

De ontwikkeling van de genderidentiteit: tussen bescherming en participatie

Een kinderrechtelijke toetsing van de fase voorafgaand aan
puberteitsremmers onder het *Dutch Protocol*



Celeste van Acken

Masterscriptie Jeugdrecht

Juli 2026

Naam: Celeste van Acken
Studentnummer: s4667603
Opleiding: Master Jeugdrecht
Scriptiebegeleider: Prof. mr. dr. drs. M.P. Sombroek van Doorm
Aantal woorden: 15.414 (inclusief voetnoten, exclusief bronnenlijst)
Trefwoorden: Transgenderzorg, Kinderrechten, Puberteitsremmers,
Dutch Protocol

Voorwoord

Voor mijn master jeugdrecht heb ik het afgelopen half jaar onderzoek gedaan naar de positie en de bescherming van kinderen bij de ontwikkeling van hun genderidentiteit binnen de transgenderzorg. Transgenderzorg is een onderwerp dat veel maatschappelijke en politieke discussie oproept. Zo schreef de SGP tijdens de Tweede Kamerverkiezing in 2025 nog dat zij hormoonbehandeling bij kinderen wilden verbieden.¹ Omdat het debat rondom transgenderzorg aan kinderen vaak erg scherp is, vond ik het belangrijk om dit op een zorgvuldige manier bespreekbaar te houden. De vraag naar transgenderzorg gaat namelijk niet alleen maar over een medische behandeling: het gaat over bescherming, autonomie en de identiteit van kinderen. Het gaat om een behandeling die niet enkel medisch is, maar op veel vlakken bepalend kan zijn voor hun levenskwaliteit en geluk. Dit onderwerp vereist daarom geen negatieve en aanvallende discussie, maar een open gesprek over nadelen *en* voordelen.

Ik wil mijn scriptiebegeleidster Prof. mr. dr. drs. M.P. Sombroek van Doorm bedanken voor haar ontzettend fijne begeleiding en feedback.

Tot slot: Transgenderzorg raakt uiteindelijk ook aan maatschappelijke acceptatie. Kinderen met genderdysforie groeien op in een samenleving waarin zij vaak te maken krijgen met discriminatie, uitsluiting en een gebrek aan acceptatie. Dit benadrukt het belang van een open debat waarin niet de meningen van anderen, maar deze kinderen zelf centraal worden gezet. Ik hoop dat mijn onderzoek hieraan kan bijdragen.

Ik wens u veel plezier bij het lezen van mijn onderzoek.

Celeste van Acken

Leiden, juli 2026

¹ Verkiezingsprogramma SGP 2025-2029, p. 28.

Inhoudsopgave

Lijst van afkortingen.....	4
1. Inleiding	5
1.1. Aanleiding.....	5
1.2. Onderzoeksvraag	8
1.3. Onderzoeksmethode.....	8
1.4. Afbakening	9
1.5. Terminologie.....	9
1.6. Leeswijzer.....	11
2. Het IVRK en transgenderzorg	12
2.1. Het belang van het kind	13
2.1.1. Inhoud en omvang van artikel 3 IVRK	13
2.1.2. Het belang van het kind als driedig begrip	13
2.1.3. Tussenconclusie.....	15
2.2. Recht op ontwikkeling.....	15
2.2.1. Inhoud en omvang van artikel 6 IVRK	15
2.2.2. Tussenconclusie.....	16
2.3. Recht op (behoud van) identiteit.....	16
2.3.1. Ontwikkeling van genderidentiteit onder artikel 8 IVRK	16
2.3.2. Positieve verplichting	18
2.3.3. Tussenconclusie.....	19
2.4. Recht om gehoord te worden	19
2.4.1. Inhoud en omvang artikel 12 IVRK	19
2.4.2. Tussenconclusie.....	21
2.5. Recht op gezondheid.....	21
2.5.1. Inhoud van artikel 24 IVRK	21
2.5.2. Goede en passende gezondheidszorg	21
2.5.3. Een recht op behandeling?.....	22
2.5.4. Tussenconclusie.....	22
2.6. Conclusie	23
3. Transgenderzorg in Nederland – Het <i>Dutch Protocol</i>	24
3.1. De indicatiestelling	24
3.1.1. Genderincongruentie	25
3.1.2. Draagkracht	25
3.1.3. Voldoende passend	26
3.1.4. Contra-indicaties.....	26
3.1.5. Informed consent.....	26

3.1.6.	Aanvullende voorwaarden voor de behandeling	27
3.2.	Het starten met de behandeling van jongeren	27
3.2.1.	De behandeling met puberteitsremmers	28
3.3.	Conclusie	28
4.	Het <i>Dutch Protocol</i> in het licht van het IVRK	30
4.1.	Het IVRK en de indicatiestelling	30
4.1.1.	De geschiktheid van de behandeling	30
4.1.2.	Wel of geen puberteitsremmers?	32
4.1.3.	De ontwikkeling van het kind.....	33
4.1.4.	Tussenconclusie.....	33
4.2.	Participatie en <i>informed consent</i>	34
4.2.1.	Krijgt het kind voldoende de ruimte om zijn mening te vormen?	34
4.2.2.	Is het kind wilsbekwaam?	36
4.2.3.	De mening van twaalf-minners	38
4.2.4.	Tussenconclusie.....	38
4.3.	De rol van ouders in de belangenafweging	39
4.3.1.	Ouderlijke ondersteuning	40
4.3.2.	Dubbele toestemming en ouderlijke weigering	40
4.3.3.	Tussenconclusie.....	41
4.4.	Genderidentiteitsontwikkeling	42
4.4.1.	Identiteitsontwikkeling voorafgaand aan de puberteitsremmers	43
4.4.2.	De voorfase als ruimte voor identiteitsontwikkeling.....	44
4.4.3.	Tussenconclusie.....	45
5.	Conclusie en aanbevelingen.....	47
5.1.	Conclusie	47
5.2.	Aanbevelingen	48
6.	Bronnenlijst.....	50
6.1.	Literatuurlijst	50
6.2.	Jurisprudentie	55
6.3.	Internationale regelgeving	54
6.4.	Parlementaire stukken	55
6.5.	Medische protocollen.....	54
6.6.	Rapporten.....	54

Lijst van afkortingen

BW	Burgerlijk Wetboek
EHRM	Europees Hof van de Rechten van de Mens
EVRM	Europees Verdrag van de Rechten van de Mens
IVRK	Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind
MDO	Multidisciplinair overleg
No.	Nummer
VN	Verenigde Naties
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (Boek 7, titel 7, afdeling 5 BW)

1. Inleiding

1.1. Aanleiding

In 2020 speelde in Engeland een zaak tussen de genderkliniek Tavistock en Keira Bell. Keira Bell kreeg zes jaar na haar genderbehandeling spijt. Ze startte een procedure tegen de Tavistock-kliniek, waar zij destijds behandeld was. Ze stelde dat Tavistock onvoldoende onderzoek had gedaan naar de onderliggende oorzaak van haar psychische problemen en dat de kliniek haar te gemakkelijk puberteitsremmers had voorgeschreven.²

De Tavistock-zaak illustreert het belang van zorgvuldige transgenderzorg aan jongeren. Hierover is veel politiek en maatschappelijk debat. De rechten van het kind zelf blijven daarin echter onderbelicht.³ Dat verbaast, omdat kinderen eigen rechten hebben op grond van het IVRK. Dit verdrag is in 1995 in Nederland in werking getreden.⁴ Het IVRK erkent kinderen als zelfstandige rechtssubjecten. Zij moeten binnen de transgenderzorg als zodanig worden benaderd, zodat hun kinderrechten zoveel mogelijk worden gerealiseerd.⁵

Op grond van het IVRK hebben kinderen die met transgenderzorg in aanraking komen onder andere het recht op adequate gezondheidszorg. Dit recht is verankerd in artikel 24 IVRK en General Comment No. 15 van het VN-Kinderrechtencomité. Als onderdeel van goede zorg is het van belang dat de regels uit het IVRK worden gevolgd.⁶ Belangrijk hierin is onder andere het recht op ontwikkeling: kinderen hebben het recht om te groeien en zich te ontwikkelen tot hun potentieel en te leven in omstandigheden die hen in staat stellen de hoogste standaard van gezondheid te bereiken (artikel 6 IVRK).⁷ In het kader van transgenderzorg betekent dit onder andere dat bij elke beslissing die met betrekking tot het kind wordt genomen het belang van het kind de eerste overweging moet vormen (artikel 3 IVRK), en dat bij elke beslissing het kind de mogelijkheid moet hebben om te

² Court of Appeal (Verenigd Koninkrijk) 17 september 2021, *Tavistock v Bell* [2021] EWCA Civ 1363 & High Court of Justice (Verenigd Koninkrijk) 1 december 2020, *Tavistock v Bell* [2020], EWHC 3274. Zie ook Smeehuijzen, Smids & Hoekstra 2023, par. 2.1.

³ Zie bijvoorbeeld *Kamerstukken II* 2024/25, 31016, nr. 374, waarin uitgebreid wordt gereageerd op de *Cass-Review*, en vragen worden gesteld aan de Minister van VWS naar aanleiding van de *Cass-Review*, en de IVRK-rechten van de betrokken kinderen geen enkele keer benoemd worden.

⁴ *Trb.* 1995, 92.

⁵ General Comment No. 5 van het VN-Kinderrechtencomité (27 november 2003), *General measures of implementation of the Convention on the Rights of the Child* (arts. 4, 42 and 44, para. 6), CRC/GC/2003/5.

⁶ General Comment No. 15 van het VN-Kinderrechtencomité (17 april 2013), *on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health* (art. 24), CRC/C/GC/15, par. 7. Zie ook artikel 7:453 BW.

⁷ General Comment No. 15 van het VN-Kinderrechtencomité (17 april 2013), *on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health* (art. 24), CRC/C/GC/15, par. 16.

participeren (artikel 12 IVRK). Kinderen die in aanraking komen met de transgenderzorg zijn daarnaast bezig met de ontwikkeling van hun genderidentiteit. Daarbij is artikel 8 IVRK van belang. Dit artikel geeft het recht een eigen identiteit te hebben. Deze moet vervolgens ook beschermd worden.⁸

Genderzorgverlening is onderdeel van het realiseren van deze kinderrechten. De zorg wordt in Nederland aangeboden in drie genderklinieken: in Nijmegen, Groningen en Amsterdam.⁹ Patiënten worden daar behandeld aan de hand van de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch (hierna: het *Dutch Protocol*). De eerste formele versie van het *Dutch Protocol* werd in 2018 in Nederland gepubliceerd.¹⁰ Vandaar de naam *Dutch Protocol*: het Protocol werd in Nederland ontwikkeld en werd internationaal als zodanig geprezen en gebruikt.¹¹ De medische behandeling onder het *Dutch Protocol* bestaat uit drie fasen: (i) toediening van puberteitsremmers, meestal vanaf het begin van de puberteit; (ii) toediening van crossseksehormonen; en (iii) operatieve ingrepen. Alleen borstverwijdering is mogelijk bij jongeren vanaf zestien jaar. De overige operatieve ingrepen worden pas vanaf achttien jaar aangeboden.¹² Deze drie fasen vormen echter slechts een onderdeel van het bredere zorgtraject. Voorafgaand aan de eerste fase doorloopt het kind eerst een diagnostische en psychologische voorfase. In deze fase vindt psychologisch onderzoek plaats naar of sprake is van genderincongruentie¹³, hoe deze het beste behandeld kan worden en of het kind daadwerkelijk behandeling wil. Pas daarna wordt beoordeeld of het starten met puberteitsremmers in het concrete geval de meest passende behandeloptie is.¹⁴ Daarmee vormt de voorfase een belangrijk begeleidings- en beoordelingsmoment binnen het behandeltraject.

De vraag of die beoordeling voldoende zorgvuldig plaatsvindt, kwam in Engeland ook aan bod naar aanleiding van de Tavistock-zaak. Hillary Cass publiceerde naar aanleiding van de Tavistock-zaak in 2022 een onderzoeksrapport. Zij stelde in haar *Cass-Review*

⁸ General Comment No. 5 van het VN-Kinderrechtencomité (27 november 2003), *General measures of implementation of the Convention on the Rights of the Child (arts. 4, 42 and 44, para. 6)*, CRC/GC/2003/5, par. 56.

⁹ Smids 2025, p.1.

¹⁰ Smeehuijzen e.a. 2023, par. 2.3.

¹¹ 'Hoe een gevierde Nederlandse behandelmethode voor transgender jongeren onder druk kwam te staan [tijdlijn]', zembla.nl.

¹² Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, p. 17. Zie ook Smeehuijzen, Smids & Hoekstra 2023, par. 1.

¹³ Zie paragraaf 1.5 voor de definitie van genderincongruentie.

¹⁴ *Transgenderzorg voor jongeren* 2026, p. 14.

structurele problemen vast met de transgenderzorg,¹⁵ waarbij zij in ieder geval om meer psychologische begeleiding van de kinderen die met de Engelse transgenderzorg in aanmerking komen adviseerde.¹⁶ Het ging daarbij om de (psychische) begeleiding van kinderen in de fase voorafgaand aan de start met puberteitsremmers, om te voorkomen dat hiermee te snel wordt gestart. In Engeland was deze voorfase volgens Cass onvoldoende.¹⁷

Hoewel de *Cass-Review* betrekking heeft op de Engelse context, heeft het ook in Nederland geleid tot maatschappelijke en politieke discussie over de inrichting van de transgenderzorg voor jongeren. In de Tweede Kamer zijn mede naar aanleiding van de *Cass-Review* drie moties ingediend die verzochten tot nader onderzoek naar de transgenderzorg in Nederland.¹⁸ In reactie hierop heeft de Minister van VWS op 13 mei 2024 aan de Gezondheidsraad gevraagd (1) om te onderzoeken of de richtlijn van transgenderzorg voor jongeren past binnen het gezondheidsrechtelijke kader, (2) om in kaart te brengen wat wetenschappelijk bekend is over (langetermijn)gevolgen van puberteitsremmers en genderbevestigende hormoonbehandelingen voor de fysieke en mentale gezondheid, (3) wat bekend is over spijt na de behandeling, en (4) om de aanpak in Nederland te vergelijken met andere landen.¹⁹ Daartoe is de Commissie Transgenderzorg voor jongeren op 7 februari 2025 geïnstalleerd. Deze commissie is ingesteld om een advies uit te brengen over de gestelde vragen.²⁰ Hun advies is op 30 juni 2026 gepubliceerd.²¹

¹⁵ Cass 2022. Zie ook Smeehuijzen, Smids & Hoekstra 2023, par. 2.1.

¹⁶ In de Review gaat Cass ook in op de medisch-wetenschappelijke onderbouwing van het *Dutch Protocol*. Zij heeft twijfels over de wetenschappelijke onderbouwing van het Protocol met betrekking tot de toediening van puberteitsremmers aan minderjarigen (zie in het bijzonder hoofdstuk 11 van de Review). In deze scriptie zal de discussie rondom de medisch-wetenschappelijke onderbouwing verder buiten beschouwing worden gelaten. De enige kanttekening die ik hierover heb is dat je door deze argumentatie heel veel behandelprotocollen die betrekking hebben op de medische behandeling van kinderen onderuit haalt. Voor veel behandelprotocollen binnen de kindergeneeskunde geldt dat er weinig onderzoek naar gedaan is, omdat er niet geëxperimenteerd wordt op kinderen. Zie van der Zanden e.a. 2022, p. 1244.

¹⁷ Cass 2024, par. 11.35-11.38. Het is belangrijk om kritisch te blijven op de toepasbaarheid van de *Cass-Review* in Nederland. De *Cass-Review* kan niet functioneren als juridisch toetsingskader voor de Nederlandse transgenderzorg, aangezien de transgenderzorg in Engeland niet hetzelfde was vormgegeven als in Nederland. In Nederland ligt de nadruk op een stapsgewijze ontdekking van de genderidentiteit, terwijl in Engeland destijds de nadruk vooral lag op de behandeling en het bevestigen van de gewenste genderidentiteit. Zie *Transgenderzorg voor jongeren* 2026, p. 17.

¹⁸ *Kamerstukken II* 2023/24, 36410, nr. 89; *Kamerstukken II* 2023/24, 31016, nr. 366; *Kamerstukken II* 2023/24, 31016, nr. 370.

¹⁹ Brief van de minister van Medische Zorg van 13 mei 2024, 3808755-1064640-CZ (rijksoverheid.nl).

²⁰ Brief aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 7 februari 2025, 4060958/DL/idv/101 (gezondheidsraad.nl).

²¹ ‘Transgenderzorg voor jongeren’, gezondheidsraad.nl.

Tegen de achtergrond van de maatschappelijke discussie over de transgenderzorg ontstaan in het licht van de eerdergenoemde IVRK-rechten bepaalde vragen rondom de inrichting van de voorfase van de transgenderzorg. Worden de rechten van het kind voldoende gewaarborgd? Biedt het *Dutch Protocol* in de diagnostische en psychologische voorfase voldoende waarborgen voor de rechten van het kind? Dit is relevant om na te gaan. In die fase komen belangrijke kinderrechtelijke vragen aan de orde over participatie, identiteitsontwikkeling, gezondheid en het belang van het kind.

1.2. Onderzoeksvraag

Op grond van het voorgaande luidt de onderzoeksvraag als volgt:

“In hoeverre is het Dutch Protocol voor zover het gaat over de fase voorafgaand aan de toediening van puberteitsremmers aan minderjarige transgenders in lijn met artikel 3, 6, 8, 12 en 24 van het IVRK?”

Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden, worden de volgende deelvragen behandeld:

1. Welke verplichtingen met betrekking tot gezondheidszorg, participatie en bescherming van het kind bij transgenderbehandeling volgen uit de artikelen 3, 6, 8, 12 en 24 van het IVRK?
2. Hoe ziet het *Dutch Protocol* rondom de fase voorafgaand aan de verstrekking van puberteitsremmers er in Nederland uit en welke aandachtspunten zijn er in het licht van de artikelen 3, 6, 8, 12 en 24 van het IVRK?

1.3. Onderzoeksmethode

Deze scriptie zal bestaan uit een klassiek-doctrinair onderzoek. Hierbij wordt gebruikgemaakt van nationale wet- en regelgeving, General Comments bij het IVRK, toelichting op nationale wet- en regelgeving, literatuur en jurisprudentie.

Met behulp van General Comments, literatuur en jurisprudentie over het IVRK zal in kaart worden gebracht welk kinderrechtenkader er geldt met betrekking tot transgenderbehandeling van kinderen. Via nationale wet- en regelgeving en de toelichting hierop zal in kaart worden gebracht hoe de behandelregels er op dit moment uitzien. Daarnaast worden wetenschappelijke artikelen en rapporten gebruikt om inzicht te krijgen

in de effecten en risico's van de behandeling. Tot slot wordt een juridische analyse uitgevoerd, waarbij de Nederlandse praktijk wordt getoetst aan het kinderrechtenkader uit het IVRK, met gebruikmaking van nationale regelgeving, jurisprudentie en literatuur.

1.4. Afbakening

Omwille van de omvang van de scriptie is gekozen om het juridische behandelkader te beperken tot het *Dutch Protocol*, daar waar het gaat over de fase voorafgaand aan de toediening van puberteitsremmers. De WGBO en andere gezondheidsrechtelijke kwaliteitswetgeving worden alleen behandeld wanneer dit in strijd is met het *Dutch Protocol* of anderszins relevant bij de behandeling van het *Dutch Protocol*.

De problematiek rondom wachttijden en de medisch-wetenschappelijke onderbouwing van het Protocol worden verder buiten beschouwing gelaten, omdat de nadruk van deze scriptie ligt op of het *Dutch Protocol* in de fase voorafgaand aan puberteitsremmers voldoende waarborgen biedt voor zorgvuldige besluitvorming en begeleiding.

1.5. Terminologie

Ter verduidelijking van een aantal terugkerende begrippen, is hieronder de definitie van deze termen te vinden.

- *Kinderen*

In lijn met de definitie die de Gezondheidsraad in hun advies aanhoudt, wordt in deze scriptie met kinderen bedoeld personen tot achttien jaar.²²

- *Jongeren*

In lijn met de definitie die de Gezondheidsraad in hun advies aanhoudt, gaat het in deze scriptie wanneer het over jongeren gaat om minderjarigen bij wie de puberteit is gestart, grofweg tussen de twaalf en achttien jaar.²³

- *Transgender*

In lijn met de definitie die de Gezondheidsraad in hun advies aanhoudt, omvat het begrip transgender “*iedereen wiens genderidentiteit niet, of in mindere mate, overeenkomt met*

²² *Transgenderzorg voor jongeren* 2026, p. 10.

²³ *Transgenderzorg voor jongeren* 2026, p. 10.

*het geslacht dat hen bij de geboorte is toegekend. [...] Het begrip transgender staat los van het feit of iemand al dan niet een medische behandeling heeft ondergaan of wil ondergaan.”*²⁴

- *Cisgender*

Cisgenderpersonen zijn personen bij wie de genderidentiteit wel overeenkomt met het geslacht dat bij de geboorte is toegekend.²⁵

- *Genderincongruentie*

Genderincongruentie is een aanhoudende discrepantie tussen de ervaren genderentiteit en het bij de geboorte vastgestelde geslacht.²⁶

- *Genderdysforie*

Genderdysforie is ervaren ongemak of psychisch lijden als gevolg van een incongruentie tussen de genderidentiteit van een individu en het bij de geboorte vastgestelde geslacht.²⁷

- *Medische behandeling*

Onder medische behandeling wordt in deze scriptie verstaan: het behandeltraject tot de puberteitsremmers, inclusief de voorafgaande psychologische behandeling.

- *Sociale transitie*

De sociale transitie is het proces waarbij de transgender in zijn sociale omgeving gaat leven naar zijn gewenste genderidentiteit.²⁸

- *Somatische behandeling*

Binnen deze scriptie wordt onder somatische behandeling verstaan: de medische behandeling van genderdysforie met puberteitsremmers.

- *Ouders*

In lijn met de definitie van de Gezondheidsraad wordt met ouders bedoeld op de persoon of personen met gezag over het kind. Dit kunnen beide ouders, een alleenstaande ouder of een voogd zijn.²⁹

²⁴ *Transgenderzorg voor jongeren* 2026, p. 9.

²⁵ *Transgenderzorg voor jongeren* 2026, p. 10.

²⁶ ‘Gender incongruence and transgender health in the ICD’, who.int.

²⁷ APA 2018, p. 32.

²⁸ ‘Genderdysforie: Transitie stap voor stap’, amc.nl.

²⁹ *Transgenderzorg voor jongeren* 2026, p. 10.

1.6. Leeswijzer

Om tot een antwoord op de hoofdvraag te komen, zullen de deelvragen in afzonderlijke hoofdstukken behandeld worden. Om de eerste deelvraag te beantwoorden, zal in hoofdstuk 2 ingaan op het kinderrechtenkader dat volgt uit het IVRK. Vervolgens zal in hoofdstuk 3 een toelichting worden gegeven op hoe binnen de Nederlandse transgenderzorg op dit moment de voorfase van de puberteitsremmers is vormgegeven. In hoofdstuk 4 wordt geanalyseerd of deze fase voldoet aan de gegeven kinderrechtenkaders. Tot slot zal in hoofdstuk 5 antwoord worden gegeven op de onderzoeksvraag, waarna een aantal aanbevelingen zullen volgen.

Voor de leesbaarheid van de tekst zal in deze scriptie om te verwijzen naar ‘het kind’, ‘de jongere’ en ‘de arts’ steeds de voornaamwoorden ‘hij’, ‘hem’ en ‘zijn’ worden gebruikt. Waar ‘hij’, ‘hem’ of ‘zijn’ staat, kan echter tevens ‘zij’/‘haar’ of ‘die’/‘diens’ worden gelezen.

2. Het IVRK en transgenderzorg

Het IVRK legt staten en andere actoren bepaalde verplichtingen op in alle situaties waarbij een kind (in)direct betrokken is. Het gaat hierbij om een breed scala aan acties: het omvat niet alleen beslissingen, maar alle handelingen, gedragingen, voorstellen, diensten en andere maatregelen. Het belang van het kind moet in al die situaties, daar waar individuele kinderen of kinderen als groep betrokken zijn, de eerste overweging vormen (artikel 3 IVRK).³⁰ Om in het belang van het kind te handelen, moet de staat onder andere het recht op ontwikkeling van het kind waarborgen (artikel 6 IVRK).³¹ Artikel 8 IVRK is in samenhang hiermee van belang binnen de transgenderzorg in verband met de ontwikkeling en verkenning van de genderidentiteit. In dit alles moet altijd de stem van het kind worden meegenomen (artikel 12 IVRK). Tot slot moeten al deze verplichtingen in het licht worden gezien van het recht op gezondheid (artikel 24 IVRK). Op grond van dit artikel bepaalt het Kinderrechtencomité waar zorgverlening aan moet voldoen. Deze artikelen kunnen niet los van elkaar worden gezien: het IVRK kent een holistische benadering, waarbij de kinderrechten in onderlinge samenhang met elkaar moeten worden gezien.³²

Het IVRK richt zich primair tot staten, maar de staat kan niet als enige actor de verplichtingen uit het IVRK nakomen. Daarom werkt het IVRK ook horizontaal door. De kinderrechtelijke uitgangspunten zijn daardoor eveneens relevant voor het handelen van zorgverleners en andere private actoren.³³ Er gelden geen leeftijdsgrenzen in het IVRK: de rechten die uit het IVRK voortvloeien gelden dus voor *alle* kinderen die met de transgenderzorg in aanraking komen, ongeacht hun leeftijd.³⁴

In dit hoofdstuk wordt per artikel ingegaan op het juridische kader uit deze artikelen en de betekenis van deze bepalingen voor de transgenderzorg. Uiteindelijk leidt dit tot het antwoord op de eerste deelvraag: “*Welke verplichtingen met betrekking tot*

³⁰ General Comment No. 14 van het VN-Kinderrechtencomité (29 mei 2013), *on the right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration* (art. 3, para. 1), CRC/C/GC/14, par. 17 en 36-37.

³¹ General Comment No. 14 van het VN-Kinderrechtencomité (29 mei 2013), *on the right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration* (art. 3, para. 1), CRC/C/GC/14, par. 42.

³² Doek & Spronk 2013, par. 2.2.

³³ General Comment No. 5 van het VN-Kinderrechtencomité (27 november 2003), *General measures of implementation of the Convention on the Rights of the Child* (arts. 4, 42 and 44, para. 6), CRC/GC/2003/5, par. 56 & General Comment No. 15 van het VN-Kinderrechtencomité (17 april 2013), *on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health* (art. 24), CRC/C/GC/15, par. 77.

³⁴ Op grond van artikel 1 IVRK.

gezondheidszorg, participatie en bescherming van het kind bij transgenderbehandeling volgen uit de artikelen 3, 6, 8, 12 en 24 van het IVRK?”

2.1. Het belang van het kind

2.1.1. Inhoud en omvang van artikel 3 IVRK

Het belang van het kind is verankerd in artikel 3 IVRK. Het waarborgt dat bij alle maatregelen die kinderen direct of indirect raken, het belang van het kind de eerste overweging vormt. Dit geldt zowel voor kinderen als groep als voor individuele kinderen.³⁵ De term *eerste overweging* betekent dat het belang van het kind niet op hetzelfde niveau kan worden geplaatst als andere belangen: het dient een hoge prioriteit te krijgen binnen de belangenafweging.³⁶ Dit brengt mee dat het belang van het individuele kind bij beslissingen binnen zijn transgenderzorg de zwaarstwegende overweging moet vormen.

Artikel 3 IVRK geldt ook voor zorgverleners: in alle gezondheidsgerelateerde beslissingen moet het belang van het kind worden meegenomen.³⁷ Dit ziet er niet bij ieder kind hetzelfde uit. Het is dus aan de arts om per individueel kind te beoordelen wat het meest in zijn belang is.³⁸ Daarom spoort het Kinderrechtencomité staten aan om procedures en criteria te ontwikkelen die zorgverleners ondersteunen bij het beoordelen van het belang van het kind.³⁹

2.1.2. Het belang van het kind als drieledig begrip

Het belang van het kind is drieledig: materieel, fundamenteel en procedureel. Als materieel recht creëert het een intrinsieke verplichting voor de staat om bij alle beslissingen die een kind betreffen uit te gaan van het belang van het kind.⁴⁰ Dit betekent

³⁵ General Comment No. 14 van het VN-Kinderrechtencomité (29 mei 2013), *on the right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration* (art. 3, para. 1), CRC/C/GC/14, par. 23.

³⁶ General Comment No. 14 van het VN-Kinderrechtencomité (29 mei 2013), *on the right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration* (art. 3, para. 1), CRC/C/GC/14, par. 37-39.

³⁷ General Comment No. 14 van het VN-Kinderrechtencomité (29 mei 2013), *on the right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration* (art. 3, para. 1), CRC/C/GC/14, par. 12-14.

³⁸ General Comment No. 14 van het VN-Kinderrechtencomité (29 mei 2013), *on the right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration* (art. 3, para. 1), CRC/C/GC/14, par. 48.

³⁹ General Comment No. 15 van het VN-Kinderrechtencomité (17 april 2013), *on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health* (art. 24), CRC/C/GC/15, par. 12-14.

⁴⁰ General Comment No. 14 van het VN-Kinderrechtencomité (29 mei 2013), *on the right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration* (art. 3, para. 1), CRC/C/GC/14, par. 6(a).

dat bij elke beslissing binnen de transgenderzorg het belang van het kind als eerste overweging moet worden meegewogen. Dit geldt zowel voor individuele behandelbeslissingen als bij algemene beslissingen over transgenderzorg aan kinderen, zoals bijvoorbeeld beleidsvorming. Als fundamenteel interpretatiebeginsel brengt het belang van het kind met zich mee dat de uitkomst van een belangenafweging nooit de rechten van het kind mag ondermijnen of terzijde mag schuiven. Als een regel voor meerdere interpretaties vatbaar is, dan moet altijd voor de interpretatie worden gekozen die het meest in het belang van het kind is.⁴¹ Dit geldt dus ook voor de regels uit het *Dutch Protocol*. Als procedureel voorschrift stelt het zeker dat bij een belangenafweging met implicaties voor kinderen altijd het belang van het kind wordt betrokken. Dit vraagt om een beoordeling van de impact die een medische beslissing of beleidskeuze op het kind zal hebben.⁴² Voor de transgenderzorg heeft artikel 3 IVRK dus zowel betrekking op individuele behandelbeslissingen, als op het algemene beoordelingskader uit het *Dutch Protocol*: deze moet voldoende waarborgen bevatten om het belang van het kind te beschermen.

Artikel 3 IVRK is dus zowel een beginsel als een materiële bepaling. Hierdoor heeft het een erg brede reikwijdte. Dit is een positief gegeven, zo stelt Tobin, omdat het van toepassing is op *alle* beslissingen en handelingen die kinderen raken. Daarmee voorkomt het dat de belangen van kinderen worden genegeerd. Dit geldt ook voor zorgverleners en beleidsmakers die beslissen over de toegang tot en de vormgeving van transgenderbehandelingen. Ten slotte benadrukt Tobin dat, ondanks de grote reikwijdte, het belang van het kind als eerste overweging niet betekent dat het belang van het kind altijd doorslaggevend moet zijn. Het feit dat het voorrang heeft waarborgt echter wel dat wanneer afgeweken wordt van het belang van het kind, die beslissing zorgvuldig en redelijk gerechtvaardigd wordt in het licht van alle omstandigheden van het geval.⁴³ De grootste waarde ligt daarmee niet in het garanderen van de perfecte uitkomst, maar vooral in het feit dat het besluitnemers dwingt om het kind centraal te stellen,⁴⁴ ook in medische besluitvorming binnen de transgenderzorg.

⁴¹ General Comment No. 14 van het VN-Kinderrechtencomité (29 mei 2013), *on the right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration* (art. 3, para. 1), CRC/C/GC/14, par. 6(b).

⁴² General Comment No. 14 van het VN-Kinderrechtencomité (29 mei 2013), *on the right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration* (art. 3, para. 1), CRC/C/GC/14, par. 6(c). Zie ook Sombroek-van Doorn 2024, par. 4.2.

⁴³ Eekelaar & Tobin 2019, p. 77.

⁴⁴ George 2012, par. 127. Zie ook Eekelaar & Tobin 2019, p. 106.

2.1.3. *Tussenconclusie*

Uit artikel 3 IVRK volgt dat het belang van het kind bij alle beslissingen binnen de transgenderzorg de eerste, meest zwaarwegende overweging moet vormen. Deze verplichting ziet niet alleen op individuele behandelbeslissingen, maar ook op de inrichting van het beoordelingskader waarbinnen die beslissingen worden genomen. Het *Dutch Protocol* moet daarom voldoende handvatten bieden om het belang van het individuele kind zorgvuldig vast te stellen. Voor de toetsing van het Protocol is daarom van belang na te gaan in hoeverre het daadwerkelijk criteria bevat die de zorgverlener hierbij ondersteunen.

2.2. **Recht op ontwikkeling**

2.2.1. *Inhoud en omvang van artikel 6 IVRK*

Bij de vaststelling van het belang van het kind moet rekening worden gehouden met de andere rechten die het kind onder het IVRK heeft, waaronder het recht op ontwikkeling.⁴⁵ Dit recht vindt zijn grondslag in artikel 6 IVRK.⁴⁶ De algemene betekenis van dit beginsel berust op het fundamentele belang van de ontwikkeling van kinderen als jonge mensen op weg naar hun volwassenheid.⁴⁷ Het ontwikkelingsrecht omvat de fysieke, mentale, spirituele, morele, psychologische en sociale ontwikkeling van het kind.⁴⁸ Daarmee staat het in directe verbinding met alle andere rechten in het IVRK.⁴⁹ Voor kinderen met genderdysforie betekent dit dat bij beslissingen over toegang tot of afzien van medische behandeling, alsmede hoe die behandeling eruit moet komen te zien, rekening gehouden moet worden met de mogelijke gevolgen voor hun lichamelijke, psychische en sociale ontwikkeling. Dit recht op ontwikkeling is binnen de transgenderzorg van bijzonder belang omdat transgenderjongeren veel meer kampen met mentale problemen, waaronder

⁴⁵ General Comment No. 14 van het VN-Kinderrechtencomité (29 mei 2013), *on the right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration* (art. 3, para. 1), CRC/C/GC/14, par. 42.

⁴⁶ Artikel 6 IVRK omvat ook het recht op leven en overleven. In het kader van de transgenderzorg is ontwikkeling echter het belangrijkste, dus zullen de andere twee componenten onder artikel 6 IVRK verder buiten beschouwing worden gelaten.

⁴⁷ Sombroek-van Doorm 2024, par. 4.3.

⁴⁸ General Comment No. 15 van het VN-Kinderrechtencomité (17 april 2013), *on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health* (art. 24), CRC/C/GC/15, par. 16.

⁴⁹ Sombroek-van Doorm & Liefwaard 2023, par. 2.2 (c). Het recht op ontwikkeling is bijvoorbeeld nauw verweven met artikel 8 IVRK wegens het recht op de ontwikkeling van een genderidentiteit. Dit wordt verder behandeld in paragraaf 2.3. In combinatie met artikel 12 IVRK hebben kinderen zelf ook iets te zeggen over hun ontwikkelingsrecht. Dit wordt verder behandeld in paragraaf 2.4.

suïcidaliteit, dan cisgenderjongeren.⁵⁰ Dit onderstreept het belang van een zorgvuldige begeleiding van de ontwikkeling en verkenning van hun genderidentiteit.

2.2.2. *Tussenconclusie*

Uit artikel 6 IVRK volgt dat bij beslissingen binnen de transgenderzorg rekening moet worden gehouden met onder andere de lichamelijke, psychische en sociale ontwikkeling van het kind. Bij de beslissing over wel of niet starten met een behandeling moet worden beoordeeld welke gevolgen beide opties kunnen hebben voor de brede ontwikkeling van het kind. Het is daarom van belang dat het *Dutch Protocol* de ontwikkeling van het kind voldoende waarborgt. Dit is des te meer van belang wegens de veelvoorkomende psychische problemen onder transgenderjongeren.

2.3. **Recht op (behoud van) identiteit**

2.3.1. *Ontwikkeling van genderidentiteit onder artikel 8 IVRK*

Het is de vraag of het recht op ontwikkeling ook betekent dat het kind ruimte moet hebben om zijn genderidentiteit te ontwikkelen. Voor een positief antwoord op deze vraag is in zowel General Comments van het Kinderrechtencomité als in de literatuur ondersteuning te vinden. Het recht op (behoud van) identiteit is vastgelegd in artikel 8 IVRK. Het IVRK geeft geen uitgebreide definitie van het begrip *identiteit*, behalve dat het in ieder geval de nationaliteit, naam en familiebetrekkingen van het kind omvat. Deze lijst is echter niet-uitputtend.⁵¹

In General Comments van het Kinderrechtencomité is in de eerste plaats ondersteuning te vinden voor de benadering dat genderidentiteit onderdeel is van artikel 8 IVRK. De meest expliciete erkenning van genderidentiteit staat in General Comment No. 20, waarin het Kinderrechtencomité expliciet benadrukt dat alle jongeren het recht hebben op respect voor hun genderidentiteit: “*The Committee emphasizes the rights of all adolescents to freedom of expression and respect for their physical and psychological integrity, gender identity and emerging autonomy.*”⁵²

⁵⁰ Van der Miesen e.a. 2020, p. 702. Zie ook *Transgenderzorg voor jongeren* 2026, p. 23.

⁵¹ Doek 2006, par. 14.

⁵² General Comment No. 20 van het VN-Kinderrechtencomité (6 december 2016), *on the implementation of the rights of the child during adolescence*, CRC/C/GC/20, par. 34 (onderstreping toegevoegd). Zie ook Concluding Observations van het VN-Kinderrechtencomité (22 juni 2023), *Concluding Observations on*

Het gaat daarbij niet alleen om de reeds bestaande genderidentiteit: het kind heeft een recht op identiteitsontwikkeling. Zo benadrukt het Comité in General Comment No. 14 dat de wijze waarop behoeften rondom de identiteit van het kind tot uiting komen samenhangt met zijn ontwikkelende vermogens.⁵³ Dit wordt beaamd in de literatuur. Ronen stelt dat kinderen, naast het recht om iemand te zijn, ook het recht moeten hebben om iemand te worden. Een kinderrechtenregime zou idealiter, zo stelt hij, die beide dimensies van de identiteit van een kind moeten beschermen.⁵⁴ Het idee dat de identiteit van een kind een vaststaand gegeven is, zou bovendien een onjuiste interpretatie van artikel 8 IVRK opleveren. Als de invulling van artikel 8 IVRK zo beperkt zou zijn, zou het voorbijgaan aan het feit dat de identiteit van een kind een ontwikkelend proces is tijdens zijn kindertijd.⁵⁵ Daarnaast veronderstelt het recht op behoud van identiteit het bestaan van een identiteit. Dit betekent dat artikel 8 IVRK impliciet ook het recht om een identiteit te creëren en te vormen moet omvatten. Het tegendeel zou betekenen dat kinderen aan wie het recht om hun identiteit te vormen wordt ontzegd, daardoor ook het recht verliezen om hun identiteit te behouden. Een dergelijke interpretatie zou in strijd zijn met artikel 8 IVRK zelf.⁵⁶

In het kader van transgenderzorg kan deze ontwikkeling ertoe leiden dat een kind zijn genderidentiteit anders gaat begrijpen en een genderidentiteit ontwikkelt die afwijkt van het bij de geboorte geregistreerde geslacht: er ontstaat een ‘nieuwe’ genderidentiteit. Deze aanduiding kan echter misleidend zijn. Vanuit een ontwikkelingsgerichte opvatting van genderidentiteit gaat het eerder om een voortzetting van het proces waarin het kind zijn genderidentiteit onderzoekt, vormt en verder ontwikkelt, en zich na verloop van tijd niet langer identificeert met het bij de geboorte toegewezen geslacht.

the combined sixth and seventh periodic reports of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, CRC/C/GBR/CO/6-7, par. 25. Hoewel het in deze Concluding Observation niet over transgenderzorg gaat, illustreert het wel dat genderidentiteit wel onder de reikwijdte van artikel 8 IVRK valt.

⁵³ General Comment No. 14 van het VN-Kinderrechtencomité (29 mei 2013), *on the right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration* (art. 3, para. 1), CRC/C/GC/14, par. 55. Zie ook General Comment No. 4 van het VN-Kinderrechtencomité (1 juli 2003), *Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child*, CRC/GC/2003/4, par. 2.

⁵⁴ Ronen 2016, p. 4.

⁵⁵ Cummings 2025, p. 64-65. Zie ook Tobin & Todres, p. 295.

⁵⁶ Tobin & Todres 2019, p. 295.

2.3.2. Positieve verplichting⁵⁷

De verdragstekst van artikel 8 IVRK impliceert in de eerste plaats een negatieve verplichting voor de staat om het recht van het kind op behoud van zijn genderidentiteit te eerbiedigen.⁵⁸ Een stap verder is het aannemen van een positieve verplichting om de ontwikkeling en ontdekking van de genderidentiteit van het kind te faciliteren. Hiervoor bestaan aanknopingspunten in de General Comments. Het Kinderrechtencomité spreekt in General Comment No. 17 niet enkel over de ontwikkeling van de identiteit, maar ook over de ontdekking ervan.⁵⁹ In combinatie met General Comment No. 20 vloeit hieruit voort dat staten “*should promote environments that acknowledge the intrinsic value of adolescence and introduce measures to help them to thrive [and] explore their emerging identities*.”⁶⁰ Dit biedt steun voor het aannemen van een inspanningsverplichting voor de staat om een omgeving te creëren waarin het kind zijn genderidentiteit zelf kan onderzoeken.

De vraag is vervolgens welke concrete verplichtingen hieruit voor de staat voortvloeien binnen de transgenderzorg. Tobin en Todres stellen dat de positieve verplichting voor de staat die voortvloeit uit artikel 8 IVRK onder andere bestaat uit een verplichting om redelijke maatregelen te nemen om ervoor te zorgen dat het kind zijn identiteit kan onderzoeken, definiëren, uiten en beleven zonder onrechtmatige inmenging. Zij geven hierbij als voorbeeld dat indien een kind zich identificeert als transgender, staten verplicht zijn effectieve maatregelen te nemen om ervoor te zorgen dat het kind deze genderidentiteit kan beleven.⁶¹ Het gaat hierbij om een inspanningsverplichting.⁶² Er dient dus niet te worden gestuurd op een bepaalde uitkomst; het kind moet in staat worden gesteld om dit zelf te onderzoeken.

⁵⁷ Zie ook EHRM 12 oktober 2006, ECLI:CE:ECHR:2006:1012JUD001317803 (*Mubilanzila Mayeka en Kaniki Mitunga/België*) over de positieve verplichtingen die afgeleid kunnen worden uit het IVRK.

⁵⁸ Oorspronkelijk is artikel 8 IVRK in het leven geroepen om een juridische basis te creëren om te voorkomen dat kinderen zomaar ontvoerd worden en verdwijnen, in het bijzonder in het geval van onderdrukkende overheden, en om ondersteuning te bieden als zo’n ontvoering toch plaatsvindt en het kind terug moet naar zijn ouders en familie. Zie Doek 2006, par. 9.

⁵⁹ General Comment No. 17 van het VN-Kinderrechtencomité (17 april 2013), *on the right of the child to rest, leisure, play, recreational activities, cultural life and the arts* (art. 31), CRC/C/GC/17, par. 14(e).

⁶⁰ General Comment No. 20 van het VN-Kinderrechtencomité (6 december 2016), *on the implementation of the rights of the child during adolescence*, CRC/C/GC/20, par. 16 (onderstreping toegevoegd).

⁶¹ Tobin & Todres, p. 295-296.

⁶² General Comment No. 20 van het VN-Kinderrechtencomité (6 december 2016), *on the implementation of the rights of the child during adolescence*, CRC/C/GC/20, par. 16.

2.3.3. *Tussenconclusie*

Artikel 8 IVRK kan ruim worden uitgelegd en beschermt niet alleen het behoud van de bestaande genderidentiteit, maar ook de ontwikkeling en ontdekking daarvan. Op basis van deze brede interpretatie kan een positieve verplichting voor de staat worden afgeleid om redelijke maatregelen te nemen die kinderen hiertoe in staat stellen. Het gaat daarbij om een inspanningsverplichting: artikel 8 IVRK schrijft geen bepaalde uitkomst van de identiteitsontwikkeling voor.⁶³ Voor de toetsing van het *Dutch Protocol* is het daarom van belang of het Protocol voldoende ruimte en ondersteuning biedt voor een open en vrije ontwikkeling van de genderidentiteit van de transgenderjongeren.

2.4. **Recht om gehoord te worden**

2.4.1. *Inhoud en omvang artikel 12 IVRK*⁶⁴

Binnen alle eerder besproken IVRK-rechten is het belangrijk dat het kind voldoende de mogelijkheid krijgt om te participeren. Artikel 12 IVRK bepaalt dat ieder kind het recht heeft zijn mening vrijelijk te uiten in alle aangelegenheden die hem betreffen; het kind moet betekenisvol kunnen participeren. Aan zijn mening moet passend gewicht worden gehecht in overeenstemming met zijn leeftijd en rijpheid.⁶⁵ Artikel 12 IVRK is niet leeftijdsgebonden: ook jongere kinderen zonder eigen beslisbevoegdheid moeten betekenisvol kunnen participeren. Om van betekenisvolle participatie te kunnen spreken moeten vijf elementen terugkomen: informeren, aanmoedigen, afwegen, terugkoppelen en de mogelijkheid tot klacht of verzet.⁶⁶

Kinderen moeten op een begrijpelijke en leeftijdsgeschikte manier geïnformeerd worden over hun recht om hun mening te uiten en de invloed die die mening zal hebben op de uiteindelijke beslissing.⁶⁷ In medische context betekent dit dat zij actief betrokken worden

⁶³ General Comment No. 20 van het VN-Kinderrechtencomité (6 december 2016), *on the implementation of the rights of the child during adolescence*, CRC/C/GC/20, par. 16.

⁶⁴ In dit kader kan ook nog worden verwezen naar het participatiemodel van Lundy, die stelt dat effectieve participatie alleen bereikt kan worden als vier elementen aanwezig zijn. Het kind moet de gelegenheid krijgen om zijn mening te geven (*space*) en moet in staat worden gesteld om zijn mening kenbaar te maken (*voice*). De inbreng van het kind moet gehoord worden, dus het kind moet een gesprekspartner hebben (*audience*). Ten slotte moet er iets passends met de mening van het kind worden gedaan (*influence*). Omwille de omvang van het toetsingskader zal dit model verder buiten beschouwing worden gehouden. Zie Lundy 2007, p. 927-942. Zie ook Sombroek-van Doorm 2024, p. 201.

⁶⁵ Sombroek van Doorm 2024, par. 4.4.

⁶⁶ General Comment No. 12 van het VN-Kinderrechtencomité (20 juli 2009), *The right of the child to be heard*, CRC/C/GC/12, par. 40-47.

⁶⁷ General Comment No. 12 van het VN-Kinderrechtencomité (20 juli 2009), *The right of the child to be heard*, CRC/C/GC/12,(2009), par. 41.

bij beslissingen over hun behandeling en duidelijke informatie krijgen over behandelopties en de gevolgen ervan (*informer*).⁶⁸ Het kind moet worden aangemoedigd om zijn mening vrij te uiten (*aanmoedigen*).⁶⁹ Wel moet het hem duidelijk zijn dat het een recht is om te participeren, geen verplichting.⁷⁰ Bij het beslissen over het starten met en kiezen voor een behandelingen moet de mening van het kind worden betrokken (*afwegen*).⁷¹ Hoe groter de capaciteiten van het kind, hoe meer eigen verantwoordelijkheid en zeggenschap hij zou moeten krijgen.⁷² Na het nemen van de beslissing moet de arts het kind informeren en uitleggen welke rol zijn mening daarbij heeft gespeeld.⁷³ Op die manier voelt het kind zich serieus genomen, kan hij de beslissing van de arts beter begrijpen en kan hij ook gericht reageren op de beslissing van de arts (*terugkoppelen*).⁷⁴ Tot slot vereist het participatierecht dat duidelijk is voor het kind welke klacht- en herstelprocedures beschikbaar zijn wanneer hij vindt dat hij onvoldoende is gehoord of dat zijn mening onvoldoende is meegewogen (*mogelijkheid tot klacht of verzet*).⁷⁵ Het Derde Facultatief Protocol bij het IVRK zou een mooie klachtenmogelijkheid bieden. Dit Protocol biedt kinderen een individuele klachtenprocedure als zij vinden dat één van hun IVRK-rechten geschonden is.⁷⁶ Dit Protocol is door Nederland tot op heden helaas niet geratificeerd,⁷⁷ maar er is in de Tweede Kamer wel over gesproken dat dit in de toekomst zal gebeuren.⁷⁸

Het participatierecht betekent niet dat altijd datgene moet worden gedaan wat het kind wil, maar wel dat het kind serieus moet worden genomen als gesprekspartner.⁷⁹

⁶⁸ General Comment No. 12 van het VN-Kinderrechtencomité (20 juli 2009), *The right of the child to be heard*, CRC/C/GC/12, par. 100.

⁶⁹ General Comment No. 12 van het VN-Kinderrechtencomité (20 juli 2009), *The right of the child to be heard*, CRC/C/GC/12, par. 22-25 en 42-43.

⁷⁰ General Comment No. 12 van het VN-Kinderrechtencomité (20 juli 2009), *The right of the child to be heard*, CRC/C/GC/12, par. 134 (b).

⁷¹ General Comment No. 15 van het VN-Kinderrechtencomité (17 april 2013), *on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24)*, CRC/C/GC/15, par. 19.

⁷² General Comment No. 12 van het VN-Kinderrechtencomité (20 juli 2009), *The right of the child to be heard*, CRC/C/GC/12, par. 85.

⁷³ General Comment No. 12 van het VN-Kinderrechtencomité (20 juli 2009), *The right of the child to be heard*, CRC/C/GC/12, par. 134(i).

⁷⁴ Sombroek-van Doorn & Conway 2019, p. 79.

⁷⁵ Sombroek-van Doorn & Conway 2019, p. 79. Zie ook General Comment No. 12 van het VN-Kinderrechtencomité (20 juli 2009), *The right of the child to be heard*, CRC/C/GC/12, par. 46-47.

⁷⁶ Optional Protocol to the Convention on the Rights of the Child on a communications procedure.

⁷⁷ 'Status of Treaties: Optional Protocol to the Convention on the Rights of the Child on a communications procedure: New York, 19 December 2011', treaties.un.org.

⁷⁸ *Kamerstukken II* 2023/24, 24170, nr. 326, p. 5-6.

⁷⁹ Sombroek van Doorn 2024, par. 4.4.

2.4.2. *Tussenconclusie*

Artikel 12 IVRK schept een verplichting tot betekenisvolle participatie van het kind in het (medisch) besluitvormingsproces. Het betrokken kind is daarmee in de transgenderzorg niet enkel een passieve ontvanger van informatie en zorgverlening, maar een serieuze gesprekspartner in het besluitvormingsproces. Ook wanneer het kind nog geen zelfstandige beslisbevoegdheid heeft omdat hij hier bijvoorbeeld te jong voor is, moet zijn mening worden meegenomen. Dit betekent niet dat er altijd gedaan moet worden wat het kind wil, maar wel dat zijn mening actief betrokken moet worden.

2.5. **Recht op gezondheid**

2.5.1. *Inhoud van artikel 24 IVRK*

Binnen de transgenderzorg staat het recht op ontwikkeling van genderidentiteit niet op zichzelf: om een ontwikkeling van de genderidentiteit te bewerkstelligen is adequate zorgverlening nodig. In dit kader vindt artikel 8 IVRK dus veel samenhang met artikel 24 IVRK, dat het recht op adequate gezondheidszorg waarborgt. Artikel 24 IVRK geeft het kind het recht op de grootst mogelijke mate van gezondheid. Het Kinderrechtencomité vat dit recht breed op: het omvat niet alleen de afwezigheid van ziekte. Het gaat om een staat van volledig fysiek, mentaal en sociaal welzijn.⁸⁰

2.5.2. *Goede en passende gezondheidszorg*

De staat moet ervoor zorgen dat alle gezondheidsdiensten voldoen aan de eisen van beschikbaarheid, toegankelijkheid, aanvaardbaarheid en kwaliteit. Beschikbaarheid houdt in dat er voldoende faciliteiten moeten zijn om gezondheidszorg te bieden. Deze zorg moet toegankelijk zijn: non-discriminatoir, fysiek toegankelijk en betaalbaar voor alle kinderen. Aanvaardbaarheid is de verplichting om alle gezondheidsvoorzieningen te ontwerpen en uit te voeren om een manier die volledig rekening houdt met de behoeften van kinderen. Tot slot betekent de eis van kwaliteit dat gezondheidsgerelateerde faciliteiten medisch geschikt en van goede kwaliteit moeten zijn.⁸¹

⁸⁰ General Comment No. 15 van het VN-Kinderrechtencomité (17 april 2013), *on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health* (art. 24), CRC/C/GC/15, par. 4.

⁸¹ General Comment No. 15 van het VN-Kinderrechtencomité (17 april 2013), *on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health* (art. 24), CRC/C/GC/15, par. 113-116. De eis van kwaliteit omvat ook wetenschappelijke kwaliteit, maar dit wordt in deze scriptie verder buiten beschouwing gelaten.

2.5.3. *Een recht op behandeling?*

Kinderen hebben op grond van artikel 24 IVRK recht op toegang tot gezondheidszorg. Op staten rust in dit kader een vergaande positieve verplichting om ervoor te zorgen dat gezondheidszorg en andere relevante diensten daadwerkelijk beschikbaar en toegankelijk zijn voor alle kinderen.⁸² In het kader van transgenderzorg betekent dit dat de staat moet waarborgen dat kinderen die een noodzakelijke behoefte hebben aan transgenderzorg toegang hebben tot deze zorg en deze zorgverlening daadwerkelijk kunnen krijgen.⁸³

Een recht op behandeling kan ook worden afgeleid uit artikel 24 IVRK in samenhang met artikel 8 IVRK. Hoewel artikel 8 IVRK op zichzelf geen expliciet recht op een medische behandeling bevat, kan in combinatie met artikel 24 IVRK wel ruimte bestaan voor aanspraak op passende zorg om de genderidentiteit te verkennen en te ontwikkelen. Voor deze kinderen kan de hoogst mogelijke mate van gezondheid niet gerealiseerd worden als zij geen vorm van behandeling krijgen. Of een individueel kind recht heeft op een dergelijke behandeling dient per kind te worden beoordeeld.⁸⁴ Daarbij dient in acht te worden genomen dat artikel 24 IVRK niet moet worden begrepen als enkel een aanspraak op een medische genderbehandeling, maar als een veel breder recht op omstandigheden die het kind in staat stellen zich optimaal te ontwikkelen en de hoogst mogelijke gezondheidsstandaard te bereiken.⁸⁵

2.5.4. *Tussenconclusie*

Uit artikel 24 IVRK volgt dat de staat de toegang tot goede en adequate gezondheidszorg voor kinderen moet waarborgen. In samenhang met artikel 8 IVRK kan dit tevens passende ondersteuning bij de ontwikkeling en verkenning van hun genderidentiteit omvatten. Dit alles betekent niet zonder meer dat ieder kind puberteitsremmers moet krijgen: per individueel kind moet worden beoordeeld welke vorm van zorg in het licht van zijn belang en ontwikkeling het best voor hem is. Voor de toetsing van het *Dutch Protocol* is het daarom relevant of het Protocol bijdraagt aan passende zorg en ruimte laat voor een individuele beoordeling van het belang van het individuele kind.

⁸² General Comment No. 15 van het VN-Kinderrechtencomité (17 april 2013), *on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24)*, CRC/C/GC/15, par. 28-31.

⁸³ Jones 2018, p. 423.

⁸⁴ Sandberg 2015, p. 344-348.

⁸⁵ General Comment No. 15 van het VN-Kinderrechtencomité (17 april 2013), *on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24)*, CRC/C/GC/15, par. 2.

2.6. Conclusie

Op basis van het voorgaande kan worden geconcludeerd dat de artikelen 3, 6, 8, 12 en 24 IVRK een samenhangend normatief kader vormen voor transgenderzorg aan kinderen. Uit deze artikelen vloeien zowel een beschermings- als een participatieverplichting voort.

De beschermingsverplichting volgt met name uit artikel 3, 6 en 24 IVRK. Het belang van het kind moet steeds als eerste overweging worden meegenomen, zijn brede ontwikkeling moet worden gewaarborgd en hij moet toegang hebben tot kwalitatief goede en passende gezondheidszorg. Tegelijkertijd creëert artikel 6, in samenhang met artikel 8 en 12 IVRK, een verplichting tot actieve participatie van het kind. Het kind is daarmee dus niet alleen object van bescherming, maar moet actief worden betrokken bij beslissingen in het kader van zijn transgenderzorg.

Deze verplichtingen staan niet uitsluitend tegenover elkaar, maar kunnen elkaar versterken. In ieder geval moet een beslissing in beginsel altijd in het belang van het kind worden genomen. Betekenisvolle participatie stelt de zorgverlener in staat om beter inzicht te krijgen in de wensen en omstandigheden van het kind, waardoor zijn belang en de meest passende zorg zorgvuldig kunnen worden vastgesteld. Andersom waarborgt de beschermingsverplichting dat deze participatie vrij en geïnformeerd plaatsvindt. Kinderen krijgen de ruimte om hun mening te vormen en worden hierbij geholpen. De beschermingsverplichting waarborgt bijvoorbeeld dat ze niet een bepaalde mening opgedrongen krijgen.

Tussen deze twee verplichtingen kan anderzijds een spanning bestaan. Waar de beschermingsbenadering primair is gericht op het voorkomen van schade, benadrukt de participatiebenadering juist de autonomie en de eigen zeggenschap van het kind binnen de besluitvorming over zijn genderbehandeling. In de context van transgenderzorg uit deze spanning zich bijvoorbeeld de vraag in hoeverre zijn wens om de behandeling wel of niet te starten doorslaggevend zou moeten zijn. Het IVRK vereist daarmee geen keuze voor één van beide benaderingen; zowel de bescherming als de participatie van het kind moet voldoende gewaarborgd worden binnen het *Dutch Protocol*.

3. Transgenderzorg in Nederland – Het *Dutch Protocol*

Het *Dutch Protocol* bevat het medische kader voor de behandeling van (minderjarige) transgenders en gaat onder meer in op de voorwaarden voor het voorschrijven van puberteitsremmers. Het beschrijft op welk moment in de ontwikkeling van het kind deze behandeling kan worden ingezet en welke criteria daarbij gelden. Hierbij geldt in ieder geval dat het kind in de puberteit moet zijn voordat hij voor puberteitsremmers in aanmerking komt: prepuberale kinderen worden niet behandeld met puberteitsremmers.⁸⁶

Artsen moeten zich in beginsel houden aan het *Dutch Protocol*. Dit vloeit voort uit twee uitspraken van de Hoge Raad in 2001 en 2005. Volgens de Hoge Raad mag van artsen worden verwacht dat zij zich in beginsel houden aan door henzelf opgestelde voorschriften met betrekking tot medisch handelen.⁸⁷ Er kan in uitzonderlijke gevallen wel van worden afgeweken, maar alleen voor zover dit nodig om zorg te verlenen die in de omstandigheden van het geval van een redelijk bekwaam arts mag worden verlangd.⁸⁸

In dit hoofdstuk zal uiteen worden gezet welke regels er gelden in de fase voorafgaand aan de start met puberteitsremmers in Nederland, als antwoord op het eerste deel van de tweede deelvraag: “*Hoe ziet het Dutch Protocol rondom de fase voorafgaand aan de start van de medische behandeling er in Nederland uit?*”

3.1. De indicatiestelling

Voorafgaand aan de start met de puberteitsremmers moet op grond van het *Dutch Protocol* een indicatiestelling worden opgesteld, waarin wordt vastgesteld welke behandeling het kind nodig heeft en of aan de daarvoor geldende voorwaarden is voldaan. Deze voorwaarden voor de indicatiestelling zijn algemeen geformuleerd: het richt zich dus niet specifiek op kinderen, maar is van toepassing op alle patiënten die onder het *Dutch Protocol* behandeld worden.⁸⁹

Voorafgaand aan de behandeling moet worden vastgesteld dat sprake is van genderincongruentie, dat de jongere over voldoende draagkracht beschikt, dat de

⁸⁶ Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, p. 22.

⁸⁷ HR 2 maart 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB0377 (*Protocol-I*), r.o. 3.3.

⁸⁸ HR 1 april 2005, ECLI:NL:HR:2005:AS6006 (*Protocol-II*), r.o. 3.4.

⁸⁹ Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, p. 13. Na de initiële behandeling kunnen bij nieuwe geslachtsaanpassende behandelingen ook nog vervolgindicaties worden opgesteld, bijvoorbeeld wanneer wordt overgegaan op toediening van crossexhormonen. Omdat de nadruk van deze scriptie ligt op de voorfase en toegang tot puberteitsremmers zal dit verder buiten beschouwing worden gelaten.

behandeling passend is, dat geen relevante contra-indicaties bestaan en dat sprake is van *informed consent*.⁹⁰ Het Protocol gaat op elk van deze voorwaarden afzonderlijk in. Deze criteria bepalen gezamenlijk of een jongere toegang krijgt tot puberteitsremmers. Ze zijn daarom relevant voor de vraag of het *Dutch Protocol* voldoende waarborgen bevat om de opgesomde IVRK-rechten te waarborgen.

3.1.1. Genderincongruentie

Genderincongruentie wordt gediagnosticeerd door een gespecialiseerd psycholoog, psychiater of orthopedagoog. In de diagnostische fase worden zowel de ervaringsdeskundigheid van de transgender als de professionele deskundigheid van de psycholoog gelijkwaardig meegewogen in de conclusie.⁹¹

Een psycholoog moet beoordelen of sprake is van een doordachte beslissing. Hierbij moeten de specifieke omstandigheden van de betrokken jongere worden meegewogen, zoals de duur waarin hij al volledig in het wensgeslacht leeft en of een sociale transitie heeft plaatsgevonden.⁹²

3.1.2. Draagkracht

Voorafgaand aan een medische behandeling wordt beoordeeld of er omstandigheden zijn waardoor het kind de behandeling mogelijk psychisch of praktisch onvoldoende kan dragen. Puberteitsremmers kunnen namelijk dermate ingrijpend zijn dat ze een aanzienlijke psychische, emotionele of praktische belasting met zich meebrengen. Bij de beoordeling van de draagkracht moet rekening worden gehouden met de context waarin de behandeling plaatsvindt.⁹³

Het uitgangspunt is in beginsel dat de transgender voldoende draagkracht heeft. Wanneer hierover gerede twijfel bestaat worden ondersteunende maatregelen opgenomen in het behandelplan, zoals extra monitoring of psychologische begeleiding. Het is echter ook

⁹⁰ Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, p. 13.

⁹¹ Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, p. 13.

⁹² Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, p. 13-14.

⁹³ Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, p. 14.

mogelijk dat onvoldoende draagkracht aanwezig wordt geacht. In dat geval worden de puberteitsremmers vooralsnog niet gestart en wordt dit met de transgender besproken.⁹⁴

3.1.3. *Voldoende passend*

Ook moet de behandeling voldoende passend zijn. Hiervan is sprake als vast komt te staan dat de behandeling een positieve en duurzame bijdrage zal leveren aan het verminderen van de genderincongruentie en dat die bijdrage niet met een minder invasieve behandeling bereikt kan worden.⁹⁵

3.1.4. *Contra-indicaties*

Verder moet vast komen te staan dat er geen psychische of medische contra-indicaties zijn. Een contra-indicatie is bijvoorbeeld het bestaan van comorbiditeit: wanneer één of meer andere aandoeningen naast de diagnose van genderdysforie bestaan.⁹⁶ Indien er wel contra-indicaties zijn, moet ingeschat worden of er maatregelen kunnen worden genomen om de impact hiervan te verminderen.⁹⁷

3.1.5. *Informed consent*

Tot slot mag pas gestart worden met de behandeling als sprake is van *informed consent*, zoals in de Nederlandse zorg gebruikelijk is op grond van de artikelen 7:448 en 7:450 BW. Het is van belang dat de behandelaar en de jongere voldoende informatie hebben uitgewisseld over de achtergrond van de zorgvraag en de consequenties en risico's van de behandeling.⁹⁸ Met betrekking tot kinderen is in dit kader een rol weggelegd voor de ouders van het kind: indien het kind onder de twaalf jaar oud is, moeten zij de beslissing over de behandeling nemen.⁹⁹ Voor kinderen tussen de twaalf en zestien jaar geldt dat zowel het kind als de ouders *informed consent* moeten geven, maar wanneer (i) de behandeling kennelijk nodig is om ernstig nadeel voor de minderjarige te voorkomen, of wanneer (ii) de minderjarige ook na weigering van de toestemming de behandeling

⁹⁴ Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, p. 14.

⁹⁵ Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, p. 14.

⁹⁶ Akwa GGZ 2018, par. 3.1.

⁹⁷ Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, p. 14.

⁹⁸ Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, p. 14.

⁹⁹ Artikel 7:465 BW.

weloverwogen blijft wensen, kan de arts toch besluiten om te starten met de behandeling.¹⁰⁰ Vanaf zestien jaar mag het kind zelfstandig beslissen om te starten met een medische behandeling.¹⁰¹

Het *Dutch Protocol* zelf gaat hier niet zo op in. Wellicht is dit logisch aangezien het al in de Nederlandse wet al verankerd is, maar tegelijkertijd roept het wel vragen op: wat als de mening van ouders en het kind verschillen? Wanneer is het in het (gezondheids)belang van het kind om toch te starten met de behandeling? Het valt verder op dat het *shared decision making model* geen plek heeft in het *Dutch Protocol*. Waar het advies van de zorgverlener eerder leidend was, is door dit model *informed consent* in het teken komen te staan van gezamenlijk beslissen. Dat dit niet in het *Dutch Protocol* terugkomt is echter niet geheel onlogisch: het *shared decision making model* is in de wet geïntroduceerd in 2020, en het *Dutch Protocol* is van 2018.¹⁰²

3.1.6. Aanvullende voorwaarden voor de behandeling

De jongere moet voldoen aan aanvullende voorwaarden voor de behandeling. De sociale transitie is geen voorwaarde voor het starten met hormoonbehandeling; ook als de jongere nog geen sociale transitie heeft doorlopen mag dus gestart worden met puberteitsremmers.¹⁰³

3.2. Het starten met de behandeling van jongeren

Kinderen worden voordat zij in de puberteit zijn niet behandeld met hormonen. Wel kunnen zij psychologische begeleiding krijgen om eventueel te adviseren over een sociale transitie voorafgaand aan de puberteit. Vanaf de puberteit kan het kind met puberteitsremmers behandeld worden. Het *Dutch Protocol* adviseert om jongeren die aan de diagnostische criteria voor genderincongruentie voldoen en in de puberteit zijn en om behandeling vragen, in eerste instantie te behandelen met puberteitsremmers.¹⁰⁴

¹⁰⁰ Artikel 7:450 BW.

¹⁰¹ Artikel 7:447 BW.

¹⁰² Zegveld & van Rossum 2024, p. 740.

¹⁰³ Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, p. 15.

¹⁰⁴ Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, p. 22.

3.2.1. De behandeling met puberteitsremmers

De jongere mag dan niet zomaar behandeld worden met puberteitsremmers. Het *Dutch Protocol* bevat criteria waaraan moet worden voldaan om een behandeling met puberteitsremmers te starten. Er moet door een gekwalificeerd psycholoog, orthopedagoog of psychiater het volgende worden vastgesteld:

- a) Er is bij de jongere sprake van een langdurig en intens patroon van gender non-conformiteit of genderincongruentie waar de jongere onder lijdt;
- b) De genderincongruentie ontstond of nam toe bij het begin van de puberteit;
- c) Het functioneren van de jongere is stabiel genoeg om met de behandeling te starten;
- d) De jongere heeft de mentale capaciteit om *informed consent* te geven voor de behandeling.¹⁰⁵
- e) Het is medisch verantwoord om met de behandeling te starten.¹⁰⁶

Het kind moet geïnformeerd zijn over de mogelijke effecten en bijwerkingen van de puberteitsremmers. Uiteindelijk moet het kind vanaf twaalf jaar zelf *informed consent* geven, en indien het kind onder de zestien jaar is, ook de ouders van het kind.¹⁰⁷ Het is verder belangrijk dat ouders hun kind ondersteunen tijdens de behandeling.¹⁰⁸

3.3. Conclusie

Het *Dutch Protocol* bevat belangrijke waarborgen voordat tot behandeling wordt overgegaan. Zo oordeelt ook de Gezondheidsraad: de Nederlandse transgenderzorg wordt gekenmerkt door een zorgvuldig ingericht proces van verkenning, diagnostiek, indicatiestelling en multidisciplinaire begeleiding.¹⁰⁹ Voorafgaand aan de behandeling moet aan verschillende voorwaarden zijn voldaan. Voor puberteitsremmers gelden vervolgens nog aanvullende eisen. Deze voorwaarden beogen de jongere te beschermen en een zorgvuldige behandelbeslissing te waarborgen.

Tegelijkertijd maakt het *Dutch Protocol* niet steeds expliciet hoe deze zorgvuldigheidseisen bij kinderen concreet moeten worden toegepast. Het Protocol besteedt veel aandacht aan de medische geschiktheid van de behandeling, maar minder

¹⁰⁵ Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, p. 23.

¹⁰⁶ Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, p. 23.

¹⁰⁷ Artikel 7:450 BW.

¹⁰⁸ Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, p. 23.

¹⁰⁹ *Transgenderzorg voor jongeren* 2026, p. 5.

aan de concrete positie van het kind binnen de besluitvorming. Het laat bepaalde vragen open wanneer het gaat om de behandeling van kinderen, met name rondom de mening van het kind, de rol van ouders, de rol van de leeftijd en ontwikkeling van het kind en het belang van het kind in de besluitvorming. Dat het *shared decision making* model niet in het Protocol is opgenomen is zoals aangegeven te verklaren, maar dat laat onverlet dat het kind ook ten tijde van de totstandkoming van het *Dutch Protocol* een eigen juridische positie en participatierecht had. Deze punten komen in hoofdstuk 4 nader aan de orde.

4. Het *Dutch Protocol* in het licht van het IVRK

De maatschappelijke en juridische discussie rondom transgenderzorg is zoals aangegeven sterk toegenomen de afgelopen jaren, mede naar aanleiding van de *Cass-Review*. Enerzijds bestaat de zorg dat kinderen onvoldoende in staat zijn de gevolgen van de behandeling te overzien. Anderzijds kan het uitblijven van behandeling ernstige gevolgen hebben voor de mentale gezondheid, ontwikkeling en genderidentiteitsvorming van het kind. In dit hoofdstuk wordt daarom onderzocht hoe de fase voorafgaand aan puberteitsremmers binnen het *Dutch Protocol* zich verhoudt tot de verplichtingen uit het IVRK. Daarbij wordt ingegaan de indicatiestelling (paragraaf 4.1), de vraag of het kind voldoende kan participeren onder het *Dutch Protocol* (paragraaf 4.2), de rol van ouders in de belangenafweging (paragraaf 4.3) en de rol van het behandeltraject onder het *Dutch Protocol* binnen de ontdekking en ontwikkeling van de genderidentiteit (paragraaf 4.4). Dit om uiteindelijk een antwoord te geven op de tweede deelvraag: *“Hoe ziet het Dutch Protocol rondom de fase voorafgaand aan de start van de medische behandeling er in Nederland uit, onder welke voorwaarden wordt deze zorg verleend en welke aandachtspunten zijn er in het licht van de artikelen 3, 6, 8, 12 en 24 van het IVRK?”*

4.1. Het IVRK en de indicatiestelling

Voordat met puberteitsremmers wordt gestart, moet eerst worden beoordeeld of die behandeling in het concrete geval aangewezen is. Dit wordt gedaan middels een indicatiestelling: het brengt in kaart welke specifieke zorg de jongere nodig heeft. Deze beoordeling vindt plaats aan de hand van verschillende voorwaarden, zoals besproken in hoofdstuk 3. Het vormt een belangrijk beslismoment: de behandelaar bepaalt bij de indicatiestelling of het kind toegang krijgt tot puberteitsremmers.

4.1.1. De geschiktheid van de behandeling

Het *Dutch Protocol* stelt allereerst dat genderincongruentie gediagnosticeerd moet worden. Het schrijft voor dat “[b]innen de diagnostische fase zowel de ervaringsdeskundigheid van de transgender als professionele deskundigheid van de diagnosticus beide in gelijkwaardigheid [worden] meegewogen in de conclusie.”¹¹⁰ Dat

¹¹⁰ Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, p. 13.

is in het licht van artikel 12 IVRK positief, omdat daarmee wordt erkend dat de ervaring en de mening van de jongere een plaats moeten krijgen binnen de beoordeling. Tegelijkertijd is het onduidelijk hoe deze gelijkwaardige weging in de praktijk moet plaatsvinden. Het Protocol legt niet uit welk gewicht toekomt aan de mening van de jongere wanneer deze afwijkt van het oordeel van de behandelaar. Bovendien is het Protocol ook niet duidelijk over wat onder *ervaringsdeskundigheid* in deze context moet worden verstaan. Heeft de jongere meer ervaringsdeskundigheid als hij zich al langer als transgender identificeert? Dat wordt niet uitgelegd. Daardoor blijft onduidelijk wanneer welke betekenis aan de ervaringsdeskundigheid van de jongere wordt toegekend en hoe moet worden gehandeld wanneer zijn opvatting afwijkt van het professionele oordeel van de diagnosticus.

Verder moet vast komen te staan dat de draagkracht van de transgender voldoende is. Daarbij wordt beoordeeld of er redenen zijn waardoor de jongere de behandeling psychisch of praktisch onvoldoende kan dragen. Dit is van belang omdat behandeling met puberteitsremmers erg ingrijpend kan zijn en psychische, emotionele en praktische belasting met zich mee kan brengen.¹¹¹ De beoordeling raakt daarmee aan het belang en de ontwikkeling van het kind. Bij onvoldoende draagkracht kan immers worden geoordeeld dat de behandeling op dat moment niet in het belang van het kind is en de ontwikkeling van het kind kan schaden. Het criterium is echter vrij breed geformuleerd. Het Protocol specificiert niet welke factoren de arts moet betrekken en welk gewicht daaraan moet worden toegekend. Dit zou het *Dutch Protocol* uitgebreider kunnen toelichten. De Gezondheidsraad raadt aan de indicatiestelling uitgebreider vast te leggen, met aandacht voor bijkomende psychosociale problematiek van de betrokken jongeren.¹¹² Dat mist in het huidige Protocol; het is aanbevelingswaardig om dat op te nemen.

Tot slot valt in meer algemene zin op dat de algemene criteria voor de indicatiestelling in het *Dutch Protocol* niet steeds expliciet kind-specifiek zijn uitgewerkt. Hoewel het Protocol een afzonderlijke paragraaf bevat over de behandeling van jongeren,¹¹³ blijft beperkt uitgewerkt hoe de algemene criteria bij de indicatiestelling concreet moeten worden toegepast op kinderen. Deze criteria vormen ook bij kinderen belangrijke waarborgen. Vanuit artikel 3 en 24 IVRK zou een nadere kind-specifieke uitwerking

¹¹¹ Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, p. 14.

¹¹² *Transgenderzorg voor jongeren* 2026, p. 46.

¹¹³ Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, par. 2.1.

kunnen bijdragen aan een beter inzichtelijke beoordeling van het belang van het kind. Dit creëert uiteindelijk meer kind-sensitieve transgenderzorg.¹¹⁴

4.1.2. Wel of geen puberteitsremmers?

Bovenstaande punten raken aan een complexe beslissing waar de arts mee geconfronteerd wordt: de afweging tussen wel of geen puberteitsremmers. Sandberg stelt dat deze beoordeling in ieder geval rekening moet houden met de mening van het kind,¹¹⁵ zijn identiteitsontwikkeling,¹¹⁶ eventuele risico's die aan de behandeling verbonden zijn en de gezondheid en ontwikkeling van het kind met en zonder behandeling.¹¹⁷ Vooral het laatste punt brengt een ingewikkelde belangenafweging met zich mee. Hoewel in de maatschappij veel wordt gesproken over de risico's van puberteitsremmers – denk bijvoorbeeld aan spijt na de behandeling zoals bij Keira Bell het geval was¹¹⁸ – zitten aan het niet behandelen met puberteitsremmers ook risico's verbonden. Niet-toediening van puberteitsremmers heeft tot gevolg dat de natuurlijke puberteit van het kind op gang komt. Dit versterkt geslachtskenmerken van een geslacht waar het kind zich niet mee identificeert. Deze kinderen lopen een groter risico op een reeks psychosociale problemen, waaronder depressieve klachten, een lage levenskwaliteit en suïcidaliteit.¹¹⁹ Het uitblijven van puberteitsremmers kan voor deze kinderen dus erg vergaande negatieve gevolgen hebben op hun ontwikkeling. Niet-behandelen is daarmee geen neutrale of risicoloze optie: wanneer besloten wordt om niet met puberteitsremmers te starten, wordt een keuze gemaakt die gevolgen heeft voor de lichamelijke, psychische en sociale ontwikkeling van het kind. Dit benadrukt het belang van voldoende ondersteuning.

De beslissing die de arts moet nemen is dus erg complex. Hoewel het *Dutch Protocol* zorgvuldig is ingericht, blijft beperkt uitgewerkt hoe verschillende factoren binnen de indicatiestelling tegen elkaar moeten worden afgewogen.

¹¹⁴ Zie General Comment No. 4 van het VN-Kinderrechtencomité (1 juli 2003), *Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child*, CRC/GC/2003/4, par. 36.

¹¹⁵ Zie verder paragraaf 4.2.

¹¹⁶ Zie verder paragraaf 4.3.

¹¹⁷ Sandberg 2015, p. 348.

¹¹⁸ Hierbij zij het opgemerkt dat spijt een erg complex begrip is. Spijt kan ook voortvloeien uit sociale- of omgevingsfactoren. De Gezondheidsraad benadrukt verder dat spijt niet zonder meer als maat voor de kwaliteit van zorg kan worden beschouwd, zie *Transgenderzorg voor jongeren* 2026, p. 29. Zie ook *Stoppen, spijt en transitie* 2026.

¹¹⁹ Jowett 2022, p. 76-77.

4.1.3. De ontwikkeling van het kind

Bij die beslissing is ook het recht op ontwikkeling van het kind van belang. Artikel 6 IVRK vereist dat bij alle handelingen met betrekking tot kinderen wordt gekeken naar de brede ontwikkeling.

Het *Dutch Protocol* bevat hiervoor verschillende aanknopingspunten. Zo moet worden beoordeeld of de draagkracht van het kind voldoende is, of de behandeling passend is en of er contra-indicaties bestaan.¹²⁰ Deze criteria kunnen bijdragen aan een zorgvuldige beoordeling van de behandeling voor de ontwikkeling van het kind. Het Protocol maakt echter niet expliciet dat alle vlakken van de ontwikkeling van het kind die voortvloeien uit artikel 6 IVRK als zelfstandige factoren meegewogen moet worden binnen de indicatiestelling. Ook wordt niet uitgewerkt hoe de arts de gevolgen van behandelen en niet-behandelen voor de brede ontwikkeling van het kind tegen elkaar af moet wegen.

In het licht van artikel 6 IVRK zou het *Dutch Protocol* daarom duidelijker kunnen maken dat de indicatiestelling ook ziet op de vraag welke impact de behandelbeslissing zal hebben op de brede ontwikkeling van het betrokken kind. Daarmee wordt het recht op ontwikkeling beter gewaarborgd.

4.1.4. Tussenconclusie

Het *Dutch Protocol* bevat binnen de indicatiestelling verschillende waarborgen. De vereisten die gesteld worden voorafgaand aan de indicatiestelling voorkomen dat zonder nadere beoordeling met puberteitsremmers wordt gestart. Daarmee sluit het Protocol aan bij de beschermingsgedachte van het IVRK.

Het blijft echter beperkter uitgewerkt hoe deze criteria bij jongeren concreet moeten worden toegepast en tegen elkaar afgewogen moeten worden. Dat is relevant omdat de indicatiestelling raakt aan het belang van het kind, zijn gezondheid en zijn brede ontwikkeling. Omdat zowel behandelen als niet-behandelen ingrijpende gevolgen kunnen hebben voor de fysieke, mentale en sociale ontwikkeling van het kind, vereist het IVRK een uitgebreide en kind-specifieke belangenafweging.

Het *Dutch Protocol* biedt bescherming met betrekking tot de toegang tot puberteitsremmers, maar expliciteert beperkt hoe de behandelaar binnen de

¹²⁰ Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch, p. 13.

indicatiestelling tot een kinderrechtelijke afweging moet komen. Een nadere uitwerking van de toepassing van de indicatiestelling bij jongeren zou daarom bijdragen aan een betere waarborging van artikel 3, 6 en 24 IVRK.

4.2. Participatie en *informed consent*

In het *Dutch Protocol* wordt meermaals gesproken over *informed consent*. Voor kinderen onder de twaalf jaar geldt in dit kader dat zij niet zelfstandig de behandelbeslissing mogen nemen; dit mogen alleen de ouders.¹²¹ Voor kinderen van twaalf tot zestien jaar geldt het vereiste van dubbele toestemming: zowel het kind als de ouders moeten instemmen.¹²² De WGBO biedt zoals aangegeven wel de mogelijkheid om af te wijken van de mening van ouders bij kinderen tussen de twaalf en zestien jaar, ofwel indien de behandeling nodig is om ernstig nadeel voor het kind te voorkomen, ofwel indien het kind de behandeling weloverwogen blijft wensen.¹²³

Voor geldige toestemming moet aan drie vereisten zijn voldaan: het kind moet adequaat geïnformeerd zijn, de toestemming moet vrijwillig zijn gegeven en de persoon moet wilsbekwaam zijn. De behandelaar moet beoordelen of aan die voorwaarden is voldaan.¹²⁴

4.2.1. Krijgt het kind voldoende de ruimte om zijn mening te vormen?

Voorafgaand aan de vraag wat er met de mening van het kind moet gebeuren zit een voorvraag, namelijk of het kind voldoende de ruimte krijgt om zijn mening te vormen. Het *Dutch Protocol* schrijft in dit kader een aantal dingen voor. Allereerst stelt het Protocol dat om over te kunnen gaan tot een indicatiestelling voor somatische zorg onder andere is vereist dat (1) de transgender de voorgenomen behandeling wenst, en (2) dat sprake is van *informed consent*.¹²⁵ Voor de start met de eerste fase van de behandeling – de puberteitsremmers – schrijft het *Dutch Protocol* nog voor dat een jongere recht heeft op informatie over de effecten en bijwerkingen van de behandeling.¹²⁶

¹²¹ Artikel 7:465 BW.

¹²² Artikel 7:450 BW.

¹²³ Artikel 7:450 lid 2 BW.

¹²⁴ *Transgenderzorg voor jongeren* 2026, p. 36. Deze paragraaf gaat in op de informatievoorziening en de wilsbekwaamheid in het licht van artikel 12 IVRK. Voor de eis van vrijwilligheid, zie paragraaf 4.3.2.

¹²⁵ Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, p. 13. Zie ook artikel 7:448 en 7:450 BW.

¹²⁶ Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, p. 23.

Het *Dutch Protocol* gaat niet in op het *shared decision making* model. Hoewel dat zoals aangegeven te verklaren is, laat het onverlet dat kinderen ook bij de totstandkoming van het Protocol in 2018 al het recht hadden om te participeren, en het *Dutch Protocol* hier maar beperkt op ingaat. Het refereert vooral naar de algemene toestemmingsvereisten onder de WGBO, maar gaat het niet specifiek in op de manier waarop de mening moet worden meegenomen in het volledige beslisproces. Artikel 12 IVRK schrijft meer voor dan enkel toestemmingseisen: het is een alomvattend artikel dat het kind het recht geeft op betekenisvolle participatie. Hiervoor moeten – zoals toegelicht in paragraaf 2 – vijf elementen terugkomen: informeren, aanmoedigen, afwegen, terugkoppelen en de mogelijkheid tot klacht of verzet.¹²⁷

Het *Dutch Protocol* schrijft voor dat het kind geïnformeerd moet worden over de mogelijke effecten en bijwerkingen van de puberteitsremming. Als onderdeel hiervan bespreekt de arts ook mogelijk verlies van vruchtbaarheid en een eventuele kindervens.¹²⁸ Dit is in lijn met artikel 12 IVRK: het kind moet duidelijke informatie krijgen over de behandelopties en de gevolgen ervan (*informeren*).¹²⁹ Volgens de Gezondheidsraad biedt het *Dutch Protocol* voldoende ruimte voor zorgvuldige informatie-uitwisseling. In een langdurige diagnostische fase en indicatiestelling vinden verschillende gesprekken met verschillende zorgverleners plaats waarin ruim de tijd is voor zorgvuldige communicatie.¹³⁰

Ten tweede moet het kind worden aangemoedigd om zijn mening vrij te uiten (*aanmoedigen*).¹³¹ Dit komt in het *Dutch Protocol* niet als zodanig terug. Het Protocol spreekt wel over wederzijdse communicatie tussen de jongere en de arts,¹³² maar het is discutabel of dit als aanmoediging kan worden gezien, zeker nu het Protocol niet verder uitwerkt hoe dat gesprek en de wederzijdse communicatie eruit moet zien. Vervolgens moet de arts een afweging maken, waarbij hij op basis van de mening van het kind een beslissing moet nemen over hoe de behandeling eruit komt te zien. Hierbij moet hij de

¹²⁷ General Comment No. 12 van het VN-Kinderrechtencomité (20 juli 2009), *The right of the child to be heard*, CRC/C/GC/12, par. 40-47. Zie ook Sombroek-van Doorm & Conway 2019, p. 78-80.

¹²⁸ Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, p. 23. Zie ook *Transgenderzorg voor jongeren* 2026, p. 37.

¹²⁹ General Comment No. 12 van het VN-Kinderrechtencomité (20 juli 2009), *The right of the child to be heard*, CRC/C/GC/12, par. 100.

¹³⁰ *Transgenderzorg voor jongeren* 2026, p. 37.

¹³¹ General Comment No. 12 van het VN-Kinderrechtencomité (20 juli 2009), *The right of the child to be heard*, CRC/C/GC/12, par. 22-25 en 42-43.

¹³² Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, p. 5.

mening van het kind meewegen (*afwegen*).¹³³ Het *Dutch Protocol* omschrijft in dat kader wel dat zowel het kind zelf als de arts de behandeling wenselijk moet achten, maar gaat niet in op hoe die meningen zich tot elkaar verhouden en tegen elkaar afgewogen moeten worden. Ook besteedt het Protocol geen aandacht aan de rol van de (eventueel afwijkende) mening van ouders.¹³⁴ Het *Dutch Protocol* schrijft verder niet voor dat het kind een terugkoppeling moet krijgen over de uiteindelijke beslissing en welke rol zijn mening daarbij heeft gespeeld (*terugkoppelen*).¹³⁵ Het geeft ook geen informatie over dat en bij wie het kind bezwaar kan maken als hij vindt dat hij onvoldoende zijn mening heeft kunnen geven of dat die mening onvoldoende is meegenomen (*mogelijkheid tot klacht of verzet*).¹³⁶

4.2.2. Is het kind wilsbekwaam?

Een andere relevante vraag in het kader van artikel 12 IVRK is welk gewicht aan de mening van het kind kan worden toegekend. Dit hangt niet alleen af van de vraag of het kind zijn mening heeft kunnen vormen en uiten, maar ook van de leeftijd en rijpheid van het kind.¹³⁷ Dit raakt aan de wilsbekwaamheid van het kind.

In de literatuur worden vier criteria aangehouden voor de beoordeling van wilsbekwaamheid: het begrijpen van de beschikbare keuzemogelijkheden, het overzien van de gevolgen ervan, het kunnen plaatsen van deze gevolgen in het licht van eigen waarden en prioriteiten en het nemen van een beslissing op basis van rationele overwegingen.¹³⁸ Dit is beslissingsspecifiek: het is aan de behandelaar om per behandelbeslissing te beoordelen of iemand voldoende bekwaam is om die beslissing te nemen.¹³⁹

In de literatuur bestaat discussie over de vraag of jongeren de gevolgen van puberteitsremmers voldoende kunnen overzien. Zo vraagt Pans zich af of 12- tot 15-jarigen in staat zijn om de verstrekkende gevolgen van een lichamelijke transitie te

¹³³ General Comment No. 15 van het VN-Kinderrechtencomité (17 april 2013), *on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health* (art. 24), CRC/C/GC/15, par. 19.

¹³⁴ Zie verder paragraaf 4.3.

¹³⁵ General Comment No. 12 van het VN-Kinderrechtencomité (20 juli 2009), *The right of the child to be heard*, CRC/C/GC/12, par. 45.

¹³⁶ General Comment No. 12 van het VN-Kinderrechtencomité (20 juli 2009), *The right of the child to be heard*, CRC/C/GC/12, par. 46-47.

¹³⁷ Sombroek van Doorm 2024, par. 4.4.

¹³⁸ *Transgenderzorg voor jongeren* 2026, p. 38.

¹³⁹ *Transgenderzorg voor jongeren* 2026, p. 39.

beseffen en te waarderen en of zij wel in staat zijn om de verstrekte informatie te betrekken in het overwegen van behandelopties.¹⁴⁰ Ook in de Engelse Tavistock-zaak speelde deze vraag. De rechtbank in eerste aanleg nam een terughoudende benadering aan ten aanzien van de wilsbekwaamheid onder de zestien jaar: “*There will be enormous difficulties in a child under 16 understanding and weighing up this information and deciding whether to consent to the use of puberty blocking medication. It is highly unlikely that a child aged 13 or under would be competent to give consent to administration of puberty blockers. It is doubtful that a child aged 14 or 15 could understand and weigh the long-term risks and consequences of the administration of puberty blockers.*”¹⁴¹ In hoger beroep wordt deze argumentatie verworpen, omdat het volgens de Britse rechter aan de arts is om te bepalen wanneer een kind in staat is om een medische beslissing te nemen, niet aan de rechter.¹⁴² Deze algemene terughoudendheid verdient echter nuancerings. Wetenschappelijk onderzoek wijst erop dat niet zonder meer kan worden aangenomen dat transgenderjongeren de gevolgen van puberteitsremmers niet kunnen overzien. Zo blijkt dat transgenderjongeren grondig nadenken over de keuze om te starten met puberteitsremmers, begrijpen wat deze behandeling inhoudt en over het algemeen wilsbekwaam zijn om hierover te beslissen.¹⁴³

Deze algemene discussie is relevant, omdat het laat zien welke moeilijkheden er kunnen bestaan bij de beoordeling van de wilsbekwaamheid van de jongere. Het is dus van belang dat het *Dutch Protocol* de behandelaar hier voldoende handvatten voor biedt. De behandelaar moet immers uiteindelijk per individueel kind en per concrete behandelbeslissing beoordelen of het kind wilsbekwaam is. Alleen als het kind de behandeling goed begrijpt en de gevolgen en onzekerheden kan overzien, kan hij geïnformeerde toestemming geven.¹⁴⁴ Dit punt blijft in het *Dutch Protocol* echter beperkt uitgewerkt. Het stelt dat het kind geïnformeerd moet worden over de gevolgen van de behandeling,¹⁴⁵ maar het geeft geen verdere toelichting hoe de arts moet beoordelen of de jongere dit begrijpt. Dit wordt ook erkend door de Gezondheidsraad: “*De huidige standaard stelt dat vrijwillige geïnformeerde toestemming is vereist voor eventuele*

¹⁴⁰ Pans 2022, p. 275.

¹⁴¹ High Court of Justice (Verenigd Koninkrijk) 1 december 2020, *Tavistock v Bell* [2020], EWC 3274, r.o. 151.

¹⁴² Court of Appeal (Verenigd Koninkrijk) 17 september 2021, *Tavistock v Bell* [2021], EWCA Civ 1363, r.o. 87.

¹⁴³ Vrouenraets e.a. 2021, p. 7. Zie ook *Transgenderzorg voor jongeren* 2026, p. 39.

¹⁴⁴ *Transgenderzorg voor jongeren* 2026, p. 38-39.

¹⁴⁵ Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, p. 23.

behandeling, maar biedt geen concrete handvatten voor de beoordeling van de wilsbekwaamheid.”¹⁴⁶ Dit is vanuit artikel 12 IVRK wel van belang: dit artikel vereist immers dat aan de mening van het kind passend gewicht wordt toegekend in overeenstemming met zijn leeftijd en rijpheid.¹⁴⁷

4.2.3. De mening van twaalf-minners¹⁴⁸

Tot slot is het nog relevant om stil te staan bij de positie van twaalf-minners onder het *Dutch Protocol*. Het Protocol spreekt namelijk vooral over geïnformeerde toestemming. Voor kinderen onder de twaalf geldt dat zij niet zelfstandig toestemming voor de behandeling mogen geven; deze bevoegdheid ligt bij hun ouders.¹⁴⁹ Op grond van artikel 12 IVRK hebben deze kinderen echter wel het recht om betekenisvol te participeren. Ook wanneer het kind nog geen zelfstandige beslisbevoegdheid heeft omdat hij hiervoor bijvoorbeeld te jong is, moet zijn mening worden meegenomen. Dit betekent niet dat er altijd gedaan moet worden wat hij wil, maar wel dat zijn mening actief betrokken moet worden.

Het *Dutch Protocol* maakt geen onderscheid naar leeftijd. Idealiter zou het dit wel doen. Het is namelijk niet uitgesloten dat twaalf-minners voor een behandeling onder het *Dutch Protocol* in aanmerking komen aangezien het Protocol geen minimale behandelleeftijd bevat. Het blijft echter onduidelijk hoe twaalf-minners worden geïnformeerd, hoe hun mening wordt achterhaald en welk gewicht daaraan wordt toegekend binnen de behandelbeslissing.

4.2.4. Tussenconclusie

Uit het voorgaande volgt dat het *Dutch Protocol* belangrijke waarborgen bevat voor participatie van het kind, met name doordat *informed consent* is vereist en het kind voorafgaand aan puberteitsremmers moet worden geïnformeerd over de effecten en bijwerkingen van de behandeling. Ook stelt het Protocol dat het kind de behandeling zelf

¹⁴⁶ *Transgenderzorg voor jongeren* 2026, p. 5.

¹⁴⁷ Sombroek van Doorm 2024, par. 4.4.

¹⁴⁸ Dit is relevant omdat het *Dutch Protocol* geen minimale behandelleeftijd stelt, maar voor de eerste fase van de behandeling alleen als voorwaarde geldt dat het kind in de puberteit is. Het is niet uitgesloten dat kinderen onder de twaalf al in de puberteit zijn, zie Klein e.a. 2017, p. 590.

¹⁴⁹ Artikel 7:465 BW.

moet wensen.¹⁵⁰ Daarmee erkent het Protocol dat het kind niet slechts een object van behandeling is, maar een zelfstandige positie heeft in de besluitvorming.

Minder duidelijk is wat er moet gebeuren als het kind een behandeling wenst tegen de wil van zijn behandelaar of zijn ouders in.¹⁵¹ Ook op een aantal andere punten blijft de uitwerking van artikel 12 IVRK in het *Dutch Protocol* beperkt. Het Protocol richt zich vooral op toestemming, maar werkt minder volledig uit hoe de betekenisvolle participatie van het kind gedurende het hele behandelproces wordt gewaarborgd. Met name blijft onderbelicht hoe het kind wordt aangemoedigd zijn mening vrij te uiten, hoe die mening wordt gewogen, hoe terugkoppeling plaatsvindt en waar het kind terecht kan wanneer zijn mening onvoldoende is meegenomen. Ook biedt het Protocol weinig handvatten voor de beoordeling van de wilsbekwaamheid van het kind, terwijl dit wel relevant is bij het beoordelen van het gewicht dat aan de mening van het kind kan worden toegekend. Voor twaalf-minners geldt tot slot dat hun participatierecht afzonderlijke aandacht verdient, omdat zij geen zelfstandige toestemmingsbevoegdheid hebben maar op grond van artikel 12 IVRK wel moeten kunnen participeren.

4.3. De rol van ouders in de belangenafweging

Ouders nemen binnen de medische besluitvorming over kinderen ook een belangrijke positie in. Zij zijn niet alleen juridisch relevant als toestemmingsverleners, maar spelen ook een belangrijke rol in de ondersteuning, draagkracht en leefomgeving van het kind. De betrokkenheid van ouders kan voorkomen dat er overhaaste beslissingen worden genomen.¹⁵² Zij bieden een breder perspectief: in de regel geldt immers dat zij als primaire opvoeders hun kinderen het beste kennen.¹⁵³ In de context van transgenderzorg kan ouderlijke steun bijdragen aan een zorgvuldig behandeltraject, en kan ouderlijke weigering spanning kan opleveren met de belangen van het kind. Ongeacht of de mening van ouders in het belang van hun kind is, moet de arts er iets mee.¹⁵⁴ Opvallend is dat het *Dutch Protocol* in het kader van de voorfase slechts beperkt ingaat op de rol van ouders.

¹⁵⁰ Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, p. 13.

¹⁵¹ Zie in dit kader ook paragraaf 4.3.

¹⁵² *Transgenderzorg voor jongeren* 2026, p. 37.

¹⁵³ Elliston 2007, p. 29-30.

¹⁵⁴ Zie EHRM 9 maart 2004, ECLI:CE:ECHR:2004:0309JUD006182700 (*Glass/Verenigd Koninkrijk*), par. 82-83, waarin het feit dat geen rekening was gehouden met de mening van de ouders over de medische behandeling van het kind een schending van de rechten van het kind onder artikel 8 EVRM opleverde. Zie ook Elliston 2007, p. 29.

4.3.1. Ouderlijke ondersteuning

Het *Dutch Protocol* benadrukt wel het belang van ouderlijke ondersteuning,¹⁵⁵ maar verduidelijkt niet welke betekenis daaraan toekomt wanneer ouders zich tegen de behandeling verzetten. Onduidelijk blijft dus of het ontbreken van ouderlijke steun op zichzelf reden kan zijn om af te zien van de behandeling wanneer de behandeling verder wel in het belang van het kind is. Dit is opmerkelijk, omdat een gebrek aan ouderlijke ondersteuning grote gevolgen kan hebben voor het psychisch welzijn van het kind, de draagkracht en de praktische uitvoerbaarheid van het behandeltraject.

Ouderlijke ondersteuning is allereerst van groot belang in het kader van de geïnformeerde toestemming. Toestemming voor de behandeling moet vrijwillig worden gegeven, zonder druk van een ander. Druk kan uitgaan van ouders, zowel richting de behandeling als richting het niet ondergaan van de behandeling.¹⁵⁶ De vrijwilligheid van de toestemming kan daardoor onder druk komen te staan, met name wanneer de ouders de behandelwens van hun kind niet delen. Het *Dutch Protocol* benoemt ouderlijke ondersteuning nu wel als belangrijk, maar werkt niet uit hoe de behandelaar moet beoordelen of de wens van het kind daadwerkelijk vrij is gevormd wanneer ouders druk uitoefenen en/of de behandelwens van het kind niet delen.

De WGBO biedt voor deze situatie in beginsel een uitkomst door bij twaalf- tot zestienjarigen de mogelijkheid te bieden om onder omstandigheden toch te behandelen wanneer ouders hun toestemming weigeren. Dit betekent echter niet dat de arts automatisch alle door het kind gewenste zorg moet verlenen. Het is aan de zorgverlener om te handelen volgens het goed hulpverlenerschap.¹⁵⁷ Het is zijn verantwoordelijkheid om als goed hulpverlener samen met het kind en de ouders tot een goede afweging te komen.¹⁵⁸

4.3.2. Dubbele toestemming en ouderlijke weigering

Die uitzonderingsgrond brengt de arts in een lastige positie en legt een grote (morele) druk op hem, omdat in de praktijk het doorzetten van de beslissing tot genderbehandeling tegen de wens van ouders in enorm ontwrichtend kan werken voor het betrokken gezin.¹⁵⁹

¹⁵⁵ Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, p. 23.

¹⁵⁶ *Transgenderzorg voor jongeren* 2026, p. 37.

¹⁵⁷ Artikel 7:453 BW.

¹⁵⁸ *Transgenderzorg voor jongeren* 2026, p. 37.

¹⁵⁹ Pans 2022, p. 276.

Dit wordt benadrukt door de Gezondheidsraad: “*Bij een jongere die behandeling krijgt tegen de wens van de ouders in kunnen thuis spanningen ontstaan die een negatieve impact kunnen hebben op het gezin. En een jongere wiens toegang tot zorg door diens ouders wordt beperkt vanwege bezwaren kan ernstig lijden onder het uitblijven van zorg.*”¹⁶⁰

De WGBO laat de uiteindelijke beoordeling in vergaande mate over aan de arts. Juist vanwege dit spanningsveld zou verwacht mogen worden dat het *Dutch Protocol* de arts handvatten biedt voor de afweging tussen de wens van het kind, de ouderlijke weigering en het (gezondheids)belang van het kind. Het Protocol bepaalt wel dat het kind, en indien op grond van de WGBO vereist, de ouders, *informed consent* moeten geven voor de behandeling,¹⁶¹ maar werkt niet nader uit hoe de arts moet handelen wanneer ouders toestemming weigeren of de diagnose, dan wel de behandelwens van het kind, niet erkennen. Daarmee blijft onduidelijk onder welke omstandigheden aan ouderlijke weigering voorbij moet worden gegaan en welke factoren de arts daarbij moet betrekken. Aangezien de WGBO deze beoordeling in belangrijke mate overlaat aan de arts zou het Protocol meer richting kunnen geven aan de invulling van het belang van het kind in deze specifieke context. Dit is vanuit het IVRK belangrijk. De arts moet hier immers een belangenafweging maken tussen het (gezondheids)belang van het kind, de mening van de ouders, de mening van het kind en zijn recht op identiteitsontwikkeling.

4.3.3. Tussenconclusie

Het *Dutch Protocol* erkent de rol van ouders wel, maar concretiseert deze onvoldoende. Ouderlijke ondersteuning wordt benoemd als relevante factor, maar het Protocol maakt onvoldoende duidelijk hoe ouderlijke steun, druk of weigering moeten worden meegenomen bij een beoordeling van het belang van het kind. Dat is juist bij transgenderzorg van groot belang, omdat ouderlijke betrokkenheid zowel een positieve als een negatieve impact kan hebben op het zorgtraject van het betrokken kind.

Dit is ook relevant in het kader van het voorbijgaan aan ouderlijke weigering bij twaalf- tot zestienjarigen. Het *Dutch Protocol* geeft weinig richting aan de vraag wanneer dat in de context van het starten met puberteitsremmers aangewezen is. Het Protocol biedt

¹⁶⁰ *Transgenderzorg voor jongeren* 2026, p. 37.

¹⁶¹ Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, p. 14.

onvoldoende handvatten voor situaties waarin de wens van het kind en de mening van ouders uiteenlopen. Daarmee is de balans tussen bescherming en participatie onvoldoende gewaarborgd. De betrokkenheid en toestemming van ouders kunnen bijdragen aan de bescherming van het kind, maar het Protocol maakt niet duidelijk hoe daarbij voldoende gewicht wordt toegekend aan de eigen mening en de behandelwens van het kind. Het Protocol geeft niet voldoende richting aan de manier waarop bescherming en participatie onderling tegen elkaar moeten worden afgewogen. Een nadere uitwerking van deze afweging zou het Protocol beter in lijn brengen met artikel 3, 12 en 24 van het IVRK.

4.4. Genderidentiteitsontwikkeling

Wanneer het gaat over het krijgen van de behandeling is het tot slot van belang om het te hebben over het recht op genderidentiteitsontwikkeling. Zoals besproken in paragraaf 2.3 heeft de staat een verplichting om deze te faciliteren.

Het starten met puberteitsremmers is in veel gevallen een verdere stap in het kader van de genderidentiteitsontwikkeling. Deze behandeling is niet onomkeerbaar: als het kind na verloop van tijd besluit om te stoppen met de puberteitsremmers dan komt de eigen puberteit van het kind weer op gang.¹⁶² Op die manier zijn puberteitsremmers eigenlijk een soort ‘pauzestand’: het biedt het kind en zijn ouders de mogelijkheid om na te denken over een voortzetting van het behandeltraject naar een verdere transitie.¹⁶³

Zoals aangegeven zit er een belangrijke fase voor de start met puberteitsremmers. In deze voorfase is het belangrijk dat het kind voldoende psychologische begeleiding en ruimte krijgt om zijn genderidentiteit te ontwikkelen en te onderzoeken. Het *Dutch Protocol* moet voldoende ruimte hiervoor bieden, zodat de beslissing over het starten met puberteitsremmers plaatsvindt na een zorgvuldige verkenning van de genderidentiteit van het kind.

¹⁶² Zillén, Garland & Slokenberga 2017, p. 49.

¹⁶³ Rew e.a. 2020, p. 3.

4.4.1. Identiteitsontwikkeling voorafgaand aan de puberteitsremmers

Ontwikkeling van de genderidentiteit begint niet bij de puberteitsremmers: ook voorafgaand aan die behandeling is het kind bezig met het onderzoeken van zijn genderidentiteit. In het licht van artikel 8 IVRK is het dus belangrijk dat in die voorfase voldoende ruimte wordt geboden om de genderidentiteit te ontwikkelen en te ontdekken. De voorfase zou idealiter niet alleen in het teken staan van een indicatiestelling richting puberteitsremmers, maar zou ook een periode moeten zijn waarin het kind zijn genderidentiteit kan onderzoeken zonder dat er gestuurd wordt richting puberteitsremmers. Anders gezegd: het kind moet ruimte krijgen om zijn genderidentiteit te onderzoeken zonder dat dit enkel gericht is op de uitkomst wel of geen puberteitsremmers. Dit vraagt om voldoende psychologische begeleiding van het kind om zijn genderidentiteit te onderzoeken en te ontwikkelen. Het is daarom relevant om te kijken naar het gehele psychologische voortraject.

De Gezondheidsraad stelt dat de Nederlandse transgenderzorg gekenmerkt wordt door een stapsgewijze exploratie van de genderidentiteit.¹⁶⁴ Dat traject wordt ingericht in Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg (2017). Dit bevat een verkennende fase gefocust op bredere identiteitsontwikkeling, onder andere om inzicht te krijgen in de (gender)identiteitsontwikkeling van het kind. Als het verkennende psychodiagnostische traject is afgerond kan het kind worden doorverwezen naar een gespecialiseerd gendercentrum voor een voortzetting van het diagnostische traject.¹⁶⁵ Hoewel dit deel buiten het *Dutch Protocol* valt, is het wel van belang om dit mee te nemen in de beoordeling onder artikel 8 IVRK. Het laat namelijk zien dat het kind voorafgaand aan de puberteitsremmers al in aanraking komt met psychologische begeleiding waarin ruimte bestaat voor verkenning van de genderidentiteit. Dit betekent dat de genderidentiteitsontwikkeling niet uitsluitend binnen het *Dutch Protocol* wordt gewaarborgd, maar mede in het psychologische traject dat daaraan voorafgaat. Bij de beoordeling van de genderidentiteitsontwikkeling moet dit worden meegenomen, omdat dit onderdeel is van het bredere zorgtraject. Het feit dat er voorafgaand aan puberteitsremmers al een uitgebreid psychologisch begeleidingstraject is om de genderidentiteit te onderzoeken en te ontwikkelen is positief. Tegelijkertijd blijft het

¹⁶⁴ Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg 2017. Zie ook *Transgenderzorg voor jongeren* 2026, p. 17.

¹⁶⁵ *Transgenderzorg voor jongeren* 2026, p. 12-13.

relevant of ook het *Dutch Protocol* zelf voldoende waarborgt dat het kind zijn genderidentiteit kan ontwikkelen.

4.4.2. *De voorfase als ruimte voor identiteitsontwikkeling*

Nadat de verkennende fase is afgerond, kan het kind worden verwezen naar een gespecialiseerd gendercentrum voor een behandeling. Het diagnostische traject wordt dan voortgezet. In die fase vindt nog geen daadwerkelijke interventie plaats, maar worden vooral gesprekken gevoerd met een gespecialiseerd psycholoog en/of psychiater.¹⁶⁶ Dit wijst erop dat ook binnen het traject richting puberteitsremmers ruimte is voor psychologische begeleiding voor verdere verkenning van de genderidentiteit. Een ander positief gegeven is dat het *Dutch Protocol* stelt dat pas tot puberteitsremmers mag worden overgegaan als de beoogde vermindering van de genderincongruentie niet met een minder ingrijpende behandeling mogelijk is.¹⁶⁷ Dit is relevant in het licht van artikel 8 IVRK, omdat het kind ook op deze manier de ruimte krijgt zijn genderidentiteit te verkennen zonder dat gestuurd wordt op puberteitsremmers.¹⁶⁸ Deze voorwaarden dienen vooral de bescherming van het kind, omdat zij voorkomen dat zonder voldoende onderzoek tot puberteitsremmers wordt overgegaan.

Verder is relevant dat het *Dutch Protocol* voor behandeling met puberteitsremmers vereist dat sprake is van een langdurig en intens patroon van genderincongruentie.¹⁶⁹ Dit voorkomt dat op basis van nog onvoldoende onderzochte gendervragen te snel tot puberteitsremmers wordt overgegaan. Dit sluit aan bij het uitgangspunt dat gendervragen onderdeel kunnen zijn van de natuurlijke identiteitsontwikkeling,¹⁷⁰ wat weer in lijn is met het gegeven onder artikel 8 IVRK dat de genderidentiteit zich gedurende de hele jeugd van het kind ontwikkelt. Wel zou het Protocol explicieter kunnen maken hoe binnen de begeleiding wordt omgegaan met twijfel of verandering die gepaard gaat met de ontwikkelende genderidentiteit later in de voorfase. Artikel 8 IVRK waarborgt immers niet alleen het recht op een bepaalde uitkomst, maar juist de ruimte voor ontwikkeling en verkenning. Er moet dus ook later in het behandelproces ruimte zijn om van gedachten te

¹⁶⁶ *Transgenderzorg voor jongeren* 2026, p. 13.

¹⁶⁷ Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, p. 14.

¹⁶⁸ General Comment No. 20 van het VN-Kinderrechtencomité (6 december 2016), *on the implementation of the rights of the child during adolescence*, CRC/C/GC/20, par. 16.

¹⁶⁹ Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, p. 23.

¹⁷⁰ *Transgenderzorg voor jongeren* 2026, p. 44.

veranderen. Dit raakt aan de participatie van de jongere: zijn opvattingen moeten niet alleen bij aanvang van het traject worden betrokken, maar ook wanneer deze gedurende het traject veranderen.

Tot slot kan het feit dat sociale transitie geen voorwaarde is voor het starten met puberteitsremmers positief worden beoordeeld in het licht van artikel 8 IVRK. Het kind hoeft zijn genderidentiteit daardoor niet te ‘bewijzen’.¹⁷¹ Tegelijkertijd wordt sociale transitie wel benoemd als factor bij de beoordeling of sprake is van een doordachte beslissing: *“De waarborgen die de specifieke context van de transgender geeft voor een doordachte beslissing, moeten in elk geval meegewogen worden. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de tijd dat een transgender al volledig in het wensgeslacht leeft/de sociale transitie achter de rug heeft.”*¹⁷² Hoewel goed te begrijpen is waarom dit als factor meegenomen mag worden – de sociale transitie is immers illustratief voor hoeveel de jongere bezig is geweest met zijn genderidentiteit – blijft hierdoor wel beperkt uitgewerkt welk gewicht toekomt aan het ontbreken van een sociale transitie. Het ontbreken van een sociale transitie kan immers verschillende redenen hebben. Het kan verband houden met twijfel over de genderidentiteit, maar ook met de sociale omgeving waarin het kind opgroeit en of hij zich daar veilig voelt om zijn genderidentiteit te uiten. Sociale transitie zou daarom in het kader van de voldoende doordachte beslissing niet als voorwaarde geïnterpreteerd mogen worden. Het Protocol zou daarom duidelijker kunnen maken welk gewicht toekomt aan die sociale transitie en wanneer, ondanks het ontbreken daarvan, toch sprake kan zijn van een voldoende doordachte beslissing.

4.4.3. Tussenconclusie

Het *Dutch Protocol* sluit in veel opzichten aan bij artikel 8 IVRK. De voortgezette diagnostiek en psychologische begeleiding, het vereiste dat geen minder ingrijpende behandeling beschikbaar is en de voorwaarde van een langdurig patroon van genderincongruentie beschermen het kind tegen te snelle behandeling met puberteitsremmers. Ook het feit dat sociale transitie geen voorwaarde is voor puberteitsremmers laat ruimte voor een individuele ontwikkeling en verkenning van de genderidentiteit.

¹⁷¹ Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, p. 15.

¹⁷² Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018, p. 13-14.

Het Protocol maakt echter onvoldoende duidelijk hoe gedurende het hele traject wordt omgegaan met twijfel en veranderende opvattingen. Daardoor blijft vooral de participatie in het kader van de genderidentiteitsontwikkeling beperkt uitgewerkt. Het Protocol zou duidelijker moeten waarborgen dat de mening en ontwikkeling van het kind ook later in het traject worden betrokken. Het *Dutch Protocol* is daarmee op die punten niet in strijd met het IVRK, maar kan de bestaande waarborgen voor participatie binnen de identiteitsontwikkeling explicieter vastleggen.

5. Conclusie en aanbevelingen

5.1. Conclusie

Deze scriptie begon met de onderzoeksvraag:

“In hoeverre is het Dutch Protocol voor zover het gaat over de fase voorafgaand aan de toediening van puberteitsremmers aan minderjarige transgenders in lijn met artikel 3, 6, 8, 12 en 24 van het IVRK?”

Geconcludeerd kan worden dat het *Dutch Protocol* in de fase voorafgaand aan de toediening van puberteitsremmers niet helemaal in lijn is met deze artikelen van het IVRK. Er is wel een poging gedaan om de positie en de rechten van het kind een plek te geven, maar deze is op veel punten ondermaats. Het Protocol bevat verschillende waarborgen voor de bescherming van het kind, waaronder diagnostiek, informatievoorziening en *informed consent*. Daarmee wordt voorkomen dat zonder zorgvuldige beoordeling tot puberteitsremmers wordt overgegaan en ontstaat ruimte voor de ontwikkeling en verkenning van de genderidentiteit.

De participatie van het kind is echter minder goed uitgewerkt. Het Protocol maakt onvoldoende duidelijk hoe de mening van het kind gedurende het gehele traject wordt betrokken en gewogen, hoe wilsbekwaamheid moet worden beoordeeld, hoe moet worden omgegaan met (de mening van) twaalf-minners en met verschillen tussen de wensen van kinderen en hun ouders. Ook blijft beperkt uitgewerkt hoe twijfel en veranderende opvattingen moeten worden meegewogen.

De balans tussen bescherming en participatie is daarmee niet volledig gewaarborgd. Het Protocol legt op dit moment vooral de nadruk op beschermende voorwaarden, en biedt minder concrete handvatten om de eigen stem en autonomie van het kind binnen de besluitvorming te waarborgen. Het *Dutch Protocol* sluit daarom deels aan bij artikel 3, 6, 8, 12 en 24 IVRK, maar zou bepaalde waarborgen verder uit kunnen werken zodat de kinderrechtelijke bescherming en participatie beter in balans is.

5.2. Aanbevelingen

Naar aanleiding van voorgaande analyse volgen daarom hierna een aantal aanbevelingen die bij de herziening van het *Dutch Protocol* meegenomen kunnen worden.

1. *Werk de indicatiestelling en de diagnostische fase verder uit.*

De huidige criteria in het kader van de indicatiestelling zijn algemeen geformuleerd en daarmee van toepassing op zowel kinderen als volwassenen. Het zou de belangenafweging in het kader van artikel 3 IVRK ten goede komen als er een specifiek beoordelingskader gecreëerd zou worden dat alleen op kinderen van toepassing is. Dit sluit aan bij het advies van de Gezondheidsraad. Ook zij zien in hun advies mogelijkheid om de diagnostische fase, de indicatiestelling en het belang ervan uitgebreider te omschrijven.¹⁷³

2. *Werk het beoordelingskader rondom de start van de puberteitsremmers verder uit.*

Het *Dutch Protocol* benoemt op dit moment wel factoren die meegenomen moeten worden voorafgaand aan de start met puberteitsremmers, maar werkt onvoldoende uit hoe deze factoren tegen elkaar afgewogen moeten worden. Aanbevolen wordt dus om verder uit te werken hoe de arts moet beoordelen of een behandeling met puberteitsremmers in het belang van het specifieke kind is. Daarbij moet ook aandacht bestaan voor de verhouding tussen de verschillende factoren onderling.

3. *Werk de participatie van het kind verder uit.*

De participatie van het kind moet concreter worden uitgewerkt. In het licht van artikel 12 IVRK zou het *Dutch Protocol* moeten verduidelijken hoe het kind wordt geïnformeerd, hoe hij aangemoedigd wordt zijn mening vrij te uiten, hoe die mening wordt gewogen, hoe terugkoppeling plaatsvindt en waar het kind terecht kan als hij vindt dat zijn mening onvoldoende is meegenomen. Hierbij moet specifiek aandacht zijn voor de participatie van twaalf-minners, de beoordeling van de beslisvaardigheid van kinderen tussen de twaalf en zestien jaar – wanneer is het gerechtvaardigd om hun mening te volgen tegen

¹⁷³ *Transgenderzorg voor jongeren* 2026, p. 46.

de wens van ouders in – het *shared decision making model*, de verhouding tussen de mening van de arts en de mening van het kind en wat te doen als die niet overeenkomen.

4. *Besteed meer aandacht aan de rol van ouders.*

De rol van ouders in het *Dutch Protocol* is beperkt. Ouders zijn echter niet alleen relevant als toestemmingsverleners, maar ook als factor in de draagkracht, veiligheid en ondersteuning van het kind. Het Protocol zou daarom moeten verduidelijken welke rol ouders concreet spelen en welk gewicht toekomt aan hun mening, vooral daar waar de mening afwijkt van die van het kind en/of de behandelaar.

5. *Geef in de voorfase voldoende expliciet ruimte voor identiteitsontwikkeling.*

In het licht van artikel 8 IVRK moet het kind niet alleen worden beoordeeld op geschiktheid voor puberteitsremmers, maar ook worden ondersteund bij het onderzoeken, vormen en uiten van zijn genderidentiteit. Bij de herziening van het Protocol moet daarom mee worden genomen dat de voorfase niet uitsluitend dient als toegangspoort tot somatische behandeling, maar ook als open ruimte voor twijfel, ontwikkeling en verandering waar kinderen bij begeleid worden.

6. Bronnenlijst

6.1. Literatuurlijst

Abramson 2008

B. Abramson, 'Article 2: The Right of Non-Discrimination', in: A. Alen, J. Vande Lanotte, E. Verhellen, F. Ang, E. Berghmans and M. Verheyde (red), *A Commentary on the United Nations Convention on the Rights of the Child*, Leiden: Martinus Nijhoff 2008.

Akwa GGZ 2018

Akwa GGZ, 'GGZ Standaarden: Zorgstandaard Comorbiditeit', Utrecht: GGZ 2018.

APA 2018

American Psychological Association, 'A glossary: Defining transgender terms', *APA* 2018/49.

Arnoldussen e.a. 2019

M. Arnoldussen e.a., 'Re-evaluation of the Dutch approach: are recently referred transgender youth different compared to earlier referrals?', *European Child & Adolescent Psychiatry* 2020/29, p. 803-811.

Bucataru 2016

A.M. Bucataru, 'Using the Convention on the Rights of the Child to Project the Rights of Transgender Children and Adolescents: The Context of Education and Transition', *QMHR* 2016/3, p. 59-81.

Cass 2024

H. Cass, *Independent review of gender identity services for children and young people: Final report*, 2024 (onafhankelijk onderzoeksrapport).

Cummings 2025

T. Cummings, 'Playing with Identity? The Interrelationship Between the Right to Play and the Right to Identity', in: N. Lott (red.), *The Interdependence of the Convention on the Rights of the Child: Understanding the Relationship to Play with other Convention Rights*, Cham: Springer 2025.

Doek 2006

J.E. Doek, 'Article 8: The Right to Preservation of Identity, and Article 9: The Right Not to Be Separated from His or Her Parents', in: A. Alen, J. Vande Lanotte, E. Verhellen, F. Ang, E. Berghmans & M. Verheyde (red.), *A Commentary on the United Nations Convention on the Rights of the Child*, Leiden: Martinus Nijhoff 2006.

Doek & Spronk 2013

J. Doek & S. Spronk, 'Het recht van kinderen op gezondheid', *NTM-NJCB-Bull* 2013/38, p. 482-499.

Doek 2019

J.E. Doek, 'Children's Rights in Health Care and the General Principles of the CRC', in: J.H.H.M. Dorscheidt & J.E. Doek (red.), *Children's Rights in Health Care*, Leiden: Brill Nijhof 2018.

Eekelaar & Tobin 2019

J. Eekelaar & J. Tobin, 'Article 3: The Best Interests of the Child', in: J. Tobin (red.), *The UN Convention on the Rights of the Child: A Commentary*, New York: Oxford University Press 2019.

Elliston 2007

S. Elliston, 'Best Interests of the Child in Healthcare', in: S.A.M. McLean (red.), *Biomedical Law and Ethics Library*, Abingdon: Routledge-Cavendish 2007.

Garland e.a. 2023

F. Garland, E. Horowicz, G. Dimopoulos & M. Taylor-Sands, 'From clinical to judicial decision-making, and back again in *Bell v. Tavistock*? Preparing for the legacy of court involvement in gender care for minors', *Medical Law International* 2023/23, p. 209-240.

George 2012

R. George, *Ideas and Debates in Family Law*, Oxford: Hart Publishing 2012.

Gerber & Timoshanko 2021

P. Gerber & A. Timoshanko, 'Is the UN Committee on the Rights of the Child Doing Enough to Protect the Rights of LGBT Children and Children with Same-Sex Parents?', *Human Rights Law Review* 2021/21, p. 786-836.

Hein 2015

I. Hein, *Children's competence to consent to treatment or research*, Amsterdam: Amsterdam University Press 2015.

Horton 2025

C. Horton, 'The United Nations Convention on the Rights of the Child and the Rights of Trans Children in Scotland', *The International Journal of Children's Rights* 2025/33, p. 859-889.

Horn, Peter & Russell 2016

S.S. Horn, C. Peter & S.T. Russel, 'The Right to Be Who You Are: Competing Tensions among Protection, Survival, and Participation Related to Youth Sexuality and Gender', in: M.D. Ruck, M. Peterson-Badali & M. Freeman (red.), *Handbook on Children's Rights: Global and Multidisciplinary Perspectives*, New York: Taylor & Francis 2016.

Jones 2018

M. Jones, 'Children's Health Rights and Gender Issues', in: J.H.H.M. Dorscheidt & J.E. Doek (red.), *Children's Rights in Health Care*, Leiden: Brill Nijhof 2018.

Jowett 2022

S. Jowett, *Consent for Medical Treatment of Trans Youth*, Cambridge: Cambridge University Press 2022.

Klein e.a. 2017

D.A. Klein e.a., 'Disorders of Puberty: An Approach to Diagnosis and Management', *American Family Physician* 2017/96, p. 590-599.

KNMG 2019

KNMG, *KNMG-wegwijzer Toestemming en informatie bij behandeling van minderjarigen* 2019.

Leenen e.a. 2024

H.J.J. Leenen e.a., *Handboek Gezondheidsrecht*, Den Haag: Boom Juridisch 2024.

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, p. 927-942.

Van der Miesen e.a. 2020

A.I.R. van der Miesen e.a., ‘Psychological Functioning in Transgender Adolescents Before and After Gender-Affirmative Care Compared With Cisgender General Population Peers’, *Journal of Adolescent Health* 2022/66, p. 699-704.

Nowak 2005

M. Nowak: ‘Article 6: The Right to Life, Survival and Development’, in: A. Alen e.a. (red.), *A Commentary on the United Nations Convention on the Rights of the Child*, Leiden: Martinus Nijhoff 2005.

Pans 2022

E. Pans, ‘De medisch-professionele standaard voor de transgenderjongere’, *TvG* 2022/46, p. 273-277.

Rew e.a. 2020

L. Rew e.a., ‘Review: Puberty blockers for transgender and gender diverse youth – a critical review of the literature’, *Child and Adolescent Mental Health* 2020/26, p. 3-14.

Ronen 2016

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

Sandberg 2015

K. Sandberg, ‘The Rights of LGBTI Children under the Convention on the Rights of the Child’, *Nordic Journal of Human Rights* 2015/33, p. 337-352.

Sedee 2023

M. Sedee, ‘Er zijn twijfels over puberteitsremmers voor transgender jongeren. Is dat terecht?’ *NRC* 27 januari 2023.

Smeehuizen e.a. 2023

J.L. Smeehuizen, J. Smids & C. Hoekstra, ‘Transgenderzorg aan kinderen. Juridische bedenkingen bij het Dutch Protocol (2018)’, *NJB* 2023/1772.

Smeehuijzen & Smids 2024

J.L. Smeehuijzen & J. Smids, ‘Toediening van puberteitsremmers aan minderjarigen met genderdysforie en de Geneesmiddelenwet’, *TvG* 2024/48, p. 517-530.

Smeehuizen 2025

J.L. Smeehuizen, 'De Gezondheidsraad en het reguleringsklimaat rond puberteitsremmers bij minderjarigen', *NJB* 2025/2811.

Smids 2025

J. Smids, 'Internationale kritiek op het Dutch protocol. Tijd om de Nederlandse genderzorg en richtlijn aan te passen', *NTVG* 2025/169.

Sombroek-van Doorm & Conway 2019

M.P. Sombroek-van Doorm & D.M.A. Conway, 'Hoe betekenisvol is het participatierecht van het kind in de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld (2018)', *TvJr* 2019/3, p. 77-82.

Sombroek-van Doorm & Liefwaard 2023

M.P. Sombroek-van Doorm & T. Liefwaard, 'Het recht op gezondheid vanuit internationaal kinderrechtelijk perspectief', *Preadvies Vereniging voor gezondheidsrecht*, Den Haag: Boom Juridisch, p. 15-44.

Sombroek-van Doorm 2024

M.P. Sombroek van Doorm, 'De steen van Antoine de Saint-Exupéry: Bouwen aan de samenwerking tussen recht en gezondheid', *FJR* 2024/40, p. 196-202.

Tobin & Todres 2019

J. Tobin & J. Todres, 'Article 8: The Right to Preservation of a Child's Identity', in: J. Tobin (red.), *The UN Convention on the Rights of the Child: A Commentary*, Oxford: Oxford University Press 2019.

Van der Zanden e.a. 2022

T.M. van der Zanden e.a., 'Off-Label, but on-Evidence? A Review of the Level of Evidence for Pediatric Pharmacotherapy', *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 2022/112, p. 1243-1253.

Vrouenraets e.a. 2021

L.J.J.J. Vrouenraets e.a. 2021, 'Assessing Medical Decision-Making Competence in Transgender Youth', *Pediatrics* 2021/148, p. 1-10.

Zegveld & van Rossum 2024

C. Zegveld & M. van Rossum, 'Informed consent ten aanzien van medische verrichtingen: Een pleidooi voor een flexibele en persoonsgerichte omgang met de leeftijdsgrenzen', *NJB* 2024/623, p. 740-746.

Zillén, Garland & Slokenberga 2017

K. Zillén, J. Garland & S. Slokenberga, *The Rights of Children in Biomedicine: Challenges posed by scientific advances and uncertainties* (onderzoeksrapport voor de Raad van Europa), 2017.

6.2. Rapporten

Evaluatie van de kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – somatisch 2024

Evaluatie van de kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – somatisch (evaluatie-rapport van februari 2024 door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten), Utrecht: 2024.

Transgenderzorg voor jongeren 2026

Transgenderzorg voor jongeren (advies 2026/12 van juni 2026 van de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren van de Gezondheidsraad over de transgenderzorg voor jongeren in Nederland aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport), Den Haag: 30 juni 2026.

Stoppen, spijt en transitie 2026

Stoppen, spijt en transitie 2026 (document 2026/12A2, addendum bij advies 2026/12 van juni 2026 van de tijdelijke commissie Transgenderzorg voor jongeren van de Gezondheidsraad over de transgenderzorg voor jongeren in Nederland aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport), Den Haag: 30 juni 2026.

6.3. Medische protocollen

Kwaliteitsstandaard Psychische Transgenderzorg 2017.

Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg – Somatisch 2018.

6.4. Internationale regelgeving

General Comment No. 4 van het VN-Kinderrechtencomité (1 juli 2003), *Adolescent Health and Development in the Context of the Convention of the Rights of the Child*, CRC/GC/2003/4.

General Comment No. 5 van het VN-Kinderrechtencomité (27 november 2003), *General measures of implementation of the Convention on the Rights of the Child (arts. 4, 42 and 44, para. 6)*, CRC/GC/2003/5.

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

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

General Comment No. 15 van het VN-Kinderrechtencomité (17 april 2013), *on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24)*, CRC/C/GC/15.

General Comment No. 17 van het VN-Kinderrechtencomité (17 april 2013), *on the right of the child to rest, leisure, play, recreational activities, cultural life and the arts (art. 31)*, CRC/C/GC/17.

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

Concluding Observations van het VN-Kinderrechtencomité (22 juni 2023), *Concluding Observations on the combined sixth and seventh periodic reports of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland*, CRC/C/GBR/CO/6-7.

6.5. Parlementaire stukken

Kamerstukken II 1989/90, 21561, nr. 3 (MvT).

Kamerstukken II 1993/94, 21561, nr. 22.

Kamerstukken II 2023/24, 36410, nr. 89.

Kamerstukken II 2023/24, 24170, nr. 326.

Kamerstukken II 2023/24, 31016, nr. 366.

Kamerstukken II 2023/24, 31016, nr. 370.

Kamerstukken II 2024/25, 31016, nr. 374.

Brief van de minister van Medische Zorg van 13 mei 2024, 3808755-1064640-CZ.

Brief aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 7 februari 2025, 4060958/DL/idv/101.

6.6. Jurisprudentie

EHRM 9 maart 2004, ECLI:CE:ECHR:2004:0309JUD006182700 (*Glass/Verenigd Koninkrijk*).

EHRM 12 oktober 2006, ECLI:CE:ECHR:2006:1012JUD001317803 (*Mubilanzila Mayeka en Kaniki Mitunga/België*).

HR 2 maart 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB0377 (*Protocol-I*).

HR 1 april 2005, ECLI:NL:HR:2005:AS6006 (*Protocol-II*).

Court of Appeal (Verenigd Koninkrijk) 17 september 2021, *Tavistock v Bell* [2021] EWCA Civ 1363.

High Court of Justice (Verenigd Koninkrijk) 1 december 2020, *Tavistock v Bell* [2020], EWHC 3274.