, Michel & Vayena 2011**

J.C. Streuli, M. Michel & E. Vayena, 'Children's rights in pediatrics, *European Journal of Pediatrics* 2011, 170(1), p. 9-14.

**Tobin 2013**

J. Tobin, 'Justifying Children's Rights', *International Journal of Children's Rights* 2013, 21(3), p. 395-341.

**De Vries et al. 2011**

A.L. De Vries et al., 'Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder; A prospective follow-up study', *Journal of Sexual Medicine* 2011, 8(8), p. 2276-2283.

**De Vries et al. 2015**

M.C. de Vries, 'Behandeling genderdysforie bij kinderen: ethische vragen stellen blijft nodig', *LUMC Blog* 18 juni 2015, [www.lumc.nl](http://www.lumc.nl).

**De Vries & Cohen-Kettenis 2012**

A.L.C. de Vries & P.T. Cohen-Kettenis, 'Clinical Management of Gender Dysphoria in Children and Adolescents: The Dutch Approach', *Journal of Homosexuality* 2012, 59(3), p. 301-320.

**Vrouenraets et al. 2015**

L.J.J.J. Vrouenraets et al., 'Early Medical Treatment of Children and Adolescents With Gender Dysphoria: An Empirical Ethical Study', *Journal of Adolescent Health* 2015, 57(4), p. 367-373.

**Vrouenraets et al. 2016**

L.J.J.J. Vrouenraets et al, 'Perceptions of Sex, Gender, and Puberty Suppression: A Qualitative Analysis of Transgender Youth', *Archives of Sexual Behavior* 2016, 45(7), p. 1697-1703.

**Vrouenraets & De Vries 2016**

L.J.J. Vrouenraets & M.C. de Vries, 'Gender dysphoria: the Dutch Protocol' 9 juni 2016, <http://contemporaryobgyn.modernmedicine.com>.

**Wallien, Swaab & Cohen-Kettenis 2007**

M.S. Wallien, H. Swaab, P.T. Cohen-Kettenis, 'Psychiatric co-morbidity among clinically referred children with gender identity disorder, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2007, 46(10), p. 1307-1314.

### **Waterston 2012**

T. Waterston, 'Applying the UN Convention on the rights of the child in clinical practice, *Pediatrics and Child Health* 2012, 22(9), p. 393-395

### **Overig**

#### **American Psychiatric Association 2015 (Whitepaper)**

American Psychiatric Association, *Nieuwe DSM-5-classificatie 'genderdysforie' geeft toegang tot zorg zonder te stigmatiseren*, Amsterdam: Boompsychologie & psychiatrie: 2015

#### **EHRM Factsheet 2017**

Europese Hof voor de Rechten van de Mens, 'Factsheet Gender identity issues', april 2017, [www.echr.coe.int](http://www.echr.coe.int).

#### **KNMG-gedragsregels voor artsen 2013**

KNMG, *Gedragsregels voor artsen (richtlijn)* 2013, [www.KNMG.nl](http://www.KNMG.nl).

#### **KNMG Standpunt Euthanasie 2003**

KNMG, *Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003*, VI.07, [www.KNMG.nl](http://www.KNMG.nl).

#### **Standpunt NVK 2015**

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, *Standpunt NVK Levensbeëindiging kinderen 1-12 jaar: een pleidooi voor onderzoek* 2015, [www.nvk.nl](http://www.nvk.nl).

#### **TGEU Activity Report 2014-2016**

Transgender Europe, *Activity Report of Transgender Europe*, Berlijn 2016.

#### **TNN Factsheet 2017**

Transgender Netwerk Nederland (TNN), *Factsheet 2017* (Opgesteld naar aanleiding van onderzoek uitgevoerd door de Universiteit voor Humanistiek, Universiteit Maastricht en Stichting Geldertalen, in samenwerking met TNN).

### **Kamerstukken**

*Kamerstukken II* 2000/01, 26691, 24.

*Kamerstukken II*, 1991/92, 22358, 3, p. 3 (MvT).

*Kamerstukken II* 1989/90, 21561, 3, p. 33 (MvT).

*Kamerstukken II*, 1978/79, 15475, 3, p. 10 (MvT).

### **Internationale documenten & regelgeving**

#### **UN Document CRC/C/GC/4**

Algemene Aanbeveling van het VN-Kinderrechtencomité (1 juli 2003), General Comment no. 4. Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child, UN Doc (CRC/C/GC/4).

#### **UN Document CRC/C/GC/5**

Algemene Aanbeveling van het VN-Kinderrechtencomité (27 november 2003), *General Comment No. 5. General measures of implementation of the Convention on the Rights of the Child*, UN Doc (CRC/GC/2003/5).

**UN Document CRC/C/GC/7**

Algemene Aanbeveling van het VN-Kinderrechtencomité (20 september 2006), *General Comment No. 7. (2005) Implementing child rights in early childhood, UN Doc (CRC/C/GC/7)*.

**FRA 2008**

FRA report, *Homophobia and Discrimination on Grounds of Sexual Orientation in the EU Member States Part I – Legal Analysis*, Luxembourg: Publication Office of the European Union 2008.

**FRA 2009**

FRA Factsheet, *Challenges Facing Transgender Persons*, Luxembourg : Publication Office of the European Union 2009.

**UN Document CRC/C/GC/12**

Algemene aanbeveling van het VN-Kinderrechtencomité (1 juli 2009), *General Comment No. 12 (2009) The right of the child to be heard, UN Doc (CRC/C/GC/20)*.

**FRA 2010**

FRA Report, *Homophobia, transphobia and discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity. 2010 Update: Comparative Legal Analysis*, Luxembourg: Publications Office of the European Union 2010.

**FRA 2011**

FRA Report, *Homophobia and Discrimination on Grounds of Sexual Orientation in the EU Member States Part II – The Social Situation*, Luxembourg: Publications Office of the European Union 2011.

**Guidelines on Child-Friendly Healthcare**

Richtlijnen van het Comité van Ministers van de Raad van Europa (21 september 2011), *Guidelines on child-friendly health care*.

**UN Document A/HRC/19/41**

Rapport 19/41 van de VN Mensenrechtenraad (17 november 2011), *Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity, Un Doc A/HRC/19/41*.

**WPATH Standards of Care**

WPATH (The World Professional Association for Transgender Health), *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*, 7<sup>th</sup> version, WPATH: 2012.

**UN Document CRC/C/GC/14**

Algemene Aanbeveling van het VN-Kinderrechtencomité (29 mei 2013) , *General Comment no. 14 on the right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration (art. 3 para. 1) Un Doc (CRC/C/GC/14)*.

**UN Document CRC/C/GC/15**

Algemene Aanbeveling van het VN-Kinderrechtencomité (1 april 2013), *General Comment no. 15 on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24), UN Doc (CRC/C/GC/15)*.



#### **FRA 2014**

FRA Report, *Being Trans in the European Union. Comparative analysis of EU LGBT survey data*, Luxembourg: Publications Office of the European Union 2014.

#### **Resolutie 2048(2015)**

Resolutie 2048(2015) van de Parlementaire Vergadering van de Raad van Europa (22 april 2015), *Discrimination against transgender people in Europe*.

#### **Joint Statement 2015**

*Joint UN Statement on Ending violence and discrimination against Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex people, 29 september 2015*.

#### **UN Document A/HRC/RES/32/2**

Resolutie 32/2 van de Mensenrechtenraad van de Verenigde Naties (30 juni 2016), *UN Doc A/HRC/RES/32/2*.

#### **UN Document CRC/C/GC/20**

Algemene aanbeveling van het VN-Kinderrechtencomité (6 december 2016), *General Comment No. 20 on the implementation of the rights of the child during adolescence, UN Doc (CRC/C/GC/20)*.

#### **Resolutie 2191(2017)**

Resolutie 2191(2017) van de Parlementaire Vergadering van de Raad van Europa (12 oktober 2017), *Promoting the human rights of and eliminating discrimination against intersex people*.

#### **Jurisprudentie**

Europees Hof voor de Rechten van de Mens:

EHRM 1 oktober 2012, appl. no. 41242/08 (Plesó/Hongarije)

EHRM 12 juni 2003, appl. no. 35968/97 (Kück/Duitsland)

*Nationaal:*

HR 21 oktober 1986, ECLI:NL:HR:1986:AC9531

HR 23 november 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB2737.

HR 18 maart 2005, ECLI:NL:HR:2005:AR5213.

HR 1 april 2005, ECLI:NL:HR:2005:AS6006.

Hof Amsterdam, 11 juli 2017, ECLI:NL:GHAMS:2017:2668.

Verenigd Koninkrijk:

England and Wales High Court, EWHC 2430, 21 oktober 2016

United Kingdom Supreme Court, UKSC 72, 1 november 2017

